

DIE KLINIESE KINDERSIELKUNDIGE AS DIAGNOSTIKUS¹⁾

Die benaming „Kliniese Kindersielkunde” is nog onbekend en gevolglik betreklik onbeminde. Dit is in 1951 die eerste keer gebruik. Die werk van die Kliniese Kindersielkunde is egter so oud as die werk van die algemene Kliniese Sielkunde, waarvan die geskiedenis gewoonlik teruggevoer word tot die begin van sielkundige toetsing vroeg in die tagtigerjare. Tot ’n aansienlike mate is hierdie vroeë werk op kinders uitgevoer, bv. dié van Galton en later dié van Binet en Simon. Witmer het in 1896 die eerste sielkundige kliniek geopen en het ook die term „Kliniese Sielkunde” ingevoer; die meerderheid van sy pasiënte was egter ook kinders. Tot voor die Tweede Wêreldoorlog was klinies-sielkundige werk hoofsaaklik op kinders toegespits. Sedertdien het die kliniese sielkundige tot ’n belangrike mate toegetree tot die gebied van die diagnose en terapie van psigiese afwykings by volwassenes, tot so ’n mate dat in die gedagtes en geskrifte van baie werkers die terrein van die Kliniese Sielkunde byna tot werk met volwassenes beperk word.

Dit is egter geensins so dat wat vir die volwassene geld, outomaties vir die kind geld nie. Die probleme van die volwassene mag op dieselfde stadium ontstaan het waarin die kinderpasiënt verkeer, maar dit is omgevorm en verdiep deur ’n lang proses van ryping en ervaring. In soverre as wat probleme uit die ouer-kind-verhouding voortspruit, ondervind die kind nog die primêre patogene invloede van hierdie verhouding; by die volwassene, daarteenoor, het talle sekondêre invloede reeds ingewerk en bygedra om die psigo-patologiese toestand te bevestig en om te vorm. Ross skryf: „The growth aspect of the child, his ongoing maturation and development, add a dimension to his personality and thus to his emotional problems which is absent in the adult. Whatever a child's personality difficulty, it must be viewed, understood, and treated within the context of his maturational development” (1959, p. 6). Om verder ’n voorbeeld van Ross aan te haal: in die geval van ’n volwassene maak dit min saak of die persoon 33 of 36 jaar oud is, maar in die geval van ’n kind mag drie jaar die verskil maak tussen ’n betreklik gewone verskyn-

1) Lesing gehou op 24 Oktober 1960, tydens ’n kortkursus oor aspekte van die Kliniese Kindersielkunde deur die Departement Sielkunde, P.U. vir C.H.O., in samewerking met die Afdeling Sielkundige Dienste van die Transvaalse Onderwysdepartement.

sel en 'n ernstige probleem. As 'n mens verder, bv., dink aan die tipiese Rorschachprotokolle van 'n kind en 'n volwassene met, onderskeidelik, gemiddeld pl.m. 10 en pl.m. 30 response, is dit duidelik dat ons met heel verskillende diagnostiese materiaal te doen het in die twee gevalle. Net so vereis terapeutiese werk met kinders ook 'n heel ander benaderingswyse en tegnieke wat verskil van die wat met volwassenes gebruik word.

Ons het dus in klinies-sielkundige werk met kinders te doen met 'n afsonderlike professionele spesialisasie terrein binne die Sielkunde, net soos daar binne die Geneeskunde die Pediatrie en Kinderpsigiatrie as spesialisasie terreine bestaan. Die professionele werk van die kliniese kindersielkundige omvat psigodiagnostiek, psigoterapie en navorsing i.v.m. verstourings in die proses van persoonlikheidsontwikkeling by kinders en adolessente.

Hierdie werk staan gewoonlik in noue verband met onderwysprobleme. In die V.S.A. het Gilbert (1957), bv., gevind dat 45% van die redes waarom kinders na stedelike kinderleidingsklinieke (nie skoolklinieke) verwys is, as „akademiese probleme” beskryf is. Weliswaar mag die rede wat vir verwysing aangegee word, iets anders as die werklike probleem wees, maar die moontlikheid om dit só te kan beskryf, impliseer tog probleme op dié gebied. Ross (1959) onderskei tussen 'n kliniese kindersielkundige en 'n skoolsielkundige, maar die verskil is tot 'n groot mate slegs t.o.v. waar die klem val. Die skoolsielkundige, in sy terminologie, het meer te doen met bekwaamheidstoetsing en advies i.v.m. skoollastiese probleme, terwyl die kliniese kindersielkundige meer op die diagnose en terapie van emosionele probleme konsentreer. Dit sou 'n gelukkige dag wees as ons in Suid-Afrika genoeg professionele werkers kon hê om 'n dergelike spesialisasie van arbeid te kry, omdat die gebiede wel oorvleuel, maar elk tog sy eie eise stel t.o.v. opleiding en ervaring. Die praktyk vereis tans dat in die meeste gevalle die sielkundige wat met kinders werk, op albei gebiede moet kan beweeg. Desnieteenstaande beperk ek my hier tot die suiwer kliniese werk en sluit nie verwysings na bekwaamheidsmeting en suiwer skoolprobleme in nie.

Psigodiagnostiek.

Hoewel hierdie artikel oor die diagnostiese werksaamhede van die kliniese kindersielkundige handel, wil ek beklemtoon dat psigodiagnostiese en psigoterapeutiese werk nie twee losstaande sake is nie. Daar mag geen skerp skeiding tussen hulle bestaan nie. Die diagnostiese proses moet altyd gesien word as deel van die geheelproses van sielkundige hulpverlening, en nie as 'n doel op sigself nie. Die oomblik wanneer gemerk word dat sodanige skeiding gemaak word, behoort dit 'n gevaar te wees dat die sielkundige egosentrië is en nie „kliënt-gesentreerd” nie.

William Menninger (1950) praat daarvan dat die kliniese sielkundige „therapeutically minded” moet wees, of hy formele terapie beoefen of nie, omdat enige aanraking met ’n pasiënt terapeutiese implikasies het. Hy beklemtoon dat „... the basic purpose in relation to patients is curative rather than merely diagnostic” (p. 11).

Die term „diagnose” word in woordeboeke gewoonlik verklaar as bepaling van die aard van ’n afwyking. Letterlik beteken dit „deurtastende van ’n naam te gee aan die simptoomblokkade wat waargeneem word. van ’n naam te gee aan die simptoomblokkade wat waargeneem word. Om hierdie rede het bv. Molly Harrower (vgl. Hadley, 1958) met ’n mate van wrewel uitgevaar teen gebruik van die benaming „psigodiagnostikus.” In soverre as wat dit beslis nie die taak van die kliniese sielkundige is om die resultate van ’n lang ondersoekproses met ’n enkele term op te som nie (al klink dit ook hoe goed op sy Grieks of Latyn of met ’n paar koppeltekens aaneengestrem), kan ’n mens met haar saamstem. In kliniese werk met kinders is dit verder ook so dat ’n mens moeilik by naamgewing kan uitkom. Emosionele probleme by kinders is uiters moeilik klassifiseerbaar. Soos Kanner dit ook gestel het, „There are . . . innumerable problems of behavior in infancy and childhood which cannot be pressed into any categorical system without doing violence to the uniqueness of the constellation in which they occur” (1944, p. 765).

Die taak van die kliniese sielkundige as diagnostikus is egter om die bepaalde persoon as individu te probeer verstaan teen sy besondere agtergrond van oorerwing en omgewing en daarna te kom tot ’n beskrywing van daardie persoon se psigodinamiese funksionering, op ’n wyse wat sal bydra tot die beplanning van metodes waardeur afwykings oorkom en voorkom kan word. Die resultaat van die diagnostiese werk moet wees dat die veroorsaking, presipitering en instandhouding van die afwykende psigiese funksionering verstaan word. Op grond van hierdie insigte kan voorspel word hoe dié persoon in bepaalde omstandighede, wat op herstel gemik is, sal reageer. Sodoende kan terapie beplan word en aanbevelings gemaak word i.v.m. belangrike aspekte soos die gesinslewe, skool, ontspanning, ens.

Objektiviteit in Kliniese Werk.

In die verlede was daar al heelwat polemieke oor die vraag of Kliniese Sielkunde ’n wetenskap of ’n kuns is. Die kern van die vraag is of objektiviteit bereik kan word deur die kliniese werkswyse.

Die kompleksheid en die individueel-verskillende aard van persoonlikheidsfunksionering maak die studiegebied van die Kliniese Sielkunde veel moeiliker toeganklik vir die metodes van „wetenskaplike” werksaamheid as in die geval van die natuurwetenskappe, of selfs die Algemene

Sielkunde. In die Algemene Sielkunde word hierdie probleme oorkom deur ondersoekinge uit te voer op groot groepe proefpersone en deur eksperimentele en statistiese kontroles. Die kliniese sielkundige, daarteenoor, het op 'n tyd net één geval waarmee hy werk, één geval wat waargeneem en ondersoek moet word soos hy voortlewe in sy voortdurend veranderende, onkontroleerbare, komplekse omgewing. Om etiese redes kan gewoonlik nie geëksperimenteer word nie; die pasiënt kan nie aan eksperimentele situasies onderwerp word wat maar op enige wyse die moontlikheid van benadeling inhou nie, al sou dit ook hoe insiggewend wees i.v.m. die aard van sy psigodinamiek. Verder is daar die probleem van wat eintlik as „afwykend” beskryf moet word; die probleem dat die afwykendheid van die individu uniek, eenmalig is; die probleem dat die pasiënt nie waargeneem is toe sy funksionering normaal was nie; en die probleem dat, in die geval van die kind, daar gewoonlik niks anders as afwykende ontwikkeling bestaan het waarmee vergelyk kan word nie. Vanweë al hierdie probleme word dikwels beweer dat die kliniese sielkundige in sy professionele werk eintlik kunsvaardig en altyd subjektief werksaam is.

Algemeen wetenskaplike status (nie natuurwetenskaplike status nie, want dit sou 'n nabootsing inhou) kan in kliniesielkundige werk slegs bereik word deur seker te maak dat die waarnemings van die individuele geval so objektief moontlik is.

Die eerste stap in hierdie rigting is die verwydering van vooroordele by die kliniese waarnemer self. Twee hoofipes vooroordeel moet uitgeskakel word. Die eerste is intellektueel van aard, nl. voorafingenome teoretiese standpunte wat op die gegewens afgedwing word met nie-inagneming of verwringing van sekere gegewens. Een voorbeeld is genoeg, die klassiek-psigoanalitiese teorie van die universaliteit van die Oedipus-kompleks. Die tweede tipe vooroordeel is emosioneel van aard en gewoonlik onbewus, nl. vooroordele wat mag voortspruit uit die emosionele probleme van die klinikus self. Op stuk van sake word 'n mens tot 'n belangrike mate beïnvloed (bevooroordeel) deur jou eie ervaringe, en die gevaar is groot dat 'n mens probleme wat jy self ondervind het of nog ondervind, op pasiënte mag projekteer. Dit is vanweë hierdie moontlikheid dat van alle psigoanaliste vereis word dat hulle 'n sgn. didaktiese analise moet ondergaan voordat hulle self mag praktiseer. 'n Dergelike onbuigsame reël hoef nie neergelê te word nie. Dit is egter wenslik dat elke kliniese sielkundige minstens bereid moet wees om sy eie medisyne te drink en, indien hy emosionele probleme van ingrypende aard by homself ontdek of vermoed, hy in belang van pasiënte professionele hulp daarvoor verkry.

Om egter tot die konkrete situasie van die individuele diagnostiese ondersoek te kom, is daar twee werksywes wat objektiviteit kan bevoor-

der. Die eerste is verkryging van soveel inligting as moontlik omtrent die geval. Hoe meer inligting beskikbaar is, hoe minder is die gevaar dat gevolgtrekkings gevorm sal word op grond van die subjektiewe instelling van die klinikus. Natuurlik word die gevaar nie uitgeskakel nie.

Die tweede werkswyse is oorkruisvalidering van gegewens. Inligting wat uit een bron verkry word, moet gekontroleer word met inligting uit ander bronne. Op grond van inligting uit een bron, word hipoteses geformuleer en die geldigheid van hierdie hipoteses word nagegaan aan die hand van inligting uit ander bronne. Hipoteses wat geformuleer is op grond van die gevalsgeskiedenis, word in onderhoude met die kind en in die toetsituasie getoets. Afleidings gebaseer op resultate van een toets word vergelyk en gekontroleer aan afleidings uit ander, veral andersoortige, toetse. Maar vanaf toetsbevindings word weer teruggewerk na die geskiedenis en onderhoude, desnoods deur 'n verdere onderhoud met die ouer, die onderwyser of die kind. Hierdie prosedure van voortdurende oorkruisvalidering is kenmerkend van wetenskaplike ondersoek. As dit die werkswyse is en as die klinikus homself voortdurend vergewis van die bewysgronde vir sy hipoteses ter verklarings van die psigiese funksionering van die onderhawige geval, kan hy 'n hoë mate van objektiviteit bereik. Absolute sekerheid kan daar nooit wees nie. Daarvoor is die Kliniese Sielkunde in die algemeen, en die individuele kliniese sielkundige in besonder, veels te onvolkome. Met inagneming van alle beskikbare inligting, kan waarskynlikheidsbeweringe egter gemaak word. As die klinikus sober bly in sy veralgemenings en bewus bly van die mate van waarskynlikheid, kan hy 'n objektiewe wetenskaplike wees.

Diagnostiese Prosedures.

Om 'n ander rede wil ek, nogeens, beklemtoon dat alle inligting wat bekombaar is onder die omstandighede, in elke geval bekom moet word. Die rede, in hierdie verband, is dat op grond van hierdie inligting beslissings gevel moet word wat gewoonlik ingrypende en langdurige invloed het op die lewens van mense: die kind wie se hele lang lewe nog voorlê, asook sy of haar ouers en dikwels broers en susters (vgl. Ross, 1959, p. 30). Hoewel ons baie teorieë het omtrent die oorsake van psigiese afwykings, is ons kennis nog te beperk vir vaartbelyning van hierdie werk; ons het geen *a priori*-gronde om te besluit wat belangrike en wat onbelangrike inligting mag wees vir die verstaan van die probleme van die individuele geval nie (vgl. Hadley, pp. 300—1). Die etiese verantwoordelikheid wat die kliniese kindersielkundige dra, behoort op sigself aansporing te wees dat hy geen aanbeveling sal maak of beslissing sal neem sonder deeglike ondersoek van alle bekombare inligting nie. Sy werk is nie so dramaties met lewe en dood as dié van 'n genees-

heer nie, maar sy foute mag lewenslange leed veroorsaak, of sy suksesse mag hydra tot lewenslange geluk.

In die tipiese kinderklinieksituasie is daar verdeling van arbeid by die insameling van inligting. Gewoonlik word inligting van en omtrent die ouers, die skool en ander buitebronne verkry deur die psigiatriese maatskaplike werkster. Onderhoude met die kind word gewoonlik deur die kinderpsigiater gehanteer, terwyl die kliniese kindersielkundige diagnostiese toetsing behartig. Al hierdie take behoort egter met eweveel deeglikheid deur die goed opgeleide en ervare sielkundige uitgevoer te kan word. Tewens, weens die skaarste aan kollegas in die twee aanverwante professies, funksioneer hy dikwels as 'n een-man-span.

'n Volledige diagnostiese ondersoek in kinderwerk hou in verkryging van inligting uit 'n mediese ondersoek, uit onderhoude met die ouers, uit onderhoude met verteenwoordigers van die skool, uit een of meer onderhoude met die kind en uit diagnostiese toetsing.

1. *Mediese ondersoek.*

'n Deeglike mediese ondersoek is 'n onontbeerlike deel van die diagnostiese proses en daarom behoort dit 'n roetinevereiste te wees. Weglating daarvan mag soms aanleiding gee tot ernstige diagnostiese en terapeutiese foute. Vanweë die sielkundige se oriëntasie, is hy geneig om te dink in terme van psigogene probleme, en self is hy nie in staat om organiese oorsake vas te stel of te beoordeel nie, Kanner (1957), sowel as die „Group for the Advancement of Psychiatry” (1957), waarsku selfs teen geneeshere wat emosionele faktore mag oorbeklemtoon. Indien 'n deeglike mediese ondersoek nie uitgevoer word nie, bestaan die gevaar dat gevalle soos dié wat Kanner noem (en dit is werklike gevalle waarna hy verwys), mag voorkom: dat kinders met bringewasse in psigoterapie beland, dat 'n kind omtrent wie dit bekend is dat hy of sy hipochondries geneig is, met klagtes oor maagpyn of met 'n oop mond rondloop omdat hy of sy nie vir appendisitis ondersoek is nie, of omdat niemand opgemerk het dat die kakebeen uit lit is nie, ens. (1957, p. 212). Die hogemelde GAP-verslag beklemtoon egter dat „Sensitive history taking and adequate medical studies involve much more than the detection or elimination of organic disease; they aid in determining the relative importance of physical disturbance in the genesis of the child's symptoms” (p. 331). Talle belangrike aspekte mag uit die oog verloor word wanneer hierdie inligting nie beskikbaar is nie, en ek glo nie ek kan hierdie saak sterk genoeg beklemtoon nie. Om maar één van die mindere klaarblyklike dinge te noem: sekere mediese preparate, soos bedarmiddels, antihistamines, barbiturate- en endokrine-preparate, mag die psigiese funksionering van die kind wat daarmee behandel word wysig, wat soms lei tot depressie en hipo-

aktiviteit of tot ooraktiviteit, prikkelbaarheid, opgewondenheid en selfs hallusinasies (vgl. GAP, 1957, p. 332). Stel u die invloed van 'n dergelike faktor op die intelligensietoets- of Rorschachprestasie van 'n kind voor en die penarie van die sielkundige wat te laat daarvan uitvind!

M.i. is dit nie gewens om, waar andersins moontlik, gebruik te maak van die hulp van 'n medikus verbonde aan bv. die Onderwysdepartement nie. In soverre as wat daar 'n historiese perspektief aan hierdie fase van die diagnostiese proses verbonde is, en in soverre as wat 'n buitestaande medikus selde op grond van 'n roetine-ondersoek van die kind soos hy op die oomblik is, al die inligting kan verskaf wat werklik benodig word, is die hulp van die huisdokter van die gesin voor die hand liggend. 'n Doeltreffende gewoonte is om eenvoudig die betrokke geneesheer te telefoneer en die geval te bespreek. Waar nodig, kan spesifieke aandag aan bepaalde aspekte by 'n volgende ondersoek (wat die ouers gevra word om te reël) dan versoek word. Meeste klinieke gebruik 'n vorm vir die mediese verslag waarop die inligting wat benodig word, spesifiek gevra word.

2. *Onderhoude met die ouers.*

Die persoonlikheidsontwikkeling van die kind word deur niemand anders tot 'n belangriker mate beïnvloed as deur sy ouers nie. Die huislike omgewing wat hulle skep vorm die voedingsbodem waarin hy groei. Gedurende die jare waarin hy op sy vatbaarste is vir invloede, het hy slegs tot 'n geringe mate met ander volwassenes te doen, en die invloede wat broers en susters op hom mag uitoefen word medebepaal deur die invloed wat die ouers op hulle uitgeoefen het.

As die kind se ontwikkeling 'so nou saamhang met die houdinge en optrede van die ouers, is dit vanselfsprekend dat ons besondere aandag aan hulle moet skenk. Enersyds is die doel daarby om die ouers te leer ken as totale persoonlikhede, as mense wat self problematiese psigiese funksionering mag ondervind en daardeur problematiese funksionering by hulle kinders mag laat ontstaan. Andersyds is die ouers gewoonlik die belangrikste bron van inligting omtrent die kind omdat hulle, van alle mense, die langste en intensiefste met sy lewensloop te doen gehad het.

Wat feitemateriaal betref, is die moeder gewoonlik die betroubaarste bron. Dit het my al dikwels verbaas hoe dat 'n vader nie eens seker kan wees van die geboortedatum van die kind nie. 'n Ander rede waarom gewoonlik meer tyd aan onderhoude met die moeder as met die vader gespandeer word, is omdat sy beskou word as die belangrikste figuur in die emosionele omgewing van die kind. Daar skuil egter groot gevaar in die algemene praktyk om vaders uit te skakel. In alle gevalle, maar veral in die geval van seuns van skoolgaande ouderdom, kan volledige diagnostiese inligting nie verkry word sonder 'n onderhoud met die

vader nie. In die ondersoekinge van Sarason en sy medewerkers (1960) is duidelike verskille gevind in die wyses waarop vaders en moeders van kinders met verskillende tipes probleme hulle kinders beoordeel het, en op grond hiervan het hierdie skrywers ook beklemtoon dat vaders geken moet word. Ons is te geneig om verkeerdelik aan te neem dat die moeder se werk is om kinders groot te maak, en dat as die kind emosionele probleme ontwikkel dit die moeder se skuld is. Een van die gevolge van 'n dergelike miskennig van die vader mag ook wees dat dit sy weerstand teen kliniese hulp mag verhoog en dat hy uiteindelik terapeutiese pogings mag saboteer.

Die kind moet nie teenwoordig wees wanneer 'n onderhoud met die ouer gevoer word nie. Dit is ook wys om die ouers eers te laat kom en die kind op 'n latere datum; vir 'n gespanne kind is dit angswekkend om te sit en wag terwyl sy ouers 'n uur of meer „alleen met die dokter wil praat.” Verder is dit raadsaam om, behalwe wanneer 'n mens die wisselwerking tussen die ouers wil observeer, nie albei ouers tegelyk in 'n onderhoud te hê nie — een oorheers feitlik sonder uitsondering, ten koste van waardevolle inligting.

Die aanvoer van onderhoude behoort hoofsaaklik die taak van die onderhoudvoerder te wees. 'n Mens moet in gedagte hou dat ouers — as hulle uit eie beweging kom, maar soveel te meer as hulle aangesê is om te kom — by hulle eerste aanraking met die sielkundige sonder uitsondering gespanne, angstig en op die verdediging is. Veral wanneer dit gaan om skool- of gedragsprobleme waarvoor hulle nie self die bal aan die rol gesit het nie, is ouers besonder geneig om wantrouig te wees en om hulself en hul kind in die beste lig te probeer stel. Daarom is dit nodig dat die sielkundige aanvanklik die meeste praatwerk doen en dat die eerste reaksie wat van die ouer verwag word, betreklik onbelangrik en terloops moet wees. Daarna beweeg 'n mens geleidelik in die rigting van vrae wat aanleiding gee tot vrye bespreking en nie die „Ja-” of „Nee”-tipe nie; bv. „Hoe 'n soort kind is Kosie?” en nie: „Is Kosie by die huis ook so onmoontlik as by die skool?” Vrae moet so bewoord word dat die antwoord nie gesuggereer word nie, bv. „Hoe het die bevalling verloop toe hy gebore is?” en nie: „Ek veronderstel dit was 'n normale bevalling.” Vrae moet direk duidelik geformuleer word en nie gaandeweg gewysig word nie. 'n Mens moet geleidelik opwerk na delikate vrae of vrae wat angs- of skuldgevoelens wakkermaak, maar hulle dan saaklik stel. Voorbeelde ter illustrasie van beweringe behoort gevra te word omdat dergelike anekdotes soms besonder insiggewend is. Soms is 'n hoë mate van vaardigheid nodig om inligting op 'n samehangende wyse te verkry. Die sielkundige moet hom egter daarin oefen om op 'n innemende en onopvallende wyse nie-toepaslike woordstrome te onderbreek en die ouer na die punt van bespreking terug te voer. (Vgl. Van

Riper, 1954, pp. 49—50, 545 i.v.m. heelwat van die voorgaande.)

Ek het telkens verwys na „vrae”, maar waar enigsins moontlik, behoort ’n mens te doen wat Van Riper noem „dynamic listening” en Rogers ’n „nie-direktiewe” onderhoud. Veral wanneer dit gaan om die gevoelsagtergrond van probleme, is dit die mees vrugbare tipe onderhoud. I.p.v. een vraag na die ander te vra, is die belangrike verskil dat die persoon self vry gelaat word om te praat. Gewoonlik is dit moontlik en ook genoeg om ’n betekenisvolle woord of sinsnede net te herhaal. Wanneer pouses of ’n versoek om kommentaar voorkom, kan die onderhoudvoerder probeer om in sy eie woorde die emosionele inhoud wat gestel is, opsommend te herhaal. Daarvoor is egter meer as net ’n intellektuele instelling teenoor wat gesê word, nodig. Die onderhoudvoerder moet emosionele meelewe. „Empatiese verstaan” noem Rogers dit: „To sense the client’s private world as if it were your own, but without ever losing the ‘as if’ quality . . . To sense the client’s anger, fear, or confusion as if it were your own, yet without your own anger, fear, or confusion getting bound up in it” (1957, p. 99). Dit is seker onnodig om u hierby te herinner aan ’n ander voorvereiste wat Rogers stel, nl. onvoorwaardelike positiewe agting vir die kliënt, waarsonder ’n dergelike instelling onmoontlik is.

Wat die inhoud van onderhoude met ouers betref, sal ek net opnoem. Eerstens, behoort die ouer ’n geleentheid te kry om die probleem soos hy of sy dit sien, uiteen te sit. Die oorspronklike en spontane klagtes van ouers is dikwels die belangrikste. Verwant hieraan is ’n bespreking van die redes waarom hulle sielkundige hulp soek. Is hulle motivering, in die eerste plek, hulle eie kommer oor die kind, of word hulle slegs aangespoor deur druk wat bv. deur die skool of ’n ander instansie uitgeoefen word? Dit sluit ook aan by hulle bewustheid van hul eie betrokkenheid by die probleem.

Hierdie bespreking kan dien as aanleiding tot die volgende hoofonderwerp, die familiegeskiedenis. Die huislike situasie, die agtergrond van die ouers (ook hulle ontwikkelingsgeskiedenis), die beroepsgeskiedenis, die huweliksgeskiedenis en -verhouding, gevoelens omtrent ouerskap, die ander kinders en hulle onderlinge verhoudinge, ander bloedverwante (veral die voorkoms van swaksinnigheid, sielsiekte, neurotiese kenmerke, spraakgebreke, misdadigheid, alkoholisme, egskeidings, ens.), die ekonomiese posisie, oorsake van spanning en onenigheid, vryetydsbesteding (saam met kinders of nie?), en godsdienstige en kerklike aktiviteit, is belangrike onderwerpe waarvoor inligting ingewin behoort te word. Die volgorde moet nie onbuigsaam wees nie omdat dit die omvang en betekenisvolheid van gegewens sal beperk.

Derdens, moet ’n volledige ontwikkelingsgeskiedenis omtrent die kind verkry word. Houinge van die ouers teenoor die betrokke kind

(reeds vanaf voor bevrugting) kan ook onder hierdie hoof gemeld word. Benewens besonderhede omtrent die motoriese, spraak- en intellektuele ontwikkeling, is die voorgeboortelike, geboorte- en siektegeskiedenis belangrik. Hierdie besonderhede mag die moontlikheid van breinbeskadiging, indien aanwesig, suggereer, wat dan later deur toetsing gekontroleer kan word. In die eerste plek het ek nie hier in gedagte growwe vorms van breinbeskadiging wat serebrale kreupelheid of swaksinnigheid tot gevolg het nie, maar „subkliniese” breinbeskadiging wat dikwels nie eens deur neurologiese ondersoek aan die lig gebring word nie. Waarskynlik het ’n heelwat groter groep kinders as wat ons gewoonlik vermoed, moeikhede in hulle skoolwerk, spel, en selfs emosionele funksionering a.g.v. dergelike onopvallende breinbeskadiging. (Kephart het een keer in ’n gesprek sover gegaan om te beweer dat die voortdurende frustrasie a.g.v. dergelike belemmering eventueel aanleiding mag gee tot ’n skisofrene toestand). Baie van hierdie uitwerkings sal gewoonweg op grond van die geringe variasies in toetsprestasie nie geïdentifiseer word nie, maar sal heel duidelik word as die klinikus op sy hoede gestel is deur geskiedenis materiaal (Hadley, 1958, p. 343; GAP, 1957, pp. 331—2).

Soms is dit waardevol om die ouer te vra om ’n biografie van die kind te skryf i.v.m. die ontwikkelingsgeskiedenis. Nie alleen mag dit heelwat tyd bespaar as so ’n voorafverkreë biografie as uitgangspunt van ’n onderhoud gebruik kan word nie, maar dit mag ook, soos Hadley aandui, terapeutiese waarde hê vir die ouer, deurdat die ouer self die ontwikkeling van die kind ernstig evalueer. Waar beskikbaar, mag bababoeke en dergelike rekords ook terloops aandag geniet.

Vierdens, moet aandag gegee word aan die sosiale geskiedenis, veral van die ouere kind, d.w.s. sy verhoudinge en wisselwerkinge met andere.

Vyfdens, moet die skoolgeskiedenis van die ouers verkry word. Betroubaarder inligting omtrent skolastiese prestasie kan gewoonlik uit skoolrekords verkry word, maar ouers kan waardevolle lig werp op houdinge omtrent die skool en skoolmotivering. Verder kan hulle dikwels longitudinale inligting verskaf wat nie elders bekombaar is nie.

3. *Onderhoude met verteenwoordigers van die skool.*

Sielkundiges is dikwels geneig om die waarnemings en hydraes (ook tot remediëring en terapie) wat deur die gewone onderwyser gelewer kan word, te veronagsaam. Die hoogsgekwalfiseerde „ekspert” mag ligtelik dink dat bv. ’n twee-drie-jarige onderwyserskollegediploma nie ’n persoon kwalifiseer om ’n hydraes tot die diagnostiese proses te lewer nie. In die verband betaam ’n bietjie nederigheid, eerstens, omdat alle hulp en inligting wat waarde mag hê, in belang van die kind verkry moet word. ’n Tweede rede is dat ons geleenthede vir waarneming beperk

is en, waar moontlik, aangevul moet word. Hoewel hulle sielkundig dikwels uiters naïef mag wees, het onderwysers(-esse) elke jaar intensief met talle kinders te doen, wat hulle in staat stel om tipiese en atipiese gedragings betreklik goed te onderskei. Ook het hulle die betrokke kind dikwels vyf uur per dag, vyf dae per week onder observasie, sodat hulle atipiese kenmerke by hom deeglik leer ken. Verder beweeg hulle dikwels meer in die samelewing waarin die ouers en kind lewe, as ons (wat dikwels blote vlugtige besoekers aan die dorp is) en kan hulle daarom ook waardevolle inligting omtrent die ouers en omtrent allerlei sosiologiese besonderhede verskaf. Om hierdie redes kan die klinikus maar gerus 'n halfuur of meer afsonder om uit hierdie waardevolle bron van inligting te put. Met die oog op latere hulp aan die kind, die ouers en die sielkundige, is dit verbasend hoeveel 'n bietjie agting en erkenning die belangstelling en motivering van 'n onderwyser(-es) wat anders 'n apatiese buitestaander sou gewees het, kan stimuleer.

Benewens die onderwyser(s) wat die meeste met die kind te doen het, mag die prinsipaal en die huisouers, indien die kind by 'n koshuis inwoon, waardevolle inligting gee. Van belang is dat verteenwoordigers van die skool geraadpleeg word i.v.m. dinge waarvoor hulle „trait acquaintance” met die kind het, d.w.s. dit is nie genoeg dat hulle die kind reeds 'n lang tyd ken nie, maar die persoon moes in die posisie gewees het om die kind te observeer in situasies waarin die onderhawige kenmerk aan die dag gelê is. Dit mag vanselfsprekend klink, maar dit is 'n voorsorgmaatreël wat nie altyd in gedagte gehou word nie. Weer eens mag anekdotes gevra word ter staving van bewerings.

4. *Die onderhoud met die kind.*

Meer as blote vraag-en-antwoord-inligting moet ook in die onderhoud met die kind verkry word en daarom is die atmosfeer waarin die onderhoud gevoer word, van die grootste belang. Om 'n goeie onderhoud met 'n kind te voer is veel moeiliker as om 'n onderhoud met 'n volwassene te voer. In 'n onderhoud met 'n volwassene beweeg 'n mens op 'n terrein van bekende wisselwerking, maar dié verwysingspunte is weg as ons tot die peil van die kind moet daal. Die sielkundige moet 'n atmosfeer skep waarin hy en die kind op mekaar kan reageer op so 'n wyse dat *die kind self* uitdrukking kan gee aan sy behoeftes en probleme. Die situasie moet nie-bedreigend wees vir die kind. Die sielkundige moet aanvaardend en emosioneel ontvanklik wees. Hy moet empaties verstaan en meelewe. Hy moet die kind die toon laat aangee. Hy moet beslis nie die onderhoud domineer met gestereotipeerde vraag op vraag nie, omdat hy sodoende spontane nuances van reaksie sal verhoed, en sodoende belangrike aanduidings van die aard van die kind se gevoelens en afweermeganismes. Om in ontvanklike wisselwerking

met die kind te verkeer, impliseer egter ook 'n aanvoeling van ongemaklikheid en onsekerheid by die kind. Daarom sal die klinikus nie soveel inisiatief aan die kind oorlaat dat sy angstigheids tot 'n ongewenste mate toeneem nie. Ek het reeds gestel dat elke aanraking met 'n pasiënt terapeuties beskou moet word. 'n Swak gevoerde diagnostiese onderhoud mag die diagnostiese oogmerke tot 'n mate dien, maar skade aanrig uit terapeutiese oogpunt.

Die onderhoud bied die klinikus geleentheid om die kind se vermoë om met 'n volwassene in wisselwerking te tree, waar te neem. Sy potensialiteite vir eventuele psigoterapie kan hieruit beoordeel word. Waardevolle diagnostiese indrukke kan egter ook verkry word uit die blote waarneming van die kind se reaksies, uit sy „woordelose mededelings.”

Wat die inhoud van die onderhoud betref, is dit gewoonlik goed om op een of ander stadium navraag te doen omtrent die kind se idees en gevoelens omtrent die redes vir die besoek. Feitlik alle kinders het 'n verduideliking nodig omtrent die rol van 'n sielkundige, die tipes kinders met wie hy werk (o.a. dat hulle nie „mal” is nie) en hoe hy hulle probeer help. Daarom is dit goed om die situasie redelik goed te struktureer deur 'n bietjie te praat oor dergelike dinge. In die proses kry 'n mens ook indrukke omtrent die mate waartoe die kind bewus is van sy probleme en die mate waartoe hy gemotiveer is om hulp daarmee te ontvang.

Dikwels is 'n goeie vraag om inligting van die kind self te begin kry, om te vra: „Vertel my 'n bietjie van jouself. Is jy 'n goeie seun (of dogter) of 'n slegte seun (of dogter)?” (Vgl. Hadley, 1958, p. 362). Dit sal gewoonlik een of ander reaksie uitlok, selfs by 'n baie jong kind. Hiervandaan kan dan op 'n *buigsame* wyse oorgegaan word na onderwerpe soos verhoudinge met gesinslede, maats, skool, onderwysers, belangstelling, toekomsplanne, gesondheid, frustrasies, vrese en kwellinge, oorsake van woede en vyandigheid, skuldgevoelens, drome en dagdrome, en persoonlike godsdiens. Hoe hierdie dinge geopper word, hang af van die ouderdom van die kind. Die klinikus moet voortdurend bewus wees van die gevoelsbelevinge van die kind i.v.m. die sake wat bespreek word en versigtig wees vir te diepgaande navraag wat die kind slegs sal laat terugtrek.

Veral in onderhoude met jong kinders, kry 'n mens soms insiggewende inligting in antwoord op die vraag: „As jy drie wense gehad het wat sou uitkom, wat sou jy gewens het?” en op die vraag: „Watter soort dier sou jy graag wou gewees het as jy 'n dier kon gewees het?” Die redes vir hierdie wense en die besprekings wat daaruit voortvloei, is soms nog meer vrugbaar. (Sien Kanner, 1957, pp. 225—9 vir 'n bespreking van „Die Drie Wense.”).

Waar die sielkundige beide die diagnostiese onderhoud met die kind

moet voer en diagnostiese toetsing moet behartig, is dit nie gewens dat die twee dinge aaneen moet loop nie. Dit behoort selfs nie op dieselfde dag plaas te vind nie. Die rede hiervoor is dat die onderhoud veel minder gestruktureer en die rol van die sielkundige daarby minder direktief is as in die toetsituasie. Die meeste kinders vind dit moeilik en verwarrend om van die een instelling na die ander te verskuif in dieselfde sessie. (Om dieselfde rede is verdeling van arbeid in die kliniek met toereikende personeel ook gewens. Die kind ondervind dan nie die verwarring daarvan om dieselfde persoon in verskillende rolle te ontmoet nie). Dit is wenslik om die kind aan die einde van die onderhoud voor te berei op die toetsaktiwiteite wat by die volgende bestelling sal volg. Die rede vir die toetsing kan verduidelik word op min of meer die volgende trant: „Dit sal jou en my help om jou beter te verstaan en om die dinge wat jou ongelukkig maak beter te verstaan.” Ook moet kortliks verduidelik word wat sal gebeur. Die kind van jonger as omtrent agt jaar is gewoonlik tevrede met 'n verduideliking in terme van „speletjies speel”, maar ouer kinders moet op die meer realistiese vlak van „wil weet hoeveel dinge jy weet” en „na prente kyk en stories vertel” ingelig word. Dit help ook om te beklemtoon dat die meeste kinders dit geniet. Die woord „toets” behoort vermy te word omdat dit negatiewe en angsverwekkende assosiasies mag laat ontstaan, veral by skoolgaande kinders met skolastiese probleme. (Vgl. Ross, 1959, pp. 21, 44).

5. *Diagnostiese toetsing.*

Diagnostiese toetsing is die unieke bydrae van die Kliniese Sielkunde tot psigodiagnostiek. Soos reeds aangedui, word ander aspekte van die diagnostiese proses dikwels deur kollegas in die verwante professies behartig, maar geeneen van hulle kan sielkundige toetsing uit die hande van die sielkundige oorneem nie.

Sielkundige toetsing is 'n kortpad-proses by diagnostiese werk. Ross skryf daaroor: „By utilizing special techniques the psychologist obtains a cross-sectional view from which, by extrapolation, he tries to reconstruct an individual's past experiences and to make predictions as to his future behavior under certain conditions, such as therapy” (1959, p. 35). Hierdie inligting kan ook deur onderhoudvoering verkry word, maar dit is 'n baie langsame proses. Na 'n paar uur wat aan toepassing van toetse en interpretasie van protokolle gespandeer is, kan inligting dikwels verkry word wat slegs na talle gewone onderhoude beskikbaar sou gewees het. Soos Ross ook beklemtoon, is die indirekte benadering tot die probleme wat deur projektiewe tegnieke gebied word, van besondere belang in werk met kinders wat nie in staat is om hulle konflikte gereedlik in woorde uit te druk nie. Te veel direkte navraag in gevoelsbelaaide gebiede gedurende die vroeë aanrakings met die kind mag soms

ook die bewerkstelling van 'n terapeutiese verhouding uiters moeilik maak.

Die beperkinge waaraan diagnostiese toetsing onderworpe is, moet egter ook in gedagte gehou word. Waar die gevalsgeskiedenis en die onderhoudinligting funksionering in die werklike lewe aan die lig bring, spruit toetsinligting voort uit 'n kunsmatige, eksperimentele situasie en die geldigheid daarvan word afgelei uit ondersoekinge op ander gevalle as die onderhawige een (Hadley, 1958, p. 301). In dié verband skryf Menninger: „In too many instances, both clinical psychologists and psychiatrists, in their quest for scientific precision, seize upon tests and invest in them a certain cryptic aura of infallibility which in actuality they of course do not have. The fact is that tests simply serve as another mode of approach to the study of personality functioning and psychopathology. They are an observational and examinational means of extending the clinical study” (1950, p. 9).

Toetsinligting behoort daarom altyd gesien te word as aanvullende inligting. Toetse behoort gebruik te word om hipotese wat op grond van inligting uit ander bronne geformuleer is, te toets, en om gapinge in die kliniese beeld aan te vul. Indien inligting wel geredelik op direkte wyses bekombaar is, moet dit bekom word. Slegs wanneer dit nie bekombaar is nie of wanneer dié weg te tydrowend is, is indirekte afleidings uit toetsresultate geregverdig en belangrik.

'n Roetine-toetsprogram waarby elke kind dieselfde gestereotipeerde battery toetse moet ondergaan, is om hierdie redes nie die mees doeltreffende gebruik van toetstyd nie. Beide Hadley en Ross bepleit ten sterkste selektiewe toetsing, waarby dit gaan om beantwoording van spesifieke vrae wat in die loop van die diagnostiese ondersoek ontstaan. Ross skryf: „Instead of using a 'shotgun approach', hoping to tap as many areas as possible, as he needs to do when asked for a nonspecific personality evaluation, the psychologist can now decide which of his instruments are best suited to furnish answers to the questions asked” (1959, p. 37).

Wanneer ons aan diagnostiese toetsing dink, dink ons gewoonlik net aan die kind. Sommige skrywers bepleit egter sterk dat dit ook na toetsing van albei ouers uitgebrei moet word. Uit die oogpunt wat algemeen, minstens teoreties, aanvaar word, is die ouers net soseer pasiënte as die kind wanneer ons voor emosionele probleme staan. Dikwels is hulp aan hulle selfs meer dringend en beslissend vir oplossing van die kind se probleme, as hulp direk aan die kind.

Diagnostiese toetsing van ouers kan, net soseer as in die geval van die kind, aanvullende kennis inbring en sodoende die insigte omtrent die totale situasie vermeerder. Die tydsfaktor word gewoonlik as beswaar geopper, maar met baie volwassenes bestaan die moontlikheid om, nadat

goeie rapport bewerkstellig is, hulle te vra om sekere toetse tuis te gaan doen. Die „Minnesota Multiphasic Personality Inventory” (groepsvorm), verskillende sinsvoltooiingstoetse en projektiewe opstelle is voorbeelde van dergelike toetsing waarby die toetsnemer nie aanwesig hoef te wees nie. Selfs al word geen verdere toetsing uitvoer nie, kan oordeelkundige gebruik van „huiswerk” al aansienlik hydra tot die inligting omtrent die geheelbeeld.

Oor die gebruik van spesifieke toetse sal ek my hier nie uitlaat nie. Daar is honderde toetse waaruit die kliniese kindersielkundige kan kies. Die keuse word in ons land tot ’n belangrike mate beperk deur gebrek aan normatiewe gegewens vir Suid-Afrikaanse groepe. M.i. behoort die ideaal van die individuele sielkundige nie te wees om alle moontlike toetstegnieke te beheer nie. Eerder behoort elkeen seker te maak dat hy ’n verteenwoordigende seleksie beheer, waaruit hy die tipe inligting kan kry wat in sy tipiese werksituasie vereis word. Die seleksie moet ook bepaal word deur die beskikbare inligting omtrent die toetse. Daar is talle toetse wat groot moontlikhede inhou, maar waaromtrent te min bekend is t.o.v. betroubaarheid en veral geldigheid. Wanneer ’n mens ’n klein aantal toetse gereeld gebruik en wanneer jy jouself deeglik instudeer in die literatuur omtrent hulle, neem daardie toetse toe in sensiwiteit as instrumente in jou hande. Hierdie is geen pleidooi vir gestereotipeerde toetsprosedures nie — die wetenskaplike behoort voortdurend ontvanklik te wees vir verbetering in sy metodes. Ek pleit egter vir ’n realistiese benadering van die praktiese situasie op ’n wyse waardeur die pasiënt maksimaal gedien kan word.

Die probleme van betroubaarheid en geldigheid is net terloops genoem en ek wil ook nie hier op besonderhede daaromtrent ingaan nie. Dit is ’n ernstige probleem by klinies-sielkundige werk dat die betroubaarheid en geldigheid van baie toetse, veral die projektiewe tegnieke, geensins aan streng psigometriese vereistes voldoen nie. Daarby moet die eise van die praktyk egter nie uit die oog verloor word nie, nl. dat die beste antwoord wat i.v.m. die onderhawige geval gegee kan word, gegee moet word. Daarom moet ’n mens jou dikwels verlaat op tegnieke waarvan die waarde slegs in die kliniese situasie vasgestel is en nie in objektiewe eksperimentele ondersoekinge nie. Hierdie ongewenste situasie is egter, terselfdertyd, die sterkste aansporing vir die klinikus om voortdurend ook navorser te wees.

Samevatting.

Die saamvoeging van die inligting wat uit al die verskillende bronne verkry is, is geen geringe taak nie. In die tipiese kinderkliniek is dit die taak van al die afsonderlike werkers in ’n konferensie, waarby personeel lede wat nie met die geval gewerk het nie ook teenwoordig is. Sonder ’n

dergelike bespreking van die geval, is die gevaar van eensydige insigte groot. Samesprekings met kollegas en, indien enigsins moontlik, 'n konferensiestelsel, is daarom ten sterkste aan te beveel.

Die uitvloeisel van die diagnostiese proses is aanbevelings omtrent die verdere hantering van die geval. Hierdie aanbevelings moet, met motivering, oorgedra word aan die persone wat verantwoordelik sal wees of behulpzaam sal wees by die uitvoering daarvan. Die diagnostiese bestudering is niks meer werd as die uiteensetting van die aanbevelings op grond daarvan nie. Daarom verdien hierdie afrondingsfase besondere aandag en moeite. As bv. die ouers nie werklik kan verstaan wat gevind is nie, waarom die toestand ontstaan het nie en hoe die proses van hulpverlening verder kan verloop nie, verloor ons die geval dikwels net daar. Kommunikasieprobleme mag nie in die weg staan waar hulp nodig en beskikbaar is nie.

P.U. vir C.H.O.

D. J. W. Strümpfer.

LITERATUURVERWYSINGS:

- Gilbert, G. M.: A survey of "referral problems" in metropolitan child guidance centers. *J. clin. Psychol.*, 1957, 13, 37—42.
- Group for the Advancement of Psychiatry: *The diagnostic process in child psychiatry*. Report No. 38, 1957.
- Hadley, J. M.: *Clinical and counseling psychology*. New York, Knopf, 1958.
- Kanner, L.: Behavior disorders in childhood. In Hunt, J. McV. (red.): *Personality and the behavior disorders*. Vol. 2. New York, Ronald, 1944.
- Kanner, L.: *Child psychiatry* (3e uitgawe). Springfield, Ill., Thomas, 1957.
- Menninger, W. C.: The relationship of clinical psychology and psychiatry. *Amer. Psychologist*, 1950, 5, 3—15.
- Rogers, C. R.: The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *J. consult. Psychol.*, 1957, 21, 95—103.
- Ross, A. O.: *The practice of clinical child psychology*. New York, Grune & Stratton, 1959.
- Sarason, S. B., Davidson, K. S., Lighthall, F. F., Waite, R. R., & Ruebush, B. K.: *Anxiety in elementary school children*. New York, Wiley, 1960.
- Van Riper, C.: *Speech correction; principles and methods* (3e uitgawe). Englewood Cliffs, N. J., Prentice-Hall, 1954.