

'Relevansie' in die sielkunde in Suid-Afrika

Opsomming

In hierdie artikel word 'n oorsig gebied oor die relevansiedebat in die sielkunde in Suid-Afrika. Dit blyk dat die sielkundeprofessie 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 doeltreffende kruiskulturele dienste te kan lewer, moet die universele beginsels van die sielkunde behou word. Dit is egter ewe belangrik dat kulturele diversiteit erken en Afro-sentriese 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 bevorder moet word. Daarby moet sielkundige dienste na die breë bevolking uitgebrei en sodanige dienste meer toeganklik gemaak en beter bemark word. Die voorafgaande het noodwendig implikasie vir die opleiding van sielkundiges.

'Relevance' in psychology in South Africa

In this article a general view regarding the debate on relevance in psychology in South Africa is given. 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 efficient cross-cultural services, the universal principles of psychology should be adhered to. Cultural diversity should, however, be acknowledged and Afrocentric principles in psychology should be accommodated. Attention should be given to the shortage of psychologists from non-Western population groups, while co-operation with traditional healers should be promoted. Psychological services should be extended to the broad population, and 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.

Relevansie is reeds vir baie jare 'n sentrale vraagstuk in die Suid-Afrikaanse sielkunde.¹ 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) tot die debat toegetree en het die onderwerp by kongresse en in vaktydskrifte soos die *Suid-Afrikaanse Tydskrif vir Sielkunde* en *Psychology in Society* aandag begin geniet (Retief 1989).

Suid-Afrikaanse sielkundiges blyk dit eens te wees dat die sielkunde meer relevant moet word. Dit is egter waar die eensgesindheid skynbaar eindig. So is daar nie net verskillende standpunte oor die betekenis van die begrip 'relevansie' nie, maar 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 tydperioede 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 diens van die samelewing moet staan en daartoe moet bydrae om probleme op nasionale en streekvlak op te los.

Hierdie standpunte strook met ander internasionaal-aanvaarde definisies van 'relevansie', wat beklemtoon dat die sielkunde toegespits moet word op die probleme van die betrokke land of gemeenskap (Sinha 1973). Peterson (1995) voer byvoorbeeld aan dat sielkundiges aan die fundamentele behoeftes van die samelewing

1 Alle korrespondensie kan aan prof D A Louw gerig word. Erkenning word gegee aan prof P M Heyns van die Dept Sielkunde, Universiteit van die Oranje-Vrystaat vir sy insette tydens die skryf van hierdie artikel.

moet voldoen indien hulle relevant wil bly. Net so is Ruback & Innes (1988) die mening toegedaan 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 ter sake 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).

Hierdie drie temas word vervolgens bespreek aan die hand van die standpunte wat deur verskeie belangrike meningvormers oor die onderwerp gehuldig word.

1. Die sielkunde en die sosio-politieke konteks van Suid-Afrika

Die stand van die sielkunde in die sosio-politieke konteks van Suid-Afrika kom veral duidelik na vore wanneer die onderskeie rolle daarvan tydens die apartheids- en post-apartheidsera van nader beskou word. Die volgende uiteensetting moet egter gesien word teen die agtergrond dat, hoewel die sielkunde sy amptelike beslag as "irrelevante en diskriminerende" wetenskap in Suid-Afrika eers tydens die apartheidsera gekry het, die weg na hierdie beskrywing reeds veel vroeër gebaan is. So het M L Fick, een van die grondleggers van intelligensietoetsing in Suid-Afrika, op grond van (metodologies swak) navorsing melding gemaak van die "opmerklike minderwaardigheid van die Naturel teenoor Blankes" (vertaal uit Biesheuvel 1943: 196-7). Hoewel Fick deur 'n ander internasionaal-erkende Suid-Afrikaanse sielkundige, Simon Biesheuvel (1943), gerepudieer is en Fick se siening nie veel verskil het van die destydse

internasionale tydgees nie, word die rimpelingseffek van uitsprake soos hierdie steeds by kritici van die Suid-Afrikaanse sielkunde aangetref.

Dit was egter eers tydens die apartheidsera dat die kritiek teen sielkunde politieke legitimiteit verkry het. Benewens diskriminasie teen swart kollegas op verskeie professionele, opvoedkundige en sosiale terreine, was dit veral die swye van die meerderheid (lees: wit) sielkundiges wat die Suid-Afrikaanse sielkunde as 'n irrelevante wetenskap begin brandmerk het.

1.1 Die sielkunde en die sosio-politieke konteks in die apartheidsera

Enkele vroeëre roepstemme het tydens die tagtiger jare begin momentum kry toe outeurs soos Dawes (1985 & 1986) aangevoer het 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 hul professionele organisasies (Edwards & Louw 1998; Prinsloo 1992).

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

- Die eerste standpunt was dat die sielkunde sterk deur bestaande sosiale omstandighede beïnvloed word. Gevolglik is die idee van 'n objektiewe, waardeevrye 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 apartheid 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 apartheid is ook aangemoedig.

Dawes het ook standpunt ingeneem teen 'n politieke stilsweye 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 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. 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 in die besonder, 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 oortuiging. Hy huldig die standpunt dat 'n objektiewe, waarde-vrye wetenskap 'n valse ideologie is. Daarteenoor beklemtoon Biesheuvel (1987) die idee dat die wetenskaplike metodologie waarde-vry en objektief is, en die basis vorm vanwaar die onderliggende oorsake van 'n gegewe politieke of sosiale fenomeen geïdentifiseer kan word (Retief 1989).

'n Ander standpunt wat aansluit by dié van Dawes 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, asook 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.

1.2 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. Institusionele 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-traumatisiese 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). Ongelukkig is dit so dat die meerderheid sielkundiges 'n gulde geleentheid in hierdie verband deur hul vingers laat glip het tydens die werksaamhede van die Waarheids- en Versoeningskommissie. Hoewel sielkundiges wel 'n rol in die kommissie gespeel het, was dit slegs 'n baie klein minderheid wat hul dienste aangebied het. 'n Waardevolle geleent-

heid het dus verby gegaan waar sielkundiges 'n daadwerklike bydrae kon maak tot sowel die relevansie van hul profesie as die algemene politieke klimaat in die land. So kon hulle terapeutiese hulp verleen het aan sowel slagoffers as diegene wat bekentenisse gemaak het, asook aan onrealistiese verwagtings geskaaf het (vgl Dowdall 1969). Unieke en uiters waardevolle ervaring en navorsingsdata kon in die proses verkry word.

'n Relevante sielkunde sal egter nie net sensitief moet wees vir die uitwerking van apartheid op swart Suid-Afrikaners 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 wit bevolking moet ondersreun 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.

Ten einde doeltreffend op nasionale vlak te funksioneer, is dit nodig dat die sielkunde sy huis in orde moet kry 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 profesie kan beding en sielkundige dienste bevorder (Forum 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 registrasie, die huidige registrasiekategorieë, statutêre regulering van die Beroepsraad, groter onafhanklikheid vir die profesie 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).

Hoe dit ookal sy, 'n relevante sielkunde in Suid-Afrika sal 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.

2. Kruiskulturele dienslewering

Die debat oor relevansie handel ook oor die wyse waarop die sielkunde kruiskultureel doeltreffender kan wees. In hierdie verband staan die moontlike ontwikkeling van 'n Afrosentriese sielkunde teenoor die behoud van Eurosentriese beginsels, die behoefte aan meer sielkundiges uit ander bevolkingsgroepe en die moontlike samewerking met tradisionele genesers op die voorgrond.

2.1 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 sielkunde wat sal poog om 'n konseptuele Afrosentriese model te ontwikkel wat sal lei tot die begrip, verklarings 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-Afrikanners gesondheid, siekte, diagnose en behandeling verklaar.

Die hoofstroomsielkunde wat in 'n Eurosentriese waardesisteem gefundeer is, is volgens die voorafgaande 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 & Nell (1990) betwis. Volgens Nell (1990) het die standpunt 'n verlamende 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 daat tot op hede geen inhoud aan 'n inheemse sielkunde gegee is nie. Daar bestaan volgens hom ook geen operasionele definisies van inheemse konstrunkte 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 Eurosen-triese 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: 893) se siening van "[t]here 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) meen Hanson *et al* (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. Ook Nell (1990) is van mening dat die sielkundeprofessie relevant gemaak kan word, nie deur die noodwendige ontwikkeling van 'n aparte inheemse sielkunde nie, maar deur die aanwending van universele sielkundige beginsels op die praktiese probleme van die gemeenskappe wat gedien word.

Verder is dit egter ook nodig dat sielkundiges daarna sal strewes 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).

2.2 Die tekort aan sielkundiges uit ander bevolkingsgroepe

Daar is tans 'n tekort aan sielkundiges uit ander bevolkingsgroepe in alle areas van die sielkunde (PsySSA Council 1996). Dit impliseer ook 'n nie-proporsionele verspreiding van sielkundiges in die verskillende bevolkingsgroepe (Donald 1991; Kriegler 1988). Hoewel daar 'n toereikende hoeveelheid sielkundiges is wat in die behoeftes van wit Suid-Afkaners voorsien, word nie doeltreffend aan die behoeftes van ander bevolkingsgroepe, veral dié van die swart bevolking, voorsien 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.

Die tekort aan swart sielkundiges blyk ook uit die onderverteening van swart outeurs in die hoofstroom sielkundige vaktydskrifte (Duncan 1996). 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 toekomst 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

verdeel 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.

2.3 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 Bürhman (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 dié van ortodokse sielkundiges gebruik word (Hickson & Kriegler 1991).

Daar was egter lank 'n neiging in die Westerse wetenskap om die metodes van die Afrika-genesers te diskrediteer (Edwards & Louw 1998; Korber 1990). 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).

Dir 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 & Pretorius 1995). Van Rensburg, Fourie & 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 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 geestesgesondheidsisteme 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 geïnstitusionele gesondheidsisteme geakkommodeer word. Samewerking sal volgens hom 'n herstrukturering van die geestesgesondheidsstelsel 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 geestesgesondheidsisteme 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 geestesgesondheidsisteme word die model wat in Zimbabwe gevolg is, as moontlikheid voorgedra (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.

3. Gemeenskapsgeoriënteerde dienslewering

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

3.1 Sielkundige dienste vir die breë gemeenskap

Dat 'n relevante sielkunde sy dienste na die breë Suid-Afrikaanse gemeenskap sal moet uitbrei (Donald 1984; Louw 1995; Rock & Hamber 1994) word algemeen deur sielkundiges aanvaar. Vir outeurs soos Vogelmann *et al* (1992) is dit egter belangrik dat dié gemeenskap eers gedefinieer word voordat 'n relevante sielkunde 'n invloed daarop kan hê. In hierdie verband wys Biesheuvel (1991) daarop dat sielkundiges soms vaag is oor wie hulle by die "gemeenskap" insluit. Dit is nie altyd seker watter kategorieë mense bedoel word nie, of

hulle byvoorbeeld wit, swart, Kleurlinge of Indiërs is, of hulle van die middelklas, werkersklas, landelik of stedelik, en of hulle polities bevoorreg of onderdruk is (Biesheuvel 1991; Vogelmann *et al* 1992). Ongeag die definisie van die gemeenskap, sal 'n relevante gemeenskapgeoriënteerde 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 tot 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 (Hickson & Kriegler 1991; Kriegler 1988). Louw *et al* (1993) voer aan dat individuele terapie wat oor weke en selfs jare strek, 'n luukse is wat relatief 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 1991). Die klem op voorkomingsintervensie en betrokkenheid op voetsoolvlak sal sielkundige dienste ook meer toeganklik en sigbaar maak (Louw 1990).

3.2 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 1993; Rock & Hamber 1994). Die

strewende 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 & Petersen (1996) het 80% 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 opererig word sodat toegang tot sielkundiges vergemaklik kan word. Sodanige klinieke kan ook dien as sentra waar sielkunde-studente in opleiding en selfs afgestudeerde sielkundiges gemeenskapsdiens volgens die verwagte vereistes van die regering kan verrig.

Toegang tot sielkundige dienste word beperk deur die onbekostigbaarheid daarvan vir baie Suid-Afrikane (Pillay & Petersen 1996; Rock & Hamber 1994). Die meerderheid 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 deur die staat, parallel aan die sisteem van privaatpraktisyns, 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 deeltydse poste vir sielkundiges in die staatsdiens geskep moet word (Freeman 1991).

3.3 Die bemerking van sielkundige dienste

Die sielkunde-professie moet meer sigbaar gemaak word buite die grense van die wit middelklassektor (Kriegler 1988; Hickson & Kriegler 1991; Wood 1994). Baie lede van die breë gemeenskap het min ondervinding van sielkundige dienste en is onseker oor wat

sulke dienste hulle kan bied (Berger & Lazarus 1987; Forum 1993). Die onderskeie registrasiekategorieë is ook vaag, onduidelik en swak gedefinieerd, met die gevolg dat dit baie verwarring by die publiek skep (Hickson & Krieglner 1991). Dit is gevolglik belangrik dat die rol van sielkundiges en die waarde van sielkundige dienste aan die gemeenskap gekommunikeer word (Forum 1993).

Sehlapelo & 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 vertroue in psigometriese toetse nie en bevraagteken onder andere die geldigheid daarvan. Die belangrikste beswaar is dat die sielkundige meetinstrumente wat tans in Suid-Afrika gebruik word meestal kultuursydig en rassisties is. Die basis van hierdie beskuldiging is dat baie min sielkundige toetse gestandaardiseer is vir die bepaalde bevolkingsgroep waarop dit toegepas word. Sehlapelo 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. Sodanige "transformasie" 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 profesie te bevorder (Taskforce 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 profesie 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, gemeenskaps-

organisasies, nie-regeringsorganisasies en ander potensiële kliënte/pasiënte (Rock & Hamber 1994). Die bemarking van privaat-praktisyns se dienste deur middel van advertensie — wat in die verlede nie toegelaat is nie — is ook 'n goeie metode om die gemeenskap van sielkundige dienste bewus te maak (Taskforce 1991).

4. 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 breë Suid-Afrikaanse gemeenskap wil ontwikkel, moet bewus wees van die rol wat rassisme en onderdrukking op die land se inwoners gehad het. Rock & 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 moet neem (Dawes 1986) en dat die bydraes wat die antropologie kan lewer, by die sielkundigeleerplan ingesluit word (Kitching 1991). Wit studente moet in die swart kultuur- en wêreldbeskouing onderrig word en verkieslik ook 'n swart 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 Eurosentriese hoofstroomkonsepte en tegnieke met groter omsigtigheid 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 gemeenskaps-

gebaseerde 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 rassasamestelling van nagraadse groepe meer verteenwoordigend van die totale bevolking kan wees. Verder bereken 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 personeeloorweging 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 dan ook tans verskillende opsies met betrekking tot die vestiging van sielkundiges op verskillende vlakke (Professional Board for Psychology & PsySSA 1997). Die voorgestelde vlakke is dié 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 standaarde 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 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 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.

Dit is tans nog nie duidelik wat die implikasies van voorstelle rakende die Nasionale Kwalifikasieraamwerk en die toetrede van ander rolspelers soos teknikons op die sielkundeprofessie 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).

5. Samevattende gevolgtrekkings

Uit die voorafgaande is dit duidelik dat daar wyd uiteenlopende menings bestaan oor die wyses waarop relevansie deur die sielkundeprofessie bereik kan word. Die volgende samevattende gevolgtrekkings kan in hierdie verband 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 vir die uitbouing van 'n volwaardige demokrasie.
- Dit is 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, ten einde aan die behoeftes van die totale bevolking te voldoen.
- Hoewel die sielkundeprofessie reeds 'n belangrike rol speel in die geestesgesondheid van veral wit Suid-Afrikaners, lê die uitdaging daarin om die dienslewering 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 sielkunderoep daar te stel.
- Navorsing wat verteenwoordigend van die Suid-Afrikaanse bevolking is, is dringend nodig. Sodoende sal daar verseker word dat die pogings om meer relevante dienste te lewer, wetenskaplik en professioneel-eties verantwoordbaar is.
- Relevansie hou noodwendig belangrike implikasies in vir die opleidingsdoelwitte van sielkundedepartemente 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, anders as in die verlede, sensitief wees vir sowel die sosio-politieke as die Afrika-konteks.
- 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 rekort 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 nie-Westerlinge in Afrika vreemd is. Baie opgeleide swart sielkundiges is dan ook in die res van Afrika in beroepe werksaam wat nie mer hul sielkunde-opleiding verband hou nie.

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 outeurs 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 sielkundeprofessie 'n relevante en onmisbare deel van die geestesgesondheidstelsel word wat bydraes kan lewer om die geestesgesondheid van alle Suid-Afrikaners te bevorder.

Bibliografie

ABDI Y O

1975. The problems and prospects of psychology in Africa. *International Journal of Psychology* 10: 227-34.

ADLER L L & B R MUKHERJI (eds)
1995. *Spirit versus scalpel*. Westport, CT: Bergin & Garvey.

BERGER S & S LAZARUS
1987. The views of community organisers on the relevance of psychological practice in South Africa. *Psychology in Society* 7: 6-23.

BIESHUVEL S

1943. *African intelligence*. Johannesburg: South African Institute for Race Relations.

1987. Psychology: science and politics. Theoretical developments and applications in a plural society. *South African Journal of Psychology* 17: 1-8.

1991. Neutrality, relevance and accountability in psychological research and practice in South Africa. *South African Journal of Psychology* 21: 131-40.

BODIBE R C

1993. What is the truth? Being more than a jesting Pilate in South African psychology. *South African Journal of Psychology* 23: 53-8.

BOTMAN H R & R M PETERSEN (eds)

1996. *To remember and to heal*. Cape Town: Human & Rousseau.

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 R L

1985. Politics and mental health: The position of clinical psychology in South Africa. *South African Journal of Psychology* 15: 55-61.

1986. The notion of relevant psychology with particular reference to Africanist pragmatic initiatives. *Psychology in Society* 5: 28-48.

DONALD D R

1984. Key issues in the development of applied educational psychology in contemporary South African context. *South African Journal of Psychology* 14: 29-33.

1991. Training needs in educational psychology for South African social and educational conditions. *South African Journal of Psychology* 21: 38-44.

DOWDALL T

1996. Psychological aspects of the Truth and Reconciliation Commission. Botman & Petersen (eds) 1996: 27-36.

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: 1273-6.

1987. The Isangoma and Zulu customs. *University of Zululand Journal of Psychology* 3: 43-8.

EDWARDS D J A & D A LOUW

1998. Die sielkunde as wetenskap en profesie. Louw & Edwards (reds) 1998: 3-56.

LOUW D A & D J A EDWARDS (reds)

1998. *Sielkunde. 'n Inleiding vir studente in Suid-Afrika*. Johannesburg: Heinemann.

FORUM ON THE ROLE AND FUNCTION OF PSYCHOLOGY (FORUM)

1993. Summary of issues emanating from the Forum on the role and function of psychology. Unpubl paper delivered at the Forum on the role and function of psychology, 2-4 September 1993, Johannesburg.

FOUCHÉ J B

1996. Akademiese sielkunde in Suid-Afrika: 'n Kritiese situasie-analise. Ongepubl Ph D-proefskrif. Universiteit van die Oranje-Vrystaat, Bloemfontein.

FREEMAN M

1991. Mental health for all — moving beyond rhetoric. *South African Journal of Psychology* 21: 141-7.

1992. Negotiating the future of traditional healers in SA — differences and difficulties. *Critical Health* 40: 64-9.

GOBODO P

1990. Notions about culture in understanding black psychopathology: are we trying to raise the dead? *South African Journal of Psychology* 20: 93-8.

HANSON M J, E W LYNCH & K I WAYMAN

1990. Honoring the cultural diversity of families when gathering data. *Topics in Early Childhood Special Education* 10: 112-31.

HICKSON J & S KRIEGLER

1991. The mission and role of psychology in a traumatised and changing society: the case of South Africa. *International Journal of Psychology* 26: 783-93.

HOLDSTOCK T L

1979. Indigenous healing in South Africa — a neglected potential. *South African Journal of Psychology* 9: 118-24.

1981. Psychology in South Africa belongs to the colonial era. Arrogance or ignorance? *South African Journal of Psychology* 11: 123-9.

Viljoen, Louw & Beukes/Sielkunde in Suid-Afrika

KANJEE A

1996. The national qualifications framework: implications for psychology. *Psychology in South Africa: Newsletter of the Psychological Society of South Africa* 3: 20-1.

KITCHING J S

1991. Enkele probleme met betrekking tot die verskaffing van kruiskulturele sielkundige en psigiatriese dienste in Botshabelo — 'n Antropologiese perspektief. Ongepubl M Sc-verhandeling, 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.

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. Unpubl Ph D dissertation, University of Cape Town, Cape Town.

LIFSCHITZ S

1989. The story of the cave or finding ways to create psychotherapeutic contexts with black clients. Mason & Rubenstein (eds) 1989: 46-50.

LOUW D A

1995. Psychology in South Africa: old problems and new challenges. *World Psychology* 1: 69-82.

LOUW D, D EDWARDS & J MANN

1993. Psychology as science and profession. Louw & Edwards (eds) 1993: 1-56.

LOUW D A & D J A EDWARDS (eds)

1993. *Psychology: an introduction for students in Southern Africa*. Johannesburg: Lexicon.

LOUW D A & E PRETORIUS

1995. The traditional healer in a multi-cultural society: the South African experience. Adler & Mnkherji (eds) 1995: 41-57.

LOUW J

1990. Wanting to rule and own, or to live like shy deer. The dilemmas of a profession. Unpubl paper presented at the conference of the Psychological Association of South Africa, Port Elizabeth.

MASON J B & J RUBENSTEIN (eds)

1989. *Family therapy in South Africa today*. Congella: South African Institute of Marital and Family Therapy.

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. Challenging the hegemony of Eurocentric psychology. Unpubl paper presented at the Psychology and Societal Transformation Conference. University of the Western Cape, Bellville, 27 January 1994.

NELL V

1990. One world, one psychology: 'relevance' and ethnopsychology. *South African Journal of Psychology* 20: 129-40.

1993. The road to an emancipatory psychology in South Africa. Unpubl paper presented at the Forum on the role and function of psychology in a new South Africa. Johannesburg, 2-4 September 1993.

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: 975-83.

PILLAY Y G & I PETERSEN

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.

PRINSLOO R C

1992. The rhetorical reconstruction of psychology in South Africa today. *Psychology Quarterly* 2: 36-46.

PROFESSIONAL BOARD FOR PSYCHOLOGY

1996. Submission to the Consultative Committee of the Interim National Medical and Dental Council on the future structure of psychology in South Africa. Pretoria, October 1996.

PROFESSIONAL BOARD FOR PSYCHOLOGY & PSYCHOLOGICAL SOCIETY OF SOUTH AFRICA (PSYSSA)

1997. Draft policy on roles, licencing/registration, training and education within the professional field of psychology. Pretoria, August 1997.

PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION OF SOUTH AFRICA (PASA)

1989. *Mental health in South Africa*. Pretoria: PASA.

PSYSSA COUNCIL

1996. Increasing diversity in South African psychology. *Psychology in South Africa: Newsletter of the Psychological Society of South Africa* 3: 20-1.

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? Unpubl paper presented at the Annual Congress of the Psychological Association of South Africa, Port Elizabeth.

ROCK B M & B E HAMBER

1994. Psychology in a future South Africa — the need for a national psychology development programme. An unpubl commissioned research project for the Professional Board of Psychology, South African Medical and Dental Council. Pretoria, November 1994.

RUBACK R B & C A INNES

1988. The relevance and irrelevance of psychological research: the example of prison crowding. *American Psychologist* 43: 683-93.

SEEDAT M & V NELL

1990. Third world or one world: mysticism, pragmatism, and pain in family therapy in South Africa. *South African Journal of Psychology* 20: 141-9.

SEHLAPELO M & M TERRE BLANCHE

1996. Psychometric testing in South Africa: views from above and below. *Psychology in Society* 21: 49-59.

SHARRATT P

1989. Preparing South African psychology students for the future: new demands require new methods. Initiating a planning process. Unpubl paper presented at the Training Conference of the Psychological Association of South Africa, Durban, September 1989.

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.

1993. Some thoughts about professional structures. Unpubl paper presented at the Forum on the role and function of psychology in a new South Africa. Johannesburg, 2-4 September 1993.

SWARTZ L

1991. The reproduction of racism in South African health care. *South African Journal of Psychology* 21: 240-6.

TASKFORCE ON THE FUTURE OF PSYCHOLOGY (TASKFORCE)

1991. The future of psychology: investigation into options and directions for discipline and practice. Unpubl report prepared for the Psychological Association of South Africa, Johannesburg.

Acta Academica 1999: 31(2)

VAN RENSBURG H C J, A FOURIE
& E PRETORIUS

1992. *Gesondheidsorg in Suid-Afrika: struktuur en dinamika*. Pretoria: Academica.

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: 501-5.

VOGELMAN L, A PERKEL &
A STREBEL

1992. Psychology and the community: issues to consider in a changing South Africa. *Psychology Quarterly* 2: 1-9.

WOOD M

1994. Profile: Lionel Nicholas. *Psychology International* 5: 6-7.