

K I N D E R L E I D I N G S K L I N I E K E

EN DIE

PLEK VAN DIE MAATSKAPLIKE WERKSTER DAARIN.

deur

CHARLOTTE VILJOEN.

Hierdie verhandeling word aangebied ter voldoening  
aan die vereistes vir die graad

MAGISTER SOCIETATIS SCIENTIAE

van die Potchefstroomse Universiteit vir C.H.O.

21ste Januarie, 1953.

---

I N H O U D S O P G A W E .KINDERLEIDINGSKLINIEKE  
en die  
PLEK VAN DIE MAATSKAPLIKE WERKSTER DAARIN.

	Bl.
DANKBETUIGING.	II
INLEIDING : WAT DIE KINDERLEIDINGSKLINIEK BEOOG.	1.
HOOFSTUK I : DIE KINDERLEIDINGSKLINIEK.	
A. Histories : Die ontstaan en ontwikkeling van kinderleidingsklinieke.	6
B. Die doel van kinderleidingsklinieke.	14
✓ C. Die werksaamhede en werking van kinderleidingsklinieke.	17
D. Organisasie en finansiering van kinderleidingsklinieke.	30
HOOFSTUK II : DIE PERSONEEL VAN DIE KINDERLEIDINGSKLINIEK.	36
HOOFSTUK III: DIE MAATSKAPLIKE WERKSTER OP DIE PERSONEEL.	49
1. Inleiding.	49
② Die taak van die maatskaplike werkster by die kinderleidingskliniek.	49
3. Hoeveel gevalle die maatskaplike werkster van die kinderleidingskliniek kan behartig.	50
4. Onderzoek van gevalle.	52
✓ 5. Gevallestudie.	67
6. Slot.	
Kort opsomming van gevalle-ondersoeke	80
7. Die maatskaplike werkster se aandeel in die diagnose van gevalle.	82
Opsomming van die diagnose van gevalle.	83
8. Behandeling.	85
Illustrasie met gevalle.	95
9. Rekords en verslae.	98
10. Vereistes vir die opleiding van psigiatriese maatskaplike werksters.	99
HOOFSTUK IV. : KONKLUSIE: DIE KINDERLEIDINGSKLINIEK IN DIE GEMEENSKAP.	103

## II.

### DANKBETUIGING.

Ek wil graag my ouers, broers en susters bedank vir die bron van krag en inspirasie wat hulle altyd vir my was en ook die daadwerklike hulp wat hulle aan my verleen het ten opsigte van my studie.

Aan Proff. G. Cronje (Universiteit van Pretoria) en S. Pauw (Universiteit van Stellenbosch), wat die grondslag gelê het van my kennis van die maatskaplike werk en die liefde vir die werk by my aangewakker het, betuig ek my hartlike dank.

Van onskatbare waarde was ook die praktiese ondervinding wat ek by Kindersorgverenigings onder die bekwame leiding van mej. L.M. MacKenzie opgedoen het.

Teenoor dr. J.H. Coetzee (Potchefstroomse Universiteit vir C.H.O.) wil ek my innige waardering uitspreek vir sy wetenskaplike leiding en ook vir die vriendskap wat ek altyd by hom aan huis ontvang het.

Prof. J.C. van Rooy (Potchefstroomse Universiteit vir C.H.O.) het in geen geringe mate tot my vorming bygedra nie.

Prof. J.M. Hattingh (Potchefstroomse Universiteit vir C.H.O.) het dit vir my moontlik gemaak om die praktiese navorsingswerk te doen in samewerking met ander personeellede van die Kinderleidingskliniek van die P.U. vir C.H.O. en het die onderwerp vir hierdie verhandeling aan die hand gegee.

Aan die outoriteite van die P.U. vir C.H.O. is ek baie dank verskuldig dat hulle dit vir my moontlik gemaak het om met my studie aan te gaan.

Ook aan mej. T. Stammes my dank vir die vriendskapsbewys om die verhandeling te tik.

POTCHEFSTROOM.

21ste Januarie, 1953.

KINDERLEIDINGSKLINIEKE  
en die  
PLEK VAN DIE MAATSKAPLIKE WERKSTER DAARIN.

INLEIDING : WAT DIE KINDERLEIDINGSKLINIEK BEOOG.

1. OPVOEDING EN HEROPVOEDING IS 'N TAAK VAN MAATSKAPLIKE WERK.

Dit word vandag algemeen aangeneem dat een van die belangrikste take van die Maatskaplike Werk is : OPVOEDING (of heropvoeding in die geval van volwassenes). In die wye sin van die woord is opvoeding 'n saak wat betrekking het op die individu as geheel, dit wil sê intellektueel, moreel en emosioneel. Opvoeding sal dus nie in sy doel slaag nie tensy dit lei tot die harmoniese ontwikkeling van die persoonlikheid as totaliteit in wisselwerking met sy omgewing.

Opvoeding is dus meer as blote onderwys, en wanneer opvoeding gedefinieer word, word die doel en aktiwiteite van die Kinderleidingskliniek duidelik. So sê Prof. I.D. MacCrome (Universiteit Witwatersrand)<sup>1)</sup> : "...if we would see the underlying aim which should shape the activities of a child guidance clinic in their proper perspective, we must go back to the aim of all education which is, as I have suggested, the harmonious development of the individual, intellectually, morally and emotionally. These are impressive sounding phrases, I admit, which in themselves may mean little or nothing; but, at least, they do suggest that the well-educated individual is the balanced individual who is capable of meeting demands which life makes upon him, in a phrase, the well-adjusted individual."

1) MacCrome, I.D.: "Child Guidance and Educational Clinics", Verslag van die Nasionale Konferensie oor Maatskaplike Werk, 1936, bls. 208.

Niemand van ons kan egter roem op 'n volmaakte opvoeding nie, want ten opsigte van volledigheid skiet ons almal te kort. In hoeverre ons te kort skiet in die taak van opvoeding, blyk egter uit die aantal en die aard van gedragsprobleme by kinders.

2. STUDIE VAN GEDRAGSAFWYKINGE BY KINDERS IS 'N STUDIE VAN DIE PATOLOGIE VAN OPVOEDING.

Die studie van gedragsafwykinge by kinders is dus in 'n sekere sin niks anders nie as 'n studie van die patologie van opvoeding insoverre dit tot uiting kom in die gedrag van die individuele kind. Daarom is dit ook slegs deur middel van 'n proses van heropvoeding wat die saak beredder kan word. Om dus slegs 'n afwyking by 'n kind te diagnoseer is nie genoeg nie. Dit moet opgevolg word deur behandeling, en dit is dikwels 'n lang proses.

3. ONTWIKKELING VAN KINDERLEIDINGSKLINIEKE IS 'N UITVLOEISEL VAN DIE MODERNE OPVATTING VAN MAATSKAPLIKE SORG.

Die Kinderleidingskliniek het sy ontstaan te danke aan die eeue-oue probleem van wangedrag, verstandelike abnormaliteite en armoede, die pogings tot rehabilitasie en voorbehoeding wat daarmee gepaard gegaan het, sowel as die neiging wat posgevat het, om dergelike probleme op 'n meer humanitêre wyse aan te pak. Hierdie rigting in die maatskaplike sorg het 'n intensiewer individuele studie moontlik gemaak, wat op sy beurt meegebring het dat die persoon se gedrag en reaksies beter verstaan is en gevolglik doeltrefferder behandel kon word.

Deur middel van die moderne metodes in maatskaplike sorg kan die gedragsafwykendes en die verstandelik abnormales geklassifiseer word. Gevolglik kan daar ook spesiale opleiding toegepas word en die wenslikste ontspanningsfasiliteite daargestel word. By die studie en behandelingsmetodes is psigologiese, psigiatriese en sosiale tegnieke nodig. Die kombinasie van hierdie drie tegnieke is die allernuutste poging

om te voorsien in die lank gevoelde en fundamentele behoefte, naamlik kontrole oor die menslike neigings wat tot wangedrag en verstandelike abnormaliteite lei.

Die bevinding dat hierdie afwykende neigings dikwels by jong kinders begin vertoon is natuurlik nie 'n moderne ontdekking nie, alhoewel nuwe klem nou gelê word op die feit dat die oorsake gesoek moet word in die vroeë invloede en nie soseer in oorerwing of sosiaal-biologiese determinasie nie. Daarom is Jeughowe ingestel, sodat die moontlikheid geskep is om die kind onbevooroordeeld te bestudeer in 'n atmosfeer vry van afkeer. 'n Verdere ontwikkeling in die rigting is die stigting van die Kinderleidingskliniek, waardeur 'n afgeronde studie van die kind se persoonlikheid en sy omgewing gemaak kan word.

Baie ouers en onderwysers wat belas is met die opvoeding van normale kinders (en miskien in 'n mindere mate met afwykende kinders), vind in die Kinderleidingskliniek 'n voorsiening in hulle behoefte aan leiding in verband met opvoeding. Kinders wat dikwels sak, is byvoorbeeld ook nie net 'n probleem vir die ouers en onderwyser(es) nie maar veroorsaak onnodige koste aan die Staat, afgesien van die uitwerking wat dit op die kind self kan hê. 'n Soortgelyke probleem is stokkiesdraai, wat die gebruik van 'n Kinderleidingskliniek noodsaaklik maak.

Sommige ouers het ook meer bewus geword van hulle verantwoordelikheid teenoor en moeilikhede wat hulle ervaar met hul kinders. Gedurende die moderne tyd, waarin sulke vinnige sosiale veranderinge plaasgevind het, het die ouers verward geraak as gevolg van al die nuwe opvattings wat na vore gekom het op die gebied van opvoeding. Vandaar die toenemende neiging om advies te soek van enigeen wat 'n spesiale kwalifikasie in die rigting het. Die personeel van die Kinderleidingskliniek, wat eers alle aspekte

van die probleemverskynsel ondersoek voordat hulle die ouers van advies dien, is dus die beste in staat om leiding te gee en sy plek as 'n stabiliserende faktor te midde van die konflikterende strominge in te neem.

4. DIE KINDERLEIDINGSKLINIEK WIL VERBETERING IN DIE AANPASSING VAN KINDERS BY HULLE OMGEWING BEWERKSTELLIG.

Die Kinderleidingskliniek is dus 'n organisasie vir die verbetering in die aanpassing <sup>2)</sup> van kinders by hulle onmiddellike omgewing, met spesiale aandag wat gegee word aan hulle emosionele lewe en sosiale verhoudinge, met die doel dat hulle in die geleentheid gestel word om te ontwikkel volgens hulle individuele intellektuele potensialiteite tot goed gebalanseerde volwassenheid.

Hierdie funksie word langs twee weë uitgeoefen, nl. deur die direkte studie en behandeling van :

- a. kinders by wie die gebrek aan aanpassing gemerk is, en
- b. alle volwassenes wat belang het by die betrokke kind, die skool, sy maatskaplike omgewing ens.

Die geval self en die gemeenskap is dus die twee voorwerpe van die dienste van die Kinderleidingskliniek en die resultaat van die pogings van die Kliniek kan getoets word aan die uitwerking wat dit op beide die voorwerpe het.

Om egter aandag te gee aan 'n groot aantal gevalle is 'n fisieke en ekonomiese onmoontlikheid, maar deur die diens te bewys aan 'n klein groepie uitgesoekte gevalle kan die hele gemeenskap beïnvloed word ten aansien van opvatting en toepassing van opvoeding.

5. DIE TWEELEDIGE DOEL VAN DIE KLINIEK.

Die tweeledige doel van die Kliniek is na binne en na buite gerig. Na binne is dit gerig as gevolg van die diens aan sommige kinders bewys, wat (en dit is weer die diens na buite gerig) as voorbeelde kan dien vir onderrig aan die

2) Met aanpassing word bedoel dat 'n kind sodanig opgevoed en gelei moet word dat hy sy drange kan beheers en bevredigend kan beantwoord aan die bepaalde norme en ideale van die samelewing.

hele gemeenskap: deur middel daarvan bewys die Kliniek 'n diens aan alle kinders in die gemeenskap. Die taak van die Kinderleidingskliniek is dus omvattend, naamlik om daardie afbrekende reeks van wederkerige beïnvloeding in die kind se lewe te stuit.

#### 6. DIE INVLOED VAN DIE KINDERLEIDINGSKLINIEK.

Die omvang van die invloed wat die Kinderleidingskliniek uitoefen, is geleë in die mate waarin hy deel word van die samelewing; in die lig waarin die gesinne in die gemeenskap die Kliniek beskou; in die bydrae wat byvoorbeeld die skole, die kerke en die medici lewer; in die mate waarin daar gebruik gemaak word van fasiliteite in die gemeenskap, bv. speelgronde en klubs, en in die mate waarin die individu lede van die personeel vriende word van die kinders en hulle ouers.

## HOOFSTUK I.

### DIE KINDERLEIDINGSKLINIEK.

#### A. HISTORIES:

#### DIE ONTSTAAN EN ONTWIKKELING VAN KINDERLEIDINGSKLINIEKE.

Die daarstelling van kinderleidingsklinieke het die eerste in Amerika posgevat, en die ontwikkeling daarvan is 'n populêre en betekenisvolle fase van die geestes-higiëne-beweging gedurende die afgelope 25 jaar in Amerika.

##### 1. L. Witmer, 1896.

1)  
Volgens C.M. Louttit het ons die ontstaan van die Kinderleidingsklinieke slegs aan L. Witmer te danke. Hy het in 1896 aan die vergadering van die "American Psychological Association" 'n reeks voorstelle in verband met die ondersoek van probleme by skoolkinders voorgelê. Daarby het hy o.a. metodes vir gebruik in sielkundige laboratoria aan die hand gedoen. Die bestudering van die eerste kind en 'n paar wat daarop gevolg het, was die ontstaan van wat Witmer genoem het 'Kliniese psigologie'. Hy was veral geïnteresseerd in die skoolkind, en hy het die taak van die Kliniese sielkundige gedefinieer: "2)  
"...to describe and evaluate the child's behaviour according to certain analytic categories and to discover the reasons for deviations." As dit dan eers gedoen is, kon spesiale programme uitgewerk word om die gedrag te verbeter. Dit was dan ook Witmer en nie W. Healy nie, wat eerste die nut ingesien het van samewerking tussen die sielkundige, psigiater

1) Louttit C.M.: Clinical Psychology, New York and London, 1947, bl. 6.

2) Witmer L.: Psychological Clinic; New York, 1922, bl. 135.

3) Louttit C.M.: A.w. bl. 7.

(of medikus) en maatskaplike werkster.

Dit is heelwaarskynlik waar dat Witmer se pionierswerk belowender was as sy werklike bydrae tot die uitvoering van die werk.

## 2. W. Healy, 1909.

Gedeeltelik onder die invloed van die ontwikkeling in die psigiatrie en gedeeltelik as gevolg van sy strewe na meer spesifieke sielkundige benadering en ook gedeeltelik omdat hy te doen gekry het met praktiese probleme, het Healy in 1909 'n kliniek vir gedragsprobleme by jeugdige oortreders gestig, wat verbonde was aan die Cook County (Chicago) Juvenile Court wat vandag die naam dra "Illinois Institute for Juvenile Research" en sy werksaamhede uitgebrei het tot die behandeling van gedragsprobleme van alle soorte.

Volgens G.S. Stevenson en G. Smith <sup>4)</sup> het dr. Healy 'n groot bydrae gelewer tot die ontwikkeling van Kinderleidingsklinieke met sy teorieë van gekombineerde studie deur medici, sielkundiges en maatskaplike werksters t.o.v. jeugdige oortreders met die doel om die oorsaak van hulle gedrag op te spoor en sodoende die moontlikheid te skep om te verhoed dat hulle opgroei tot volwasse misdadigers.

Die pogings van sy eerste kliniek is egter belemmer deur gebrek aan toereikende metodes van wetenskaplike analise van die mense materiaal waarmee daar gehandel is. Al die nuwe rigtings in die optrede van die howe, soos bv. segregasie tussen jong en volwasse oortreders, voorsiening van proefbeamptes met die oog op insameling van inligting omtrent die agtergrond en geskiedenis van die oortreders, vervanging van die formele wetlike prosedure deur normale ondervraging, het in die vermindering van die aantal jeugdige veroordeeldes nie so geslaag geblyk as wat aanvanklik

4) Stevenson G.S. en Smith G. : Child Guidance Clinics; Oxford University Press, 1934, bl.15.

verwag is nie.

### 3. Geregshowe en Kinderleidingsklinieke.

Die gedagte van die Kinderleidingsklinieke het destyds ontstaan vinnig posgevat, en in sommige gevalle was regters nie alleen ten gunste daarvan nie maar het selfs, soos bv. regter Harvey H. Baker van Boston, die voortou geneem in die stigting van 'n Kinderleidingskliniek. Die kliniek het later gestaan onder dr. Healy en Bronner. Ook dr. Herman Adler het 'n kliniek in Chicago beheer, en hy was die eerste wat maatskaplike werksters voltyds in diens geneem het om behulpsaam te wees by die opstelling van diagnoses en prognoses van gevalle, om die kliniek van advies te dien en om in samewerking met ander organisasies uitvoering te gee aan die voorgestelde behandeling.

Aan die begin was die grootste aantal gevalle van die jeughowe afkomstig, maar stadigaan het die personeel van inrigtings vir verstandelik afwykendes en mediese skole as gevolg van die inisiatief van 'n paar vooraanstaande persone by die jong mediese dokters 'n nuwe opvatting laat posvat ten aansien van verstandelike abnormaliteite. Hulle het geleidelik 'n beter insig van hulle pasiënt begin opbou en het geleer om belang te stel in die res van die gesin, die skool en omgewingsinvloede as veroorsakende faktore.

### 4. Opleiding van psigiatriese maatskaplike werksters.

Van belang vir ons is om daarop te let dat daar voor 1925 reeds 'n begin gemaak is met die opleiding van psigiatriese maatskaplike werksters en wel by "Smith College for Social Work" en by die "New York School of Social Work". Hierdie opleiding is noodsaaklik gemaak deur die na-oorlogse toestande, maar dit het ook die voorsiening van werkkragte gedurende vredestryd aangevul.

Na 1930 het die werk sover gevorder dat spanwerk tussen psigiaters, medici, sielkundiges, maatskaplike

werksters en opvoedkundiges ontstaan het om die probleme van kinders vanuit alle gesigspunte te benader.

5. Geesteshigiene en die Kinderleidingskliniek.

Van geskiedkundige belang in die ontwikkeling van Kinderleidingsklinieke is ook nog die feit dat in 1909 Clifford W. Beers die "National Committee for Mental Hygiene" georganiseer het om die toestande in hospitale vir psigopate te verbeter soos hy uit sy ondervinding wenslik geag het. Dit is aan die bydrae van die Komitee te danke dat teen 1920 algemeen erken is dat alle pogings tot voorkoming van geestesgebreke reeds moet begin deur gedragsprobleme by kinders aan te pak.

6. Demonstrasie Klinieke.

Vanaf 1922 versprei die Komitee inligting in verband met Kinderleidingsklinieke en hou op plekke soos St. Louis, Norfolk, Minnesota, Los Angeles, Cleveland en Philadelphia demonstrasieklinieke. Dit is moontlik gemaak deur die "Commonwealth Fund". Die doel hiervan was die volgende :

- a. om die psigiatriese studie van gedragsmoeilike, moontlik misdadige en misdadige kinders in skole en jeughowe te ontwikkel; om gesonde metodes van behandeling, gebaseer op die studie, in werking te stel;
- b. om die werk van besoekende onderwysers moontlik te maak, waardeur die vroeë kontak, wat van onskatbare waarde in die skool is, moontlik gemaak word; terselfdertyd kan deur middel van hierdie afdeling van die werk 'n beter verstandhouding met die kind opgebou word en meer vir sy ontwikkeling gedoen word;
- c. om die noodsaaklikheid van die voorsiening van opleidingskursusse vir reeds gekwalifiseerde maatskaplike werksters wat graag hierdie werks-terrein wou binnetree, na vore te bring;
- d. om deur middel van verskeie opvoedingskanale kennis en die gebruik van die spesiale metodes van die Kliniek bekend te stel.

Die "New York School of Social Work" het, met die oog op die eerste drie punte, in 1922 'n addisionele kursus vir psigiatriese maatskaplike werksters en besoekende

onderwysers(esse) ingestel. Daar is ook met die oog op opleiding van studente 'n psigiatriese kliniek met die naam "Bureau of Childrens' Guidance" gestig vir die bestudering en behandeling van kinders wat spesiale probleme openbaar.

Die reaksie van die publiek was aanvanklik dat hulle kwantiteit verwag het, en dit het gedreig om inbreuk te maak op die kwaliteit van die werk van Kinderleidingsklinieke. Die personeel het dit daarom altyd moeilik gevind om aan die publiek, wat nie met die tipe werk vertrouwd was nie, te verduidelik waarom die klinieke nie net soveel gevalle kan behandel as 'n mediese kliniek nie. Buitendien was die aantal gevalle gou te veel om te behartig. Om 'n beter balans in die werking van die kliniek te bewerkstellig is toe daartoe oorgegaan om die personeel in die volgende verhouding saam te stel : een psigiater, een sielkundige en drie maatskaplike werksters.

In St. Louis is gevind dat die Kinderleidingskliniek die belangstelling van 'n aantal groepe en organisasies uit die gemeenskap gaande gemaak het, bv. psigiaters, proefbeamptes, die Departement van Openbare Welsyn, jeughowe, skole en welsynorganisasies. Die grootste waarde van die Kinderleidingskliniek wat ondervind is, is die intiemer samewerking wat bewerkstellig is tussen dergelike instansies.

Die demonstrasieklinieke het belangstelling wyd en syd versprei, en die eksperimentele stadium daarvan is teen 1927 voltooi. Die taak van die Nasionale Komitee vir Geesteshigiëne was nou om toe te sien dat die aktiwiteite van bestaande klinieke op 'n hoë peil gehou word of uitgebrei word waar nodig en om die minder geslaagde pogings uit te skakel sodat die werk nie in diskrediet sou kom nie. Verder moes dit tred hou met die ontwikkeling in elke kliniek om sodoende die ander klinieke op hoogte te hou van

verbeterings en nuwe verwickelings, waardeur hulle hul werk kon verbeter. By die klinieke in Amerika is daar individuele verskille ten aansien van organisasie, werksmetodes en tegniek, sodat daar nie veralgemeen kan word nie. Daar kan byvoorbeeld nie gepraat word van dié Kinderleidingskliniek nie, alhoewel almal 'n eenvormige benadering van die gedragsprobleme by kinders onderneem.

#### 7. Kinderleidingsklinieke in Engeland.

The British Journal of Psychiatric Social Work<sup>5)</sup>

lewer telkens bewys dat daar in Engeland baie Kinderleidingsklinieke bestaan. Aan Universiteite soos die te Edinburg en Manchester word psigiatriese maatskaplike werkers opgelei. Hulle word dan in diens geneem deur Kinderleidingsklinieke, inrigtings vir kinders en jeugdiges en inrigtings vir verstandelik afwykendes.

#### 8. Geskiedkundige oorsig van Kinderleidingsklinieke in Suid-Afrika.

##### a. Pioniersstadium voor 1930.

Volgens inligting verkry uit Die Verslag van die Nasionale Konferensie oor Maatskaplike Werk, 1936<sup>6)</sup> is die eerste Kinderleidingskliniek in Suid-Afrika in Pretoria gestig. Die pionier op die gebied was dr. Maria te Water, wat die kliniek reeds voor 1930 tot stand gebring het, maar dit het 'n vroeë dood gesterf. Intussen het die departement Sielkunde van die Kaapstadse en Stellenboschse Universiteit gedurende baie jare werk by skole in die verband gedoen en onderwysers van raad gedien in verband met hul optrede teenoor moeilike kinders. Maar die werk was sporadies en ongeorganiseerd.

5) The British Journal of Psychiatric Social Work no. 2, Augustus 1948, bl. 46 en no. 3, November 1949, bl. 54.

6) Die Verslag van die Nasionale Konferensie oor Maatskaplike Werk, 1936, vgl. daarin dr. M. Minde: "The Child Guidance Clinic".

b. Kaapstadse Universiteit 1932.

In 1932 is 'n goed georganiseerde Kinderleidingskliniek aan die Kaapstadse Universiteit begin, wat ook die heelhartige steun weggedra het van dr. De Vos Malan (toe Superintendent-Generaal van Onderwys in die Kaapprovinsie). Hy het selfs daarin geslaag om vir die kliniek finansiële steun te verkry van die Departement van Unie-Onderwys.

Die eerste probleem van die Kinderleidingskliniek te Kaapstad was akkommodasie. Aanvanklik is gevalle ondersoek net waar dit die gerieflikste was- in die sielkundegebou van die Universiteit of in die Mowbray-skool, wat meer sentraal geleë is.

Hierdie kliniek is op 'n koöperatiewe basis gedryf: die personeel het as 'n span saamgewerk, elk met sy eie pligte ten aansien van die studie van die probleemkind, gesien vanuit sy besondere gespesialiseerde oogpunt. Die verskillende inligting wat sodoende ingesamel is, is dan saamgevat tydens 'n gesamentlike sitting, bygewoon deur al die lede van die personeel van die Kliniek. Elkeen kon dan sy bydrae lewer tot die oplossing van die probleem deur middel van openhartige bespreking. Daarna kon 'n plan van behandeling geformuleer word, wat deur die betrokke lede van die personeel uitgevoer kon word. Met gereelde tussenposes is die gevalle onder behandeling in hersiening geneem, en enige moeilikheid insake die behandeling is bespreek. Dikwels is die betrokke onderwysers ook uitgenoci om die besprekings by te woon, 'n voorreg wat hulle baie op prys gestel het.

Binne drie jaar is 233 gevalle behandel, waarvan 101 seuns was en 132 meisies. Die grootste aantal gevalle is na die kliniek verwys deur skole; sommige is deur die ouers self gebring, en enkele is deur die Jeug-

raad aanhangig gemaak. 'n Probbem is geskap deur die kinders van welgestelde ouers wat kon betaal vir die behandeling, want al die dienste word gratis gelewer.

c. Potchefstroomse Universiteit 1949.

Die Kinderleidingskliniek van die Potchefstroomse Universiteit vir C.H.O. is gestig gedurende die jaar 1949 en het uitgegaan van die fakulteit van Sosiale Wetenskappe. Die doel was aanvanklik (soos nou nog) om grotendeels aan nagraadse studente in sielkunde en maatskaplike werk opleidings- en navorsingsgeleentheid te bied.

As Direkteur is benoem die Hoof van die departement Sielkunde, en personeellede van die departemente Maatskaplike Werk, Opvoedkunde en Liggaamlike Opvoeding dien op die Raad van Beheer. Volkswelsynsbeamptes en die Maatskaplike Werkster van die plaaslike Kindersorgvereniging word in kennis gestel van same-sprekings in verband met gevalle. Goeie samewerking is van laasgenoemdes verkry in verband met die ondersoek en behandeling van gevalle.

Die kliniek funksioneer in samewerking met die Kinderklub van die departement Maatskaplike Werk, wat in die gebou vir liggaamlike opvoeding eenkeer per week gehou word. Die doel is om die probleemkinders in te skakel by 'n gewone groep kinders om

- i. sodoende die waarneming op so 'n natuurlike wyse moontlik te doen - dit is die taak van die groepleidster of leier ('n student in Maatskaplike Werk), wat dan daarvoor moet rapporteer by die lektrise in Maatskaplike Werk;
- ii. om speltherapie by die probleemkind te kan toepas indien nodig en wenslik.

Waardevolle werk is al op hierdie samewerkende basis tot stand gebring, en gedurende die jaar 1951, toe die werk met mening aangepak is, is 16 gevalle behandel, waarvan 6 dogters en 10 seuns was.

d. Ander Universiteite.

Sover bekend het die Universiteite van Pretoria, Natal en Stellenbosch ook Kinderleidingsklinieke wat min of meer op dieselfde wyse ingerig is en beheer word as dié van die Universiteite wat reeds bespreek is.

B. DIE DOEL VAN KINDERLEIDINGSKLINIEKE.

1. Doelstellings.

Nagelang die aantal klinieke in die verskillende lande toegeneem en ontwikkel het, het die doelstellings en funksies ook uitgebrei. Appleton gee die volgende verouderde definisie aan: "The Clinical Psychologist is concerned with the evaluation of the child's innate abilities, educational achievements, and special aptitudes."

Daarteenoor stel C.M. Louttit 'n meer moderne opvatting van wat die Kinderleidingskliniek beoog en gebruik hy die volgende aanhaling van L. Witmer: "For the methods of Clinical Psychology are necessarily involved whenever the status of an individual mind is determined by observation and experiment, and pedagogical treatment applied to effect change, i.e. the development of such an individual mind."

"Clinical psychology" aldus E.A. Doll, "attempts to combine all characteristics, physical and social, into a

7) Appleton: "Child Guidance Procedures", Institute for Juvenile Research; New York, 1937, bl. 362.

8) Louttit C.M.: Clinical Psychology; New York and London, 1947, bl. 7.

9) Witmer L.: Clinical Psychology; New York, 1907, bl. 9.

10) Doll E.A.: Psychological Exchange; New York, 1934, bl. 137.

composite appraisal which is significant for purposes of individual adjustment in the normal relations of the individual to society and social institutions".

Hierdie definisies lê die klem op die nut van die kliniese sielkunde, maar uit die volgende definisies blyk dat die sielkundiges ook die noodsaaklikheid besef van 'n sosiale en geskiedkundige ondersoek sowel as 'n deeglike mediese ondersoek voordat 'n plan van behandeling voorgeskryf word. So het die "Clinical Section" van die "American Psychological Association"<sup>11)</sup> die volgende definisie aangeneem om hulle doel te verduidelik: "Clinical psychology is a form of applied psychology which aims to define the behaviour capacities and behaviour characteristics of an individual through methods of measurements, analysis, and observation; and which, on the basis of an integration of these findings with data received from the physical examinations and social histories, gives suggestions and recommendations for the proper adjustment of the individual."

Die definisie wat m.i. die doel van Kinderleidings-<sup>12)</sup> klinieke die beste stel is die van Stevenson en Smith : "The Child Guidance Clinic is an attempt to marshal the resources of the community in behalf of children who are in distress because of unsatisfied inner needs, or are seriously at odds with their environment - children whose development is thrown out of balance by difficulties which reveal themselves in unhealthy traits, unacceptable behaviour, or inability to cope with social and scholastic occupations."

## 2. Funksies.

Die doel van die Kinderleidingskliniek word verder duidelik as ons op sy funksies let. Die diens van die Kinderleidingskliniek word gelewer deur middel van direkte

11) American Psychological Association, Guide to psychological clinics in the United States; 1935, bl. 140.

12) Stevenson & Smith, A.w. bl. 1.

studie en behandeling van bepaalde kinders deur 'n personeel wat gewoonlik bestaan uit 'n psigiater, 'n psigoloog (een van die twee tree op as direkteur) en psigiatrisese maatskaplike werksters. Daarby kom dan ook die hulp van medici, onderwysers, ander maatskaplike werksters en ouers.

Die kern van die metode van benadering is dat die gedrag van die gedragsafwykende kind objektief bestudeer word, met die hoop om die oorsake (wat gewoonlik veelvuldig is) te ontdek. Sodoende kan die probleem opgelos of die konsekwensies daarvan altans verminder word. Die verwydering van die oorsake is in ieder geval 'n meer positiewe beleid as om voorskrifte, opdragte of straf te gee of sodanige kind onder beheer of toesig te laat plaas.

Ouers en pleegouers, skole, kinderhowe, medici en maatskaplike verenigings van verskeie soorte is al lank besig met kindersorgwerk. Die klinieke beoog egter om leiding te gee wanneer dié instansies nie voldoende is nie. Die voordeel van kliniese werk lê daarin dat nie slegs een metode gebruik word om die moeilike gedragsprobleme op te los nie, maar wel 'n samestelling of sintese van tegnieke. Die ondervinding het geleer dat juis die kombinasie van die tegnieke effektiewer is. Die Kinderleidingskliniek kan slegs sy dienste tot die beskikking van 'n handjievul kinders stel en origens moet hulle hul verlaat op die kragte binne die gemeenskap om van dag tot dag die verantwoordelikheid vir kinderleiding in die wyer sin van die woord te dra.

Die volgende drieledige funksie van die kliniek is 'n samevatting van hoe getrag word om die doel (soos verduidelik) te bereik :

- a. Die personeel van die Kinderleidingskliniek bestudeer en behandel bepaalde gevalle.
- b. Hulle trag verder om die belangstelling van ander organisasies en persone in die gemeenskap op te wek in die voorkoming van gedrags- en persoonlikheidsafwykings by kinders.
- c. Hulle poog om deur middel van intensiewe bestudering van individuele kinders aan die gemeenskap te toon wat die onbevredigde behoeftes van groepe van kinders is.

C. DIE WERKSAAMHEDE EN WERKING VAN  
KINDERLEIDINGSKLINIEKE.

1. Inleiding.

Net soos die beoefening van die geneeskunde, onderwys en maatskaplike werk is kinderleiding meer 'n saak van aanleg as wat dit 'n wetenskap is. Dit is wetenskaplik insoverre dit gestaafde feite as basis het, maar die uitvoering van toevallige en minder belangrike eksperimente word vermy. In die verband sê G.S. Stevenson en G. Smith :<sup>13)</sup> "But the body of verified knowledge of behaviour is so incomplete that, in order to utilize facts which are reasonably well substantiated, this nascent art must employ arbitrary and theoretical procedures to fill the gaps".

In die praktyk maak die Kinderleidingskliniek gebruik van feite en hipoteses uit verskillende terreine van ondersoek soos bv. van die geneeskunde, onderwys en maatskaplike werk. Sedert die ontstaan van Kinderleidingsklinieke het die werksmetodes al baie verander en ontwikkel en sal dit ook altyd onmoontlik bly om die werksaamhede en werking definitief te omskrywe. Lewensomstandighede verander gedurig, en dit vereis altyd nuwe oriëntering. Die genoemde wetenskappe waarvan by die Kinderleidingskliniek gebruik gemaak word, bly ook nie staties nie, en navorsers kom steeds tot nuwe insigte en gevolgtrekkings. Om doeltreffend te kan funksioneer moet die Kinderleidingskliniek dus tred hou met hierdie dinge, en die personeel sal hulle werksaamhede en metodes daarvolgens moet inrig.

2. Die diens van die Kliniek kan in vier stadiums verdeel word :

- a. behoorlike bestudering van die geval - die vereistes wat hieraan gestel word, sal varieer volgens die soort geval, maar die studie moet gedoen word vanuit die sosiale, fisieke, sielkundige en psigiatriese gesigspunte;

13) Stevenson G.S. & Smith G.: A.w. bl. 5.

- b. diagnostiese opsomming van die bevindings;
- c. formulering van die plan van behandeling; en
- d. die uitvoering van die plan van behandeling tot op so'n stadium dat die geval as afgehandel beskou kan word.

### 3. Werksaamhede en Werking.

#### a. Behoorlike bestudering van die geval.

Wanneer daar aansoek gedoen word om die behandeling van 'n bepaalde kind, word 'n lid van die personeel (gewoonlik die psigiatriese maatskaplike werkster) afgevaardig om by die kliënt vas te stel wat die aard van die probleem is, wat van die Kliniek verlang word en in watter mate die Kliniek van diens kan wees. Daarna besluit die psigiatriese maatskaplike werkster óf die direkteur óf die personeelkomitee, of die kliënt aangeneem kan word al dan nie en watter stappe die eerste gedoen moet word.

As daar helderheid hieroor is, mag die taak van die Kliniek dalk slegs wees om 'n diagnostiese studie te maak, of dit mag nodig wees om ook oor te gaan tot die behandeling. By albei prosesse kan die personeel van die kliniek bygestaan word deur belanghebbende welsynsorganisasies, en dan sal die kliniek slegs verantwoordelik wees vir die psigiatriese en sielkundige dienste en die betrokke organisasie vir die sosiale studie en behandeling, maar die hele proses moet berus op heelhartige samewerking.

#### b. Pligte van die verskillende lede van die personeel.

Ten aansien van die diens wat die Kliniek lewer (soos onder 2. uiteengesit), is die pligte van die verskillende lede van die personeel kortliks as volg :

Die psigiater voer 'n onderhoud met die kind om insig te verkry in sy emosionele probleme, en hy doen ook 'n daeglike fisieke ondersoek; die sielkundige doen die uitgesoekte psigometriese toetse om die kind se moontlikhede, vermoëns en bekwaamhede vas te stel; die psigiatriese maatskaplike werkster bestudeer die onderliggende sosiale faktore,

die wedersydse beïnvloeding tussen die kind en die betrokke volwassenes asook tussen hom en ander kinders met wie hy in aanraking kom. Hierdie studie van die psigiatriese maatskaplike werkster word alles gedoen deur middel van ondersoek by sy huis, skool en die opsporing van ander kontakte.

Die feite wat afgelei word van en gevolgtrekkings waartoe gekom word deur middel van hierdie parallelle studies word opgesom en op rekord gestel en word by samesprekings van die personeel behandel. Dit is die proses van diagnose, en daarvolgens word besluit op 'n plan van behandeling.

Die behandeling bestaan hoofsaaklik in onderhoude wat deur die psigiater, sielkundige en psigiatriese maatskaplike werkster gevoer word, asook in veranderinge wat bewerkstellig word in die omgewing van die kind, bv. oorpasing van een skool na 'n ander, gebruikmaking van ontspanningsgeleenthede, verbetering van liggaamlike gesondheid ens.

Die behandeling word gewoonlik nie beperk tot die kind nie, aangesien sommige belemmerende faktore gewoonlik by die volwassenes aanwesig is. Vooruitgang kan dus alleen bereik word wanneer die ouers en/of die onderwysers in samewerking met die personeel tot beter insig kom omtrent hulle verantwoordelikheid teenoor die kind en as hulle verstaan wat hulle moet doen om die moeilikheid uit die weg te ruim.

Periodiek, of wanneer nodig, ontmoet die personeel weer om die vooruitgang te bespreek, nuwe aspekte te oorweg en om aan die hand daarvan die plan van behandeling daarby te laat aanpas.

c. Wanneer word 'n geval nou as afgehandel beskou?

Tensy 'n geval hom onttrek, word gevalle slegs as afgehandel beskou as die personeel by 'n samespreking

daartoe besluit. Die besluit kan geneem word indien die probleem van die gedragsafwykende kind verdwyn of as die ouers die kind aan die behandeling onttrek of as die behandelingsmetodes van die Kliniek nie van toepassing is nie, bv. in die geval van verstandelik agterlike kinders. Die periode van behandeling beslaan gewoonlik etlike maande en soms duur dit langer as 'n jaar. In 'n ondersoek van 236 agtereenvolgende gevalle van die "Child Guidance Clinic" te Los Angeles en Pasadena het die bestudering en behandeling van die gevalle gestrek oor 'n tydperk van 1 tot 53 maande met 'n gemiddelde van 19 maande per geval.

d. Koördinasie met belangstellende organisasies.

As gevolg van dié gevalle waar daar met ander organisasies saamgewerk word, word ten opsigte van ondervinding en tegniek baie van mekaar geleer. Behalwe die nuttigheid van die "spanwerk" word kontak ook bewerkstellig met maatskaplike werkers en ander professionele persone in die gemeenskap en wel deur middel van waarnemingsbesoeke aan die Kliniek en kort kursusse wat gegee word deur die personeel van die Kliniek. Onderwysers en maatskaplike werkers kry die geleentheid om deel te neem aan gevallebesprekings (waarby hulle belang het) en leer daardeur van die roetinebehandelingsprosesse van die Kliniek. Ook wanneer die Kliniek sy dienste beskikbaar stel aan Jeug- en Kinderhows, neem die Proefbeampte of Volkswelwysersbeampte aktief deel aan die ondersoek en behandeling van die jeugdige of kind.

Koöperatiewe dienste kan ook deur die Kliniek gelewer word, bv. deur 'n kind wat deur 'n Welwysersorganisasie na die Kliniek aanbeveel is, oor te plaas na 'n ander organisasie wat die beste toegerus is om 'n spesiale plan van behandeling toe te pas. Om agter behoerlike koördinasie daar te stel is die volgende nodig:

14) Stevenson G.S. & Smith G.: A.w., bl. 58.

- (i) So 'n geval moet beskou word as een wat gesamentlik behandel word, met die inspanning van almal se kragte en met slegs een doel voer cê, nl. om die belange van die kind die beste te dien. Die breë insig en oordeel wat uit aanvullende gesigspunte vloei, is die voordeel wat hieruit verkry word.
- (ii) Die verhouding tussen die Kliniek en die samewerkende organisasies moet versigtige aandag geniet. Gedurig moet daarop nadruk gelê word dat die verskillende organisasies van mekaar kan leer en dat daar in 'n goeie verhouding vir almal opvoedings- en opbouwende waarde steek.
- (iii) Hierdie samewerking vereis nie net gesamentlike bestudering van die geval nie maar ock aanhoudende spanwerk in die behandeling daarvan.
- (iv) Indien die personeel van die organisasies nie behoortlik opgelei is nie, sal dit vir hulle nie moontlik wees om koöperatief te dink nie, en, aan die anderkant, as die personeel van die Kliniek nie op hoogte is van die funksies van die welsynsorganisasies nie, kan koördinasie ock nie tot sy volle reg kom nie.
- (v) Die belangrikste hulpmiddel in die verband is : gevallestudie-konferensies en persoonlike onderhoude tussen die werksters van welsynsorganisasies en die personeel van die Kinderleidingskliniek. Dit is 'n metode om die persone wat in hulle professionele hoedanigheid by gevalle betrokke is, bekend te maak met die beginsels van die Kinderleidingskliniek. Aan die begin van die bestaan van die Kinderleidingskliniek is dit ock 'n wyse waarop die personeel van die Kliniek die gemeenskap, met sy hulpbronne en behoeftes beter kan leer ken, m.a.w. die weg na beter toepassing van die beginsel van opvoeding of heropvoeding word daardeur gebaan.
- (vi) Koöperatiewe diens berus dus grotendeels op die verdeling van funksies tussen die organisasies en die Kliniek en op die kwalifikasies van die werkers wat daarby betrokke is, en nie soseer op die aard van die gevalle self nie.

15)

#### 4. Aanpassing van die gedragsafwykende kind by 'n omgewing.

Die primêre doel van die Kinderleidingskliniek is die bevredigende aanpassing en heraanpassing van die individu by 'n omgewing. Gewoonlik is die kliënt onder behandeling op daardie oomblik wanaangepas, alhoewel hy meestal 'n normale individu is wat hulp soek om sy toekomstige aanpassing te verseker, bv. leiding en voorligting

15) Sien definisie op bl. 4.

in verband met berceps- en opvoedingsaangeleenthede. In sommige gevalle kan die aanpassing nie by die huidige omgewing bewerkstellig word nie. Daarom praat ons van "'n omgewing". Die ernstige gedragsprobleme van 'n kind op skool kan miskien te wyte wees aan die onderwyser se houding teenoor hom. In so'n geval sal die kind se aanpassing vergemaklik word deur 'n verandering van skool indien die onderwyser nie sy samewerking wil verleen nie.

Om 'n persoon van die regte advies te dien met die oog op beter aanpassing is 'n ingewikkelde taak wat eintlik tweeledig is :

1. Sy huidige omstandighede moet bepaal word asook die moontlike oorsake van sy toestand en die wyse waarop dit sy aktiwiteite en sy houding teenoor mense hom affekteer. (Dit is die diagnose.)
- ii. Daar moet 'n prognose van die klient se toekomstige gedrag gemaak word, en dit moet ook insluit aanbevelings vir behandeling wat die beste oplossing vir die probleem sal teweegbring.
5. Die seleksie van gevalle.

a. Oorsaak van die afwyking.

Die soort gevalle wat by die klinieke behandel word, bepaal die omvang van sy werkzaamhede. Om dus nie verward te raak en te veel van sy deel af te wyk nie, onderneem die tipiese Kinderleidingskliniek gewoonlik nie die bestudering van probleme wat voorkom by verstandelik agterlike of epileptiese kinders of kinders met organiese defekte nie.

Die werksterrein sluit eintlik dié kinders in met 'n normale intelligensie maar wie se moeilikhede ontstaan as gevolg van :

- (i) emosionele ongebalanseerdheid (by beide die kind en/of die ouer);
- (ii) emosionele probleme spruitende uit organiese defekte;
- (iii) 'n agterstand in die kind se vermoëns om aan die vereistes wat daar aan hom gestel word (gewoonlik deur die skool), te beantwoord of afbrekende invloed uit die sosiale omgewing wat op hom inwerk.

b. Soort wangedrag.

Kinders word na die Kliniek gebring as gevolg van wangedrag, soos bv.

- (i) ongehoorsaamheid, diefstal, leuens, woede-buie, stokkiesdraai ens.;
- (ii) ook as gevolg van persoonlikheidsprobleme, soos bv. senuagtigheid, onoplettendheid, beskroomdheid;
- (iii) ook probleme by die skool, soos bv. slegte werk, vertraging, onverskilligheid en arge-loosheid;
- (iv) ook omdat daar een of ander krisis in die kind se lewe plaasgevind het, soos bv. oor-plasing uit 'n gebroke gesin. Hieroor word dan advies ingewin (na aanleiding van 'n ontleding van die kind se vermoëns, bekwaam-hede en eienskappe) vir konstruktiewe op-trede.

c. Leeftydsbeperking.

Die leeftyd waarop die meeste kinders by die Kliniek behandel word, is tussen die ouderdomme van 5 - 15 jaar, met die grootste groep tussen 10 - 14 jaar. Hulle bevestigings is dat meer seuns as dogters behandel is, en 'n groter aantal kinders met 'n intelligensiekwasiënt van bo en onder die normale is behandel as wat in 'n onuitge-soekte groep kinders gevind is.

d. Wie die kinders na die Kliniek verwys.

Kinders word meestal onder die aandag van die Kliniek gebring deur Welsynsorganisasies, skole, kinder-en jeughowe, ouers en ander familiebetrekkings. Die verhouding wat die Kliniek met die gemeenskap opbou, bepaal in watter mate genoemde bronne van sy dienste gebruik maak. In Amerika verskil dit in so'n mate van stad tot stad dat geen gemiddeldes verkry kon word nie.

Gewoonlik vind die personeel dat daar veel meer gevalle om hulp aanklop as wat gehelp kan word. Die Kliniek sal in ieder geval minder nuttig blyk te wees as meer gevalle behandel word as wat menslik moontlik is. Aan die ander kant moet die personeel ook nie die onguns van die  
16) Vgl. Stevenson & Smith: A.w.; bl. 71.

publiek op sy hals heel deur mense af te stoot nie.

e. Die soort gevalle moet aansluit by die doel van die Kliniek.

Die soort gevalle wat die Kliniek aanneem, sal afhang van die doel wat die Kliniek dien. Dié verbonde aan 'n staatshospitaal sal byvoorbeeld trag om die grootste aantal gevalle te behandel. Dié opgerig deur Geesteshiëne-organisasies (wat grotendeels die moontlikhede vir die aanpassing van verstandelik agterlikes wil bevorder) sal die nadruk laat val op onderwysprobleme. Dié wat opleiding aan studente verskaf, sal die gevalle nog strenger beperk om aan te pas by 'n sistematiese studieplan.

Wanneer 'n kliniek gestig word (so het dit ook geblyk in die geval van die Kinderleidingskliniek van die Potchefstroomse Universiteit vir C.H.O.), is die meerderheid van gevalle dié wat reeds in misdaad verval het of neigings van misdadigheid geopenbaar het. Later brei die werk uit tot gedragsafwykings, spraakgebreke ens. Dit is egter raadsaam om ooreen te kom dat geen behandeling gegee word aan kinders met verstandsgebreke of lae intelligensie nie. Daar is reeds inrigtings hiervoor, en dit sou 'n verkwisting van tyd en middele wees om daarvoor voorsiening te maak, veral ook omdat dié behandeling gespesialiseerde onderwys verg.

As daar egter ander probleme by hierdie groep kinders teenwoordig is terwyl hulle lae intelligensie nie daarvoor verantwoordelik is nie, en die personeel van die Kliniek meen dat die posisie van die kind verbeter kan word deur 'n verandering in ander faktore as die fisieke, kan die geval gerus opgeneem word.

f. Die metode van seleksie van gevalle word gebaseer op die veronderstelling dat die applikant na die kliniek kom om hulp en dat die personeel van die kliniek sal besluit watter hulp moontlik is en die beste sal wees.

Gevalle waar die applikante voorwaardes en bepalinge stel, kan nie aangeneem word nie, omdat die personeel volle vryheid moet hê om te oordeel en die plan van behandeling ten uitvoer te bring. So byvoorbeeld behoort die Kliniek nie net die intelligensiekwasiënt van 'n kind te bepaal nie, want dit is soms so misleidend en inkonsekwent dat dit gevaarlik kan wees as daarop gevolgtrekkings gebaseer word.

Die belangrikste basis vir aanneme van 'n geval by die Kliniek is die samewerking van die ouers of persone in wie se bewaring die kind is; trouens, hulle moet die behoeftige gevoel en begerig wees om die hulp van die Kliniek te aanvaar. Wanneer 'n Kliniek net begin, is dit gewoonlik nodig om belangstelling daarin op te wek, en die meer drastiese gevalle soos die wat reeds in misdaad verval het, en vertraagde ontwikkelings sal meestal eerste op die rekords verskyn. Later, wanneer die gemeenskap beter die doel en funksies van die Kliniek verstaan, sal gevalle gebring word waar voorbehoedende werk nog moontlik is.

Om gevalle te behandel wat deur welsynsorganisasies verwys word is goedkoper en vereis minder moeite omdat die gevalle gewoonlik al gedeeltelik ondersoek is en dié organisasies die behandeling sal toepas of help toepas. Daarenteen is die ouers wat hulle kinders self bring, gewoonlik meer welgesteld en begerig om hulp. Aldus kom die Kliniek ook onder die aandag van die bevoorregte groepe, waar hierdie soort hulp net so dringend nodig is as onder die behoeftige groepe, op wie daar, miskien ten onregte, vandag 'n stigma rus. Hulle sou die mense wees wat hulle kinders verwaarloos en mishandel, terwyl daar ouers onder die ryk klasse is wat hulle kinders geestelik verwaarloos en mishandel.

g. Verskeidenheid in die aard van die gevalle.

By die Kinderleidingskliniek waar studente opgelei word, moet daar gesorg word vir 'n verskeidenheid van gevalle - van die maklikste tot die moeilikste, sodat die student 'n goeie indruk kan kry van sy eie moontlikhede sowel as sy beperkinge.

h. Rassegroepe.

Ander beperkings wat by die seleksie van gevalle 'n rol sal speel, is na aanleiding van rassegroepe. Dit is byvoorbeeld vir die Kinderleidingskliniek van die Potchefstroomse Universiteit vir C.H.O. nie moontlik om nie-blanke-gevalle te neem nie, omdat geen personeellede daarvoor beskikbaar is nie. Om die nie-blanke-rassegroepe te verstaan en om reg aan hulle te laat geskied, moet hulle eie volksgenote opgelei word om die werk te doen. Dit moet mense wees wat hulle taal kan praat, hulle gewoontes en tradisies ken en verstaan. Buitendien hang die hele probleem saam met die moeilike aanpassing van die nie-blanke-rasse by die ~~blanke~~beskawing.

i. Geografiese grense.

Verder kan geografiese grense en ekonomiese moontlikhede die uitbreiding van die werksaamhede van die Kinderleidingskliniek aan bande lê.

6. Opvoedingsdienste.

'n Ander terrein wat die Kinderleidingskliniek dek, is opvoedingsdienste. Dit mag miskien aanmatigend klink om te beweer dat die Kinderleidingskliniek die hele denkrigting en optrede van die gemeenskap teenoor sy kinders kan verander. Dit is per slot van sake 'n klein onderneming wat 'n hoogs gespesialiseerde werk verrig en slegs daartoe in staat is om 'n klein gedeelte van die gemeenskap tegemoet te kom. Buitendien lewer dit selde

of nooit skouspelagtige resultate nie. Indien daar egter wel invloed van die Kliniek uitgaan in die breë sin van die woord, sal dit te danke wees aan <sup>drie</sup> twee faktore :

a. Die benadering tot die kind is enig. Dit dwing die ouers en onderwysers om oplettend te wees. Houdinge van ouers wat as gevolg van tradisie al as vanselfsprekend aangeneem is, word hierdeur opsy gesit. en vervang deur 'n buigbare objektiwiteit in plaas van dominerende en eensydige morele en opvoedkundige opvattinge. Hulle leer om die afwykende gedrag te verklaar in die lig van verlangens en behoeftes van die kind en ook met inagneming van die aard van die gedrag, m.a.w. hulle dink aan die prentjie in sy geheel op 'n nuwe wyse. Hulle weet om eerste te let op die oorsake en om die geneesmiddels daarna toe te pas asook om die kind nie op enige stadium te veroordeel nie. Al neem hierdie "nuwigheid" later ock weer af, sal dit in ieder geval daartoe bygedra het om die verhouding tussen ouer en kind te verbeter. Afgesien van die ouer-kind-verhouding is die metodes van die Kinderleidingskliniek daarop gemunt om opregte belangstelling elders ock gaande te maak, bv. by skole en maatskaplike organisasies.

b. Dit is gespesialiseerde diens. Die Kliniek het verskillende kanale waardeur sy invloed kan inwerk. Wanneer ons die personeel behandel, sal ons sien dat daarby betrokke is : medici en psigiaters, wat vanweë hulle bereep voorligting kan gee aan ander professioneles in die gemeenskap (bv. aan onderwysers) asook aan die algemene publiek. Deur middel van sy konneksies met maatskaplike werkers lewer die Kliniek 'n belangrike bydrae tot die essensiële tegnieke van die gevallewerker en kry hy ock die geleentheid om die metodes te illustreer aan die personeel van verskeie soorte organisasies. Die werk van die

Kliniek stel die personeel daarvan (veral die sielkundige en opvoedkundige) in verbinding met skole. Die Kliniek kan aan die skole baie bied uit ondervinding met gevallewerk, wat kan dien as oplossing vir probleme wat die kind in die klaskamer mag openbaar.

c. Dit dra by tot die vorming van die publieke opinie.

Die omvattende filosofie in verband met en die besondere begrip van die individuele geval wat die Kinderleidingskliniek toepas, kan daarom beskou word as 'n nuwe en potensieële bydrae tot die publieke opinie. Buitendien het die Kliniek konkrete voorstelle om te maak i.v.m. onderwerpe soos : die opvoeding van kinders in goeie en heerlike eetgewoontes, sindelikeit, die aanleer van emosionele kontrole in die vroegste kinderjare en om ouers aan te moedig om hulle kinders nie te bederf nie maar hulle ook nie te domineer nie.

7. Opleiding van studente.

Nog 'n terrein waarop die Kliniek hom begewe, is die opleiding van studente. Tesame met die oopgang van Kinderleidingsklinieke het gepaard gegaan 'n vinnige ontwikkeling in maatskaplike sorg. Die rede daarvoor is dat daar met die gesamentlike optrede van sielkundiges en maatskaplike werkers meer nadruk gelê is op die feit dat om mense te help die oorsaak opgespoor moet word wat onderliggend is aan emosionele werkinge en aan die terapeutiese gebruik van 'n persoonlike verhouding tussen die werker en die klient.

a. Kort Kursusse.

Deur die gevalle koöperatief te behandel word belangrike kontakte opgebou tussen die Kliniek en maatskaplike organisasies - dit is belangrik van sowel 'n praktiese as 'n opvoedkundige oëpunt. Om dus die weg te baan vir sodanige samewerking kan kort kursusse ~~en~~

en geleentheid vir observasie by die Kinderleidingskliniek vir reeds praktiserende maatskaplike werkers en studente gereël word. Verder kan wedersydse samewerking tussen die Kliniek aan die eenkant en ontspannings- en jeugleiers aan die anderkant vir almal baie interessant en vrugbaar blyk te wees.

b. Navorsing.

Indien die aspek van opleiding verder gevcer word, kan die Kliniek baie waardevol wees vir doeleindes van navorsing. As 'n terapeutiese instelling moet die Kinderleidingskliniek hom vergewis dat sy prosedures en tegnieke op die beste beskikbare wetenskaplike kennis gegrond is, en die resultate moet getoets word insoverre dit meetbaar is. Hoe graag die kliniese werker oek al wil, kan hy wetenskaplik nooit so akkuraat wees soos byvoorbeeld die bioloog nie, omdat sy gevolgtrekkings nie deur dieselfde soort metodes bewys kan word nie. Die bioloog verifieer sy hipotese deur middel van gekontroleerde eksperimente in die laboratriums. Die gevolgtrekkings van die kliniese werker daarenteen berus grotendeels op persoonlike oordeel gedurende persoonlike onderhoude. Sy "materiaal" ly aan 'n verstoring van een of ander funksie waarvoor hy hulp nodig het. Hy is egter net so onwillig soos die kliniese werker om homself te onderwerp aan 'n skema van algehele kontrole om bestudeer te word. Daarom kan ons nie eksperimenteer deur byvoorbeeld die uitwerking van 'n veronderstelde nadelige invloed doelbewus op 'n kind te laat inwerk om dan die resultaat te toets nie. Ons kan nie 'n individu so maklik opeffer nie, al is dit oek in belang van die gemeenskap.

As gevolg van die afwesigheid van metodes van verifikasie moet die Kliniek strewer na die hoogs moontlike standaard en bestendigheid in teoretiese gevolgtrekkings. Hy moet 'n logiese interpretasie heg aan verskynsels wat

hy waarneem, en sy metodes vorm om daarby aan te pas, en wel om die volgende redes :

- (i) Die vernaamste hipotese van die Kinderleidingskliniek is dat gedragsprobleme by kinders voortspruit uit 'n kompleks van oorsake, en gevolglik vereis dit 'n variasie van tegnieke vir die ontleding en oplossing daarvan. Dit laat 'n wye verskeidenheid toe, en terselfdertyd vergroot dit die gevaar van verwarring.
- (ii) Die Kliniek lei sy fundamentele konsepsies of begrippe in sake die gedrag van kinders af met behulp van die wetenskappe wat saamgevoeg is om die Kliniek te vorm, nl. medisyne, psigiatrie, sielkunde en maatskaplike werk. Dit stel belang in alle feite wat hierdie studiegebiedekaan aanbied.

Wat die Kliniek van die Potchefstroomse Universiteit vir C.H.O. betref, berus die beoefening van hierdie wetenskappe op Christelike grondslag in ooreenkoms met die beginsel van die Universiteit. Dit gee 'n bepaalde kleur aan die werk van die Kliniek, en ons kan ons dus nie verenig met die standpunt van G.S. Stevenson en G. Smith, wat meen dat 'n Kliniek genoegsaam "liberaal" behoort te wees om homself nie te identifiseer met enige bepaalde skool van denke nie.

#### D. ORGANISASIE EN FINANSIERING VAN KINDERLEIDINGSKLINIEKE.

1. In Amerika<sup>17)</sup> hang die ontwikkeling van geesteshigiëne grotendeels af van die leiding wat die Staat neem. In dié State waar die werk ver gevorder is, funksioneer die Kinderleidingskliniek vanuit staatshospitale, staatsbureaus vir geesteshigiëne, en personeelspanne van dié inrigtings besoek dorpe en plattelandse sentrums op vasgestelde tye. Hulle maak dan so'n volledig moontlike diagnose as wat onder die omstandighede moontlik is. Gewoonlik moet die behandeling gelaat word in die hande van 'n plaaslike organisasie wat die geval oorspronklik aangemeld het. Daar word dan ook gebruik gemaak van persone

17) Stevenson G.S. & Smith G.: A.w., bl. 142.

soos "publieke gesondheidsverpleegsters", die personeel van kindersorgverenigings en skole..

As gevolg van die beperkte tyd tot hulle beskikking moet die aandag uitsluitlik op direkte kliniese werk toegespits word, en die taak van opvoeding en interpretasie moet aan ander oorgelaat word. Die gevolg is dat die werk ongebalanseerd is en nie die waarde vir die gemeenskap in die algemeen inhou wat by groter klinieke die geval is nie.

Die diagnose by die instansies behels dan ook net verstandelike afwykings en die duideliker vorme van gedreghsafwykings. Daar is min geseentheid vir grensgevalle van persoonlikheidsabnormaliteite wat dikwels aandag van die onderwyseres of maatskaplike werksters verg.

Dit het in Amerika geblyk dat slegs 'n baie beperkte hoeveelheid van werk wat deur sosiale of opvoedingsorganisasies gedoen word nodig is om die instelling van dienste t.o.v. geesteshigiëne te regverdig. So kan 'n liefdadigheidsorganisasie of 'n plattelandse besoekende onderwyser(es) of 'n distriksverplegingsdiens aanleiding gee tot die aanvang aldaar van die werksaamhede.

Onder dagelike omstandighede is bepaalde moeilikhede gewoonlik aanwesig by die aanvanklike organisering, byvoorbeeld

- (i) die ontoereikende insig en verantwoordelikeheidsin by ouers of persone wat die bewaring van hulpbehoewende kinders het en gevolglik traag of selfs teësinig is om van die dienste gebruik te maak;
- (ii) die ernstige struikelblok wat die gebrek aan georganiseerde maatskaplike fasiliteite veroorsaak;
- (iii) die verkryging van persone wat aan die Kliniek die nodige samewerking en steun kan gee, en as sulke persone nie bekend is nie, is dit moeilik om hulle op te spoor;

- (iv) wedywing en jaloesie tussen plaaslike maatskaplike organisasies wat in Suid-Afrika aan die orde van die dag is en wat 'n gevaar inhou vir die Kinderleidingskliniek, veral as hy hom gaan identifiseer met een organisasie of met die verkeerde een;
- (v) die feit dat in sommige gevalle in Amerika persone in die mediese professie oor gevoelig geword het vir "staat-mediese dienste" en georganiseerde opposisie veroorsaak vir die Kinderleidingskliniek wat deur die Staat in die lewe geroep is of deur die Staat gesteun is;
- (vi) gebrek aan sterk en verenigde plaaslike leierskap, as gevolg waarvan die voortsetting en sukses van die werk onmoontlik is.

2. Die Kliniek moet selfstandig georganiseer wees, maar nie geïsoleerd nie.

Gedurende die aanvangsperiode van organisering van 'n Kinderleidingskliniek is dit beter dat die Kliniek nie gebonde is aan byvoorbeeld die jeughof of die munisipaliteit nie. Daar is tyd nodig om die beginsels uit te werk en 'n beleid neer te lê asook om metodes, tegnieke ten opsigte van gevallestudie, professionele benadering en die aanwending van terapeutiese tegnieke te bepaal. Vryheid dus van publieke kontrole en te intieme assosiasie met 'n organisasie, laat die keuse aan die Kliniek van gevalle en die soort dienslewering asook om 'n wye opvoedkundige doel na te strewen en bevredigende standaarde op te bou, oor.

So'n isolasie kan egter nie bly voortbestaan nie. Die personeel voel die noodsaaklikheid van professionele solidariteit en moet dus kontak opbou met kollegas in byvoorbeeld die onderwysberoep en hospitaaldiens. In die algemeen sal affiliasie met 'n universiteit die moontlikhede van die Kliniek uitbrei sonder om hom sy vryheid te ontnem van byvoorbeeld verdere affiliasie met die Departement van Volkswelsyn, kindersorgverenigings en skole.

Die geaffilieerde organisasies van die Kliniek sal vanselfsprekend die samestelling van die beherende raad bepaal. As die Kliniek egter geïnkorporeer is by 'n

munisipaliteit, die Unie-onderwys departement of 'n hospitaal, sal 'n adviserende raad van goedingeligte leke en professionele persone voldoende wees om die behoeftes van die gemeenskap te ontleed sodat die Kliniek daarin kan voorsien. Indien die Kliniek geheel en al onafhanklik is, sal daar met 'n administratiewe raad volstaan kan word, alhoewel daarby ook leke ingesluit moet word (omdat hulle finansiële bydraes kan verseker en kan intree indien die publiek onredelike kritiek uitoefen) en professionele persone wat onderlinge samewerking met organisasies kan kweek en die personeel in tegniese probleme van advies kan dien.

### 3. Finansiering.

Dit is baie moeilik om 'n voordelige plan vir finansiering voor te lê. Munisipale of provinsiale ondersteuning het sommige nadele, omdat daar belemmerende beperkinge gelê mag word op die keuse en aanstelling van personeel, omvang van die werk ens. Dan kan verandering in administrasie onverwagte wysiging in die beleid van die munisipaliteit of provinsiale raad tot gevolg hê, wat miskien minder gunstig is teenoor Kinderleidingsklinieke. In ieder geval, dit kan die atmosfeer van vry inisiatief strem.

Met staatsfinansiering, veral as die Kliniek deel vorm van 'n staatsondersteunde universiteit, is die Kliniek redelik seker van 'n vaste inkomste alhoewel staatswetgewing ook nie altyd bestendig is nie.

As die Kliniek sy middele deur filantropiese skenkinge opbou, sal dit ten minste in voorspoedige tye verseker wees van 'n goeie inkomste. Dit gee aan die Kliniek groter vryheid van optrede. 'n Langdurige subsidie word algemeen erken 'n bedreiging te wees vir die lewenskragtigheid van enige onderneming en buitendien sal dit as die subsidie miskien onttrek word, besonder swaar gaan om die werksaamhede te laat voortgaan tensy dit geheel en al op 'n nuwe basis geplaas word.

In die Amerikaanse stede is dit die gewoonte om die Kinderleidingskliniek uit die "Gemeenskapskas" te finansier, omdat die Kliniek reeds deel vorm van die gesinsorg en gemeenskapsorganisasie. Ons vind egter in min stede van Suid-Afrika dat die "Gemeenskapskas" 'n sukses is, waarskynlik omdat ons politieke, rasse- en geloofs-vraagstukke 'n belangrike rol speel by die uitoefening van maatskaplike sorg. Baie blankes sal byvoorbeeld nie wil bydra as hulle weet dat Indiërkinders uit die fonds gevoed word nie, of Protestante sal beswaarlik inrigtings wil steun wat onder die Rooms-Katholieke Kerk staan ens. Selfs as ons by die werk van die Kliniek kom, sal baie mense die vraag stel : Word daar beide blanke en nie-blanke-kinders behandel? Sommige sal gebelgd voel indien dit wel die geval is, en andere sal nie wil insien dat dit beter is om 'n aparte Kliniek vir nie-blankes te hê nie.

Sommige Klinieke in Amerika het getrag om hulle inkomste aan te vul deur fooie te vra van ouers wat dit kon bekostig. Veral as die dienste van 'n medikus ingeroep moet word, kan daar ooreengekom word oor 'n vasgestelde fooi. Dit is wenslik om op 'n vasgestelde basis vergoeding te eis, want dan sal die ouers dit meer waardeur en nie as 'n vanselfsprekende plig van die Staat aanvaar nie soos dikwels die geval is in ander rigtings van maatskaplike sorg. Dit sal ook bydra om aan die professionele diens 'n hoër status te verleen.

Aan die Kinderleidingskliniek van die Potchefstroomse Universiteit vir C.H.O. werk personeellede van die departemente Sielkunde, Opvoedkunde, Maatskaplike Werk en Liggaamlike Opvoeding vrywillig en sonder 'n ekstra vergoeding. Omdat die ondervinding wat studente aan die Kliniek opdoen, deel vorm van hulle praktiese opleiding, word die administratiewe koste gedek uit die toelaes wat die Departemente kry. Indien die Kliniek egter baie gaan uitbrei, sal

18) Stevenson G.S. & Smith G.: A.w., bl. 139.

ander planne beraam moet word om finansiële ondersteuning te verkry, want die personeellede sal nie al die werk in hulle vrye tyd kan behartig nie.

-----

HOOFSTUK II.

DIE PERSONEEL VAN DIE KINDERLEIDINGSKLINIEK.

1. ALGEMEEN.

- a. Daar is 'n aantal faktore wat bepaal wie op die personeel van 'n Kinderleidingskliniek benoem word en hoe groot die personeel sal wees. Baie sal afhang van die grootte van die gemeenskap, hoeveel behoefte daar aan die diens van die Kliniek is, in watter mate daarvan gebruik gemaak word en hoe intensief daar gewerk word. Die voordele van die dienste van die Kinderleidingskliniek is egter daarin geleë dat daar spanwerk plaasvind tussen persone van verskeie professies, en dit is ook wat die Kliniek so 'n unieke instelling in 'n gemeenskap maak.
- b. Eenheid in gesamentlike optrede. Die benadering van persoonlikheidsprobleme by kinders berus op 'n uitgebreide kennis van die individu ten opsigte van die eenvoudigste tot die ingewikkelste biologiese feite en op 'n genetiese en dinamiese interpretasie van menslike gedrag. Maar die menslike gedrag is poligeneties, d.w.s. dit word bepaal deur veelvuldige oorsake wat mag voorkom by die individu self of in sy omgewing. Dit is ook heterogeneties, d.w.s. een reaksie mag die gevolg wees van 'n wye verskeidenheid en kombinasie van oorsake. Daarom sou 'n mediese benadering sonder meer van die probleem onvoldoende wees. Daarby moet kom sielkundige kennis en sosiale oriëntasie, en juis in die sintese hiervan lê die krag van 'n organisasie soos die Kinderleidingskliniek. Maar die vermoë van hierdie professionele persone om te koördineer is 'n essensiële kwalifikasie wat in gedagte behoort gehou te word. ~~Daarby is dit noodsaaklik dat elke~~

Daarby is dit noodsaaklik dat elke lid van die personeel goed op hoogte moet wees van die werk van elke ander personeellid, sodat 'n ware sintese geskep kan word.

Wat die personeel moet soek, is nie 'n kompromis tussen drie gesigspunte nie maar 'n eenheid in interpretasie en plan van behandeling waarin die bydrae van elke professione saamsmelt.

## 2. HOE IS DIE SAMESTELLING VAN PERSONEEL IN VERSKILLENDE KLINIEKE?

Namate daar op die terreine van die psigiatrie, psigologie en maatskaplike werk soveel vordering gemaak is dat die beoefenaars van hierdie wetenskappe 'n groot bydrae kon lewer tot ondersoek na die oorsake van abnormale menslike gedrag en die behandeling daarvan kon daar deur middel van die Kinderleidingskliniek in die behoeftes van die gemeenskap voorsien word.

Maar wat is nou die terrein van elkeen wat die samesnoering van hulle dienste so'n belangrike aanwinst vir die gemeenskap maak?

- a. Die psigiatrie bestudeer fundamentele biologiese en chemiese wetenskappe, bv. ondersoek van die sentrale sensustelsel, die simpatiese sensustelsel en die werking en uitwerking van die endokriene kliere, ondervoeding ens., sodat die psigiater in staat sal wees om persone met verstandelike moeilikhede te hulp te kom.
- b. Die bydrae wat die sielkundige lewer, het betrekking op psigopatologie en psigo-analise en die vermoë om in die algemeen die intelligensie, spesiale bekwaamheid en onbekwaamheid van mense te toets, wat hom in staat stel om 'n interpretasie te heg aan verskeie soorte menslike gedrag en die menslike persoonlikheid.

c. Die beroep van die maatskaplike werkster het die huidige professionele status bereik as gevolg van die bydrae wat daardeur gelewer is tot maatskaplike ondersoek, gevallestudie en die behandelingsmetodes wat die beoefenaars van die beroep na aanleiding daarvan kan aanbeveel en uitvoer.

Dit is die ideale kombinasie van personeellede vir die kliniek maar ook die minimum vereistes. G.S. <sup>1)</sup> Stevenson en G. Smith sowel as H.L. <sup>2)</sup> Witmer stem saam dat die ideale kombinasie van personeellede vir die Kinderleidingskliniek een psigiater, een sielkundige en twee of drie maatskaplike werksters is. Die reëling moet natuurlik getref word volgens die behoeftes van die gemeenskap en die omvang van die werk van die Kliniek.

d. By die Kinderleidingskliniek van die Potchefstroomse Universiteit vir C.H.O. is die raad van beheer soos volg saamgestel :

Direkteur - Hoof van die Departement Sielkunde.

Sekretaris- Komiteeklerk van die Administratiewe Kantoor

Ander lede- Hoof van die Departement Maatskaplike Werk.

Lektriëse van die Departement Maatskaplike Werk.

Professor in Opvoedkunde.

Hoof van die Departement Liggaamlike Opvoeding.

Lektor in die Departement Sielkunde.

Hierdie Raad het te doen met sake van algemene beleid, bv. om koördinasie met ander belanghebbende liggame in die gemeenskap te bewerkstellig, om te bepaal watter afmetings die werk moet aanneem en om geskikte akkommodasie daar te stel.

Wanneer ons met die gevalle te doen kry, werk die volgende persone saam : Die ~~Direkteur, die lektor in Sielkunde (Sekretaris by die samesprekings oor gevalle), die~~

lektriëse in Sielkunde, die lektriëse in Maatskaplike Werk

1) Vgl. Stevenson G.S. & Smith G.: A.w., bl. 109.

2) Vgl. Witmer, H.L.: Psychiatric Clinics for children; New York 1940; bl. 114.

Wanneer ons met die gevalle te doen kry, werk die volgende persone saam : Die Direkteur, die lektor in Sielkunde (Sekretaris by die samesprekings oor gevalle), die lektrise in Sielkunde, die lektrise in Maatskaplike Werk en ander maatskaplike werksters en volkswelsynsbeamptes van die betrokke organisasies uit die gemeenskap. Wanneer nodig word die dienste van die distriksgeneesheer of munisipale mediese beampte of die huisdokter vir 'n geval ingeroep, en as die hulp van 'n psigiater benodig sou word, is die goedgeunstige samewerking van professionele persone van die Witrand-Inrigting vir subnormale kinders altyd beskikbaar.

Soos reeds gesê, vorm die studente in Maatskaplik Werk (B.Soc.Sc.-graad) wat vir hulle praktiese opleiding by die Kinderklub moet werk, ook 'n deel van die personeel van die Kliniek.

Daar is gevind dat hierdie samestelling baie bevredigende resultate lewer. By die behandeling van sekere soorte afwykende gedrag verdeel die sielkundiges die take onderling. 'n Vroulike sielkundige is die geskikste persoon om byvoorbeeld enuresis by dogters te behandel, terwyl jong seuns wat misdadige neigings toon, die beste behandel kan word deur die mans op die personeel. Daarom sal dit ook wenslik wees om manlike psigiatrisiese maatskaplike werkers in diens van die Kinderleidingskliniek te neem.

Die personeel by die Kaapstadse Universiteit bestaan uit die volgende :

Die Direkteur - 'n opvoedkundige.

'n Sielkundige.

'n Medikus.

'n Psigiater.

'n Maatskaplike Werkster.

'n Sekretaresse.

### 3. DIE BESONDERE TAAK VAN ELKE PERSONEELLID.

#### a. Die Sielkundige.

Myns insiens is dit nodig om in Suid-Afrika 'n sielkundige as direkteur of hoof van die Kinderleidingskliniek te benoem.

By die Potchefstroomse Kliniek speel die sielkundiges die vernaamste rol en bepaal hulle hul nie slegs tot sielkundige toetse en die opstel van 'n diagnose nie, maar is veral ook besig met die persoonlike behandeling van die kind. Alhoewel die sielkundiges gewoonlik 'n beperkte kennis van gevallewerk het, is hulle goed vertrouwd met onderwysmetodes en skoolwerk. Daarom word die behoefte aan die dienste van 'n opvoedkundige nog nie sterk gevoel nie. Ook G.S. Stevenson en G. Smith sê <sup>4)</sup> : "Having been trained, usually, as an educational specialist, he comes to the clinic with a better knowledge of the techniques of learning and of teaching, a greater familiarity with the way schoolmen think and act, and more awareness of the possibilities and limitations of the school, than either of the other members of the team".

Die taak van die sielkundige in die Kaapstadse <sup>5)</sup> Kinderleidingskliniek is om intelligensietoetse uit te voer, waarvoor daar 'n deeglike kennis van die menslike persoonlikheid nodig is en waarvoor hy ook baie uit die reaksies van die kind wys kan word.

Vir hierdie uitvoerende mag is dit nodig dat die sielkundige vooraf ondervinding van die werk in die Kinderleidingskliniek opdoen. Hierdie leertydperk is nodig om die sielkundige te oriënteer in sy omgang met kinders - hoe om met hulle te praat en hulle vertrouwe te wen. Dit sal

4) Stevenson G.S. & Smith G.; A.w., bl. 120.

5) Vgl. dr. M. Minde; Nasionale Verslag; bl. 216.

ook dien om die belangrikheid van diagnostiese en terapeutiese doelstellings te beklemtoon. Verder sal dit hom bekwaam vir die praktiese pligte van die Kliniek, soos bv. dié van leierskap in die Kliniek en in die gemeenskap met al die implikasies daaraan verbonde.

6)  
"The director" aldus dr. M. Minde, "presides at meetings and is also an expert on the educational aspect of the problems we encounter. He can thus advise teachers who we consider are perhaps using methods not suitable for the particular child under investigation". By hulle speel die opvoedkundige dus die vernaamste rol terwyl die psigiater as volg gebruik word : "The psychiatrist on our staff is a qualified physician with special knowledge of mental and nervous diseases. Experience has shown that it is not necessary for him to see all the cases.....But he sees those rare cases of mental disorder which one does come across in childhood, all the mentally defective children who at times have to be certified for Government institutions, the youngsters showing criminal propensities who will later develop into juvenile delinquents unless treated early, and all the neurotics with their personality and behaviour problems".

Soos reeds gesê, sal baie afhang van die behoeftes wat elke gemeenskap openbaar, en wie die grootste aantal gevalle na die Kliniek verwys. In Kaapstad is dit blykbaar die skole, daarom dat hulle die opvoedkundige se dienste die meeste nodig het. By die Kliniek van die Potchefstroomse Universiteit was die verhouding van begin 1950 tot einde 1952 soos volg :

Van skole	: 4
Van welsynsorganisasies	: 10
Van die ouers self	: 2
	----
Totaal	16

6) Dr. M. Minde: "The Child Guidance Clinic"; Verslag van die Nasionale Konferensie oor Maatskaplike Werk, 1936; bl.216.

Net soos die psigiater hou die sielkundige se werk egter nie binne die Kliniek op nie maar het hy ook 'n uitgebreider taak in die gemeenskap. Stevenson en Smith sê <sup>7)</sup> : "Naturally, therefore, he is qualified to take the lead in making contacts between the clinic and the public school system and is sometimes in a position, through offering valued technical help to schools, to open the way for a wider range of service by the clinic. For the same reason, the psychologist is the logical choice to carry the burden of treatment when the problem centers in the learning processes or in school achievement. A number of psychologists serving the clinic have made themselves authorities in the field of reading and other special disabilities and are able to give and supervise special treatment of these problems as an important contribution to the child's adjustment".

b. Die Psigiater.

Die psigiater is bekend met die verstandelike afwykings, hulle oorsprong en nodige behandeling. Die Kliniek se vernaamste funksie is die behandeling van abnormaliteite in die menslike gedrag, beide sielkundig en organies. 'n Mediese opleiding met beklemtoning van die psigiatrie sal vir die Kliniek 'n aanwinst wees en sal 'n bestendige oriëntering ten opsigte van die volledige mens verseker. Dit is gevaarlik as mense wat min of geen opleiding in dié verband het, die verantwoordelikheid vir diagnose en ondersoek van patologiese probleme moet aanvaar. Bowendien skep dit 'n gevaarlike presedent, afgesien daarvan of die betrokke individu baie bekwaam is al dan nie.

7) Stevenson G.S. & Smith G.: A.w., bl. 120.

c. Die kinderkundige.

8)

Volgens G.S. Stevenson en G. Smith het 'n paar Kinderleidingsklinieke in Amerika gebruik gemaak van die dienste van 'n kinderkundige maar hulle is gewoonlik nie onderlê in geesteshigiëne nie : "Medical schools to-day are generally failing to give the pediatrician the preparation he needs to handle this phase of his work adequately, but efforts in this direction at a few medical centres have borne encouraging fruit. It seems essential that a broader mental hygiene content should become indigenous in pediatrics".

By die Kinderleidingskliniek van die Potchefstroomse Universiteit is ondervind dat die ouers wat hulle kinders vir hulp kom aanmeld dit juis doen omdat die medici hulle nie kon help nie (vgl. geval nr. 1). As die personeel egter vermoed dat 'n kliënt mediese behandeling nodig het, word die hulp van 'n medikus ingeroep. In Potchefstroom het ons nie 'n kinderkundige nie, maar indien sy dienste nodig sou blyk te wees, sal dit die taak van die medikus wees om verdere ondersoek te reël.

Die kinderkundige het egter wel 'n taak om te vervul teenoor die Kliniek. Wanneer hy byvoorbeeld in aanraking kom met 'n kind wat aan siekteverskynsels ly, soos bv. enuresis of voedingsprobleme, behoort hy dit nie sonder meer toe te skrywe aan ooraktiwiteit of senuagtigheid nie, maar hy behoort die kind te verwys na die Kinderleidingskliniek.

d. Die taak van die Maatskaplike Werkster.

As gevolg van die bespreking van die werk van die ander personeellede kan ons bepaal wat die taak van die maatskaplike werkster nie is nie. Haar taak is die ontleding van sosiale toestande en kousaliteite en die uitvoering van 'n plan van behandeling (in samewerking met 8) Stevenson G.S. & Smith G.: A.w., bl. 115.

die ander lede van die personeel) ten opsigte van die probleemkind. Daar kan geen definitiewe afbakening van haar werksterrein wees nie, want die individuele omstandighede van elke geval moet in ag geneem word, selfs voordat 'n geval na een of ander lid van die personeel verwys word vir ondersoek of behandeling. Sy sal ook, soos die geval met alle progressiewe gevallewerkster is, gaandeweg bekwaam word in tegniese toetse en die beginsels van die psigiatrie. Sy kan heel moontlik tot 'n goeie psigo-terapeut ontwikkel, maar dan moet sy die beoefening daarvan bepaal tot die gesin, terwyl die sielkundige of die psigiater in sy kapasiteit as "dokter" die onmiddellike sorg van die gedragsafwykende kind onderneem.

9)  
In die Kliniek te Philadelphia, waar die sterkste klem gelê word op die terapeutiese nut van die verhouding tussen die personeellid en die geval sowel as sy gesinslede, behandel die maatskaplike werkster baie gevalle heeltemal selfstandig. By geleentheid van personeelvergaderings word dan die algemene beskouinge gegee en kennis geneem van die geval se vooruitgang. Sodanige uitbreiding van haar taak onthef egter nie die maatskaplike werkster van haar verantwoordelikheid ten opsigte van noue samewerking met ander personeellede nie asook nie van die fundamentele noodsaaklikheid van psigiatrisiese leiding nie. Sy moet duidelik verstaan dat wanneer sy behandelingsmetodes toepas, sy dit doen as lid van die Kliniek se personeel en dat psigiatrisiese beoordeling die perke vasstel waarin sy met veiligheid kan optree.

Die reëling behoort dus te wees dat die sielkundige leier moet bly van die personeel, en sy beslissing moet in alle opsigte geld, ook ten aansien van die gevallewerk. Die maatskaplike werkster doen die sosiale gevallestudie

9) Vgl. Stevenson G.S. & Smith G. : A.w.; bl. 118.

en pas die behandeling toe wanneer dit aan haar oorgelaat word volgens die beslissing van die direkteur. Dit sluit nie die moontlikheid uit dat sy haar interpretasie van 'n geval of sienswyse in sake die behandeling van 'n geval bekend kan maak.nie. Daarvoor het sy die geleentheid by die gevallekonferensies. Sy kan nie alleen die ander personeellede van advies dien nie, maar haar posisie kan sy met gesag handhaaf.

Ook die maatskaplike werkster sal die werk van die Kliniek uitdra in die gemeenskapslewe deurdat sy met talle huisgesinne op so'n intieme wyse kennis maak. Die gehalte van haar werk, haar persoonlikheid en manier van optrede sal grotendeels bepaal of die werk van die Kliniek sal slaag al dan nie.

Van die ander personeellede moet haar egter ook nie oorlaai met allerlei soorte werk nie : haar eintlike gevallestudiewerk sal daaronder moet ly. In die praktyk word die maatskaplike werkster vir baie take in die staatshospitaalklinieke in Amerika gebruik, maar die meeste direkteure besef dat deur die maatskaplike werkster verskeie soorte sekretariële werk te laat doen of om hulle net te laat ingaan op die gesinsgeskiedenis van gevalle, daar bepaald nie die beste gebruik gemaak word van haar gespesialiseerde diens nie. "Doubtless the histories do frequently need supplementing, they (the directors) said, but the more important task of the social worker in this area is to obtain understanding of the parents' attitudes and desires with respect to the patients. Even with the feebleminded or the neurologically handicapped child the question at issue is not only what is the cause of his difficulties but what the parents are able and willing to do about it" sê H.L. Witmer.

10) Vgl. H.L. Witmer : Psychiatric Clinics for Children, bl.120.

11) Idem, bl. 123.

Dikwels word daar op die platteland van Amerika gebruik gemaak van rondreisende klinieke, wat dan nie oor die dienste van hulle eie maatskaplike werkster beskik nie, maar op al die plekke van hulle roete met die plaaslike maatskaplike werkster in aanraking kom want laasgenoemde dien as 'n soort skakelbeampte wat aan die personeel van die kliniek meer kan meedeel omtrent die persoonlikheid van die gevalle en die fasiliteite in die gemeenskap. Sy voer dan ook die plan van behandeling uit sover dit binne haar bestek val.

Die rol wat die maatskaplike werkster speel, word deur dr. Minde besonder mooi saamgevat : "Then we have a social worker - and in my opinion her's is the hardest task of all. In order to get a clear picture of all the influences playing on the child we have to know not only what is going on within him, but also how he interacts with his environment, and that means knowing his home, his family, his playmates, his school and his teacher. The worker who can successfully and unobtrusively insinuate herself into all these situations, and correctly assess all the cross-current of feeling that may be playing on a difficult child must have a sound knowledge of psychiatry and psychology; she must be socially adaptable to the highest degree, equally at home in the magnate's drawing-room and in the working man's kitchen; she must have endless patience and tact, and a rich fund of human sympathy, so that people she comes in contact with feel that she is both helper and a friend. She must not only gather correct information for the clinic when everybody is trying to hide the truth, but she is also in many cases a sort of living extension of the psychiatrist's influence, tactfully

12) Vgl. H.L. Witmer: Psychiatric Clinics for Children, bl. 123.

13) Dr. M. Minde : "The Child Guidance Clinic"; Verslag van die Nasionale Konferensie oor Maatskaplike Werk, 1936, bl. 217.

moulding the adverse environment without raising antagonism. Truly the perfect social worker has to be a paragon of all the virtues - a rara avis indeed".

Die werk van die Kliniek is ondenkbaar sonder die dienste van 'n maatskaplike werkster. Sy is die persoon wat die aansluiting met die gemeenskap bewerkstellig, sy bring die meeste van die gevalle na die kliniek vir behandeling en kan die waarde van die kliniek by alle maatskaplike "klasse" bekendstel. As gevolg van haar opleiding kan sy die gevallestudie die beste behartig, en haar dienste hoef nie daartoe beperk te bly nie. Sy is bekend met al die verskillende behandelingsmetodes vir sosiale probleme en kan die gevalle selfs verder tot hulp wees. Daardeur wen sy nog altyd meer en meer die vertroue van die kliënte. Sy is ook die aangewese persoon om speltherapie by 'n groep kinders toe te pas, deur byvoorbeeld 'n kinderklub in die lewe te roep soos dié wat aan die Potchefstroomse Universiteit vir C.H.O. bestaan.

e. Klerklike hulp.

Daar bestaan geen rede waarom klerklike hulp nie in diens geneem kan word sodat personeellede meer tyd sal hê om hulle professionele pligte uit te voer nie. In die Ver-<sup>14)</sup>slag van die Nasionale Konferensie, 1936, heet dit : "Last but by no means least there is our hard-working secretary who keeps all our records, conducts all our correspondence, and also acts as receptionist, making mothers and children feel at home while waiting in a strange environment".

f. Slot. Aangesien die Kinderleidingskliniek 'n nuwere beweging is, is dit nodig dat die personeel meer as net die gewone opleiding (wat in hulle onderskeie professies nodig is) sal ondergaan. Min psigiaters kry byvoorbeeld die geleentheid om met kinders as pasiënte te werk asook om met

14) Verslag van die Nasionale Konferensie oor Maatskaplike Werk, bl. 217.

maatskaplike werksters saam te werk. So ook moet die maatskaplike werksters die waarde en die tegniek van interprofessionele samewerking aanleer. Sielkundiges weer geniet hulle opleiding meer onder akademiese as kliniese omstandighede.

In die Kliniek moet daar dus voorsiening gemaak word vir studente (in die verskillende rigtings) om praktiese ondervinding op te doen, om sodoende te verseker dat hulle gewone professionele opleiding aangevul word.

-----

### HOOFSTUK III.

#### DIE MAATSKAPLIKE WERKSTER OP DIE PERSONEEL.

##### 1. INLEIDING.

Maatskaplike werk as professie het al 'n geruime tyd in ons land erkenning verkry, maar die werk van die psigiatriese maatskaplike werkster vereis 'n gespesialiseerde opleiding. In die gevallewerk van die Kinderleidingskliniek word meer van die werkster verwag as die gewone ondersoek, diagnose en behandeling. Hier val die klem op psigoterapie en kan daar nie volstaan word met gesondheidsorg, sosiale en omgewingsrehabilitasie nie. Na gelang die werkster die gesin intiem leer ken, sal sy die probleme van die verhoudinge by die ouers onderling, van die ouers tot die kinders en van die kinders onderling waarneem en haar interpretasie daaraan kan heg; sy sal ook moet weet wanneer om die kousaliteite elders, bv. by die skool te gaan soek en in samewerking met die ander professionele lede van die personeel het sy 'n gulde geleentheid om die beste behandeling by die kind toe te pas.

##### 2. DIE TAAK VAN DIE MAATSKAPLIKE WERKSTER BY DIE KINDERLEIDINGSKLINIEK.

Die taak van die maatskaplike werkster by die Kinderleidingskliniek is die ondersoek van gevalle, diagnose van hulle probleme en die behandeling daarvan. Hierdie drie prosesse kan egter nie geskei word nie, want reeds by die eerste ondersoek maak 'n mens onwillekeurig 'n voorlopige diagnose, al is dit dan net om die rigting van die verdere ondersoek te bepaal. Dit is ook waar dat elke persoonlike kontak met die geval alreeds 'n stap in die rigting van behandeling is, want die persoonlikheid van die maatskaplike werksters, haar woorde, houding en optrede oefen 'n invloed uit op die persoon met wie sy in aanraking kom. Die drie prosesse vind dan eintlik gelyktydig plaas, alhoewel dit gerieflikheidshalwe afsonderlik bespreek sal word.

Die vierledige taak van die maatskaplike werkster word 1)  
deur Lois Meredith French soos volg opgesom : "As a member of a staff made up of a psychiatrist, a social worker, and usually a psychologist, the psychiatric social worker is concerned with treatment of the patient's social situation. In general her task involves a fourfold function. First, she analyzes the patient's social situation in relation to his present difficulty; such analysis is based upon a study of conditions in his home, family and neighbourhood, and his attitude toward them, and is utilized, with the psychiatric, physical and psychological findings, in diagnosis and treatment. Second, she interprets to the family the patient's problem and the recommendations made by the psychiatrist, always keeping in close touch with changing conditions in the home and family life which may cause an adaption in plans. Third, she aids the patient and family to work out a program for a more adequate social adjustment, working closely with the psychiatrist as treatment progresses. And, at last, she interprets the diagnosis and plans for treatment to her co-workers or to members of other social agencies who may also be interested in the client and family. She may also share in the educational program of the hospital or clinic. These functions are not distinct but interwoven. Also, in a total working relationship with client, family, and psychiatrist, the extent to which the psychiatric social worker carries responsibility for any or all these activities is not governed by any routine or set limitations. Rather, the whole procedure varies according to the needs of the individual case".

3. HOEVEEL GEVALLE DIE MAATSKAPLIKE WERKSTER VAN DIE KINDERLEIDINGSKLINIEK KAN BEHARTIG.

Die vraag ontstaan in hierdie verband hoeveel gevalle die maatskaplike werkster wat aan die Kinderleidings-

1) French L.M.: Psychiatric Social Work; New York, 1940, bl.17.

kliniek verbonde is sal kan behartig. Verskillende omstandighede sal egter hierby 'n rol speel, waarvan die vernaamste is hoe die Kliniek ingerig en georganiseer is. By die rondreisende Kliniek soos georganiseer op die platteland van Amerika byvoorbeeld, is die taak van die psigiatriese maatskaplike werkster grotendeels om behulpsaam te wees by die diagnose van elke geval, terwyl die ander werk oorge- laat word aan die plaaslike maatskaplike werkster wat daar betrokke is by 'n welsynsorganisasie. Is die kliniek verbonde aan 'n skool, 'n universiteit, 'n kinderhospitaal, kleuterskool, 'n chrèche, inrigting of jeughof, sal die taak van die maatskaplike werkster baie omvangryk wees en sal sy hoogstens 50 gevalle per maand kan behartig, soos dit vandag in Suid-Afrika in die algemeen van maatskaplike werksters by vrywillige organisasies verwag word. Nog 'n voorwaarde hieraan verbonde is dat sy oor 'n eie motor sal beskik en dat die gevalle nie te ver af geleë sal wees nie. <sup>2)</sup>

'n Faktor wat ook die aantal gevalle wat sy sal kan behartig, sal bepaal, is die mate van samewerking wat daar bestaan tussen die kliniek en ander welsynsorganisasies. Indien die samewerking goed is, kan die werksters van daardie organisasies sommige van die take van die psigiatriese maatskaplike werkster vervul.

Dit is baie moeilik om te bepaal hoeveel werk 'n maatskaplike werkster verrig of hoeveel sy sal kan verrig, want haar werk is nie so moetbaar nie. Sy kan min tasbare bewyse lewer van wat sy tot stand gebring het. Nietemin moet sy 'n dagboek hou, waarin sy besonderhede aanteken oor besoeke afgelê, besoeke op kantoor ontvang, vergaderings bygewoon, hofsake bygewoon, klubaktiwiteite en tyd aan administrasie bestee. Hierdie uiteensetting sal ook toon

2) Vgl. in die verband Stevenson en Smith, t.a.p., bl. 55:  
"The Clinic's staff includes a full-time psychiatrist....; a full-time psychologist; two or three full-time psychiatric social workers; and two or three clerks. With this staff a clinic may be able to accept something over 300 new cases a year".

hoelank sy elke dag oorwerk moes doen, en op grond van die bewyse kan sy by die raad aandrang om hulp wanneer haar werk te veel word.

#### 4. ONDERSOEK VAN DIE GEVALLE.

In die praktyk kom dit gewoonlik daarop neer dat daar:

- a. eers 'n algemene ondersoek gedoen word van die gesin as groep en
- b. daarna 'n intensiewe studie van die kind gemaak word.

##### a. Algemene Onderzoek.

Hierby word bedoel gevalle-ondersoek soos dit gewoonlik in enige vertakking van maatskaplike sorg gedoen word. Sonder om in besonderhede in te gaan word Bylae A. (Leidraad van die Universiteit Pretoria) aangeheg en verwys na die volgende bronne vir informasie :

1. M.R. Gomberg and F.T. Levinson : Diagnoses and process in family counseling; New York, 1951.
2. Mary E. Richmond : Social Diagnoses; New York, 1917.
3. Helen L. Witmer : Psychiatric interviews with children; New York, 1946.
4. Pauline V. Young; Interviewing in Social Work; New York and Londen, 1935.

Soos in alle gevalle van maatskaplike ondersoek is dit hier ook belangrik om te onthou dat die gesin, afgesien van 'n studie van die individuele lede, ook in sy geheel gesien moet word. Daaronder word verstaan onder andere die houding van die gesin teenoor ander individue, maatskaplike instellings en inrigtings en die gemeenskap waarin hulle hul bevind. Belangrik in die opsig is die ekonomiesmaatskaplike "status" van die gesin. Ons kan in 'n mate aanneem dat persone wat in dié opsig gedegenereer het, miskien verstandelik of moreel nie in staat was om hulle kinders 'n goeie opvoeding te gee nie. Ook diegene wat ekonomies nie goed genoeg daaraan toe is nie, moet heelwaarskynlik hulle so beywer om liggaam en siel aanmekaar te hou dat hulle genoodsaak is om

die opvoeding van hulle kinders te verwaarloos. Die gedurige stryd om 'n lewensbestaan mag ook veroorsaak dat persoonlikheidsabnormaliteite hulle by die ouers voordoen, wat 'n invloed op die houding van die kind uitoefen.

Maar die vraagstuk van ekonomiese status kom nie slegs by die mindergegoedes voor nie maar ook by die rykes. By laasgenoemdes speel materiële dinge soms 'n baie belangrike rol en word daaraan meer aandag gegee as aan die kinders. Met hulle "status" hang saam die hoë eise wat al hulle sosiale verpligtinge stel. Sulke kinders verval dan in die hande van bediendes, en hierdie toedrag van sake is veral in Suid-Afrika 'n bedreiging vir ons hele volk, omdat die natuurlikebediendes meestal 'n fisieke en morele gevaar vir die kinders inhou, terwyl hulle die kinders ook op intellektuele gebied net meer skade as goed kan aandoen.

Volgens J. Levy<sup>3)</sup> verskil die aard van die gedragsprobleme wat kinders uit die twee soorte huise openbaar, egter van mekaar: "Children of overprivileged homes most frequently exhibited disorders of personality, e.g. temper tantrums, negativism, introversions, etc. The underprivileged children, in striking contrast, exhibited a greater frequency of conduct problems, including stealing, lying and incorrigibility".

b. Intensiewe studie van die gedragsafwykende kind.

(1) Opvatting van 'n gedragsprobleem.

Daar is altyd 'n oorsaak waarom 'n kind by die Kinderleidingskliniek opdaag. Die feit dat die kind na die Kliniek verwys word, beteken dat sy gedrag sodanig is dat iemand daarteen beswaar opper of dat iemand daaroor bekommerd is. Die opvatting van wat 'n gedragsprobleem is, sal egter van persoon tot persoon verskil, en enige gedrag van 'n kind mag miskien deur 'n bepaalde persoon as afwykend bestempel word. Daarom moet daar by die ondersoek deur die maatskaplike

3) Levy J. : The impact of cultural forms upon children's behaviour"; Mental Hygiene, 1932; bl. 208.

4) Vgl. Bylae B.: Verslag van kind; Kinderleidings-instituut Universiteit van Pretoria.

werkster grondig ingegaan word op faktore van bevooroordeeldheid teenoor die kind. In alle gevalle is die grootste vraag : Wat doen die kind en hoe reageer hy? Vanselfsprekend sal die graad van die gedragsmoeilikheid verskil volgens die norme wat toegepas word deur dié persoon wat oor die kind bekommerd is.

Vir die doel is dit nodig dat die maatskaplike werkster kennis sal dra van gedragsprobleme. Volgens C.M. Louttit<sup>5)</sup> kan ons gedragsprobleme by kinders in drie kategorieë verdeel :

1. Problems correlated with behaviour abilities such as intelligence, aptitudes, or achievements;
2. primary behaviour problems, i.e. behaviour deviations having no necessary relation to either abilities or physical condition;
3. problems correlated with specific kinds of organic disabilities."

Om helderheid te kry oor wanneer 'n kind se gedrag<sup>6)</sup> as normaal beskou kan word, word die volgende aangehaal :

"Most simply stated, the requirements for average normal behaviour in our culture include :

1. a physical organism physiologically and anatomically adequate to maintain its own living processes and to carry out necessary receptor, coordinating, and response functions;
2. abilities, both in the nature of the so-called intelligence and in specific aptitudes, sufficient to enable the individual to acquire the knowledge and skills necessary to secure a position significant to the broad socio-economic needs;
3. maturity, which involves control and direction of "emotion" and physiological drives to the end of the efficient functioning of the persons within the group; and
4. the operation of all the foregoing in a stable, integrated total individual personality".

Afwykings in een van die vier opsigte sal 'n uitwerking hê op ander aspekte. So kan die patologiese uitwerking van encephalitis aansienlike afname in bekwaamheid veroorsaak;

5) Louttit, C.M.: A.w., bl. 16.

6) Louttit C.M.: A.w., bl. 17.

en 'n kind wat nooit leer om sy humeur te beteuel nie, mag daardeur verhinder word om verstandelik te presteer.

As die maatskaplike werkster dus met gevalle-onderzoek begin, moet sy met die onderlinge verband van die vier faktore rekening hou as sy die gedragsprobleem van die kind wil verstaan.

(ii) Klassifikasie van gedragsprobleme.

Vir die maatskaplike werkster is dit ook nuttig om 'n klassifikasie van gedragsprobleme te hê, want met haar kennis van psigiatrie sal sy dan weet waar om veral na oorsake te soek. Wanneer die kind na die kliniek gebring word, is die uitgangspunt vir die ondersoek die klagte, en dit hou altyd 'n omskrywing van die gedrag in. Om egter slegs met dié informasie kinders wat dieselfde klagtes het, te groepeer sal baie verwarring skep, omdat daar wel vir dieselfde simptome verskillende oorsake kan wees. Dit is egter nuttig om die indeling te maak volgens (i) persoonlikheidsprobleme, d.w.s. dié probleme wat meer betrekking het op die individu en sy persoonlike aanpassing en (ii) gedragsprobleme, d.w.s. gedrag wat ander persone of dinge benadeel. Eersgenoemde kom tot uiting in psigoneurotiese en psigopatiese persone en laasgenoemde in oortreders en misdadigers.

<sup>7)</sup>  
Louttit gee die volgende indeling :

1. PERSOONLIKHEIDSPROBLEME:

A. Aktiewe aggressiwiteit in 'n mindere of meerdere mate.

B. Onderdanige of ingekeerde houding wat aanpassing moeilik of onmoontlik maak, bv.

1. minderwaardigheid, gebrek aan selfvertroue, afsondering, ongevoeligheid, selfbewustheid, afhanklikheid, moedeloosheid, gevoel van onveiligheid, selfverwyt;

2. egoïstiese houding : grootpraat, domineer, aandag trek, eiewaan;

3. jaloesie;

4. vrees, lafhartigheids, angstigheid en bekommernis;

5. dagdrome, verstrooidheid;

6. Negatiewe houding: afkeer van liefdesbetoning, ondankbaarheid, ontduiking van plig, slughed, geheimsinnigheid;
7. agterdogtigheid, tekens van paranoïde, vervolgingswaansin;
8. lusteloosheid, ongevoeligheid, luiheid, gebrekkige konsentrasie en ambisie.

## 2. GEDRAGSPROBLEME.

### A. Dié van sosiale belang:

#### 1. In die besonder met betrekking tot die huis :

- a. voedingsprobleme : oormatige of gebrekkige eetlus, lelike en slordige tafelmaniere, weiering om te eet, draaierigheid oor voedsel, giere, kieskeurigheid, vomering, insluk van lug, ens.;
- b. eliminasieprobleme: enuresis, onsindelikheid, hardlywigheid en diarrhea;
- c. slaapstoornisse - slapeloosheid, rustelose slaap, nagmerries en angswekkende drome, praat in die slaap en loop in die slaap;
- d. seksuele probleme: masturbasie, seksvrees, oordrewe beskeidenheid, oordrewe nuuskierigheid in verband met seksuele sake, heteroseksuele belangstelling en aktiwiteite, homo-seksuele verkeer ens.;
- e. senuagtige gewoontes : hantering van liggaamsdele, duimsuig, neus krap, naels byt ens.;
- f. woëdebuie: asem ophou, oordrewe nuuskierigheid, eksentriek gedrag, temperamentaliteit, ongehoorsaamheid, koppigheid, prikkelbaarheid, onverantwoordelikheid, slordigheid en nalatigheid;
- g. probleme met maats: min of geen maats, moeilikheid om maats te maak, onwenslike maats, maats van groot ouderdomsverskille, dominerend in spel met maats, weiering om te speel of te gou geraak deur tergerey.

#### 2. Met betrekking tot huis, skool en omgewing.

- a. leuens;
- b. vloek, ongeskiktheid, sedeloos;
- c. bakleierigheid;
- d. vernielery;
- e. slegte gewoontes;
- f. terg, rusie maak en wreedheid.

### B. Oortredings met 'n ernstige sosiale betekenis:

1. steel;
2. stokkiesdraai;
3. seksuele oortredings;
4. bedel en rondloop;
5. skade aan persone: dreigemente om seer of dood te maak en indien dit werklik gedoen word;
6. moedswillige brandstigting;
7. selfmoord of pogings daartoe.

By min kinders sal een so'n verskynsel egter geïsoleerd voorkom. Baie sal ook daarvan afhang hoe dikwels die verskynsel voorkom, en daarby moet daarmee rekening gehou word dat dit ook by "normale" kinders van tyd tot tyd kan voorkom.

(iii) Oorsake van gedragsafwykings.

Die doel van die intensiewe gevallestudie is om die oorsake van die verskynsel op te spoor, sodat dit die maatskaplike werkster in staat sal stel (om met behulp van die ondersoek van die ander lede van die personeel) 'n diagnose te maak, waarop die plan van behandeling dan weer gebaseer word. Dit is egter onmoontlik om slegs 'n enkele faktor te vind wat 'n probleem(e) kan veroorsaak. Gedragsafwykings word veroorsaak deur meer as een faktor, en daarby kom nog dat elke kind verskillend op bepaalde oorsake sal reageer. Daar kan dus geensins gegeneraliseer word nie. Ons kan alleen ons gevolgtrekkings baseer op grondige algemene kennis van die ontwikkeling van die persoonlikheid van die mens in die algemeen en van die geval onder behandeling in die besonder, die invloed daarvan op die gedragsafwyking(e) en die ontwikkeling van die gedrag. Met ander woorde ons moet baie weet van die kind en die mense met wie hy omgaan.

a. Huislike omstandighede is van primêre betekenis, d.w.s. die kind se verhouding tot sy ouers, broers en susters en ander persone in die huis; die ouers se verhouding onderling en teenoor die kind, verkeerde opvattinge in sake opvoeding wat die ouers mag huldig, ongunstige materiële omstandighede in die huis ens., speel 'n belangrike rol in die ontwikkeling van die kind. As ons daarby in gedagte hou dat die kind soveel jare lank geheel en al afhanklik is van die sorg van sy ouers, kan ons verstaan dat daar intieme wedersydse beïnvloeding tussen die ouer en sy kind plaasvind.

Die eerste voor die hand liggende verhouding is van fisieke aard - voedsel, kleding, huisvesting, speelgoed en

implemente vir enige soort aktiwiteit. Die ander verhouding is van geestelike aard - belangstelling, vriendelikheid, respek, liefde, aanmoediging, straf, haat, vereensaming, verwaarlosing en verstoting.

Omdat daar geen twyfel bestaan oor die belangrike rol wat die ouers in die lewe van hul kinders speel nie, is dit nodig dat die maatskaplike werksters hulle goed bestudeer en baie van hulle te wete kom. Die vader en moeder het elkeen sy of haar besondere gedragswyse, houdinge, geloof en 'n eie persoonlikheid soos dit gevorm is deur hulle ouers. Hulle bepaal grotendeels die bekwaamheid wat die kind verwerf, sy geloof, houdinge, taal en van wie hy hou of nie hou nie. Die kind is 'n weerspieëling van die psigologiese status en omstandighede van die gesinslewe. As die kind deeglik bestudeer word, sal die ouers verstaan word en omgekeerd.

Wat dus eerste verkry moet word, is besonderhede omtrent die omstandighede van die ouers ten tyde van die ondersoek in verband met die kind. Die gesinstoestande in ons huidige samelewing bring mee dat die moeder tuis bly om die sorg van die kinders waar te neem. Tog mag haar ekonomiese en sosiale belange meebring dat sy dit nie doen nie. Die vader se kontak met die kinders is van 'n besondere aard, al is hy gedurende die grootste gedeelte van die dag nie tuis nie.

Aan die ander kant moet die maatskaplike werkster egter onthou dat die huidige sielkundige dispoisie van die ouers die gevolg is van hulle jarelange ondervindings en geskiedkundige agtergrond. So kon ongewenste toestande in hulle ouerhuise gelei het tot hulle ongebalanseerdheid, wat weer op sy beurt hulle optrede teenoor hulle kinders beïnvloed. David M. Levy en H.T. Patrick beweer:<sup>8)</sup> "The results indicated that parents who had fainting spells were most likely to have children who fainted or who exhibited breath-holding or head-banging, while parents with periodic

8) Levy D.M. & Patrick H.T.: Relation of infantile convulsions, head banging, and breath-holding to fainting and headaches in the parents; Arch.Neur.Psychiat., 1928, bl.865.

headaches appeared to have children who exhibited similar difficulties".

Afgesien van die individuele invloed wat ouers uitoefen, kan die verhouding tussen hulle ook die oorsprong wees van die kind se moeilikheid. So kan oormatige jaloesie, antagonisme en 'n gespanne verhouding lei tot fisieke ongesteldheid by die kind, of dit kan hom strem in sy prestasies op skool en selfs lei tot misdadigheid. Mrs. Drummer<sup>9)</sup> sê in 'n lesing("The responsibility of the home") gehou voor "The Los Angeles Conference on Social Hygiene Education" in 1921: "Mutual understanding, harmony in love, create an atmosphere more important to the development of children than food or raiment. Should a mental conflict or emotional shock occur to a child from an outside cause, a home atmosphere of freedom and trust is apt to dispel it. A frank revealing of emotional conflict helps to restore the child physically, mentally and morally". Ons weet nie in watter mate ongewenste huislike omstandighede die oorsaak van afwykende gedrag is nie, maar dat dit 'n invloed uitoefen, is ongetwyfeld waar.

Daarom moet die maatskaplike werkster by die ondersoek die spesiale omstandighede wat deur die onvolledige gesin geskep word, terdeë in aanmerking neem. Wat was byvoorbeeld die ouers en die kinders se reaksie op egskeiding of dood van die een ouer. Die redes vir die nadelige invloed van so 'n huis is voor die hand liggend, want die belangrikste, nl. die samewerking tussen twee ouers, ontbreek hier.

Dit is soms die geval dat daar by 'n gesin ander volwassenes inwoon. Dit mag 'n familiebetrekking of 'n vreemde persoon wees, bv. loseerders of bediendes. Hulle houding teenoor die kinders moet ook weldeeglik in ag geneem word. Hulle mag ook die probleem van 'n oorvol huis meebring, wat weer op sy beurt nadelige gevolge mag hê.

9) Louttit C.M.: A.w., bl. 38.

Houdinge teenoor ander maatskaplike instellings:

Na die ouderdom van 5 tot 6 jaar bou die kind kontakte buite die huis op. Hy gaan na die kleuterskool of gewone skool, daar of ook uit die omgewing het hy maats. Van belang is hier hoe die ouers reageer teenoor die kontakte, want die ouers dra in hulle om die vorming van 'n bepaalde kultuur en sosiale vereistes, en dit bepaal wat hulle van hulle kinders verwag. As die kind byvoorbeeld kontak maak met kinders van ander rasse- of geloofsgroepe, kan dit skerp kritiek en optrede van die ouers uitlok.

Sosiaal-patologiese toestande, soos immoraliteit en misdaad by die ouers, is nie 'n goeie voorbeeld vir die kind nie. Hy slaan maklik dieselfde weg in; of as hy sensitief is, vergelyk hy die toestand by hulle aan huis met die van sy maats, en hy ontwikkel dan 'n gevoel van onveiligheid en hulpeloosheid.

b. Onderlinge maatskaplike verhoudinge.

Ouer-kind-verhouding: Die gewenste verhouding is die van liefde en toegeneentheid teenoor die kind van die kant van die ouer en terselfdertyd erkenning van die noodsaaklikheid dat hy onder leiding van die ouer sy lewenshouding moet opbou. Ongewenste houdinge is dié van verstoting van die kind, antagonisme of voortrekkery van sekere kinders en oordrewe besorgdheid oor die kind.

c. Die kind se reaksie teenoor houdinge van die ouers.

Om die kind se reaksie te verstaan moet die maatskaplike werkster die volgende behoeftes waarin die ouers van elke kind moet voorsien, in ag neem :

- a. Veiligheid en stabiliteit: Die ouers voorsien nie alleen in die fisieke behoeftes van die kind nie, maar ook in die emosionele. In die harmoniese huis reageer die kind nie teenoor die moeder of vader as aparte individue nie maar teenoor die eenheid van hulle verhouding as ouers. As hierdie eenheid verbreek is, is sy lewensanker hom ontnem.

- b. Die sleutel tot die vorming van 'n gebalanseerde persoonlikheid is om die vermoë te ontwikkel om probleme in die oog te staar en dit dan te probeer oplos volgens eie ondervinding of wat geleer is uit die ondervinding van ander. Om so 'n mate van onafhanklikheid te verwerf vereis geleentheid en opleiding tuis. So bevorder die instelling van 'n vaste roetine byvoorbeeld ten aansien van voeding en slaap (afgesien van die liggaamlike hoofsaaklikheid daarvan) 'n algemene dissiplinêre trant van reaksie. Aan die ander kant as ouers gedurig om 'n jong baba lol sodra hy huil, sal hy gou leer dat huil 'n metode is om bevrediging vir sy behoeftes te verkry. Hy mag ontwikkel in 'n kind wat gedurig sanik en baie eise stel as hy groter word. Ouers moet tot die insig gebring word dat die kind nie net hulle kind is nie maar 'n persoonlikheid wat hom in die wyer maatskaplike omgewing moet aanpas.
- c. Leiding : Die kind kan nie aan homself oorgelaat word om sy aanpassing <sup>10)</sup> te bewerkstellig nie, maar die ouers moet aan hom die nodige leiding gee hoe om onafhanklikheid te bekom, hom goed te gedra en hom te bekwaam. Die leiding kan direk of deur middel van 'n goeie voorbeeld gegee word, maar dit vereis die grootste versigtigheid. Om op die kind te vit sal nie help nie; ook nie advies en korreksie wat primêr op die ouers se eie begeertes gebaseer is nie. Die onbewuste negatiewe invloed is ook baie gevaarlik: die kind van 'n senuagtige, prikkelbare moeder wat miskien te hard werk, sal byvoorbeeld heelwaarskynlik ook senuagtig word.

Die maatskaplike werkster kan die bestaan of afwesigheid van bevrediging in dié behoeftes vasstel deur waarneming van die kind se gedrag. Daar moet egter onthou word dat kinders in dieselfde gesin verskillend kan reageer op dieselfde situasie. Die een kind wat aan 'n gevoel van minderwaardigheid ly, kan hom terugtrek en skaam wees, terwyl 'n ander een met dieselfde basiese moeilikheid parmantig, ongehoorsaam en selfs aggressief word.

d. Invloede buite die huis.

Sodra die kind sy kontakte buite die huis opbou, verloor die huis vir hom 'n gedeelte van sy belangrikheid. Naas die huis bring die kind die grootste gedeelte van sy tyd in die skool deur. Die eerste maand of so van die kind se skoolbywoning is 'n kritieke tydperk in die lewe van die kind. Hy kom na die skool met 'n paar jaar ondervinding van beperkte kontakte, grotendeels binne die huis, net soos dit

10) Vgl. bl. 4; 2)

die geval is met sy nuwe maatjies by die skool. Daarom moet die kinders binne die eerste paar weke leer om hulle gedragspatroon (wat dikwels in stryd is met mekaar) by mekaar te laat aanpas.

'n Ander belangrike faktor is dat die skool as inrigting 'n reeks reëls en regulasies daarop nahou waaraan die kind gebonde is. Die lewe daar is grotendeels daarop gerig om die behoeftes en omgang van al die kinders in ag te neem asook dié van die skoolgemeenskap as groep. Van die kant van die kind gesien, speel die onderwyser(es) die belangrikste rol. Hy of sy is die persoon met die outoriteit en die verpersoonliking van die reëls en regulasies wat hy as kind moet uitvoer. Die onderwyser(es) moet dus 'n stabiele persoonlikheid hê sowel as 'n simpatieke insig om die kind geestelik te kan ontwikkel. Dit is ook uiters noodsaaklik dat die onderwyser(es) die sosiale en huislike agtergrond van die kind ken. As elke onderwyser(es) in Suid-Afrika net een keer per jaar elke kind in sy/haar klas tuis kon besoek, sou hulle die kinders veel beter verstaan en meer met hulle kon uitrig. 'n Onderwyser(es) wat werklik belangstel in kinders in die algemeen of in een kind in die besonder, kan 'n bepalende faktor in die vorming van 'n kind se lewe wees. Sonder om te oordryf kan gesê word dat vir die kind die onderwyser(es) die belangrikste rol in sy lewe gedurende die skoolure speel.

Indien die maatskaplike werkster van die Kinderleidingskliniek met gedragsmoeilike kinders van 'n skool te doen kry is dit haar taak om te onthou dat onderwysers(esse) geneig is om dié gedrag wat die grootste inbreuk maak op die gladde verloop van die groepsaktiwiteite van die skool, as die ernstigste te beskou. Dikwels ag hulle simptome soos diefstal, onsedelikheid, oneerlikheid en weerbarstigtheid teenoër die skoolbeheer ernstiger as gebrekkige aanpassing by die skoollewe in die algemeen. Hulle sien ook groter gevaar in 'n opstandige gees as in die teruggetrokke,

11)  
en passiewe houding van 'n kind.

'n Verdere probleem in die skoollewe van die kind is oorplasing van die een skool na 'n ander. In 'n mate kom daarby dieselfde probleme na vore as toe die kind die eerste keer skool-toe gegaan het. Hy moet hom aanpas by nuwe onderwysers, nuwe skoolreëls en -regulasies asook by 'n ander peil en vereistes met betrekking tot die werk. Die kind se werk moet noodwendig hieronder ly, en dit kan weer die oorsaak wees dat hy belangstelling verloor, verval in dagdrome, gebrekkige konsentrasie en 'n slegte geheue openbaar.

Daar mag talle situasies in die skoollewe van die kind ontstaan wat die oorsaak van moeilikhede mag wees, bv. antagonisme tussen die onderwyser en die leerling, tussen die kind en sy klasmaats as gevolg van verskille in byvoorbeeld maatskaplik-ekonomiese status, geloof, ras ens. So ook kan fisieke defekte of liggaamlike swakhede of gebrek aan materiële dinge soos klere of boeke die oorsaak wees dat die kind hom minderwaardig voel.

Dit is alles aspekte waarop die maatskaplike werker moet let by die ondersoek, en wanneer dit by die behandeling kom, moet sy na aanleiding daarvan optree.

e. Buurt.

Omgewing is die verdere belangrike vormende invloed op die lewe van die kind. Die omgewing is dié plekke waar die kind sy tyd deurbring na skoolure en wanneer hy nie tuis is nie. Die buurt is min of meer 'n maatstaf van die ekonomies-maatskaplike status van die gesinne wat daarin woonagtig is. C.R. Shaw : "Delinquency rates are higher in disintegrating neighbourhoods, i.e. those where residential sections have given way to industry", bewys in hoe 'n mate die buurt weer sy invloed op die bewoners uitoefen.

Ook die ontspanning wat die buurt bied, beïnvloed die lewe van die kind in 'n groot mate. Die positiewe waarde

11) Louttit C.M.: A.w ., bl. 55.

12) Shaw C.R. : Delinquency areas, Chicago University 1929, bl. 214.

van goedingerigte en -beheerde speelgronde, belangstelling van die kant van die kerke of gemeenskapsentrums kan nie oorskat word nie.

f. Maats.

Maats dra by tot die ontwikkeling van die kind, en dit is veral waar van die jong kind wat sy eerste sosiale kontakte buite die huis begin opbou. Maats mag die direkte oorsaak wees van wangedrag. "Probably not more than 20 per cent of Juvenile delinquents engage in their anti-social behaviour while alone" aldus Louttit.<sup>13)</sup>

Maar gedragsprobleme kan ook ontstaan as gevolg van onvoldoende geselskap - dit kan lei tot oordrewe selfsugtigheid of asosiale neigings.

(iv) Bronne van informasie.

Die bronne vanwaar die maatskaplike werkster informasie kan inwin, sal varieer volgens die organisasie en ligging van die kliniek, die aard van elke spesifieke probleem, die beskikbare bronne en watter bronne deur die kliniek as noodsaaklik beskou word. So mag sommige klinieke dit noodsaaklik ag om 'n volledige verslag te verkry van die persoon of organisasie wat die kind aanmeld tesame met 'n skoolrapport en fisieke ondersoek. In die geval moet die genoemde rekords beskikbaar wees voordat die kliniese ondersoek begin.

Afgesien hiervan is die gewone inligtingsbronne gewoonlik dokumentêre gegewens, verslae van belanghebbende organisasies en persoonlike onderhoude met betrokke persone.

a. Dokumentêre bronne :

Hierdie gegewens wat tot ons beskikking is, is dikwels opgestel sonder die vermoede dat dit vir die Kinderleidingskliniek van belang kan wees. 'n Geboortesertifikaat is egter van die grootste belang vir die Kinderleidingskliniek: 'n fout van een jaar in die ouderdom van 'n vyfjarige kind kan byvoorbeeld die bepaling van sy prestasievermoë met 20% be-

13) Louttit C.M.: A.w. bl. 58; Vgl. ook verder C. Burt : The Young Delinquent, Londen, 1945, bl. 128 - 139.

14)  
invloed.

Rekords by die skool wat die bekwaamheid van die kind in spesifieke vakke aandui, sy vordering, die indrukke van die onderwyser van die kind se gedrag, die kind se ontwikkeling, aanpassing, sy vryetydsbesteding, sy vermoë en aanleg geopenbaar oor 'n tydperk van jare, kan van die grootste waarde vir die Kinderleidingskliniek wees. Ongelukkig hou min skole, veral in Suid-Afrika, sulke volledige rekords daarop na. Maar al is hierdie informasiebron ook hoe karig, behoort dit geraadpleeg te word. Voorbeelde van die kind se werk - spelling, skrif en tekeninge - kan 'n belangrike aanduiding gee van die aard van die afwyking.

In die geval van ongewenste gedrag by bepaalde gevalle moet die rekords van die polisie en die jeug- of kinderhowe nageslaan word.

#### b. Rapporte van Organisasies.

Insae in geskrewe verslae of volledige vorms van belanghebbende organisasies kan dikwels verkry word, bv. van die skool, vakansiekampe, klubs of welsynsliggame. As die geval verwys is deur 'n liefdadigheids- of welsynsorganisasie, die Departement van Volkswelsyn, 'n kinder- of jeughof, kan byna altyd 'n volledige opsomming van die gesinsgeskiedenis uit die lêers van die betrokke instansie verkry word.

In die verband moet ook genoem word die sentrale register, wat in sommige van ons stede bestaan en waar altyd vasgestel kan word watter ander organisasies besig is met 'n bepaalde geval. Die Kinderleidingskliniek behoort ook steun aan hierdie poging van koördinasie te verleen.

Die gevallestudies wat gemaak is deur die maatskaplike werksters van ander organisasies is waardevol vir die maatskaplike werksters van die kliniek, enersyds om die feitekennis wat dit inhou, andersyds omdat dit die wakker maatskaplike werkster in staat stel om haar eie interpretasie van die toestand van die gesin te maak. Daar kleef egter ook die

14) Louttit C.M.: A.w., bl. 64.

gevaar van bevooroordeeldheid aan, en die maatskaplike werkster moet steeds na soveel moontlike objektiwiteit streef.

Deur hierdie rekords te raadpleeg word tyd bespaar wat onnodige onderhoude in beslag sou geneem het (hiermee word egter nie bedoel dat die die persoonlike onderhoude moet vervang nie, want persoonlike waarneming is van die aller grootste belang), en terselfdertyd kan dit ook rigting gee aan persoonlike onderhoude.

c. Persoonlike onderhoude.

Die maatskaplike werkster moet oplet na opmerkings en verklarings van die persone met wie sy 'n onderhoud voer, sy moet 'n verslag gee van hulle handeling en opinies en sy moet gaandeweg soveel moontlik bronne bekom en dié raadpleeg om die gegewens te vergelyk.

Dit is altyd baie moeilik om bewyse aan te voer vir die houding van mense. Dit het veral betrekking op die houding van ouers, onderwysers(esse), die rol wat inwonendes in die huis speel, en die kind se eie houding. Die maatskaplike werkster moet haar woorde goed oorweeg voordat sy in hierdie verband tot gevolgtrekkings kom, en indien andere sulke informasie verskaf, moet sy dit nie onmiddellik as die waarheid aanneem nie.

Al die informasiebronne en hulle verwantskap met die kind moet aangestip word, byvoorbeeld of dit familie, 'n onderwyser, 'n speelmaat, bure, werkgewer of klubleier is, ens. Indien daar slegs die geringste twyfel bestaan omtrent die betroubaarheid van die getuie, moet alle pogings aangewend word om die informasie te verifieer. Selfs moeders gee nie altyd die korrekte inligting nie : hulle begaan foute ten aansien van geboortedatums, skoolstanderd van hulle kinders en heg soms 'n verkeerde interpretasie aan oorerflikheidsfaktore in die geval waar daar senuwee- en verstandelike abnormaleite voorkom.

## 5. GEVALLESTUDIE.

Dit word benadruk dat die raamwerk vir gevallestudie slegs as leidraad behoort te dien en as verdere leidraad volg hier 'n opsomming van wat C.M. Louttit<sup>15)</sup> as essensieel beskou:

### a. PERSOONLIKE GESKIEDENIS:

#### (i) Huidige omstandighede :

- a. Beskrywing van die gedrag van die kind,
- b. fisieke toestand,
- c. prestasievermoëns en bekwaamheid,
- d. lewensomstandighede.

#### (ii) Omstandighede uit die verlede :

- a. Geboorte en kleinkinderjare,
- b. gesondheid,
- c. onderwys,
- d. ander ondervindings en aktiwiteite.

### b. GESINSGESKIEDENIS :

#### (i) Ouers, broers en susters en ander inwonendes,

#### (ii) grootouers en ander familiebetrekkings wat nie in die huis woon nie.

Hierdie indeling dui slegs die breë kategorieë aan, waarvolgens die informasie ingedeel kan word. Die verskillende faktore, wat by elke geval wissel, sal bepaal hoe die maatskaplike werkster elke afdeling in die besonder sal behandel, bv. die tyd tot beskikking van die maatskaplik werkster, beskikbaarheid en betroubaarheid van die inligtingsbronne asook die behoefte aan informasie om die diagnose moontlik te maak en 'n plan van behandeling toe te pas.

Aan die anderkant moet die maatskaplike werkster nie volstaan met 'n beskrywing van 'n sekere periode uit die kind se lewe of net bepaalde faktore wat aanleiding tot die afwyking gegee het nie. Ook die sielkundiges moet hulle nie net beperk tot die nodige toetse nie. Hoe meer informasie verkry kan word, des te beter kan die kind verstaan word. Daarom moet verslae ook tot in die fynste besonderhede opgestel word, al skyn die gegewens op die oomblik nie van nut te wees nie.

15) Louttit C.M.: A.w., bl. 67.

a. PERSOONLIKE GESKIEDENIS:

(i) Huidige omstandighede :

a. Beskrywing van die gedrag van die kind.

Wanneer 'n kind na die Kinderleidingskliniek verwys word, kom die ouer, onderwyser of maatskaplike werkster gewoonlik saam met hom. Die onvermydelike eerste vraag is gewoonlik : "Wat is die moeilikheid?" Die antwoord wat die maatskaplike werkster van die Kinderleidingskliniek hierop kry, is 'n samevatting van die probleem soos die persoon wat die kind bring, dit sien. Afgesien van hoe onvolledig dit mag wees moet die verklaring op rekord gestel word. Dikwels is die verklaring onvoldoende, onakkuraat, of selfs opsetlik verwarrend. Dit vereis dat die maatskaplike werkster bevestigende getuie-nis deur middel van verdere ondervraging sal verkry en ander bronne sal raadpleeg. Indien 'n ouer byvoorbeeld verklaar dat die kind se gedrag nie verbeter nie, vra hom dan om spesifieke verklarings van wat hy as ouer as wangedrag beskou. Daar is moeders wat byvoorbeeld baie ontsteld is oor die feit dat 'n sewejarige kind nog nie geleer het om voor elke maaltyd sy hande te was nie. Aan die ander kant het 'n geval voorgekom van 'n moeder wat haar 17-jarige seun voor die jeughof aangeklae het omdat hy weier om te werk maar geen sorg getoon het oor die feit dat hy seksuele misdrywe gepleeg het wat selfs verkragting van nie-blanke meisies ingesluit het nie. Die voorbeelde toon aan hoe die norme van beoordeling kan verskil.

Natuurlik word die mate van besonderhede wat die maatskaplike werkster in verband met elke geval insamel, bepaal deur die aard en probleem van die geval. So kan 'n kort beskrywing van die spel-aktiwiteite van 'n imbesiel voldoende wees om die psigiater en die sielkundige te laat besluit dat dit nie 'n geval vir die Kinderleidingskliniek is nie. In die geval van 'n kind wat aan 'n minderwaardigheidsgevoel ly, moet sy reaksies egter onder verskillende omstandighede nagegaan en sy houdinge teenoor verskillende persone, plekke en

dinge bepaal word. Vir dié doel kan onderhoude gevoer word en insig verkry word in sy persoonlikheidspanninge deur middel van projeksietoetse en speltherapie, wat eintlik die werk van die sielkundige is.

'n Informasiebron wat nooit oor die hoof gesien mag word nie, is die kind **self**. As hy die geleentheid gegun word om sy kant van die saak aan 'n simpatieke persoon te vertel, mag dit lig op die probleem werp. Die maatskaplike werkster moet egter nie 'n duidelike en volledige bekentenis verwag nie. 'n Belydenis as sodanig is ook nie wenslik nie. Die kind is in die moeilikheid, hy is dikwels daarvan beskuldig en het miskien 'n skuldkompleks. Hy sal dus nie te gretig wees om 'n hele en ware verslag te gee net omdat die maatskaplike werkster daarom vra nie. Hy sal miskien meer geneigd wees om verkonings vir sy gedrag te soek. Te dikwels kan die houding van die maatskaplike werkster of die ander personeel van die Kliniek hom net nog 'n geleentheid bied om "moeilik" te wees.

In die verband sal die persoonlikheid van die maatskaplike werkster en haar ervaring met gedragsafwykende kinders haar houding in die regte rigting stuur. Sy moet egter van die begin af alle pogings aanwend om die kind te laat voel dat sy hom respekteer as individu.<sup>16)</sup>

Die kind se gedrag gedurende die onderhoud moet baie noukeurig dopgehou word, byvoorbeeld hoe die kind die kamer binnekom, hoe hy die maatskaplike werkster groet, hoe hy saamwerk en vrae beantwoord, sy algemene houding teenoor die ondersoek as sodanig, die uitwerking van die teenwoordigheid van sy ouers of vreemdelinge. Hierdie opmerkings kan deur die sielkundige geïnterpreteer word om lig te werp op die probleem.

'n Volledige verslag moet geskryf word sodra die onderhoud met die kind verby is. Hoe langer die skrywe daarvan uitgestel word, des te groter is die moontlikheid dat foute mag insluip of gegewens vergete mag bly.

16) Vgl. verder The British Journal of Psychiatric Social Work Junie 1952, bl. 21 - 32, "The function and use of relationship between client and psychiatric social worker."

b. Fisieke toestand.

Die kind se gesondheid en fisieke toestand is natuurlik van die allergrootste belang, omdat dit 'n oorsaak van sy gedrag kan wees. Ondervoeding, sintuiglike defekte, kreupelheid, infeksies, senubelemmerings, buislose klier-abnormaliteite en hartmoeilikheid kan 'n belangrike rol speel in die ontwikkeling van gedragsafwykings. Om die rede moet elke kind 'n deeglike mediese ondersoek ondergaan om die ondersoek volledig te maak.

Bevindings in die verband moet aan die psigiater oorgelaat word, maar die maatskaplike werkster kan wel let op dinge soos die gewig van die kind, sy lengte en grootte in verhouding tot sy ouderdom en die grootte van sy kop ens.

c. Prestasievermoëns en bekwaamheid.

Alhoewel dit die werk van die sielkundige is om psigometriese toetse uit te voer, word dit hier slegs kortliks behandel om die waarde daarvan vir die maatskaplike werkster se ondersoek te bepaal. Louttit<sup>17)</sup> sê: "The methods of testing intelligence, abilities, achievement, skills and personal and <sup>social</sup> characteristics are original contributions by psychologists who have also been largely responsible for their development".

Sorg moet egter gedra word dat die formele toetsing van kinders nie te veel beklemtoon word nie, veral nie ten aansien van aanleg nie, want die hoop dat daaruit 'n maklike oplossing vir die probleem sal spruit, word dikwels verydel. Toetse is slegs <sup>die</sup> gespesialiseerde tegniek van psigoloë, en dit is maar slegs in uitsonderlike gevalle dat die resultate van die toetse die belangrikste rol speel by die diagnose of aanbevelings vir behandeling van gevalle. Maar dit verskaf in elk geval 'n aanvullende deel van die inligting wat daartoe lei dat 'n beeld van die geheel opgebou kan word.

<sup>18)</sup>  
Louttit beweer: "Psychological tests of almost every

17) Louttit C.M.: A.w. bl. 84.

18) Louttit C.M.: A.w. bl. 84.

kind may be considered to make at least two major contributions 1. They provide a quantitative measure of performance, and 2. they afford an opportunity to observe the child's behaviour under relatively standard conditions - at least the individual tests do this".

Dié wyse om kwantitatief te meet stel die sielkundige en die maatskaplike werkster in staat om die kind se gedrag te vergelyk met die van ander kinders van dieselfde ouderdom en sosiale status. So 'n vergelyking is veral ten aansien van intelligensietoetse van groot belang. 'n Verdere belang wat die kliniese personeel by die psigometriese toetse het, is die geleentheid wat dit bied om die gedrag van die kind waar te neem. Dit gee soms 'n beter aanduiding van die aard en oorsaak van die gedragsprobleme as die werklike numeriese resultaat van die toets. Die wyse waarop die kind teenoor die toetse reageer, gee dan 'n leidraad van die kind se gedragspatroon. Uit sekere prestasies van die kind sal die sielkundige die mate van sukses of mislukking in syfers kan weergee, maar ook die kind se reaksie op sy sukses of mislukking is waardevol. In die verband dink mens veral aan die kind se algemene houding teenoor die toetse, hoe hy dit aanpak, die duur van sy konsentrasie en die mate van deursettingsvermoë.

Hoedat 'n mens vergelykings kan tref tussen kinders, word geïllustreer deur die volgende aanhaling uit Louttit<sup>19)</sup>:

"The Binet scores of two children may be the same, but one score is secured because of verbal facility and good memory span, and the other is achieved because of insight into problems and practical judgment. Hence the best clinical use of tests requires an analysis of the child's performance as well as the calculation of this score".

Daar moet ook onthou word dat 'n bepaalde toets slegs een bepaalde aspek van die persoonlikheid meet. Intelligensietoetse byvoorbeeld is geen aanduiding van die kind se emosionele lewe nie, en daarvolgens kan ons ook nie bepaal hoe die

19) Louttit C.M.: A.w., bl. 86.

kind onder sekere omstandighede sal reageer nie.

Al trag ons ook om so wetenskaplik moontlik te wees, is die in dié werk haas ontmoontlik om objektief te bly. Daar is altyd faktore wat subjektiwiteit veroorsaak, byvoorbeeld die houding en maniere van die ondersoeker, die kind se fisieke toestand en verstandelike vermoëns, versteuring gedurende die ondersoek, die ondersoeker is miskien nie voldoende voorbereid nie of 'n spraakgebrek by die kind kan hindernis veroorsaak wat die ondersoeker ongeduldig maak.

Hierdie faktore moet dus die personeel op hulle hoede stel om die resultate van die toetse reg te interpreteer en dit nie sonder meer te aanvaar nie. Dit kan meer kwaad as goed doen. Dit kan gevaarlik wees om slegs daarop 'n diagnose te baseer en 'n kind byvoorbeeld as verstandelik agterlik, swak-sinnig of onstabiel te verklaar.

Die soort toetse kan in vyf groepe verdeel word :

1. Intelligensietoetse : Hierdie toetse meet die algemene vermoë volgens mededelings, optrede of ander gedrag. Daar word gemeen dat met intelligensietoetse vermoë gemeet kan word sonder dat ontdekking 'n rol speel; maar slegs 'n oppervlakkige beskouing van die metodes wat daarby gebruik word, bring 'n mens tot die besef dat dit nie so is nie. Tog is hierdie toetse van waarde by die vasstelling van die graad van probleme soos vertraging op skool en subnormaliteit.
2. Persoonlikheids- en gedragstoetse: Alhoewel hierdie toetse nog nie so in die besonder uitgewerk is as dié wat die vermoë toets nie, is daar tog kliniese toetse wat in die verband toegepas kan word, veral as dit ter aanvulling van intelligensietoetse in oënskou geneem word. Hierdie prosedure gee die geleentheid om meer inligting in te win deur middel van waarneming en onderhoude. Terselfdertyd word dan karaktereienskappe geopenbaar wat anders verborge sou bly.
3. Onderwysprestasies: Toetse wat die prestasie meet, sal vanselfsprekend afhang van die opleiding en resultate wat deur middel van leerwerk behaal is. Vir elke skoolvak is daar toetse opgestel, en 'n kind se verstandelike ontwikkeling kan gevolglik vergelyk word met die gedragsontwikkeling.
4. Aanlegtoetse : Dis 'n spesiale soort vermoënstoetse om die aanleg van 'n persoon vas te stel sodat hy byvoorbeeld aangeraai kan word om hom te kwalifiseer in dié rigting waarin sy belangstelling neig

5. Sosiale maatstawwe : Omdat die kind lewe in en hom moet aanpas by 'n sosiale en kulturele lewe, moet die kliniese sielkundige beide die kind se sosiale aanpasbaarheid en die sosiale omgewing waarbinne die kind lewe, kan klassifiseer. Vir die doel is daar ook al toetse gestandaardiseer: byvoorbeeld die Roschach-tegniek. Dit bring die basiese persoonlikheidseienskappe aan die lig, stel die sielkundige in staat om spontane neigings te ontdek, is betroubaarder om die intellektuele ontwikkeling van die individu te meet, lê sy goedstoestand bloot en dui sy bekwaamhede, talente en houdinge aan.<sup>20)</sup>

d. Lewensomstandighede.

Die fisiese en sosiale omstandighede waarin die kind lewe, hou bepaalde potensialiteite ten goede of ten kwade in. Daar kan egter nie 'n lys van vereistes vir wenslike lewensomstandighede gedurende al die lewensfases van elke persoon se lewe opgestel word nie. Dit is ook nie nodig nie. Die fisiese toestande in die huis bepaal die soort onmiddellike omgewing waarin die kind lewe, en die soort buurt bepaal baie van die ondervindings wat die kind meegemaak het.

Die huislike omgewing is van belang by die kind se gedragsontwikkeling beide as 'n onmiddellike fisiese omgewing en vanweë die onderlinge sielkundige beïnvloeding. Of dit aan die fisiese vereistes voldoen, sal afhang van sulke faktore soos die soort huis, die grootte, die gehalte en gerieflikheid van die meubels, sanitêre geriewe, verwarming, lig; onder dieselfde kategorie val ook die voeding en die voorbereiding van voedsel, die finansiële stand van die gesin, of hulle huiseienaars is en of hulle spaarsaam lewe; ook tekens van kulturele ontwikkeling en intellektuele stimulering sal blyk uit die aanwesigheid van boeke, tydskrifte, koerante, musiekinstrumente en of die gesin reise onderneem.

Die onderlinge persoonlike verhoudings tussen ouers, ouers en kinders en kinders onderling is besonder belangrik by die ontwikkeling van persoonlikheidseienskappe en waarneembare gedragspatrone. Gedurende die ondersoek moet die maatskaplike werkster noukeurig op hierdie verhoudinge let. Sulke huislike omstandighede, soos immoraliteit, misdaad, wreedheid, venynigheid,

20) Vgl. B. Klopper & D.M. Kelley: The Roschach Technique; New York, 1942.

uithuisigheid of verlating, moet sy op rekord stel. Indien die kind by 'n inrigting inwoon, moet dergelike inligting ten aansien van matrones, toesighouers of ander wat kontak met die kind het, ingewin word.

Die buurt mag 'n soortgelyke invloed op die kind uitoefen, alhoewel dit nie so direk sal wees soos die invloed van die huis nie. Die buurt moet dus kortliks beskrywe word om die ekonomiese en kulturele status aan te dui. Verder moet die maatskaplike werkster let op die ontspanningsfasiliteite wat beskikbaar is, die soort maats met wie die kind omgang maak, of die gesin lankal in die omgewing woon of baie rondtrek en of hulle hul aanpas in die buurt.

(ii) Omstandighede uit die verlede :

a. Geboorte en kleinkinderjare.

Voorkeboortelike toestande: Die biologiese toestand wat die kinderlewe beïnvloed, kan reeds voor bevrugting aanwesig wees en 'n invloed uitoefen. Daarom kan faktore wat die ontwikkeling van die embrio beïnvloed (by die moeder en ook by die vader in 'n mate) 'n belangrike rol speel in die gedragselewe van die kind. Die ontwikkelingsgeskiedenis van die kind begin dus met die toestand van die moeder gedurende swangerskap. Faktore wat dan moontlik 'n invloed op die vitaliteit van die kind kan hê, is die algemene gesondheid van die moeder, gebruik van alkohol, verdowingsmiddels en tabak, ongelukke, siektetoestande soos syphilis, tuberkulose, chroniese nephritis (inflammasie van die niere), vergiftiging deur swangerskap, kanker en oormatige eclampsia (stuipe en floutes), en gemoedstoestande soos bekommernis, vrees, psigoneurose en psigose. S. Brown en H.W. Potter<sup>21)</sup> beweer selfs : "Factors such as alcoholism, syphilis, or any debilitated state on the part of the father before the beginning of pregnancy may also have effect on the child's vitality".

21) Brown S. & Potter H.W.: The psychiatric study of problem children; Utica, 1930, bl. 150.

Hierdie inligting kan gewoonlik van die moeder self verkry word maar moet gekontroleer word by die medikus of die hospitaal of die vader of iemand anders wat lig op die saak kan werp.

b. Toestande by geboorte : Indien dié toestande normaal was, is dit van geen belang in die ontwikkelingsgeskiedenis van die kind nie. Langdurige geboorte, die gebruik van instrumente by geboorte, te vroeë geboorte, vorige miskrame, Caeserin-geboorte (veral as dit om sielkundige en nie soseer om anatomiese redes nie gedoen is) is toestande wat dui op faktore by die moeder wat normale voorgeboortelike ontwikkeling en geboorte gestrem het.

c. Kleinkinderjare : Die kind ontwikkel besonder vinnig gedurende die eerste lewensjare, en vertraging gedurende hierdie periode mag later in ernstige afwykings ontwikkel. Ook invloede in die ouerhuis en van buite kan dan gedragseenskappe laat posvat waarmee die kind sal volhou in sy latere lewe.

Persoonlikheid is die produk van die verhouding tussen die kind en sy ouers. Emosionele abnormaliteite is die gevolg van versteuring van hierdie verhouding. Aangesien die geboorte die eerste belangrike insident in die kind se lewe is, is dit belangrik om te weet wat die ouers se houding daarteenoor is. Dit beteken dat die houding van die ouers die eerste invloed is, waaraan die kind onderhewig is, dit bepaal sy houding teenoor alles in die lewe.

Byvoorbeeld : Aangesien dit die moeder se eerste plig teenoor die kind is om hom te voed, behoort sy hom te troetel en die bors te gee op 'n minsame en liefdevolle wyse. Sy moet hom geduldig help en leer om te suig. Hierdeur is sy eerste aanpassing by 'n ander persoon goed, leer hy om te verwag dat ander mense ook vriendelik sal wees. As die moeder hom egter sou dwing en die bottel of bors in die sagte, gevoelige slymvlies van die baba se mond druk, kan sy hom seermaak en hom paniekerig maak. Dit sal hom laat worstel en minder geneë

maak om te suig. Dit is gevoelens en nie denke by die baba nie, want sy verstandspesesse is nog nie ontwikkel nie; dit is die natuurlike biologiese reaksie met psigiese aanvoeling en kan die gevolg hê dat die baba herhaaldelik sy kos opbring. In laasgenoemde geval sal die moeder na 'n medikus gaan, wat dalk die kind sal wil opereer omdat hy dink dat daar een of ander verstopping in die spysverteringskanaal is, terwyl dit in werklikheid 'n toestand van sensuspanning is wat teweeggebring is deur die behandeling van 'n oorbekommerde of liefdelose moeder. As die simptome toegelaat word om te ontwikkel, kan dit verdere komplikasies meebring, bv. huilerigheid en algemene vrees vir mense. Om te eet sal vir die kind altyd 'n pynlike ervaring wees, met ander woorde die eerste ondervinding van die kind kan die basis wees van sy karaktervorming. Borsvoeding het dus die voordeel dat die moeder die geleentheid het om nader aan haar kind te wees en haar liefde en vriendelikeheid tot uiting te bring.

Hier volg 'n paar faktore, waarna die maatskaplike werkster navraag moet doen :

Voeding : Ouderdom toe die baba gespeen is, toe bottelvoeding gestaak is en wanneer vaste kos gegee is. Wanneer voedingsprobleme begin het en wat die reaksie van die ouers daarteenoor was.

Tandekry : Ouderdom waarop die eerste tand sy verskyning gemaak het en wanneer die kind begin wissel het.

Toegroei van die fontanellas (skedelbene): Die ouderdom waarop dit plaasvind, is 'n aanduiding van fisiese ontwikkeling.

Sindelikheid : Die ouderdom waarop kontrole van die blaas en afskeiding uitgeoefen is. Dit hang in 'n groot mate af van gewoontevorming en of die kind van kleins af in hierdie opsig geleer is. Van 'n tweejarige kind kan egter verwag word om volle kontrole uit te oefen gedurende die dag. In die nag word kontrole eers ten volle beoefen deur 'n twee en 'n half-jarige kind. Indien dit by die driejarige kind nog nie beoefen word nie, is dit enuresis, wat aandag en ondersoek vereis.

Die beweging van die kind geskied min of meer soos volg :

Op 8 maande kan die kind by tye alleen sit;  
op 9 maande kan hy begin kruip,

op 15 maande kan hy alleen staan en loop

Praat : Dié inligting van ouers is nie altyd betroubaar nie, omdat hulle sommige betekenislose geluide as "praat" bestempel. Gewoonlik gebruik babas van 12 maande twee woorde en op 24 maande kort sinnetjies.<sup>23)</sup>

Ander eienskappe van ontwikkeling : Inligting in sake stadige reaksies, gebrek aan belangstelling in sy omgewing, oormatige afhanklikheid ten aansien van aantrek en self eet moet op rekord gestel word.

d. Gesondheidsgeskiedenis moet insluit 'n lys van alle siektes en beseringswat die kind opgedoen het. Die gewone kindersiektes hoef nie genoem te word nie tensy dit buitengewoon ernstig was of komplikasies veroorsaak het. Sommige soort siektes is van belang weens die moontlike gevolge wat dit op die gedrag van die kind kan hê. Sulke siektes is byvoorbeeld meningitis, encephalitis, syphilis (veral as dit aangebore is) en in uitsonderlike gevalle ook masels en skarlatenkoors.

Afgesien van die werklike aard van die siekte dra enige siektetoestand by tot 'n bepaalde soort gedrag. 'n Siek kind veroorsaak 'n omswaaiing van die program in die huis en aan die kind word meer aandag bestee as tevore. Dit besef die kind veral gedurende die periode van herstel; en tensy voorsorg getref word, kan die kind aanhou om homself as 'n invalid te beskou en voor te doen. Dit is goed om 'n siek kind simpatiek dog met beslistheid te behandel. Hy moet nie bederf word net omdat hy siek is nie.

e. Opvoedkundige geskiedenis sluit in 'n rapport oor die vooruitgang van die kind op skool en sy algemene gedrag en prestasies, wat deur die onderwyser(es) verskaf word. Die rekord moet ook vermeld waar en op watter ouderdom die kind sy

22) Louttit C.M.: A.w., bl. 77.

23) Gesell A.: Infancy and human growth; New York, 1928, bl.4.  
Vgl. verder Charlotte Bühler : From birth to maturity;  
Londen 1937, bl. 10 - 39.

skoolloopbaan begin het, die algemene gehalte van sy werk, dié vakke waarin hy uitmunt en dié waarin hy swak is, sy houding teenoor die skool en die houdinge van die onderwysers(esse) teenoor hom, hoe dikwels hy van skool verander het, gereeldheid van sy skoolbywoning en redes vir afwesigheid. Indien grafieke beskikbaar is van gestandaardiseerde bekwaamheidstoetse of punte wat gaandeweg deur die onderwysers(esse) toegeken is, moet dit ook op die rekord verskyn.

f. Ander aktiwiteite : Dit is onmoontlik om al die moontlike aktiwiteite van elke individu te noem. Die maatskaplike werkster moet altyd op die uitkyk wees vir moontlike buitengewone en onderduimse gedrag. Inligting in verband met seksuele gedrag is van belang. Heteroseksuele en homoseksuele ervarings mag 'n blywende indruk gelaat het. Masturbasie en veral die kind se houding teenoor die beoefening daarvan, is 'n algemene en belangrike gedragsprobleem. Bywoning van die bioskoop en sy reaksie op sekere soort films kan veelseggend wees (sien geval nr. 2). In baie gevalle het 'n hele kompleks van gedragsprobleme hul oorsprong in een enkele voorval, en dit kan alleen ontdek word deur op die besonderhede tydens die ontstaan van die moeilikheid in te gaan. In so 'n diagnostiese ondersoek mag geen leidraad, al lyk dit ookal hoe gering, links gelaat word nie.

b. GESINSGESKIEDENIS:

Daar is drie belangrike redes waarom inligting in verband met die gesinsgeskiedenis ingewin moet word :

- (i) om 'n beeld te vorm van die sosio-ekonomiese en kulturele groep waaruit die kind kom;
- (ii) om insig te verkry in die gesinsverhoudinge;
- (iii) om oorerflike patologiese toestande te ontdek wat moontlik van betekenis kan wees.

Daarom is data ten aansien van die naaste familieledes ook belangrik.

1. Ouers : Hulle ouderdom, plekke van geboorte; hulle beroep(e) en die tipe werk wat hulle doen - werkgeskiedenis,

stabiliteit in werk en die lone of salarisse; hulle opvoeding en onderwys : standerd behaal en indien moontlik die gehalte van werk op skool gelewer, ouderdom waarop skool verlaat is; gesondheid : huidige gesondheidstoestand, en indien dit swak is, wat die oorsake en duur daarvan is; siektegeskiedenis, bv. ten aansien van tuberkulose, syphilis, senuwee- of verstandsiectes en kliermoeilikheid; buitensporigheid in gebruik van sterk drank, verdowingsmiddels of tabak of deelname aan immorele seksuele praktyke; dood : datum, ouderdom en oorsaak.

Ten aansien van die moeder is dit belangrik om te weet hoe sy die kinders versorg, haar beroep voor haar troue en of sy nog werk.

Indien die kind pleegouers het, moet dieselfde inligting ook ten aansien van hulle ingewin word, en veral moet daar gelet word op die kind se reaksie en houding teenoor sy pleegouers weens die feit dat hy weet dat hulle sy pleegouers is.

Huwelikstaat : Hier moet die maatskaplike werkster op rekord stel wat in elke geval van toepassing is: Is dit 'n onegte kind? Woon die ouers bymekaar? Is hulle geskei of van tafel en bed geskei, of is een of albei oorlede of het een weer hertrou?

Houdinge van die ouers teenoor mekaar, van die ouers individueel en gesamentlik teenoor die kinders en dié kind in die besonder : is hy onwelkom, bederf of eensaam? Is die ouers onderling konsekwent in sake dissipline, of is daar onderlinge konflikte in sake die kontrole oor die kind.

Enige inligting met betrekking tot die broers en susters van die kind, bv. hulle ouderdomme, geslag en gedrag, veral indien dit die geval raak.

2. Grootouers: Toestand van hulle gesondheid indien hulle nog lewe, en die oorsaak van hulle dood as hulle alreeds oorlede is. In die siektegeskiedenis moet die maatskaplike werkster veral let op senuwee- en verstandsiectes. Sy moet ook aanstip indien van hulle in die kind se tuiste woonagtig is of <sup>was</sup>

6. SLOT.

Die ervare maatskaplike werkster sien nie al hierdie gegewens as geïsoleerde feite of insidente nie, maar deur haar geoefende insig maak sy onwillekeurig 'n samevatting van en sien sy die samehang in die hele kompleks daarvan. Goeie rekords en verslae is in hierdie opsig vir haar 'n groot hulpmiddel om van tyd tot tyd haar werk krities te kan beskou en haar ook 'n geheelbeeld van die geval te gee.

KORT OPSOMMING VAN GEVALLE-ONDERSOEKE.

Geval nr. 1 : Ina Grobler.

Probleem : Enuresis.

Die eerste onderhoud is gevoer met die prinsipaal van die skool wat Ina bywoon. Hy het die ouers beïnvloed om Ina na die Kinderleidingskliniek te bring en deel mee dat haar ouers vooraanstaande mense in die gemeenskap is. Ina kom altyd goed versorg na die skool. Sy maak die indruk van sieklik te wees, maar tog is sy fluks in haar skoolwerk en is daar niks op haar gedrag in die skool aan te merk nie. Sy het genoeg maats en is saggeaard, alhoewel dit soms lyk asof sy gespanne is. Ina se prestasies op skool is gemiddeld terwyl sy uitmunt in handwerk en gesondheidsleer.

Die tweede onderhoud is tuis met die moeder gevoer. Sy deel mee dat sy twee dogters het, Ina (die oudste) en een wat 15 maande jonger is. Sy het nie aan Ina vertel toe sy die sussie verwag het nie, en nou maak sy nog soms vir Ina skaam voor haar jonger sussie oor haar gebrek van enuresis.

Mevr. Grobler blyk van 'n haastige temperament te wees terwyl haar man meer simpatiek voorkom. Die moeder erken dat sy ongeduldig is met die kind oor haar probleem en sy is raadop. Ina self maak die indruk van 'n senuagtige kind en sy is sensatief. Omdat hulle so verskillend van temperament is verskil die moeder en vader dikwels van mening in verband met die optrede teenoor Ina.

Geval nr. 2 : Gert Voster.  
Probleem : Stokkiesdraai.

Gert kom uit 'n behoefte huis, en sy moeder is 'n weduwee. Dit is 'n gesin van ses kinders, van wie twee reeds getroud is en met hulle gesinne ook nog in die huis inwoon. Daar woon heeltemal te veel mense in die huis, en daar is baie min orde en netheid, terwyl daar baie onderling getwis word.

Volgens die skoolhoof is Gert se I.K. getoets en bepaal op 106 en hy het dan ook op laerskool altyd 'n gemiddelde behaal van 60 tot 65%. Nou presteer hy goed in Engels, maar dit word daaraan toegeskryf dat hy soms tot tweekeer per dag die bioskoop bywoon. Dit beïnvloed hom ook verder, want hy kom soms oordrewe dramatiese voor. Hy het byvoorbeeld aan die einde van die hofondersoek met betraande oë en baie gebare die Kommissaris van Kindersorg gesmeek : "Genade, Edelaagbare, dit is al wat ek wil sê!".

Gedurende 'n tydperk van twee maande was Gert 24 dae uit die skool afwesig. Hy gaan skiet dan voëls in die veld of loop-ry na naburige dorpe. As hy betrap word, lieg hy om homself te beskerm. Die moeder maak haarself ook soms skuldig aan leuentaal, en as sy betrap word, kry sy somer 'n hartaanval.

Gert het skaam geword om die skool by te woon, en hy het al meer en meer begin stokkiesdraai. Hy lewe in sy eie verbeeldingswêreld en kan onderhoudend stories vertel van dronk soldate en dwalende geeste. Hy het 'n opgewekte temperament, en sy optrede is kalm en selfversekerd. Sy swaer beweert egter dat Gert woedebuie kry, en sy suster sê dat hy vroue probeer verwurg as hy hulle alleen in 'n kamer kry.

Geen behandeling het tot dusver 'n uitwerking op Gert gehad nie, en selfs slae help niks. Hy blyk dus emosioneel onverskillig te wees. Die moeder maak altyd verskonings vir Gert se gedrag en beskuldig sy maats. Haar skoonseun mag hom ook nie straf nie, want sy beskerm hom altyd.

Geval nr. 3 : Japie Boshoff.  
Probleem : Seksuele wangedrag.

Die geval is by die Kinderleidingskliniek deur die Departement van Volkswelsyn aangemeld. Japie het 'n meidjie aangerand en verkrag, en die Departement wou advies van die Kliniek hê oor die gewenste behandeling vir die seun.

Japie kom uit 'n goeie middel-"klas"-gesin wat ook baie godsdienstig is. Sy ouers, wat voorbeeldige mense is en probeer om aan al hulle kinders die beste opvoeding en leiding te gee, en ouer broers en susters is geweldig geskok deur die daad van Japie. Hulle is so verslae dat hulle nie met hom daaroor kan praat nie. Die seun self is in 'n geweldige psigiese spanning en bly in die bed. Die ouers trag om hom nie verstote te laat voel nie en gee aan hom net voldoende aandag.

Die seun was as kind fisiek 'n bietjie swak, maar nou is hy gesond en sterk. Hy is 'n gehoorsame en inskiklike kind, en sy gedrag by die skool laat niks te wense oor nie. Hy hetegter tweekeer gesak, en sy I.K. is 85.

Japie self sê dat sy twee maats oor niks anders gepraat het as seksuele sake nie en dan ook nie op 'n verfynde manier nie. Hy het berou oor sy daad, en die onsekerheid oor die uitspraak van die Kommissaris van Kindersorg laat hom 'n geweldige psigiese straf ondergaan.

Hy is altyd teruggetrokke en onderwerp hom blykbaar stiptelik aan dissipline. Hy is eerlik en probeer hom vir geen oomblik self beskerm, met betrekking tot sy misdaad nie. Hy bespreek openhartig al die feite van die gebeurtenisse in verband met die oortreding.

#### 7. DIE MAATSKAPLIKE WERKSTER SE AANDEEL IN DIE DIAGNOSE VAN GEVALLE.

'n Deeglike ondersoek tesame met 'n behoorlike sistemativering van die gegewens (sien Bylae A) maak die diagnose moontlik. Wat word verstaan onder diagnose? Volgens Ina Louw  
24) Louw Ina : Gevalle-studie-rekords; Kaapstad, 1944, bl. 11.

word onder sosiale diagnose verstaan " 'n metode algemeen gebruik in gevalle-studiewerk, waardeur die maatskaplike werkster tot gevolgtrekkings kom en 'n plan van behandeling opstel"

Dit is onmoontlik om 'n skerp skeidslyn te trek tussen diagnose en behandeling, want in baie gevalle het die procedure wat tot die diagnose lei, ook terapeutiese waarde. Die werk van die Kinderleidingskliniek in die verband is veral die bepaling van die mate van intelligensie of verstandsvermoë wat die gedragsafwykende kind openbaar, sy geestesgawes ten aansien van bedrewenheid, prestasies, spesiale talente en die wyse waarop hy sy bekwaamhede gebruik om sy aanpassing by sy sosiale omgewing te bewerkstellig. Of sy aanpassing bevredigend is, sal afhang van emosionele faktore, sy reaksies en die dinamika van sy persoonlikheid. Die diagnose moet al hierdie faktore kan waardeur asook die aard van hulle integrasie.

Wat verder essensieel nodig is vir 'n goeie diagnose, is dat die kind en sy probleme verstaan word.

Namate die kind behandeling van die kliniek ontvang, moet sy reaksies daarop ook nog gedurig deur die maatskaplike werkster en die ander lede van die personeel dopgehou word. Tesame met die behandeling vind daar dus nog gedurig die proses van ondersoek en diagnose plaas. Daar is altyd bykomende omstandighede wat opduik, en dit is noodsaaklik dat die maatskaplike werkster daarvan kennis moet dra.

By die maak van gevolgtrekkings moet die maatskaplike werkster altyd bewus wees van haar eie vooroordele (bv. teen ras of geloof of gedrag van die kind) en probeer om die gevare daaraan verbonde te vermy.

#### Opsomming van die diagnose van gevalle.

##### Geval nr. 1.

Ina het die Kinderklub op Maandagmiddae bygewoon, en na die sielkundige toetse en waarneming is daar by 'n personeelvergadering die volgende gevolgtrekkings gemaak :

1. Daar haper veel in die huislike omstandighede en houding van die ouers teenoor haar. Die probleem het sy ontstaan in die feit dat sy nie voorberei is op die koms van die jonger sussie nie, en dit word vererger deurdat sy gedurig moet hoor dat die jonger sussie haar baie beter gedra.
2. Die feit dat sy in die skool goed presteer, is genoeg bewys dat sy nie subnormaal is nie en nie aan 'n gebrekkige aanpassingsvermoë ly nie.
3. Alhoewel al die mediese behandeling nog geen uitwerking gehad het nie, is besluit om Ina weereens aan 'n deeglike mediese ondersoek te onderwerp.

Geval nr. 2.

Gert is in 'n veiligheidsplek opgeneem, en daar is verder ondersoek ingestel en 'n paar onderhoude is ook met die moeder gevoer. Die personeel van die Kinderleidingskliniek het tot die volgende gevolgtrekkings gekom :

- a. Die huis is oorbewoon en het baie steurende faktore.
- b. Die vader is 3 jaar gelede oorlede. Hy het 'n goeie betrekking in die goudmyne gehad en het aan sy gesin 'n sorgvrye bestaan verskaf, wat aan die kinders 'n gevoel van sekuriteit gegee het.
- c. Na die dood van die vader het die oudste broer (34 jaar) die huislike gesag oorgeneem, maar hy is ook 'n jaar gelede oorlede.
- d. Toe die vader dood is, het die oudste broer in sy plek opgetree. Nou woon die gesin egter by 'n swaer van Gert in, en die omstandighede is armoedig.
- e. Die gesin moet dikwels rondtrek, en hulle woon in die swakste omgewing. Hier kom Gert in aanraking met die jeugmisdadigerstipe, wat hom met lekker-nye lok en hom verlei om stokkies te draai en bioskoop toe te gaan.
- f. Geen psigopatiese trekke of neigings kon by Gert vasgestel word nie, en hy het 'n goeie intelligensie (I.K. 106). Deur psigometriese toetse is die volgende vasgestel :
  - (i) Tuis heers daar armoede wat bekommernis bring.
  - (ii) Die kinders ly gebrek, veral wat voeding en lekkernye betref.
  - (iii) Gert mis die vaderideaal.
  - (iv) Gert is bevrees vir slegte tyding of dood, waar- deur hy sy moeder mag verloor. Sy is blykbaar sy enigste vesting van liefde en sekuriteit.
  - (v) Die seun hunker na beter toestande wat sekuriteit sal meebring.
- g. Die dissipline is nie konstant nie. Wanneer die swaer moet optree, word dit deur die moeder verhoed. Die swaer se gesag word dus nie deur die moeder en ook nie deur die seun aanvaar nie. So 'n toestand werk afwykings in die hand.

h. Jeugmisdadigers met hulle delinkwente handelwyse kan onder omstandighede deur Gert juis as manhaftig (vader-ideaal) beskou word en hy sal geneë voel om met hulle mee te doen. Hulle verleidings en aanloklikhede kan hy moeilik onder hierdie omstandighede weerstaan.

1. Omgewingsfaktore is dus die oorsaak van Gert se wangedrag, en daar is nie persoonlikheidsfaktore aanwesig nie.

Geval nr. 3.

Na 'n doeglike sielkundige ondersoek is die volgende bevind :

1. Japie toon geen psigopatiëse neigings of afwykings nie, maar intellektueel is hy op die grens tussen normaal en subnormaal.
2. Hy openbaar 'n oorwegend introverte lewenshouding, waardeur hy geneig is om 'n eensame, afgesonderde en ingekeerde lewe te lei. Kenmerkend van so 'n persoon is dat hy soms in emosionele spanninge kan verkeer, maar die nodige gesonde uitinge wat die emosies aflei en dus skadeloos maak, ontbreek.
3. Hy verkeer tans in sy puberteitstadium, waar hy veral van die seksdrang baie bewus geword het.
4. Hy ontvang geen seksvoorligting van sy ouers, waarin die doel, higiëne en gevare van seks tot sy besef gebring is nie. Hy kon dus in hierdie opsig geen gesonde lewenshouding ontwikkel nie. By maats, veral in slegte geselskap, ontvang hy die nodige inligting, waaraan daar 'n natuurlike behoefte bestaan.
5. Hy is 'n goedgeaarde seun wat 'n mooi indruk op mense en onderwysers maak. Hy gaan deur vir 'n soet seun met 'n goeie karakter.
6. Hy is baie geheg aan sy ouers en gesinslewe. Hy beskou sy huis as 'n oord van versorging, liefde, gehegtheid en veiligheid. Sy huislike dissipline is streng, en van vaderskant is dit baie streng maar nie altyd konsekwent nie, omdat hierdie dissipline inhou dat wette gehoorsaam moet word maar tog ook verbreek mag word as die verbreking daarvan net nie aan die lig kom nie; 'n mens mag byvoorbeeld iemand anders se goed vat, mits niemand daarvan weet nie. Dit het hierdie seun gaandeweg en soms met emosionele skokke geleer.
7. Hierdie seun verkeer op die oomblik in 'n wêreld van agterdog, vrees en vyandiggesindheid. Hy soek na veiligheid, sekerheid en sekuriteit. Hy verkeer baie diep onder die besef dat hy 'n misdaad begaan het, en hy het werklik berou daarvoor.

8. BEHANDELING.

a. Wat verstaan word onder die behandeling van die gedragsafwykende kind.

Soos in hoofstuk I gesê, is die doel van die Kinderleidingskliniek om doeltreffende aanpassing of heraanpassing

van die kind by 'n omgewing te bewerkstellig.

Metodes om die kind en sy omstandighede te verstaan en waarvolgens vasgestel kan word wat aanleiding gegee het tot sy gedrag, is ook beskryf. Nou moet egter daarop ingegaan word hoe die kind en/of sy omgewing verander kan word sodat hy beter kan aanpas. Dit is behandeling, en dit kan ook omskryf word met terme soos verbetering, korrektiewe maatreëls, heropvoeding, leiding, raadgewing of beheer.

Oor die algemeen beskou, is die taak van die kliniese maatskaplike werkster in die verband byvoorbeeld :

- (i) In die geval van spraakmoelikhede of mediese ongeschiktheid by 'n kind moet sy die dienste van 'n gespesialiseerde persoon vir die kind verkry.
- (ii) In die geval van 'n kind wat by pleegouers of in 'n inrigting geplaas word, het sy te doen met die plasing sowel as die toesig oor sodanige kind
- (iii) Sy pas ook in samewerking met die ander professionele lede van die personeel direkte behandeling toe deur middel van onderhoude met die ouers en die kind.

**b. Prinsipiële beginsels van behandeling.**

Van die algemene maatskaplike werk soos dit vandag in Suid-Afrika toegepas word, kan gesê word, dat daar nog gestry moet word om 'n regmatige status, en die aard van die werk moet nog bekend gemaak word. Die beoefenaars van die beroep werk onder moeilike omstandighede, sodat hulle dikwels nie bevredigende en ideale diens kan lewer nie.

Gewoonlik is elke maatskaplike werkster bewus van die beperktheid van haar moontlikhede ten aansien van behandeling van moeilike gevalle waarvoor daar ook nie 'n spesiale tegniek voor te skryf is nie. Sy moet dikwels terugval op 'n blote eksperiment of handel op die ingewing van die moment. Indien sy agterna 'n formule van haar optrede sou moet opstel, sal sy nie daartoe in staat wees nie, alhoewel sy weet dat sy 'n nuwe plan van behandeling ten uitvoer gebring het. Dit is egter nie iets so konkreets dat dit beskrywe kan word nie.

As dit van die maatskaplike werk in die algemeen gesê kan word, is dit soveel te meer waar van die psigiatriese maatskaplik werk, wat grotendeels te doen het met geestelike behandeling. Daarom sê Grace Marcus <sup>25)</sup> "When the psychiatric caseworker gives us records of subjective treatment - the explanations, arguments, persuasions and compulsions in which she deals the fluctuations, lapses and complete blocks in response which she encounters - we shall have the beginning of a literature from which we can formulate more general methods and standards, by which we can test the validity of our preconceived ideas, and from which we can salvage all little subtleties and inspirations that make for a finer art."

- (i) Die moment wanneer die Kinderleidingskliniek in die lewe van die kind en sy omgewing 'n plek inneem, is ook die begin van 'n verhouding tussen die kind, sy ouers en die maatskaplike werkster, en dit hou ook terapeutiese waarde in. Die verslae wat die maatskaplike werkster opstel, word erken as bewys dat die vertroue van die kliënte gewin is, en dit groei namate die verhouding verder opgebou word.
- (ii) In die behandelingsproses is daar drie stappe :
  - a. Die psigiatriese maatskaplike werkster moet gebruik maak van opvoedkundige, mediese, sedelike, religieuse, sosiale en industriële hulpbronne in die gemeenskap, omdat dit alles betrekking het op die aanpassing van die individu by sy omgewing.
  - b. Sy moet die kliënt help om sy eie node, behoeftes en moontlikhede te ontdek.
  - c. Sy moet die kliënt bystaan om selfstandig die bekwaamheid te ontwikkel wat sy aanpassing sal bewerkstellig.
- (iii) Alhoewel die psigiatriese maatskaplike werkster nie kan wegkom van die algemene maatskaplike dienste (soos onder iia) nie, val die klem egter op (ii) b. en c., want die kern van haar taak gaan om die emosionele wanaanpassing.
- (iv) Op die psigiatriese maatskaplike werkster rus die verantwoordelikheid om gedurig die kuns te ontwikkel om elke kliënt te verstaan en haar prosedures volgens elkeen te wysig. 'n Maatskaplike werkster wat 'n kliënt se vertroue gewen het deur aan hom materiële hulp te verskaf (bv. deur vir hom werk te vind of mediese dienste aan die kinders te verskaf), sal makliker die kliënt kan oorreëdel om sy gedragsafwykende kind aan behandeling te onderwerp.

25) Marcus Grace: "The Psychiatric Point of View in Social Work" Mental Hygiene, October 1923, bl. 755.

In sommige gevalle sal die psigiatriese maatskaplike werkster moet begin deur raadgewings in verband met minder belangrike probleme, en wanneer sukses daarmee behaal is kan sy met vrymoedigheid die dienste van die Kinderleidingskliniek aanbeveel.

Bogenoemde word goed geïllustreer deur geval nr. 4: Johan is 'n voorskoolse kind uit 'n armoedige huisgesin. Die vader is 'n alkoholis, en die moeder het vantevore onder moeilike finansiële omstandighede by liefdadigheidsorganisasies aangeklop om hulp. Toe die betrokke maatskaplike werkster die grondleggende probleem van die gesin wou behandel en verdere hulp agterweë hou tot die vader sy drinkery laat staan, het die moeder kwaad geword en veronreg gevoel. Sy het aan hulle verklaar dat sy in die toekoms baie goed self sou klaarkom en hulle nie weer in haar huis wil sien nie. Toe die maatskaplike werkster van die Kinderleidingskliniek die huisgesin gaan besoek op versoek van die skoolhoof van een van die ouer kinders, het die moeder haar baie huiwerig ontvang. Toe sy begin vertrouwe in haar stel, het sy later self vertel dat Johan so terughoudend is, hy hou hom afsydig en toon geen belangstelling in spel nie. Die Kinderklub, wat op Maandagmiddae gehou word, is toe by haar aanbeveel vir al die kinders met die verduideliking dat Johan daar sou leer speel met ander kinders sodat hy maats kan maak. Daar sal hy die geleentheid kry om liggaams-oefeninge te doen, wat sy algemene gesondheid sal verbeter en miskien sy lusteloosheid sal teëwerk. Toe hy begin tuis voel in die klub, is die moeder aangeraai om hom aan die sielkundige toetse te onderwerp sodat vasgestel kon word wat sy verstandsvermoë is en of daar miskien ander oorsake vir sy afwyking is. Die hele prosedure het ook die weg geopen om op die gevare van die vader se drankmisbruik te wys, nl. dat Johan nie genoeg beskermende voedsels kry nie omdat daar eenvoudig nie genoeg geld is om dit te koop nie, en indien die moeder self in die vervolg nie haar eie gesondheid verbeter nie, sal die ongebore kinders dieselfde gevaar loop om een of ander

gebrek te toon.

c. Waarop die behandeling gerig moet wees.

1. Omgewingsfaktore:

Die omgewing het 'n direkte invloed op die kind, en hy leer deur middel van ondervinding, nabootsing en onderrig wat om te doen en wat om te laat. Die kind is by geboorte hulpeloos en het fisieke en sielkundige versorging nodig. Geleidelik moet hy leer om al hoe meer onafhanklik te word, maar hy moet tog voel dat hy die ondersteuning en bystand van sy ouers het.

In dié verband sê Louttit <sup>26)</sup> : "Theoretically, almost all problem behaviour could be avoided if parents realized the importance of their attitudes on the child's need for security, and at the same time on his need for tentative explorations into independent action!"

By die behandeling van die gedragsafwykende kind moet getrag word om die kind direk of deur middel van sy omgewing so gou moontlik te leer watter gedrag wenslik is en van 'n kind van sy ouderdom verwag kan word. Om hom dit te leer vereis meer as blote voorskrifte in verband met wenslike gedrag, dit moet inhou werklike opvoeding om die aanpassing van sy emosionele gevoelens te verkry en 'n waardebesef by hom op te bou ten aansien van sy sosiale omgewing, nl. sy huis, skool, klubs ens. Dit is omgewingsbehandeling.

Deur middel van omgewingsbehandeling moet vir die kind sodanige toestande geskep word dat hy wensliker gedrag sal ontwikkel en indien moontlik selfs sy eienskappe sal ontwikkel om 'n voortreflike lid van die beskaafde gemeenskap te word. Dit moet aan hom sekuriteit gee, en toegeneentheid en verdraagsaamheid by hom laat ontstaan. Dergelike behandeling mag vereis dat die kind van sy ouerhuis verwyder word, hetsy tydelik hetsy vir 'n geruime tyd. Dan kan die kind by pleegouers of in 'n inrigting of na 'n vakansiekamp gestuur word, wat ookal

26) Louttit C.M.: A.w., bl.137.

die beste blyk te wees (sien gevalle nr. 1 en 2).

Omdat die kind se verhouding tot sy ouers en ander in sy eie gesin so belangrik is vir die vorming van sy gedrag, moet alle moontlikhede om hom tuis te hou eers in werking gestel word om 'n gesonder sielkundige milieu vir die kind te skep.

a. Pleegouers : Indien daar besluit word om die gedragsafwykende kind by pleegouers te plaas, is dit die taak van die maatskaplike werkster om ouers uit te soek wat beantwoord aan sekere sielkundige vereistes, afgesien van die ekonomiese en sosiale vereistes. Dit moet ouers wees wat opreg in die kind belangstel en liefde vir hom toon. Hulle moet verder

- (i) 'n verstandige insig hê in die kind en sy probleem(e);
- (ii) konsekwente dissipline kan toepas ten aansien van die gedrag van die kind soos dit binne 'n normale gesin behoort;
- (iii) 'n gematigde, gesonde houding van toegeneentheid aan die dag lê, d.w.s. hulle moenie te afsydig of streng gebiedend wees nie;
- (iv) die kind aarmoedig in en trots wees op sy prestasies en die ontwikkeling van sy bekwaamheid.

b. Inrigtingsversorging: Dit is wenslik vir verstandelik agterlike kinders, maar in die geval van gedragsafwykende kinders is dit die laaste behandelingsmetode wat toegepas behoort te word. Dit is slegs wenslik indien dit nodig is om die kind vir 'n lang periode van die nadelige invloed van sy ouers weg te kry. Anders moet daar gebruik gemaak word van fasiliteite soos :

c. Klubs, jeugverenigings, vakansiekampe en kleuterskole of chrèches. By hierdie organisasies word groepsterapie toegepas, en dit is heilsaam vir kinders wat verskynsels openbaar soos oordrewe agressiwiteit, vernielsugtigheid, stökkiesdraai, leuens en impulsiwiteit. Die openbaring van hulle probleem(e) is uiterlik en nie innerlik nie. Die simptome is ekspresief en neem die vorm aan van botsings met die maatskaplike eise. Dit is die tipe kind wat noodwendig van sy huis uit-

geplaas moet word om die behandeling doeltreffend te maak. Wat hy nodig het, is daaglikse aandag in 'n gekontroleerde omgewing waar die aktiwiteite egter nie te gebonde is nie en hy ondervinding van die gemeenskapslewe kan opdoen. Behandeling wat geslaagd wil wees, moet vir hom uitdrukkingsmoontlikhede inhou wat ook sy ego sal ondersteun, b.v. kompetisiespeletjies. Terselfdertyd is spel sosialiserend, omdat dit die persoon forseer om hom aan sekere reëls te onderwerp. Daar moet dus getrag word om aan die kind soveel moontlik ontspanningsuksesse te besorg.

Nog 'n simptoem van hierdie tipe kind is versteurde sosiale verhoudings, soos bv. jaloesie, agressie en hebsug en dit kom veral na vore in die groepslewe met die gevolg dat daar gedurig botsings met die ander kinders plaasvind. Die groepleier(ster), wat by voorkeur 'n maatskaplike werkster moet wees, moet elke kind objektief goed bestudeer. Die kind het heelwaarskynlik slegs ondervinding van volwassenes wat bevooroordeeld teenoor hom was en wat geen duidelikheid van metode of die regte optrede gehad het nie. Indien die kind by 'n klub of vereniging of vakansiekamp geplaas word waar die maatskaplike werkster nie teenwoordig is nie, moet met die personeel van dergelike instansies gereël word om spesiale aandag aan die kind te gee of 'n spesiale behandeling in sy geval toe te pas.

Vir 'n sensitiewe kind is 'n dergelike reëling veral wenslik omdat hy dan nie daarvan bewus gemaak word dat hy "abnormaal" is nie. Hy word net so behandel soos al die ander kinders, en sy aanpassing geskied gevolglik op 'n baie natuurlike wyse.

Die kliniese maatskaplike werkster moet goed op hoogte wees van sulke organisasies binne die betrokke gemeenskap voordat sy behandeling in hierdie rigting kan onderneem. Sy moet weet hoe hulle funksioneer, wat hulle aktiwiteite is,

hoe die groepe ingedeel word en wat die bekwaamhede van die personeel is. Dan moet die maatskaplike werkster ook gedurig kontak met die organisasie hou om te weet of die kind die byeenkomste gereeld bywoon, wat sy vordering daar is, en hoe sy ouers daarop reageer. Sy moet ook die personeel van die organisasie inlig ten aansien van nuwe besluite wat die Kinderleidingskliniek neem in sake verdere behandeling waarmee hulle behulpsaam kan wees.

d. Die skool. Dit is ongelukkig dat alle onderwysers (esse) nie belangstel in die kind as persoon nie. Min van hulle probeer die kind se behoeftes ontdek of doen moeite om in te gaan op sy huislike agtergrond. Die personeel van die Kinderleidingskliniek kan egter baie doen om sodanige belangstelling by die onderwysers van 'n bepaalde dorp of stad te wek. Wanneer een van hulle belang het by 'n gedragsafwykende kind wat deur die Kinderleidingskliniek behandel word, kan hy/sy uitgenooi word na die samespreking van die personeel oor die geval. Die psigiatriese maatskaplike werkster moet ook veral in noue samewerking met die personeel van skole haar gevalle behandel.

Naas die huis is die skool die belangrikste sosiale omgewing waarin die kind hom bevind. Dit bied hom die geleentheid om bevrediging te kry uit sy nuwe prestasies, dit gee hom 'n omvangryker kulturele ontwikkeling, en daar het hy die kans om selfstandig te word asook om hom te onderwerp aan 'n hoër gesag.

Volgens my mening is dit nog nie wenslik om "besoekende onderwysers" by die skole in Suid-Afrika aan te stel nie, want:

- (i) dit sal nog meer oorvleueling in die maatskaplike werk veroorsaak; daar is genoeg organisasies wat hulle met die verskeie vertakkinge van maatskaplike werk besig hou en probleme van sosiale aard bevredigend kan behandel;
- (ii) wanneer 'n persoon wat nie met die kind in die klas te doen het nie weer moet ingryp in 'n probleem-situasie, is dit ook nie bevredigend nie. Die onderwyser van die kind moet liever self persoonlike belangstelling toon, en as hy nie kan slaag nie, moet die dienste van die Kinderleidingskliniek tot sy beskikking gestel word.

Die maatskaplike werkster van die Kinderleidingsklyniek dien buitendien as skakel tussen die skool en die ouers van gedragsafwykende kinders. Sy kan aan die onderwyspersoneel verduidelik wat die kind se huislike omstandighede is en wat hulle kan doen om die kind te help. Aan die anderkant kan sy weer die ouers se vertroue in die skool aanwakker en hulle inlig wat hulle kan doen om die kind in sy skoolprestasies aan te help, bv. deur aan hom genoeg en goeie geleentheid te bied om sy huiswerk te doen, hom goed te voed en belang te stel in wat hy daar tot stand bring.

e. Houding van die ouers: Nie een van bogenoemde behandelingsmetodes sal slaag indien die gedragsafwykende kind nog gedurig moet lewe onder dieselfde omstandighede wat aanleiding tot sy gedrag gegee het nie. Dit kan volgens Louttit<sup>27)</sup> van verskeie behoeftes afhang : "Far more frequently the behaviour can be easily traced to the child's efforts to satisfy his needs for security, status in the family, affection, acceptance, and the like!"

Alhoewel die verhouding tussen die ouers soms oënskynlik bevredigend mag wees deurdat daar nie bewyse van afstoting of 'n oormaat van vertroeteling van 'n kind is nie, mag hulle vroeëre handelwyse 'n soort reaksie by die kind uitgelok het waarin hy volhard, bv. dat hulle miskien te veel van die kind op so 'n leeftyd verwag het. Deurdat hulle nou uiters begerig is om sy bevredigende aanpassing te berwerkstellig, raas, straf en neul hulle om die kind te dwing om hom beter te gedra. Maar deur minder op sy gedrag te hamer kan hulle hom miskien tot beter prestasies aanspoor. Dit is, soos Louttit sê<sup>28)</sup> : "It is surprising how few parents who are "at their wit's end" have tried the simple expedient of ignoring the child and his behaviour when it does not conform to their pattern. Thus ignored, the

27) Louttit C.M.: A.w., bl. 150.

28) Louttit C.M.: A.w., bl. 150.

attention-getting but disturbing behaviour of course loses its value as a means of gaining status"

Die psigiatriese maatskaplike werkster sal egter in die praktyk vind dat die meeste ouers, miskien behalwe dié wat deur die Jeughof na die Kinderleidingskliniek verwys word, geredelik sal saamwerk vir die welsyn van hulle kinders. Hulle neem oor die algemeen die advies aan (bv. ten aansien van strafmetodes of vergoeding); en as die kind se behoeftes aan hulle verduidelik word, sal hulle trag om daarin te voorsien. Dit is belangrik vir die maatskaplike werkster om te onthou :

- (i) die ouers moet gelei word (nie gedwing word nie) om die kind te verstaan, en daar moet nie geskimp word (selfs nie indirek nie) dat hulle te blaam meer is vir die kind se gedrag.
- (ii) om die toedrag van sake aan die ouers oor te dra moet sy terme gebruik wat hulle verstaan en voorbeelde aanhaal uit hulle eie ondervinding;
- (iii) as die ouers die behandeling nie verstaan nie of die doel daarvan nie kan snap nie, sal hulle dit nooit aanneem nie.

## 2. Persoonlikheidsbehandeling:

'n Tweede metode van behandeling is dié wat direk op die kind gemunt is. Dit word ten uitvoer gebring deur middel van onderhoude met die kind self en is grotendeels die taak van die psigiater of die sielkundige. Volgens Louttit<sup>29)</sup> word hier van metodes gebruik gemaak wat hy noem "authoritarian, educative, expressive, and relationship".

Die psigiatriese maatskaplike werkster doen egter ook terapeutiese werk in dié verband terwyl sy met die ondersoek besig is en die kind die geleentheid kry om teenoor haar uit te praat.

Die taak van die maatskaplike werkster in die verband is om in voeling met die ouers te bly, veral met die moeder, solank die psigiater of die sielkundige die kind behandel. Dit bied aan die maatskaplike werkster die geleentheid vir verder ondersoek, ook om aan die ouers die behandelingsmetodes te verduidelik en hulle sowel as die kind se nuwe reaksies te inter-  
29) Louttit C.M. : A.w. bl. 155.

preteer.

3. In die praktyk word die twee metodes van behandeling gekombineer na gelang die probleem dit vereis. Dit is gewoonlik makliker om omgewingsbehandeling by jonger kinders toe te pas, en persoonlikheidsbehandeling is wensliker by ouer kinders. Louttit gebruik die volgende illustrasie <sup>30)</sup> : "Psychoanalysis with a three-year-old child such as reported by Bornstein is obviously possible, but one may seriously question whether this technique is necessary in solving the child's problem. On the other hand C. Rogers concludes that placement in a foster home at 13 years of age or older is a prognostic criterion of unfavourable adjustment" <sup>31)</sup> <sup>32)</sup>.

Die mate van sukses wat die Kinderleidingskliniek met behandeling behaal, kan nie in syfers weergegee word nie. 'n Kliniek moet byvoorbeeld eers jare lank bestaan voordat die personeel kan oordeel of 'n geval geslaagd behandel is, want die meeste gevalle toon eers verbetering oor 'n tydperk van etlike maande of self jare, terwyl andere wat as baie geslaagd beskou is, terugval sodra die behandeling ophou.

Illustrasie met gevalle :

Geval nr. 1.

1. 'n Deeglike mediese ondersoek is aanbeveel.
2. Aangesien die Kliniek die volle samewerking van die ouers gehad het, kon aan hulle verduidelik word hoe om met hierdie geval op te tree. Hulle moes haar veral nie minderwaardig teenoor die jonger sussie laat voel nie, haar nooit verwyt of skaam maak oor haar gebrek nie, veral let op haar dieet saans en haar wakker maak op twee gesette tye in die nag.
3. Sy is na 'n vakansiekamp op Glenmorestrand gestuur saam met 'n klompie kinders. Die onderwyseres wat die sorg van Ina waargeneem het, is vertel van haar moeilikheid en sy sou spesiale aandag aan haar bestee.

Die laaste verslag van die klasonderwyseres lui

30) Louttit C.M.; A.w., bl. 139.

31) Bornstein S.: A Child analysis; Psychoanal.Quart.4 :190 - 225, 1935.

32) Rogers C. : The clinical treatment of the problem child; Boston, Houghton Mifflin, 1939, bl. 393.

dat Ina nog effens sieklik lyk, maar haar gedrag in die skool is bevredigend. Tuis hou die ouers nog aan met die voorgeskrewe behandeling.

Geval nr. 2.

1. Omdat die kontrole tuis so swak is, is dit nodig gevind om Gert in 'n plek van veiligheid te plaas waar hy onder strengere dissipline gehou kon word. Daar moes buitendien 'n ondersoek in die Kinderhof gehou word; en aangesien hy telkens wegloop, moes hy in die veiligheidsplek gehou word.
2. Die Volkswelsynsbeampte het gereeld die ouerhuis besoek om daar 'n beter toestand te probeer bewerkstellig. Die moeder moes taktvol onder die besef gebring word dat haar optrede teenoor Gert (die feit dat sy hom so bederf en voorpraat) net sy gedrag vererger.
3. Omdat Gert baie belangstel in boks en ander sport, is die onderwyser en owerhede van die veiligheidsplek gevra om hom volle geleentheid daarvoor te gee.
4. Aangesien hy beweer dat hy skaam was om terug te gaan na sy skool, is hy in 'n ander skool in 'n ander dorp geplaas.

Die laaste verslag van die Volkswelsynsbeampte lui dat Gert goed vorder op skool. Alhoewel hy nog een- of tweemaal probeer het om weg te loop van die veiligheidsplek, het die matrone daar nou sy vertrouwe gewon en bly hy nou daar. Hulle merk 'n groot verbetering in sy gedrag. Sy moeder het egter gevra of hy tydens die Desember vakansie huis-toe kan kom.

Geval nr. 3.

1. Japie verkeer in 'n onhoudbare spanning weens 'n gevoel van skuld, vrees en vyandigheid van die buitewêreld teenoor hom, gebrek aan veiligheid en sekuriteit. 'n Regverdige straf sal die spanning verbreek en hom weer normaal teenoor die lewe instel. (Hy besef dat die Staat wat veiligheid en dissipline betref, hoër staan as sy huis; daarom moet die Staat die straf voltrek.)
2. Straf in die vorm van verbanning na 'n verbeteringsgestig kan die nadeel hê dat hy dan in 'n misdadigersmilieu kom, waar hy daardie lewenshouding kan ontwikkel. Hy is nie 'n gewoontemisdadiger wat daar genees moet word nie.
3. Vir sy persoonlikheidsvorming en karakterontwikkeling skyn sy huislike omgewing die verkieslikste te wees, mits die nodige korreksies daar aangebring sal word, soos volg :
  - a. Hy moet gesonde seksvoorligting en leiding ontvang. Indien sy ouers dit nie kan doen nie, moet dit deur iemand anders op die regte wyse gedoen word.

- b. Die gesinslede moet onder alle omstandighede nie nalaat om wette ook volgens die etiese norme te onderhou nie.
  - c. Sy ouers moet hom besondere aandag skenk deur liefde te betoon, sodat hy nie as 'n uitgeworpene voel nie maar dat hy die vertrouwe van sy ouers behou, dat hy die vrymoedigheid sal hê om met al sy probleme na hulle toe te kom om raad en leiding, en sodat sy huis vir hom 'n plek van veiligheid en sekuriteit sal bly.
  - d. Japie moet die nodige geleentheid gebied word vir 'n gesonde geestelike lewe, waarin sublimering vir sy seksdrang kan plaasvind deur na buite (ekstrovert) te leef volgens sy jeugdige aard, nl. deur aan ontspanning soos die volgende deel te neem :
    - (i) Jeugbewegings soos die Voortrekkers;
    - (ii) sport en spele saam met ander, waaronder seuns en dogters van groot belang sal wees (b.v. volkspele);
    - (iii) beoefening van 'n stokperdjie;
    - (iv) werkies tuis, wat tot 'n minimum beperk moet wees en nie net met sy rus of ontspanning moet bots nie.
4. Dit is in Japie se belang dat hierdie misdaad nie aan die buitewêreld geopenbaar sal word nie. Hiervoor moet die medewerking van die skoolhoof en onderwyser gesoek word. Indien dit in so 'n mate bekend word dat ander skoolkinders met hom die spot begin dryf, moet hy onmiddellik uit daardie omgewing verwyder word en na 'n veilige omgewing oorgeplaas word. As met hom die spot gedryf word, kan hy ongesond aggressief ontwikkel, wat tot wandade kan lei, bloot om sy eie eer te beskerm.
  5. Die Kinderleidingskliniek se personeel voel oortuig dat hierdie seun die misdaad begaan het bloot as sameloop van omstandighede. Hy is nie 'n gewoontemisdadiger nie en sal ook nie een word nie mits hy die regte behandeling ontvang.
  6. Met die verhoor van die geval is Japie onder toesig van die Volkswelsynsbeampte geplaas tot sy 18de jaar. Hy kon dus tuis bly, en dit is aan die Volkswelsynsbeampte opgedra om die aanbevelings ten uitvoer te bring.
  7. Met die moeder is ooreengekom dat Japie in die skool sal bly totdat hy st. VI afgeleë het, en daarna sal dit wenslik wees om hom vir een jaar na 'n kosskool te stuur. Daarna kan hy besluit of hy 'n ambag wil leer.

Briewe van innige dank is ontvang van die moeder vir die hulp wat aan hulle gesin betoon is, en sy getuig van groot beterskap in Japie se gedrag. Ook die Volkswelsynsbeampte se verslag meld dat die diens van die Kinderleidingskliniek van

onskatbare waarde was in die geval.

## 9. REKORDS EN VERSLAE.

Om die bestudering en behandeling van 'n gedragsafwykende kind op rekord te stel is net so essensieel as wat dit in alle gevalle van maatskaplike werk is. In die verband word verwys na Ina Louw : "Gevalle-studie-rekords", bl. 4, vir besonderhede.

Die rekords van die Kliniek kan bestaan uit :

1. Gevalleregister, waarin alle nuwe gevalle aangeteken word en van waar elke geval sy nommer kry. Die register kan so ingerig word dat statistiese gegewens daaruit verkry kan word ten aansien van hoeveel gevalle gedurende 'n jaar behandel is, hoeveel nuwe gevalle gedurende 'n jaar aangeteken is ens.
2. 'n Rekordkaart bevat grotendeels identifiserende gegewens omtrent 'n geval en dié kaarte word gewoonlik alfabeties gerangskik. Daarop kan ook die lêer nommer van die geval gekry word. (Sien bylae C.).
3. 'n Gevallelêer bevat die volgende in verband met elke kind en sy gesin : 'n Voorblad, inhoudsopgawe, verslae van onderhoude, korrespondensie, mediese verslae, diagnostiese opsomming, plan van behandeling ens. (Sien Bylae C.).

Die verslae. Die handleiding by die gevalle-ondersoek is al behandel (hoofstuk III) en vir verdere besonderhede word verwys na Ina Louw; A.w. bl. 6 : Die vereistes van 'n goeie Gevalle-studie-verslag.

Die maatskaplike werkster moet egter onthou dat die gevallerekords materiaal bevat wat uiters konfidensieel is, en baie skade kan berokken word as inligting daaruit bekend moet word.

Bylae C.: Rekords van die Suid-Afrikaanse Nasionale Raad vir Kindersorg.

10. VEREISTES VIR DIE OPLEIDING VAN PSIGIATRIESE  
MAATSKAPLIKE WERKSTERS.

a. Algemeen.

Die taak van die maatskaplike werkster verbonde aan die Kinderleidingskliniek is gespesialiseerd en daarvoor het sy spesiale opleiding nodig. Die opleiding is dan eintlik in psigiatriese maatskaplike werk en stel die student in staat om by 'n Kinderleidingskliniek of inringtings vir kinders en jeugdiges of vir sielsiekes te gaan werk.<sup>1)</sup>

Die eerste psigiatriese maatskaplike werksters is in Amerika opgelei gedurende die Eerste Wêreldoorlog toe daar besef is hoe moeilik die inskakeling van die teruggekeerde soldate by die gemeenskap is.<sup>2)</sup>

Die "American Commonwealth Fund" het dit moontlik gemaak dat 12 persone uit Engeland gedurende 1923 tot 1929 in Amerika opleiding kon ontvang in psigiatriese maatskaplike werk,<sup>3)</sup> sodat kinderleidingsklinieke ook in Engeland daargestel kon word. In 1949 het Engeland al 450 opgeleide psigiatriese maatskaplike werksters gehad en was dit nog nie genoeg om in die vraag na sulke persone te voorsien nie.

Ten aansien van die toestand in Suid-Afrika meld Die Verslag van die Departementele Komitee van Onderzoek oor die Opleiding en Indiensneming van Maatskaplike Werkers : "As 'n mens in aanmerking neem dat daar net soveel mense met geestesgebreke as met liggaamlike afwykings is en dat die gevolge van eersgenoemde toestand net so ernstig vir die individu en die gemeenskap kan wees as wat die gevolge van liggaamlike ongeskiktheid is, sal jy besef hoe belangrik die indiensneming van Vgl.

1) French L.M.: Psychiatric Social Work; New York, 1940, bl. 12 en Association of Psychiatric Social Workers : Psychiatric Social Work; Londen, 1952, bl. 1.

2) Stevenson G.S. & Smith G.: A.W.; bl. 21.

3) Ass. of Psychiatric Social Work : A.w.; bl. 1.

4) Staatsdrukkery, Pretoria, 1950; bl. 21.

maatskaplike werkers op die grotendeels onontgonne gebied van geestesgesondheid in Suid-Afrika is. Daar is tans elf sulke werkers, 'n paar met gespesialiseerde oorsese kwalifikasies, terwyl die ander algemene werkers is of hoegenaamd geen opleiding geniet het nie!

In Suid-Afrika is die weë al gebaan vir die indiensneming van psigiatriese maatskaplike werkers. Kinderleidingsklinieke kan byvoorbeeld deur Onderwysoutoriteite opgerig word ingevolge die Wet op Spesiale Skole van 1948, en indien die aanbevelings van die Kommissie op Straf- en Gevangenshervorming van 1947<sup>5)</sup> ten uitvoer gebring word, sal die aanvraag na psigiatriese maatskaplike werkers baie toeneem. Die moontlikheid bestaan dus dat daar in die jare wat voorlê 'n aansienlike toename in die vraag na psigiatriese maatskaplike werkers sal wees.

#### b. Vereistes vir die opleiding.

Dit blyk die beste te wees om te vereis dat studente eers die algemene opleiding vir maatskaplike werk ondergaan, d.w.s. die driejarige B.Soc.Sc.-graad met Sielkunde as een van die hoofvakke verwerf, en dat hulle dan 'n eenjarige diploma-kursus deurloop. Dié kursus gee aan die opgeleide maatskaplike werkster 'n beter insig in die emosionele en gedragsmoelikhede by kinders en volwassenes en groter bedrewenheid in die behandeling daarvan. Die studente behoort ten minste 22 jaar oud te wees, en die outoriteite aan die universiteit behoort hulle te vergewis dat die voorgename student die regte persoonlikheid het vir die moeilike werk. Vir die doel moet hulle vorige opleiding en ondervinding in ag geneem word.

#### c. Die opleiding.

Die opleiding vir psigiatriese maatskaplike werksters moet daarop toegespits wees om by die studente die slag aan te

5) Paragrafe 157, 167 en 173 op bl. 25, 27 en 28 respektiewelik

6) Ekwivalent daarvan aan ander Universiteite is die B.A. (S.W.) graad.

7) Kennis van Sielkunde moet psigopatologie en kindersielkunde insluit. Vgl. die sielkunde leerplan van die Potchefstroomse Universiteit vir C.H.O.: Jaarboek van die Potchefstroomse Universiteit vir C.H.O., 1952, bl.199 - 200.

kweek om met ongebalanseerde persone om te gaan en om hulle te behandel. Dit is nie soseer die versameling van kennis wat belangrik is nie. Daarom moet daar van die studente verwag word dat hulle ten minste twee maande gedurende die opleiding by 'n organisasie wat psigiatriese maatskaplike werk doen, praktiese ervaring sal opdoen. Dan behoort hulle ook nog gedurende die jaar onder toesig van die betrokke universiteitspersoneel ten minste drie gevalle met psigiatriese probleme intensief te bestudeer.<sup>8)</sup> Die teoretiese opleiding moet handel oor:

- (i) Die spesiale sorg vir, toesig oor en opleiding van emosioneel en verstandelik afwykendes.
- (ii) Onderzoek na spesiale en omgewingsomstandighede wat betrekking het op die toestand van die geval.
- (iii) Kennis van fasiliteite en metodes van behandeling wat in Suid-Afrika by dergelike gevalle toegepas word.
- (iv) Bestudering van betrokke wetgewing van Suid-Afrika, bv. die Wet op Spesiale Skole, nr. 9 van 1948, die Wet op Werkkolonies, nr. 20 van 1927 soos gewysig, die Kinderwet nr. 31 van 1937 en die Wet op Geestesgebreke nr. 38 van 1916 soos gewysig.
- (v) Onderrig aan die psigiatriese maatskaplike werkster moet geesteshigiëne en die implikasies daarvan insluit; ook moet sy 'n grondige kennis van swaksinnigheid hê en weet hoe om sodanige geestesgebreke raak te sien of te vermoed;<sup>9)</sup> 'n studie van psigopatologie en kindersielkunde sal haar in staat stel om gedragsversteuringe wat sielsiekte aandui, raak te sien.<sup>10)</sup>

Die psigiatriese maatskaplike werkster is 'n sosiale terapeut wat deur middel van haar vorige opleiding en ondervinding in maatskaplike werk tesame met gespesialiseerde opleiding in psigiatriese werk aan haar 'n spesiale taak gee om te vervul ten opsigte van ondersoek en behandeling van gevalle met emosionele- en gedragsafwykings.

Kennis van maatskaplike toestande, menslike verhoudings

- 8) Algemene vereistes vir 'n na-graadse diplomakursus: Jaarboek van die Potchefstroomse Universiteit vir C.H.O., 1952, bl. 145 en Jaarboek van die Universiteit Pretoria, 1953, bl. 123.
- 9) Alhoewel die maatskaplike werkster van die Kinderleidingsklyniek nie verwag word om met swaksinnige kinders te handel nie sal psigiatriese maatskaplike werksters in die ander vertakkinge van die werk kennis daarvan moet dra.
- 10) Sien Bylae D.: University of London Institute of Education and Institute of Child Health; Course for the Child Care Certificate.

en van die node en behoeftes van mense is belangrik in hierdie werk. Sulke dinge kan sy nie in een jaar leer nie, maar die maatskaplike werkster met ondervinding ontwikkel 'n bedrewenheid wat slegs moontlik is as sy gedurig met die gevalle en hulle probleme in aanraking kom.

-----

HOOFSTUK IV.

KONKLUSIE : DIE KINDERLEIDINGSKLINIEK IN DIE GEMEENSAP.

Medici en psigiaters sal saamstem dat hulle baie van die moeilikhede en probleme van hulle pasiënte beter sal kan verstaan en behandel indien hulle meer kennis dra van die huislike en sosiale omstandighede van hulle pasiënte. Hulle sal ook erken dat baie van die pasiënte gouer sal genees en minder van hulle terug sal verval in hulle vorige toestand indien daar 'n diens is wat verder uitgebrei is as hulle spreekkamers, die hospitaal of kliniek; 'n diens wat inligting verskaf omtrent die toestand waarin hulle verkeer, die pasiënt ook deur belangstelling aanmoedig. Dit is veral nodig in die geval van psigiatriese pasiënte.

Ten aansien van die Kinderleidingskliniek is so'n diens, nl. die taak wat die maatskaplike werkster vervul, onontbeerlik, want sy moet die ouers en die kind inlig hoe hulle mekaar moet behandel, wat hulle van mekaar kan verwag; sy moet die uitwerking van die behandeling wat deur die Kinderleidingskliniek toegepas word, dophou en die kind sowel as die ouers gedurig aanmoedig om te volhard met die behandeling.

Die werk van die kliniek behoort tot gevolg te hê dat minder kinders na inrigtings hoef gestuur te word (vgl. Geval nr.3). Vir die maatskaplike werkster in Suid-Afrika sal dit 'n groot stap vorentoe wees, aangesien ons so'n hoë persentasie kinders in inrigtings het.<sup>1)</sup> Aan die anderkant het die Kinderleidingskliniek nie net ten doel die behandeling van potensiële misdadigers, onbeheerbares en gedragsafwykende kinders nie maar kan sy diens ook van onskatbare waarde wees in die geval van kinders wie se probleme nie so in die oog lopend afwykend is nie, bv. kinders wat miskien net nie in die geleentheid gestel word om hulle goeie potensialiteite te ontwikkel nie of wat in 'n onnodige konflik of toestand van vrees verkeer.

1) Verslag van die Kommissie op Straf- en Gevangenis-hervorming 1947; bld.25.

Hiermee word nie bedoel dat die personeel van die Kliniek aan elke sodanige kind persoonlike aandag gaan skenk nie, maar deur middel van 'n geesteshigiëneprogram (net soos 'n publieke gesondheidsprogram) en voorligtingsdiens kan baie vir hulle gedoen word. Deur middel hiervan kan die regte houdinge en doelstellings ten opsigte van kinderopvoeding gepropageer word.

Die Kinderleidingskliniek is 'n organisasie wat die dienste in die gemeenskap korreleer en as skakel dien tussen die hulpbronne wat daar bestaan met die doel om kindersorg in die algemeen te bevorder. Die kliniek stel hom veral ten doel om kinders in die vroeë stadium van gedragsafwykings te behandel, wanneer voorbehoedende werk nog moontlik is. Dit is buitendien 'n stimulerende faktor in 'n gemeenskap wat die belangstelling gaande maak van organisasies en mense wat die daaglikse verantwoordelikheid ten opsigte van kinders dra.

Indien die Kinderleidingskliniek sy aktiwiteite wil uitbrei om die behandeling van ouers ook daarby in te sluit, sal dit nog 'n stap vooruit wees na effektiewer kontrole van gedragsafwykings by kinders. Alhoewel in die verband geredeneer kan word dat die ouers se neurotiese moeilikhede lankal verby die stadium is waar voorbehoeding of selfs genesing moontlik is, kan die nadelige uitwerking daarvan tog verminder word. Dan kan die Kliniek ook op versoek optree in verband met die huwelikslewe, beroepskeuse of ander probleme wat uit die beroepslewe voortspruit. (Laasgenoemde is veral 'n goeie rigting wat 'n Kinderleidingskliniek wat aan 'n universiteit verbonde is, kan inslaan, want dan kan aan die studente beroepsleiding gegee word na aanleiding van psigometriese toetse wat op hulle toegepas kan word. Dit bied ook moontlikhede vir navorsing op hierdie gebied.)

Behoort die Kliniek daarom, na gelang die personeel ondervinding opdoen in die toepassing van tegniek by volwassenes, alle gevalle (sonder inagneming van ouderdomme) op te neem en aldus 'n sentrum vir gesinsorg liewer as kinderleiding te word? Dit kan miskien op kleiner dorpe gedoen word, maar in ons stede is gesinsorgwerk reeds baie uitgebreid. Buitendien word die werk van die Kinderleidingskliniek beperk deur finansiële en administratiewe oorwegings. Die Kliniek moet sy aandag bestee aan dié afdelings van die werk wat die grootste sosiale bate sal lewer. Die gemeenskap se belang by die kind is groter as by die volwassene, want die kind kan ontwikkel in 'n volledig produktiewe man of vrou. Kinders se probleme kan ook gouer en met meer hoop op sukses behandel word as die van volwassenes. Daarom behoort die kliniek slegs volwassenes te behandel insoverre dit invloed sal uitoefen op die pogings tot behandeling van die kinders.

Die Kinderleidingskliniek hoort tuis in die gemeenskap en behoort erken en verwelkom te word as 'n deel daarvan. Dit is bepaald nie net nog 'n organisasie wat bestaande organisasies in hul werk oorvleuel nie. Om aanvanklik te bepaal of die behoefte aan so'n Kliniek bestaan, kan dit eers op 'n eksperimentele basis aangepak word. Dit sal ook dien om die publiek in te lig omtrent die werksaamhede van die kliniek.

Daar moet egter nie te veel publisiteit aan gegee word nie, want dit kan daartoe lei dat te veel van die Kliniek verwag sal word. Die populêre belangstelling kan maklik gaande gemaak word in iets nuuts en buitengewoons, maar sodra die nuwigheid daarvan af is, neem die belangstelling ook af. Die Kinderleidingskliniek is nie 'n nuwe, sensasiewekkende instelling wat wonderre kan verrig nie, maar die oogmerk is om konstante heropvoedingswerk te doen.

UNIVERSITEIT VAN PRETORIA.

(Sosiologie en Maatskaplike Werk).

GESINSONDERSOEK.LEIDRAAD by die Versameling en Sistematisering van GEGEWENS.I. Die SAMESTELLING VAN DIE GESINSGROEP.

- (a) Die Ouers: Name, geboortedatums, huweliksdatum(s), datum van dood van eggenoot(e), skeiding, egskeiding, hertrou ens.
- (b) Die Kinders: Name, geboortedatums, datums van dood, huwelike ens. Kinders reeds getroud, nie meer tuis nie, nog tuis. Kinders op skool en nog nie op skool nie. Kleinkinders.
- (c) Inwonendes: Name, ouderdomme e.d.m. van bloedverwante vriende, kosgangers, bediendes ens. wat by die gesin inwoon.

II. Die GESINSGESKIEDENIS: Die maatskaplike herkoms van die ouers. Hulle gesins- en maatskaplike omstandighede voor hulle huwelik. Besonderhede aangaande die voorouers. Hoof trekke in die gesinsgeskiedenis.III. Die FISIEKE SY:

- (a) Die Algemene Voorkome: Die algemene indruk wat die gesinslede se voorkome maak. Nette of slordige uitelike. Kleding.
- (b) Algemene Gesondheidstoestand: Gesondheid of sieklikheid. Watter fisieke gebreke, swakhede of siektes in die gesin voorkom. Tydelike, periodieke of chronies siektes. Gesondheidstoestand van die voorgeslag. Moontlikheid van oorerwing. Uitwerking van gesondheidstoestand op die gesinslewe.
- (c) Voeding: Besonderhede aangaande voeding en voedings-toestand. Ondervoeding, slegte of goeie voeding. Wat die gesin gewoonlik eet. Oorsake en uitwerking van die voedingstoestand.
- (d) Behuising: Beskrywing van woning. Goeie of slegte behuising; oorbevolking. Toestand waarin die woning gewoonlik verkeer. Netheid of onsindeelikheid. Gebruik wat van die verskillende vertrekke gemaak word. Waar die gesinslede slaap. Algemene indruk wat die woning en die inrigting daarvan maak. Oorsake en uitwerking van die behuisingstoestand.

IV. Die PSIGIESE SY:

- (a) Die Temperament: Haastige of langsame, opgewekte of dooierige temperament (geaardheid). Egalige of wisselende geaardheid. Opvallende temperamentskenmerke. Indruk wat die geaardheid van die verskillende gesinslede maak. Hulle optrede en houding. Uitwerking van die temperament of geaardheid op die gesinslewe.
- (b) Die Gevoelslewe: Sterk of weinig deur gevoelens beheers? Waarteenoor emosioneel onverskillig en waardeur sterk geemosioneer? Watter gevoelens oorheers by uitstek? Gevoelslewe egalig of wisselend. Afwykinge? Uitwerking van die gevoelslewe op die gesinslewe.

## II.

- (c) Die Wilslewe: Veel, matige of weinig wilsaktiwiteit, wilsvastheid en deursettingsvermoë? Selftevrede of ondernemend? Selfinspanning of luiheid? Afloop van wilshandelinge en uitvoering van wilsbesluite reëlmatig en egalig, of onbestendig en sporadies? Verdere kenmerke. Uitwerking op gesinslewe.
- (d) Die Verstandsvermoë: Sterk, matige of swak verstandsvermoë? Ondernormaliteit? Swaksinnigheid? Besonderhede. Uitwerking op die gesinslewe.

### V. Die ETIES-GODSDIENSTIGE SY:

- (a) Die Karakter: Die sedelike beskouinge wat eerbiedig en nagelewe word. Goeie of slegte, sterk of swak, hoog- of laagstaande karakter. Eerlikheid of skelmagtigheid. Geloofwaardigheid of leuenagtigheid. Seksueel-sedelik of -onsedelik. Drankmisbruik. Misdadigheid? Verdere opvallende sedelike kenmerke en karaktereienaardighede. Uitwerking op die gesinslewe.
- (b) Die Godsdienstige Lewe: Lidmaatskap van kerkgenootskap of sekte. Kerklik of onkerklik. Godsdienstig of ongelowig. Algemene geloofsoortuiginge. Uitlewing van godsdienstige beskouinge. Uitwerking van godsdienstige lewe (of gebrek daaraan) op die gesin.

### VI. Die EKONOMIESE-MAATSKAPLIKE SY:

- (a) Die Maatskaplike Omgewing: Landelik of stedelik? Kenmerke van die omgewing. Goeie of slegte buurt. Verband tussen behuisingstoestand en die maatskaplike omgewing. Uitwerking op die gesinslewe.
- (b) Die Gesinsverhoudinge: Volledigheid of onvolledigheid. Verhouding tussen ouers, tussen kinders, tussen ouers en kinders. Bestendigheid of ontbinding. Toegeneentheid of onenigheid. Oorsake en uitwerking.
- (c) Onderwys, Opvoeding en Beroep:
- (i) Die ouers: Mate van onderwys en aard van opvoeding: huis en skool. Skoolprestasies (sover moontlik). Beroepsvoorligting, -keuse, -opleiding. Ongeskoold of geskoold vir arbeid. Beroep(e) wat beoefen is en beoefen word. Loonarbeid van die moeder. Uitwerking op die gesinslewe.
- (ii) Die Kinders: Mate van onderwys en aard van opvoeding: huis en skool. Geleenthede en vooruit-sigte. Beroepsvoorligting en -opleiding.
- (d) Ekonomiese Posisie:
- (i) Algemene kenmerke van die ekonomiese posisie van die gesin. Besittinge.
- (ii) Inkome: Verdienste van vader, moeder en kinders (hul bydraes in besonderhede). Hulp van bloedverwante, private persone, kerk, private organisasies, en uit publieke fondse, e.d.m. Spesifikasies. Ekonomiese selfstandigheid of afhanklikheid.
- (iii) Uitgawe: Aankoop, onderhoud of huur van huis of grond. Kleding. Voeding. Onderhoud aan andere. Onderwys en opvoeding. Ontspanning en vermaaklikheid. Algemene ontwikkeling.
- (iv) Reserwe: Die vraag of die gesin 'n reserwe opbou waarop in tye van nood en teenspoed teruggeval kan word; of dit vir die gesin moontlik is of nie. Lewens-, eiendoms-, werkloosheidsversekering, e.d.m.

### III.

- (v) Skulde: Aard en oorsake van die skuld. Ophoping of afbetaling? Moontlik of onmoontlik om skuld te bowe te kom?
- (vi) Ekonomiese kragte en swakhede: Oorleg en spaarsaamheid, of spandabelheid en verkwisting. Aankoop van noodsaaklike of onnodige dinge. Wysé waarop gekoop word: kontant, krediet of huurkoop.
- (vii) Vroeëre Ekonomiese Posisie en Ekonomiese Vooruitsigte: Versterking of verswakking van die ekonomiese posisie in die algemeen. Opsigte waarin en redes waarom.
- (viii) Onontwikkelde ekonomiese moontlikhede: Is die gesin in ekonomiese opsig tot meer in staat? In watter opsig(te)?
- (e) Maatskaplike verhoudinge: Maatskaplike "klas". Houding teenoor ander "klasse". Kennisse, vriende, bure, geselskap. Plek in die gemeenskap: toonaangewend of meegaande; deelname aan die maatskaplike lewe; ens.
- (f) Maatskaplike Posisie in die Algemeen: Maatskaplik sterk of swak. Versterking of verswakking van die algemene maatskaplike posisie. Opsigte. Oorsake.

### VII. DIE PROBLEEM-BEPALING:

Wat is die probleem(e)? Waarom? Oorsake? Waar is die probleem(e) veral geleë? Hoofprobleem en bykomstige probleem, hoof- en bykomstige oorsake. Is die probleem aan die vererger of aan die verminder?

### VIII. DIE BEHANDELING:

- (a) Watter hulp en behandeling het die gesin reeds ontvang? Wat was die uitwerking daarvan? Geslaag of misluk? Waarom?
  - (b) Volgens welke beginsels en metodes behoort die probleem(e) behandel te word. Uitvoerige besonderhede oor hoe te werk gegaan moet word. Motivering.
-

KINDERLEIDING-INSTITUUT

Universiteit van Pretoria.

VERSLAG VAN KIND.

1. ALGEMEEN:

Naam. Geboortedatum en -plek. Ouderdom. Std. Skool. Afkoms (Afrikaans, Engels, Joods, ens.)  
Ouers se adres. Kind se adres indien nie by ouers nie.  
Huistaal.

2. MAATSKAPLIKE TOESTANDE:

- (i) Het die kind ouers, albei of een? (meld ouderdomme).  
Bly kind by ouers? Is dit 'n onegte kind?  
Ontwikkelingspeil van ouers (melding van agterlikheid, swaksinnigheid, geesteskrankheid, enige verstandelike afwyking, ongeletterdheid, temperament, sedelike beskouinge).
- (ii) Hoeveel broers en/of susters en ouderdomme. Gaan hulle skool, waar en in welke klasse? Geestelike gesteldheid van broers en/of susters (slegs afwykings).
- (iii) Het kind familiebetrekkinge verloor? (ouers, broers, susters). Spesifiseer. Oorsaak? Stiefouerskap of wees? Verhouding tussen vader en moeder? Verhouding tussen vader en kind, moeder en kind? Verhouding van kind tot broers en susters.
- (iv) Buurttoestande. Sosiale en ekonomiese lewenspeil (omskryf kortliks en sê of dit baie goed, middelmatig, swak of baie swak is). Beroep van vader en/of moeder en inkomste. Maatskaplike lewenswyse (behuising, voeding, kleding). Sedelike en godsdienstige lewenswyse (drank, sedelikheid, misdaad, godsdiens). Speelplek van kinders. Moontlikheid van maatskaplike minderwaardigheidsgevoel.
- (v) Dra ouers by om sedelike ontwikkeling te bevorder? (toesig, dissipline, samewerking met skool)
- (vi) Verrig die kind buite skoolure betaalde arbeid? Waar en soort arbeid? Tye. Betaling. Is dit vrywillig of word kind verplig deur ouers of voogde?
- (vii) Verdere opmerkinge.

3. PSIGOLOGIESE ONTLEDING:

- (i) Verstandsondersoek: Naam van toets.  
Verstandsouderdom ... jaar... maande.  
Verstandskwosiënt:  $\frac{V.O}{K.O} \times 100 =$   
Opmerkinge (houding en gedrag gedurende toets)  
Praktiese aanleg (noem toets en resultaat).  
Spesiale aanleg of eensydige begaafdheid (geheue, konsentrasie, taalvermoë).
- (ii) Emosionele en wilslewe:  
Algemene emosionaliteit (bv. onder-ontwikkel, normaal, oor-ontwikkel).  
Besondere temperamentseienskappe.  
Ontwikkeling van drange en emosies (seks, vrees, woede, ens.)  
Waarvoor is kind opvallend bang?  
Het een van die volgende voorgekom: slapeloosheid, naelsbyt, enuresis, duimsuig, woedebuie, vertrekkinge van gesig, stotter?

Hanteer van geslagsdele, oormatige nuuskierigheid, ander opvallende gedragswyses i.v.m. geslagslewe? Het die volgende nou of vroeër baie opvallend voorgekom: koppigheid, sensitiwiteit, dagdrome, lomerigheid, rusteloosheid, luidrugtigheid, verklik? (Op welke ouderdomme).

Was daar 'n buitengewone of skokkende ervaring in kind se lewe? (bv. val, geweldige skrik, ens.). Verdere opmerkinge.

#### 4. VERSLAG VAN OPVOEDKUNDIGE AANGELEENTHEDE:

- (i) Wanneer op skool gekom.
- (ii) Teenswoordige standerd. Klasposisie.
- (iii) Gedruip? Hoeveel keer en wanneer?
- (iv) Klasvertraging.
- (v) Skoolbywoning - noem oorsake van skoolversuim.
- (vi) Vorige onderwysomstandighede (goed, swak, veranderlik, ouers trek rond, ens. omskryf noukeurig.
- (vii) Word kind as lui beskou? Waarom?
- (viii) Resultate van enige skolastiese toets: (Reken, woordeskat, lees, spel, teken, ens.).
- (ix) Het kind genoeg speelgeleentheid. Speel kind graag met maats. Besonderhede omtrent speelgewoontes vroeër en nou.
- (x) Afstand van skool en wyse van vervoer.
- (xi) Oordeel van Onderwyser en rekord van kind, bv.

##### A. Vakkennis, ens.

- (a) Rekenkundige begaafdheid: is dit baie goed, gemiddeld, swak of baie swak - dui aan deur A, B, C, D, of E. Noem spesiale swakhede.
- (b) Taalbeheersing: dui aan net soos vir vorige. Mondeling (moedertaal) Skriftelik (opstel, grammatika, ens). Noem swakhede (bv. swak in spel, ens.).
- (c) Tekenvermoë (A, B, C, D, of E)
- (d) Sang of musiek (A, B, C, D, of E)
- (e) Handvaardigheid (A, B, C, D of E): In skool. Buite skool.
- (f) Skrif: toon dit enige buitengewone kenmerke (gee voorbeeld van skrif).
- (g) In welke vakke die beste resp. die swakste.
- (h) Van welke skoolvak(ke) hou die kind die meeste en van welke die minste?
- (i) Stokperdjies buite skool (nie spele nie)
- (j) Watter soort werk sou kind graag wil doen? (Sê waarom)
- (k) Enige spesiale begaafdheid opgemerk.
- (l) Kan kind in sy werk aanhoudend konsentreer of fluktueer aandag?
- (m) Opmerkinge.

B. Temperament en Karaktereienskappe: (Krap die A, B, C, D of E uit namate die kind baie hoog, hoog, gemiddeld, laag of baie laag t.o.v. die volgende eienskappe geskat word, bv. netheid A, B, C, - of E sal beteken dat hy laag t.o.v. hierdie eienskap geskat word; Beleefdheid A, B, C, D of -; Onbeskoftheid -, B, C, D of E ens.).

- (i) Sosiaal A, B, C, D of E; teruggetrokke A, B, C, D of E; leierskap A, B, C, D of E; netheid A, B, C, D of E; kooperatief A, B, C, D of E; opgeruimd (vriendelik) A, B, C, D of E; opmerkzaam A, B, C, D of E; baasspele- rig A, B, C, D of E; gehoorsaam A, B, C, D of E; betrou- baar A, B, C, D, of E; waarheidsliewend A, B, C, D of E; eerlik A, B, C, D, of E; vlytig A, B, C, D, of E; onder- nemend A, B, C, D of E; beleefd A, B, C, D of E; afknoue- rig A, B, C, D of E.

- (ii) Onderstreep verder die kenmerke wat op die leerling van toepassing is:- apaties, besluiteloos, slaperig, kalm, terneergedruk, skugter, vreesagtig, saggeaard, afgetrokke, opwinbaar, aggressief, volhardend, beslis, astant, ongeduldig, senuagtig, praatsiek, selfsugtig, slu, koppig, verwaand, spotter, ongevoelig teenoor lof, blaam of straf, ens.

Meld enige afwykende gedragswyse.

5. ONTWIKKELINGSGESKIEDENIS: (konfidensiële getuigenis ingewin van dokter, verpleegster, sosiale werkster e.a.)

- (i) Geboorte (normaal, ens.)  
(ii) Huislike toestande by geboorte en later (armoede, gebrek, ens).  
(iii) Gegewens oor ontwikkeling:  
(a) Groei - gewig - lengte - normaal of nie?  
(iv) Welke siektes, veral kindersiektes, het die kind reeds gehad?  
(v) Persoonlike gewoontes (netheid, rook, ens.)  
(vi) Ander ontwikkelingsvoorvalle (ongelukke, val op kop, ens.)  
(vii) Wanneer het kind (a) leer praat  
(b) leer loop  
(c) tande gekry  
(viii) Ontwikkeling in die gesin of nie? Waar?  
(ix) Algemene belangstelling van ouers in geestelike en liggaamlike ontwikkeling van kind.  
(x) Enige ander verskynsel of voorval wat in loop van ontwikkeling plaasgevind het (bv. eienaardighede in taalontwikkeling, slaaploosheid, ens.)

6. MEDIESE VERSLAG:

- (i) Naam van kind  
(ii) Houding en algemene voorkoms.  
(iii) Gewig. Lengte.  
(iv) Hart.  
(v) Longe  
(vi) Buikorgane.  
(vii) Neus, keel en ore. Gehoor.  
(viii) Oë. Gesigskorpte.  
(ix) Mond en Tande  
(x) Huidsiektes.  
(xi) Besmetlike siekte.  
(xii) Wassermann-reaksie, indien nodig.  
(xiii) Malaria  
(xiv) Urogenitaalstelsel.  
(xv) Misvorminge.  
(xvi) Voedingstoestand.  
(xvii) Verdere opmerkinge.
-



Magistrate's No. }  
 Magistraats No. }

Union Soc. Welfare No. }  
 Unie Dept. Volkswelsyn No. }

Surname .....  
 Van .....

Date .....  
 Datum .....

Home Language .....  
 Huistaal .....

Family Address .....  
 Gesinsadres .....

Names of Parents and Children (including those not living at home). Name van Ouers en Kinders (diegene wat nie tuis woon nie ingesluit).	Date Datum		Legitimate Eg Illeg. Oneg.	Marital Status Huwelikstaat	Address (when away from home). Adres (wanneer weg van huis).	Physical Condition. Liggaamlike Toestand	School or Occupation Skool of Beroep.	School Standard and /or Earnings Standerd op Skool en/of Loon.
	Born Gebore	Died Oorlede						
Father/Vader								
Mother/Moeder								
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								

Environment .....  
 Omgewing .....

Number of Rooms occupied .....  
 Getal Kamers bewoon .....

Religion .....  
 Geloof .....

**Father/Vader**

If dead, age and cause .....  
 As oorlede, ouderdom en oorsaak .....

Insurance or Compensation .....  
 Assuransie of Kompensasie .....

**Mother/Moeder**

If dead, age and cause .....  
 As oorlede, ouderdom en oorsaak .....

Insurance or Compensation .....  
 Assuransie of Kompensasie .....

**FINANCIAL POSITION — FINANSIËLE TOESTAND**

Monthly Income/Maandelikse Inkomste			Monthly Expenditure/Maandelikse Uitgawe		
£	s	d.	£	s	d.
Earnings/Loon			Rent/Huishuur		
Church/Kerk			Insurance premiums } Assuransie premies }		
Province/Provinsie			Debts/Skuld		
Other Societies/Ander Verenigings			Other Fixed Payments } Ander Bepaalde Paaimente }		
Relatives/Familie			Balance/Balans		
Other Sources/Ander Bronne					
<b>Total/Totaal</b>			<b>Total/Totaal</b>		

Relatives of Father .....  
 Familie van Vader .....

Relatives of Mother .....  
 Familie van Moeder .....

Case reported by .....  
 Geval gerapporteer deur .....

Address .....  
 Adres .....

Nature of Application or Complaint .....  
 Aard van aansoek of klagte .....

INFORMANT'S REPORT (Attached):—  
 VERSLAG VAN BERIGGEWER (Aangeheg):—

UNIVERSITY OF LONDON INSTITUTE OF EDUCATION,  
AND INSTITUTE OF CHILD HEALTH.  
COURSE FOR THE CHILD CARE CERTIFICATE.

The course is intended for those who are already qualified and experienced in some aspect of the care of children and who desire to undertake a broader study with a view to taking up posts of a senior and supervisory character in the field of Child Care or concerned with the training of tutors in this field.

The wider provisions now being made in connection with the care of homeless children and the training of House Mothers, the leisure time activities of children and the training of Play Centre leaders, and for the training of Nursery Nurses, are some indications of the need for senior people with knowledge of the psychological as well as the physical needs of children.

Students may be expected to possess a Social Science Diploma or be qualified as a teacher, a State Registered Nurse, a State Registered Children's Nurse, or a Health Visitor, or to possess a qualification of comparable standing.

Candidates will be selected by interview and attention will be paid to experience in the relevant field, especially to experience with children.

The Course extends over one University session, from October to June, and is designed both to supplement the student's previous training where this is needed, and to make available recent knowledge and developments in the study of Child Care. The Course will include a study of:-

1. The physical growth and development of children and young persons. Considerations of health and the prevention of disease.
2. The mental and emotional growth and development of children and young persons. Considerations of mental health and the prevention of disturbances.
3. Group life as an equivalent of family life. The behaviour of children living in groups and their management.
4. The Social and educational services and the effort of social conditions upon the lives of children.
5. The tutoring of students. The principles of teaching as applied to training for work with children.
6. Applications to the work of Nursery Schools and Nurseries, Play centres and other forms of leisure for children and young persons. Home-making for groups of children.

Each student will undergo practical training which will include participation in the work of some of the followings:-

1. Nursery schools.
2. Play centres or junior clubs;
3. Youth clubs;
4. Children's homes;

5. Welfare centres or minor ailments clinics.

Visits will be arranged to give students opportunities for observing various forms of activity in the field of Child Care.

The course will include seminars and discussion groups which will be arranged as far as possible in accordance with the special interests of students.

The University does not offer any diploma for students taking the Course, nor is there any examination in connection with it. The work of students will be assessed during the Course, and those who have successfully completed it will receive a certificate to that effect, signed by the Head of the Department and the Directors of the two Institutes.

The tuition fee for the Course will be £62.10.0. For candidates whose application is approved by the Central Training Council in Child Care at the Home Office, and who intend to work in posts inspected by the Home Office, grants for taking this Course will be available. For students not covered by the Central Training Council the Local Education Authorities have power to make grants towards the cost of training. The rate of the award will be a matter for arrangement with the Local Education Authority in question, to whom the student should apply for information.

Forms of application for admission may be obtained from the Secretary, University of London Institute of Education, Malet Street, W.C.1. Application forms should be submitted not later than the 25th March, 1950.

Staff.

Dr. Agatha H. Bowley, Ph.D.,  
Senior Lecturer in Child Care.

Miss Joan E. Cass,  
Lecturer, Department of Child Care &  
Department of Child Development.

Miss D.E.M. Gardner, M.A.  
Senior Lecturer and Head of the  
Department of Child Development,  
Institute of Education. (Assisted by members  
of the Institute's staff).

Professor Alan Moncrieff, M.D., F.R.C.P.,  
Director of the University of London  
Institute of Child Health. (Assisted by members  
of the Institute's staff).

G.B. JEFFERY.  
Director, Institute of Education.

A. MONCHRIEFF.  
Director, Institute of Child  
Health.

## BIBLIOGRAFIE.

1. American Psychological Association : Guide to psychological clinics in the United States; 1935.
2. Appleton : "Child Guidance Procedures", Institute for Juvenile Research; New York, 1937.
3. Bornstein S.: A Child analysis; Psychoanal.Quart 4, 1935.
4. British Journal of Psychiatric Social Work, Editor Netta Glass, London.
5. Brown S. & Potter H.W.: The psychiatric study of problem children, Utica, 1930.
6. Bühler, Charlotte : From birth to maturity ; London 1937.
7. Burt C. : The young delinquent, London, 1945.
8. Doll E.A. : Psychological Exchange; New York, 1934.
9. French L.M. : Psychiatric Social Work, New York, 1940.
10. Gesell A.: Infancy and human growth; New York, 1928.
11. Gomberg M.R. & Levinson F.T.: Diagnoses and process in family counselling; New York, 1951.
12. Klopper B. & Kelly D.M.: The Rorschach Technique; New York, 1942.
13. Levy D.M. & Patric H.T.: Relation of infantile convulsions, head banging and breath-holding to fainting and headaches in the parents; Arch.Neur.Psychiat., 1928.
14. Levy J.: The impact of cultural forms upon children's behaviour; Mental Hygiene, 1932.
15. Louttit C.M.: Clinical Psychology; New York & London, 1947.
16. MacCrome I.D. : "Child Guidance and Educational Clinics"; Verslag van die Nasionale Konferensie oor Maatskaplike Werk, 1936.
17. Marcus, Grace : The Psychiatric Point of View in Social Work; Mental Hygiene, 1923.
18. Minde Dr. M. : "The Child Guidance Clinic", Verslag van die Nasionale Konferensie oor Maatskaplike Werk, 1936.
19. Richmond M.L. : Social Diagnoses; New York, 1917.
20. Rogers C.: The clinical treatment of the problem child; Boston, 1939.
21. Shaw C.R. : Delinquency areas, Chicago University, 1929.

22. Stevenson G.S. & Smith G.: Child Guidance Clinics; Oxford University Press, 1934.
23. Verslag van die Departementele Komitee van ondersoek oor die Opleiding en Indiensneming van Maatskaplike Werkers, 1950.
24. Verslag van die Kommissie of Straf- en Gevengenisshervorming, 1947.
25. Witmer H.: Psychiatric Clinics for Children; New York, 1940.
26. Witmer L.: Psychological Clinic; New York, 1922.  
Clinical Psychology; New York, 1907.
27. Young P.V.: Interviewing in Social Work; New York & London, 1945.