

# Klinisk kompetanse – evidensbasert på hva?

Kjell von Krogh

Privat praksis, Arendal

Rosenvinge, Larsen, Skårderud og Thune-Larsen (2004) har skrevet en artikkel i Tidsskriftet med tittelen: «Klinisk kompetanse i psykisk helsevern: Hva er det, og hvordan kan det læres?». All den stund klinisk kompetanse er noe jeg har videreutdannet meg selv og andre for i 50 år, var det med interesse og et åpent sinn at jeg ga meg i kast med artikkelen. Lesergleden ble etterhvert tilført atskillig forbauselse iblandet en viss bekymring.

Klinisk kompetanse i psykisk helsevern er en av de eldste og mest etterprøvde hjørnesteinene i norsk psykologi, både som universitetsstudium og profesjon. Den kliniske psykologien har i sjelden grad stått av angrep, både utgått fra egne rekker og fra «ytre fiender». Men det er en annen historie.

Skjønt ikke helt. Fordi min første overraskelse kom der artikkelforfatterne tar for seg kliniske ferdigheters nytteverdi, som en underavdeling av forfatternes fire søyler: kunnskaper, ferdigheter, holdninger og strategier for formidling av (kliniske) ferdigheter. Psykoanalysen, som i over hundre år (Breuer & Freud, 1983–1895; Sandell et al., 2000) har vært hovedleverandøren til det meste av det vi har av kunnskaper, ferdigheter og holdninger så vel som opplæring i klinisk kompetanse, blir i artikkelen avfeiet og gjemt bort med følgende setning: «Det er særlig psykodynamiske og systemiske terapimodeller som har et velutviklet språk om relasjoner, eksemplifisert ved begreper som overføring, motoverføring og metakommunikasjon» (s. 708).

Det står ikke til å nekte at feilskjær som artikkelen her utviser ved slik å sende psykoanalysen på gangen, i høy grad svekker dens krav på å bli tatt seriøst. Dette bringer meg til min hovedinnvending mot artikkelen. Og det gjelder ikke den reduserende og utviskende referansen til psykoanalysen. Det er vi vant til, inntil det kjedsommelige. Nei, innvendingen retter seg mot forfatternes mangel på gyldige og forsvarlig oppdaterte kliniske kart over det psykologiske terrenget vi som medmennesker og klinikere er henvist til å ferdes i.

I min daglige terapeutiske virksomhet så vel som veilederpraksis, styres jeg først og fremst – ikke av de økonomiske eller historisk-kulturelle faktorer, som artikkelen synes å prioritere – men av de umiddelbare mellommenneskelige og særlig de emosjonelle og affektive realitetene slik de ytrer seg og oppleves her og nå. Det kan være i tilknytning til et sykt barn; en bilmotor som fusker mandag morgen med trøtte unger i bilen før ukens skolestart; en oppsigelse fra jobben med tunge og slitsomme konsekvenser; eller en berusende forelskelse, tilskyndet og formørket av en kronisk og gledesdrende ekteskapeleg konflikt. Eller det kan være noen lykkelige feriedager med ektefellen og barna, avbrutt av et smertefullt uventet dødsfall i næmeste omgangskrets. Samtidig kan det for andre nettopp være fraværet av slike livsbevegelser som bringer dem til å søke behandling for en uutholdelig ensomhet.

Dette er fragmenter av den sosiale og emosjonelle virkeligheten artikkelen om klinisk kompetanse skulle ha fanget inn og tatt sitt utgangspunkt i – istedenfor de ideologiske, økonomiske og akademiske pusteøvelsene som blir resultatet. Kort og godt: den indre og ytre virkeligheten slik den eksisterer for oss alle til enhver tid. Hva gjør vi da?

I den øyeblikkelige situasjon gjør vi som best vi kan i form av et balansert og deltagende nærvær. Mer verken skal eller må vi makte som klinikere eller medmennesker. Her dreier det seg forøvrig ikke om det artikkelen omtaler som «taus kunnskap» (s. 709), fordi jeg når som helst kan konkretisere, begrepsbestemme og utdype min – gjerne for meg – kliniske «personlige epistemologi» (s. 709). Men i tillegg omfatter min kliniske kompetanse erfaringen med det Keats (1952) definerte som «negative

capability «, det vil si erkjennelsen av at det hele tiden vil være mye vi verken som klinikere eller medmennesker forstår fullt ut. Og at jo mer vi tror at vi forstår, dess mer gjenstår det å vite. Klinisk kompetanse er en uavlatelig prosess som også stiller oss overfor mysterier vi er ute av stand til å legge inn under og binde til våre teorier og begreper. Heldigvis!

Jeg henter igjen Freud (1914) frem i lyset, fordi han formulerer vårt hovedproblem og vår arbeidsoppgave i klartekst slik: «For disse ideene (for eksempel ego-libido, objekt-libido, min tilføyelse) er ikke fundamentet for vitenskapen, som alt annet hviler på: fundamentet er observasjon, og observasjon alene.» (s. 77). For en ny og den gang uprøvd vitenskap som psykoanalysen, så Freud det som særlig viktig å lansere ideer og begreper rent forsøksvis, og de måtte være utskiftbare hvis ny erfaring tilsa det. Dette avdekker og uttrykker i komprimert form min hovedinnvending mot artikkelen som helhet. Det er vel og bra med prinsippet om en flerdimensjonal integrert kunnskap slik forfatterne går inn for, men det forutsetter kunnskap bygget på relevante og så pålitelige som mulig observasjoner. Ikke noe sted finner jeg fyllestgjørende uttrykk for hvilke observasjoner kunnskapene, ferdighetene, holdningene og opplæringen tar sitt utgangspunkt i og henvender seg til. Det nærmeste jeg kommer noe i retning av observasjon er henvisningen til «den tradisjonelle individorientering som en selvfølgelig tilnærming i klinisk arbeid» (s. 711), som forfatterne mener å kunne føre tilbake til de egentlig «styrende idehistoriske og økonomiske premissene» (s. 708). Det samme gjelder i forbifarten erkjennelsen av det nødvendige for klinikerens å kunne «skille mellom egne behov, og pasientens behov» (s. 708). Dette er så innlysende og er formulert så generelt at det sier alt og ingenting.

## Kryptisk argumentasjon

Forfatterne advarer også mot å oppleve pasienter som «brysomme, manipulerende eller vanskelige», og manglende «evne til å sette seg inn i pasienters situasjon» (s. 708). De foreslår som et alternativ en integrasjonsmodell som synes å forutsette nødvendigheten av integrering av antatt klinisk relevant kunnskap og erfaring fra ulike kilder og på ulike epistemologiske nivåer. I realiteten kan dette lett bli et anstrengt a priori krav om til enhver tid å samordne til dels inkommensurabel kunnskap og erfaring – for eksempel faktakunnskap versus følelsesmessig dyptgripende, ikke sjelden krisepregede og traumatiske, men også vekstfremmende livserfaringer – på en måte som kan virke sterkt forstyrrende på mulighetene for en uhildet og «umettet «, smidig nok observasjon og dermed tilstrekkelig pålitelig evidens.

Forfatterne fører en, etter min oppfatning, kryptisk argumentasjon for kravet om såkalt evidensbasert behandling: «Mye av diskusjonen om evidensbasert praksis er etter vår mening overrideologisert, skyttergravspreget, unyansert og lite kompetansefremmende». (s. 709). «Teoriløs taus kunnskap eller ensidig implementering av resultater fra randomiserte kliniske studier er verken kompetent atferd eller særlig kompetanseutviklende « (s. 709). Løsningen ligger derimot i evnen til «å reflektere over forholdet mellom evidensbasert praksis og praksisbasert evidens» (s. 709). Utmerket! Men hva slags evidens, observert under hvilke betingelser og i forhold til hva?

Den tradisjonelle advarselen mot å kategorisere pasienter som «brysomme, manipulerende eller vanskelige», demonstrerer nettopp en manglende forståelse av – i dette tilfelle – motoverføringen som en observasjonsbetingelse og mulig kilde til informasjon om forholdet mellom partene i en behandlingssituasjon. Artikkelen lider i det hele tatt av en beklagelig mangel på relevante observasjoner som i kraft av den resulterende evidens kunne rettferdiggjøre de mange velmente ideene om kunnskap, ferdigheter, holdninger og opplæring.

På grunn av den vedvarende uvitenheten som for eksempel stadig gjør seg gjeldende på fagpsykologisk hold om psykoanalysen, vil det for meg og min psykoanalytisk funderte praksis

selvsagt være direkte hasardiøst å overlate evidenspremissene og domsmyndigheten til personer og instanser som åpenbart er ute av stand til på tilstrekkelig kunnskapsmessig og saklig grunnlag å forstå og vurdere virksomheten.