

## TERAPEUTISK KOMPETENCE I EN PROBLEMATISK PRAKSIS

Ole Dreier

*Der argumenteres for at beskrive terapeutisk kompetence som et aspekt ved den konkrete behandlingspraksis. På baggrund heraf karakteriseres den terapeutiske kompetence som problematisk, fordi faget og den terapeutiske praksis er problematiske størrelser. Kompetencen forandrer sig historisk og er lokalt og individuelt forskellig. Den er sammensat og må forstås decentreret, er distribueret og partiel, positioneret og situeret, omstridt og uselvfyldelig, præget af personlig usikkerhed og en norm om fejlfrihed samt et problematisk eneansvar. Det paradoksale forhold at udøve autoritet i styringen af andre menneskers selvstændighed skærper terapeuters personlige behov for selvovervågning, selvransagelse og selvudvikling. Men det nødvendiggør også en kombination af fagkritik, selvkritik og udvikling. Der plæderes for behovet for en konkret praksisforskning af terapeuten som person i en behandlingspraksis, præget af sådanne forhold.*

**Et problematisk fag**

Denne artikel er en revideret udgave af mit oplæg ved en konference om »Terapeuten – psykoterapiens svage led?«, som dannede basis for forrige nummer af Psyke & Logos. Jeg skal da også beskæftige mig med det spørgsmål, redaktionen dengang rejste, men anskue det som et spørgsmål om kompetenceudvikling. Baggrunden for artiklen er i øvrigt mit mangeårige samarbejde med terapeuter i forskningsprojekter om psykoterapeutisk praksis og i mit virke som efteruddanner, supervisor og terapeut. Artiklens analyser er tillige inspireret af min udforskning af professionskompetence og dens udvikling inden for det psykoterapeutiske arbejde og derudover, fortrinsvis i sundheds- og socialektoren. Og alt dette er et led i mit arbejde med at udvikle en subjektivtvidenskabelig psykologisk teori og praksisforskning.

Psykologien er på mange måder en problematisk videnskab (Markard, 1996). Der er hverken enighed om et sammenhængende og sikkert videnskabeligt grundlag eller om en bestemt afgrænsning i forhold til an-

---

Ole Dreier er dr. phil., mag. art. og ph.d. i psykologi og ansat som professor i personlighedspsykologi ved Psykologisk Laboratorium på Københavns Universitet. Han er godkendt specialist i psykoterapi og supervision.

dre videnskaber. En af vore mest fremtrædende psykologihistorikere udtrykker det således:

»Psychology is a discipline with fraying boundaries. Many psychologists now find themselves working in fields like artificial intelligence, neuropsychology, organizational studies, vision research – to mention only a few, where their disciplinary affiliation takes second place to their contribution to an interdisciplinary project. It may even become difficult to discern any systematic differences between contributions of psychologists and those of others with different disciplinary backgrounds.« (Danziger, 1997, 400)

Ikke desto mindre ser vi udbredte tendenser til at opfatte psykologiens enkelte videnskabelige discipliner (socialpsykologi, personlighedspsykologi, klinisk psykologi, osv.) som monolitiske enheder med hver sin samlede, kumulerede vidensfond og fremadskridende udvikling. Og vi ser tendenser til at hævde, at der til hver disciplin hører adskilte genstande og arbejdsfelter, der vogtes som denne disciplins territorium, så forholdet mellem fagets discipliner udarter til en kamp om afgrænsningen og retten til at bestemme over territorier. Noget lignende ses, når de enkelte videnskaber opfatter sig som monolitiske discipliner med hver sine særskilte territorier. Umiddelbart får sådanne opfattelser videnskabelige discipliner til at tage sig uproblematisk ud på bekostning af, at deres indre problematikker skubbes i baggrunden. De kan da virke videre i det stille i stedet for at blive taget op, så videnskaben kan udvikle sig ud over (nogle af) dem.

Ligesom mange andre fag er faget psykologi også præget af dybe indre brydninger mellem den teoretiske psykologis fremherskende metodologiske og teoretiske traditioner på den ene side og den psykologiske professions mest udbredte tankeformer, opgavetyper og kompetencer på den anden. Der har på mange måder udviklet sig adskilte og modsatte traditioner for en »akademisk psykologi« og en »praktisk psykologi«, som er institutionaliseret i særlige forhold mellem dem i uddannelsen og i forholdet mellem uddannelse og profession (Dreier, 1998a). Til dette brydningsfulde forhold hører problematiske og uoverensstemmende opfattelser af forholdet mellem teori og praksis, af den psykologiske videns beskaffenhed og afgrænsning og af, hvad det vil sige at »anvende viden« (Schön, 1983; Wackerhausen, 1997). Det medfører problematiske og uoverensstemmende opfattelser af, hvorledes en psykolog skal handle under udøvelsen af sin profession for at man kan sige, at det han/hun gør beror på fagets viden, og for at man overhovedet kan identificere den faglige vidensbaggrund for det han/hun gør.

Desuden er fagets profession problematisk. Det må den nødvendigvis være, når det videnskabelige grundlag og forholdet mellem teori og anvendelse er problematiske. For hvordan skal en praktiserende psykolog

så kunne definere og udvikle sin faglighed præcist og sikkert, og hvordan skal han/hun i det hele taget gribe den opgave an og give den retning? Hertil kommer, at den psykologiske profession – i endnu højere grad end den psykologiske forskning – som regel udøves i tværfaglige felter og som bidrag til tværfaglige opgaver. De fleste institutioner, psykologer arbejder i, er således ikke primært defineret som psykologiske institutioner – og har i øvrigt heller ikke en psykolog som leder. Den særlige psykologiske viden, opgave og kompetence skal altså defineres som en del af en mere omfattende »tværfaglig« ydelse. Her støder fag som psykologi dog på en særlig vanskelighed. »Det psykiske« kan ikke adskilles fra andre aspekter ved folks tilværelse, ligesom man fx. kan skille de enkelte elementer i en bygning ad. Det psykiske er jo ikke en særlig ting ved siden af andre ting, men et aspekt ved forholdet mellem menneske og verden (Holzkamp, 1996), der ikke kan adskilles fra de konkrete sammenhænge i menneskers tilværelse, men kun udskilles analytisk. Den psykologiske opgave kan heller ikke adskilles fra de øvrige aspekter ved en samlet opgave, men kun udskilles analytisk. Hertil kommer, at der ofte ikke er enighed mellem de forskellige involverede faggrupper om, hvordan de enkelte fags aspekter af disse sammenhænge skal defineres, fordeles og forbindes. Og så vedrører psykologers opgaver tilmed typisk noget, der er problematisk og konfliktfyldt for vore klienter og mellem dem og de andre personer, som de kommer i berøring med inden for forskellige områder af deres tilværelse, eller som har givet en psykolog i opdrag at behandle deres sag. Psykologers praksis, kompetence og viden er, kort sagt, omstridte og problematiske (Dreier, 1993). Holzkamp (1988) hævder, at den psykologiske profession bygger på en »viden om modsigelser og sammenhænge«.

## En problematisk terapeut

At psykologi på mange måder er et problematisk fag, er det almene faglige grundlag for, at terapeuten kan være »terapiens svage led«. Umiddelbart kan det virke paradoksalt, at denne konference netop rejser spørgsmålet om terapeutens svaghed. Når talen er om terapeuter, hører vi jo ellers ikke mest om svaghed. Terapeuten er på mange måder psykologiens foretrukne prototype og forbillede på, hvad en psykolog og faget psykologi kan. Terapeuten er den, mange – også uden for faget – først kommer i tanke om, når de bliver spurgt eller spørger sig selv, hvad psykologer kan. Terapeuten er også på mange måder den psykologiske professions fremmeste arbejdsmarkedspolitiske salgsgenstand – selv i en højkonjunktur for psykologisk arbejdskraft som den nuværende. Og dog er terapeuters autoritet omstridt og usikker og terapeuters formelle beføjelser ofte begrænsede eller mere eller mindre »i lommen« på andre faggrupper og instanser.

Her støder vi på det næste paradoks. Når terapeuten er fagets prototype og forbillede, skulle vi forvente, at der findes en omfattende og indgående konkret udforskning af terapeuten som person. Vi skulle forvente et indgående kendskab til, hvordan terapeuter konkret klarer deres arbejde. Men det findes der ret lidt litteratur om. Derimod findes der en masse om klienten og om, hvad terapeuten skal gøre og hævdes at have gjort ved klienten. Klienten er altså i centrum – ikke terapeuten. De fleste er sikkert tilmed enige i, at sådan skal det være. Terapi skal jo primært dreje sig om klienten; behandlingen er til for klientens skyld og skal gøre noget ved klienten. Men, som jeg har påpeget andetsteds (Dreier, 1993, 1998b), klienterne er strengt taget heller ikke i centrum som konkrete personer. Det er snarere terapeuters (og forskeres) forestillinger om, hvad klientens problematik består i, set i forhold til hvad terapeuten skal gøre ved klienten, og hvad der sker når »terapeuten behandler klienten«. Vi præsenteres altså for klienten fra terapeuten og forskerens tolkede perspektiv på klienten i forhold til behandlingen. Denne måde at konstruere udforskningen og fremstillingen af den terapeutiske praksis har tre konsekvenser for synet på terapeuter:

1) Terapeuter er ikke selv i centrum som konkrete personer og derfor ikke særligt ofte og vel belyst. De fremstår snarere ret perifert, på trods af at de anses for afgørende for at sikre, at deres klients behandling lykkes.

2) Hvis terapeuter overhovedet udforskes og analyseres – og især hvis det sker i terapisessionen med klienten -, anskues og analyseres terapeuterne ikke som personer i deres egen ret, men som et middel for terapien og deres klient. Igen vil de fleste sikkert umiddelbart mene, at det netop er relevant at se terapeuten som virkemiddel, når terapi primært går ud på at øve en virkning på klienten. Men denne særlige måde at anskue terapeuten på er samtidig en problematisk måde at forstå ham/hende som person. Strengt taget reduceres terapeutens person dermed til et virkemiddel for sin klients behandling. Terapeutens fremgangsmåder, personlige egenskaber og væremåder fremhæves, defineres og vurderes som midler for, hvad der opfattes som den mest vellykkede og fagligt mest forsvarlige behandling af klienten. De vanskeligheder, terapeuter hævdes at komme ud for under udførelsen af behandlingen, anskues ligeledes som stammende fra klienten og fra terapeuten's rolle som effektivt virkemiddel for klientens behandling. Opfattelsen af terapeutens person er med andre ord gennemsyret af en instrumentalisering ud fra en anden persons tilskrevne/tolkede interesser (Dreier, 1993; Holzkamp, 1983). Ingen person forstås dog særlig godt og dækkende ved slet og ret at blive anskuet som et virkemiddel for en anden eller noget andet. Det medfører tværtimod en særlig reduceret og perspektivforskudt opfattelse og vurdering af personens egen måde at klare sig og udvikle sig på, af personens funktionsmåder, tænkning, følelser og kompetence, der fx. får terapeuten's styrke og svaghed til at fremstå som et udtryk for det således konci-

perede virkemiddels styrke og svaghed. Kort sagt fremstår det som om præmisserne for, hvad terapeuten konkret gør, altså for terapeuten personlige handlegrunde, skal udledes fra klienten. Og det er vel indlysende, at ingen person – heller ikke en terapeut – helt og holdent kan deponere sine egne handlegrunde hos en anden – så meget des mindre som terapeuter jo ikke engang deponerer deres præmisser hos den virkelige konkrete klient, men udleder dem af deres tolkning af klienten.

3) Terapeuten selv bliver fortrinsvis gjort til genstand for samlet opmærksomhed, når han/hun befinder sig uden for den direkte klientkontakt, selvom sessionen anses for det sted, hvor terapeuten udfører behandlingen og hvor den virker. Især supervision er indrettet og institutionaliseret som et særligt sted, hvor man så til gengæld beskæftiger sig med terapeuten. Men her anskues og vurderes terapeuten ligeledes primært på samme særlige måde: som et mere eller mindre problematisk eller velegnet instrument for sin klients behandling.

Vanskeligheden ved overhovedet at fastholde blikket på terapeuten og anlægge en konkret helhedsbetragtning på denne som person samt tendensen til at reducere interessen for terapeuten til at anskue ham/hende som et redskab for sin klients behandling fremgår af flere bidrag til denne konference. Den er særligt påfaldende i et fag som psykologi, hvor en helhedsbetragtning af den konkrete person på mange måder er et kerneanliggende. Og den medfører et forskudt og indsnævret syn på terapeuten som person og på dennes måde at klare sit arbejde ud fra sit eget ståsted og perspektiv. Det peger på behovet for en anden, mere dækkende forståelse og udforskning af terapeuten som person. Hvordan kan man da nærme sig en konkret psykologi om terapeuten? Hvad kan der menes med terapeuten svaghed? Og i hvilken retning skal vi gå for at styrke ham/hende? Det er der forskellige opfattelser af. Skal jeg kort forudskikke mit svar på disse spørgsmål, må det lyde: Ved i vor teoretiske koncipering at sætte terapeuten tilbage i den praksis, han/hun faktisk deltager i, og anskue ham/hende som en handlende person fra sit eget ståsted og perspektiv heri. Denne tilgang skal jeg fremlægge i den resterende del af artiklen.

### **Terapeutiske kompetencer som aspekter ved behandlingspraksis**

Hver enkelt terapeut udfører sit arbejde som en særlig del af en omfattende behandlingspraksis i det danske samfund. De befinder sig forskellige steder i landet og er ansat på forskellige institutioner, der bl.a. har som opgave at yde behandling, og i forskellige positioner, hvorfra de bl.a. skal varetage behandlingsopgaver. Deres egen institution indgår i en bestemt lokal og regional servicestruktur med en særlig infrastruktur. Ikke blot indtager de enkelte terapeuter altså forskellige positioner i de institutioner de arbejder på, de enkelte institutioner er også forskellige

særlige dele af forskellige servicestrukturer. Disse forskellige servicestrukturer omfatter både andre institutioner med behandlings(-lignende) opgaver og forskellige institutioner, som giver behandlingsopgaver i opdrag. De er kendetegnet ved forskellige konstellationer af professionelle samarbejdspartnere og ved forskellige henvisningsveje og afrapporteringsformer for udvælgelsen og behandlingen af klienter. På baggrund heraf etableres forskellige former for afgrænsning, fordeling og samarbejde mellem flere fagpersoner og institutioner om de konkrete sager, så den enkelte institutions og den enkelte behandlers opgave ofte bliver en delopgave i en særlig, mere omfattende behandlingsskæde for pågældende klient. Afhængigt af flowet i de lokale servicestrukturer, og af deres udbygning og afstemning efter de lokale og regionale behov, opstår et større eller mindre sagspres og indrettes evt. ventelister. På baggrund af de nævnte forhold indretter den enkelte institution typiske sagsgange for behandlingen af sine klienter. Den tilrettelægger bestemte spillerum for typiske sagsforløb mht. form, afgrænsning, opbygning, varighed, retning og mål for de konkrete sager, som de enkelte behandlere arbejder med. Udover at afhænge af servicestrukturer, behandlingsskæder og den lokale tilrettelæggelse af behandlingsarbejdet afhænger den enkelte behandlers lokale arbejde naturligvis på den anden side også af befolkningens særlige regionale levevilkår og sammensætning og af det hermed forbundne skift over tid i klientel, dets problemer, dets holdning til at gå i terapi, osv..

Med tiden har det vi forstår ved terapeutisk kunnen udviklet sig via konkrete terapeuters særlige måder at deltage i disse praksisstrukturer. Den terapeutiske kunnen vurderes, forandres og bedømmes som et aspekt ved denne praksisstruktur, og her må de enkelte terapeuter stå til regnskab for det arbejde de udfører. En stor del af den terapeutiske kunnen læres gennem forskellige (mere eller mindre institutionelt regulerede) former for deltagelse i denne praksis, og den læring, der finder sted forud for deltagelsen heri, er på mange måder præget af og rettet mod (forestillinger om) den fremtidige deltagelse.

Der er med andre ord udviklet forskellige bestemte måder at tilrettelægge og gribe sit terapeutiske arbejde an på, bestemte forskellige måder at få det til at lykkes, afgøre hvad der er rigtigt og forkert at gøre, vurdere hvad der er godt og dårligt udført arbejde, osv.. Alt dette udgør den udviklede praktiske terapeutiske viden og kunnen, som de enkelte terapeuter tilegner sig forskellige varianter af i forhold til deres særlige spillerum og opgaver på deres særlige positioner i disse strukturer. Den praktiske viden og kunnen, den terapeutiske kompetence, må derfor konciperes og vurderes ud fra, hvad det kræver at bestride et terapeutisk arbejde på en vellykket måde i de givne spillerum i den nuværende behandlingspraksis. Den terapeutiske kompetence må forstås som en terapeuts nødvendige og adækvate personlige forudsætninger for at kunne udføre sit arbejde som en særlig deltager i særlige sammenhænge i den samfunds-

mæssige behandlingspraksis' struktur. Det er, kort sagt, ikke muligt at definere terapeutisk kompetence (eller inkompetence) uafhængigt af, hvad det kræver at bestride det terapeutiske arbejde på en særlig position i denne praksisstruktur. I det kritisk-psykologiske kategorisystem udtrykkes denne grundtankegang således: Den personlige handleevne må altid forstås i forhold til en bestemt samfundsmæssig handlesammenhæng som de nødvendige personlige forudsætninger for at kunne tage del i at realisere og udvide de relevante handlemuligheder på en særlig position i denne handlesammenhæng (Holzkamp, 1983; Dreier, 1993).

### **Kompetencens abstraktion**

Terapeuters viden og kunnen kan med andre ord ikke forstås isoleret fra, hvad de skal være viden og kunnen i forhold til. Den enkelte terapeuts personlige kompetence må defineres, realiseres og udvikles i forhold til og i kraft af denne persons særlige deltagelse i den samfundsmæssige behandlingspraksis. Det samme gælder naturligvis styrken og svagheden i de enkelte terapeuters kompetence, rækkevidden af deres handlinger og de problemer og begrænsninger de vikler sig ind i. Ikke desto mindre karakteriseres terapeuter og terapeutisk kompetence oftest abstrakt i to betydninger, der begge på hver sin måde river vor forståelse af den personlige kompetence løs fra de konkrete sammenhænge, den skal kunne være kompetent i og for, og således danner to forskellige former for dekontekstualisering.

Ifølge den ene opfattelse karakteriseres kompetencen udelukkende ved, at den kompetente person behersker bestemte teknikker eller fremgangsmåder. Det er et eksempel på den instrumentelle anskuelse af terapeuten som person, jeg var inde på ovenfor, og en rent procedural og operationel opfattelse af kompetence. Men det er også en abstrakt og dekontekstualiseret opfattelse, idet disse fremgangsmåder antages at være tilstrækkelige til at karakterisere, hvad kompetent behandling består i og dermed hvordan den bør udføres – uanset i hvilken særlig sammenhæng og sammen med hvilke klienter og andre parter arbejdet faktisk konkret skal udføres.

Ifølge den anden opfattelse karakteriseres kompetencen udelukkende ved, at den kompetente person besidder bestemte særlige personlige egenskaber. Da disse særlige personlige egenskaber opfattes som årsager til, at den pågældende person altid (eller mere beskedent: med stor statistisk sandsynlighed) vil handle på bestemte særlige måder – og trods årtiers omfattende kritik af at teoretisere personligheden med sådanne begreber om egenskaber –, tjener besiddelsen af disse særlige egenskaber som en garant for god behandling. Svage og stærke terapeuter kan så sorteres ud fra, om de besidder disse særlige egenskaber eller uheldigvis ikke gør det. Det kan kaldes en personaliseret opfattelse, og den er ligeså

abstrakt og dekontekstualiseret som den første, idet den også antager, at disse egenskaber er tilstrækkelige til at karakterisere, hvad der forårsager kompetent behandling og på hvilken måde behandlingen bør udføres – uanset i hvilken sammenhæng og sammen med hvilke særlige klienter og andre parter arbejdet faktisk konkret skal udføres.

Alt hvad jeg har anført ovenfor om betydningsfulde forhold i de forskellige særlige sammenhænge en terapeut arbejder i, inkl. klienters og andre parterers andele i hvad der sker, anses altså ifølge disse to opfattelser for at være uvæsentligt eller strengt taget betydningsløst for arbejdets udførelse. Konkrete forskelle i arbejdssammenhænge, klientel og sagsforløb bliver usynlige bag disse abstrakte generaliseringer. Når de særlige konkrete sammenhænge anses for betydningsløse, kan de to opfattelser derfor til gengæld ikke anvise, hvordan deres generaliseringer kunne gøre sig gældende på særlige måder i konkrete forløb og sammenhænge. Så de virker utilstrækkelige eller ligefrem desorienterende, når en terapeut skal træffe konkrete afgørelser i særlige sammenhænge. Opfattelsen af, at al behandling i alt væsentligt kan føres tilbage til, at den enkelte terapeut bruger bestemte fremgangsmåder eller besidder bestemte personlige egenskaber, er således udtryk for en essentialisme i synet på den terapeutiske kompetence og på terapeuten som person, der reducerer og abstraherer behandlingens forskellige, sammensatte, konkrete virkemåder ind i disse abstrakte tankeformer. Udbredelsen af den slags abstraktioner skærper behovet for en praksisforskning af det konkrete arbejde i forskellige sammenhænge og for at udbygge karakteristikken af den terapeutiske kompetence som et aspekt ved konkrete terapeuters særlige deltagelse i den samfundsmæssige behandlingspraksis. Lad os da nu vende tilbage hertil.

## **Den decentrerede virkemåde**

Her er det vel at mærke ikke tilstrækkeligt at karakterisere den terapeutiske kompetence ved at se på, hvad terapeuter gør i det umiddelbare møde med deres klienter i sessionerne. Hvad der foregår i sessionerne, skal jo først og fremmest være af betydning for klienternes liv uden for dem, de andre steder i den samfundsmæssige praksis, hvor de lever til daglig. Derfor skal der handles på måder i sessionerne, som først og fremmest er egnet til og rettet mod at få betydning for klienternes liv disse andre steder. Det er i øvrigt ikke et særtræk ved terapeutisk praksis, men et ofte overset og utilstrækkeligt forstået og vægtet strukturkendetegn ved megen samfundsmæssig service, der først og fremmest skal gavne brugerens liv andre steder end i de sessioner, hvor servicen ydes. Heraf følger to kendetegn ved terapeutisk kompetence: For det første skal den primært forstås decentreret, dvs. ved at betragte det terapeuter gør i sessionerne ud fra klienternes daglige liv i de sammenhænge, hvori det forhåbentlig



får en ønsket betydning. Kompetencen må primært karakteriseres ud fra dens brugbarhed disse andre steder. Og for det andet skal den terapeutiske kompetence forstås som en særlig kombination af direkte og indirekte indvirkninger. Hvad terapeuter gør i deres direkte møde med klienterne, har forhåbentlig forskellige former for indirekte virkninger på, hvad klienterne (og andre relevante personer) gør andre steder. Terapeuter må ligefrem kunne handle sådan i deres direkte samvirke med klienterne, at klienterne (og andre personer) gør den bedst mulige indirekte brug heraf andre steder.

Vil terapeuter forholde sig bevidst til den tilsigtede virkning af deres indsats, kan de derfor ikke se bort fra, at deres umiddelbare arbejde (kun) er et særligt led i en mere omfattende praksis. De må begribe deres egen særlige position, handlemuligheder og mulige betydning i denne omfattende praksis for at kunne virke bedst muligt i den. Især må de kunne forstå, hvilke forbindelser der er mellem det, der sker i sessionerne, og det der sker i klienternes dagligliv, eller hvilke ønskede forbindelser herimellem der kan skabes, og hvad de kan gøre som terapeuter i sessionerne for at bidrage hertil. For nok kan terapeuterne bidrage hertil i sessionerne, men det er nu engang klienterne selv (og andre personer de lever sammen med – og mod) der skaber forbindelserne mellem sessionerne og dagliglivet til daglig, og det gør de først og fremmest andre steder uden for sessionerne. Terapeuterne må altså kunne begribe og bidrage til at skabe sessionernes mulige plads i klienternes dagligliv. Det er et kendetegn ved terapeutens personlige kompetence. Og hvad det konkret indebærer, afhænger af de særlige mulige forbindelser mellem klienternes dagligliv og terapeuternes møde med dem i den særlige lokale behandlingspraksis og i den benyttede behandlingsform.

## **Forskellige og sammensatte kompetencer**

De enkelte terapeuter arbejder som nævnt forskellige steder i samfundet og dets behandlingssystem. Til disse forskellige steder hører forskellige opgavesæt og handlespillerum, klientel og forbindelser til dets dagligliv, arbejdstilrettelæggelser og placeringer i samarbejdende og fordelte behandlingsskæder, osv.. Svarende hertil kræves og realiseres forskellige personlige kompetencer. Kompetencen er med andre ord positionsafhængig. Alle terapeuter der arbejder på en lignende position i samme type institution, fx. alle terapeuter der arbejder på en døgninstitution for børn, arbejder dog ikke nødvendigvis på samme måde og realiserer derfor ikke nødvendigvis samme typiske kompetence. Også på samme type institution kan arbejdet tværtimod tilrettelægges og gribes an på ret forskellige måder og indgå i forskellige behandlingsskæder. Arbejdsudførelsen må altså forstås lokalt. Kompetencen er både positionsafhængig og situeret. Terapi og terapeutisk kompetence er derfor i

praksis mange forskellige ting. For at komme fri af en abstrakt essentialisme om terapi og terapeutisk kompetence bør vi skifte sprogbrug fra at tale om *terapien* og *terapeuten* til *terapier* og *terapeuter*, der viser hen til varierende og forskellige praksisser og kompetencer.

Den enkelte terapeuts kompetence er tillige en sammensat personlig kompetence, der ikke kan bestå af et enkelt sæt elementer, han/hun blot gør gennemgående brug af. For den enkelte udfører jo sit arbejde i flere forskellige situationer og handlesammenhænge med forskellige positioner, spillerum, opgaver og konstellationer af deltagere og må variere sin deltagelse herefter. Desuden skal den enkelte terapeut ud af sine handlinger på forskellige tider og steder og sine forskellige delopgaver dels skabe en tilstræbt og overkommelig sammenhæng i sit arbejde og dels forfølge bestemte mål (fx. i en konkret sag) over tid og sted. Det kræver, at terapeuten på forskellige tider og steder handler på forskellige og indbyrdes relaterede måder. Alt dette præges endvidere af at indgå i, at den enkelte terapeut ved at prioritere, tilrettelægge og sammensætte sine arbejds aktiviteter må a) realisere sin egen personlige deltagelsesbane rundt i den særlige, lokale, samfundsmæssigt arrangerede praksisstruktur og b) udforme sin egen personligt/faglige daglige livsførelse på tværs af arbejdet og de andre områder af sin tilværelse og c) sin egen personligt/faglige livsbane ved at give retning til, realisere og forandre sin livsførelse hen igennem sit livsforløb (Dreier, 1997). Det er væsentlige overgribende træk ved den personlige kompetence.

### **Kompetencens distribution og partialitet**

Den enkelte terapeut er dog ikke ene om at sammensætte sit arbejdsforløb over tid og sted. Han/hun må gøre det i forhold til og sammen med forskellige andre deltagere og koordinere det med dem, så der kommer det bedst mulige samvirke ud af deres bestræbelser og terapeuten så godt som muligt opnår den tilstræbte indflydelse. I en praksis med flere deltagere er virkningen af behandlingen jo ikke alene forårsaget af en deltager: terapeuten, men et resultat af et samvirke mellem flere professionelle, klienter, pårørende, opdragsgivere, osv.. Den er et resultat af, hvordan det flere gør virker med og mod hinanden og kan og bliver kombineret. Terapeutens personlige kompetence er derfor en særlig andel af et samvirke og forudsætter en bestemt afgrænsning og fordeling af kompetence mellem deltagerne. Kompetencen er distribueret. Terapeuten må altså definere, realisere og udvikle sin personlige kompetence som en særlig, fordelt andel af behandlingen. En terapeuts opgaver, muligheder og vanskeligheder afhænger jo ikke blot af, hvad han/hun selv gør, men også af, hvad de andre gør, og hvilke særlige opgaveandele der således opstår, og som terapeuten kan gribe på forskellige måder med forskellige konsekvenser for sagens videre forløb og for terapeutens egne kom-

mende andele, muligheder og vanskeligheder heri. I en praksis med flere deltagere og mange berørte parter må den personlige kompetence udgøre en særlig andel heraf, og den personlige viden og kunnen må være en særlig begrænset del af de deltager forudsætninger, der skaber det faktiske forløb. I en samfundsmæssig praksis er personlige kompetencer nødvendigvis partielle og må forstås og udvikles som særlige andele af de sammenhænge, de indgår i, og her spiller de konkrete handlespillerum og de øvrige deltageres kompetencer en afgørende rolle for, hvorledes en terapeuts personlige kompetence kan defineres, realiseres og udvikles. Da det tilmed er en væsentlig side ved behandling at bidrage til at udvikle klienternes handlekompetence, kan og må terapeuten hen igennem et behandlingsforløb definere og realisere en anden personlig kompetence for at følge med i og op på de igangværende forandringsprocesser.

### **Kompetencen som genstand for strid og anerkendelse**

I de enkelte terapiforløb er der typisk forskellige opfattelser eller ligefrem konflikt om, hvad den enkelte terapeut skal gøre, og hvordan det der er gjort vurderes. Det kan dreje sig om forskelle og konflikter i den enkelte klients forhold til sin terapi og terapeut, mellem flere klienter i samme sag, mellem klient(-er), deres pårørende og andre mennesker de har at gøre med til daglig (hjemme, på arbejde, i skolen, osv.) og mellem den enkelte terapeut og dennes forskellige samarbejdspartnere, overordnede og opdragsgivere. Definitionen og realiseringen af den terapeutiske kompetence er altså omstridt. Denne strid medfører, at fordelingen, afgrænsningen og udøvelsen af kompetence kompliceres og antager særlige træk, og at den enkelte terapeut får et særligt forhold til sin egen kompetence. Den får en særlig problematisk betydning for mig, når anerkendelsen af en bestemt kompetence ikke kan tages for givet, men tværtimod problematiseres igen og igen. Jeg kan så bl.a. forsøge at afstive de omstridte, sammensatte og upræcise opfattelser af min terapeutiske kompetence ved at deltage i forskellige kollegiale praksisfællesskaber såsom supervision og efteruddannelse. Disse aktiviteter får altså en særlig personlig betydning for de enkelte terapeuter, og det gælder ligeledes den samfundsmæssige anerkendelse af (en stadig ikke særligt præcist defineret) kompetence i autorisationsordninger og specialistgodkendelser.

### **Kompetence både til at følge med og til at bidrage til udviklingen**

Behandlingens samfundsmæssige praksisstrukturer forandrer og udvikler sig. For at kunne gøre fyldest i de nye strukturer må terapeuter forandre og udvikle deres kunnen og viden som et led heri. Det må faktisk være et væsentligt kendetegn ved terapeutisk kompetence, at terapeuterne kan bi-

drage til at skabe og lede denne forandring og udvikling. Professionelle har jo et særligt ansvar og opgave for den faglige udvikling af deres praksis. Terapeuter skal altså ikke blot udvikle kompetence til at kunne handle inden for de pt. givne spillerum, men også kompetence til at bidrage til at udvide og udvikle dem. Det svarer til den grundlæggende skelnen mellem restriktiv og udvidende handleevne i det kritisk-psykologiske kategorisystem (Holzkamp, 1983; Dreier, 1993). Hertil hører også kritikken af at opfatte personlige egenskaber som statiske essenser og begrundelserne for at opfatte egenskaber som potentialer, subjektet kan modificere og udvikle i kraft af sin egen aktivitet, så subjektet fx. kan modificere sin kompetence til at blive i stand til at tage del i at ændre praksisstrukturer og i den ændrede praksis. Den terapeutiske kompetence er altså modificerbar. Den er genstand for læring og udvikler nye sider og sammensætninger.

Men de opfattelser af terapi, der fortsat præger de flestes forståelse af terapi og terapeutisk kompetence, er udviklet til en tidligere praksisstruktur, hvor privat praksis og hospitalspraksis dominerede. Vor nuværende behandlingspraksis er imidlertid først og fremmest meget stærkere præget af at indgå i servicestrukturer med behandlingsskæder og af at række ud mod klienternes daglige tilværelse. Privat praksis og hospitalsbaseret behandling findes ganske vist stadig, men disse praksisser er nu også præget af at indgå i andre sammenhænge som en særlig del af en anden samfundsmæssig behandlingspraksis. For at være tilstrækkelig og gyldig forudsætter den fortsat fremherskende opfattelse af terapeutisk kompetence altså stiltiende en bestemt praksisstruktur (Dreier et. al., 1988). Gordon (citeret i Rose, 1996, 96) hævder ligefrem, at den grundlæggende epistemologi i den fremherskende opfattelse i virkeligheden er en særlig institutionel epistemologi, der så at sige hviler på det blik man har fra en bestemt position i en særlig (nu forandret) institutionel praksisstruktur. At fastholde denne opfattelse kan derfor virke konserverende og selvbe-grænsende i forhold til de nye strukturers krav og muligheder. Vor forståelse af terapi og terapeutisk kompetence må tværtimod bringes i overensstemmelse med den nuværende praksisstrukturs krav. Således påpeger Lewis et.al. (1991), at psykiatriens afinstitutionalisering kræver, at en række forhold uden for behandlingsinstitutionerne inddrages i forståelsen af klientellets liv og vanskeligheder, af behandlingens særlige betydning og af de bedst egnede kompetencer til at yde en betydningsfuld indsats for mennesker med en sådan tilværelse. Der satses jo nu på en langt mere omfattende måde end tidligere på, at disse forhold i klienternes daglige tilværelse skal medvirke afgørende til, at behandlingen overhovedet virker, tilbagefald undgås, et liv med kroniske lidelser kan håndteres, osv.. Denne strukturændring har altså gjort det stadig mere utilstrækkeligt at fastholde den hospitalsbaserede kliniks opfattelse af patienterne som homogene (sygdoms-)kategorier, der er underkastet en tilsvarende specifik

professionel behandling. At behandlingsinstitutionen og behandleren på trods heraf fastholdes som den eneste/afgørende årsag til, hvordan det går klienterne, medfører, at man mister blikket for den betydning, deres daglige livsforhold og praksis uden for institutionerne har. Men det indebærer også en »lavs innovationisme« (Lewis et. al., 1991, 6), der implicit plæderer for, at al forbedring af klienternes liv må skabes ved at udvide og udvikle den professionelle indsats.

Det følger af ovenstående, at den terapeutiske kompetence er en historisk kompetence, der må udvikles i takt med den praksisstruktur, den skal fylde ud og drive frem.

### **En kompetence der ikke kan tages for givet**

I denne artikels overskrift blev den terapeutiske kompetence kaldt problematisk. Det skal forstås som en samlet betegnelse for, at denne kompetence ikke blot kan tages for givet og aldrig slet og ret kan blive en selvfølge. Den vil altid være præget af forskellige former for flertydighed og usikkerhed og behøve omtanke, omvurdering og udvikling. Det følger sådan set allerede af, at terapeuter arbejder med mennesker, hvis liv på forskellige måder er blevet dybt problematisk for dem og som netop heller ikke selv kan tage deres eget liv for givet. I sådanne situationer skifter og udvikler mennesker væremåde, mening, vurdering og mål, og de handler forskelligt, modstridende, svingende, forvirret og uafklaret. Eftersom terapeuter arbejder med mennesker der forholder sig sådan, kan de ikke selv holde sig fri heraf. Deres eget arbejde og kompetence må på forskellig vis blive en del af problemerne og problematiske. Den terapeutiske kompetence må derfor være refleksiv og selvrefleksiv.

### **Selvsikkerhed og selvkontrol**

Når terapeuter befinder sig i komplekse, foranderlige, delvis ubestemte, problematiske og omstridte forhold, der er præget af klienternes rådvildhed, konflikter, osv., må de let føle sig usikre, magtesløse og modløse og ligesom andre mennesker udvikle et behov for at sikre sig. Ser de tilmed ingen mulighed for sammen med andre at komme til at råde over disse forhold, så de sammen kan overvinde den problematiske situation, er de hensat i en situation, hvor de hver for sig, individuelt er mere eller mindre udleveret til, at disse problematiske forhold virker ind på deres handlepillerum, vikler dem ind i dilemmaer og konflikter og gør resultaterne af deres handlinger svære at forudse og til genstand for andres omtolkninger og modreaktioner. I en sådan situation kan individuelle subjekter reagere ved at udvikle et kontrolbehov (Osterkamp, 1985), hvormed de søger at opnå mest mulig individuel kontrol over hvad der sker i den pro-

blematiske situation og over deres egen adfærd for i det mindste at afværgе en forværring af situationen. Kontrolbehovet er altså ikke et alment menneskeligt behov, men et særligt behov individuelle subjekter kan udvikle, når de må søge at klare sig i en problematisk situation, de hver for sig er mere eller mindre udleveret til.

### **Fejlfrihed som norm**

Kontrolbehovet giver grobund for, at der udvikles en norm om, at den stærke terapeutiske kompetence skal give sig udslag i, at den enkelte terapeut ikke selv handler problematisk og begår fejl i sit arbejde. »Fejlfriheden« optræder som en norm for, hvad terapeuter bør kunne leve op til og skal måle sig med. Men de kan faktisk ikke indfri denne fejlfrihed, for de arbejder jo med problemfyldte klienter og problematiske forandringer i problematiske praksisstrukturer. Derfor bliver det ofte til, at »jeg burde kunne have kontrolleret at dette (ikke) skete«, »jeg burde kunne have forudset dette«, osv.. Normen anlægges altså bagud, når noget har vist sig ikke at være gået som det »burde«. Den fungerer som en bagklogskabens logik om forhold, den enkelte terapeut måske dengang ikke havde mulighed for at forudse og foregribe. Den giver anledning til bagudrettede sagsomtolkninger og kompetencevurderinger, der udpeger og dømmer problematiske træk ved den løbende praksis som forårsaget af fejl og mangler ved terapeutens kompetence, i betydningen evne til at kontrollere hvad der sker. At slutte tilbage fra nuværende problematiske situationer til mangler og fejl ved en persons tidligere handlinger som årsager hertil forudsætter jo, at denne person ville kunne have kontrolleret, hvad der skete i en sådan grad, at han/hun ville kunne have forhindret, at den nuværende problematiske tilstand opstod. Det bygger på en præmis om forudsigelse og kontrol, en kontrolvidenskabelig tankeform ifølge hvilken den professionelle skal og bør kunne kontrollere, hvilke resultater behandlingen fører til. Sådanne problematiske bagudrettede sagsomtolkninger og bedømmelser af terapeutens kompetence er tillige institutionaliseret som en del af den bagkloge super-visors super-vision (Dreier, 1993, kap 8). En konsekvens af, at praksis er præget af disse problematiske målestokke er selvvurderingsproblemer i massevis hos terapeuter. Her ligger en væsentlig del af baggrunden for at tematisere terapeuten som »terapiens svage led«.

En yderligere grund til, at normen om individuel kontrol må slå fejl er, at den fingerer, at den enkelte terapeut kan være årsag til en effekt, der faktisk er skabt af et sam- og modvirke mellem flere personer, og hvor man endda først og fremmest benytter samvirkets betydning for en eller flere andre personer: klienten eller klienterne, som målestok. Den enkelte terapeut gøres ansvarlig for »det hele«, selvom hans/hendes betydning for behandlingens forløb og resultat kun kan være en særlig individuel

andel af en overindividuel praksis. Sådanne problematiske vurderingsmålestokke anlægges også, fordi den enkelte terapeut institutionelt og professionelt stilles til regnskab for behandlingen som om han/hun var eneansvarlig for, hvad der skete, og som om behandlingen ene og alene kan og skal føres tilbage til bestemte egenskabsformede kompetencer hos terapeuten selv.

### **Det problematiske ansvar**

Akcepterer man den opfattelse, som er et udbredt træk ved vor samfundsforms historisk udviklede tankeformer om den enkelte person, at selvkontrol er udtryk for en abstrakt indre karakterstyrke, skulle terapeuten selvkontrol hænge sammen med, at han/hun er en stærk person. I modsætning hertil frembringer og skærper normen om terapeuten eneansvar og kontrol selvvurderinger og bedømmelser, der er præget af svaghed, fordi det ikke er muligt at indfri den. Men når den er så problematisk i forhold til den enkelte terapeut, hvorfor anlægges den så om ham/hende? Jeg har villet vise, at den slår mere eller mindre blindt igennem over for den enkelte terapeut, netop fordi dennes praksis er problematisk på en særlig måde. Hertil hører, at den enkelte terapeut stilles individuelt til regnskab for resultaterne af behandlingen, selvom han/hun ikke alene kan kontrollere dem, og at terapeuten kompetence udbredt ses at bero på et sæt særlige, indre, personlige egenskaber, som skal kunne sikre en vellykket behandling. Den enkelte terapeut kan da ikke alene blive tilskyndet til at udvikle et kontrolbehov, men til at rette det mod sig selv og styrke sin »selvkontrol« ud fra håbet om så bedre at kunne slippe fri af nogle af de vanskeligheder og problemer, denne praksis igen og igen sætter ham/hende i, og at stå sig bedre i de personaliserede bedømmelser og selvvurderinger. Det kan nære drømmen om at nå frem til et problemfrit »helle« ved at tage sig tilstrækkeligt meget sammen og udøve tilstrækkelig kontrol over sin egen adfærd. Kontrolbehovet i denne praksis retter sig altså også let mod personen selv som »selvkontrol«. Der er en forbindelse mellem normen om, at den enkelte terapeut skal kunne opnå en kontrolleret virkning på sin/sine klienter og terapeuten bestræbelser på selvkontrol. Disse bestræbelser er den enkelte terapeuten forsøg på at kontrollere sig selv som terapeutisk virkemiddel. De er altså udtryk for den tidligere omtalte instrumentaliserings i synet på terapeuten. Men de indebærer også, at terapeuten så at sige fordobler sig selv til at være to personer i en, hvor den ene (del) så søger at kontrollere den anden (del).

## Mestringen af vanskeligheder

Samme tankeform ligger bag udbredte opfattelser af, hvad terapeuter skal gøre for at modvirke den usikkerhed, magtesløshed og modløshed de ofte føler, og hvad de skal gøre for at overvinde de vanskeligheder o.l. de støder ind i under udførelsen af deres arbejde. Her rettes opmærksomheden ligeledes alene mod personlige egenskaber hos terapeuten selv. Således kan man interessere sig for at identificere og styrke den enkelte terapeuts mestringsstrategier, som om det ene og alene er op til terapeuten at overvinde vanskelighederne, usikkerheden osv., og som om det skal og bør kunne lade sig gøre, hvis blot terapeuten så at sige tager sig sammen og opfører sig rigtigt. Den personalisering af vanskelighederne der følger af at isolere det subjektive, personlige aspekt fra de sammenhænge det indgår i, forvandler deres overvindelse til et mål på, om terapeuten lever op til den normerede kompetence. Og isolationen indebærer, at der ses bort fra, hvilke konkrete vanskeligheder der er tale om i hvilken konkret sag og i hvilken konkret handlesammenhæng med hvilke konkrete konstellationer af øvrige direkte og indirekte medvirkende. Der ses dermed nødvendigvis også bort fra den enkelte terapeuts konkrete grunde til at vælge en bestemt »mestringsstrategi« i forhold til at kunne gøre noget ved netop denne vanskelighed i denne sag i denne handlesammenhæng med disse andre deltagere. I stedet fokuseres abstrakt på »mestringstrategier« som nogle særlige, abstrakte egenskaber, den enkelte person kan have eller trænes til at besidde.

## Sig selv som målestok

I forlængelse heraf kan den enkelte terapeuts personlige faglige udvikling opfattes som en udvikling af bestemte særlige egenskaber, reaktions- og væremåder – så at sige en særlig, konsistent, personlig terapeutisk stil. Da sættes forholdet til at kunne klare det konkrete arbejde og bidrage til at udvikle det fra bestemte positioner i bestemte handlesammenhænge med bestemte andre deltagere igen snarere uden for parentes end det gøres til det praktiske grundlag, i forhold til hvilket de særlige personlige forudsætninger og bidrag må vurderes, modificeres og udvikles. Den enkelte terapeut kan ligeledes søge at styrke sine særlige, abstrakte, personlige egenskaber som en modvægt eller tiltrængt ny dosis mod arbejdets problematikker på kurser, efteruddannelser o.l.. For også her finder vi udbredte tendenser til at forstå personlig kompetence som besiddelsen af nogle særlige personlige egenskaber, som man har tilegnet sig i sin uddannelse forud for sin terapeutiske praksis, eller som man tilegner sig indimellem i særlige kontekster uden for det daglige arbejde. Der er da



også tydelige professionspolitiske interesser forbundet med at opfatte den faglige kompetence som et sæt egenskaber, hver enkelt professionel besidder, og som på en konsistent og sikker måde udmærker dennes praksis i forhold til lægfolks og konkurrerende faggruppers egenskaber. Men er det nogensinde lykkedes at identificere disse egenskaber tilstrækkelig præcist? Er de fælles for alle medlemmer af pågældende professionsgruppe til forskel fra andre befolknings- og faggrupper? Anvender de enkelte medlemmer dem gennemgående og konsistent? Sikrer det så gennemgående gode resultater uanset sag, sammenhæng og andre medvirkende? Kræves der samme egenskaber af denne faggruppe overalt i behandlingspraksis? Og ændrer disse krav sig ikke i takt med de historiske forandringer i samfundets behandlingspraksis?

Sådanne abstrakte, egenskabsformede opfattelser af terapeutisk kompetence fastholdes også, hvis man opdeler kravene til terapeuten i en terapeutisk kompetence og andre supplerende færdigheder i at manøvrere i behandlingssystemet. Det forudsætter jo, at terapien kan betragtes som et afskærmet foretagende bag terapeutens lukkede dør, selvom alt hvad der foregår her er en særlig del af behandlingssystemet og af terapeuternes og klienternes samfundsmæssige praksis, og selvom det sigter mod at være til nytte uden for døren i klienternes daglige praksis i samfundet. Tror man på, at en sådan abstrakt kompetence er det afgørende terapeutiske virkemiddel, er det konsekvent at ville udøve terapi så afskærmet som muligt, for så fremstår alt andet som forstyrrelser af mulighederne for at kunne gøre kompetencen frit gældende.

## **Magt og neutralitet**

Afskærmningen af terapien fra den samfundsmæssige praksis udenfor har den dobbelte funktion at sikre terapeuten en mere uforstyrret udøvelse af sin magt i terapirummet og at holde terapeuten borte fra direkte indblanding i forskellige former for magt uden for rummet. Terapeutens neutralitet er her et centralt begreb, men han/hun undgår ikke at blive viklet ind i det paradoks at måtte legitimere intervention med henvisning til ikke-indblanding og at måtte forholde sig til de indirekte virkninger af sine forskellige handlinger og undladelser. Selvom terapeuten lægger vægt på at fremstå som neutral og udenforstående i sit rum, kan (og vil) han/hun naturligvis almindeligvis ikke undgå at blive direkte involveret i forskellige former for magt gennem journaliseringen, udtalelser og møder med henvisende instanser, opdragsgivere og andre parter i den behandlede sags behandlingsskæde og i klienternes daglige tilværelse. Det er et stort spørgsmål, om den behandling der foregår i rummet overhovedet kan og bør holde sig fri af at tage disse forhold i betragtning og at øve indflydelse på klienternes relation til dem. Lanceringen af den afskærmede og neutrale terapeut er endvidere baggrunden for, at terapeutens

eget perspektiv, ståsted og position – det lokaliserede terapeutiske blik – som tidligere nævnt ofte sættes uden for parentes, så terapeuten som person bliver mere u håndgribelig og sværere at forstå. Som følge heraf overlades terapeuten på den ene side set til sig selv med sine vanskeligheder osv., mens den terapeutiske tolkning af klienten på den anden side set fremstår som om den stammer fra en »privilegeret ikke-kontekst« og den terapeutiske erkendelse mister sit præg af at være et resultat af lokaliserede subjekters erkendelse. Vi kan nu se, at disse forhold bidrager til at skabe en opfattelse af, at behandlingen er en slags ydre påvirkning/årsag til en virkning på klienterne, i stedet for at se behandlingen som en særlig, begrænset deltagelse i klienternes liv et særligt sted i et begrænset tidsrum og med særlige forbindelser til resten af klienternes daglige tilværelse.

### **Liberal autoritet og styret selvstændighed**

Historisk har psykologien og terapien udviklet sig som dele af de nye, »bløde« former for magt (jf. fx. Castel, Castel & Lovell, 1982; Herman, 1995; Lutz, 1997; Rose, 1996) i avancerede liberalt-demokratiske statsformer. Med Tavistock-klinikken som eksempel har Miller og Rose (1994) belyst udviklingen af den terapeutiske autoritet i et foucauldiansk perspektiv. De hævder, at terapi er et eksempel på en ny slags autoritet, der ikke så meget er fremprovokeret af en identitetskriser i befolkningen som af en krise i måderne at udøve autoritet over andres opførsel og i grundlaget for at legitimere den. De fremhæver, at en »refleksiv autoritet, hvor magten selv underkaster sig ransagelse (er) et regulativt ideal for alle de former for autoritet der kalder sig liberale« og er blevet særligt udbredt i de avancerede liberale stater efter 2. verdenskrig i og med at disse velfærdsstater blev udbygget med eksperter i »the conduct of conduct« (Miller & Rose, 1994, 59), dvs. professionelle der har til opgave at styre andres opførsel. Det ses i lys af Foucaults sene arbejder om »governmentality«, dvs. om liberale staters styring af deres undersåtter ved at installere en sådan form for selvstændig styring hos dem, at de frivilligt og selvstændigt gør, hvad der kræves. Et avanceret liberalt styre kan netop fungere liberalt, fordi det lykkes at installere en sådan selvstændighed og autonomi hos borgerne.

»Avancerede liberale former for regering søger at styre ved hjælp af aktørernes ansvarlige selvregulering, ved at udnytte deres egne ønsker om at maksimere deres velvære, om profitabilitet eller livskvalitet. At styre på en avanceret liberal måde er at forudsætte implanteringen af bestemte normer for selv-promovering hos disse aktører og en villighed til at vende sig til eksperter efter råd både i de store og små og beslutninger, der er involveret i styringen af ens eget liv.«

(ibid., 60)

### Selvovervågning, selvansvar og selvudvikling

Terapeuter kommer netop på banen, når den selvstændige egenstyring fungerer problematisk, og skal behandle deres klienter til selvstændighed. Man kunne sige, at terapeuter har til opgave at fremkalde andre menneskers selvstændighed som en virkning af deres interventioner. Denne paradoksale formulering peger tilbage på, at forholdet mellem autoritet og selvstændighed trænger til at blive nærmere belyst i den terapeutiske praksis og kompetence. Terapeuter skal jo på den ene side respektere deres klienters selvstændighed, men kan på den anden side ikke gå ud fra, at den fungerer, dvs. de skal samtidig problematisere den, vurdere den kritisk og måske ligefrem nære mistanke om, at den ikke fungerer så godt som det ser ud til, at denne person endnu ikke kan være »rigtigt selvstændig« med hensyn til bestemte problematiske sider ved sin tilværelse og relationer til andre mennesker, osv.. Alt dette skal terapeuter ovenikøbet gøre på en måde, der både rummer professionel kontrol over det der sker og er i overensstemmelse med det overordnede sigte at fremme denne selvstændighed. Men det er ikke let at forbinde respekt og anerkendelse af en anden persons funktionsmåde med en problematisering heraf og en professionel opgave rettet mod at ændre de problematiske sider. Og terapeuter bliver under dette arbejde på forskellig vis viklet ind i de selvsamme problematiske sider, ligesom den behandlingspraksis der er opbygget til formålet rummer mange problematiske sider. På baggrund af vor tidligere analyse kan vi sige, at terapeuter også hele tiden må være parate til at (anerkende og) problematisere sig selv, dvs. deres egne måder at arbejde på, for at kunne udføre god terapi. Den individuelle professionelle ansvarlighed kombineret med arbejdets omstridthed og usikkerhed og dobbeltheden af kontrol og respekt over for klienternes selvstændighed skaber moralske dilemmaer for den enkelte terapeut om grundlaget for hans/hendes indgreb i andres liv og dermed legitimiteten i hans/hendes terapeutiske kompetenceudøvelse. Den enkelte terapeuts selvkontrol blandes således på forskellig vis med selvansvar, fremprovokeret af terapeutens særlige position som ekspert i at behandle og udvikle andres selvstændighed. Alt dette kombineres til bestemte særlige praktikker præget af selvovervågning for at checke, at man nu også gør det rette. Disse praktikker er ligefrem institutionaliseret til en særlig »selvansvarens time« i supervisionen. Et arbejde som ekspert i »the conduct of conduct«, i styringen af andres opførsel, må på mange måder omfatte et problematiserende forhold til sig selv, der sammenknytter behovet for professionel faglig udvikling, ønsket om etisk retfærdiggørelse af sin professionelle aktivitet og ønsket om at forme og kultivere sit eget selv (Miller & Rose, 1994, 61).

## Autoriteten og de mange sandheder

Sådanne autoritetsproblemer kommer for eksempel klart til udtryk i den socialkonstruktionistiske, systemiske terapi (fx. Andersen, 1996; Campbell, 1997). Her fremhæves, at der findes mange sandheder om en sag, ikke kun terapeutens. Det rejser nødvendigvis en række spørgsmål om, hvad terapeutens autoritet så kan bestå i, og hvordan man så kan identificere og definere terapeutens kompetence? I den socialkonstruktionistiske tilgang defineres sandhed som et perspektiv, et synspunkt eller en stemme. Denne tilgang hører til i den igangværende drejning i retning af en social-kognitiv virkelighedsopfattelse, hvor interessen for at se ud-sagn som et synspunkt fra et bestemt perspektiv fortrænger interessen i, om udsagnet stemmer overens med en fælles virkelighed, der som nævnt ellers oftest hævdes bedst erkendt fra en særlig institutionel ekspertposition. En insisteren på terapeutens sandhed erstattes altså her af en insisteren på mange sandheder, og terapeutens sandhed bliver tilsyneladende simpelt hen et perspektiv blandt mange på et problem og en behandling. De enkelte klienters perspektiver på deres problemer og behandling skal altså også anerkendes som sandheder herom. Campbell (1997) kalder klienterne »underdogs« og plæderer for, at vi studerer familiers oplevelser i familierapi og de mange sandheder der her konstrueres som plurale perspektiver på terapien. Det kalder Campbell at anerkende klienternes som brugere. Han følger hermed en udbredt tendens i forskningen i brugerperspektiver til netop i det øjeblik, hvor klienternes egne opfattelser også i højere grad skal anerkendes, at erodere det hidtidige begreb om (eksperternes) sandhed til fordel for et begreb om perspektiver (jf. Dreier, 1998b). Der introduceres en perspektivisme om »sandhedens mange stemmer«. Vi skal betragte behandlingen som en række konstruerede perspektiver/synspunkter/stemmer. Ja, selve det at behandle består i at konstruere en række perspektiver/synspunkter/stemmer. Der findes kun disse mange konstruerede »sandheder«. Derfor erstatter perspektiver, synspunkter og tolkninger på behandlingen spørgsmålet om brugen af behandlingen – hvilket strengt taget gør det paradoksalt at introducere begrebet »bruger«. I lighed med mange før ham fokuserer Campbell på oplevelser og vurderinger af interaktioner i sessionerne. I en anden udbygning af samme grundtankegang foreslår Andersen (1996), at terapeuter arrangerer behandlingen som en kæde af »samtaler om samtalerne«. Dette arrangement ligner den måde megen supervision er relateret til behandlingen, og disse kæder af samtaler kan i princippet fortsætte i det uendelige. De afspejler en søgning efter sandhed som en uendelig regres af perspektivudvekslinger.

Opfattelsen af, at realiteten kun består af en mangfoldighed af perspektiver, passer kun alt for godt ind i en liberal politik om individuel go-

vernmentality, hvor hver enkelt person selvrefleksivt må følge sit eget perspektiv, og hvor de enkelte personer ikke er forbundet med hinanden om andet end at udveksle deres mange individuelle perspektiver. Som praksisform i en liberal velfærdsstat er det ganske vist udtryk for en krise i udøvelsen og legitimeringen af autoritet, men ikke for en opgivelse af terapeutisk autoritet, der her snarere fremstår i en avanceret liberal form. For der findes stadig autoritetsspørgsmål i en sådan praksis. Hvis perspektiv (eller hvilke dele af hvis perspektiv) skal man fx. tro på og alliere sig med, når man ønsker at gøre noget ved problemerne? Og hvad skal man gøre, når de mange sandheder peger i mange forskellige retninger? Kan terapeuter i en sådan praksis undgå at svinge frem og tilbage mellem at insistere på de mange sandheder og individernes selvstændige conduct of conduct på den ene side og at påtage sig rollen som den eneste der har en teori om de mange sandheder om en sag og som har ansvaret for at arrangere og styre behandlingen som en udveksling mellem dem på den anden side? Den blotte anerkendelse af mange perspektiver muliggør jo ikke i sig selv samlet handling i forhold til det behandlede problem. Den passer bedst til at engagere sig i spørgsmål om tolkning og langt dårligere til spørgsmål om handling. I spørgsmålet om fælles handling i forhold til det foreliggende problem er vi overladt til en forestilling om tilfældige forhandlinger mellem fritsvævende perspektiver, der hverken kan ses at være grundet i de respektive parter interesser eller positioner i en sammensat samfundsmæssig praksis. Det er derfor fx. heller ikke muligt at begrunde, at terapeuters kompetence skal være rettet mod, at velfærdspraksisser er indrettet for at tjene bestemte formål, såsom at tjene klienternes bedste.

Fremhævelsen af problematiske træk ved den professionelle kompetence og talen om terapeuten som »terapiens svage led« må ikke få os til at overse, at terapeuten autoritet heller ikke her grundlæggende er rystet og selvfølgelig i al almindelighed er langt større end hans/hendes klienters. Den professionelle autoritets fortrin fastholdes på endnu en måde. Denne systemiske praksis/forskning interesserer sig kun for udførelsen af den praksis, der foregår i sessioner af forskellig art mellem professionelle og klienter, men ikke for klienternes dagligliv uden for de professionelle arrangementer. De professionelle er her på hjemmebane, og deres autoritet tæller først og fremmest. Ved ensidigt af fokusere på denne del af klienternes praksis, springer den professionelle indsats' betydning for klienternes daglige liv særligt i øjnene, mens betydningen af andre forhold uden for forsvinder i baggrunden. Dermed forstørres indtrykket af selve den professionelle indsats' betydning og virkning. Selv når brugerperspektiver inddrages, er det ligeledes som klienternes perspektiver på, hvad der foregår i den professionelle behandling. Disse perspektiver kan derfor først og fremmest bruges til at forandre den professionelle praksisudøvelse og til at argumentere for at udvide den med nye professionelle foranstaltninger og felter. En sådan praksis og forskning har stadig begge

ben solidt plantet i det, Lewis et. al. (1991) kalder »lavs innovationisme«. Budskabet er, at hvis bare de (rette) professionelle interesser betjenes godt, vil det gå befolkningen godt. Patientens bedste ligger stadig bedst i de professionelle hænder. Selvom fx den systemiske terapi forandring af den professionelle autoritetsudøvelses former umiddelbart kan synes at true den professionelle autoritet, bedrager skinnet altså.

### **Kritik, selvkritik og udvikling**

Jeg har gennemgående fremhævet, at udøvelsen og udviklingen af terapeutisk praksis og kompetence er problematiske. Derfor er det nødvendigt, at der i faget psykologi udvikles teoretiske traditioner og faglige praktikker både for kritik og selvkritik. Selvom terapeuten på mange måder er fagets prototype og forbillede på professionel kompetence, er selvsamme terapeut et slående eksempel på, at kritik og selvkritik må være nødvendige led i udøvelsen og udviklingen af god faglig praksis i psykologien. På trods af at terapeuten anses for en så central person i udøvelsen af vort fag, findes der dog forbavsende lidt forskning om ham/hende. Det er særlig nødvendigt at rette op på denne mangel, når en kritisk/selv-kritisk belysning af egen praksis er nødvendig. Den eksisterende forskning om terapeuten lider tilmed under at anlægge en meget snæver synsvinkel på hans/hendes praksis, kompetence og person. Det er slående, når man sammenligner den med strukturen i den praksis terapeuten udøver og med megen forskning om fx. terapeutens klienter. Sammenlignet hermed og med megen generel udvikling i den teoretiske psykologi kan man ligefrem hævde, at udforskningen af terapeuten lider af et konceptionelt efterslæb. Konceptionelt er den både for snæver og for gammeldags. Således er der brug for at anlægge andre, bredere begreber om fx. person, praksis, handling, kompetence, midler og udvikling for at kunne udvikle mere dækkende konceptioner om terapeuten. Til det formål er det ikke tilstrækkeligt at udvikle en teori om terapeuters selvransagelse. Den må snarere ses som en side ved en mere omfattende konception om terapeutisk praksis og kompetence. For at kunne komme til at forstå sin egen praksis behøver den enkelte terapeut selvfølgelig andre som samtalepartnere, både for at checke sin egen umiddelbare selvforståelse og for at forstå sig selv bedre. Det kan dog ligeledes kun være et led i en bredere anlagt praksis i retning mod at udvikle hver enkelt selvforståelse.

Hertil hører også opgøret med den stiltiende brug af sessionen som den ramme, inden for hvilken selvforståelsen og udviklingen af egen praksis og kompetence udelukkende søges forankret. Sessionen tages gennemgående for givet som det standardarrangement, der definerer rammerne og præmisserne for terapeutisk erkendelse – ligesom eksperimentet tages for givet som standardarrangement i den eksperimentelle psykologi (Holzkamp, 1996, 1998). Det indebærer for det første, at hvad der fore-

går og kræves i sessionen forstås abstrakt: løsrevet fra de sammenhænge det faktisk indgår i og skal virke i og ud fra et sæt præmisser der konstitueres ved en rent intern betragtning af sessionen. Med Lave & Wenger (1991) kan man sige, at en sådan forståelse skaber en »core blindness« hos terapeuter. Dermed menes, at terapeuterne bliver blinde over for vigtige aspekter ved selv denne centrale bestanddel af deres praksis, a) fordi disse aspekter forekommer dem så selvfølgelige, at de ikke længere kan se dem, b) fordi opfattelsen af hvad der foregår i sessionen på godt og ondt præges af hvorledes terapeuterne selv er berørt af dem, og c) fordi terapeuterne så mangler noget at kontrastere, sammenligne og sætte sessionerne i forbindelse med. At taget sessionen som et givet standardarrangement indebærer for det andet, at forhold og begivenheder andre steder end i sessionen ikke kan tillægges systematisk betydning i forståelsen af, hvorledes terapeutisk praksis virker, og af hvad der gør udøvelsen af denne praksis kompetent. Denne anden konsekvens kaldes i kritisk psykologi for en »umiddelbarhedsfiksering« af erkendelsen, og det fremhæves, at umiddelbarhedsfikseringen indsnævrer den verden, psykologien som fag kan afbilde og inddrage som grundlag for sin teoridannelse (Holzkamp, 1996, 1998). For det tredje indebærer det, at sessionen kommer til at fremstå som om den befinder sig uden for klienternes dagligliv, selvom behandlingen jo netop for en tid bliver en særlig del heraf. Det er en del af den institutionelle baggrund for, at terapien og terapeutens intervention kan opfattes som en ydre årsag med en bestemt virkning på klientens lidelse snarere end som en særlig deltagelse i klientens liv med en særlig begrænset betydning heri. Disse tre konsekvenser er alle udslag af, at der ses bort fra den betydning, forbindelserne mellem forskellige handlesammenhænge i en samfundsstruktur og i konkrete personers samfundsmæssige praksis har (Dreier, 1997).

En konsekvens heraf er, at terapeuterne må medinddrage det særlige sted, hvor de befinder sig og hvorfra deres perspektiv på verden og på deres relationer til andre deltagere dannes, i forståelsen af de oplevelser de får og den kompetence de behøver. Oplevelser er mine oplevelser fra mit ståsted og perspektiv i relation til verden og bestemte andre personer derfra (Alcoff, 1996). De udtrykker mit personlige forhold til min relation til verden og andre derfra. Tilsvarende er kompetence min kompetence fra mit ståsted og perspektiv i relation til verden og bestemte andre derfra, og den er udtryk for min bestridelse af mit forhold til verden og bestemte andre derfra. At medinddrage mine oplevelsers og kompetencers konkrete situationer bliver desto vigtigere af, at den samfundsmæssige behandlingspraksis er blevet omstruktureret, udvidet og udviklet på mere eller mindre blind, usammenhængende og fagligt uplanlagt vis (Webster, 1996). Det har frembragt en ikke særligt koherent og velkoordineret praksis med et noget spredt, fragmenteret og forskelligartet præg, der udvikler sig i forskellige retninger. Som følge heraf kræver arbejdet i forskellige dele heraf forskellige lokale kompetencer snarere end en og

samme almene kompetence på tværs af tid og sted.

#### REFERENCER

- ALCOFF, L. (1996): *Real Knowing. New Versions of the Coherence Theory*. Ithaca: Cornell University Press.
- ANDERSEN, T. (1996): *Reflekterende processer. Samtaler og samtaler om samtalerne*. 2. udg. København: Dansk psykologisk Forlag.
- CAMPELL, D. (1997): The Other Side of the Story. Listening for the Client's Experience of Therapy. In: R. K. Papadopoulos & J. Bing-Hall (Eds): *Multiple Voices. Narrative in Systemic Family Psychotherapy*. Tavistock Clinic Series. London: Duckworth, p. 15-40.
- CASTEL, R., CASTEL, F. & LOVELL, A. (1982): *The Psychiatric Society*. New York: Columbia University Press.
- DANZIGER, K. (1997): The Varieties of Social Construction. *Theory & Psychology* 7(3), 399-416.
- DREIER, O. (1993): *Psykosocial behandling. En teori om et praksisområde*. København: Dansk psykologisk Forlag.
- DREIER, O. (1997): Personal Trajectories of Participation across Contexts of Social Practice. I: Dreier, O: *Subjectivity and Social Practice*. Working Papers. Center for Health, Humanity & Culture, University of Aarhus, 103-143.
- DREIER, O. (1998a): Tradition og fornyelse i dansk psykologi. *Nordiske Udkast*, 26(1).
- DREIER, O. (1998b): Client Perspectives and Uses of Psychotherapy. *European Journal of Psychotherapy, Counseling & Health*, 1(2), 285-299.
- DREIER, O., KLEINMANN, M., KONITZER-FEDDERSEN, M., MICHELS, H.-P. & RAITOLA, A. (1988): Die Bedeutung institutioneller Bedingungen psychologischer Praxis am Beispiel der Therapie. I: J. Dehler & K. Wetzel (Hrsg.), *Zum Verhältnis von Theorie und Praxis in der Psychologie*. Marburg: VA&G, 81-112.
- HERMAN, E. (1995): *The Romance of American Psychology. Political Culture in the Age of Experts*. Berkeley: University of California Press.
- HOLZKAMP, K. (1983): *Grundlegung der Psychologie*. Frankfurt/M: Campus Verlag.
- HOLZKAMP, K. (1988): Praxis: Funktionskritik eines Begriffs. I: J. Dehler & K. Wetzel (Hrsg.): *Zum Verhältnis von Theorie und Praxis in der Psychologie*. Marburg: VA&G.
- HOLZKAMP, K. (1996): Manuskripte zum Arbeitsprojekt 'Lebensführung'. *Forum Kritische Psychologie* 36, 7-112.
- HOLZKAMP, K. (1998): Daglig livsførelse som subjektvidenskabeligt grundkoncept. *Nordiske Udkast*, 26(2).
- LAVE, J. & WENGER, E. (1991): *Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation*. New York: Cambridge University Press.
- LEWIS, D.A. et al. (1991): *Worlds of the Mentally Ill. How Deinstitutionalization Works in the City*, Carbondale and Edwardsville: Southern Illinois University Press.
- LUTZ, C. (1997): The Psychological Ethic and the Spirit of Containment. *Public Culture* 22, 135-159.
- MARKARD, M. (1996): The development of Critical Psychology into a science of the subject. *Nordiske Udkast*, 24(2), 45-58.
- MILLER, P. & N. ROSE (1994): On Therapeutic Authority. *History of the Human Sciences* 7(3), 29-64.
- OSTERKAMP, U. (1985): Kontrolbedürfnis. *Forum Kritische Psychologie* 16, 145-149.
- ROSE, N. (1996): *Inventing Our Selves. Psychology, Power and Personhood*. New



- York: Cambridge University Press.
- SCHÖN, D. (1983): *The Reflective Practitioner. How Professionals Think in Action*.  
New York: Basic Books.
- WACKERHAUSEN, S. (1997): The scholastic paradigm and apprenticeship.  
*Nordisk Pedagogik* 17(3), 195-203.
- WEBSTER, Ch.(1996): Sundhed versus marked – det skæbnesvangre dilemma for  
et offentligt sundhedsvæsen. I: U. Juul Jensen, J. Qvesel & P. Fuur Andersen  
(red): *Forskelle og forandring – Bidrag til humanistisk sundhedsforskning*.  
Århus: Philosophia, 231-249.