

Forskningsintervju

Nøster opp i nettverk

Nora Skjerdingsstad
redaksjonssekretær

Med medisinsk-historiske briller drøfter Ketil Slagstad gamle ideer og nye modeller for å belyse hvordan vi forstår psykiske lidelser.

Nettverksperspektivet innenfor psykiatri, medisin og psykologi er kanskje ukjent for mange, men har de siste årene skutt fart innenfor sykdomsforståelse og behandling. Med utgangspunkt i sosiologisk nettverksteori, informatikk og komplisert statistikk har de enkelte fagdisiplinene utviklet nettverksmodeller for forståelse av sykdom generelt og psykiske lidelser spesielt.

Innenfor medisinen forstås nettverksmodellen som en modell hvis formål er å viske ut klare sykdomskategorier. Dette gjøres ved å koble sammen psykologiske, sosiologiske og biologiske faktorer i et ikke-hierarkisk nettverk.

– Man bryter ned sykdommen til enkeltfaktorer og knytter disse sammen i nettverk. Disse nodene er knyttet sammen med sterke eller mindre sterke bånd, avhengig av hvor hyppig de interagerer, sier lege Ketil Slagstad.

Slagstad, som er i gang med en doktorgrad i medisinsk historie ved Universitetet i Oslo, er i dette nummeret aktuell med en vitenskapelig artikkel (se side 822) om den historiske konteksten til nettverksmodellen. Slagstad viser her at nettverksmodellen er en videreføring av den biopsykososiale modellen, utviklet av den amerikanske legen George L. Engel på 1970-tallet. Den biopsykososiale modellen var i sin tid et oppgjør med den medisinske modellens reduksjonistiske syn på psykiske lidelser.

Å se på historien kan gi oss et skarpere bilde av vår egen praksis her og nå

– I nettverksmodellen inkluderes både psykiske og somatiske lidelser?
– Det er en uttalt ambisjon i den medisinske nettverksmodellen å viske ut skillet mellom psyke og soma. Vi er én organisme, og psyken og biologien henger sammen. For eksempel har man i slike nettverk forsøkt å undersøke sammenhengen mellom depresjon og sykdommer som diabetes, og om betennelsesmarkører knytter disse sammen.

Kritisk

Med nettverksmodellen ønsker man å skape et ateoretisk fundament for sykdomsforståelse, ifølge Slagstad. Men han er usikker på om man med modellen har lyktes med det ikke-reduksjonistiske prosjektet.

– Ordet reduksjonistisk brukes ofte litt ureflektert. Jeg bruker det for å beskrive en forståelsesmodell der et sammensatt fenomen forklares ut fra dets bestanddeler.

Slagstad argumenterer med at nettverksmodellen blir reduksjonistisk fordi vi mister noe av det sammensatte fenomenet på veien. Det blir uklart hvilken posisjon personen selv får i dette nettverket. For det andre mister vi terapeutens meningsfortolkende rolle.

– Forståelsen rotfestes verken i subjektet som erfarer, eller i den historiske tiden og konteksten personen inngår i, slår Slagstad fast.

– Problemet med nettverksmodellen er at ulike faktorer – biologiske, psykologiske og sosiale – adskilles fra hverandre og fra konteksten de er en del av. På den måten kan man si at modellen er reduksjonistisk. Jeg tror for eksempel det er viktigere å undersøke hvordan biologien er *i* det sosiale og det sosiale er *i* biologien, sier Slagstad.

Historisk

Slagstad er utdannet lege og har bakgrunn som medisinsk redaktør i *Tidsskrift for Den norske legeförening*. Interessecfeltet hans sirkler rundt det erkjennelsesteoretiske grunnlaget for psykiatrien: Hva er et symptom? Hvordan kan vi forstå pasientens plager? Hvordan kan vi best avgrense psykiske lidelser?

Slagstad tar utgangspunkt i hvordan psykiatrien har vokst frem som fagdisiplin, hvordan den har pendlet mellom biologien og det reduksjonistiske på den ene siden, og det mer personrettede og kontekstuelle som fenomenologien og psykoanalysen på den andre. Selv om den moderne psykiatrien bygger på tanken om at alt henger sammen og påvirker hverandre gjensidig, har man likevel mistet noe av det menneskelige på veien, mener Slagstad. Både personens opplevelse av mening og en forståelse av psykiatrisk kunnskap som makt blir i mindre grad berørt i de nyere tilnærmingene til hvordan vi forstår psykiske lidelser, understreker han.

– Vi er gode på å løfte blikket fremover og favne om nye teknologiske fremskritt, men glemmer litt å se oss over skuldra. For eksempel har Karl Jasper's psykiatriske fenomenologi mange gode poenger som med fordel kan løftes frem i den moderne psykiatrien, sier Slagstad.

– Å se på historien kan gi oss et skarpere bilde av vår egen praksis her og nå.

– Fortiden former nåtiden?

– Både og, men medisinen er et fremtidsrettet fag som er veldig opptatt av det nye: Er en artikkel mer enn fem år gammel, er den ikke noe å bry seg om, for å sette det på spissen. Det er lett å glemme at medisinen har en lang historie, der folk har tenkt gode tanker før en selv.

Psykologi kontra biologi

Psykiatrien og psykologien bygger på mye av det samme teoretiske fundamentet, understreker Slagstad, men slik Slagstad presenterer nettverksmodellen, ser den ut til å være noe ulikt forstått og benyttet innenfor medisinen/ psykiatrien og psykologien. Medisinen opererer med et nettverk som illustrerer latente, bakenforliggende faktorer og mekanismer, mens man i psykologien hovedsaklig ser på det manifeste, altså hvordan symptomene kommer til uttrykk, og hvordan symptomer påvirker hverandre og opprettholder lidelsen. Innenfor medisinen baseres forskningen gjerne på gruppenivå, mens psykologien i tillegg har vendt seg mot en personorientert tilnærming.

I psykoterapi kan man altså bruke nettverksmodellen som et konkret verktøy, det vil si at man sammen med den enkelte klient kan utvikle et nettverk av noder knyttet til emosjonelle, kognitive og atferdsmessige variabler. Selve informasjonen i nettverket innhentes gjennom samtaler med klienten om hva de finner relevant for sin lidelse. Også her bruker man komplisert statistikk til å fremstille disse personifiserte nettverkene på individnivå.

– Hvis nettverksmodellen kan tjene som en supplerende forståelsesramme for å tilnærme seg pasienten, er det positivt, men man må være klar over dens begrensninger. Slik du skisserer

nettverkspektivet i psykologien, kan man jo bruke det som et slags arbeidsverktøy, tankekart eller liknende.

Vår felles historie

Slagstad mener at profesjonenes ulike kunnskapsteoretiske utgangspunkt gjør at diskusjonen mellom faggruppene virker skjerpene på begge parter. Og nettopp en slik diskusjon om nettverksmodellen er noe av det Slagstad håper på i kjølvannet av sin artikkel.

– Dette er min teoretiske tilnærming til det hele, men klinikere kan jo komme til å si at nei, men dette er jo bare tull. Nå sitter du der og teoretiserer over noe som ikke har noen praktisk betydning. Jeg tenker det bare er positivt hvis artikkelen kan skape diskusjon.