

## «Når stress blir skadelig»

*Hvordan kan arbeid i grupper fremme mestring og redusere stress for pasienter med muskelsmerter?*

Kandidatnummer: 6022

Diakonhjemmet høgskole

Bacheloroppgave

Bachelor i sosialt arbeid

Kull: DSU10

Antall ord: 8644

Dato: 03.05.2014

*Den viktigste livsvisdom,*

*må vi oppdage med våre egne øyne .*

(Fridtjof Nansen)

## Innhold

<b>1 Innledning</b> .....	3
1.1 Bakgrunn for valg av tema og forforståelse .....	4
1.2 Problemstilling og avgrensing.....	4
1.3 Sosialt arbeids relevans .....	5
1.4 Oppgavens oppbygning.....	6
1.5 Begreper .....	6
<b>2 metode</b> .....	8
2.1 Søk og valg av litteratur .....	8
2.2 Kildekritikk .....	9
<b>3 Litteraturgjennomgang</b> .....	10
3.1 Å leve med sykdom.....	11
3.2 Hva vil det si å ha kroniske muskelsmerter? .....	11
3.3 Positivt og negativt stress .....	11
3.4 Sårbarhetsfaktorer for utvikling av stress og kroniske smerter .....	13
3.5 Om å presse «tålegrensen» .....	14
3.6 Nettverk.....	15
<b>4 Gruppemetode</b> .....	16
4.1 Gruppetilhørighet .....	16
4.1.1 Støtte og anerkjennelse.....	17
4.2 Empowerment .....	18
4.3 Kognitiv terapi.....	18
4.4 Minedfullness .....	19
<b>5 Drøfting</b> .....	20
5.1 Gruppeprosessen og gruppeleder .....	20
5.2 Betydningsfulle andre i gruppen .....	21

5.3 Betydningen av støtte og anerkjennelse .....	22
5.4 Empowerment som motmakt til lært hjelpeløshet.....	23
5.5 Kognitiv terapi og minedfullness som sentralt innhold i gruppearbeid .....	24
<b>6 Avslutning</b> .....	<b>26</b>
<b>Litteraturliste</b> .....	<b>29</b>
Selvvalgt litteratur .....	30

## 1 Innledning

Jeg ønsker å starte med å referere til en uttalelse i en samtale jeg hadde med en kollega som gjorde inntrykk på meg, og på denne måten tok meg tilbake i tid, da jeg var i praksis ved en poliklinikk i regi av Sunnas sykehus.

*«Når jeg møtte andre i samme situasjon, og som kanskje hadde det enda verre enn meg selv gjorde dette noe med meg og hvordan jeg så på min egen situasjon. Det var så fint og godt å ha gruppen å gå til hver uke når det meste ellers i livet mitt var helt svart. Jeg husker godt når noen i gruppa så ivrig og positivt fortalte oss andre om effekten de hadde hatt av for eksempel noen øvelser vi gjorde. De kunne fortelle om hvordan smertene hadde blitt mildere og den positiviteten smittet så over på meg.»* Ord og beskrivelser fra en anonym kollega.

Dette fortalte min kollega meg under en samtale vi hadde om en livssituasjon hun hadde gått igjennom for noen år tilbake. Hun hadde mistet mannen sin og hun fortalte hvordan dette påvirket store deler av livet hennes. Hun fortalte om en krise som førte henne inn i depresjon hvor hun mistet livsglede, og hvor hun ikke maktet å forholde seg til sin egen sønn. Hun hadde mye plager med smerter i muskler og hverdagen var ellers ganske svart. Hun fikk tilbud om utredning i spesialisthelsetjenesten via en henvisning fra legen sin. Legen hadde konstatert at hun hadde fibromyalgi, noe hun selv ikke var enig i eller komfortabel med. Hun kom inn på Sunnas sykehus sin «raskere tilbake» poliklinikk og meldte seg etter hvert med på en stressmestringsgruppe der.

Jeg var i praksis på Sunnas sykehus, poliklinikk i ca. 6 mnd. før vi hadde denne samtalen. Selv satt jeg igjen med mine erfaringer og opplevelser under denne tiden ved poliklinikken. Jeg husker jeg var fasinert over den endringen som skjedde med pasientene underveis i gruppedeltagelsen. Pasientgruppen ved poliklinikken var henvist dit på grunn av smerter i muskel- og ledd samt lettere psykiske lidelser. De fleste hadde vært igjennom utallige tester og røntgen hvor ingen medisinske funn samsvarte med den subjektive opplevelsen av smerter denne gruppen hadde. Jeg observerte og pratet med pasienter som opplevde redusert livskvalitet, sterke smerter, bekymringer for fremtiden og en hverdag som hadde endret seg totalt.

Ved poliklinikken hadde de tilbud om stressmestring grupper som var ledet av sosionom og psykolog. Jeg var med som observatør i en slik gruppe fra start til slutt, og jeg kunne både se og høre hvordan pasientene i gruppen gikk fra å være en passiv deltaker til en aktiv deltaker ved gruppeslutt. Flere strålte og det virket på meg som fokuset hadde gått fra problem og vanskeligheter til mestring, tro og håp for fremtiden. Etter samtalen med min kollega og praksiserfaringer ble jeg nysgjerrig på å undersøke videre sammenhengen mellom stress og muskelsmerter samt hvordan gruppearbeid kan benyttes for å øke mestring og redusere stress. Jeg tenker at stress er noe alle mennesker i mer eller mindre grad har kjent på kroppen. I følge arbeidstilsynet utgjør psykiske lidelser og smerter i muskel- og ledd som diagnose nesten 70 prosent av langtidsfraværet. Jeg undrer meg hva det betyr å ha muskelsmerter og hvordan dette utarter seg for pasientene som har det. Er det en sammenheng mellom stress og muskelsmerter? Hvordan kan arbeid i grupper bidra til å redusere stress og smerteopplevelsen? Jeg mener at kunnskaper om dette temaet er nyttig i møte med alle mennesker i ulike deler av helse- og sosialsektoren.

### ***1.1 Bakgrunn for valg av tema og forforståelse***

Bakgrunn for valg av tema er basert på min erfaring fra praksisperioden og ønsket om å fordype meg i dette temaet. Muskelsmerter er en av de årsakene som folk flest går til lege for her i landet og altfor mange går ut fra legekantoret med nok en ny resept på smertestillende i mangel av behandling. Fåtallet får tilbud om tverrfaglig behandling i spesialisthelsetjenesten. Stress er noe vi alle har erfart og dersom stresset vedvarer over tre måneder blir stress kronisk og kan sette seg som smertetilstander i kroppen. Ved å få kunnskaper om stress og mulige måter å behandle stress på kan dette være viktig kunnskap for å forebygge at stresset blir skadelig. Både for oss selv og for de menneskene vi møter i jobb som oppsøker vår hjelp. Det er høyst relevant med kunnskaper på dette området da jeg som sosionom mest sannsynlig vil møte mange på min vei som lever med høyt stressnivå i hverdagen sin, og redusert livskvalitet som følge av sykdom. Under deltakelsen i stressmestringsgruppa fikk jeg inntrykk av at gruppearbeid som metode hadde god effekt og jeg ønsker å undersøke dette temaet nærmere.

### ***1.2 Problemstilling og avgrensing***

Jeg har valgt følgende problemstilling:

### *Hvordan kan arbeid i grupper fremme mestring og redusere stress for pasienter med muskelsmerter?*

Jeg har avgrenset denne oppgaven til å gjelde pasienter med langvarige stressbelastninger og muskelsmerter. Lettere psykiske plager vil komme som en naturlig del av det å plutselig skulle leve med sykdom og en totalt endret hverdag, men jeg nevner ikke psykiske plager som en diagnose. Jeg har valgt å se bort ifra alder og kjønn på grunn av oppgavens omfang. Jeg har valgt å gjøre rede for målgruppen ved å beskrive stress, årsaker til stress og muskelsmerter tidlig i oppgaven fordi disse temaene er gjennomgående i hele oppgaven. Målet med oppgaven er å beskrive hvordan gruppe arbeid kan benyttes som metode i møte med denne gruppen, enten som et supplement til en-til-reelasjonen eller som en metode for seg selv.

#### ***1.3 Sosialt arbeids relevans***

Sosionomer har som mål og bistå mennesker i deres avmakt og hjelpe dem til målrettet aktivitet for å skape endring (Kokkinn 2005:61) Det er viktig at sosionomer har ferdigheter og kunnskaper om ulike metoder som kan fremme enkelt individets livskvalitet. For en sosionom innebærer dette en dyptfølt interesse for mennesker og deres skjebner (Kokkinn 2005). Fagplanen ved Diakonhjemmet høgskole, avdeling sosialt arbeid (Fagplan 2011:4-5) sier at målgruppen for sosionomers virkefelt er utsatte, marginaliserte eller utstøtte enkeltpersoner, familier, grupper, organisasjoner og lokalsamfunn som ønsker å bedre levekår og/eller livskvalitet. Som utdannede sosionomer skal vi kunne støtte mennesker, forebygge, løse eller redusere problemer på ulike nivåer og i ulike sektorer. Fagplanen legger vekt på at sosialt arbeid både har en endrings- og en støttefunksjon. Sosialt arbeid tar utgangspunkt i at hvert menneske er ansvarlig og har iboende ressurser. I dette ligger et ansvar om å øke mestringsevne og legge til rette for endring både for enkeltmennesker, grupper og samfunnsstrukturer (ibid). Gruppemetode synes å kunne være et praktisk middel til å utnytte klientens eller pasientens egne ressurser og på denne måten øke egen delaktighet og ressursmobilisering i endringsarbeidet.

### ***1.4 Oppgavens oppbygning***

I kapittel 1 beskrev jeg bakgrunn og valg av mitt tema, samt problemstilling og sosialt arbeids relevans. I kapittel 2 redegjør jeg for mine metodiske valg for oppgaven. I kapittel 3 redegjør jeg for ulike perspektiver på årsaker og dens innvirkninger på personer som lever med høyt stressnivå og/eller smerter i muskler. Jeg redegjør underveis begreper som stress, smerter og kronisk sykdom. Videre i kapittel 4 redegjør jeg for gruppearbeid som metode og presenterer noen ressurser i gruppearbeid. Mens i kapittel 5-7 presenterer jeg tilnærminger som empowerment, kognitiv terapi og minedfullness fordi disse utfyller innholdet og målet for gruppearbeidet, noe jeg også drøfter i kapittel 8. Jeg redegjør her også for begreper som kognitiv terapi, empowerment og minedfullness underveis. I kapittel 8 vil jeg vil belyse og drøfte problemstillingen ved å sammenfatte teorier og forskningsfunn fra flere fagområder. Oppgaven avsluttes så med en oppsummering og avsluttende konklusjoner.

### ***1.5 Begreper***

**Smerte:** I den biopsykologiske modellen beskrives smerte ved at det organiske grunnlaget for smertene er en betennelse som irriterer smertefibrene i vevet (Fjerstd 2010:88). Utfra en dualistisk tilnærming forstås smerte som noe ekte eller innbilt, endten fysisk eller psykisk. Smerten er altså noe som enten sitter fysisk i kroppen eller et sted i sjelen (Fjerstad 2010:87).

**Kronisk:** Smerte og/stress som varer over tre måneder, defineres som kroniske (Fjerstad 2010:86).

**Muskelsmerter:** Man kjenner smerter i muskel- og ledd uten at dette lar seg påvise som objektive medisinske funn ved tester (Klintman 1999:)

**Stress:** Stress beskrives som en tilstand der kroppen er i alarmberedskap og gjør seg klar til kamp-flukt (Ledin 2012). Stress som varer over tid kan føre til svekket helse og gi kroppslige symptomer som smerter i blant annet muskel- og ledd (Klintman).

**Mestring:** et begrep som sidestilles med å lære seg å leve med sin situasjon og mestre hverdagens utfordringer, for derigjennom å få kontroll over eget liv (Askeheim og Starrinn 2007:29).

**Sosialt nettverk:** Begrepet nettverk brukes når individet danner et uformelt system av relasjoner mellom seg, som er varig, avgrensbar og gjerne knyttet sammen av en viss fellesskapsopplevelse (Bø og Schiefloe 2007:26)

**Sosial støtte:** Innebærer hjelp og støtte man kan få fra det sosiale nettverket, og at den som mottar støtten blir anerkjente, akseptert og bekreftet for den de er. Sosial støtte kan også virke som en buffer mot stress i forbindelse med livsbelastninger (Fyrand 2005).



## **2 metode**

For å undersøke problemstillingen har jeg anvendt litteraturstudie. I en litteraturstudie er undersøkelsesdesignet basert på sekundærdata hvor hensikten er å se på hva som er gjort på et felt, sammenlikne teorier og reflektere og drøfte over dette for å få svar på problemstillingen (Jacobsen 2010:54). Jeg har valgt litteraturstudie fordi en slik studie hjelper meg å forstå problemstillingen gjennom ulik pensumlitteratur, selvvalgt litteratur og relevant forskning. Jeg vil på denne måten fordype meg i litteratur som er gjort på feltet jeg ønsker å undersøke. Litteraturstudie handler om, ifølge Jacobsen, å legge frem egen forståelse av allerede eksisterende data om fenomener, som er funnet frem til gjennom å søke i litteratur og artikkeldatabaser. Metoden er, ifølge Daland (2012), redskapet vårt i møte med det vi vil undersøke. Metoden hjelper oss til å samle inn den informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår.

### ***2.1 Søk og valg av litteratur***

I litteratursøkene har jeg forsøkt å finne forfattere og forskningsartikler innenfor de feltene jeg har berørt. For å sikre gyldighet har jeg ledd etter litteratur av nyere dato, men jeg har også vurdert det slik at noe av eldre dato har latt seg bruke for å belyse et tema. Jeg har for eksempel hentet en del teori fra Klintman hvor utgivelsesåret er 1999. Samtidig ser jeg at andre forfattere med nyere utgivelser berører en del av de samme temaene, men ikke med samme dybden innenfor smerteproblematikken i sin helhet, så derfor valgte jeg å gi Klintman en betydelig plass i oppgaven. Jeg har benyttet meg av søkemotoren BIBSYS hvor jeg skaffet meg oversikt over hva som var skrevet tidligere om temaet mitt, eller noen av temaene i min oppgave. Ellers har jeg søkt litteratur fra skolens Medisinske biblioteket, Google, Forsking.no og Den norske legeforening.

Jeg har valgt å bruke flere forfattere som hovedreferanser for min oppgave: Fjerstad (2010), Klintman (1999) og Heap (2005) fordi jeg mener at disse tre utfyller hverandre med tanke på tema og problemstillingen.

## **2.2 Kildekritikk**

Dalland (2012:72) hevder at det skal legges frem en karakterisering og vurdering av litteraturutvalget fordi dette gjør at leseren skal kunne ta del i refleksjoner rundt litteraturutvalgets relevans og gyldighet i forhold til problemstillingen.

Det er nok stor sannsynlighet for at jeg har oversett og utelatt litteratur som kunne vært aktuelt for oppgaven min. Min forforståelse er nok preget av mine opplevelser gjennom observasjon i gruppearbeidet under praksis, og jeg må derfor være bevisst på at dette kan ha preget mine tolkninger, og hva jeg har søkt etter i denne oppgaven. I startfasen synes jeg det var litt vanskelig å finne litteratur og forskningsartikler om stress og mestring samt belyse disse opp mot problemstillingen. Jeg måtte derfor bevege meg inn i ett nytt felt og fant noen relevante artikler gjennom Tidsskrift for Den norske legeforening. Jeg har også benyttet meg av en svensk nettside: [Vårdguiden 1177.se](http://Vardguiden.1177.se), da jeg vurderte også denne som relevant selv om det ikke fremkommer kildehenvisninger i teksten. Forfatteren er lege i allmenmedisin og det henvises videre til andre artikler i hennes publikasjon.

Jeg har forsøkt å være kritisk til litteraturen som jeg har brukt, og vært oppmerksom på at den konteksten dataene er ment for kan ha vært annerledes enn den konteksten jeg har brukt den i. Jeg har allikevel lett etter likhetstrekk for den gruppen jeg har skrevet om ved at de omtaler en eller flere aspekter ved det fenomenet jeg har skrevet om.

### 3 Litteraturgjennomgang

Vi lever i et samfunn som stiller høye krav til oss. Vi sjonglerer mellom ulike roller i arbeidslivet, hverdagslivet og gjennom ulike fritidsaktiviteter og hobbyer. Det er mange ting som skal «klaffe» i hverdagen og helst på en gang for noen av oss. Høye krav til oss selv om å yte og strekke til på samtlige arenaer blir for noen mer enn hva kropp og sinn kan klare å mestre. I kjølevannet av langvarig stressbelastninger utvikler noen mennesker kroppslige plager, en hverdag med smerter og en påfølgende endret livssituasjon. I følge Arbeidstilsynet utgjør nesten 70 % av langtidssykefravær og uførhet psykiske lidelser og plager i muskel og skjelett, som diagnose. Langvarige stressbelastninger og muskelsmerter er helseplager som utgjør et betydelig folkehelseproblem og kan føre til funksjonssvikt med langtidssykemelding eller uførhet (Malterud 2010).

I Kapittel 3 redegjør jeg for årsaker til stress, hva det vil si å ha muskelsmerter og hvordan disse forholdene påvirker hverandre. Jeg viser til sosiale og psykososiale faktorer som påvirker eller påvirkes av pasienter som lever med stress og sykdom. I kapittel 4 beskriver jeg gruppearbeid som metode og ulike tilnærminger, som kognitiv terapi, empowerment og minedfullness, disse vil bli drøftet senere som ledd i gruppearbeid for å belyse problemstillingen min.

### ***3.1 Å leve med sykdom***

Fjerstad (2010:18) nevner at det generelle perspektivet på kronisk sykdom har vært preget av teori om krise og stressmestring og påpeker at å bli rammet av kronisk sykdom bringer en inn i en krise som må bearbeides, og som fører med seg stress som må takles. Ved akutte sykdommer blir en tatt hånd om av den medisinske ekspertise der og da, men ved kroniske sykdommer må en i langt større grad ta hånd om seg selv (ibid). Langvarige stressbelastninger i seg selv kan føre til kronisk sykdom og smerter i muskler og ledd (Malterud 2010 og Klintman 1999). Når sykdommen griper inn i det livet en lever, endres det eksistensielle grunnlaget en har bygget sitt liv på, ifølge Fjerstad (2010:18).

### ***3.2 Hva vil det si å ha kroniske muskelsmerter?***

Kroniske muskelsmerter forstås i lys av samspillet mellom kropp, sjel og livsbetingelser. Pasienter med kroniske muskelsmerter har uttalte plager til tross for normale funn ved kliniske undersøkelser (Malterud 2010). Kroniske muskelsmerter er helseplager som utgjør et betydelig folkehelseproblem og kan føre til funksjonssvikt med langtidssykemelding eller uførhet (ibid). Det er imidlertid viktig å skille mellom akutte- og kroniske smerter. Smerter og stresstilstander som varer over tre måneder defineres som kroniske (Fjerstad 2010). I følge Arbeidstilsynet utgjør nesten 70 prosent av langtidssykefravær og uførhet psykiske lidelser og plager i muskel og skjelett som diagnose. Hos de fleste med muskelsmerter så kan tilstanden klassifiseres som belastningslidelser der muskel- og ledd reagerer på en eller annen form for langvarig eller ensidig belastning. Lidelsestrykket kan være stort, og når smertene fører til at hverdagen endres, blir pasientenes identitet og mestring utfordret (Malterud 2010).

Engstrand (i Klintman 1999) hevder at typiske symptomer hos kronisk smerte pasienter er verkende, diffuse smerter, konsentrasjonsvansker, tretthet, søvnløshet som igjen fører til gjentatte sykemeldinger. Smerten har satt pasienten ute av spill og fratatt han eller henne evnen til å fungere i det daglige.

### ***3.3 Positivt og negativt stress***

Ledin (2012) beskriver stress som en viktig del av livet både for mennesker og dyr. Stress er en reaksjon på en situasjon som krever noe ekstra og er kroppens måte å gjøre seg klar for enten flukt eller forsvar. En kamp-flukt reaksjon innebærer blant annet at mer blod pumpes ut

i musklene og at man blir mer fokusert og skjerpet. En slik stressreaksjon er livsnødvendig både for å yte og for å overleve. Slike reaksjoner kan komme når man løper for å rekke toget, skal i jobbintervju eller når man har mange arbeidsoppgaver å utføre. Situasjonene som forårsaker stress behøver ikke være negative og Ledin (2012) kaller disse positive stressreaksjoner, altså kroppens naturlige reaksjoner. Vi mennesker kan bli stresset ved bare å tenke oss en situasjon: «tenk om det hender noe med barna mine på skoleturen», «tenk om jeg ikke rekker å levere oppgaven innen fristen». Disse er bekymringstanker på noe som egentlig ikke finnes og kanskje ikke kommer til å skje. Stress blir negativt når det vedvarer over lang tid og skaper plager i form av søvnproblemer, manglende energi til å utføre oppgaver og setter kroppen i en konstant alarmberedskap slik at kropp og sinn kommer i ubalanse (Ledin 2012).

Fjerstad (2010:96) hevder at stress er en psykososial faktor som bidrar til å opprettholde smerter. I tillegg må også nevnes at kronisk smerter utsetter kroppen for en type stress som i seg selv kan være med på å forsterke smertene (ibid). Stresslidelser eller stressrelaterte lidelser handler ifølge Ekeland (2010:284), både om fysiske og psykiske skader og følger om at man over lenger tid har vært i en vedvarende alarmfase, eller at man er utslitt og nedkjørt av en motstand som har vært mislykket og tappet en for energi og tiltro til egen mestring. Stress blir et problem når påkjenningene ikke kan mestres (ibid).

Klintman (1999:151) hevder at stressbegrepet kommer inn som et viktig element i utviklingen av kronisk sykdom. Grunnivået for stress er forskjellig hos mennesker. Det samme gjelder følsomheten for stressprovoserende situasjoner og hendelser. I en lang periode med anstrengende, stresspreget arbeid vil stressnivået stadig øke hos mange mennesker (ibid).

Stress på arbeidsplassen er noe mange opplever. I følge Arbeidstilsynet er årsakene til plagene, dermed fraværet, ofte psykiske og sosiale belastninger i arbeidet. Faktorer som spiller inn på psyken og medfører stress er blant annet tidspress, dårlig samarbeidsforhold, frykt for å ikke mestre jobben eller miste den, manglende respekt og liknende som setter seg fast både i kroppen og i psyken. Klintman (1999) nevner arbeidsidentitet som et viktig begrep. Etter mange år med ordinært arbeid, overtidsarbeid og at man «alltid» har stilt opp for andre gjør at man er sårbar for utvikling av helseplager. Ifølge Ledin (2012) er kravene vi stiller oss selv egentlig det som skaper mest stress. Dette synet støttes av Klintman (1999:140).

### ***3.4 Sårbarhetsfaktorer for utvikling av stress og kroniske smerter***

I en biopsykologisk modell forstås sykdom og helse som et resultat av samspillet mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer. På denne måten påvirkes helsen vår av samspillet mellom tanker, følelser, kropp, forholdet til våre nærmeste og levekår generelt. Psykologer og forskere hevder at forklaringskraften i den biopsykologiske modellen ligger i nøkkelbegreper som stress og mestring og i et motsetningsforhold mellom dem (Fjerstad 2010). Risikoen for å bli syk er knyttet til stress, genetisk sårbarhet og lært hjelpeløshet, mens beskyttelsen mot sykdom ligger i tro på personlig kontroll, fysisk aktivitet, humor og åndelig sosial støtte (ibid).

Ekeland (Nordhelle :286) beskriver at lært hjelpeløshet er et fenomen som handler om undervurdering. Begrepet ble utviklet av den amerikanske psykologen Martin Seligman for å beskrive en form for negativ læring som best kan forklares som en ond sirkel der en opplevelse av nederlag blir attribuert til egenskaper ved en selv. Egenskaper som «jeg duger ikke» vil over tid svekke forventningene om å mestre. Når forventningene er lave, vil en følgelig i mindre grad prøve, og dersom man prøver, vil man med lave forventninger om å lykkes lettere gi opp (ibid:286) Problemet er om dette generaliseres til stadig flere områder, slik at selvforståelsen blir en selv og ikke selve situasjonen eller problemet (Ekeland:286). Lært hjelpeløshet er noe Seligman beskrev som mangel på tiltro til at noe kunne gjøres eller hjelpe. Samfunnets – og omgivelsenes holdninger ovenfor pasienten kan forsterke opplevelsen av å ikke være «bra nok»

I følge Klintman (1999:50) vil helsedirektoratets holdninger til forskjellige smertelidelser variere sterkt avhengig av hva slags sykdom og lidelse det gjelder. Det vil for eksempel finnes sykdommer med «høy» status, som hjerteinfarkt og nyresten og det vil finnes sykdommer med «lav» status, som spenningshodepine, ryggplager og muskelsmerter. Når smertene er diffuse og de ikke svarer på behandling og er av somatiseringstypen, får den lavere status. En vanlig holdning til de som lider av slike plager er at man forsøker å «få fart på» den syke, forsøker å oppmuntre med bemerkninger av typen: «det der er vel ikke så farlig, nesten alle får litt vondt i ryggen av og til, så «kom igjen nå.» (Klintman 1999:50). Å møte slike holdninger fra omgivelsene når man selv vet at man har smerter, kan være en tung tilleggsbelastning. Dette gir mange pasienter økte lidelser og redusert livsglede (ibid:50).

### 3.5 Om å presse «tålegrensen»

Klintman (1999) hevder at hvis man er en type som måler egenverd i hvor mye man presterer, eller tror andre gjør det, er man i faresonen når livskrise eller sykdom oppstår fordi man ikke lenger har energi til å prestere like mye som før. Dette kan resultere i negativt selvbilde og egenverd.

En annen viktig faktor er et aspekt ved personligheten, selvfølelsen. Betydningen av den grunnleggende selvfølelsen som handler om indre styrke, trygget og synet på seg selv kan fungere som motstandskraft i stressende situasjoner (Fyrand 2005). Klintman (1999:150) beskriver selvfølelsen som et viktig element i utviklingen av stress. En person med sterk selvfølelse kan ha en naturlig tendens til å konkurrere med seg selv eller andre for konkurransens egen skyld. Noen personer kan føle seg vel med stor aktivitet, spenning og til og med stress, i forbindelse med forsøkene på å klare så mye som mulig. Samtidig oppleves det for noen også en direkte interesse for selve oppgavene. En person med for eksempel en svak selvfølelse kan, ifølge Klintman (1999) ha like høyt ambisjons- og aktivitetsnivå som en med sterk selvfølelse. Dette styres imidlertid av et behov for å vise seg selv og andre at en ikke er udugelig, utilregnelig, uvitende eller illojal. Samtidig styres denne personen også av ønsket om å ikke bli utstøtt eller få skyldfølelse. På toppen av dette, hevder Klintman (1999), at det finnes et behov for som så ofte som mulig å fylle på forrådet av anerkjennelse, trygghet og egenverd. Arbeidet blir da nærmest et redskap til dette. Disse er eksempler på personligheter som løper en risiko for å utvikle en holdning som gjør at de er villig aksepterer at de blir overarbeidet samt fysisk og psykisk *overbelastet*. Vi kan her se en kombinasjon av personlighetsfaktorer og ytre livssituasjon som gjør seg gjeldene i utviklingen av stress.

Mennesker som ikke er motivert for eller har mulighet til å forandre sin egen situasjon og dermed dempe stressnivået vil, ifølge Klintman (1999:151) før eller senere merke kroppslige reaksjoner. Vi ser her i denne utviklingen en personlighetsrelatert stress- og grunnspenning som begynner å gjøre seg gjeldene. I denne utviklingen kan vi også tenke oss den store betydningen traumatiske hendelser har, psykisk, sosialt eller fysisk. Klintman hevder at før eller senere vil utviklingen nå et *veiskille* der det blir nødvendig å gire ned og innrette sin livs- og arbeidssituasjon i et mye roligere tempo (ibid:151)

### **3.6 Nettverk**

Når sykdom inntreffer påvirker dette både nettverkets kvantitet og kvalitet, ifølge Fyrand (2005:86). Sykdommen fører også ofte med seg at behovet for hjelp blir større enn før og til sammen kan dette bli en dobbel belastning for pasienter med kronisk sykdom. Jo mindre nettverket er fra før desto fortere vil det bli «brukt opp». Det vil på denne måten bli en ubalanse i relasjonene. Over tid vil dette øke mulighetene for at viktige deler av nettverket trekker seg tilbake fra pasienten eller at pasienten selv trekker seg unna sitt nettverk. Når gjensidigheten i en relasjon endres fordi den kronisk syke får større behov for hjelp, vil pasienten samtidig kunne oppleve at økt avhengighet av hjelp fra andre svekker selvfølelse og mentale helse (ibid:86).

Den største årsaken til at kvaliteten på nettverket endres er at sykdommen sannsynligvis påvirker samhandlingen i nettverket, ifølge Fyrand (2005). En av de alvorligste forandringene er at det oppstår mangel på gjensidighet i både å gi og å motta. En annen grunn til at nettverket endres kan ha med personlighet og gjøre. Dersom pasienten ikke får bearbeidet følelse og reaksjoner på sykdommen kan det skje en endring i atferden til pasienten som igjen kan føre til tilbaketrekning eller at andre i nettverket trekker seg ut (ibid).

Forskning viser at familiens måte å forholde seg til sykdommen på virker inn på pasientens evne til å gi seg selv god egenomsorg. I familier der partneren er kritisk og lite støttende, utvikler pasienten mer uheldige mestringsstrategier. De har lavere selvfølelse og føler ofte liten egenkontroll på sykdommen. Dette kan føre til mange tilleggsbelastninger (Fjerstad 2010). Den nærmeste familien er, ifølge Fyrand (2005) de som trekker seg sist, men som over tid selv kan få helseproblemer. Vi ser her hvordan sykdom påvirker både pasienten og nettverket rundt. Å ha et godt forhold med sine nærmeste er en buffer mot sykdom og stress for alle i familien (ibid).



## **4 Gruppemetode**

Først i 1940 årene begynte fagfolk innenfor sosialt arbeid og psykisk helsevern å benytte gruppemetoder i noen utstrakt grad. Dette var ifølge Heap (2005:21-24) en følge av at praktiserende fagfolk i sosial -og helsesektoren søkte flere og bedre redskaper under omfanget av vanskelighetsgraden av mange nye problemer. I dette oppdaget de at gruppemetoder kunne være et viktig supplement til de tradisjonelle måter å yte hjelp på. Litteratur rundt gruppemetode viser hvor mye det er satset på å forstå kontaktforhold, og hvor alvorlig hjelpeprofesjonene har beskjeftiget seg med den utfordringen det er å finne former for hjelp som bygger på klientens eller pasientens egne ressurser, egen definisjon av problemet og eget arbeid med problemet. Bevisstheten om styrken og mulighetene som dagliglivets gruppetilhørighet gir, har gitt sosial- og helsearbeidere et både realistisk og logisk grunnlag for utvikling av gruppemetoder innenfor deres arbeidsområdet. Disse metodene er blitt godt utbredt i årenes løp og innenfor en rekke ulike fagområder. Selv om målene og midlene kan variere avhengig av den aktuelle situasjonen er det allikevel noen fellestrekk (ibid:21-24).

### ***4.1 Gruppetilhørighet***

De aller fleste av oss har gjennom årene vært tilknyttet flere grupper. Familie, venner, skoleklassen og fotballaget er eksempler på slike grupper. Medlemskap i slike grupper har gitt oss trygghet og i stor grad vært med på å forme oss som mennesker. Fordi vi både er sosiale og biologiske vesener, er vi avhengig av medlemskap i grupper for å kunne tilfredsstille våre mest grunnleggende behov som tilhørighet, bekreftelse på egenverd og til og med å ta til protester (Heap 2005:13).

Forskning viser at tilhørighet og opplevd støtte virker gunstig inn på helse og livskvalitet. Medlemskap i grupper styrker vår identitet, gir oss tilbakemeldinger for rolleatferd og sanksjoner, normer, holdninger og væremåter (Bø og Schiefloe 2007:106).

På samme måte kan vi erfare at en krise virker mindre truende og lettere å bearbeide når vi deler den med andre, eller når vi får anledning til å snakke med noen om det som har skjedd. Tap og sorg er nesten ikke til å bære alene og gjennom fellesskap med andre kan vi begynne å kjempe når vi møter kjærlighet, medlidelse, respekt og styrke fra andre (Heap 2005:15). I slike samhandlings- og empatiprosesser skapes også en felles virkelighetsforståelse. Shulman

(2006) beskriver grupper som et system for gjensidig hjelp og legger vekt på gruppelederens rolle og ferdigheter i dette. Det er opp til gruppelederen å utnytte potensialet for gjensidig hjelp som ligger i gruppen. I likhet med Shulman (2006) vektlegger Heap (2005) gruppeleders ferdigheter, men er i tillegg opptatt av at gruppeprosessen er selve hovedressursen i gruppearbeid.

#### **4.1.1 Støtte og anerkjennelse**

Fyrand (2005:86) hevder at støttende relasjoner i nettverket vårt eller grupper vi tilhører vil redusere belastninger som følger med negative livshendelser og stress i livet. På samme måte kan støttende relasjoner ha en sykdomsforebyggende effekt (ibid:86).

Bø og Schiefloe (2007:196) legger vekt på at opplevelsen av tilhørighet og støtte fra andre er en helsefremmende effekt og en viktig faktor for mestring. I tillegg vil opplevde støtte og tilhørighet forebygge en rekke psykososiale problemer. Omvendt vil fraværet av støtte og tilhørighet virke inn som risikofaktor på sykdom og personens opplevelse av kvalitet i livet. Dette i seg selv blir en tilleggsbelastning som, ifølge Klintman (1999), i ytterste konsekvens fører med seg mer smerte i kroppen og uhensiktsmessig mestring i forhold både til seg selv og til sykdommen. Dersom man lever med kronisk sykdom og har vært sykemeldt over lang tid, vil dette for noen føre med seg konsekvenser som redusert støtte og tilhørighet ved at for eksempel at et viktig kolleganettverk forsvinner og at man ikke orker å være like sosial med andre mennesker som før sykdommen. Andre menneskers holdninger rundt sykdommen, for eksempel mistro gjør at en opplever å miste støtte og betydningsfull kontakt med andre mennesker (ibid).

Høylund og Juul (2005:22-23) referer til den tyske filosofen D.W.F. Hegel som er opptatt av anerkjennelsens oppblomstring. Hegel hevder at jegets identitet først kommer til uttrykk gjennom *gjensidig* anerkjennelse. Hos Hegel oppstår den menneskelige frihet først når det ligger til grunn en gjensidige anerkjennelsen. Frihet, hevder Hegel handler om at man kun finner seg selv gjennom et forhold til andre mennesker. I et anerkjennelsesforhold søker man å bli bekreftet som selvstendig individ, hvilket kun er mulig ved å anerkjenne den andres selvstendighet. Anerkjennelsesforholdet er en betingelse for selvrealisering, hevder Hegel da jeg kun kan se meg selv i en annen, som ser meg. Hegels anerkjennelsesbegrep er ifølge Høylund og Juul (ibid) forbundet med det sosiale, altså en historisk kontekst. Mennesket

utvikler seg og *er* seg selv kun når det står i et samhandlingsforhold til andre mennesker i konkrete situasjoner (ibid).

#### **4.2 Empowerment**

Begrepet empowerment er beskrevet som et noe diffust ord og uten tvil er det et svært populært ord i våre dager. Termen ble introdusert i USA, og har ennå ikke fått noen god norsk oversettelse. Empowerment inneholder ordet power, som betyr styrke, makt og kraft. Ordet empowerment fører også tanken hen på fenomener og egenskaper som for eksempel selvtillit, sosial støtte, stolthet, delaktighet, egenkontroll, kompetanse, samarbeid og deltakelse (Askheim og Starrin 2007:13). Når empowerment har en terapeutisk funksjon fremstilles empowerment som en etablering av motmakt og man ser på individuell styrking som et første skritt eller foreløpig fokus. Da kan målet være å utvikle enkeltindividets personlige ressurser og sette dem i stand til å fjerne blokkeringer som hindrer dem i realisere seg selv og vinne tilbake egenkontroll (ibid:28).

Kokkinn (2005:63) beskriver empowerment som en frigjøringspedagogisk metode hvor det gjennom terapi, samtale, gruppearbeid øker bevisstheten hos enkeltpersoner eller grupper om hva de ønsker å oppnå og hva de selv kan ta ansvar for å endre i sine omgivelser og egen livssituasjon (ibid).

Et annet begrep som kan sidestilles med empowerment, er ifølge Askheim og Starrin (2007:29) begrepet *mestring* innenfor rehabiliteringsfeltet. Dette tar opp hvordan personer med funksjonsnedsettelse kan lære å leve med sin situasjon og mestre hverdagens utfordringer for så å oppleve kontroll over eget liv. Et viktig hovedpoeng i en slik kontekst er at fagpersonens rolle går fra å være styrende til å være en samtalepartner på like fot med den som søker hjelp. Hovedfokuset er at folk ikke kan oppnå optimal helse hvis de ikke har styring over de forhold som påvirker og vedlikeholder problemet (ibid:29).

#### **4.3 Kognitiv terapi**

Nordhelle (2010:77) påpeker at et viktig tema i kognitiv psykologi er å identifisere u hensiktsmessig tankemønstre om oss selv og omverdenen. De sentrale temaene i kognitiv psykologi er persepsjon, tenkning og hukommelse. Persepsjon innebærer hvordan vi oppfatter og gir mening til våre sanseintrykk. Dette gjør vi gjennom å bli oppmerksomme på noe,

velger ut, tolker og lagrer eller glemmer informasjon på. Vi fortolker våre erfaringer helt forskjellige (ibid). Kognitiv terapi kan brukes for å utvikle gode indre dialoger, ifølge Fjerstad (2010:210). Å ha gode indre dialoger innebærer å gi seg selv støtte og vennlighet fremfor nedbrytende og destruktive beskjeder når en har det vanskelig. Fjerstad hevder at et kjernesporsmål i kognitiv terapi er hvordan en forholder seg til de utfordringene en står ovenfor i livet sitt. Målet i kognitiv terapi er å få økt forståelse av hvordan den mentale aktiviteten virker inn på hvordan en har det med seg selv, med andre, med sykdommen og fremtiden. Det er et verktøy for å håndtere reaksjoner på å få en kronisk sykdom, for å tilpasse seg når livet tar en ny vending og for å forebygge utviklingen av angst og depresjon (Fjerstad 2010: 211-212).

#### ***4.4 Minedfullness***

Michael de Vibe (2003) referer til en metode- minedfullness i sin artikkel, som et verktøy til å hjelpe pasienter til å mestre stress og følelsesmessige konflikter i forbindelse med sine sykdommer. På norsk kan dette best oversettes til oppmerksomt nærvær, men det finnes ingen eksakte oversettelser. Metoden ble utviklet av dr. Jon Kabat-Zinn i 1979. Vibe (2003) her peker på et viktig hovedelement ved bruk av slike øvelser som er at pasienten på denne måten får delta aktivt i sin behandling og helingsprosess. Hovedelementet i øvelsene er opptrening av oppmerksomhet i her-og-nåsituasjonen gjennom meditasjon, kroppsavspenning og yogaøvelser. Metoden har effekt blant annet på pasienters opplevde smerte, følelsesmessige problemer, stress, angst og depresjon (ibid).

Vibe (2003) hevder at øvelser i oppmerksomhetstrening betones som en nødvendig styrking av «oppmerksomhetsmuskelen», slik at den kan anvendes i hverdagslivets mange stressende situasjoner. Under slike øvelsene legges det stor vekt på utvikling av holdninger som fremmer den type oppmerksomhet man ønsker. I tillegg hevder Vibe at trening av oppmerksomt nærvær (minedfullness) er forbundet med en rekke fysiologiske endringer som kan måles og som skiller seg fra det man finner i andre bevissthetstilstander som avslapning eller søvn. Bevisst oppmerksomhet kan på denne måten føre til selvregulering og endret helsetilstand (ibid).

## 5 Drøfting

Jeg vil i denne delen belyse problemstillingen min: *Hvordan kan arbeid i grupper fremme mestring og redusere stress for pasienter med muskelsmerter?*

Problemstillingen vil jeg drøfte oppimot noen utvalgte teorier og forskningsfunn fra litteraturgjennomgangen. Jeg starter med å drøfte betydningen av gruppearbeid og hva som er viktig å tenke på for å få til et vellykket gruppearbeid. Videre drøfter jeg betydningen av støtte, anerkjennelse og empowerment. Deretter drøfter jeg hvordan kognitiv terapi kan brukes som et verktøy i gruppen for å behandle eller forebygge stress. Til sist drøfter jeg bruk av gruppeaktiviteter der fokuset er minedfullness for å styrke pasientens egenkontroll.

### 5.1 Gruppeprosessen og gruppeleder

Heap (2010) fremhever selve gruppeprosessen som den overordnede ressursen i gruppearbeid. Slik sett skiller gruppearbeid seg betydelig fra en-til-en relasjonen i hjelpeapparatet da utvekslingen preges av jevnbyrdighet ved at medlemmene identifiserer seg med hverandres livssituasjon og at de utvikler personlige forhold seg imellom. Gruppeprosessen kan også gå i en negativ retning hvor konflikter oppstår eller at medlemmene for eksempel ikke er engasjert i hverandre. Da kan det som skulle vært støtte oppleves ydmykende og invaderende. I verstefall kan hjelp og støtte føre til umyndiggjøring og lært hjelpeløshet (Bø og Schiefloe 2007:214). På denne måten vil ikke gruppearbeidet blir et tjenlig middel til behandling og vekst.

Slik sett har gruppelederen en viktig funksjon. Det er derfor viktig at gruppelederen til enhver tid må ha sin oppmerksomhet rettet mot to nivåer som er forskjellige, men samtidig flettet sammen (Bang og Heap 1999:130). Disse nivåene er den enkelte medlem og gruppen som helhet. Gruppelederen må anerkjenne og stimulere de ressursene og mulighetene som finnes innebygd i selve gruppesituasjonen. Bruk av gruppen innebærer at gruppens medlemmer er der for å arbeide, for å gi og få, og at det primært er deres eget arbeid i gruppen at de får dekket de behovene som førte dem sammen. På denne måten kan gruppen kollektivt bearbeide tanker og informasjon som kan åpne dører for forståelse og innsikt. Heap (2005)

hevder at gruppen på mange måter er et selvstendig unikt sosialt vesen- med eget liv og død, med egne normer, identitet og mål (ibid).

For at et gruppearbeid skal bli et vellykket hjelpemiddel forutsetter det et kontakthold som preges av respekt, likeverdighet, akseptering og empati. Gruppeleder må ha funnet måter å fremme gruppeprosessen og ikke invadere eller dominere den. Samtidig er det viktig å kartlegge sammensettingen av medlemmene som skal delta, og utvikle mål og innhold for nettopp denne gruppen. Dette er en forutsetning for et vellykket gruppearbeid og vel så viktig dersom gruppearbeidet er behandlingsrettet. Heap hevder at det må foreligge et nært samsvar mellom psykososiale behov og problemer hos medlemmene (Heap 2005).

Gruppelederens funksjon må omfatte å legge til rette for bestemte oppgaver på forskjellige trinn. Gruppeleder kan gå frem for å skape samtaler om emner som fremmer endring og bedre egenomsorg, selvstøtte og selvfølelse for medlemmene. Disse utgjør ifølge Fyrand (2005) selve motstandskraften mot sykdom og belastning. Jeg ser det slik at det er grunnleggende viktig å ha kunnskaper om «livet» som oppstår i grupper og bevisst velge en lederrolle som fremmer mestring og legger til rette for endring og vekst.

### ***5.2 Betydningsfulle andre i gruppen***

En utfordring for mange pasienter med langvarige og diffuse smerter er at de opplever å bli møtt av sine omgivelser med mistro til sine plager. Klintman (1999:50) hevder at helsedirektoratets holdninger er forskjellig utfra hvilke smertelidelser det gjelder og hevder at nyresten for eksempel har «høy» status, mens muskelsmerter har «lav» status. Å møte slike holdninger er vondt og virker negativt inn på selvfølelsen. Dette fører til økte lidelser og redusert livskvalitet, ifølge Malterud (2010). Slik sett påvirker omgivelsene pasienten og omvendt. Når sykdom oppstår opplever mange mennesker store endringer i nettverket.

Fyrand (2005:86) påpeker at en dobbel belastning for pasienter som lever med sykdom er at nettverket trekker seg tilbake eller blir «brukt opp» fordi behovet for hjelp ofte blir større ved sykdom. Økt avhengighet og hjelp fra andre kan for noen pasienter svekke selvfølelse og den mentale helsen. Dette kan føre til at pasienten selv trekker seg vekk fra viktige støttespillere i nettverket som ønsker å hjelpe (ibid). Den største årsaken til at kvaliteten på nettverket endres

er, ifølge Fyrand (2005:87) at sykdommen påvirker samhandlingen i nettverket. Det blir da en mangel på gjensidighet, det å gi og å motta.

Vi ser her at viktige støttesystemer rundt pasienten endres ved sykdom, og i dette tilfelle betydningen av å ha et godt fungerende nettverk og støttespillere rundt seg. Det sosiale nettverket kan kompensere for noen av problemene ved å mobilisere ressurser på ulike måter. På denne måten bidrar dette til en bedre livskvalitet for pasienten. Det er viktig også å påpeke at mange pasienter har et støttende nettverk som virker som en buffer mot stress og sykdom. Men for de som mangler omsorgspersoner vil mangel av nettverk oppleves som en tilleggsbelastning. Gruppearbeid er en gir en mulighet for å treffe andre i tilsvarende situasjon som forstår hvordan en har det. Den største årsaken til at kvaliteten på nettverket endres er, ifølge Fyrand (2005:87) at sykdommen påvirker samhandlingen i nettverket. Det blir da en mangel på gjensidighet, det å gi og å motta.

Samtidig henter mange mot, kraft og motivasjon fra gruppefellesskapet til å gjennomføre endringer i eget liv. Gruppen gir også mulighet til felles opptreden for å skape endringer i livene sine og i omgivelsene. Slik sett kan gruppem metode møte noen av de problemene vi støter på i en-til-en situasjoner når det gjelder å yte og å ta imot hjelp. Her kan gruppen være en samhandlingsarena for nettopp dette. En-til-en samtale hos psykolog eller hos sosionom kan være til stor hjelp for mange, men ikke for alle. For noen mennesker vil det å møte støtte og anerkjennelse i form av gruppebehandling være nettopp det som gir livet mening igjen og legge grobunn for mestring av hverdagen.

### **5.3 Betydningen av støtte og anerkjennelse**

Steinhaug (2002) fant i sin studie at for kvinner med kroniske muskelsmerter var anerkjennelse og støtte avgjørende viktig for kvinnenenes behandlingsutbytte. Resultatene i studien tydeliggjorde hvordan anerkjennelsesperspektivet med vekt på samhandling, gjensidighet og endring kunne bidra til nye tankemodeller for pasientene. Om man velger å se det på denne måten ligger det iboende ressurser i gruppearbeidet som har med samhandling og interaksjon mellom deltakerne, og som er en viktig ressurs for endring og mestring i fellesskap med andre.

Hos Hegels anerkjennelsesteori oppstår den menneskelige frihet først når det ligger til grunn en *gjensidige* anerkjennelse. Anerkjennelsesforholdet er en betingelse for at mulighet for selvrealisering kan oppstå fordi jeg kun kan se meg selv i den andre, som ser meg. Frihet,

ifølge Hegel (Høyland og Juul 2005:23) Det må derfor ligge til grunn en samhandling mellom en eller flere mennesker for at anerkjennelse og frihet kan oppstå. Slik sett understreker Hegel betydningen av fellesskap med andre for å utvikle seg, endre seg og vinne kontroll over eget liv.

Mange av de menneskene som sosial- og helsearbeidere treffer er ifølge Heap (2005) ofte i sørgelig mangel på menneskelig kontakt. For eksempel fysiske eller psykiske sykdommer tvinger mange pasienter inn i en meget isolert tilværelse. Ensomheten skader egenverdet og bryter ned pasientens sosiale fungeringsevne. På denne måten egner gruppemetode seg fordi de bryter isolasjonsspiralen og den sosiale nederlagsfølelsen (Heap 2005:213)

I følge Ekeland (2010) er anerkjennelse, støtte og tilhørighet sosiale behov som er dypt forankret i oss mennesker. Fraværet av disse virker inn som risikofaktor for sykdomsutvikling og redusert livskvalitet (Fyrand 2005). Et vellykket gruppearbeid er heftet på blant annet gjensidig støtte mellom deltakerne i gruppen. Støtte fra andre mennesker fungerer som buffer mot stress og sykdom. Men oppleves støtte likt for alle?

Bø og Schiefloe (2007:214) ser på støtte gjennom et fenomenologisk perspektiv og hevder at støtte er en opplevelse og mottakerens tolkning er gjeldene for selve opplevelsen av støtte. Opplevelsen kan variere fra menneske til mennesket. Noen opplever støtte som noe godt men andre kan oppleve støtte som umyndiggjøring (ibid). Slik sett understreker dette at hvert individ er unikt med sin egen opplevelse og livserfaring slik at det som passer for noen, passer ikke nødvendigvis for en annen. Når gruppearbeid som metode gjorde seg gjeldene her i Norge sprang dette utfra en søken etter flere og bedre redskaper for å møte mange nye problemer. Gruppemetode kunne være et nyttig supplement til de tradisjonelle måtene å yte hjelp på (Heap 2005).

#### ***5.4 Empowerment som motmakt til lært hjelpeløshet***

Når empowerment har en terapeutisk funksjon fremstilles empowerment som en etablering av motmakt og man ser på individuell styrking som et første skritt eller foreløpig fokus (Askheim og Starrinn 2007). I gruppearbeid er individet i sentrum i tillegg til gruppen som helhet. Slik sett har empowerment en terapeutisk funksjon. Ved å møte andre i tilsvarende situasjon vil en ikke føle seg så alene med problemet og gjennom å lytte og sammenlikne seg med andre kan en bli bevisst egne ressurser og problemområder. I gruppearbeid kan målet



være å utvikle enkeltindividets personlige ressurser så vel som gruppen som helhet og sette dem i stand til å fjerne blokkeringer som hindrer dem i realisere seg selv og vinne tilbake egenkontroll. Slik sett kan gruppen som sådan ha en terapeutisk funksjon. Innenfor dette perspektiver er det viktig å anerkjenne andre menneskers rett til å løse sine egne problemer i overenstemmelse med sine verdier, ressurser og ønsker (Heap 2005). Dette kan gjøres i gruppearbeid gjennom økt bevissthet om hvilke faktorer i livet som er med på å opprettholde smerter og stress. Ved å bli seg bevisst om egen rolle i egen endringsprosess får pasienten styrke til å gjøre endringer og aktivt ta del i endringsprosessen. Samtidig vil støtte og anerkjennelse fra andre i tilsvarende situasjon gi innspill og ideer til at det går an å endre på problemområder.

Motsatt av empowerment kan beskrives som lært hjelpeløshet. Ekeland (2010 :286) beskriver at lært hjelpeløshet er et fenomen som handler om undervurdering. Undervurdering omfatter egenskaper som «jeg duger ikke» og over tid vil dette svekke forventningene om å mestre. Om man velger å se på empowerment som motmakt til lært hjelpeløshet kan bevissthet om slike tanker gi grobunn for mestring. Heap (2010) hevder at bruken av gruppeprosessen handler blant annet om å gi hverandre motforestillinger. På denne måten kan medlemmene korrigere hverandre og inspirere til nye løsninger. I dette oppstår et nettverk der utvekslingene preges av jevnbyrdighet. Gruppemetode kan ifølge Heap (Heap 2005) bli et praktisk middel til å utnytte pasientens egne ressurser bedre. Den kan bidra til å skape former for problemløsning som styrker selvaktelsen og som i større grad fører til løsninger eller avgjørelser som er bestemt av pasienten selv. (ibid).

### ***5.5 Kognitiv terapi og minedfullness som sentralt innhold i gruppearbeid***

Et kjernesporsmål innenfor kognitiv terapi er, ifølge Fjerstad (2010:212), hvordan vi forholder oss til de utfordringene en har i livet sitt. Det er et verktøy for å håndtere reaksjoner på å få en kronisk sykdom og for å tilpasse seg når livet tar en vending. I tillegg kan kognitiv terapi forebygge utvikling av angst og depresjon (ibid). Med kognitiv terapi som et ledd i gruppe arbeid kan denne metoden inspirerer til refleksjon og utforskning rundt egne tanker og holdninger, gi håp om at endring er mulig, og mot til å gjennomføre endring. Wigers og Finset (2007) hevder at et minimumskrav for kroniske smertepasienter er å implementere kognitiv terapi i behandlingen. Dette bidrar til en trygg, aktiv mestrende og velfungerende pasient.

På bakgrunn av dette kan kognitiv behandling gjøres i gruppearbeid ledet av fagpersoner med kunnskaper på området. Kognitiv terapi som behandlingsmulighet innebærer blant annet at pasienten må lære å betrakte seg selv, sin smerte, sine plager og hemninger på en måte som gjør at feiltolkninger kan rettes opp (Klintman 1999:102).

Om man velger å jobbe kognitivt med pasientene kan man jobbe med oppgaver for å kartlegge tanker og følelser som oppstår. Gruppeleder kan gi hjemmeoppgaver som bidrar til å styrke egeninnsats. Hjemmeoppgavene utformes etter hva som er målet og det er viktig at pasienten opplever oppgavene som meningsfulle og gjennomførbare. Eksempler for slike oppgaver kan være å skrive dagbok, registrere negative tanker og hvordan de påvirker en (Fjerstad:215). Disse kan så tas opp i fellesskap med gruppen og på denne måten vil gruppen dele erfaringer, ideer, styrke og håp. Gjenkjennelse og høre andres måter å løse oppgaven på kan bidra til å utvide perspektivet og finne løsninger.

Bruk av aktiviteter og øvelser i gruppearbeid kan stimulere til kontakt, gi bedre mestring og smertelindring (Heap 2005). Oppmerksomt nærvær eller minedfullness er bevist gjennom forskning å ha en helsefremmende effekt. Vibe (2003) viser til at oppmerksomt nærvær er forbundet med en rekke fysiologiske endringer som på denne måten kan føre til selvregulering og endret helsetilstand. Resultatet av å være oppmerksom på for eksempel sin smerte med aksept og åpenhet blir annerledes enn å være oppmerksom med frykt og selvbebreidelse. Førstnevnte åpner for forandring, mens sistnevnte forsterker opplevelsen av smerten, ifølge Vibe. Slik sett har metoden effekt på blant annet pasienters opplevde smerte, følelsesmessige problemer, stress og angst. I gruppearbeid gjør man ifølge Heap (2005:211) utstrakt bruk av andre hjelpemidler enn de verbale og av andre verbale måter enn løsningsrettede samtaler. For mange mennesker er det lettere å delta i aktiviteter enn i diskusjon. For å nå visse mål kan det dessuten være mer hensiktsmessig enn tale. Slike planlagte handlinger og aktiviteter grunner en sentral plass i gruppearbeidsmetodikk, og blir stadig mer aktuelt (ibid). På den annen side vil det for smertepasienter øke bevissthet omkring muskelavspenning og føre til mer egenkontroll. Ved bruk av gruppeaktiviteter vil pasienten være mer delaktig i egen endringsprosess.

## 6 Avslutning

Jeg har vist i denne oppgaven hvordan stress virker inn på kroppen og i verstefall kan føre til sykdomsutvikling og redusert livskvalitet. Langvarige stressbelastninger i seg selv kan føre til kronisk sykdom og smerter i muskler og ledd (Malterud 2010 og Klintman 1999). Når sykdommen griper inn i det livet en lever, endres det eksistensielle grunnlaget en har bygget sitt liv på, ifølge Fjerstad (2010). Fjerstad tar opp et sentralt poeng som handler om en totalt endret livssituasjon for den som opplever sykdom. Funn i undersøkelsen understreker at det er viktig for helsepersonell å se samspillet av opprettholdende faktorer samt gi kunnskaper om sammenhengen mellom stress og sykdomsutvikling.

For at vi skal kunne håndtere stress i hverdagen er det viktig at man finner en bra balanse, og gi kunnskaper som pasienten kan dra nytte av i en endringsprosess. Empowerment er et nøkkelbegrep i en slik endringsprosess. I gruppearbeid kan målet være å utvikle enkeltindividets personlige ressurser så vel som gruppen som helhet og sette dem i stand til å fjerne blokkeringer som hindrer dem i realisere seg selv og vinne tilbake egenkontroll. Slik sett kan gruppen som sådan ha en terapeutisk funksjon. Innenfor dette perspektiver er det viktig å anerkjenne andre menneskers rett til å løse sine egne problemer i overensstemmelse med sine verdier, ressurser og ønsker (Heap 2005)

Jeg har vist at når sykdom eller langvarige stressbelastninger blir en del av hverdagen berøres flere parter. Eksempler på dette er familien, arbeidsplassen og det generelle nettverket rundt. I tillegg utfordres pasientens selvfølelse og man står i fare for ytterligere psykiske og sosiale tilleggsbelastninger. Et støttende nettverk er en buffer mot stress og sykdom og motsatt er mangelen på nettverk en risikofaktor for utvikling av sykdom og stress (Fyrand 2005). Deltakelse i gruppe virker isolasjonsbrytende og gjennom å møte andre som forstår deg og hvordan du har det vil dette øke mestring og gi positive ringvirkninger for pasienten.

Funn fra undersøkelsen viser at gruppearbeid som metode har flere potensielle fordeler for pasienter som lider av stress og smerter i muskler -og ledd. Steinhaug (2002) viste i sin doktoravhandling hvordan bevegelse og samtale i gruppe der samhandlingen bygger på og formidler anerkjennelse, kan være til god hjelp for pasienter med kroniske muskelsmerter. Avgjørende viktig for behandlingsutbytte var det å bli trodd, forstått, akseptert og bekreftet.

Dette viser utbyttet av å samhandle med andre i tilsvarende situasjon. Heap (2010) kaller dette selve gruppeprosessen og vektlegger denne som selve hovedressursen i gruppearbeid.

Kroniske muskelsmerter forstås i lys av samspillet mellom kropp, sjel og livsbetingelser (Malterud 2010). Det vil si at det er mange ting i pasientens liv, utover selve sykdommen eller diagnosen, som spiller inn på selve livssituasjonen. Mange år med betydelige belastninger i arbeidslivet eller privat hvor man stadig presser grenser og ikke stopper opp og lytter til kroppen vil i seg selv kunne utgjøre en helsefare. Derfor er det viktig å få kunnskaper om hva det er i mitt liv som opprettholder problemene og hva det er jeg kan gjøre for å endre dette. Som sosionom kan jeg sammen med pasienten (i gruppen) kartlegge hindringer som opprettholder problemet og forsøke å finne frem til styrker og ressurser i pasientens liv. Funn fra undersøkelsen viser at arbeid i grupper kan fremme mestring, gi vekst og redusere stressbelastninger.

I tillegg til ressursene som ligger i selve gruppeprosessen viser funn at kognitiv terapi kan benyttes som endringsverktøy. Personlighetspsykologiske aspekter kan forverre pasientens håndtering av lidelsestilstanden og de begrensninger som følger med (Klintman 1999). Gjennom ulike øvelser, som for eksempel oppgaver i å kartlegge uhensiktsmessige tankemønstre, kan pasienten bedre håndtere reaksjoner på sykdom og få verktøy til å endre negative tanker om seg selv og omverdenen.

Funn i undersøkelsen viser at økt kroppsbevissthet er en positiv tilnærming og minedfullness kan benyttes som metode for selvregulering av helsen (Vibe 2003). Disse kan brukes som gruppeaktiviteter, men det forutsetter at gruppeleder har kursbevis eller utdanning innen det feltet han eller hun praktiserer. Slike øvelser kan anvendes i hverdagslivets mange stressende situasjoner og åpner for forandring (Vibe 2003). Slik sett har metoden effekt på blant annet pasienters opplevde smerte, følelsesmessige problemer, stress og smerter. Forskning viser at muskelavspenningsøvelser reduserer smerteopplevelsen. Samtidig henter mange mot, kraft og motivasjon fra gruppefelleskapet til å gjennomføre endringer i eget liv.

Arbeidet med denne oppgaven har gitt meg en dypere innsikt i sammenhengen mellom sykdom/plager hvor det ene ofte påvirkes av det andre. Sykdom, stress og smerter kan ikke sees atskilt fra hverandre, men må sees i samspill med hverandre. Dersom jeg som sosionom

for eksempel jobber i en poliklinikk for somatikk kan jeg bidra med gruppearbeid som et ledd i en tverrfaglig behandling.

## Litteraturliste

Askheim, O.P og Starrinn, B. (2007). *Empowerment i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Bø, I. og Schiefloe, P.M. (2007). *Sosiale landskap og social capital. Innføring i nettverkstenkning*. Oslo: Universitetsforlaget

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. 5. Utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Ekeland, T-J. (2010). *Sosial persepsjon*. I: Ekeland, T- J m.fl. *Psykologi for sosial- og helsefagene*. 2. Utg. Oslo: Cappelen Damm.

Fyrand, L. (2005). *Sosialt nettverk. Teori og praksis*. 2. Utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Heap, K. (2005). *Gruppet metode for sosial- og helsearbeidere*. 5. Utg. Oslo: Gyldendal akademisk kap.1-2 og kap.10.

Høilund, P. og Juul, S. (2005). *Anerkendelse og dømmekraft i sosialt arbeid*. Forlagsredaktion: Helle Rex

Jacobsen, D. I (2013). *Forståelse. Beskrivelse og forklaring. Innføring i metode for helse- og sosialfagene*. 2. Utg. Høyskoleforlaget.

Kokkinn, J. (2005). *Profesjonelt sosialt arbeid*. 2. Utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Nordhelle, G. (2010). *Kognisjon, emosjoner og motivasjon*. I: Ekeland, T-J m.fl. *Psykologi for sosial- og helsefagene*. 2. Utg. Oslo: Cappelen Damm

Shulman, L. (2003). *Kunsten å hjelpe individer og familier*. Oslo: Gyldendal akademisk

**Selvvalgt litteratur**

Antall sider: 450

Arbeidstilsynet. Fakta ark: *Stress på arbeidsplassen*. Hentet (28.03.2014) fra <http://www.arbeidstilsynet.no/fakta.html?tid=78247>

Bang, S. og Heap, K. (1999). *Skjulte ressurser. Om veiledning i grupper*. Oslo: Universitetsforlaget (s.128-172)

Fjerstad, E. (2010). *Frisk og kronisk syk. Et psykologisk perspektiv på kronisk sykdom*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag (s.15-236)

Klintman, H. (1999). *Den gåtefulle smerten. Et helhetsperspektiv*. Akribe Forlag as. (s.9-148)

Malterud, K. (2010). *Kroniske muskelsmerter kan forklares på mange måter. Tidsskrift for Den norske legeforening*. (2010). (Nr.23):1-9

Ledin, C. (2012-12-11). *Stress. Vad är stress? Vårdguiden*. Hentet (23.03.2014) fra <http://www.1177.se/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Stress/>

Steinhaus, S. (2002). *Muskelsmerter og anerkjennelse. Tidsskrift for Den norske legeforening*. (2002). (Nr.29-30):1-2. Doktoravhandling

Vibe, M.D. (2003). *Oppmerksomhetstrening- en metode for selvregulering av helse. Tidsskrift for Den norske legeforening*. (2003). (21-26):1-4

Vibe, M.D og Moum, T. (2006). *Oppmerksomhetstrening for pasienter med stress og kroniske sykdommer. Tidsskrift for Den norske legeforening*. (2006). (Nr.15-10):1-8

Wigers, S.H. og Finset, A. (2007). *Rehabilitering ved kroniske myofasielle smertetilstander. Tidsskrift for Den norske legeforening*. (2007). (Nr.5):1-13