

Individuell læring i gruppebasert psykoedukativ kognitiv rehabilitering

Aud Evensen, Hildfrid V. Brataas og Bodil Landstad

Aud Evensen, MD, Høgskolelektor, Høgskolen i Nord-Trøndelag

Hildfrid V. Brataas, PhD, Førsteamanuensis/Forsker, Senter for omsorgsforskning Midt-Norge, Høgskolen i Nord-Trøndelag

Bodil Landstad, PhD, Førsteamanuensis, Høgskolen i Nord-Trøndelag, docent, Institutionen för Hälsovetenskapliga programmet, Mittuniversitetet

Sammendrag

Artikkelen omhandler en kvalitativ studie om individuell læring i gruppebasert psykoedukativ kognitiv rehabilitering. Studiens formål var å få frem kunnskap om betydning av å benytte kombinasjon av individrettet og grupperettet metode i rehabiliteringsopplegg,

Metode: Kvalitativ beskrivende og fortolkende studie med bruk av fokusgruppeintervjuer to år etter deltakelse i rehabiliteringsopplegget.

Resultater: Gruppebasert rehabilitering var opplevd som gjensidig støtte. Rehabilitering med kognitiv tilnærming førte til oppdaging om egen lært hjelpeløshet og lavt selvbilde før rehabilitering og læring om andre måter å møte belastninger på. To år etter deltakelse på gruppebasert rehabilitering var opplegget erfart å ha betydning for selvfølelse, meningsfulle liv, mer aktivitet og mestring i hverdagen. Det er behov for mer forskning hvor opplevelse av mening og sammenheng måles og effekter av ulike rehabiliteringsmetoder sammenlignes.

Konklusjon: Kombinasjonen gruppebasert rehabilitering med individuell kognitiv tilnærming hadde betydning for motivasjon, mestring og aktivt liv to år etter rehabiliteringen.

*** Referee**

Nøkkelord

Rehabilitering, mestring, mening, kognitiv terapi, gruppeterapi

Innledning

Artikkelen beskriver en undersøkelse om hvordan deltakere i gruppebasert psykoedukativ kognitiv rehabilitering (PKR) oppfatter rehabiliteringens betydning for sosial aktivitet og livskvalitet de to første årene etter rehabiliteringen. Før

deltakelse på PKR opplegget hadde deltakerne vært langtids sykmeldt fra arbeid. Årsaker til sykefraværet var smertesyndrom og/eller kronisk somatisk lidelse og mentalt stressyndrom. Rehabiliteringstilbudet benevnes AFEM, som betyr Ansvar For Egen Mestring (Brataas og Evensen 2006). Opplegget

strekker seg over fem uker, hvor det blir vekslet mellom undervisning, gruppearbeid og individuell veiledning. Metoden som benyttes baseres på en psykoedukativ tilnærming som sikter mot læring og adferdsendring (Rosenberg og Mørch 2005, Johannesen og Yalseth 2009). I psykoedukativ terapi er metodene både kognitivt og adferdsteoritisk forankret (Rosenberg og Mørch 2005). I AFEM rehabilitering til meningsfull aktivitet og arbeid er hensikten at deltakerne blir i stand til å gi seg selv bekreftelse og egenstøtte og lære nye problemløsningsmetoder. På sikt er hensikten at de involverer seg i meningsfull aktivitet og sosiale nettverk på en mer konstruktiv måte enn tidligere. Metoden i AFEM har individuell læring som mål, og for å nå målet benyttes gruppen som læringsstøtte.

Forskning på feltet

I rehabiliteringsfeltet er kognitiv terapi lite benyttet på slik måte som i AFEM opplegget. Rehabilitering handler både om medisinsk rehabilitering og tilbakeføring til sosial og meningsfull aktivitet og opplevelse av et liv i verdighet (Bautz-Holter et al. 2007). Føringer fra sentrale myndigheter er at det skal satses på rehabilitering for å komme ”raskt tilbake til arbeid” (<http://www.regjeringen.no>).

Forskning viser at begrepet arbeidsevne oppfattes forskjellig blant ansatte i ulike rehabiliteringsvirksomheter. Noen virksomheter vurderer arbeidsevne ut fra en helhetstenkning om at ulike psykososiale, miljømessige og helsemessige faktorer har betydning, mens andre vurderer arbeidsevne ut fra medisinsk status (Ståhl et al. 2009).

Nilsen og Elstad (2006) har gjort en studie om personer med langvarige smerter og hvordan smerten påvirket deres dagligliv. For å normalisere sin livssituasjon, var det

å ha et arbeid veldig betydningsfullt. Å ha et tilpasset arbeid, var en vesentlig motivasjonsfaktor for blant annet å opprettholde selvbilde og verdighet.

Med hensyn til gruppebasert kognitiv terapi i rehabilitering er noe forskning gjort om pasienter med problemer i bevegelsesapparatet (Ekberg og Svedin 1998). Ekberg og Svedin beskriver utprøving av en problembasert læringsmodell ut fra noen lignende PKR prinsipper som i AFEM opplegget. Pasientene arbeider selvstendig mot egne rehabiliteringsmål. Gruppen klargjør i fellesskap hva som er mål, arbeidsmetode og gruppedeltakernes roller. Læring og adferdsendring er indre prosesser som fører til at deltakerne opplever styring og kontroll over eget liv. Derfor anbefales denne tilnærmingen uavhengig av hva som er det helsemessige problemet (op.sit.). Effekter av opplegget er ikke beskrevet (op.sit.).

Jakobsen og Lillefjell (2007) har undersøkt sammenhenger mellom hvordan mennesker konstruerer mening og opplevelse av sammenheng mellom rehabilitering til arbeid og mestrings-opplevelse hos personer med kroniske muskelsmerter. De har funnet sammenheng mellom angst og depresjon og lav opplevelse av sammenheng i tilværelsen. Resultatene viser derimot ingen signifikant sammenheng mellom tilbakevending til arbeid og opplevelse av sammenheng og mestring i tilværelsen. Bedring av følelser av angst og depresjon synes ikke å være tilstrekkelig for å komme tilbake til arbeid.

I AFEM opplegget benyttes strategier med formål at hver deltaker lærer nye problemløsningsmetoder, og som følge blir deltakerne motivert til meningsfull aktivitet. I opplegget benyttes gruppeprosesser som støtte for deltakernes læreprosesser. Et spørsmål er om gruppedeltakerne har positiv eller negativ

betydning for den enkeltes mestring og læreprosess.

Studiens formål

Undersøkelsen har fokus på varig betydning av denne type rehabilitering hvor man kombinerer individrettet og grupperettet aktivitet. Vi ønsket å få frem kunnskap om betydning av å benytte kombinasjon av individrettet og grupperettet metode i rehabiliteringsopplegg.

Forskningsspørsmål: Har kombinasjonen av gruppeopplegg og individuell psykoedukativ metode i rehabilitering til arbeid bidratt til nye mestringmåter i hverdagslivet og meningsfull aktivitet, og i så fall hvordan?

Studiens tenkningsgrunnlag

Forståelse av rehabilitering som endring av kognitiv og sosial måte å møte sykdom og belastninger på er lagt til grunn for undersøkelsen. Rehabilitering betyr ”gjeninnsetting i verdighet” (Bautz-Holter et al. 2007: 304). Når sosial rehabilitering er målsettingen, vil sammenhenger mellom personlige faktorer, mental fungering og omgivelse ha særlig relevans (Alarcos et al. 2009, Normann, Sandvin og Thommesen 2006).

I rehabiliteringsopplegget som er gjenstand for undersøkelsen er formålet at deltakerne endrer fokus fra å se problemer til å se hva som kan gjøres med problemer og ta ansvar for egen aktivitet og mestring. Vi forstår dette som å skifte fokus fra lært hjelpeløshet til bevisstgjøring av egne egenskaper (Seligman 1975, 2006). Lært hjelpeløshet kan oppstå som følge av unngåelse som mestringmåte i møte med belastninger. Gjennom oppvekst og tidlig voksenliv utvikler mennesker oppfatninger

om seg selv og sin rolle i ulike arenaer. Roller menes her sosiale roller, til forskjell fra roller vi fødes inn i (Bandura 1971). Samtidig med utviklingen av rolleoppfatning, skjer utviklingen av identitet og selvoppfatning (Antonovsky 1979, 1991). Utviklingen skjer som følge av erfaringslæring over hele tidsforløpet.

Læring dreier seg om å oppdage sammenhenger og betydninger i det man erfarer, og er et resultat av interaksjonen med omgivelsen (Helstrup 2001). Individets læring blir mulig gjennom psykiske prosesser i personen og det som skaper forutsetninger for utvekslinger mellom personen og konteksten (Nilsen, Fauske og Nygren 2007). Dette forutsetter noen indre og noen ytre betingelser. Denne oppfatningen om forutsetninger for læreprosesser, bygger på sosiokulturell tenkning (Vygotskij og Cole 1978).

Mestringsteori

Antonovsky (1991) lanserte begrepet salutogenese. Nært opp til begrepet finner vi mestringprosess. Salutogen tenkning betrakter helse som ressurser. Patogen tenkning har derimot fokus på helsesvikt. Med salutogent fokus på rehabiliteringsprosesser, er målet å aktivisere ressurser og potensialer til den som rehabiliteres. Hjelperen vil gjennom mestringsperspektivet motivere for at den som rehabiliteres ser nye muligheter og ubrukte ressurser i seg selv og i omgivelsene. Rehabiliteringsopplegget vil kunne bidra til at deltakerne ser nye muligheter og dermed mestrer sin situasjon.

Mestring beror på motstandskraft mot påkjenninger. Menneskets evne til å finne mening og mestre utfordringer synes å være et kjernepunkt i rehabiliteringsopplegg som fokuserer på mestring. Antonovsky (1979) har funnet at måten man mestrer på, avhenger av måten man finner sammenheng i tilværelsen. Utviklingen av opplevelsen av mening og

sammenheng (OAS) skjer fra barn, ungdom til voksnen. I voksnen alder er sosialiseringprosessen ferdig på et vis. Individet jobber på egen hånd, er selvstendig, har vanligvis arbeid og er etablert i samfunnet. OAS er mer eller mindre fastlagt med mindre det skjer livsopplevelser som påvirker OAS.

Dersom man gjennom denne prosessen har utviklet forståelse av livet som lite meningsfullt og opplever arbeidslivet som problematisk, kan det tyde på lav OAS. Kan deltakelse i AFEM opplegget hjelpe deltakere til læring som fører til nye måter å oppfatte mening og mestring i arbeidslivet?

Motstandskraft har påvirkning på OAS. Motstandskraft vil si den utstrekning en person opplever tilværelsen som meningsfull, begripelig og mulig å håndtere. Begripelighet dreier seg om i hvilken grad man opplever indre og ytre stimuli som fornuftsmessig fattbare. Dette dreier seg om måter å forholde seg til realiteter på. Vil gruppedeltakerne i AFEM fungere som stimuli for hverandre og som bidrar til at påkjenninger oppleveres som fattbare?

Antonovsky (1987, 1979) har fokus på individet, men viser også til muligheten for OAS i den sosiale gruppesammenheng. Vil gruppen oppleves å ha betydning som ressurs på tidspunkter etter deltakelse i rehabiliteringsopplegget selv om de ikke har direkte kontakt i det daglige? Håndterbarhet kan forstås som en følelse eller oppfatning om at indre og ytre ressurser finnes disponible som hjelp i møte med ulike krav som stilles til en (op.sit.). Var det mulig at gruppen hadde effekt i form av støtte for hverandres læring, slik støtte forstås i sosiokulturell læringsteori (Vygotskij og Cole 1978)? Kan rehabiliteringsopplegget bidra til at individuell læring gir muligheter for å få fram mestringsressursene som trengs/er nyttige for å håndtere den situasjonen deltakerne er i? Vil støtte fra veileder og

deltakere i rehabiliteringsgruppen bidra til ny opplevelse av mening i tilværelsen? Opplever gruppen som støtte og ressurs på slik måte at den bidrar til læring og forandringer i reaksjoner og handlemåter, og til opplevelse av tilværelsen som håndterbar?

Et tredje forhold ved OAS betegner Antonovsky (1987, 1979) som *meningsfullhet*. Denne faktoren dreier seg om at områder i livet har betydning og motiverer til følelsesmessig investering og engasjement. En kan se arbeid som meningsfull aktivitet, eller en ser at uten arbeid er livet også meningsfylt. I følge Antonovsky (op.sit) gir medbestemmelse grunnlag for meningsfullhet. Kan en kognitiv tilnærming i et rehabiliteringsopplegg føre til at deltakerne får mer opplevelse av medbestemmelse og kontroll i eget liv?

Burleson (2009) gir uttrykk for at opplevelse av støtte kan ha effekt på mestringsmåter gjennom kognitive revurderinger. Det vil si læring som fører fram til positive forandringer i måten å bli berørt og måten å handle på. Stein-Parbury (2009) hevder at motstandskraft i betydningen det Antonovsky beskriver, er basert på sosial sikkerhet (resilience), som motsetning til sårbarhet. Dersom støtte fører fram til læring av mindre hjelpeløshet, vil det føre til økt mestring (Burleson 2009). Personer med høy følelse av sosial sikkerhet er i stand til å finne mål og mening i livet (Stein-Parbury 2009). Kan lang tids fravær fra arbeidslivet ha sammenheng med lav følelse av sikkerhet? Blir følelsen av sikkerhet styrket eller svekket gjennom erfaringer med hjelpeapparatet? Med hjelpeapparatet menes ulike helse- og sosialfaglige etater. Hjelpeapparatet representerer et ekserpertsystem som kan forsterke opplevelsen av hjelpeløshet eller styrke opplevelsen av mestring.

I moderniteten er mennesker henvist til å benytte seg av ekspertisen i de offentlige tjenestene og stole på denne ekspertisen. Tidligere generasjoner var avhengig av å stole på erfaringskunnskap for å fungere i dagliglivet og mestre utfordringer blant annet knyttet til arbeidslivet (Giddens 1996). Menneskene blir stadig mer avhengig av ekspertsystemet. Dette har betydning for opplevelsen av mestring. Seligman (2006) har lansert teorien om lært hjelpeløshet, der omgivelsene og responsen fra omgivelsen bidrar til at en lærer å bli hjelpeløs. Har erfaringene deltakerne i AFEM har ført til lært hjelpeløshet? Har ekspertsystemet/hjelpeapparatet gitt opplevelse av å ha stor eller liten påvirkning på egen situasjon?

Endring av sosial adferd basert på endringer av kognitive strategier kan kreve trening over noe tidsutstrekning, blant annet fordi grupper vanligvis må gjennom faser fra usikkerhet til målrettet samarbeid (Stensaasen og Sletta 1996, Illeris 2004, Davies 2009). Muligens har støtte fra gruppenettverk som etableres i AFEM opplegget betydning for psykososial rehabilitering til ny mestring i sosiale sammenhenger. Deltakerne kan eventuelt vise hverandre forståelse og underbygger hverandres selvbekreftelse, noe som vil styrke identiteten. Denne sosiale støtten er en faktor hvor gruppeopplegget kan ha betydning som læringsstøtte for den psykoedukative læreprosessen. Å ha støtte fra andre har også betydning for opplevelsen av håndterbarhet som mestringsressurs (Antonovsky 1979). Gruppen kan følgelig ha betydning både for læreprosesser som skjer under rehabiliteringen og for å høyne mestringsressursen. Denne høyningen kan muligens vedvare over tid etter avsluttet rehabilitering.

Metode

Studien er kvalitativ med beskrivende og fortolkende metode. Studiens hensikt var å bringe fram mer kunnskap om betydning av kognitiv gruppebasert terapi i rehabilitering for langtids sykmeldte med tanke på varig betydning. Derfor ble intervjuer foretatt to år etter deltakelse på AFEM-opplegg i 2004 – 2006.

Fokusgruppeintervjuer ble benyttet. Fokusgruppene var homogene ved at de som ble intervjuet hadde deltatt i rehabiliteringsopplegget. Fokusgrupper er egnet til å få kunnskap om sosial-psykologiske faktorer gjennom diskusjon mellom deltakere (Brataas 2002, Morgan 1988). Mening og forståelse blir skapt i samhandling mellom aktørene som deltar i gruppeintervjuer (Krueger 1994).

Deltakerne ble spurt om å beskrive bakgrunner for delta på rehabiliteringen og nytten av AFEM for deres opplevelse av livssituasjon, og deres mestring av situasjon i dag. De ble bedt å fortelle om erfaringer under opplegget og om de andre deltakerne hadde betydning for deres livssituasjon og væremåte to år etter deltakelse i opplegget. Det ble benyttet tematisk intervjuguide. Intervjuguiden omfattet følgende spørsmål: Hva var situasjon og bakgrunn for at du/dere deltok på AFEM rehabilitering? Hva var vesentlige erfaringer under rehabiliteringsopplegget? Hadde opplegget betydning for hvordan å håndtere utfordringer i livet? Hva betyr gruppen som deltok i rehabiliteringen for deg/dere i dag? Hva betyr det at du/dere har deltatt i opplegget for dere i nåværende situasjon? I intervjusituasjonen konsentrerte vi oppmerksomheten om å få data som kunne belyse forskningsspørsmålene. Assisterende moderator skrev notater, oppsummerte og sjekket ut om informasjon fra deltakerne var oppfattet som de var ment. Det ble benyttet digital rekorder til opptak av intervjuene. Intervjuene ble transkribert i anonymisert form

umiddelbart etter gjennomføring av hvert intervju. Lydfiler ble slettet etter transkribering.

Utvalg og utvelgelse

Det ble gjennomført to fokusgruppeintervjuer. Strategisk utvalgsmetode ble benyttet for å få bredde og variasjonsutvalg (Jacobsen 2003). Hensikten var å få informasjon fra personer som hadde deltatt i ulike rehabiliteringsgrupper, samt å få variasjon med hensyn til å være tilbake i arbeid, i utdanning, eller ufør, og å få deltakere av begge kjønn. Institusjonens leder fikk innføring i utvalgsmetode og utvelgelsesprosedyre, og gjennomførte forespørsel om frivillig deltakelse. Forespurte fikk skriftlig og muntlig informasjon om hva dette innebar og at det var frivillig å delta, og at deltakere gir den informasjonen de selv velger å gi.

Utvalget besto av 7 menn og tre kvinner. Den yngste var 30 år og den eldste var 55 år. Gjennomsnittsalderen var 38 år.

Deltakere i fokusgruppe 1 (FG 1): Fem deltakere; To arbeider i full stilling, en har midlertidig uføretrygd, en har ½ uføretrygd og ½ stilling, en er i yrkesretta attføringsløp.

Deltakere i FG 2: Seks deltakere; En tar yrkesutdanning, en er 90 % ufør og 10 % i arbeid og fire har 100 % uføretrygd.

Forskningsetikk

Forskningsetiske retningslinjer ble fulgt. Gruppeintervjuer fordrer at man ivaretar hver deltakers integritet. Fokus var på oppfatninger om rehabiliteringsopplegget. Dette ble fremhevet i informasjonen som ble gitt skriftlig og muntlig. Frivillig deltakelse var også fremhevet. I gruppene ble det henstilt om at informasjon som ble gitt ikke ble ført ut av gruppene. Samtidig gjorde intervjuene deltakerne oppmerksom

på at de selv valgte fritt hva de ville formidle eller ikke formidle i samtalene. Dersom noen følte behov for oppfølging etter deltakelse i intervjuet, var ansvarlig for AFEM opplegget tilgjengelig. Prosjektet var meldt til Personvernombudet for forskning ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste og Forsknings-etisk komité. Anonymisering av opplysninger de enkelte ga i intervjuene er tilstrebet ivaretatt. Illustrerende eksempler på utsagn er framstilt som kondensert tekst, og kan ikke føres tilbake til bestemte enkeltpersoner.

Analyse og tolkning

Det ble benyttet beskrivende tematisk innholdsanalyse. Alt datamateriale ble lest i sin helhet flere ganger. Tematisk innholdsanalyse ble gjennomført i fire analysetrinn (Polit og Beck 2004). Første trinn omfattet organisering av tekst ut fra skille mellom mentale og praktiske faktorer. Koder som ble benyttet var; tidligere erfaring, tidligere væremåte, AFEM -prosesserfaringer, undervegs-effekter, aktuell mening om opplegget og gruppens betydning. I andre analysetrinn ble hele materiale undersøkt med hensyn til informasjon om læring og lærings-effekter. Analysen fokuserte individuelle forskjeller. Tredje trinn innebar koding av materiale i teoretiske kategorier for egenstyrke, selvbekreftelse, støtte, likeverd, måte å se mening i tilværelsen på. Siste steg omfattet gjentatte betraktninger av kodet materiale og sammenhengen mellom funn, datakontekst og teoretisk perspektiv. Kontinuerlig og avslutningsvis har forskere diskutert koding og analyse av materialet. Første- og andreforfatter var intervjuere og analyserte materiale både i felleskap og i sekvenser med individuell analyse og sammenligning av resultater. Alle tre forfattere vurderte resultatfremstillinger i lys av forskning og teoretiske perspektiver.

Resultater

I det følgende presenteres resultater hvor følgende hovedtema utkrystalliserte seg:

- 1) Truet selvbilde og sosial aktivitet
- 2) Sosial forsterking av lærerprosessen
- 3) Kontroll og meningsfull aktivitet

Utsagn fra deltakere er beskrevet i kursivert tekst. Det benyttes både utsagn fra enkelte deltakere og sammenskriving av utsagn fra flere deltakere.

Truet selvbilde og sosial aktivitet

I begge fokusgrupper kom det frem informasjon om to forhold som var aktuelle på tidspunktet da de skulle delta i AFEM opplegget. Deltakerne hadde følt seg emosjonelt langt nede. De hadde opplevd mye frustrasjon i forhold til hjelpeapparatet. Alle hadde mottatt ulike rehabiliteringstilbud i løpet av mange år. Problemer og manglende effekt av rehabiliteringstilbudene gikk ut over hverdagslivet:

”Kunne ikke konsentrere meg. Mistet trua på meg selv. Følte at jeg ikke var verd noe lenger”.

Deltakerne følte seg som ”kasteballer” i et system i forhold til hjelpeapparatet. *Det var vanskelig å få satt en diagnose.* Hjelpesystemet opplevdes uryddig, da det var mange personer som var involvert og man fikk nye saksbehandlere hele tiden. Deltakerne beskrev det som en mølle som malte og malte. De kom ikke til orde i møter. Når de endelig tok seg til mot for å snakke var møtet over. Det ble ikke spurt om hva en ønsket, og deltakerne følte seg nedverdige og måtte bare sitte og ta imot tilbudene som ble framlagt. Tilbud om å teste arbeidsevne var lite relevant, nedverdige og ble ikke fulgt opp. Med tanke på helse og arbeid hadde

informantene opplevd liten forståelse for sine situasjoner.

Informantene gav uttrykk at de ”skjemtes” for å ta ut trygd, isolerte seg og unngikk å møte nærmiljøet. Man var veldig mye alene. Den situasjonen opplevdes ikke som noen ”medisin” for å bli bedre. Erfaringene hadde gjort noe med deres selvtillit og selvinnsikt. Deres selvbilde var blitt lavt. Noen hadde vært så langt nede emosjonelt, at det var snakk om å leve eller dø: *”Var langt nede og følte meg som et null”.* Flere gav uttrykk for at de på den tiden ikke hadde noen tro på seg selv og hvordan de kunne gå inn i sin situasjon og løse den selv. Deres nettverk var betydelig redusert da de isolerte seg og fikk mindre kontakt med venner og delvis også med egen familie.

Sosial forsterking av lærerprosessen

To år etter deltakelse i AFEM opplegget gav informantene uttrykk for betydning av samspill i gruppen. I rehabiliteringsgruppen lærte deltakerne problemløsning, og dette førte til at identiteten har endret seg. Videre gav de uttrykk for at de lærte og forsto meningen med det som skjer, og det hjalp dem i å håndtere situasjoner på slik måte at de opplever mestring. Når gruppen bidrog til å se ting annerledes, synes det å være en oppdagelsesøving som er lagt inn i det pedagogiske opplegget.

Deltakerne gav uttrykk for at selvbilde endret seg totalt etter AFEM -deltakelsen. Det var som om at tingene falt på plass. De fikk også et nettverk gjennom relasjonen med de andre deltakerne. Deltakerne ble i løpet av opplegget mer positiv til sin egen situasjon, og så lysere på fremtiden. Ikke minst aksepterte de sin situasjon som den var. Deres identitet ble styrket. Følgende utsagn fra flere informanter viser dette:

”Fikk fatt i mitt indre, en reise i mitt indre som førte framover. Våget å si det du mente innad i gruppen. Lærte å se våre sider og lærte å se positivt på å få ros. Forandret meg, aksepterte at jeg trenger lengre tid på arbeidsoppgaver, var i mye bedre form og lever bedre med mine skavanker”.

Effekten av opplegget kommer til uttrykk som mer selvinnsikt, mer aktivitet og meningsfullt liv. Aksept av egen helsesituasjon kan være utfordrende i seg selv. Deltakerne uttrykte at gruppen gav støtte på den enkeltes beskrivelse av sin situasjon. I terapien lærte de å sette egne grenser, både i sosiale forhold og med hensyn til fysisk funksjonsevne.

Fellesskapsopplevelse som gruppen gav i løpet av kurset, og det å vite at gruppemedlemmene fortsatt finnes, gav opplevelse av å ha en støtte. Opplevelse i gruppen og av det som skjedde med dem selv førte til situasjonsforståelse og gav innsikt som forutsetning for å håndtere sin situasjon. Dette var *”hjelp til å komme meg videre”*. Gruppen var en sosial relasjon deltakerne sto i og som var til støtte, spesielt for de med lite sosial omgang. Hver enkelt deltaker i gruppen ble verdsatt og opplevde å bli sett som den personen han eller hun egentlig var. En deltaker gav uttrykk for gruppens betydning på følgende måte: *”AFEM er opplegget, gruppen er selve utførelsen”*.

Ved å høre andre i gruppen fortelle om sin situasjon, fikk deltakerne økt selvinnsikt. De opplevde gjenkjenning i de andre sine fortellinger. De fikk satt ord på reaksjoner og følelser og ”ryddet opp” mentalt.

”Fikk opp en del vonde opplevelser. Fikk henge ting på knagger. Fikk sortere en del. Fant roen i meg selv”.

Deltakerne var til gjensidig sosial støtte:

”Jeg hadde gått og vært asosial i 7 år, og så møtte jeg mennesker som har lignende problemer som meg, som har stått i stampe og møtt veggen, - så begynner det å falle sammen, begynner å ligne på hverandre finner vi ut”.

”Opplevde noen som brydde seg, føle seg trygg, vi var i samme situasjon, kjent med hverandre, hjemmefølelse, innrettet oss etter hverandre, å være sammen med andre i lik situasjon, kom første dag til likesinnede, omsorg til og fra hverandre”.

De fleste fremhevet nytten av gruppen i AFEM ved samhold, refleksjon og trygghet, Deltakerne opplevde tillit i gruppen ved at de blev fort kjent med hverandre, gav råd og begynte å løse problemer. En gav uttrykk for at de *”fikk være saksbehandler for hverandre”*.

Gruppens betydning i etterkant av AFEM kom frem som fremheving støtten deltakerne hadde fra ”likesinnede” som har opplevd læring og utvikling i et gruppefelleskap. Opplevelsen av å ha støtte tilgjengelig gjennom relasjonen til de andre AFEM deltakerne har betydning også i dag:

”Gruppen har stor betydning, det vil jeg si, selv om jeg ikke har mye kontakt i dag”.

Kontroll og meningsfull aktivitet

Informantene hadde som følge av AFEM *fått lyst til å leve og lyst til å leve videre* med sin situasjon. De så muligheter for å håndtere sin situasjon på en annen måte enn tidligere. Deltakerne hadde lært mye om seg selv, og om kommunikasjon, mestringsmetoder, hvordan de kunne møte hjelpeapparatet og lignende. Dette skjedde gjennom en prosess hvor de tok tak i erfaringer de hadde noen år tilbake i tid:

”Fikk forståelse fra første dag, kunne gå en to til tre år tilbake og forklare ting, hjelp til å komme meg videre, fikk mange aha opplevelser, opplevde respekt for å være normal, endret livslyst, ser mer framover.”

Noen av informanter bruker begrepet læring: *”en lærer om seg selv, har lært å sette grenser”*. De har blitt kjent med seg selv og fått selvtillit. De vet hvordan å opptre på offentlige kontor og det er lettere å gå inn på slike kontorer nå. Der er det *”jeg som styrer”*. De som har 100 % uførhet har akseptert sin situasjon. AFEM opplegget har ført til at alle informantene nå opplever å ha innsikt og egenstøtte:

”Du kan være deg selv, slipper å ta på deg en maske.”

Informantene gav uttrykk for endring av sin helsemessige situasjon som følge av AFEM- rehabiliteringsopplegget. Et eksempel er smerte og hvordan håndtere dette. De har lært å leve med mindre medikamentbruk. Resultatene viser at informantene generelt har det bedre nå enn før deltakelse i AFEM -opplegget.

Avklaring av arbeidsevne har verdi, selv for de som ikke er arbeidsføre. Deltakerne synes å ha lært å skille mellom fysiske svakheter og egen styrke som menneske. Tilværelsen er meningsfull, selv om man ikke er yrkesaktiv. Noen uttrykte at det forekommer ytre press om å arbeide. Likevel var selvbilde og mening i hverdagen langt bedre etter rehabiliteringsopplegget, også for de som ikke hadde fysisk helse til å arbeide. Et indre driv til å være aktiv var et forhold som kom til uttrykk. Eksempelvis arbeider en informant i 10 % stilling, og *”det gir mening i livet”*.

Informantenes opplevelse av helse- og sosialtjenester i dag farger diskusjonene i fokusgruppene. En forskjell mellom gruppene kom fram. Det viste seg at flere

deltakere i FG 2 fortsatt mottok tilbud fra NAV (ny arbeids og velferdsforvaltning). Dette opptok noen deltakere. I FG 1 var informantene mer opptatt av å fortelle om AFEM kurset og spesielt om gruppen de hadde vært i. Situasjonene var mer avklart for informantene i denne gruppen, hvor kun en deltaker fortsatt mottok tilbud via NAV. Forskjellen på den utstrekning deltakerne snakket om hjelpeapparatet, gikk på forskjeller i behov for hjelp, og ikke på forskjeller i måten å oppfatte hjelpen på. De var ikke negative i uttalelsene, og det kan ha årsak i at de nå har mer kontroll og tar styring over egen situasjon. Det gjelder enten deltakeren er i jobb, utdanning eller er trygdet. Likevel sier noen at de har samme holdning til hjelpeapparatet som før. Og de som ikke har med NAV å gjøre er glad for det. En beskriver at å ikke arbeide gir en følelse av å være unyttig, for hjelpeapparatet tydeliggjør at en *skal* arbeide.

Drøfting

Problemstillingen for studien er todelt: Hva betyr kombinasjonen av individrettet psykoedukativ tilnærming og gruppebasert rehabilitering for mestring og meningsfull aktivitet? Hvordan bidrar kombinasjonen til nye mestringsmåter? Studien viser at individrettet og gruppebasert opplegg kompletterer hverandre.

Fra lært hjelpeløshet til mestring

Resultatene viser at deltakerne syntes å oppleve lært hjelpeløshet før kursstart. De opplevde seg som *”brikker i et spill”*, *”kasteballer”* i hjelpeapparatet og mistet troen på seg selv. Deltakerne hadde opplevd flere tidligere rehabiliteringstilbud som fragmenterte og uhensiktsmessige. Samhandlingsreformen tydeliggjør at pasienter som har sammensatte behov for tjenester har opplevd situasjoner under

pasientforløp som fragmenterte og problematiske (Helse- og omsorgsdepartementet 2009). Manglende samhandling mellom de ulike tjenestene pasientene har behov for, oppleves uoversiktlig. Klienten blir den tapende part ved at situasjonene ikke blir avklart. Tidligere rehabiliteringstilbud kan ha vært ytre betingelser for læring av lært hjelpeløshet heller enn mestring.

På den andre siden har også mangel på egeninnsikt bidratt til utvikling av lært hjelpeløshet. Læring forutsetter både indre og ytre betingelser (Nielsen et al 2007, Vygotsky og Cole 1978). AFEM - opplegget baseres på kognitiv terapi, hvor deltakere lærer gjennom å forholde seg spørrende til eget liv og egne tenkemåter. Tilnærmingen er psykoedukativ. Det vil si en innledning hvor klienten setter ord på sine problemer, og en oppfølgende strategi hvor klienten arbeider systematisk med bearbeiding av problemer, egeninnsikt og livsmestring (Rosenberg og Mørch 2005). Endringer kan innebære skifte av fokus fra lært hjelpeløshet til mestring og opplevelse av mening i tilværelsen (Seligman 1975, 2006, Antonovsky 1979, 1991).

Lært hjelpeløshet oppstår som følge av at man har lært seg til en handlemåte hvor man velger unngåelse som mestringsmåte (Seligman 1975, 2006). Lært hjelpeløshet kan opptre midlertidig eller bli et livslangt problem; det er blitt en lært vane. Personen har fått for vane å forsøke å unngå belastninger ved respons på omgivelsene. Materialet viser at informantene før AFEM – deltakelse, opplevde å få liten forståelse fra andre for sin situasjon Dette gjaldt både i forhold deres helse og i forhold til arbeid. De opplevde ikke egen kontroll i møte med hjelpeapparatet. Som Seligman (2006) uttrykker det, er omgivelsene oppfattet som problemet, og ikke personens unngåelsesstrategi. For fokusgruppe-deltakerne var muligens ekspertsystemet å forstå som en utleiringsmekanisme; jfr.

Guiddens (1996). Deltakere gav uttrykk for å være ”lang nede”. Forskning har vist sammenheng mellom lært hjelpeløshet og depresjon (op.sit.). Deltakerne beskrev tegn på lært hjelpeløshet og nedstemthet før deltakelse i AFEM, men vi kjenner ikke til at de hadde fått diagnostisert depresjon. Studiens funn av læring og ny mestring tyder på at kognitiv terapi kan hjelpe de som har lært å bli ”hjelpeløse” til å oppdage egne handlemåter og utvikle mer fruktbare måter å håndtere situasjoner og mestre på. Dette samsvarer med forskning som er gjort (op.sit.)

Etter deltakelse i AFEM opplegget gav informantene uttrykk for en annerledes ydmykhet overfor hjelpeapparatet. Det synes å ha sammenheng med læring under kursopplegget. De lærte om seg selv, andre måter å opptre på og fikk mer selvillit. Kognitiv terapi anses som en metode for å hjelpe ”den hjelpeløse” til å bli empowered. Kjernen i kognitiv terapi er å støtte pasienten til å mestre sine livsproblemer og gi hjelp til selvhjelp (Rosenberg og Mørch 2005).

I intervjuet gav deltakerne uttrykk for at å gå uten arbeid ikke føles som noen god situasjon. Når andre bestemmer alt og definerer oppgaven, setter opp reglene og styrer utfallet, og ”*vi har ikke noen ting vi skulle ha sagt*”, reduseres informantene til objekter som mister motivasjonen for rehabilitering til arbeid. Antonovsky (1991) uttrykker at medbestemmelse kun kan føre til meningsfullhet hvis den sosiale aktiviteten er sosialt verdsatt. Måten deltakerne fortalte de opptrådte på i møte med hjelpeapparatet, førte ikke til at de opplevde seg som verdsatt. Deltakerne synes å ha lært seg å ”skyld på de andre” heller enn å reflektere over egen adferd; jfr. Seligman (1975). Det synes å være sammenheng mellom mangel på opplevelse av kontroll over egen situasjon (Seligman 1975), og det at informantene opplever ytre stimuli som u håndterbare (Antonovsky 1991). Altså synes det å være

sammenheng med deltakernes OAS og lært hjelpeløshet.

Vi mener motstandskraften mot påkjenninger (OAS) var lav hos deltakerne på tidspunktet da de begynte i opplegget. Kjennetegn på lav motstandskraft var deltakernes beskrivelser av lavt selvbilde, selvtillit og selvbestemmelse. Motstandskraft som psykisk styrke syntes å ha andre kvaliteter etter to år. Nå beskrev deltakerne seg selv som sikrere i møte med ulike utfordringer, eksempelvis hjelpeapparat, arbeidsliv og privatliv. Vi ser behov for studier hvor OAS måles før og etter deltakelse på gruppebasert psykoedukativ rehabilitering.

Materialet viser at deltakerne har ikke falt tilbake til tidligere måter å se seg selv og omgivelsene på. Det virker som om at de har en opplevelse av mening og sammenheng i tilværelsen. Når det gjelder rehabilitering til arbeid er situasjonen ulik for deltakerne. Data viser at fem deltakere er på intervju tidspunktet i hel eller delvis arbeidssituasjon. To i yrkesrettet attføringsløp og fire er uføretrygdet. For de som er uføretrygdet har hverdagen fått en annen betydning; *”det blir ikke noe størrelse på jobbingen, men jeg har det utrolig travelt da, sysselsetter meg og prøver å holde på helsa best mulig.”*

Gruppens betydning som lærings- og mestringsstøtte

Studiens resultater viser at informantene lærte selvbekreftelse og egenstøtte. Resultatene viser også at de trente på samarbeid. Gruppeopplegget innebar at deltakerne i fellesskap skulle løse nye utfordringer i fellesskap. Rehabiliteringsgruppene forsterket således den sosiale læreprosessen. En individrettet psykoedukativ tilnærming som kombineres med gruppebasert terapi synes å være metoder som kompletterer hverandre på hensiktsmessig måte.

Funn viser at gruppeprosessen under AFEM- opplegget ble erfart å bidra til endring for hver enkelt. Forskning Ekeberg og Svedin (1998) har gjort om gruppeterapi viser også at læring som skjer i grupper fører til at identiteten blir styrket. Data viser også at samspill i gruppen bidro til endringer for hver enkelt. Kanskje kan gruppedeltakere ha bidratt til selvrefleksjon som igjen bidrar til endring av sosial praksis. Gruppens betydning ble uttrykt tydelig i materialet, både den individuelle nytten for å lære og gruppens sosiale betydning som støtte. Deltakerne etablerte viktige relasjoner i gruppen i forbindelse med kurset. Noen av informantene hadde fortsatt kontakt med andre gruppedeltakere etter to år.

Data viser at en annen side ved gruppesamspill, var at flere ideer kom fram, det bidro til nye måter å løse problemer på; jfr. Stensaasen og Sletta (1996) og Davies (2009). Deltakerne opplevde både gjenkjenning i hverandres fortellinger og læring av hverandres erfaringer. I følge Antonovsky (1991) vil en gruppe over en periode styrke de enkelte medlemmers OAS. Deltakere i AFEM lærte om hverandres stresshåndtering og støttet hverandres mestring. Altså synes gruppen å ha betydning for læring om stresshåndtering og ny mestring.

Det ser ut til at den individuelle psykoedukative lære- og mestringsprosessen blir underbygget gjennom støtten deltakerne har i de andre i gruppen. Rehabiliteringsopplegget strekker seg over fire uker, og deltakerne gjennomgår oppdagings og nylæringsprosesser i den relativt korte rehabiliteringsperioden. Når en gruppe deltar i et rehabiliteringsopplegg hvor prosessen går stegvis og samtidig for alle deltakerne, slik som i AFEM- opplegget, vil hver deltaker på samme tid være på (henholdsvis) et oppdagingsstadium. Etter oppdagelsesstadiumet setter deltakerne nye mål og prøver ut nye

handlemåter. Når en handler på nye eller gamle måter, vil gruppen gi tilbakemeldinger. Deltakerne kan være speil for hvordan egen adferd virker på andre. En selv og omgivelsene blir begripelig på en tydeligere måte enn før. Verden blir begripelig (Antovovsky 1971).

Rehabilitering til selvaktelse og meningsfullt sosialt liv

Resultatene viser at opplegget har bidratt til tydeligere oppfatninger om egen identitet og selvbestemmelse, selv om dette varierer mellom deltakere; *”Tydeligere, men ikke helt trygg.”* Informantene er oppmerksomme på egen identitets betydning for selvbestemmelse. Likevel kan det se ut som at å leve i tråd med egen motivasjon er krevende; *”man kan ta på seg en maske”*. I noen sammenhenger benyttet informanter *du, deg, seg* i omtale av seg selv, noe som kan være kjennetegn på distanse til eget selv og selvbestemmelse. Men generelt viser vårt datamateriale at deltakerne i løpet av rehabiliteringsopplegget oppdaget og så sammenhenger mellom egen adferd og konsekvenser av adferden. Illeris (2004) beskriver voksnes læring som motivert av nytteverdi. Deltakerne oppdaget nytteverdien av å lære seg nye måter å handle på i møte med utfordringer. Måter å handle annerledes på dreier seg om å ha lært å sette grenser, og vite hvordan en opptrer i ulike sosiale sammenhenger. Dette har helsemessig betydning to år etter deltakelse på rehabiliteringsopplegget, blant annet med hensyn til å sette grenser og ikke å utsette seg for unødig smertestillende medisiner; *”Jeg er medikamentfri i dag.”* Vedkommende fortalte at han sluttet med et høyt forbruk av smertestillende medikamenter da han deltok i AFEM rehabilitering. Opplegget hadde ikke som formål å behandle eller lindre grunnleggende medisinske sykdommer eller lidelser. Likevel synes kognitiv terapi å være til hjelp for deltakere

med kroniske lidelser, dette ved at de lærer seg måter å mestre sin situasjon på. Flere informanter som hadde kroniske sykdommer hadde fått et bedre liv i hverdagen. Nå er de i stand til å ta feriereise, som eksempel. Deltakerne gav uttrykk for at rehabiliteringen har bidratt til mestring og *mening i det de opplever i dag*. Alle var mer aktive enn for to år siden, men alle var ikke kommet tilbake i arbeidslivet. Forskning viser at å komme tilbake på jobb er viktig for mennesker som har vært lang tids sykmeldt (Nilsen og Elstad 2006). Vår undersøkelse viser at deltakerne, uavhengig av arbeids-situasjonen på intervju tidspunktet, opplever at opplegget har betydning for deres selvaktelse og meningsfullt sosialt liv. De opplever mening og sammenheng i tilværelsen.

Konklusjon

To år etter AFEM – deltakelse, viser resultatene at deltakerne opplever å ha en endret selvinnsikt, selvbekreftelse, selvbilde og opplevelse av mening i dagens situasjon. Den helsemessige situasjonen har konsekvens for det totale utbyttet med hensyn til rehabilitering til arbeid. Noen er 100 % uføre, men aktive og *”reiser nå på ferie”*. De fleste er i arbeid. Alle har mer verdige og meningsfulle liv. Rehabiliteringsmetoden har betydning for mestring og som en følge effekt på menneskets sosiale aktivitet. Denne effekten synes å vedvare.

Rehabiliteringsopplegget kombinerer individrettet psykoedukativ metode og gruppebasert metode. Resultatene viser positive effekter av kombinasjonen og ingen negative erfaringer av kombinasjonen. Derimot peker funn på at gruppeprosesser som kombineres med individuell psykoedukativ terapi underbygger læreprosessen og bidrar til opplevelse av mestring og rehabilitering til sosialt aktivt liv.

Gruppen bidrar som støtte for læring og adferdsendring. Resultatene tydeliggjør betydningen av å benytte et gruppebasert opplegg. Gruppeaktiviteter er satt inn i en mer overordnet sammenheng i det pedagogiske opplegget. Gruppen er et verktøy for deltakernes læring og mestring. Oppdaging gjennom relasjon og speiling i gruppen ville ikke være mulig i individuell terapi. Konsekvensen for rehabilitering i praksis blir å benytte grupper aktivt i som støtte for individuelle kognitive rehabiliteringsprosesser.

Undersøkelsen er en mindre kvalitativ studie. Det ble benyttet gruppeintervjuer for å få frem deltakernes erfaringer og diskusjoner om erfaringene. Individuelle intervjuer ville kunne få frem dybdeinformasjon om psykiske reaksjoner som man av forskningsetiske grunner ikke etterspurte. Det er også mulig å deltakere i gruppeintervju unngikk å fortelle hverandre om uheldige opplevelser i rehabiliteringsprosessen. Til tross for metodiske begrensninger gir studien ny innsikt om AFEM rehabilitering. Resultatene tyder også på endret OAS. OAS er ikke målt. Det er behov for forskning med måling av OAS effekter hos deltakere i denne type rehabiliteringsopplegg, sammenlignet med andre rehabiliteringstilbud for personer med lignende behov for rehabilitering til meningsfullt sosialt aktivt liv.

Litteratur

- Alarcos, C, Hilfiker, R, Chatterji, Kostanjsek, N, Utstun.T,B, Stucki ,G (2009) The internasjonale Classification of Function Disability and Health could be used to measure functioning. *Journal of Clinical Epidemiology*, 9: 899-911
- Antonovsky, A (1991) *Hälsans mysterium*. Natur och kultur. Stockholm
- Antonovsky, A (1987) *Unravelling the mystery of health*. Jossey-Bass Inc. San Francisco
- Antonovsky, A (1979) *Health, stress, and coping*. Jossey-Bass Inc. San Francisco
- Bandura, A (1971) *Social Learning Theory*. General Learning Press. Morristown
- Bauts – Holter, E, Sveen, U, Sjøberg, H, Røe, C (2007) Utfordringer og trender i rehabiliteringen. *Tidsskrift for Den Norske legeforening*, 127:304-6
- Brataas, VH, Evensen, A (2006) *Evaluering av en AFEM -modell for sosial rehabilitering*. Rapport nr. 34. Høgskolen i Nord-Trøndelag. Steinkjer
- Brataas, HV (2002) Fokusgrupper, en kvalitativ forskningsmetode. *Sykepleien*, 14: 54-6
- Burleson, B (2009) Understanding the outcomes of supportive communication: A dual-process approach. *Journal of social and personal relationships*, 1:21-38
- Davies, MV (2009) Groupwork as a form of assessment: common problems and recommended solutions. *International Journal of higher education and education planning*, 4: 563-584
- Ekberg, K, Svedin, L (1998) Patienten sjålv arbetar aktivt mot uppstalda mål. *Lakartidningen*, 21: 2473
- Giddens, A (1996) *Modernitet og selvidentitet. Selvet og samfundet under sen-moderniteten*. Hans Reitzels Forlag. København
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009) *St.meld nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Tilgjengelig på: <http://www.regjeringen.no>
- Helstrup, T (2001) Oversikt over ulike retninger innen læring og læringsforskning, med vekt på kognitiv psykologi. I Dyste, O. (red) *Ulike perspektiver på læring og læringsforskning*. Cappelen Akademisk Forlag, Oslo, s. 22- 46
- Illeris, K (2004) *Voksenuddannelse og voksenlæring*. Roskilde universitetsforlag. Roskilde

- Jacobsen, DI (2003). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Høyskoleforlaget. Kristiansand.
- Jakobsen, K, Lillefjell, M (2007) Sense of Coherence as a Predictor of work Reentry Following Multidisciplinary Rehabilitation for individuals with chronic musculoskeletal pain. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3: 222-231
- Johannessen. DK, Yalseth, EE (2009) Nettverksmøte i kognitiv miljøterapi. *Tidsskrift for kognitiv terapi*, 1: 7:13
- Krueger, RA (1994) *Focus Groups. A Practical Guide for Applied Research*. 2nd ed. Sage Publication. London.
- Morgan, DL (1988) *Focus groups as qualitative research*. Sage Publications. London
- Nilsen, S, Fauske, H, Nygren, P (2007) *Læring i felleskap: en pedagogisk modell i profesjonsutdanninger*. Gyldendal Akademiske. Oslo
- Nilsen, G, Elstad, I (2006) Arbeid og verdighet. Pasienters fortellinger fra livet med langvarige smerter. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 2: 27-39
- Normann, T, Sandvin, TJ, og Thommesen H (2006) *Om rehabilitering. Mot en helhetlig og felles forståelse*. Kommuneforlaget. Oslo
- Polit, DF, Beck, CT (2004) *Nursing Research: principles and Methods*, 7nd ed. Lippincott Williams & Wilkins. London.
- Rosenberg, N K, Mørch, MM (2005) Kognitiv terapi. I: Mørch MM & Rosenberg NK (red.): *Kognitiv terapi. Modeller og metoder*. Hans Reitzels forlag, København, s. 17-44.
- Seligman, M. (2006) *Learned Optimism. How to change your mind and your life*. W.H. Freeman and company. New York
- Seligman, M (1975) *Helplessness on development, depression and death*. W.H. Freeman and company. New York
- Stein-Parbury, J (2009) *Patient and person. Interpersonal skills in nursing*, 4th ed. Churshill Elsevier. Livingstone.
- Stensaasen, S, Sletta, O (1996) *Gruppeprosesser. Læring og samarbeid i grupper*. Universitetsforlaget. Oslo
- Ståhl, C, Svensson, T, Petersson, G, Ekberg, K (2009) The Work ability divide: Holistic and Reductionistic Approaches in Swedish interdisciplinary rehabilitation teams. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 3: 264-275
- Vygotskij, LS, Cole, M (1978) *Mind in society the development of higher psychological process*. Harvard University Press. Cambridge