



MEDICINSKA FAKULTETEN

Lunds universitet

Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Avdelning för arbetsterapi och gerontologi

Arbetsterapeuters arbete med personer som har social fobi

Författare: Frida Andersson

Handledare: Marianne Granbom

Maj 2007

Kandidatuppsats

Adress: Sektionen för arbetsterapi, Box 157, S-221 00 Lund



MEDICINSKA FAKULTETEN

Lunds universitet

Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Avdelning för arbetsterapi och gerontologi

070502

Arbetsterapeuters arbete med personer som har social fobi

Frida Andersson

Abstrakt

Människan är till sin natur en social varelse och många sammanhang förutsätter en viss social kompetens. Att ha social fobi innebär en stark rädsla för att bli utsatt för andra människors kritik och iakttagelser. Denna fobi leder till problem med många aktiviteter i vardagen, som t.ex. att läsa högt inför andra människor, gå på fest eller äta tillsammans med andra. Syftet med studien var att, med stöd av en arbetsterapeutisk arbetsprocess, undersöka hur några arbetsterapeuter arbetar med personer som har social fobi. Studien genomfördes i form av semistrukturerade intervjuer med tre arbetsterapeuter som var verksamma inom psykiatri. Intervjuguiden konstruerades av författaren i enlighet med syftet. Resultatet visade att arbetsterapeuternas behandling av personer med social fobi bestod i att försöka åtgärda de aktivitetsproblem som dessa personer har. Detta skedde främst genom träning i de situationer som var ångestframkallande för patienterna. Arbetsterapeuternas aktivitetsperspektiv och vana vid att se till patienternas vardagsliv, var viktiga faktorer i behandlingen av dessa personer med social fobi.

Nyckelord: arbetsterapi, social fobi, psykiatri, kognitiv beteendeterapi

Kandidatuppsats

Sektionen för arbetsterapi, Box 157, S-221 00 Lund

Innehållsförteckning

1. Bakgrund	4
1.1 Det sociala samspelet	4
1.2 Social fobi	4
1.3 Aktivitetsproblem orsakade av social fobi	6
1.4 Psykiatrisk rehabilitering och behandling av social fobi	6
1.5 Arbetsterapeutens roll inom psykiatrisk behandling	8
1.5.1 Arbetsterapeutens arbetsprocess	10
1.6 Arbetsterapi och social fobi	11
2. Syfte	11
3. Metod	11
3.1 Urvalsförfarande	11
3.1.1 Beskrivning av undersökningsgruppen	12
3.2 Metod för insamling av information	12
3.3 Procedur	13
3.4 Bearbetning av den insamlade informationen	13
4. Resultat	14
4.1 Att möta en person med social fobi	14
4.2 Aktivitetsproblem hos personer med social fobi	16
4.3 Att åtgärda aktivitetsproblemen	18
4.4 Utvärdering och uppföljning av personer med social fobi	20
4.5 Arbetsterapeutens roll – det roliga och det svåra	21
5. Diskussion	22
5.1 Metoddiskussion	22
5.2 Resultatdiskussion	24
5.3 Konklusion	28
6. Referenser	29
7. Bilagor	
Bilaga 1: Brev till arbetsterapeuter	32
Bilaga 2: Intervjuguide	34

1. Bakgrund

1.1 Det sociala samspelet

Människan är till sin natur en social varelse och utför aktiviteter tillsammans med andra (Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, 2005b). Jean Piaget menar att en av mänsklighetens drivkrafter i utvecklingen är det sociala samspelet med andra människor och han hävdar att människan får många betydelsefulla erfarenheter i detta samspel. Ett barn föds in i en social människovärld och denna värld behövs för barnets utveckling (Jerlang et al., 1999).

Att ha en god social kompetens krävs av oss i många sammanhang. Social kompetens innebär ”att kunna klara ut besvärliga situationer i samspelet med andra människor, att kunna hantera konflikter och förmågan att få andra att känna trygghet och tillit” (Dahlkwist, 1999).

Kielhofner (2002) belyser interaktionen med andra i vår vardag och menar att den ofta sker i någon form av social grupp. En social grupp är en samling av människor som samlas kring något gemensamt.

Eftersom många av våra behov blir uppfyllda genom andra människor är det viktigt att få känna stöd från andra i ett socialt sammanhang. Att få känna sig socialt accepterad påverkar många aspekter i det dagliga livet och kan skapa en bra självkänsla, så att man vågar engagera sig i organisationer och lyckas i arbete/utbildning (Christiansen & Baum, 1997). Sociala situationer är något av det viktigaste i livet. En stor del av dagen är för de allra flesta människor fylld av kontakter med andra. Att inte klara av sociala situationer kan få allvarliga konsekvenser (Johansson, 1987) och om en individ inte känner sig som en del i en grupp kan det leda till identitetsproblem, depression, och svårigheter med relationer (Christiansen & Baum, 1997).

1.2 Social fobi

Social fobi är en stark rädsla för att hamna i sociala situationer där andra människor kritiskt kommer att granska det man gör och är. Rädslan påverkar hela ens livssituation och blir ett handikapp (Hellström & Hanell, 2000). För att ett tillstånd ska betecknas som social fobi krävs det att rädslan är stark och överdriven och att man försöker undvika att hamna i

situationer med andra människor, då det förväntas av en att vara social. Att ha social fobi är inte detsamma som att vara blyg. Rädslan är så stark att den begränsar hela livet. Social fobi yttrar sig genom ångest och innebär fysiologiska reaktioner, negativa tankar, negativa känslor, flykt- och undvikande beteenden. En kombination av dessa symtom är inte ovanligt och kroppen reagerar med hjärklappning, illamående, skakning, rodnad, svettning och andra obehagliga reaktioner. Rädsla, depression, dålig självkänsla, ilska och skam är vanliga känslor hos en person som har social fobi. För att slippa detta obehag är det inte ovanligt att personen i fråga undviker och flyr många sammanhang (Kåver, 1999).

Enligt Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders´ (DSM-IV) kriterier innebär diagnosen social fobi att personen har en uttalad och bestående rädsla för en eller flera olika sociala situationer eller prestationssituationer. Detta grundar sig i en rädsla för att bete sig på ett förödmjukande sätt eller visa symtom på ångest. Situationen framkallar så gott som alltid ångest, vilket kan leda till en panikattack. Att ha social fobi innebär också att personen själv är medveten om att rädslan är överdriven eller orimlig. Den obehagliga situationen försöker undvikas helt, eller uthärdas under intensiv ångest eller plåga. Undvikandet av vissa situationer stör ett normalt fungerande i vardagen. Varaktigheten av dessa symtom ska ha funnits under en längre tid och ångesten eller undvikandet ska inte bero på annan sjukdom eller medicinering (Svenska Ångestsyndromsällskapet, 2001).

Orsaken till social fobi är svår att avgöra och antagligen finns det kombinationer av olika orsaksfaktorer. En faktor kan vara genetisk/biokemisk. Vid utvecklandet av ångest har flödet av signalsubstanser mellan nervtrådarnas synapser i hjärnan stor betydelse och detta är delvis ärftligt. En annan faktor som är minst lika viktig är uppväxt, familj och vänner. Att t.ex. växa upp med en förälder som har social fobi gör att barnet redan som liten tar till sig deras rädsla. Att ha en förälder som behandlat en illa under barndomen och som haft en attityd mot barnet som säger att det inte klarar av någonting kan också vara en faktor. Personen i fråga får då en dålig självbild och ett svagt självförtroende. Pubertetsåldern är också en riskfylld tid eftersom tonåringen ofta kritiserar sig själv. Mobbning eller någon annan traumatisk händelse kan också leda till social fobi (Kåver, 1999). Enligt Giacomo (2005) uppstår social fobi som ”resultatet av en kombination av personlig sårbarhet (den negativa självbilden), tidigare upplevelser förknippade med bland annat en uppväxtmiljö fattig på ömhet och bekräftelse, och aktuell social situation”. Giacomo skriver också att personer med social fobi är överkänsliga för kritik eller ogillande från andra människor och detta leder till att de blir rädda

för att öppna sig inför andra. Dåligt självförtroende ligger ofta till grund för att drabbas av social fobi och att känna skam inför andra människor är inte ovanligt. Skammen drabbar ofta tre områden: kroppen, prestationer och relationer. Den som har social fobi kan skämmas för sitt utseende eller för att den inte anser sig ha tillräckliga fysiska färdigheter. Personen kan också känna skam för att den har svårt för att visa känslor i relationer. Sharon och Valente (2002) och Lochner et al. (2003) menar att den sociala fobin leder till svårigheter i vänskapsrelationer, men också i kärleksrelationer, eftersom det överlag är jobbigt att föra en konversation med någon av motsatt kön.

1.3 Aktivitetsproblem orsakade av social fobi

För den som har social fobi påverkas många aktiviteter i vardagen och personen försöker undvika att hamna i ångestfyllda situationer. Exempel på aktiviteter som blir problem är att tala eller läsa högt inför andra, tala i telefon med någon man inte känner väl, gå på fest, bjuda hem människor, äta/dricka tillsammans med andra eller betala i en affär (Hellström & Hanell, 2000). Personer med social fobi har ofta lättare för att umgås med små barn och äldre, eftersom de inte förväntas ha en observant inställning. Det kan också gå bra att utöva en idrott eller annan fritidsaktivitet, men däremot inte då det gäller att ha direkt kontakt med någon annan individ, speciellt inte av det motsatta könet (Ottosson, 2004). Den som har social fobi kan också ha problem med att sitta i smågrupper och prata, köra bil när någon annan åker med, gå på bröllop och begravningar, eller att delta i ett föräldramöte och det är lätt att man isolerar sig från andra människor (Svenska Ångestsyndromsällskapet, 2001). Även skola och arbete kan bli problem och det är inte ovanligt att skolfobi utvecklas i 10-15-årsåldern. För äldre personer som genom åren inte fått behandling, kan fobin fått styra så mycket i livet att han/hon tillslut söker förtidspension (Cullberg, 2003). Lochner et al. (2003) har i en studie kommit fram till att personer med social fobi har sämre social förmåga och ett färre antal fritidsaktiviteter än andra.

1.4 Psykiatrisk rehabilitering och behandling av social fobi

Den som söker behandling för sin sociala fobi hamnar ofta i den öppenpsykiatriska vården. På en öppenpsykiatrisk mottagning arbetar psykiater, psykologer, kuratorer, psykoterapeuter, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster och arbetet sker ofta i team. Ett alternativ

till öppenspsykiatri är privata samtalsterapeuter som t.ex. har en kognitiv inriktning (Svenska Ångestsyndromsällskapet, 2001).

Behandling av social fobi kan ske genom kognitiv beteendeterapi. Beteendeterapeuten analyserar hur och varför människor beter sig på ett visst sätt (Melin, 1987). När det gäller behandling av fobi gäller det att terapeuten tar reda på vad det är patienten är fobisk inför och hur den fobiska reaktionen ser ut. Det gäller att kartlägga personens fobiska problem och detta kan ske genom intervju, hemuppgifter eller självskattningsskalor. Ett beteendetest kan också göras, som innebär att en situation som är så lik den verkliga fobisituationen arrangeras. Vid behandling av social fobi kan detta t.ex. innebära att personen i fråga ska inleda ett samtal med terapeuten eller med ytterligare personer. Personen utsätts alltså för det som den har fobi för. Under tiden kan terapeuten göra observationer av personens beteende. På detta sätt kan viktig information komma fram, som personen i fråga inte tidigare varit medveten om. Inom beteendeterapi används också exponering. Det innebär att personen med en fobi får uppleva och stanna kvar i den fobiska situationen tills ångesten avtar. På så sätt får personen vara med om obehaget och kan inte fly. Detta leder till att för varje gång personen är med om situationen kommer den fobiska reaktionen att bli allt mindre (Olsson, 1987). I behandling av social fobi kan också paradoxala interventioner användas, vilket innebär att patienten uppmanas att framkalla eller förstärka sina symtom, t.ex. att darra ordentligt på handen när han/hon dricker kaffe. Oftast misslyckas detta och det leder då till att ångesten avtar (Ottosson, 2004). Mörtberg, Karlsson, Fyring och Sundin (2005) har i sin studie undersökt effekten av kognitiv beteendeterapi på personer med social fobi. Studien visade ett gott resultat och personerna i fråga upplevde ett säkrare beteende hos dem själva efter behandlingen. Behandlingen medförde också andra förbättringar i det dagliga livet.

Stangier, Heidenreich, Peitz, Lauterbach och Clark (2003) undersökte i sin studie om kognitiv beteendeterapi i grupp kan ha någon effekt i behandlingen av social fobi. De kom fram till att upplevelsen av att dela sin rädsla med andra människor kan leda till att ens egna symtom blir normaliserade.

Social färdighetsträning är en annan beteendeterapeutisk behandlingsmetod med syfte att hjälpa människor att bättre klara av alla de krav som ställs på dem i det sociala livet (Johansson, 1987). Sharon och Valente (2002) hävdar att med utbildning, coaching och stöd kan de invanda tankemönstren hos personer med social fobi förändras. Personen i fråga

behöver lära sig att slappna av, andas och tala positivt om sig själv. Ottosson (2004) ger exempel på vad som kan ingå i social färdighetsträning och det kan t.ex. vara att inleda och avsluta ett samtal, att berömma andra och att själv ta emot beröm, att säga nej och att stå på sig när någon annan försöker få en att känna sig skyldig.

1.5 Arbetsterapeutens roll inom psykiatrisk rehabilitering

Arbetsterapeuten ska arbeta för att aktivera individer i deras dagliga liv och med en människas aktivitet menas varje interaktion/samspel med omgivningen (Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, 2005b). Kielhofner (2002) anser att förmåga till aktivitet hos en person beror på individens motoriska förmåga, processfärdigheter och kommunikations- och interaktionsförmåga. Motorisk förmåga behövs för att kunna flytta sig själv eller något föremål och processfärdigheter krävs för att kunna planera och organisera aktiviteten. Kommunikations- och interaktionsförmåga behövs för att kunna framföra sina behov och åsikter och att kunna fungera tillsammans med människor i aktiviteten. Arbetsterapeutens sätt att se på att människan är en social varelse, återkommer i arbetsterapeutisk litteratur och Townsend (2002) menar att hälsa bland annat innebär att ha ett socialt liv. Sociala relationer påverkar sättet att se på sig själv, ger mening åt vardagen och bidrar till samspelet med andra.

Inom den psykiatriska vården i Sverige idag finns det inom många verksamheter arbetsterapi som en del i behandlingen. Arbetsterapeuten har i sin behandling tillgång till aktiviteten och interventionen handlar då inte bara om växelspelen mellan patient och arbetsterapeut, utan även mellan patient och aktivitet (Alenfelt, 1983). Enligt Gamborg (1991) är det viktigaste redskapet för arbetsterapeuten inom psykiatrin relationen mellan arbetsterapeuten och patienten. Som det andra viktigaste redskapet nämns aktivitet. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (2005a) hävdar att aktiviteten fungerar både som mål och medel. Aktiviteten anpassas mot det mål som patienten eftersträvar och patientens mål är den viktigaste utgångspunkten för en arbetsterapeut i psykiatrin. Utifrån det görs sedan en behandlingsplan upp med mål och delmål. Om det är något i individens agerande som behöver förändras arbetar man ofta med att utveckla nya färdigheter och strategier, att hitta nya roller eller lära in nya vanor. I den arbetsterapeutiska interventionen är patientens upplevelse av mening, sammanhang och delaktighet mycket viktigt och den terapeutiska aktiviteten ska ge nya erfarenheter och öppna upp för nya utmaningar. Detta kan stimulera patienten och leda till positiva förändringar för henne/honom. Målet med en aktivitet är att den ska upplevas så

naturlig som möjligt. Det gäller för arbetsterapeuten att komma med rätt utmaning vid rätt tidpunkt och i rätt sammanhang, så att patienten har möjlighet att klara den. Att utmana personen i fråga för tidigt kan leda till ett misslyckande, men om utmaningen kommer för sent har kanske personen redan hunnit ge upp. Arbetsterapeuten får fungera som en coach som hjälper patienten ut från psykiatri till aktiviteterna ute i samhället. Eftersom arbetsterapeuten har ett tydligt fokus på rehabilitering kan hon/han förhindra passivisering och ohälsa hos personer med psykiska funktionshinder (Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, 2005a).

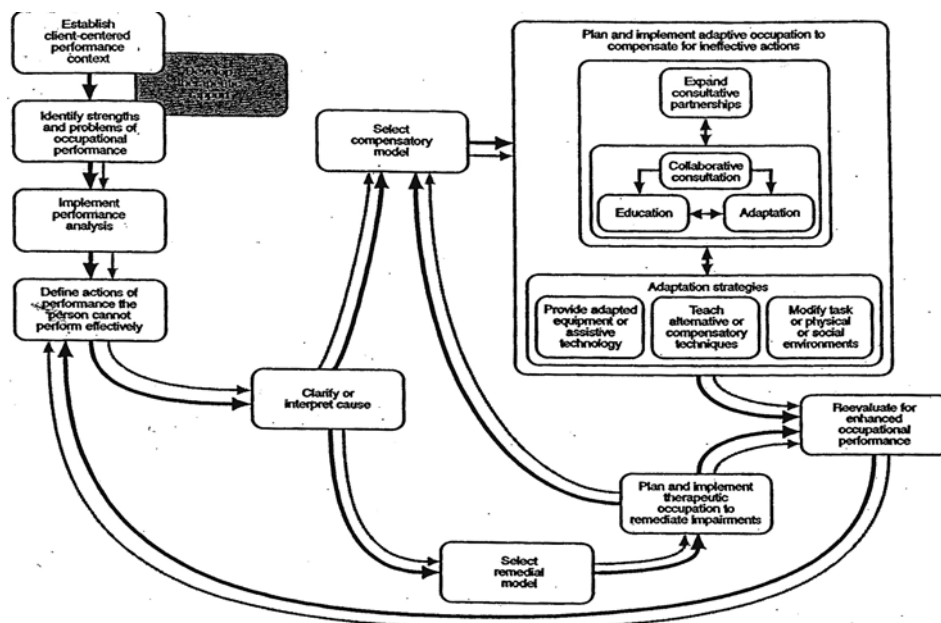
Arbetsterapeuter inom psykiatrisk vård har till uppgift att behandla aktivitetsproblem och arbetsterapin ger patienten möjlighet att vara delaktig i "den verkliga världen" genom någon form av aktivitet med en viss struktur. Att ta del av en aktivitet kan ofta bli ett neutralt område att mötas på och arbetsterapeuten och patienten kan tillsammans skapa en trygg atmosfär. Aktiviteten legitimerar en kontakt och detta kan vara värdefullt, speciellt då det handlar om kontaktproblem av något slag (Gamborg, 1991). Svårigheter i den sociala interaktionen är ett återkommande problem inom psykiatri och arbetsterapeuter får ofta ta itu med denna typ av problematik (Roberts, 2002). Stenbeck, Eklund och Hallberg (2001) har i sin studie kommit fram till att psykosociala dysfunktioner är ett av de vanligaste problemområdena för arbetsterapeuten i psykiatrisk verksamhet.

En vanlig arbetsterapeutisk behandlingsmetod inom psykiatri är aktivitetsgrupper (Eklund & Ossiannilsson, 1987). I aktivitetsgruppen finns ett tydligt fokus på den sociala interaktionen genom aktivitet tillsammans med andra. Det blir också ett tillfälle att träna sociala färdigheter och kreativitet genom interaktion och kommunikation (Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, 2005a). Den viktigaste faktorn för att en grupp ska fungera är att aktiviteten eller uppgiften som ska utföras känns meningsfull för deltagarna (Howe & Schwartzberg, 1988). En bra övning som arbetsterapeuten kan använda i gruppverksamhet är praktiserandet av roller i ett socialt sammanhang (Ouncombe & Howe, 1985). I en grupp får deltagarna dela med sig av sina känslor, ge varandra stöd, ha roligt ihop och utvecklas i lärandet av nya uppgifter (Finlay, 2002).

En arbetsterapeuts arbetssätt inom psykiatrisk verksamhet liknar på många sätt den kognitiva beteendeterapeutens. Det som är gemensamt är användandet av aktiviteter för att underlätta förändringar, användandet av bilder i terapin och terapeutens roll att lära och underlätta för patienten (Gardner, 2002).

1.5.1 Arbetsterapeutens arbetsprocess

För att arbetsterapeuten ska ha en tydlig ram och en teoretisk förankring i sitt tillvägagångssätt i arbetet, finns det ett antal arbetsterapiprocesser utformade som på ett tydligt sätt strukturerar upp arbetsterapeutens arbete. En av dessa arbetsterapiprocesser är utformade av Fischer (1998) och kallas Occupational Therapy Intervention Process Model, OTIPM. OTIPM har ett tydligt fokus på aktivitet och är indelad i ett antal steg som följer arbetsterapeutens process med en individ. Steg 1 innebär att arbetsterapeuten börjar med att fastställa det utförandesammanhang där patienten är i centrum, för att sedan i steg 2 kunna identifiera styrkor och svagheter. I steget därefter görs observationer av patientens aktivitetsutförande och efter det följer en analys. Vad gjorde patienten effektivt/inte effektivt? I steg 6 försöker man sedan klargöra anledningen till det, för att därefter sätta upp mål för patienten. Beroende på vilka åtgärder som behöver genomföras väljer man antingen en kompensande eller en återställande väg. OTIPM:s sista steg innebär utvärdering och eventuellt nya bedömningar för att se om utförandet har förbättrats. Fischer (1998) anser att arbetsterapeutens fokus ska ligga på vad patienten vill och behöver och det stora arbetet ligger i att hjälpa patienten att klara av uppgifter som är meningsfulla och ger tillfredsställelse för honom/henne. Modellen genomsyras av ett "top-down" perspektiv, där man börjar med delaktigheten och aktiviteten och till sist går ner på funktionsnivå om det behövs.



Fischer, A. (1998). Uniting Practice and Theory in an Occupational Framework. *The American Journal of Occupational Therapy*. 8, 509-519.

1.6 Arbetsterapi och social fobi

Arbetsterapeuten har ett aktivitetsperspektiv och vill att människan ska klara sig i de situationer hon/han möter i det dagliga livet. Arbetsterapeuten vill med hjälp av ett aktivitetsbaserat patientarbete förhindra de aktivitetsproblem som hindrar en person att leva ett bra och meningsfullt liv (Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, 2005b). Den som har social fobi har ofta stora problem i vardagslivet, eftersom det sociala samspelet med andra påverkar många situationer och aktiviteter i vardagen (Hellström & Hanell, 2000). Det har, vad författaren till studien erfarit, inte tidigare gjorts någon forskning som belyser hur arbetsterapeuten kan arbeta med personer som har social fobi, trots att det finns arbetsterapeuter inom psykiatrisk verksamhet som behandlar just detta område. Författaren tror att arbetsterapeuten har stora möjligheter att förbättra de aktivitetsproblem som en person med social fobi har.

2. Syfte

Syftet med studien är att, med stöd av en arbetsterapeutisk arbetsprocess, undersöka hur några arbetsterapeuter arbetar med personer som har social fobi.

3. Metod

3.1 Urvalsförfarande

Undersökningsgruppen omfattade tre legitimerade arbetsterapeuter i Skåne som arbetar inom den öppensykiatriska vården. Kriterierna för att få vara med i studien var att arbetsterapeuterna skulle arbeta på en öppensykiatrisk mottagning med personer som har social fobi och att de i dagsläget arbetade någonstans i Skåne, men inom olika kommuner. Urvalet gjordes, enligt Depoy och Gitlin (1999), genom målinriktad sampling men eftersom en arbetsterapeut i något fall föreslog en annan arbetsterapeut som kanske kunde ingå i

studien, blev det också någon form av snöbollssampling. Genom målinriktad sampling väljs individer ut som medvetet har de kriterier som krävs för att få delta i studien (Depoy & Gitlin, 1999). Författaren började med att ta kontakt med en arbetsterapeut som hon tidigare haft kontakt med inom psykiatrisk verksamhet och som arbetar med personer som har social fobi. Hon kunde tänka sig att ställa upp på en intervju om sitt arbete. Efter det kontaktades några lärare på skolan och av dem föreslogs personer, vilka kontaktades. Detta resulterade i att författaren fick kontakt med två arbetsterapeuter till som arbetar inom öppenpsykiatrisk verksamhet med personer som har social fobi, på olika ställen i Skåne. De var båda villiga att ställa upp på en intervju om sitt arbete.

3.1.1 Beskrivning av undersökningsgruppen

Undersökningsgruppen bestod av tre legitimerade arbetsterapeuter som alla var kvinnor och arbetade på en öppenpsykiatrisk mottagning i Skåne. Deras arbetslivserfarenhet varierade mellan 8 till 30 år, så även erfarenheten av psykiatrisk verksamhet, eftersom två av dem arbetat inom psykiatrin under hela deras yrkesverksamma liv. Två av arbetsterapeuterna hade även en vidareutbildning inom kognitiv terapi och använde kognitiva strategier i behandlingen. Hädanefter benämns de tre arbetsterapeuterna som A, B och C.

3.2 Metod för insamling av information

Insamlingen av informationen skedde genom en kvalitativ semistrukturerad intervju med respektive arbetsterapeut. En kvalitativ undersökning ger nya insikter och ny förståelse och genom att iaktta, observera, delta och intervjua undersökningspersonerna får forskaren en inblick i de andra personernas liv och livserfarenheter (Depoy & Gitlin, 1999). Kvale (1997) anser att det i den kvalitativa intervjun byggs upp kunskap, genom ett utbyte av synpunkter mellan två personer som samtalar om ett ämne som de båda tycker är intressant. Intervjuaren försöker att förstå världen ur den intervjuades synvinkel. Holme och Solvang (1991) menar att den kvalitativa intervjuens styrka ligger i att själva intervjusituationen liknar en vardaglig situation och ett vanligt samtal.

Intervjuerna strukturerades med hjälp av en förberedd intervjuguide som motsvarade syftet. Författaren, som stod för att utveckla guiden, var intresserad av hela behandlingsförloppet för personer med social fobi och utgick därför ifrån OTIPM (Fischer, 1998) när intervjuguiden

utformades. OTIPM har ett tydligt fokus på aktivitet och eftersom det var aktivitetsperspektivet författaren ville undersöka i studien, blev OTIPM ett bra val och frågorna fick då en struktur över en arbetsterapeuts process i patientarbetet. En testintervju genomfördes med en arbetsterapeutstudent, som praktiserat inom psykiatrin och därför var insatt i ämnet. En del frågor förtydligades efter det och intervjuguiden diskuterades även på ett handledningsseminarium, då handledare och medstudenter hade möjlighet att få säga sin åsikt om intervjuguiden. Det gav författaren nya funderingar och de sista justeringarna gjordes, som framför allt innebar att ordningen på en del frågor reviderades. Slutligen blev upplägget på intervjuguiden några inledningsfrågor, ett antal frågor som följde OTIPM:s steg i arbetsprocessen och till sist några avslutande frågor.

3.3 Procedur

Ett brev skickades ut till de arbetsterapeuter som ingick i studien. Brevet innehöll information om studien och hur materialet kom att användas. Brevet informerade också arbetsterapeuterna om att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande i studien och att allt material kom att förstöras när studien var slutförd. Arbetsterapeuterna godkände sitt deltagande och skickade tillbaka brevet. De blev sedan kontaktade via mail av författaren och på så sätt bestämdes tid och plats för intervju.

Datainsamlingen genomfördes på arbetsterapeuternas arbetsplatser under deras arbetstid. Krag Jacobsen (1993) anser att det inte finns någon anledning att utsätta den som ska bli intervjuad för onödigt besvär eller några utgifter och därför var arbetsterapeuternas arbetsplats lämplig för intervjun. Kvale (1997) rekommenderar att innan intervjun ge en kort introduktion till ämnet och ge möjlighet för den som ska intervjuas att ställa frågor som berör intervjun och därför gjorde intervjuaren så. Det var endast intervjuaren och respektive arbetsterapeut som var närvarande under inspelningarna och intervjuerna spelades in på band. Att spela in på band leder till att intervjuaren kan koncentrera sig på ämnet och ord, tonfall och pauser registreras och går att återvända till (Kvale, 1997). Intervjuerna tog mellan 35-45 minuter. De tre intervjuerna genomfördes på tre dagar under en och samma vecka.

3.4 Bearbetning av den insamlade informationen

Efter intervjuerna avlyssnades bandinspelningen och materialet transkriberades, genom att författaren lyssnade på bandet och ordagrant skrev ner vad som sades. Genom denna utskrift strukturerades materialet och det är på så vis lättare att göra en närmre analys (Kvale, 1997). Efter att de tre intervjuerna transkriberats, bearbetades och analyserades materialet efter en kvalitativ helhetsanalys (Holme & Solvang, 1991). En helhetsanalys innebär att man i den samlade informationen hittar sin utgångspunkt och sedan väljer vissa centrala teman som man vill belysa. Författaren hade de tre intervjuernas utskrifter i tre dokument i Microsoft Word. För att kunna göra en bra bearbetning och analys av detta material skapade författaren ett nytt dokument för sammanställning av datainsamlingen. I detta dokument tematiserades informationen från de tre intervjuerna under olika centrala teman, genom att kopieras och klistras in. För att tydligt kunna se vilken information som hörde till vilken intervju, färglade författaren de tre intervjuutskrifterna i olika färger, vilket Holme och Solvang (1991) rekommenderar. Resultatet började arbetas fram i ännu ett dokument, genom att datainsamlingen från intervjuerna jämfördes. Efterhand som informationen i dokumentet använts för analys togs text bort och författaren kunde då tydligt se vilken information som ännu inte analyserats.

De teman som författaren slutligen valde att använda i resultatet blev: *Att möta en person med social fobi, Aktivitetsproblem hos personer med social fobi, Att åtgärda aktivitetsproblemen, Utvärdering och uppföljning av personer med social fobi och Arbetsterapeutens roll – det roliga och det svåra.*

4. Resultat

4.1 Att möta en person med social fobi

Samtliga arbetsterapeuter träffar någon person som har social fobi varje vecka, och två av dem träffar någon med den här problematiken dagligen. Arbetsterapeut A arbetar delvis på en dagsjukvård dit personer med social fobi kommer och det finns där öppna grupper där dessa personer kan vara med. Hon har också enskilda samtal med sina patienter på den psykiatriska mottagningen. De enskilda samtalen brukar vara en gång i veckan i början av behandlingen,

för att eventuellt avta i slutet av behandlingsperioden. Även de andra arbetsterapeuterna träffar personer med social fobi, både i grupp och enskilt.

”Vi börjar alltid individuellt i varje fall och sen så jobbar man för att man ska kunna vara i grupp.” (arb.ter. C)

Den bakgrundsinformation arbetsterapeuterna brukar ha tillgång till innan de ska möta en person med social fobi är den information som finns i journalen och eventuellt annan information från kollegor i teamet, om någon av dem träffat personen tidigare. Arbetsterapeut C väljer dock att inte läsa i journalen före mötet med patienten, utan ser endast till remissen och lyssnar till vad andra kollegor har att säga. Detta gör hon för att kunna bilda sig en egen uppfattning om den person hon möter. Det är läkaren som ger personen med social fobi diagnosen, men ofta finns det andra symtom med i bilden och arbetsterapeut B menar att det är mycket ovanligt med en renodlad social fobi. Ofta har dessa personer också ångest, depression och andra fobier. Arbetsterapeut C anser att den sociala fobin hindrar tillfrisknandet av andra sjukdomstillstånd, t.ex. depression.

Vid första mötet med en person som har social fobi försöker arbetsterapeut A möta honom/henne i en avslappnad situation då personen får berätta vad den vill berätta och arbetsterapeut B tycker det är viktigt att personen får känna att den mötts av en förståelse från hennes sida. Arbetsterapeut C gör enligt hennes vanliga rutiner när hon kallar en person med social fobi och anpassar sig inte efter den här patientgruppen. Dyker patienten inte upp vid bestämd tid, tar hon reda på varför personen inte kom och får på så sätt reda på orsaker som hindrar personen i vardagen. Efter det kan hon anpassa sitt arbetssätt och är beredd att möta patienten på andra platser än mottagningen, även om hon ändå strävar mot att personen i fråga ska klara av att komma till mottagningen på bestämd tid.

”De flesta ser ju till att ordna att de ändå kommer hit och jag tror det är viktigt ändå, för det måste någonstans vara ett delmål i det hela.” (arb.ter. C)

Ingen av arbetsterapeuterna använder några standardiserade arbetsterapeutiska bedömningsmetoder vid första mötet med patienterna. Arbetsterapeut C tror att det är mötet mellan arbetsterapeut och patient som är det väsentliga i början och att det i mötet får växa fram ett förtroende.

Samtliga arbetsterapeuter är överens om att utvecklandet av social fobi påverkas av den miljö personen lever i. Arbetsterapeut A och B nämner att det ofta hos föräldrarna finns liknande problem och arbetsterapeut C menar att personer med social fobi ofta lärt sig hemifrån att de ska tänka på vad andra människor tycker och tänker om dem. Hon anser också att om ett barn är blygt finns det risk för att det senare utvecklar social fobi, om inte människorna som finns nära barnet stöttar det på ett utvecklande sätt. Miljön behöver möta barnet där det är, för att barnet ska kunna jobba sig igenom blygheten och bli stark istället.

Den dåliga självkänslan känner arbetsterapeuterna igen hos de här personerna och arbetsterapeut B uttrycker det så här:

”Man tål motgångar väldigt dåligt.”

Arbetsterapeut C tror också att social fobi beror på en genetisk komponent och att man hos ett barn plötsligt kan börja se drag av social fobi.

4.2 Aktivitetsproblem hos personer med social fobi

För att ta reda på vilka aktivitetsproblem som finns hos en person, brukar arbetsterapeut A använda sig av bedömningsinstrumentet Min Mening, eftersom det berör många områden i personens vardagsliv. Min Mening är ett självskattningsformulär, men hon är alltid närvarande när patienten fyller i det, eftersom det ofta kommer kommentarer, reflektioner och tankar ifrån patientens håll, som kan vara betydelsefulla i hennes fortsatta behandling med patienten. Efter det kan hon sedan, tillsammans med patienten, sätta upp mål för behandlingen. Arbetsterapeut C använder sig av en målsättningsblankett för att få reda på vad det är hennes patient har problem med och vill förändra. Genom det sätts mål upp, som sedan ligger till grund för själva behandlingen. Arbetsterapeut B tar i ett samtal med patienten upp ett antal situationer som hon vet är svåra för personer med social fobi och frågar hur dessa situationer fungerar för personen i fråga. På detta sätt får hon reda på var problemen finns och efter det sätts mål upp tillsammans med patienten.

Personer med social fobi lider av en hel del aktivitetsproblem som lätt leder till ångest och samtliga arbetsterapeuter är överens om att åka buss och tåg är mycket svårt för dessa

personer. De känner sig iakttagna och arbetsterapeut B lyfter fram den rädsla som kan finnas över att då behöva träffa någon person som känner igen en. Att få och klara av ett arbete eller en utbildning är också ett aktivitetsproblem som hindrar dessa personer i vardagen.

”Söka jobb är alldeles otänkbart, det är det absolut. Värsta topp tio på listan.”
(arb.ter. B)

Arbetsterapeut A och B lyfter fram att det för dessa personer kan vara svårt att bara vara ute på stan och att göra inköp blir ett stort problem, eftersom de då behöver kommunicera med expediten i kassan. Arbetsterapeut A har erfarenhet av att personer med social fobi upplever det jobbigt att betala med kortkort i kassan. De är rädda för att koden inte ska fungera eller att de ska glömma bort den. Hon har också erfarenhet av att många av personerna med den här problematiken köper kläder på postorder, just för att slippa gå ut och handla i en butik. Arbetsterapeut B menar att ett annat hinder vid klädinköp för dessa personer är provningen i provrummet, eftersom det kan vara jobbigt att se sig själv i spegeln. Rädslan för detta gör att de kanske skickar mamma till att köpa ett par nya jeans istället.

Arbetsterapeut C lyfter fram rädslan i att läsa högt inför andra människor.

”Tänk om jag läser fel, och vad ska de andra tycka?” (arb.ter. C)

Att småprata och att försöka hålla igång ett samtal är också ett stort problem för dessa personer, menar arbetsterapeut C, eller att sitta och fika med en kaffekopp som skramlar när man sätter ner den på bordet. Arbetsterapeut C anser att personer med social fobi kan göra det mesta i vardagen om de har sällskap av någon person de känner sig trygg med.

”Då kan de göra det mesta, men allt annat där de ska agera utifrån sig själva är ett problem.” (arb.ter. C)

Ett annat vanligt aktivitetsproblem för dessa personer, enligt arbetsterapeut A, är att prata i telefon och de kan försöka undvika att prata i telefon överhuvudtaget. Både arbetsterapeut A och B lyfter fram biobesök som något mycket jobbigt för personer med social fobi, eftersom de kan bli iakttagna då de står och väntar utanför biosalongen innan filmen börjar. Dessutom ska de sitta kvar under hela filmen. Arbetsterapeut B har erfarenhet av att personer med social

fobi lätt kan snärja in sig i lögnen, eftersom de ibland behöver en förklaring till att de t.ex. inte kan följa med på bio med en kompis.

”Det är ett nät av lögnen som vi försöker ta bort också, för det är inte så bra att ljuga sig fram i livet.” (arb.ter. B)

Hon har också erfarenhet av att dessa personer i vissa situationer, t.ex. på ett party, tar till alkoholen som en utväg för att klara situationen.

4.3 Att åtgärda aktivitetsproblemen

För att åtgärda de aktivitetsproblem som finns hos personer med social fobi och för att nå de mål som är uppsatta, tränar samtliga arbetsterapeuter patienterna i de situationer som är besvärliga. Arbetsterapeut A tycker det är viktigt att hennes patienter lär sig att klara av att handla sin egen mjölk och sitt eget bröd. För att klara av detta får patienten succesivt träna på situationen och första gången kan det handla om att, tillsammans med arbetsterapeuten, gå till affären och stanna utanför eller möjligtvis gå in i entrén. Nästa steg blir att gå en runda i butiken och så småningom ska patienten klara att hämta varorna som ska inhandlas själv. Det svåraste momentet är att betala i kassan och i samband med det lär arbetsterapeuten ut enkla strategier som t.ex. att tänka igenom vilken veckodag och vilken tid på dygnet som det finns minst folk i affären. Arbetsterapeut C har varit med och tränat patienter i att åka buss, för dem som tycker det är jobbigt. Arbetsterapeut B lyfter fram den situation som hennes patient helst vill klara av och arbetar vidare utefter det. Om det t.ex. är att klara av en utbildning, tränar hon sin patient i att gå på föreläsningar. De börjar då med att gå till en föreläsarförening, för att sedan gå på bibliotekets föreläsningar och till sist provar de även en föreläsning på universitetet. Hon har erfarenhet av att det för patienten är värst i de sammanhang där det kan finnas jämnåriga. Arbetsterapeut B tar också gärna med sina patienter till Friskis & Svettis.

”Jag är väldigt glad för att ta med patienterna på Friskis & Svettis, för då får man vara delaktig i en grupp utan att det fordras en individuell insats. Och då känner man att man är med, man gör precis samma rörelser som alla andra. Jag är mycket för det där med att vara ute och jag tror inte man snackar sig ur sådana här saker.” (arb.ter. B)

Arbetsterapeut A lyfter fram att hon brukar ge sina patienter hemläxa. Det kan t.ex. vara att när de nästa gång kommer till mottagningen ska ha med sig tre varor som de handlat i affären.

Samtliga arbetsterapeuter övar sina patienter i att andas på rätt sätt i en ångestsituation, men om en patient drabbas av ångest i en övningssituation med arbetsterapeuten, gör de tre arbetsterapeuterna på lite olika sätt. Arbetsterapeut A tar andningstekniken till hjälp och låter patienten stanna kvar i situationen. Hon brukar också låta patienten inför en övning få skatta, mellan 1-10, hur kraftig ångest han/hon tror övningen kommer att leda till. Efteråt kan de sedan se hur det blev och ofta skattar patienterna högre ångest än vad de i själva verket får. Arbetsterapeut B går ut med sina patienter om ångesten kommer i en övningssituation och kan då ta hjälp av t.ex. andningsövningar. Det viktiga är sedan att låta patienten gå tillbaka in i den situation då ångesten kom, så att det inte blir ett misslyckande. Arbetsterapeut C lär sina patienter att använda sig av en inre skala, mellan t.ex. 1-10, som mäter hur hög ångesten är. När patienten i en övningssituation börjar känna att ångesten kommer, är han/hon medveten om hur hög ångestnivå som han/hon brukar klara av. Om det överskrider den gränsen vet patienten att det är bäst att avbryta. Efter ett sådant avbrott menar arbetsterapeut C att det är viktigt att upplysa patienten om att detta inte var ett misslyckande.

”Acceptera att idag är läget sånt här, att man inte alltid måste kunna allting, alltid.”
(arb.ter. C)

Samtliga arbetsterapeuter har grupper som personer med social fobi kan vara med i och arbetsterapeut B har erfarenhet av att det är svårt att få med patienterna i en grupp, men att de efteråt tycker att gruppen varit det bästa. Hon tror det är viktigt med en tillåtande atmosfär i gruppen, där de får se att de inte är ensamma med sin problematik.

”Vi skojar och försöker få med dem och skämta lite. Försöker få dem att våga. Det tycker jag är viktigt. Att de går därifrån och är glada.” (arb.ter. B)

Ofta sätts individuella mål upp för varje patient i gruppen, som sedan kan tränas i gruppen. Den som vill träna på att tala inför en grupp får hålla korta anföranden, den som vill äta och dricka med andra får tränas i det. Arbetsterapeut C tränar sina patienter i att t.ex. läsa högt, att småprata över en kopp kaffe eller att spela ett spel.

Samtliga arbetsterapeuter lyfter upp sitt samarbete med sjukgymnasterna och menar att de är viktiga då det gäller kroppskänedom och hur kroppen reagerar i olika situationer.

Arbetsterapeut C menar att sjukgymnaster och arbetsterapeuter har samma synsätt och för att en person ska kunna utföra aktiviteter krävs en viss stabilitet i kroppen. Har personen i fråga inte den stabiliteten behövs en sjukgymnastbehandling så att grunden läggs och aktivitet möjliggörs.

Eftersom två av de tre arbetsterapeuterna arbetar utefter ett kognitivt synsätt har de en del kognitiva strategier i sitt arbete med personer som har social fobi. Strategierna handlar mycket om att ifrågasätta sina egna tankar om sig själv och arbetsterapeut B har en modell med fyra faktorer som hon utgår ifrån. Faktorerna är tankarna, känslorna, beteendet och hur man sköter sin kropp och hon försöker oftast börja med att behandla den faktor som fungerar sämst för personen. Arbetsterapeut B, som är kognitiv beteendeterapeut, är glad för det arbetsterapeutiska synsätt som hon har med sig i sitt arbete med personer med social fobi. Behandlingen ligger på en helt annan nivå när man tar ut sina patienter i det verkliga livet och som arbetsterapeut har man lätt för att vara ute och arbeta praktiskt.

4.4 Utvärdering och uppföljning av personer med social fobi

De tre arbetsterapeuterna arbetar på liknande sätt när det gäller utvärdering av arbetet med personer som har social fobi. De utvärderar regelbundet för att se om deras mål är uppnådda. Om så är fallet sätts nya mål upp och de tar itu med nya problemområden. När arbetsterapeuten anser att en patient är avslutad är det inte helt ovanligt att patienten ändå vill fortsätta behandlingen och arbetsterapeut B menar att en del patienter aldrig anser sig färdigbehandlade. Efter avslutad kontakt med en patient ger samtliga arbetsterapeuter patienten möjlighet att höra av sig igen om något skulle inträffa och han/hon skulle behöva vidare behandling.

”Då har det hänt någonting som gör att de behöver ett bollplank helt enkelt, men de är aldrig tillbaka på ruta ett.” (arb.ter. A)

Arbetsterapeut B och C är överens om att en utskriven patient som behöver hjälp igen, ofta bara behöver ett fåtal behandlingstillfällen innan han/hon mår bättre igen.

4.5 Arbetsterapeutens roll – det roliga och det svåra

Samtliga arbetsterapeuter är överens om att de har en viktig roll och har mycket att tillföra i arbetet med personer som har social fobi, eftersom de har ett tydligt aktivitetsperspektiv i behandlingen och är måna om att vardagslivet ska fungera för patienten.

”Det är ju aktiviteter i det dagliga livet som blir påverkade helt och hållet. De kan ju inte leva ett självständigt liv. Det går inte!” (arb.ter. A)

Arbetsterapeut A menar att arbetsterapeuter ser till patientens bakgrund och tar hänsyn till hur patientens vardagsliv fungerar.

”Vi arbetsterapeuter är ju duktiga att ställa de andra frågorna, ringa in liksom och tänka i vardagen.” (arb.ter A)

Arbetsterapeut C tror att arbetsterapeuter behövs mer och mer inom psykiatrisk verksamhet och hon har, genom sin erfarenhet inom psykiatrin, sett en förändring då det gäller andra yrkeskategoriers förståelse för arbetsterapeuternas arbete.

”Allt fler yrkeskategorier, jag vill nästan säga nästan alla yrkeskategorier idag här, förstår att vi har ett aktivitetskunnande. Inte att vi kan väva eller kan måla eller så, men vi har en annan färdighet att kunna bedöma hur en människa fungerar och man använder oss i utredningssyfte.” (arb.ter. C)

Samtliga arbetsterapeuter gläds med sina patienter när de gör framsteg.

”Det allra roligaste är unga människor som längtar ut i livet. Det är jättekul, det går snabbt och det ger sådana fantastiska resultat” (arb.ter. B)

”Det är roligt att upptäcka att jo, livet är till för dem också.” (arb.ter. C)

Det svåra i arbetet med de här personerna är, enligt arbetsterapeut A, att få patienten att våga lita på henne som behandlare. Om patienten litar på henne kan han/hon våga utsättas för svåra och jobbiga situationer.

”Det svåra är ju när man ser en patient som inte mår bra och man vet att de kan bli hjälpta men de vågar inte... .. De ber om hjälp, men de vågar inte ta steget.” (arb.ter. A)

Arbetsterapeut B tycker att det allra svåraste med personer som har social fobi är när den sociala fobin har blivit en del av en persons livsmönster och när alla runt omkring ständigt ställer upp för personen.

”Det är jättesvårt, det är jätte jättesvårt.” (arb.ter. B)

5. Diskussion

5.1 Metoddiskussion

Datainsamlingen skedde genom en kvalitativ semistrukturerad intervju. I en kvalitativ studie kan man observera, delta och iaktta och på så sätt få ta del av de intervjuades livserfarenheter (Depoy & Gitlin, 1999). För att kunna svara på studiens syfte, ansågs kvalitativ metod vara det bästa alternativet. Genom intervjuerna gavs en förståelse för arbetsterapeuternas erfarenheter och för hur de arbetar med personer som har social fobi.

Antalet arbetsterapeuter som ingick i studien var få, endast tre stycken, och det kan därför inte dras några generella slutsatser på grund av det. Det har ändå genomförts en analys som lett fram till ett intressant resultat. Krag Jacobsen (1993) menar att ett bra grundmaterial är en nödvändighet för ett gott resultat och igenom det intervjumaterial som kom fram i intervjuerna lades en bra grund, som jag kunde utgå ifrån när resultatet sedan skulle utformas.

Två av de tre arbetsterapeuterna som deltog i studien har även en kognitiv utbildning som komplement till sin arbetsterapeututbildning. Det ansågs dock inte vara ett hinder för att de skulle kunna delta i studien. Deras kognitiva synsätt har gett en ökad förståelse för hur man som arbetsterapeut kan berikas av andra kunskapsområden. Ett av kriterierna för att få vara med i studien var att arbetsterapeuterna skulle arbeta inom olika kommuner i Skåne. Det här

kriteriet gav en bredd åt studien och en ökad kunskap i hur man som arbetsterapeut kan arbeta på olika sätt med samma patientgrupp.

Intervjuguiden utformades efter arbetsterapiprocessen OTIPM (Fischer, 1998) och det ledde till att frågorna fick en struktur och ett tydligt aktivitetsperspektiv. Fischer menar att det stora arbetet ligger i att hjälpa patienten att klara av uppgifter som är meningsfulla och ger tillfredsställelse för honom/henne. De arbetsterapeuter som blev intervjuade i studien hade ett tydligt fokus på vad patienten ansåg värdefullt och ville förverkliga och därför blev det meningsfullt att intervjuguiden var strukturerad efter OTIPM. För att intervjuguiden skulle uppnå en god kvalitet, gjordes en testintervju med en arbetsterapeutstudent som var insatt i ämnet. Dessutom diskuterades intervjuguiden under ett seminarium på arbetsterapeututbildningen och detta ledde till att en del förbättringar av guiden gjordes. Frågorna var öppna, men ändå strukturerade, vilket underlättade den röda tråden och strukturen i intervjuguiden. En nackdel med strukturerade frågor är att svarsmöjligheterna begränsas (Krag Jacobsen, 1993) och på så sätt kan man gå miste om värdefull information. Mindre strukturerade frågor skulle eventuellt ha gett ännu mer information om arbetsterapeuternas arbete med personer som har social fobi. Eftersom frågorna i intervjuguiden följde ett förlopp, en patientprocess, kunde ibland den intervjuade svara på en fråga som ännu inte blivit ställd. Detta var dock inget problem, eftersom frågorna justerades och anpassades efterhand, så att den information som var relevant för studiens syfte ändå framkom. Holme och Solvang (1991) anser att man inte behöver följa intervjuguiden till punkt och pricka, men att det är viktigt att intervjun täcker in de områden som finns med i intervjuguiden och det anser jag att mina intervjuer gjort.

Intervjuerna genomfördes under samma vecka men under olika dagar, vilket är bra enligt Krag Jacobsen (1993) som menar att det inte ska produceras mer än en timmes intervju om dagen. Det leder till att koncentrationen kan finnas på en intervju i taget. Efter intervjuerna transkriberades materialet sedan så fort som möjligt och innan nästa intervju skulle ske. Detta ledde till att all information fortfarande var färsk i minnet och det var ingen risk att intervjuerna blandades ihop. Transkriberingen genomfördes av mig och enligt Kvale (1997) säkrar man många detaljer för analysen, genom att göra det själv. Däremot finns det en risk för att analysen blir ensidig när den endast genomförs av en person. Holme och Solvang (1991) menar att den som transkriberar intervjun ibland kan ha svårt för att förstå vissa

uttryck eller avsnitt i intervjun. Om analysen hade genomförts av mer än en person, skulle risken för missförstånd och feltolkningar av intervjumaterialet ha blivit mindre.

Genom att intervjua arbetsterapeuter besvarades syftet för studien. För att få en annan förståelse för arbetsterapeutens behandling med personer som har social fobi, skulle det varit önskvärt att intervjua personer som själva har denna fobi. Detta alternativ blev dock inte aktuellt, främst med tanke på att en sådan intervjusituation förmodligen skulle vara mycket svår för de personer som har social fobi. Det är tveksamt om detta skulle vara försvarbart ur ett etiskt perspektiv.

Den insamlade informationen bearbetades genom en kvalitativ helhetsanalys (Holme & Solvang, 1991) och jag valde att använda flera dokument i Microsoft Word, för att snabbt kunna bläddra mellan dokumenten och för att, på ett enkelt sätt, kunna kopiera och klistra in text från ett dokument till ett annat. Analysen blev relativt snabbt strukturerad, vilket troligen berodde på att intervjuguiden följt en tydlig struktur. Eftersom den var gjord efter en patientprocess var ingen fråga överflödigt och det var därför enkelt att placera in intervjumaterialet i sitt rätta sammanhang. OTIPM:s tydliga struktur kan dock ha begränsat intervjuguidens utformning och lett till att andra frågor som skulle varit relevanta att ha med i guiden inte togs med, på grund av att de inte fick någon plats i OTIPM:s struktur.

5.2 Resultatdiskussion

Resultatet visar att arbetsterapeuter som arbetar med personer som lider av social fobi har ett aktivitetsperspektiv i behandlingen, där syftet är att få patienterna att klara av situationer som tidigare varit aktivitetsproblem för dem. Behandlingen består i att patienterna tränas i de situationer som är obehagliga.

Samtliga arbetsterapeuter i studien var överens om att personer som har social fobi ofta lider av ångest, depression eller liknande tillstånd och Christiansen och Baum (1997) menar att för den som inte känner sig som en del av en grupp, kan det ofta leda till depression. Även Kåver (1999) lyfter fram att en person som har social fobi ofta också lider av depression, rädsla, dålig självkänsla och skam. Detta visar på att social fobi alltså för med sig andra svårigheter som är viktiga att känna till i arbetet med dessa personer. Det är också viktigt att tänka på att

andra sjukdomstillstånd kan bero på just social fobi och då bör det primära målet vara att behandla den sociala fobin.

Piaget hävdar att en av människans drivkrafter är det sociala samspelet och ett barn är beroende av en social värld för att utvecklas (Jerlang et al., 1999). Samtliga arbetsterapeuter i studien var överens om att utvecklandet av social fobi påverkas mycket av den miljö personen lever i och en av arbetsterapeuterna menade just att det behöver finnas en social människovärld runt omkring barnet som stöttar på ett utvecklande sätt. Kåver (1999) skriver att om man haft en förälder med en attityd som säger att man inte klarar av någonting, leder det till dålig självkänsla och detta kan i sin tur leda till social fobi. Jag håller med om detta och menar att ett barn tror på det som han/hon hör som liten, även om det som sägs är lögn. Giacomo (2005) hävdar att social fobi uppstår i kombinationen av personlig sårbarhet och tidigare upplevelser och menar att dessa personer är överkänsliga för kritik. Detta stämmer väl överens med det en av arbetsterapeuterna tog upp i sin intervju, nämligen att de som har social fobi tål motgångar väldigt dåligt.

I intervjuerna framkom det att personer med social fobi lider av en hel del aktivitetsproblem som lätt leder till ångest. Kroppen reagerar med hjärtklappning, illamående, skakning, rodnad, svettning och andra obehagliga reaktioner (Kåver, 1999). I dessa situationer lärde samtliga arbetsterapeuter sina patienter att andas på rätt sätt, vilket även Sharon och Valente (2002) rekommenderar. Kroppen, och då framför allt andningen, verkar spela en avgörande roll i behandlingen av social fobi. Att lära sig andas rätt, var ingenting jag trodde arbetsterapeuter använde sig av i behandlingen av social fobi. Det framgår dock genom denna studie att det behövs sådana konkreta strategier att ta till när en person med social fobi hamnar i en ångestfylld situation.

Hellström och Hanell (2000) tar upp en del vardagliga situationer som blir problem för en person med social fobi. Det kan t.ex. vara att tala inför andra, läsa högt, tala i telefon, gå på fest, äta tillsammans med andra, dricka kaffe eller betala i en affär. Samtliga av dessa aktivitetsproblem nämndes av arbetsterapeuterna under intervjuerna, vilket tyder på att detta är mycket vanliga problem.

Ottosson (2004) hävdar att personer med social fobi har lättare för att umgås med barn eller äldre, än med människor i sin egen ålder. Detta verkar stämma, eftersom en av

arbetsterapeuterna berättade att hennes patienter oftast inte har några problem med att gå till en föreläsarförening, där de flesta är pensionärer, medan föreläsningar på universitet är svårare. Problemet med att inte klara av att gå på föreläsningar och klara av en utbildning, känner vi också igen från litteraturen. Cullberg (2003) tar just upp skolfobi som en vanlig konsekvens av social fobi. Jag inser att problemen som social fobi kan orsaka är inom områden som berör vardagslivet. Det betyder att de personer som har social fobi antagligen inte kan leva en dag utan att bli påmind om deras fobi, vilket bör medföra stora konsekvenser för livskvaliteten och meningsfullheten i deras liv. Lochner et al. (2003) kom i sin studie fram till att personer med social fobi har färre antal fritidsaktiviteter än andra och Kåver (1999) menar att det är vanligt att personer med social fobi undviker många sammanhang och på olika sätt försöker fly ifrån dem. En av arbetsterapeuterna menade just att personer med social fobi ofta försöker undvika sammanhang som är obehagliga för dem och det är då inte ovanligt att de snärjer in sig i lögnen, vilket inte är bra. Hon nämnde också att alkoholen kan bli ett medel att ta till för att försöka fly och detta, anser jag, är ännu ett tydligt tecken på att social fobi kan ge allvarliga konsekvenser i en persons liv.

Det framkom i studien att en del av de aktivitetsproblem som verkar vara vanliga för personer med social fobi, inte är situationer som kräver att man ska fungera i ett socialt sammanhang. Detta kan verka förvånande. Ett exempel på ett sådant problem är biobesök, som tydligen är ett vanligt aktivitetsproblem för dessa personer. Social fobi innebär en stark rädsla för att hamna i situationer där andra människor kritiskt kommer att granska det man gör och är (Hellström & Hanell, 2000) och antagligen är den rädslan för att bli iakttagen så stor, att det till och med kan vara smärtsamt att stå utanför en biosalong eller sitta kvar i salongen under en hel film.

Samtliga arbetsterapeuter i studien satte upp tydliga mål efter patientens vilja och behov och Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (2005a) hävdar att det är just patientens mål som bör vara den viktigaste utgångspunkten för en arbetsterapeut i psykiatri. Patienten får på så sätt stå i centrum och detta, menar jag, är nyckeln till en effektiv behandling. En av arbetsterapeuterna brukade dock alltid ha som ett mål att hennes patienter skulle klara av att inhandla de nödvändigaste livsmedlen själv och hon tränade sina patienter i det. Det kan ses som väsentligt att klara av detta, men i det här fallet tror jag man ska fundera på om det blir patientens mål som är den viktigaste utgångspunkten, eller om det är vad arbetsterapeuten tycker är viktigast. Om inte patienten tycker det känns värdefullt att klara av en sådan

situation, kommer det bli svårt att motivera honom/henne till det och därmed blir behandlingen ineffektiv.

I OTIPM identifieras aktivitetsproblemen i steg 4 och målen sätts sedan upp i steg 6. Samtliga arbetsterapeuter i studien satte upp mål tidigt i behandlingen för dessa patienter och när jag bad dem identifiera aktivitetsproblem hos patientgruppen, kom de ganska snabbt in på hur de, tillsammans med patienten, också satte upp mål. Målen sattes alltså upp i samband med att aktivitetsproblemen identifierades. Detta, tror jag, beror på att när aktivitetsproblemen väl är identifierade, blir målet ganska självklart. Ofta handlar problemet om att personen i fråga inte klarar av en viss situation och målet blir då givetvis att lära sig klara av den situationen. Åtgärderna blir då också självklara – personen får träna på att hantera situationen.

För att åtgärda ett aktivitetsproblem utsatte alltså arbetsterapeuterna personen för den ångestfyllda situationen, vilket är ett vanligt tillvägagångssätt bland de kognitiva strategierna (Ottosson, 1987). Detta tyder på att samtliga arbetsterapeuter arbetar utifrån kognitiva strategier, även om det endast var två av dem som hade någon form av kognitiv vidareutbildning. Det visar att de arbetsterapeutiska och de kognitiva strategierna påminner om varandra och har en del gemensamt, vilket även Gardner (2002) menar.

Inom kognitiv beteendeterapi används också exponering, vilket innebär att en person med fobi får uppleva och stanna kvar i den ångestfyllda situationen tills ångesten avtar (Olsson, 1987). Det som är intressant är att endast en av arbetsterapeuterna lät sina patienter stanna kvar i en situation då de fick ångest och detta var den arbetsterapeut som inte har någon kognitiv vidareutbildning. Detta är ännu ett tydligt tecken på att arbetsterapi och kognitiv beteendeterapi har liknande strategier. För arbetsterapeuten gäller det att komma med rätt utmaning i rätt tid (Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, 2005a) och det är ju just detta de kognitiva strategierna handlar om – att våga utmana patienten i situationen som är jobbig. Det är då det kan ske en förändring.

Kielhofner (2002) menar att interaktionen med andra ofta sker i någon form av social grupp och en vanlig arbetsterapeutisk behandlingsmetod inom psykiatrin är just aktivitetsgrupper (Eklund & Ossiannilsson, 1987). Samtliga arbetsterapeuter hade grupper som personer med social fobi kunde vara med i och eftersom det i en grupp finns tillfälle att träna sociala färdigheter (Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, 2005a) är detta en värdefull

behandlingsmetod för dessa patienter, anser jag. En av arbetsterapeuterna i studien hade erfarenhet av att det var svårt att få med patienterna i en grupp, men att de efteråt tyckte att gruppen varit det bästa. Hon menade att de, i en grupp, fick se att de inte var ensamma med sin problematik. Stangier, Heidenreich, Peitz, Lauterbach och Clarks studie (2003) visar liknande resultat, då de kom fram till att upplevelsen av att dela sin rädsla med andra människor kan leda till att ens egna symtom blir normaliserade.

De tre arbetsterapeuterna var helt överens om att arbetsterapeuten har mycket att tillföra när det gäller behandling av personer med social fobi. De hävdade att dessa personer ofta blir beroende av andra och har svårt för att leva ett självständigt liv, eftersom det är många aktiviteter i det dagliga livet som blir påverkade. En arbetsterapeut ska ju arbeta för att behandla aktivitetsproblem i det dagliga livet (Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, 2005b) och arbetsterapeuten ger patienten möjlighet till att vara delaktig i "den verkliga världen" genom en aktivitet (Gamborg, 1991). För personer med social fobi finns det stora hinder för att leva ett självständigt liv på grund av att man inte klarar av att utföra aktiviteter i vardagen. Det borde därför vara en självklarhet att arbetsterapeuten har en given roll i behandlingen, anser jag.

5.3 Konklusion

Personer med social fobi har en hel del aktivitetsproblem som hindrar dem att leva ett meningsfullt liv i vardagen. Denna studie visar att arbetsterapeuter kan behandla dessa aktivitetsproblem och att de därför har en viktig roll i behandlingen av social fobi. Några tidigare studier har troligen inte gjorts som belyser detta område och därför anser jag att studien är värdefull för arbetsterapeuters framtida arbete med personer som har social fobi. För att kunna dra några generella slutsatser om hur arbetsterapeuter kan arbeta med personer som har social fobi, skulle en större liknande studie behöva genomföras. Det hade varit intressant att, i en sådan studie, också få veta hur patienterna själva ser på arbetsterapeutens behandling. En annan aspekt som hade varit intressant att ta med i en kommande studie, är hur andra yrkeskategorier inom psykiatrin ser på arbetsterapeutens roll i arbetet med personer som har social fobi.

Referenser

Alenfelt, G. (1983). *Patientaktivitetens betydelse inom psykiatrisk vård och rehabilitering*. Örebro: Studentlitteratur.

Christiansen, C., & Baum, C. (1997). Understanding Occupation – Definitions and Concepts. In C. Christiansen & C. Baum (Eds.), *Occupational Therapy: Enabling Function and Well-Being* (pp. 3-26). Thorofare: Slack.

Cullberg, J. (2003). *Dynamisk psykiatri*. Stockholm: Natur & Kultur.

Dahlkwist, M. (1999). *Kommunikation – utveckling och möjligheter*. Stockholm: Liber.

DePoy, E., & Gitlin, L.N. (1999). *Forskning – en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.

Eklund, M., & Ossiannilsson, E. (1987). *Aktivitetsgrupp inom arbetsterapi – tillämpning av modell och teoretisk referensram* (Utvecklingsarbete vid Institutionen för arbetsterapi). Vårdhögskolan Lund-Helsingborg.

Finlay, L. (2002). Groupwork. In J. Creek (Ed.), *Occupational Therapy and Mental Health* (pp. 245-264). Churchill Livingstone.

Fischer, A. (1998). Uniting Practice and Theory in an Occupational Framework. *The American Journal of Occupational Therapy*. 8, 509-519.

Förbundet Sveriges arbetsterapeuter. (2005a). *Arbetsterapi inom psykiatrin*. Nacka.

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter. (2005b). *Etisk kod för arbetsterapeuter*. Nacka.

Gardner, M. (2002). Cognitive approaches. In J. Creek (Ed.), *Occupational Therapy and Mental Health* (pp. 227-244). Churchill Livingstone.

Giacomo, D. (2005). *Kognitiv psykoterapi i primärvården*. Stockholm: Natur & Kultur.

Hellström, K., & Hanell, Å. (2000). *Fobier*. Prisma: Stockholm.

Holme, I.M., & Solvang, B.K. (1991). *Forskningsmetodik – Om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.

Howe, M.C., & Schwartzberg, S.L. (1988). Structure and process in designing a functional group. *Occupational Therapy in Mental Health*. 8:1.

Jerlang et al. (1999). *Utvecklingspsykologiska teorier*. Stockholm: Liber.

Johansson, J. (1987). Sociala färdighetsbrister. I L.G. Öst (Red.), *Beteendeterapi inom psykiatrin* (pp. 161-179). Lund: Natur & Kultur.

Kielhofner, G. (Ed). (2002). *A Model of Human Occupation: Theory and Application* (3rd Ed). Baltimore: Williams & Wilkins.

Krag Jacobsen, J. (1993). *Intervju – Konsten att lyssna och fråga*. Lund: Studentlitteratur.

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Studentlitteratur:Lund.

Kåver, A. (1999). *Social fobi – Att känna sig granskad och bortgjord*. Cura: Stockholm.

Lochner, C., Mogotsi, M., du Toit, P., Kaminer, D., Niehaus, D., & Stein, D. (2003). Quality of Life in Anxiety Disorders: A Comparison of Obsessive-Compulsive Disorder, Social Anxiety Disorder, and Panic Disorder. *Psychopathology*. 36, 255-262.

Melin, L. (1987). Beteendeterapi – teoretisk bakgrund. I L.G. Öst (Red.), *Beteendeterapi inom psykiatrin* (pp. 13-32). Lund: Natur & Kultur.

Mörtberg, E., Karlsson, A., Fyring, C., & Sundin, Ö. (2005). Intensive cognitive-behavioral group treatment (CBGT) of social phobia: A randomized controlled study. *Anxiety Disorder*. 20, 646-660.

Olsson, A. (1987). Fobier. I L.G. Öst (Red.), *Beteendeterapi inom psykiatrin* (pp. 81-100). Lund: Natur & Kultur.

Ottosson, J-O. (2004). *Psykiatri*. Stockholm: Liber.

Ouncombe, L.W., & Howe, M.C. (1985). Group work in occupational therapy: A survey of practice. *American Journal of Occupational Therapy*. 39:163.

Roberts, M. (2002). Life and social skills training. I J. Creek (Ed.), *Occupational Therapy and Mental Health* (pp. 275-293). Churchill Livingstone.

Sharon, M., & Valente. (2002). Social Phobia. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 8, 67-75.

Stangier, U., Heidenreich, T., Peitz, M., Lauterbach, W., & Clark, D.M. (2003). Cognitive therapy for social phobia: individual versus group treatment. *Behaviour Research and Therapy*. 41, 991-1007.

Stenbeck, B., Eklund, M., & Hallberg I.R. (2001). The Domain of Concern of Swedish Occupational Therapists Working in Psychiatric Care. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 8, 184-192.

Svensson, Å. (2001). *En broschyr om ångestsjukdomar*. Svenska ångestsyndromsällskapet. Simrishamn: GrafoTryck.

Townsend, E. (Ed.). (2002). *Enabling Occupation: An Occupational Therapy Perspective*. Ottawa: CAOT Publications ACE.



2007-XX-XX

Bilaga 1

MEDICINSKA FAKULTETEN

Lunds universitet

Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Avdelning för arbetsterapi och gerontologi

Information om examensarbete, gällande arbetsterapeuters arbete med personer som lider av social fobi

Jag är student på arbetsterapeutprogrammet, Lunds Universitet och ska under våren skriva mitt examensarbete, 10 p. Du och jag har haft mailkontakt om detta tidigare.

Syftet med studien är att, med stöd av en arbetsterapeutisk arbetsprocess, undersöka hur några arbetsterapeuter arbetar med personer som lider av social fobi. Jag tror att social fobi är ett relativt vanligt problem i arbetsterapeutens arbete i psykiatrisk verksamhet och därför skulle det vara intressant att undersöka om arbetsterapeuter arbetar på olika sätt och med olika metoder, trots samma problematik. Dessutom finns det inte mycket tidigare forskning inom området arbetsterapi och social fobi och då känns det motiverande att göra en studie om detta.

Intervjun beräknas ta cirka en till en- och en halv timme och genomförs av undertecknad. Du kan själv välja plats t.ex. på din arbetsplats eller på annat lämpligt ställe. Jag räknar med att intervjun skulle kunna ske någon gång under v 12 eller 13, om det skulle kunna gå bra för Dig. Jag kommer att höra av mig till Dig och bestämma tid och plats.

Med Din tillåtelse vill jag gärna spela in intervjun på band. Inspelningen kommer att förvaras så att ingen obehörig kan ta del av den. Efter att arbetet har slutförts kommer materialet att förstöras.

Deltagandet är helt frivilligt och Du kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak. Uppgifter som framkommer under studiens gång kommer att behandlas konfidentiellt och materialet kommer att redovisas så att Du inte kan identifieras.

Om Du vill delta ber jag Dig underteckna talongen och skicka tillbaka den i bifogade svarskuvert inom 1 vecka. Om Du har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till mig, Frida Andersson, eller till min handledare, Marianne Granbom.

Med vänlig hälsning

Frida Andersson
Arbetsterapeutstudent

Marianne Granbom
leg. Arbetsterapeut

Jag har tagit del av informationen om studien angående arbetsterapeuters arbete med personer som lider av social fobi.

Jag har också tagit del av informationen att deltagandet är frivilligt och att jag kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak.

Härmed ger jag mitt samtycke till att bli intervjuad och att intervjun spelas in på band.

Ort, datum

Underskrift

Telefonnummer

Den underskrivna talongen skickas tillbaka i bifogat kuvert, senast den XX mars, 2007.

SEMISTRUKTURERAD INTERVJUGUIDE (med stöd av OTIPM)

Bakgrundfrågor

1. Hur länge har du varit arbetsterapeut? (Hur länge här?)
2. Har du någon ytterligare utbildning än arbetsterapeututbildningen? (Kognitiv beteendeterapi?)
3. Hur länge har du arbetat inom psykiatri? (Tidigare erfarenheter?)
4. Hur ofta i ditt arbete inom psykiatri brukar du stöta på en person som lider av social fobi? (Hur ofta/regelbundet träffar du sedan den personen i fråga?)

Frågor utifrån OTIPM

Steg 1-2

5. Hur mycket bakgrundsinformation brukar du ha tillgång till när det gäller en person som lider av social fobi och som du ska möta? (Journaler, remiss, kollegor...)
6. Hur vet du att personen har social fobi? (Vem ställer diagnosen? Kriterier?)
7. Vad kan social fobi bero på, tror du? (vanligaste ålder på patienterna?)
8. Hur lägger du upp ett första möte med en person som lider av social fobi? (Med tanke på personens sociala problem..., intervju, generell/specifik praxismodell...)

Steg 4-5

9. Hur gör du för att ta reda på var problemen finns hos den person du möter? (Bedömningar, observationer, (individuellt eller i grupp?)...)
10. Vilka aktivitetsproblem är vanliga hos personer med social fobi?

Steg 6

11. När aktivitetsproblem är identifierade, hur går ni vidare? Sätter ni upp några mål? Hur? (Huvudmål, delmål, tidsbestämning, patient/terapeut...)

Steg 7-10

12. Hur går ni vidare i interventionen/behandlingen för att nå målen? (Åtgärder...) Ex. på hur vanliga aktivitetsproblem kan åtgärdas...
13. Brukar du samarbeta med andra yrkeskategorier i arbetet med dessa personer? (uppdelning...) ?????

Steg 13

14. Hur utvärderar du/ni interventionen/behandlingen?
15. Hur följer du upp dina patienter med social fobi efter behandling/intervention?

Avslutande frågor

16. Vad är det roliga och vad kan vara det svåra i arbetet med personer med social fobi?
17. (Hur ser du på arbetsterapeutens roll framöver inom detta område? (Borde det finnas fler?))