



JÖNKÖPING UNIVERSITY  
*School of Health and Welfare*

# “Fikarummet var min värsta mardröm”

En kvalitativ studie om hur personer med social ångest upplever att begränsad delaktighet i sociala aktiviteter påverkar dem i vardagen

**Ämne:** Arbetsterapi

**Författare:** Josefine Bredfell & Sandra Eliasson

**Handledare:** Anne- Le Morville

**Jönköping** 2018 juni

## Sammanfattning

*Bakgrund:* Social ångest yttrar sig genom att personen känner rädsla inför situationer där det finns risk att bli granskad av andra och undviker därför ofta att utsätta sig för detta. Personer som lever med social ångest upplever ofta försämrad livskvalité till följd av begränsad delaktighet i aktivitet. *Syfte:* Att beskriva hur personer med social ångest upplever att begränsad delaktighet i sociala aktiviteter påverkar dem i vardagen. *Metod:* Examensarbetet genomfördes som en kvalitativ fokusgruppsintervju genom en grupp via Facebook. Bekvämlighetsurval tillämpades via grupper på Facebook som riktar sig till personer med social ångest. Totalt elva deltagare medverkade i diskussionsgruppen. Intervjufrågorna publicerades som inlägg och deltagarna fick delge sina erfarenheter i kommentarsfälten där de även fick följdfrågor. Data analyserades genom kvalitativ innehållsanalys. *Resultat:* Deltagarna upplevde att begränsningar i delaktighet i sociala aktiviteter påverkade dem inom tre huvudkategorier; *Bristande delaktighet i vardagliga aktiviteter, obehag av folksamlingar samt utanförskap.* Personerna upplevde omfattande svårigheter vid interaktion med andra människor, vilket påverkade deras delaktighet i sociala aktiviteter negativt. *Slutsats:* Deltagarna upplevde att begränsningar i sociala aktiviteter orsakade bristande delaktighet i vardagliga aktiviteter, begränsad förmåga att vistas bland främmande människor, platser med mycket folk, i nya miljöer samt att det kunde leda till utanförskap.

**Nyckelord:** Arbetsterapi, Psykisk ohälsa, Sociala interaktioner, Utanförskap, Ångest

## Summary

**Title:** "The staff room was my worst nightmare"

- A study of how people with social anxiety experience that limited participation in social activities affects them in everyday life

*Background:* Social anxiety manifest in a person as fear and avoidance for a situation where there is a risk to feel judged by others. People living with social anxiety often experience impaired quality of life due to limited participation in activity. *Purpose:* To describe how people with social anxiety experience that limited participation in social activities affects them in everyday life. *Method:* The thesis was conducted as a qualitative interview by a group discussion through Facebook. Convenience sample was applied through Facebook groups aimed at people with social anxiety. A total of eleven participants attended the discussion group. The interview questions were published as post and the participants share their experiences in the comment section, where the authors also asked follow-up questions. Data was analysed by a qualitative content analysis. *Result:* The participants experienced that limitations in social activity participation affected them within three main categories; *insufficient participation in everyday activities, discomfort of crowds and social exclusion*. The participants experienced severe difficulties in interacting with other people, which affected their participation in social activities in a negative way. *Conclusion:* The participants experienced that limitations in social activities caused lack of participation in everyday activities, limited ability to be around strangers, places with a lot of people, new environments and could lead to social exclusion.

**Keywords:** Social exclusion, Anxiety, Mental Illness, Occupational Therapy, Social Interactions

# Innehållsförteckning

<b>1 Inledning</b>	<b>1</b>
<b>2 Bakgrund</b>	<b>1</b>
2.1 Diagnosen	1
2.2 Aktivitet och delaktighet	2
<b>3 Syfte</b>	<b>3</b>
<b>4 Metod</b>	<b>3</b>
4.1 Förförståelse	4
4.2 Urval	4
4.3 Datainsamling	4
4.4 Databearbetning	5
4.5 Trovärdighet	6
4.6 Etiska överväganden	6
<b>5 Resultat</b>	<b>7</b>
5.1 Tema: Påverkan i vardagen	7
5.2.1 Bristande delaktighet i vardagliga aktiviteter	8
5.2.2 Obehag av folksamlingar	9
5.2.3 Utanförskap	11
<b>6 Diskussion</b>	<b>12</b>
6.1 Metoddiskussion	12
6.2 Resultatdiskussion	13
<b>8 Slutsats</b>	<b>18</b>
<b>9 Referenser</b>	<b>18</b>
<b>Bilaga 1 Social ångest enligt DSM- V och ICD-10</b>	
<b>Bilaga 2 Informationsbrev inför deltagande och blankett samtycke</b>	
<b>Bilaga 3 Tabell Bakgrundsinformation</b>	
<b>Bilaga 4 Intervjuguide</b>	

# 1 Inledning

Social ångest är en vanligt förekommande psykisk funktionsnedsättning som orsakar omfattande svårigheter för den drabbade. Personer som lider av social ångest upplever ofta försämrad livskvalitet till följd av begränsningar i sociala interaktioner, dagliga aktiviteter, utbildning och arbete (Dryman, Gardner, Weeks & Heimberg, 2016). Ett stort antal personer som lider av social ångest blir aldrig diagnosticerade och blir därför inte behandlade för sin problematik. Obehandlad social ångest kan leda till ett långvarigt sjukdomstillstånd, som skulle kunna förebyggas genom att tidigt identifiera individens funktionsnedsättning (Schneier, 2003). Forskningen kring diagnosen ur ett arbetsterapeutiskt perspektiv är begränsad, trots att diagnosen medför en omfattande problematik kring delaktighet i meningsfulla aktiviteter. Det fanns därför intresse av att belysa individens egen upplevelse av hur vardagen påverkas av begränsningar i sociala aktiviteter.

## 2 Bakgrund

Psykisk ohälsa i Sverige har ökat drastiskt under de senaste åren och 2016 led 16 % av personer i åldrarna 16-84 år av psykisk ohälsa. Varje år drabbas cirka en av fem personer av depression eller ångestsyndrom (Folkhälsomyndigheten, 2016). Depression och ångestsyndrom är diagnoser som är starkt bidragande till ökningen av psykisk ohälsa. Till följd av att sjukdomsfall blir mer långvariga är det sannolikt att psykisk ohälsa kommer att fortsätta öka även i framtiden (Socialstyrelsen, 2017).

### 2.1 Diagnosen

Social ångest är mest förekommande av alla ångestsyndrom och kan debutera i ung ålder, vilket kan bidra till att tidigt begränsa delaktighet i aktiviteter i personens liv. Social ångest innebär att en person känner rädsla inför situationer där det finns risk för att bli granskad av andra och undviker därför ofta att utsätta sig för detta (Stein & Stein, 2008). Oron som uppstår i dessa situationer grundar sig i rädslan över att säga eller göra något som leder till förödmjukande reaktioner. Vidare beskrivs att personer som lider av social ångest vanligtvis är blyga när de möter nya människor, tysta i grupper och undviker sociala tillställningar (Stein & Stein, 2008). När de integrerar med andra kan de uppvisa känslomässiga eller fysiska symtom av obehag som rodnad, svettningar och hjärtklappning. DSM- V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (Svensk översättning Mini DSM-V) och ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) (Svensk översättning ICD- 10 SE) är klassificering och statistisk beskrivning av olika diagnoser, bland annat social ångest (Socialstyrelsen, 2018) (se bilaga 1). I den tidigare DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) betecknades diagnosen som *social phobia* (social fobi). I den senaste versionen DSM-V (American Psychiatric Association, 2013), har beteckningen ändrats till *social anxiety disorder* som översätts till *social ångest* i den svenska versionen Mini- DSM-V (American Psychiatric Association, 2015). Diagnoskriterierna i DSM-V och ICD -10 skiljer sig något åt och i Sverige används främst ICD-10 som klassifikation, förutom inom psykiatin då DSM-V är mest förekommande (Socialstyrelsen, 2018).

Typiskt för personer med social ångest är låg självkänsla och hög självkritik och trots att de upplever ett behov av att umgås med andra, undviker de ofta detta på grund av rädsla att känna sig underlägsna eller uppfattas som tråkiga (Stein & Stein, 2008). Erlandsson och Persson (2014) beskriver utifrån *aktivitets- och värde triaden* enligt Value, Meaning and Occupations Model (ValMo-modellen) att alla aktiviteter har olika värden. Dessa värden beskrivs i tre värdedimensioner; det *konkreta värdet* handlar om det synliga resultatet av utförandet, det *sociosymboliska värdet* belyser aktivitetens sociala betydelse och det *självbelönande värdet* handlar om aktiviteter som ger glädje eller tillfredsställelse. Delaktighet i sociala sammanhang är därför viktigt för att skapa en värdeupplevelse, bibehålla hälsa och välbefinnande. Erlandsson och Persson (2014) tar även upp begreppet *falskt värde*, som innebär ett undvikande beteende som skapar ett värde hos personen som inte är hållbart i längden. Detta kan till exempel innebära att en person med social ångest intalar sig att han eller hon behöver äta mindre mängd mat, när det egentligen handlar om att personen känner rädsla över att gå till matvarubutiken.

En person med social ångest löper större risk att utveckla ett destruktivt beteendemönster, missbruk, depression, svårigheter i sociala relationer och kärleksrelationer samt att de har en tendens att inte söka vård för sina problem (Solomon, Leichsenring & Leweke, 2017). Det finns en signifikant samsjuklighet mellan social ångest, andra ångestsyndrom, affektiva syndrom och somatoforma syndrom som kan påverka individen i vardagen (Fehm, Beesdo, Jacobi & Fiedler, 2008). Scaini, Belotti och Ogliari (2014) menar att det främst är genetiska faktorer som ligger till grund för att en person utvecklar social ångest. Miljömässiga faktorer som uppfostran och föräldrarnas beteende har även visat sig påverka, dock inte i lika stor utsträckning. Traumatiska händelser från barndomen, framförallt känslomässigt utnyttjande och försummelse, kan också bidra till att utveckla social ångest (Kuo, Goldin, Werner, Heimberg & Gross, 2011). Neurobiologisk forskning har även visat att avvikelser i hjärnan kan vara relaterat till utvecklingen av diagnosen (Fox & Kalin, 2014). Forskningen har tidigare varit tvetydig när det gäller om social ångest beror på för låg eller för hög nivå av serotonin. Nya studier pekar nu på att det är ett överaktivt serotoninssystem, för hög halt av serotonin, som påverkar utvecklingen av social ångest. Forskning visar att ju högre serotoninhalt, desto mer uttalad problematik (Furmark et.al, 2016; Frick et al, 2015).

## 2.2 Aktivitet och delaktighet

Kielhofner (2012) presenterar i Model of Human Occupation (MoHO) begreppet *mänsklig aktivitet* vilket innefattar; *aktiviteter i dagliga livet*, *lek* och *produktivitet* som rymmer i de sociokulturella, tidsmässiga och fysiska sammanhang som utgör en stor del av människans liv. Kielhofner (2012) beskriver *delaktighet i aktivitet* som engagemang i aktiviteter i dagliga livet, lek eller arbete som är nödvändigt för att vi ska känna välbefinnande och som är en del av vår sociokulturella kontext. Han menar att för att kunna må bra så är deltagande i aktiviteter nödvändigt. Begränsad delaktighet i sociala aktiviteter, dagliga aktiviteter, utbildning och arbete leder ofta till att personer med social ångest upplever försämrad livskvalitet (Dryman et al. 2016). Clark och Fox (2017) beskriver att social ångest främst orsakar svårigheter i aktiviteter

på fritiden. Sociala aktiviteter var ofta det första som personerna slutade att delta i när deras mående blev sämre. Personer med social ångest utgår ifrån att de kommer att misslyckas och har en oro över att bli bedömda, vilket i många fall gör att personen undviker att överhuvudtaget delta i sociala aktiviteter (Clark & Fox, 2017). Undvikande beteende kan leda till en känsla av ensamhet, vilket har ett direkt samband med diagnosen. En hög nivå av social ångest tidigt i livet, kan förutspå uttalad ensamhet senare. Ensamhet har visats öka risken för att utveckla psykisk ohälsa som depression, paranoida symtom samt förvärra symtomen av social ångest (Lim, Rodebaugh, Zyphur & Gleeson, 2016).

Patel, Knapp, Henderson och Baldwin (2002) beskriver diagnosens ekonomiska påverkan på individen, hälso- och sjukvården samt samhället i stort. Forskarna har identifierat att det var låg sannolikhet att individer som lider av social ångest befann sig i högre socioekonomiska grupper. Individerna hade lägre hushållsinkomst och högre arbetslöshet än individer utan psykisk sjukdom. Vidare beskrivs individernas högre grad av drogberoende och användning av läkemedel, vilket påverkar både individen och samhället negativt (Patel et al. 2002). Forskning om social ångest utifrån ett arbetsterapeutiskt perspektiv är begränsad. Arbetsterapeuter ska arbeta klientcentrerat för möta personen där den befinner sig. För att göra detta möjligt krävs kunskap om hela individens situation (Kielhofner, 2012). Därför skulle forskning om hur dessa individer upplever sin vardag vara till nytta för professionen. Att social ångest begränsar individen inom flera aktivitetsområden i livet och kan medföra en omfattande funktionsnedsättning (Dryman et al. 2016), gör att det finns skäl att beskriva detta ur ett arbetsterapeutiskt perspektiv. Diagnosens omfattande påverkan på individens dagliga aktiviteter, kunskapsluckan inom evidensbaserade interventioner som professionen kan tillämpa samt påverkan på samhällsekonomin, gör att det fanns ett intresse av att belysa individens egna berättelser om hur social ångest påverkar delaktigheten i vardagen.

### **3 Syfte**

*Att beskriva hur personer med social ångest upplever att begränsad delaktighet i sociala aktiviteter påverkar dem i vardagen.*

### **4 Metod**

Som studiedesign valdes en kvalitativ intervjustudie som analyserades utifrån en kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Personliga möten och telefonsamtal ansågs kunna skapa obehag hos individerna på grund av deras problematik kring sociala situationer, vilket påverkade valet av metod och tillvägagångssätt. Med hänsyn till målgruppens behov genomfördes en nätbaserad, fokusgruppsintervju via Facebook.

## 4.1 Förförståelse

Förförståelse i ämnet hade författarna genom att av eget intresse förvärvat kunskap kring psykisk sjukdom och psykisk ohälsa. Dock fanns enbart begränsad kunskap kring diagnosen social ångest, vilket var en av anledningarna till att detta kändes intressant och examensarbetet kom att handla om detta. Utifrån den begränsade förförståelse vi hade, som mestadels kom från bakgrundslitteratur vi läst, så förväntade vi oss att deltagarna skulle rapportera begränsningar där det krävdes sociala interaktioner som till exempel i relationer och i arbetslivet.

## 4.2 Urval

Bekvämlighetsurval tillämpades (Kristensson, 2014) via elva stycken redan befintliga svenska grupper på Facebook som riktade sig till personer med social ångest. Roush, Monica, Carpenter-Song och Drake (2015) menar att det kan vara lättare för personer att dela med sig av sina erfarenheter i en grupp där alla har något gemensamt. En första kontakt med ansvarig gruppadministratör togs för att få tillgång till gruppen och kunna publicera en förfrågan. Totalt kontaktades 18 administratörer varav elva gav sitt medgivande. Efter medgivande från ansvarig gruppadministratör publicerades en förfrågan angående intresse för deltagande. Informationsbrev och blankett för samtycke till deltagande i studien bifogades i förfrågan (Se bilaga 2). Inklusionskriterier för deltagande var individer över 18 år diagnostiserade med social ångest/social fobi. Intresserade personer ombads att kontakta någon av författarna via mejl och 13 deltagare rekryterades. Två bortfall uppkom och urvalet resulterade i elva deltagare som var sex kvinnor och fem män, mellan 21-45 år. Nio deltagare uppgav att de var singlar varav två hade skilt sig, en var gift samt en hade sambo. Samtliga deltagare hade två eller fler ytterligare diagnoser. Fyra personer uppgav arbete som sysselsättning, sex personer hade antingen sjukpenning eller sjukersättning och en deltagare studerade (se bilaga 3). Flertalet av deltagarna uppgav att de genomgått Kognitiv Beteendeterapi (KBT) vilken är en terapiform där personen får hjälp att identifiera undvikande beteende och att utveckla strategier för att kunna möta obehagliga situationer (Schneier, 2003). Terapin hade bidragit till att de till viss del kunnat hantera sina symtom.

## 4.3 Datainsamling

Som metod tillämpades en nätbaserad fokusgruppsintervju genom en gruppdiskussion via Facebook. Deltagarna fick samma öppna frågor och möjlighet att fritt dela med sig av sina erfarenheter (Kristensson, 2014). Frågorna utgick från en utformad intervjuguide som bestod av sex bakgrundsfrågor och fem frågor med kompletterande följdfrågor som intervjustöd enligt Kvale och Brinkman (2014) (Se bilaga 4). Före datainsamlingen informerades deltagarna om dag och tid för diskussionen. Gruppdiskussionen pågick från 10.00 till 21.00 så att alla skulle ha möjlighet att delta under dagen. Innan frågorna publicerades fick deltagarna information om att de inte måste svara på alla frågor. Deltagarna i gruppen kunde relatera till andras upplevelser och det kan ha varit en trygghet när det finns fler i samma livssituation. En gruppdiskussion kan därför ha fördelen att deltagarna blir inspirerade av varandra. Personerna som valde att delta var medlemmar i olika grupper på Facebook som riktar sig till personer med social ångest och



kommer från olika delar i Sverige. Det kan för personerna finnas intresse av att vidare diskutera och utbyta erfarenheter med andra gruppmedlemmar och det kan vara lättare att svara på frågor genom detta forum (Roush et al. 2015). Deltagarnas svar var av varierande utförlighet. Sex stycken inlägg publicerades utifrån frågorna i intervjuguiden och deltagarna fick delge sina erfarenheter i kommentarsfälten där författarna ställde följdfrågor. Gruppen raderades från Facebook när informationen samlats in.

#### 4.4 Databearbetning

Insamlade data bearbetades utifrån en kvalitativ innehållsanalys, som är en dataanalysmetod metod som tolkar insamlat material från till exempel intervjuer eller observationer. Analysen genomfördes strukturerat för att identifiera likheter, skillnader och mönster, utan att söka efter en teori (Lundman & Graneheim, 2004).

Som första steg i analysprocessen kopierades materialet från Facebookgruppen. Materialet avidentifierades samt lästes igenom av författarna var och en för sig för att få en övergripande bild av innehållet. Information angående deltagarnas medicinering, läkarkontakter, religiös åskådning samt problematik som främst går att härleda till andra diagnoser sorterades bort. Den typen av information ansågs överflödigt i förhållande till syfte och frågeställningar. Innehållet diskuterades och därefter identifierades meningsbärande enheter, vilket innebar att likheter i texten som svarade mot syftet valdes ut. Dessa enheter kondenserades, vilket innebar att meningarna kortades ner i antal ord men fortfarande behöll sin innebörd. Texten kodades sedan genom att de kondenserade meningarna kortades ner till några få ord som beskrev hela enheten. Författarna kodade först hela texten var för sig, för att sedan jämföra kodningen och göra justeringar. Texten lästes igenom och de koder som innehöll samma information bildade nio underkategorier, som i sin tur sattes samman till tre huvudkategorier. Slutligen identifierades ett övergripande tema (se tabell 1).

Tabell 1. Exempel på databearbetning av meningsenheter

Meningsenhet	Kondenserad Meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori	Tema
#8 Jag undviker ofta evenemang eller situationer jag vill gå till, och tackar ofta nej till att umgås med folk jag egentligen vill lära känna bättre pga ångest.	Undviker ofta evenemang jag vill gå till och umgås ofta inte med folk jag egentligen vill lära känna.	Undviker aktiviteter som man egentligen vill genomföra.	Undviker betydelsefulla aktiviteter	Bristande delaktighet i vardagliga aktiviteter	Påverkan på vardagen
# 3 När de gäller bussar, får ja nästan klaustrofobi, inträngd, människor över allt och ingestans att fly.	När det gäller bussar känner jag mig inträngd, människor överallt och ingenstans att fly.	Känner obehag i trånga utrymmen med mycket folk	Obehag av trånga utrymmen med mycket folk	Obehag av folksamlingar	
#7 Sista crashen innan ja sökte hjälp va för ja inte kunde jobba pga social ångest, ja gick sällan ut, kunde sällan hitta på saker eller hänga med mitt x vänner, dålig ekonomi pga jobb brist, tappas kontakt med många vänner för js isolera mig. Fobin hade väl i stort sätt kontroll över mitt liv.	Jag sökte hjälp för jag inte kunde jobba, gick sällan ut, sällan hitta på saker eller hänga med mitt ex vänner, dålig ekonomi pga av brist på arbete, tappade kontakten med många vänner. Isolerade mig. Sociala fobin hade i stort sett kontroll över mitt liv.	Isolering från omgivningen på grund av att sällan gå ut, inte kunna arbeta och ekonomiska problem,	Isolerad från omgivningen	Utanförskap	

## 4.5 Trovärdighet

Studiens trovärdighet har stärkts genom att tillförlitlighet, överförbarhet, verifierbarhet samt giltighet har tagits i beaktning (Graneheim & Lundman, 2004). För att öka tillförlitligheten har presenterades analysprocessen på ett tydligt sätt, samt att arbetet dokumenterades noga. Metod och tillvägagångssätt beskrivs stegvis för att kunna upprepas. Intervjuerna genomfördes med stöd av en intervjuguide med angiven tidsram och triangulering har använts genom hela arbetet (Kristensson, 2014).

## 4.6 Etiska överväganden

Vid valet av datainsamlingsmetod ansågs kvalitativ metod (Kristensson, 2014) som bäst lämpad att besvara examensarbetets syfte. Däremot fanns en viss tveksamhet om det är etiskt rätt att utsätta denna målgrupp för den sociala kontakt som krävs för insamling av data, eftersom det kan upplevas som obehagligt. Därför valdes att genomföra en nätbaserad gruppdiskussion, vilket kunde underlätta för målgruppen. Samtliga medlemmar i de grupper där urvalet genomfördes

hade möjlighet att anmäla sitt intresse för att medverka i studien, vilket gjorde att urvalet gick tillväga på ett rättvist sätt där alla fick en chans att delta eller avstå från deltagande.

Vetenskapsrådets (2018-03-06) fyra forskningsetiska principer följdes vilka är; *Informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet*. Deltagarna informerades om examensarbetets syfte och upplägg samt att deltagandet var frivilligt och att de närsomhelst kunde avbryta sin medverkan. Efter att ha tagit del av informationen fick deltagarna, via mejl, ge sitt samtycke till att delta i studien. Samtliga deltagare i gruppen hade under datainsamlingen tillgång till det material som samlades in, vilket var en etisk aspekt som tagits i beaktning. Deltagarna bekräftade genom samtyckesblanketten att de är medvetna om att det inte är tillåtet att sprida vidare eller låta obehöriga ta del av den information som framkom i gruppen (se bilaga 2). Det här är däremot inget som kunnat garanteras att det inte inträffat. Innan diskussionen påbörjades gjordes gruppen "hemlig" vilket innebär att den endast är synlig för medlemmar och personen kan endast bli medlem genom att få en inbjudan från ansvariga administratörer. Ingen utanför gruppen kan se vem som är medlem eller vad som skrivs, vilket ökar studiens konfidentialitet. På internet är man aldrig helt anonym, därför kommer det även i det här examensarbetet finnas risk för att obehöriga kan komma åt det som skrivits. Det var en risk som deltagarna var medvetna om innan sin medverkan eftersom de fått information om detta i informationsbrevet (se bilaga 2). Insamlad data hanterades med största möjliga konfidentialitet och materialet förvarades i lösenordskyddade datorer. Nyttan med examensarbetet ansågs övervägande, då risken för skada eller obehag för deltagarna ansågs låg. En etisk egengranskning enligt Hälsohögskolans anvisningar har genomförts och visade att arbetet inte behövde prövas av regionala etikprövningsnämnden.

## 5 Resultat

### 5.1 Tema: Påverkan i vardagen

Resultatet från studien om hur personer med social ångest upplever att begränsningar i sociala aktiviteter påverkar dem i vardagen resulterade i det övergripande temat *Påverkan i vardagen*. Temat bygger på tre huvudkategorier vilka är; *bristande delaktighet i vardagliga aktiviteter, obehag av folksamlingar* samt *utanförskap*. Dessa består i sin tur av åtta underkategorier (se tabell 2). Temat har identifierats utifrån deltagarnas rapporterade problematik kring delaktighet i aktivitet. Resultatet visade att personer med social ångest upplever att begränsningar i sociala aktiviteter påverkar flera livsområden i deras vardag.

Tabell 2. Översikt tema, kategorier och underkategorier

Tema	Påverkan i vardagen		
Kategori	Bristande delaktighet i vardagliga aktiviteter	Obehag av folksamlingar	Utanförskap
Underkategori	Undviker betydelsefulla aktiviteter  Undviker sociala interaktioner på arbetsplatsen  Främmande människor och nya miljöer	Muntliga presentationer  Obehag av trånga utrymmen med mycket folk	Isolerad från omgivningen  Utsatt för mobbning  Upplever ensamhet

### 5.2.1 Bristande delaktighet i vardagliga aktiviteter

Resultatet visade att deltagarna *undviker betydelsefulla aktiviteter* och situationer de upplever som påfrestande. Det handlade främst om situationer som innebar någon form av social kontakt med omgivningen och deltagarna uppgav att de ofta *undviker sociala interaktioner på arbetsplatsen*. Personerna uppgav också att de hade omfattande svårigheter med aktiviteter som innebar kontakt med *främmande människor och nya miljöer*.

#### Undviker betydelsefulla aktiviteter

Det beskrevs att man ofta undviker situationer och aktiviteter som man egentligen vill utföra på grund av sin sociala ångest. Betydelsefulla aktiviteter som deltagarna ofta undvek var bland annat att följa med vänner ut på en fika, middag eller utekväll. Detta var något önskvärt att klara av att utföra. Vidare så beskriver deltagarna svårigheter att klara av kontakter med myndigheter genom besök, telefonsamtal eller mejl, som till exempel besök hos tandläkaren. En deltagare uppger också att den sociala ångesten har en negativ påverkan på möjligheten att delta i aktiviteter med och kring sina barn.

*“Undviker olika aktiviteter runt barnens skola/klasser såsom resor, träffar möten, trots att jag har åsikter och är livrädd att barnen ska hamna vid sidan (tack o lov verkar de ha både vänner o få bekymmer)” #10*

*“Jag undviker ofta evenemang eller situationer jag vill gå till, och tackar ofta nej till att umgås med folk jag egentligen vill lära känna bättre pga ångest.” #8*

Deltagarna beskriver att de undviker sociala aktiviteter på grund av rädsla för vad andra ska tycka och tänka om dem, eller att de inte vet hur man ska föra sig vid sociala interaktioner. Ständig oro över hur man ser ut, vad man säger och hur man uppfattas, gör att umgänge med andra människor blir påfrestande.

*“När jag sitter på en föreläsning är det mycket tankar i stil med "sitter jag konstigt", "har jag rätt kläder", och andra liknande tankar. Det genomgående är väl en rädsla av att inte leva upp till det som jag upplever förväntas av mig.”#8*

### **Undviker sociala interaktioner på arbetsplatsen**

Resultatet visade att det inte främst var arbetsuppgifterna som orsakade svårigheter för individen, utan den sociala interaktionen med kollegor som förväntas av alla anställda. De fick ofta höra att de upplevs som frånvarande eller ointresserade som ett resultat av att de drar sig undan folkgrupperingar. Situationer som umgänge på fikaraster upplevdes mycket påfrestande och en deltagare beskriver det som att #8 *“fikarummet var min värsta mardröm när jag arbetade.”* För att undvika obehagliga sociala interaktioner skapade man ursäkter till att göra något annat.

*“Brukade låtsas att jag hade ärenden att gå när det var fikadags, vilket i sin tur ledde till att arbetskamraterna uppfattade mig som ointresserad”#7*

### **Främmande människor och nya miljöer**

Studien visade att deltagarna har en betydande problematik kring att träffa främmande människor och att vistas i nya miljöer.

*“Jag undviker fortfarande att anmäla mej till roliga saker som innebär nya platser och folk jag inte känner”#9*

#### **5.2.2 Obehag av folksamlingar**

Deltagarna uppgav att de upplevde svårigheter att utföra *muntliga presentationer*, vilket skapade problem vid både arbete och studier. Deras utförande påverkades också i situationer där de kände *obehag av trånga utrymmen med mycket folk.*

### **Muntliga presentationer**

Resultatet visade på svårigheter i att genomföra muntliga presentationer samt att arbeta i grupp med andra. Att inte våga delta i grupparbeten när man blev inbjuden, av rädsla för att egentligen inte vara välkommen, skapade svårigheter med skolgången. Muntliga presentationer orsakade ångest som visade sig som rodnad, svettningar, skakningar och tappat tal. Detta fick följden att

man undvek att gå till skolan när man visste att det innebar muntliga presentationer. Denna problematik orsakade betydande svårigheter för personen och hade negativ påverkan på arbetsliv och studier.

*“Jag känner att jag hämmas i mitt arbete. Jag är ambitiös och vill verkligen komma någon vart och för att lyckas med det behöver jag delta vid mycket möten med främmande människor och ibland prata inför större grupper. Detta är otroligt ångestladdat för mig. Jag får fysiska symtom som att jag tappar talet, det kommer inget ljud. Jag skakar så hårt så att jag måste hålla fast mina egna armar. Jag rodnar och blir knallröd och svettas så att det rinner längs ansiktet. Det blir sällan bra.”#10*

*“Redovisningarna redan i lågstadiet var pest och pina, och senare skolkade jag förstås ifrån dom. På alla gamla foton från t ex Lucia står jag och hukar mig längst bak”#2*

### **Obehag av trånga utrymmen med mycket folk**

Att vistas i trånga utrymmen eller i miljöer med mycket folk upplevdes mycket påfrestande för deltagarna. Att exempelvis åka kollektivt eller att handla i butik förknippades med stora svårigheter och orsakade ångest. I dessa sammanhang visade sig problematiken hos personer med social ångest tydligt. Det fanns en stor rädsla över att det ska synas att man är obekvämt i situationen samt en stor osäkerhet i den sociala interaktionen.

*“När de gäller bussar, får jag nästan klaustrofobi, inträngd, människor överallt och ingenstans att fly. Var tittar man? Tänk om någon ser att jag har panik eller känner igen mig?” #3*

*“Är jag och handlar och känner att jag är på väg att få en attack får jag gå ut innan den blir värre”# 11*

I situationer som skapar obehag för deltagarna använde man ibland olika strategier för att distrahera sig från det som upplevs påfrestande. Det kunde exempelvis vara mobilspel eller en anhörig att prata med. Vissa uppgav att de inte längre utsätter sig för sådana situationer och på så sätt undviker aktiviteter som skapar obehag.

*“Är jag i en grupp människor kan jag nu för tiden ta upp min mobil och distrahera mej själv med ett spel på den. ”#6*

*“Om jag är på väg att börja hyperventilera och gå in i en panikångestattack så ringer jag någon. Det hjälper att prata med någon för då distraherar jag mej själv från det jobbiga”#2*

### 5.2.3 Utanförskap

Deltagarna uppgav att de kände sig *isolerade*, hade blivit *utsatta för mobbning* samt *upplevde ensamhet* till följd av sin sociala ångest.

#### **Isolerad från omgivningen**

Begränsningar i delaktighet i sociala aktiviteter visade sig påverka deltagarnas förmåga till arbete och studier, vilket ledde till svårigheter med ekonomi. Problem med ekonomin kunde leda till att personen var tvungen att bo hemma hos sina föräldrar, vilket skapade en känsla av skam.

*“Sista kraschen innan jag sökte hjälp va för ja inte kunde jobba pga social ångest, ja gick sällan ut, kunde sällan hitta på saker eller hänga med mitt x vänner, dålig ekonomi pga jobb brist, tappar kontakt med många vänner för jag isolerar mig. Fobin hade väl i stort sett kontroll över mitt liv.” #7*

*“Bodde hemma och skämdes för de, skämdes för ja typ allt ja va. Behövde ja nått så fick en närstående hjälpa mig” #4*

#### **Utsatt för mobbning**

Ett genomgående samtalsämne var mobbning och att man tidigt upplevt att man blivit utesluten under skoltiden vilket gjorde skolgången svår och har påverkat dem genom livet. Mobbning hade resulterat i att man var tvungen att byta skola eller att man hade svårt att lita på människor. Många började också uppmärksamma sin sociala ångest under skoltiden. Flera deltagare uppgav att de drog sig undan från andra och beskrev att de satte sig i trappan under rasten eller vid arbeten utanför klassrummet. Anledningen till detta var att i trappor går andra människor bara förbi utan att stanna, vilket gjorde trappan till ett ställe med minimala krav på social interaktion.

*“Började förskola vid sex år och då började mobbningen. På högstadiet började jag dra mej undan medvetet och satt ofta i trappan upp till andra våningen och jobbade när vi gick jobba enskilt. I trappor går folk bara förbi. De har alltid någonstans de ska och de har ofta bråttom så jag kände mej trygg där och jag fick vara ifred.” #6*

#### **Upplever ensamhet**

Det fanns en önskan att umgås med andra människor eftersom man upplevde ensamhet och gärna ville socialisera med andra. Flertalet deltagare ogillade ensamhet och det fanns en rädsla över att hamna utanför. De beskrev också att de hade få vänner som de umgås med och isolerade sig från

sin omgivning. Dock fanns det ett fåtal deltagare som var nöjda med sin livssituation och kände inget behov av att umgås med andra.

*“Har inga vänner, men jag gillar nu att prata och träffa folk. pga min psykisk ohälsa är jag typ isolerad. Bor ensam mest själv, mycket ensamhet, och jag gillar inte ensamhet”#1*

## 6 Diskussion

### 6.1 Metoddiskussion

Syftet med examensarbetet var att beskriva hur personer med social ångest upplevde att begränsningar i delaktighet i sociala aktiviteter påverkade dem i vardagen. Med anledning av målgruppens begränsningar ansågs det mest lämpligt att genomföra en litteraturstudie (Kristensson, 2014). Vid en första genomgång av litteratur upptäcktes dock att forskningen inom området var mycket begränsad, vilket gjorde det problematiskt att försöka besvara examensarbetets syfte genom att tillämpa denna studiedesign. Då syftet ansågs vara mer passande för en kvalitativ intervjustudie (Kristensson, 2014), gavs möjlighet att genomföra studien på ett mindre traditionellt sätt genom fokusgruppsintervju via Facebook. Metoden visade sig fungera mycket bra för målgruppen, men det fanns ändå vissa svårigheter att rekrytera deltagare. Uppfattningen var att det skulle vara tillräckligt att skicka en förfrågan till en Facebookgrupp med ungefär 1000 medlemmar. Detta visades sig inte ge den utdelning som förväntades utan förfrågan till ytterligare grupper och sammanlagt 18 administratörer kontaktades. Fortfarande blev deltagandet lågt med tanke på antalet tillfrågade. Något som vi inte kunde veta var hur många som faktiskt läste vår förfrågan, eller överhuvudtaget var aktiva i grupperna. Det hade varit fördelaktigt för arbetsprocessen om författarna i det inledande skedet räknat med dessa svårigheter kring rekryteringen. Det uppstod ett missförstånd då en deltagare uppfattade att studien skulle pågå en längre period, vilket gjorde att denne inte deltog i diskussionen fullt ut. Personen tog kontakt i efterhand med frågan varför diskussionsgruppen hade försvunnit från Facebook. Författarna diskuterade med varandra angående tydligheten gentemot deltagarna, men kom fram till att informationen deltagarna tagit del av var tillräckligt tydlig.

Trovärdigheten har diskuterats utifrån begreppen *tillförlitlighet*, *överförbarhet*, *verifierbarhet* samt *giltighet* (Graneheim & Lundman 2004). Analysprocessen har gjorts tydlig genom att dokumenteras noga, för att öka *tillförlitligheten*. Kontexten beskrevs noga och deltagarna beskrevs utifrån ålder, kön, civilstånd, ytterligare diagnoser samt arbete/studier/sysselsättning. Detta var information som avsåg att stärka studiens *överförbarhet* genom att läsaren hade möjlighet att bedöma om resultatet var rimligt. Materialet från diskussionerna fanns tillgängligt för läsaren att ta del av, det valdes också att presentera ett flertal citat direkt från insamlat material, vilket kunde öka studiens *verifierbarhet*. Läsaren fick därigenom möjlighet till att själv



tolka resultatet. Diskussionen i fokusgruppen genomfördes med bakgrund av en intervjuguide med tidsangivelse, vilket kan ha bidragit till att stärka studiens *giltighet*. Triangulering användes genom arbetet för att stärka dess  *trovärdighet*.

Det upplevdes svårt att få fram känslor och upplevelser i text, vilket uppmärksammades vid genomläsning av materialet. Eventuellt skulle fler följdfrågor till deltagarna medfört att resultatet speglade deras upplevelser på ett mer nyanserat sätt. Metoden att ha en diskussionsgrupp via sociala medier gav ett tydligt material att arbeta med eftersom deltagarna skrev sina svar utifrån frågorna utan att komma in på speciellt många sidospår. Då transkriberingen enbart bestod i att kopiera texten, blev tidsåtgången till detta moment förhållandevis liten. Att utlova anonymitet när något publiceras på internet var inte möjligt, då all aktivitet medförde att data registrerades. De åtgärder som varit möjliga har vidtagits för att göra hanteringen av materialet så konfidentiellt som möjligt. Deltagarna fick tydlig information i informationsbrev och blankett om medgivande angående tillvägagångssätt och vad de kunde förvänta sig (se bilaga 2). Man kan därför anta att alla deltagare varit införstådda med hanteringen av informationen. Metoden att genomföra en gruppdiskussion via sociala medier kan ha medfört både för- och nackdelar. Det noterades att andra diagnoser kan ha påverkat deltagarnas svar och det fanns viss svårighet att avgöra omfattningen av detta. Om målgruppen haft en annan typ av problematik kan det tänkas att det varit lättare att avgöra detta vid personliga möten, då det skulle funnits möjlighet att uppfatta nyanser i samtalet samt kunnat ställa mer personliga följdfrågor. Enskilda intervjuer skulle kunna ha varit fördelaktigt för att samla in information kring hur deltagarna såg på sina symtom i förhållande till deras diagnoser, dock kan det antas att det inte skulle fungerat för målgruppen. Det fanns ingen uppfattning angående om deltagandet skulle blivit högre vid enskilda nätbaserade intervjuer, då inga frågor ställdes kring metoden och ingen av deltagarna uttalade sig angående detta. Det kan dock tänkas att detta skulle varit påfrestande för deltagarna. Att utföra den här studien via en Facebookgrupp hade troligtvis blivit svårare med ett större urval. Ett större urval gör det svårare att organisera diskussionen eftersom fler deltagare skriver i kommentarsfälten. Vid ett ökat antal deltagare skulle det varit nödvändigt att skapa fler grupper och genomfört diskussionerna vid olika tider. Deltagarna i studien var övervägande lika fördelade mellan kvinnor och män, ålder samt sysselsättning. Detta kan antas vara en styrka, då studien gav ett brett resultat trots ett begränsat urval.

## 6.2 Resultatdiskussion

Deltagarna förväntades rapportera begränsningar där det krävs sociala interaktioner som till exempel i relationer, shopping, arbete och arbetssökande, vilket också blev fallet. Dock rapporterades inte så omfattande begränsningar som förväntat. Resultatet visade att personer med social ångest upplevde att begränsningar i delaktighet i sociala aktiviteter påverkade dem i tre huvudkategorier i vardagen; Bristande delaktighet i vardagliga aktiviteter, Obehag av folksamlingar samt Utanförskap.

Deltagarna beskriver att de *undviker betydelsefulla aktiviteter* på grund av rädsla över hur man ska uppfattas av andra, oro över hur man ser ut och vad man säger. Detta liknar det som Stein

och Stein (2008) beskriver som social ångest. De menade att diagnosen innebar rädsla för att bli granskad av andra och därför undviker personen dessa situationer. Majoriteten av deltagarna uppgav att de levde ensamma utan en partner, vilket stämmer väl överens med tidigare studie som beskriver att personer med social ångest ofta har en problematik kring kärleksrelationer (Solomon et al. 2017). Resultatet säger dock inget om deltagarnas tidigare relationer, vilket gjorde det svårt att dra någon slutsats. Fehm et al (2008) beskriver ett starkt samband mellan social ångest, andra ångestsyndrom, affektiva syndrom och somatoforma syndrom. Det överensstämmer med resultatet då samtliga deltagare uppgav att de hade två eller fler ytterligare diagnoser bortsett från social ångest. Genomgående i resultatet uppgav deltagarna att de har ett undvikande beteende, vilket inte var överraskande med tanke på hur diagnosen beskrivs i litteraturen. Att delta i aktiviteter som innebar sociala interaktioner upplevdes påfrestande och därför undvek de att utsätta sig för dessa situationer.

Flera av deltagarna uppgav att de även undvek betydelsefulla aktiviteter som de tidigare deltagit i. Dessa aktiviteter involverade sociala interaktioner och deltagarna uppgav sin sociala ångest som anledning till att de inte längre deltog i aktiviteten. Som följd av begränsad förmåga att integrera med andra människor, undvek personerna ofta sociala aktiviteter och utövade aktiviteter ensamma eller över internet. Deltagarna uppgav att de saknar dessa aktiviteter och önskade kunna utöva dem igen. Med bakgrund av den problematik som finns hos målgruppen kan det vara så att deltagarna medvetet valt att ägna sig åt aktiviteter som kräver minimal social kontakt, snarare än att de utvecklat andra intressen. Exempelvis att man intalade sig att man slutade med fotboll och började med dataspel på grund av minskat intresse av fotboll, när det i själva verket handlade om att undvika social kontakt. Dataspel som aktivitet kan därmed ha skapat ett falskt värde för personen, vilket innebär att aktiviteten är betydelsefull av fel anledning och därför inte är hållbar i längden (Erlandsson & Persson, 2014).

Resultatet visade att sex av elva deltagare hade så svår problematik att de i nuläget inte klarade av att ha en sysselsättning, utan hade sjukpenning eller sjukersättning. Ingen av deltagarna beskrev några svårigheter med förekommande arbetsuppgifter. Problematiken visade sig istället genom att deltagarna *undviker sociala interaktioner på arbetsplatsen*, vilket ledde till att de inte deltog i aktiviteter och därmed uppfattades som ointresserade och hamnade ännu mer utanför. Resultatet överensstämmer med en studie av Clark och Fox (2017), som beskriver att det oftast var sociala aktiviteter som blev som mest påverkade när personen mådde sämre. Av resultatet från examensarbetet framgick dock inte i vilken omfattning som deltagarna arbetade eller studerade, något som skulle varit av intresse.

Deltagarna beskrev svårigheter med *främmande människor och nya miljöer* och det kan antas att utforskande var något som var påfrestande under ungdomstiden och kan ha bidragit till denna osäkerhet. Det fanns en önskan hos deltagarna att bli mer självständiga. Att förlita sig på familj och vänner för att kunna delta i aktivitet var vanligt förekommande och man utförde inte de aktiviteter man önskade på grund av sin sociala ångest. Det pekade på att deltagarna upplevt svårigheter kring utvecklingen av en positiv aktivitetsidentitet under ungdomstiden, då de uppvisade problematiken i vuxen ålder. Delaktighet i aktiviteter är nödvändigt för att utveckla en positiv aktivitetsidentitet. Med aktivitetsidentitet menas känslan av vem man är och önskar

att bli, i relation till den egna historien av delaktighet i aktivitet. Aktivitetsidentitet bygger på personens upplevelser av sin egen kapacitet, intressen, förpliktelser, vardagliga livsrutiner samt uppfattningen av den egna miljön (Kielhofner, 2012). Genom utforskande kan man säkerställa sin identitet, bli mer självständig och inse sina förmågor. Under barndomen utvecklas människans medvetande kring den egna kapaciteten genom lek och social interaktion och det man gör under denna ålder resulterar i möjligheter i framtiden (Kielhofner, 2012). Det kan vara så att deltagarna i studien i vuxen ålder hade utvecklat en negativ aktivitetsidentitet som i sin tur bidragit till att de nu stod utanför samhället.

Deltagarna i studien uppgav att de *utsatts för mobbning* och/eller utvecklat ett undvikande beteende under i tidig skolålder, vilket kan ha påverkat deras förmåga till att utveckla en positiv aktivitetsidentitet. Då aktiviteter i barndomen ligger till grund för färdigheter senare i livet (Kielhofner, 2012), kan det vara så att ett undvikande beteende och begränsningar i sociala aktiviteter även kan finnas kvar i vuxen ålder, vilket kunde ses i resultatet av denna studie. Om personen under ungdomen upplevt missförhållanden och därigenom känner lågt egenvärde, kan det vara ännu svårare att skapa en positiv aktivitetsidentitet (Kielhofner, 2012). Flera deltagare beskrev att de började uppmärksamma symtom på social ångest tidigt under barndomen och blev utsatta för mobbning när de började skolan. Andra beskrev att de blivit mobbade från tidig ålder och därefter började dra sig undan. Det kan vara så att social ångest både kan vara en orsak till, eller ett resultat av, att personen blivit utsatt för mobbning. Ingen forskning kring att mobbning specifikt skulle kunna vara en orsak till social ångest har hittats. Dock fanns forskning kring att traumatiska händelser från barndomen kan vara en orsak (Kuo et al. 2011). Det kan vara så att mobbning kan vara en traumatisk upplevelse som kan ha bidragit till att man senare i vuxen ålder hade svårt att lita på människor. Pabian och Vandebosch (2016) menar att social ångest ökar risken för att bli utsatt för mobbning, snarare än att vara ett resultat av den. Av resultatet framgick att fem av elva deltagare hade någon form av sysselsättning och övriga hade sjukpenning eller sjukersättning. Deltagarna kände skam på grund av deras oförmåga att kunna arbeta och att avsaknad av arbete bidragit till en dålig ekonomi, som i sin tur orsakat svårigheter med boende. Det kan vara så att personer med social ångest har svårigheter att utveckla en positiv aktivitetsidentitet på grund av tidigt utanförskap, begränsningar i förmågan att utforska sin omgivning samt svårigheter att uppfylla kraven från samhället. Som ungdom förväntas man utforska sin omgivning, ägna sig åt aktiviteter som ger tillfredsställelse och skapar meningsfullhet, samtidigt som de uppfyller de förväntningar som finns från samhället. Vuxenlivet börjar ofta med förväntningar om att få ett arbete, eller annan typ av sysselsättning (Kielhofner, 2012).

Resultatet visade att diagnosen skulle kunna leda till *utanförskap* genom att deltagarna i flera fall hade problem med försörjning och bostad. Detta gav en stor påverkan känslomässigt, vilket det inte hittats någon forskning kring. Dock hittades forskning som beskriver hur social ångest påverkar möjligheten till utbildning och arbete (Dryman et al. 2016). Resultatet visade inte den negativa ekonomiska påverkan som diagnosen enligt Patel et al (2002), kan ha på samhället och hälso- och sjukvården. Ser man till deltagarnas beteendemönster kan det dock vara troligt att man vid en mer omfattande studie skulle få ett resultat som visar detta. Deltagarnas svårigheter kring ekonomi, avsaknad av arbete och bostad samt känslan av skam, kan tyda på att deras känsla

av belonging kan vara mycket låg. Det kan vara så att följderna av att inte passa in i samhällets normer av hur man som vuxen bör leva, skapar utanförskap som slår hårt mot personer med psykisk ohälsa. Belonging är ett begrepp som enligt Wilcock och Hocking (2015) innebär att individen känner tillhörighet i sammanhang och delaktighet i aktiviteter. Att utveckla relationen till familj och vänner medverkar till att vi känner samhörighet och kan få en känsla av belonging. Belonging handlar även om att känna sig accepterad och att passa in i det sociala nätverket. En känsla av belonging är stärkande för hälsa och välbefinnande, medans brist på tillhörighet är förknippat med ohälsa och isolation (Wilcock & Hocking, 2015). Resultatet visade att personer med social ångest upplevde svårigheter kring sociala relationer, delaktighet i aktiviteter och att de hade en tendens att *isolera sig från omgivningen*. Det kan därför vara så att dessa individer har större svårighet än andra att utveckla en känsla av belonging.

Av resultatet framgick det att hos övervägande delen av deltagarna fanns det en önskan att ha ett socialt umgänge och att man *upplevde ensamhet*. Erlandsson och Persson (2014) beskriver det sociosymboliska värdet som belyser aktivitetens sociala betydelse. Utifrån målgruppens problematik kring delaktighet i sociala sammanhang kunde man se att de hade svårigheter att skapa en värdeupplevelse, alltså uppleva en mening med livet. Ett fåtal individer uppgav däremot att de var nöjda med hur deras livssituation såg ut och kände inget behov av att umgås med andra. Det var därför viktigt att skilja på att trivas med att vara själv och att känna ensamhet. Man bör därför inte dra några slutsatser om att personer med social ångest generellt skulle känna sig ensamma.

På grund av deltagarnas svårigheter i sociala situationer kan deras förmåga till att utföra olika aktiviteter ha påverkats negativt. Det uppstod ett *obehag i trånga utrymmen med mycket folk* i situationer som exempelvis i en buss eller en butik. Deltagarna kände främst rädsla för att det skulle synas att de var obekväma i den sociala interaktionen. Här har uppmärksammats att deltagarna ofta använde sig av olika strategier för att kunna "stå ut" eller klara av att vistas i dessa miljöer. Det kunde vara att spela på mobilen eller att prata med en anhörig för att distrahera sig från det som sker i omgivningen och det som upplevs obehagligt, vilket inte uppmärksammats i den tidigare forskning som tagits del av. Flertalet deltagare uppgav att de genomgått Kognitiv beteendeterapi (KBT) (Schneier, 2003) vilket också kunde anas utifrån hur deltagarna diskuterade strategier som de använde vid påfrestande situationer. Det kan tänkas att strategier kan vara ångesthantering som kommer från KBT, då dessa deltagare uppgivit att de genomgått denna form av terapi.

Resultatet visade att när deltagarna utförde *muntliga presentationer* upplevdes svår ångest som visade sig genom rodnad, svettningar, skakningar och tappat tal. Detta överensstämmer med Stein och Stein (2008) beskrivning av vilka fysiska symtom som kan uppstå när en person med social ångest integrerar med andra människor. Att man skämdes för de fysiska symtom som visade sig gjorde att man upplevde osäkerhet, hindrade dem att prestera, eller att man undvek att gå till skolan när man visste att det innebar muntliga presentationer. Precis som tidigare forskning (Dryman et al. 2016), visade resultatet att problematiken påverkade prestationen och möjligheten till både utbildning och arbete. Utifrån resultatet så var det inte arbetsuppgifterna i sig, utan den sociala samverkan som krävdes både inom skola och arbetsliv, som hindrade deltagarnas

utförande. Kielhofner (2012) använder begreppet utförandekapacitet vilket syftar till individens objektiva kroppsliga och mentala förmågor i relation till dennes subjektiva upplevelser. Individens subjektiva upplevelser av en aktivitet är det som styr om en aktivitet associeras med positivitet och ger ökat välbefinnande eller med negativa erfarenheter. Deltagarna hade gång på gång upplevt misslyckanden i utförandet av muntliga presentationer och associerade trånga utrymmen med mycket folk med obehag. Det kan därför vara så att det främst var den egna upplevelsen av situationen som hindrade dessa personer med social ångest i aktivitetsutförandet.

### **Betydelse för arbetsterapi**

Något som hade varit intressant att ta reda på var om någon av deltagarna träffat en arbetsterapeut och hur de i så fall upplevt detta. Arbetsterapeutiska interventioner vid ångestsyndrom innefattar främst strukturstödande insatser och aktivitetsbaserade åtgärder (Pfeiffer & Kinnealey, 2003). Arbetsterapeuten kan använda sig av skapande aktiviteter som The Tree Theme Method (TTM) för att hjälpa personen att sätta ord på sina känslor och att hitta strategier för att hantera vardagen. Metoden utgår från att personen ritar träd utifrån olika perioder i dennes liv. Trädet är tänkt att ge stöd åt personen till att börja berätta sin livshistoria (Gunnarsson & Björklund, 2013). Frågor specifikt kring arbetsterapeutiska interventioner inkluderades inte i intervjuguiden, vilket i efterhand kunde varit till nytta för studien. Eftersom det framkom att flera genomgått terapi och de övriga lärt sig sina strategier på egen hand, kan det tänkas att deltagarna då hade uppgivit att de träffat en arbetsterapeut. Med anledning av att deltagarna hade kvarvarande symtom efter att de genomgått Kognitiv beteendeterapi kunde det ses ett behov av arbetsterapeutiska insatser. Arbetsterapeuten har kompetens att bidra till att individen uppnår eller bevarar hälsa och välbefinnande oavsett aktivitetsförmåga (Erlandsson & Persson, 2014). Det kan handla om att planera och strukturera kring matvaruinköp för att personen ska känna sig trygg i genomförandet av aktiviteten. Arbetsterapeutiska interventioner skulle också kunna innebära att följa med personen till butiken för att utreda hur aktiviteten fungerar i praktiken. Resultatet visade att deltagarna hade svårigheter kring arbete och sysselsättning. Dessa svårigheter orsakades oftast inte av arbetsuppgifterna i sig, utan av de krav på social samvaro som en arbetsplats ställer. Utifrån detta kan man se ett behov av insatser kring den psykosociala arbetsmiljön. Genom till exempel lösningar för möjlighet till enskilda utrymmen, kan arbetsterapeuten medverka till att skapa förutsättningar för att personer med social ångest ska klara av ett arbete. Att medverka till att individen kan undvika social samvaro på arbetet kan verka motsägelsefullt, men utifrån målgruppens problematik kan det troligen vara nödvändigt. Resultatet visade att flertalet individer upplevde svårigheter under skolgången och det handlade till stor del om andra faktorer än skoluppgifterna. Arbetsterapeuter som jobbar inom skolan kan arbeta för skapa en mer anpassad miljö för individens behov (Clark, Jackson & Polichino, 2011). Här ses exempelvis möjligheter för målgruppen att skapa avskilda arbetsplatser, anpassade grupparbeten eller stöd vid muntliga presentationer.

Arbetsterapeuten arbetar klientcentrerat för att möta personen där den befinner sig. För att kunna göra detta krävs kunskap om hela individens situation så att hänsyn kan tas till personens fullständiga behov (Kielhofner, 2012) Social ångest är en vanligt förekommande psykisk funktionsnedsättning (Dryman et al. 2016), vilket gör det troligt att arbetsterapeuten i sitt arbete någon gång kommer att möta individer som lever med diagnosen. Kunskap om diagnosen och

dess påverkan på individens aktivitetsmönster kan bidra till ett klientcentrerat arbetssätt med kompetent och empatiskt bemötande av klienten. Genom ökad medvetenhet och kunskap hos professionen är det troligt att möjligheter till ytterligare anpassningar i samhället och det skulle därmed kunna bedrivas en ännu mer effektiv rehabilitering. Arbetsterapeutiska insatser som strukturstödjande, aktivitetsbaserade, skapande interventioner kan verka främjande för målgruppen (Pfeiffer & Kinnealy, 2003). Förslag på vidare forskning kan vara att undersöka effekten av kognitiv beteende terapi för individer som lider av social ångest, när den kombineras med arbetsterapeutiska aktivitetsbaserade interventioner.

## **8 Slutsats**

Studiens syfte var att beskriva hur personer med social ångest upplever att begränsad delaktighet i sociala aktiviteter påverkar dem i vardagen. Slutsatsen är att deltagarna upplever att begränsningar i delaktighet i sociala aktiviteter orsakar bristande delaktighet i vardagliga aktiviteter, begränsad förmåga att vistas bland främmande människor, platser med mycket folk, i nya miljöer samt kan leda till utanförskap. Arbetsterapeuten kan här ha en viktig roll och för att för att kunna verka för att personer med social ångest ska känna sig mer delaktiga i aktivitet, blir mer självständiga och inkluderas i samhället krävs vidare forskning utifrån ett arbetsterapeutiskt perspektiv.

## 9 Referenser

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders - Text Revision*, (DSM-IV-TR).

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*, (DSM-V).

American Psychiatric Association. (2015). *MINI-D 5: diagnostiska kriterier enligt DSM-5*.

Clark, G., Jackson, L & Polichino, J. (2011). Occupational therapy services in early childhood and school-based settings. *The American Journal of Occupational Therapy*, 65(6), S46-S54. Hämtad 2018-06-07 från <http://proxy.library.ju.se/login?url=https://search-proquest-com.proxy.library.ju.se/docview/906329030?accountid=11754>

Clarke, J., Fox, J. (2017). The Impact of Social Anxiety on Occupational Participation in College Life, *Occupational Therapy in Mental Health*, 33:1. DOI:10.1080/0164212X.2016.1222323

Dryman, T., Gardner, S., Weeks, J., Heimberg, R. (2016). Social anxiety disorder and quality of life: How fears of negative and positive evaluation relate to specific domains of life satisfaction. *Journal of Anxiety Disorders*. Vol 38, p. 1-8 DOI: 10.1016/j.janxdis.2015.12.003

Erlandsson, L-K., Persson, D. (2014). *ValMO- modellen ett redskap för aktivitetsbaserad arbetsterapi*. Lund: Studentlitteratur.

Fehm, L., Beesdo, K., Jacobi, F. (2008). Social anxiety disorder above and below the diagnostic threshold: prevalence, comorbidity and impairment in the general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 43: 257. DOI: 10.1007/s00127-007-0299-4

Fox, A.S., Kalin, N. H. (2014). A Translational Neuroscience Approach to Understanding the Development of Social Anxiety Disorder and its Pathophysiology. *The American Journal of Psychiatry: Volume 171, Issue 11, pp. 1162-1173* DOI: 10.1176/appi.ajp.2014.14040449

Folkhälsomyndigheten. (2016). Nedsatt psykiskt välmående. Hämtad 2018-06-07 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/folkhalsans-utveckling/halsa/psykisk-ohalsa/nedsatt-psykiskt-valbefinnande/>

Frick, A., Åhs, F., Engman, J., Jonasson, M., Alaie, I., Björkstrand, J., Frans, Ö., Faria, V. Linnman, C., Appel, L., Wahlstedt, K., Lubberink, M., Fredrikson, M., Furmark, T. (2015). Serotonin Synthesis and Reuptake in Social Anxiety Disorder: A Positron Emission Tomography Study. *JAMA Psychiatry*, Vol.72(8), p.794-802 DOI: 10.1177/0269881116648317

Furmark, T., Marteinsdottir, I., Frick, A., Heurling, K., Tillfors, M., Appel, L., Antoni, G., Hartvig, P., Fischer, H., Långström, B., Eriksson, E., Fredrikson, M. (2016). Serotonin synthesis rate and the tryptophan hydroxylase-2: G-703T polymorphism in social anxiety disorder. *Journal of Psychopharmacol.* 30(10):1028–35. DOI: 10.1177/0269881116648317

Graneheim. U. H, Lundman. B (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today.* 24(2):105–12. DOI: 10.1016/j.nedt.2003.10.001

Gunnarsson, A., Björklund, A. (2013). Sustainable enhancement in clients who perceive the Tree Theme Method as a positive intervention in psychosocial occupational therapy. *Australian Occupational Therapy Journal* 60, Iss. : 154-160. DOI: 10.1111/1440-1630.12034.

Kielhofner. G. (2012). *Model of Human Occupation.* Lund: Studentlitteratur.

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap.* Stockholm: Natur & Kultur.

Kuo. J.R., Goldin. P. R., Werner. K., Heimberg. R. G., Gross, J. J. (2011). Childhood trauma and current psychological functioning in adults with social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders* 25 (2011) 467–473 DOI: 10.1016/j.janxdis.2010.11.011

Kvale, S., Brinkman, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun.* Lund. Studentlitteratur.

Lim, M. H., Rodebaugh, T. L., Zychur, M. J., & Gleason, J. F. M. (2016). Loneliness over time: The crucial role of social anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(5), 620-630. DOI: 10.1037/abn0000162

Pabian, S., & Vandebosch, H. (2016). An Investigation of Short-Term Longitudinal Associations Between Social Anxiety and Victimization and Perpetration of Traditional Bullying and Cyberbullying. *Journal of Youth and Adolescence*, 45(2), 328–339. DOI 10.1007/s10964-015-0259-3

Patel, A., Knapp, M., Henderson, J., Baldwin, D. (2002) The economic consequences of social phobia. *Journal of Affective Disorders*, 68 (2–3), 221-233. DOI: 10.1016/S0165-0327(00)00323-2

Pfeiffer B, Kinnealey M. (2003). Treatment of sensory defensiveness in adults. *Occupational Therapy International*, .10(3):175-184. doi: 10.1002/oti.184



Roush, S., Monica, C., Carpenter-Song, E. & Drake, R.E. (2015). First-Person Perspectives on Dual Diagnosis Anonymous (DDA): A Qualitative Study. *Journal of Dual Diagnosis*, 11(2), 136-141. doi:10.1080/15504263.2015.1025215

Scaini, S., Belotti, R., Ogliari, A. (2014) Genetic and environmental contributions to social anxiety across different ages: A meta-analytic approach to twin data. *Journal of Anxiety Disorders: Volume 28, Issue 7, Pages 650-656*  
doi: 10.1016/j.janxdis.2014.07.002

Schneier, F. (2003). Social anxiety disorder is common, underdiagnosed, impairing, and treatable. *British Medical Journal* Vol. 327, Iss. 7414: 515-516. doi: 10.1136/bmj.327.7414.515

Scott, E., Heimberg, R.G., Jack, M.S. (2000) Anxiety sensitivity in social phobia: comparison between social phobics with and without panic attacks. *Depress Anxiety*. 2000;12(4):189-92. doi:10.1002/1520-6394(2000)12:4<189:AID-DA1>3.0.CO;2-X

Socialstyrelsen (2018). Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem – Systematisk förteckning – Svensk version 2018  
Hämtad 2018- 05- 07: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-4-12>

Socialstyrelsen. (2017). Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna, Till och med 2016.  
Hämtad 2018-05-18 från:  
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20785/2017-12-29.pdf>

Solomon, C., Leichsenring, F & Leweke, F. (2017). Social anxiety disorder. *The New England Journal of Medicine*, 376(23), 2255-2264. doi:10.1056/NEJMcp1614701

Stein, M.B., Stein, D.J. (2008). Social anxiety disorder. *Lancet*, 371: 1115–25 doi: 10.1016/S0140-6736(08)60488-2

Vetenskapsrådet. Forskningsetiska principer- inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Elanders Gotab. ISBN:91-7307-008-4 Hämtad 2018-03-06 från  
<http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Wilcock, A., Hocking, C. (2015). *An Occupational Perspective of health* (3rd ed.). Thorofare: SLACK Incorporated.

## Social ångest enligt DSM- V och ICD-10

	Mini DSM- V (American Psychiatric Association, 2015)	ICD- 10 SE (Socialstyrelsen, 2018)
<b>A</b>	Uttalad rädsla eller ångest för en eller flera olika sociala situationer där person riskerar att utsättas för kritisk granskning av andra. Exempel inkluderar sociala interaktioner (tex. äta eller dricka i andras åsyn) och framträda inför andra (tex hålla tal). OBS: Hos barn måste rädslan visa sig i umgänget med jämnåriga och inte enbart vid kontakt med vuxna.	Något av (1) eller (2):  (1) tydlig rädsla för att befinna sig i fokus för uppmärksamhet eller för situationer där det finns en rädsla för att bete sig på ett sätt som är generande eller förödmjukande.  (2) tydligt undvikande av att befinna sig i fokus för uppmärksamhet eller av situationer där det finns en rädsla för att bete sig på ett sätt som är generande eller förödmjukande. Dessa rädslor visar sig i sociala situationer såsom att äta eller tala offentligt, möta bekanta personer offentligt eller gå in eller delta i gruppsituationer (såsom fester, möten, klassrum).
<b>B</b>	Personen fruktar att han eller hon ska uppvisa symtom på ångest eller bete sig på ett sätt som framkallar negativa omdömen (dvs förödmjukande eller pinsamt; leder till avvisande eller väcker anstöt).	Minst två symtom på ångest i den rädslorframkallande situationen måste ha manifesterat sig under en tid sedan syndromet debuterade, detta tillsammans med minst ett av följande symtom:  (1) rodnar eller darrar;  (2) rädsla för att kräkas;  (3) täta trängningar eller rädsla för att behöva kasta vatten eller ha avföring.
<b>C</b>	De sociala situationerna framkallar så gott som alltid rädsla eller ångest. Obs: hos barn kan rädslan eller ångesten ta sig uttryck i gråt, raseriutbrott, klängighet, att barnet blir stel av skräck, försöker gömma sig eller blir stumt i sociala situationer.	Uttalad känslomässig stress orsakad av symptomen eller av undvikandebeteendet och individen igenkänner detta som överdrivet eller oförklarligt.

<b>D</b>	De sociala situationerna undviks helt eller uthärdas under intensiv rädsla eller ångest.	Symptomen är begränsade till eller domineras av den obehagliga situationen eller av tankar på densamma.
<b>E</b>	Rädslan eller ångesten står inte i proportion till den sociokulturella kontexten och till det faktiska hot som den sociala situationen utgör.	De vanligaste exklusionskriterierna är att symptomen listade i a och b är orsakade av vanföreställningar, hallucinationer eller andra sjukdomar som organiska psykiska syndrom, schizofreni och relaterade syndrom, förstämningssyndrom eller tvångssyndrom. Symptomen får inte heller vara sekundära till kulturella föreställningar.
<b>F</b>	Rädslan, ångesten eller undvikandet är ihållande, vanligen 6 månader eller längre.	
<b>G</b>	Rädslan, ångesten eller undvikandet orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion socialt, i arbete eller inom andra viktiga funktionsområden.	
<b>H</b>	Rädslan, ångesten eller undvikandet kan inte tillskrivas fysiologiska effekter av någon substans (t ex illegal drog, läkemedel) eller något annat medicinskt tillstånd.	
<b>I</b>	Rädslan, ångesten eller undvikandet förklaras inte bättre med någon annan form av psykisk ohälsa som paniksyndrom, dysmorfofobi eller autisms.	
<b>J</b>	Om det samtidigt föreligger något annat medicinskt tillstånd (t ex Parkinsons sjukdom, obesitas, vanställdhet efter brännskador eller trauma) är rädslan, ångesten eller undvikandet uppenbarligen inte kopplat till detta eller starkt överdriven.	

## Informationsbrev inför deltagande och blankett samtycke

Hej och tack för visat intresse för att delta i studien.

Syftet med studien är att beskriva hur personer med social ångest/ social fobi upplever begränsad delaktighet i sociala aktiviteter i vardagen. Forskningen inom detta område är begränsad. Därför vill vi uppmärksamma problematiken och skapa en större medvetenhet kring diagnosen.

Studien är ett examensarbete på grundnivå och är en del av utbildningen till arbetsterapeut vid Jönköping University. Studien kommer att genomföras genom en diskussion i grupp under vecka 14. Diskussionen kommer att äga rum i en hemlig grupp på Facebook, som du kommer att bli inbjuden till efter att ha givit ditt samtycke till att medverka i studien. Hemlig grupp = Gruppen är endast synlig för medlemmarna. Ingen utanför gruppen kan se vem som är medlem. Endast medlemmarna kan se vad som skrivs i gruppen. Vi kommer att publicera frågor via inlägg där du och övriga deltagare kan skriva kommentarer och diskutera samt att vi kan ställa eventuella följdfrågor. Efter att diskussionen har sammanställts kommer gruppen att raderas från Facebook, så att ingen information längre finns tillgänglig för att spridas vidare eller läsas av obehöriga. När vi sammanställer informationen från diskussionen kommer din identitet att tas bort, vilket gör att ingen kommer se att du varit med i studien eller kunna läsa vad du skrivit. Den insamlade informationen kommer endast att användas till examensarbetet. Resultatet av studien kommer redovisas skriftligt i ett examensarbete och muntligt under ett seminarium. All information kommer att hanteras och förvaras hos författarna.

På internet är man aldrig helt anonym, därför kommer det även i denna studie att finnas en risk att obehöriga kan komma åt det som skrivits. Samtliga deltagare i gruppen kommer under en kort period ha tillgång till det material som samlats in. Därmed vill vi förtydliga att det inte är tillåtet att sprida vidare eller låta obehöriga ta del av den information som framkommer i gruppen under studiens gång. När examensarbetet är färdigt och godkänt kommer det att publiceras i en databas genom Jönköping University. Du kommer ha möjlighet att ta del av examensarbetet genom att få en kopia av arbetet.

För att delta i studien:

1. Läs igenom blanketten "Blankett samtycke" nedan.
2. Kontakta ansvariga studenter och bekräfta att du samtycker till att vara med i studien.
3. Du kommer att få en inbjudan till Facebookgruppen där diskussionen kommer att hållas.

Ditt deltagande i studien är frivilligt och du kan avsluta din medverkan när som helst utan att ange orsak.

## Blankett samtycke

Vi frågar dig härmed om du vill delta i denna studie. Läs igenom detta noggrant och du ger ditt medgivande att delta i studien genom att kontakta ansvariga studenter via mejl som står nedan.

- Jag har tagit del av ovanstående informationen kring studien och är medveten om hur den kommer att gå till.
- Jag har fått tillfälle att få frågor angående studien besvarade och vet vem jag ska vända mig till vid frågor.
- Jag deltar i denna studie frivilligt och har blivit informerad om vad syftet med deltagandet är.
- Jag är medveten om att jag när som helst under studiens gång kan avbryta mitt deltagande utan att ange någon särskild förklaring.
- Jag ger medgivande till Josefine Bredfell och Sandra Eliasson att lagra och bearbeta den information som insamlas under studien.
- Jag är medveten om att resultatet från studien behandlas under sekretess, och ingen utomstående kommer att veta att jag deltagit eller kunna se hur just jag svarade.
- Jag kommer inte att sprida vidare eller låta obehöriga ta del av den information som framkommer i gruppen under studiens gång.

Vid uppkomst av övriga frågor angående studien kontakta nedanstående ansvariga studenter eller vår handledare om det också önskas.

Ansvariga studenter:

Josefine Bredfell

[brjo1595@student.ju.se](mailto:brjo1595@student.ju.se)

Sandra Eliasson

[elsa1286@student.ju.se](mailto:elsa1286@student.ju.se)

Handledare:

Anne- Le Morville

[anne-le.morville@ju.se](mailto:anne-le.morville@ju.se)

## Tabell Bakgrundsinformation

Kön	Kvinnor (6)	Män (5)	Totalt (11)
<b>Civilstånd</b>			
Singel	3	4	7
Gift	1	0	1
Sambo	1	0	1
Skild	1	1	2
<b>Sysselsättning</b>			
Arbetar	3	1	4
Studerar	0	1	1
Sjukpenning/ Sjukersättning	3	3	6

## Intervjuguide

### Bakgrundsfrågor

Ålder

Kön

Civilstånd

Barn/icke barn

Sysselsättning (t.ex. arbete/studier/praktik)

Ytterligare diagnos

Ämne	Fråga	Följdfrågor
<b>Upplevelser</b>	<p>Hur upplever du att din diagnos påverkar dig i din vardag?</p> <p>Vid vilken ålder upplever du att din sociala ångest började att visa sig?</p>	<p>På vilket sätt visade sig detta?</p>
<b>Fritid</b>	<p>Har du några fritidsintressen?</p>	<p>Hur ofta utför du dem?</p> <p>Själv eller tillsammans med andra?</p>
<b>Sociala relationer</b>	<p>Hur ser ditt sociala umgänge ut?</p>	<p>Hur ofta umgås ni i såfall?</p>
<b>Ångesthantering</b>	<p>Vad gör du för att hantera jobbiga situationer?</p>	<p>Hur har du lärt dig detta?</p>