



MALMÖ HÖGSKOLA
FAKULTETEN FÖR
HÄLSA OCH SAMHÄLLE

VARFÖR TITTAR ALLA PÅ MIG?

EN KOMPARATIV STUDIE OM HUR BARN OCH
UNGDOMAR MED SOCIAL FOBI KAN
BEHANDLAS MED KOGNITIV
BETEENDETERAPI OCH
LÖSNINGSFOKUSERAD KORTTIDSTERAPI

BJÖRN GUSTAFSSON
MAGNUS FRIMAN

VARFÖR TITTAR ALLA PÅ MIG?

**EN KOMPARATIV STUDIE OM HUR BARN OCH
UNGDOMAR MED SOCIAL FOBI KAN
BEHANDLAS MED KOGNITIV
BETEENDETERAPI OCH
LÖSNINGSFOKUSERAD KORTTIDSTERAPI**

**BJÖRN GUSTAFSSON
MAGNUS FRIMAN**

Björn Gustafsson och Magnus Friman. Varför tittar alla på mig? En komparativ studie om hur barn och ungdomar med social fobi kan behandlas med kognitiv beteendeterapi och lösningsfokuserad korttidsterapi. *Examensarbete i Socialt arbete, 15 högskolepoäng*. Malmö högskola: Fakulteten för hälsa och samhälle, institutionen för socialt arbete, 2014.

Vi lever idag i ett samhälle där goda prestationer är viktiga eftersom de utgör hur andra individer uppmärksammar oss, vilket är avgörande för att känna sig accepterad. Samtidigt ställs det höga krav på att kunna föra sig inom olika sociala interaktioner och framstå som en social individ med en tillhörighet. Det är något som är särskilt påtagligt för barn och ungdomar eftersom de befinner sig i en utvecklingsperiod där relationen till sin omgivning spelar en betydande roll. Detta är något som inte alla individer klarar av vilket kan resultera i att dem utvecklar social fobi som är vanligt i dagens samhälle och som kan medföra olika svårigheter om man inte får behandling. Syftet med studien är att se på vilket sätt terapeuter inom kognitiv beteendeterapi samt lösningsfokuserad korttidsterapis syn på social fobi hos barn och ungdomar under 18 år påverkar deras behandlingsarbete med dessa individer. Studien baseras på empiri från verksamma terapeuter inom de olika områdena. Resultatet visar att de olika terapiformerna har olika sociala konstruktioner av problemen och studien innehåller en redogörelse för hur det påverkar behandlingen i den kognitiva beteendeterapin och den lösningsfokuserade korttidsterapin.

Nyckelord. Behandling, Jämförelse, Kognitiv Beteendeterapi, Lösningsfokuserad korttidsterapi, Social fobi

WHY IS EVERYONE LOOKING AT ME?

A COMPARATIVE STUDY OF HOW CHILDREN AND YOUNG PEOPLE WITH SOCIAL PHOBIA CAN BE TREATED WITH COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY AND SOLUTION-FOCUSED BRIEF THERAPY

**BJÖRN GUSTAFSSON
MAGNUS FRIMAN**

Björn Gustafsson & Magnus Friman. Why is everyone looking at me? A comparative study of how children with social phobia can be treated with cognitive behavioural therapy and solution focused brief therapy. *Degree project in social work 15 credits*. Malmö University: Faculty of health and society, Department of Social work. 2014.

We live today in a society where good results are important, because they are a part of how other individuals judge us, which is crucial if we want to feel accepted by our society. At the same time we must be able to behave correctly in different social interactions and stand out as a social individual who has an affiliation. This is particularly evident when it comes to small children and adolescents due to that they are in a crucial stage in their development where their relationship with their social environment is important. Not all individuals can handle the pressure and could therefore develop social phobia, a common illness in our society, which could result in a number of different difficulties for the affected if not treated. The aim of this study is to examine how therapists within cognitive behavioral therapy and solution focused brief therapy view on social phobia amongst children and adolescents under the age of 18 affect their treatment with these individuals. The study is based on the empiricism we received from active therapists within the different forms of therapies. The result shows that cognitive behavioral therapy and solution focused brief therapy has different social constructions of the illness social phobia and it also includes a report about how this affects their treatment.

Keywords: Cognitive behavioural therapy, Comparison, Social phobia, Solution focused brief therapy, Treatment

Innehållsförteckning

Förord.....	1
1. Inledning.....	2
1.2 Problemformulering.....	2
1.3 Syfte.....	3
1.4 Frågeställning.....	3
2. Metod.....	4
2.1 Arbetsfördelning.....	4
2.2 Forskningsstrategi.....	4
2.3 Datainsamling.....	5
2.4 Dataanalys.....	5
2.5 Urval.....	6
2.6 Forskarens roll.....	7
2.7 Etiska principer.....	7
2.7.1 Informationskravet.....	7
2.7.2 Samtyckeskravet.....	8
2.7.3 Konfidentialitetskravet.....	8
2.7.4 Nyttjandekravet.....	8
2.7.5 Etiska dilemman.....	8
2.8 Validitet och reliabilitet.....	9
3. Bakgrund.....	9
3.1 Kognitiv beteendeterapi- vad är det?.....	10
3.1.1 Kännetecken för KBT.....	10
3.1.2 KBT och barn och ungdomar.....	11
3.1.3 Exponering.....	11
3.1.4 Social färdighetsträning.....	11
3.1.5 Kognitiva tekniker.....	12
3.2 Lösningfokuserad korttidsterapi – vad är det?.....	12
3.2.1 Hur fungerar det?.....	12
3.2.2 Lösningfokuserad korttidsterapi och barn.....	15
4. Tidigare forskning.....	15
4.1 Jämförelse av behandling vid barn med beteendeproblem.....	15
4.2 Kognitiv beteendeterapi- en modell för behandling av social fobi.....	16
4.2.1 Tankemässiga symtom – hur man tänker.....	16
4.2.2 Tankemässiga symtom – vad man tänker.....	17
4.2.3 Kroppsliga symtom.....	18
4.2.4. Känsломässiga symtom.....	18
4.2.5. Beteendemässiga symtom.....	19
4.2.6. Den onda symtomcirkeln.....	19
4.3 Den lokala kunskapen.....	20
5. Teori.....	21
5.1 Social konstruktionism.....	21
6. Resultat och analys.....	23
6.1 Tema 1: Hur kan synen på social fobi hos individer under 18 år se ut hos verksamma terapeuter inom kognitiv beteendeterapi respektive lösningfokuserad korttidsterapi?	23
6.1.1 Kognitiva beteendeterapeuters syn på social fobi.....	23
6.1.2 Lösningfokuserade korttidsterapeuters syn på social fobi.....	26
6.2 Tema 2: Hur kan terapeuter som jobbar med kognitiv beteendeterapi och lösningfokuserad korttidsterapi behandla individer under 18 år med social fobi utifrån sin syn på ångestsjukdomen?.....	28

6.2.1 Kognitiva beteendeterapeuters arbetssätt.....	29
6.2.2 Lösningfokuserade korttidsterapeuters arbetssätt.....	32
6.3 Tema 3: Vilka likheter kan det finnas mellan lösningfokuserad korttidsterapi och kognitiv beteendeterapi i deras behandling av social fobi hos individer under 18 år?.....	36
6.3.1 Gemensamma punkter vid syn på social fobi.....	36
6.3.1 Gemensamma punkter vid behandling av social fobi.....	38
7. Slutsatser.....	40
7.1 Tema 1: Hur kan synen på social fobi hos individer under 18 år se ut hos verksamma terapeuter inom kognitiv beteendeterapi respektive lösningfokuserad korttidsterapi?.....	40
7.2 Tema 2: Hur kan terapeuter som jobbar med kognitiv beteendeterapi och lösningfokuserad korttidsterapi behandla individer under 18 år med social fobi utifrån sin syn på ångestsjukdomen?.....	41
7.3 Tema 3: Vilka likheter kan det finnas mellan lösningfokuserad korttidsterapi och kognitiv beteendeterapi i deras behandling av social fobi hos individer under 18 år?.....	43
7.4 Framtida forskning.....	44
8. Referenser.....	45

FÖRORD

Vi vill först och främst tacka våra medverkande intervjupersoner, som tog sig tid och möda för att dela med sig till oss av sina personliga erfarenheter och tankar. Dessa individer har varit öppna och tillmötesgående gentemot oss, vilket har medfört mycket kunskap för oss. Dessa personer har möjliggjort vårt examensarbete och vi hoppas att vi i våra framställningar har gjort alla intervjupersoners framställningar rättvisa. Vi vill särskilt tacka vår handledare Pål Brunnström som har varit väldigt hjälpsam under vår uppsats med konstruktiv kritik och engagemang. Vi vill dessutom tacka vår tidigare psykologilärare Martina Campart Cano som var till stor hjälp för oss vid informationssökande kring de både terapiformerna. Vi vill dessutom tacka Robert Movitz som hjälpte oss att hitta verksamma terapeuter att kontakta för intervjuer. Slutligen vill vi tacka Svenska föreningen för lösningsfokuserad korttidsterapi för deras behjälplighet i sökandet av informanter.

Tack!

Björn Gustafsson & Magnus Friman

INLEDNING

*I've built walls,
A fortress deep and mighty,
That none may penetrate.
I have no need of friendship; friendship causes pain.
It's laughter and it's loving I disdain.
I am a rock,
I am an island*

*I am shielded in my armor,
Hiding in my room, safe within my womb.
I touch no one and no one touches me.
I am a rock,
I am an island*
(I am a rock: Simon and Garfunkel)

Att bli accepterad och känna tillhörighet är något som alla individer vill uppleva och då ha vänner att umgås med och känna att man duger till och därmed känna sig omtyckta och uppskattade. Men samtidigt lever vi i ett samhälle, där det är våra prestationer som till stor del utgör hur andra individer ser på oss, samtidigt som det ställs krav på oss att vi ska kunna föra oss inom olika grupper och framstå som sociala individer. Detta är ett fenomen, som man skulle kunna säga är speciellt påtagligt hos barn och ungdomar, där deras relationer med sin omgivning är viktigt för deras utveckling. Men vad händer då med de individer som inte klarar av göra detta. Individer som har svårt att föra sig i olika grupper och samtidigt ändå vill bli accepterade och uppskattade av sin omgivning och ha meningsfulla relationer?

Enligt Svirsky och Thulin (2011) pekar flera studier på att 8-12% av våra barn och ungdomar har en eller flera ångeststörningar, vilket innebär att detta är den vanligaste formen av psykisk problematik hos barn och ungdomar. De anser i relation till detta att social fobi är en av de vanligaste former som ångestproblematiken uttrycker sig hos den unge och uppgår till 4-10 % av alla ungdomar enligt amerikanska och europeiska studier, en siffra som de anser även gäller för Sverige.

PROBLEMFÖRMULERING

Social fobi är idag ett vanligt psykiskt problem som enligt Svirsky och Thulin (2006) hos barn och ungdomar i Sverige uppgår till en siffra mellan 4-10 %. Samtidigt anser vi att detta är ett område som det talas relativt lite om på socionomutbildningen på Malmö högskola. Detta är därför ett ämne som det behöver utföras mer studier kring, eftersom det är ett sådant pass vanligt problem, att verksamma inom sociala arbeten med all säkerhet kommer att stöta på individer som har denna typ av problematik, och då även barn och ungdomar.

Men att enbart känna till problemet och ha vetskap om det medför inte att individen med social fobi mår bättre för det. Därför är det även av vikt att veta hur dessa individer kan behandlas, där två behandlingsmetoder som representerar två olika fokus på terapi är Kognitiv beteendeterapi samt Lösningfokuserad korttidsterapi. Vi valde dessa två då Björn tidigare haft verksamhetsförlagd utbildning på en verksamhet där det arbetades utifrån kognitiv beteendeterapi och Magnus befann sig på en verksamhet som arbetade med lösningfokuserad korttidsterapi. Det var under den verksamhetsförlagda utbildningen som vårt intresse väcktes för ämnet och vi bestämde då oss för att utföra den här studien. Dessa både terapiformer har vid behandling av barn och ungdomar olika fokus, där den ena arbetar problemfokuserande och den andra lösning fokuserande. Detta förmodas då även motsvara olika uppfattningar kring problematiken social fobi, beroende på vilken psykoterapeutisk skola som terapeuten tillhör, vilket då även förmodas påverka behandlingsarbetet med barnet eller ungdomen med social fobi.

Men även om dessa terapiformer skiljer sig åt, så uttrycker ändå barnet eller ungdomen fobin på ungefär samma sätt och därmed förmodas det trots detta föreligga några gemensamma punkter mellan de båda terapiformerna. Denna uppsats kommer därför att fokusera på hur dessa både terapiformer ser på problemet social fobi hos barn och ungdomar och hur detta synsätt påverkar det arbete terapiformerna gör med dessa barn. Men även om hur själva arbetet i sig ser ut i de båda terapiinriktningarna och vad som kan förklara de metoder som de använder, och därmed möjligtvis hitta gemensamma punkter sinsemellan de båda terapiformerna. Vi valde att fokusera på gemensamma punkter och exkludera skillnader då vi anser att dels det skulle vara intressantare att hitta gemensamma punkter då vår övriga frågeställning fokuserar på hur de båda terapiformerna skiljer sig och dels på grund av att frågeställningen skulle bli för stor om vi tog med skillnader. Därför såg vi ett behov av att avgränsa oss.

Syfte

Syftet med studien är att se på vilket sätt terapeuter inom kognitiv beteendeterapi samt lösningfokuserad korttidsterapis syn på social fobi hos barn och ungdomar påverkar deras behandlingsarbete med dessa individer.

Frågeställning

- Hur kan terapeuters syn på hur social fobi yttrar sig hos individer under 18 år se ut om de jobbar med kognitiv beteendeterapi och lösningfokuserad korttidsterapi?
- Hur kan terapeuter som jobbar med kognitiv beteendeterapi och lösningfokuserad korttidsterapi behandla individer under 18 år med social fobi utifrån sin syn på ångestsjukdomen?
- Vilka likheter kan det finnas mellan lösningfokuserad korttidsterapi och kognitiv beteendeterapi i deras behandling av social fobi hos individer under 18 år?

METOD

I kommande avsnitt kommer vår metod och våra metodologiska övervägningar att presenteras.

Arbetsfördelning

Vi har under hela arbetet haft ett nära samarbete där vi har suttit tillsammans vid författande av samtliga avsnitt. I den inledande fasen förde vi diskussioner sinsemellan kring uppsatsen, ämnet med uppsatsen samt hur arbetsfördelningen skulle se ut. Uppsatsen är till majoriteten skriven tillsammans, men huvudansvaret för vissa avsnitt samt delar i avsnitt har delats upp sinsemellan för att öka översynen av de olika textdelarna. Gällande bakgrund och tidigare forskning låg Björns huvudansvar på de delar som var förknippade med kognitiv beteendeterapi medan Magnus huvudansvar låg på de delar som var förknippat med lösningsfokuserat korttidsterapi, samt jämförelsestudien. Vid teoridelen har Björn skrivit det första utkastet medan Magnus kontrollerade och färdigställde det. Syfte, frågeställning och problemformulering har vi författat tillsammans. Insamlingen av data samt transkribering av denna har båda varit lika delaktiga i. Vid resultat/analys och avslutande diskussion har Björn haft huvudansvaret. De olika avsnitt och dess delar som vi har skrivit på har under arbetets gång växlats sinsemellan för att fylla på samt korrekturläsa, för att därmed uppnå bästa önskvärda kvalitet på detta examensarbete. Av denna anledning står vi båda därför bakom denna uppsats.

Forskningsstrategi

För vår uppsats kring hur terapeuter inom kognitiv beteendeterapi och lösningsfokuserad korttidsterapi behandlar social fobi hos barn och ungdomar under 18 år valde vi att anta en kvalitativ forskningsstrategi. Detta eftersom denna enligt Bryman (2011) fokuserar på att uppfatta en situation på samma sätt som undersökningsspersonerna. Vi anser att detta möjliggör ett mer personligt och djupt analysmaterial, eftersom detta ökar möjligheterna för oss att sätta oss in i respondenternas situation och därmed få en bra helhetssyn av deras synsätt och behandling av social fobi. Något annat som pekar på att en kvalitativ forskningsstrategi kan uppfylla detta är, att den enligt Bryman(2011) genom dess drag som flexibilitet och en viss brist på struktur underlättar att se en situation genom respondentens ögon. Därför ansåg vi att kvalitativ forskningsstrategi var överlägsen en kvantitativ forskningsstrategi, då det skulle ge större djup på hur våra respondenter agerar och få förståelse för deras attityder och handlingar.

Eftersom vi då valde en kvalitativ forskningsstrategi, valde vi dessutom att anta en kvalitativ datainsamlingsmetod, nämligen kvalitativa intervjuer samt en kvalitativ dataanalysmetod, nämligen kvalitativ innehållsanalys, eftersom vi ansåg att dessa var bäst lämpade för vår forskning och skulle ge en bredare förståelse för den insamlade empiriska datan från våra informanter.

Datainsamling

Vi valde att genomföra kvalitativa semistrukturerade intervjuer med våra respondenter. Detta utgör vår primära empiri i uppsatsen. Enligt Bryman(2008) utmärks detta sätt av en flexibilitet samt ett intresse för vad den intervjuade vill framhålla som viktigt och intervjuerna blir därmed mer följsamma efter den riktning som intervjupersonernas svar går i. Bryman framhåller dessutom, att det som just utmärker en semistrukturerad intervju är, att forskaren har en lista över specifika teman, eller intervjuguide, som ska beröras, men att intervjupersonen har en stor frihet att utforma svaren på sitt eget sätt, samtidigt som även frågor som inte ingår i denna intervjuguide kan ställas, om den som intervjuar anknyter till något som respondenten lyfter fram.

Vi valde därmed att använda just kvalitativa semistrukturerade intervjuer, för att genom att respondenterna får möjlighet att lyfta fram det som de tycker är väsentligt, samtidigt som vi har möjlighet genom att ställa följdfrågor, får mer utvecklade svar och därmed ett stort djup och förståelse i, både hur de ser på sitt att arbeta med patienterna och behandlingen av dessa patienter. Samtidigt får intervjuerna en mer naturlig och personlig prägel, vilket även i sin tur kan leda till mer utvecklade svar från respondenterna. Till vår intervjuguide utformade vi även tillägsfrågor som hjälp till oss för att inte fastna under intervjuens gång och möjliggöra att ställa följdfrågor. Ytterligare en anledning till varför vi ansåg att kvalitativa semistrukturerade intervjuer skulle passa vår studie är, att vi intervjuade respondenter från två olika terapi-skolor och då vi misstänkte att de hade olika tankar och uppfattningar om terapi, ansåg vi att kvalitativa semistrukturerade intervjuer skulle ge oss större möjlighet att anpassa frågorna efter deras tankegångar, attityder och synsätt än vad exempelvis en strukturerad intervju skulle ge, där alla frågorna måste vara identiska. så att varje respondent bemöts av samma frågestimuli (Bryman, 2011). Målet med strukturerade intervjuer är att kunna säkerhetsställa att svaren från intervjupersonerna kan sammanställas på ett säkert vis. Vi ansåg att kvalitativa semistrukturerade intervjuer skulle passa bättre för vår analys, då det skulle ge oss öppnare och fylligare svar, så får vi mer material till vår analys.

Själva intervjuerna spelade vi in med en diktafon vid genomförandet, för att vi därmed skulle kunna fånga allt som sägs och inte missa något i intervjun. Eftersom båda författarna till denna uppsats deltog vid samtliga intervjuer, så antecknade den som observerade intervjun vad som sades och stämningen i rummet för att komplettera diktafoninspelningen, för att därmed öka möjligheten att fånga helheten i intervjuerna. Innan intervjun utfördes meddelades respondenterna, att vi båda skulle delta under intervjun för att öka tillförlitligheten mot respondenten

Innan varje intervju skickade vi till våra respondenter våra frågeställningar samt vår intervjuguide, så de skulle få en känsla för vad det var vi ville ha svar på och få en känsla för frågorna och därmed kunna förbereda sig på bästa sätt för intervjun och ge oss bästa möjliga svar.

Dataanalys

Eftersom vi valde en kvalitativ strategi till vår forskning valde vi dessutom en kvalitativ dataanalys, nämligen meningskoncentrering. Meningskoncentrering är

enligt Kvale (2009) en kvalitativ dataanalyseringsmetod som innebär, att forskaren sammanlägger det som intervjupersonerna framhåller i intervjuer till kortare formulering, som bibehåller samma huvudinnebörd som ursprunget. Detta är ett analysätt som utförs i fem steg, där forskaren som första steg läser igenom hela intervjun för att därmed få en känsla för dess helhet. Därefter fastställer forskaren meningsenheterna som framhålls av intervjupersonerna i empirin, för att därefter formulera ett tema som är dominant för en meningsenhet. Steget därefter går ut på att forskaren ställer frågor till de meningsenheter som den fått ut utifrån studiens specifika syfte och sista steget utgörs av att knyta samman hela intervjuns centrala och icke överflödiga teman.

I vår analys av vår datainsamling läste vi först igenom alla intervjuer för att få en helhetssyn på dem, och sedan kortade vi ner intervjuerna till enbart väsentliga meningar, som sedan fick utgöra olika teman. Vi slog sedan ihop dessa teman till tre huvudkategorier utifrån vårt syfte, nämligen syn på social fobi, arbete med social fobi samt gemensamma punkter.

I vår framställning av våra resultat och analys av dessa valde vi att använda fingerade namn för de olika respondenterna, för att upprätthålla deras anonymitet. Vi såg inte heller någon anledning till att ha deras riktiga namn med i studien, då vi ansåg att det finns fler fördelar med anonymitet, bland annat en minskad rädsla från informanterna att kunna bli ”uthängda”. Vi valde att använda namnen KBT 1 respektive KBT 2 för KBT-terapeuterna och LFKT 1, LFKT 2, LFKT 3 samt LFKT 4 för de lösningsfokuserade korttidsterapeuterna. LFKT 2 å sin sida utgörs av två olika terapeuter, som vi genomförde vår intervju tillsammans med. Dessa två kompletterade varandra bra under intervjun och var relativt samstämda, varför vi därför valde att ha dessa två under ett namn.

Vi har också valt att kalla barnen och ungdomarna med social fobi för *patient* eller *klient*. Vi valde att göra så, för att försöka bibehålla våra informanternas vokabulär och för att bättre spegla deras attityder och tankar kring social fobi.

Urval

För att vi bäst ska kunna besvara våra frågeställningar och därmed kunna uppfylla vårt syfte. använde vi oss av en kombination av målmedvetet urval samt snöbollsurval när vi valde våra respondenter, eftersom vi behövde respondenter som arbetade utifrån KBT respektive Lösningsfokuserad korttidsterapi.

Bryman(2011) framhåller, att målmedvetet urval i grunden är ett strategiskt slag som inbegriper ett försök att överensstämna urvalet med forskningsfrågorna. En form av målmedvetet urval är en teoretisk samlingsmetod som enligt Bryman inbegriper, att man väljer ut intervjupersoner tills att det inte framkommer ny eller relevant data om de kategorier man har skapat samt att kategoriernas egenskaper har utvecklats och relationerna mellan kategorierna är validerade och etablerade på ett bra sätt. Vi har valt ut individer som vi tror kan hjälpa oss att besvara vår frågeställning och därmed även hjälpa oss uppfylla vårt syfte med uppsatsen. Vi valde att göra detta på två nivåer, genom att först se till organisationer som kan innefatta relevanta intervjupersoner för vår uppsats och därefter försöka få kontakt med dessa individer för att boka intervjuer.

Snöbollsurval å sin sida är enligt Bryman(2011), när forskaren använder sig av människor som man initialt tagit kontakt med för att få kontakt med ytterligare respondenter. Under uppsatsskrivandet frågade vi våra respondenter, om de hade något förslag på andra respondenter som skulle kunna ställa upp på intervjuer och arbetade med de terapiformer som vi var intresserade av. Men vi tog även kontakt

med tidigare föreläsare och lärare samt verksamma behandlare på våra tidigare praktikplatser, för att kunna hitta respondenter.

För att hitta respondenter som arbetade med lösningsfokuserad korttidsterapi med barn och ungdomar som har social fobi, skickade vi ut en förfrågan om att ställa upp på intervju till Svenska föreningen för lösningsfokuserad korttidsterapi. Vi fick många svar från verksamma professionella som arbetade med denna terapiform och som ville ställa upp på intervju, vilket resulterade i fyra intervjuer med lösningsfokuserade korttidsterapeuter, varav en av dessa intervjuer var med två terapeuter.

För att hitta respondenter som arbetade med KBT med barn och ungdomar som har social fobi, kontaktade vi olika Barn-och ungdomspsykiatrier inom Skåne, samt även privata behandlare. Det visade sig vara svårt att få tag i samma antal KBT-terapeuter som lösningsfokuserade korttidsterapeuter. Därför valde vi att ha lite längre intervjuer med KBT-terapeuterna och vi ställde frågor till de lösningsfokuserade korttidsterapeuterna för att försöka kompensera för underskottet av KBT-terapeuter.

Forskarnas roll

Som Bryman(2011) pekar på, så har man inom forskningen blivit allt mer medveten om att det är omöjligt att vara fullständigt värderingsfri som forskare i sin forskning, där värderingar kan dyka upp överallt i forskningen. Istället för att då fokusera på värderingsfrihet, ska forskaren säkerställa att det inte existerar någon form av okontrollerad inverkan från värderingar i forskningsprocessen samt att vara självreflekterande. Forskaren ska därför, genom att reflektera över den påverkan som sådana värderingar kan medföra, stärka sitt medvetande.

Det innebär i relation till denna studie, att författarna till denna inte är fullständigt värderingsfria, utan istället har olika bakgrund och tankar som kan påverka forskningsprocessen. Båda författarna har en syn på social fobi, eftersom de har träffat på den under sin verksamhetsförlagda utbildning, samt tidigare i privatlivet, och har därför bildat sig en bild över hur social fobi ser ut, och då möjligtvis, utifrån detta synsätt, lägger stort fokus på vissa saker som respondenterna lägger fram. Även när det gäller själva behandlingen som respondenterna lyfter fram kan värderingar uppkomma, där även författarna har olika erfarenheter av dessa som kan avspeglar sig i forskningsprocessen, genom att de antingen lyfter fram för lite, eftersom de blir förblindade av sin egen kunskap om behandlingen, eller endast lyfter fram det i resultatet och analysen som de anser vara väsentligast. Vi tror att våra olika bakgrunder inom kognitiv beteendeterapi och lösningsfokuserad korttidsterapi har gjort att vår uppsats är värderingsfri då våra olika bakgrunder gör oss kritiska gentemot varandra.

Etiska principer

Bryman(2008) framhåller fyra etiska principer som gäller för svensk forskning och som vi i vår uppsats strävar efter att uppfylla genom olika moment.

Informationskravet

Bryman(2011) framhåller, att forskaren ska informera berörda personer om undersökningssyftet, vilket inkluderar att personerna ska veta att deras deltagande

är frivilligt och kan hoppa av när de vill under undersökningens gång. De ska dessutom informeras om vilka moment som ingår i undersökningen. För att vi skulle uppfylla detta krav så långt som möjligt, skickade vi informationsblad om intervjun och deras deltagande häri innan intervjuerna genomfördes. I informationsbladet ingick en kort presentation om oss som gör uppsatsen och vårt syfte med den, men även hur intervjuerna skulle vara utformade, att respondenterna kunde avsäga sitt deltagande när helst de önskade samt att vi kom att använda fiktiva namn i kandidat-uppsatsen och förvara datainsamlingen krypterat.

Samtyckeskravet

Deltagarna i en undersökning bestämmer själv över sitt deltagande i undersökningen och om någon är minderårig, så brukar föräldrars eller vårdnadshavares godkännande krävas enligt Bryman (2011). Som tidigare nämnt så informerade vi våra respondenter om att deras deltagande var frivilligt, genom våra informationsblad som skickade ut till dem innan intervjuerna genomfördes. Vi upprättade även ett samtyckeskontrakt som respondenterna fick skriva under om angående deras samtycke, för att därmed öka respondenternas känsla över att deras deltagande var frivilligt och att de kunde avsäga sitt deltagande när som under uppsatsens gång. Vi skickade en blankett och ett informationsbrev till verksamhetscheferna angående tillåtelse att genomföra intervjuer på deras arbetsplats, för att säkerhetsställa att det inte var några bekymmer för respondenten att utföra intervjun på arbetstid. Se samtyckeskontrakt, bilaga 2

Konfidentialitetskravet

Bryman (2011) menar att detta innebär, att alla uppgifter om personer som ingår i undersökningen ska behandlas med största möjliga konfidentialitet. Personuppgifter ska bevaras på ett sådant sätt att obehöriga inte har möjlighet att komma åt dem. För att kunna uppfylla konfidentialitetskravet i största möjliga mån använde vi fiktiva namn på respondenterna och deras arbetsplatser under hela uppsatsen samtidigt som vi använde krypterade datorprogram vid lagring av datainsamlingen, för att ingen obehörig skulle kunna få tillgång till materialet.

Nyttjandekravet

Enligt Bryman (2011) ska de uppgifter som samlas in om enskilda personer enbart användas för forskningsändamålet.

Vi raderade datainsamlingen så fort som uppsatsen var färdig, för att informationen därmed inte skulle kunna användas för annat än vårt forskningsändamål.

Etiska dilemman

Under uppsatsens gång har vi stött på möjliga etiska dilemman. Ett av dessa är att vi inte kan säkra, att våra respondenter inte framför sekretessbelagd information om klienter till oss under intervjuerna. Ett viktigt etiskt dilemma blev därför, att under transkriberingen och analysen skiva på så sätt att det inte går att identifiera vilka individer, som informationen kan handla om.

Ett annat dilemma var avkoda våra respondenter så mycket som möjligt, då många av våra respondenter återfinns i samma förening. Vi har därför undvikit att använda oss av information från respondenten, som gör en identifiering av andra föreningsmedlemmar möjlig.

Validitet och reliabilitet

Under studiens gång måste vi förhålla oss till olika kriterier inom forskning för att kunna uppfylla *reliabilitet* och *validitet*. *Reliabilitet* avser enligt Kvale(2009) om resultaten från en undersökning kan återskapas ifall studien hade genomförts igen eller om den inte kan återskapas på grund av att den grundades på slumpmässiga eller temporära underlag Bryman (2011) hävdar att en hög reliabilitet genererar en hög möjlighet till *Replikation*, det vill säga att om forskarna har varit noggranna med att beskriva sin metod och metodologiska övervägningar kan studien vara replikerbar. *Validitet* syftar till att mäta om de slutsatser som gjorts under arbetets gång är giltiga och om studien har mätt de slutsatser som var avses att mätas. (Kvale, 2009). Kvale hävdar också att begreppet validitet kan delas upp i *extern validitet* och *intern validitet* där extern validitet står för om resultatet hade kunnat generaliseras till andra situationer medan intern validitet står för om de slutsatser som dragits i de situationer som finns i studien är trovärdiga eller inte.

Vi anser att den interna validiteten är hög då vi intervjuat och förhållit oss till vad våra respondenter har uttalat genom att använda direkta citat för att koppla, analysera och belägga med målet att besvara studiens syfte utifrån dessa. Vi har också tydliggjort vilka vi är som forskare för att visa vår förståelse och tydliggjort våra metodologiska övervägningar i metodavsnitten urval, datainsamling och dataanalys för att öka insikten hos läsaren hur studien bedrivits och öka reliabiliteten. Genom att tydliggöra detta blir det lättare att granska vår tillvägagång och därav ökar möjligheten till att se om våra slutsatser är giltiga. Knepigare är det med den externa validiteten då vi hade 6 stycken intervjupersoner som vi samlade vår huvudsakliga empiri från. Ett större representativt urval hade möjliggjort en högre extern validitet på studien. Vi anser att vi 6 stycken är en bra siffra med tanke på att det var väldigt svårt att få tag i terapeuter som jobbade med social fobi hos barn. Många av de tillfrågade hade bara jobbat med social fobi hos vuxna och ville därför inte ställa upp, vilket kan visa på att det finns ett fåtal terapeuter som jobbar med barn och social fobi. Vi anser att vi höjt den externa validiteten genom att använda oss utav frågor från samma intervjuguide, se bilaga 1. På så vis blir det möjligt att andra kan nyttja frågorna i vår intervjuguide och nyttja i en snarlik studie, vilket vi anser också öka reliabiliteten och höjer möjligheten till en replikation.

BAKGRUND

För att läsaren skulle förstå vilka förkunskaper vi gick in i uppsatsen med är bakgrunden disponerad här. Vi valde att ha bakgrunden nära anknuten till teoriavsnittet eftersom vi ansåg att de har så mycket gemensamt och som hänger samman,

Svirsky och Thulin(2006) beskriver social fobi som en stark och ihållande rädsla för antingen en eller flera situationer eller prestationssituationer, där individen kommer i kontakt med okända människor eller riskerar att bli granskad av andra. Den rädsla som dessa individer upplever gör, att de kommer uppleva sådana här typer av situationer ofta, även i sammanhang som andra individer utan social fobi skulle känna som varken särskilt prestationsinriktade eller ens sociala. Det är så

snart det finns andra människor med i sammanhanget som individen med social fobi tänker att den blir granskad, och rädslan gör att individen försöker att undvika dessa, eller genomlida dem med en stark ångest. Detta är, som framhållits, en vanlig psykisk sjukdom, och Svirsky och Thulin(2006) framhåller att forskning har visat att den sociala fobin kan medföra olika komplikationer för barn och ungdomar drabbade av social fobi. Dessa problem eller komplikationer kan handla om andra psykiska problem, men även problem i yrkeslivet eller andra sammanhang i dess liv. Det är därför viktigt att barnet eller ungdomen får professionell hjälp.

Som klargjorts tidigare har vi valt att fokusera på två terapiformer som skiljer sig åt i hur de ser på problemet social fobi, nämligen kognitiv beteendeterapi samt lösningsfokuserad korttidsterapi.

Kognitiv beteende terapi – vad är det?

Den kognitiva beteendeterapi är enligt Larsson och Winsung(2006) en integrerad terapiform mellan beteendeterapi, som hade utvecklat en mängd metoder för att påverka det yttre beteendet genom inlärning, som ligger till grund för alla praktiska behandlingsåtgärder som bygger på KBT, samt den kognitiv terapi där fokus låg på att ifrågasätta klienternas tankar av vardagen och sina egna problem. Kåver (2006) framhåller att en sammanfattad syn på kognitiv beteendeterapi är, att den innebär konsten att förhålla sig undersökande kring vad som fungerar för patienten för att den ska uppnå sitt mål. Terapeutens syfte är att den inom det givna teoretiska paradigmet, ska hjälpa patienten uppnå nya insikter, nyinlärning och korrigerande erfarenheter på ett icke dömande sätt och utan förutfattade meningar. Ett av de viktigaste målen med KBT enligt Kåver är att – via tankarna, språket samt beteendet- lära patienten att både styra samt stå ut med sina känslor. Just detta är viktigt för patienten att uppnå, dels för att kunna agera på ett bra sätt men även för att öka förutsättningarna för att den ska kunna uppleva respekt, gemenskap samt kärlek men även för att kunna uppleva mening med sin tillvaro.

Kännetecknen för KBT

Det existerar enligt Kåver(2006) ett antal kännetecknen för den kognitiva beteendeterapi.

Det är en terapiform som baseras på ett vetenskapligt synsätt, där tekniker och metoder inom terapiformen prövas i kontrollerande och jämförande studier. Behandlingarna som genomförs är ofta kortvariga och uppgår till mellan 15-20 sessioner. Men de kan även pågå längre än detta beroende på hur svårt problemet är. Varje av dessa sessioner varar upp till en timme, men även detta kan variera beroende på vilket specifikt område som det arbetas med, där exponeringar kan pågå upp till en hel dag.

De behandlingsarbeten som bedrivs genomförs ofta på terapeutens mottagning, men kan även genomföras på annan plats där problemet tydligt uppstår t.ex. i patientens hem eller i en folksamling.

En stark betoning i KBT är samarbete och tydlig arbetsfördelning, där både terapeuten och patienten ska vara aktiva och i synnerhet förväntas av patienten, att den genomför omfattande hemuppgifter mellan terapisesionerna.

Själva behandlingsarbetet baserar sig på en beteendeanalys, där terapeuten samlar in all relevant information och analyserar det problem som patienten har, hur det uppstått samt vad som håller kvar dem. Terapeuten arbetar då pedagogiskt med

undervisning till patienten och förklarar och gör problemet förståeligt utifrån KBT-terapi. Terapeuten förklarar dessutom tydligt hur alla olika behandlingsinterventioner både ska gå till samt varför man ska genomföra dem. För varje patient formuleras tydliga och konkreta mål med behandlingen och arbetet utvärderas efter behandlingen är avslutad. Detta gör man genom olika skattningar samt genom att både patienten och terapeuten stämmer av resultaten gentemot de målsättningar man hade satt upp.

KBT och barn och ungdomar med social fobi

Enligt Ottosson och D'elia(2008) existerar det vid arbete generellt med individer med social fobi både kognitiva och beteendeorienterade interventioner, som är mer eller mindre vanliga inom Kognitiv beteendeterapi. De kognitiva interventionerna utgår med den kognitiva modellen som grund och riktar fokus mot alla de kognitiva problemen. De börjar med en detaljerad genomgång av olika situationer som framkallar fobin, för att få en bild över patientens kognitiva struktur. Att detta även är det första steget i terapin hos barn och ungdomar med denna problematik framhåller Svirsky och Thulin(2006), som kallar detta för beteendeanalys i bedömningsfasen, där mycket information kring problematiken samlas in, bland annat när problemet uppkom, hur det har utvecklats etc. Leder detta sen till beslutet att inleda en behandling, så tar istället behandlingsfasen vid.

Ottosson och D'elia (2008) pekar på att vanliga kognitiva interventioner för terapin är, att träna patienten att vända fokuset från sig själv mot omgivningen, hjälpa patienten att avslöja sina tankfällor, identifiera och ifrågasätta den negativa självbilden som patienten har samt att hjälpa patienten att arbeta med sitt självförtroende. Men som sagt tidigare menar Ottosson och D'elia även, att det finns beteendeorienterade insatser, och dessa har som syfte att visa att ångesten har en naturlig tendens att minska när den uthärdas både tillräckligt länge och ofta av patienten, samt att hjälpa patienten revidera sina kognitiva tankar, där Ottosson och D'elia framhåller fem tekniker, nämligen exponering, paradoxala interventioner, avveckling av säkerhetsbeteende, beteendeeexperiment och avslappning och andningsövningar.

När det gäller behandling av ungdomar och barn som lider av social fobi, så är det främst tre tekniker enligt Kåver(2010) som det arbetas med, nämligen exponering, social färdighetsträning antingen i grupp eller individuellt samt kognitiv omstrukturering.

Exponering

Det är en teknik enligt Kåver(2010) som innebär, att barnet gradvis får utsätta sig för ångestfulla och svåra sociala situationer. När barnet gör detta, får det hela tiden vägledning och stöd av terapeuten och syftet med exponeringen är att barnet ska vänja sig vid situationen och därmed uppleva att ångesten minskar och samtidigt få kunskap kring hur man gör och beter sig i olika situationer.

Social färdighetsträning

Denna teknik innebär enligt Kåver(2010), att barnet får träna in färdigheter, hur man säger och gör, genom arbete med rollspel tillsammans med terapeuten antingen i grupp eller individuellt. Denna träning kan kretsa kring hur man gör i situationer som att; starta en konversation med en kamrat och hålla sig kvar i detta

samtal, få nya vänner och att hålla kvar vänner, att säga nej till något, att presentera sig etc.

Kognitiva tekniker

Kåver (2010) framhåller att denna teknik är en metod för barnet att identifiera sina egna tankar och då främst de negativa och självkritiska. Därefter ska barnet få se hur dessa tankar påverkar både dess känslor och beteende i den svåra situationen. Det sista steget i denna teknik innebär att lära barnet att se olika alternativ gentemot sitt överdrivna samt negativa tänkande.

Lösningsfokuserad korttidsterapi

Vad är det för något?

Lösningsfokuserad terapi – vad är det för något?

Metoden grundades i Milwaukee, USA av Steve de Shazer och Insoo Kim Berg enligt Jong och Berg (2011) Steve influerades av Gregory Batersons teorier kring kommunikation och Milton Erikssons inställning till psykoterapi. Då de aldrig nöjde sig med de allmänt rådande tankarna om hur terapi bör utföras, startade de sin egen klinik i Milwaukee, där de utvecklade sina teorier. 1982 kom det en familj till Steve de Shazer som han bemötte med frågan ”Varför har ni kommit hit” varpå familjemedlemmarna överröstade varandra när de besvarade frågan och till slut fanns det en lista med 28 olika problem med otydlig definition. Då definitionerna på problemen var otydliga när mötet var klart, bad Steve familjen att uppmärksamma ”vad är det som är bra i era liv som ni vill ska fortsätta hända?”. Familjen kom på återbesök två veckor senare och påstod att allt gick bra och att de kände att problemen var lösta. Steve insåg då att enligt problemlösningsmetodernas antaganden borde situationen inom familjen inte blivit mycket bättre, då problemets uppkomst och mönster inte var fastställt. Steve och kollegorna på institutet utvecklade därefter metoden lösningsfokuserad terapi, där en viktig grundsten i metoden var att det inte är nödvändigt att det finns en koppling mellan problemet och lösningen.

Lösningsfokuserad korttidsterapi – hur fungerar det?

Grundläggande faser i det lösningsfokuserade samtalet.

George(2008) menar att lösningsfokuserad terapi har till skillnad från problemlösande terapimetoder inget behov av att definiera problem varken för klienten eller behandlaren. Diagnosen social fobi spelar därför ingen roll i det lösningsfokuserade samtalet, då de inte är i behov av att definiera problemet, utan vill istället bygga lösningar och hitta styrkor hos klienten. Ett barn med social fobi blir därför behandlad utifrån samma teknik som andra. De grundläggande faser som finns nedan beskriver hur ett lösningsfokuserat samtal är uppbyggt. I samtalet är det, enligt Jong och Berg(2011) klienten som anses som expert på sitt eget liv, medan terapeuten strävar efter att bli expert på att utforska klientens referensramar och på att hitta idéer tillsammans med klienten och som blir verktyg i klientens resa mot sitt mål.

Lösningsfokus har fem grundläggande faser enligt Jong och Berg som är följande:

Att beskriva problemet
Att utveckla välformulerade mål
Att leta efter undantag
Feedback som avslutning på samtalet
Att utvärdera klientens framsteg

Att beskriva problemet är faser där klienten får möjlighet att beskriva hur terapeuten och samtalen kan vara till hjälp. Inom lösningsfokuserad terapi läggs mindre kraft på den här fasen till skillnad från problemlösande samtalsmetoder. Korman(2002a) hävdar i artikeln ”det gemensamma projektet” att istället för att lägga kraft på klientens tankar och bekymmer med problemet, fokuserar man på vad klienten vill ska bli annorlunda. Lösningsfokuserad terapi utgår ifrån, att om en definition av ett problem existerar, finns det hypotetiska lösningar till problemet och stunder där problemet inte existerar. Jong och Berg (2011) framhåller, att det i denna fas är viktigt att lyssna med respekt på vad klienten har att berätta, acceptera klientens definitioner av problemet och använda klientens vokabulär för att beskriva problemen under samtalsgång. Det kan också vara viktigt för klienten att få uttrycka sin frustration och problematik, vilket kan kännas lindrande för klienten. Terapeuten ska vara tillmötesgående och bekräfta klienten. Terapeuten kan få en uppfattning om situationen är riskabel för de inblandade, men en lösningsfokuserad terapeut anser att problembeskrivningar inte bygger lösningar och fokuserar istället på vägar till lösningar.

Att utveckla välformulerade mål är den andra fasen och här arbetar terapeuten tillsammans med klienten med siktet inställt på att få fram beskrivningar över vad som kommer att vara annorlunda i klientens liv när problemen är lösta eller inte längre märks av. (Jong, Berg, 2011)

Dessa mål måste vara viktiga för klienten, enligt klientens egen utsago. Terapeuten avstår från att ge klienten råd om vad som bör göras, utan hjälper istället till genom att vara nyfiken och att ställa frågor till klienten som kan leda till att ett mål formuleras. Klienten har sällan välformulerade mål i början av behandlingen och oftast skapas målen i interaktion med terapeuten. Korman (2002b), hävdar att terapeuten lyssnar efter klientens idéer om hur den kommer märka att samtalet gjort önskvärd nytta och när man skapat tillräckligt med information för att kunna fastställa vad klienten vill få ut av samtalet, kan man gå vidare genom att ställa *mirakelfrågan*.

Mirakelfrågan är en interaktionsprocess mellan terapeuten och klienten, där känslor, tankar och handlingar som upplevs när klienten känner att den inte behöver gå i terapi längre kan diskuteras. Mirakelfrågan utgår från att ett mirakel sker under natten när klienten sover. Miraklet gör att klientens problem slutar att existera och terapeuten undersöker hur klienten skulle märka av detta i olika situationer under dagen, i interaktion med familj och andra möjliga relationer. Svaret utgår från klientens egna erfarenheter, vad som är viktigt för klienten och dennes förhoppningar. Terapeutens mål blir sedan att tillsammans med klienten lista ut vad av miraklet som sker idag.

Att leta efter undantag är den tredje fasen i lösningsfokus och är enligt Jong och Berg (Jong, Berg, 2011) fasen, där man undersöker stunder när problemet inte existerar eller känns lika närvarande. Terapeutens roll är att undersöka noggrant *vem* som gjorde *vad* för att få undantaget att äga rum. Undantagen delas vanligtvis upp i *medvetna* eller *slumpmässiga* undantag. Skillnaden mellan dessa är att

medvetna undantag involverar en medveten handling hos klienten, som exempelvis att klienten väntade med att be sina barn göra sina läxor tills efter att de har fått kolla klart på barnprogrammet på TV. Steve de Shazer (Shazer, 1997) hävdar, att om klienten gör medvetet undantag och avstår från en drog, är det viktigt att berömma och ge komplimanger för vad klienten lyckats åstadkomma och uppmuntra denne att fortsätta göra det. Att fråga vad klienten gör när den motstår drogen är en användbar fras, då det både bejakar att det kommer att finnas ett sug efter drogen och att misslyckas med uppgiften att motstå drogen. Samtidigt antyder terapeuten att klienten kommer kunna motstå suget helt eller delvis och att terapeuten förväntar sig detta. Detta menar Steve får klienten att fokusera på att göra något. Många människor anser att deras lösningar inte är bra nog. Därför är det viktigt att uppmuntra och hjälpa klienten att hitta vägar till lösningar, som klienten görs medveten om under samtalets gång.

Vidare hävdar Berg och Jong (Jong, Berg, 2011), att slumpmässiga undantag är när klienten inte är medveten om vem som gjorde vad, utan skyller på utomstående saker, exempelvis att klientens barn måste fått solsting som gjorde sina läxor utan problem. Det är då viktigt för terapeuten att undersöka med frågor, om klienten kan ana andra anledningar som är mer medvetna till undantaget. Under sökningen efter undantag hjälper terapeuten klienten att öka medvetandet om nuvarande och tidigare framgångar i relation till målen, som fastställdes i början av samtalet. När klienten beskriver undantaget, ökar medvetandet om positiva och bra saker som sker i klientens liv och visar att det finns hopp inför framtiden. Samtidigt belyses klientens speciella styrkor och resurser, som blir viktiga verktyg i konstruktionen av lösningar.

Den fjärde fasen kallas feedback som avslutning på samtalet och är enligt Jong och Berg (Jong, Berg, 2011) slutpunkten i det lösningsfokuserade samtalet, där man berömmar klienten och ger den förslag eller uppgifter inför nästa samtal. Dessa uppgifter är ofta enkla uppgifter som går ut på att observera och leta efter undantag, styrkor hos sig själv eller andra nyckelpersoner, eller att leva en dag som att det vore mirakeldagen. (se mirakelfrågan). Den positiva feedbacken som terapeuten ger klienten fokuserar på saker som klienten gör och som är nycklar till att hitta lösningar. Feedbacken formuleras med klientens vokabulär och definitioner. Detta görs för att klienten ska känna sig lyssnad på och bekräftad. Feedbacken innehåller delar av informationen som skapats under samtalet och fokuserar på de delar klienten behöver göra mer av och göra annorlunda.

Slutligen beskriver Jong och Berg (Jong, Berg, 2011) den femte fasen i lösningsfokus som kallas att utvärdera klientens framsteg. Inom lösningsfokus anses det vara viktigt att utvärdera tillsammans med klienten de framsteg som tagits till ett bättre mående. Enligt George (George, 2008) kan terapeuten använda sig av skalor som redskap i samtalet med klienten. Skalorna används för att på ett konkret sätt uppmärksamma klienten om vilka framsteg den tagit och belysa vad klienten har idag, som den inte har på skalans lägsta siffra, nämligen nollan. Nollans betydelse kan variera men brukar stå för hur klienten mår när den valde att söka hjälp. (Jong, Berg, 2011)

Skalans betydelse kan variera och används för att undersöka klientens framsteg och kan tillsammans med klienten undersöka vad som krävs för att nå nästa steg på skalan. I senare samtal kan man återuppta skalan och tillsammans med klienten utforska om var den befinner sig på skalan. Då lösningsfokuserad terapi anser att

framgång föder framgång, hoppas man på att klienten ska bli uppmuntrad och börja göra mer av det bra, då den ser sina framsteg på skalan.

På vilket vis är lösningsfokuserad korttidsterapi bra i samtal med barn?

Lösningsfokuserad terapi passar väl till barn med social fobi av flera olika anledningar. (George, 2008)

Första anledningen är att barn har lätt för att arbeta på en styrkebaserad grund för att nå fram till lösningen vilket innebär att man arbetar för att belysa barnets styrkor och färdigheter istället för tidigare misslyckanden och svagheter. George hävdar att det är lättare att arbeta utifrån styrkor och färdigheter, än att fokusera på tidigare misslyckanden eller misstag.

Den andra anledningen är att en terapeut som använder den lösningsfokuserade modellen accepterar, är förstående, använder klientens ordval och unika världsbild för att identifiera och förstärka undantag. Terapeuten accepterar klientens åsikter och syn på saker och ting och hur den väljer att leva sitt liv.

Den tredje anledningen är att lösningsfokuserad terapi använder barnets fantasi för att visualisera framtiden genom att ställa ”mirakelfrågan”. Mirakelfrågan låter barnet fantisera fritt om framtiden och hur den ska se ut när problemet inte existerar längre.

Jong och Berg (Jong, Berg, 2011) framhåller att relationsbaserade frågor som är ett viktigt inslag i lösningsfokuserad terapi är bra i arbetet med barn, då de lär om hur andras uppfattningar om dem bestämmer andras interaktioner med dem.

Relationsbaserade frågor kan främja balansen kring vad barnet vill och vad det är villigt att göra med krav och förhoppningar från nyckelpersoner kring barnet. I regel vill vuxna och barn samma sak, exempelvis följa regler på ett bättre sätt och komma överens med andra.

TIDIGARE FORSKNING

När det gäller tidigare forskning kring en jämförelse mellan KBT och lösningsfokuserad korttidsterapi i behandling av barn med social fobi, har vi inte lyckats hitta forskning som vi anser vara relevant för vår studie. Vi har därför valt att presentera annan forskning där man jämfört KBT med lösningsfokuserad korttidsterapi.

Jämförelse av behandling vid barn med beteendeproblem

Jacqueline Corcoran (Corcoran, 2006) har utfört en jämförelsestudie, där man valde att jämföra hur lösningsfokuserad korttidsterapi och kognitiv beteendeterapi behandlade barn med beteendeproblem. Barnen som deltog i studien hade blivit hänvisade dit från skolor i ett område i US. Deras beteendemässiga problem bestod av att de var aggressiva mot kamrater eller föräldrar, trotsiga mot läraren, och skötselproblem såsom att inte utföra skoluppgifter, skrika under lektionstid och andra beteenden, som bryter mot klassrumsnormerna. Barnen fick komma dit tillsammans med sina föräldrar och alla fick 4-6 behandlingssessioner av antingen terapeuter med lösningsfokuserad inriktning eller terapeuter med inriktning på kognitiv beteendeterapi. Studiens ena hypotes var att de som behandlades med lösningsfokuserad korttidsterapi skulle må bättre än de som blivit behandlade med kognitiv beteendeterapi utifrån barnens och föräldrarnas utvärderingar. Den andra

hypotesen var att det skulle vara ett högre deltagande för familjerna som behandlades med lösningsfokuserad korttidsterapi jämfört med KBT. Resultatet påvisade att av de som slutförde behandlingen fanns det ingen signifikant skillnad på antalet barn som mådde bättre mellan de olika formerna av terapi. Båda terapiformerna lyckades med att få en hög andel av deltagarna att må bättre. Däremot fanns det en signifikant skillnad mellan lösningsfokuserad korttidsterapi och kognitiv beteendeterapi i relation till antalet barn som slutförde behandlingen, då 42 % av barnen som behandlades lösningsfokuserat hoppade av, medan 73 % av barnen som behandlades efter kognitiv beteendeterapi hoppade av. Corcoran syftar på, att resultaten kan bero på att lösningsfokuserad korttidsterapi betonar styrkor och resurser hos individen i behandling och hur de använder dessa för att lösa problemen, och får positiv feedback av detta. Föräldrarna får bättre självkänsla och får större hopp om förändring, vilket Corcoran tror resulterar i att fler känner sig manade till att fortsätta behandlingen, jämfört med den grupp som behandlades med kognitiv beteendeterapi.

Kognitiv beteendeterapi – Modell och behandling för social fobi

Enligt Kåver(2010) känner de som lider av social fobi av sina problem på olika sätt. Det finns olika komponenter som yttrar sig för personer med just social fobi och det vanligaste är att individen i en given situation uppvisar en kombination av dessa. För att förklara processen hos individer som har social fobi och hur denna är svår att bryta och därmed vidmakthålls hos individen framhåller Kåver(2010) den kognitiva modellen för social fobi som används inom den kognitiva beteendeterapin. Denna modell bygger främst på Aaron Becks kognitiva teori kring att människors tankar bestämmer både hennes beteende och känslor och uppkomsten av de psykologiska/psykiatriska problemen handlar då om att den drabbade har hamnat i ett överdrivet eller förvrängt negativt sätt att tolka händelser på. Men Kåver menar att eftersom även beteendet spelar roll vid social fobi och hur vi känner, så har Becks kognitiva teori och terapi senare utvecklats vidare av David Clark och Adria Wells för att även inkludera det synbara beteendet av problemet som ska behandlas. De betonar med andra ord en helhetssyn på problemet social fobi som inkluderar symtomen *tankar, känslor, kroppsreaktioner* samt *beteende*.

Tankemässiga symtom – hur man tänker

Kåver menar att de patienter som lider av social fobi ofta beskriver inre bilder och tankar, som vid en noggrann granskning verkar fullständigt oförnuftiga och ibland löjliga att beskriva. I många olika sociala sammanhang sätts gamla reaktionsmönster igång och man grubblar ångestfyllt kring tankar om att duga eller inte, att bli betraktad som svag etc.

Kåver framhåller att själva processen för tänkande, med andra ord *hur* man tänker, är en lätt påverkad process hos oss människor och handlar t.ex. om var vi lägger vår uppmärksamhet och hur minnet fungerar. Men hos individer som lider av social fobi kan denna tankeprocess enligt Kåver negativt påverkas av koncentrationssvårigheter, tankeblockader, selektiv uppmärksamhet riktad mot hot, ”post mortem” samt självfokusering.

- *Tankeblockader* innebär att individen blir blockerad och upplever en känsla av att det är helt omöjligt att ta in och bearbeta information från

ens omgivning när kroppen befinner sig i uppror på något sätt, t.ex. nästan på väg att svimma.

- *Koncentrationssvårigheter* innebär i själva verket istället att man har svårt att koncentrera sig, eftersom man har för många och distraherande tankar i omlopp på samma gång. För att kunna koncentrera sig krävs det att man ska kunna stänga av andra störande intryck, informationer och fokusera, vilket ångesten effektivt saboterar.
- *Selektiv uppmärksamhet riktad mot hot eller fara* innebär att individen enbart lägger märke till en begränsad del av dess verklighet. Det kan ses som en form av filter, där det som är positivt och som signalerar att man är bra filtreras bort och inte uppfattas, medan det som man upplever som en negativ bekräftelse på sig själv fastnar.
- *Självfokusering* ökar hos den individ som lider av social fobi som en följd av de kroppsliga symtom som uppkommer hos den. Individen blir helt upptagen kring detta symtom, hur man ser ut, om andra märker det osv. Även detta medför svårigheter för individen att vara uppmärksam och följa med i ett vanligt samtal, eftersom den fokuserar bara på sig själv och följer sig själv noggrant och förbereder och repeterar tyst för sig själv varje ord eller rörelse in i detalj, innan den säger eller gör det
- *Post mortem* innebär att individen som har socialfobi inte bara förbereder sig i minsta detalj för vad som ska hända, utan även av rädsla och oro går tillbaka i sina tankar i tiden och försöker kontrollera om det man nyss gjorde eller sa verkade acceptabelt och då dissekerar sig själv och sitt beteende i detalj.

Tankemässiga symtom – vad man tänker

Kåver framhåller att det inte enbart är själva formen av tänkandet som påverkas av den sociala fobin, utan även vad tankarna innehåller färgas av detta. Man talar **ur** den kognitiva teorin om tre olika sorter tankande på tre olika medvetandenivåer nämligen **dagliga automatiska tankar, grundläggande antaganden och livsregler** samt **scheman**, som vi ska förklara här i relation till social fobi.

Dessa förhåller sig till varandra genom att scheman är kärnan hos individen, som först livsregler och sedan automatiska tankar lägger sig utanpå. De automatiska tankarna strömmar ständigt i medvetandet och är relativt lätta sätta ord på, som t.ex. ”se inte på mig”. Dessa automatiska tankar, som också kan kallas för *tankefallor*, är dåliga tankar som bara poppar upp hos individen och kan forma sig antingen som bilder eller ord, men även som kritiska utrop, inre monologer eller uppmaningar i form av ”skärp dig” eller ”tro inte du är något”. Kåver menar att det finns vissa tankefallor som är vanliga hos individer med social fobi som innebär bekymmer för dem, nämligen

- *Negativ spåkärring* som handlar om att individen förutspår negativt om sig själv i kommande situationer,
- *Etikettering* handlar om att individen dömer sig själv, vilket den gör på ett negativt sätt och då sätter en negativ etikett på sig själv

- *Känslotänkande* vilket handlar om det är känslan som uppstår som följd av de negativa etiketterna och som, i motsats till motsägande yttre fakta, skapar den egna bilden av hur man är.
- *Diskvalificering* innebär att man utestänger det positiva som inkommer från omgivningen som motsäger ens tanke om sig själv.
- *Allt-eller-intet tänkande* handlar om hur individen resonerar med sig i extrema termer och då att alla måste och uppskatta och gilla den, eftersom annars räknas det inte.
- *Förhastade slutsatser och tankeläsning* är att individen drar förhastade slutsatser kring andras reaktioner på individen och då drar negativa tolkningar kring detta.

Kåver framhåller sedan att dessa automatiska tankar i sin tur härleds ur det halvt medvetna *antagande eller livsregler*, vilka är samlad livskunskap om hur man bör förhålla eller bete sig i olika situationer i livet, och kan uttrycka sig i form av ”om jag alltid är lugn och säker i alla sammanhang kommer folk att tycka om mig”. Dessa grundläggande attityder och livsregler är på sätt och vis en summering av livskunskap, både riktig och oriktig, vilken ofta skapas tidigt i uppväxten i samspel med föräldrar och andra viktiga personer för individen. Dessa kan ses som vägledare för vårt beteende och för en individ som lider av social fobi är dessa regler ofta ganska stränga. De utgörs av att hålla vakt på sig själv så man inte gör något fel eller själv ”är” fel.

Livsreglerna i sin tur härledas sedan ur kärnan av tankenivåerna, nämligen den omedvetna nivån som utgörs av scheman. Dessa scheman är ovillkorliga och ger inget utrymme för påverkan eller förändring och kan uttrycka sig i t.ex., ”jag är”, ”livet är...” osv.

Kroppsliga symtom

När en individ som lider av social fobi hamnar i en för den utmanade situation, så menar Kåver, att även individens kropp reagerar på situationen i form av t.ex. darrning, svettning och hjärtklappning. Den här typen av reaktioner är en form av rädslereaktioner, en form av kroppslig beredskap på fara och hot, som är nödvändigt när verklig fara hotar.

De vanligaste symtomen som uppkommer hos barn med social fobi som reaktion på den ångestgenererande situationen är enligt Svirsky och Thulin(2006) hjärtklappningar och skakningar som ungefär 70 % av alla individer med social fobi upplever, men även rodnad är ett ganska vanligt symtom vid social fobi. Vanligt hos individer som har social fobi är, enligt Kåver(2010), att de känner sig trötta, på gränsen till utmattade, både fysiskt och psykiskt, eftersom de ständigt måste vara på sin vakt och gå med en ständig anspänning i kroppen.

Känslomässiga symtom

Kåver(2010)framhåller att känslolivet hos de individer som lider av social fobi påverkas på olika sätt från person till person, men gemensamt hos alla dessa individer är, att de negativa känslorna som individen upplever tar över och färgar tillvaron på ett tragiskt sätt.

Individen kan känna sig rädd efter växelverkan med negativa tankar och känslor och det innebär, att de individer med socialfobi som tänker rädsla tankar även känner sig rädsla, vilket utgörs av att individen är rädd för andras bedömning och

granskning av den. Det skapas onda cirklar, eftersom rädslan som individen upplever påverkar beteendet så att man blir hämmad och stel och gensvaret från dess omgivning blir därefter. Den negativa uppfattningen som individen har om sig själv blir bekräftad och den drar sig tillbaka i sitt skal igen och varje liknande misslyckande etsar sig fast i minnet hos individen och hindrar den i framtiden för att delta i olika sociala situationer.

Beteendemässiga symtom

Kåver(2010) framför, att individer som lider av social fobi även har utvecklat beteendemässiga symtom. De använder sig av olika typer av beteende och tekniker för att dämpa sin ångest.

Ett av dessa beteende är att *fly undan situationer* som innebär t.ex. att ständigt gå hem tidigare från sociala sammanhang. Detta är enligt Svirsky och Thulin (2006) ett beteende som effektivt får omedelbart stopp på obehaget, men som samtidigt enbart ger en tillfällig lindring. En stor nackdel med detta sätt att hantera oron är att det på lång sikt vidmakthåller den sociala fobin. Beteendet kommer dels att bli negativt förstärkt och öka i frekvens, eftersom det medför ångestlindring men även dels hindrar individen från att lära sig att stå ut med det obehagliga, som den sociala situationen innebär och därmed även hindrar individen från att hitta ett mer funktionellt sätt att hantera den på. Ett annat beteende som är kopplat till detta är att *undvika* obehagliga sociala situationer, där individen genom att undvika sådana situationer slipper att uppleva obehaget, men samtidigt vidmakthålls ångesten genom att det blir negativt förstärkt. Även detta beteende bidrar till att rädslan finns kvar, eftersom individen genom undvikandet inte får någon ny kunskap som talar emot rädslan, utan istället lever kvar i övertygelsen om att situationen är farlig.

En annan form av beteende som Kåver(2010) framhåller i relation till individer som lider av social fobi är *säkerhetsbeteende*. I en ångestskapande situation, som det inte går att fly ifrån, kan de individer som har social fobi ägna sig åt små flykter och undvikande på ett mer subtilt sätt, även kallat säkerhetsbeteende. Det är små handlingar vars syfte är att dölja rädslan och skapa en trygghet i situationen, men den innebär tyvärr att problemet upprätthålls på sikt. Exempel på sådant säkerhetsbeteende kan vara att plocka med kläderna eller ägna sig åt sin telefon.

Den onda symtomcirkeln/kognitiva modellen

För att förklara hur alla dessa symtom hänger samman och bidrar till varför vissa individer lever med social fobi, ut utan att ta sig ur den, beskriver Kåver(2010) Clark och Wells i sin kognitiva modell, som beskriver hur tankar, självfokusering, känslor och beteende i sociala situationer länkar till varandra och tillsammans bildar en form av ond och självförödande cirkel. Personerna som har dessa problem har till största del en medvetenhet om de olika ångestreaktionerna, men har svårare att förstå hur de olika symtomen hänger ihop i den onda cirkeln, vilket dessutom gör den svår att bryta.

Det som genererar problem hos individer med social fobi och som de agerar utifrån, är de återkommande mönstren i hur man både tar in och bearbetar det som andra gör och säger. Det leder till att individen varken vågar titta upp eller möta en social situation, utan att ta till sig alla de säkerhetsbeteenden den har för att hantera situationen, varmed individen aldrig ger sig chansen att ändra på sin

negativa självuppfattning. Den onda cirkeln är därmed sluten och lever vidare i en form av evigt återvinningssystem.

En detaljerad bild av den kognitiva modellen finns i bilaga 1 och vi kommer i nedanstående att förklara den utifrån Kåver(2010). I börjar med den sociala situationen som individen befinner sig i.

De personer som har social fobi vill ge ett gott intryck i sociala sammanhang, men tvivlar starkt på sin förmåga att klara av det, vilket leder till att många olika sociala situationer skapar en obehaglig stämning hos dem. En sådan situation aktiverar först deras livsregler och scheman ” jag är en tråkig och vek person, andra är kritiska mot mig, men om jag vaktar på mig själv så kanske jag klarar det”. Tankar som är knappt hörbara för personen själv, men som styr den. Det gör att situationen upplevs som hotfull, vilket aktiverar de negativa automatiska tankarna, som är katastroftankar, mer tydliga och logiska utifrån individens livsregler och scheman, och som blir som en inre monolog eller självinstruktion hos individen i form av t.ex. ”jag är dum i huvudet, nu gör jag bort mig etc.”. Det gör i sin tur, att individens självfokusering och dess förvrängda bilder över hur den tror andra ser på den aktiveras, följt av obehagliga kroppsreaktioner. För att dölja att individen känner sig rädd och undvika katastrofer, tar den till sina säkerhetsbeteenden. Den självfokusering som individen har, ökas enbart av användandet av säkerhetsbeteendena och individen fortsätter därmed att brottas med sin inre bilder av sig själv som fel och klumpig. Detta gör i sin tur, att situationen upplevs som mer hotfull, vilket ökar kroppens reaktioner och individen blir desperat och försöker att uppnå någon form av kontroll över situationen genom att öka sina säkerhetsbeteende, vilket i sin tur ökar dess självfokusering osv. Med andra ord så har den onda cirkeln satt igång.

En överblick av den kognitiva modellen finns som bilaga 3

Klientens och terapeutens roller i ett lösningsfokuserat samtal

Korman (Korman, 2002b) hävdar, att i traditionell terapi är det terapeutens expertis som driver samtalet framåt. Terapeutens expertis kan bestå av att förmedla insiktsfulla tankar, pedagogiska insatser, skriva ut medicin, göra interventioner och ändra strukturer i familjer. Terapeuten utformar dessa olika insatser efter klientens problembeskrivning och eventuella mål med terapin och det är terapeutens expertis som leder samtalet framåt.

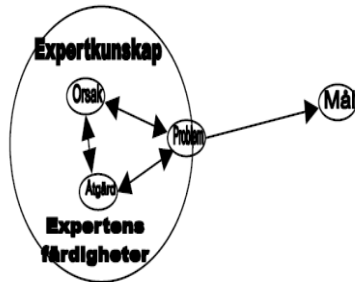
Korman hävdar, att i relation till traditionell terapi, så är strukturen i ett lösningsfokuserat förstasessionssamtal, att det ofta börjar med att klienten och terapeuten samtalar om klientens problem. Då det finns en traditionell bild av att man ska prata bekymmer och problem i terapi, skulle det innebära att samtalet blev allt för annorlunda för klientens förväntningar och förhoppningar, för att kunna vara meningsfullt. Den lösningsfokuserade behandlaren utgår ifrån att klienten själv vet vad den har för problem. Därför utgår man också ifrån att klientens beskrivning av problemet stämmer och söker inte bakomliggande faktorer till problemet.

Korman anser att den viktigaste kunskapen i det lösningsfokuserade samtalet är vad klienten föreställer sig att den kan göra, känna och tänka när problemet är löst. Kunskapen om detta besitter enbart klienten, då den är expert på sin egen vardag och detta kallar Korman för *lokal kunskap*. Den lokala kunskapen är den viktigaste komponenten för att avgöra *vad* som är viktigt och *hur* det ska utföras, för att man ska kunna nå den föredragna framtiden.

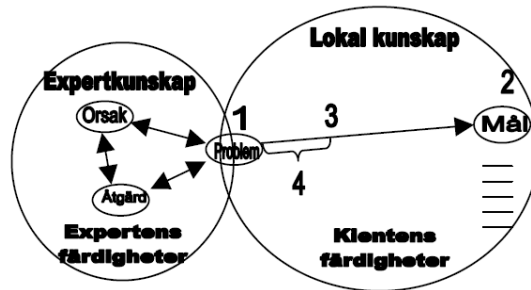
Korman hävdar att det är färdigheter, det vill säga styrkor och resurser hos

klienten, som driver förändringsprocessen framåt i det lösningsfokuserade samtalet. Dessa färdigheter tillhör klienten och inte behandlaren, vilket innebär att terapeutens expertis inte består av att ställa frågor om vad som är rätt och fel och hur klienten bör leva sitt liv. Terapeutens expertis träder in genom att behandlaren agerar nyfiken på vad klienten önskar och undersöka *vad* som redan händer av det och *hur* det sker.

Figur 1. Traditionell terapi



Figur 2. Lösningsfokuserad korttidsterapi



TEORI

Som har framhållits tidigare har de båda terapiformerna kognitiv beteendeterapi och lösningsfokuserad korttidsterapi olika fokus vid behandling, där den förstnämnda är problemfokuserande och den andra är lösningsfokuserande, samt olika teoretiska utgångspunkter. Detta leder förmodligen till två olika synsätt på problemet social fobi och därmed även olika synsätt när det gäller behandling av denna åkomma.

En teori som förklarar hur ett begrepp eller synsätt kan skilja sig åt mellan t.ex. terapeuter och utbildningar samt hur detta synsätt kan påverka terapeuten och dess patienter/klienter är social konstruktionism.

Social konstruktionism

Bryman(2011) framhåller att social konstruktionism är en ontologisk ståndpunkt, som ifrågasätter tanken om att kategorier, som t.ex. kultur eller organisationer, är på förhand givna enheter, eller att de som är sociala aktörer tycker att dessa är en yttre verklighet, som de därmed varken kan styra eller påverka. Dessa ses istället enligt Bryman som ”blivande” verklighet som hela tiden konstrueras och rekonstrueras. Det är något som arbetas eller förhandlas fram inom organisationerna och kulturerna, där regler ses mindre som befallningar och istället mer som en form av generell förståelse. Bryman menar även, att kulturen rymmer en sorts verklighet som är varaktig och föregår den delaktighet som somliga individer kan ha inom den och som då även formar deras perspektiv. Man kan säga att det fungerar som en referensram, som kontinuerligt omvandlas eller omformas, och därmed är det viktigt att ha i åtanke, att individerna har aktiva roller vid konstruktionen av den sociala verkligheten.

Bryman menar, att social konstruktionism utgår från tankesättet att sociala företeelser och kategorier inte enbart skapas genom socialt samspel, utan även genom att dessa befinner sig i ett tillstånd av kontinuerlig revidering. Detta har på senare tid även kommit att inbegripa, att forskares beskrivningar av den sociala verkligheten är konstruktioner, vilket då i sin förlängning innebär, att en forskare

alltid presenterar en särskild version av den sociala verkligheten, som inte kan ses som att vara den slutgiltiga.

Bryman hävdar dessutom, att social konstruktionism anser, att de kategorier som individer använder sig av för att kunna förstå både den sociala och naturliga verkligheten, utgörs av sociala produkter. Detta innebär, att dessa kategorier varken har några inbyggda eller självklara essenser, utan istället konstrueras deras mening i och genom samspel mellan individer., t.ex. kategorin ”manlighet”. Dess innebörd eller mening kommer således sannolikt vara av en flyktig karaktär, som varierar mellan både rum och tid. Eftersom dessa byggs upp och konstitueras i och genom samspelet med andra, så är språket som används för att beskriva kategorierna på olika sätt av stort intresse för social konstruktion.

En annan författare som talar om social konstruktioner är Hacking (2005) som använder idé som kodord. Vi brukar använda ordet i offentligheten, där det kan kritiserars, föreslås, accepteras, förkastas. Hacking menar att idéer inte existerar i ett vakuum, utan befinner sig i en social infattning, som han kallar för matris. Det är inom denna matris som idén formas.

Hacking hävdar att när vi läser om sociala konstruktionen av ett ”begrepp”, så är det idén om ”begreppet” som avses, och idéer, om de förstås på detta sätt, har betydelse. För vissa kan det vara viktigt att någon kategoriseras som detta begrepp, och matrisen kan då påverka den enskilda i detta begrepp. Det innebär att själva individerna och deras erfarenheter konstrueras inom den matris som kategoriseringen av ”begreppet” finns på. Kategoriseringen förändrar individerna och deras erfarenheter inom denna och de blir socialt konstruerade som en särskild sorts person.

Idéer menar han å sin sida inte behöver vara privata eller en viss persons idéer, utan de diskuteras, delas, accepteras, formuleras, klargörs, utmanas osv. De kan vara suggestiva, enfaldiga, luddiga, klara eller tydliga.

Hacking hävdar, att inom konfliktområdet psykisk sjukdom hos barn, är problemet att idéer ofta växelverkar med villkor, beteenden, tillstånd, handling och individer och att begreppet barndom är en social konstruktion vars matris, idén om barndomen, har förändrats över tiden, och att då barn är annorlunda idag jämfört med förr i tiden. Hacking begränsar sedan detta till att det har existerat en följd av idéer som rastlöshet, koncentrationssvårigheter, hyperaktivitet. Hacking ställer sig då frågan om dessa barn, som har dessa beteckningar, har använts på är olika, och då kanske de barn som idag har fått dessa ”diagnoser” som t.ex. ADHD är annorlunda jämfört med de barn som förr kallades rastlösa, delvis på grund av de teorier som har formulerat om dem och de åtgärder som har gjorts för deras ovanor. Men omvänt kan det även vara så att förändringarna hos barnet har bidragit till att idén om problembarn har utvecklats. Detta är ett exempel på en växelverkan. Hacking tar upp detta för att exemplifiera kategoriseringen, dessa ”sorters” barn t.ex. rastlösa, som utgör interaktiva kategorier. Denna interaktiv gäller inte individer utan istället kategoriseringar, sorter, de sorter som kan påverka det som kategoriseras. Samtidigt som själva kategoriseringen kan både modifieras och bytas ut, eftersom kategoriseringarna kan växelverka med det som kategoriseras. Hacking syftar inte på att ”hyperaktiva” barn, som individer på egen hand blir medvetna om hur de blir kategoriserade och därmed reagerar på denna, utan denna växelverkan sker i en större matris, som då även inkluderar de bruk och institutioner som omger denna kategorisering och hur dessa barn beskrivs av dessa. Denna interaktivitet ses som kategorier som när de blir kända av människor eller individer i deras närhet och har börjat användas i institutionella sammanhang, så förändras dessa människors syn på sig själva och till och med

leder till att de utvecklar beteende och känslor som åtminstone till en viss del beror på hur de har kategoriserats. Det som man vet om individer i en viss kategori kan bli falskt, eftersom dessa människor har förändrats på grund av hur de har kategoriserats, vad de tror om sig själva, eller eftersom de har blivit behandlade som om de tillhörde kategorin

RESULTAT/ANALYS

I detta avsnitt, som vi valt att kalla *Resultat/analys*, redovisas resultatet av de intervjuer vi genomfört samt en analys av dessa med kopplingar till information från avsnitten *Bakgrund*, *Teori* och *Tidigare forskning*. Vi har valt att dela upp resultatet i tre teman, som ska representera frågorna i vår frågeställning.

Tema 1: Hur kan terapeuters syn på hur social fobi yttrar sig hos individer under 18 år se ut om de jobbar med kognitiv beteendeterapi och lösningsfokuserad korttidsterapi?

Vad är social fobi och hur uttrycker den sig? I relation till hur de båda terapeutiska inriktningarna kognitiv beteendeterapi, respektive lösningsfokuserad korttidsterapi, uttrycker våra respondenter olika syn och idéer på problemet social fobi beroende på deras terapeutiska inriktning, vilket i sin tur i linje med Hacking(2005), motsvarar olika sociala konstruktioner om social fobi. Dessa idéer om ett begrepp, i detta fall social fobi, behöver inte vara privata eller en viss individs idéer, utan det är idéer som diskuteras, formuleras, klargörs, accepteras osv. De olika terapeutiska sociala konstruktionerna behöver därför inte vara deras privata idéer om problemet, utan istället en produkt av deras medverkande i olika sociala och kulturella sammanhang. Dessa idéer om social fobi utgör inte heller, som Bryman(2011) framhåller, en fast verklighet, utan istället utgör de en ”blivande” verklighet, som hela tiden konstrueras och rekonstrueras och är något som arbetas eller förhandlas fram inom organisationer och kulturer, där regler ses som en allmän förståelse, eller en referensram. Våra respondenters sociala konstruktion av social fobi behöver därför inte se ut som den gjorde förr, ej heller som den gör inom andra organisation eller kulturer. Vi anser att detta istället är en social konstruktion av deras individuella erfarenheter inom t.ex. deras utbildning, av arbetskollegor, arbetsplats samt lyckade möten och samtal med unga patienter/klienter med social fobi. I relation till intervjuerna och respondenternas svar på våra frågor, utgår dessa dels från vad deras terapeututbildning säger om social fobi och dels deras samtal samt möten med patienter/klienter, som de har haft i behandling och som har haft social fobi, eller tros kan ha denna problematik. Därför anser vi att deras terapeutiska skolas syn på social fobi samt möten med patienter/klienter med denna svårighet, till stor del ligger till grund för deras sociala konstruktion av social fobi.

Även fast andra faktorer kan påverka respondenternas sociala konstruktioner av social fobi, så kommer det i denna uppsats ligga ett fokus på de olika respondenternas terapeutiska skolas syn på social fobi samt deras möten med patienter/klienter med denna svårighet som påverkansfaktor vid denna konstruktion, eftersom det är dessa faktorer som respondenternas svar utgår ifrån.

Kognitiv beteendeterapeuters syn på social fobi

Som anförts ovan baserar sig KBT-terapeuternas svar, och därmed deras sociala konstruktion av social fobi, i stor utsträckning på deras utbildning, som har ett fokus på hur olika psykologiska problem yttrar sig hos patienter. KBT-respondenternas svar utgörs därmed till stor del av vad som ses som problematiskt hos de patienter som lider av social fobi och hur detta skiljer sig från individer som inte lider av denna åkomma. KBT 1 framför i sitt svar hur den ser på social fobi i relation till hur andra individer kan uppleva en situation, där den menar att en individ inte har utvecklat en social fobi om de enbart upplever det som jobbigt att t.ex. hålla föredrag eller göra saker inför klassen, eftersom detta är normala saker att uppleva. Detta är en tankegång som delvis kan besvaras med de uppfyllandekriterier för social fobi som listas i DSM-IV (2000, bilaga 4), vilket KBT 1 instämmer med:

”Jag tänker såhär, man får titta på diagnoskriterierna. De är ju faktiskt de som måste vara uppfyllda, för att man ska kunna diagnostiseras med social fobi och sen är det många som man säger ”en släng av social fobi” men man kanske ändå inte riktigt uppfyller de diagnoskriterierna”

KBT-respondenternas svar, och därmed sociala konstruktion av social fobi, utgörs även till stor del av hur social fobi är problematisk för ungdomen. Detta är en tankegång som kan kopplas till den kognitiva modellen av Clark och Wells i Kåver(2011), som framhåller att den modellen är utgångspunkten för KBT-terapeuter vid behandling av social fobi. Denna koppling ses på olika sätt hos respondenterna, där de lägger fokus på olika delar i modellen.

KBT 1 uttrycker i sin framställning om hur social fobi är problematisk för den unge, att en ung individ med social fobi upplever ångestpåslag i vanliga situationer, som att hålla föredrag inför klassen och försöker att undvika dessa. KBT 1 förklarar, att vad som är problematiskt för dessa unga individer med social fobi består av två väsentliga bitar, nämligen ångestpåslag och undvikande, vilka båda kopplar till den kognitiva modellen i Kåver (2010). Att individen ska uppleva ångestpåslag som följd av att utsättas för situationen, kan tänkas vara kopplat till den kroppsliga biten i den kognitiva modellen, som lägger fokus på att individen uttrycker sin ångest kroppsligt och vilket den inte kan styra över. Detta är något som enligt KBT 1 är kopplat till individens undvikande, där den försöker komma ifrån situationen och som kan relateras till den kognitiva modellen i Kåver, där detta enligt Svirsky och Thulin(2006), är ett av de beteenden som är kännetecknande för de individer som har social fobi. Just dessa två väsentliga bitarna och social fobis relation till diagnoskriterierna kan ses på följande citat av KBT 1:

”Sen är det ju många, med tanke på att vi har många ungdomar. Många tycker det är jobbigt att hålla i föredrag, göra saker inför klassen, klarar inte av att stå i kö, går inte ensam på gatorna genom stan. Men jag menar, det är ju dom grejerna men det ska vara på ett sånt sätt att det är jobbigt och besvärande att man undviker situationen och får ett ångestpåslag i situationen. För annars är det ju rätt så normala obehag att ha... Men att man får ett ångestpåslag, man undviker sociala situationer som då är som...ja. Där man befinner sig i obehag”

Även KBT 2s svar om social fobi och dess problematik för den unge lägger fokus på de beteendemässiga, kroppsliga samt tankemässiga delarna i den kognitiva modellen, vilket uttrycker sig i ett fokus på att den unge har utvecklat ett

undvikande och då främst i förhållande till kamrater och sociala sammanhang. Men även att den unge uppvisar kroppsliga symtom som följd av ångesten i form av rodnader hos individen. Men KBT 2 uttrycker även att den unge utvecklar ett tankesätt som utgår ifrån att den inte vill gå hemifrån innan ångesten har försvunnit, vilket innebär att KBT 2s svar om social fobi kan kopplas till främst de tankemässiga delarna i den kognitiva modellen i Kåver (2010), i form av ett negativt tankesätt. KBT 2s svar i relation till den unge, att den upplever situationer som ångestfyllda, vilka andra skulle sett som harmlösa, går i linje med vad Svirsky och Thulin (2006) anför som kännetecknande för social fobi, nämligen att situationer som individen upplever som ångestfyllda, inte andra individer utan social fobi behöver uppleva som varken särskilt prestationsinriktade eller ens sociala. Det är istället så fort det finns andra människor med i sammanhanget som individen med social fobi känner att den blir granskad. Två citat som visar på denna syn på social fobi och kopplingen till den kognitiva modellen är följande.

”oro inför vardagssituationer t.ex. gå på bussen, skolan, klara av kompisrelationer. För de mesta situationer som för oss flesta är harmlösa, gå på ICA och handla lite, kassörskan ska ge tillbaka pengar till dig och då blir du röd i huvudet o bara springer därifrån, eller liknande situationer. Det kan vara jättestort... Sociala fobin utmynnar i att du drar dig undan kompiskontakter, undviker att umgås med jämnåriga eller närvara i andra sociala sammanhang”
”Säger såhär att Jag inte kommer ge mig iväg hemifrån förrän oron är borta, man tänker att det är känslan som ska försvinna”

Något som vi anser kan visa på att just dessa två delar, kriterierna i DSM-IV (2000, bilaga 4) samt den kognitiva modellen, bidrar till stor del till deras sociala konstruktion av social fobi och visar hur de ser på skillnaden mellan blyghet och social fobi. Båda KBT-terapeuterna uttrycker att blyghet och social fobi inte är samma sak, utan istället att de skiljer sig åt på olika punkter och lägger då fokus på hur problematisk social fobi är för individen och vad som skiljer blyghet från vanliga känslor. KBT 1 lägger exempelvis fokus på att individen har utvecklat social fobi när den har utvecklat ett undvikande, vilket innefattar kriterie D för social fobi i DSM-IV samt den beteendemässiga biten av den kognitiva modellen:

”Jag tänker då att man utvecklat undvikande, man undviker dessa situationer, man går inte på stan, man går inte på McDonald's”

KBT 2 å sin sida framhåller att blyghet är ett personlighetsdrag som alla individer upplever, medan social fobi istället innebär stora problem för individen i form av att den sätter upp hinder för sig själv, som den inte kommer att kunna hantera, vilket innefattar kriterie E för social fobi inom DSM-IV(2000, bilaga 4) samt den beteendemässiga biten i den kognitiva modellen.

”Vanlig blygsel är mänskligt och något alla har i någon situation - borde ha det. Det som skiljer blygsel o social fobi är att när man har social fobi, så hur mycket man än vill, så kan man inte, fixar det inte, klarar inte. Men de som har/upplever någon form av blygsel, kan uppbringa någon form av kraft att bryta det, eller så accepterar man att man är blyg, det stör mig inte och sätter inga krokben för mig i livet” ... ”Social fobi däremot har en tendens att om man inte gör något åt den och arbetar aktivt, får man spridning i den. Man

kommer inte ut, kan inte fullfölja saker”

Som framställdes inledningsvis i temat, så är det inte enbart KBT-terapeuternas terapeutiska utbildning, som deras svar utgår ifrån. Även deras möten med patienter med social fobi ligger till stor grund för deras svar, vilket därmed även bidrar till deras sociala konstruktion av social fobi. Att just deras möten med deras patient påverkar deras sociala konstruktion av social fobi, är något som kan kopplas till både Brymans (2011) och Hacking (2005) teorier om social konstruktionism. Bryman menar att sociala konstruktioner både kontinuerligt omvandlas och omformas, medan Hacking menar, att dessa sociala konstruktioner existerar inom en social infattning, så kallad matris, som dessa sociala konstruktioner formas inom av de individer, som är en del av matrisen. Vi anser därför att det innebär att KBT-terapeuternas sociala konstruktion till viss del skapas av vad deras patienter lyfter fram i mötena under terapisesionerna. Detta visar sig i deras svar, där KBT 1 uttrycker att den arbetar först med en kartläggning för att få en översiktlig bild av patientens problematik, medan KBT 2 uttrycker att den sociala fobin inte ser likadan ut för alla individer som har denna åkomma och att det är individen, trots terapeutens fokus och expertis, som är expert på sina problem.

”Om vi har tio stycken med social fobi har vi också tio olika uttryckssätt” ... ”Man säger till patienten ”jag begriper mig inte på detta utan din förklaring vad det här betyder för dig.”. Det är väldigt jämbördigt på detta vis, jag är ingen expert och jag tolkar ingenting. Jag kan ha hypoteser men det är en helt annan sak än tolkningar. Det sysslar jag inte med”

Lösningsfokuserade korttidsterapeuters syn på social fobi

De lösningsfokuserade korttidsterapeuternas synsätt å sin sida skiljer sig från hur de kognitiva beteendeterapeuterna ser på sociala konstruktionen av social fobi. Eftersom deras svar om social fobi utgår, precis som KBT-terapeuternas, till stor del från deras terapeutiska utbildning och deras möten med klienter, ligger den därmed till grund för deras sociala konstruktion av social fobi. Deras synsätt kan därför inte kopplas till en problemfokuserad syn på social fobi, vilket skiljer sig från KBT. De lösningsfokuserade fokuserar istället, som respondenterna i våra intervjuer framhåller, på ett lösningsfokuserat tänkande, där de fokuserar på hur det ska bli bättre för individen. Tankegången kring social fobi går därmed i linje med vad Korman (2002b) hävdar är en viktig komponent i det lösningsfokuserade samtalet och utgår från lokal kunskap, det vill säga, klientens tankar om problemet. Terapeuten utgår från att klientens bild av problemet stämmer och funderar inte kring bakomliggande faktorer. Eftersom en lösningsfokuserad terapeuts tanke om lokal kunskap och vad klienten berättar har en betydande roll i samtalet, så anser vi att mötet med klienten spelar stor roll för våra respondenters syn på social fobi och därmed deras sociala konstruktion av detta. Ett citat som visar på detta är följande av LFKT 1:

”Det är liksom mer hur du själv pratar om det, hur du själv ser dina besvärligheter, om du kallar det ångest eller fobi, eller någonting annat.”

Enligt Hacking (2005) teori om socialkonstruktion anser vi därmed, att det är klienten som inom samtals-matrisen till stor del påverkar den sociala

konstruktionen av social fobi hos den lösningsfokuserade terapeuten, då det är klienten som får möjligheten att skapa definitionen av sitt problem. Detta anser vi kan förklara varför majoriteten av respondenterna i sina svar lyfter fram problem, eller problemområden hos sina klienter, som de tror kan kategoriseras som social fobi. Eftersom det i enlighet med Kormans (2002b) teori om lokal kunskap är klienten som lyfter fram det väsentliga i samtalet, har det resulterat i en social konstruktion av social fobi, som baserar sig på de problem och föredragna framtider, som klienterna har valt att lyfta fram.

Av de svar som respondenterna ger, utgörs informationen av vad deras klienter har framfört, och påverkar därmed till stor del terapeuternas sociala konstruktion av social fobi. Det är relativt liknande problemområden som uttrycks, där skolan och relationer till t.ex. kamrater är vanliga.

Dessa problemområden uttrycker sig delvis genom vad klienterna berättar som föredragna framtider. Vanliga visioner är att kunna vara ute mer i sociala sammanhang och skapa nya kontakter. LFKT 2 och LFKT1 uttrycker i förhållande till detta:

”Om inte annars får man beskriva att man vill kunna vara ute bland folk på ett annat vis eller våga gå till skolan eller våga ta nya kontakter, så man kan ju tänka att det kanske är social fobi ... man önskar att nya situationer var annorlunda, att man tog mer plats, sa mer på lektionerna, man önskar att man var mer aktiv med kompisar eller vågar ge sig in i kompisrelationer”... ”

”Och sen om du inte hade, om ångesten inte fanns, vad hade du velat då, och då kunde hon ju ge massa beskrivningar, jo men då skulle hon vilja plugga turism för hon gillade ju att ut och resa.”

Men problemområdena kan även tänkas uttrycka sig genom vad klienterna framhåller för problem i samtalen. Vanliga problem som klienterna framhåller är att de känner sig isolerade och har ångest inför bland annat redovisning i skolan. LFKT 1 och LFKT 3 uttrycker i relation till detta följande citat:

”Så sedan hon slutade gymnasiet har hon inte kommit igång med någonting, vilket har gjort att hon har förlorat kontakten med kompisar, allt sådant som hon tycker är roligt. . Och sen kan det vara hur de beskriver... ångest av olika.....jobbigt att träffa.....jobbigt att redovisa i klassen, det är ju jättevanligt, men allt från att man mår riktigt dåligt i veckor inför en redovisning, eller överhuvudtaget att det är tufft att träffa nya människor, sitta i sammanhang och käka med folk och vara rädd att man ska få uppmärksamhet”

”Till exempel vill dom inte gå i skolan, eller dom vill inte va på ställen där föräldrar inte är med om de är barn. Är det ungdomar så är det, de stannar helt enkelt hemma. För det handlar ofta om skolan, och det är där de ska vara de timmarna på dagen, då de inte är hemma.

Även de lösningsfokuserade korttidsterapeuternas synsätt på skillnaden mellan blyghet och social fobi bygger på den sociala konstruktion av social fobi, som i stora drag är byggd i enlighet med Kormans (2002b) teori om lokal kunskap. Den gör dock detta tillsammans med det tankesätt som George (2008) anför, nämligen att det lösningsfokuserade samtalet inte är i behov av att definiera problemet, utan

vill istället bygga lösningar och hitta styrkor hos klienten, vilket ligger till grund för detta synsätt.

Detta skiljer sig från KBTs-synsätt, vilket till viss del utgår från kriterierna för social fobi i DSM-IV(2000, bilaga 4) där de lösningsfokuserade korttidsterapeuterna uttrycker att de inte använder ”etiketterna” social fobi eller blyghet, utan istället vad individerna själv vill kalla den. De respondenter som främst visar på detta är LFKT 1 respektive LFKT 4 som uttrycker följande.

”Jag tänker inte i termer, fobi utan jag är mer intresserad av vad dom vill ska bli bättre. Sen så om man som ungdom kommer in hit och pratar i termer av fobi så måste jag visa, ja då pratar vi om det och jag, att man känner att man blir lyssnad på och blir förstådd. Men för mig är det skitsamma vad du kallar det”... ”Det är liksom mer hur du själv pratar om det, hur du själv ser dina besvärligheter, om du kallar det ångest eller fobi, eller någonting annat.”

”Jag har ingen uppfattning om det, jag sysslar inte med diagnoser eller inte med sådana diagnoser”

Sammantaget kan man säga, att de svar som alla respondenter utgår ifrån, dels vad deras terapeututbildning säger om social fobi, dels deras samtal och möten med patienter/klienter som de har haft i behandling som har haft social fobi, eller tros kan ha denna problematik. Dessa svar ligger sedan till grund för hur de ser på social fobi, och därmed deras sociala konstruktioner av detta begrepp. Dessa skiljer sig åt i de båda terapiinriktningarna, där KBT-terapeuternas sociala konstruktion utgår ifrån hur den sociala fobin är problematisk för individen och utgör då till sin majoritet av kriterierna för social fobi i DSM-IV(2000, bilaga4), den kognitiva modellen i Kåver, samt de möten de har haft klienter. Detta har resulterat i att vanliga symtom hos de som har social fobi uttrycker sig genom t.ex. ett undvikande och oroligt tänkande vid sociala sammanhang, som för övriga individer kan verka harmlösa, eller som de åtminstone kan klara av. Denna sociala konstruktion av social fobi kan dessutom kopplas till distinktionen mellan blyghet och social fobi.

De lösningsfokuserade korttidsterapeuternas sociala konstruktion av social fobi å sin sida, utgår ifrån den lokala kunskapen som klienten besitter, då de anser att klienten är expert på sitt eget liv och sina problem. Detta innebär att terapeuternas sociala konstruktion till stor del kommer att utgöras av vad klienterna lyfter fram i samtalet i form av problem och beskrivna föredragna framtider. Detta har resulterat i uttryck om en önskan att exempelvis kunna delta i sociala sammanhang eller problematik kring t.ex. redovisning i skolan.

Dessa två olika terapiformer behandlar sedan barn och ungdomar med social fobi på olika sätt. KBT-terapeuternas arbete består av att arbeta utifrån en fokusering på problemet, där dess sociala konstruktion av social fobi, vilken till stor del utgörs av teoretiska utgångspunkter och möten med patienter, används kopplad till behandlingen. De lösningsfokuserade korttidsterapeuterna bortser å sin sida istället ifrån deras sociala konstruktion av social fobi och ser i stället på den föredragna framtiden, som de anser är en lösning.

Tema 2: Hur kan terapeuter som jobbar med kognitiv beteendeterapi och lösningsfokuserad korttidsterapi behandla individer under 18 år med social fobi utifrån sin syn på ångestsjukdomen?

Kognitiv beteendeterapi vid behandling av barn och ungdomar med social fobi

Som framförts i tidigare tema ligger KBTs fokus på hur problemet social fobi uttrycker sig och påverkar individen. Detta medför att KBT-terapeuternas svar i intervjuerna, som till stor del påverkar deras sociala konstruktion av social fobi, baseras till stor del av vad som framkommer av patienten som problematiskt i mötet samt på olika teoretiska utgångspunkter. KBT-terapeuternas sociala konstruktion är något som dessutom är kopplat till deras behandling av barn och ungdomar med social fobi, men har här en annan karaktär, som kommer att vara av mer flyktig karaktär än i tema 1. Detta eftersom respondenternas svar här utgörs av att deras arbete har ett större fokus på vad olika unga patienter med social fobi lyfter fram i mötena, vilket därmed kommer få en större betydelse för deras sociala konstruktion. Denna flyktiga karaktär som baseras på vad patienten framhåller kan kopplas till vad Bryman (2011) framhåller, nämligen att de sociala konstruktionerna kan ses som en referensram, som skapas genom sociala samspel och som kontinuerligt omvandlas eller omformas. Detta innebär, att även fast KBT-terapeuternas svar fortfarande kommer vara kopplade till teoretiska utgångspunkter, bortsett från kriterierna för social fobi i DSM-IV (2000, bilaga 4) då de unga redan är diagnostiserade i behandlingen, så förekommer ett fokus i KBT-terapeuternas svar på hur den unge upplever sin problematik. Detta innebär, att den sociala konstruktion av social fobi som förekommer vid behandling, som är baserade på KBT-terapeuternas svar, kommer att skilja sig en del från patient till patient, beroende av vad den unge framhåller om sin problematik. Den kommer ändå att visa på gemensamma drag, eftersom den även är baserad på teoretiska utgångspunkter kring social fobi, och då främst den kognitiva modellen i Kåver (2010). Detta fokus på vad individen framhåller om sin problematik kan tänkas gå i linje med vad Kåver (2006) framhåller som kännetecknade för KBT, nämligen ett samarbete mellan terapeuten och patienten och kan ses som främst företrädande i inledningsfasen av behandlingen. Denna fas utgörs enligt KBT-terapeuterna av en kartläggning av patientens problem och vilka områden som omfattas av denna. KBT 2 framför följande:

”Jag arbetar mycket med att kartlägga i vilka sammanhang man upplever bekymmer, rent specifikt är det så, att man får reda på att det handlar om 2-3 olika områden, så väljer man det som är minst besvärligt. Minst jobbigt börjar man alltid med så patienten kan känna framgång, litet bekymmer som man specifikt avgränsar”

Som dessutom framkommer av ovanstående citat, är det utifrån denna fas och dess kartläggning som terapeuten sedan lägger upp behandlingen. Detta innebär, att sett till KBT-terapeuternas sociala konstruktion av social fobi, så uttrycks den främst i denna fas genom att terapeuten i mötet får en insyn i patientens problematik, som den senare lägger sin behandling utefter.

Efter denna kartläggning framhåller de båda terapeuterna, att man teoretiskt börjar titta på individens problem. Patienten får här information om den sociala fobin, hur den ser ut och hur den fungerar. Detta är ett moment som Kåver (2010) framhåller som kognitiva tekniker och kan ses vara kopplat till terapeutens sociala

konstruktion i den form, att den utgår från patienters uttryck av sin problematik, som den sedan underbygger med teoretiska utgångspunkter, vilka kan kopplas till den tankemässiga biten i den kognitiva modellen i Kåver (2010), och som försöker få individen tänka på ett specifikt sätt. KBT 1 terapeuten framhåller här följande:

”Sen tittar man ju rent teoretiskt på problemet. Undvikande leder till undvikande, till att symtom förvärras, man tittar på ångesten och hur man kan hjälpa med den.”

Eftersom man här försöker få individen att ändra sina tankar, till att tänka på ett visst sätt, genom att terapeuten ger en förklaring på hur den ser på problemet och hur individen kan hjälpa till och därmed ta till sig KBT-terapeutens sociala konstruktion av social fobi. Den sociala konstruktionistiska teorin av Hacking(2005) säger i relation till detta, att den sociala konstruktionen kan förändra de individer som bli förknippade med denna konstruktion, där de kan utveckla tankesätt, känslor och beteenden som de inte hade förr. Detta kan därmed innebära, att syftet med den kognitiva tekniken kan vara, att patienten ska förvärva terapeutens sociala konstruktion av social fobi, som till stor del utgörs av vad patienten har framhållit som problematiskt tillsammans med teoretiska utgångspunkter. Detta med anledning av att patienten ska se sin problematik på någorlunda samma som KBT-terapeuten gör och tänka i samma banor, vilket är viktigt för den framtida behandlingen, eftersom den baserar sig just som respondenterna framhåller, på en form av samarbete. KBT 2 framhåller följande;

”Viktigt att ha allians med patient, avtal, är du beredd på det här? Patientens villighet”

Just samarbetet är viktigt när det gäller nästa fas, vilken handlar om att sätta upp hur arbetet ska se ut, d.v.s. mål, var man ska börja en så kallad hierarkiordning, om patienten vill träna själv eller tillsammans med terapeuten och så vidare. När arbetet beslutas hur det ska se ut, framhåller KBT 2 att det är viktigt för motivationen, att välja ett område som det är minst besvärligt att börja med:

”Det handlar om 2-3 olika områden. Så väljer man det som är minst besvärligt. Minst jobbigt börjar man alltid med så patienten kan känna framgång, litet bekymmer som man specifikt avgränsar”

Men det är inte bara samarbetet med individen som är viktigt, utan även ett begrepp som är kopplat till detta, nämligen patientens motivation. Just motivationens roll är något som både KBT-terapeuter framhåller som viktigt för det framtida arbetet, där denna bestämmer hur man lägger upp det framtida arbetssättet och KBT 1 framhåller i förhållande till motivationen följande citat:

”Motivationen spelar roll, man tänker hur mycket personen klarar av på egen hand. Hör jag i samtalet att det här är nog inte lönt att försöka på egen hand, att gå med personen på stan, då föreslår jag inte det, utan då föreslår jag att vi nästa gång går på stan tillsammans. Man ser det lite ur en situationsnivå. Kan man väl säga. Man lägger bedömningen på var man ska lägga insatsen och vart man ska lägga nivån”

Ifall patienten inte delar KBT-terapeutens syn på dess problem och därmed även på vilket sätt som är bäst att arbeta, kan det resultera i minskad motivation, vilket kan medföra, att många av de vanliga metoderna som KBT-terapeuterna föreslår är svåra att genomföra. Detta eftersom dessa, enligt KBT-terapeuterna, precis som hela arbetet enligt Kåver(2010), bygger på samarbete mellan terapeuten och patienten.

”Man kan säga att man gjort uppläggnigen ihop. man bestämmer vad vi ska göra. Det kan vara både och. Det kan vara försiktigt men det kan också vara... om vi säger att patienten säger att dennes högsta önskan är att gå på McDonalds med sina kompisar, ja då är det kanske dit vi ska. Det beror på hur motiverad patienten är att man vill kunna något.”

Även arbetet med de vanligaste metoderna kan till stor del sägas bygga på KBT-terapeuternas sociala konstruktion, där mötena med patienten i form av hur patienten ser på sitt problem, tillsammans med den kognitiva modellen i Kåver(2010), till stor del lägger grunden för arbetet. Detta kan ses på en av de metoder som både terapeuterna uttrycker att de använder sig mest av, de så kallade exponeringsövningarna. Dessa handlar enligt Kåver (2010) om att barnet gradvis får utsätta sig för ångestfulla och svåra sociala situationer. Dessa är vanliga vid arbete med barn och ungdomar och har som syfte att de ska vänja sig vid obehagliga situationer och därmed uppleva att ångesten minskar och samtidigt få kunskap kring hur man gör och beter sig i olika situationer. Användandet av dessa metoder kan som framförts tidigare, till stor del sägas bygga på KBT-terapeuternas sociala konstruktion av social fobi, eftersom de utgår från de områden som den unge patienten framför som problematiska i inledningen till behandlingen, men bygger i grunden på de beteendemässiga och tankemässiga delarna i den kognitiva modellen i Kåver (2010). Dessa övningar utgår från det problemområde som den unge patienten lyfter fram, t.ex. skolan och har sedan som syfte att utmana de beteenden som den kan ha utvecklat på detta problemområde som t.ex. undvikande eller säkerhetsbeteenden, vilket därmed även påverkar dess negativa tankar och få dem att tänka annorlunda. Just påverkan av den tankemässiga delen i den kognitiva modellen är något som de även påpekar som viktigt, där de i, samt innan exponeringstillfället, diskuterar utifrån den unges framställning av problemet, hur den tenderar att tänka i liknande situationer och om man kan tänka annorlunda. KBT 2 respektive KBT 2 framhåller följande citat:

”Men utifrån mig så jobbar jag mycket med B alltså väldigt mycket beteendeoriktat, för jag tycker att framförallt när det gäller exponeringsövningar är det viktigt att tänka på att aktivera beteendet, eftersom det inte är ovanligt att jag träffar ungdomar som är sådana här skolvägrare som har social fobi, ängsliga, och som då inte vill ge sig iväg ut till skolan, jobbigt när kompisar frågar, har oros känsla i magen”

”Man kan då börja successivt, man går igenom hur man gör normalt sätt, förmodligen har man halkat i att man inte går dit, men om man nu gått dit så går man igenom hur den gjorde. Ja, gick du in där och stod i kön, vad fick du då för tanke? alla tittar på dig och så? sen gick jag ut? Tänker du då att det känns som att alla tittar, då skulle vi kunna göra ett experiment, vi kan gå in på McDonalds, så ställer vi oss i kön och ser om folk verkligen tittar. Då kan man kanske göra

det, som ett experiment, då kommer man då oftast fram till att, nja, det var ju ingen som tittar. Men om någon då tittar, vad kan det innebära, varför tittar dom”

Just denna påverkan, av både den unge patientens negativa beteende samt negativa tankemönster, kan förklaras med den ”onda cirkeln” i den kognitiva modellen i Kåver(2010), som ger en översiktlig bild av hur de olika symtomen vid social fobi påverkar varandra ömsesidigt. Vad som kan peka på detta, är vad KBT 2 framför under intervjun i relation till beteende aktiveringen, nämligen:

”Säger såhär att Jag inte kommer ge mig iväg hemifrån förrän oron är borta, man tänker att det är känslan som ska försvinna. Men det finns alltid en koppling mellan våra tankar och våra beteenden. Så man måste komma åt beteendet o tankarna för att känslan ska försvinna man kan inte förvänta sig att den här känslan av oro, obehag bara försvinner utan att man gör någonting”

KBT-terapeuternas sociala konstruktion av social fobi uttrycker sig även i andra vanliga metoder som respondenterna uttalat sig om, nämligen kognitiva strategier samt skalor för att skatta sin ångest. Dessa har som syfte enligt Kåver(2010), att identifiera sina tankar och då främst de negativa och självkritiska, men även för barnet att se hur dessa tankar påverkar både dess känslor och beteende i den svåra situationen. KBT-terapeuternas sociala konstruktion av social fobi kan därför sägas vara kopplad till användandet av dessa metoder i den bemärkelsen, att det är just de tankar kring problematiken som den unge uttrycker tillsammans med ett tankesätt kring den tankemässiga delen i den kognitiva modellen kring om negativa tankar, som ligger till grund för respondenternas svar. KBT 1 uttrycker följande.

”Hur känns det nu? då kanske det känns lite bättre, ångesten har kanske sjunkit. Eller tvärtom... nu är det 9 eller 10. Vad kan vi då göra istället? Sen kan man då prata om skalan i efterhand, sen vad hände, där gick det ner och vad kan det innebära? Då är man såklart ute efter vad som gör att ångesten sjunker, vad som gör att man står ut, det är den teoretiska biten”

”Men den handlar mycket om hur man undviker automatiska tankar, om man tänker att folk tittar på en, vad som leder till att man blir rädd, man får ångest och undviker situationen” ”På lång sikt leder ju det problemet att man undvek föredraget att problemet förvärras eller kvarstår, men på kort sikt känns det faktiskt bra att man gick hem och slapp skolan”

Lösningsfokuserad korttidsterapeutiskt arbetssätt

Ser man då till det lösningsfokuserade korttidsterapeutiska arbetet med de barn och ungdomar som lider av social fobi, så skiljer detta sig från KBTs, eftersom den lösningsfokuserade terapeutens arbetssätt bygger på det Korman (2002b) kallar för lokal kunskap, där det är klientens sociala konstruktion som lyfts fram. Den sociala konstruktionen av social fobi som de lösningsfokuserade terapeuterna kan tänkas ha, som uttrycker sig i tema 1, får inte utrymme i behandlingen, då den lösningsfokuserade terapeuten accepterar klientens sociala konstruktion av social fobi. Behandlingen bygger sedan vidare på klientens sociala konstruktion av social fobi, då terapeuten med hjälp av frågor om en föredragen framtid försöker få problemet löst. Denna fokus på lösningar och vad klienten vill resulterar därför

i, precis som respondenterna uttrycker, att arbetet inte skiljer utifrån vilken problematik de klienter som kommer har, utan de behandlar klienterna utifrån deras mål och fokuserar därmed inte på problemet. Den lösningsfokuserade behandlaren utgår från att klienten själv vet vad den har för problem och därför utgår man också från att det klienten säger problemet är stämmer och söker inte bakomliggande faktorer till problemet Korman (2002a). En respondent som särskilt framhåller detta är LFKT 2 som framför detta under diskussionen kring deras behandling av barn med social fobi:

”Man gör på samma sätt som med alla andra, egentligen. Även om man beskriver om lösningsfokus utifrån missbruk eller social fobi, så är det egentligen samma sak man gör. Att väldigt tydligt och detaljerat jobba utifrån de mål som klienten beskriver att de vill uppnå”

Detta tankesätt kan sägas gå i linje med vad George (2008) framhåller, nämligen att lösningsfokuserad korttidsterapi, till skillnad från problemlösande terapimetoder, inte har något behov av att definiera problem för varken klienten eller behandlaren. Diagnosen social fobi spelar därför ingen roll i det lösningsfokuserade samtalet, då de inte är i behov av att definiera problemet utan vill istället bygga lösningar och hitta styrkor hos klienten. Vad som dock kan framhållas i detta är det faktumet, att majoriteten av terapeuternas sociala konstruktioner, trots detta fokus, framhöll vissa problem som de tänkte kunde räknas in hos dem som har social fobi.

Eftersom den lösningsfokuserade korttidsterapin utgår från den lokala kunskapen, enligt Korman (2002b) så är de tekniker som de använder framtid och individorienterade, som kan sägas utgå från ett synsätt att social fobi behandlas på samma sätt som andras och därmed kan tänkas ha en koppling till Jong och Bergs (2011), fem grundläggande faser i lösningsfokuserad korttidsterapi. som är generella för alla klienter, oberoende på problem, vilket kan ses på den struktur de lösningsfokuserade korttidsterapeuterna framhåller.

Det som de lösningsfokuserade korttidsterapeuterna framhåller som första steget med dessa klienter är att få en överblick, på vilket sätt som de kan vara behjälpliga utifrån hur klienterna uttrycker att de kan få hjälp, för att sedan utgå därifrån. Detta är något som t.ex. LFKT 4 svarar på frågan hur den arbetar med individer som kommer in och söker hjälp där den uttrycker;

”Man frågar folk hur de kommer märka att det har varit till någon nytta att prata, hur kommer de märka det i sin vardag, att samtalet har varit till någon nytta”

Detta steg kan ses ligga i linje med vad Korman(2002b) framhåller, nämligen att istället för att lägga kraft på klientens tankar och bekymmer med problemet, fokuserar man på vad klienten vill ska bli *annorlunda*, och därmed även kan säga spegla de lösningsfokuserade sociala konstruktionerna av social fobi, nämligen en tanke om vad dessa individer vill ska vara annorlunda, istället för vilka problem de har nu.

Det andra steget som de lösningsfokuserade korttidsterapeuterna arbetar med kretsar mycket kring att få fram beskrivningar, som mål, över hur klienten hade märkt att deras problem inte längre fanns, och då sker ofta en specificering för att få så välformulerade mål som möjligt. LFKT 1, som i sitt svar på frågan hur den arbetar med unga som har social fobi, framhöll ett exempel på en klient där andra steget i behandlingen har utgått från följande diskussion

”Och sen om du inte hade, om ångesten inte fanns vad hade du velat då, och då kunde hon ju ge massa beskrivningar, jo men då skulle hon vilja plugga turism för hon gillade ju att ut och resa. Och då kan man ju bygga massa detaljer på hennes, hur livet skulle vara om inte ångesten fanns där”

Även detta steg går i linje med Jong och Bergs (2011) fem faser, där den här andra fasen utgörs av att terapeuten här arbetar tillsammans med klienten, med siktet inställt på att få fram beskrivningar över vad som kommer att vara annorlunda i klientens liv när problemet är lösta, eller inte längre märks av. Det är även här viktigt, att klienten har förvärvat och anpassat sig efter terapeuternas roll, eftersom de här målen enligt Jong och Berg(2011) måste vara viktiga för klienten och då ska vara enligt klientens egen utsago. Det är därför viktigt, att klienten här har anammat synen på social fobi och dess problem, och ska se på hur den vill att det ska vara, istället för att den ska fokusera på sina problem. Om klienten inte har anammat detta synsätt på social fobi, så kan den kanske uppleva detta stadie frustrerande, eftersom man inte berör dess problem och den då inte heller får en förståelse för sitt problem. En teknik som man kan använda i detta steg eller fasen, och som många lösningsfokuserade korttidsterapeuter uttrycker att de använder är, enligt Korman (2002b), *mirakelfrågan*. Denna teknik är enligt Korman en interaktionsprocess mellan terapeuten och klienten, där känslor, tankar och handlingar som upplevs när klienten känner att den inte behöver gå i terapi längre, kan diskuteras.

Att just använda denna teknik är något som de lösningsfokuserade korttidsterapeuterna framhåller att de ofta använder, just för att få en bild över hur den vill att framtiden skulle vara, om problemet som den hade försvann. En respondent som förklarar denna teknik ingående är LFKT 4, som framhöll följande:

”Det finns ju en berömd fråga som ni känner till bägge två som heter mirakelfrågan, som jag systematiskt använder, som är att skapa en detaljerad beskrivning av vad man kan kalla för den föredragna framtiden, eller som själva den tekniken och dom tankarna kan spåras tillbaka till Milton Eriksson, som beskriver det han kallar för kristallkronetekniken på 50-talet någon gång och att visualisera, att vara i uppleva så att säga, hur livet skulle vara om problemet bara försvann”

Med hjälp av denna teknik kan sedan den lösningsfokuserade korttidsterapeuten gå vidare till nästa fas som Jong och Berg (Jong, Berg, 2011) beskriver som den fas, där terapeuten undersöker stunder där problemet inte existerar eller när klienten upplever små glimtar av det beskrivna miraklet i *mirakelfrågan*. John och Berg menar att dessa kallas undantag och kan antingen vara medvetna eller slumpmässiga undantag. Korman (Korman, 2002a) framhåller, att den lokala kunskapen, det vill säga kunskapen om som klienten besitter som expert på sitt eget liv, är en nyckel för att undersöka vad klienten måste göra och hur den ska göra det för att kunna nå den föredragna framtiden. LFKT 2 berättar att det är något de själva brukar göra en del under samtalet och utforskar noggrant klientens lokala kunskap efter medvetna och slumpmässiga undantag.

”Man breddar mycket. hur skulle mamma märka, skolan, någon där? så att man är på olika arenor liksom. Och fördjupar i hur du skulle tänka, agera, reagera och

så vidare. Och sen så leta undantag, när fungerar det? Och liksom titta noga på de situationer som fungerar, så kanske man kan hitta nycklar till att bredda, göra mer, hur skulle du känna, agera och så vidare.”

Samtliga av våra informanter inom lösningsfokuserad korttidsterapi anser sig använda skalor som en teknik under det lösningsfokuserade samtalet. Enligt George (2008) är skalor ett redskap som terapeuten kan använda sig av i samtal med klienten, för att kunna uppmärksamma klienten på vilka framsteg den tagit och belysa klienten om vad det har för saker idag, som den inte har på den lägsta siffran på skalan. LFKT 4 bekräftar detta och menar att skalor hjälper terapeuten att nå fram till klientens styrkor, resurser och hur klienten använt dessa för att jobba med en förändring. Detta är en viktig del i det lösningsfokuserade samtalet menar Jong och Berg, då klienten, genom att se vilka framsteg som tagits mot ett bättre mående, känner en ökad mängd självkänsla (Jong, Berg, 2011).

”Skalorna ger oss den möjligheten, dom öppnar upp för en grupp klienter som inte har något att göra med DSM. Som inte, som vi lyckas att hjälpa att beskriva beteendebeskrivningar på, och plötsligt har vi ett sätt att arbeta med dom som vi inte hade tidigare. Så det är en viktig grupp där skalfrågorna gör någon skillnad och jag har precis suttit med en sådan pojke i nästan en och en halvtimme och slitit med att beskriva skillnader. Och det hade inte gått att beskriva några skillnader, om vi inte hade haft en skala att hänga upp det på, och att jag tror att det kan göra skillnad. Det är en viktig användning.” ... ”Det är jävligt svårt att göra det utan en skala, skalan hjälper oss att fokusera in på vad som är annorlunda, och vad är skillnader som är användbara och hur, och vad är det för resurser, kompetenser, förmågor klienterna har använt sig av för att redan börja förändras.”

En annan informant, LFKT 2, menar att skalorna är effektiva att återkomma till och kan användas för att ge klienten konkreta uppgifter, som kan ses som hemläxa. Det kan kopplas till Jong och Bergs (2011) tanke om att framgång föder framgång och klienten blir mer uppmuntrad att fortsätta behandlingen, där den ser framstegen den tagit på skalan. LFKT 2 hävdar vidare, att man kan utvärdera lyckan över resultatet med andra skalor för att tydliggöra ens framsteg. *Man kan avsluta och fråga om vi träffas nästa gång och gått upp steg på skalan, hur skulle du märka det? Då får man väldigt konkret fram vad de skulle kunna göra nästa gång som en liten läxa, om det nu är att hälsa på busschauffören, handla eller göra på ett nytt sätt. Så när man sen följer upp det och kollar på förändringen kan man göra en "nöjd"-skala. Hur nöjd man är med det man åstadkommit.*

I just arbetet med ungdomar styrker LFKT 2 Georges tankar om varför lösningsfokus är bra för barn, nämligen att lösningsfokus arbetar utifrån styrkor och färdigheter istället för att fokusera på tidigare misslyckanden, vilket har en lugnande effekt för barn. (George, 2008) Även Corcoran (2006) kan kopplas till detta då det upptäcktes att de som hade en lösningsfokuserad behandling hade högre slutföringsprocent än vad kognitiv beteendeterapi hade. Corcoran hävdar att det berodde på att lösningsfokuserad korttidsterapi betonar styrkor och resurser hos individen i behandling och får positiv feedback av detta. Detta innebär att fler känner sig manade att fortsätta behandlingen menar Corcoran.

”Det kanske är en dum fördom, men jag tänker just med ungdomar, det är väldigt tydligt, enkelt och konkret så man kan ta foto på det man skrivit upp, nu när vi var iväg på kurs, så var det någon som berättade att skalor har en lugnade effekt. Det har något med att strukturera upp.”

Tema 3: Vilka likheter kan det finnas mellan lösningsfokuserad korttidsterapi och kognitiv beteendeterapi i deras behandling av social fobi hos individer under 18 år?

Som framkommer av de andra två teman, så skiljer sig de båda terapeutiska inriktningarnas syn och fokus av social fobi åt, vilket därmed resulterar i olika sociala konstruktion av social fobi och olika arbetssätt. Men dessa sociala konstruktion av social fobi påverkar även i olika grad och på olika sätt de olika terapeutiska inriktningarnas behandling av barn och ungdomar med social fobi. Då är frågan, om det trots dessa skillnader ändå existerar några gemensamma punkter sinsemellan dessa.

Gemensamma punkter vid synen på social fobi

Som framkommer av tema 1, så skiljer sig terapeuternas syn på socialfobi, till stor del som en följd av fokus på individen med social fobi, problemfokuserat för KBT och lösningsfokuserat för lösningsfokuserad korttidsterapi. Detta är i sin tur kopplat till deras sociala konstruktioner av social fobi som, utifrån de svar som respondenterna givit oss under intervjuerna, till stor del utgörs av teoretiska utgångspunkter och vad de unga framhåller i mötet med terapeuterna. Trots detta uppstår där gemensamma drag, gällande hur social fobi yttrar sig mellan de båda terapeutiska inriktningarna som pekar på problem, och i lösningsfokuserade korttidsterapi även föredragna framtider, på relativt samma område. Dessa områden eller teman, framhåller de båda som problem eller föredragna framtider kring delaktighet i samhället, vänskapsrelationer samt skolgång. Problemen eller föredragna framtider kring delaktigheten i samhället och vänskapsrelationer kan sägas vara nära förknippade med varandra, eftersom om den unge som inte upplever att den har några vänner, kan få isoleringskänslor. Dessa två problemområden befinner sig dessutom nära förknippade med varandra i respondenternas svar, men framhålls på olika sätt av de både terapeutiska inriktningarna. Men de uppvisar ändå samma kärnpunkt, d.v.s. bristande problematik vid vänskapsrelationer samt en känsla av att vara isolerade som en del av deras sociala fobi. Två citat som visar på detta är KBT 2 respektive LFKT 2 s citat.

”Sociala fobin utmynnar i att du drar dig undan kompiskontakter, undviker att umgås med jämnåriga eller andra sociala sammanhang”

”Man önskar att nya situationer var annorlunda, att man tog mer plats, man önskar att man var mer aktiv med kompisar eller vågar ge sig på kompisrelationer”. ... ”Det är inte så ovanligt att man vill ut mer, känner sig isolerad och rädd för att ta kontakt med folk.”

Men även för dessa unga patienter/klienter är skolgång ett område som de båda terapeutiska inriktningarna uttrycker problem eller föredragna framtider kring. Även denna kan kopplas till de två ovanstående områdena, delaktighet i samhället

samt vänskapsrelationer, eftersom det är här de unga spenderar majoriteten av sin tid och därmed är här, de till stor del träffar sin vänner. Dock lägger respondenternas svar en större betoning på den unges prestationer i skolan i form av t.ex. redovisning. De både terapeutiska inriktningarna uttrycker detta på olika sätt där KBT 1 respektive LFKT 1 framhåller följande 2 citat:

”Men utifrån mig så jobbar jag mycket med B alltså väldigt mycket beteendeinriktat, för jag tycker att framförallt när det gäller exponeringsövningar är det viktigt att tänka på att aktivera beteendet, eftersom det inte är ovanligt att jag träffar ungdomar som är sådana här skolvägrare som har social fobi, ängsliga, och som då inte vill ge sig iväg ut till skolan, jobbigt när kompisar frågar, har oroskänsla i magen”

”Jobbigt att redovisa i klassen, det är ju jättevänligt, men allt från att man mår riktigt dåligt i veckor inför en redovisning, eller överhuvudtaget att det är tufft att träffa nya människor”

Dessa gemensamma problemområden som de lyfter fram, kan till någon del tänkas bero på deras sociala konstruktioner av social fobi. Även fast dessa två skiljer sig åt, som en följd av deras fokus i behandling, så är ett gemensamt drag i dem, vilket framkommer av tema ett, att en del av deras sociala konstruktion kan påverkas av mötena med deras patienter/klienter och vad de väljer att framhålla i samtalen. Vad som kan visa på denna påverkan är, att sociala konstruktioner enligt Bryman är (2011) är kopplade till sociala sammanhang, där de ständigt omvandlas och rekonstrueras. Hacking(2005) framhåller dessutom i förhållande till detta, att de sociala konstruktionerna, eller idéer, existerar inte i ett vakuum, utan befinner sig i en social infattning, som han kallar för matris. Detta innebär i relation till de olika terapeuternas gemensamma punkter, vid deras syn på och därmed sociala konstruktion av social fobi, att de till viss del är påverkade och omkonstruerade av vad deras patienter/klienter med social fobi framhåller i de möten som den har med terapeuten, vilket utgör en matris. Därmed kan det tänkas att dessa barn och ungdomar med socialfobi, påverkar de olika terapeuternas sociala konstruktion av social fobi med sin egen sociala konstruktion av social fobi, vilken är skapad i en annan matris än terapimötet, det vill säga olika samhälleliga sammanhang, som t.ex. skolan. Det är där som dessa ungdomars sociala konstruktion formas, på ett sätt som kommer uttrycka sig på ungefär samma sätt i deras framställning av deras problem eller föredragna framtid i mötet, oberoende vilken terapeutisk inriktning de går till. Detta kan därmed tänkas svara på varför de uttrycker samma problemområden i deras sociala konstruktion av social fobi.

Denna påverkan av terapeuternas sociala konstruktion av deras unga patienter/klienter, kan tänkas vara särskilt påtaglig för båda terapeutiska inriktningarna i första samtalet. Detta, eftersom det är i detta samtal som respondenterna från båda terapeutiska inriktningarna framhåller, att de gör en sammanhangsmarkering av den unge patienten/klienten, vilken utgörs av ett fastställande av syftet med behandlingen samt vilka problem den har/vad den vill få ut av samtalet. Detta innebär därmed, att det är här som den unge patienten/klienten först och främst får framhålla sina tankar om sin problematik eller föredragna framtid, vilket påverkar terapeutens sociala konstruktion av social fobi.

Gemensamma punkter vid behandling

Men det är inte enbart vid den sociala konstruktionen på social fobi som det finns gemensamma punkter, utan även vid deras behandling av de barn och ungdomar med social fobi, vilket uttrycker sig i liknande moment i behandlingen. Som framhölls tidigare börjar de båda med terapiformerna med någon form av sammanhangsmarkering av varför patienten kommit till deras behandling, där terapeuterna härigenom får en viss inblick i hur de med social fobi ser på sitt problem, eller vad deras föredragna framtid är och vilka de sedan arbetar utifrån. Detta är två faser som pekar på det viktiga i samarbetet mellan terapeuten och den unge patienten/klienten med social fobi, som respondenter för både terapeutiska inriktningar framhåller i intervjuerna. KBT 1 respektive LFKT 4 framhåller följande i relation till detta.

”Man kan säga att man gjort uppläggnigen ihop. man bestämmer vad vi ska göra. Det kan vara både och. Det kan vara försiktigt men det kan också vara... om vi säger att patienten säger att dennes högsta önskan är att gå på McDonald's med sina kompisar, ja då är det kanske dit vi ska”

”Man frågar folk hur de kommer märka att det har varit till någon nytta att prata, hur kommer de märka det i sin vardag att samtalet har varit till någon nytta. Och sen utforskar man deras föreställningar om hur livet skulle vara annorlunda om det blev så som det ville att det skulle bli”

Men just detta samarbete är något som för dem båda är viktigt för hela behandlingen, eftersom detta är något som de både terapeutiska behandlingarna till stor del bygger på. Även fast denna skiljer sig sinsemellan de båda terapeutiska inriktningarna, så kan de fortfarande ses som klientcentrerade, som sätter klientens mål och vilja med terapin i främsta rum. Denna klientcentrering, går i linje med vad dessa terapeutiska inriktningar bygger på, nämligen samarbete. Kåver(2006) framhåller, att just samarbetet mellan terapeuten och patienten är ett av KBTs kännetecken, där det krävs att patienten är aktiv. samt pekar Jong och Berg(2011) på, att det är idéerna som terapeuten hittar tillsammans med klienten, som blir klientens verktyg i dess resa mot sina mål med terapin.

Men något som även framkommer av tema två är, att de båda terapeutiska behandlingsmetoderna/-tekniker till stor del skiljer sig åt, vilket till stor del beror på deras skilda fokus samt sociala konstruktion av social fobi. Det existerar trots detta en metod/-teknik, där de liknar varandra och som därmed till en del kan ses som gemensam, men som utförs på olika sätt, vilket är exponering. Denna metod skiljer sig åt mellan de båda terapiformerna som en följd av terapeuternas olika fokus på terapin samt av, till vilken grad deras sociala konstruktion social fobi är en del av deras behandlingsarbete. Eftersom KBT-terapeuternas sociala konstruktion av social fobi till stor del utgörs av patientens syn på sin problematik i mötet och teoretiska utgångspunkter, utgår exponeringen från dels hur den unge patienten uttrycker sin problematik samt från den kognitiva modellen i Kåver(2010). Detta innebär därför, att den unge patienten ska utsätta sig för de situationer som ger upphov till ångest, eftersom detta genom den onda cirkeln påverkar även andra delar av problematiken, som den unge har framfört.

De lösningsfokuserade korttidsterapeuternas sociala konstruktion ska, till skillnad från KBT-terapeuternas, inte uttryckas i deras behandling i samtalet, utan ska istället enbart utgå från ett lösningsfokuserat tänkande och på vad Korman(2002b) framhåller som lokal kunskap. Detta innebär en annan utformning av deras exponering, som utgår från de unga klienternas föredragna framtid, eller undantag som dessa då ska göra mer av. Eftersom det då är den unge klienten som har expertrollen enligt den lokala kunskapen, bygger därför exponeringen utifrån lösningsfokuserad korttidsterapi på skillnader som exponeringen skulle ha och har inneburit när den unge klienten redan tidigare har utsatts för det som är ångestframkallande, som den då ska göra mer av. Det är något som dessutom kan sägas vara i linje med de lösningsfokuserade tänkandet, som George(2008) framhåller, nämligen att det är bättre att arbeta för att belysa barnets styrkor och färdigheter, istället för tidigare misslyckanden och svagheter.

Dessa två former av exponering kan därmed sägas bygga på samma grundantagande, nämligen att barnet eller ungdomen med social fobi ska utsätta sig för det som genererar ångesten. Dessa två former av exponering kan ses på följande citat av

KBT 2 respektive LFKT 1 och 2:

”Mycket handlar om exponeringsövningar... Men utifrån mig så jobbar jag mycket med B, alltså väldigt mycket beteendeoriktat, för jag tycker att när det gäller exponeringsövningar, är det viktigt att tänka på att aktivera beteendet, inte ovanligt att jag träffar ungdomar som är sådana här skolvägrare som har social fobi, ängsliga, vill inte ge sig iväg ut till skolan, jobbigt när kompisar frågar, har oroskänsla i magen. Jag är mycket fokuserad på beteendeaktiviering, man kan inte bara prata bort vissa saker, utan man måste verkligen göra bort det så att säga. Få igång systemet.

Mycket handlar om att gå ut i det här, vilket är det svåra”

”Man får jobba på det man önskar, ta små steg, säga hej till busschauffören, sedan kolla av hur det fungerade, vad det gjorde för skillnad. Man jobbar ju mycket med vad det gör för skillnad. Om du lyckades gå och handla, genomföra det på något sätt, vad skulle det göra för skillnad? det är mycket föreställningar om hur det är när problemet är löst”.

”Jag fattade vilket otroligt jobb du gjorde idag, alltså du kom ju hit. Hur lyckades du med det? Du gick ju faktiskt ut från din lägenhet idag, och så kunde vi prata om det. Liksom hur fixade du att göra det, hur var det? Ja men jag ville liksom verkligen och det var ju jätte jobbigt. Så hur hon, hennes tankar vad som gjorde, att hon faktiskt lyckades komma”

En summering av detta tema skulle därmed vara att ur resultaten framkommer, att de olika terapeuterna trots sina skillnader, ändå delar några gemensamma punkter i relation till deras synsätt och sociala konstruktion av social fobi, där majoriteten framhåller liknande problemområden nämligen deltagande i samhället, vänskapsrelationer samt skolgång. Vad som kan förklara denna likhet är, att eftersom de både terapeutiska inriktningarna till en viss del baserar deras sociala konstruktion på är, vad de barn och ungdomar med social fobi framhåller i mötet med terapeuten kring dess problematik och föredragna framtid. Dessa problem och föredragna framtider utgör de unga patienternas/klienternas sociala

konstruktioner av social fobi, skapade i andra sociala sammanhang, t.ex. skolan, vilka därför ser relativt liknande ut för alla dessa barn och ungdomar med social fobi, men påverkar terapeuternas sociala konstruktion i mötet.

Men det existerar även gemensamma drag i behandling, där de både terapeutiska inriktningarna bygger på ett klientcentrerat behandlingsarbete, som inleder behandlingen med en sammanhangsmarkering av den unge patientens/klientens syfte och mål med behandlingen, som de sedan bygger upp resterande behandling på.

Men de använder en metod som uppvisar gemensamma drag nämligen exponering, där KBT använder denna på så sätt, att den unge ska utsättas för det ångestframkallande och baseras på den kognitiva modellen och den unges problematik, som den uttrycker i mötet. Den lösningsfokuserade korttidsterapins exponering utgår istället ifrån den lokala kunskapen och arbetar mycket med skillnader som kan och har uppstått, om individen hade utsatt sig för det som är ångestframkallande.

SLUTDISKUSSION

Fokusen för denna uppsats var att se på vilket sätt terapeuter inom kognitiv beteendeterapi samt lösningsfokuserad korttidsterapi ser på social fobi hos barn och ungdomar och hur det påverkar deras behandlingsarbete med dessa individer. Eftersom detta är två olika typer av terapiformer, som har två olika fokus på vad som ska arbetas med i behandling av social fobi, d.v.s. den ena är problemfokuserande och den andra är lösningsfokuserande, så var även en annan del av syftet att se om det trots denna skillnad ändå fanns några gemensamma punkter.

Vi har valt att presentera slutsatsen kring hur de olika delarna hänger ihop utifrån deras ursprungliga som bygger på frågorna i vår frågeställning.

Tema 1: Hur kan terapeuters syn på hur social fobi yttrar sig hos individer under 18 år se ut om de jobbar med kognitiv beteendeterapi och lösningsfokuserad korttidsterapi?

Vad som framkom i intervjuerna kring de olika terapeuternas syn på hur social fobi yttrar sig hos individer under 18, var svar som vi ansåg främst kunde kopplas till deras respektive teoretiska utbildning samt deras möten med patienter/klienter som hade, eller tros hade social fobi. Detta medförde att dessa två påverkansfaktorer, teoretisk utbildning samt möten med unga patienter/klienter till stor del utgjorde deras sociala konstruktion av social fobi. Detta utslöt inte, att deras olika sociala konstruktion även utgörs av andra faktorer, men fokus lades på dessa två påverkansfaktorer, eftersom respondenternas svar främst visade koppling till dessa.

KBT-terapeuternas svar, och därmed, till stor del deras sociala konstruktion av social fobi, utgjordes därför dels av teoretiska utgångspunkter, där Clark och Wells kognitiva modell samt kriterierna för social fobi i DSM-IV(2000, bilaga 4) var särskilt påtagliga på olika sätt. Den delen av den sociala konstruktionen av social fobi, som var kopplad till kriterierna i DSM-IVs, då främst punkterna D och E, framträdde främst vid diskussioner kring jämförelser mellan individer som lider av social fobi och individer som inte gör detta, då även inkluderat blyga barn och ungdomar, där det istället sågs som ett personlighetsdrag. De övriga svaren

kring deras syn på social fobi, vilket speglar deras sociala konstruktion av social fobi, utgick från hur denna var problematisk för individen, vars tankesätt till stor del var kopplat till den kognitiva modellen, på olika sätt. KBT 1s svar tenderade att fokusera på de beteendemässiga och kroppsmässiga delarna, som framträdande vid social fobi, genom att den framhöll att individen ska uppleva ångest vid vissa situationer och försöka undvika dessa. Även KBT 2s svar tenderade att fokusera på de beteendemässiga och kroppsliga delarna i den kognitiva modellen, genom att den framhöll kroppsliga symtom, som rodnad vid vardagliga situationer, t.ex. handla mat, vilket ledde till ett undvikande av dessa. Men KBT 2s svar fokuserade även till viss del på de tankemässiga delarna i den kognitiva modellen, i form av att den utgick från en tanke att inte bege sig iväg, förrän ångesten hade försvunnit. Men det var inte enbart svar kopplade till de teoretiska utgångspunkterna som framkom i intervjuerna, utan även svar kopplade till möten med klienter, som därmed även var kopplade till KBT-terapeuternas syn på social fobi. Dessa svar utgjordes av vad de barn och ungdomar, som de haft i möten, hade framhållit angående deras problematik, vilket medförde att terapeuternas sociala konstruktion dessutom innebar ett tankesätt, om att trots att terapeuten kan ha hypoteser om den unges problem, så är det fortfarande den unge som är experten på sin problematik och att social fobi kan se olika ut för olika barn och ungdomar.

De lösningsfokuserade korttidsterapeuternas sociala konstruktion av social fobi å sin sida utgick från en annan tanke, där respondenterna inte baserade sina svar på några diagnoskriterier, utan istället på teorin om lokal kunskap, som därmed resulterade i en social konstruktion av social fobi, baserad på stor del av vad deras klienter valde att lyfta fram i samtalen. De problem eller föredragna framtider, som klienterna har valt att framhålla i samtalen, har därmed på sätt och vis lagt en grund för majoriteten av de lösningsfokuserades korttidsterapeuternas syn och därmed sociala konstruktion av social fobi, vilket resulterade i att de framhöll symtom, som t.ex. ångest att redovisa inför klassen, att känna sig isolerad eller rädsla för att ta kontakt med folk, men även att klienterna t ex uttryckte, att de ville komma ut mer och ta mer plats.

Dock ska framhållas att respondenterna till viss del skiljde sig åt, då främst LFKT 4 som framhåller att den inte har någon uppfattning om social fobi, eftersom den inte arbetar med diagnoser.

Eftersom de lösningsfokuserade i sina svar och därmed sociala konstruktion av social fobi, utgick från den lokala kunskapen som den unge klienten framhöll i mötet, så lägger den inget fokus på etiketter som social fobi eller blyghet, utan istället vad den unge klienten vill framhålla eller kalla det.

Tema 2: Hur kan terapeuter som jobbar med kognitiv beteendeterapi och lösningsfokuserad korttidsterapi behandla individer under 18 år med social fobi utifrån sin syn på ångestsjukdomen?

Vad som framkommer av resultat/analys avsnittet är, att de sociala konstruktioner som framkommer i tema 1 för de respektive terapeutiska inriktningarna, förhåller sig på olika sätt i relation till behandlingen av barn och ungdomar med social fobi.

I relation till behandling inom KBT utgår de kognitiva beteendeterapeuterna till stor del från deras sociala konstruktion av social fobi, men den har vid behandlingen bytt karaktär. Den intar i behandlingen en mer flyktig karaktär, där den sociala konstruktionen omkonstrueras som en följd av ett större inflytande av

vad unga patienter lyfter fram som sin syn på sin problematik, än i tema ett. Men terapeuternas sociala konstruktion av social fobi påverkas fortfarande även till stor del av dess teoretiska utgångspunkt, vilket inom behandlingen innebär den kognitiva modellen. Dessa två påverkningsfaktorer, vad den unge framhåller i mötet kring dess problematik samt den kognitiva modellen, ligger sedan till grund för de behandlingsmetoder som genomförs. Dessa är främst påtagliga i den meningen, att de metoder som används, kommer att utgå från vad den unge framhåller som problematiskt, där samarbete mellan den unge och terapeuten och motivation hos den unge är viktiga kriterium. Men de metoder som genomförs utgår även från den kognitiva modellen i den formen, att den till stor del förklarar metodernas syfte och bakomliggande mekanismer. De båda uttrycker, att de främst arbetar beteendeinriktat och då genom exponering, vilken utgår från de problem som den unge uttrycker att den sociala fobin har medfört och har som syfte att bryta deras negativa beteenden, vilket kan sägas vara kopplat till den beteendemässiga delen i den kognitiva modellen. Men de arbetar även till stor del med att få individen att tänka om, genom t.ex. kognitiva tekniker och skalor, där de utgår från vad den unge tänker om de problematiska situationerna, vilket kan sägas vara kopplat till den tankemässiga biten i den kognitiva modellen i Kåver. Detta innebär, att vid arbete med den unge, så utgår den från dess framställning av dess problematik och metoderna som används kopplas främst till de beteendemässiga och tankemässiga delarna i den kognitiva modellen, vars metoder respondenterna kan koppla till ett arbetssätt, som utgörs av att de arbetar med dessa antingen separat eller tillsammans. Men som de både uttrycker, så påverkar symtomen varandra ömsesidigt i denna kognitiva modell.

De lösningsfokuserade korttidsterapeuternas sociala konstruktion av social fobi förhåller sig väldigt lite till dess behandling, eftersom denna bygger på det som Korman framhåller som lokal kunskap och därmed är det vad den unge framför och lösningar av den unges problem som är fokus i behandlingen och inte hur terapeuten uppfattar social fobi. Det lösningsfokuserade korttidsterapeutiska arbetssättet utgår därför generellt ifrån, hur de unga klienterna uttrycker de vill ha det istället och klientens kunskap, som förutom att kunna kopplas till Kormans teori om lokal kunskap, även kan kopplas till Jong och Bergs grundläggande 5 faser i lösningsfokuserad korttidsterapi, vilka är generella för alla klienter. Detta är något som går i linje med respondenternas svar, nämligen att eftersom de inte ser till problemet utan istället vad klienten vill lyfta fram, så gör de precis på samma sätt med klienterna med social fobi, som de övriga. Respondenternas svar, i linje med de grundläggande faserna, utgörs generellt sätt av följande moment att fokusera på, vad den unge klienten vill framhålla i samtalen och hur den vill att dess föredragna framtid ska se ut, vilket görs i generella drag genom att kartlägga hur klienten tror terapeuten kan vara behjälplig, få fram beskrivningar över hur klienten hade märkt om dess problem inte hade varit kvar, för att få fram välformulerade mål och till sist leta fram undantag när problemet inte existerar. Till sin hjälp i dessa moment för att få en så klar bild så möjligt av vad klienten föredragna framtid och för att leta undantag i klientens vardag är två vanliga metoder mirakelfrågan och skalor, som i linje med Kormans teori om lokal kunskap bygger på, just vad den unge klienten framhåller som dess mirakel och när den upplever att det sker undantag i vardagen.

De lösningsfokuserade korttidsterapeuterna uttrycker att dessa två metoder är bra, för att mirakelfrågan medför en detaljrikedom i klientens föredragna framtid som

de utgår ifrån, medan skalor kan hjälpa klienten fokusera på vilka förmågor klienten redan har börjat använda sig av, i form av undantag.

Tema 3: Vilka likheter kan det finnas mellan lösningsfokuserad korttidsterapi och kognitiv beteendeterapi i deras behandling av social fobi hos individer under 18 år?

Trots att dessa två terapeutiska inriktningar skiljer sig åt gällande fokus, sociala konstruktion av social fobi och därmed behandlingsformer, så existerar det några gemensamma punkter eller likheter sinsemellan, vilket gäller både deras sociala konstruktioner av social fobi samt arbetsätt vid behandling.

Likheterna i relation till deras sociala konstruktion finns i, att majoriteten av respondenterna, både KBT-terapeuter samt lösningsfokuserade korttidsterapeuter, framhåller liknande problem som barn och ungdomar som har social fobi kan framhålla, om än på olika sätt. Vanliga problemområden, som både dessa framhåller, är delaktighet i samhället, vänskapsrelationer samt skolgång. Vad som kan förklara denna likhet är, som framförts i tema 1 och i relation till Hackings teori om idéer, att genom att båda terapeutiska inriktningars sociala konstruktion av social fobi till viss del påverkas av de möten och den problematik som deras unga patienter/klienter framhåller. Dessa unga patienter/klienter kommer från ungefär samma matris, inom vilken deras sociala konstruktioner av social fobi formas. Dessa sociala konstruktioner av social fobi, som de unga patienterna/klienterna har förvärvat, påverkar senare till viss del terapeuternas konstruktion av social fobi, då de unga patienterna/klienterna i terapisaftalen, i t.ex. inledningen till behandlingen, lyfter fram hur de ser på sin problematik och framhåller sina problem med den sociala fobin, på olika sätt. Men dessa problem ser ut på samma sätt, oberoende av vilken terapiform de går till, eftersom dessa patienter/klienter har blivit formade inom ungefär samma sociala sammanhang eller matris, t.ex. skolan och därmed anammat en liknande social konstruktion av social fobi. Denna likhet mellan patienternas/klienternas sociala konstruktioner av social fobi kommer därför att uttrycka sig på någorlunda samma sätt i terapisaftalen, oberoende på terapiform, vilket därmed formar en viss form av homogenitet i de båda terapeutiska inriktningarnas sociala konstruktion av social fobi.

Men det existerar även gemensamma punkter sinsemellan de båda terapeutiska inriktningarna i relation till deras behandling, vilket kan ses i dem bådars första stadiet av behandlingen som utgörs av en sammanhangsmarkering av varför patienten/klienten kommit till terapeuten och som sedan ligger till grund för hur behandlingen ska utformas. I relation till detta framhåller de båda terapeutiska inriktningarna, att deras arbete bygger på samarbete mellan terapeuten och den unge patienten/klienten, vilket därmed gör att patientens/klientens motivation är viktig för behandlingsarbetet.

Vad som då kan tänkas vara viktigt att lyfta fram i detta sammanhang är, vi tror det är viktigt för att samarbetet ska fungera och individen ska uppleva en motivation för att fortsätta behandlingen, att den unge patienten/klienten förvärvat terapeutens synsätt, vilket kan gälla för båda terapeutiska inriktningarna, oavsett att deras synsätt skiljer sig åt. Vi menar att om den unge går i terapi hos en lösningsfokuserad terapeut, så är det viktigt för samarbetet och dess motivation att

den anammar det lösningsfokuserade tänkandet och att inte fokusera på sin problematik, utan istället på sin föredragna framtid och dess resurser. Men går den unge istället i terapi hos en kognitiv beteendeterapi, är det viktigt att den anammar dennes synsätt och börjar tänka i samma banor som terapeuten, för att förstå metoderna och de bakomliggande tankarna bakom dem. Anammar inte den unge dessa tankesätt, så tror vi att terapin kan uppfattas som frustrerande.

Men det finns dessutom en annan likhet mellan de båda terapeutiska inriktningarna, som framkommer av analysen av terapeuternas svar, nämligen att de båda på olika sätt använder sig av exponering i sin behandling. Dess användning inom de båda terapeutiska inriktningarna kan kopplas till olika tankesätt, nämligen hos KBT-terapeuterna till deras sociala konstruktion av social fobi i relation till vad den unge patienten lyfter fram som problematiskt samt den kognitiva modellen. Hos de lösningsfokuserade korttidsterapeuterna kan exponeringen istället främst kopplas till den lokala kunskapen samt användandet av resurser som Korman framhåller är väsentlig i det lösningsfokuserade arbetet. Detta uttrycker sig i två olika sätt att använda metoden/tekniken, där KBT-terapeuterna till stor del utgår ifrån vad den unge patienten framhåller som problematiska och ångestfyllda situationer för att exponeras mot dessa, som då även påverkar alla andra symtom, som den unga patienten uttrycker i den kognitiva modellen. De lösningsfokuserade korttidsterapeuterna utgår i sin användning av metoden/tekniken istället från den lokala kunskapen som Korman(2002b) framhåller, vilket därför innebär att exponeringen utifrån lösningsfokuserad korttidsterapi kommer att bygga på skillnader, som exponeringen skulle ha och har inneburit, när den unge klienten redan tidigare har utsatts för det som är ångestframkallande och som den då ska göra fler gånger. Även fast dessa två exponeringsmetoder/tekniker skiljer sig i vad de grundar sig på och hur de används, så är syftet med dem fortfarande detsamma, att individen ska utsätta sig för det som genererar dess ångest. Detta anser vi gör att exponering kan ses som en viktig nyckel för att den unge ska kunna hantera sin sociala fobi. Vare sig det uttrycker sig i att individen hittar dit genom metoder, som bygger på skillnader eller som bygger på en kartläggning av problemet, vilket leder till planerade exponeringsövningar, så innebär detta möte, som är upphov till dess ångest, att individens problematik minskar.

Förslag på framtida forskning

Vår studie har undersökt på vilket sätt terapeuter inom kognitiv beteendeterapi samt lösningsfokuserad korttidsterapis syn på social fobi hos barn och ungdomar påverkar deras behandlingsarbete med dessa individer.

Vad som framkommit i studien är att där finns några gemensamma punkter gällande både terapeuternas synsätt samt behandling, varvid då framtida forsknings fokus skulle kunna ligga på hur detta påverkar individen i behandling i en större utsträckning än vad vi har gjort i detta arbete. Detta skulle kunna innebära studier i den form av hur klienter ser på sina problem i slutet av behandling i relation till när de inledde behandlingen, där man skulle kunna jämföra dessa resultat sinsemellan de båda terapeutiska inriktningarna.

REFERENSER

American Psychiatric Association, 2000. *Mini-D IV Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR*. Kristianstad; Pilgrim press

Bryman, Alan, 2011. *Samhällsvetenskapliga metoder*. Stockholm: Liber AB

Corcoran, Jacqueline, 2006. A comparison group study of solution-focused therapy versus "treatment- as-usual" for behavior problems in children, *Journal of social service research*, 33, 69-81

De Shazer, Steve, 1997. *Ledtrådar: undersökning av lösningar i korttidsterapi*. Stockholm: Mareld

Hacking, Ian, 2005. *Social konstruktion av vad?* Stockholm: Thales

Jong, Peter De & Berg, Insoo Kim, 2011. *Att bygga lösningar: en lösningsfokuserad samtalsmodell*. Lund: Studentlitteratur AB

Kvale, Steinar & Brinkmann, Svend(2009) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur

Kåver, Anna, 2010. *Social fobi. Att känna sig granskad och bortgjord*. Stockholm: Natur & Kultur.

Kåver, Anna, 2006. *KBT i utveckling – En introduktion till kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Natur och Kultur

Larsson, Maria & Farm, Winsung, Håkan, 2005. *Fri från oro, ångest och fobier – råd och tekniker från kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Forum

Ottosson, Jan-Otto & Délia, Giacomo, 2008. *Rädsla, oro, ångest- behandling i samarbete*. Stockholm: Liber AB

Svirsky, Liv, Thulin, Ulrika, 2006. *Mer än blyg*. Stockholm: Cura Bokförlag AB

Elektroniska källor

George, M. Cindy, 2008. Solution-Focused Therapy: Strength-Based Counseling for Children With Social Phobia > <http://www.cimorgecounseling.com/Solution-Focused%20Therapy%20Document.pdf> < (2014-01-05)

Korman, Harry, 2002a. Det gemensamma projektet: > http://sikt.nu/Articl_and_book/Det%20gemensamma%20projektet.PDF < (2014-01-02)

Korman, Harry, 2002b. Kulturen och pilen: > http://sikt.nu/Articl_and_book/Kulturen%20och%20Pilen.PDF < (2013-12-21)

BILAGOR

Bilaga 1

Intervjuguide

- Vad är dina arbetsuppgifter på den här arbetsplatsen?
- Hur länge har du jobbat här?
- Hur skulle du vilja beskriva din uppfattning av hur social fobi yttrar sig hos barn och ungdomar?
- Hur uttrycker social fobi vanligtvis sig hos era patienter? Hur visar de den?
- Hur många barn och ungdomar med social fobi brukar ni hjälpa ungefär varje år?
- Hur arbetar du med kognitiv beteendeterapi/lösningfokuserad korttidsterapi med barn och ungdomar med social fobi?
- Vilka av dessa arbetsmetoder/tekniker är vanligast när du arbetar med social fobi hos barn och ungdomar?
- Hur bedömer ni hur ni ska arbeta med barnet?
- Skiljer sig metoderna från individ till individ, beroende på dess personlighet?
- Hur vanligt är det att barnet lär sig hantera/leva med sin sociala fobi? frisk?

<p>Studieansvarig/a:</p> <p>Magnus Friman magnusfriman90@gmail.com</p> <p>Björn Gustafsson bjorngustafsson89@gmail.com</p>	<p>Studerar vid Malmö högskola, Fakulteten vid hälsa och samhälle, 205 06 Malmö, Tfn 040- 6657000</p> <p>Utbildning: Socionomprogrammet</p> <p>Nivå: Kandidat</p>
---	--

Kort presentation: Vi som genomför kandidatuppsatsen heter Björn Gustafsson och Magnus Friman och studerar på socionomprogrammet på Malmö Högskola, termin 6.

Syfte: Vårt syfte med uppsatsen är att se hur social fobi yttrar sig hos individer under 18 år samt att jämföra hur dessa individer kan behandlas utifrån kognitiv beteendeterapi och lösningsfokuserad korttidsterapi. Vi vill genomföra en intervju med er verksamhet eftersom ni besitter kompetens som vi förmodar vi kan ha nytta av i vår uppsats.

Genomförande: Vi har valt att genomföra intervjuer för vår datainsamling och strävar efter att göra 6 stycken olika intervjuer och vi har valt intervjudeltagare utifrån vilka vi tror kan hjälpa oss uppfylla vårt syfte med uppsatsen. Varje intervju som vi ska genomföra kommer ta ungefär 30-40 minuter och ljudinspelningar samt anteckningar av intervjuerna kommer att ske.

Konfidentialitet: För att uppnå största möjliga konfidentialitet kommer en avidentifiering av intervjupersonen och arbetsplatsen att ske för att deltagarna inte ska kunna identifieras och istället kommer fiktiva namn att användas i kandidatuppsatsen. Ljudinspelningarna samt anteckningar från intervjuerna kommer att förvaras krypterat och inlåst så att enbart behöriga till kandidatuppsatsen har tillgång till materialet. När kandidatuppsatsen är slutförd kommer materialet att raderas.

Frivillighetskravet: Deltagandet i intervjun sker med intervjupersonens samtycke och intervjupersonen kan när som helst avsäga sitt deltagande utan närmare motivering.

Ett kontrakt gällande detta kommer att finnas på plats vid intervjun för att säkerställa att informanterna till fullo är införstådda angående vad deltagandet innebär.

Har ni frågor så tveka inte att kontakta oss på våra mailadresser som står ovan

Med vänliga hälsningar: Magnus och Björn

Härmed tillfrågas Du om deltagande i studien

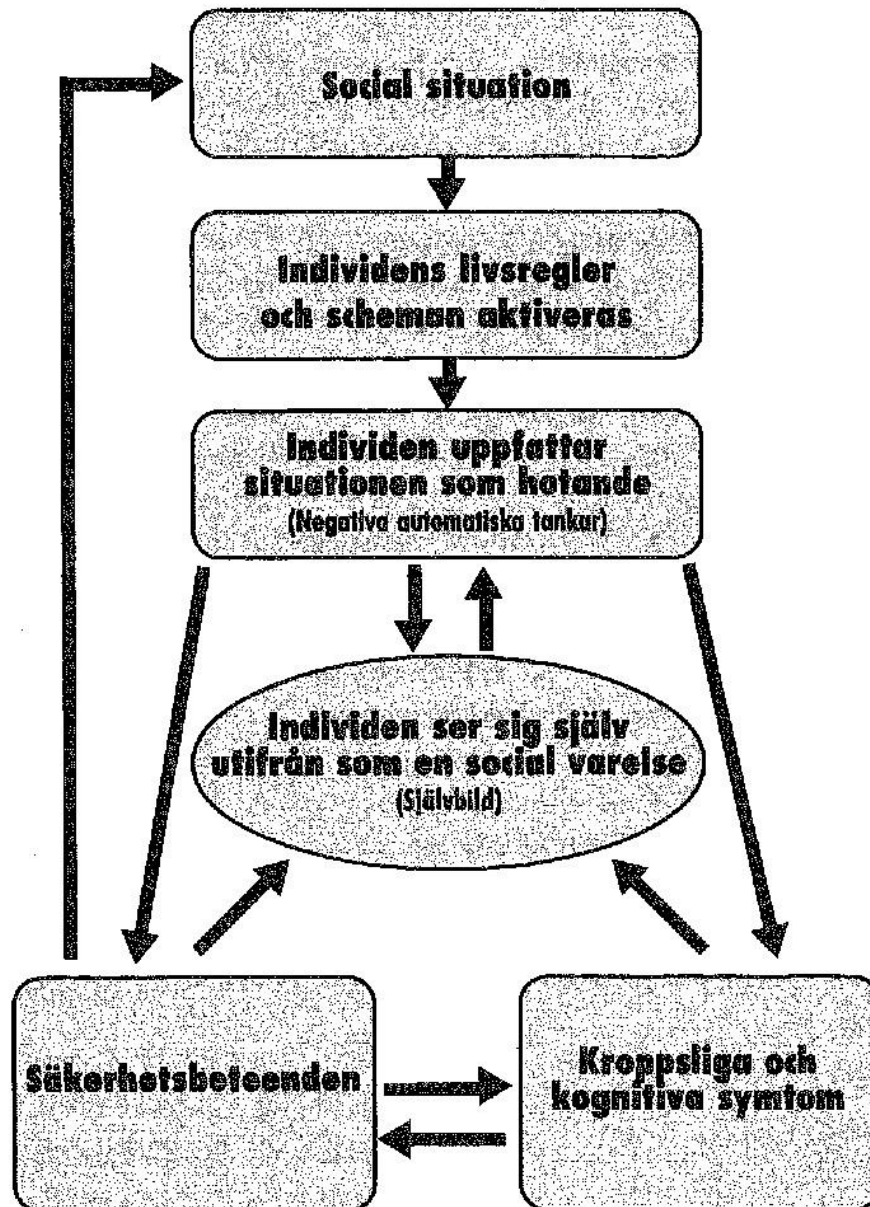
Bilaga 2

Samtyckeskontrakt

Bilaga 3

Den kognitiva modellen

Så här kan en kognitiv modell för social fobi se ut:



Figur 2. Kognitiv modell för social fobi

Bilaga 4

Kriterier för social fobi i DSM-IV

■ 300.23 Social fobi F40.1

- A. En uttalad och bestående rädsla för en eller flera olika sociala situationer eller prestationssituationer som innebär exponering för okända människor eller risk för kritisk situationellt betingad eller situationellt predisponerad panikattack. **Obs:** Hos barn kan ångesten ta sig uttryck i gråt, vredesutbrott eller i att barnet blir stelt av skräck eller undviker samvaro med främmande människor.
- C. Insikt om att rädslan är överdriven eller orimlig. **Obs:** Detta behöver inte gälla hos barn.
- D. Den fruktade sociala situationen eller prestationssituationen undviks helt, alternativt ut hårdas under intensiv ångest eller plåga.
- E. Antingen stör undvikandet, de ångestladdade förväntningarna eller plågan i samband med de fruktade sociala situationerna eller prestationssituationerna i betydande grad ett normalt fungerande i vardagen, i yrkeslivet (eller i studier), i sociala aktiviteter eller relationer, eller så lider personen påtagligt av att ha fobin.
- F. Hos personer under arton år skall varaktigheten vara minst sex månader.
- G. Ångesten eller undvikandet beror inte på direkta fysiologiska effekter av någon substans (t ex missbruksdrog, medicinering) eller någon somatisk sjukdom/skada och förklaras inte bättre med någon annan psykisk störning (t ex paniksyndrom med eller utan agorafobi, separationsångest, dysmorfofobi, en genomgripande störning i utvecklingen eller schizoid personlighetsstörning).
- II. Om det samtidigt föreligger någon somatisk sjukdom/skada eller någon annan psykisk störning eller sjukdom så har inte rädslan enligt kriterium A något samband med denna; t ex rädslan gäller inte talsvärigheter vid stamning, skakningar vid Parkinsons sjukdom eller uppvisande av onormalt ätbeteende vid anorexia nervosa eller bulimia nervosa.