

Stockholms Universitet
Institutionen för socialt arbete
Socionomlinjen, Socialhögskolan
C-uppsats 10 poäng, VT 2006

Ridterapi

Hästunderstödd behandling inom psykiatrin

**Elisabeth Broström
Therese Holtz**

Handledare: Birgitta Berg Wikander

Abstrakt

Ridterapi – Hästunderstödd behandling inom psykiatri

Elisabeth Broström och Therese Holtz

Studiens syfte var att öka kunskapen och förståelsen för vilken betydelse ridterapi kan ha för patienter inom psykiatri. Studiens frågeställning var: Vilken betydelse kan ridterapi ha för att minska problematiken och öka välbefinnandet för patienter inom psykiatri avseende livsmening, självbild, psykisk hälsa och social situation? För att besvara frågeställningen tillämpades en mixad metod vilken bestod i en kvantitativ och en kvalitativ del. Den kvantitativa delen bestod i en enkätundersökning riktad till 25 patienter inom psykiatri i Skellefteå som vid undersökningstillfället deltog i ridterapi. Den kvalitativa delen utgjordes av en fokusgruppsintervju med fyra behandlare som arbetar med ridterapi i Skellefteå. Resultaten i studien visar att ridterapi har påverkat dessa patienter positivt inom alla undersökta variabler. Patienterna har fått en ökad känsla av livsmening, de har fått en bättre syn på den egna personen, den psykiska hälsan och den sociala situationen har förbättrats. Studiens resultat analyserades i ett mångdimensionellt perspektiv utifrån en postpositivistisk forskningsansats. Analysverktygen var kognitiv teori, KASAM och begreppet återhämtning. Resultatet ligger i linje med tidigare forskning.

Sökord: ridterapi, häst, behandling, hästunderstödd behandling och psykosocial behandling.

TACK!

Vi vill tacka de patienter som medverkat i enkätundersökningen och behandlarna som deltog i fokusgruppen. Ett speciellt tack till kursansvarig Sam Larsson för inspiration och motivation. Vi vill även tacka vår handledare Birgitta Berg-Wikander.

1	INLEDNING	1
1.1	FÖRFÖRSTÅELSE	1
1.2	SYFTE.....	2
1.3	FRÅGESTÄLLNING	2
1.4	RIDTERAPI OCH SOCIALT ARBETE.....	2
2	BAKGRUND	2
2.1	DEFINITION AV DET CENTRALA BEGREPPET RIDTERAPI	2
2.2	TIDIGARE FORSKNING	2
2.2.1	<i>Psykisk ohälsa</i>	2
2.2.2	<i>Djurens betydelse för den psykiska hälsan.....</i>	4
2.2.3	<i>Hästen och människan.....</i>	4
2.2.4	<i>Ridterapi.....</i>	5
2.2.5	<i>Ridterapi vid psykisk ohälsa.....</i>	5
2.3	RIDTERAPIN INOM PSYKIATRISK VERKSAMHET I SVERIGE.....	7
2.4	UTBILDNING TILL RIDTERAPEUT	8
3	METOD	8
3.1	VETENSKAPSFILOSOFISK POSITION	8
3.2	DESIGN	9
3.3	DATAINSAMLING	9
3.3.1	<i>Studiens teman.....</i>	9
3.3.2	<i>Kvantitativ enkät.....</i>	9
3.3.3	<i>Kvalitativ fokusgruppsintervju.....</i>	11
3.4	DATAANALYS	12
3.4.1	<i>Kvantitativ analys.....</i>	12
3.4.2	<i>Kvalitativ analys.....</i>	12
3.4.3	<i>Gemensam analys av kvantitativa och kvalitativa resultat.....</i>	13
3.5	VALIDITET OCH RELIABILITET	13
3.5.1	<i>Validitet kvantitativa delen.....</i>	13
3.5.2	<i>Validitet kvalitativa delen.....</i>	13
3.5.3	<i>Reliabilitet kvantitativa delen.....</i>	13
3.5.4	<i>Reliabilitet kvalitativa delen.....</i>	14
3.5.5	<i>Triangulering.....</i>	14
3.5.6	<i>Generaliserbarhet.....</i>	14
4	TEORETISKA PERSPEKTIV OCH BEGREPP	14
4.1	KOGNITIV TEORI	14
4.1.1	<i>Kognition.....</i>	15
4.1.2	<i>Tankar på olika nivåer</i>	15
4.1.3	<i>Kognitiv syn på psykiska problem</i>	16
4.2	KÄNSLAN AV SAMMANHANG - KASAM.....	16
4.3	ÅTERHÄMTNINGSBEGREPPET	17
5	RESULTAT ENKÄTDATA	18
5.1	TEMA 1 – BAKGRUND	18
5.2	TEMA 2 – LIVSMENING.....	19
5.2.1	<i>Belysande citat tema 2.....</i>	20
5.2.2	<i>Kommentar tema 2.....</i>	20
5.3	TEMA 3 – SJÄLVBILD.....	20
5.3.1	<i>Belysande citat tema 3.....</i>	22
5.3.2	<i>Kommentar tema 3.....</i>	22
5.4	TEMA 4 – PSYKISK HÄLSA	22
5.4.1	<i>Belysande citat tema 4.....</i>	24
5.4.2	<i>Kommentar tema 4.....</i>	24
5.5	TEMA 5 – SOCIAL SITUATION	24
5.5.1	<i>Belysande citat tema 5.....</i>	25
5.5.2	<i>Kommentar tema 5.....</i>	25
5.6	SAMMANFATTANDE KOMMENTAR ENKÄTEN	25

6	RESULTAT FOKUSGRUPPSINTERVJU	26
6.1	REDOVISNING AV FOKUSGRUPPSINTERVJUN	26
6.2	OM INTERVJUPERSONERNA	26
6.3	TEMA 1 – BAKGRUND	26
6.3.1	<i>Kommentar tema 1</i>	27
6.4	TEMA 2 – LIVSMENING.....	27
6.4.1	<i>Kommentar tema 2</i>	29
6.5	TEMA 3 – SJÄLVBILD.....	29
6.5.1	<i>Kommentar tema 3</i>	30
6.6	TEMA 4 – PSYKISK HÄLSA.....	30
6.6.1	<i>Kommentar tema 4</i>	31
6.7	TEMA 5 – SOCIAL SITUATION	32
6.7.1	<i>Kommentar tema 5</i>	33
6.8	SAMMANFATTANDE KOMMENTAR FOKUSGRUPPSINTERVJU	33
7	ANALYS AV KVANTITATIVA OCH KVALITATIVA DATA	34
7.1	TEMA 1 – BAKGRUND	34
7.2	TEMA 2 – LIVSMENING.....	34
7.3	TEMA 3 – SJÄLVBILD.....	35
7.4	TEMA 4 – PSYKISK HÄLSA	35
7.5	TEMA 5 – SOCIAL SITUATION	36
7.6	HELHETSANALYS	36
7.6.1	<i>En multidimensionell helhetsanalys</i>	36
7.6.2	<i>Prövning av alternativ tolkning</i>	37
7.6.3	<i>Behovet av fortsatt processanalys</i>	38
7.6.4	<i>Ridterapi och socialt arbete</i>	38
8	DISKUSSION.....	38
8.1	RESULTATPROFIL, BESVARANDE AV FRÅGESTÄLLNINGEN	38
8.2	CENTRAL TEORETISK TOLKNING AV RESULTATPROFILERNA	38
8.3	METODDISKUSSION	39
8.4	FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING	40
REFERENSER.....		
BILAGA 1. ENKÄTENS INFORMATIONSBREV.....		
BILAGA 2. ENKÄTEN.....		
BILAGA 3. INTERVJUGUIDE.....		
BILAGA 4. DISKUSSIONSUNDERLAG.....		
BILAGA 5. SAMTYCKE		

1 Inledning

Ridterapi används idag som ett komplement till behandling inom psykiatri för patienter med varierande problematik. Tanken med ridterapi är bland annat att ge patienten ökad kroppskännedom, att lära patienten reglera fysisk och psykisk spänning, att bryta isolering och umgås med andra i grupp, att lära sig hantera rädsla och utveckla sin inre styrka. Ytterligare intentioner med behandlingen är att ersätta negativa tankar och få positiva erfarenheter, att hitta sin viljekraft och att sätta mål och att träna tydlighet i verbal- och icke verbal kommunikation. Från patientens sida krävs motivation och oftast annan behandling parallellt med ridterapi.

Inom det sociala arbetet är det viktigt att se alternativ och möjligheter för att hitta nya infallsvinklar och perspektiv på de problem man möter och på de lösningar man söker. Vi tror att det är av betydelse att informera om nya tankesätt och vägar som prövas och utformas för att utveckla det sociala arbetet. Det sociala arbetet sker inom många områden och därför tror vi att vår uppsats kan vara av intresse för flera yrkesgrupper som jobbar med människor. Under vår utbildning har vi lärt oss att socionomens uppgift är att se till helheten vilket inom psykiatri kan betyda att en patient kan behöva olika insatser för att utvecklas gynnsamt. Ridterapi kan utgöra ett komplement till redan väl etablerade behandlingsformer.

Då vårt intresseområde är ridterapi inom psykiatri har vår studie fokuserat på just detta. Forskning om ridterapi inom detta specifika område är dock begränsat. Vi har av den anledningen valt att vidga vårt perspektiv gällande urval av forskning och litteratur genom att beröra forskning gällande psykisk ohälsa i samhället och djurens betydelse för människans välbefinnande.

1.1 Förförståelse

Vår förförståelse gällande ridterapi skiljde sig åt en del innan denna studie påbörjades. En av författarna, Elisabeth, har arbetat som ridlärare och på behandlingshem för tonårsflickor där hästar använts som en del i behandlingen och sett hur hästar och ridning kan påverka människan. Therese, studiens andra författare, red som liten och blev i samtal med Elisabeth nyfiken på ridterapi som behandlingsform. Intresset för denna studie väcktes, då en artikel i kommunalarbetaren beskrev verksamheten Passage som ingår i Skellefteås psykiatriska klinik (Göthlund, 2004). Det framgick i artikeln att ridterapi var en vedertagen behandlingsform inom psykiatri i Skellefteå och det var glädjande att få bekräftelse för våra tankar om hästens förmåga att hjälpa/behandla/rehabilitera människor.

Vår gemensamma förförståelse är att ridterapi är en mycket användbar behandlingsform. Den används inom flera områden såsom somatisk rehabilitering, psykosocial behandling och även för svårt psykiskt sjuka människor. Vi har valt att begränsa oss till den ridterapi som riktar sig till de psykiskt sjuka. Vår förförståelse är att ridterapi kan leda till förbättring hos patienterna i många avseenden, t.ex. ökad känsla av livsmening och förbättrat självförtroende. Behandlare som arbetar med ridterapi anser att denna behandlingsform lämpar sig för de flesta patienter oavsett problematik och personlighet (Dokken & Leijonhielm, 2005, Cardell, 2006). Detta är något som vi tror på, men patientens egen motivation och viljan att rida eller vara tillsammans med hästen är förutsättningar för goda resultat. Utifrån denna förförståelse har vi utformat vår studie.

1.2 Syfte

Syftet med studien är att öka kunskapen och förståelsen för vilken betydelse ridterapi kan ha för patienter inom psykiatrin.

1.3 Frågeställning

Vilken betydelse kan ridterapi ha för att minska problematiken och öka välbefinnandet för patienter inom psykiatrin avseende livsmening, självbild, psykisk hälsa och social situation?

1.4 Ridterapi och socialt arbete

Denna studie kan vara av intresse för alla som arbetar inom socialt arbete där möjligheten finns att använda hästen som ett redskap i psykosocialt behandlingsarbete med människor. Det kan även vara av intresse för socionomer som arbetar inom socialtjänsten och andra områden för att se vad det går att åstadkomma med hästen som hjälpmedel för människor som har psykosociala problem. Inom ridterapi används hästen i ett psykosocialt sammanhang med syfte att förbättra människans psykosociala situation vilket är ett av målen med socialt arbete (Hutchinsson, 1999, kap. 4-6).

2 Bakgrund

2.1 Definition av det centrala begreppet ridterapi

Med ridterapi menar vi all sorts verksamhet där hästen används som ett hjälpmedel för att förbättra den fysiska eller den psykiska hälsan hos en människa. Det kan ske genom ridning och undervisning i ridhus eller bara genom att vara med hästen och hantera den i stallet. De som arbetar med ridterapi är av flera olika yrkesprofessioner, t.ex. sjukgymnast, sjuksköterska, psykolog, socionom, skötare eller arbetsterapeut. Hart (2000:32) skriver att ridterapi kan användas för att stärka självförtroendet, den sociala kompetensen och förbättra livskvaliteten. Begreppet ridterapi är dock omdiskuterat. De som studerar till ridterapeuter i Östersund ombeds att inte kalla sig ridterapeuter när de är färdigutbildade eftersom det enligt tradition krävs legitimationsgrundande utbildning för att få kalla sig terapeut vilket ridterapeututbildningen inte är (Stenvall, personlig kommunikation, 2006).

Övriga teoretiska begrepp såsom t.ex. självbild och livsmening diskuteras närmare i kapitel 4: Teoretiska perspektiv och begrepp.

2.2 Tidigare forskning

2.2.1 Psykisk ohälsa

Den psykiska ohälsan är, efter ortopediska sjukdomar, den näst största diagnosgruppen, större än hjärt- och kärlsjukdomar. De psykiskt relaterade självmorden är tre gånger så vanliga som dödsfall i trafiken. Kostnaderna för psykisk ohälsa i samhället är mycket höga. 1992 beräknade psykiatriutredningen att de totala kostnaderna för sjukvård, socialtjänst, förtidspensioneringar, sjukförsäkringar, arbetsmarknadsåtgärder och produktionsbortfall var 50 miljarder kronor (Norling, 2001:6). Resultat kring den psykiska ohälsan visar att vanliga psykiska störningar som depression och ångest är mer handikappande för arbete, familj, rekreation och fritid än långvariga fysiska sjukdomar som hjärtsjukdomar, diabetes och ryggbesvär (Sandell, 1998, refererad i Norling, 2001:6).

Depression är den typ av ohälsa som, enligt WHO, växer snabbast och får störst konsekvenser gällande arbetsfrånvaro, produktivitet, självmord, vårdkonsumtion och splittring av familjer (Russo, 1985, refererad i Norling, 2001:20). Den behandling som dominerar gällande depression är egenbehandling i form av livsstils- och miljöförändringar. Denna kan bestå i att arbeta mindre, motionera mera, ha en sommarstuga, delta i gemenskap med andra, ha sällskapsdjur, m.m. De som har möjlighet och intresse för dessa aktiviteter klarar sig bättre än övriga. Det anses viktigt att kartlägga vilka aktiviteter och miljöer som enligt forskningen har positiva effekter, är hälsofrämjande och fungerar förebyggande etc. (Norling, 2001:20).

2.2.1.1 Återhämtning från svåra psykiska störningar

Rapporten Återhämtning från svåra psykiska störningar – En närstudie av vändpunkter (Topor, 1999) bygger på fem intervjuer av personer som återhämtat sig från svåra psykiska störningar. Av dessa personer har tre haft diagnosen schizofreni och de två övriga diagnoserna var affektiv psykos och personlighetsstörning. Syftet med studien var att undersöka vilka faktorer som personer, som tidigare haft svåra psykiska störningar, ansåg var betydelsefulla i den process som resulterat i totalt eller socialt återhämtande. Syftet var också att undersöka vad som kännetecknar dessa faktorer (Topor, 1999:2-6).

Författarna menar att återhämtning innefattar vissa vändpunkter. Dessa vändpunkter behöver inte alltid utgöras av enstaka händelser utan kan bestå av flera händelser efter varandra eller i samspel med varandra (Topor, 1999:7). Ur intervjuerna framställs vändpunkten antingen som följden av en egen mognadsprocess eller som en extern förändring som tvingade individen att fatta ett beslut (Topor, 1999:20). Mötet med en annan person kan vara en vändpunkt. Intervjupersonerna beskriver dock att om ingen annan människa finns kan denna andra bli ett gudomligt fenomen eller ett djur, vilket är en typ av relationer som inte vanligtvis brukar anses som lämpliga i hanterandet av svårt psykiskt lidande. Dessa djur kan vara en väg till sociala kontakter och någon som individen ansvarar för och måste sköta om (Topor, 1999:24, 28).

Intervjupersonerna beskriver även vikten av att de professionella visar ”äkthet”. Äkthet i den mening att de inte spelar sina förväntade roller utan att de bröt mot den givna regin, visade något av sig själva genom konkreta handlingar. Det handlar om professionella som lämnar sin förväntade roll och ger patienten någonting av sig själv, något som han egentligen inte behövt göra eller ge. De professionella blir i vissa fall genom detta realistiska personer som kan visa sin personliga kombination av framgångar och brister och därmed kan fungera som en bro mellan omvärlden och patienten (Topor, 1999:30-31). Ur intervjuerna framkom även att det är viktigt för individen att gå framåt i långsam takt och med ett steg i taget (Topor, 1999:23).

Ur intervjuerna framkommer även strukturella faktorer betydelse. Topor (1999:41) beskriver vikten av någon slags mellanvård innan utskrivning för att ge individen en chans att pröva sig fram i sin relation med andra människor och till sig själv för att sedan kunna använda sig av det nya förhållningssättet bland vanliga människor. Topor (1999:43) uttrycker sig såhär:

Tvärt emot den aktuella trenden inom psykiatrin att utarbeta allomfattande behandlings- rehabiliterings- och andra typer av planer där individens liv programmeras in i minsta detalj inom ramen för olika program, så pekar materialet i våra intervjuer på tillfälligheternas betydelse. Tillfälligheter som kan befrämjas genom att patienterna erbjuds en mångfald av möjligheter – ett ”smörgåsbord” av

sociala och medicinska insatser, men också en öppenhet mot hela samhällets utbud – som handlingsutrymme för sitt arbete för att återhämta sig.

2.2.2 Djurens betydelse för den psykiska hälsan

Cirka 1/3 av befolkningen har djur och dryga hälften har regelbunden kontakt med djur. Det är fler kvinnor än män i alla åldrar som uppskattar kontakt med djur. Svenska och utländska studier visar att personer som har ett aktivt umgänge med sällskapsdjur håller sig friskare, återhämtar sig bättre från sjukdom och har en mera aktiv, hälsofrämjande livsstil. Stora folkhälsoundersökningar i Västsverige där ca 8000 personer deltagit i åldern 16-92 år, visar att nära 50 % av de yngre kvinnorna angav högt hälsovärde för djur, vilket var dubbelt så högt som för männen (Norling, 1996, refererad i Norling, 2001:28). Det har gjorts motiv och innehållsanalyser av umgänget med djur och dessa visar att det har extremt bred kapacitet och ger både psykisk, social och fysisk stimulans. Det framhålls speciellt att djur har en förmåga att ge oreserverat socialt stöd till människor. För människor som har en störd relation till andra människor kan djur få stor och ibland avgörande betydelse (Norling, 1986, 1991, 1996, refererad i Norling, 2001:28).

Begreppet/behandlingsformen **Animal Assisted Therapy, AAT**, används i USA, när terapeuter och annan behandlingspersonal använder sig av djur som assistenter i behandlingsarbetet. Fine (2000:182) beskriver att terapeuter i en studie uppgett att djuren har en förmåga att skapa en länk mellan behandlare och patient och att djuren har en förmåga att skapa trivsel för patienten (Fine, 2000:182). Lynett A. Hart (2000:64) beskriver en studie gjord på deprimerade collegestudenter i USA. Den visar på att de som fick AAT som behandling hade lägre skattning på Becks Depressions Inventorium (BDI) än kontrollgruppen. Däremot visade undersökningen att den grupp som både fick AAT och gruppsykoterapi inte hade lägre skattning än kontrollgruppen. Behållningen blev att AAT ensamt, har en förmåga att minska depressionssymptom (Hart, 2000:64-65). Hart beskriver också att djuren har en socialiserande effekt på människor. Hon menar att människor pratar med sina djur och upplever att de får känslomässiga svar och tillgivenhet, även om det inte är en verbal kommunikation. Djuren har en förmåga att öppna upp för kontakter med andra. Djuret blir en anledning till, och ett ämne att prata om, med människor man möter och träffar i olika sammanhang (Hart, 2000:66).

Det finns studier som visar att djur haft en positiv effekt på psykiskt störda barn, äldre med demens och Alzheimer, patienter med ångest, vuxna som utsatts för fysiskt, psykiskt och sexuellt våld som barn och även för psykiskt störda inom kriminalvården (Norling, 2001:28-29).

2.2.3 Hästen och människan

Hästen har funnits nära människan i alla tider och relationen häst och människa har varit speciell. Von Arbin beskriver i Hippoterapi (1994:8) hur hästen varit en trotjänare mot sin herre och ställt upp i alla lägen. Redan på 1500-talet rekommenderades ridning för att hålla sig vid god hälsa. Det påpekades att ridning var bra för den fysiska hälsan men också att det påverkade sinnena positivt (von Arbin, 1994:8). I boken Animal Assisted Therapy finns ett kapitel gällande urvalet av lämpliga djur för AAT. Lynette A. Hart (2000:94) skriver: "For the recipient, however, the horse offers a peak experience, perhaps unmatched by any other, with a totally unique physical experience while in a joyous social environment." Hart (2000:32) skriver att ridterapi (therapeutic riding) används för att stärka självförtroendet, den sociala kompetensen och förbättra livskvaliteten.

2.2.4 Ridterapi

Det finns en mängd undersökningar som fokuserat på betydelsen av ridterapi, mestadels gjorda av sjukgymnaster. Områden där ridterapi/hippoterapi använts som sjukgymnastisk behandling är bl.a.; för patienter med sjukdom eller skada i centrala nervsystemet (Nilsagård, 1996), anorexia (Hall & Persson, 2001, Håkansson, 1995, Håkansson & Hane, 1998), barn med CP, barn med mental retardation, vuxna med ryggmärgsskada, vuxna med MS, autism, stroke (Eriksson, 1999). Eriksson (1999) har i en litteraturstudie sammanställt 15 undersökningar gjorda på olika patientgrupper i olika länder. De vanligaste fysiska effekterna av ridterapi hos vuxna försökspersoner var en minskad spasticitet samt förbättrad balans och gångförmåga. Vanligaste fysiska effekter hos barn var förbättrad balans, gång och minskad spasticitet. Gällande psykosociala effekter hos vuxna var de vanligaste, ökad motivation och kontaktbarhet, en viss reducering av psykologiska symtom t ex depression, rädsla, tankestörning och fientlighet. De psykosociala effekterna som var vanligast bland barnen var ökat självförtroende och förbättrad social interaktion med andra personer (Eriksson, 1999).

I USA finns en huvudorganisation där de flesta andra aktörer på området ridterapi är medlemmar. Denna organisation heter NARHA, vilket står för North American Riding for the Handicapped Association. Andra föreningar som finns på området är AHA, American Hippotherapy Association, EFMHA, Equine Facilitated Mental health Association, EFP, Equine Facilitated psychotherapy. Föreningarna fokuserar sig på olika problemområden och har diverse verksamheter knutna till sig. I Sverige finns en intresseorganisation för ridterapi, IRT. Huvudmålet för denna förening är kunskapsutveckling och kunskapsspridning inom Sverige. Föreningen arbetar också för att få en gemensam terminologi inom området och det begrepp som används är EAT, Equine Assisted Therapy [www.irt.just.nu].

2.2.5 Ridterapi vid psykisk ohälsa

Ridning har använts som terapi sedan 1700-talet då två tyska fysiologer Gerhard van Sweiten (1700-1772) och Anton de Haen (1704-1776) rekommenderade ridning vid psykisk ohälsa. De menade att ridning hade en avslappnande verkan som i sin tur ledde till en minskning av attacker av hypokondri och hysteri (Reide, 1988:15).

Ridning som terapi vid psykisk ohälsa är betydligt vanligare i länder som USA, Tyskland och England än vad det är i Sverige (Ullenius, 2001:7, Eriksson, 1999:1). Tillgänglig forskning på området är dock begränsad. Halvarsson & Ekströms studie (2000) utgår från 16 patienter med svår psykisk sjukdom som genomgår ridterapi som en del i sjukgymnastisk behandling inom psykiatri i Östersund. Diagnosgrupperna för dessa var: Psykossjukdom, schizofreni, personlighetsstörning, hysteri, anorexi, dyslexi, MS och psykiska symtom efter sexuella övergrepp (s.4). Studien visar att ridning som sjukgymnastisk metod ger goda resultat bland patienter med svår psykisk sjukdom. Resultat som påvisades var, förbättring gällande patienternas förmåga att klara eget boende, ett minskat behov av sluten psykiatrisk vård, ökad grad av sysselsättning som arbete och studier, suicidförsöken har minskat för den patient som tidigare hade den problematiken. Ytterligare resultat var att diagnoser förändrats. En patient som tidigare hade diagnosen schizofreni fick efter behandlingen diagnosen ändrad till MBD/DAMP. En annan patient med diagnosen dyslexi hade lärt sig läsa och skriva (Halvarsson, Ekström, 2000:6-7). En studie som refereras i Halvarsson & Ekströms studie, är Scheidhackers (1998) avhandling gällande schizofrena patienter. I denna studie användes även en kontrollgrupp för att säkerställa resultaten. Gruppen med terapeutisk ridning förbättrades signifikant i delarna ångest/depression, tankestörning och misstänksamhet/fientlighet direkt

efter terapin men även 8 veckor efter avslutad terapi. Övriga psykopatologiska symptom visade på en tendens till förbättring. Kontrollgruppen visade inte några signifikanta förändringar (Scheidhacker, 1998, refererad i Halvarsson & Ekström, 2000:1).

2.2.5.1 Ridterapi vid diagnosen anorexia/bulimi

Ridterapi har använts med framgång på patienter med diagnosen anorexia/bulimi (Håkansson, 1995, Håkansson & Hane, 1998). Patienter med dessa diagnoser har en negativ inställning till den egna kroppen. De har också något som kallas för viktfoxi som är ett centralt och dominerande psykiskt symptom. Detta innebär att anorektikerna känner rädsla för att äta. Att äta ger ångest (Hall & Persson, 2001:3). Ångest och rädsla yttrar sig likartat i kroppen genom att de har samma fysiologiska ursprung. När en individ gör något som denne tycker om eller är koncentrerad på minimeras mängden rädsla för ögonblicket. Håkansson (1995:2) beskriver att patienterna i samband med ridning utmanar sin rädsla gång på gång och är motiverade till att göra detta.

Effekten av ridning är därför ofta att man övervinner sina rädslor och därmed även sin ångest, och utmanar sina självbegränsningar. (Håkansson, 1995:2)

Den stora förändringen för patienterna i Håkanssons (1995) projekt var minskad ångest. Andra vinster för patienterna var att de fick/återfick ett friskt fritidsintresse, vilket var ett av målen med detta projekt. Självdestruktiva beteenden upphörde, såväl att skära sig som att bibehålla vikten över målvikt. En av bulimipatienterna minskade antalet duschtillfällen per dag från flertalet till ett tillfälle efter ridningen. Motivationen till detta var att; ”Då vet jag att jag har blivit ren från en smuts som är verklig” (Håkansson, 1995:13). Håkansson (1995:15) skriver att man inom rehabiliteringsarbete skulle kunna utnyttja patienters egna intressen i en mycket högre grad än vad som görs. I slutkommentaren skriver Håkansson att: ”Den genomförda studien har för mig inneburit en ökad kunskap om hur hästen och ridningen kan vara ett alternativ i behandlingen av patienter inom **psykiatri**.” (1995:15)

2.2.5.2 Kvalitativ studie vid verksamheten Passage i Skellefteå

Forsberg (2002) beskriver i en kvalitativ studie 11 semistrukturerade intervjuer med patienter som genomgått ridterapi inom psykiatri i Skellefteå. Syftet med denna studie var att beskriva psykiatriska patienters erfarenheter av ”rehabilitering till häst”. De patienter som intervjuades var kvinnor i åldern 21-51 år. En var patient inom psykiatrisk slutenvård och resterande var patienter inom psykiatrisk öppenvård. Intervjuerna gjordes under hösten 2001 och våren 2002. En av dessa patienter efterfrågade själv ridterapi medan övriga erbjöds behandlingen av kontaktperson eller behandlare. Nio av dessa patienter hade deltagit i ridterapiverksamheten mellan fem till tjugo gånger och övriga två hade tre års erfarenhet av ridterapi.

I analysen av intervjumaterialet delades resultatet in i två övergripande kategorier, *effekter* av ridterapi och *verksamma ingredienser*. De effekter som nämns är; *stärkt självförtroende* som vidare beskrivs genom; kontroll över sin situation, bekräftelse av sin förmåga, respektfullt bemötande, hopp om förändring till det bättre, utmaning, växt i personlig styrka samt *psykiskt och fysiskt välbefinnande* såsom; problembefrielse här och nu, ökad psykisk ork, ökad fysisk ork. Verksamma *ingredienser* som nämns är; *närhet till hästen* såsom; närhet och värme, samspelet med hästen, betyda något för någon, trygghet, lust och glädje, *bekräftande samvaro* såsom; social samvaro, gemensamt intresse, jämlikhet och delaktighet, friskt bemötande, individuellt anpassad gruppaktivitet samt *miljö och struktur* såsom; avstressande lantlig miljö, återkommande moment i arbetet, regelbundet återkommande aktivitet.

I diskussionen tar Forsberg (2002:19-21) upp vikten av att förstå att patienterna genomgår ett hårt arbete när de genomgår en rehabiliterande behandling. Inom psykiatrin är patientens handikapp inte lika synligt som det kan vara när en patient tränar upp förlorade förmågor efter en olycka eller liknande, och därmed kanske svårare att förstå för utomstående. Vetskapen hos patienten att denne inte klarar att handla eller att vara bland mycket människor är i sig kränkande. På grund av detta är det även svårt att rehabilitera utan att kränka och skapa mera ångest. Ridterapi är i detta avseende lämplig, för att under tiden patienten lär sig rida så tillgodogör hon sig positiva effekter, såsom ett stärkt självförtroende och ökat psykiskt och fysiskt välbefinnande, vilket är till gagn för den fortsatta återhämtningen.

Forsberg (2002:20) beskriver vikten av lust och glädje för att utvecklas. Här menar han att det centrala i ridterapi är, ”att utveckling åstadkoms genom lust och lek”. Vidare diskuterar Forsberg vikten av att kunna erbjuda psykiatriska patienter en mångfald av rehabiliteringsmöjligheter. ”Troligen finns det många områden inom idrottsrörelse och föreningsliv med liknande ‘oaser’ där psykiatriska patienter skulle kunna få utrymme till växt.” Forsberg menar också att det finns studier som visar att när den psykiatriska vården eller enskilda behandlare går utanför ramarna med vad som är gängse behandlingspraxis eller förhållningssätt och ser patienten som unik, ökar möjligheten till återhämtning för patienten (Topor, 2001, refererad i Forsberg, 2002:21).

2.3 Ridterapi inom psykiatrisk verksamhet i Sverige

De psykiatriska kliniker vi haft kontakt med som erbjuder ridterapi är inom landstingen i Östersund och Skellefteå. I Östersund har de erbjudit ridterapi sedan 1996 och har hunnit med ca 100 patienter som genomgått behandling (Ekström, personlig kommunikation, 2006). I Skellefteå startade ridterapibehandlingen 1998 som ett projekt som föll väl ut och år 2003 blev det en reguljär behandling. De har sedan starten haft ca 150 patienter inom ridterapiverksamheten (Stenvall, personlig kommunikation, 2006).

2.3.1.1 Verksamheten Passage med hästunderstödd behandling inom psykiatrin i Skellefteå

De patienter som deltar i verksamheten Passage har vanligen också någon annan kontakt inom psykiatrin. För att ridterapi ska bli ett alternativ för patienten krävs initiativtagande från patientansvarig läkare/psykolog samt motivation hos patienten. Passage vänder sig till alla patienter inom psykiatrin, både den öppna och slutna vården. De patienter som idag är aktuella vid Passage har problem såsom depression, ångest, utbrändhet, självdestruktivitet, psykoser, ätstörningar m.m. De behandlare som arbetar i Passage är en sjuksköterska med vidareutbildning inom psykiatri och tre stycken skötare. De kallar verksamheten för ”Hästunderstödd behandling inom psykiatrin”.

Passage har ett tydligt strukturerat upplägg som anpassas över tid beroende på aktuell målgrupp och efter utvärdering av tidigare patientgrupper. Inledningsvis träffar behandlaren patienterna individuellt eller i grupp i det kommunala stallet Rosengård där psykiatrin har två fodervärdshästar. Under de första sex tillfällena får patienterna umgås med och hantera hästarna samt viss undervisning i hästkunskap. Under dessa sex tillfällen får även personalen möjlighet att lära känna sina patienter och därmed bättre kunna anpassa vidare behandling utifrån patienternas individuella förutsättningar. Aktiviteter som är vanliga på Rosengård är skötsel av hästen och dess utrustning, körning och övrig hantering av häst samt arbete i stallet.

En del av patienterna stannar kvar på Rosengård och fortsätter med den behandling som kan ges där men de flesta patienter slussas vidare till ridskolan vid Ersmark, där en

personal från Passage, till en början står för behandlingen. Beroende på patienternas för dagen aktuella mående anpassas övningarna som i de flesta fall innehåller ridning. När personal på Passage bedömer att patienten är färdigbehandlad inom Passages ramar slussas patienterna vidare till ett specialdesignat program inom ridskolan. Där får de möjlighet att rida i liten grupp dagtid med en ridlärare som är väl förtrogen med gruppens problematik. Detta är ett alternativ för dem som vill och vågar ta det steget. Denna verksamhet betalas dock av patienterna själva. Tankarna bakom namnet Passage är två; patienterna ska passera genom verksamheten och inte fastna på vägen. Patienten ska, precis som hästen gör i rörelsen passage, långsamt röra sig framåt och ”vila på stegen” (Stenvall & Ljungholm, personlig kommunikation, 2006).

2.4 Utbildning till ridterapeut

Internationellt finns flera utbildningar för ridterapeuter. I USA erbjuder NARHA utbildningskurser för personal i terapeutisk ridning [www.equest.org/training.shtml]. Utbildningar i EAT finns i Danmark, Norge, Finland, Tyskland och England [www.irt.just.nu]. Gällande utbildningar inom området i Sverige så startades det hösten 2005 en utbildning på mittuniversitetet i Östersund där man kan utbilda sig till ridterapeut. Utbildningen ingår i huvudämnet rehabiliteringsvetenskap och den ger kunskap om hästen och det specifika kring att använda hästen i rehabiliterande syfte. De som söker utbildningen skall ha en grundutbildning i ett människovårdande yrke, t.ex. sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, psykolog, behandlingsassistent, skötare eller liknande och ett års yrkeserfarenhet inom yrket. De sökande skall även ha ridkunskaper motsvarande LC dressyr [www.miun.se].

3 Metod

3.1 Vetenskapsfilosofisk position

Studiens vetenskapsfilosofiska position är postpositivistisk. Enligt Larsson (2005:94) ger det forskaren möjligheten att använda sig av både kvantitativa och kvalitativa metoder i en och samma studie. Vår studie innehåller både en kvantitativ och kvalitativ del vilket i sig även innebär en triangulering. Termen triangulering har sitt ursprung i postpositivismen. Triangulering betyder att man kan kombinera, förutom metoder, flera vetenskapsfilosofier, datakällor och teoretiska analysperspektiv. Detta i sin tur innebär en ökad säkerhet vid datainsamling och analys (Larsson, 2005:94).

Den hermeneutiska cirkeln har varit aktuell i arbetet med vår tolkning och i analysen av resultaten. Den hermeneutiska cirkeln innebär att tolkningen av en del av en text är beroende av tolkningen av textens helhet (Lilja, 2005:275). Olsson och Sörensson (2002:102) skriver att forskaren först bör skaffa sig ett helhetsomdöme och sedan gå vidare till särskilda teman eller särskilda uttryck för att söka utveckla dess mening. Forskaren återvänder sedan till delarna för att se hur dessa delar passar in i den ursprungliga helheten (Kvale, 1997:50).

Utöver att det hermeneutiska tänkandet har legat till grund för analysen av den kvalitativa intervjun har vi även valt att se den kvantitativa och de kvalitativa undersökningarna som två delar vilka delvis analyserats och tolkats var för sig men även som en helhet (Bjereld, Demker & Hinnfors, 2002:115).

3.2 Design

Studien har en mixad design för att öka trovärdigheten och precisionen i datasamlingen och analysen (Larsson, 2005:33). För att kunna göra ridterapi som behandling rättvisa valde vi att använda oss av både kvantitativ och kvalitativ metod (Ruth, 1991:278). Tidigare studier gällande ridterapi har mestadels varit av kvalitativ karaktär vilket gjorde att vi ansåg det viktigt med en mixad studie för att ytterligare belysa ridterapi.

I den kvantitativa delen har en enkät används där patienterna fått gradera om och hur ridterapi påverkat dem. Den kvalitativa delen av studien består av öppna frågor i ovanstående beskrivna enkät samt en fokusgruppsintervju med behandlare som arbetar med ridterapi inom psykiatrin. Den kvantitativa och den kvalitativa delen utgår från studiens fem teman; bakgrund, livsmening, självbild, psykisk hälsa samt social situation.

3.3 Datainsamling

Vi tog kontakt med initiativtagaren till Passageverksamheten i Skellefteå, Lena Stenvall, utifrån artikeln om Ridterapi i tidningen Kommunalarbetaren (Göthlund, 2004). Hon ställde sig positiv till att vara vår kontaktperson. I egenskap av kontaktperson erbjöd hon sig att vara behjälplig i distributionsarbetet av enkäten och ställde sig även positiv till att organisera och delta i en fokusgruppsintervju.

3.3.1 Studiens teman

För att kunna besvara frågeställningen har vi valt att dela upp studien i fem teman:

1. **Bakgrund:** Kön, ålder, civilstånd, problembild.
2. **Livsmening:** Hur patienterna upplever meningen med sitt liv.
3. **Självbild:** Hur patienterna ser på sig själva. Självförtroende.
4. **Psykisk hälsa:** Psykiskt och i viss mån fysiskt mående då dessa påverkar varandra.
5. **Social situation:** Relationer, gemenskap med andra, ensamhet.

3.3.2 Kvantitativ enkät

3.3.2.1 Urval

Via vår kontaktperson gjordes ett strategiskt urval vilket innebär ett medvetet urval av ett mindre antal fall (Esaiasson, 2002:175). Patienter som i nuläget deltar i ridterapi vid verksamheten Passage i Skellefteå tillfrågades om intresse för att medverka i studien. Av 25 tillfrågade var 24 patienter villiga att ställa upp och besvara enkäten (Bilaga 2). Detta strategiska urval var naturligt för oss eftersom denna grupp patienter bäst skulle kunna ge oss den information vi sökte utifrån studiens syfte och för att de var lättast att få kontakt med.

Målpopulationen för vår studie är de 250 patienter vilka genomgått eller genomgår ridterapi inom landstingen i Östersund och Skellefteå. Studiens rampopulation är de 150 patienter som deltagit genom åren vid Passage i Skellefteå och ur rampopulationen gjorde vår kontaktperson sedan ett strategiskt urval (Elofsson, 2005:63).

3.3.2.2 Enkätens utformning

Enkätens frågor är formulerade utifrån de teman som studien utgår ifrån. De tio inledande frågorna är egna frågor formulerade utifrån vår förförståelse. Enligt Elofsson (2005:67) är

det en fördel att använda färdiga frågor som är validitets- och reliabilitetstestade. För att säkerställa betydelsen av svarsresultaten på våra egna formulerade frågor, valde vi att välja ut färdigformulerade frågor från Antonovskys livsfrågeformulär (Antonovsky, 2005), Becks Depressions Inventorium (Beck & Beck, 1972) och Rosenbergs självskattningsskala (Rosenberg, 1989). De använda frågorna från dessa formulär formulerades i enkäten både i nutid (idag) och dåtid (innan ridterapi) för att kunna se eventuella förändringar hos patienterna. Enkäten avslutades med tre öppna frågor för att ge patienterna tillfälle att komplettera med tankar och åsikter som de kände att de inte fick ge uttryck för i enkätens slutna frågor.

Enkäten testades av två personer samt av personalen vid Passage för att upptäcka eventuella frågor som respondenterna skulle kunna uppfatta som svåra och oklara (Byström, 2000:268). Reaktionen från personalen var att ett av svarsalternativen till fråga 12 och 15 lät brutalt (jag hatar mig själv). Efter överväganden valde vi dock att behålla frågan i dess ursprungliga form. Från annan testperson framkom fundering kring varför vi valt att ha frågorna angående nutid först. Anledningen till denna ordning är att vi tror att patienterna lättare kan beskriva nutidskänslan först, innan de tänker tillbaka i tiden.

3.3.2.3 Enkäten

Enkäten och tillhörande informationsbrev (Bilaga 1) skickades via mail till kontaktpersonen som skrev ut dessa i pappersform. Vidare lämnades enkäterna ut vid ett par ridterapitillfällen. Patienterna fyllde i dessa i en teorilokal ansluten till ridanläggningen. De hade under tiden möjlighet att söka kontakt och stöd av behandlarna men dessa befann sig vid tillfället utanför lokalen. Patienterna lämnade tillbaka enkäterna i ett slutet kuvert till behandlarna. Dessa slutna kuvert skickades sedan tillbaka till oss i ett paket.

3.3.2.4 Bortfall

Det interna och det externa bortfallet (Olsson et al., 2004:93) i studien var litet. Vi begränsade oss till dem som kunde besvara enkäten vid ett par ridterapitillfällen för att undvika externt bortfall. Av de 25 tillfrågade patienterna besvarade och returnerade 24 patienter enkäterna vilket betyder ett externt bortfall av endast en person. Det interna bortfallet dvs. att vissa frågor i ett frågeformulär inte har besvarats, är förhållandevis litet i vår studie. En patient valde att besvara endast en fråga (nr.5). Övrigt internt bortfall förekommer bland de öppna frågorna och frågorna angående patienternas bakgrund. Det interna bortfallet redovisas i tabellerna i resultatdelen.

3.3.2.5 Etiska överväganden

I arbetet med enkäten har etiska överväganden främst funnits gällande dess hantering. Patienterna besvarade enkäten vid ett par ridterapitillfällen och återlämnade den sedan i ett av patienterna tillförslutet kuvert för att säkerställa patienternas anonymitet gentemot behandlarna. Ett informerat samtycke bifogades enkäten för att tydliggöra innebörden av patientens medverkan i studien samt information gällande patientens anonymitet, (Elofsson, 2005:68, Olsson et al., 2004:54, Kvale, 1997:107). Från de öppna frågorna redovisas patienternas citat. Redovisningen av citaten röjer inte patienternas anonymitet då de enbart kommer att kunna känna igen sina egna citat vilket är ett konfidentialitetskrav (Elofsson, 2005:68, Kvale, 1997:109).

3.3.3 Kvalitativ fokusgruppsintervju

3.3.3.1 Urval

Valet av fokusgruppsintervju som datainsamlingsmetod föll sig naturligt då vi sökte efter en viss grups åsikter och tankar kring ett fenomen (Billinger, 2005:171). I denna studie är gruppen behandlare vid Passage och fenomenet är ridterapi. I en fokusgruppsintervju resonerar och diskuterar gruppen kring fenomenet med liten påverkan av intervjuaren för att få gruppens spontana uttalanden och tankar, vilket var vår tanke med fokusgruppen (Kvale, 1997:97). Fokusgruppen består i denna studie av de fyra behandlare som är verksamma vid Passage. Antalet som rekommenderas i litteraturen för en fokusgruppsintervju är 4 – 10 personer (Billinger, 2005:173, Olsson, et al. (2004:82).

Det är enligt Billinger (2005:174) och Olsson et al. (2004:81) en fördel om deltagarna i gruppen känner varandra sedan tidigare och har ett gemensamt projekt och en historia tillsammans, vilket fokusgruppen i denna studie har. Rekrytering av deltagare till en fokusgruppsintervju bör ske av en kontaktperson utsedd av forskaren. Kontaktpersonen ska söka deltagare utifrån de kriterier som forskaren angivit (Billinger, 2005:175). Kontaktpersonen tillfrågades av oss och hon förmedlade vår förfrågan och bjöd in de andra behandlarna att delta i fokusgruppen.

3.3.3.2 Intervjuguidens utformning

Intervjuguiden till studiens fokusgruppsintervju (bilaga 3) är uppdelad utifrån de fem teman som studien utgår ifrån; bakgrund, livsmening, självbild, psykisk hälsa och social situation. Frågorna i guiden utgår från studiens frågeställning och är enkla, tydliga och lagom många till antalet enligt Billingers (2005:175) resonemang kring utformandet av en intervjuguide.

3.3.3.3 Genomförande av fokusgruppsintervju

Fokusgruppen planerades utifrån Billingers (2005:175) resonemang kring genomförande av fokusgrupper. Intervjun genomfördes i ett rum på Passage där alla lätt kunde komma till tals och höras tydligt. Inledningsvis delades skriftlig information ut till deltagarna om vilka teman som intervjun skulle behandla (bilaga 4). Intervjun spelades in på en bandspelare som ställdes på ett bord mitt i rummet. En av oss var huvudansvarig och den andra tog anteckningar, skötte bandspelaren, observerade gruppen och ställde eventuella följdfrågor. När alla frågor i guiden diskuterats gavs gruppen möjlighet att komplettera samtalet med ytterligare information innan fokusgruppen avslutades. Fokusgruppsintervjun tog cirka en timme. Efter genomförandet av intervjun fick behandlarna ta del av det sammanställda resultatet från enkäten.

3.3.3.4 Transkribering

Transkriberingen av det bandande materialet gjordes selektivt (Strauss & Corbin, 1990:30, Kvale, 1997:155-156). I vår transkribering innebar detta att stycken gällande specifika patienter samt suckar, pauser eller liknande inte textades. Den av oss som inte var huvudansvarig under intervjun transkriberade den bandade intervjun. Citaten som presenteras i den kvalitativa resultatdelen är inte omformulerade eller ändrade utan tagna direkt från den transkriberade texten (Kvale, 1997:156).

3.3.3.5 Etiska överväganden

Inför intervjutillfället fördes en diskussion gällande att återkoppla till enkätresultaten under fokusgruppsintervjun men för att säkerställa och behålla patienternas anonymitet valde vi

att inte redovisa och diskutera specifika enkätsvar. Fokusgruppen informerades om studiens allmänna syfte och upplägget i stort (Larsson, 2005:119). Deltagarna i fokusgruppen fick även skriva på ett informerat samtycke (Bilaga 5) för att vi skulle kunna använda oss av deras namn och informationen om Passage i studien (Elofsson, 2005:68, Olsson & Sörensen, 2004:54, Kvale, 1997:107). Under transkriberingen av intervjun valde vi att inte texta de avsnitt där behandlarna diskuterade specifika patienter för att säkerställa konfidentialiteten (Elofsson, 2005:68, Kvale, 1997:158). Detta för att patienterna är en liten grupp i en specifik aktivitet och därmed lätt skulle kunna känna igen sig och varandra. Detta var även ett krav från behandlarna.

3.4 Dataanalys

3.4.1 Kvantitativ analys

Resultaten från den kvantitativa enkäten redovisas med hjälp av beskrivande statistik (Byström, 2000:44). Studiens resultat redovisas i tabeller under respektive tema. Samtliga teman avslutas med en kommentar för att förtydliga resultatens innebörd och slutligen återfinns en sammanfattande kommentar i slutet av den kvantitativa resultatdelen. Bearbetningen av den kvantitativa datan gjordes genom dataprogrammet SPSS, Statistical Package of Social Science.

Olika dataprogram kan användas för att räkna ut resultatets signifikantsnivå. Att statistiskt säkerställda skillnader föreligger, innebär att skillnaden mellan två medelvärden är så pass stor att den knappast kan bero på slumpen. Sannolikheten att slumpen inverkat beskrivs genom värdet på p. P-värdet ger en uppfattning om hur pass säker slutsats man kan dra men ger dock ingen absolut säker sådan. Om p-värdet är mindre än 5 % ($p < 0,05$) finns det statistiskt säkerställda skillnader, man säger att skillnaden är signifikant (Byström, 2000:215). Skillnaden mellan patienternas bedömningar före och efter ridterapi har testats med Parvis t-test (Blalock, 1978:236-238). Resultaten av dessa tester, signifikantsnivån, presenteras på följande sätt: $p < 0,05$, $p < 0,001$ respektive $p < 0,0001$.

3.4.2 Kvalitativ analys

Efter transkriberingen av fokusgruppsintervjun analyserades materialet. I analysen har vi via meningstolkning försökt att gå utöver det direkt sagda för att utveckla strukturer och relationer som inte omedelbart framträder i texten (Kvale, 1997:182). Analysarbetet hade som mål att sammanfatta och fånga upp gruppens övergripande tankar och åsikter gällande ridterapi samt att söka informationsrika och belysande citat för att säkerställa den interna validiteten (Marsh, Hare & Rosset, 1978:20).

Resultatet av denna analys presenteras i den kvalitativa resultatdelen under respektive tema; bakgrund, livsmening, självbild, psykisk hälsa och social situation. Samtliga teman avslutas med en kommentar för att förtydliga resultatens innebörd och slutligen återfinns en sammanfattande kommentar i slutet av den kvalitativa resultatdelen. Meningstolkningen sker med fokus på dessa teman och via utvalda teorier samt utifrån ett hermeneutiskt förståelseperspektiv (Larsson, 2005:107-108).

Patienternas svar på de tre öppna frågorna i enkäten lästes av bägge undersökarna och de svaren som var mest innehållsrika och illustrativa valdes ut (Kvale, 1997:156). Det enda svar som innehöll något negativt om ridterapi redovisas under tema självbild i den kvantitativa resultatdelen.

3.4.3 Gemensam analys av kvantitativa och kvalitativa resultat

Intentionen med studiens analyskapitel var att knyta samman resultaten från den kvantitativa enkäten och den kvalitativa fokusgruppsintervjun samt citaten från de öppna frågorna i enkäten. En gemensam analysredovisning valdes för att kunna visa på kopplingen mellan resultaten från båda informationskällorna och för att därmed få en helhetsbild av fenomenet (Larsson, 2005:33).

Den hermeneutiska cirkeln (Kvale, 1997:50-53) har legat till grund för analysarbetet. Utifrån detta tankesätt har den kvalitativa och den kvantitativa analysen gjorts. De två undersökningarna kan sedan ses som två delar som vävs samman till en helhet. Analysen binder samman den kvantitativa och kvalitativa studien när de analyseras hermeneutiskt i samspel med varandra utifrån uppsatsens teoretiska perspektiv och begrepp. De teorier och de begrepp som valts ut för att användas som analysverktyg, har noga tänkts igenom. De är kopplade till de teman som studien kretsar kring och till frågeställningen. Flera teorier och begrepp var nödvändiga för att på ett bra sätt belysa hela området som ridterapi berör.

3.5 Validitet och reliabilitet

Det är nödvändigt med både hög validitet och hög reliabilitet för att få tillförlitliga resultat. Validitet och reliabilitet kompletterar varandra (Byström, 2000:53, Elofsson, 2005:66, Olsson, et al., (2004:74). Denna studie beaktar detta genom metodtriangulering, en kombination av kvantitativ och kvalitativ metod, för att få en mångsidighet i informationen vilket ofta leder till högre validitet och reliabilitet (Larsson, 2005:117).

3.5.1 Validitet kvantitativa delen

I denna studie eftersträvades en hög validitet genom att mätinstrumentet utformades för att mäta det som studien avsåg att mäta (Byström, 2000:53, Bjereld et al., 2002:108). För att ytterligare öka validiteten används material i form av tidigare forskning för att jämföra de egna resultaten med (Elofsson, 2005:67). Att enkäten innehåller flera frågor som berör samma område och tidigare validitetstestade frågor ökar validiteten i vår studie (Elofsson, 2005:67). Då enkäten utformades fanns en diskussion om huruvida patienterna hade förmågan att uppskatta hur de känt sig innan ridterapi. Denna diskussion redovisas i diskussionskapitlet.

3.5.2 Validitet kvalitativa delen

Det finns vissa svårigheter med att mäta validiteten i kvalitativa studier eftersom forskaren i detta fall både fungerar som mätinstrument och som tolkare av data. Validiteten i vår studies kvalitativa data blir istället kopplat till huruvida dessa data är informationsrika eller ej (Larsson, 1994:116). Genom att välja en mixad design beaktar vår studie även Kvales (1997:214) och Ruths (1991:278) diskussion om valet av metod och dess betydelse för undersökningens validitet. Frågan om metoden verkligen mäter det vi önskat mäta har varit aktuell under hela forskningsprocessen (Ruth, 1991:278). Den intervjuguide som användes vid fokusgruppsintervjun gav informationsrika svar om de fenomen som studerades. De öppna frågorna i enkäten gav patienterna en chans att komplettera enkätdata med mer informationsrika beskrivningar (Marsh et al., 1978:20). Trianguleringar av olika slag har även använts för att öka studiens validitet (Larsson, 2005:109).

3.5.3 Reliabilitet kvantitativa delen

Att en studie har hög reliabilitet innebär att måttet är stabilt och att det inte påverkas av variationer i intervjuare, tid och plats osv. Begreppet reliabilitet används alltså för att mäta tillförlitligheten och noggrannheten i det undersökta (Elofsson, 2005:66, Bjereld et al.,

2002:111, Byström, 2000:53, Olsson et al., 2004:73). Enkäten i vår studie besvarades av den tillfrågade gruppen patienter vid ett par ridterapitillfällen på Passage. Vi valde att distribuera enkäten vid sådana tillfällen för att vara säkra på att det var patienterna själva som fyllde i enkäten och för att det skulle finnas personal på plats vid behov av stöd. Den utvalda gruppen fick även på detta sätt en specifik tidsram inom vilken de skulle svara. Enkätsvaren lästes gemensamt in i SPSS för att undvika felläsningar.

3.5.4 Reliabilitet kvalitativa delen

Reliabiliteten i kvalitativ forskning kopplas bl.a. till forskningsresultatets konsistens och utifrån studiens teman ställdes därför flera liknande frågor för att testa konsistensen i enkätsvaren (Kvale, 1997:213, Larsson, 2005:117). Studiens undersökartriangulering bidrar till att öka studiens reliabilitet genom att vi som undersökare har kunnat jämföra våra tolkningar mot varandra (Larsson, 2005:109). En noggrann redovisning av vårt tillvägagångssätt ges i uppsatsens metodkapitel för att öka studiens reliabilitet genom att ge utomstående observatörer möjligheten att instämma eller ifrågasätta våra tolkningar (Ruth, 1991:285).

3.5.5 Triangulering

I studien beaktas olika former av triangulering för att öka trovärdigheten och säkerheten av datainsamlingen och analysen (Larsson, 2005:109). Triangulering stärker både reliabiliteten och validiteten i båda undersökningarna eftersom vi belyser och analyserar det aktuella fenomenet ridterapi ur flera olika aspekter; utifrån olika metodstrategier, datakällor, undersökare eller teoretiska perspektiv (Larsson, 2005:117) De trianguleringar vi använder oss av är:

- *Metodtriangulering* – kvantitativ enkät med både öppna och slutna frågor och fokusgruppsintervju.
- *Undersökartriangulering* – två undersökare vilket innebär en möjlighet att reflektera och pröva olika tolkningar mot varandra.
- *Teoritriangulering* – kognitiv teori, Kasam och återhämtningsbegreppet.
- *Triangulering av datakällor* – data inhämtas från både behandlare och patienter.

3.5.6 Generaliserbarhet

Våra kvantitativa resultatdata skulle kunna generaliseras med en form av extrapolering till andra liknade grupper som använder sig av den typ av ridterapi som vi studerat (Patton, 1990:492). För de kvalitativa resultaten blir det mer en fråga om en naturalistisk generaliserbarhet då utsagda och implicita erfarenheter har kunnat uttryckas mer explicit formulerat (Kvale 1997:210, Larsson, 2005:118).

4 Teoretiska perspektiv och begrepp

4.1 Kognitiv teori

I den kognitiva teorin utgår man ifrån att tankar är bärare av känslor och handlingar. Det menas då att det inte är händelserna i sig i våra liv som gör oss oroliga, rädda eller ledsna, utan i stället är det på det sätt vi tolkar och tänker om dem som blir av betydelse för hur händelsen upplevs (Kåver, 2006:92, Berg-Wikander, Helleday & Jorup, 2005:22). Människan beskrivs som en upplevande, tolkande och bearbetande varelse (Kåver, 2006:93, Berg-Wikander et al., 2005:24). Hur vi uppfattar och tolkar våra upplevelser

beror på våra tidigare i livet införlivade tankemönster som också kallas för scheman. Dessa scheman fungerar som en sorts filter vilket styr hur vi uppfattar omvärlden och även hur vi tolkar, bearbetar och lagrar informationen både från den inre och den yttre miljön (Kåver, 2006:93, Berg-Wikander et al., 2005:24, Perris, 2000:30).

4.1.1 Kognition

Ordet kognition syftar på undersökning, inläring eller att få kunskap. Vanligtvis översätts ordet med att gälla de verbala tankarna, men det innebär mer än så. Till de kognitiva funktionerna räknas; varseblivning/perception, uppmärksamhet, minne, begreppsbildning, verbala tankar, resonering, problemlösning, drömmar, mentala bilder och fantasier (Kåver, 2006:94, Payne, 2002:115, Perris, 2000:30, Stevens, 1998:23). Begreppet kognition beskriver det mesta som pågår i vår mentala föreställningsvärld (Kåver, 2006:94).

4.1.2 Tankar på olika nivåer

Kåver (2006:96) skriver om tänkandet på tre olika medvetandenivåer, utifrån Aaron T. Becks beskrivning i den kognitiva teorin. Dessa nivåer är:

- Automatiska tankar
- Livsregler och grundantaganden
- Kognitiva scheman

De automatiska tankarna är snabba, spontana tankar eller bilder, t.ex. Hungrig! Skönt! Aj! Nej, orkar inte! Hjälpl! Ta bort! Pinsamt! Härligt! Vanligt är också att tänka i bilder. Bilderna i vårt inre kan vara mycket starka och påverka oss påtagligt. Inom idrotten använder man sig av mentala bildtekniker för att öka prestationen (Kåver, 2006:97).

Våra livsregler och grundantaganden är vår egen samlade kunskap om hur man skall bete sig och förhålla sig i olika livssituationer. Det kan handla om etik, moral, religion, prestation eller om vanlig uppfostran, vett och etikett. Livsreglerna går att härleda ur de automatiska tankarna. Exempel på livsregler kan vara; om jag bara anstränger mig så kommer jag att få det jag vill; om jag går ner tio kilo så kommer jag att bli mer omtyckt; jag borde verkligen sköta min ekonomi bättre; jag måste alltid ha kontroll; mina vänner borde verkligen förstå att jag har det svårt, etc. Oftast är individen mindre medveten om sina livsregler än om sina automatiska tankar (Kåver, 2006:98, Perris, 2000:32).

Hos personer med psykiatriska problem är livsreglerna ofta överdrivet negativa, krävande och hotande, vilket skapar en rad problem både inom individen och i hans eller hennes förhållningssätt och anpassning till omvärlden. Negativa livsregler gör att vi kämpar, även om målet är orealistiskt. (Kåver, 2006:98)

De för oss mest svåråtkomliga tankeprocesserna är våra kognitiva scheman. Dessa scheman kan beskrivas som personliga sanningar eller djupt grundade fördomar om den egna personen, om andra människor och om livet (Kåver, 2006:98, Perris, 2000:31). Dessa "fördomar" kan vi oftast inte formulera för oss själva och de är i jämförelse med livsreglerna mer ovillkorliga. Dessa scheman är som andra fördomar mycket svåra att förändra. Exempel på några scheman; jag är dum; jag är opraktisk; jag är en förlorare; livet är svårt; livet är fantastiskt; andra är rätt och jag är fel. Då dessa scheman fungerar som filter kommer bara information fram som stämmer med våra tidigare erfarenheter. Om vi har ett förvrängt och negativt schema kan resultatet bli olyckligt genom att den negativa grunduppfattningen befästs och får näring genom att information bara släpps in om den stämmer med vårt befintliga schema. Exempel på detta; ett schema som säger att alla

vackra personer är lyckliga. Denna person noterar bara personer som är vackra och lyckliga. Kombinationer som vacker och olycklig eller icke vacker och lycklig, släpps inte in genom filtret (Kåver, 2006:99).

De olika tankenivåerna hänger ihop och kan härledas ur varandra. På så sätt påverkar ett schema hur individens livsregler formas. Livsreglerna påverkar i sin tur de dagliga automatiska tankarna. (Kåver, 2006:99)

4.1.3 Kognitiv syn på psykiska problem

Inom den kognitiva teoribildningen är förklaringen till psykiska problem att något i processen har blivit stört. Individerna har därmed hamnat i ett varaktigt förvrängt och överdrivet negativt sätt att tänka på alla tre medvetandenivåer. Vi kan alla i perioder i livet snärja in oss i negativa tankar utan att det för den delen är något sjukt eller konstigt. När dessa tankar blir långvariga och påverkar och hindrar oss från att leva det liv vi vill, då blir det ett problem (Kåver, 2006:100).

4.2 Känslan av sammanhang - KASAM

KASAM står för *känslan av sammanhang* vilket är den svenska översättningen av SOC som i sin tur står för *Sense of Coherence*. Mannen bakom detta tänkande hette Aaron Antonovsky (1923-1994). Ett begrepp som Antonovsky myntade är salutogenes, vilket står för friskhet. Utifrån ett salutogenetiskt synsätt fokuserar man på hälsans ursprung. Antonovsky (2005:16) ställde sig frågan: Varför hamnar människor vid den positiva polen i dimensionen hälsa – ohälsa, eller vad får dem att röra sig mot denna pol, var de än befinner sig vid ett visst tillfälle?

Det som intresserade Antonovsky var att ta reda på vad det är som gör att vissa människor klarar av att hantera mycket svåra situationer i livet bättre än andra (Antonovsky, 2005:16). Han fokuserade sitt arbete kring de generella motståndsresurser (GMR) som människor besitter. Några exempel på sådana är: Pengar, jagstyrka, kulturell stabilitet, socialt stöd mm. I arbetet väcktes frågan hur man skulle kunna upptäcka en GMR utan att behöva vänta och se att det fungerade. Även funderingar kring hur något kan fungera som en GMR fanns. Begreppet *känsla av sammanhang* (KASAM) skapades utifrån dessa frågor. Tanken var att det gemensamma för alla GMR var att de bidrog till att göra de stressorer, som vi ständigt bombarderas av, begripliga (Antonovsky, 2005:17).

Antonovsky gjorde en studie på 51 personer som sinsemellan var mycket olika. Denna studie gjordes för att vidare kunna definiera begreppet KASAM. Personerna hade två saker gemensamt, och det var att de hade alla upplevt ett svårt trauma och de ansågs ha klarat av detta anmärkningsvärt bra. Frågan som fanns med under alla dessa intervjuer var hur de såg på sina liv. Det bedömdes att 16 personer hade en stark KASAM och 11 en tydligt svag. Övriga befann sig någonstans mitt emellan. Vidare så analyserades de extrema grupperna och resultatet som Antonovsky fann var att det fanns tre komponenter som verkade ha en avgörande betydelse för ett högt KASAM. Dessa är **begriplighet**, **hanterbarhet** och **meningsfullhet**. Dessa tre komponenter fanns med höga värden i gruppen som hade ett högt KASAM och saknades i gruppen som bedömdes ha en svag KASAM (Antonovsky, 2005:43).

Antonovsky beskriver i sin bok ”*Hälsans mysterium*” (2005) hur utvecklingen av en människas KASAM går till, vad som under livets gång vanligen krävs för att uppnå ett starkt KASAM. Slutligen beskrivs att människan under ungdomsperioden eventuellt har kunnat uppnå en provisorisk stark KASAM och som då kan ligga till grund för att klara av att handskas med stressorer och hälsotillstånd. Det är sedan vidare i vuxenlivet som ens

placering på KASAM-kontinuet blir mer eller mindre definitiv (Antonovsky, 2005:147). Däremot sägs att KASAM-nivån i mycket speciella situationer kan ändras tillfälligt i endera riktningen (Antonovsky, 2005:241). Antonovsky menar att KASAM:

Bör betraktas som en stabil, varaktig och generell hållning till världen som utmärker en person genom hela vuxenlivet, såvida det inte sker genomgripande, bestående förändringar i hans eller hennes livssituation. (Antonovsky, 2005:239)

Vidare beskriver Antonovsky att man kan se KASAM som ett hållningssätt (Antonovsky, 2005:241) som har formats hos personen under livet, beroende av hur man levt och vilka erfarenheter personen har med sig. Detta hållningssätt kommer i den konkreta situationen ta sig uttryck i en känslomässig och kognitiv bedömning av situationen (Antonovsky, 2005:243).

Antonovsky har skapat ett livsfrågeformulär med ett antal frågor som skall besvaras på en sjugradig skala. Utifrån dessa svar kan det bedömas hur stark respektive svag KASAM en person har (Antonovsky, 2005:246).

4.3 Återhämtningsbegreppet

En av de första som skrev om återhämtning var William Anthony (refererad i Topor, 2005:28) och hans definition av begreppet återhämtning är:

Återhämtningen beskrivs som en djupt personlig, unik förändringsprocess av ens attityder, värden, känslor, mål och/eller roller. Det är ett sätt att leva ett tillfredsställande, hoppfullt och konstruktivt liv även inom ramen för de begränsningar som sjukdomen skapar. Återhämtningen kräver att man skapar ny mening med livet och nya livsmål samtidigt som man lämnar mentalsjukdomens katastrofala effekter bakom sig.

Topor (2005:29-33) skriver om återhämtning som en process inom en individ. Denna process kan ses både i relation till individen själv men även till hans omgivning. Återhämtning beskrivs som en utvecklingsprocess och som återhämtad är individen inte densamma som tidigare utan en person som måste gå vidare och leva med sina erfarenheter. Återhämtning är inte något tillstånd som man inom psykiatri kan gradera och bedöma olika individer efter utan begreppet bör ses som; ”människors erfarenheter av kamp för och framsteg i riktning mot ett självständigt liv, där de känner sig leva mer i samklang med sig själva” (Topor, 2005:34).

Enligt Topor (2005:64) krävs det att en vändpunkt inträffar i individens liv för att återhämtningsprocessen ska kunna starta hos en individ. Det kan vara en bestämd händelse eller en serie av händelser, möten och beslut. Denna vändpunkt brukar karaktäriseras av att individen under en viss period eller vid ett visst tillfälle får tillbaka hoppet om ett annat liv. Vändpunkten och vägen framåt består sedan av möten; möten mellan individen och honom själv och möten mellan individen och andra. Enligt Topor (2005:74) är det viktigt att anhängiga och professionella inte ska öka kraven och förväntningarna för tidigt. Det i sin tur kan leda till ett misslyckande för att det är mer än individen klarar av. Topor (2005:75) menar att ”det är nödvändigt att först säkra en fot innan man lyfter den andra. Och först när den andra foten är säkrad, så kan den första foten lyftas igen”. Topor (2005:81) skriver att återhämtningsprocessens slut handlar om att återerövra känslan av att vara sig själv.

Enligt Topor (2005:97) spelar individen en central roll i sin egen återhämtning. Det är dock även en process som är beroende av ett socialt sammanhang (Topor, 2005:135). Detta innebär att andra människor spelar en avgörande roll och i centrum för andras bidrag till återhämtningsprocessen står det sociala samspelet, de sociala relationerna. I det sociala

samspelet nämner Topor (2005:138) några faktorer som kan bidra till återhämtningsprocessen; att känna sig respekterad, sedd och hörd samt faktorer som sympati, empati och personkemi.

Relationen till professionella spelar en stor roll i återhämtningsprocessen, likaså tiden som individen har till sitt förfogande, platsen för mötet mellan individen och den professionella samt ömsesidighet i relationen dem emellan.

- Den professionellas bidragande del i återhämtningsprocessen kan t.ex. vara att de uppmärksammar patienten på ett speciellt sätt, att de gör andra saker med och för patienten än det som ingår i deras uppdrag och att de genom detta agerande tar en risk för egen del (Topor, 2005:135-184).
- Val av plats för mötet mellan patienten och den professionella är viktigt eftersom en viss plats innebär ett visst handlingsutrymme för patienten och den professionella. Ett rum inom en psykiatrisk mottagning främjar vissa processer men hindrar andra. Att hitta en annan plats för mötet kan innebära nya handlingsutrymmen och möjligheter (Topor, 2005:167).
- Ömsesidighet innebär att både patienten och den professionella kan se sig själva i varandra. Att de båda kan ge och få någonting av varandra. En ömsesidig relation kan utvecklas genom att betona likheterna vilket innebär att den professionella inte enbart fokuserar på patientens problem utan även tar upp likheterna emellan dem och genom att ta emot vilket innebär att det är viktigt för patienterna att kunna ge tillbaka till just dem som givit så mycket till dem (Topor, 2005:168-172).

5 Resultat enkätdata

Enkäten delades ut till patienter som deltar i ridterapi på Passage i Skellefteå. Personalen på Passage skötte hanteringen av enkäterna genom att dela ut dem och ta emot dem. Av de 25 patienter som tillfrågades returnerade 24 av patienterna enkäterna.

Redovisningen av resultaten från enkäten redovisas och kommenteras under varje deltema. Illustrativa citat från de öppna frågorna i enkäten är placerade under respektive tema:

- bakgrund
- livsmening
- självbild
- psykisk hälsa
- social situation

5.1 Tema 1 – Bakgrund

Av dem som svarat på enkäterna är alla utom en patient kvinnor och medelåldern i den tillfrågade gruppen är 36 år (bortfall: 1), åldersspannet är 21 – 55 år. Ungefär hälften av gruppen är sambo eller gift och hälften är ensamstående (bortfall: 3). Patienterna har deltagit i ridterapi under varierande lång tidsperiod, från 6 månader till 5 år.

5.2 Tema 2 – Livsmening

Tabell 1. Patienternas uppfattning om i vilken grad ridterapi har bidragit till en ökad känsla av meningsfullhet i livet.

4. I vilken grad har ridterapi bidragit till att öka din känsla av meningsfullhet i ditt liv?	Antal
I mycket hög grad	3
I hög grad	8
I ganska hög grad	6
I viss mån	5
Inte alls	1
Bortfall	1
Totalt	24

Tabell 2. Patienternas uppfattning om skillnaden gällande existensen av mål och mening i livet före och efter ridterapi.

17 & 20. (Antonovsky) Hittills har ditt liv:	Antal Före	Antal Efter
1 Helt saknat mål och mening	4	0
2	3	0
3	9	4
4	1	4
5	4	10
6	1	3
7 Genomgående haft mål och mening	1	2
Bortfall	1	1
Totalt	24	24

Signifikantsnivå: $p < 0.001$ utifrån parvis t-test.

Tabell 3. Patienternas uppfattning om skillnaden före och efter ridterapi gällande deras syn på lösningen till svåra problem.

18 & 21. (Antonovsky) När du ställs inför ett svårt problem, är lösningen:	Antal Före	Antal Efter
1 Alltid förvirrande och svår att finna	7	0
2	5	1
3	4	4
4	3	12
5	2	2
6	2	4
7 Fullständigt solklar	0	0
Bortfall	1	1
Totalt	24	24

Signifikantsnivå: $p < 0.001$ utifrån parvis t-test.

Tabell 4. Patienternas uppfattning om skillnaden före och efter ridterapi gällande existensen av känslor som de inte är säkra på att de kan hantera.

19 & 22. (Antonovsky) Hur ofta har du känslor som du inte är säker på, att du kan kontrollera?	Antal Före	Antal Efter
1 Mycket ofta	5	0
2	5	1
3	4	6
4	1	7
5	3	3
6	2	5
7 Mycket sällan/aldrig	3	1
Bortfall	1	1
Totalt	24	24

Signifikantsnivå: $p < 0.05$ utifrån parvis *t*-test.

5.2.1 Belysande citat tema 2

Den har betytt Mycket, jag har hittat tillbaka lite mening. Jag har hittat något som är kul, som jag vill göra och mår bättre av.

Hade det inte varit för ridterapi hade jag aldrig varit där jag är idag. Det var luftbubblan i sirapen och det som gjorde att jag såg framåt, en vecka i taget, till nästa onsdag.

Ridterapi gav mig livet tillbaka.

5.2.2 Kommentar tema 2

Majoriteten av patienterna anser att ridterapi, i ganska hög grad eller mer, gett dem en ökad känsla av meningsfullhet i livet. Ingen av patienterna anser att deras liv helt saknar mål och mening efter deltagande i ridterapi. Patienterna uppger även att lösningen till svåra problem inte längre känns lika förvirrande och svår att finna. Patienterna har inte lika ofta känslor som de inte är säkra på att de kan hantera. Citaten belyser hur patienterna upplever att förändringen av deras meningsfullhet i tillvaron tagit sig uttryck.

5.3 Tema 3 – Självbild

Tabell 5. Patienternas uppfattning om i vilken grad ridterapi har lett till förbättrad självkänsla.

1. I vilken grad tycker du att ridterapi har förbättrat din självkänsla?	Antal
I mycket hög grad	6
I hög grad	5
I ganska hög grad	4
I viss mån	7
Inte alls	1
Bortfall	1
Totalt	24

Tabell 6. Patienter uppfattning om huruvida ridterapin har bidragit till att förbättra deras tankar om sig själva.

10. I vilken grad har ridterapin bidragit till att förbättra dina tankar om dig själv?	Antal
I mycket hög grad	3
I hög grad	6
I ganska hög grad	5
I viss mån	8
Inte alls	1
Bortfall	1
Totalt	24

Tabell 7. Patienternas uppfattning om skillnaden i sin inställning till sig själva före och efter ridterapin.

23 & 26. (Rosenberg) Jag har en positiv inställning till mig själv	Antal Före	Antal Efter
Stämmer helt	1	3
Stämmer ganska bra	3	16
Stämmer inte särskilt bra	11	4
Stämmer inte alls	8	0
Bortfall	1	1
Totalt	24	24

Signifikantsnivå: $p < 0.001$ utifrån parvis t-test.

Tabell 8. Patienternas uppfattning om skillnaden i den egna förmågan att kunna göra saker lika bra som alla andra före och efter ridterapin

24 & 27. (Rosenberg) Jag kan göra saker lika bra som alla andra	Antal Före	Antal Efter
Stämmer helt	1	3
Stämmer ganska bra	2	16
Stämmer inte särskilt bra	13	4
Stämmer inte alls	7	0
Bortfall	1	1
Totalt	24	24

Signifikantsnivå: $p < 0.001$ utifrån parvis t-test.

Tabell 9. Patienternas uppfattning om skillnaden i känslan av att vara nöjd med sig själv före och efter ridterapin.

25 & 28. (Rosenberg) På det hela taget är jag nöjd med mig själv	Antal Före	Antal Efter
Stämmer helt	1	6
Stämmer ganska bra	2	12
Stämmer inte särskilt bra	13	5
Stämmer inte alls	7	0
Bortfall	1	1
Totalt	24	24

Signifikantsnivå: $p < 0.001$ utifrån parvis t-test.

Tabell 10. Patienternas uppfattning om skillnaden i deras syn på sig själva före och efter deltagande i ridterapi.

12 & 15. (Beck) Hur ser du på dig själv?	Antal Före	Antal Efter
Jag hatar mig själv	4	0
Jag känner avsky för mig själv	1	0
Jag är besviken på mig själv	11	7
Jag känner mig inte besviken på mig själv	7	16
Bortfall	1	1
Totalt	24	24

Signifikantsnivå: $p < 0.01$ utifrån parvis t -test.

5.3.1 Belysande citat tema 3

Det har varit ett väldigt bra verktyg för mig att träna minne och koncentration, att lära mig ta kritik och beröm. Mitt självförtroende har ökat jag kan ju faktiskt!

Den har betytt mycket för den gav mig en känsla av att vara viktig och att hästarna tycker om mig precis som jag är.

Ökat självförtroende, har gett något positivt att prata med andra om, ger ökad friskhetskänsla – jag kan också klara något andra kan.

Få bättre självförtroende genom att bli duktigare ryttare. Känner mig inte alltid förstådd men min problematik, ledarna känner mig ej. Tror att fokus läggs för mycket på ridsporten och ej på att förstå varje enskild elev med sina problem, att det blir mer som en "vanlig" ridskola med prestationsinriktning av sporten. Att själva människan glöms bort.

5.3.2 Kommentar tema 3

Patienternas självbild har tydligt förbättrats efter genomgången ridterapi. 15 patienter anser att deras självkänsla ökat i ganska hög grad eller mer i och med ridterapin. Innan ridterapin hade 4 patienter en positiv inställning till sig själva och efter var antalet 19. Majoriteten av patienterna anser att de är mera nöjda med sig själva efter ridterapin och att de nu känner att de bättre klarar av att göra saker lika bra som alla andra. Patienterna uppger även att de efter ridterapin ser på sig själva på ett mer positivt sätt. Patienterna beskriver i citaten hur deras självbild har förändrats. Det sista citatet innehåller viss kritik till ridterapins innehåll och struktur och detta är det enda svaret på de öppna frågorna av den karaktären.

5.4 Tema 4 – Psykisk hälsa

Tabell 11. Patienternas uppfattning om i vilken grad ridterapin har bidragit till att förbättra deras psykiska hälsa.

2. I vilken grad tycker du att ridterapin har förbättrat din psykiska hälsa?	Antal
I mycket hög grad	7
I hög grad	7
I ganska hög grad	2
I viss mån	7
Inte alls	0
Bortfall	1
Totalt	24

Tabell 12. Patienternas uppfattning om i vilken grad ridterapi har bidragit till att öka känslan av välbefinnande.

5. I vilken grad har ridterapi bidragit till att öka ditt välbefinnande?	Antal
I mycket hög grad	8
I hög grad	5
I ganska hög grad	6
I viss mån	4
Inte alls	3
Bortfall	1
Totalt	24

Tabell 13. Patienternas uppfattning om huruvida ridterapi har bidragit till att förbättra deras känsla av att kunna kontrollera sin kropp.

7. I vilken grad har ridterapi bidragit till att förbättra känslan av att kunna kontrollera din kropp?	Antal
I mycket hög grad	4
I hög grad	9
I ganska hög grad	3
I viss mån	5
Inte alls	2
Bortfall	1
Totalt	24

Tabell 14. Patienternas uppfattning om skillnaden i deras syn på framtiden före och efter deltagande i ridterapi.

11 & 14. (Beck) Hur ser du på framtiden?	Antal Före	Antal Efter
Jag känner att framtiden är hopplös och att saker och ting inte kan förbättras	7	0
Jag är nedstämd och ledsen hela tiden och kan inte bryta mig ur det	7	0
Jag känner mig dyster och ledsen	7	7
Jag känner mig inte ledsen	2	16
Bortfall	1	1
Totalt	24	24

Signifikantsnivå: $p < 0.001$ utifrån parvis t-test.

Tabell 15. Patienternas uppfattning om skillnaden i deras syn på sig själva före och efter deltagande i ridterapi.

12 & 15. (Beck) Hur ser du på dig själv?	Antal Före	Antal Efter
Jag hatar mig själv	4	0
Jag känner avsky för mig själv	1	0
Jag är besviken på mig själv	11	7
Jag känner mig inte besviken på mig själv	7	16
Bortfall	1	1
Totalt	24	24

Signifikantsnivå: $p < 0.01$ utifrån parvis t-test.

5.4.1 Belysande citat tema 4

Den har gjort mig starkare fysiskt och psykiskt. Att få vara med hästarna som ger och tar en för den man är ger ett lugn och ro i själen.

Jag har flyttat från boende till egen bostad.

En enorm betydelse, eftersom den har ökat min självkänsla och min fysiska hälsa, vilken i sin tur påverkar min psykiska hälsa. En stor glädje och lättnad från det övriga eländet.

5.4.2 Kommentar tema 4

Majoriteten av patienterna svarar att ridterapi lett till ökat välbefinnande, en förbättrad psykisk hälsa och alla patienter utom två anser att ridterapi har gett dem ökad kroppskontroll. Alla patienter ser ljusare på framtiden och 16 patienter uppger att de inte längre efter deltagande i ridterapi känner sig ledsna, innan var antalet bara 2. Enligt tabell 14 hatade eller avskydde 5 personer sig själva innan ridterapi medan efter ridterapi var antalet 0 patienter. 16 patienter kände sig inte ens längre besvikna på sig själva.

5.5 Tema 5 – Social situation

Tabell 16. Patienternas uppfattning om i vilken grad ridterapi har bidragit till att minska deras känslor av ensamhet.

3. I vilken grad har ridterapi bidragit till att minska känslor av ensamhet?	Antal
I mycket hög grad	3
I hög grad	8
I ganska hög grad	3
I viss mån	6
Inte alls	3
Bortfall	1
Totalt	24

Tabell 17. Patienternas uppfattning om i vilken grad ridterapi har bidragit till ökad gemenskap med andra.

8. I vilken grad har ridterapi bidragit till ökad gemenskap med andra?	Antal
I mycket hög grad	1
I hög grad	8
I ganska hög grad	4
I viss mån	8
Inte alls	2
Bortfall	1
Totalt	24

Tabell 18. Patienternas syn på sina kontakter med andra före och efter deltagande i ridterapi.

13 & 16. (Beck) Hur ser du på dina kontakter med andra?	Antal Före	Antal Efter
Jag har tappat allt intresse för andra människor och bryr mig inte alls om dem	0	0
Jag har förlorat det mesta av mitt intresse för andra människor och har lite känsla för dem	9	0
Jag är mindre intresserad av andra människor nu än tidigare	10	6
Jag har inte tappat intresset för andra människor	4	17
Bortfall	1	1
Totalt	24	24

Signifikantsnivå: $p < 0.001$ utifrån parvis *t*-test.

5.5.1 Belysande citat tema 5

Före ridterapin var jag helt isolerad. Nu träffar jag människor oftare och har inte lika ångest över det.

Det har varit bra träning för samarbete, interaktion. Att ge plats och ta plats, att träna på att inte ta åt sig från andra människor, t.ex. ändra min sinnesstämning negativt p.g.a. andras negativa "utstrålning" och att lära sig att inte tolka allting negativt.

5.5.2 Kommentar tema 5

Alla patienter utom 3 anser att ridterapin, i någon grad, bidragit till minskade känslor av ensamhet och alla patienterna utom 2 känner dessutom en ökad gemenskap med andra efter deltagande i ridterapi. Intresset för andra människor har tydligt förändrats till det bättre för majoriteten av patienterna.

5.6 Sammanfattande kommentar enkäten

Inom studiens fyra temaområden, livsmening, självbild, psykisk hälsa samt social situation, har en positiv förändring skett inom flera dimensioner för majoriteten av patienterna efter och beroende av ridterapin. Denna förändring innebär; en ökad känsla av meningsfullhet, ny mening och nya mål i livet, en mindre förvirrad syn på problemhantering och mindre okontrollerade känslor. Den positiva förändringen innebär även; förbättrad självkänsla, mer positiva tankar om den egna personen, en förbättrad inställning till den egna personen, en ökad tro på den egna förmågan och patienterna uppskattar även att de efter ridterapi är mer nöjda med sig själva på det hela taget. Ytterligare positiv förändring ses i den psykiska hälsan genom ett ökat välbefinnande, förbättrad psykisk hälsa, ökad känsla av kroppskontroll och mindre känslor av nedstämdhet. Den sociala situationen har även den förbättrats genom ökad gemenskap med andra, en minskad känsla av ensamhet och genom ett ökat intresse för andra människor. De illustrativa citaten som presenteras från de öppna frågorna i enkäten bekräftar de slutna frågornas resultat. Citatet som innehöll kritik redovisades för att belysa helheten av innehållet i enkätsvaren.

6 Resultat fokusgruppsintervju

Tanken med fokusgruppen var att få en diskussion mellan behandlarna gällande vilka resultat som kan uppnås med ridterapi som behandlingsform inom psykiatri. Fokusgruppen bestod av de fyra behandlare som jobbar inom verksamheten Passage. Under intervjun användes en tematiserad halvstrukturerad intervjuguide (Kvale, 1997:121) utifrån studiens fem teman.

6.1 Redovisning av fokusgruppsintervjun

För att redovisa resultatet från fokusgruppsintervjun gjordes en meningstolkning (Kvale, 1997:182) av materialet. Under respektive tema (bakgrund, livsmening, självbild, psykisk hälsa och social situation) redovisas fokusgruppens sammanfattade åsikter som även belyses genom illustrativa citat. I slutet av varje temaavsnitt görs en sammanfattande kommentar.

6.2 Om intervjupersonerna

- Lena är utbildad skötare och anställd inom psykiatri sedan 1984. Lena är initiativtagaren till Passage och hon har arbetat med den verksamheten sedan starten 1998. Lena har alltid haft ett stort intresse för djur och natur och har mer intresserat sig för samspelet mellan häst och människa än för själva ridningen.
- Marica är utbildad sjuksköterska med vidareutbildning inom psykiatri. Hon har arbetat inom psykiatri sedan 1985 och inom verksamheten Passage sedan tre år tillbaka. Hästar har alltid funnits med i Marikas liv och hon har tidigare haft egen häst.
- Janne är utbildad skötare och anställd inom psykiatri sedan 1988. Han arbetar inom verksamheten Passage ca 1 ggr i veckan sedan 3 ½ år tillbaka. Janne har ridit sedan han var liten och har alltid haft ett intresse för hästar och ridning.
- Mona är utbildad skötare och verksam inom psykiatri sedan 1992 och var tidigare anställd inom den somatiska vården. Mona arbetar inom Passage sedan tre år tillbaka och vid ett behandlingshem som tillhör den psykiatriska kliniken. Mona har haft egna hästar hela livet och har idag ett intresse för horsemanship och Westernridning.

Vid presentationen av citat anges vem av deltagarna i fokusgruppen som sagt vad. Vid vissa citat finns fler än en person angiven vilket beror på att personerna fyllt i varandras meningar och det har därför inte gått att särskilja dem åt.

6.3 Tema 1 – Bakgrund

De patienter som är aktuella för ridterapi på Passage är patienter med funktionsnedsättning och de flesta är långtidssjukskrivna. Diagnoser som förekommer är; psykoser, ätstörningar, social fobi, depression, ångest, tvångstankar, personlighetsstörningar och utbrändhet. Problembilden kan även innehålla missbruk, övergreppsproblematik och andra sociala problem. Många av patienterna har tidigare genomgått och prövat andra behandlingsformer och kommer till Passage för att pröva något annat. Gruppen unga flickor med ätstörningar och andra självskadande beteenden har ökat på senare tid.

Just när det gäller diagnoser så känns det som vi kan ta emot precis vilken diagnos som helst. Det är ju bara det att de måste vara motiverade. Jag tror att vi kan ju säkert räkna upp alla diagnoser. (Janne & Lena)

6.3.1 Kommentar tema 1

Verksamheten Passage är öppen för alla patienter, oberoende av diagnos, inom psykiatrin. De flesta är långtidssjukskrivna och har genomgått flera andra behandlingar tidigare utan att hitta en behandlingsform som fungerar för just dem. Det är dock viktigt att patienterna är motiverade till att pröva ridterapi som behandlingsform för att det ska vara ett alternativ.

6.4 Tema 2 – Livsmening

Behandlarna tror att ridterapin förbättrar patienternas känsla av livsmening och det är en självklarhet för dem, annars skulle de inte arbeta med detta. Något som väcks hos patienterna i och med ridterapin, är längtan efter närhet, kontakt och beröring. Detta är möjligt då hästen inte ställer några krav på patienten gällande dessa områden. Många som deltar i ridterapi hade innan påbörjad behandling helt tappat tron på andra människor.

Vi hjälper dem att få igång det här med, längtan efter närhet och kontakt och beröring. Det är ju liksom inga krav, inga krav att vara med hästarna utan du kan bara vara, bara vara med dom. Dom ställer inga krav liksom. (Marica & Mona)

Det är många som är med som har tappat tron på människan över huvudtaget. Det blir som att hitta tillbaka här. (Janne)

Behandlarna beskriver att för några av patienterna är detta med ridterapin det enda som händer på en vecka för dem. Då blir bemötandet på Passage extra viktigt. Hästarna är bra på att ge bekräftelse och då patienten inte annars upplever situationer där de får känna ansvar, att få förtroenden eller alls känna sig behövd, blir verksamheten Passage en möjlighet att få känna detta. Behandlarna beskriver också vikten av att hästen inte får betalt, till skillnad från behandlarna. Det blir på riktigt för patienten.

Hästar gör inte saker för att vara snälla eller för att de har lön för det vilket man inte kan vara säker på oss för vi har ju lön. Hästar kan ge bekräftelse och ibland är det ju jättestort när man inte har så många situationer där man är, är omtyckt eller blir bemött positivt. Många gör ju faktiskt ingenting och hamnar inte i situationer där de får känna ansvar, förtroenden eller känna sig behövda. (Lena)

Ett bemötande då kan betyda så otroligt mycket som för oss kanske är sånt som händer hela tiden men gör man ingenting då är det ju stort när det händer, alltså när någon hälsar eller gnäggjar. (Lena)

Behandlarna poängterar att de har relativt hög frånvaro. Detta på grund av att det är de allra svårast sjuka patienterna som kommer till Passage. Patienterna är införstådda med att det är okej att inte delta varje tillfälle ifall de av någon anledning inte orkar eller kan. I annan behandling är det vanligt att patienterna får komma tätare till sin behandlare när de mår sämre. Från Passage kan patienten ta en paus på 2-3 ggr och sedan komma tillbaka och är då lika välkommen som tidigare. Verksamheten i sig är inte ekonomiskt beroende av patienternas närvaro eftersom verksamheten bedrivs i kommunens lokaler och psykiatrin har två egna fodervärdshästar.

Jämfört med många andra behandlingar så krävs det ofta att man är med varje gång men här känns det som det funkar. Det har faktiskt Rosengård varit bra. Här duger man fast man inte orkar jämt. (Janne & Lena)

Sen är det flera som inte har det så bra hemma och som inte varje vecka kan åka hemifrån utan behöver stanna hemma. Det är inte alltid så att man kan ändra på sina livssituationer. (Marica)

Behandlarna pratar också om patienternas motivation att komma och att behandlingen känns meningsfull för patienterna så pass att de prioriterar den. Flera av patienterna tillhör åldersgruppen som inte längre kan få bidrag och därför kan dessa patienter behöva prioritera vad de ska lägga sina pengar på för att ha råd med t.ex. bensin. Det blir en meningsfull aktivitet att ta sig till.

Vi har många långtidssjukskrivna med låg lön och de måste ibland omprioritera för att ha råd med bensin, röka mindre t.ex. Och så ser det ju ut för många av dem. Det är därför vi är så glada att, alltså rent praktiskt att det blir möjligt att ha det här som behandling. Det är inte alla som har råd och det är inte alla som kan fatta beslutet att sluta röka för att ha råd med att rida heller. Det är ju sköra personer som kanske inte kan orka med sådana saker. Just den, när de som bäst behöver det, vara med hästarna. (Marica & Lena)

Behandlarna betonar vikten av att inte driva på ridundervisning med patienterna. Istället betonas relationen, kontakten och samspelet med hästen. Målet med Passage är inte att patienterna ska bli tävlingsryttare utan istället hitta lite livsmening och få ork till att leva.

Återgå till det man kanske hade innan. Tanke är inte att man ska bli någon champion utan man kanske så småningom orkar gå tillbaka till sitt jobb och jobba halvtid och känna att det är kul att leva igen. (Janne)

Behandlarna diskuterar skillnaden mellan ridterapi och annan form av behandling. Styrkan i ridterapin är att hästen har en historia och specifika behov som måste tillgodoses. Detta gör att behandlingen är förutsägbar och begriplig för patienterna, eftersom skötsel av hästar och hästens beteenden inte är något som någon hittat på.

Sen är det ju det här att umgås med hästar är ju inte på låtsas, det är viktigt att man låtar dem vila om de har hälta. Alltså det här med livsmening och att vara behövd, att de måste ta hand om dem. Det är inget som vi har hittat på – det är ju på riktigt. De är ju individer hästarna. Man måste ta hänsyn till dem, till andra och till sig själv. (Lena & Mona)

Som t.ex. bildterapi så hör man många patienter som säger ”vad är det där för trams” man sitter och kluddar och för en del är det jättebra. Det är på något vis väldigt subjektivt hur man upplever olika behandlingar men här är det så konkret. Man kan inte gå och säga att sådär kan man inte göra. Man måste göra, hästarna behöver en viss omvårdnad och har vissa sätt och fungera. De har inte hittat på det som någon behandling, de är ju hästar, flyktdjur och allt vad det innebär och då är det ju det vi jobbar med, inte något som är påhittat utifrån en behandling. Vi använder ett sätt de redan har och haft i miljoner år. (Lena)

Utifrån livsmening pratar behandlarna om att många av patienterna har ridit tidigare i livet och att det då var en positiv upplevelse. När de nu deltar i ridterapi får de åter möjlighet att känna samma känsla. Behandlarna är dock medvetna om att alla inte ges möjlighet eller tillfälle att komma till Passage eftersom det är beroende av vad andra behandlare har för uppfattning om vad deras patienter behöver eller vad ridterapin egentligen innebär.

Tänkte på det här med livsmening. Många har ju ridit som barn och har jätte positiva känslor. Det här kan väcka upp sådana känslor igen att det är roligt. En tidigare bekant känsla som var bra. Många flickor har ju ridit tidigare. (Marica)

Det är ju ofta så när behandlare som berättar vad som finns så brukar ridterapin komma sist ner på listan; och så har vi det där med hästar. Då kanske man tänker tillbaka på när man var 10 år att det var en rolig tid när man åkte till hästarna och

då kan man tänka att; ja, det låter bra! Nästan alla behandlare säger det; och så sa jag det där med hästarna och då kom det en glimt i ögat som jag aldrig har sett förut. Då vaknar de till eller det tändes en glimt i ögat, det säger nästan alla. Och det säger ju något om att man kanske återupplever något. (Janne & Lena)

6.4.1 Kommentar tema 2

Gruppens gemensamma känsla gällande temat livsmening var att patienterna ökar sin känsla av livsmening och även tilltron till andra människor blir förbättrad. Faktorer som medverkar till denna förbättring tror gruppen kan vara personalens individuella bemötande av patienterna, att hästen ger bekräftelse, att patienten får känna sig behövd och att ridundervisningen inte är det viktiga i ridterapi. Att behandlingen av naturen är förutsägbar och begriplig för patienterna och därmed på ”riktigt” är ytterligare en faktor. Flera av patienterna har ridit tidigare och har gamla positiva minnen av detta som de återupplever. Behandlarna poängterar att patienterna trots sina svåra psykiska problem ändå blir motiverade att delta. Anledningen till detta tänker gruppen kan bero på att patienterna tillåts genomföra behandlingen i sin egen takt. Behandlarna uttrycker en gemensam önskan att flera av psykiatrins patienter ska få tillgång till ridterapi som behandling.

6.5 Tema 3 – Självbild

Behandlarna beskriver att något som är gemensamt för de flesta patienterna som kommer till Passage är dåligt självförtroende och en dålig självbild. Behandlarna har upplevt en tydlig förbättring av patienternas självförtroende efter en tid på Passage. Känslan av att klara av att sköta en häst eller att ha kontroll över ett så pass stort djur gör att patienterna förstår att de har kapacitet för mer än vad de själva tror. Patienterna är vana vid att misslyckas och när de lyckas har de en förmåga att skylla framgången på något eller någon annan. Med hästar är detta omöjligt eftersom de ofta är själva med hästen. Återigen betonar behandlarna vikten av att inte skynda på eller ställa för höga krav på patienterna utan låta dem ta stegen i sin egen takt.

En patient började rida när hon var nästan psykotisk. Hon kom in till stallet och satte sig på en häst och hennes hår hängde ner för ögonen och hela hon var ihopsjunken. Då när hästen började gå och så ser man hur hon, hon blev själv förvånad. Hon satte sig upp och blev återförd. Hon var överraskad själv att det kändes så. (Lena)

Självbild. Det kändes som om hon hade glömt bort att hon var den tjejen också, att hon hade de här kunskaperna också – men hon såg så häpen ut. Men kroppen mindes. Det kan även hända med dem som inte ridit förr - kan något som man inte hade en aning om. Tänk om det finns andra saker, tänk om jag inte har full koll på vem jag är riktigt. Jag kanske kan saker som jag inte vet om på fler områden och det blir så konkret och det går inte att skylla på någonting. Det bara blev och jag gjorde det själv och ingen annan. (Lena)

Det blir ju en helt ny situation – jag var bra på någonting. De är ju jättehemskt för vad händer då? När man är van vid att misslyckas, det är det man kan, och så blir man plötsligt bra på någonting. Så där får man vara noga med att man låter dem vila i den här framgången, inte lägger på nya krav. Då kanske man inte vågar bli bättre för att då vet de att kraven höjs, då blir det jobbigt. (Lena)

De är jättedåliga på att ta bra kritik. Om man säger att det här kan du, nä det kan jag inte – det är bara för att det är en bra dag eller sådana saker men med hästarna blir det så tydligt att det är jag som inverkar, jag som påverkar. (Lena)

Behandlarna påpekar att många av patienterna saknar tillhörighet och har ingen riktig identitet att relatera till. Det är lätt i en stallmiljö att bli någon, t.ex. ryttare eller hästtjej. Behandlarna beskriver också att det är lätt att se denna förändring eftersom de ser patienterna i så många olika situationer vilket andra behandlare inte får möjlighet till.

Blev verkligen en ryttare, tog av sig jeansen och köpte ridbyxor och blev, hela programmet på något vis, blev hon ryttare. Det är ju också sådana där saker man kan se, hur de själva betraktar sig själva. Det var då hon blev ryttare fullt ut på något sätt. (Lena)

Alain Topor, rollåteruppbyggnad, att när de gjort intervjuer med svårt sjuka så vill de inte bli fri från sin sjukdom utan de vill få jobb, eller en sambo eller klara sin ekonomi själv eller bo i egen lägenhet. Man vill bli någon. Det handlar om saker kring rollåteruppbyggnad. Om man frågar dem själva, så är det de vill ha hjälp med. Jag tror att det är en anledning till varför vi lyckas ganska bra – det är så lätt att bli någon, det är så lätt att bli ryttare eller hästtjej eller så för att det är så konkret, det går inte att låtsas på något sätt, man är ju det. (Lena)

6.5.1 Kommentar tema 3

Gruppens gemensamma tanke är att patienterna får en förbättrad självbild och möjligheten att skapa en egen identitet, att bli någon, genom sitt deltagande i ridterapi. Känslan av att kunna hantera en häst tror personalen bidrar till detta samt att patienterna tillåts vila i sina framgångar för att dessa skall bli befästa. När patienterna lyckas i samspelet med hästen är det svårt att förklara bort sin egen delaktighet, vilket dessa patienter annars vanligtvis gör.

6.6 Tema 4 – Psykisk hälsa

Behandlarna uppger att patienterna efter en tid på Passage vill eller önskar minska sitt medicinintag. Detta framkommer genom att patienten av naturliga skäl t.ex. sover bättre och därför kanske inte behöver sömnmedel i samma utsträckning. Då patienterna på Passage vistas mycket utomhus och är fysiskt aktiva blir de både hungriga och trötta.

Man får väldigt bra diskussion kring mediciner när de kan säga det själv att de är så trötta och så pratar man om medicinerna: jag kanske kan sluta med någon eller fundera på hur jag ska ha det, och det tycker jag är en sund diskussion för att det blir uppenbart hur man påverkas. Man kanske blir av med en och annan tanke men det kanske får en negativ effekt också och man får en sund diskussion kring att man ändå gör avvägningar hur man vill ha det: jag prioriterar det här för jag vill orka eller att de blir stela, det är ju också mycket bekymmer när man rider att man är stel och seg liksom i kroppen för man måste ju vara lite snabbis. (Lena)

Det som händer med alla när man är så här fysiskt aktiv, är ute i friska luften – man blir hungrig på ett sunt sätt och man känner det för jag tror många inte känner det. Lever man så där att det inte händer så mycket under en dag så känner man inte det; att nu är jag jätte hungrig eller vad skönt nu är jag mätt. (Lena)

Behandlarna anser, utifrån egen erfarenhet, att ridning kräver total fokus och uppmärksamhet på hästen och nuet. Det går inte att tänka på andra saker för då kan man tappa kontrollen över hästen eller situationen. Detta gör ridning så lämpligt för denna grupp människor som behöver komma in i ett annat tänkande.

Jag kan tycka att, många har det jättejobbigt men just när man håller på med hästar så kan man ju, även om det är för en eller två timmar, glömma, eller man kan inte tänka man är så koncentrerad på det man gör så man kan avleda rätt mycket andra problem. Även om de grubblar hela dagen, jag jobbar mycket med anorektiker, de flesta anorektiker har mattankar 90 %, att man för stunden kan koppla bort. Nu vet jag inte vad ni har för relation till hästar men alltså när du rider, du kan inte tänka på något annat än just det du gör just då. Du kan koppla bort allt, du kan inte tänka på vad du ska äta när du kommer hem, du kan inte tänka på om du har gubbe som ska slå dig när du kommer hem eller ja. (Janne)

Humor är ett viktigt inslag på Passage vilket behandlarna vill uppmärksamma. Det är tillåtet att göra fel och att dela med sig av sina misstag och i stallet uppstår många sådana tillfällen och hästarna bjuder också på flertalet tillfällen till skratt. Att skratta är hälsobefrämjande. Ytterligare en faktor som bidrar till psykiskt välbefinnande är att behandlarna upplever sig vara på samma nivå som patienten i stallmiljön. Behandlarna beskriver att patienterna kan skämta med dem och om dem vilket de inte gör när de ses på kliniken. Situationen på Passage präglas av en sorts äkthet som är synbar för patienterna.

Jag tänkte på det här med psykisk hälsa. En grej som man nästan aldrig pratar om inom psykiatrin – det här att ha roligt, att skratta, för det gör vi ju hela tiden för att det blir ju så med hästar, det blir ju så att man gör fel och att det händer saker som hästar gör bara genom att vara och vi skrattar ju så otroligt mycket och skojjar så där. Det är ju hälsobefrämjande, det kan man ju leva på länge, att man får skratta och glömma bort sig. Vi samlar på våra misstag, vi berättar gärna om det både för att det är bra för deltagarna att höra att vi gör inte alltid rätt och att man kan bjuda på ett skratt här och där. (Lena)

Humor, det är verkligen underskattat. Det här med att få skratta, att få skratta tillsammans och inte åt någon så utan skratta tillsammans åt något och då är ju hästar och stallmiljö guld, det finns ju hur mycket som helst... Hästar menar ju liksom inget illa men det blir som det blir det här och de köper det på något vis. Det är bra för oss, det hamnar mer på någon jämlik nivå – de kan skämta med oss och sedan om oss. Det händer bara i Passage att patienterna skrattar åt mig eller kan skämta med mig. Den här maktrelationen, vem som sitter med makten, den är så tydligt att det blir inte naturligt att man kan göra det inne när man träffas på mottagningen. Jag tycker att jag försöker vara samma person. (Marica & Lena)

Det kan jag känna, det finns en sorts äkthet med det här. Det går liksom inte att fejka, jag klantar till mig, de kan se att jag gör bort mig. Jag är inte experten här på gården – det blir en sorts äkthet. Alla kan göra fel, alla kan göra bort sig – ingen är perfekt. (Janne)

6.6.1 Kommentar tema 4

Att den psykiska hälsan påverkats blir tydligt genom att patienterna efter en tids ridterapi gör egna reflektioner kring sin medicinering. De har kommit in i ett annat tänkande eftersom ridningen kräver totalt fokus i nuet och då går det inte att låta sig påverkas av andra tankar eller saker som händer runtomkring. Känslan av en ömsesidighet i relationen mellan behandlarna och patienterna öppnar upp för humor och skapar ett klimat av äkthet.

6.7 Tema 5 – Social situation

Behandlarna beskriver stallmiljön som väldigt avslappnad och kravlös. Det finns alltid något att prata om och ingen behöver känna sig tvingad till att berätta om sig själv eller om sina problem om de inte känner för det just den dagen. I stallet får man även tillfällen att umgås på ett naturligt och enkelt sätt vilket leder till en avslappnad stämning. Inne på kliniken kan det vara svårt för många av patienterna att känna samma lugn, då de kan känna att de måste säga något.

Det är ju oftast en väldigt avslappnad stämning, det finns ju alltid något att prata om. Jag menar samtal där man sitter på kliniken där blir det ju ofta dödyst och spänt och krystat och konstigt. Då kan man ju känna sig tvingad att säga något när man sitter där i samtalet men det behöver man inte när man är i stallet. (Janne)

För många är det ju jättetrevligt att kunna fika tillsammans. Som på våren nu när det är så där fint när man sitter där ute och äter tillsammans. Många är ju ensamma, den här situationen är ju inte kopplat till någon lust eller trevligt att äta. Vi har haft någon grillning och hängt med på det dom gör här på gården. För en del är det jobbigt, en del fixar det inte att äta tillsammans men för en del är det jättetrevligt att få göra det tillsammans. (Lena)

På vissa plan blir det även naturligt för patienterna att ta kontakt med andra i gruppen för att t.ex. samåka, precis som andra människor gör för att ta sig till olika ställen. Med ridningen följer även ett gemensamt intresse vilket kan göra det lättare för patienten att hantera möten med andra patienter eller behandlarna i vardagen.

Det här med det sociala - de samåker ju! Vi kan fixa mycket men inte allt. Många måste ju ta sig hit på egen hand eller fråga någon i gruppen: kan jag åka med dig? Det är också ett steg. De byter telefonnummer, "jag ringer dig om jag far". På gott och ont för är det någon som mår dåligt så kan det bli två som får stanna hemma. Men det är ju samtidigt en friskhet, det är så man gör. (Janne & Lena)

Om man träffar någon så kan de säga "det är min ridlärare" eller "vi rider ihop". De säger vi nu, om jag träffar någon som går med någon, gubbe eller kille, det här med sekretess, det blir så himla avdramatiserat och kul. Just träffat sin pojkvän – "vi rider ihop". (Lena)

Behandlarna pratar även om möjligheten att få ett eget intresse och därmed ett nytt samtalsämne. Detta gör att patienterna kan använda sig av ridningen även under de dagar som de inte är på Passage. Ridningen är något som är deras eget och som är någonting som patienterna kan vara stolta över.

Socialt är ju det där, inte bara när man gör det, utan även sen också. Skillnaden tänker jag för dem här är att om du ingenting har och så kommer det en släkting som du träffar en gång i halvåret och frågar: Vad har du gjort idag då? Jag har ridit! Det är ju ganska häftigt att kunna säga det. För det är inte alla som gör det heller, jag kan hantera en häst eller sådär. Det är ganska stor skillnad än att säga att jag har inte gjort någonting eller jag har varit på någon tur eller aktivitet eller... något som jag inte tror på själv...(Lena)

Med ridterapi följer även naturliga utmaningar som patienterna måste övervinna. De utflykter som personalen på Passage arrangerar innehåller så mycket mer än bara målet för utflykten som kan vara att rida islandshästar eller gå på speciella hästaktiviteter. Det finns många delar i en sådan dag som kräver en hel del av patienterna och som på ett naturligt sätt blir en slags träning.

Vi försöker ju göra mycket utflykter och det är också för det här sociala helt enkelt. Att man tränar utmaningar i de sammanhangen som att sitta i bilar, tre i baksätet. Det är jättesvårt för en del och det är inte alla som klarar det och vi försöker ju att fixa så det kan se lite olika ut. De kan ju sitta fram men då är de med i bilen i alla fall. De kommer till platser där det kryllar av folk och det är inte heller så lätt. Nästa svårighetsgrad är: "vi ses om en timme" och så kan de gå två och två och det har gått jättebra. Mycket bestyr innan vi ska fara: maten ska vi ha med oss och den är speciell och si och så, och stop hela tiden för att kissa och sen ska ingen lämna den andra och alla mobiltelefoner ska delas ut och när vi kommer dit så glömmet de det där och handlar korv och hamburgare och ingen bryr sig om det som var överenskommet. (Marica & Lena)

Behandlarna återkommer till att allt tar sin tid. Det är viktigt att se behandlingen i ett långt perspektiv för att kunna se förändring i tankemönster och i konkreta handlingar. Det är också viktigt att se att förändring kan ske på flera områden i en människas liv och även en liten förändring är en viktig förändring.

En tjej brukar beskriva det att hon känner sig starkare, att hon vågar säga det hon tycker och att det är någon som vill höra vad hon tycker och att någon är intresserad. (Marica)

Nu är hon jätteduktig, har fått jobb igen, en riktig anställning. Det tog sex år. Vad som har hänt, det är jättestort. Det som har hänt, det har ju hänt på alla plan, tänker jag. Inte minst socialt – du får ju arbetskamrater. Så det händer ju på, i smått och stort, så händer det ju stora saker. (Lena)

6.7.1 Kommentar tema 5

Gruppens gemensamma uppfattning är att stallmiljön medför ett lämpligt behandlingsklimat då den är avslappnad och kravlös. Gruppen tror att stallmiljön ger möjligheter för ett naturligt umgänge med personal och andra vilket kan vara svårare på en klinik. Ridterapi ger dessutom patienten en känsla av att vara som andra genom att de t.ex. samåker och att de har ett gemensamt intresse med andra vilket i sin tur leder till att de har något att prata och berätta om för släkt och vänner. I ridterapi finns flera moment som innebär sociala utmaningar utöver de utmaningar som sker i stallet. Tillsammans besöker de platser och utför aktiviteter där patienterna tvingas använda sina färdigheter utanför stallet.

6.8 Sammanfattande kommentar fokusgruppsintervju

Gruppens gemensamma beskrivning var att patienterna genom ridterapi ökar sin känsla av livsmening, får en förbättrad självbild, en allmänt bättre psykisk hälsa och ett ökat socialt liv. Behandlarna anser att ridterapi som behandling är förutsägbar, begriplig, äkta, avslappnad, individuellt planerad och bygger på en ömsesidig relation mellan behandlare och patienter.

Fokusgruppsdeltagarna var under hela intervjun alltid överens. Stämningen i gruppen var positiv och alla hade något de ville förmedla och erfarenheter som de ville dela med sig av. Två av deltagarna var mer aktiva under diskussionen men de andra två instämde i det som sades genom sitt kroppsspråk och genom kommentarer. Det fanns ingen känsla av att någon kände sig åsidosatt.

7 Analys av kvantitativa och kvalitativa data

I analyskapitlet beskrivs våra resultat från både den kvantitativa och den kvalitativa undersökningen. Resultaten tolkas mot bakgrund av valda teorier, begrepp och tidigare forskning inom ämnet. Analysen har delats upp utifrån studiens fem teman och avslutas med en sammanfattande slutanalys.

7.1 Tema 1 – Bakgrund

Det går att tolka studiens resultat som att patienter oberoende av ålder och diagnos kan tillgodogöra sig ridterapi som behandling. Behandlarna beskrev i intervjun att ridterapi lämpar sig för alla typer av diagnoser som finns inom psykiatrin, såsom psykoser, ätstörningar, social fobi, ångest, depression, tvångstankar, personlighetsstörningar och utbrändhet. Resultatet går i linje med tidigare forskning gällande ridterapins effekter på olika diagnoser (Eriksson, 1999, Forsberg, 2002, Halvarsson & Ekström, 2000, Hall & Persson, 2001, Håkansson, 1995, Ullenius, 2001).

7.2 Tema 2 – Livsmening

Både den kvantitativa och den kvalitativa undersökningen visar på en förbättrad känsla av livsmening hos patienterna efter deltagande i ridterapi. Denna förbättring innebär, utifrån enkäten, en ökad känsla av meningsfullhet, ökad livsmening och nya mål i livet ($p < 0.001$), en mindre förvirrad syn på problemhantering ($p < 0.001$) och mindre okontrollerade känslor ($p < 0.05$). Fokusgruppsdeltagarna, behandlarna, säger sig se dessa förändringar hos patienterna och de anser att ridterapi leder till ökad känsla av livsmening hos dem. Att ridterapi ökar känslan av livsmening stämmer överens med Harts (2000:32) redovisning av forskningsresultat gällande ridterapi.

Att patienterna fått en ökad känsla av meningsfullhet, nya mål i livet, en mer klar syn på lösningen till svåra problem och att de bättre kan kontrollera sina känslor kan tolkas som att de genom ridterapi fått ett högre KASAM-värde. Detta innebär att ridterapi ger patienten möjlighet att bättre förstå det sammanhang som hon befinner sig i, hon lär sig att hantera och påverka sin situation och hittar en mening i det som sker. Detta är de tre komponenterna som Antonovsky (2005:43) beskriver som viktiga för att få en högre känsla av sammanhang och därmed en förbättrad psykisk och fysisk hälsa. Den psykiska ohälsan kan ses som en följd av att patienten haft ett långt KASAM och därmed inte kunnat förstå de stressorer, påfrestningar i livet, som hon utsatts för och därmed blivit psykiskt sjuk. Resultaten kan tolkas så att ridterapi hjälper till att åter öka känslan av sammanhang genom att stärka motståndsresurser, såsom jagstyrka m.m, som Antonovsky (2005:17) anser att människan behöver för att stå emot olika stressorer. Dessa stressorer, blir för patienterna mer begripliga och hanterbara om de känner en högre känsla av sammanhang och om de lyckas sätta in problemen och de egna känslorna i detta sammanhang.

Många av patienterna har, enligt behandlarna, ridit tidigare i livet och har glömda positiva erfarenheter av ridning. Genom ridterapi ges patienterna möjligheten att minnas de positiva mentala bilder som finns kopplade till ridningen och de får åter känna en tidigare bekant känsla som varit bra (Kåver, 2006:94). I fokusgruppen poängterades även vikten av mål i livet och livsmening vilket behandlarna menar kommer tillbaka till patienterna via hästarna och ridterapi. Känslan av att vara behövd, respekterad, att sköta om någon och att känna motivation tolkar vi som bidragande faktorer till patienternas ökade känsla av livsmening och de är även några av de faktorer som Topor (2005:138) anger som viktiga i den återhämtningsprocess som patienterna genomgår.

7.3 Tema 3 – Självbild

Resultaten från både den kvantitativa och kvalitativa undersökningen beskriver en positiv förändring av patienternas självbild efter deltagande i ridterapi. De kvantitativa resultaten visar; förbättrad självkänsla, mer positiva tankar om den egna personen, en förbättrad inställning till den egna personen ($p < 0.001$), en ökad tro på den egna förmågan ($p < 0.001$), en mer övergripande känsla av tillfredsställelse ($p < 0.001$) och en förbättrad syn på sig själv ($p < 0.01$). Fokusgruppens diskussion styrker dessa resultat och betonar att ridterapi naturligt ger patienterna en möjlighet att skapa sig en egen identitet. Studiens resultat går i linje med tidigare forskning gällande ridterapiens påverkan av patienters självbild (Eriksson, 1999, Forsberg, 2002, Hart, 2000).

Utifrån den förändring som patienterna beskriver tänker vi oss att patienterna innan ridterapi hade negativa scheman gällande sig själva, sin förmåga att lyckas och gällande livet i allmänhet. Deras livsregler och grundantaganden kan, utifrån resultaten och utifrån den kognitiva synen på psykiska problem, tänkas ha varit negativa och deras automatiska tankar fick därmed en negativ grund (Kåver, 2006:99, Perris, 2000:31). Resultaten visar att många patienter innan ridterapi var besvikna eller till och med hatade sig själva vilket kan tolkas som djupt förankrade tankescheman som i sin tur filtrerar bort all positiv information om den egna personen (Kåver, 2006:99). Efter ridterapi känner sig 16 patienter inte längre besvikna på sig själva vilket kan tolkas som att dessa tankescheman förändrats och att självbilden därmed ges möjligheten att förbättras eftersom individen då blir mer mottaglig för positiv information om den egna personen. De kan utifrån mer positiva tankescheman se sin egen del i den positiva förändringen och därmed förstå att de själva är delaktiga i framgången eftersom dessa scheman styr hur vi tolkar, bearbetar och lagrar information (Kåver, 2006:93, Berg-Wikander et al., 2005:24, Perris, 2000:30). Känslan av att klara av att hantera en häst och upptäckten av andra förmågor, beskrivs i resultaten från fokusgruppen och kan resultera i att patienterna börjar fundera kring om det finns andra områden som de kanske även behärskar och klarar av utanför ridterapi, vilket kan tolkas som att en förändring i de kognitiva funktionerna har skett hos patienterna.

En starkt jagkänsla kan öka patienternas känsla av sammanhang och ger därmed patienterna ett högre KASAM-värde (Antonovsky, 2005:16). Ett rimligt antagande är, att ett till det bättre förändrat KASAM leder till förändring i tankescheman. Detta eftersom vi tänker oss att en starkare känsla av sammanhang gör att människan ser situationen runt sig som mer begriplig och i och med detta görs en kognitiv bedömning av situationen utifrån ett mer positivt tankeschema.

7.4 Tema 4 – Psykisk hälsa

Studiens kvantitativa resultat visar att patienterna upplever en positiv förändring i sin psykiska hälsa, såsom depression och nedstämdhet. Denna positiva förändring kan ses genom ett ökat välbefinnande, patienternas upplevelse av en förbättrad psykisk hälsa, ökad känsla av kroppskontroll, mindre känslor av nedstämdhet ($p < 0.001$) och mindre negativa tankar om sig själv ($p < 0.01$). Materialet från den kvalitativa delen, fokusgruppen och enkätcitaten, styrker denna positiva förändring. Studiens resultat som visar att ridterapi påverkar den psykiska hälsan går i linje med tidigare forskning som visar att umgänge med djur befrämjar återhämtning från sjukdom och ger en ökad kroppskänedom vilket i sin tur leder till bättre psykiskt mående (Forsberg, 2002, Håkansson, 1995, Norling, 2001). Patienterna uppger i enkätfrågorna hämtade från Becks BDI-skala (1972) att de via ridterapi fått mindre depressionssymptom vilket är ett resultat som stöds av tidigare forskning gällande djurs positiva inverkan på människor (Hart, 2000, Norling, 2001, Eriksson, 1999).

En av patienterna i enkäten beskriver ridterapi betydelse för den psykiska hälsan så här: "En enorm betydelse, eftersom den har ökat min självkänsla och min fysiska hälsa, vilken i sin tur påverkar min psykiska hälsa." Citatet kan tolkas som att patienten upplever att ridterapi befrämjar förändring på flera områden. Det är just denna förändring på flera områden som vi menar ger patienterna en ökad känsla av sammanhang (Antonovsky, 2005:16) och mer positiva tankescheman (Kåver, 2006:98, Perris, 2000:31) vilket leder till ökad psykisk hälsa och ökat välbefinnande.

Under temat psykisk hälsa behandlade fokusgruppen ämnet medicinering och den sunda diskussionen kring den som av naturliga skäl väcks av ridterapi. Patientens tankar kring behovet av medicineringen, dess effekter och biverkningar ifrågasätts eftersom ridterapi gör patienten naturligt trött och medicinen ibland gör patienten stel och orörlig.

7.5 Tema 5 – Social situation

Resultaten från både den kvantitativa och kvalitativa undersökningen visar på en positiv förändring i den sociala situationen runt patienterna. I enkäten beskrivs att den sociala situationen har förbättrats genom ökad gemenskap med andra, en minskad känsla av ensamhet och genom ett ökat intresse för andra människor ($p < 0.001$). Fokusgruppen beskriver stallmiljön som en naturlig mötesplats för sociala kontakter och en av patienterna beskriver i enkäten att hon innan ridterapi var helt isolerad.

Fokusgruppen beskriver stallmiljön som en naturlig plats för socialt samspel och sociala relationer vilket många av de patienter som deltar i ridterapi saknar. Ridterapi som behandlingsform erbjuds, enligt behandlarna, i en avslappnad miljö som på ett naturligt sätt uppmuntrar till socialt samspel då patienterna och behandlarna fikar tillsammans, patienterna samåker med varandra till och från stallet och alla i gruppen har ett gemensamt intresse. Patienterna får dessutom ett nytt samtalsämne att prata om med andra bekanta, vänner, familj eller personer i stallet. I återhämtningsprocessen spelar just detta, det sociala samspelet och de sociala relationerna med andra människor, en central roll (Topor, 2005). Det sociala stödet som behandlarna beskriver kan ses som en av de motståndsresurser som Antonovsky (2005:16) menar behöver stärkas för att människan ska orka stå emot alla stressorer som ständigt återkommer i livet. Vi tänker att även relationen till hästen kan ses som en del i det sociala sammanhanget. I citaten i enkäten beskriver patienterna just denna relation som betydelsefull eftersom hästarna bekräftar dem känslomässigt utan att de behöver uttrycka sig verbalt.

Studiens resultat som pekar på ridterapis socialiserande effekt går i linje med tidigare forskning gällande effekter av djur i vården och ridterapi (Eriksson, 1999, Forsberg, 2002, Hart, 2002, Halvarsson & Ekström, 2000, Norling, 2001).

7.6 Helhetsanalys

7.6.1 En multidimensionell helhetsanalys

Studiens resultat kan tolkas så att ridterapi som behandlingsform tycks ha en förändringsbenägenhet på flera variabler. Resultaten visar på en stor förändring hos patienterna inom flera dimensioner. Vi har genom vår studie specificerat dessa olika dimensioner genom våra teman; livsmening, självbild, social situation och psykisk hälsa. Ridterapi tycks väcka och leda till en multidimensionell process inom patienterna, vilket vi tycker stämmer överens med Topors (2005) beskrivning av den återhämtningsprocess som patienterna med svåra psykiska problem genomgår. Återhämtningsprocessen har för dessa patienter berört flera dimensioner såsom patienternas kognitiva scheman (en

förbättrad självbild), deras känsla av livsmening (ökad känsla av sammanhang), deras psykiska hälsa samt sociala situation.

För att återhämtning skall kunna ske krävs, enligt Topor (2005:64), att någon form av *vändpunkt* inträffar. Denna vändpunkt kan för studiens patienter ha varit just ridterapi och de olika ingredienser som ingår i denna. En ingrediens i ridterapi som kan ha varit verksam för återhämtningen, är personalens förhållningssätt gällande *kravnivån* på ridterapi. Detta påtalar Topor (2005:74) som en viktig faktor i återhämtningen för att undvika misslyckanden för patienterna. Detta är något som behandlarna tänker mycket på, att patienterna skall få ta allt i sin takt. Namnet Passage är av betydelse här, då namnet betyder just att det är meningen att patienten skall få möjlighet att ”vila i steget”. Då patienten tillåts att gå sakta framåt i sin behandling, skapas ett gynnsamt behandlingsklimat som ger patienten en chans att förändra sina kognitiva scheman successivt (Kåver, 2006:98, Perris, 2000:31). En rimlig tolkning kan vara att hästen med sitt beteende och bemötande i sig är mycket viktig eftersom den ger tydlig respons till patienten och väcker känslor som denne möjligen inte haft kontakt med på länge, såsom att bli sedd och respekterad. Fine (2000:182) beskriver vikten av djuret (i detta fall hästen) när det gäller att skapa en länk mellan behandlaren och patienten. Detta är något som blir tydligt inom ridterapi, att fokusera på hästen ger behandlarna bra möjligheter till gott behandlingsklimat. Detta går i linje med annan forskning på området gällande djurens och just hästens betydelse för återhämtning från sjukdom (Norling, 2001:28, Hart, 2000:94).

Vidare kan personalens *personliga engagemang* vara ytterligare en faktor av betydelse. Alla behandlarna tror på behandlingsformen och ger av sig själva i situationerna i stallet, ett engagemang som behandlarna tror leder till en känsla av äkthet för patienterna. Topor (2005:135-184) beskriver vikten av den professionellas del i återhämtningen. Att denne kan göra saker för patienten som inte självklart ingår i dennes uppgift och att det blir en ömsesidighet i relationen. Vidare beskriver Topor (2005:167) att en annan plats för behandling än en psykiatrisk mottagning kan innebära nya handlingsutrymmen och möjligheter. Ridterapi sker i en stallmiljö och resultaten kan tolkas så att detta i sin tur leder till ömsesidighet i relationen mellan patienter och behandlare och ett vidgat handlingsutrymme för patienterna. Behandlarna beskriver att det blir många tillfällen där humor kommer in i situationerna i stallet, där de och patienterna skrattar åt olika saker som inträffar i situationer kring hästarna. Behandlarna förklarar att de bjuder på sina misstag och de utger sig aldrig för att vara specialister inom hästområdet. Att humor är viktiga inslag i en framgångsrik behandling är något som visat sig i tidigare forskning. Forsberg (2002:20) menar; ”att utveckling åstadkoms genom lust och lek”. Topor (2005:81) skriver att återhämtningsprocessens slut handlar om att återerövra känslan av att vara sig själv. Detta beskriver behandlarna att de har sett med patienterna. De kan se att patienten helt plötsligt blir någon, hittar tillbaka till den dom en gång var, eller hittar en ny roll som ryttare eller hästtjej.

7.6.2 Prövning av alternativ tolkning

En alternativ tolkning av resultatet skulle kunna vara att något annat än ridterapi i patienternas liv skulle kunna vara orsaken till de förändringar som beskrivits. Det är dock mindre sannolikt att alla 24 patienterna under samma tidsperiod upplevt andra faktorer utöver just ridterapi som bidragit till det positiva resultatet. Även om man naturligtvis inte kan utesluta den här typen av alternativ tolkning så finns det rimliga skäl att anta att ridterapi bidragit till denna multidimensionella förändring som patienterna och behandlarna beskriver.

7.6.3 Behovet av fortsatt processanalys

I kvalitativ forskning är alternativa prövningar av tolkningar viktiga (Patton, 1990:427). Resultaten i denna studie visar att ridterapi innehåller flera delar som samspelar med varandra, såsom den lugna miljön, stallet, hästen, människorna i stallet och naturen m.m. Det går dock inte att utifrån studiens resultat se vilka faktorer som påverkar vilka och i vilken ordning. Däremot kan man tolka resultaten som att ridterapi griper in i människors liv på ett komplext sätt. Återhämtningsprocessen som Topor (2005) beskriver är en komplicerad process och det krävs fortsatt processanalys och fler teorier för att mer i detalj kunna synliggöra denna process som sker hos patienterna genom ridterapi. Kvalitativ processforskning har också rekommenderats i kurslitteraturen (Patton, 1990:430).

7.6.4 Ridterapi och socialt arbete

De förändringar som skett hos patienterna har fått psykosociala konsekvenser, såsom eget boende, arbete och sysselsättning, ett förbättrat psykiskt mående och ökad social interaktion. Ett mål med socialt arbete är att förbättra människors psykosociala situation och ett rimligt antagande kan vara att ridterapi har en multidimensionell psykosocial förändringspotential (Hutchinsson, 1999: kapitel 4-6).

8 Diskussion

8.1 Resultatprofil, besvarande av frågeställningen

Utifrån de kvantitativa och kvalitativa studiernas resultat besvaras uppsatsens frågeställning:

Vilken betydelse kan ridterapi ha för att minska problematiken och öka välbefinnandet för patienter inom psykiatrin avseende livsmening, självbild, psykisk hälsa och social situation?

Våra resultat visar att ridterapi som behandlingsform griper in i patienternas liv på ett komplext sätt vilket leder till att patienten får en minskad problematik gällande sin psykiska ohälsa och därmed ett ökat välbefinnande. Det går i resultaten att se en tydlig förbättring hos patienterna avseende livsmening, självbild, psykisk hälsa och social situation.

8.2 Central teoretisk tolkning av resultatprofilen

En flerdimensionell analys behövs i den här studien för att kunna uppmärksamma den förändringsprocess som ridterapi ger upphov till. Våra valda analysverktyg, kognitiv teori, KASAM och begreppet återhämtning, har visat sig vara användbara då de kunnat belysa ridterapins mångfacetterade förändringsbenägenhet inom just de teman som vi valt att studera.

Det är rimligt att anta att ridterapi har en förändringsbenägenhet gällande patienternas livsmening, det är också tydligt att det sker en slags vändpunkt i patienternas känsla av livsmening och denna förändring kan förstås mot bakgrund av Antonovskys teori om känslan av sammanhang (Antonovsky, 2005). På liknande sätt kan den kognitiva teorin kasta ljus över den positiva förändring i patienternas självbild som ridterapi ger upphov till. Det är utifrån resultaten rimligt att anta att ridterapi förändrar individens kognitiva meningsstrukturer avseende självbilden (Kåver, 2006:98, Perris, 2000:31). Den kognitiva

teorin blir ett viktigt analysverktyg för denna typ av förändrade identitetsupplevelser som ridterapi bidrar till.

Det kan ses förbättringar i den psykiska hälsan och gällande upplevelsen av nedstämdhet hos patienterna. Även denna förändring kan analyseras utifrån kognitiv teori (Kåver, 2006, Perris, 2000). Förändringarna i den psykiska hälsan och i den sociala situationen kan ses mot bakgrund av återhämtningsperspektivet (Topor, 2005). Ridterapi tycks skapa en vändpunktssituation som genererar en psykosocial förbättring.

Den typen av multidimensionell analys som den här studien innehåller kan bidra till ökad förståelse för de kognitiva och emotionella meningsskapande förändringsprocesser som är verksamma vid ridterapi. Resultaten och den teoretiska analysen ligger i linje med tidigare forskning som visar att användandet av djur i behandling ger upphov till flera positiva förändringar än en (von Arbin, 1994, Eriksson, 1999, Fine, 2000, Forsberg, 2002, Hall & Persson, 2001, Halvarsson & Ekström, 2000, Håkansson, 1995, Håkansson & Hane, 1998, Norling, 2001).

8.3 Metoddiskussion

Syftet med denna studie var att öka kunskapen och förståelsen för vilken betydelse ridterapi kan ha för patienter inom psykiatrin. Studien har fokuserat på ett begränsat urval av teman och det är bara utifrån analyserna av dessa teman som den här studien kan uttala sig. Ett bredare urval av analys teman hade möjligen kunnat nyansera resultatet men det är något som får följas upp i fortsatt forskning.

I studien har använts flera olika sorters triangulering som ett sätt att försöka öka studiens validitet och reliabilitet. Triangulering av datakällor har skett, dels genom en kvantitativ och en kvalitativ undersökning, dels genom systematiska beskrivningar via enkät och genom behandlarnas egna ord och genom de öppna frågorna i enkäten. Detta sammantaget leder till en nyanserad databas. De teoretiska perspektiven, teoritriangulering, har sedan använts för att genomlysas studiens databas utifrån flera perspektiv. Via undersökartriangulering har sedan olika tolkningar från undersökarna jämförts med varandra.

Enkätundersökningen gjordes utifrån en önskan att få tillgång till flera patienters tankar om ridterapis betydelse. Av praktiska skäl begränsade vi oss dock till att enbart fråga patienter tillhörande psykiatrin i Skellefteå (Elofsson, 2005:63). Urvalet är dock litet och kvalitativa djupintervjuer med några patienter eller en fokusgruppsintervju med några patienter skulle eventuellt ha nyanserat resultatet.

Vid enkätens utformning fördes en diskussion om huruvida patienterna hade förmågan att skatta de känslor som de hade innan deltagande i ridterapi, i relation till den i stunden rådande känslan. De ultimata hade varit att låta patienterna besvara enkäten innan de börjat med ridterapi och sedan igen efter en viss tids deltagande. Då detta ej var möjligt valde vi att låta patienterna skatta förändringen och vi tolkade sedan resultaten med denna diskussion i åtanke. De visade sig att när vi jämförde våra egna formulerade frågor med de tagna frågorna så fick vi överensstämmande resultat och utifrån det tolkade vi det som att patienterna förstått frågorna.

Fokusgruppsintervjun gjordes för att belysa ridterapi utifrån behandlarnas perspektiv. Det hade varit möjligt att göra enskilda intervjuer men då vi var ute efter en allmän mening och behandlarnas samlade tankar och åsikter kring betydelsen av ridterapi var fokusgruppsmetoden den mest lämpade (Billinger, 2005:171). Ytterligare ett skäl till valet av fokusgruppsmetoden var att vi i minsta möjliga mån ville påverka behandlarna vid

intervjutillfället (Billinger, 2005:171). Det kan dock tänkas att enskilda intervjuer med behandlarna skulle ha kunnat ge andra resultat eftersom de i grupp kan påverkas av varandra. Vår upplevelse var dock att alla i gruppen tog den plats de önskade och att de genom icke verbal kommunikation visade att de var delaktiga i varandras resonemang.

Vår helhetsbedömning är dock att studiens metod är väl genomtänkt. Trots att det kan finnas vissa invändningar är metoden tämligen systematisk med både en kvalitativ och en kvantitativ studie.

8.4 Förslag till fortsatt forskning

- En fördjupad analys utav förändringsprocessen hos patienterna för att se hur den går till. Genom narrativa metoder skulle det gå att studera hur patienter känner sig innan, under och efter ridterapi. Patienterna skulle kunna berätta vilken betydelse de tycker att ridterapi har eller har haft för dem samt berätta hur vägen till ridterapi sett ut och hur de avslutat och gått vidare.
- Ytterligare kvalitativa processanalyser skulle kunna göras genom djupintervjuer med patienter, anhöriga och behandlare. Genom djuplodande och systematiska intervjuer skulle det möjligen gå att identifiera centrala processer som sker inom och runt patienterna genom ridterapi.
- Teoretiska analyser av ridterapi kopplat till andra typer av behandlingar med djur vore intressant för att se likheter och skillnader mellan hästar och andra djur.
- En genusteoretisk analys för att se om det finns någon skillnad i förändringen hos kvinnor och män som genomgår ridterapi.
- En analys utifrån feministiskt perspektiv vore viktigt för att se vilken betydelse det är för just kvinnor att få umgås med hästar i ett terapeutiskt syfte.

Referenser

- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium* (M. Elfstadius övers.). Stockholm: Natur och Kultur (Originalarbete publicerat 1987).
- Von Arbin, C. (1994). *Hippoterapi*. Färentuna: KIKKULI förlag ab.
- Beck, A. M. (2000). The Use of Animals to Benefit Humans: Animal-Assisted Therapy. In A. Fine (Ed.), *Animal Assisted Therapy* (pp. 21-37). San Diego: Academic Press.
- Berg-Wikander, B., Helleday, A., & Jorup, B. (2005). *Fyra psykologiska perspektiv i socialt arbete och social omsorg*. (Stockholms universitet, Institutionen för socialt arbete, 106 91 Stockholm).
- Billinger, K. (2005). Fokusgrupper. I S. Larsson, J. Lilja & K. Mannheimer (Red.). *Forskningsmetoder i socialt arbete* (s. 169-178). Lund: Studentlitteratur.
- Bjereld, U., Demker, M., & Hinnefors, J. (2002). *Varför vetenskap?* (2:a rev. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Blalock, H. M, jr. (1979). *Social Statistics*. New York: Mcgraw-Hill.
- Byström, J. (2000). *Grundkurs i statistik* (6:e rev. Uppl.). Stockholm: Natur och kultur.
- Elofsson, S. (2005). Kvantitativ metod – struktur och kreativitet. I S. Larsson, J. Lilja & K. Mannheimer (Red.). *Forskningsmetoder i socialt arbete* (s. 59-90). Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, A. (1999). *Effekter av ridterapi – en litteraturstudie*. (Examensarbete från Sjukgymnastikprogrammet). Karolinska Institutet Stockholm, Institutionen för sjukgymnastik, 141 57 Huddinge.
- Esaiasson, P., Gilljam, M., Oscarsson, H., & Wägnerud, L. (2002). *Metodpraktikan*. Stockholm: Norstedts Juridik.
- Fine, A. (2000). Animals and Therapists: Incorporating Animals in Outpatient Psychotherapy. In A. Fine (Ed.), *Animal Assisted Therapy* (pp. 179-208). San Diego: Academic Press.
- Flygare, S. & Forsberg, H. (2005). *Hästar som redskap i medicinsk behandling – en kvalitativ innehållsanalys*. (Examensarbete från sjukgymnastprogrammet). Luleå tekniska universitet, Institutionen för hälsovetenskap, Luleå.
- Forsberg, A. (2002). *Patienters erfarenhet av ”rehabilitering till häst” inom psykiatrisk vård*. (Rapport från Magisterprogrammet i omvårdnad). Umeå universitet, Institutionen för omvårdnad, 901 87 Umeå.
- Hall, A., & Persson, J. (2001). *Upplevelser av ridning som terapi vid Anorexia Nervosa, basala kroppskännedomövningar till häst som sjukgymnastisk behandling*. (C-uppsats från Sjukgymnastutbildningen). Linköpings Universitet, Hälsouniversitetet.

Halvarsson, S., & Ekström, A-M. (2000). *Ridterapi*. (Utbildningsrapport). Mitthögskolan, Centrum för studier i hälsa och livskvalitet. Östersund: Psykiatriska kliniken, Östersunds sjukhus.

Hart, L. A. (2000). Psychosocial Benefits of Animal Companionship. In A. Fine (Ed.), *Animal Assisted Therapy* (pp. 59-76). San Diego: Academic Press.

Hart, L. A. (2000). Methods, Standards, Guidelines, and Considerations in Selecting Animals for Animal-Assisted Therapy. In A. Fine (Ed.), *Animal Assisted Therapy* (pp. 81-96). San Diego: Academic Press.

Heipertz, W. (1989). *Therapeutic Riding. Medicine, Education, Sports*. Ottawa: National Printers.

Hutchinsson, E. (1999). *Dimensions of human behaviour*. London: Pine Forge Press.

Håkansson, M. (1995). *Kroppskännedomsträning till häst för patienter med svår ätstörningsproblematik* (En pilotstudie). Vänersborg: Sjukgymnastikavdelningen, Älvsborgs Läns Landsting.

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

Kåver, A. (2006). *KBT i utveckling. En introduktion till kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Natur och Kultur.

Larsson, S. (2005). Teori, metod och empiri. I S. Larsson, J. Lilja & K. Mannheimer (Red.). *Forskningsmetoder i socialt arbete* (s. 19-38). Lund: Studentlitteratur.

Larsson, S. (2005). Kvalitativ metod – en introduktion. I S. Larsson, J. Lilja & K. Mannheimer (Red.). *Forskningsmetoder i socialt arbete* (s. 91-128). Lund: Studentlitteratur.

Lilja, J., (2005). Problemformulering. I S. Larsson, J. Lilja & K. Mannheimer (Red.). *Forskningsmetoder i socialt arbete* (s. 39-58). Lund: Studentlitteratur.

Lilja, J., (2005). Videoanalyser som metodstrategi. I S. Larsson, J. Lilja & K. Mannheimer (Red.). *Forskningsmetoder i socialt arbete* (s. 269-288). Lund: Studentlitteratur.

Marsh, P., Hare, R. & Rosser, J. (1978). *The rules of disorder*. London: Routledge.

Nilsagård, Y. (1996). *Effekter av ridterapi – en pre-experimentell studie av personer med sjukdom eller skada i centrala nervsystemet*. Uppsala: Centrum för omvårdnadsvetenskap, Institutionen för vårdvetenskap, Uppsala universitet.

Norling, I. (2001). *Rekreation och psykisk hälsa*. Sektionen för vårdforskning. Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg.

Olsson, H., & Sörensson, S. (2004). *Forskningsprocessen. Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber AB.

- Payne, M. (2002). *Modern teoribildning i socialt arbete*. Stockholm: Natur och kultur.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. Newbury Parks: SAGE Publications.
- Perris, C. (2000). *Kognitiv terapi i teori och praktik*. Borås: Natur och Kultur.
- Riede, MR. Doz. Dr. Sc. Med. (1988). *Physiotherapy on the horse*. Renton, Washington: The Delta Society.
- Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent self-image*. Middletown, Connecticut: Wesleyan Univ. Press.
- Ruth, J-E. (1991). Reliabilitets- och validitetsfrågan i kvantitativ respektive kvalitativ forskningstradition. I *Gerotologica*, vol. 5, no 4. Sid. 277-290.
- Stevens, R. (Red.). (1998). *Att förstå människor*. Lund: Studentlitteratur.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of Qualitative Research, Grounded Theory Procedures and Techniques*. London: SAGE Publications.
- Topor, A., (1999). *Återhämtning från svåra psykiska störningar – En närstudie av vändpunkter* (rapport 1998:4). FoU-enheten/psykiatri, Västra Stockholms Sjukvårdsområde.
- Topor, A. (2005). *Vad hjälper? Vägar till återhämtning från svåra psykiska problem*. Falun: ScandBook AB.
- Ullenius, A. (2001). *Upplevelser av hästar och ridning hos personer med psykos och personlighetsstörning*. Linköping: Institutionen för beteendevetenskap, avd. för sociologi, Linköpings Universitet.

Övriga informationskällor

Tidningsartiklar:

- Beck, A. & Beck, R. (1972). Screening Depressed Patients in Family Practice. *Postgraduate Medicine*, nr. 52 (6) pp. 81-85.
- Cardell, J. (2006). Hästarna gav Erica livet tillbaka. *Häst & Ryttare*, Nr. 3, s.30-33.
- Dokken, P. & Leijonhielm, M. (2005). Christine och Yazz – två oslagbara terapeuter. *PS! populär psykologi & medicin*, nr. 5, s. 44-47.
- Göthlund, A. (2004). Hästkraft hjälper psykiskt sjuka. *Kommunalarbetaren*, nr. 17, s. 16-19.
- Håkansson, M. & Hane, M. (1998). Kroppskännedomsträning till häst – utforskande partnerskap i behandling och utvärdering. *Nordisk Fysioterapi*, volym 2.

Internet:

www.equest.org/training.shtml (060418)

www.irt.just.nu (060424)

www.miun.se (060424)

Personlig kommunikation

L. Stenvall, 20 mars & 26 april, 2006.

M. Ljungholm, 26 april, 2006.

A-M. Ekström, 26 mars, 2006.

”Ridterapi – ett alternativ inom psykiatrin”

Information om ditt deltagande i forskningsprojekt

Vi är två studenter på Socialhögskolan i Stockholm som valt att skriva vår C-uppsats om Ridterapi. Syftet med projektet är att öka kunskapen om vilken betydelse ridterapi kan ha för patientgrupper inom psykiatrin. Enkäten kommer att kombineras med en uppföljande intervju med ridterapeuter som är verksamma vid psykiatriska mottagningen i Skellefteå.

Enkäten kommer att distribueras och samlas in av Lena Stenvall och därefter kommer vi ta del av den för att sammanställa materialet. Samtliga deltagare kommer att vara anonyma och du ska ej skriva ditt namn på enkäten. Inga personliga uppgifter kommer att nämnas och de uppgifter du lämnar kommer att behandlas konfidentiellt.

Deltagandet är frivilligt och du kan när du vill välja att avbryta ditt deltagande genom att höra av dig till Lena Stenvall. Till henne kan du även ställa eventuella frågor kring studien och ditt deltagande. Om du besvarar din enkät på Passage kan du lämna enkäten i ett slutet kuvert till personalen där annars skickar du den tillbaka i det frankerade kuvertet. Enkäten kommer inte att läsas av personalen på Passage utan kommer endast att läsas av oss i forskningssyfte.

Tack för din medverkan!

Elisabeth Broström
Socialhögskolan
Stockholms Universitet

Tel: XX XX XX

Therese Holtz
Socialhögskolan
Stockholms Universitet

Tel: XX XX XX

Lena Stenvall
Passage
Skellefteå psykiatriska mottagning

Tel: XX XX XX

Marica Ljungholm
Passage
Skellefteå psykiatriska mottagning

Tel: XX XX XX

Bilaga 2. Enkäten

Frågor om Ridterapi. Markera med kryss i rutan där svarsalternativet bäst passar in på det som du känner.

	<i>I mycket hög grad</i>	<i>I hög grad</i>	<i>I ganska hög grad</i>	<i>I viss mån</i>	<i>Inte alls</i>
1. I vilken grad tycker du att ridterapi har förbättrat din självkänsla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. I vilken grad tycker du att ridterapi har förbättrat din psykiska hälsa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. I vilken grad har ridterapi bidragit till att minska känslor av ensamhet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. I vilken grad har ridterapi bidragit till att öka din känsla av meningsfullhet i ditt liv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. I vilken grad har ridterapi bidragit till att öka ditt välbefinnande?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. I vilken grad har ridterapi bidragit till att förbättra din fysiska hälsa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. I vilken grad har ridterapi bidragit till att förbättra känslan av att kunna kontrollera din kropp?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. I vilken grad har ridterapi bidragit till ökad gemenskap med andra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. I vilken grad har ridterapi bidragit till att förbättra din förmåga att handskas med problem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. I vilken grad har ridterapi bidragit till att förbättra dina tankar om dig själv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ringa in det svarsalternativ som bäst passar in på dig som du känner dig IDAG

11. Hur ser du på framtiden?

1. Jag känner att framtiden är hopplös och att saker och ting inte kan förbättras.
2. Jag är nedstämd och ledsen hela tiden och kan inte bryta mig ur det.
3. Jag känner mig dystert och ledsen.
4. Jag känner mig inte ledsen.

12. Hur ser du på dig själv?

1. Jag hatar mig själv.
2. Jag känner avsky för mig själv.
3. Jag är besviken på mig själv.
4. Jag känner mig inte besviken på mig själv.

13. Hur ser du på dina kontakter med andra?

1. Jag har tappat allt intresse för andra människor och bryr mig inte alls om dem.
2. Jag har förlorat det mesta av mitt intresse för andra människor och har lite känsla för dem.
3. Jag är mindre intresserad av andra människor nu än tidigare.
4. Jag har inte tappat intresset för andra människor.

Ringa in det svarsalternativ som bäst passade in på hur du kände dig INNAN du påbörjade ridterapi.

14. Hur såg du på framtiden?

1. Jag kände att framtiden var hopplös och att saker och ting inte kunde förbättras.
2. Jag var nedstämd och ledsen hela tiden och kände att jag inte kunde bryta mig ur det.
3. Jag kände mig dystert och ledsen.
4. Jag kände mig inte ledsen.

15. Hur såg du på dig själv?

1. Jag hatade mig själv.
2. Jag kände avsky för mig själv.
3. Jag var besviken på mig själv.
4. Jag kände mig inte besviken på mig själv.

16. Hur såg du på dina kontakter med andra?

1. Jag hade tappat allt intresse för andra människor och brydde mig inte alls om dem.
2. Jag hade förlorat det mesta av mitt intresse för andra människor och hade lite känsla för dem.
3. Jag var mindre intresserad av andra människor då än tidigare.
4. Jag hade inte tappat intresset för andra människor.

Ringa in den siffra som bäst passar in på dig som du känner dig IDAG.

17. Hittills har ditt liv:

1	2	3	4	5	6	7
Helt saknat mål och mening						Genomgående haft mål och mening

18. När du ställs inför ett svårt problem, är lösningen:

1	2	3	4	5	6	7
Alltid förvirrande och svår att finna						Fullständigt solklar

19. Hur ofta har du känslor som du inte är säker på, att du kan kontrollera?

1	2	3	4	5	6	7
Mycket ofta						Mycket sällan/ aldrig

Ringa in den siffra som bäst stämmer med hur du kände dig INNAN du började med ridterapi.

20. Hittills har ditt liv:

1	2	3	4	5	6	7
Helt saknat mål och mening						Genomgående haft mål och mening

21. När du ställdes inför ett svårt problem, var lösningen:

1	2	3	4	5	6	7
Alltid förvirrande och svår att finna						Fullständigt solklar

22. Hur ofta hade du känslor som du inte var säker på, att du kunde kontrollera?

1	2	3	4	5	6	7
Mycket ofta						Mycket sällan/ aldrig

Markera med ett kryss i rutan där påståendet stämmer bäst med hur du uppfattar dig själv IDAG.

	Stämmer helt	Stämmer ganska bra	Stämmer inte särskilt bra	Stämmer inte alls
23. Jag har en positiv inställning till mig själv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Jag kan göra saker lika bra som alla andra.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. På det hela taget är jag nöjd med mig själv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Markera med ett kryss där påståendet stämmer bäst med hur du uppfattade dig själv INNAN du började med ridterapi.

26. Jag hade en positiv inställning till mig själv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Jag kunde göra saker lika bra som alla andra.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. På det hela taget var jag nöjd med mig själv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Slutligen kommer tre frågor där vi vill att du själv skriver det du vill säga oss:

1. Beskriv med dina egna ord hur du har upplevt ridterapi, vad den har betytt för dig som person.

.....
.....
.....
.....

2. Beskriv med egna ord vad ridterapi har betytt för dig i din kontakt med andra människor.

.....
.....
.....
.....

3. Vilka fördelar och begränsningar finns det med ridterapi som du ser det?

.....
.....
.....
.....

Hur många ggr. har du deltagit i ridterapi?.....

Under vilken tidsperiod har du deltagit i ridterapi?.....

Är du: Man Kvinna

Ålder: Hur gammal är du:

Civilstånd: Gift/sambo ogift/ensamstående änka/änkling

Tack för att du har svarat på våra frågor!

Med vänlig hälsning Elisabeth Broström & Therese Holtz.

Bilaga 3. Intervjuguide

INTERVJUGUIDE FÖR FOKUSGRUPP

PASSAGE

1. BAKGRUND:
 - Beskriv problembilden för patienterna
2. LIVSMENING:
 - Beskriv hur/om ni tycker att patienternas livsmening påverkas av ridterapi
3. SJÄLVBILD:
 - Beskriv patienternas syn på sig själva
 - Förändring i självförtroende
4. PSYKISK HÄLSA
 - Hur har den psykiska hälsan förändrats?
5. SOCIALSITUATION
 - Hur har patienternas sociala situation påverkats?
 - Ensamhet?
 - Gemenskap?
6. ÅTERKOPPLING ENKÄT
 - Enkätresultat redovisas
 - Reflektioner?
7. AVSLUT

Bilaga 4. Diskussionsunderlag

DISKUSSIONSTEMAN:

- BAKGRUND
- LIVSMENING
- SJÄLVBILD
- PSYKISK HÄLSA
- SOCIAL SITUATION

Bilaga 5. Samtycke