



GÖTEBORGS UNIVERSITET
INST FÖR KOST- OCH IDROTTSVETENSKAP

Fysisk aktivitet som behandlingsform vid substansberoende

- upplevelsen av den fysiska aktivitetens betydelse för tillfrisknandet

Josefin Barresten
Viktor Hedelund

Rapportnummer: VT13-73
Examensarbete: 15 hp
Program: Hälsopromotionsprogrammet
inriktning Idrottsvetenskap
Nivå: Grundnivå
Termin/År: VT/2013
Handledare: Anders Raustorp
Examinator: Magnus Lindwall



GÖTEBORGS UNIVERSITET
INST FÖR KOST- OCH IDROTTSVETENSKAP

Rapportnummer: VT13-73
Titel: Fysisk aktivitet som behandlingsform vid substansberoende- upplevelsen av den fysiska aktivitetens betydelse för tillfrisknandet
Författare: Viktor Hedelund och Josefin Barresten
Uppsats: 15 hp
Program/kurs: Hälsopromotionsprogrammet/IKG243
Institution: Institutionen för Kost och Idrottsvetenskap
Nivå: Grundnivå
Handledare: Anders Raustorp
Examinator: Magnus Lindwall
Antal sidor: 33 (exklusive bilaga)
Termin/år: VT/2013
Nyckelord: Alkohol, behandling, beroende, fysisk aktivitet, missbruk, narkotika

Sammanfattning

Beroendesjukdomen utgör ett problem i dagens Sverige. Ett långvarigt missbruk kan exempelvis leda till depression, rubbning i hormonsystemet och förlorad muskelmassa. Forskning visar på ett samband mellan missbruk och påverkan på hjärnans belöningssystem. Missbruk kan även leda till en negativ inverkan på det sociala livet. Fysisk aktivitet påverkar hälsan positivt genom bland annat ett ökat självförtroende, en ökad fysisk självkänsla och en förbättrad kondition och muskelfunktion. Syftet är att belysa hur fysisk aktivitet kan påverka den psykiska och fysiska hälsan hos personer under behandling av narkotika- och alkoholberoende. Uppsatsen utgår ifrån det salutogena perspektivet, med centrala komponenter som KASAM och coping. Uppsatsen är av kvalitativ ansats med intervjuer av semistrukturerad karaktär som datainsamlingsmetod. Intervjuerna spelades in via diktafon samt transkriberades och analyseras sedan ur ett teorinära förhållningssätt. Urvalet utgjordes av fem deltagare ur ett behandlingsprogram i centrala Göteborg, vilket utgår ifrån minnesotamodellens tolvstegsprogram, utan hänsyn till typ av beroende eller ålder. Resultatet av studien visar att respondenterna anser att den fysiska aktiviteten har en betydande roll i behandlingen. Fysisk aktivitet anses där fungera som en ventil för känslor, ger kraft att genomgå en livsstilsförändring samt förbättrar tilltron till den egna förmågan. De deltagande upplever att den fysiska aktiviteten stärker deras förmåga att hantera den inre och yttre press som uppstår vid beroendebehandling. Den fysiska aktiviteten har även en stor positiv inverkan på sociala faktorer. Slutsatsen av studien visar på ett samband mellan fysisk aktivitet och utfallet av behandlingen, då såväl den fysiska som psykiska hälsan påverkas i en positiv riktning

Innehåll

1.	Inledning.....	4
2.	Syfte.....	5
2.1	Frågeställningar.....	5
3.	Bakgrund	5
3.1	Definitioner	5
3.2	Alkohol och psykisk ohälsa	7
3.2.1	Psykologiska faktorer kopplade till utfallet av missbruks- och beroendebehandling.....	8
3.3	Behandling av beroendesjukdom	9
3.4	Negativa effekter av ett långvarigt missbruk	9
3.5	Fysisk aktivitet som behandling vid beroendesjukdom	11
3.6	Teoretiska referensramar.....	13
4.	Metod.....	14
4.1	Design	14
4.2	Urval och datainsamling	14
4.3	Instrument	15
4.4	Dataanalys.....	15
4.5	Etiska överväganden	16
4.6	Metodologiska överväganden	16
4.7	Behandlingshemmet och tolvstegsprogrammet	16
5.	Resultat	18
5.1	På vilket sätt har deltagarnas upplevda hälsa påverkats i och med deltagande i behandling med fysisk aktivitet?	18
5.2	Hur meningsfullt har fysisk aktivitet varit som en del av behandlingen?	19
5.3	På vilket sätt har deltagarens förmåga att hantera sin situation påverkats genom fysisk aktivitet?	20
5.4	Vilka positiva respektive negativa aspekter av fysisk aktivitet lyfts fram av deltagarna?.....	21
6.	Diskussion	23
6.1	Metoddiskussion	23
6.2	Resultatdiskussion.....	24
6.3	Slutsats	29
7.	Referenser.....	30

Bilaga 1 Intervjuguide

Tack vare uppsatsen har vi fått möjlighet att träffa fantastiska människor som bidragit med nya insikter och kunskaper, vilket vi är mycket tacksamma för. Vi vill frambringa ett stort tack till alla som medverkat och tagit sig tid att delta. Utan er hade detta inte varit möjligt! Vi vill även passa på att tacka Anders Raustorp för god handledning och varandra för ett gott samarbete.

Viktor och Josefin

“The secret of health for both mind and body is not to mourn for the past, not to worry about the future, not to anticipate the future, but to live the present moment wisely and earnestly.”

(Buddha, 563 f.Kr-483 f.Kr)

Arbetsuppgift	Procent utfört av Viktor/Josefin
Planering av studien	50/50
Litteratursökning	50/50
Datainsamling	50/50
Analys	50/50
Skrivande	50/50
Layout	50/50

1. Inledning

I dagens Sverige beräknas cirka 360-500 000 missbruka eller vara beroende av alkohol. Bland dessa räknas inte bara de värst utsatta i samhället, utan även helt vanliga samhällsmedborgare, vilka dricker så mycket att de blivit beroende av alkohol (Søgaard Nielsen, 2009). Samtidigt visar Centralförbundet för narkotika- och alkoholupplysningens (2012) rapport på en ökad import och beslag av narkotika, där framför allt beslagen av cannabis och illegala läkemedel nästan fördubblats under de senaste tio åren. En del av individerna med missbruksproblematik klarar att själva ta itu med sitt beroende, men de flesta är i behov av behandling eller stöd från sin omgivning (Søgaard Nielsen, 2009). Enligt Socialstyrelsens (2013) senaste rapport angående insatser för vuxna med missbruks- och beroendeproblem visas att totalt 50 470 personer genomgick någon typ av behandling under år 2012. Dessa siffror innefattar alkohol-, narkotika- samt blandmissbruk. De flesta vilka väljer att uppsöka behandling för sitt missbruk, föredrar öppenvårdsbehandling framför sluten vård (Søgaard Nielsen, 2009). En förklaring till detta ligger i att de flesta fortfarande har ett fungerande socialt nätverk och aktiva umgängeskretsar, vilket gör att behovet av att upprätthålla dessa spelar en stor roll i deras förmåga att hantera sitt beroende. Behandlingsmetoderna bör rikta sig direkt till missbruket, med allmänt stöd, självtillitsträning och andra metoder som riktar sig till en ökad livskvalitet i allmänhet som komplement till behandlingen.

Det är känt att missbruk påverkar hälsan negativt då bland annat depression, rubbning i hormonsystemet och förlorad muskelmassa är biverkningar av ett långvarigt missbruk (Sommer & Spanagel, 2012). De sociala skador som uppkommer i och med ett missbruk är dock minst lika viktiga att belysa (Søgaard Nielsen, 2009). Missbruk kan leda till en socialt nedåtgående spiral med relationsförluster, social isolering och oönskade konflikter med anhöriga. Tidigare forskning visar på att långsiktiga livsstilsförändringar är ett måste, på grund av den höga risken för återfall.

Fysisk aktivitet påverkar hälsan positivt både vad gäller den fysiska och psykiska hälsan (Statens folkhälsoinstitut, 2006). De hälsosamma effekter som kommer med den fysiska aktiviteten är minskad risk för hjärt- och kärlsjukdom, högt blodtryck, depression, ångest, metabola syndrom m.m. Det har även visat sig att fysisk aktivitet påverkar kroppsuppfattningen och självkänslan på ett positivt sätt. Fysisk aktivitet kan i sammanhanget ses som en insats vilken syftar till att höja individens livskvalitet, förbättra kroppsuppfattningen och stärka den egna självbilden. Flera behandlingsprogram använder sig idag av fysisk aktivitet som inslag i behandlingen, med syfte att socialt engagera och stärka individens självtillit (Morgan, 2013).

Uppsatsen kan komma att öka förståelsen för hur fysisk aktivitet kan användas inom beroendebehandling, samt vilken inverkan det kan ha på individen. Då hälsopromotion syftar till att främja hälsan samt förebygga ohälsa (Korp, 2004), faller syftet för uppsatsen inom ramarna för det hälsopromotiva arbetet. Inom de hälsofrämjande yrkesområdena råder en holistisk syn av hälsan, vilket innefattar såväl de somatiska, psykiska och psykosociala aspekterna. Världshälsoorganisationens [WHO] definition av hälsa lyder *Health is a state of*

complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity (WHO, 2003). Vidare beskriver Antonovsky (2009) hälsa på ett kontinuum där en individ rör sig mellan de två polerna ohälsa och hälsa. Ohälsa och hälsa är således inte motsatta begrepp utan samverkar snarare mer eller mindre, då beroende av omständigheter i livssituationen. Ett beroende ses idag som en livslång process vilken ständigt behöver bearbetas och motarbetas på olika plan. Fysisk aktivitet kan således fungera som ett medel för individen i sin kamp mot sitt missbruk. Förhoppningen är att uppsatsen kan leda till en ökad användning av fysisk aktivitet som behandlingsform. Uppsatsen kan även komma att fungera som bakgrund i planerandet av hälsoinsatser inom området, då klientcentrering och deltagarnas upplevelse är en viktig del av behandlingen.

2. Syfte

Syftet med studien är att belysa hur fysisk aktivitet kan påverka den psykiska och fysiska hälsan hos personer under behandling av narkotika- och alkoholberoende.

2.1 Frågeställningar

- På vilket sätt har deltagarnas upplevda hälsa påverkats i och med deltagande i behandling med fysisk aktivitet?
- Hur meningsfullt har fysisk aktivitet varit som en del av behandlingen?
- På vilket sätt har deltagarens förmåga att hantera sin situation påverkats genom fysisk aktivitet?
- Vilka positiva respektive negativa aspekter av fysisk aktivitet lyfts fram av deltagarna?

3. Bakgrund

3.1 Definitioner

3.1.1 Abstinens

En grupp symptom av variabel mängd och storlek som förekommer vid absolut eller relativt avbrott från substanser efter ett långvarigt kroniskt bruk (WHO, 2010). Uppkomsten och förloppet av abstinensen är tidsbegränsat och relaterat till vilken typ av drog och vilken dos som använts direkt innan avbrottet från eller reduktionen av droganvändandet. Symptom vilka kan uppkomma vid abstinens är darrningar, kramper, *craving*, svettningar, förhöjt blodtryck, klåda, förlamningar, aptitlöshet, trötthet, hallucinationer, samt psykiska abstinenssymptom så som sömnlöshet, rastlöshet, känslomässig labilitet och aggressivitet (Sørgaard Nielsen, 2009).

3.1.2 Fysisk aktivitet

Definition av fysisk aktivitet enligt Statens folkhälsoinstitut (Schäfer Elinder & Faskunger, 2006, s 8):

”Fysisk aktivitet definieras som all typ av rörelse som ger ökad energiomsättning. Hälsöfrämjande fysisk aktivitet förbättrar hälsan utan att åsamka skada.”

3.1.3 Intensiteter av fysisk aktivitet

Definitionerna av intensiteterna av fysisk aktivitet, uppdelade efter MET-nivå (Metabolic Energy Turnover) är uppdelade i sju nivåer – vila, mycket lätt fysisk aktivitet, lätt, måttlig, intensiv, mycket intensiv, maximal (U.S. Department of Health and Human Service, 1996). MET utgår ifrån förhållandet mellan ämnesomsättningen vid en given fysisk aktivitet och personens viloomsättning. Vi har istället valt att utgå ifrån tre typer av intensitet i definitionen av fysisk aktivitet.

Lätt – kroppslig rörelse som kan ske utan större ansträngning.

Måttlig – kroppslig rörelse som sker med viss ansträngning

Intensiv – kroppslig rörelse som sker med stor ansträngning

Definitionerna är efter uppsatsens syfte förenklade för att för individen bli mer lättidentifierade. Vi har valt att ej ta hänsyn till faktorer som syreförbrukning i förhållande till vilonivå, vilket brukar ligga till grund för mer ingående definitioner av intensitetsgrader.

3.1.4 Self-confidence, self-efficacy och self-esteem

Self-confidence (självförtroende) är ett begrepp som i vardagligt bruk används på olika sätt och med olika betydelse, vilket gör det nödvändigt att definiera de begrepp som ofta faller inom begreppet. Självförtroende är direkt kopplat till individens uppfattning om vad denne klara att prestera inom olika specifika områden (Cullberg Weston, 2007; Hassmén & Hassmén, 2005), medan self-efficacy är individens tilltro till sin egen förmåga att utföra en specifik uppgift (Bandura, 1982). Vilken grad av self-efficacy en individ har påverkar hur denne handlar i olika situationer. Ju högre tilltro till den egna förmågan desto bättre kan individen hantera utmanande stressorer. Self-esteem (självkänsla) kopplas även det samman med begreppet självförtroende, men berör snarare individens egenvärde, det vill säga den föreställning samt känslor personen har inför sig själv (Rosenberg, Schooler, Schoenbach, Rosenberg, 1995; Whitehead & Corbin, 1997). Begreppet utgörs av ett globalt och ett specifikt self-esteem. Ett globalt self-esteem är relaterat till en persons psykologiska välbefinnande, medan det specifika i högre utstäckning är kopplat till hur en individ agerar, det vill säga dess beteende.

3.1.5 Missbruk och beroende

Det bör skiljas på begreppen missbruk och beroende. Det är två närliggande begrepp som i det vardagliga språkbruket används med liknande innebörd. Då vi utgår ifrån begreppet beroende bör vi uppmärksamma och definiera skillnaden mellan dessa. Missbruk kan existera utan något beroende, men ej vice versa. Vid beroende råder ett starkare såväl fysiskt som psykiskt beroende där individen i högre grad förlorat kontroll över sitt beteende.

Enligt DSM-IV definieras missbruk på följande sätt (American Psychiatric Association, 2013a):

Upprepad droganvändning som leder till:

1. Oförmåga att uppfylla sina förpliktelser på arbetet, i skolan eller hemma
2. Användning i situationer som är fysiskt riskabla
3. Drogrelaterade problem med rättsväsendet
4. Fortsatt användning trots upprepade eller ihållande sociala eller interpersonella problem som orsakas eller förvärras av droganvändningen.

Enligt DSM-IV definieras beroende på följande sätt (American Psychiatric Association, 2013b):

Minst tre uppfyllda inom en och samma tolv månaders period

1. Tolerans
2. Abstinensbesvär
3. Större mängd/längre tidsperiod än planerat
4. Önskan om eller misslyckade försök att begränsa/kontrollera drogen
5. Avsevärd tid går åt till att skaffa, inta eller återhämta sig från drogen
6. Givit upp/begränsat viktiga sociala/yrkemässiga aktiviteter/fritidsintressen på grund av drogen
7. Fortsatt drogbruk trots fysiska/psykiska problem på grund av drogmissbruk.

3.2 Alkohol och psykisk ohälsa

Statens folkhälsoinstitut har undersökt psykisk ohälsa och alkoholkonsumtion och kommit fram till att det finns ett samband mellan psykisk ohälsa och en överkonsumtion av alkohol (Agerberg, 2004). Resultaten visar dels att en hög alkoholkonsumtion ökar risken för depressiva besvär och självskadebeteende och dels ett omvänt samband, att depressiva besvär och utagerande psykiska problem ökar risken att dricka mycket alkohol (Henriksson & Leifman, 2011). Vidare forskning visar att det finns ett samband mellan livsstil och sjukdom och att fysisk aktivitet kan vara ett bra verktyg för att motverka ohälsa (Morgan, 2013). I undersökningar har det visat sig att psykiatripatienter i allmänhet är i dålig fysisk kondition, dels på grund av läkemedlens biverkningar, men också för att livsstilen inte har satts i fokus under behandlingen. I boken *Physical activity and mental health* (Morgan, 2013) diskuteras att fysisk aktivitet skulle kunna vara en faktor som påverkar den mentala hälsan positivt. Neuroleptikum, ett läkemedel som används vid psykopatologiska sjukdomstillstånd, har inverkan på många delar av kroppen och kan störa motivationen och kapaciteten att utöva fysisk aktivitet. Genom åren har forskare studerat hur aerob träning påverkar den mentala hälsan och kommit fram till att det har en positiv inverkan på depression. I en studie där patienter själva fick beskriva vilken behandlingsform som varit mest betydelsefull, framkom det att den fysiska aktiviteten varit mest betydelsefull. Det som dock ska noteras är att de som

åt psykofarmaka eller gick på psykoterapi fick samma effekt som de som var fysiskt aktiva, det vill säga att depressionen mildrades.

I boken *Stress- individen samhället organisationerna molekylerna* (Ekman & Arnets, 2005), påtalas alkoholens effekter på en individ och hur det kan finnas ett samband mellan intag av alkohol och negativ stress. Det beskrivs att alkohol verkar ångestdämpande, minskar oro och verkar lugnande för sinnet, vilket kan ligga till grund för självmedicinering (tension reduction hypothesis) hos individen. Det har även framkommit ett epidemiologiskt samband mellan stress och drogkonsumtion. Att stress, exempelvis vid en personlig tragedi, konflikt, sjukdom etc., är faktorer som kan orsaka återfall belyses även här. Det som bör noteras är att individer upplever stress olika och har olika förutsättningar att bemästra stressorer, vilket försvårar generaliseringar.

3.2.1 Psykologiska faktorer kopplade till utfallet av missbruks- och beroendebehandling

Dåligt självförtroende har visat sig kunna kopplas till psykopatologiska¹ problem och depression, medan bra självförtroende kopplats samman med sociala färdigheter och hög status (Morgan, 2013). De med högre självförtroende tycks fungera bättre i samhället, kunna anpassa sig bättre i samhället och har större kontroll över samhälleliga regler. Det har visat sig att självförtroende kan förbättras tack vare fysisk aktivitet, då deltagarna har kunnat utveckla ett socialt samspel med de andra deltagarna, har fått ökad känsla av kompetens inom ett område samt ökad kontroll, ökad somatiskt välmående med mera. Den fysiska självkänslan tycks även den kunna höjas med hjälp av fysisk aktivitet (Fox, 2000). Detta tack vare att träningen förändrar individens egen värdering av den fysiska förmågan.

En högre grad av self-efficacy har visat sig ha en direkt koppling till förmågan att efter genomförd behandling undvika att falla tillbaka i tidigare riskbeteende (Brown, Carello, Vik & Porter, 1998). Genom att individerna själva, genom frågeformulär, skattat sin grad av self-efficacy har man kunnat visa på att ju högre grad av self-efficacy, desto bättre förutsättningar har individen att kunna stå emot abstinensbesvär och skapa en hanterbar vardag utan droger. Störst skillnad har kunnat påvisas i de fall då individen i början av behandlingen har en låg grad av self-efficacy. Forskningen visar att man redan efter fyra veckor kan se en signifikant skillnad i förväntade effekter av substansen och uppskattad self-efficacy under abstinensfokuserad behandling. Begreppets betydelse för utgången av behandlingen är något som lyfts fram allt mer i dagens forskning (Brown et al., 1998; Kadden & Litt, 2011), där man utöver det direkta utfallet av behandlingen även kunnat visa på att förmågan att under en längre period hantera abstinensbesvär har en direkt korrelation till graden av self-efficacy (Kadden & Litt, 2011).

¹Psykopatologi- läran om psykiska störningar och dess symptom (Nationalencyklopedin, 2013).

3.3 Behandling av beroendesjukdom

Beroendebehandlingen har under åren kommit att skifta vad gäller vad som ansetts vara viktigt att behandla och inte (Sørgaard Nielsen, 2009). Tidigare var behandlingen fokuserad vid avgiftning av patienten. Individens lades då in på sjukhus för att ”få giftet ur kroppen” och när patienten ansågs vara fri från drogen friskförklarades denne. Om återfall uppstod ansågs detta bero på dålig karaktär. Det fanns då ingen ansats till att vidare ta itu med beroendesjukdomen och jämfört med då ägnas det idag tid åt att förhindra återfall, att stå emot tvånget att ta drogen och behandlingen ser därmed annorlunda ut jämfört med tidigare. I boken *Behandling av alkoholproblem* (Sørgaard Nielsen, 2009), beskrivs fem olika perspektiv av alkoholberoende;

- Alkoholmissbruk som sjukdom
- Alkoholmissbruk som symptom
- Alkoholmissbruk ur ett genetiskt perspektiv
- Alkoholmissbruk ur ett neurofysiologiskt perspektiv
- Alkoholmissbruk ur ett kognitivt perspektiv

Gemensamt för ovanstående perspektiv, är att de alla tydligt avgränsat sig från den tidigare uppfattningen att ett missbruk är något som visar på svag karaktär och är individens eget ansvar. Idag finns dock en annan förståelse för hur ett beroende verkar över tid och vad som krävs för att en individ ska behålla sin drogfrihet. Flera bakomliggande faktorer, så som genetisk predisposition, personliga störningar och hormonella rubbningar, ses idag som bidragande orsaker till varför en person utvecklar ett beroende. Denna holistiska syn ställer behandlingen i ett nytt ljus, där större kunskap krävs och en bredare angreppsvinkel anses vara mer fördelaktig. Livsstilsförändringar och positiva miljöer, vilka syftar till att angripa dessa bakomliggande faktorer, är därför ett allt mer användbart instrument i behandling av beroende. I boken *Kidnappad hjärna- en bok om missbruk och beroende* (Agerberg, 2004) beskrivs abstinensbehandlingen som den lätta delen av behandlingen av ett beroende och den svåra delen ligger i att klara sig från den tvångsmässiga känslan att vända tillbaka till drogen igen. Tidigare missbrukare beskriver det som att problemet med droger sitter till 95 % i hjärnan och något som man således lever med resten av sitt liv. Drogberoende bör ses som en kronisk medicinsk sjukdom och återfall, precis som vid vilken sjukdom som helst, ska det inte ses som ett misslyckande (Agerberg, 2004). Återfallet ska istället accepteras och där en utvärdering kring varför patienten återgick är det viktigaste. Återfall är en del av sjukdomen.

3.4 Negativa effekter av ett långvarigt missbruk

3.4.1 Hormonell påverkan

Ett långvarigt missbruk påverkar det mesokortikolimbiska systemet, det vill säga hjärnans belöningssystem, vilket är det system i hjärnan som påverkar känslor och uppfattningen av njutning (Sommer & Spanagel, 2012). Vid ett fungerande system frisätts signalsubstanser vilka skapar en reaktion som leder till känsla av välbehag (Lännergren, Westerblad,

Ulfendahl, Lundeberg, 2012). Dopamin är ett hormon som verkar i det centrala nervsystemet och som också påverkas i och med ett regelbundet intag av droger. Denna signalsubstans verkar oberoende samt påverkar frisättningen av stresshormonerna adrenalin och noradrenalin. Det som sker vid akut abstinens från ett kroniskt alkoholberoende är att tröskeln för aktivering av belöningssystemet blir högre och ångestliknande känslor ökar samt att dopaminsystemets funktion och utsöndringen av de hormoner vilka är relaterade till bland annat stress och dygnsrytm försämras (Sommer & Spanagel, 2012).

Droger vilka tas akut sänker tröskelnivåerna för hjärnans belöningssystem, vilket leder till de positiva känslouppfattningarna (Sommer & Spanagel, 2012). Ett kroniskt missbruk kan dock leda till att tröskeln höjs under perioder av abstinens, vilket kan leda till en sämre upplevd hälsa och en mer negativ perception av individens omgivning. Bristen på normal dopaminfunktion kan leda till minskad motivation vid icke-drogrelaterade aktiviteter och en ökad känslighet för den använda drogen. Hur de olika drogerna påverkar det mesokortikolimbiska dopaminsystemet skiljer sig något åt (Sørgaard Nielsen, 2009). Heroin och alkohol påverkar systemet indirekt genom andra signalsubstanser, medan de centralstimulerande drogerna amfetamin och kokain verkar direkt på systemet och dopaminfrisättningen. I hjärnan finns också opiatreceptorer som binder exempelvis endorfin, vilket är ett kroppseget hormon för känslan av välbefinnande. Heroin och morfin är två droger som verkar indirekt på receptorerna och skapar på så sätt en passiv och inåtvänd form av välbefinnande, jämfört med de centralstimulerande. En annan bidragande orsak kan vara minskade serotoninivåer. Serotonin är en kroppsegen kemisk förening som påverkar vår lyckokänsla och uppfattningen om vi befinner oss i en gynnsam miljö (Lännergren et al., 2012). Under akut alkoholpåverkan ökar serotoninivåerna, vilket är en av orsakerna till alkoholens antidepressiva påverkan (Sørgaard Nielsen, 2009). Ett kroniskt missbruk leder dock till en minskad serotoninkoncentration, vilket leder till minskad impulskontroll, depression och en uppfattning av att man befinner sig i en ogynnsam miljö. Även endorfinaktiviteten i hjärnan minskar, vilket i sin tur leder till en minskad frisättning av dopamin.

3.4.2 Livsstilspåverkan

Genom djurförsök på råttor har det visat sig att en kokainberoende råtta väljer drogen framför att fortplanta sig, äta och dricka (Agerberg, 2004). Det beskrivs som en likhet med det mänskliga beroendet, där ett beroende kan åsidosätta viktiga saker i sitt liv, så som familj, vänner och intressen. Det har också visat sig under djurförsök att djuret lättare blir beroende om ett stresspåslag föregår intaget av en drog. Vid stress skickas signaler till binjurarna som i sin tur tillverkar stresshormonet kortisol. Kortisolet ökar känsligheten i dopaminsystemet, vilket kan vara en av förklaringarna till att stress i ens omgivning kan öka risken för beroende och återfall. Kombinationen av brist på dopamin och serotonin samt den negativa inverkan på hjärnans belöningssystem, leder således till en negativt påverkad upplevd hälsa, vilket i sin tur försvårar möjligheten till att i positiv riktning förändra sina levnadsvanor och förstärker den tvångsliknande känslan av att vilja använda droger och alkohol (Sommer & Spanagel, 2012). Dessa neurofysiologiska störningar är irreversibla, vilket innebär att de negativa effekterna är

bestående vilket med andra ord bidrar till att vidmakthålla beroendet och öka risken för återfall (Sørgaard Nielsen, 2009).

3.5 Fysisk aktivitet som behandling vid beroendesjukdom

I artikeln *May Exercise Prevent Addiction* (Fontes-Ribeiro, Marques, Pereira, Silva, Macedo, 2011) beskrivs en studie som utfördes på råttor, där en grupp utsattes för fysisk aktivitet (med ökande duration från 15 min till 50 min/ tillfälle), medan den andra gruppen av råttor inte fick någon fysisk aktivitet alls. I första fasen av försöket studerades råttornas beteende och i den andra fasen injicerades de slumpmässigt med natriumklorid eller amfetamin. Råttorna genomgick drogtester innan studiens sista del där råttorna hade tillgång till både amfetamin och koksaltlösning i olika delar av ett rum. Det framkom då att de råttor som varit delaktiga i den fysiska aktiviteten och injicerats med amfetamin spenderade mindre tid i den del där amfetamin erbjöds och mer tid där de hade tillgång till natriumklorid, jämfört med de råttor som varit inaktiva och injicerats med amfetamin. Forskarna beskriver att resultatet skulle kunna bero på att de system som amfetaminet och den fysiska aktiviteten påverkar i kroppen överlappar varandra. Således skulle fysisk aktivitet kunna vara en framgångsfaktor för att ta sig ur ett missbruk, men också möjliggöra chansen att hålla sig drogfri över tid. På grund av de kroniskt sänkta nivåerna av dopamin efter ett långvarigt missbruk, ökar den procentuella skillnaden och således den upplevda effekten av drogen vid intag efter en tids abstinens. Detta kan styrka effekten av fysisk aktivitet som behandling under abstinens, då frisläppningen av dopamin ökar (Sommer & Spanagel, 2012).

Andra studier visar att det efter fysisk aktivitet frisätts beta-endorfin till blodplasman (Morgan, 2013), vilket är naturliga opioider som påverkar vårt välbefinnande, känslan av att känna sig omtyckt, vår känsla av empati och resulterar i en känsla av välbehag (Lännergren et al., 2012). Många studier har också poängterat det ökade välmåendet efter utförd fysisk aktivitet, vilket är något som forskare tidigare inte har kopplat samman med den fysiska aktivitetens påverkan på opiatreceptorer och endorfin (Morgan, 2013). Det är bevisat att stresshormonet ACTH², som frisätts vid fysisk aktivitet, leder till frisättning av bland annat beta-endorfin. Lätt till måttlig ansträngning leder till en liten mängd frisatt beta-endorfin och med en ökad intensitet tycks värdena stiga. Peakvärdet uppnås vid 15 min efter avslutad aktivitet. Beta-endorfinets blodplasmanivå sjunker sedan gradvis och ursprungsvärdena innan aktiviteten nås efter ca en timma efter avslutad aktivitet. På så sätt är det möjligt att sätta ett beroende med triggande av endorfinsystemet i samband med det endorfinpåslag fysisk aktivitet ger. Då med en slutsats att den fysiska aktiviteten i kombination med annan behandling är verkningsfullt vid behandling av beroende.

²ACTH - Adrenokortikotropiskt hormon. Insöndras från hypofysens framlob. När via blodbanor binjurarna, där de via receptorer stimulerar till frisättning av glukokortikoider (ex. Kortisol, beta-endorfin). Essentiell för binjurarnas funktion (Lännergren et al., 2012).

Liknande slutsatser kan dras efter forskning kring nikotinberoende och den fysiska aktivitetens inverkan på abstinensbesvär och kognitiva beteendemönster (Janse Van Rensburg, Taylor, Benattayallah, Hodgson, 2012). Forskningen visar att personer vilka genomgår behandling med fysisk aktivitet är bättre på att stå emot begäret till substansen i situationer vilka är kopplade till beroendet i fråga. Skillnader har kunnat ses i hjärnaktiviteten i främst det limbiska systemet, vilket är kopplat till våra känslouppfattningar, där aktivitetsgraden är högre i kontrollgruppen än hos dem vilka utfört någon form av fysisk aktivitet. Tidigare forskning styrker detta, där kopplingen mellan intensitet av fysisk aktivitet och grad av abstinens hos nikotinberoende har undersökts (Scerbo, Faulkner, Taylor, Thomas, 2010). Resultaten av denna forskning visar att de vilka utfört en aktivitet med måttlig (promenader) eller hög intensitet (löpning), har en mindre grad av abstinens efter utfört aktivitet, jämfört med dem vilka ej genomfört någon fysisk aktivitet. Skillnader efter den fysiska aktiviteten mellan måttlig och hög intensitet har dock ej kunnat påvisas. Däremot har man sett att de vilka utfört fysisk aktivitet med hög intensitet lyckats hålla abstinensnivån nere under en längre period, där uppföljningar gjorts efter den utförda studien.

Hypoteser gällande välbefinnandet och den fysiska aktivitetens påverkan på den upplevda känslan av välbehag ges av Paluska och Schwenk (citerad Nilsson & Åström, 2009). Det som beskrivs här är att fysisk aktivitet verkar som en distraktionskomponent där tankarna leds bort från stimuli som skapar obehag och att fysisk aktivitet stärker individens *empowerment* (egenmakt över situation) och självförtroendet. Teorin menar då att med hjälp av empowerment är en beteendeförändring möjlig, som således kan leda till ett ökat välbefinnande. Vidare menas det att fysisk aktivitet stärker kroppskontrollen, något som en deprimerad individ kan ha förlorat. Med hjälp av fysisk aktivitet kan individen då få större kontroll i vardagen då just kroppskontrollen har en stor inverkan av den upplevda kontrollen i stort. Det anses då leda till en hämmande effekt av depressionen. Genom att interagera med andra människor och skapa nya vänskaper ökar välbefinnandet och om fysisk aktivitet utförs i grupp kan det således ha effekt även ur denna aspekt.

3.5.1 Praktisk applicering av fysisk aktivitet vid beroendebehandling

I en sammanställning av befintliga artiklar i databaserna PubMed, Medline och Web of Science har det undersökts huruvida fysisk aktivitet fyller en funktion vid adjuvant behandling (behandling för att motverka återfall) av missbruk (Zschucke, Heinz & Ströhle, 2012). Vid rökavvänjning finns det starka bevis för att en positiv effekt ges av fysisk aktivitet som återfallsbehandling. Dock har forskare ännu inte kunna få generaliserbara resultat med fysisk aktivitet som återfallsbehandling vid alkohol samt drogmissbruk och i många studier är metoden för resultaten bristfälliga. I många studier har bland annat kontrollgrupper saknats och det har varit mycket små urvalsgrupper med få deltagande. Sammanställningen visar däremot att fysisk aktivitet utifrån andra aspekter kan ge effekt vid behandlingen. Det tycks vara fördelaktigt med fysisk aktivitet vid begär av substansen (craving), ur avslappningssynpunkt, för inre belöning, för sinnesreglering och för en minskad

stresspåverkan. Vid gruppträning anses den fysiska aktiviteten hjälpa individerna till att skapa kommunikativa färdigheter, öka konflikthanteringen samt frustrationskontrollen.

Enligt Statens folkhälsoinstitut (2008) anses det vara relevant att lägga in strukturerad fysisk aktivitet som tillägg till den terapeutiska behandlingen. Där fysisk aktivitet varit en del av behandlingen har den haft en positiv inverkan på patienterna, genom att verka ångest- och depressionslindrande samt påverka drogbehåret i en positiv riktning. En fortsatt fysisk aktivitet ökar också chansen till drogfrihet, då den verkar ångest- och depressionsförebyggande, samt fyller tomrummet efter missbruket. Träningen bör till en början, under abstinensfasen, hålla en låg intensitet och ska med tiden ökas till att bli mer högintensiv i den efterföljande behandlingen. Den fysiska aktiviteten bör varieras och ska utgöra moment av konditions-, styrke- och koordinationsträning. Ett exempel på ordination av fysisk aktivitet kan vara följande:

I abstinensfasen bör frekvensen för konditionsträningen vara fyra gånger/vecka och för styrketräningen tre gånger/vecka. Konditionsträningen i efterbehandlingen rekommenderas till tre till fem gånger/vecka, styrketräning två till fyra gånger/vecka och koordinationsträning två till fyra gånger/vecka. I abstinensfasen verkar den fysiska aktiviteten framförallt som lindringsmedel för somatiska abstinensbesvär, så som exempelvis darningar. Eftersom fysisk aktivitet har positiv inverkan på sömnen, något som annars kan utgöra ett problem under den första delen av behandlingen, är det även ur den aspekten positivt. I den inledande fasen och vid utvärdering bör patienten genomgå ett standardiserat konditionstest där patienten också får skatta sin upplevda ansträngning på Borgs CR10 skala, där ett motsvarar ingen upplevd ansträngning och där tio motsvarar maximal ansträngning. *Six minute walk test* är ett lämpligt konditionstest. Avståndet en individ går i ett så högt tempo som möjligt under 6 minuter mäts då (Enright, 2003). Detta reflekterar förmågan att genomföra dagliga fysiska aktiviteter. Den fysiska aktiviteten kan genom testen då bli så individanpassade som möjligt (Statens folkhälsoinstitut, 2008). Eftersom den fysiska förbättringen blir mätbar genom dessa test kan resultatet med fördel användas som en motiverande faktor genom att jämföra dåtida resultat med nuvarande.

3.6 Teoretiska referensramar

Det salutogena perspektivet är centralt inom hälsopromotion. ”Att ställas inför stressorer leder till ett spänningstillstånd som måste hanteras. Om resultatet kommer att bli sjukdom, hälsa eller någonting däremellan, beror på hur pass framgångsrik hanteringen av denna spänning är. Den centrala uppgiften för hälsovetenskaperna blir därför att studera faktorer bakom sättet att hantera spänning” (Antonovsky, 2009, s 16). I ljuset av detta använder vi oss av två centrala begrepp inom det salutogena synsättet, känsla av sammanhang [KASAM] och coping. Begriplighet, meningsfullhet och hanterbarhet är grundläggande komponenter inom begreppet KASAM. Detta är faktorer tidigare forskning har visat ha en direkt koppling till utfallet av behandling inom bland annat alkoholberoende (Zschucke, Heinz & Ströhle, 2012). Genom dessa komponenter ökar vår förmåga att hantera de stressorer vi utsätts för. Detta benämns

inom området som coping. Coping är således ett verktyg som förstärker förmågan att hantera stressorer i vår vardag (Antonovsky, 2009).

Utgångspunkten för uppsatsen ligger i att fysisk aktivitet har stor inverkan på både det psykiska och fysiska välmåendet, genom såväl de fysiologiska och neurologiska effekterna som det sociala engagemanget. För att belysa detta har vi valt att utgå ifrån det salutogena perspektivet. Grunden i detta baseras på tidigare forskning inom området samt det gällande allmänna förhållningssättet till fysisk aktivitet inom vår profession.

4. Metod

4.1 Design

Uppsatsen är av deduktiv ansats, då vi utgick ifrån existerande forskning samt teorier, och konstruerade frågeställningarna därefter. Vidare är uppsatsen av kvalitativ design och undersökningsområdet studerades på djupet för att få en mer detaljerad analys av resultatet.

4.2 Urval och datainsamling

En eftersökning av närliggande behandlingshem med öppenvård utfördes där fysisk aktivitet skulle vara inkluderat i behandlingen, något som av Hassmén och Hassmén (2008) kan beskrivas som ett tillgänglighetsurval. Med tanke på studiens tidsbegränsning ansågs det vara lämpligt att bara koncentrera sig på närbelägna behandlingshem för att göra arbetet mer tidseffektivt. Mail med beskrivning av studien och förfrågan om deltagande till studien sändes till sex stycken behandlingsföreståndarna alternativt arbetsledarna. Behandlingshem med slutenvård uteslöts, då vi ville ha individer som deltog i den fysiska aktiviteten under behandling på frivillig basis. Efter att ha fått positivt svar från endast ett utav de centralt belägna behandlingshemmen, kontaktades föreståndaren via telefon. Ett möte avtalades där ytterligare information skulle ges. Behandlingshemmet besöktes ett flertal gånger för att få ta del av aktiviteterna som de deltagande gör, samt för att skapa en relation till eventuella respondenter. Anonyma narkomaners-/Anonyma Alkolisters-möten, deltagande i den fysiska aktiviteten, föreläsningar samt måltider var de aktiviteter som det i verksamheten togs del av. Individerna var i olika stadier i sin behandling, vilket innebar att de genomfört olika stor mängd fysisk aktivitet så väl i behandlingen som utöver detta. De som ansågs lämpliga för studien tillfrågades, vilket kan beskrivas som ett handplockat urval (Hassmén & Hassmén, 2008). Dessa utsågs genom samtal under besökstillfällena där det då ställdes frågor kring hur länge det varit fysiskt aktiva och om de själva ansåg att de hade något att bidra med till studien. För att få delta i studien ställdes kravet att individen skulle varit fysiskt aktiv i minst tre månader. Tidsbegränsningen utformades då det var önskvärt att respondenten hunnit skapa sig en uppfattning av den fysiska aktiviteten och på så sätt kunna ge en mer rättvis bild av den. Sammanlagt tillfrågades sju stycken varav två stycken avböjde från deltagande. I studien

ingick två kvinnor samt tre män utan ålderskriterier. Det togs ingen hänsyn till vilket beroende individen led utav.

Datansamlingen skedde på behandlingshemmet, vilket var en trygg miljö samt en lättillgänglig plats för respondenterna. Det rum som fanns att tillgå var personalens kontor, vilket medförde att intervjuerna avbröts från och till då personalen hämtade material. Intervjuerna tog 10-25 minuter, beroende på hur detaljerade och rika beskrivningar respondenterna gav. Med tanke på att respondenterna var under behandling och var tvungna att delta i det schema som planerats utifrån behandlingssyfte, fick vi anpassa oss efter när det var möjligt att genomföra intervjuerna. Det genomfördes därför två intervjuer under en förmiddag och tre intervjuer under en eftermiddag. Intervjuerna spelades in med diktafon.

4.3 Instrument

De frågor som skapades som intervjuguide konstruerades specifikt för vår studie och syfte (se bilaga 1). Intervjuerna syftade till att få deltagarnas syn på en viss sakfråga, så kallade åsiktsintervjuer (Krag Jacobsen, 1993). Intervjuerna var semistrukturerade med relevanta oplanerade följdfrågor, så som exempelvis ”På vilket sätt?”, för att få mer nyanserade svar (Wideberg, 2009). Ordningföljden av frågorna var väl planerade och följde en struktur där de första frågorna berörde bakgrundsinformation varvid frågorna allt eftersom kom in på de egentliga frågorna som rörde studiens syfte. Detta för att skapa förtroende och lägga grund för en god konversation (Hassmén & Hassmén, 2008). Innan intervjuernas start informerades respondenterna om tidsåtgång för intervjun, att intervjun kom att spelas in, att respondenten kunde avbryta eller avböja att svara om denne ville samt att allt materiel från intervjun behandlades under anonymitet. Begreppet fysisk aktivitet redogjordes också för att underlätta för respondenterna att svara inom ramen för syftet.

4.4 Dataanalys

Efter varje intervju gjordes en övergripande reflektion och i vissa fall skrevs anteckningar ned för att ha som komplement till det transkriberade materialet vid det egentliga analystillfället samt för att hålla projektet levande under tidens gång. Då alla intervjuer var genomförda transkriberades dessa utav en av författarna. De transkriberades ordagrant med pauser och biljud inkluderat. Materialet analyserades i huvudsak utifrån ett teorinära förhållningssätt (Widerberg, 2009). Steg ett i analysen var att intervjuerna noggrant gicks igenom och de svar som besvarade våra frågeställningar markerades med frågeställningsnummer (ett till fyra). De analysteman som fanns med var: Upplevd hälsa (psykiskt, fysiskt och somatiskt), fysisk aktivitet i behandlingen, vikten av fysisk aktivitet, bemästrande av stressorer, positiva och negativa aspekter av fysisk aktivitet, fysisk aktivitet och sociala aspekter samt begreppen self-efficacy, self-esteem och self-confidence. Från alla intervjuer fördes sedan de citat som ansågs relevanta in i ett dokument. När detta utförts strukturerades materialet upp efter likheter och skillnader. Syftet var ej att fokusera på individen, utan snarare vad det kunde lära

oss om helheten och övergripande teman. Analysen blev därför av porträtt/typfalls karaktär (Widerberg, 2009). Intervjuerna kom sedan att beskrivas ur ett helhetsperspektiv med fokus kring relevanta citat.

4.5 Etiska överväganden

Intervjuerna genomfördes individuellt tillsammans med oss båda, där en av oss tog rollen som intervjuare och den andra verkade som observatör. Dessa roller hölls fast vid under samtliga intervjuer, då antalet intervjuer var så pass begränsat att det ansågs vara bättre att skapa ett "flyt" i våra roller. Vi var medvetna om att det ligger en risk i att genomföra intervjuerna med oss båda mot en respondent, då respondenten kan känna sig i underläge. Trots det valde vi att genomföra intervjuerna med oss båda deltagande, för att underlätta för analysen samt skapa ett aktivt deltagande för oss båda. Då vi varit med på behandlingshemmet sedan en tid tillbaka för att skapa en trygghet och relation mellan oss och deltagarna, uppfattade vi ej detta som ett problem. Redovisningen av resultatet skedde under anonymitet. Eftersom vi hade för avsikt att undersöka helheten, belystes inte intervjuerna individuellt och utelämnande ej personerna i fråga. Stor vikt låg i att redogöra detta för intervjupersonerna. De forskningsetiska riktlinjerna vad gäller informations-, samtyckes-, konfidentialitets- samt nyttjandekravet har följts i studien (Hassmén & Hassmén, 2008). Deltagandet var frivilligt, respondenterna fick information kring studiens syfte, personuppgifter och information kring individen har uteslutits vilket gjort att individen förblivit anonym och den insamlade datan har endast använts i den aktuella studien.

4.6 Metodologiska överväganden

Vid kvalitativa studier är intervjuer en god metod vid insamling av data (Hassmén & Hassmén, 2009). Intervjuer med kvalitativ ansats ansågs också lämpligt då de möjliggör inhämtning av mer rika och fylliga svar, vilket inte är fallet vid en kvantitativ datainsamlingsmetod. Intervjuerna spelades in med diktafon, för att på så sätt skapa ett bättre flyt i intervjuerna och en mer naturlig samtalsmiljö än vad som hade varit fallet om vi valt att endast anteckna. Det underlättade även för att ge en så korrekt återspeglning av intervjuerna som möjligt.

4.7 Behandlingshemmet och tolvstegsprogrammet

Behandlingsprogrammet vi besökt för vår uppsats använder sig av minnesotamodellens tolvstegsprogram. Behandlingen består av primärvård, vilken är förlagd på 12-16 veckor och fem dagar i veckan. Därefter följs behandlingen upp med eftervård en dag i veckan under ett år, som kan kombineras med arbetsträning. De anställda på behandlingsprogrammet består av

beroendeterapeuter, tolvstegsbehandlare och KBT-terapeuter³. Det sker även ett samarbete med läkare, sjukgymnaster och massörer. Programmet jobbar ur ett holistiskt perspektiv, där fokus ligger på hela människan – fysiskt, själsligt, socialt och andligt (Socialstyrelsen, u.å). Minnesotamodellen bygger på Anonyma Alkoholisters (AA) och Anonyma Narkomaners (NA) tolvstegsprogram. AA och NA har dock inga professionella behandlare, utan drivs som ett självhjälpsprogram av personer vilka själva har en beroendeproblematik. Det som skiljer minnesotamodellen från AA och NA är att behandlingen är en del av offentlig och privat missbruksvård. Behandlingen bygger på antagandet att alkoholberoende är en kronisk sjukdom som inte kan botas men som kan hejdas genom helnykterhet i AA:s tolvstegsprogram. Den syftar därför främst till att ge patienten kunskap och insikt om beroendets negativa konsekvenser och om tolvstegsprogrammet samt en introduktion till AA eller NA. Behandlingsteamerna innefattar läkare, sjuksköterskor, psykologer, socialarbetare, präster samt alkohol- och drogterapeuter. Avgiftning ingår i det ursprungliga konceptet men möjligheterna till detta varierar mellan behandlingshem.

Stort fokus i behandlingen ligger vid lärandet om sitt missbruk och beroendets negativa konsekvenser (Socialstyrelsen, u.å). Deltagarna arbetar såväl skriftligt som muntligt med livshistorier, föreläsningar och filmvisningar om bland annat sjukdomsbegreppet och beroendet som sådant, medicinska och psykologiska konsekvenser av beroende samt AA:s tolv steg. Behandlingen sker i grupp och leds av alkohol- och drogterapeuter vilka ofta har egna erfarenheter av beroendeproblematik och tolvstegsprogrammet.

Den fysiska aktiviteten har en aktiv, om än inte framstående, roll inom tolvstegsprogrammet. Fysisk aktivitet ses som ett medel till förändring i den process som innefattar alla delar av människan, med stor vikt på det sociala engagemanget. På behandlingsprogrammet vi besökte stod fysisk aktivitet i form av gymträning på schemat två gånger i veckan, med ytterligare inslag av spontana aktiviteter så som promenader, biljard, bowling eller liknande fritidsaktiviteter.

³KBT (kognitiv beteendeterapi) är en psykoterapi som menar att en individs beteende, känslor och tankar påverkar varandra (Öst, 2006). I terapin kartläggs först individens samspel med omgivningen för att finna de faktorer som orsakat individens problem. Därefter syftar arbetet till att möjliggöra en beteendeförändring.

5. Resultat

5.1 På vilket sätt har deltagarnas upplevda hälsa påverkats i och med deltagande i behandling med fysisk aktivitet?

Den genomgående åsikten var att den fysiska aktiviteten påverkar den upplevda hälsan positivt. Sambandet mellan den fysiska och psykiska hälsan var något som belystes av flera respondenter. Deltagarna pratade om hur den fysiska aktiviteten bidrar till att frigöra negativa känslor, skapa en känsla av harmoni och euforiska känslor. Den fysiska biten lyfts upp, men hamnar i skymundan av de positiva psykiska effekterna, vilka verkar vara av mest vikt för respondenterna. Av en respondent framkom det att den fysiska aktiviteten även påverkar andra aspekter i livsstilen som bidrar till en positiv spiral i hälsofrämjande åtgärder. Exempel på dessa åtgärder var att individen tack vare den fysiska aktiviteten kände sig tvungen att sluta söka och snusa.

Bra, väldigt viktigt tycker jag. Och jag känner direkt när jag inte fått tillräckligt med motion och så där. Det sätter sig väldigt mycket psykiskt, gör det. Så får man ut mycket genom att motionera. Känslor, ilska... ja, det är ett bra sätt att få bort defekter så. – Respondent 3

Jag har slutat röka och snusa. När jag började springa då så var jag tvungen att sluta röka. /.../ Man känner sig ganska nöjd framförallt. Man är nöjd med sig själv. Att man gör någonting för sig själv. – Respondent 4

Det blir en avslappning i kroppen efter att man varit i gång liksom och det gör...det blir en känsla av eufori nästan...det är skönt, speciellt när man gjort något väldigt jobbigt så och lagt alla sina krafter på träningen, då... den känslan gillar jag faktiskt. Det är den man är ute efter. – Respondent 5

Speciellt psykiskt så... man släppet lös många energier som man har inombords. Det märkte jag väldigt mycket när jag satt inlåst, då fanns det liksom absolut ingenting att göra och man mår dåligt och man får ut mycket ilska, harm och känslor, sorg och sådär, på ett sätt så att det känns lättare sen. Det är lite antidepressivt medicinskt och få ut det så. – Respondent 5

Respondenterna lyfte faktorer som det sociala samspelet, den fysiska kontrollen och en stärkt kroppsuppfattning och således en stärkt tilltro till sin egen förmåga. Detta upplevs påverka deras hälsa i stort i en positiv riktning, där balansen mellan kropp och själ är en viktig faktor i deras behandling. Att få känna att fysiska egenskaper så som exempelvis balans och styrka gradvis förbättras tycks ge viss uppmuntran samt en ökad känsla av tillfredställelse.

/.../ jag har på något sätt försökt uppehålla detta för jag upplever ett välbefinnande. Dels fysiskt men också dels att man umgås och är social med andra människor. – Respondent 2

/.../ att acceptera att jag efter mina förutsättningar gör det, tycker jag att det stärker min jag-känsla, rumsuppfattningar, kroppsuppfattning och det stärker mig på alla sätt. – Respondent 1

/.../ musklerna slappnar av och efter träningen kan jag känna att jag kommer djupare ner i mig

själv och inte det här att livet bara är fantastiskt men att det är balans, andas lugn och få en ny bild av mig själv och tillgång, känna mig trygg. Och då behövs ingen medicinering. – Respondent 2

5.2 Hur meningsfullt har fysisk aktivitet varit som en del av behandlingen?

Även här belystes sambandet mellan den fysiska och psykiska hälsan. Den fysiska aktiviteten sågs genomgående som en arena där man får utlopp för sina känslor och ett nödvändigt komplement till den övriga behandlingen. Den dagliga teoretiska inläringen utgjorde ett stort inslag i behandlingen, något som uppfattades som givande men på samma gång väldigt energikrävande. Här hade den fysiska aktiviteten en tydlig positiv inverkan på respondenternas förmåga att ta till sig den information som delgavs. Den stress och mängd information som kommer med behandlingen, upplevdes som svårhanterbar av fyra respondenter. Att ständigt prata om och kring sitt beroende och sina egna svagheter, skapade för samtliga respondenter en situation och en mängd känslor vilka kan vara svåra att hantera. Den fysiska aktiviteten var för flera ett sätt att koppla bort från den dagliga stressen och en arena där beroendet kan angripas från en annan vinkel. Den fysiska aktiviteten lyfts av en av respondenterna som ett verktyg vilket kan hjälpa människor att ta itu med sitt beroendeproblem. Vikten kring att själv ta ansvar över sitt missbruk poängteras, samtidigt som det underlättas genom att man erbjuds möjligheter och verktyg i form av exempelvis fysisk aktivitet.

Jag tror att man har betydligt bättre förutsättningar att ta till sig den informationen och det förändringsarbetet om också kroppen får vara med i arbetet. – Respondent 1

Man behöver verbalt lyssna, prata, men sen behöver man också röra på sig i den mån man kan. Det känns som ett paket, man behöver alla delar, bra mat, och allt som jag sagt. Fysiskt och psykiskt går hand i hand här, vilket är väldigt bra. Och man vill ha mer utav det, det är den känslan jag har. – Respondent 2

Det tycker jag är jättebra, för man förstår att det är mycket som frigörs med aktiviteten och så. Att det hänger ihop och så. /.../ just under mina promenader som jag har på morgonen och så här, dom betyder väldigt mycket för mig /.../ mycket av tankarna som man kan ha, löser lite problem och så och det känns att det blir mycket... man rensar huvudet helt enkelt. – Respondent 3

Den fysiska aktiviteten lyftes fram som en central faktor i respondenternas beroendebehandling. Återigen nämndes sambandet mellan den psykiska och den fysiska hälsan, där fysisk aktivitet ses som en gemensam faktor till positiva rikttningsförändringar. De flesta ansåg att den fysiska aktiviteten är en av de viktigaste komponenterna i behandlingen, oftast på grund av dess indirekta verkan på inlärningsförmågan, depressionsliknande syndrom och dess inverkan på kropp och själ ur ett holistiskt perspektiv.

Den betyder väldigt mycket /.../ jag förstår det här att hela kroppen, att man måste vara i rullning så att säga... ande, kropp och själ. Hela människan. – Respondent 3

Jag tror att fysisk träning är viktigt och att det är källan även till att förhindra fysiska och psykiska sjukdomar. – Respondent 5

På frågan där deltagarna ombads klassificera vikten av fysisk aktivitet som en del av behandlingen, genom en skala på 0-10, blev svaren följande:

Det är 10 för att... det är som sagt... man gör någonting och man finns och man upplever, eller jag upplever ett nu. Det blir inte massa läror och jag säger att det är mycket viktigt och tyvärr har den en för undanskymd plats här. – Respondent 1

Jag får nog säga, inte för att överdriva med en tia där, men jag säger en 8, 8+ där. – Respondent 2

Jo men alltså, om jag återgår till mina promenader och den biten så är den jätteviktigt. Absolut en tia faktiskt, absolut. – Respondent 3

Ja, 8:a. – Respondent 4

Jag tror det är fem ungefär, fem, för att det är många olika saker som spelar in men träningen är ju en del av hela skalan som spelar roll. – Respondent 5

Sammanfattningsvis går det att utläsa att den fysiska aktiviteten ansågs vara viktig för samtliga respondenter. Fyra av fem respondenter skattade vikten av den fysiska aktiviteten från en åtta eller uppåt på den tio-gradiga skalan och en svarade en femma.

5.3 På vilket sätt har deltagarens förmåga att hantera sin situation påverkats genom fysisk aktivitet?

Faktorer vilka lyftes av respondenterna, som den fysiska aktiviteten bidragit med, var struktur, fysisk självkänedom, tilltro till sin egen förmåga och en upplevd sinnesro. Förmågan att ta till sig den teoretiska delen av behandlingen ansågs förbättras genom delaktighet i den fysiska aktiviteten. Även den sociala aspekten lyftes fram, där känslan av delaktighet och gemenskap ansågs viktig. Vikten av att få rutiner i vardagen var något som de flesta deltagare ansåg vara viktigt, då det i stor grad var något som gått förlorat vid ett beroende och det beteende den sociala missanpassningen kan leda till.

Jag har hållit på med fysisk aktivitet i snart tre år och ser det som ett viktigt komplement till en strukturerad vardag. – Respondent 2

Skulle säga den sociala biten och rutinerna. Det blir en annan gemenskap där borta med de andra klienterna. Mer avslappnat på något sätt. Man möts utanför behandlingen, fast det är i behandlingen så att. Så den sociala biten är viktig. Det är en grupprocess, jag tycker att det är bra. – Respondent 4

Även här lyfts vikten av att ha fysisk aktivitet som en ventil till det teoretiska lärandet. Den fysiska aktiviteten beskrivs som ett medel till att öka energin i vardagen och på så sätt öka möjligheten och kapaciteten till att ta itu med sitt beroende. Då behandling med hjälp av Minnesotamodellen ansågs vara mentalt krävande har en respondent haft svårt att mobilisera sina krafter för träningen och på så sätt upplevt att den fysiska aktiviteten och strukturen i

vardagen blivit lidande.

Det har ibland så mycket input och läror och så vidare tidigare så att jag inte kunnat mobilisera någon kraft till att träna. Jag har blivit så fullmatad med läror så jag har helt enkelt inte orkat. – Respondent 1

Ja, jag vet ju att jag får mer energi att utföra det jag ska göra och jag blir mer pigg och... till att gå i handling till saker och ting. Annars blir man väldigt slö. – Respondent 5

Kroppsuppfattningen och den fysiska självkänndomen, samt tilltron till sin egen fysiska förmåga var alla faktorer vilka respondenterna ansåg förstärkas genom den fysiska aktiviteten. Det talades även om ett lugn och ett ökat självförtroende, egenskaper vilka stärktes genom ett deltagande i de fysiska aktiviteterna. Den känsla vilken uppstod i kroppen var något som ansågs som positivt och skapade en större fysisk och psykisk medvetenhet och en ökad harmoni. Den fysiska aktiviteten likställdes med en fristad av en respondent som utvecklade resonemanget med att alla bekymmer i livssituationen, som kan kännas övermäktiga, för en stund faller i glömska. Samma person belyser även att det på gymmet eller under ett träningspass inte heller går att diskutera beroendesjukdomen i samma utsträckning vilket skapar ett forum där de får möjlighet att samtala om annat.

Jag försöker stilla mig efter träningen, att jag försöker ha en retrit och kopplar av en halvtimme och släpper så att säga alla tankar som far och så där då. Kommer ner i hjärtat och själen och känner mig ganska nöjd med det. – Respondent 2

Jag tror faktiskt mer och mer på mig själv, mer än vad jag någonsin har gjort. Mig själv är väl den sista jag trott på i och med så jag har levat. /.../ Jag litar mer på mig själv på något sätt. Känsn lugnare i mig och så. – Respondent 3

5.4 Vilka positiva respektive negativa aspekter av fysisk aktivitet lyfts fram av deltagarna?

Risken med överdriven fysisk aktivitet vilket kan leda till ett beroende i sig, var något som lyftes fram av flera respondenter. Det kroppsfixerade klimatet i gymmiljön var en negativ aspekt som deltagarna lyfte fram, vilket i sin tur ansågs kunna leda till ett bruk av steroider. Har en individ en beroendesjukdom kan det vara lättare att falla in i en annat typ av missbruk. En annan negativ aspekt ansågs kunna ligga i triggandet av belöningssystemet, där viljan att belöna sig efter genomfört träningspass hos en respondent blev påtaglig.

Det är svårt, jag vill gärna belöna mig med ett par bärs efter jag har tränat /.../ man måste bara vara disciplinerad och träna hårt och vara utpumpad och gå hem och vila. För det blir då det primära behovet efter träningen. – Respondent 1

Just det här med styrketräning, det kan ju vara många som kan ha lätt för anabola och sånt då. Det kan ju vara en nackdel då. – Respondent 4

Den sociala aspekten av träning var något som lyftes fram som positivt av fyra deltagare, att känna en känsla av delaktighet och gemenskap med gruppen. I ett fall ansågs dock raka motsatsen, där respondenten kände en viss motvillighet till att vara del av en grupp i en ovan miljö.

/.../ det håller ju gruppen samman, man blir lite beroende av varandra på annat sätt och man har annat att diskutera. – Respondent 2

Vidare belyses självkänslan och tilltron till sin egen förmåga som något som växer med fysisk aktivitet och en förbättrad fysisk självbild. En respondent beskrev att självförtroendet inte stärkts i och med deltagande i fysisk aktivitet, dock ansågs självkänslan ha utvecklats i en positiv riktning. Vidare beskriver en annan respondent att såväl den psykiska och fysiska självbilden har förändrats och individen har större tilltro till sig själv, vilket anses skapa en inneboende trygghet.

En negativ aspekt av den fysiska aktiviteten som erbjöds var en brist på struktur och kunnig personal inom området. Det fanns även en önskan om ett ökat utbud av olika typer av fysisk aktivitet.

Det behövs alltså folk som kan den biten, som kan lära ut till andra. Det är väldigt svårt att inte ha den här riktiga... någon som kan visa maskiner och såna här saker. – Respondent 3

Kanske skulle varit mer då att en tia om det fanns ett annat urval då. Inte bara gym utan något annat alternativ då. Det finns annat som kanske hade passat bättre, t ex yoga. – Respondent 4

6. Diskussion

6.1 Metoddiskussion

6.1.1 Urval

Då studiens omfattning samt urvalssätt varit mycket begränsade är undersökningens resultat ej generaliserbart. Det har inte heller funnits någon ambition att skapa ett sådant resultat då urvalet medvetet varit begränsat. Styrkor som kommit med det begränsade antalet respondenter är att ämnet har kunnat undersökas mer djupgående och trots det ringa antalet har en klar bild av upplevelsen kring fysisk aktivitet i beroendebehandlingen framkommit. Respondenterna var knutna till ett och samma behandlingsprogram, vilket kan ses som en svaghet. Hade möjligheten funnits hade det varit önskvärt att inkludera fler behandlingsprogram, då utformningen av den fysiska aktiviteten kan skilja sig åt. För att ytterligare nyansera bilden av den fysiska aktiviteten som behandling och öka validiteten av studien genom att tillföra en annan infallsvinkel, hade även de anställda på behandlingsprogrammet kunnat inkluderas. Ur perspektivet av studiens syfte och den ovan nämnda tidsbristen, valde vi dock att bortse från detta. Det hade annars varit relevant att inkludera dessa då de kunnat ge mer detaljerad information kring val av fysisk aktivitet och vilken kompetens som finns inom ämnet och därmed en mer komplett bild av den fysiska aktiviteten i behandlingsprogrammet.

6.1.2 Instrument och datainsamling

Intervjuer användes för att få en kvalitativ och nyanserad bild av undersökningen (Hassmén & Hassmén, 2008). För att få ett mer generaliserbart resultat kunde enkäter varit en lämplig metod, men då studiens syfte var att subjektivt beskriva individers uppfattning av fysisk aktivitet som behandling, ansågs intervjuer vara en mer lämplig metod. Med tanke på att individerna ingick i ett behandlingsprogram hade enkäter också kunnat vara ett lättare sätt att insamla data på. Då med tanke på att respondenterna var fullt inne i och upptagna med obligatoriska aktiviteter. Det är också tänkbart att en enkät, attityd- eller åsiktsformulär, hade varit ett möjligt komplement till de utförda intervjuerna för att få ett mer omfattande och ett än mer övergripande och fylligt resultat (Patel & Davidson, 2003). Ett sätt att göra resultatet mer omfattande och mätbart, hade varit att använda oss av skalor. Ett exempel på detta hade varit MACL-skalan (Mood Adjective CheckList), en skala vilken tidigare använts inom skattning av fysisk aktivitet. Detta hade dock varit mer aktuellt om vi använt oss av enkäter som metod, då MACL-skalan och analysen av resultatet hade lämpat sig bättre mot ett större underlag.

Intervjuunderlaget var av semi-strukturerad karaktär, med oplanerade följdfrågor. Detta följde studiens syfte väl och gav oss möjligheter att under intervjuernas gång ställa följdfrågor och närmare förklara saker vilka var otydliga. Det skapade även möjligheter för respondenterna att själva konstruera sina svar efter de öppna frågorna. Hade enkäter använts kunde de utförliga svar vi fick och nyanserna i dessa gått förlorade. Nackdelen med de kvalitativa intervjuerna

som utförts är att de har en låg grad av standardisering. En högre grad av standardisering hade kunnat skapa en högre reliabilitet (Hassmén & Hassmén, 2008). Ytterligare en nackdel var att intervjuerna utfördes på en plats där störande moment förekom, vilket kan ha bidragit till att vissa respondenter har störts i sina tankar och tappat det som var tänkt att sägas. På så sätt kan värdefull information fallit bort. Det går inte heller att bortse från att respondenterna i vissa fall kan ha svarat så som de tror varit önskvärt, vilket kan vara svårt att bortse från då de positiva effekterna av fysisk aktivitet är mer eller mindre kända. Intervjuerna gjordes individuellt under ett 2:1 förhållande (två intervjuare, en respondent). Det hade kunnat skapa en känsla av otrygghet hos respondenten, då hon i det befinner sig i ett underläge. Genom ett deltagande i behandlingshemmets aktiviteter upplevdes det att förtroendefull relation skapades. Detta i kombination med en positiv miljö anses vara viktigt i intervjusammanhang för att få så sanningsenliga samt innehållsrika svar som möjligt (Hassmén & Hassmén, 2008). 2:1 förhållandet upplevdes ej som något problem, men det kan ha påverkat utförligheten i de svar som gavs då det kan ha skapat en känsla av press som var svår att uppfatta i rollen som intervjuare. Tack vare att intervjuerna spelades in via diktafon ökar trovärdigheten av studien, då det säkerställer en så korrekt återspeglning av intervjuerna som möjligt (Patel & Davidson, 2003)

För att veta om intervjuguidens frågeställningar möjliggjorde ett optimalt och korrekt insamlande av relevant data hade det varit önskvärt med en pilotstudie (Hassmén & Hassmén, 2008). Detta utfördes inte med tanke på studiens omfattning, dock kan man se den utförda datainsamlingen som en tänkbar pilotstudie som kan ligga till grund för en större, mer omfattande studie, gällande fysisk aktivitet i beroendebehandling. En korrigerande av vissa frågor hade då varit önskvärda för att tydliggöra sådant som under intervjuerna fick förklaras för några av respondenterna.

6.2 Resultatdiskussion

6.2.1 Hälsa

Respondenterna belyser den fysiska aktivitetens positiva inverkan på hälsan, vilket kan kopplas samman med vad forskning visar på både vad gäller hypoteser kring fysisk aktivitet som hälsofrämjare och faktiska resultat utifrån studier. Studiens resultat går att direkt relatera till hypotesen gällande välbefinnandet och den fysiska aktivitetens påverkan på välbefinnandet (Nilsson & Åström, 2009). Den fysiska aktiviteten beskrivs i den aktuella undersökningen som ett fenomen vilket hjälper respondenterna att få struktur på vardagen och som en arena för diskussioner kring annat än beroendet, vilket då medför att den fysiska aktiviteten kan ses som en distraktionskomponent. Den ”kick” och det välbefinnande som kommer med den fysiska aktiviteten kan också ses som distraktion från beroendet. Att interagera med andra människor beskrivs också av respondenterna som något positivt, bland annat för att skapa gemenskap, vilket ökar välbefinnandet enligt hypotesen och respondenterna. Tre respondenter beskriver också lagidrotter och gruppträning som givande och glädjefyllt, vilket också kan sättas i samband med känslan av välbehag och meningsfullhet. Kroppskontrollen, rumsuppfattningen och den stärkta jag-känslan lyfts i

studien som en del i upplevelsen av en förbättrad hälsa. I hypotesen kring välbefinnandet lyfts kroppsuppfattning som en viktig del av den upplevda kontrollen i stort. Då fysisk aktivitet i den aktuella studien ses som en viktig del för att skapa struktur och få in rutin i vardagen, anses den upplevda kroppskontrollen som kommer med fysisk aktivitet tillsammans med en högre grad av struktur kunna vara mycket givande ur behandlingssynpunkt för att individen ska kunna ta kontroll över sitt liv i stort och påverka sin hälsa i en positiv riktning.

Många psykologiska faktorer lyfts av respondenterna vilka kopplas till fysisk aktivitet och den upplevda hälsan i stort. Forskning visar att fysisk aktivitet verkar ångest- och depressionsdämpande (Statens folkhälsoinstitut, 2006) vilket också stämmer på respondenternas svar. Att delta i ett behandlingsprogram kan på många sätt vara påfrestande för individen, då framför allt psykiskt. Det mest framträdande bland svaren var hur den fysiska aktiviteten fungerar som en ventil vilken respondenterna kan få utlopp för känslor, såväl positiva som negativa. Den fysiska aktiviteten upplevs hjälpa individerna att skapa sig en mer lätthanterbar vardag, genom att få tillfälle att fokusera på nuet och göra sig av med negativa tankemönster. Ur denna aspekt var det framför allt under de lättare aktiviteterna, så som morgonpromenader och dylikt, som den fysiska aktiviteten hade positiv effekt. Påverkan på det hormonella systemet och hjärnans belöningssystem är aktivt under ett droganvändande precis som under och efter ett träningspass (Lännergren et al., 2012; Sommer & Spanagel, 2012; Morgan, 2013), vilket stärker effekten av fysisk aktivitet som substitut till ett missbruksbeteende. Den fysiska aktiviteten har flera fysiologiska effekter som är kopplade till den psykiska hälsan. Ett bättre fungerande hormonsystem, förbättrad sömn och en fysisk avslappning leder till ett ökat välbefinnande och en förbättrad kognitiv funktion som bör hjälpa individerna i behandlingen.

6.2.2 KASAM

Den fysiska aktiviteten upplevs hjälpa individerna till en mer meningsfull och hanterbar vardag. Forskning visar att känslan av sammanhang och copingförmågan har ett samband med negativa associationer till ett riskbeteende och förmågan att hantera de känslor vilka uppstår vid behandling av beroendebehandling (Arévalo, Prado, Amaro, 2008). För att öka känslan av hanterbarhet och begriplighet, skulle det möjligen vara önskvärt med en mer strukturerad fysisk aktivitet, vad gäller upplägg och tillgång till kompetens inom området. Antonovsky (2009) menar att om en individ inte upplever sig besitta tillräcklig kunskap inom området kan känslan av sammanhang bli lägre, då begripligheten och hanterbarheten således är låg. KASAM är ett centralt begrepp i resultatanalysen. Individerna sätts in i ett annat sammanhang tack vare den fysiska aktiviteten, något som tycks förbättra den upplevda hälsan genom en ökad känsla av meningsfullhet. Meningsfullheten är en utav de centrala komponenter vilka är avgörande för att en högre grad av upplevd hälsa ska kunna infinna sig (Antonovsky, 2009). Flera individer beskriver vikten av att få diskutera annat och uppleva positiva saker med andra människor i miljöer som främjar hälsan, istället för att vistas i destruktiva miljöer. Att få bli en "annan person" för ett tag tycks stärka personen psykiskt då problem kan åsidosättas för ett tag. Då individerna oftast upplever en låg tilltro till sin egen förmåga, kan delaktighet i den fysiska aktiviteten hjälpa till att skapa en förbättrad självbild och en ökad känsla av

meningsfullhet. Att få, även om bara tillfälligt, möjligheten att förflytta sig ur sin egen situation och leva ur en mer positiv självbild, är något som många upplever som positivt och av stor vikt i deras behandling. Genom den fysiska aktiviteten får individerna lära sig nya saker, känna en delaktighet och att de klarar av att hantera nya utmaningar, samt att det finns möjlighet att se fysiska förbättringar relativt fort, vilket tycks öka meningsfullheten i den utförda aktiviteten och livet i stort. Just att få uppleva fysiska förbättringar är något som värderas högt av respondenten, såväl de kortsiktiga som de långsiktiga. Även att få nyttja de kortvariga fysiologiska effekter vilka kommer med träningen, bland annat det ”rus” som talas om i träningsssammanhang, upplevs som positivt. I detta kan en likhet mellan effekterna av fysisk aktivitet och vissa kortsiktiga effekter av ett droganvändande ses (Morgan, 2013). De långvariga negativa effekterna av ett missbruk kan även i stor mån påverkas av fysisk aktivitet. Då individer under perioden av missbruk förmodligen försämrats tilltron till sin förmåga och sin fysiska självbild, kan ett aktivt deltagande i den fysiska aktiviteten hjälpa till att förbättra självbilden och i sin tur självförtroendet, något som kan vara avgörande för sin förmåga att hantera sitt missbruk (Brown et al., 1998). Då beroende idag ses mer kliniskt, där individen genom predisposition är mer utsatt för de negativa beroendeframkallande effekterna av alkohol och droger, borde således samma personer vara lämpliga för fysisk aktivitet som behandlingsform.

6.2.3 Empowerment, self-efficacy, self-esteem

Respondenterna upplevde en ökad tilltro till sin egen förmåga genom ett aktivt deltagande i den fysiska aktiviteten. Självförtroendet i stort upplevdes inte påverkas nämnvärt, däremot upplevdes tilltron till den egna förmågan i en given situation (self-efficacy) och självbilden (self-esteem) påverkas i en positiv riktning. Den fysiska aktiviteten tycks vara en viktig komponent för en ökad self-efficacy. I den aktuella studien och rådande forskning lyfts self-efficacy som en viktig komponent för utgången av behandlingen och förmågan att över tid fortsatt hålla sig drogfri. (Brown et al., 1998; Kadden & Litt, 2011) Tilltron till den egna förmågan i en specifik situation tycks även smitta av sig till andra situationer, då individerna känner sig mer trygga och har en ökad allmän tilltro till den egna förmågan. Likaså tycks individens empowerment öka i och med detta, något som Paluska och Schwenk även menar med sin teori gällande välbefinnande och fysisk aktivitet (citerad Nilsson & Åström, 2009). Deltagarna upplevde en förbättrad fysisk självbild och förmåga att klara av saker de tog sig an. Detta var något som förstärktes genom ett deltagande i den fysiska aktiviteten, då det för flera var någonting nytt och prövande. I likhet med resultatet menar Fox (2000) att en individ genom träning kan förändra och då förbättra värderingen av den fysiska självkänslan i och med en exempelvis ökad fysisk styrka. Att klara av dessa nya utmaningar och uppleva förbättringar har troligtvis bidragit till en förbättrad självbild och tilltro till sin egen förmåga. I ljuset av detta bör de som planerar för fysisk aktivitet som behandling, vara väl medveten om hur med- och motgångar påverkar individens självbild.

Tidigare forskning visar hur den fysiska självbilden försämras genom ett missbruk, framför allt genom förlorad muskelmassa och sänkta serotonin- och dopaminnivåer (Lännergren et al., 2012). Serotoninnivåerna är kopplade till uppfattningen om man befinner sig i en gynnsam

miljö och lyckokänslor, samtidigt som dopaminet är kopplat till bland annat motivation. Genom att delta i den fysiska aktiviteten och på så sätt påverka kroppens hormonsystem till en mer normal nivå (Morgan, 2013; Sommer & Spanagel, 2012), hjälper det deltagarna att ta kontroll över sin situation och få en förbättrad tilltro till sin förmåga. Den ökade muskelmassan och förbättrade koordinationen som kommer med fysisk aktivitet upplevs även den påverka individernas motivation och fysiska självbild. Den ökade kroppskontrollen leder även till ett ökat välbefinnande, vilket kan kopplas samman med vad Paluska och Schwenks hypotes påvisar (citerad Nilsson & Åström, 2009)

6.2.4 Struktur och upplägg

Upplevelsen var att det fanns en stark vilja att delta i den fysiska aktiviteten, även utanför den schemalagda tiden, men bristen på kunskap sätter begränsningar. Det finns ett tydligt behov av struktur och vägledning i den fysiska aktiviteten, för att underlätta för deltagarna och stärka deras förmåga att på egen hand få kontroll över sin träning. Enligt Statens folkhälsoinstitut (2008) är dessutom en strukturerad fysisk aktivitet ett viktigt komplement till den ordinarie terapeutiska behandlingen. En analys av den fysiska kapaciteten inför start av den fysiska aktiviteten förespråkas, exempelvis med hjälp av Six minute walktest och Borgs CR10. Planeringen och strukturen blir således lidande om det inte finns tillgänglig personal som har kompetensen att utföra testerna samt utifrån resultaten skapa en hållbar planering. Då motivationen hos deltagarna varierar som grupp och individuellt, bör det vidare vara positivt att ur ett deltagandeperspektiv att ha en av de behandlingsansvariga utsedd koordinator för den fysiska aktiviteten. Om detta är en utomstående eller deltagande i programmet bör ej påverka utfallet, så länge denna har den kunskap som krävs, såväl fysiologiskt som pedagogiskt. I fall då individen har som mål att ta hand om sin egen träning, finns fortfarande ett behov av att motivera och vägleda under träningspassets gång, för att på så sätt genom en ökad kunskap uppehålla intresset och motivationen under en längre period.

Under den aktuella perioden på behandlingsprogrammet upplevdes ett ökat intresse av den fysiska aktiviteten. Detta tyder på att det hos många av individerna fanns en vilja och ett behov av att vara fysiskt aktiv, något som förstärktes genom vår närvaro. En av respondenterna beskriver dock att det finns någon slags fobi mot att träna i grupp och att den fysiska aktiviteten som erbjuds därför inte nyttjas. Då det ej finns resurser i form av tid och pengar, kan således rena informativa och teoretiska insatser kring fysisk aktivitet ha en positiv inverkan på intresset och leda till en ökad delaktighet i den fysiska aktiviteten. Då flertalet av respondenterna talar om sociala aktiviteter och struktur i vardagen som viktiga komponenter av behandlingen, bör det ha en positiv effekt och inkluderas i behandlingen.

6.2.5 Intensitet och fysiologiska effekter

Intensiteten av den fysiska aktiviteten på behandlingsprogrammet beskrivs som möjlig att anpassa efter individuella behov men upplevs som för lätt av vissa. Den gymträning som erbjuds av behandlingsprogrammet går att anpassa efter individens förutsättningar, där intensiteten kan variera allt från lätt-, medel- till högintensivt. Det finns rekommendationer kring vilken intensitet som ska hållas i de olika stadierna i behandlingen för att verka så effektivt som möjligt, där graden av intensitet bör öka ju längre behandlingen fortgår (Statens

folkhälsoinstitut, 2008). För att kunna anpassa intensiteten kan det vara önskvärt att en kunnig person inom området finns till hands och vägleder till önskvärd intensitet. Är individen inte helt bekant med gymaktiviteten och inte känner sig bekväm i denna miljö kan det vara svårt att anpassa och veta vilken typ av intensitet som är optimal. De kanske inte heller tidigare varit fysisk aktiva vilket ställer höga krav på individen om det inte finns tillgång till hjälp. En respondent beskriver ett ökat sug efter alkohol direkt efter utförd fysisk aktivitet om intensiteten inte varit tillräckligt fysiskt krävande. De rekommendationer som finns - att den under efterbehandlingen ska vara mer av högintensiv karaktär (Statens folkhälsoinstitut, 2008) - kan således sättas i samband med vad respondenten upplever. Varför intensiteten ska hållas hög kan möjligen sättas i samband med de hormoner och den beta-endorfinfrisättning som kommer med ett ökat stresspåslag och fysisk aktivitet (Morgan, 2013). Vid en lägre intensitet frigörs inte lika mycket beta-endorfiner vilket då skulle betyda att känslan av välbefinnandet inte blir lika påtaglig som vid en högre intensitet då mer beta-endorfin frisätts. Denna förklaring skulle då kunna sättas i samband med respondentens upplevelse. Scerbo et al. (2010) har i sin forskning kunnat visa på liknande resultat, där intensiteten av den fysiska aktiviteten kan kopplas till utfallet av behandlingen och förmågan att hantera abstinensbesvär. Vidare bör nämnas att en hög intensitet upplevs subjektivt, vilket gör att ett givet högintensivt träningspass upplevs olika och således ej är lämpligt för alla. Den höga intensiteten bör som ovan nämnts framför allt användas under den senare delen av behandlingen, då det ställer högre krav på individens hälsa och fysiska förmåga. En lättare intensitet kan vara att rekommendera i de tidigare faserna av behandlingen, då den framför allt syftar till att engagera, socialisera och skapa ett intresse för den fysiska aktiviteten. Då det i vissa fall finns fysiska begränsningar vilka kan utgöra ett hinder för den fysiska aktiviteten, bör även detta finnas i åtanke när intensiteten för aktiviteten bestäms.

6.2.6 Ämnets relevans ur hälsopromotiv synvinkel

Då den fysiska aktiviteten inom beroendebehandling kräver planering och struktur, är det en tänkbar arena för den hälsopromotiva professionen. Utbildningen ger den kunskap vilken krävs för att strukturera samt planera fysisk aktivitet, samt en djupgående förståelse för hur hälsa kan påverkas på flera olika plan. Genom studien har det dessutom framkommit att kunskap inom området möjliggör en önskvärd utveckling i positiv riktning, vilket talar än mer för att mer kompetent bemanning behövs inom detta område. Det som möjligen bör utvecklas för att optimalt ingå i teamet kring beroendebehandling är vidare kunskap i beteendevetenskap och behandlings- och missbruksvård. Att arbeta med beteendeförändringar och motivation till livsstilsförändringar utöver den fysiska aktiviteten kräver en djupare insikt i området än den som ges vid den hälsopromotiva utbildningen.

6.2.7 Framtida forskning

Vi upplever att det finns ett behov av vidare framtida studier inom området. Den existerande forskningen som råder är begränsad, framför allt på grund av metodologiska orsaker. Det bör bedrivas forskning på ett större underlag för att säkerställa och lyfta fram effekterna av fysisk aktivitet som behandlingsform. Då de positiva effekterna av fysisk aktivitet, oavsett syfte, är allmänt kända bör det få en större roll inom behandlingsvården och belysas genom empiriska

studier. Vår studie anses kunna användas som bakgrundsmaterial eller som en pilotstudie för vidare forskning.

6.3 Slutsats

Studien visar ett samband mellan fysisk aktivitet och ett ökat välbefinnande, tilltron till sin egen förmåga och således en koppling mellan deltagande och utfallet av behandlingen. Fysisk aktivitet är viktigt ur ett holistiskt perspektiv som en del av beroendebehandlingen, då såväl den fysiska som psykiska hälsan påverkas i en positiv riktning. Det som bör noteras är att individerna genomgår livsstilsförändring i stort och arbetar ständigt med sig själva och det psykologiska tankemönstren, vilket gör det svårt att se om det just är den fysiska aktiviteten som bidragit till utvecklingen eller om det är den övriga behandlingen som är grundorsaken till den positiva upplevelsen av fysisk aktivitet och dess inverkan. Tydligt är dock att den fysiska aktiviteten har en betydande roll som en aktiv del av behandlingen. Då tidigare forskning visat på hur olika faktorer kan påverka utfallet av den fysiska aktiviteten, så som intensitet, träningsform och tidigare erfarenhet, skapar det ytterligare krav på kunskap och kunnig personal inom området. Vidare är det ur behandlingssynpunkt viktigt att ha en förståelse för hur kroppen påverkas av både missbruket i sig och den fysiska aktiviteten, framför allt för behandlare men även deltagande. Att individanpassa träningen kan vara ett sätt att maximera effekten och på så sätt underlätta behandlingen. Att öka kunskapen kring och uppmärksamma den fysiska aktiviteten och dess effekter har även positiva effekter.

7. Referenser

- Agerberg, M. (2004). *Kidnappad hjärna- en bok om missbruk och beroende*. Lund: Studentlitteratur.
- American Psychiatric Association. (2013a). *Diagnostic criteria for Substance Abuse*. Hämtad 2013-03-20 från <http://behavenet.com/substance-abuse>
- American Psychiatric Association. (2013b). *Diagnostic criteria for Substance Dependence*. Hämtad 2012-03-20 från <http://behavenet.com/substance-dependence>
- Antonovsky, A. (2009). *Hälsans mysterium*. Finland: WS Bookwell.
- Arévalo, S., Pradob, G., & Amaroa, H. (2008). Spirituality, sense of coherence, and coping responses in women receiving treatment for alcohol and drug addiction. *Evaluation and Program Planning*, 31, 113-123. doi: 10.1016/j.evalprogplan.2007.05.009
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy Mechanism in Human Agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-147.
- Brown, S. A., & Carello, P. D., Vik, P. W., & Porter, R. J. (1998). Change in Alcohol Effect and Self-Efficacy Expectancies During Addiction Treatment. *Substance Abuse*, 19(4), 155-167. doi: 10.1080/08897079809511384
- Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. (2012). *Drogutvecklingen i Sverige – CAN rapport 130*. Stockholm: EO Geografiska.
- Cullberg Weston, M. (2007). *Självkänsla på djupet: en terapi för att reparera negativa självbilder*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Ekman, R., & Arnets, B. (Red). (2005). *Stress- individen samhället organisationen molekylerna*. Stockholm: Liber.
- Enright, P-L. (2003). The six-minute walk test. *Resperatory care*, 48(2), 783-785. Hämtad 2013-04-25 från http://www.vgregion.se/upload/Fysisk%20aktivitet%20p%E5%20recept/ENRIGHT_%20SIX%20MINUTES%20WALK%20TEST.pdf
- Fontes-Ribeiro, C. A., Marques, E., Pereira, F. C., Silva, A. P., Macedo, T. R. A. (2011). May Exercise Prevent Addition. *Current Neuropharmacology*. 9(1), 45-48. doi: 10.2174/157015911795017380

Fox, KR. (2000). Self-esteem, self-perception and exercise. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 31, 228-240.

Hassmén, N., & Hassmén, P. (2005). *Hälsosam motion- lindrar nedstämdhet och depression*. Stockholm: SISU Idrottsböcker.

Hassmén, N., & Hassmén, P. (2008). *Idrottsvetenskapliga forskningsmetoder*. Stockholm: SISU Idrottsböcker.

Henriksson, C., & Leifman, H. (2011). *Skolelevers drogvanor- 2011*. (CAN-rapport 2011:129). Stockholm: EO Grafiska.

Janse Van Rensburg, K., Taylor, A., Benattayallah, A., & Hodgson, T. (2012). The effects of exercise on cigarette cravings and brain activation in response to smoking-related images. *Psychopharmacology*, 221, 659-666. doi: 10.1007/s00213-011-2610-z

Kadden, R. M., & Litt, M. D. (2011). The role of self-efficacy in the treatment of substance use disorders. *Addictive Behaviour*, 36, 1120-1126. doi: 10.1016/j.addbeh.2011.07.032

Korp, P. (2004). *Hälsopromotion*. Lund: Studentlitteratur.

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

Lännergren, J., Westerblad, H., Ulfendahl, M., & Lundeberg, T. (2012). *Fysiologi*. Lund: Studentlitteratur.

Morgan, W-P. (2013). *Physical activity and mental health*. Washington DC: Taylor and Francis.

Nationalencyklopedin. (2013). *Psykopatologi*. Hämtad 2013-05-06 från <http://www.ne.se/psykopatologi>

Nilsson, A., & Åström, A-C. (2009). *Den fysiska aktivitetens betydelse för välbefinnandet vid abstinensbehandling* (Magisteruppsats). Luleå: Institutionen för Omvårdnadsforskning, avdelningen för omvårdnad, Luleå tekniska universitet. Hämtad 2013-04-05 från <http://pure.ltu.se/portal/files/31131138/LTU-DUPP-09067-SE.pdf>

Patel, R., & Davidson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder*. Lund: Studentlitteratur.

Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, M., & Rosenberg, F. (1995). Global self-esteem and specific self-esteem: different concepts, different outcomes. *American Sociological Review*, 60(1), 141-156.

Scerbo, F., Faulkner, G., Taylor, A., & Thomas, S. (2010). Effects of exercise on cravings to smoke: The role of exercise intensity and cortisol. *Journal of Sports Sciences*, 28(1), 11-19. doi: 10.1080/02640410903390089

Schäfer Elinder, L., & Faskunger, J. (Red.). (2006). *Fysisk aktivitet och folkhälsa*. (2006:13). Husqvarna: NRS tryckeri.

Socialstyrelsen. (2013). *Insater år 2012 för vuxna med missbruks- och beroendeproblem och för övriga vuxna*. Hämtad 2013-06-03 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19073/2013-5-8.pdf>

Socialstyrelsen. (u.å). *Tolvstegsbehandling enligt Minnesotamodellen*. Hämtad 2013-04-28 från <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialtarbete/tolvstegsbehandling>

Sommer, W-H., & Ranagel, R. (Red.). (2012). *Behavioral Neurobiology of Alcohol Addiction*. Düsseldorf: Springer-Verlag GmbH & Co. K.

Statens folkhälsoinstitut. (2008). *Fyss 2008- Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. Mölnlycke: Elanders.

Sørgaard Nielsen, A. (2009). *Behandling av alkoholproblem- verktyg för psykosocial behandling vid missbruk eller beroende av alkohol*. Stockholm: Gothia Förlag.

U.S. Department of Health and Human Service. (1996). *Physical Activity and Health: A Report from The Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Seervice, Center for Disease and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.

Whitehead, J. R. & Corbin C. B.(1997). Selfe-esteem in children and youth: The role of sport and physical education. In Fox K. R. (Red.), *The Physical Self. From motivation to well-being*. (s. 175-203). Champaign: Human Kinetics.

Wideberg, K. (2009). *Kvalitativ forskning i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization. (2010). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)*. Hämtad 2013-03-20 från <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F10.3>

World Health Organization. (2003). *WHO definition of Health*. Hämtad 2013-03-20 från <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

Zschucke, E., Heinz, A., & Ströhle, A. (2012). Exercise and Physical Activity in the Therapy of Substance Use Disorders. *Scientific World Journal*. doi: 10.1100/2012/901741

Öst, L-G.(Red.).(2006). *Kognitiv beteendeterapi inom psykiatrin*. Stockholm: Natur & Kultur.

Intervjuguide

Hur länge har du deltagit i den fysiska aktivitet som erbjuds av behandlingsprogrammet?

Vad är din uppfattning om den fysiska aktivitet som erbjuds?

Hur ser du på fysisk aktivitet som en del av behandlingen?

Hur ofta deltar du i den fysiska aktiviteten?

Vilken typ av fysisk aktivitet tycker du bäst om?

Vilken typ av fysisk aktivitet deltar du oftast i?

Hur skulle du beskriva intensiteten på den aktivitet som erbjuds – lätt, måttlig, intensiv?

Hur har den fysiska aktiviteten påverkat din upplevda hälsa?

Hur har den fysiska aktiviteten påverkat din självtillit?

Påverkas din motivation till livsstilsförändring förändring direkt efter genomförd fysisk aktivitet, och i så fall på vilket sätt?

På vilket sätt upplever du att den fysiska aktiviteten har hjälpt dig som en del av behandlingen?

På en tio-gradig skala, hur viktigt har fysisk aktivitet varit för dig i din motivation till förändring, där 0 motsvarar inte alls viktigt och 10 motsvarar mycket viktigt?