

# **Høyintensitetstrening i et terapeutisk samfunn**



**Institutt for Helsefag**

**Master i Helsevitenskap, Selvvalgt fordypning**

**Masteroppgave (50 studiepoeng)**

**Lillian Høysæter Svendsen**

**Veileder: Hildegunn Sagvaag**

**06/2017**

**UNIVERSITETET I STAVANGER**

**MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP**

**MASTEROPPGAVE**

**SEMESTER:** Vår 2017

**FORFATTER/MASTERKANDIDAT:** Lillian Høysæter Svendsen

**VEILEDER:** Hildegunn Sagvaag

**TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:**

**Nordisk tittel:** Høyintensitetstrening i et Terapeutisk Samfunn

**Engelsk tittel:** High Intensity Training in a Therapeutic Community

**EMNEORD/STIKKORD:**

*Rusavhengighet, terapeutisk samfunn, pasienterfaringer, høyintensitetstrening, recovery, kvalitative intervju*

**ANTALL SIDER:** 88

**STAVANGER 30.05.17**

## **Forord**

Jeg vil først og fremst takke alle som valgte å delta og dele sine erfaringer i denne studien.

Videre vil jeg gi en takk til min oppmuntrende og engasjerte veileder Hildegunn Sagvaag som har loset meg gjennom en krevende prosess, og min kreative biveileder Sverre Nesvåg som har gitt meg gode innspill.

Takk går også til min arbeidsgiver som har gitt meg muligheten til å gjennomføre studien.

Sist men ikke minst, takk til mine tålmodige og oppmuntrende gutter hjemme som har gjort det mulig for meg å ferdigstille dette arbeidet.

# Innhold

<b>DEL I – KAPPE</b>	<b>7</b>
<b>Sammendrag</b>	<b>8</b>
<b>Abstract</b>	<b>10</b>
<b>1.0 Innledning</b>	<b>12</b>
1.1 Tema og nødvendige definisjoner	12
1.2 Tidligere forskning	13
1.3 Hensikt, mål og avgrensninger	16
1.4 Problemformulering	16
<b>2.0 Teoretisk fundament</b>	<b>17</b>
2.1 Recovery	17
2.2 Høyintensitetstrening	18
2.3 Mestring	19
<b>3.0 Metode og analyse</b>	<b>21</b>
3.1 Utvalg	21
3.2 Datainnsamling	22
3.3 Analyse	22
3.4 Forforståelse	26
3.5 Metodiske overveielser	26
3.6 Etske overveielser	28
3.7 Gyldighet og troverdighet	29
<b>4.0 Funn</b>	<b>29</b>
4.1 Fysisk utbytte	30
4.2 Motivasjon	31

<b>5.0 Tolkning og diskusjon</b>	<b>32</b>
5.1 Energi, velbehag og kroppsfokus	32
5.2 Gangsperr, progresjon og motivasjon	33
5.3 Veien til recovery	35
5.4 Kritisk tilbakeblikk	35
<b>6.0 Konklusjon</b>	<b>36</b>
<b>Referanser</b>	<b>38</b>
<b>DEL II – ARTIKKEL</b>	<b>42</b>
<b>Sammendrag</b>	<b>44</b>
<b>Abstract</b>	<b>45</b>
<b>Innledning</b>	<b>46</b>
Teoretisk ramme	48
<b>Metode</b>	<b>49</b>
Utvalg og datainnsamling	49
Analyse	50
Ethiske overveielser	51
Forforståelse	51
Gyldighet og pålitelighet	52
<b>Resultater</b>	<b>52</b>
Erfaringer med organiseringen av høyintensitetstrening	52
Erfaring med å få energi	53
Erfaring av å mestre følelser og tanker	54
Erfaring av mestringens betydning for selvbilde	55
Erfaring av fellesskap	56

<b>Tolkning</b>	<b>57</b>
Fra høyintensitetstrening til mestring	58
Fra mestring til recovery	59
Dropout og tilbakefall	61
Felleskapet for treningen og treningen for fellesskapet	62
<b>Diskusjon</b>	<b>63</b>
Hensikt med studien	63
Metodiske overveielser	64
Begrensninger	64
Implikasjoner for praksis	65
<b>Konklusjon</b>	<b>65</b>
<b>Referanser</b>	<b>66</b>
<b>Takksigelser</b>	<b>69</b>
<b>Figurer og tabeller</b>	<b>70</b>
<b>VEDLEGG</b>	
Vedlegg 1: Svarbrev Regional Etisk Komité	73
Vedlegg 2: Godkjenning fra Personvernombudet	75
Vedlegg 3: Litteratormatrise	77
Vedlegg 4: Temaguide	83
Vedlegg 5: Samtykkeskjema	84
Vedlegg 6: Forfatterveiledning NAD	86
Vedlegg 7: Resultat etter steg 4 i analyseprosessen	88

# DEL I

## Sammendrag

**Mål:** Terapeutisk samfunn har vist seg å være en effektiv behandlingsmetode for rusavhengighet, og trening er ved flere steder en del av denne behandlingsmetoden. Forskning viser at høyintensitetstrening kan gi et større psykisk utbytte av trening sammenlignet med trening av lavere intensitet. Det er lite kunnskap om høyintensitetstrening i kombinasjon med rusbehandling. Målet med denne studien var å vinne kunnskap om pasienters erfaringer med høyintensitetstrening for egen recoveryprosess i et terapeutisk samfunn.

**Metode:** Studien besto av et kvalitativt design med 11 semi-strukturerte intervju. Utvalget besto av mannlige pasienter i et terapeutisk samfunn, som alle hadde erfaring med høyintensitetstrening som en del av sitt behandlingstilbud. Datamaterialet ble analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse.

**Resultater:** Pasienter i et terapeutisk samfunn erfarte at høyintensitetstrening innvirket på deres recoveryprosess ved at;

- høyintensitetstreningen så ut til å gi ulike fysiske fordeler som energi, mindre fysisk ubehag og utløp for energi i en krevende behandling, på tross av at treningen var tung og krevende.
- Høyintensitetstreningen så ut til å bidra til mestring av utfordrende tanker og følelser i en psykisk utfordrende og konfronterende behandling
- høyintensitetstreningen gjennom sin utfordrende karakter, så ut til å gi mestringserfaring, noe som igjen ga økt selvbilde og mestringsforventning. Samtidig kunne det se ut som treningen i kombinasjon med manglende progresjon, og et høyt personlig kroppsfokus kunne ha en negativ effekt på recoveryprosessen for noen.
- høyintensitetstreningen så ut til å styrke det terapeutiske fellesskapet
- likemenn i form av en trenings instruktør og andre deltakere så ut til å være viktig for motivasjonen til, og utbytte av høyintensitetstreningen,



**Konklusjon:** Høyintensitetstreningen så ut til å bidra i egen recoveryprosess ved å gi energi og mestring av følelser og tanker, noe som kan gjøre det lettere å stå i behandlingen. Den intensive treningen ga den enkelte mestringserfaring og den styrket fellesskapet i et terapeutisk samfunn. Treningen så samtidig ut til å kunne ha negativ innvirkning dersom deltakeren hadde et høyt kroppsfokus og ikke opplevde tilstrekkelig mestring og progresjon.

**Nøkkelord:** *Rusavhengighet, terapeutisk samfunn, pasienterfaringer, høyintensitetstrening, recovery, kvalitativ studie*

## Abstract

**Aims:** Therapeutic Communities has shown to be an effective treatment for addiction, and physical exercise are at several institutions a part of the treatment program. Research shows that high intensity training can give larger psychological benefits compared to low or moderate intensity training. There is little knowledge of high intensity training in combination with treatment for addiction. The aim of this study was to gain knowledge of patient experiences with high intensity training with their recovery process in a therapeutic community.

**Methods:** The study existed of a qualitative design with semi structured interviews. A total number of 11 interviews were conducted with male patients in a therapeutic community, whom all had experience with high intensity training as part of their treatment program. The data were analyzed using qualitative content analysis.

**Results:** Patients in a therapeutic community experienced that their recovery was influenced by;

- the high intensity training seemed to give different physical benefits as energy, less physical discomfort and release of excessive energy in a demanding treatment program, despite the training being exhausting and demanding itself.
- the high intensity training seemed to contribute to coping with difficult thoughts and emotions in a psychological challenging and confrontational treatment program
- the high intensity training through its challenging character, seemed to give coping experiences, which further seems to give increased self-esteem and self-efficacy. At the same time it seemed as the training in combination lack of progression, and a high personal body focus may have had a negative effect on recovery processes for some.
- high intensity training seemed to strengthen the therapeutic community
- Peers in form of a training instructor or other participants seemed to be important for the motivation for, and the result of the high intensity training.

**Conclusions:** High intensity training seemed to contribute in recovery by giving energy

and coping of emotions and thoughts, which could make it easier to remain in treatment. The intensive training gave each individual coping experiences and it was strengthening for the fellowship in a therapeutic community. The high intensity training seemed at the same time to have a negative effect if the participant had a high body focus and he was not experiencing sufficient coping and progression.

***Key words:*** *drug addiction, therapeutic community, patient experiences, high intensity training, vigorous physical activity, recovery, qualitative study.*

## 1.0 Innledning

I følge Helsedirektoratet (2015) var det i 2014 1906 døgnplasser i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i Norge og i gjennomsnitt kostet en slik plass 6635,- i døgnet. På årsbasis finner vi da at rusbehandling i TSB koster 4.6 milliarder kroner. Å finne en kosteffektiv og resultatorientert behandling er viktig for å øke kapasiteten og kvaliteten av tilbudet til rusavhengige i Norge (Regjeringen 2015). Terapeutisk samfunn har vist seg å ha gode resultat for rusavhengige som gjennomfører behandlingsopplegget (De Leon 2003, Vanderplasschen et.al 2013). I denne studien vil det ses på fysisk trening som et behandlingselement i rusbehandling, og pasienters erfaringer med høyintensitetstrening vil bli belyst. Mestring av treningen og motivasjon for treningen vil stå sentralt når det gjelder pasientenes erfaringer.

### 1.1 Tema og nødvendige definisjoner

Høyintensitetstrening kan defineres på flere ulike måter. Den kan defineres subjektivt, ved at det er den enkeltes erfaring av hva de har deltatt i og som presenteres av dem som høg intensitet. Den kan defineres mer objektivt som trening over eller på melkesyreterskelen, eller den kan defineres gjennom grenseverdier for oksygenopptak eller hjerterefrekvens. Treningen forbindes ofte med intervalltrening der en veksler mellom moderat og høy intensitet. Henriksson & Sundberg (2009) definerer intervalltrening som der en kombinerer aerob (under melkesyreterskel) og anaerob (over melkesyreterskel) trening slik at arbeidstiden med hard belastning er tilstrekkelig lang til å gi treningseffekt på både hjertet og muskulaturens aerobe system. Høyintensitetstrening krever en ytelse opp mot det maksimale av utøveren, noe som kan oppleves både som utfordrende og smertefullt. Det samme kan man kanskje si om endringsprosessen i det terapeutiske samfunn, som beskrives med utsagnet «*no gain without pain*». Endring av gamle atferdsmønstre, holdninger og selvbilde kommer ikke uten kamp og smerte (de Leon 2003).

Terapeutisk samfunn er en tilnærming for tverrfaglig spesialisert rusbehandling som går ut på å behandle hele personen gjennom et beboerfellesskap der personen tilegner seg grunnleggende erfaringer, forståelser og oppfattelser forbundet med endring i atferd,

holdninger og følelser (De Leon 2003). Denne prosessen blir omtalt med termen *recovery*, og med mangel på et entydig norsk ord blir begrepet oversatt med rehabilitering, personlig vekst, bedring, tilheling og rekonvalesens (de Leon 2003). Avholdenhet fra rusmidler ses på som en forutsetning for en fullstendig forandring i livsstil og identitet innen det terapeutiske samfunn, men samtidig anses tilbakefall som sannsynlig og betydningsfullt for recoveryprosessen til den enkelte (de Leon 2003).

## 1.2 Tidligere forskning

For få oversikt over kunnskapsgrunnlaget innenfor temaet *høgintensitetstrening i rusbehandling* ble søkemotorene Oria, Cinahl, Academic Search Premier og Sports Discurs brukt. Oria ble brukt som et utgangspunkt for å få et bilde over hvor mye kunnskap det var på tema. De tre andre søkemotorene ble brukt for å sikre et grundigere søk. Ved å kombinere søkeord som vist i tabell under ga Oria 889 treff, Cinahl 158 treff, Academic Search Premier 1158 treff og Sports Discurs 111 treff.

<i>Drug addiction</i>		<i>Treatment</i>		<i>Exercise</i>
OR		OR		OR
<i>Drug dependence</i>	AND	<i>Recovery</i>	AND	<i>High intensity training</i>
OR		OR		OR
<i>Substance abuse</i>		<i>Therapeutic</i>		<i>Interval training</i>
OR		<i>community</i>		OR
<i>Substance use disorder</i>				<i>Vigorous physical activity</i>
OR				OR
<i>Addicton</i>				<i>High intensity exercise</i>

Kriterier for søkene var engelsk som språk, og fagfelle vurderte tidsskrift.

Eksklusjonkriterier som videre ble brukt var artikler på andre språk enn engelsk, studier på rotter/mus, studier som utelukkende fokuserte på alkohol eller nikotin, studier som utelukkende fokuserte på de fysiske eller fysiologiske fordelene med trening og andre studier som tydelig ikke var relevant i forhold til tema. Eksempelvis ble en artikkel «*High-intensity interval training in patients with substance use disorder* av Flemmen, Unhjem & Wang (2014) utelatt da denne hadde fokus på å kartlegge rusavhengiges helse når det

gjaldt muskelstyrke og utholdenhet, og ikke den enkeltes psykisk helse eller recoveryprosess. To forskere gikk gjennom de resterende artiklene fra søk for å finne de som var relevant for studien. For å ikke gå glipp av viktig kunnskap ble litteratormatrise sendt til Folkehelseinstituttet og til Silvia Alpers ved avdeling for rusmedisin i Bergen, med en forespørsel om den viktigste litteraturen var funnet. Sistnevnte arbeider med en reviewartikkel på temaet. Ved svar fra Silvia Alpers ble det trukket frem flere relevante artikler som ikke var funnet i søk, og med de søkemotorene jeg hadde brukt. Disse ble så funnet ved hjelp av søkemotoren Google Scholar. Ved gjennomgang av alle de overstående artikler ble totalt 12 artikler ansett som aktuelle (se vedlegg 3).

Tidligere forskning viser at rusavhengige er i stand til å gjennomføre en stor treningsmengde over lengre tid. En studie viste reduksjon i alle mål for psykisk ubehag, men ingen signifikant endring i selv rusavhengigheten (Mamen 2011). Brown et al. (2010) fant at deltakerne i deres studie viste signifikant reduksjon i prosent av antall dager rusfrihet for både alkohol og rusmidler ved slutten av behandlingen, og de som deltok på minimum 70% av treningsøktene hadde signifikant bedre resultater når det gjaldt rusbruk enn de som ikke deltok.

Fysisk aktivitet produserer en rekke helsefordeler, og når tilpasset til pasienters motivasjon, kan det være en et viktig tilskudd til rusbehandling, og dermed hjelpe å forbedre personlig og kollektiv livskvalitet, samt sosiale kostnader (Williams & Streat 2004). Trening beskytter mot depresjon og er en effektiv intervensjon og et tilskudd til behandling av mild til moderat depresjon. Trening gir noen helse og psykologiske fordeler når brukt som et tilskudd i behandling for komplekse psykisk helse problemer slik som rusavhengighet (Donaghy 2007). Fysisk aktivitet blir opplevd som noe konkret og gir praktisk kunnskap. Det motiverer pasienter til å etablere nye vaner og gir mulighet for utviklingen av mestring sammen med andre pasienter (Borge, Røssberg & Sverdrup 2013). Mamen, Pallesen og Martinsen (2011) skriver at det i deres studie kan konkluderes med at mestring av trening og en følelse av å være i bedre form kan ha positive effekter på flere aspekter av psykisk helse hos pasienter som er rusavhengige. Read et. Al (2001) fant i sin studie at spenning og stress reduksjon var blant de sterkeste opplevde effektene av fysisk aktivitet. Andre opplevde fordeler som ble funnet var mer positive fremtidsutsikter og økt selvtillit. De vanligste barrierene for å trene var dårlig økonomi, mangel på motivasjon og

tidsbegrensninger (Read et.al 2001). Lav tilstedeværelse og hyppig frafall fra treningen kan forhindre mange individer fra å høste de mange fysiske og psykiske helsefordelene av trening (Weinstock, Wadson og VanHeest 2012). Roessler (2010) sin pilotstudie viste at fysisk trening kan være en viktig støtte i behandling av rusavhengighet og at hovedproblemet er å opprettholde endring i atferd og påvirkning av rollemodeller for å sikre endring over lang tid.

Malkin, Voss, Teaff & Benshoff (1993) undersøkte organisasjons og personal karakteristikk, så vel som typer aktiviteter som blir tilbudt, lengde og hyppighet av treningsøkter, og detaljer om kompetanse av personal som implementerer hver aktivitet i rusbehandlings institusjoner i USA. Abrantes et.al (2011) fant at et lavt nivå av trening, sammen med høy interesse for å trene blant rusavhengige i tidlig recoveryprosess peker mot behovet for å skreddersy intervensjoner til de unike preferansene til den enkelte. Gjennom nøye planlegging av treningsprogram og klinisk vurdering av pasienter, kan det være mulig for behandlingsteam å ta i bruk fysisk aktivitet som en viktig del av recovery for noen rusavhengige (Williams & Streat 2004). Lynch, Peterson, Sanchez, Abel & Smith (2013) konkluderer med videre retningslinjer, inklusiv utviklingen av treningsbaserte intervensjoner alene, eller som et tilskudd til andre strategier, for å behandle rusavhengighet.

Ved gjennomgang av tidligere forskning viste det at det var en mengde kunnskap om fysisk aktivitet/ trening og rusavhengighet. Flere fysiske og psykiske fordeler ble trukket frem. Videre var det lite kunnskap om høgintensitetstrening i kombinasjon med rusbehandling. De studiene som omhandlet dette var i kvantitative studier som i hovedsak målte pasienters fysiologiske fordeler med treningen (Flemmen, Unhjem & Wang 2014). Mamens (2011) norske studie viste hvordan rusavhengige kunne ha et fysiologisk utbytte av høgintensitetstrening, og funn viste negativ korrelasjon mellom fysiologisk utbytte og symptomtrykk i forhold til psykisk helse. Studien viste videre at de som responderte best fysiologisk på treningen, hadde hatt en betydelig større mengde med høgintensitetstrening enn de som ikke responderte like mye (Mamen, Pallesen og Martinsen 2011). Med dette kan det tenkes at høgintensitetstrening gir et bedre fysiologisk utbytte av trening, noe som igjen gir et lavere symptomtrykk hos pasienter, sammenlignet med lav/moderat intensitet på trening. Det trengs derfor kunnskap om høyintensitetstrening i kombinasjon med

rusbehandling, og da spesielt å utforske hvilket psykisk utbytte pasienter kan ha av slik trening.

### 1.3 Hensikt, mål og avgrensninger

Hensikten med studien er å undersøke verdien av høgintensitetstrening som en del av behandlingstilbudet innenfor et terapeutisk samfunn, sett fra et pasient perspektiv. Gjennom å utforske hvilke erfaringer pasienter har, er det ønskelig å belyse treningens betydning for den enkelte, i forhold til behandlingsforløpet, og i forhold til deres fysiske og psykiske helse. Fokus for studien er den fysiske treningens påvirkning på psykisk helse, mestring og motivasjon slik deltakerne vurderer det, og ikke treningens fysiske eller fysiologiske fordeler. Det terapeutiske samfunn blir ansett som en egnet avgrensning da det store flertallet av voksne og ungdom som søker seg til behandling der, oppfyller kriteriene for både rusmisbruk og andre psykiske plager (De Leon 1989, Jainchill, De Leon & Pinkham 1986). I dag er fem behandlingsinstitusjoner for rusavhengige i Norge som regnes som terapeutiske samfunn, og denne studien er fra et av dem.

### 1.4 Problemformulering

Med utgangspunkt i eksisterende kunnskap på området og interesse for feltet, er utgangspunktet å utforske pasienters erfaringer med høyintensitetstrening. Da det viste seg vanskelig å få rekruttert kvinner er endelig problemstilling:

- *Hvilke erfaringer har mannlige pasienter i terapeutisk samfunn med høgintensitetstrening for egen recoveryprosess?*

Med følgende forskningsspørsmål;

- *Hva innebærer høgintensitetstreningen for deltakerne og hvordan organiseres den som en del av deres behandling?*
- *Hvilke erfaringer, positive og negative, har deltakeren med treningen?*
- *Hvordan vurderer deltakeren treningen sin betydning for egen recoveryprosess?*



## 2.0 Teoretisk fundament

Det vil her bli forsøkt redegjort for hvordan recovery, mestring og høyintensitetstrening henger sammen. Synet på rusmisbruk innenfor terapeutisk samfunn som behandlingstilnærming legger til grunn at rusavhengighet er en gjennomgripende lidelse ved hele personen (de Leon 2003). Dette vil altså si at å bli frisk fra en rusavhengighet dreier seg om mer enn å bare slutte å ruse seg, det dreier seg om recovery.

### 2.1 Recovery

Begrepet recovery er en term som brukes innenfor ulike behandlingstilnærminger i rusfeltet og psykisk helsevern, og det har vist seg vanskelig å komme til konsensus om forståelsen begrepet (Best, De Alwis & Burdett 2017). Recovery kan også anses som en bevegelse, og som en modell for behandlingssystemer for rusavhengighet (Best, De Alwis & Burdett 2017). Recoverybevegelsen fokuserer på individers opplevde behov og mål, og ser avhold som en potensiell ressurs, men ikke nødvendigvis som en forutsetning for recovery (Best, De Alwis & Burdett 2017). Recoverybevegelsen kritiseres for å ikke komme til konsensus om en definisjon for recovery, og der de ulike definisjonene blir vage og unøyaktige. Dette muliggjør multiple tolkninger for de med en politisk agenda, og gir utfordringer til profesjonelle tjenester og rusfeltet generelt (Best, De Alwis & Burdett 2017). Eplov (2010) skriver at recovery er en personlig reise, umulig å strukturere og organisere, noe som forutsetter en stor grad av samarbeid mellom profesjonelle og pasienter. Recke (2017) skriver i sin debattartikkel at det er uklart hva nytt implementering av konseptet recovery gir helse- og sosialtjenester i Norge, da de positive potensialene, herunder brukermedvirkning og autonomi, allerede er implementert i Norge gjennom konseptet *rehabilitering*. De Leon (2003) skriver på den andre siden at recovery i det terapeutiske samfunn omfatter både *rehabilitering* og *habilitering*;

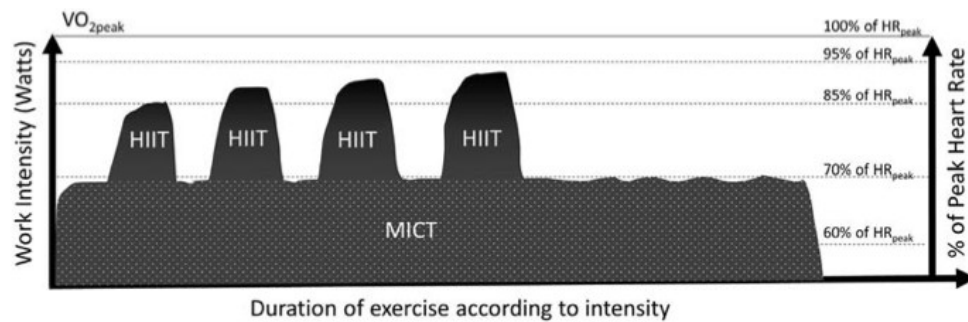
*«Andre beboere i det terapeutiske samfunn har aldri tilegnet seg en sosialt fungerende livsstil. Deres rusmisbruk er omgitt av et større bilde av psykologisk dysfunksjon og sosiale mangler i utdanning, arbeidserfaring og sosiale ferdigheter (...) Bedring og tilheling for dem innbefatter rehabilitering, eller å lære for første*

*gang atferdsmessige ferdigheter, holdninger og verdinormer som blir assosiert med en sosialisert livsstil» (de Leon 2003:85)*

På tross av vel argumentert kritikk av bevegelsen recovery, og mangel på konsensus rundt en definisjon, vil det i denne oppgaven ikke være dekkende å omtale pasientenes endringsprosess som rehabilitering. Recoverybegrepet er samtidig det begrepet som historisk har blitt brukt, og fremdeles brukes innenfor terapeutiske samfunn ved omtale av endringsprosessen og selve målet med behandlingen (Best, De Alwis & Burdett 2017, de Leon 2003). Derfor er begrepet sentralt å bruke i denne oppgaven. For å illustrere de ulike prosessene i recovery vil det i denne oppgaven legges til grunn Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams & Slade (2011) sine fem recoveryprosesser; tilknytning, håp og optimisme for fremtiden, identitet, mening med livet og empowerment. Ulike verktøy kan brukes for å fremme recoveryprosesser innen rusbehandling, men i denne oppgaven er det høyintensitetstrening som vil være fokus.

## **2.2 Høyintensitetstrening**

Terminologien som blir brukt for å beskrive høyintensitets intervalltrening (HIIT) varierer mellom ulike studier. I Karlsen, Aamot, Haykowsky & Rognmo (2017) sin artikkel defineres HIIT som høyintensitetstrening når intervallene er av en aerob karakter (trening under melkesyreterskelen) og mål intensiteten er mellom 85% og 95% av maks hjertefrekvens. Prinsippet med HIIT trening er basert på aerobe treningsøker med høy intensitet, og som er delt opp i perioder av lavere intensitet som tillater en å «hente seg inn igjen». Typisk er HIIT utøvd ved dynamiske øvelser som tar i bruk store muskelgrupper, ved intensitet nær til maks hjertefrekvens i fire minutter, og lavere intensitet (60 – 70% av maks hjertefrekvens) i 2-3 minutter (Karlsen et.al 2017).



*“Fig 1 – The principle of high intensity interval training (HIIT), which facilitates the execution of repeated high intensity aerobic work. The work-bouts are separated by ‘pauses’ of lower intensity exercise that allow for recovery, making an individual able to reengage in HIIT. Moderate intensity continuous training (MICT) on the other hand, is performed continuously over longer time, at lower exercise intensities.” (Karlsen et.al. 2017: 4)*

Karlsen et. Al (2017) påpeker at treningsintensitet er relativt til individuelt oksygenopptak og hjertefrekvens, med tanke på at to deltakere som trener ved siden av hverandre kan se veldig forskjellig ut, en springer veldig fort og den andre går, selv om de begge trener på den samme relative treningsintensiteten. Derfor vil individuelt tilpassede øvelser være viktig for at deltakere med ulike forutsetninger skal kunne trene på samme intensitetsnivå, og oppleve mestring av treningen.

## 2.3 Mestring

I det terapeutiske samfunn er subjektiv læring en essensiell forutsetning for endring, og som dreier seg om mestring, selvtillit og selvrespekt. Selvtillit og selvrespekt anses som dypt forankret i recoveryprosessen, og disse kan styrkes gjennom opplevelser av mestring (de Leon 2003). På den bakgrunn er det relevant å tolke denne studien i lys av mestringsteori.

De Leon (2003) skriver at gjennomgående vil et flertall av de som forsøker å bryte et avhengighetsmønster falle tilbake til tidligere vaner. Tilbakefall oppstår spesielt i tre situasjoner; (1) ved stress, angst eller depresjon, (2) konflikter med andre og (3) når en utsettes for sosialt press for å gjenoppta tidligere atferd (De Leon 2003). Lazarus & Folkman (1984) skriver at stress kommer av individets opplevelse av utilstrekkelighet. Videre at muligheter eller trusler som individet opplever som viktige og som de ikke

opplever å mestre, medfører stress. For å forstå mestring og hva som driver en person til en bestemt atferd har Bandura (1968) utviklet en sosial kognitiv teori. Teorien legger vekt på (1) ytre atferd, (2) personens indre kognitive og følelsesmessige egenskaper, og (3) de sosiale faktorene rundt individet. Bandura (1968) skriver at disse tre står i samspill med hverandre og at alle må belyses for å forstå hva som driver en person til aktivitet. Teorien legger stor vekt på individets egne forventninger til mestring når det gjelder motivasjon. Dette kalles *self-efficacy* som videre vil bli oversatt med *mestringsforventning* i denne oppgaven. Her er det to aspekter som er viktig; (a) troen på å mestre en aktivitet som er nødvendig for å nå et mål (*efficacy expectations*) og (b) troen på å nå målet - resultatet av aktiviteten (*outcome expectations*). Bandura (2004) trekker frem hvor viktig *self-efficacy* er for personlig endring;

*«Beliefs of personal efficacy play a central role in personal change. This focal belief is the foundation of human motivation and action. Unless people believe they can produce desired effects by their actions, they have little incentive to act or to persevere in the face of difficulties.»* Bandura 2004:144

Videre skriver Bandura (2004) at *mestringsforventningen* relevant for hvor mye energi man investerer i aktiviteten, hvilke aktiviteter individet begir seg ut på, og videre hva et individ mestrer. Den kan påvirke et individs valg til endring i livsvaner, mulighet til å hente seg inn etter et tilbakefall, eller bidra til hvor godt individet mestrer å opprettholde endring (Bandura 2004). *Mestringsforventningen* er basert på fem tidligere informasjonkilder; tidligere erfaringer, vikarierende erfaringer gjennom likemenn, verbal overbevisning, emosjonelle forhold og personens tolkning av egne prestasjoner. Et individ kan oppleve økt *mestringsforventning* ved å se andre mestre noe (Imsen 2014). De kognitive aspektene ved teorien understrekes ved våre valg og det kontinuerlige samspillet mellom atferd og kognitive prosesser. Vi kan observere andre og utnytte deres erfaringer. Tiltro til egen evne til å kunne gjennomføre en handling er nødvendig for i det hele tatt å forsøke, og eventuelt lykkes. Det kreves også tro på at slik atferd vil føre til ønsket utfall – resultatforventning (Mæland 2005). Bandura (2004) skriver at ved et individuelt fokus for endring og mestring av nye aktiviteter må det legges vekt på de faktorene som er viktige for den enkelte.

Funn fra forskningen til Geng, Jiang og Han (2011) viser at selvtillit og mestringsforventning henger sammen. De Leon (2003) skriver at selvtilliten opparbeides eller gjenvinnes ved gjentatte korrigerende erfaringer, noe som er i tråd med Banduras sosial kognitive teori. Det innebærer å lære hvordan man opprettholder edruelighet i det utall av situasjoner og omstendigheter som til nå har vært utløsere eller signaler for å begynne å ruse seg på nytt. Områdene De Leon(2003) fremhever som viktige for å fremme et individs selvtillit er arbeid, sosiale relasjoner, emosjonell mestring og selvkontroll generelt. Denne studien søker rusavhengiges erfaringer med hvordan høyintensitetstrening kan fremme ulike recoveryprosesser, herunder selvtillit for å bygge en ny identitet, og emosjonell mestring i møte med utfordringer.

### **3.0 Metode og analyse**

Utforskning av erfaringer med høyintensitetstrening for egen recoveryprosess forutsetter at man får frem pasienters subjektive erfaringer. Kvalitativ metode der et mindre utvalg blir dybdeintervjuet, var derfor en hensiktsmessig fremgangsmåte. Nedenfor presenteres valg knyttet til utvalg, metode for datainnsamling og analyse. Ulike metodiske og etiske overveielser presenteres, samt hvordan krav til troverdighet og gyldighet har blitt ivaretatt.

#### **3.1 Utvalg**

Deltakerne var pasienter ved et terapeutisk samfunn som mottok et treningstilbud fra en ekstern treningstilbyder. 20 pasienter som var til behandling ved studiens oppstart ble invitert til å delta i studien, og 11 ble rekruttert. Alle deltakerne hadde vært tilstede, og deltatt aktivt på minimum to treningsøkter med høyintensitetstrening. Alle i utvalget hadde en rusavhengighets diagnose. Treningstilbyder var en lokal organisasjon som tilbyr høyintensitetstrening i form av ulike intervalløkter. Aktivitetene som ble brukt var i hovedsak spinning, løping og sirkeltrening, med en varighet på ca. 60 minutter, to dager i uken.

## 3.2 Datainnsamling

Studiens problemstilling rettet seg mot menneskets erfaringer og søkte derfor en kvalitativ tilnærming. Verktøyet som ble brukt i denne studien var 11 semi-strukturerte intervju med mannlige pasienter. Formålet med kvalitative intervju var å fremskaffe fylldig og beskrivende informasjon om hvordan deltakerne opplever ulike sider ved sin livssituasjon, og var derfor spesielt godt egnet for å få innsikt i deltakernes egne erfaringer, tanker og følelser (Dalen 2004). En semistrukturert temaguide ble brukt som verktøy under intervjuene, noe som var en styrke da samtalene var fokusert mot bestemte tema som var utvalgt på forhånd (Dalen 2004). I intervju ble det sett på høyintensitetstreningens karakter, opplevd nytteverdi, opplevd frivillighet, erfaringer knyttet til fysisk og psykisk helse, og betydningen av treningen i behandlingen. Sted for intervjuene var i egnet lokale ved behandlingstjenesten. Det ble gjennomført opp til 2 intervju per dag, og de varte i snitt i 42 minutt. Intervjuene ble audiotapet, transkribert underveis og inneholdt ikke personopplysninger.

## 3.3 Analyse

NVivo 11 ble brukt som software for analyse og datamaterialet ble analysert ved hjelp av Graneheim & Lundman (2003) sin metode for kvalitativ innholdsanalyse. Analyseprosessen i denne studien blir videre beskrevet i fem steg.

I *første steg* av analysen ble intervjuene lest og hørt gjennom flere ganger for å få et overordnet bilde av innholdet og en forståelse av hva som ble formidlet. Innholdet ble videre sortert inn etter tema i intervjuguide (vedlegg 4); *kjennetegnene ved treningen, nytteverdi, positive sider, negative sider, tidligere treningsgrunnlag, fysisk helse, psykisk helse, vekselvirkning i behandling, og opplevelse av intervjuet*. Allerede her dukket det opp tre tema som ikke passet inn kun i en av de forhåndsdefinerte kategoriene; *felleskapet, stigmatisering og mestring*. I *andre steg* av analysen ble de delene av teksten som ga svar på problemstilling og forskningsspørsmål samlet som en tekst under en tittel gitt fra første steg. Denne teksten ble sett på som en enhet for analyse. I det *tredje steget* ble hver enhet for analyse gjennomgått og de meningsbærende enheter ble trukket ut. De meningsbærende

enhetene ble videre kondensert og gitt en tittel som ga mening gjennom det manifeste innholdet, se tabell 2 under:

Meningsbærende enhet	Tittel	Kode
«Det gir meg mye energi, så for eksempel det å bare ha alle de gruppene og samlingene som vi har her. Det bruker mye energi. Blir veldig tung og treg av det, og så med trening så løser du litt opp i det. [...] og så når du kommer da fra trening så er du full i energi og kan gjøre noe, så derfor er det egentlig ganske viktig.»	Grupper og samlinger tar energi, blir tung og treg. Trening gir energi og løser opp og er viktig.	Behandling tar energi Gir energi
« Da klarer du, da klarer kroppen og gjøre det neste som trengs å gjøres. For da har du fått gitt den en slags bensin liksom. Det, det er bra for kroppen, det er bra for helsen, og når helsen er bra, da klarer du å gjøre ting, da klarer du å holde ut.»	Trening er bensin, og gjør at du klarer å gjøre det som trengs og holder ut.	Gir energi Motstandsdyktighet
«Jeg vil bare si at det er først og fremst det at du klarer å gjøre det, og at det.. at du gidder å gjøre det rett og slett. Det er det som egentlig er best med det[...]Ja, det er en utfordring med det, akkurat det er det..»	Beste med treningen er at du klarer og gidder å gjøre det, utfordringen med det.	Trening er tungt Utfordring

I det *fjerde steget* ble de kondenserte meningsbærende enhetene med sine titler abstrahert og gitt en kode. Gjennom denne prosessen ble det mulig å samle flere meningsbærende enheter inn under samme kode. Kodene ble videre sammenlignet basert på forskjeller og likheter og sortert inn i sub-kategorier og kategorier som utgjorde det manifeste innholdet (se vedlegg 7). Det manifeste innholdet ble så gjennomgått for å se at de var kodet riktig. Hvert intervju ble i sin helhet og matchet opp mot koder, for å se at ikke noen meningsbærende enheter hadde blitt glemt eller utelatt. I det *femte steget* leste en annen forsker gjennom råmaterialet, for så å sammenligne sitt inntrykk med de koder og kategorier som var funnet. De to forskerne gikk sammen og alternative kategorier ble diskutert og revidert. Gjennom en prosess av refleksjon og diskusjon ble det konsensus om hvordan sortere det manifeste innholdet. Den underliggende meningen, det latente i kategoriene, ble så formulert inn i tema fire tema, se tabeller under;

**Tabell 1: Høyintensitetstrening gir energi**

Tema	Høyintensitetstrening gir energi som trengs i behandling på tross av at treningen er fysisk krevende						
Kategorier	Fysiske fordeler med trening			Utfordringer i behandling	Utfordringer med trening		
Sub-kategori	Progresjon	Gir energi	Mindre fysisk ubehag		Ubehag	Mangel på progresjon	Oppstartfasen
<b>Kode</b>	Progresjon (10) Motstandsyktig (3) Mer aktiv (2)	Gir energi (7) Søvn (2) Gangsperr (6) Sliten (1)	Fysisk frisk (3) Kroppslig ro (2) Smerter (2)	Fysisk krevende (8) For lite fysisk krevende (2)	Trening er tungt (6) Sliten og trøtt (4) Smerter eller skader (3) Ikke tilrettelagt inntak av mat (1) Kvalme (1) Lite tilpasset vekt (1)	Progresjon stagnerer (3) Ser lite fysiske resultater (1)	Fysisk utfordrende oppstart fase (9) Motivasjonelle utfordringer oppstartfasen (7) De første gangene (5)

**Tabell 2: Mestring av tanker og følelser**

Tema	Høyintensitetstrening bidrar til å mestre utfordrende tanker og følelser.								
Kategorier	Utfordringer i behandlingen			Utfordringer med treningen			Utbytte av treningen		
Sub-kategori	Sosialt	Kognitivt	Psykisk	Fysisk	Motivasjon	Psykisk	Psykisk	Kognitivt	Motivasjon
<b>Kode</b>	Bo sammen med andre (3) Hierarki (1) Kroppsfokus (1) Relasjoner (1) Stigma (1)	Konfrontasjon (4) Jobber med seg selv (3)	Gir negative emosjoner (5) Gir motgang og motstand (5) Dårlig selvbilde/ selvtillit (5) Konfronterende og negativt fokus (4) Behov som ikke blir dekket (2) Mangel på mestring (1)	Trening er tungt (6) Sliten og trøtt (4) Progresjon stagnerer (3) Smerter eller skader (3) Ikke tilrettelagt inntak av mat (1) Kvalme (1) Lite tilpasset vekt (1)	Utfordrende oppstart fase (9)	Selvbilde og kroppsfokus (4) Kan være avhengig av tsskapende (3) Mangel på mestring (1) Negative emosjoner (1) Nytt og ubehagelig (1)	Gir positive følelser/ emosjoner (10) Gir motstand og gjør mer motstandsdyktig (9) Håndtering av negative emosjoner (7) Bedre psyke (6) En flukt og et fristed (2) Bedrer relasjoner (2)	Gir fokus (6) Får læringsutbytte (3) Tenker klarere (5) Nytt tankemønster (4) Får sortert tanker (2) Blir mer løsningsorientert (2)	Psykisk utbytte motiverer (3)



**Tabell 3: Mestring og selvbilde**

Tema	Høyintensitetstrening gir tro på seg selv gjennom mestring av utfordringer					
Kategorier	Fysisk		Psykisk		Motivasjon	
Sub-kategori	Fysisk utfordring	Utbytte	Utfordringer	Gevinst	Utfordringer	Gevinst
<b>Kode</b>	Utfordrende oppstart fase (9) Trening er tungt (6) Sliten og trøtt (4)	Progresjon (10) Motstandsdyktig (3) Progresjon stagnerer (3)	Motgang og motstand i behandling (5) Dårlig selvbilde/ selvtillit (5) Mangel på mestring i behandling(1) Stigma (1) Måler seg opp mot andre under trening (2) Mangel på mestring (1)	Selvbilde / selvtillit (11) Mestringsfølelse (9) Motstand og motstandsdyktighet (9) Flukt og fristed (2) Fri fra stigma (3)	Startfasen av økten(7) De første treningene (5) Manglende mestring/ progresjon (4) Press (4) Det er nytt (2) Treningsinstruktøren (2) Lite resultater (1) Smerter/skader (1) Lite motivasjon for trening påvirker ikke motivasjon for recovery (1)	Mestring gir motivasjon(

**Tabell 4: Fellesskapet**

Tema	Fellesskapet for treningen, og treningen for fellesskapet		
Kategori	Utfordringer		Utbytte
Sub- kategori	Behandling	Treningen	
<b>Kode</b>	Bo sammen med andre (3) Hierarki (1) Kroppsfokus (1) Relasjoner (1) Stigma (1) Liten selvbestemmelse i trening (5) Konfrontasjon (4) Negative emosjoner (5) Konfronterende og negativt fokus (4)	Måler seg opp mot andre (2) Gir konsekvenser for behandlingen (2) Lite mulighet å være for seg selv (1) Minner hverandre på at det er tungt (1)	Trene i fellesskap (9) Styrker fellesskapet (7) Fri fra stigma (3) Flukt og fristed (2) Relasjoner (2)

### 3.4 Forforståelse

Forsker har bakgrunn som miljøterapeut ved et terapeutisk samfunn. Forskers forforståelse bar derfor preg av et stort engasjement for rusfeltet og denne spesifikke behandlingsformen. Samtidig hadde forsker en idrettsfaglig bakgrunn med en tro på trening og fysisk aktivitet som et alternativ til tradisjonell medikamentell behandling av eksempelvis angst og depresjon. Gjennom nærhet til forskningsfeltet hadde forsker en etablert forforståelse av at høyintensitet kunne være spesielt nyttig tilskudd til terapeutisk samfunn som behandlingstilnærming. Forståelsen bar preg av at treningen ikke bare var nyttig for den enkeltes fysiske helse, men også den psykiske helsen. Denne nytten treningen hadde for den enkeltes psykiske helse kunne tenkes å bidra til at pasientene forble i behandling, og med dette bidrog til den enkeltes recoveryprosess.

### 3.5 Metodiske overveielser

En svakhet med problemstilling kan være at ordene høyintensitetstrening og terapeutisk samfunn kan forstås ulikt i ulike fagfelt. En *høyintensitetstrenings* økt vil normalt ikke bestå kun av høy intensitet, og det vil derfor være en sammensetning av ulike intensitetsnivåer på økten. *Terapeutisk samfunn* kan forveksles med terapeutisk samfunn innenfor psykisk helsevern. Problemstillingen rettet seg inn mot en spesiell behandlingsform, noe som gjorde den kort og presis (Denzin & Lincoln 1994). Problemstilling var også spesielt egnet fordi den søkte et felt som det ikke eksisterte mye kunnskap på fra tidligere. Men på den andre siden kan problemstillingen oppfattes som noe smal, noe som videre kunne gi begrensninger for hvem som kunne ha nytte av kunnskapen.

En utfordring med valget av intervju som datainnsamlingverktøy var at det gjennom prosessen kunne oppstått etiske og metodiske utfordringer som fare for stigmatisering, nærhet og engstelse, og solidaritetsproblemer, spesielt ved dybdeintervjuer med en etablert nærhet til informantene (Dalen 2004). Dette var utfordringer som kan ha vært relevant i denne studien da forsker hadde en etablert nærhet til noen av deltakerne. I datainnsamling og analysearbeid var forsker spesielt oppmerksom på Svartdals (2004) «slagsider» ved informasjonsbehandling som man kan falle i. I denne studien var spesielt *bekreftende evidens* og *intern konsistens* viktig ved at forsker kunne ha vektlagt informasjon som

stemte overens med forventningene, og tillagt for lite vekt til mønster som avviket fra mønsteret forsker allerede hadde festet seg med. Som Denzin & Lincoln (1994) skriver så blir intervjuet påvirket av karakteristikene av forskeren, som klasse, etnisitet og kjønn. I denne studien kan forskers kjønn som kvinne ha påvirket intervjuene, da spesielt siden alle deltakerne var menn.

En svakhet med utvalget var at det var et lavt antall pasienter totalt i terapeutiske samfunn, og det kun var fem terapeutiske samfunn i Norge. Det gjorde det utfordrende å anonymisere utvalget og institusjonen. På den andre siden kan dette samtidig ses som en styrke da denne studien var fra én av disse fem. En annen mulig svakhet med utvalget var at det var utfordrende å rekruttere deltakere, og da spesielt kvinnelige deltakere. Samtidig trengte ikke antallet deltakere være for stort, da målet med den kvalitative forskningen var å få frem deltakernes erfaringer og opplevelser, og ikke måle variabler blant flest mulig deltakere som i kvantitativ forskning. En mulig svakhet med utvalget var at de deltakerne som meldte seg for å delta, i større grad var positive til treningen enn de som ikke ville delta. Dette ble forsøkt unngått i rekrutteringsprosessen da det ble understreket at det var spesielt ønskelig å få frem både positive og negative erfaringer.

Intervju fremsto tidlig som et egnet datainnsamlingsverktøy, men valget sto mellom individuelle intervju eller fokusgruppeintervju. Individuelle intervju ble valgt da det var et egnet verktøy for å få tak i informantens subjektive erfaringer, og det ville gi utfyllende kvalitative data som ga svar på problemstilling (Svartdal 2004). Fokusgrupper kunne også gitt utfyllende data, og de felles oppfatningene fra deltakerne. Med fokusgrupper ville studien fått tak i diskursen ved institusjonen, og ikke de subjektive opplevelsene som den søkte. Det ble også tatt med i vurdering at det i dette utvalget kunne vært vanskelig å få deltakerne til å dele negative sider, da det var en gjeldende kultur ved behandlingsinstitusjonen om å ikke snakke negativt om behandlingen de mottok. Ved å bruke individuelle intervju kunne det være lettere for deltakeren å dele de negative sidene, med tanke på at de i større grad kunne anonymiseres og ikke kunne ansvarliggjøres av andre deltakere for hva de sa i et intervju.

I analysen ble Nvivo 11 brukt som software, noe som viste seg å være nyttig da det ga en

god hjelp til å få sortert og få oversikt over datamaterialet. En utfordring med dette valget var at programvaren ikke har en funksjon der det var mulig å gjøre selve tekstkondenseringen, og at programmet hadde utfordringer når det etterhvert ble mye datamateriale og koder å håndtere på en gang. Når det gjelder valg av analysemetode ble Graneheim & Lundman (2003) sin fremgangsmåte for kvalitativ innholdsanalyse valgt. Denne ble valgt da den opererer på et fenomenologisk nivå, selv om forfatterne selv påpeker at det alltid er en viss grad av tolkning når man behandler en tekst (Graneheim & Lundman 2004). Gjennom analyseprosessen ble en sjekkliste for å øke påliteligheten av kvalitativ innholdsanalyse brukt (Elo et. Al 2014). Flere runder ble tatt på hvordan kategoriene skulle se ut, og for å forhindre at flere kategorier overlappet hverandre. Det ble vurdert til at datamaterialet hadde oppnådd metning når det var betydelige gjentakelser i kategorier, noe som sikret pålitelighet ved for forståelse og fullstendighet ved studien (Morse, Barrett, Mayan, Olson & Spiers 2002). Elo et. Al (2014) skriver i sin artikkel at det anbefales å ha flere involvert i analyseprosessen for å sikre pålitelighet på arbeidet. I denne studien ble en forsker hovedansvarlig for analyse, men en andre forsker fulgte opp og validerte analyseprosessen.

### **3.6 Etiske overveielser**

Forskningen kunne bidra med å gi deltakerne en mulighet til å reflektere over sine erfaringer med høyintensitetstrening, og øke deres bevissthet for hvorfor de deltok eller eventuelt ikke deltok. For å ivareta hensyn til privatliv, velferd og verdighet ble det benyttet skriftlig samtykke (vedlegg 5) og informantene ble informert om at de når som helst kunne trekke seg fra undersøkelsen uten at det ville få noen konsekvenser for dem (Svartdal 2004). For å sikre etisk forsvarlighet i rekrutteringsprosessen var det en ansatt ved behandlingsinstitusjonen som spurte deltakerne om de ønsket å delta, og samtykke måtte være signert før forsker tok kontakt med deltakeren. Fare for fysisk, psykisk eller sosial risiko ble minimert ved å holde seg til temaguide i intervju situasjonen. Det ble avtalt på forhånd med institusjon at dersom det skulle oppstå noe uventet som representerte en potensiell risiko for deltakeren, ville han få oppfølging fra behandlingsinstitusjonen i etterkant. Med bakgrunn i at det ble forsket på pasienter ble det søkt godkjenning fra Regional Etisk Komite (REK) før oppstart. I vedtak fra REK 09.09.16 (vedlegg 1) sto det; *«Etter søknaden fremstår prosjektet som kvalitetssikring, og faller derfor utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. §2. Det kreves ingen godkjenning fra REK for å*

*kunne gjennomføre prosjektet.»* Det ble derfor søkt godkjenning fra personvernombud ved aktuelt helseforetak, og dette ble gitt 28.09.16 (vedlegg 2). Alle data ble anonymisert, oppbevart bak kodenøkkel og vil bli slettet ved prosjektets slutt.

### **3.7 Gyldighet og troverdighet**

Med bakgrunn i forskers nærhet til institusjonen det forskes på lå det til grunn en forståelse av at høyintensitetstrening ikke bare ga en bedret fysisk helse, men også innvirket på den enkeltes psykiske helse. Forståelsen var at treningen bidrar til at pasientene forblir i behandling, og klarer å holde seg rusfrie. Dette kan ha påvirket forsker i retning av at det «letes etter bekræftelse», noe forsker har vært spesielt oppmerksom på i intervju, analyse og tolkning. Forskerens nærhet kan bli kritisert som manglende troverdighet, ved at en slik forforståelse lett kan stenge for viktig informasjon og innsikt, og med dette dreie forskningsresultatene i bestemte retninger (Jenssen 2011). For å sikre studiens troverdighet har forsker hatt avstand til forskningsfeltet under analyseprosess, og en andre forsker har bidratt med å lese gjennom råmateriale. To forskere har sammen sett på kategorier og tema som ble formulert under analyse og kommet til enighet om disse. En fordel med forskers nærhet i denne studien er at forsker hadde kunnskap om terapeutisk samfunn som behandlingstilnærming og den gjeldende kulturen ved forskningsfeltet. Andre verktøy som ble brukt for å styrke gyldigheten på arbeidet med tanke på nærhet var å få kommentarer og spørsmål fra fagfeller underveis, samt at det ble benyttet teoretiske modeller og perspektiver som kunne gi en som er *innenfra* den nødvendige distanse. Eksempelvis ble Graneheim og Lundman (2004) sin fenomenologiske fremgangsmåte for innholdsanalyse brukt og forsker fjernet seg fra forskningsfeltet under analysearbeidet. Refleksivitet var også viktig, der forskeren tok konstant i betraktning hennes handlinger og rolle i forskningsprosessen, og tok disse under den samme vurderingen som resten av dataen (Hennink, Hutter & Bailey 2011).

### **4.0 Funn**

Hovedfunn fra studien viste at deltakerne erfarte at høyintensitetstreningen (1) ga energi, (2) mestring av følelser og tanker, (3) opplevelse av mestring og bedret selvbilde, og (4) at

den styrket fellesskapet. En mer detaljert innføring i hovedfunn finnes i under artikkel i del II av denne oppgaven. Noen funn og nyanseringer som ikke kom med i artikkel blir derfor presentert under.

## 4.1 Fysisk utbytte

Samtlige av deltakerne trakk frem ulike ubehag med treningen, som at trening er tungt og gjorde dem sliten og trøtt. På tross av at de fleste opplevde at treningen ga energi i en fysisk krevende behandling, opplevde noen av deltakerne behandlingen som for lite fysisk krevende, og fremhevet da at treningen ga utløp for deres overskudd av energi. Noen av deltakerne fortalte at de opplevde å være mer fysisk frisk som følge av treningen. Flere trakk frem at treningen ga fysisk progresjon og minsket fysisk ubehag som kroppslig uro og smerter. Noen trakk allikevel frem en manglende progresjon i treningen når det gjaldt utseende, og påpekte hvordan dette påvirket deres motivasjon for trening. Noen av deltakerne knyttet denne mangelen på progresjon til et økt kroppsfokus, der de ble mer opptatt av hvordan de så ut. Noen fortalte hvordan det økte kroppsfokuset ga et ønske om å ty til «letter midler» som anabole steroider, for å oppnå de de ønsket.

Kategori	Fysisk utbytte		
Sub- kategori	utfordringer i behandling (10)	fordeler med trening (11)	utfordringer med trening (11)
<b>Kode</b>	Fysisk krevende (8) For lite fysisk krevende (2) Legger på seg (1)	Progresjon (10) Motstandsdyktig (3) Utseende (4) Gir energi (7) Gangsperr (6) Vekt (5) Kroppsholdning (4) Fysisk frisk (3) Mer aktiv (2) Kroppslig ro (2) Smerter (2) Søvn (2) Sliten (1)	Utfordrende oppstart fase I (9) Trening er tungt (6) Sliten og trøtt (4) Progresjon stagnerer (3) Smerter eller skader (3) Ikke tilrettelagt for inntak av mat (1) Kvalme (1) Lite tilpasset vekt (1)

Tabell 5 over viser de fysiske utfordringene deltakerne møter i behandling og gjennom treningen, og hvilke fysiske fordeler høyintensitetstreningen gir. Tallet i parentes viser antall deltakere som representeres av kategorien eller koden.

## 4.2 Motivasjon

For noen av deltakerne representerte *gangsperr* for lite progresjon i treningen, og dette opplevdes demotiverende. For andre var *gangsperr* en motiverende faktor som representerte en god treningsøkt som de hadde fått utbytte av. Deltakerne sa treningen var spesielt fysisk utfordrende i oppstartfasen, og at det kunne være utfordrende å motivere seg for treningen. Flere av deltakerne husker tilbake til de første gangene de deltok, og at det var vanskeligere da enn senere. Deltakerne trakk frem at mestringen de opplevde med treningen var motiverende, og noen sa det motiverte for et rusfritt liv.

Samtidig trakk noen frem at en dårlig innstilling til, og innsats under treningen kunne gi konsekvenser i behandlingen ved at man meldte seg ut av det fellesskapet gjorde. Slike konsekvenser kunne påvirke motivasjonen for treningen og behandlingen. En annen utfordring med å trene i fellesskap var at man minnet hverandre på at det var tungt, og dette kunne ha en demotiverende effekt.

Kategori	Motivasjonelle faktorer			
Sub-kategori	Utfordringer med motivasjon i behandling	Motiv for å trene	Treningen gir motivasjon til	Motivasjonelle utfordringer med treningen
<b>Kode</b>	Selvbestemmelse (5)  Trening nødvendig for motivasjon til recovery (2)  Påvirker motivasjon for trening (1)	Mestring (9)  Det sosiale (5)  Psykiske utbytte (3)  Musikk (1)	Recovery (7)  Endret helseatferd (2)	Oppstartfasen av treningsøkten (7)  De første gangene og <i>gangsperr</i> (5)  Mangel på mestring (4)  Press fra likemenn (4)  Ser lite resultater/ progresjon stagnerer (3)  Det er nytt (2)  Treningsinstruktørs atferd (2)  Smerter/skader (1)  Påvirker ikke motivasjon for recovery (1)  Minner hverandre på at det er tungt (1)  Måler seg opp mot andre (2)  Gir konsekvenser for behandlingen (2)

Tabell 6 over viser de ulike kodene knyttet til motivasjon. Tallet i parentes viser antall deltakere som representeres av denne koden.

## 5.0 Tolkning og diskusjon

Funn fra studien viser at høyintensitetstrening både gir energi og kan gi utløp for energi. Opplevelsene av høyintensitetstreningens fysiske utbytte ble vurdert som progresjon, og progresjonen påvirket de enkeltes selvbilde. Ulike motivasjonelle faktorer som gangsperr, en tung oppstartfase, konsekvenser av deltagelse på treningen og læringsutbytte ble trukket frem. Videre vil funn knyttet til fysisk utbytte og motivasjon bli tolket i lys av teori og diskutert med tanke på teoretisk og praktisk implikasjon.

### 5.1 Energi, velbehag og kroppsfokus

Deltakerne forteller om hvordan de blir sliten og trøtt, men overraskende nok får energi av treningen. Dette er allikevel ikke nyvinnende kunnskap, men velkjent fra tidligere forskning (Roessler 2010). Allikevel er det noe som deltakerne har erfart og som de ikke forventet når de brukte sitt ytterste av energi i en treningsøkt. For andre ga denne treningen dem mulighet til å ta ut overskuddsenergi som de opplever i form av uro og smerter i kroppen. Kanskje gir høyintensitetstreningen dem en mulighet for utløp av energi som gjør det lettere å stå i behandlingen? Dette er noe deltakerne bekrefter ved at de sier de aldri hadde kunnet stått i en slik behandling uten å ha hatt mulighet til å trene. De Leon (2003) skriver at pasienter kan dra fra behandling som følge av kjedsomhet, og at den daglige strukturen i det terapeutiske samfunn er ment å redusere kjedsomhet og understimulering. På tross av dette er det noen deltakere som allikevel ikke opplever den daglige strukturen med gruppeterapi som nok, og at de trenger høyintensitetstrening som bruker mer av deres energi.

Noen deltakere opplever å bli mer fysisk frisk og sjeldnere syk etter de begynte å trene med høy intensitet. Men er det slik at det er en følge av høyintensitetstreningen, eller rett og slett bare å slutte å ruse seg? Tidligere forskning bekrefter at høyintensitet gir bedret fysisk helse (Karlsen et. Al 2017). Samtidig kan det også forventes at med regelmessige



måltider, tilstrekkelig søvn og generelt fysisk aktivitet at man får samme opplevelse. Funn fra studien taler for at høyintensitet kan gi en følelse av velbehag og eufori som kan gi den enkelte en opplevelse av å være frisk og fri fra smerter. Dette står i kontrast til Roessler (2010) sin studie der deltakerne opplevde flere fysiske problemer som smerte etter treningsintervensjonen enn før.

Progresjon i treningen viser seg å spille en viktig rolle både når det gjelder mestring og motivasjon. Flertallet opplever fremgang i treningen, men for dem som ikke gjør det erfarer de et økt kroppsfokus. En deltaker sier at dette økte kroppsfokuset, og mangel på progresjon kan gi et ønske om å ta i bruk anabole steroider, noe som kan være spesielt ødeleggende for hans recoveryprosess. I vår studie kan det se ut som at de deltakerne som opplever mangel på progresjon har trent en del tidligere, og da i den hensikt å oppnå ønsket utseende. I en studie av bruk av anabole steroider blant ruspasienter i Norge kommer det frem at så mange som 1/3 pasienter har erfaring med bruk av anabole steroider (Øiern 2017, 26.04). I samme studie vises det til at det vanligste motivet for å bruke anabole steroider var for å bygge kropp og oppnå ønsket utseende. Kan det tenkes at høyintensitetens noe slankende effekt kan ha negativ innvirkning på recoveryprosessen til noen av deltakerne? Høygintensitetstrening vil muligens ikke oppleves like motiverende for de som ønsker et utbytte i utseende, som for dem som er mer opptatt av å *komme i form*.

## **5.2 Gangsperr, progresjon og motivasjon**

Gangsperr var et ord som ble hyppig trukket frem av deltakerne, og med ulik betydning. Howatson & Milak (2009) skriver at bare én økt med høyintensitetstrening kan gi økt signifikant muskelskade og muskel ømhet i dagene etterpå. Gangsperr representerer potensielt progresjon i trening, da musklene etter tilstrekkelig restitusjon bygger seg opp sterkere og mer utholden enn det de var i utgangspunktet. For noen av deltakerne er det allikevel demotiverende, da fordi de har trent over flere måneder og fremdeles får en slik gangsperr. Kanskje skyldes dette at deltakerne gjentatte ganger presser seg selv lengre, og tar ut det maksimale i hver treningsøkt? Dette kan være vanskelig for deltakerne og se selv, og det kan derfor tenkes å være viktig med noe målbart, som fysiske tester eller en treningsdagbok for å kunne måle og se egen progresjon.

En signifikant utfordring med treningen var at den kan være vanskelig å motivere seg for, og spesielt i starten av behandlingsforløpet. Man kan kanskje si at det er antiterapeutisk å introdusere dette til pasienter som nylig er kommet inn i behandling, og som har vansker med motivasjon for både det å trene og det å bli rusfri? På den andre siden trekker deltakerne i vår studie frem at denne treningen gjennom mestringen den gir, faktisk kan gi motivasjon til et rusfritt liv. Dette er i tråd med Bandura (2004) sin teori om *self-efficacy* der mestringsforventning kan overføres til andre områder i livet. Med dette kan man argumentere for at det kanskje er nettopp de som strever med motivasjonen som trenger denne treningen. Trening i en tidlig recoveryfase støttes av Read et. Al (2001) som skriver at treningsbaserte intervensjoner kan være godt egnet grunnet dens effekt i reduksjon av stress og anspenthet. Treningen kan også gi positive fremtidsutsikter og en økt selvfølelse (Read et. Al 2001).

Deltakerne sier at deres innsats under treningen kan få konsekvenser for behandlingen, både konkret med at de får *represalier* for å ikke ha deltatt under treningen, eller mer indirekte ved at de *melder seg ut* fra fellesskapet. Konsekvensen av dette er at det terapeutiske virkemiddelet som fellesskapet er, blir redusert. Kanskje er det at man får konsekvenser for å ikke delta på treningen med på å gi en opplevelse av at treningen er påtvungen, og med det minsker motivasjonen for å trene? Men på den andre siden likestilles treningen i behandlingen med en terapigruppe, eller arbeidsoppgaver, noe som også kan oppleves som påtvunget. Spørsmålet er om lite motivasjon for trening, og den obligatoriske karakteren det er på treningen, kan medføre redusert motivasjon for å være i behandling og det å bli rusfri. Det har jeg ikke funnet tilstrekkelig svar på i denne studien, men en av deltakerne trakk frem at hans dårlige motivasjon for trening, ikke påvirket hans motivasjon for behandling.

Denne studien viser betydningen av likemenn for motivasjonen under trening, både i form av en treningsinstruktør og andre likestilte deltakere. Deltakerne trekker frem at det ikke ville vært det samme å trene alene, og at det å trene sammen med andre får dem til å strekke seg lengre. Noen av deltakerne i studien forteller at treningsinstruktørens evne til å engasjere seg, stille krav til dem, og stemmebruk er noe av det som motiverer dem mest. Andre deltakere påpeker at det er nettopp dette de opplever som umotiverende med treningsinstruktøren. Spørsmålet er om det vil være mulig å kunne fasilitere en slik type treningsøkt i fellesskap, og klare å motivere alle når det som oppfattes som motiverende er

så ulikt? Som tidligere studier også peker på, vil et individuelt tilpasset program være et alternativ, dersom det organiseres i fellesskap.

### **5.3 Veien til recovery**

Et annet spørsmål som reiser seg når det gjelder motivasjon for å trene er hvorvidt deltakerne kommer til å opprettholde denne treningen etter behandlingen, på tross av de positive opplevelsene de har med den. Weinstock, Wadeson & VanHeest (2012) skriver at vanlige årsaker til dropout fra trening og *barrierer* for å delta er (1) lav sosial støtte for trening, (2) lav mestringsforventning, (3) tidspress, (4) lav motivasjon, og (5) urealistiske eller før høye krav til intensitetsnivå på treningen. Roessler (2010) skriver at hovedproblemet med å bruke høyintensitetstrening som behandling for rusmisbruk er å opprettholde endring i atferd og likemenns påvirkning for å sikre langtidsendring hos den enkelte. Med dette ser vi at deltakerne i studien kan møte ulike barrierer for å opprettholde treningen etter behandling. Eksempelvis har den sosiale støtten for trening vært høy i behandling, men vil være betydelig lavere etter behandling for mange. Dette feltet kunne vært interessant for videre forskning, og undersøkt hvorvidt høyintensitetstrening er noe som deltakerne fortsetter med, og har nytte av i sin recoveryprosess etter behandling, eller om det er noe som fort opphører etter behandling. Et annet felt for videre forskning kunne vært å undersøkt utbredelse av bruk av anabole steroider i rusbehandling og høyintensitetstreningens påvirkning på det personlige kroppsfokuset.

### **5.4 Kritisk tilbakeblikk**

Når det gjelder valg av metode kunne studien blitt bedre ved å kombinere kvalitative intervju med bruk av treningsdagbøker eller eventuelt med å måle den faktiske progresjonen til deltakerne. Den kunne også blitt bedre ved å faktisk kontrollere hvorvidt den treningen de utøvde var av høy intensitet, og om det var forskjell i mestringsutbytte etter hvor mye de hadde trent med høy intensitet. Når det gjelder utvalg for studien kan det sies at det er en svakhet at studien kun er på menn, da kvinners erfaringer ikke blir belyst her. Hvorfor kvinner ikke ville deltatt i studien kunne vært en interessant studie i seg selv. På den andre siden er deltakerne identifisert og beskrevet nøyaktig, noe som sikrer *intern*

*validiteten* i studien (Elo et.al 2014). Når det gjelder *kontekstuelle forutsetninger* er påliteligheten ivaretatt i mindre grad i denne studien da forskningsfeltet mulig preges av lite stabilitet av data over tid da pasientgruppen ved institusjonen stadig endres, og pasienters recoveryprosesser er svært individuelle (Lincoln & Guba 1985). Det er derfor viktig å presisere at dette er *en* studie på 11 menn i *et* terapeutisk samfunn, og at tolkning må ses i lys av dette. Man kan også si at funnene fra studien vanskelig kan ha en overføringsverdi til annen rusbehandling som ikke har fellesskapet som en behandlingstilnærming, og at dette reduserer potensialet for *generaliserbarhet* (Lincoln & Guba 1985). Med tanke på funn som dreier seg om kroppsfokus og anabole steroider ser forsker nå at det kunne vært interessant, og at det ville belyst funn fra en annen side om forsker hadde en oversikt over hvorvidt disse deltakerne hadde erfaring med bruk av anabole steroider fra tidligere. Når det gjelder etiske overveielser har disse blitt nøye ivaretatt, men det kunne vært nyttig å ha med seg en andre forsker under intervjusituasjon for å minske påvirkning av forskers nærhet til forskningsfeltet. Selv om studien ivaretok krav til *objektivitet* i analyseprosessen ved at to gikk gjennom datamaterialet og kom til enighet om analysen, ville en andre forsker i intervjusituasjonen kunne sikret en større grad av *objektivitet* over studien (Lincoln & Guba 1985). I ettertid ble det tydelig for forsker at jeg burde satt meg grundigere inn i analyseprosessen, da dette medførte at det ble en spesielt tidkrevende prosess. På den andre siden har det vært nyttig da datamaterialet i sin helhet har blitt analysert flere ganger på noe ulikt vis, og de same funn har vist seg hver gang. Krav til *ekthet* har blitt forsøkt ivaretatt med å vise ærlig og troverdig et utvalg av sitater og forskernes tolkninger av disse. (Lincoln & Guba 1985).

## 7.0 Konklusjon

Denne studien hadde til hensikt å undersøke verdien av høyintensitetstrening som en del av et behandlingstilbud i et terapeutisk samfunn for rusavhengige. Det har blitt redegjort for metode, datainnsamling og analyse. Ulike overveielser knyttet til forforståelse, metode og etikk har blitt presentert, samt valg for å ivareta studiens gyldighet og troverdighet. Studien viser at høyintensitetstrening synes å bidra i egen recoveryprosess ved å gi energi og mestring av følelser og tanker, noe som kan gjøre det lettere å stå i behandlingen. Den intensive treningen synes å gi den enkelte mestringserfaring og den styrker fellesskapet i et terapeutisk samfunn. Treningen synes samtidig å potensielt ha negativ innvirkning dersom

deltakeren har et høyt kroppsfokus og ikke opplever tilstrekkelig mestring og progresjon. Det er viktig å understreke at dette er *en* studie av menn i *et* terapeutisk samfunn, og at det er dette studien kan si noe om. Studien viser at høyintensitetstrening kan være et nyttig tilskudd i behandling for menns recoveryprosess i et terapeutisk samfunn. Studien viser videre viktigheten av å tilpasse treningen individuelt for at deltakerne opplever mestring og motivasjon, samtidig som den utøves i fellesskap.

## Referanser

- Abrantes, A.M., Battle, C.L., Strong, D.R., Ing, E., Dubreuil, M.E., Gordon, A. & Brown, R.A. (2011) Exercise preferences of patients in substance abuse treatment I: *Mental health and physical activity* 4 (2011) pp. 79-87
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action : a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means I: *Health education & behavior, vol: 31(2) pp.143-164*
- Best, D., DeAlwis, S.J. & Burdett, D. (2017) The recovery movement and its implications for policy, commissioning and practice I: *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* Vol. 34(2) 107-111
- Borge, L., Rossberg, J.I., & Sverdrup, S. (2013) Cognitive milieu therapy and physical activity: experiences of mastery and learning among patients with dual diagnosis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* Vol 20 (10), pp.932-942.
- Brown, R.A., Abrantes, A.M., Read, J.P., Marcus, B.H., Jakicic, J., Strong, D.R., Oakley, J.R., Ramsey, S.E., Kahler, C.W., Stuart, G.L., Dubreuil, M.E., Gordon, A.A. (2010) A pilot study of aerobic exercise as an adjunctive treatment for drug dependence I: *Mental health and physical activity* 3 (2010) pp. 27-34, Elsevier Ltd.
- Dalen, M. (2004); *Intervju som forskningsmetode – en kvalitativ tilnærming*, Oslo: Universitetsforlaget
- De Leon, G., & Kravik, A. M.(red) (2003). *Det terapeutiske samfunn : teori, modell og metoder*. Oslo: Universitetsforlaget
- De Leon, G. (1989); Psychopathology and substance abuse: What we are learning from research in therapeutic communities I: *Journal of Psychoactive Drugs*, Vol: 21(2) pp. 177-188
- Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (red)( 1994); *Handbook of qualitative Research*, SAGE Publications
- Donaghy, M.E (2007) Exercise can seriously improve your mental health: Fact or fiction? I: *Advances in Physiotherapy*, Vol 9(2), pp.76-88
- Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., Pölkki, T., Utriainen, K. & Kyngäs, H. (2014);

Qualitative Content Analysis I: *SAGE open Vol. 4:1*

- Eplöv, L.F. (2010); *Psykiatrisk & psykosocial rehabilitering: En recovery- orienteret tilgang*. Copenhagen, Denmark: Munksgaard
- Flemmen, G., Unhjem, R., & Wang E. (2014) High-Intensity Interval Training in Patients with Substance Use Disorder I: *BioMed Research International*, Vol 2014
- Geng, L., Jiang, T., & Han, D. (2011). Relationships among self-esteem, self efficacy, and faith in people in chinese heroin abusers I: *Social Behavior and Personality*, 39(6), pp. 797-806.
- Graneheim, U.H. og Lundman, B. (2003) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, prosedures and measures to achieve trustworthiness I: *Nurse Education Today*, Vol: 24 pp.105 til 112.
- Helsedirektoratet (2015). *SAMDATA* Spesialisthelsetjenesten 2014
- Hennink, M., Hutter, I., Bailey, A.(2011); *Qualitative research methods*, SAGE publications
- Henriksson, J., & Sundberg, C.J (2009); Generelle effekter av fysisk aktivitet I: *Helsedirektoratet, Aktivitetshåndboken – Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. URL: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/aktivitetshandboken-fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-behandling>
- Howatson G. & Milak A. (2009); Exercise-induced muscle damage following a bout of sport specific repeated sprints I: *Journal of Strenght and Conditioning Research* Vol: 23(8) pp. 2419-2424
- Imsen, G. (2014). *Elevers verden : innføring i pedagogisk psykologi* (5. utg. ed.). Oslo: Universitetsforlaget
- Jainchill, N., De Leon, G. & Pinkham, L. (1986); Psychiatric Diagnoses Among Substance Abusers in Therapeutic Community Treatment I: *Journal of Psychoactive drugs*, Vol 18:3 pp. 209 - 213
- Jenssen, A.G. (2011); Nærhet og distanse i praksisforskning I: *Samarbeidsforskning i praksis*, Oslo: Universitetsforlaget
- Karlsen, T., Aamot, I.L., Haykowsky, M., & Rognmo, Ø. (2017) High Intensity Interval

Training for Maximizing Health Outcomes I: *Progress in Cardiovascular Diseases*, Elsevier; URL: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcad.2017.03.006>

- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. & Slade, M. (2011) Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis I: *The british journal of psychiatry* Vol 199(6) pp. 445-452
- Lincoln, S.Y. & Guba, E.G. (1985); *Naturalistic inquiry*, Thousand Oaks, CA: Sage
- Lynch, W.J., Peterson, A.B., Sanchez, V., Abel, J., Smith, M.A. (2013) Exercise as a novel treatment for drug addiction: A neurobiological and stage-dependent hypothesis I: *Neuroscience and biobehavioral reviews*, Elsevier Ltd
- Malkin, M.J., Voss, M.C., Teaff, J.D., Benschoff, J.J.(1993); *Activity and recreational therapy services in substance abuse treatment programs*. Annual in therapeutic recreation No IV, 1993/94
- Mamen, A.(2011) *Aspects of using physical training on patients with substance dependence and additional mental distress*, Universitetet i Bergen
- Mamen, A., Pallesen, S., Martinsen. E.W. (2011) Changes in mental distress following individualized physical training in patients suffering from chemical dependence I: *European Journal of Sport Science* 2011:11(4) pp.269-276
- Morse, J. M., Barrett, M., Mayan, M., Olson, K., & Spiers, J. (2002); Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods*, 1(2), pp. 1-19.
- Mæland, J. G. (2005). *Forebyggende helsearbeid : i teori og praksis* (2. utg. ed.). Oslo: Universitetsforlaget
- Read, J.P., Brown, R.A., Marcus, B.H., Kahler, C.W., Ramsey, S.E., Dubreuil, M.E., Jakicic, J.M. & Francione, C. (2001); *Exercise attitudes and behaviors among persons in treatment for alcohol use disorders*, *Journal of substance abuse treatment* 21(2001) 199- 206
- Regjeringen (2015) *Pressemelding 47/2015*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/24-milliarder-til-rusfeltet-de-neste-fem-arene/id2461281/>



- Recke, L. (2017); Is it possible to recover from recovery? I: *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* Vol. 34:2
- Roessler, K.K. (2010); *Exercise treatment for drug abuse – A danish pilot study*, Scandinavian journal of public health 2010; 38: pp. 664-669
- Svartdal, F. (2004) *Psykologiens forskningsmetoder – en introduksjon*, Bergen: Fagbokforlaget
- Vanderplasschen, W., Colpaert, K., Autrique, M., Rapp, R.C., Pearce, S., Broekaert, E. & Vandavelde, S. (2013) Therapeutic communities for addiction: A review of their effectiveness from a recovery- orientes perspective I: *The scientific world journal* Vol: 2013
- Weinstock, J., Wadeson, H.K., VanHeest, J.L.(2012); Exercise as an adjunct treatment for opiate agonist treatment: review of the current research and implementation strategies I: *Substance Abuse*, Vol. 33 pp. 350-360
- Williams, D.J. & Streat, W.B. (2004); Physical Activity as a Helpful Adjunct to Substance Abuse Treatment I: *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, Vol 4(3) p.83-99
- Øiern, T. (2017, 26.04); *Utbredt bruk av anabole steroider blant ruspasienter* Hentet fra URL: <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/tsb/prosjekter/forskningsprosjekter/steroidforskning/utbredt-bruk-av-anabole-steroider-blant-ruspasienter>

## **DEL II**

**Høyintensitetstrening i en rusbehandling  
- en kvalitativ studie av pasienters erfaringer**

Lillian Høysæter Svendsen

**Universitetet i Stavanger**

Adresse: Kjell Arholmsgate 41, 4036 Stavanger

**Mottaker av korrespondansen:**

**Tittel:** Nordic Studies on Alcohol and Drugs

**Navn:** Mathilde Hellman, editor-in-chief

**Gateadresse:** Nordens välfärdscenter c/o THL, PB 30

FI-00271 Helsinki

**E-post:** [mathilda.hellman@nordicwelfare.org](mailto:mathilda.hellman@nordicwelfare.org)

**Telefon/ faks:** +358207410881

## Sammendrag

**Mål:** Terapeutisk samfunn har vist seg å være en effektiv behandlingsmetode for rusavhengighet, og trening er ved flere steder en del av denne behandlingsmetoden. Forskning viser at høyintensitetstrening kan gi et større psykisk utbytte av trening sammenlignet med trening av lavere intensitet. Det er lite kunnskap om høyintensitetstrening i kombinasjon med rusbehandling. Målet med denne studien er å vinne kunnskap om pasienters erfaringer med høyintensitetstrening for egen recoveryprosess i et terapeutisk samfunn.

**Metode:** Studien består av et kvalitativt design med 11 semi-strukturerte intervju. Utvalget besto av mannlige pasienter i et terapeutisk samfunn, som alle hadde erfaring med høyintensitetstrening som en del av sitt behandlingstilbud. Datamaterialet ble analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse.

**Resultater:** Pasienter i et terapeutisk samfunn erfarte at høyintensitetstrening innvirket på deres recoveryprosess ved at;

- høyintensitetstreningen synes å gi energi i en fysisk krevende behandling, på tross av at treningen er tung og krevende.
- høyintensitetstreningen synes å bidra til mestring av utfordrende tanker og følelser i en psykisk utfordrende og konfronterende behandling
- høyintensitetstreningen gjennom sin utfordrende karakter, synes å gi mestringserfaring, noe som igjen synes å gi økt selvbilde og mestringsforventning
- høyintensitetstreningen synes å styrke fellesskapet, og fellesskapet motiverer for trening

**Konklusjon:** Høyintensitetstreningen synes å bidra i egen recoveryprosess ved å gi energi og mestring av følelser og tanker. Den intensive treningen gir den enkelte mestringserfaring og den styrker fellesskapet i et terapeutisk samfunn.

**Nøkkelord:** *Rusavhengighet, terapeutisk samfunn, pasienterfaringer, høyintensitetstrening, recovery, kvalitativ studie*

## Abstract

**Aims:** Therapeutic communities has shown to be an effective treatment for addiction, and physical exercise are at several institutions a part of the treatment program. Research shows that high intensity training can give greater psychological benefits compared to low or moderate intensity training. There is little knowledge of high intensity training in combination with treatment for addiction. The aim of this study is to win knowledge of patient experiences with high intensity training with their recovery process in a therapeutic community.

**Methods:** The study exists of a qualitative design with semi structured interviews. A total number of 11 interviews were conducted with male patients in a therapeutic community, whom all had experience with high intensity training as part of their treatment program. The data were analyzed using qualitative content analysis.

**Results:** Patients in a therapeutic community experienced that high intensity training influenced their recovery by;

- the training seems to give energy in a physical demanding treatment program, despite the training being exhausting and demanding itself.
- the training seems to contribute to coping with difficult thoughts and emotions in a psychological challenging and confrontational treatment program
- training through its challenging character, seems to give coping experiences, which further seems to give increased self-esteem and self-efficacy
- training seems to strengthen the community and the community motivates for training

**Conclusions:** High intensity training seems to contribute in recovery by giving energy and coping of emotions and thoughts. The intensive training gives each individual coping experiences and it is strengthening for the fellowship in a therapeutic community.

**Key words:** *drug addiction, therapeutic community, patient experiences, high intensity training, vigorous physical activity, recovery, qualitative study.*

## Innledning

I 2014 var det i følge Helsedirektoratet (2015) 1906 døgnplasser i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i Norge og i gjennomsnitt kostet en slik plass 6635,- i døgn. På årsbasis finner vi da at rusbehandling i TSB koster 4.6 milliarder kroner i Norge. Å finne en kosteffektiv og resultatorientert behandling er viktig for å øke kapasiteten og kvaliteten av tilbudet til rusavhengige i Norge (Regjeringen 2015). Terapeutisk samfunn har vist å ha gode resultat for rusavhengige som gjennomfører behandlingsopplegget (De Leon 2003, Vanderplasschen et.al 2013). Vanderplasschen et.al (2013) definerer terapeutisk samfunn for avhengighet som; *«drug-free environments in which people with addictive problems live together in an organized and structured way to promote change toward recovery and reinsertion in society»*. Vi vil i denne studien se på fysisk trening som et behandlingselement i terapeutisk samfunn, og belyse pasienters erfaringer med denne treningen.

Williams & Streat (2004) konkluderer i sin studie med at fysisk aktivitet produserer en rekke helsefordeler, og når treningen er tilpasset til pasienters motivasjon, kan den være et viktig tilskudd til rusbehandling. Tidligere studier viser at trening beskytter mot depresjon, samt at den er en effektiv intervensjon og et tilskudd i behandling av mild til moderat depresjon (Donaghy 2007). Fysisk aktivitet blir opplevd som noe konkret og noe som gir praktisk kunnskap. Fysisk aktivitet motiverer pasienter til å etablere nye vaner og gir mulighet for utviklingen av mestring sammen med andre pasienter (Borge, Røssberg & Sverdrup 2013). Mamen, Pallesen og Martinsen (2011) skriver at det i deres studie kan konkluderes med at mestring av trening og en følelse av å være i bedre form kan ha positive effekter på flere aspekter av psykisk helse hos pasienter som er rusavhengige. Read et. Al (2001) fant i sin studie at reduksjon av spenning og stress var blant de sterkeste opplevde effektene av fysisk aktivitet. Andre opplevde fordeler som mer positive fremtidsutsikter og økt selvtillit ble også funnet. De vanligste barrierene for å trene var økonomi, mangel på motivasjon og tidsbegrensninger (Read et.al 2001). Lav tilstedeværelse på og hyppig dropout fra treningen kan forhindre mange fra å høste de mange fysiske og psykiske helsefordelene av trening (Weinstock, Wadeson og VanHeest 2012). Roessler (2010) viste i sin pilotstudie at fysisk trening kan gi en viktig støtte i behandling av rusavhengighet og at hovedproblemet er å opprettholde endring i atferd, og å

oppretholde påvirkning av likemenn for å sikre endring over lang tid. Mamen (2011) slo i sin studie fast at rusavhengige er i stand til å gjennomføre en stor treningsmengde over lengre tid. Samme studie viste at resultatet av denne treningen var reduksjon i alle mål for psykisk ubehag, men ingen signifikant endring i selve rusavhengigheten. Brown et al. (2010) fant at deltakerne i deres studie viste signifikant økning i rusfrihet etter behandling blant de deltakerne som deltok på minimum 70% av treningsøktene, i motsetning til dem som ikke deltok.

En gjennomgang av tidligere studier viste at det eksisterer en mengde kunnskap om fysisk aktivitet/trening og rusavhengighet. Flere fysiske og psykiske fordeler ble trukket frem. Det viste seg samtidig at det var lite kunnskap om høyintensitetstrening i kombinasjon med rusbehandling. Flertallet av disse studiene var kvantitative studier som i hovedsak målte pasienters fysiologiske fordeler med treningen (Flemmen, Unhjem & Wang 2014, Mamen, Pallesen & Martinsen 2011). Mamen, Pallesen & Martinsen (2011) fant en negativ korrelasjon mellom fysiologisk utbytte av treningen, og symptomtrykk i forhold til psykisk helse. Studien viste videre at de som responderte best fysiologisk på treningen, hadde hatt en betydelig større mengde med høyintensitetstrening enn de som ikke responderte like godt. Med dette kan det være grunn å spørre seg om høyintensitetstrening gir et økt fysiologisk utbytte av trening, som igjen gir et lavere psykisk symptomtrykk hos deltakere, sammenlignet med deltagere som har lav/moderat intensitet på trening.

Med bakgrunn i tema, tidligere forskning, og hva det manglet kunnskap om, ble hovedproblemstillingen for studien hvilke erfaringer pasienter i et terapeutisk samfunn hadde med høyintensitetstrening for egen recoveryprosess. Da vi gjennom rekrutteringsprosessen av deltakere til studien ikke klarte å rekruttere kvinner ble derfor problemstilling endret til; *Hvilke erfaringer har mannlige pasienter i et terapeutisk samfunn med høyintensitetstrening for egen recoveryprosess?* For å forsøke å svare på dette ble følgende forskningsspørsmål brukt;

- *Hva innebærer høyintensitetstreningen for deltakeren og hvordan blir den organisert som en del av deres behandling?*
- *Hvilke erfaringer, positive og negative, har deltakeren med treningen?*
- *Hvordan vurderer deltakeren treningens betydning for egen recoveryprosess?*

## Teoretisk ramme

Høyintensitetstrening kan forstås ulikt mellom ulike forskningsgrupper. I denne artikkelen legges Karlsen, Aamot, Haykowsky & Rognmo (2017) sin definisjon av høyintensitetsintervall trening (HIIT) til grunn, og HIIT blir videre i artikkelen omtalt som høyintensitetstrening. Denne definisjonen innebærer at det er høyintensitetstrening når intervallene er av en aerob karakter (trening under melkesyreterskelen) og måler intensiteten mellom 85% og 95% av maks hjertefrekvens. Prinsippet med HIIT er basert på aerobe treningsøkter med høyintensitet, som er delt opp i perioder med lavere intensitet som tillater en å «hente seg inn igjen». Vanligvis er HIIT utøvd ved dynamiske øvelser som tar i bruk store muskelgrupper, ved intensitet nær til maks hjertefrekvens i fire minutter, og lavere intensitet (60 – 70% av maks hjertefrekvens) i 2-3 minutter (Karlsen et.al 2017).

Recoveryperspektivet er relevant for terapeutisk samfunn som behandlingsmodell der endring i atferd og identitet forstås som signifikant for å oppnå et varig rusfritt liv (De Leon 2003) Begrepet *recovery* kan forstås på ulike måter. En måte å forstå recovery på er at det ikke bare er å slutte å ruse seg for å bli frisk fra en avhengighet, men at en aktivt må håndtere det potensielt problematiske ved rusmidler, som endring i holdninger, verdier, følelser, mål og ferdigheter (Anthony 1993). Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams & Slade (2011) fant i sin systematiske review av kunnskap på *personlig recovery* frem til fem recoveryprosesser; (1) tilknytning, (2) håp og optimisme for fremtiden, (3) identitet, (4) mening med livet og (5) empowerment. Mestring av HIIT og mestring av rusavhengighet er sentrale tema i denne artikkelen. Lazarus & Folkman (1984) definerer mestring som konstant endrede kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å håndtere bestemte eksterne og eller interne krav som er vurdert som krevende eller overgår ressursene til personen.

Albert Bandura har utviklet en sosial kognitiv teori som vektlegger både ytre atferd, personens indre kognitive og følelsesmessige egenskaper, og de sosiale faktorene rundt individet. Disse står i samspill med hverandre og alle må belyses for å forstå hva som driver en person til en atferd (Bandura 1968). Bandura legger stor vekt på individets egne forventninger til mestring når han ser på motivasjonen. Dette kaller han *self-efficacy*, som videre vil bli oversatt med *mestringsforventning*. I følge Bandura (2004) er mestringsforventningen relevant for hvor mye energi individet investerer i aktiviteten,



hvilke aktiviteter individet begir seg ut på, og videre hva et individ mestrer.

Mestringsforventningen er basert på fem tidligere informasjonkilder; tidligere erfaringer, vikarierende erfaringer gjennom rollemodeller, verbal overbevisning, emosjonelle forhold og personens tolkning av egne prestasjoner. Et individ kan oppleve økt mestringsforventning ved å se andre mestre noe (Imsen 2014).

## Metode

For å kaste lys over menneskers erfaringer fant vi kvalitativ metode med beskrivende og utforskende design, som relevant. Et totalt antall av 11 semi-strukturerte intervju ble brukt som verktøy, og en temaguide der fokuset var deltakers erfaringer med høyintensitetstreningen. Ved bruk av semi-strukturerte intervju som verktøy kunne vi få data som besvarte forskningsspørsmål. Dette var et egnet verktøy for å få frem deltageres subjektive erfaringer (Svartdal 2004).

## Utvalg og datainnsamling

Utvalget besto av pasienter ved et terapeutisk samfunn i et regionalt helseforetak der høyintensitetstrening to ganger i uken var en integrert del av behandlingstilbudet.

Felles for alle deltakerne er at de var diagnostisert med rusmiddelavhengighet. Tyve pasienter ble invitert til å delta i studien. Åtte deltagere meldte seg og signerte samtykkeskjema etter å ha fått informasjon om studien, syv deltagere fikk en konkret forespørsel av personal ved behandlingsinstitusjonen i ettertid, hvorav fem ville delta. 2 av de rekrutterte deltagerne ble ikke inkludert i studien på grunn av avbrudd i behandling. Det ble forsøkt rekruttert det lave antall kvinner som var i behandling på daværende tidspunkt, men disse ønsket ikke delta. Derfor er dette en studie som kun belyser menns erfaringer og vi har ikke grunnlag for å vurdere hvorvidt det også gjelder kvinner. Alle deltakerne hadde deltatt aktivt på minimum 2 treningsøkter. Det totale antallet deltagere var 11 menn, med jevn spredning i alder, vekt, lengde på behandlingsforløp, foretrukket rusmiddel, legemiddelassistert rusbehandling (LAR) og «§12 soning» .

I utvalget var det én deltaker i gruppen mellom 20-25 år, fire mellom 26-30 år, 3 mellom 31-35 år, en mellom 36-40 år og to mellom 41-45 år. Fem av deltakerne hadde opiater som

hovedrusmiddel, tre hadde cannabis og tre hadde amfetamin. Lengde på behandlingsforløp varierte fra 1 til 10 mnd. Tre av deltakerne sonet straff i institusjon etter §12 i Straffegjennomføringsloven, og fire av deltakerne mottok LAR. Fem av deltakerne opplevde å ha utfordringer knyttet til sin vekt, henholdsvis tre for høy vekt og to for lav vekt.

Tidsrammen for hvert intervju var på 60 min og gjennomsnittlig varte intervjuene i 42 min. Det ble gjennomført inntil 2 intervju per dag som ble audiotapet og transkribert ordrett omgående. Intervjuene ble gjennomført i egnet lokale ved behandlingsinstitusjonen i perioden oktober 2016 – desember 2016.

## **Analyse**

Som analyseverktøy ble det benyttet kvalitativ innholdsanalyse samt konsepter, prosedyrer og mål for å oppnå troverdighet (Graneheim & Lundman 2003). Gjennom kvalitativ innholdsanalyse ble den transkriberte teksten sortert i meningsbærende enheter som videre ble kondensert. Disse meningsbærende enhetene ble så abstrahert og gitt en kode. Kodene ble sammenlignet basert på likheter og forskjeller og gruppert inn i flere subkategorier og kategorier av to forskere (se tabell 1,2,3, og 4 under). Til slutt ble det søkt gjennom en prosess av refleksjon og diskusjon mellom forskerne å finne den underliggende mening av kategoriene og formulere tema (Graneheim & Lundman 2003). NVIVO 11 ble benyttet som software i analysearbeidet.

- Her settes inn Tabell 2: Høyintensitetstrening gir energi

Tabellen viser hvilke fysiske utfordringer deltakerne erfarer i behandlingen, hvilke utfordringer de møter med høyintensitetstreningen og hvilke fysiske fordeler denne treningen gir. Tallet i parentes viser antall deltakere som har sagt noe om denne koden.

- Her settes inn Tabell 3: Mestring av følelser og tanker

Tabellen viser ulike utfordringer deltakerne møter i behandlingen, ulike utfordringer de møter med treningen og videre hvilket utbytte de får av høyintensitetstreningen når det

gjelder mestring av tanker og følelser.

- Her settes inn Tabell 4: Mestring og selvbylde

Tabellen viser hvordan høyintensitetstrening påvirker deltakernes større tro på seg selv gjennom mestring av fysiske, psykiske og motivasjonelle utfordringer.

- Her settes inn Tabell 5: Fellesskapet

Tabellen viser hvilke utfordringer deltakerne møter med tanke på fellesskapet, og viser videre hvilket utbytte fellesskapet gir deltakerne i behandlingen og under treningen.

## **Etiske overveielser**

Deltagelse i forskningsprosjektet med kvalitative intervju ga deltakerne en mulighet til å reflektere over sine erfaringer med høyintensitets trening, og økte potensielt deres bevissthet for hvorfor de deltar mer eller mindre aktivt. Kravet om konfidensialitet og anonymitet ble ivaretatt, og forsker fikk først kontakt med deltakerne etter at samtykke var undertegnet. Med bakgrunn i at det skulle forskes på pasienter ble det søkt godkjenning fra Regional Etisk Komite (REK) før oppstart. Vedtak fra REK tilsa at prosjektet ikke var fremleggpliktig da det ble vurdert som et kvalitetssikringsprosjekt. Prosjektet ble godkjent av personvernombudet ved det aktuelle helseforetak. Alle data ble anonymisert, sikkert oppbevart og blir slettet ved prosjektets slutt.

## **Forforståelse**

Med bakgrunn i hovedforskers nærhet til forskningsfeltet ligger det til grunn en forståelse av at høyintensitetstrening ikke bare gir en bedret fysisk helse, men også innvirker på den enkeltes psykiske helse. Forståelsen er at høyintensitetstreningen bidrar til at pasientene forblir i behandling, og klarer å holde seg rusfrie. Dette kan ha medvirket til at forsker leter etter bekræftelse, noe forsker har vært spesielt oppmerksom på i intervju, analyse og tolkning.

## **Gyldighet og pålitelighet**

Hovedforskernes nærhet til fagfeltet, kan gi grunnlag for kritikk grunnet mulig manglende troverdighet. Dette fordi en slik forforståelse lett kan stenge for viktig informasjon og innsikt, og med dette dreie forskningsresultatene i bestemte retninger (Jenssen 2011). Jenssen (2011) skriver at en forsker skal komme nært nok til å få tak i informantenes perspektiv, og skal være distansert nok til å kunne få et analytisk blikk. En fordel med nærhet til det feltet som skal utforskes er at forsker i stor grad kjenner språk og kultur, meningsfellesskapet, og kunnskapen som deles i denne gruppen, og dermed kan få svar på forskningsspørsmålene (Paulgaard 1997). Jenssen (2011) skriver at nærhet til forskningsfeltet kan bidra til relevant kunnskap og sikring av intern validitet, og dermed forskningens kvalitet. Verktøy som har blitt benyttet i vår studie for å styrke gyldigheten på arbeidet med tanke på nærhet er at hovedforsker har hatt distanse til forskningsfeltet under analyseprosess og har fått kommentarer og spørsmål fra fagfeller underveis. Den andre forskeren har ikke samme nærhet til forskningsfeltet og har gått gjennom rådata for å utfordre første forfatters analyse. For å sikre refleksivitet har hovedforsker konstant tatt i betraktning sine handlinger og sin rolle i forskningsprosessen, og tatt disse under samme vurderingen som resten av datamateriale (Hennink, Hutter & Bailey 2011).

## **Resultater**

Det viste seg at for utvalget i denne studien ga høyintensitetstrening energi, mestring av følelser og tanker, opplevelse av mestring og bedret selvbilde, og den styrket fellesskapet. Nedenfor presenteres først deltakernes erfaringer av hvordan treningen organiseres og oppleves, før hovedfunnene blir presentert.

### **Erfaringer med organiseringen av høgintensitetstrening**

Når deltagerne blir bedt om å forklare hva som kjennetegner treningstilbudet beskrives treningen som tøff og hard, preget av lite kroppsfokus og at treningen er terapi i seg selv. Treningen organiseres i form av spinning, sirkeltrening eller løping. Når det gjelder

utforming trekkes betydningen av treningsinstruktøren hyppig frem. Noen deltakere trekker frem treningsinstruktøren som en faktor for hvorfor treningen kan oppleves lite motiverende. Flere av de andre deltagerne trekker frem treningsinstruktøren som en viktig motiverende faktor under treningen, og for det utbyttet de får av den.

*«Og når.. på spinningen kanskje hører hun si ja nå legger vi opp til en spurt ikke sant, og så tenker du hehe jaja, den spurten skal jo bli bra [ironi], for at jeg er jo dødssliten allerede, og så teller hun ned, og så klarer hun å jaja, få i gang denne her spurten, og så når du kommer halvveis inn i spurten så tenker du at jaja, men resten av den spurten er jeg ikke med på, så klarer du liksom.. [...] så er hun der hele veien.»*

Deltakerne beskriver at treningen består av varierte øvelser, intervaller, og musikk. Intervallene veksler mellom noen minutter med høy intensitet, og noen korte perioder med lavere intensitet. Det trekkes også frem at intensiteten på treningen er avhengig av egen innsats. Deltakerne opplever treningen som tung, de blir slitne, og får høy puls. Flere forteller at de svetter mye, får gangsperr, har tungt for å puste, får lite pauser og at treningen preges av et høyt tempo.

Når det gjelder deltakernes opplevelse av autonomi og innflytelse på treningstilbudet etterlyser flertallet mer valgfrihet, noen ønsker mer trening og noen ønsker mer individuelt tilrettelagt trening. Deltakerne har ulikt fokus på verdien av at treningen er obligatorisk, noen hevder dette er en styrke mens andre etterlyser større grad av frivillighet.

## **Erfaring med å få energi**

Deltagerne trekker frem økt energi, mindre fysisk ubehag og progresjon i selve treningen som et viktig utbytte av høyintensitetstreningen. Mange sier at behandlingen kan være fysisk krevende og at de kan ha lite energi i utgangspunktet.

*«Det gir meg mye energi, så for eksempel det å bare ha alle de gruppene og samlingene som vi har her. Det bruker mye energi. Blir veldig tung og treg av det, og så med trening så løser du litt opp i det. [...] og så når du kommer da fra trening så er du full i energi og kan gjøre noe, så derfor er det egentlig ganske viktig.»*

En viktig faktor som blir trukket frem med trening av høy intensitet er det at den er fysisk krevende og at dette er avgjørende for å få et godt utbytte av treningen.

*«Jeg vil bare si at det er først og fremst det at du klarer å gjøre det, og at det.. at du gidder å gjøre det rett og slett. Det er det som egentlig er best med det[...]Ja, det er en utfordring med det, akkurat det er det..»*

Flere trekker frem denne energiens betydning for det å klare å forbli i behandling.

*«Da klarer du, da klarer kroppen og gjøre det neste som trengs å gjøres. For da har du fått gitt den en slags bensin liksom. Det, det er bra for kroppen, det er bra for helsen, og når helsen er bra, da klarer du å gjøre ting, da klarer du å holde ut..»*

## **Erfaring av å mestre følelser og tanker**

Mange deltagere fremhever psykiske og kognitive utfordringer i rusbehandlingen. De erfarer at treningen kan gi positive følelser og at den ventilerer de negative følelsene. Over halvparten forteller at de får en bedre psyke av å trene. Treningen hjelper også å få sortert tanker og å få riktig fokus.

*«Og så har jeg liksom fått alle idiotene på laget mitt, som jeg liksom skal styre en haug med hjernedøde [terminologi endret av forfatter] folk og så blir det veldig sånn uhh.. veldig irritert og sånn. Og så når jeg går på spinningen for eksempel og bare gir på og trør på som faen, så føler jeg liksom at da forsvinner følelsene i det der inne, da kommer.. altså jeg får det ut der.. og så kommer jeg tilbake og så blir jeg mer løsningsorientert. At jeg liksom kommer tilbake og ser mye lettere på ting.»*

*«Ofte våkner jeg om morgenen sant, og så har jeg drømt om, drømt om natten, drømt om ungene mine som jeg savner veldig. [...] Og så går dagen og så sitter det igjen i meg liksom.. ja, utover dagen, og det er en sånn klump i magen da, og i brystet.. sånn angstlignende følelse. Og så trener jeg...og.. da... det er veldig sånn at da går fokuset helt bort, og over på treningen. Og så kommer jeg meg på en måte over det. Og så er det mye mer greit å kjenne på det. Det er liksom... den dårlige samvittigheten går over.»*

Flere trekker frem at høyintensitetstreningen gjør dem sterkere og bedre rustet for motgang.

*«Ja, så akkurat den treningen er, han er ganske viktig for den er veldig her og nå. Den hjelper deg å stå i det en dag til på en måte. Ja, og den gir deg jo lysten på, når du kjenner du blir sterkere, og i bedre form og du tåler motgang helt altså, ting, det blir nesten ikke motgang igjen. Det blir en helt grei ting, du blir en del av hvordan ting er. [...] ja, så takler jeg følelsene og alt det, ja, og så bygger ikke ting seg så opp.»*

Flere av deltakerne ble spurt om hvorfor det akkurat måtte være en slik høy intensitet på treningen. Flere trakk frem at det først var ved slik høy intensitet at de fikk den gode, og euforiske følelsen. Treningen med den høye intensiteten ga dem progresjon i fysisk form og utfordring, og med utfordringer så mestret de mer. Det kan se ut som at uten trening av høy intensitet ville ikke deltakerne fått den samme fysiske progresjonen eller opplevd samme grad av mestring.

## **Erfaringer av mestringens betydning for selvbilde**

Flertallet av deltagerne opplevde mestring og bedret selvbilde gjennom treningen. En trekker frem at han opplever lite mestring i behandlingen, men at han får mestring gjennom treningen. Flere av deltagerne sier de gjør seg nye mestringserfaringer med treningen.

*«Altså, jeg føler jo at jeg lærer å trosse motstand, og at jeg liksom går i mot, altså jeg vet jo at et menneske er kapabel til helt enorme ting, eh.. og det føler jeg liksom at jeg får se med denne treningen med [treningstilbyder], da at liksom når du kjenner at du er så sliten at du holder på å spy og du liksom... og jeg kunne lagt meg ned for ti minutter siden, så går det an, allikevel an og trø på mer. Du har, får alltid mer å gi liksom.»*

Gjennom nye mestringserfaringer sier flere deltagere at de får en større tro på seg selv, ikke bare i forhold til trening, men også på andre områder, som det å bli rusfri.

*«og så har jeg mer tro på meg selv og altså dette her fikser jeg, uansett hva det gjelder egentlig [...] Jeg hadde jo super motstand for trening før, men når jeg kan fikse det så enkelt som dette her, så hvorfor ikke fikse andre ting og?»*

En av deltagerne opplever ikke den samme mestringsen av treningen som de andre, og mener dette kan ha sammenheng med manglende individuell tilrettelegging for hans fysiske behov.

*«For det blir plutselig tungt. Du skal hoppe gjerne mye sant.. det blir.. det blir ganske tungt å drasse med en tung kropp liksom sant, [...] Så er min tanke da sant, en som er tynn, klarer disse øvelsene sant uansett om han svetter. [...] altså jeg må tenke på at jeg enda har liksom, ja gjerne [oppgir vekten sin] å drasse opp og ned på liksom når jeg skal ta armhevinger og sånn som det. Så det setter jo litt stopper for meg»*

Noen av deltakerne trekker frem negative sider med trening som at den kan øke deres kroppfokus og gi en negativ effekt på selvbilde. Noen sier at treningen kan være avhengighetsskapende for dem og at de derfor må være bevisst på treningsmengde.

## **Erfaring av fellesskap**

Fellesskapet som tema viste seg som signifikant, selv om det i utgangspunktet ikke var i



fokus. Flere trakk frem utfordringer som oppstår når de er i behandling der det er en hierarkisk fellesskaps tilnærming. Treningsarenaen ser ut til å bli et sted uten den hierarkiske strukturen som resten av behandlingsopplegget har.

*«Nei, på grunn av at hele fellesskapet gjør det samme, og at vi går oppi hverandre hele tiden, og at vi kan bli lei av hverandre med eh.. det er mye der liksom. Så, det at vi alle går og gjør noe sammen, der alle... Sant, det er forskjellige posisjoner, og du kan gjerne bli lei av at enkelte folk gir ordre om å gjør det ene og det andre. Og så er det gjerne ikke godt nok og.. det kan være mye forskjellig, alt etter som egentlig, men eh.. da liksom blir det på lik linje, alle sammen.. [...] Nei, der er vi like alle sammen.»*

Treningen viser seg å være aktivt fellesskapbyggende ved at den enkelte får ventiler ut frustrasjoner, at det er en felles aktivitet, og ved at den skaper nye relasjoner og tillit.

*«Ofte så merker jeg at det blir, at vi blir mer sammensveiset. Det blir eh.. ja folk som kanskje ikke omgås mest til vanlig, de går kanskje sammen som par på trening og trener sammen. [...] jeg tenker at det skaper tillit, trygghet og at det er så tydelig mestring.»*

Mange av deltagerne trekker frem fellesskapet som en sterk motiverende faktor under treningen, der de «pusher» hverandre. En av deltakerne beskriver hvordan hans innsats kan bli påvirket av å se de andres innsats under treningen;

*«Men så kan det være når jeg ser andre som går, det kan og spille en rolle. Når jeg ser flere går, da får jeg også..ahh..da jeg tror jeg går jeg og [...] «Men dersom alle andre springer da?(intervjuer) » Da stopper jeg ikke. Da stopper jeg ikke, for jeg vil ikke være den som gir opp.»*

## **Tolkning**

Deltakernes erfaringer av at høyintensitetstrening gir energi, bidrar til mestring, gir økt selvbilde og styrker fellesskapet vil under dette punktet bli tolket i lys av tidligere

forskning og teoretisk rammeverk.

## **Fra høyintensitetstrening til mestring**

Fysiske, psykiske og nevrobiologiske fordeler med trening for rusavhengige er godt dokumentert (Williams & Streat 2004). Spørsmålet videre blir hvilken intensitet skal det være på denne treningen? Deltakerne i vår studie trakk frem at den høye intensiteten på treningen bidrog til fysisk progresjon, en følelse av eufori, og ga mestring fordi den var krevende. Dette bekrefter Austin (1991) som skriver at moderat til høy intensitet kan redusere stress og kultivere positive psykologiske effekter for mange mennesker. Flere studier fraråder allikevel høyintensitetstrening og gir tre grunner til hvorfor moderat trening anbefales i stedet for høyintensitetstrening som et ledd i behandling av rusavhengige (Williams & Streat 2004, Lynch, Peterson, Sanchez, Abel & Smith 2003, Weinstock, Wadeson & VanHeest 2012). Den første grunnen til dette er at det kan være større motivasjonelle utfordringer med trening av høy intensitet (Williams & Streat 2004). De motivasjonelle utfordringene som Williams & Streat (2004) beskriver ble gjenkjent i studien, ved at deltakerne beskrev det som tungt å komme i gang og motivere seg for treningen. Men samtidig beskrev deltakerne at det var nettopp derfor de kjente på en slik mestringsfølelse i etterkant, fordi de klarte å gjennomføre noe på tross av motstanden. Den andre grunnen kommer av at høyintensitet kan etterligne virkningen av rusmidler og dermed øke sårbarheten, spesielt i en tidlig avholdsfasen (Lynch et. Al 2003). En av deltakerne i studien problematiserte at treningen kunne bli en avhengighet i seg selv, men det ble ikke funnet noen videre støtte for at treningen utløste «rus-sug» i denne studien. En annen av deltakerne problematiserte at treningen kunne utløse et kroppsfokus som igjen kunne lede til et usunt forhold til trening. En annen deltaker problematiserte at treningen påvirket hans selvbilde i negativ retning da han ikke opplevde tilstrekkelig fysisk progresjon, og at han dermed kunne få tanker om å bruke anabole steroider. Som en tredje grunn skriver Weinstock, Wadeson & VanHeest (2012) at trening av høy intensitet ikke er anbefalt for rusavhengige populasjoner grunnet den mer intensive predeltagelse screening og overvåking/tilsyn av treningen selv. Derfor er moderat trening foretrukket da faren for skader og andre bivirkninger er mindre. Overvåking og tilsyn som trengs er også signifikant mindre og mer kosteffektivt. Det ble ikke foretatt en fysisk screening av deltakerne i vår studie før oppstart av treningen, men en deltaker trakk frem at treningsinstruktøren med sin helsefaglige kompetanse kunne identifisere hans

pusteproblemer gjennom bruk av pulsutstyr og han ble deretter gitt et tilrettelagt treningsopplegg.

Roessler (2010) skriver at fysisk aktivitet med en høy aerob intensitet har vist seg å kunne bli suksessfullt benyttet som del av rusbehandling. Den fysiske formen og energinivået til mennesker med rusavhengighetsproblematikk blir forbedret under treningsprosessen, noe som gir en endret subjektiv forståelse av kontroll av deres kropp. I Mamen, Pallesen & Martinsens (2011) studie fant forskerne at blant de som hadde fått et betydelig fysisk utbytte av treningen og signifikant reduksjon i psykisk ubehag, var det gjennomført en større mengde trening av høy intensitet. Vår studie bekreftet alle disse funnene som fysisk progresjon, energinivå og minsket psykisk ubehag. En annen spennende detalj ved Mamen, Pallesen & Martinsens (2011) studie er at det ved baseline var en signifikant lavere KMI (kroppsmasse indeks) hos de som hadde et betydelig utbytte av treningen enn de som ikke responderte like godt på treningen, og at det å ha relativt lav KMI kan være en fordel i utholdenhetstrening, spesielt dersom øvelser med egen kroppsvikt blir brukt. Dermed hadde respondentene i Mamen, Pallesen & Martinsens (2011) studie et større fortrinn når det gjaldt denne typen trening, og dette kan ha gitt en økt følelse av mestring. Dette var noe vi også fant holdepunkter for i denne studien, der erfaring av høy kroppsvikt ble koblet til mindre opplevelse av motivasjon og mestring av treningen hos en av deltakerne.

## **Fra mestring til recovery**

Funn fra studien viser at høyintensitetstrening gir mestring og mestringsfølelse. For å oppnå mestring må man overvinne noe som er krevende eller som overgår ressursene til personen og kanskje også forventningene til personen (Lazarus & Folkman 1984). Men hvilken betydning har mestring for det å håndtere rusproblemer? Williams & Streat (2004) sin studie antyder at fysisk aktivitet kan fungere som et viktig mestringsverktøy for noen, men kan ha reverserende effekt for andre ved at de enklere dropper ut av behandlingen. Dette ble ikke besvarte bekreftende i vår studie, ettersom den deltakeren som ikke opplevde treningen som noe han mestret, så at dette ikke påvirket hans motivasjon til å forbli i behandling. Mamen, Pallesen & Martinsen (2011) skriver at årsaken til den positive utviklingen i psykisk ubehag i deres studie kan ha vært en smitteeffekt fra å mestre treningen. Gjennomføringen og utbyttet av fysisk aktivitet, kan bare tillegges ens egen

innsats. Derfor kan forståelsen av viktigheten av innsats som resulterer i forbedringer, bli kanalisert til andre arenaer i livet, slik som rusavhengighet, og kan lede til en økt tro på ens egen kapasitet til å kontrollere sin situasjon (Mamen, Pallesen & Martinsen 2011). Studien vår viser at for deltakerne var mestringserfaring, økt selvbilde og mestringsforventning var tett knyttet til høyintensitetstrening for deltakerne.

- Her settes inn figur 1: Utfordring gir mestrings

Trening øker mestringsforventning (McAuley, Courneya & Lettunich (1991)I: Brown et. Al 2010). Bandura (2004) skriver at gjennom mestringsforventning vil individer yte mer og ha større gjennomslagskraft og dermed oppleve mer mestrings. Funn fra studien vår viser at den enkelte får økt sin mestringsforventning gjennom å gjøre seg nye mestringserfaringer selv. De får også vikarierende erfaringer gjennom treningsinstruktørene som likemenn eller økt mestringsforventning gjennom å se andre deltakere mestre noe. Funn fra studien vår viser videre at mestringsforventningen kan økes ved verbal overbevisning og gjennom hvordan de ulike i fellesskapet «pusher» og motiverer hverandre. Mestringsforventningen kan også økes gjennom emosjonelle forhold som den «godfølelsen» treningen gir eller utløpet for negative emosjoner. Men mest tydelig blir den enkeltes tolkning av egne prestasjoner, da denne treningen oppleves som vanskelig å motivere seg til. Den er tung, krevende og avhengig av egen innsats. Gjennom mestringsforventningen av disse utfordringene opplever deltakerne egne prestasjoner som sterke, noe som øker mestringsforventningen.

Geng, Jiang & Han (2011) finner i sin studie at mestringsforventning og selvtillit henger sammen. Williams & Streat (2004) trekker frem lav selvfølelse, eksternt tap av kontroll, uadekvate mestringsstrategier og negativ affekt som determinanter for rusmisbruk og avhengighetsprosessen. Muhammad (2001) fant i sin studie at rusavhengige har et dårligere selvbilde enn ikke rusavhengige, og at en person som ikke har et godt selvbilde, unngår hindre og gir lettere opp. De Leon (2003) skriver at selvtillit og selvspekt er dypt forankret i problemene til den rusavhengige. Fysisk aktivitet derimot er assosiert med redusert stress og anspenhet, økt selvtillit, selvfølelse, tro på fremtiden (Williams & Streat 2004, Read et. al 2001). Deltakerne i studien bekrefter at de har lavt selvbilde og lav

selvtillit. Ved å få bedre selvbilde og selvfølelse kan den enkelte rusavhengige styrke sine ressurser for helse, og treningen kan med dette ses på som helsefremmende (Mæland 2005). Funn fra vår studie viser at treningen kan være terapi i seg selv, og gi en arena for deltakerne til å mestre tanker og følelser. Med dette kan treningen også ses på som sykdomsforebyggende.

Flere av deltakerne trekker frem treningens funksjon som en ventil for emosjoner, og treningsarenaen som et sted der de ikke kjenner på vonde følelser eller tanker. Noen av deltakerne trekker frem at de nettopp får bearbeidet negative følelser og tanker og blir mer løsningsorientert. Det kan kanskje stilles spørsmål ved om treningen tar bort eller reduserer mulighetene til å gå inn i følelser for å kunne bearbeide dem. Eller kan treningen nettopp være en arena der deltakerne får bearbeidet de negative følelsene og tankene som bidrar til å forhindre brudd i behandlingen?

## **Dropout og tilbakefall**

Vanderplasschen et.al (2013) konkluderer i sin review om terapeutisk samfunns effektivitet med at dersom deltagere blir lenge nok i behandling, og deltar i påfølgende ettervern så kan terapeutisk samfunn spille en viktig rolle på veien til recovery. Pasienter i terapeutiske samfunn viser dårligere resultater enn kontrollgruppen når det gjelder å fullføre behandling, og forskning viser betydelig «dropout» i de fleste terapeutiske samfunn, og da spesielt i de tidlige fasene av behandlingen (Vanderplasschen et.al 2013). Med dropout menes brudd i behandlingen der den enkelte av ulike årsaker velger å avbryte sitt behandlingsopplegg. Dropout bør forebygges da lengden av oppholdet i behandlingen er den viktigste og mest konsistente faktoren for positive behandlingsresultater (de Leon 2003). I vår studie erfarte deltakerne at høyintensitetstrening kunne bidra til å gi den energien som trengs for å forbli i behandling i et terapeutisk samfunn. Deltakerne beskrev et behandlingsopplegg som kan være spesielt fysisk krevende med mye husarbeid, lite fritid og konfronterende grupper. Flere av deltakerne i studien sier at den energien de får av treningen, hjelper dem å «stå i» behandlingen. Det andre funnet fra studien vår viser at høyintensitetstrening bidrar til å mestre følelser og tanker som kan være utfordrende for disse 11 i behandling. En studie gjennomført av Chen, Elisha, Timor & Ronel (2016) om årsaker til dropout viste blant annet at rigide holdninger blant stab, og en mangel på

tilfredsstillelse av emosjonelle behov, var årsaker til frafall hos unge i terapeutisk samfunn. Dette kan gjenkjennes i vår studie der utfordringer knyttet til konfrontasjon, relasjoner, grensesetting og behov som ikke blir dekket, trekkes frem som vanskelig i rusbehandlingen. Samtidig viser det andre funnet fra denne studien at høyintensitetstreningen bidrar til å mestre disse tankene og følelsene som oppleves som vanskelige.

Ut fra dette kan det kanskje tenkes at høyintensitetstreningen, gjennom å gi energi til å fortsette behandlingen, og å hjelpe den enkelte til å mestre utfordrende tanker og følelser, kan være en viktig faktor for å motvirke dropout i behandling hos disse deltakerne. Dette er i tråd med tidligere forskning som viser at fysisk aktivitet kan være et lovende tilskudd til rusbehandling, ved at den kan øke avhold, redusere rus-sug, forhindre tilbakefall og forbedre behandlingsutfall (Williams & Streat 2004, Lynch et. Al 2003). Trening er assosiert med godt humør gjennom å øke følelsen av energi og redusere anspenthet, trøtthet og forvirring. Den kan dermed hjelpe å resette stress aktivitet hos rusavhengige og senere redusere fare for tilbakefall (Weinstock, Wadson & VanHeest 2012). Brown et. Al (2010) skriver at trening har blitt foreslått som en effektiv metode for tilbakefallforebygging. Spesifikt grunnet fysiologiske og psykologiske fordeler som forbedret humør, regulert belønningssystem, redusert depressive symptomer, forbedret søvn og kognitiv fungering.

## **Fellesskapet for treningen og treningen for fellesskapet**

Funn fra studien vår viser at fellesskapet er viktig for den innsatsen deltakerne legger ned i treningen, og videre det utbyttet de får av den. Med kunnskap om Banduras informasjonskilder for mestringsforventning, ser vi hvordan det å trene i fellesskap kan påvirke mestringsforventningen til den enkelte (Bandura 2004). Spesielt relevant er *erfaringer gjennom likemenn*, der en deltaker kan se noen andre mestre en øvelse og gjennom denne observasjonen øke egen mestringsforventning. *Verbal overbevisning* er også relevant, da deltakerne forteller hvordan de motiverer og oppmuntrer hverandre og dette videre øker mestringsforventningen. Kanskje kan en deltaker se noen andre streve med samme øvelse og påvirke *tolkning av egne prestasjoner* i retning av også her å få økt mestringsforventning? Gjennom økt mestringsforventning kan treningen øke mulighetene for recovery ved å gi håp og optimisme for fremtiden i tråd med Leamy et.al. (2011), samt

gi motivasjon for endring.

En annen viktig side ved treningen er hvordan den beskrives som et sted der alle er like, og det ellers gjeldende hierarkiet ikke dominerer. Funn fra studien viser at dette gir mulighet for relasjonsbygging på tross av hvor en ellers står i hierarkiet i behandlingen. Dette er i tråd med recoveryprosesser som beskrevet av Leamy et.al (2011), der tilknytning og positive relasjoner til andre er viktig. Flere av deltakerne i studien trekker frem opplevelser av stigmatisering som rusavhengig og hvordan treningen bidrar til å redusere denne, gjennom å øke selvfølelse og selvbilde. Identitet er også en sentral recoveryprosess, og vi kan gjennom denne studien se at treningen bidrar til en med positiv opplevelse av identitet og det å overkomme stigma (Leamy et.al 2011). Vi kan også se at det å øke mestringsforventning tjener det terapeutiske samfunnets mål om å skape et nytt sosialt selvbilde (de Leon 2003).

Funn fra studien viser samtidig at treningen er viktig for fellesskapet. Fellesskapet er både konteksten og metoden for den enkeltes endringsprosess i det terapeutiske samfunnet (de Leon 2003). Gjennom at de ulike deltakerne blir tryggere på hverandre, skaper nye relasjoner og får løst opp i negative følelser og tanker for og om hverandre, kan fellesskapets terapeutiske funksjon styrkes. Relasjoner er en av grunnelementene i det terapeutiske samfunn da disse blir brukt for å fostre rehabilitering og personlig vekst på ulike måter (de Leon 2003). Slik kan vi da se at treningen for disse elleve kan bidra til at de får et styrket terapeutisk fellesskap, og som videre kan styrke deres recovery.

## **Diskusjon**

Her vil hensikt med studien og metodiske overveielser vil bli presentert. Til slutt vil det bli redegjort for mulige begrensninger med studien og implikasjoner for praksis.

### **Hensikt med studien**

Formålet med studien var å undersøke hvilken verdi pasienter i et terapeutisk samfunn tillegger høyintensitetstrening som en del av sitt behandlingstilbud. Gjennom å utforske deltakernes erfaringer, ønsket forsker å se treningsopplegget og behandlingsopplegget i

sammenheng med deres fysiske og psykiske helse. Forskningen var ment å bidra til økt kunnskap om høyintensitetstrening som et hjelpemiddel i rusbehandling og terapeutisk samfunn.

## **Metodiske overveielser**

Med utgangspunkt i problemstilling for studien som søkte pasienters erfaringer ble kvalitative semi- strukturerte intervjuer valgt. Dette medførte et stort og rikt datamateriale. Fokusgruppeintervju kunne kanskje gitt mer utfyllende data enn det som kom frem i denne studien, men da hadde man ønsket andre erfaringer enn det som var hensikten i denne studien.

Noen av intervjuene ble preget av førsteforfatters nærhet til forskningsfeltet. Dette kan ha påvirket deltagerne til å i mindre grad dele negative erfaringer. Førsteforfatter kan også ha blitt preget ved for lite oppfølgingsspørsmål, og deltagere ble gitt for liten anledning til å forklare begreper og deres forståelse av behandlingsopplegget. Gjennom førsteforfatters forforståelse av hvordan treningsopplegget og behandlingsopplegget var knyttet sammen, er det en fare for at hun har søkt etter det hun tenkte hun ville finne. Av denne grunn leste andreforfatter gjennom rådata for å se at funnene var gjenkjennbare.

## **Begrensninger**

Funnet i denne studien som omhandler fellesskapet er sterkt knyttet til terapeutisk samfunn som behandlingsmodell, med en hierarkisk fellesskaptilnærming. Resultatene som omhandler mestring og selvbilde vokser frem gjennom at treningsopplegget er spesielt krevende og tilrettelegger for mestring. Dette resultatet hadde man trolig ikke funnet like tydelig med et lavere intensitetsnivå på treningen. Funnet som omhandler mestring av følelser og tanker ville man trolig heller ikke funnet like sterkt i en mindre konfronterende og utfordrende behandlings tilnærming. Utvalget i studien er ikke representativt for pasienter i terapeutisk samfunn som populasjon, da det kun var mannlige deltakere. Studien har kun 11 deltakere og resultatene må derfor tolkes med varsomhet og ses i sammenheng med terapeutisk samfunn som behandlings tilnærming for rusavhengighet.



## Implikasjoner for praksis

Denne studien støtter funnene til tidligere forskning, som indikerer at fysisk aktivitet er fordelaktig for pasienter med rusavhengighet. Studien viser tydelig flere fordeler med å ta i bruk trening av høy intensitet, da spesielt i terapeutiske samfunn. Studien gir kunnskap om hvilken verdi pasienter tillegger høyintensitetstrening, og hvilken betydning mestring av treningen har for deres recoveryprosess i et terapeutisk samfunn. Det vil samtidig i vurdering av å ta i bruk et slikt treningstiltak, være viktig å ha kvalifisert personale med nødvendig kunnskap om høyintensitetstrening, kunnskap om den enkeltes helsetilstand, og tilrettelegge aktiviteter for dem som har ulike motivasjonelle eller fysiske utfordringer. Videre studier som undersøker hyppighet, intensitet og type trening som produserer fordelaktige utfall for psykisk helse er ønsket.

## Konklusjon

Studien viser at høyintensitetstrening synes å være et nyttig behandlingselement i et terapeutisk samfunn. Funn fra studien viser at treningsinstruktøren er av stor betydning for utbyttet av treningen. Deltakerne i studien trekker frem erfaringer av å få energi, mestre følelser og tanker, mestring og økt selvbilde og erfaring av fellesskap. Studien viser betydningen av at treningen har høy intensitet gjennom at deltakerne mestrer utfordringer og øker selvbilde. Samtidig viser studien at det er viktig å ta hensyn til motivasjonelle og fysiske utfordringer hos den enkelte for å oppleve mestring. Studien peker også på at treningen bidrar til å øke den enkeltes mestringsforventning gjennom verbal overbevisning, emosjonelle forhold og tolkning av egne prestasjoner. Gjennom økt mestringsforventning og selvtillit/selvbilde kan deltakeren få fremmet sin helse. Treningen styrker ulike personlige recoveryprosesser, bidrar til et styrket terapeutisk fellesskap, og kan bidra til å redusere dropout. Med dette kan det konkluderes med at høyintensitetstrening være et godt behandlingstiltak på veien mot recovery.

## Referanser

- Anthony WA. (1993) Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990 I: *Psychosocial Rehabilitation Journal*, Vol 16(4), Apr 1993, pp.11-23
- Austin, D.R.(1991). *Therapeutic recreation: Process and techniques* (2<sup>nd</sup> ed) Illinois: Sagamore
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action : a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means I: *Health education & behavior*, vol: 31(2) pp.143-164
- Borge, L., Rossberg, J.I., & Sverdrup, S. (2013) Cognitive milieu therapy and physical activity: experiences of mastery and learning among patients with dual diagnosis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* Vol 20(10), pp.932-942.
- Brown, R.A., Abrantes, A.M., Read, J.P., Marcus, B.H., Jakicic, J., Strong, D.R., Oakley, J.R., Ramsey, S.E., Kahler, C.W., Stuart, G.L., Dubreuil, M.E., Gordon, A.A. (2010) A pilot study of aerobic exercise as an adjunctive treatment for drug dependence I: *Mental health and physical activity*, Vol 3(1) pp. 27-34, Elsevier Ltd.
- Chen, G., Elisha, E., Timor, U., & Ronel, N. (2016) Why do adolescents drop out of a therapeutic community for people with drug addiction? I: *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, Vol 25(1) pp. 65-77
- De Leon, G., & Kravik, A. M. (2003). *Det terapeutiske samfunn : teori, modell og metoder*. Oslo: Universitetsforlaget
- Donaghy, M.E (2007) Exercise can seriously improve your mental health: Fact or fiction? I: *Advances in Physiotherapy*, Vol 9(2), pp.76-88
- Flemmen, G., Unhjem, R. & Wang, E. (2014) High intensity interval training in patients with substance use disorder I: *Biomed research international*, Vol 2014
- Geng, L., Jiang, T., & Han, D. (2011). *Relationships among self-esteem, self efficacy, and faith in people in chinese heroin abusers*. *Social Behavior and Personality*, 39(6), pp. 797-806.

- Graneheim, U.H. og Lundman, B. (2003) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness I: *Nurse Education Today*, Vol: 24 pp.105 til 112.
- Helsedirektoratet (2015). *SAMDATA* Spesialisthelsetjenesten 2014
- Hennink, M., Hutter, I., Bailey, A.(2011); *Qualitative research methods*, SAGE publications
- Imsen, G. (2014). *Elevens verden : innføring i pedagogisk psykologi* (5. utg. ed.). Oslo: Universitetsforlaget
- Jenssen, A.G. (2011) Nærhet og distanse i praksisforskning I: *Samarbeidsforskning i praksis*. Erfaringer fra HUSK prosjektet, Oslo: Universitetsforlaget pp. 68-80
- Karlsen, T., Aamot, I.L., Haykowsky, M. & Rognmo, Ø. (2017) High intensity interval training for maximizing health outcomes I: *Progress in cardiovascular diseases*, online: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcad.2017.03.006> /
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. & Slade, M. (2011) Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis I: *The british journal of psychiatry* Vol 199(6) pp. 445-452
- Lynch, W.J., Peterson, A.B., Sanchez, V., Abel, J., Smith, M.A. (2013) Exercise as a novel treatment for drug addiction: A neurobiological and stage-dependent hypothesis I: *Neuroscience and biobehavioral reviews* Vol 37(8), pp. 1622-1644, Elsevier Ltd
- Mamen, A. (2011) *Aspects of using physical training on patients with substance dependence and additional mental distress*, Bergen: Universitetet I Bergen
- Mamen, A., Pallesen, S., Martinsen, E.W. (2011) Changes in mental distress following individualized physical training in patients suffering from chemical dependence I: *European Journal of Sport Science* 2011:11(4) pp.269-276
- McAuley, E., Courneya, K.S., & Lettunich, J.(1991) Effects of acute and long-term exercise on self-efficacy responses in sedentary, middle- aged males and females I: *Gerontologist* Vol 31, pp. 534 -542
- Muhammad Tahir, K. (2001). A comparison between the psycho-social characteristics of drug addicts and non-addicts. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 16(3/4),

- Mæland, J. G. (2005). *Forebyggende helsearbeid : i teori og praksis* (2. utg. ed.). Oslo: Universitetsforlaget
- Paulgaard, G. (1997) Feltarbeid i egen kultur: innenfra, utenfra eller begge deler? I: *Fossåskaret, E., Fuglestad, O.L., & Aase, T.F. (red) (1997) Metodisk feltarbeid: produksjon og tolkning av kvalitative data*, Oslo: Universitetsforlaget
- Read, J.P., Brown, R.A., Marcus, B.H., Kahler, C.W., Ramsey, S.E., Dubreuil, M.E., Jakicic, J.M. & Francione, C. (2001); Exercise attitudes and behaviors among persons in treatment for alcohol use disorders I: *Journal of substance abuse treatment 21(2001) pp.199- 206*
- Regjeringen (2015) *Pressemelding 47/2015*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/24-milliarder-til-rusfeltet-de-neste-fem-arene/id2461281/>
- Roessler, K.K. (2010); Exercise treatment for drug abuse – A danish pilot study I: *Scandinavian journal of public health Vol 38 (2010) pp.664-669*
- Svartdal, F. (2004) *Psykologiens forskningsmetoder – en introduksjon*, Bergen: Fagbokforlaget
- Vanderplasschen, W., Colpaert, K., Autrique, M., Rapp, R.C., Pearce, S., Broekaert, E. & Vandavelde, S. (2013) Therapeutic communities for addiction: A review of their effectiveness from a recovery- orientes perspective I: *The scientific world journal Vol: 2013*
- Weinstock, J., Wadeson, H.K., VanHeest, J.L.(2012) Exercise as an adjunct treatment for opiate agonist treatment: review of the current research and implementation strategies I: *Substance Abuse Vol: 33 pp. 350-360*
- Williams, D.J. & Strean, W.B. (2004) Physical Activity as a Helpful Adjunct to Substance Abuse Treatment I: *Journal of Social Work Practice in the Addictions, Vol 4(3) pp.83-99*

## Takksigelser

Gjennom prosjektet ble det samarbeidet med flere fagpersoner; Sverre Nesvåg v/KORFOR, virksomhetsleder ved aktuell institusjon, og leder ved ekstern treningstilbyder.

Studien har ikke mottatt noen finansiell støtte.

## Tabeller og figurer

**Tabell 1: Høyintensitetstrening gir energi**

Tema	Høyintensitetstrening gir energi som trengs i behandling på tross av at treningen er fysisk krevende						
Kategorier	Fysiske fordeler med trening			Utfordringer i behandling	Utfordringer med trening		
Sub-kategori	Progresjon	Gir energi	Mindre fysisk ubehag		Ubehag	Mangel på progresjon	Oppstartfasen
Kode	Progresjon (10) Motstandsdyktig (3) Mer aktiv (2)	Gir energi (7) Søvn (2) Gangsperr (6) Sliten (1)	Fysisk frisk (3) Kroppslig ro (2) Smerter (2)	Fysisk krevende (8) For lite fysisk krevende (2)	Trening er tungt (6) Sliten og trøtt (4) Smerter eller skader (3) Ikke tilrettelagt inntak av mat (1) Kvalme (1) Lite tilpasset vekt (1)	Progresjon stagnerer (3) Ser lite fysiske resultater (1)	Fysisk utfordrende oppstart fase (9) Motivasjonelle utfordringer oppstartfasen (7) De første gangene (5)

**Tabell 2: Mestring av tanker og følelser**

Tema	Høyintensitetstrening bidrar til å mestre utfordrende tanker og følelser.								
Kategori	Utfordringer i behandlingen			Utfordringer med treningen			Utbytte av treningen		
Sub-kategori	Sosialt	Kognitivt	Psykisk	Fysisk	Motivasjon	Psykisk	Psykisk	Kognitivt	Motivasjon
Kode	Bo sammen med andre (3) Hierarki (1) Kroppsfokus (1) Relasjoner (1) Stigma (1)	Konfrontasjon (4) Jobber med seg selv (3)	Gir negative emosjoner (5) Gir motgang og motstand (5) Dårlig selvbilde/selvillit (5) Konfronterende og negativt fokus (4) Behov som ikke blir dekket (2) Mangel på mestring (1)	Trening er tungt (6) Sliten og trøtt (4) Progresjon stagnerer (3) Smerter eller skader (3) Ikke tilrettelagt inntak av mat (1) Kvalme (1) Lite tilpasset vekt (1)	Utf. oppstart fase (9)	Selvbilde og kroppsfokus (4) Kan være avhengighetsskapende (3) Mangel på mestring (1) Negative emosjoner (1) Nytt og ubehagelig (1)	Gir positive følelser/emosjoner (10) Gir motstand og gjør mer motstandsdyktig (9) Håndtering av negative emosjoner (7) Bedre psyke (6) En flukt og et fristed (2) Bedrer relasjoner (2)	Gir fokus (6) Får læringsutbytte (3) Tenker klarere (5) Nytt tankemønstre (4) Får sortert tanker (2) Blir mer løsningsorientert (2)	Psykisk utbytte motiverer (3)

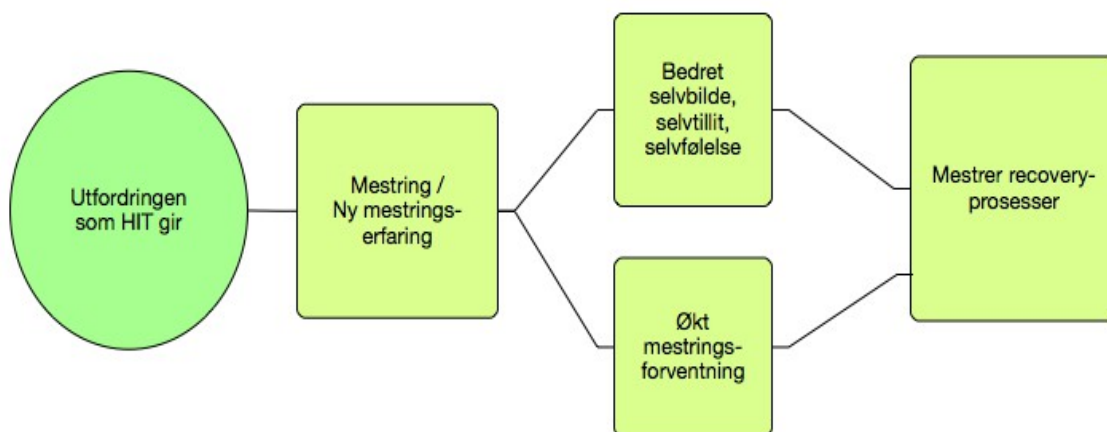
**Tabell 3: Mestring og selvbilde**

Tema	Høyintensitetstrening gir tro på seg selv gjennom mestring av utfordringer					
Kategorier	Fysisk		Psykisk		Motivasjon	
Sub-kategori	Fysisk utfordring	Utbytte	Utfordringer	Gevinst	Utfordringer	Gevinst
<b>Kode</b>	Utfordrende oppstart fase (9) Trening er tungt (6) Sliten og trøtt (4)	Progresjon (10) Motstandsdyktig (3) Progresjon stagnerer (3)	Motgang og motstand i behandling (5) Dårlig selvbilde/ selvtillit (5) Mangel på mestring i behandling(1) Stigma (1) Måler seg opp mot andre under trening (2) Mangel på mestring (1)	Selvbilde / selvtillit (11) Mestringsfølelse (9) Motstand og motstandsdyktighet (9) Flukt og fristed (2) Fri fra stigma (3)	Startfasen av økten(7) De første treningene (5) Manglende mestring/ progresjon (4) Press (4) Det er nytt (2) Treningsinstrukøren (2) Lite resultater (1) Smerter/skader (1) Lite motivasjon for trening påvirker ikke motivasjon for recovery (1)	Mestring gir motivasjon(

**Tabell 4: Fellesskapet**

Tema	Fellesskapet for treningen, og treningen for fellesskapet		
Kategori	Utfordringer		Utbytte
Sub- kategori	Behandling	Treningen	
<b>Kode</b>	Bo sammen med andre (3) Hierarki (1) Kroppsfokus (1) Relasjoner (1) Stigma (1) Liten selvbestemmelse i trening (5) Konfrontasjon (4) Negative emosjoner (5) Konfronterende og negativt fokus (4)	Måler seg opp mot andre (2) Gir konsekvenser for behandlingen (2) Lite mulighet å være for seg selv (1) Minner hverandre på at det er tungt (1)	Trene i fellesskap (9) Styrker fellesskapet (7) Fri fra stigma (3) Flukt og fristed (2) Relasjoner (2)

**Figur 1: Utfordring gir mestring**



*Figur 1 viser deltakernes erfaringer knyttet til treningen, mestring, selvbilde og recoveryprosesser.*



# Vedlegg 1: Svar fra Regional etisk komité



<b>Region:</b> REK sør-øst	<b>Saksbehandler:</b> Leena Heinonen	<b>Telefon:</b> 22845529	<b>Vår dato:</b> 09.09.2016	<b>Vår referanse:</b> 2016/1122/REK sør-øst D
			<b>Deres dato:</b> 14.06.2016	<b>Deres referanse:</b>

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Hildegunn Sagvaag  
Universitetet i Stavanger

## 2016/1122 Høgintensitetstrening i rusbehandling

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst) i møtet 17.08.2016. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10, jf. forskningsetikkloven § 4.

**Forskningsansvarlig:** Universitetet i Stavanger  
**Prosjektleder:** Hildegunn Sagvaag

### Prosjektleders prosjektbeskrivelse

*Formålet med studien er å undersøke verdien av høgintensitetstrening som en del av behandlingstilbudet innenfor et terapeutisk samfunn, sett fra et pasient perspektiv. Gjennom å utforske hvilke erfaringer pasienter har ønskes det å belyse treningens betydning for den enkelte, i forhold til behandlingsforløpet, og i forhold til deres fysiske og psykiske helse. Problemstilling som søkes besvart er Hvilke erfaringer har pasienter i et terapeutisk samfunn med høgintensitetstrening for egen recoveryprosess? Denne studien kan bidra bidra med økt forståelse og kanskje nysgjerrighet av høyintensitetstrening som del av rusbehandling. Metode for studien er et kvalitativt design som baserer seg på mellom 10 - 20 kvalitative intervjuer med pasienter som har fått høgintensitetstrening ukentlig som del av eksternt tilbud, integrert i behandlingstilbudet ved et terapeutisk samfunn.*

### Vurdering

Formålet med studien er å undersøke verdien av høyintensitetstrening som en del av behandlingstilbudet innenfor et terapeutisk samfunn. Av søknaden fremgår det at tilbudet er etablert, og at man nå ønsker å evaluere effekten av tilbudet. Basert på opplysningene som gis i søknad og protokoll, oppfatter komiteen prosjektet som kvalitetssikring av et etablert tilbud.

Kvalitetssikringsstudier faller utenfor REKs mandat etter helseforskningsloven, og det kreves ingen godkjenning fra REK for å gjennomføre slike studier. Prosjektet kommer inn under de interne regler som gjelder ved forskningsansvarlig virksomhet. Det er institusjonens ansvar å sørge for at prosjektet følger gjeldende reguleringer for behandling av helseopplysninger. Ettersom prosjektet forutsettes gjennomført i samsvar med gjeldende reguleringer, vil dette ikke være til noe hinder for at resultatene kan publiseres.

### Vedtak

Etter søknaden fremstår prosjektet som kvalitetssikring, og faller derfor utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. § 2. Det kreves ingen godkjenning fra REK for å gjennomføre prosjektet.

Komiteens avgjørelse var enstemmig.

Besøksadresse:  
Gullhaugveien 1-3, 0484 Oslo

Telefon: 22845511  
E-post: post@helseforskning.etikkom.no  
Web: <http://helseforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK sør-øst og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK sør-øst, not to individual staff

**Klageadgang**

REKs vedtak kan påklages, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK sør-øst D. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK sør-øst D, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn med korrekt skjema via vår saksportal:  
<http://helseforskning.etikkom.no>. Dersom det ikke finnes passende skjema kan henvendelsen rettes på e-post til: [post@helseforskning.etikkom.no](mailto:post@helseforskning.etikkom.no).

Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

Med vennlig hilsen

Finn Wisløff  
Professor em. dr. med.  
Leder

Leena Heinonen  
rådgiver

**Kopi til:** Universitetet i Stavanger ved øverste administrative ledelse: [post@uis.no](mailto:post@uis.no)

## Vedlegg 2: Godkjenning fra Personvernombudet



Til

Hildegunn Sagvaag.

Intern ID

Ephorte saksnr Saksbehandler:

Dato:

Tildeles av forskningsavdelingen 2016/227

Personvernombud

28.9.2016

### **Tilbakemelding på melding om behandling av personopplysninger i forbindelse med masterprosjektet «Høyintensitetstrening i rusbehandling».**

Det vises til innsendt melding om behandling av personopplysninger/helseopplysninger av 19.9.16, samt øvrige prosjektdokumenter. Det vises videre til øvrig dialog med personvernombudet.

Behandling og utlevering av person - /helseopplysninger i denne saken meldes til personvernombudet med hjemmel i Personopplysningsforskriften § 7-12, jf. Personopplysningsloven § 31 første ledd. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Formålet med masterprosjektet er;

*Formålet med prosjektet er å undersøke verdien av høyintensitetstrening i rusbehandling som en del av et behandlingstilbud i et terapeutisk samfunn, sett fra pasientens perspektiv.*

*I prosjektet ønsker en å intervju pasienter i behandling basert på en eksakt intervjuguide som har vært forelagt personvernombudet. Intervjuet vil ha varighet på max 60 min., og vil bli tatt opp på bånd. Etter lydopptaket vil intervjuet straks bli transkribert i anonymisert form, da slik at det ikke lar seg tilbakeføre hvilke pasienter som har inngitt hvilke data til prosjektet. Lydopptaket vil straks etter transkribering bli slettet. En ser for seg å intervju ca 20 pasienter. Deltakelse i prosjektet er frivillig, og samtykkebasert. Det blir utlevert informasjonsskriv og samtykkeskriv til pasienten*

Personvernombudet har gitt innspill til prosjektdokumentene, herunder intervjuguiden, protokollen og informasjonsskrivet. Det legges til grunn for denne tilrådnigen at det er siste innsendte utkast til prosjektdokumenter som er gjeldende.

**Personvernombudet tilrår prosjektet under følgende forutsetninger:**

- Behandling av helse- og personopplysningene skjer i samsvar med, og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen og tilhørende prosjektdokumenter, jf. personopplysningsloven § 11 c).
- Dersom formålet eller databehandlingen endres må det straks gis melding til forskningsavdelingen som vil ta saken opp til vurdering i møte med personvernombudet.
- Prosjektet gjennomføres i tråd med personopplysningsloven, helseregisterloven med forskrifter.
- I henhold til personopplysningsloven § 8 skal den som personopplysningene omhandler samtykke til behandlingen av opplysningene. Informasjonsskriv og samtykke skjema til prosjektdeltakerne er utarbeidet og forelagt personvernombudet.
- Tilgangen til opplysningene skjer i overensstemmelse med taushetspliktbestemmelsene.
- Prosjektets data skal oppbevares forsvarlig og i henhold til personopplysningsforskriftens

- Tilgangen til opplysningene skjer i overensstemmelse med taushetspliktbestemmelsene.
- Prosjektets data skal oppbevares forsvarlig og i henhold til personopplysningsforskriftens kapittel 2.
- Data fra lydopptakene skal straks transkriberes på en slik måte at opplysningene i skriftlig form er anonyme. Det vil si at det på ingen måte lar seg spore tilbake hvem som har inngitt hvilke opplysninger til prosjektet. Personopplysninger, papirlister og lydopptak skal uansett oppbevares nedlåst på prosjektleders kontor inntil de anonymiseres -/ slettes. Samtykkeskjema oppbevares i låsbart skap separat fra det øvrige nedlåste datamaterialet. Det understrekes at lydopptakene fra intervjuene bør inneholde minst mulig personidentifiserbare opplysninger, og må oppbevares nedlåst frem til opptakene blir transkribert.
- Etter at lydopptakene er transkribert bør de straks slettes.
- Ingen personopplysninger skal leveres ut av helseforetaket.
- Prosjektleder står inne for at det er en reell mulighet for å slette data for de deltakerne som eventuelt underveis i prosjektet trekker sitt samtykke.
- Data slettes eller anonymiseres under enhver omstendighet ved prosjekt slutt 1.8.16.
- Det skal ved prosjektslutt sendes *sluttmelding og bekreftet sletting* til personvernombud/forskningsavd.

Personvernombud

## Litteraturnmatrise 14.04.16

Tittel	Abs-tract	Forfatter	År	Keywords	Databas	Teori	Problemløsing	Metode	Antall	Konklusjon	Land
Physical activity as a helpful adjunct to substance abuse treatment	1	DJ Williams & William B. Strean	2004	Physical activity, exercise, substance abuse treatment, addiction, treatment adjunct, trans-theoretical model, stages of change	Cinahl Academic Search Premier Sports discurs			Review		With careful program planning and thorough clinical assessment of clients, it may be possible for treatment teams to utilize physical activity as an important part of recovery for some substance abuse patients. While more research on this topic is needed, it is clear that physical activity produces numerous health benefits, and when matched to clients readiness, can be an important adjunct to substance abuse treatment, thereby helping to improve personal and collective quality of life and social costs.	Canada
Aspects of using physical training on patients with substance dependence and additional mental distress	2	Asgeir Mannen	2011		Oria			Direct measurement of maximal aerobic power and a lactate profile test at inclusion as baseline. Kvantitativt eksperiment	47/363	The study shows that substance-dependent persons are capable of performing a high volume of training for an extended time. The use of training partners, a direct test of maximal aerobic power and a lactate profile test all proved feasible for this group of patients.  The discharge data showed reductions in all measures of mental distress, but no significant change in measures of alcohol dependence and drug addiction.	Norge
Exercise can seriously improve your mental health: Fact or fiction?	3	Donaghy M.E	2007	Cognitive-behavioural techniques, depression, drug abuse, physical activity	Oria		Review the evidence to support the benefits of exercise in offering protection from depression and as an intervention in the treatment of mental illness is growing	Review		There is evidence that exercise protects against depression and is an effective intervention and adjunctive intervention for the treatment of mild to moderate depression. Exercise provides some health and psychological benefits as an adjunct to treatment in complex mental health problems such as alcohol and drug rehabilitation.	UK

Cognitive milieu therapy and physical activity: experiences of mastery and learning among patients with dual diagnosis	4	Borge L, Rassberg J.I, Sverdrup S	2013	Cognitive milieu therapy, Dual diagnosis, Learning, Mastery, Physical activity	Oria	The aim of this study was to explore and describe patient perceptions of mastery, learning alternative ways of thinking, and acquiring new skills through CMT and physical activity in an inpatient setting.	Qualitative interview method. A hermeneutic-phenomenological approach was used in the data collection and analysis	20	<...> Physical activity, however, was experienced as 'concrete' and providing practical knowledge. It motivated patients to establish new habits and provided opportunities for the development of mastery together with other patients.	Norge / Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing
Exercise as a novel treatment for drug addiction: A neurobiological and stage-dependent hypothesis	5	Lynch W.J., Peterson A.P., Sanchez V., Abel J., Smith M.A.	2013	Addiction animal models chromatin dopamine epigenetic exercise glutamate neurobiological mechanisms	Oria	Discuss clinical and preclinical evidence for the efficacy of exercise at different phases of the addiction process	Review	33	We conclude with future directions, including the development of exercise-based interventions alone or as an adjunct to other strategies for treating drug addiction.	USA
Changes in mental distress following individualized physical training in patients suffering from chemical dependence	6	Mannan A., Pallesen S., Martinsen E.	2011	Depression anxiety substance abuse fitness	Google scholar	Examine in more detail the relationship between physical and mental health.	Kvantitativ eksperimentell studie med måling av maksimall oksygenopptak og melkesyretilskel	33	Thus, it can be concluded that mastery of training and a feeling of being in a better shape may have positive effects on several aspects of mental health in patients suffering from substance dependence.	Norge
Activity and recreational therapy services in substance abuse treatment programs	7	Malin M.J., Voss M.C., Taaff J.D., Benishoff J.L.	1993	Google scholar	This article reports on a recent survey of activity therapists employed in substance abuse treatment programs, and indicates agency and staff characteristics, as well as types of activities offered, length and frequency of sessions, and details about credentials of staff implementing each activity.	Survey	100	USA		USA

Exercise as an adjunct treatment for opiate agonist treatment: review of the current research and implementation strategies	8	Weinstock J., Wadson H.K., Vanhest J.L.	2012	Adjuvative interventions, contingency management, exercise, opiate agonist treatment	Cinahl	This article reviews exercise as an adjunctive intervention for opiate agonist treatment, especially in regards to improving mood and overall quality of life, while reducing other substance use.	review	20	Poor adherence and dropout frequently prevent many individuals from garnering the many physical and mental health benefits of exercise. Strategies for implementing an exercise intervention, including safety considerations, are discussed.	USA
Exercise treatment for drug abuse – A Danish pilot study	9	Roesler K.K.	2010	Bodily awareness, drug abuse, exercise treatment, motivation	cinahl	Examine the effect og physical activity on a group of drug addicts in Denmark	Analytisk studie med kvalitative og kvantitative for og efter metoder	16	The results show that physical exercise can provide important support in the treatment of drug abuse and that the main problem is maintaining change in behaviour and peer group influence to ensure long-term change.	Danmark
A pilot study of aerobic exercise as an adjunctive treatment for drug dependence	10	Brown R.A., Abrantes A.M., Read J.P., Marcus B.H., Jaktic J., Strong D.R., Oakley J.R., Ramsey S.E., Kahler C.W., Stuart G.L., Duberault M.E., Gordon A.A.	2010	Exercise, physical activity aerobic, drug dependence, drug treatment intervention, substance abuse treatment, physical activity	Google scholar	Examine the feasibility of aerobic exercise as an adjunct to substance abuse treatment among drug dependent patients.	Eksperimentell kvantitativ	16	Participants demonstrated a significant increase in percent days abstinent for both alcohol and drugs at the end of treatment, and those who attended at least 75% of the exercise sessions had significantly better substance use outcomes than those who did not.	USA
Exercise attitudes and behaviors among persons in treatment for alcohol use disorders	11	Read J.P., Brown R.A., Marcus B.H., Kahler C.W., Ramsey S.E., Duberault M.E., Jaktic J.M., Francione C.	2001	Exercise, alcohol, substance abuse, fitness	Google scholar	Investigate self-reported exercise behaviors and exercise-related attitudes in sample of adults in treatment	Kvantitativ	105	Together, these preliminary data indicate that exercise-based interventions may be well-received by those early in recovery for AUD.	USA

Exercise preferences of patients in substance abuse treatment	12	Adranes A.M., Bartle C.L., Strong D.K., Ing E., Duberull M.L., Gordon A., Brown R.A.	2011	Exercise, substance abuse treatment, gender differences	Google scholar	-investigate the extent to which substance dependent patients are interested in engaging in an exercise intervention as an adjunct to their substance abuse treatment. - examine patients preferences regarding the type, intensity, and timing of exercise interventions - determine if there exist differences in exercise preferences across substance abuse treatment type and by gender.	Experimental Kvartitativ	97	These findings suggest low rates of regular exercise, high level of interest in engaging in exercise during early recovery, and point toward the need to tailor interventions to the unique preferences of individuals.	USA
---	----	--	------	---	----------------	---	-----------------------------	----	---	-----

## Abstracts...

1. While limited research exists on the topic of physical activity as an adjunct to substance abuse treatment, a review of relevant multidisciplinary literature indicates a logical rationale for its potential benefits to recovery from addiction. This article provides an overview of common variables that contribute to addictive disease and summarizes the relationship of regular physical activity to improvements on many of these variables. The stages of change from the Transtheoretical Model (TM, Prochaska & DiClemente, 1982; Prochaska & Velicer, 1997) are described in the context of effectively matching clients in substance abuse therapy to interventions that may include physical activity. Finally, important practical suggestions for implementing physical activity as a useful adjunct to substance abuse treatment are provided.
2. Physical fitness and mental health were assessed in 47 persons with substance dependence and additional mental distress when they started on a training project. After an average of 11 months in the project, the 36 remaining subjects (33 with sufficient data) were similarly assessed upon discharge. Direct measurements of maximal aerobic power and a lactate profile test at inclusion served as baseline and basis for the design of individual training programmes. The maximal aerobic power was higher than that previously reported for alcohol-dependent subjects, 57 ml • kg<sup>-1</sup>•min<sup>-1</sup> (Paper I), but still subnormal relative to the age-matched normal healthy population. The training programme included 'training partners', who trained together with the participants. The training load varied from 150 to 500 h. The increase in maximal aerobic power was a modest 3%, but lactate threshold performance improved rather more, by 11% (Paper II). Nineteen persons responded to the training, improving maximal aerobic power by 13% and lactate threshold performance by 16%. The remaining 14 did not improve in physical fitness. The only significant difference between these two groups was the percentage of training performed at high intensity above threshold heart rate, 32% for responders compared to 18% for non-responders. Measurements of mental distress in terms of anxiety, depression, social phobic symptoms, general psychiatric problems, alcohol dependence and drug addiction were administered at inclusion and discharge, revealing a substantial level of mental distress at the outset. The discharge data showed reductions in all measures of mental distress, but no significant change in measures of alcohol dependence and drug addiction. The magnitude of improvement in mental distress paralleled the improvement in physical fitness (Paper III). The study shows that substance-dependent persons are capable of performing a high volume of training for an extended time. The use of training partners, a direct test of maximal aerobic power and a lactate profile test all proved feasible for this group of patients.
3. The World Health Organization predicts that depression will create the second greatest burden of disease by 2020, requiring cost-effective prevention and intervention strategies. The evidence to support the benefits of exercise in offering protection from depression and as an intervention in the treatment of mental illness is growing. The literature is reviewed with 11 prospective longitudinal studies that include measures of physical activity and depression at two or more time points showing a protective effect from physical activity. Fifteen randomized controlled trials (RCTs) and three meta-analyses provide evidence that exercise can reduce depression and that it can be as effective as cognitive therapy. Four RCTs report exercise as an intervention in alcohol addiction and two RCTs in the use of illicit drugs. While many of the studies reviewed have methodological weaknesses, including lack of concealment in randomization, limited use of intention to treat and blinding, the benefits of exercise far outweigh the risks. Neurobiological and psychological explanations as to why exercise should work are discussed.
- 4



There is evidence that exercise protects against depression and is an effective intervention and adjunctive intervention for the treatment of mild to moderate depression. Exercise provides some health and psychological benefits as an adjunct to treatment in complex mental health problems such as alcohol and drug rehabilitation.

4. During the last decade, there has been a growing interest in implementing cognitive milieu therapy (CMT) in psychiatric institutions. However, there is a lack of systematic evaluations from patients' point of view. The aim of this study was to explore and describe patient perceptions of essential experiences of mastery, learning alternative ways of thinking, and acquiring new skills through CMT and physical activity in an inpatient setting. Qualitative interviews were carried out with 20 patients with dual diagnosis. A hermeneutic – phenomenological approach was used in the data collection and analysis. The results showed that the learning climate in the unit was important. This included a proactive attitude from the staff, focusing on cooperation on equal terms between patients and staff, and a professional methodological approach through CMT. The optimal balance between staff-induced activities and patient initiatives was not easy to obtain. Patients appreciated both the education provided by the staff and learning from other patients. The cognitive method was sometimes experienced as too theoretical and difficult to understand. Physical activity, however, was experienced as 'concrete' and providing practical knowledge. It motivated patients to establish new habits and provided opportunities for the development of mastery together with other patients.

5. Physical activity, and specifically exercise, has been suggested as a potential treatment for drug addiction. In this review, we discuss clinical and preclinical evidence for the efficacy of exercise at different phases of the addiction process. Potential neurobiological mechanisms are also discussed focusing on interactions with dopaminergic and glutamatergic signaling and chromatin remodeling in the reward pathway. *While exercise generally produces an efficacious response, certain exercise conditions may be either ineffective or lead to detrimental effects depending on the level/dose/duration of exercise exposure, the stage of addiction, the drug involved, and the subject population.* During drug use initiation and withdrawal, its efficacy may be related to its ability to facilitate dopaminergic transmission, and once addiction develops, its efficacy may be related to its ability to normalize glutamatergic signaling and reverse drug-induced changes in chromatin via epigenetic interactions with brain-derived neurotrophic factor (BDNF) in the reward pathway. We conclude with future directions, including the development of exercise-based interventions alone or as an adjunct to other strategies for treating drug addiction.

6. Thirty-three individuals suffering from chemical dependence and psychiatric disorders underwent 150–500 h of training over 8–13 months with assistance from dedicated training partners, who motivated them to carry out exercise and controlled the intensity of their workouts. To accurately monitor fitness development, direct measures of maximum oxygen uptake and lactate threshold performance were recorded at the start and end of the project. The participants improved moderately in aerobic power by ~5% ( $P=0.02$ ). Furthermore, lactate threshold performance increased by ~12% ( $P=0.03$ ). All scores of depression, anxiety, social phobia, and general mental distress declined during the project ( $P<0.05$ ). However, the results of screening tests for alcoholism and drug abuse did not show any significant change ( $P>0.28$ ). With the use of accurate physical tests, it was possible to distinguish between responders and non-responders in terms of improvement in aerobic power. The responders showed reduced mental distress on more measures than the non-responders, although the post-treatment level of distress did not differ significantly between the two groups. Thus, it can be concluded that mastery of training and a feeling of being in a better shape may have positive effects on several aspects of mental health in patients suffering from substance dependence.

7. Alcohol and substance abuse problems affect many Americans, and treatment recently has incorporated a multidimensional or holistic approach, including activity and recreational therapies. However, there is a lack of information related to the nature of activity or recreational therapy services being offered in substance abuse treatment facilities. This article reports on a recent survey of activity therapists employed in substance abuse treatment programs, and indicates agency and staff characteristics, as well as types of activities offered, length and frequency of sessions, and details about credentials of staff implementing each activity. Results of this study can provide input for therapeutic recreation program development and evaluation in substance abuse treatment.

8. Opiate dependence is a significant public health concern, linked to poor quality of life, comorbid psychiatric disorders, and high costs to society. Current opiate agonist treatments are an effective but limited intervention. Adjunctive interventions could improve and augment opiate treatment outcomes, including drug abstinence, quality of life, and physical health. This article reviews exercise as an adjunctive intervention for opiate agonist treatment, especially in regards to improving mood and overall quality of life, while reducing other substance use. Poor adherence and dropout frequently prevent many individuals from garnering the many physical and mental health benefits of exercise. Strategies for implementing an exercise intervention, including safety considerations, are discussed.

9. Abstract: AMNS. The paper presents a recent Danish programme using exercise to alter the behaviour and body image of drug addicts. METHODS: 38 participants (23 male and 15 female) took part in groups three times per week for a minimum of two to a maximum of six months. Self-reported data combined with the European Addiction Severity Index (EurasASI) collected at initial admission and in follow-up interviews included information on drug use, body image, self-confidence and motivation to change behaviour. RESULTS: The completion rate of the participants during the training period was on average 52%, which is considered as a success in treatments with drug abusers, usually characterized by a low compliance and commitment. The results of the participants who completed the programme (n = 20) showed an increased oxygen uptake of an average of 10%, improved self-

5

reported quality of life and a higher energy level for the majority of the participants. The addicts obtained a better body image, became more sensitive to physical pain and disorders and reduced their drug intake during the treatment period. The long-term effect showed that five of the 20 abusers interviewed reported that they still had not taken drugs, 10 had downgraded their intake, four experienced no change at all and one died through an overdose. CONCLUSIONS: The results show that physical exercise can provide important support in the treatment of drug abuse and that the main problem is maintaining change in behaviour and peer group influence to ensure long-term change.

10. Intervention to increase exercise in drug dependent patients represents a potentially useful yet unexplored strategy for preventing relapse. However, there are currently no established exercise interventions for use with this population. The purpose of this pilot study was to examine the feasibility of aerobic exercise as an adjunct to substance abuse treatment among drug dependent patients. Participants included 16 (31% female, 38.3 years old) drug dependent patients who participated in a 12-week, moderate-intensity aerobic exercise intervention. Participants attended a mean of 8.6 sessions (out of 12). Participants demonstrated a significant increase in percent days abstinent for both alcohol and drugs at the end of treatment, and those who attended at least 75% of the exercise sessions had significantly better substance use outcomes than those who did not. In addition, participants showed a significant increase in their cardiorespiratory fitness by the end of treatment. While preliminary, this study is one of the first to demonstrate the feasibility of incorporating aerobic exercise during drug abuse treatment. Future randomized control trials are a necessary next step to test the efficacy of a moderate-intensity aerobic exercise intervention as an adjunct to drug abuse treatment in this patient population.

11. Abstract

The present study investigated self-reported exercise behaviors and exercise-related attitudes in a sample ( $N = 105$ ) of adults in treatment for alcohol use disorders (AUD) (abuse or dependence). Slightly less than half (47%) of participants reported engaging in regular physical exercise (3 times per week or more). Level of alcohol dependence was not significantly associated with level of physical exercise activity. Level of nicotine dependence was significantly and negatively associated with physical activity level. Nicotine dependence and level of depressive symptoms were both significantly negatively associated with self-efficacy for physical exercise (SPE). Exercise self-efficacy mediated the relationship between nicotine dependence and physical activity level.

Tension and stress reduction were among the most strongly endorsed of the perceived benefits of physical activity. Other perceived benefits included more positive outlook and increased self-esteem. Financial costs associated with exercise, lack of motivation, and time constraints were among the most common perceived barriers to exercise in this sample. Together, these preliminary data indicate that exercise-based interventions are may be well-received by those early in recovery from AUDs.

12. While emerging studies have demonstrated the benefit of exercise in early recovery from substance use disorders, recruitment and adherence to exercise interventions have been challenging. Tailoring interventions based on patient exercise preferences may address these concerns. Ninety-seven ( $N=97$ ; age = 41.6 years; 44% female) patients were recruited from an intensive substance abuse outpatient program and filled out questionnaires about their exercise preferences. Most (71%) patients were not currently engaged in an exercise program (i.e., exercising less than 20 min/day for 3 days/week over the last 6 months). The vast majority (95%) expressed an interest in engaging in an exercise program specifically designed for persons in substance use recovery and 89% reported wanting to initiate an exercise program within the first 3 months of sobriety. Specific exercise preferences regarding type of physical activity, exercise intervention components, and perceived benefits and barriers to exercise differed between males and females. These findings suggest low rates of interest in regular exercise, high levels of interest in engaging in exercise during early recovery, and point toward the need to tailor interventions to the unique preferences of individuals.

## **Vedlegg 4: Temaguide**

### **Kjennetegnene til treningen**

Hvordan vil du beskrive opplegget til No Limitation?

### **Opplevd nytteverdi**

Har du utbytte av treningen, i så fall hvordan vil du beskrive det?

### **Opplevd frivillighet**

Hvorfor deltar du på denne treningen?

### **Erfaringer knyttet til fysisk helse**

Gjør treningen noe med din fysiske helse? Hvordan merker du i så fall det?

### **Erfaringer knyttet til psykisk helse**

Gjør treningen noe med din psykiske helse? Hvordan merker du i så fall det?

### **Tidligere treningsgrunnlag knyttet til opplevelse av treningsopplegg**

Hvilken oppfatning hadde du av trening før du kom i behandling ved Veksthuset?

Hvilken oppfatning har du nå?

### **Positive sider med treningen**

Ser du noen positive sider med treningen som du vil trekke frem?

### **Negative sider med treningen**

Ser du noen negative sider med treningen?

### **Vekselvirkning mellom treningen og behandlingsopplegget**

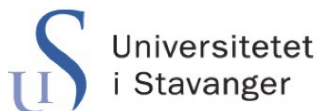
Hvilken rolle spiller treningen med No Limitation i din behandling ved et terapeutisk samfunn?

### **Oppsummerende og avslutningsvis**

Er det noe du tenker jeg har glemt å spør om når det gjelder dine erfaringer med treningsopplegget?

Hvordan opplevde du det å bli intervjuet?

## Vedlegg 5: Samtykkeskjema



### FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I MASTERPROSJEKTET «HØGINTENSITETSTRENING I RUSBEHANDLING»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et masterprosjekt for å undersøke verdien av høgintensitetstrening som del av et behandlingstilbud i et terapeutisk samfunn, sett fra et pasient perspektiv. Du er valgt ut fordi du er pasient ved et terapeutisk samfunn som tilbyr slik trening gjennom en treningstilbyder.

Universitet i Stavanger er ansvarlig for prosjektet.

#### HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Prosjektet baserer seg på intervju med pasienter i behandling for sin rusavhengighet. Fokus for intervjuet vil være dine erfaringer med høgintensitetstrening som en del av din behandling.

Intervjuet har en tidsramme på 60 min. Intervjuet vil bli audiotapet, og påfølgende skrevet ut i anonymisert form. Opptaket vil så bli slettet og ditt navn blir ikke knyttet til informasjonen du har gitt.

#### MULIGE FORDELER OG ULEMPER

En mulig ulempe ved deltagelse er at spørsmålene retter seg mot dine personlige erfaringer, noe som kan oppleves ubehagelig. En fordel med deltagelse kan være å få reflektert og bli mer bevisst på utbyttet du erfarer med treningen.

#### FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte Lillian Svendsen på mail: [l.hoyseter@stud.uis.no](mailto:l.hoyseter@stud.uis.no) eller prosjektleder Hildegunn Sagvaag på tlf: 51834236 / [hildegunn.sagvaag@uis.no](mailto:hildegunn.sagvaag@uis.no).

#### HVA SKJER MED INFORMASJONEN OM DEG?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenner opplysninger. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i forskningsresultatene når disse publiseres.

Prosjektleder har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte.

**FORSIKRING**

Du er forsikret gjennom pasientskadeloven.

**GODKJENNING**

Prosjektet er godkjent av Personvernombudet ved SUS.

**SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I PROSJEKTET**

**JEG ER VILLIG TIL Å DELTA I PROSJEKTET**

---

Sted og dato

Deltakers signatur

---

Deltakers navn med trykte bokstaver

## **Vedlegg 6: Tidsskriftets skriveveiledning (NAD)**

### Manuscript Length and Format

Original research articles should not exceed 7000 words (excluding figures and tables, each on separate pages). Indicate in the text where the tables and figures should appear. Footnotes are to be placed at the end of the text.

Other reports, commentaries and similar contributions may vary in length from around 1000 to 4000 words; book reviews should not exceed 2000 words.

### Abstract

Original research articles should include an abstract (approx. 250 words) with proposed key words. Where appropriate, the abstract should be structured under the following headings: Aims, Design (or Methods, Data), Results, Conclusions.

Before you submit a manuscript, please consider the following:

The manuscript should be anonymous. The uploaded manuscript file should not include revealing information about the author(s), as e.g. acknowledgements, endnotes etc. This information should be submitted separately.

The uploaded manuscript file should not include a front page. The system will automatically construct one based on the information you will provide when you begin your submission.

When submitting your manuscript online, you will be asked to upload the following separate files: Abstract

Manuscript (may include tables, figures, and references, each on separate pages)

Acknowledgement (optional)

Endnote (optional)

Appendix (optional)

All research reports undergo blind review. To avoid delays, the manuscript should be well prepared in accordance with the instructions.

### Reference Style Guide

From January 2013 we are using the APA (American Psychological Association) citation style (6<sup>th</sup> edition). Below are some examples.

To quote a reference in the text, give the surname of the author, year of publication and page numbers if applicable, e.g. (Jonsson, Svensson, & Andersson 2011, p. 1134; Pettersson, 1982, pp. 25-38).

The list of references should list all sources used in alphabetical order, indicating the author's surname, first name or initials, year of publication, title of the book or publication, place of publication and publisher. For journal articles, indicate the author's surname and the first letter of author's first name, year of publication, title of the article, name of publication, volume number, issue number and inclusive page numbers.

Examples: Davies, P., & Walsh, D. (1983). *Alcohol problems and alcohol control in Europe*. London, Canberra: Croom Helm.

Elster, J. (1999). Emotion and addiction: Neurobiology, culture and choice. In J. Elster (Ed.), *Addiction: entries and exits*. (pp. 239-276). New York: Russell Sage Foundation.

Room, R. (1999). The rhetoric of international drug control. *Substance Use and Misuse*, 3(12), 1689–1707.

Lowman, J., & Palys, T. (2000, December 5). The research confidentiality controversy at Simon Fraser University. Retrieved from <http://www.sfu.ca/~palys/Controversy.htm>

For more information, visit the APA Style webpage: [The APA Style webpage](#) (opens in a new window)

Translations into English

NAD may in some cases be able to provide help with translations from and into English and other languages. Please contact the editorial team.

Fees

NAD does not have article processing charges (APCs) nor article submission charges.

# Vedlegg 7: Resultat etter steg 4 i analyseprosessen

Høgentensitetstrenings innvirkning på behandling																
Tema	Fysiske			Psykiske			Kognitive		Sosiale		Motivasjon					
Kategori	Sub-kategori	Kode	ufordringer i behandling	fordeler med behandling	ufordringer i behandling	fordeler med behandling	ufordringer i behandling	fordeler med behandling	ufordringer i behandling	fordeler med behandling	ufordringer i behandling	fordeler med behandling				
	ufordringer i behandling (10)	Fysisk krevene (8)	fordeler med trening (11)	ufordringer med trening (11)	fordeler med behandling (9)	ufordringer i behandling (10)	fordeler med trening (11)	ufordringer med trening (5)	ufordringer i behandling (9)	fordeler med trening (10)	ufordringer i behandling (6)	ufordringer i behandling (10)	ufordringer i behandling (5)	fordere trening (11)	trening gir (7)	ufordringer med trening (10)
	fordere med trening (11)	Progresjon (10)	ufordringer med trening (11)	Lærer å følge regler (3)	Negative emosjoner (5)	Søvlidde / søvnløst (11)	Søvlidde og kroppsskuss (4)	Konfeksjon (4)	Fokus (6)	Bo sammen med andre (3)	Trene i fellesskap (9)	Måler seg opp mot andre (2)	Søvlstemme (5)	Mestring (9)	Endret helseferd (2)	Oppstartsen (7)
	fordere med trening (11)	Motstandsdyktig (3)	ufordringer med trening (11)	Ny identitet (2)	Mogang og motstand (5)	Gir positive følelser emosjoner (10)	Jobbor med seg selv (3)	Lærings- utbytte (3)	Heretki (1)	Syrker fellesskapet (7)	Gir konseksjoner for behandling (2)	Trening nødvendig for motivasjon til recovery (2)	Det sosiale (5)	Recovery (7)	De første gangene (5)	
	fordere med trening (11)	Utsende (4)	ufordringer med trening (11)	Sliken og tøtt (4)	Dårlig søvnløst/ søvnløst (5)	Mestingsfølelse (9)	Mangel på mesting (1)	Tanke klare (5)	Kroppsfokus (1)	Fri fra stigma (3)	Lite mulighet å være for seg selv (1)	Påvirker motivasjon for trening (1)	Psykiske utbytte (3)	Press (4)	Mesting (4)	
	fordere med trening (11)	Gir energi (7)	ufordringer med trening (11)	Tilfriskning (2)	Konhorerende og negativ fokus (4)	Motstand og mesting (1)	Negative emosjoner (1)	Nytt antikomster (4)	Relasjoner (1)	Sigma (1)	Måner hventre på at det er tungt (1)	Motivasjon for recovery (1)	Musikk (1)	Det er nytt (2)	Press (4)	
	fordere med trening (11)	Progresjon (6)	ufordringer med trening (11)	Ikke tid å gjøre seg med (1)	Behov som ikke blir dekket (2)	Handtering av negative emosjoner (9)	Nytt og udehengelig (1)	Sorere tanker (2)	Læringsorientert (2)	Sigma (1)	Måner hventre på at det er tungt (1)	Motivasjon for recovery (1)	Musikk (1)	Det er nytt (2)	Press (4)	
	fordere med trening (11)	Vedt (5)	ufordringer med trening (11)	Smerter eller skader (3)	Mangel på mesting (1)	Bedre psyk (6)	Flidk og frised (2)	Relasjoner (2)	Relasjoner (2)	Relasjoner (2)	Relasjoner (2)	Relasjoner (2)	Relasjoner (2)	Relasjoner (2)	Relasjoner (2)	
	fordere med trening (11)	Kroppsholdning (4)	ufordringer med trening (11)	Ikke tilrettelagt innøkk av mat (1)	Behov som ikke blir dekket (2)	Handtering av negative emosjoner (9)	Nytt og udehengelig (1)	Nytt og udehengelig (1)	Nytt og udehengelig (1)	Nytt og udehengelig (1)	Nytt og udehengelig (1)	Nytt og udehengelig (1)	Nytt og udehengelig (1)	Nytt og udehengelig (1)	Nytt og udehengelig (1)	
	fordere med trening (11)	Fysisk frisk (3)	ufordringer med trening (11)	Ikke tilrettelagt innøkk av mat (1)	Behov som ikke blir dekket (2)	Handtering av negative emosjoner (9)	Nytt og udehengelig (1)	Nytt og udehengelig (1)	Nytt og udehengelig (1)	Nytt og udehengelig (1)	Nytt og udehengelig (1)	Nytt og udehengelig (1)	Nytt og udehengelig (1)	Nytt og udehengelig (1)	Nytt og udehengelig (1)	
	fordere med trening (11)	Mer aktiv (2)	ufordringer med trening (11)	Kvalme (1)	Behov som ikke blir dekket (2)	Handtering av negative emosjoner (9)	Nytt og udehengelig (1)	Nytt og udehengelig (1)	Nytt og udehengelig (1)	Nytt og udehengelig (1)	Nytt og udehengelig (1)	Nytt og udehengelig (1)	Nytt og udehengelig (1)	Nytt og udehengelig (1)	Nytt og udehengelig (1)	
	fordere med trening (11)	Kroppslig no (2)	ufordringer med trening (11)	Lite tilpasset vekt (1)	Behov som ikke blir dekket (2)	Handtering av negative emosjoner (9)	Nytt og udehengelig (1)	Nytt og udehengelig (1)	Nytt og udehengelig (1)	Nytt og udehengelig (1)	Nytt og udehengelig (1)	Nytt og udehengelig (1)	Nytt og udehengelig (1)	Nytt og udehengelig (1)	Nytt og udehengelig (1)	
	fordere med trening (11)	Smerter (2)	ufordringer med trening (11)	Lite tilpasset vekt (1)	Behov som ikke blir dekket (2)	Handtering av negative emosjoner (9)	Nytt og udehengelig (1)	Nytt og udehengelig (1)	Nytt og udehengelig (1)	Nytt og udehengelig (1)	Nytt og udehengelig (1)	Nytt og udehengelig (1)	Nytt og udehengelig (1)	Nytt og udehengelig (1)	Nytt og udehengelig (1)	
	fordere med trening (11)	Søvn (2)	ufordringer med trening (11)	Lite tilpasset vekt (1)	Behov som ikke blir dekket (2)	Handtering av negative emosjoner (9)	Nytt og udehengelig (1)	Nytt og udehengelig (1)	Nytt og udehengelig (1)	Nytt og udehengelig (1)	Nytt og udehengelig (1)	Nytt og udehengelig (1)	Nytt og udehengelig (1)	Nytt og udehengelig (1)	Nytt og udehengelig (1)	
	fordere med trening (11)	Sliken (1)	ufordringer med trening (11)	Lite tilpasset vekt (1)	Behov som ikke blir dekket (2)	Handtering av negative emosjoner (9)	Nytt og udehengelig (1)	Nytt og udehengelig (1)	Nytt og udehengelig (1)	Nytt og udehengelig (1)	Nytt og udehengelig (1)	Nytt og udehengelig (1)	Nytt og udehengelig (1)	Nytt og udehengelig (1)	Nytt og udehengelig (1)	