LUND UNIVERSITY

Upplevelse av fysisk aktivitet och idrott i missbruksbehandling

En kvalitativ studie av klienter vid fyra institutioner

Hoff, David; Mattsson, Tina; Nilsson Ranta, Daniel

2016

Document Version:
Förlagets slutgiltiga version

Link to publication

Citation for published version (APA):
Hoff, D., Mattsson, T., & Nilsson Ranta, D. (2016). *Upplevelse av fysisk aktivitet och idrott i missbruksbehandling: En kvalitativ studie av klienter vid fyra institutioner.* (Research Reports in Social Work; Vol. 2016, Nr. 4). Lunds universitet : Socialhögskolan.

Total number of authors:
3

General rights
Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:
Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.
• Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
• You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
• You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: https://creativecommons.org/licenses/

Take down policy
If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

RESEARCH REPORTS IN SOCIAL WORK 2016:4
School of Social Work
Lund University

Upplevelse av fysisk aktivitet och idrott i missbruksbehandling

En kvalitativ studie av klienter vid fyra institutioner

DAVID HOFF, TINA MATTSSON OCH DANIEL NILSSON RANTA

Upplevelse av fysisk aktivitet och idrott i missbruksbehandling

En kvalitativ studie av klienter vid fyra institutioner

David Hoff, Tina Mattsson och Daniel Nilsson Ranta

ISBN: 978-91-7623-789-2
© Socialhögskolan, 2016
Redaktör: Lars Harrysson
Adress: Lunds universitet, Socialhögskolan, Box 23, 221 00 Lund

Innehåll

Inledning ... 3
Fysisk aktivitet, fostran och socialt arbete ... 5
Metod ... 9
Urval och genomförande ... 9
Behandlingshemmen och intervjupersonerna ... 10
Behandlingshem A ... 10
Behandlingshem B ... 11
Behandlingshem C ... 11
Behandlingshem D ... 11
Material och analys ... 12
Redovisning av citat och observationer ... 13
Forskningsetik ... 13
Metoddiskussion ... 13
Resultat ... 15
Upplevelse av fysisk aktivitet och idrott i behandling ... 15
Fysisk aktivitet skapar lust och glädje ... 15
Fysisk aktivitet – ett sätt att ta hand om sig själv ... 18
Fysisk aktivitet som ett värdefullt avbrott från behandlingen ... 20
Social integration genom idrott och fysisk aktivitet ... 22
Fysisk aktivitet som hjälpmedel mot olika problem ... 23
Negativa upplevelser av fysisk aktivitet ... 27
Synpunkter på inslaget av fysisk aktivitet ... 30
Avslutning ... 33
Referenser ... 38

Inledning

Fysisk aktivitet och idrott är vanliga inslag i olika sociala behandlingsinsatser och har en lång tradition av att inkluderas i t ex ungdoms-, missbruks- och kriminalvården. Det saknas dock forskning som undersöker hur fysisk aktivitet och idrott används som behandlingsinsatser och hur dessa insatser påverkar och upplevs av klienter. Den eventuella resurs som dessa inslag utgör i socialt arbete i allmänhet och behandlingsarbete i synnerhet är således outforskad och oproblematiserad. Denna rapport belyser fysisk aktivitet och idrott som behandlingsinslag inom missbruksvården med fokus på klienters upplevelse av och synpunkter på inslagen. Rapporten bygger på en kvalitativ studie av fyra behandlingshem.

Idag utgör hälsa och fysisk aktivitet viktiga ideal i samhället, och sedan ett tiotal år tillbaka har tanken om fysisk aktivitet utvecklats allt mer inom olika områden i samhället. Inom t ex medicinen skrivs det idag ut fysisk aktivitet på recept (Kallings & Ståhle 2005). I socialt arbete är idén om att aktivera kroppen för klienter som befinner sig i behandling vanlig. Inom missbruks- och kriminalvård för vuxna finns nästan alltid inslag av olika former av fysisk aktivitet. Klienter och personal spelar fotboll eller innebandy tillsammans och de flesta institutioner har tillgång till enklare gym, löparband och träningscyklar vilka klienterna uppmanas att använda regelbundet. I presentationer av institutioner och deras behandlingsinnehåll kan fysisk aktivitet lyftas fram som ett centralt inslag i den behandling som ges och kan beskrivas som en ”grundsten” i behandlingen (t ex Statens institutionsstyrelse 2011a), eller mer perifert omnämnas som en möjlig och viktig fritidssysselsättning under behandlingstiden (t ex Ekelidens vård och behandlingshem 2011; Statens institutionsstyrelse 2011b).

När fysisk aktivitet och idrott inkluderas i behandling tycks utgångspunkten vara att fysisk aktivitet per automatik leder till goda resultat. Detta synsätt går hand i hand med en politisk övertygelse om att idrott och fysisk aktivitet är viktiga inslag i samhället – en inställning som ligger till grund för statliga satsningar på idrottsrörelsen (Engström 2010; Norberg 2004). Idrott förväntas lära barn och unga att umgås inom klart definierade regelverk. Fostran i att följa idrottsliga regler är viktig inte enbart för att kunna upprätthålla den sociala leken idrott, utan kan förstås som en socialiseringsprocess som lär unga vikten av att följa gemensamma normer (Engström 2010; jfr Carlsson & Hoff 2005). Hälsoaspekten är också central för samhällets positiva inställning till idrott. Studier har visat att idrott och fysisk aktivitet leder till bättre hälsa, välbefinnande och att dessa aktiviteter dessutom skapar sociala kontaktnät för ett stort antal individer i samhället (t ex Engström 2002; Riksidrottsförbundet 2005). Vi vet samtidigt att idrott och fysiska aktiviteter kan leda till negativa effekter i

form av exempelvis ätstörningar, överträning och dopningsmissbruk (t ex Beals 2004; Goldfield m.fl. 2006; Hoff 2004, 2008, 2013, 2016; Pope m.fl. 1993). Det är fullt möjligt att dessa aktualiseras när fysisk aktivitet blir inslag i institutionsvård.

Tidigare forskning har uppmärksammat fysisk aktivitet och idrott som möjliga behandlingsinslag och som preventiv insats i förhållande till sjukdomar som övervikt/fetma, hjärt- och kärlsjukdomar, depression och schizofreni (t ex Compton 1994; Corrigan, Lieberman & Wong 1993; Kallings & Ståhle 2005; Miles 1987). Avseende sociala insatser finns det enstaka studier som belyser idrott som inslag i program för att förebygga ungdomskriminalitet (se Nichols 2007). Det saknas emellertid studier som specifikt undersökt fysisk aktivitet som behandlingsinslag inom vården för missbrukare. Det finns ett fåtal studier som ger indikationer om att fysisk aktivitet görs till centrala behandlingsinslag inom missbruksvården. Edman (2004) har belyst anstaltsvårdens historiska utveckling. I denna undersökning framkommer hur behandlingsidén inom anstaltsvården för alkoholister under 1950-talet inkluderade arbete och fysisk aktivitet som terapeutiskt inslag för rehabilitering. Under 1960-talet kom ”fritid” att bli en del av missbruksbehandlingen, och centrala inslag i de fritidsaktiviteter som skapades var olika former av idrott. Under 1960- och 1970-talet flyttades fokus i vården från en tidigare arbetsträning med ambitionen att fostra dugliga arbetare till en terapeutisk träning vars syfte var att bygga upp fysisk och psykisk uthållighet, vilket gjorde fysisk träning till ett viktigt inslag (Edman 2004, 2012; Edman & Eriksson 2005). Studier av dagens missbruksvård antyder att fysisk aktivitet och idrott är inslag där män och kvinnor behandlas olika. Svensson (2003) har studerat tvångsvårdens innehåll och konsekvenser och pekar på hur man i behandlingen av män använder fysisk aktivitet för att distrahera suget efter droger medan hans studie av tvångsvården för kvinnor antyder att kvinnorna uppmanas till passivitet och eftertänksamhet snarare än aktivitet när de skall bli drogfria (Svensson 2001; jfr Huberstone & Lynch 1991; Kolfjord 2003; Laanemets 2002; Laanemets & Kristiansen 2008; Larsson 2002; Mattsson 2005; Mattsson m.fl. 2016).

Fysisk aktivitet och idrott kan vara angelägna och värdefulla inslag i institutionsvård och behandling, men användningen av dessa inslag, dess grunder, innehåll samt personals och klienters erfarenheter och tolkningar av dem behöver undersökas närmare. Genom vår studies inriktning på fysisk aktivitet och idrott som behandlingsinnehåll sätter vi institutionsbehandlingars innehåll i fokus och aktualiserar mötet mellan individen och samhällets institutioner. I studien anläggs ett klientperspektiv. Syftet är att belysa klienters upplevelser av och synpunkter på inslag av fysisk aktivitet och idrott inom missbruksvården. Mer precist undersöks följande frågeställningar: (1) Vilka olika positiva och negativa upplevelser av inslaget av fysisk aktivitet och idrott beskriver klienterna? (2) Hur ser eventuella skillnader i upplevelser ut mellan klienter från olika behandlingshem? (3) Hur kan klienternas upplevelser förstås i relation till

vårdgivarnas behandlingsfilosofi? (4) Hur ser eventuella skillnader i upplevelser ut mellan olika typer av inslag av fysisk aktivitet och idrott? (5) Hur är upplevelserna eventuellt kopplade till könsmönster?

Fysisk aktivitet, fostran och socialt arbete

Fysisk aktivitet är ett begrepp med stor spännvidd. Det kan handla om allt från att plocka blåbär i skogen till att tävla i idrott vid ett olympiskt spel. I denna rapport betraktar vi ”fysisk aktivitet” i en något mer specifik betydelse och ansluter begreppet till Engströms (2010:9) definition av ”kroppsövningskultur”. Så här definierar han begreppet: ”Kroppsövningskultur ser jag som en socialt formad verksamhet, en särskilt arrangerad fysisk aktivitet, som inte ingår i förvärvsarbete eller i dagliga göromål i övrigt”. Det är en ganska vid definition som innehåller så skilda aktiviteter som elitidrott, dans, friluftsliv och gymträning etc. Dagliga aktiviteter som t ex städning ingår däremot inte i definitionen. När vi i rapporten talar om ”fysisk aktivitet och idrott” så är det för att tydliggöra att inslaget även innehåller en viss form av idrottsligt tävlingselement, som t ex matcher i innebandy.

Engström (2010) har försökt att beskriva betydelsen av fysisk aktivitet eller ”kroppsövningskultur” utifrån olika logiker. I huvudsak kan praktiker av olika kroppsövningskulturer delas in i tre logiker: *Prestation, träning* och *upplevelse*. Varje kategori av logiker innehåller flera underkategorier. Prestationslogiken handlar främst om idrottslig tävling och rangordning, men det kan också handla om utmaning (t ex att bestiga Mount Everest) och uttryck (t ex balett och akrobatik). Träningslogiken går ut på att fysiskt träna den fysiska prestationsförmågan, dvs. kondition, styrka, rörlighet etc., men det kan även handla om att träna sin rörelse- och koncentrationsförmåga (t ex yoga), att träna sin förmåga att utföra olika färdigheter (t ex hörnslag i bandy) eller att träna för att förbättra sin hälsa eller sitt utseende. Upplevelselogiken handlar om att bedriva kroppsövningskulturer för att roa sig i stunden. Kroppsövningarna utförs som lek och rekreation (t ex innebandy med kompisgänget). Utifrån dessa olika logiker kan man enligt Engström (2010) förstå olika praktiker av kroppsövningar, men också individers olika motiv till att delta i praktikerna. Olika individer kan delta med olika motiv. Till exempel kan en enskild individ som deltar i en praktik av lekfull innebandy med kompisarna inte endast drivas av att få roa sig i stunden (upplevelselogik), utan kan även drivas av en stark ambition att prestera och vinna (prestationslogik). Individers olika motiv för att delta i en kroppsövningspraktik kan skapa problem i form av konflikter. Dessa begrepp blir viktiga i analysen av klienternas upplevelser av fysisk aktivitet och idrott.

Historiskt har mänskliga aktiviteter sannolikt alltid haft inslag av olika typer av fysisk aktivitet, även sådan som inte direkt går att hänföra till ett fysiskt arbete t ex dans, folklekar och olika tävlingar med fysiska inslag (Engström

2010). Mer formaliserade kroppsövningskulturer börjar dyka upp under 1800-talet. I Sverige finns det två viktiga och konkurrerande utvecklingstendenser, dels Linggymnastiken från början av 1800-talet och dels den engelska sporten som börjar dyka upp i slutet av 1800-talet. Linggymnastiken innebar individuell rörelseträning och rörelseutveckling som utfördes i grupp tillsammans med en instruktör. Det handlade om systematisk träning av kroppens funktionsförmåga i ett hälsofrämjande syfte – helt utan tävlingsinslag. Spår av Linggymnastiken menar Engström (2010) står att finna i dagens Friskis & Svettisträning. Successivt har dock den engelska tävlingsidrotten blivit allt mer dominerande och bildar grund för en stor del av dagens tävlingsidrotter. Officeraren Viktor Balck blev viktig för den engelska sportens utveckling i Sverige. Han ingick i den första olympiska kommittén. De mycket framgångsrika olympiska spelen i Stockholm 1912 var viktiga för den engelska sportens etablering i Sverige. Industrialiseringen var samtidigt en viktig förutsättning för utvecklingen av den anglosaxiska sporten. I industriarbetet skedde en tydlig uppdelning mellan arbete och fritid, där fritiden öppnade möjligheter för engagemang i sportaktiviteter. Genom industrialiseringen koncentrerades också människor på mindre geografiska ytor vilket skapade förutsättningar för sport- och tävlingsverksamheter (Engström 2010).

Både Linggymnastiken och den engelska sporten har haft fostrande ambitioner. Linggymnastiken syftade till fysisk fostran med tydliga militära och nationella förtecken. Avseende den engelska sporten och tävlingsidrotten menade den svenske förgrundsgestalten Viktor Balck att idrotten kunde fostra den svenska ungdomen till fosterlandskärlek samt fysisk och moralisk styrka. Balck pekade på idrottens karaktärsdanande funktioner. Ungdomar kunde utveckla egenskaper som mod, viljestyrka, uthållighet, självständighet etc. Via idrotten skulle ungdomar få en sundare livsföring även i fråga om nykterhet och sedlighet (Engström 2010). Historiskt handlade det framförallt om en fostran av män, och även om idrotten idag också riktar sig till kvinnor kvarstår dess tydliga uppdelning mellan män och kvinnor inom tävlingsidrotten, som därmed kan sägas upprätta och reproducera en viss genusordning (Engström 2010; jfr Andreasson 2007; Elias & Dunning 1986; Fundberg 2003). Även idag kan idrotten förstås utifrån samhälls- och kulturreproducerande funktioner, vilket enligt Engström (2010) kan förklara dess popularitet i samhället och dess starka politiska stöd. Den politiska tron på idrottens förmåga att lösa olika sociala problem har varit stor, och anslagen till idrottsrörelsen är betydliga (Norberg 2004). Tidigare har fokus varit på att avhålla ungdomar från kriminalitet och dryckenskap, idag talar man om idrotten som en viktig aktör för folkhälsa och integration (Riksidrottsförbundet 2009).

Idrottsrörelsens historia i Sverige kan kopplas till det sociala arbetets utveckling. Socialt arbete och idrottsrörelsen har växt fram parallellt och i samspel som delar av den moderna välfärdsstaten. Johannisson (1997) har beskrivit hur idén om det ideala samhället som består av friska samhällsmedborgare växte

fram i Sverige under förra sekelskiftet och 1900-talet, och att fysisk aktivitet och idrott blev prioriterade inslag på samhällsagendan genom föreställningar om att sunda individer med sunda kroppar kunde skapa ett sunt samhälle. Socialhygien var en central grund för en rationell befolknings- och hälsopolitik. En stark och livsduglig samhällskropp skulle formas genom samhällsprogram inriktade på hygieniska insatser och fostran av medborgarna. Idrotten skulle bidra till att stärka arbetarklassen och skapa hälsa och sundhet i en miljö som annars präglades av trångboddhet, osunda arbetsvillkor, sjukdomar och alkoholism. I denna process var den Lingska antielitistiska gymnastiken med fokus mot allsidig träning och utveckling av kroppen viktig; en ny kroppskultur utvecklades som var naturnära och som inkluderade simning, cykling och skidåkning; hälsorörelsen var central för att överbrygga de politiska och individuella nivåerna i samhället och idrott blev exempelvis ett obligatoriskt inslag i grundskolan (Johannisson 1997; Lindroth 1988, 1993; Norberg 2004). Det sociala arbetet och dess institutioner var en del i arbetet med att ta sig an kroppen i det samhälleliga fostrans- och reningsprojektet. Det svenska folkhemmet byggdes med en vilja att skapa ett idealt och gott samhälle, vilket också legitimerade tvång och kontroll för att kontrollera och begränsa samhällsgrupper som ansågs motverka denna positiva utveckling (Grunewald 2012; Runcis 1998; Tydén 2002). Människor med alkoholproblem, psykiska sjukdomar eller fysiska handikapp blev samhällsproblem, varför de togs omhand av olika institutioner vars syfte var att korrigera deras beteende och/eller begränsa deras reproduktionsförmåga (Grunewald 2012; Hamreby 2005; Levin 1998; Lundqvist 2007; Nilsson Ranta 2008; Runcis 1998; Tydén 2002). Idrottens och det sociala arbetets samverkande roller i välfärdsstatens utveckling är en viktig bakgrund till vår undersökning av den fysiska aktivitetens betydelse inom missbruksvården idag.

Metod

Urval och genomförande

Studien är kvalitativ och har genomförts vid fyra olika behandlingshem för missbrukare.[1] De olika behandlingshemmen betecknas som Behandlingshem A, Behandlingshem B, Behandlingshem C och Behandlingshem D. Behandlingshem A är ett 12-stegs-behandlingshem och tar emot vuxna män och kvinnor. Behandlingshem B är ett rehabiliteringshem för något äldre missbrukare, både män och kvinnor, där själva behandlingen bygger på ett miljöterapeutiskt synsätt. Behandlingshem C tar endast emot män och arbetar utifrån miljöterapeutiskt förhållningssätt. Även Behandlingshem D arbetar utifrån ett sådant förhållningssätt men tar endast emot kvinnor. Vid samtliga behandlingshem har vi intervjuat av klienter och personal, och vid behandlingshem B, C och D, har vi även genomfört intervjuer med chefer och observationer av behandlingshemmens inslag av fysisk aktivitet. I denna rapport analyseras klienternas upplevelser av den fysiska aktiviteten varför endast materialet från klientintervjuerna och observationerna ingår. Personalens erfarenheter analyseras i en annan rapport (se Mattsson m.fl. 2016).

Behandlingshemmen som ingår i studien har valts för att de på något sätt i informationsbroschyrer, på hemsidor eller på annat sätt har lyft fram att de har inslag av fysisk aktivitet, idrott eller motsvarande. Initialt har vi kontaktat de olika behandlingshemmen och informerat om studien. Vid Behandlingshem B, C och D informerade vi först personalgrupperna och sedan klienterna om studien. En förutsättning för studiens genomförande var att både personal och klienter samtyckte till den, vilket de gjorde. Vid Behandlingshem A kontaktades hemmets kontaktperson som undersökte intresset bland ledning, personal och klienter, och gav sedan besked om att vi fick genomföra intervjuer av personal och klienter, men inte observera själva verksamheten eller dess inslag av fysisk aktivitet. Detta motiverades med att man menade att vår närvaro skulle kunna störa behandlingen och klienterna.

Vid Behandlingshem A fick klienterna möjlighet att frivilligt skriva upp sig på ett anslag. Samtliga intervjuer var individuella. Vid Behandlingshem B, C och D frågade vi efter frivilliga intervjupersoner redan vid våra informationsmöten med klienterna. Vi hade önskemål om att intervjua ett antal klienter individuellt, vilket behandlingshemmen godkände. Behandlingshemmen var behjälpliga i att hitta frivilliga klienter för intervjuer. Vi har både fått förslag från personalen på frivilliga intervjupersoner och vi har själva föreslagit personer som vi varit intresserade av att intervjua. I några fall har vi själva träffat

[1] Studien har finansierats av Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (nuvarande Forte).

överenskommelser med klienter om intervjuer då vi träffats vid observationerna, vilket var sanktionerat av personalen. Samtliga intervjuer genomfördes vid de respektive behandlingshemmen i avskilda grupprum eller avskilt i samlingslokaler.

Vid Behandlingshem A intervjuades fyra klienter (inga observationer genomfördes vid detta behandlingshem). Vid Behandlingshem B intervjuades fyra klienter och observationer genomfördes vid fjorton olika tillfällen. Vid Behandlingshem C intervjuades tre klienter och observationer genomfördes vid tolv olika tillfällen. Vid Behandlingshem D intervjuades två klienter och observationer genomfördes vid sju tillfällen. (Se mer info om Behandlingshemmen och de intervjuade under rubriken *Behandlingshemmen och intervjupersonerna.*)

Intervjuerna och observationerna har genomförts av David Hoff. Forskargruppen består även av Tina Mattsson (projektledare) och Daniel Nilsson Ranta.[2] Observationerna har genomförts när behandlingshemmen haft sina olika inslag av fysisk aktivitet. Det har inneburit att forskaren både deltagit i den fysiska aktiviteten (t ex innebandy, promenad, simning och bowling) och varit med som åskådare (t ex fotboll och volleyboll). Observationerna har även pågått i anslutning till inslagen av fysisk aktivitet och i samband med att intervjuer genomfördes, t ex före i lunchrummet, i transporten till idrottshallar samt efter avslutad aktivitet i gemensamma utrymmen. Vid observationerna har forskaren haft möjlighet att vända sig direkt till både personal och klienter med frågor och för samtal.

Samtliga behandlingshem har varit mycket behjälpliga i att samla ihop personal och klienter vid informationsmöten, intervjuer osv. Vi upplever att vi haft relativt fria tyglar då det gällt val av intervjupersoner och tillfällen för observationer. Behandlingshemmen har därför varit viktiga resurser i genomförandet av studien. Vid behandlingshemmen har man inte haft några speciella önskemål eller satt upp några restriktioner då det gäller intervjupersoner, men vi har naturligtvis varit begränsade till att intervjua personer som haft vilja och intresse av att ställa upp på en intervju.

Behandlingshemmen och intervjupersonerna

Behandlingshem A

Behandlingshem A arbetar utifrån 12-stegsmodellen och tar emot vuxna män och kvinnor (18 år och äldre). Normalt innebär en behandling att klienten är internerad de första 5-6 veckorna i det som kallas *primärbehandling,* för att därefter fortsätta ytterligare ett antal veckor i *förlängd behandling* (ca 12 veck-

[2] Forskargruppen har samarbetat i arbetet med denna rapport. Materialet har samlats in av Hoff som också haft huvudansvar för analys och text; Mattsson har deltagit i analysarbetet och bidragit till texten; Nilsson Ranta har löpande kommenterat analys och text.

or). I den förlängda behandlingen bor man hemma, men deltar i verksamheten. Inslaget av fysisk aktivitet består av (individuell) gym-träning vid en träningsanläggning i närheten två gånger i veckan för de klienter som deltar i primärbehandlingen. I den förlängda behandlingen ansvarar klienterna själva för eventuell fysisk aktivitet. Inslaget är obligatoriskt i primärbehandlingen, men för de klienter som inte vill eller kan delta finns det möjlighet att i stället gå en långpromenad. Intervjupersonerna består av en kvinna och tre män och betecknas A1-A4.

Behandlingshem B

Behandlingshem B är ett hem för rehabilitering och tar emot vuxna män och kvinnor (30 år och äldre). Männen var i klar majoritet bland klienterna vid Behandlingshem B vid den tidpunkt då studien genomfördes. Behandlingen bygger på ett miljöterapeutiskt förhållningssätt. Vid tillfället då studien genomfördes var en relativt stor del av klienterna äldre (ca 55+). Inslaget av fysisk aktivitet innebar obligatoriskt deltagande i bollsport eller promenad en gång i veckan. Utöver detta fanns det även möjlighet att delta i bowling en gång i veckan samt att på helger besöka t ex en simhall. Intervjupersonerna som består av en kvinna och tre män benämns B1-B4.

Behandlingshem C

Behandlingshem C är en miljöterapeutisk institution för vuxna män (20 år och äldre). När studien genomfördes var flera av männen i dryga 20-årsåldern, och de flesta var under 55 år. Vid detta behandlingshem hade man obligatorisk fysisk aktivitet två gånger i veckan. Olika typer av bollsporter genomfördes efter samråd med klienterna, och för de som inte kunde delta i detta (t ex på grund av sjukdom) fanns alternativet promenad. Det fanns också ett tillfälle i veckan då man hade möjlighet att delta i någon form av fysisk aktivitet. Det kunde vara bowling eller ”laserdome”. Tre personer intervjuades och de betecknas C1-C3.

Behandlingshem D

Behandlingshem D är ett miljöterapeutiskt behandlingshem för vuxna kvinnor (20 år och äldre). Man hade obligatorisk fysisk aktivitet en gång i veckan, som vid tidpunkten för genomförandet av studien bestod av (individuell) gym-träning på en träningsanläggning. Promenaden var ett valbart alternativ. Vid tillfället då studien genomfördes var klienterna relativt unga (20-25 år). Intervjupersonerna är två till antalet och benämns D1 och D2.

Material och analys

Intervjuerna som genomfördes varade i allmänhet mellan knappt en timme och två timmar. Samtliga intervjuer spelades in och transkriberades ordagrant och utgör den större delen av det empiriska materialet. Vid observationerna har det förts fältanteckningar. Dessa utgör en mindre del av materialet, men observationerna har varit värdefulla för att få en bättre förståelse för vad som fångades i intervjuerna, och har dessutom bidragit till nya frågor att ställa till intervjupersonerna. Observationerna har även gjort forskaren känd bland personal och klienter, vilket underlättat i kontakter och intervjuer, samt skapat gemensamma referenspunkter att samtala om. I direkt anslutning till observationerna fördes kortfattade fältanteckningar (jfr Bryman 2011).

Materialet har bearbetats och analyserats i flera steg. Eftersom området i princip är outforskat så har analysen inletts med att skapa några övergripande teman i relation till inslaget av fysisk aktivitet. Det första handlar om hur organisationerna har lagt upp inslaget med fysisk aktivitet (tema 1: Bakgrund och upplägg), det andra behandlar hur man tänker kring inslaget och konkret använder det i behandlingen (tema 2: Användning av FYS). Viktigt har också varit att få klarhet i klienternas upplevelser av den fysiska aktiviteten (tema 3: Klienters upplevelse av FYS), samt även deras omdöme och synpunkter på inslaget av fysisk aktivitet (tema 4: Synpunkter på FYS). Denna rapport fokuserar på de två sist nämnda temana – klienternas upplevelser av och synpunkter på den fysiska aktiviteten (jfr Mattsson m.fl. 2016).

I intervjuerna har vi ställt flera olika frågor som rör klienternas upplevelser av inslaget. I bearbetningen av materialet har samtliga citat från intervjuerna samt fältanteckningarna som berör klienternas upplevelser av och synpunkter på den fysiska aktiviteten sammanställts under de två övergripande temana *Upplevelse av fysisk aktivitet och idrott i behandlingen* och *Synpunkter på inslaget av fysisk aktivitet.* I nästa steg har vi ”underifrån” letat efter olika typer av *upplevelser* som vi samlat under sex olika teman (jfr Rennstam & Wästerfors 2011). Dessa utgör också rapportens underrubriker i ”upplevelse-temat” i analysen. Materialet om klienternas *synpunkter* är betydligt mindre omfattande och har endast placerats i det övergripande temat, som också utgör rubriken i rapportens resultatdel. Vi har alltså inte haft några färdiga teoretiska eller andra teman, utan temana har skapats utifrån materialet. Teori- och begreppsval har gjorts efter, och i relation till, den inledande bearbetningen. I analysen bygger temana både på upplevelser som flera klienter berättat om och upplevelser som enstaka klienter rapporterat. Att vi även lyfter fram teman som endast framträder i enstaka berättelser är för att vi betraktat dessa som intressanta att lyfta fram, dels på grund av att de kan stå för något oväntat som vi bedömer kan säga ganska mycket om hur olika klienter kan uppleva en aktivitet, och dels för att synliggöra att klienter kan uppleva saker som ligger långt ifrån det initiala syftet med aktiviteten (jfr Rennstam & Wästerfors 2011).

Redovisning av citat och observationer

Vi har avidentifierat forskningspersonerna och behandlingshemmen, och benämner dem med behandlingshemmets bokstavsbeteckning (A, B, C, eller D) och en siffra (1-4). Övriga personer som nämns i intervjuerna och även platser benämns N.N. inom [parentes]. I några fall beskriver vi istället inom parentes vad som åsyftas (t ex: [Rekreationsområde]). Citaten har endast genomgått små språkliga förändringar. I huvudsak handlar det om att vi tagit bort ”hummanden” eller uttryck som kan göra citatet svårt att förstå. När vi redovisar tre punkter: ”…” står dessa för pauser eller ”hummanden” eller bekräftelseord från intervjuaren (”ja”, ”mm”). I början och i slutet av en mening symboliserar de tre punkter att vi utelämnat den del meningen som kommer före eller efter punkterna. I övrigt följs vedertagna normer vid återgivande av intervjucitat (t ex: ”/.../” för att markera att vi tagit bort flera ord eller meningar i ett långt citat.) Fältanteckningar eller samtal utanför intervjusituationen markeras speciellt (Observation, Behandlingshem, Datum).

Forskningsetik

Studien är prövad och godkänd av Regionala Etikprövningsnämnden i Lund (Dnr. 2012/68). Vid Behandlingshem B, C och D har vi vid ordinarie möten med klienterna och personalen fått utrymme att informera om studiens syfte, tillvägagångssätt, frivillighet, konfidentialitet och nyttjande av forskningsresultaten. I samband med dessa möten inhämtade vi ett samtycke till studien. Vid intervjuerna har intervjupersonerna informerats ytterligare en gång om ovanstående forskningsetiska principer, och fått ge sitt skriftliga samtycke till intervjun. Vid Behandlingshem A sköttes information via kontaktpersonen vid behandlingshemmet, som förankrade studien hos ledning, personal och klienter. Även vid Behandlingshem A informerade vi om studien och de forskningsetiska principerna och inhämtade skriftlig samtycke av forskningspersonerna inför intervjuernas genomförande. I rapporten avidentifieras såväl behandlingshemmen som de intervjuade klienterna för att skydda forskningspersonernas integritet.

Metoddiskussion

Vi bedömer att vi lyckats ge en empiriskt väl underbyggd beskrivning och analys av klienternas upplevelse av och synpunkter på inslaget av fysisk aktivitet och idrott. Det som möjligen kan betraktas som ett problem i studien är att de flesta intervjupersonerna i studien har varit positiva eller mycket positiva till inslaget av fysisk aktivitet. Det finns en risk att vi inte i tillräckligt stor utsträckning lyckats fånga berättelser från klienter som är kritiska till inslaget eller som har negativa upplevelser av inslaget. Samma sak då det gäller klienter som

är likgiltiga avseende inslaget. Det ligger i sakens natur att personer som känner engagemang och intresse för en fråga är lättare att värva till intervjuer. Personer som är ointresserade av en fråga har ofta inte intresse av ett bli intervjuad. Möjligen kan man tänka sig att kritiska klienter skulle vilja göra sin röst hörd, men eftersom inslaget ändå inte är så genomgripande, särskilt för de som endast promenerar under den fysiska aktiviteten, så misstänker vi att det inte upplevs som något angeläget problem att dryfta. Vi har också ansträngt oss att vid observationerna försöka prata med individer som inte verkade vara lika entusiastiska som flertalet, och det har också gett vissa resultat som framkommer nedan i resultatdelen. Vi har även uppmanat personal att försöka att välja ut även personer som inte är lika roade av inslaget (vilket gav viss utdelning). Med detta sagt vill vi ändå poängtera att det är nog så viktigt att nå de personer som ger inslaget vikt och relevans om man ska ha en chans att kunna förstå inslagets möjliga betydelser för klienter i behandling, och det sammantagna intrycket från observationerna och intervjuerna är ändå att de positiva berättelserna dominerade.

Behandlingshemmens personal och chefer har varit mycket tillmötesgående och behjälpliga vid praktiska frågor, vilket underlättat genomförandet av studien. Vi har inte upplevt att personal eller chefer försökt styra insamlingen av material. Vi har uppfattat att det har funnits ett genuint intresse av att få inslaget av fysisk aktivitet undersökt, och inte minst av att få en mer systematisk och neutral undersökning av hur klienterna upplever inslagen. Orsaken till detta kan vara att dessa behandlingshem lägger relativt stor prioritet på fysisk aktivitet i behandlingen, och att det som sagt saknas kunskap om fysisk aktivitet inom olika typer av behandlingsverksamhet. Det som finns att luta sig mot är forskning om fysisk aktivitet mer generellt – att det är bra för hälsan, framförallt fysiskt, även om de psykologiska positiva effekterna också börjat uppmärksammas. Men hur det ser ut i en specifik kontext som inom institutioner för missbruksbehandling vet vi inte så mycket om.

Resultat

I klienters beskrivningar av sina *upplevelser* av fysisk aktivitet i behandlingsverksamheterna framkommer en del olika uppfattningar. I allmänhet ger de intervjuade klienterna uttryck för positiva upplevelser av fysisk aktivitet som behandlingsinslag. De pekar på flera olika anledningar till detta. Det går att se vissa grundläggande skillnader mellan klienter vid de olika behandlingsinstitutionerna, även om vissa upplevelser återfinns vid samtliga institutioner. De mönster som framträtt i materialet har delats in i följande teman av upplevelser: *Fysisk aktivitet skapar lust och glädje; Fysisk aktivitet – ett sätt att ta hand om sig själv; Fysisk aktivitet som ett värdefullt avbrott från behandlingen; Social integration genom idrott och fysisk aktivitet; Fysisk aktivitet som hjälpmedel mot olika problem; Negativa upplevelser av den fysiska aktiviteten.* Temana behandlas var för sig under varsin rubrik, och därefter går vi över till att redovisa klienternas synpunkter på och värderingar av behandlingshemmens inslag av fysisk aktivitet i kapitlet *Synpunkter på inslaget av fysisk aktivitet.*

Upplevelse av fysisk aktivitet och idrott i behandling

Fysisk aktivitet skapar lust och glädje

En stor del av klienternas upplevelser handlade om att den fysiska aktiviteten skapade lust och glädje. Detta är en typ av upplevelse som det berättades om bland klienter vid samtliga behandlingshem. Klienternas beskrivningar av lust och glädje har vi tolkat som upplevelser som är ”inåtriktade” mot den egna känslan i kroppen och psyket (t ex att man beskriver en känsla av upprymdhet vid den fysiska aktiviteten) och upplevelser som är ”utåtvända” mot situationen, spelet (idrotten/sporten), det sociala samspelet och kollektivet (t ex att man beskriver att det är mycket skratt och skoj under spelet).

Vi börjar med att redovisa de inåtriktade upplevelserna. Klienterna beskrev att de mådde bättre, blev på bättre humör, kände sig gladare, kände lust, kände sig upprymda, tyckte att det kändes härligt, upplevde harmoni, kände sig piggare och fick mer energi och bättre kondition, upplevde den fysiska aktiviteten som befriande, fick mer självkänsla, kände att man längtade efter träning, upplevde att man hittat ett intresse osv. Följande citat belyser de inåtriktade upplevelserna från fyra klienter, från de olika behandlingshemmen:

> …jag känner ju att…jag mår bättre både fysiskt och psykiskt, jag får återhämta mig…(A1)

Samma intervjuperson beskrev sina känslor inför den fysiska aktiviteten på följande vis:

> …mer och mer glädje, jag fylls av en lustfylld känsla…(A1)

———

Ja det känns befriande liksom. Det är skönt för kroppen. (B3)

———

…jag känner att jag har blivit mycket piggare alltså. Inte för att det, alltså…jag behöver nog mer fysisk träning i mig själv så att säga men. Det är ju en jävla bra grund och stå på…(C2)

———

…jag mår väldigt bra dels att jag har tröttat ut kroppen fysiskt, att jag känner mig lugnare, avslappnad... (D2)

Intressant att notera är att de inåtriktade upplevelserna av fysisk aktivitet främst handlade om ”*psykiska* upplevelser” (upprymd, harmoni, lugn, tankar skingras osv) och endast till liten del av dem handlade om ”*fysiska* upplevelser”, som t ex upplevelse av att bli fysiskt starkare, av att få bättre kondition eller av att lyckas rehabilitera fysiska skador. De få undantag som ändå fanns handlade om att klienterna upplevde att de orkade mer, fick bättre kondition, fick mer energi, att de tröttade ut kroppen, att de kom i form tack vare den fysiska aktiviteten, men sammantaget var det de psykiska upplevelserna som tydligt dominerade i klienternas berättelser.

Det vi definierar som utåtvända upplevelser kretsade kring upplevelser som involverade den sociala omgivningen, och att klienterna uppskattade spelet och tävlingen. Klienterna talade om att det är skratt och skoj, att det är kul, att spelet är hjärtligt men hårt, att det visas respekt för varandra och fair play, att det är bra att personalen är en i mängden, att det är en ”kick” att dribbla av personalen, att det är roligt att se personalen kämpa. Här är ett citat som visar hur det kunde låta:

…jag älskar att spela bandy och jag älskar spela badminton och jag älskar att spela volleyboll och jag älskar att spela, ja allt med boll. (B1)

Det var också tydligt vid observationerna att tävlingsmomentet var viktigt för flera av klienterna. Vikten att vinna och spänningen i tävlingsmomentet inkluderar vi också i de utåtvända upplevelserna.

Samtliga utsagor som vi betraktar som utåtvända kommer från Behandlingshem B och C. Vid Behandlingshem A pratade klienterna inte alls i dessa utåtvända termer, inte heller vid Behandlingshem D.

Det finns alltså synbara skillnader mellan de olika behandlingshemmen. Behandlingshem A (12-steg, män och kvinnor) och Behandlingshem D (miljöterapi, kvinnor) gav i större utsträckning uttryck för de inåtriktade upplevelserna, och vid Behandlingshem C (miljöterapi, män) talade klienterna förhållandevis mer om de utåtvända upplevelserna. Vid Behandlingshem B (rehabilitering, miljöterapi, män och kvinnor) gick upplevelserna åt båda håll men med övervikt åt det utåtvända hållet. Vi tolkar klienternas berättelser i relation till

tre olika aspekter. Den första är behandlingsformen, den andra är könsmönster, och det tredje är utformning av fysisk aktivitet (individuell eller kollektiv). 12-stegsmodellen är mer individuellt orienterad medan miljöterapin i större utsträckning bygger på en kollektiv behandlingsidé, där personalen också betraktade den fysiska aktiviteten som relationsbyggande. Detta kan förklara skillnaderna mellan Behandlingshem A, där klienterna inte redovisade några utåtvända upplevelser, och de övriga behandlingshemmen som är miljöterapeutiska och använder sig av en kollektiv behandlingsform som öppnar för mer utåtvända upplevelser. Att klienterna vid det miljöterapeutiska behandlingshemmet (D) för kvinnor inte rapporterade utåtvända upplevelser behöver dock förklaras på annat sätt. För att förklara detta menar vi att det blir relevant att lyfta fram könsaspekten. De intervjuade männen gav uttryck för mer utåtvända upplevelser och kvinnorna som intervjuades gav uttryck för mer inåtriktade upplevelser.

Den mest genomgripande aspekten avseende huruvida klienterna gav uttryck för inåtriktade respektive utåtvända upplevelser var dock utformningen av den fysiska aktiviteten. Vid Behandlingshem A och D där de inåtriktade upplevelserna var vanligast bestod träningen av individuell gymträning.[3] Vid Behandlingshem B och C, där klienterna rapporterade mest utåtvända upplevelser bestod den fysiska aktiviteten i huvudsak var olika former av (kollektiva) lagsporter. Vi kan alltså se ett samband mellan inåtriktade upplevelser och individuell träning och mellan utåtvända upplevelser och kollektiv bollsport.

Frågan är om informanternas upplevelser kan förstås utifrån de olika logiker som Engström (2010) menar kännetecknar olika praktiker av kroppsövningar, dvs. *prestation* (tävling och rangordning), *träning* (för att utveckla färdigheter och hälsa) och *upplevelse* (lek och rekreation) (se ovan *Fysisk aktivitet, fostran och socialt arbete).* Engströms (2010) uppdelning syftar till att försöka synliggöra olika handlingsprinciper och meningsbärande element för olika typer av kroppsövningskulturer (olika typer av fysisk aktivitet). De olika logikerna är inte kopplade till olika idrotter, utan en idrott som t ex innebandy kan man tävla i (prestationslogik), precis som man kan spela innebandy för att bli bättre eller för att få en bättre hälsa (träningslogik), och precis som man kan spela innebandy med kompisgänget för rekreation och glädje helt utan prestations- eller träningsambitioner (upplevelselogik). Samma fysiska aktivitet, t ex innebandy vid en missbruksinstitution, kan också ha olika innebörd för olika individer. Någon spelar enbart för att vinna, någon ser innebandyspelet som en träningsform för att t ex gå ner i vikt, och någon kan betrakta innebandyspelet utifrån en upplevelselogik – man spelar för att känna lust och glädje i stunden. I denna analys är vi intresserade av klienternas perspektiv och deras upplevelse och tolkningar av den fysiska aktiviteten och hur dessa uppfattningar eventuellt hänger ihop med de olika kroppsövningslogikerna, eller om klienterna upplever missbruksinstitutionernas inslag av fysisk aktivitet utifrån helt andra logiker.

[3] Vid Behandlings D var dessutom klienterna så få då studien genomfördes att det inte hade varit möjligt att genomföra någon lagidrott.

När det gäller detta tema så verkar det inte i första hand handla om *träning,* utan om *upplevelse* och i viss mån *prestation*. Prestations- och träningslogiken menar Engström (2010) bygger på ett investeringstänkande. Man presterar bra för att vinna en tävling och för att rangordnas högt, och man tränar för att t ex utveckla sin styrka och prestationsförmåga, men det kan även handla om att man tränar för att man vill gå ner i vikt, uppnå en bättre hälsa eller få en vackrare kropp. Utifrån upplevelselogiken är istället upplevelsen av praktiken eller den fysiska aktiviteten det som är i fokus, den ska inte leda till något utöver aktiviteten. Själva upplevelsen av den fysiska aktiviteten uppfattas som praktikens mening. Syftet med kroppsövningspraktiken utifrån upplevelselogiken är att verksamheten i stunden ska vara lustfylld och engagerande. Den viktigaste underkategorin till upplevelselogiken är *lek och rekreation,* och till denna kategori menar vi att informanternas upplevelser av den fysiska aktiviteten som skapande av lust och glädje kan kopplas. Utifrån denna logik är det meningsbärande elementet att roa sig för stunden. Det är processen som är viktig och inte resultatet, och rangordningsprincipen är av underordnad betydelse eller saknar helt betydelse. Lek och rekreation ger en spänning och avkoppling där kampmomentet *kan* vara ett viktigt inslag. Och just kampmomentet verkade ha en betydelse för informanternas utåtvända upplevelser (t ex att spelet är hjärtligt men hårt).

När det gäller de behandlingshem (B och C) där kollektiva bollsporter var det huvudinslaget av fysisk aktivitet var upplevelselogiken tydlig, men vi kunde också se att rangordningsprincipen hade viss betydelse. För en del informanter var det angeläget att vinna matchen och att göra mål, och i intervjuerna framkom att det fanns många ”vinnarskallar” framförallt vid Behandlingshem C, som också ibland kunde leda till konflikter. Det är uppenbart att en del av informanternas upplevelser genomsyrades av denna prestationslogik, men vår tolkning är ändå att lek- och rekreationslogiken (inom upplevelselogiken) var den genomgående vanligaste av de utåtvända upplevelserna. När det gäller de inåtriktade upplevelserna är även de präglade av lek- och rekreationslogiken. De är präglade av lust, engagemang och avkoppling, men inte så mycket av spänning och kampmoment. Det handlade snarare om en form av psykologiska upplevelser, som egentligen inte betonas i Engströms (2010) uppdelningen av kroppsövningars olika logiker.

Fysisk aktivitet – ett sätt att ta hand om sig själv

Vid ett av behandlingshemmen, Behandlingshem A, pratade en av klienterna mycket om hur han upplevde inslaget av fysisk aktivitet som ett sätt att ta hand om sig själv. Resonemanget gick ut på att han tidigare inte respekterat sin kropp, han hade misshandlat den på olika sätt, främst genom att konsumera alkohol och droger. Den fysiska aktiviteten handlade om motsatsen, att vårda och stärka sin kropp – att respektera sin kropp. Så här uttryckte han sig vid fyra olika tillfällen i intervjun:

> (1)…för min del, jag tycker det bidrar för jag är plötsligt snäll mot mig själv, när jag tränar./…/ (2)…för jag tog inte hand om mig själv i missbruket. Jag skippade mat och motion, jag cyklade bara för att, på nätterna, för att stjäla och sånt bara i princip, men däremot så tycker jag att det ger mig, det ger mig självförtroende också, men det stärker mig också för att jag, jag ser det som att jag gör mig en tjänst, när jag tränar./…/ (3)…för behandlingen, är ju så här, det är ju så här att man ska komma till insikt om att man har kontrollförlust av livet va, det är det första här va, men sen så ska man bygga upp sig, och bygga upp sig mentalt det innebär för mig också, man bygger upp sig fysiskt, det är viktigt också./…/ (4) Det handlar om självrespekt också, och välbefinnande, man respekterar sin kropp, och jag har ju skjutit i mig, sprutat i mig en massa narkotika och sånt skit i min kropp, och ätit dåligt och nästan letat bland sopor och sånt, nästan alltså, så jag behöver ju tillföra min kropp bra grejor va, för att må bra va. (A4)

Det var framförallt denna klient som betonade den här typen av upplevelse, vilken verkar vara en tydlig återspegling av den 12-stegsfilosofi som hans behandling vilar på. Följande står att läsa på behandlingshemmets hemsida om syftet med den fysiska aktiviteten (inslaget av fysisk aktivitet benämns som *Friskvård* vid denna institution): ”Syftet är att…och att ta hand om sig själv...”

Flera av klienterna vid Behandlingshem A talade om att skapa balans i livet, och att inte överdriva åt något håll, t ex inte överdriva träning och gå in i ett träningsmissbruk. Klienterna talade även om att hitta en balans mellan kropp och själ, där 12-stegsfilosofin mer betraktades som en behandling av själen och den fysiska aktiviteten som en behandling av kroppen. Klienterna betonade vikten att få ihop olika delar i livet som t ex mat, träning, familj, arbete, andlighet osv, men även kultur och musik som en klient tar upp. Den fysiska aktiviteten blir central i detta tankesätt, men även den massage som erbjöds vid behandlingshemmet. Det blir dessa inslag i behandlingen som tydligast representerar kroppen i dualismen kropp och själ och i att hitta en balans mellan den ”yttre” och den ”inre personen”. Den fysiska aktiviteten blir en viktig pusselbit i att skapa harmoni och balans mellan det själsliga *och* det kroppsliga, vilket också var några av klinternas upplevelse av den. Dessa resonemang verkar hänga ihop med tanken på att ta hand om sig. Så här uttrycktes det av samma klient som citerades ovan:

> Det är sånt vi lär oss här va, om vår inre människa, vi lär oss att vi har en sjukdom, vi har gjort såna här saker pga. att vi har en sjukdom, det är ju det vi lär oss, och att kunna arbeta med vår skuld och skam va, och jag menar då får man även vara rädd om sin yttre människa, inte bara sin själ, även sin kropp, om man säger så, det hänger ihop va, det är så va, det kan man missa ibland, det kan jag känna. (A4)

Denna föreställning och upplevelse av fysisk aktivitet kan även kopplas till den kanske viktigaste av idrottsliga dygder – ”en sund själ i en sund kropp”, dvs. kropp och själ hänger ihop. Detta är en utgångspunkt som det torde vara lätt

att koppla till personer som varit inne i ett omfattande alkohol- och/eller narkotikamissbruk och som sannolikt har upplevt hur, inte bara psyket eller själen påverkats av missbruket utan även kroppen i form av skador och sjukdomar. Resonemang om att ta hand om sig själv och sin kropp är mer ovanliga vid de andra behandlingshemmen, vilket understryker det vi ovan visat när det gäller upplevelsen av lust och glädje vid fysisk aktivitet, nämligen att behandlingsfilosofin verkar ha ett betydande inflytande över hur klienterna upplever och talar om inslaget av fysisk aktivitet.

Detta tema kan inte utan vidare förstås i relation till Engströms (2010) beskrivna logiker av kroppsövningskulturer. Upplevelsen handlade inte om prestation, och frågan är om upplevelsen kan förstås utifrån en tränings- eller upplevelselogik. Möjligen kan upplevelsen tolkas som en träningslogik. Den informant som framförallt pratade om denna upplevelse pekade på att han tidigare hade misskött sin kropp, och nu ville han ta hand om den, respektera den och bygga upp den igen, dvs. han ville inte bara bygga upp sin ”inre människa” och sitt psyke som framförallt 12-stegsbehandlingen gick ut på, utan han ville även bygga upp sin kropp sin ”yttre människa” och kropp. Delarna hängde ihop betonade han. Och för att bygga upp sin kropp tränar man. Träning har enligt Engström (2010) inget egenvärde utan ett instrumentellt värde. Man vill uppnå något med träningen, och det ville också denna informant – han ville bygga upp sin kropp, och när han gjorde det stärktes hans självrespekt, självförtroende och hälsa.

Fysisk aktivitet som ett värdefullt avbrott från behandlingen

Ytterligare en upplevelse av den fysiska aktiviteten som utmärker Behandlingshem A var att klienterna såg den fysiska aktiviteten som ett värdefullt avbrott från själva behandlingen. Detta indikerar att de ser fysisk aktivitet som ett inslag som ligger utanför 12-stegsbehandlingen, att inslaget lever sitt eget liv och är ett komplement till själva behandlingen. Följande berättades av klienterna:

> Ja det är väldigt positivt tycker jag, jag hade nog inte, för vi sitter ju väldigt mycket, det är ju möten hela morgonen och gruppterapi, gruppterapier hit och samtal dit, så allting vi gör det gör vi sittande liksom, man förflyttar sig mellan grupprummen och…sofforna fåtöljen helt enkelt, så jag tror det är väldigt viktigt…/…/…man får liksom den här timmen på sig, man stänger ju av på något sätt ju, från allt det här som pågår här, för det är väldigt intensivt…psykisk press på en här, det är ju tolvstegsprogrammet, dom vänder ju ut och in på huvudet på en och får en att gå in på ens negativa beteenden och liknande va, så det är faktiskt skönt…/…/. I runda slängar är det helt enkelt att man kommer iväg, får koppla ifrån en bit så att säga, koncentrera sig på någonting annat, efteråt det så mår man ju bra rent fysiskt också, man är lite piggare, man är mer på alerten, och är med på vad ska man säga så, rör man inte på sig så går man mest runt som en zombie. (A2)

> …vi sitter jättemycket om dagarna i behandling, vi har långa gruppsessioner ibland, ibland sitter vi kanske upp till sex till åtta timmar, då måste man röra sig…hjärnaktiviteten…jag slutar att fungera, efter två timmar är jag helt slut, och det gör att min prestation i gruppsessionerna blir sämre, så det finns inga negativa effekter. /…/ Ja det lossnar ju när man tränar, jag är ju betydligt mer mottaglig och avslappnad i behandling ifall jag får röra mig, tillgodose kroppens naturliga dos av…det är ett behov alla har, jag har ett behov av att röra mig…(A3)

———

> Nä jag tror, för mig var det ju när jag kom in där inne [i primärbehandlingen] va, så var det ju, det var ju ännu hårdare program, än här inne [i förlängd behandling], det var ju ännu mer, flera programpunkter på dagen va. Jag tror ändå att fysiska aktiviteten där inne, gjorde nog att jag orkade med det också, att jag orkade med dom här alla punkterna, va, det tror jag nog att det hade en viss påverkan på mig i alla fall, det hade det. (A4)

Vid de andra behandlingshemmen fanns det enstaka uttalanden som också indikerade att inslaget av fysisk aktivitet var ett viktigt avbrott från behandlingen. En klient vid Behandlingshem D berättade följande:

> Alltså, jag vet inte, ja, det känns bara som att man kan stänga av allt annat en liten stund. När man är där. Och ja, man är där som en, vilken annan människa som helst. (D1)

Det verkar även handla om att få vara en ”vanlig” människa för en stund, att komma bort från missbrukar- och klientidentiteten. Vid observationer av den fysiska aktiviteten vid Behandlingshem B, noterades följande utifrån samtal med en av klienterna:

> När jag pratar med ”intervjuperson B4” i matsalen innan vi ska åka, så säger han att han följer med på allting, all aktivitet, mest för att komma bort från behandlingshemmet. (Observation Behandlingshem B, 3 mars 2013)

Det som skiljer Behandlingshem A från de övriga behandlingshemmen är att denna typ av upplevelse är klart mer uttalad och vanligt förekommande i intervjuerna med klienter vid Behandlingshem A. En annan skillnad är att man betraktar den fysiska aktiviteten som (delvis) skild från 12-stegsbehandlingen vid Behandlingshem A, vilket antyds när klienterna betonar vikten av fysisk aktivitet för att orka med själva behandlingen. Detta skiljer sig från de tre miljöterapeutiska behandlingshemmen, där det var klart uttalat från ledning och personal att inslaget av fysisk aktivitet var en del i behandlingen, och det var även så klienterna talade om det (jfr Mattsson m.fl. 2016). Men det ska också sägas att det framkommer lite olika uppfattningar i materialet från Behandlingshem A, huruvida inslaget av fysisk aktivitet är en del i behandlingen eller ett komplement till den. Personalen uttrycker i huvudsak att den fysiska aktiviteten är ett komplement till 12-stegsbehandlingen, medan klienterna i större

utsträckning ser det som ett inslag i behandlingen (även om de uttryckte att den fysiska aktiviteten var ett viktigt avbrott från behandlingen). Detta kan ses som en akademisk fråga då inslaget hursomhelst var obligatoriskt, men klienterna var överens om att den fysiska aktiviteten var ett värdefullt bidrag till behandlingen på så vis att inslaget gav bättre förutsättningar för 12-stegsbehandlingen i och med att de bättre orkade följa denna tack vare de fysiska inslagen. Detta tema kan inte beskrivas utifrån Engströms (2010) kroppsövningslogiker – prestation, träning eller upplevelse. I temat får den fysiska aktiviteten ett indirekt värde. Den fysiska aktiviteten blir viktig som ett avbrott i förhållande till behandlingens föreläsningar och gruppmöten. Enligt informanterna får den också ett indirekt värde genom att de efter inslaget av fysisk aktivitet blir piggare och mer alerta och därmed kan de delta mer aktivt i behandlingen i form av föreläsningar och gruppmöten.

Social integration genom idrott och fysisk aktivitet

En tydlig upplevelse av inslaget av fysisk aktivitet som framkom endast vid ett av behandlingshemmen, Behandlingshem C, var att det skapade en sammanhållning mellan klienterna, en social gemenskap. Så här uttryckte en klient det:

> ...Jag tycker att vi lär känna varandra bättre va. Och, och man kan…ja…ja du vet det där formella läggs åt sidan. Det blir mer på lika villkor…men jag tycker det blir en bättre stämning på hela kollektivet, hela situationen blir mycket bättre. Jag har mycket lättare att prata med dem efteråt, alltså i gruppen…(C2)

Och sammanhållning som skapas vid de fysiska aktiviteterna gav också en trygghet för samma klient:

> …jag tycker jag har blivit bättre i psyket. Du vet innan när jag kom hit så tänkte jag, åh herregud ska vi sitta så många i en grupp och prata, usch då vågar jag aldrig säga något. Men nu har jag ju till och med vågat öppna möten, alltså öppna grupperna och ja, berätta om mig själv, hur jag känner och ja. Ja det tycker jag inte…jag, jag tycker det har blivit mycket, mycket bättre, faktiskt. /…/ Ja man känner sig lugnare, man känner sig, man känner såhär att…Ja man behöver inte låsa dörren här när man känner folket liksom, man vet att de inte stjäl för en liksom och du förstår; innan, när man börjar, är ny här så låste man dörren och stängde fönstret och det, och man tänkte åh bara det inte är såna jävlar här som snor va. Men det är det inte längre. Okej det har väl varit det här innan men inte när jag har varit här men sånt, man lär känna folket liksom. (C2)

Det är framförallt en klient som lägger så avgörande vikt vid sammanhållningen och tryggheten, men vikten av dessa frågor och social integration som en viktig effekt av inslaget av fysisk aktivitet kan även utläsas i andra klienters uttalanden. Så här berättade en annan klient:

> …och det är bra för kollektivet att, man kommer mer in i kollektivet om man är på fyserna, så. Lär känna folk på ett annat sätt också. (C1)

Även en klient som av hälsoskäl inte kunde delta i de ordinarie fysiska aktiviteterna, utan istället deltog i promenaden, som var det stående alternativet för klienter som inte kunde delta i den ordinarie fysiska aktiviteten, hade hört talas om den gemenskap som fanns under sportandet. Det talar för att denna uppfattning om den fysiska aktiviteten var utbredd.

Den typ av fysisk aktivitet som åsyftades när klienterna talade om sammanhållning och trygghet var utövandet av olika bollsporter, främst lagsporter, och inte fysisk aktivitet i form av promenad. Upplevelsen av den fysiska aktiviteten som socialt integrerande är en upplevelse som det inte uttryckligen pratas om vid något av de andra behandlingshemmen (A, B, D), och därför kan vi misstänka att det finns två centrala aspekter som kan förklara varför Behandlingshem C sticker ut: typen av fysisk aktivitet (lagsport) och könsmönster – samtliga klienter vid institutionen var män, och flera av männen var yngre män (20-30 år). Det miljöterapeutiska förhållningssättet spelar förmodligen också roll, framförallt idéerna om att göra saker kollektivt och att klienter och personal ska göra saker tillsammans, men å andra sidan är detta inte en tillräcklig förklaring eftersom de andra miljöterapeutiska institutionerna inte uppvisade samma mönster – och då är vi tillbaka på de första förklaringarna: typ av fysisk aktivitet och könsmönster. Det är inte så svårt att föreställa sig att lagsport ger bättre förutsättningar för att skapa gemenskap och social integration i en grupp (även om den också kan skapa utslagning och konflikter). Könsaspektens betydelse är svårare att klargöra, men en möjlig tolkning är att idrott och lagsport är ett sätt att umgås, finna vänner och skapa sammanhållning som åtminstone har varit vanligare bland pojkar och män än bland flickor och kvinnor. Historiskt har idrott varit ett manligt projekt, även om idrott idag också riktar sig till kvinnor och flickor (Elias & Dunning 1986; Engström 2010). Flera av de manliga klienterna hade varit idrottsligt aktiva inom lagsport tidigare, och detta kan ge en trygghet, man vet vad det handlar om och hur man ska förhålla sig.

Även detta tema blir svårt att tolka utifrån Engströms (2010) logiker. Det handlar inte om prestation, inte om träning och inte om upplevelse. Det handlar även i detta fall om ett indirekt värde av den fysiska aktiviteten. Klienterna upplevde att inslaget av fysisk aktivitet var till hjälp och stöd i processen att lära känna sina medklienter och personalen, därigenom upplevde de en större trygghet och tillhörighet.

Fysisk aktivitet som hjälpmedel mot olika problem

Upplevelsen av att den fysiska aktiviteten hjälper mot olika psykiska och fysiska problem förmedlades av klienter vid samtliga behandlingshem i studien. I intervjuerna talade flera klienter om hur inslaget av fysisk aktivitet hjälpte mot ”drogsug”, rastlöshet och ångest. Så här uttalade sig några klienter:

B1: Jag blir av med springet i benen och jag blir av med oron, jag blir av med ångesten. Ja jag blir av med allt tänkande på droger och sprit när jag koncentrerar mig på sporten. Och den kicken sitter liksom i. Har det varit en bra match så, i en match och, och varit roligt att spela så sitter det i faktiskt hela dan. Det gör det.

Intervjuare: Mm, mm. Det är så pass påtagligt?

B1: Ja det är det. Det är mycket påtagligt. Och är det så, då gick handbollen som det gick i onsdags, då kommer jag tillbaka och varvar ner, sen gick jag ner och tränade i en och en halv timma [i behandlingshemmets gym]. Så var det bra med det. Sen var det som vanligt dagen efter.

———

Det påverkar mig positivt för jag har mycket överskottsenergi…som jag kan få utlopp i, och lägga av mig där liksom den här energin och må bra. Efter ett tungt pass på gymmet mår jag riktigt bra efteråt eller mår bra när jag har aktiverat mig i fysen. Det känns bra, det. Det stillar ner mig på nått sätt. Ja. /…/ Ja det påverkar mig jättemycket så det just…får, om jag, jag vet inte om jag har nån ADHD-problematik och jag har varit, jag skulle göra en sån här, få diagnos men jag sket i det. Och just, just träningen hjälper mig när det är tungt. För har jag inte tränat på några dar så börjar det bubbla i…i en alltså och då, då vill jag bara ner och gymma liksom. (C1)

———

…alltså, jag mår ju bättre när jag tränar för att jag får, alltså jag är ju, har problem med hyperaktivitet och så…och det, alltså det, när man går så på morgonen och tränar, man blir ju lugnare under dagen./…/ Jag har väldigt svårt och sitta stilla och så annars men efter vi har varit och tränat så är jag, ja…det går bra liksom. (D1)

Klienterna upplevde inte endast den fysiska aktiviteten som lindrande för ångest i allmänhet, utan ett par klienter vid Behandlingshem D berättade även om hur deras specifika ångesttillstånd, social fobi och panikångest, utmanades och förbättrades av inslaget av fysisk aktivitet:

Jag har ju haft mycket social fobi och panikångest och blivit begränsad väldigt mycket, men just när det är som en...att det är inlagt på schemat kroppsvård, så blir det ju ett måste, ett tvång och där har jag ju känt motstånd och…men, men efteråt kan jag känna att det blir bättre, det blir skönare…ibland har jag känt att huvudvärk har släppt…känner mig positivare. (D2)

———

Ja…jag kan känna motstånd. Att det…före kan jag känna ångest, oro, vem är på gymmet? Är det nån jag känner? Att liksom, det här att nej, att jag vill dra mig undan, jag vill fly lite från det. Sen kommer jag dit och…ja det, det lättar lite, bara genom att komma in och se lokalen, checka av lite, hur

> mycket folk är här…vilken maskin ska jag ha. Så…så känns det som att den här ångesten den släpper lite…och…alltså ju längre tiden går inne på gymmet så känns det som att jag kommer in i min egen värld, och fokuserar mycket på mig själv…och, ja det känns…alltså det kan kännas både och, det kan kännas blandat, att liksom fan vad jobbigt detta är, jag vill inte vara här, idag är det en sån dag, jag har en dålig dag. Men, och då kan jag ändå känna efter, att, amen det här gjorde jag bra. Det känns bra i alla fall. Det…jag har liksom gått emot mig själv. (D2)

I detta sammanhang verkar det inte vara den fysiska aktiviteten i sig som är viktigast, utan hela ”projektet” att ge sig iväg från det trygga behandlingshemmet till en träningslokal full av människor, och faktiskt genomföra något som man har föresatt sig. Det blir ett sätt att arbeta med (eller mot) sin ångest och sociala fobi.

Sömnproblem är ett annat problem som klienter upplevde att den fysiska aktiviteten hjälpte mot. Detta understryker en av klienterna vid Behandlingshem A. Förutom att han talade om ett bättre mående och minskat ”drogsug” som följd av den fysiska aktiviteten, så upplevde han att inslaget gjorde att han sov bättre:

> …sen rent fysiskt är det bra, för till följd av missbruket så är det ju, dom flesta har ju sömnsvårigheter också, och då hjälper ju träning mot väldigt bra också. /…/…ja det ändrar ju tankebanorna lite då, det ändrar ju kemin i hjärnan, i alla fall den stunden, så man mår bra. Mår man bra, och är tillfredsställd med sig själv, så slipper man ju suget ju, det är mer när man går in i dåliga beteenden så att säga, gamla tankebanor osv., som man får det här suget, man sover dåligt också, det mår man ju inte bra av, jag är verkligen svag för, jag måste få sova, annars mår jag skit, men sömnen har börjat komma tillbaks om man säger så. /…/ Sen så tröttnar man ju framåt kvällen, när kroppen har tagit ut sig, och när vi kommer tillbaks så är det ju, då är det ju middag, sen efter så fortsätter terapisamtalen, föreläsningarna, allt det där va, så det tar psykiskt också, ännu mer, så det blir liksom en form av kombinerad fysisk och psykisk utmattning, och där kommer vi in till sömnen igen, då hjälper ju det mot, då är man ju utslagen, framåt kvällen. (A2)

Detta upplevde även en av klienterna vid Behandlingshem D:

> Ja alltså man sover ju bättre. Alltså och man minskar ju ångest och allt, alltså att komma bort härifrån lite och, jag vet inte, känna att man gör nått annat. (D1)

Dessa olika upplevelser av fysisk aktivitet som klienterna tar upp handlade framförallt om fysisk aktivitet som *psykiskt* hjälpmedel. Det är intressant att inslaget med fysisk aktivitet inte upplevs som *fysiskt* hjälpmedel i så hög grad. Endast en klient, vid Behandlingshem B, tog uttryckligen upp fysisk aktivitet som en hjälp mot fysiska problem. Hon pekade på att den fysiska aktiviteten

var bra för hennes ömma axlar. Några av klienterna pratade också om den fysiska aktiviteten som ett hjälpmedel mot viktuppgång:

> För mig handlar det också om att få igång en bra kropp och komma i form. För när man…det är ju lätt att bara sitta på arslet här och äta…och behandlingen, och då är inte jag nöjd, alltså för mig är en bra kropp, det är bra mående för mig, när jag kommer härifrån också va. Det ger självkänsla och det är positivt. (C1)

———

> …men alltså det var mycket ett tag snack om både träning och kost och vad man ska äta och inte äta och. Ja. Alltså [N.N.] som är i köket hon har ju också koll på mycket. Alltså med mat och så. /…/ …när jag har kommit in på behandling andra gånger och nu, så börjar man att äta mycket. Man sitter, alltså många går ju upp i vikt för att man har kanske inte ätit innan alls. Och så får man ångest över det. Alltså det blir bättre på många sätt att man tränar. (D1)

———

> Intervjuare: Känner du även, är, är det även något om man säger, ja allting hänger ju ihop naturligtvis – det psykiska och sociala och fysiska. Men är det något även fysiskt att du känner dig liksom starkare på nått sätt eller orkar mer eller?
>
> D4: Mer energi…piggare, gladare…känner mig fastare i form…ja, känns härligt…känns bra…fysiskt. (D2)

Sammanfattningsvis så upplevde klienter att inslaget av fysisk aktivitet hjälpte mot en hel del olika problem. Intressant är att de problem som den fysiska aktiviteten hjälpte mot inte var fysiska problem (skador, ryggont osv.) i första hand, utan psykiska problem. De i princip enda fysiska problem som kom upp i intervjuerna, där inslaget av fysisk aktivitet upplevdes hjälpa, var ömma axlar och viktproblem (dvs. övervikt i samband med att klienterna hamnade i behandling). Detta talade några klienter om. Flera klienter pratade om fysisk aktivitet som hjälp mot psykiska problem som rastlöshet, ångest och ”drogsug”. Här får den relativt nya diagnosen ADHD betydelse. Flera klienter indikerade att ADHD var en utbredd problematik i olika grader bland klienterna, och några var diagnosticerade med ADHD. Fysisk aktivitet blev ett sätt att få utlopp för den överskottsenergi som sjukdomen ger – klienterna blev lugnare och mådde bättre. Detta ligger också nära förståelsen av abstinens som ett tillstånd av rastlöshet och oro. En aspekt av fysisk aktivitet som ett hjälpmedel mot rastlöshet och ”drogsug” är att den fysiska aktiviteten tröttar ut klienter fysiskt. Särskilt en klient pekade på detta som en positiv effekt av den fysiska aktiviteten. Detta gjorde att klienten som normalt hade svårt att sova, sov bättre då han fått möjlighet att trötta ut sig genom fysisk träning. Men det är lite mer komplicerat än så. Samma klient pekade även på att den fysiska aktiviteten

gjorde honom piggare under dagen. Det kan tolkas på två sätt, som inte är ömsesidigt exkluderande. Den ena tolkningen går ut på att klienten – om man kopplar till den något förenklade uppdelningen mellan kropp och psyke eller mellan fysisk och psykisk trötthet – tröttar ut kroppen *fysiskt*, så att han sover bättre, men *psykiskt* blir han piggare, när han tränar, och på så vis orkar han med den ”teoretiska” behandlingen bättre (dvs. gruppterapi, speglingar och föreläsningar). Den andra tolkningen går ut på att den fysisk aktivitet initialt gör klienten piggare, och att trötttheten pga. den fysiska utmattningen kommer senare, framåt kvällen när det är dags att sova.

Inte heller denna typ av upplevelser går utan vidare att koppla till någon av de logiker som Engström (2010) menar är kännetecknande för olika kroppsövningskulturer. Det klienterna framförallt rapporterade var att de upplevde att den fysiska aktiviteten hjälpte mot psykiska, inte fysiska problem. Det handlar inte om en prestationslogik (att uppnå bättre resultat) och det handlar inte heller om en upplevelselogik (lek och rekreation), men frågan är om det kan betraktas som en träningslogik (fysisk utveckling). När Engström (2010) beskriver träningslogiken beskriver han framförallt att man tränar för att uppnå fysisk utveckling. Och på så sätt skulle den drivkraft som några av klienterna talade om, att bedriva fysisk aktivitet för att undvika viktuppgång, förstås utifrån en träningslogik där man tränar kroppen med ett specifikt fysiskt syfte att förbättra sin kroppsliga status och hälsa. Men hur är det med de psykiska upplevelser och mål som klienterna talade om (hjälp mot ”drogsug”, rastlöshet, ångest osv.)? Följer vi Engström (2010) så utesluter han inte att man kan ha psykiska mål sin träning, men då syftar han på en annan typ av träning, nämligen *Rörelse- och koncentrationsträning*. Han syftar då på aktiviteter som yoga och qigong vars målsättningar är att förbättra såväl det fysiska som det mentala hälsotillståndet. Hur som helst så är det ett sätt som dessa upplevelser möjligen skulle kunna tolkas, även om Engström (2010) betonar den fysiska utvecklingen; klienterna tränade för att uppnå ett bättre mående, mindre rastlöshet, mindre ”drogsug”, mindre ångest och bättre sömn.

Negativa upplevelser av fysisk aktivitet

I intervjuerna framkom inte särskilt många negativa upplevelser av den fysiska aktiviteten. I allmänhet var de klienter som intervjuades positiva. Detta bekräftas även av observationerna. Däremot kan det inte uteslutas att vi i studien har missat att fånga upp klienter som upplevde den fysiska aktiviteten som ett negativt inslag i behandlingen, även om vi haft relativt fri tillgång till klienterna vid de tre institutioner där vi hade tillåtelse att även genomföra observationer (B, C och D). Men utifrån de intervjuer och observationer som genomfördes uttrycktes framförallt positiva upplevelser av inslaget av fysisk aktivitet, vilket inte betyder att klienterna saknade åsikter kring vad som fungerade mindre bra och vad som borde ändras avseende den fysiska aktiviteten. Vi återkommer till dessa synpunkter nedan under rubriken *Synpunkter på inslaget av fysisk aktivitet.*

De negativa upplevelser som klienterna ändå gav uttryck för handlade om några olika saker. Vid Behandlingshem B, vars klienter var både män och kvinnor, men där männen var i majoritet, berättade en kvinna att hon ibland kunde känna sig lite ensam vid den fysiska aktiviteten. I detta fall talade klienten om den del av den fysiska aktiviteten som låg utanför det ordinarie schemat och som framförallt genomfördes på helger, t ex simning vid ett badhus. Klienten syftade här på den sociala samvaron, att ha en annan kvinna att umgås och prata med t ex i omklädningsrummet.

En klient vid Behandlingshem C som inte deltog i de olika bollsporterna som erbjöds vid den fysiska aktiviteten på grund av fysiska skador, berättade att han ibland fick mer ont än annars när han genomförde promenaden, som var ett obligatoriskt alternativ till de ordinarie bollsporterna. I detta fall rörde det en klient som uppgav att han plågades av svåra fysiska smärtor som försämrades när han rörde på sig. I övrigt så var klienten positiv till inslaget med fysisk aktivitet, men han antydde också att det var jobbigt att han ibland upplevde att han inte blev trodd, när han ville avstå den fysiska aktiviteten pga. smärtor:

> Nä, har man då ont så vill man ju inte bli betraktad som att man är lat eller så…(C3)

Det fanns också en viss kritik av just alternativet promenad vid Behandlingshem B. En klient uttryckte det så här:

> Nä tycker jag inte precis, för det, det kan man lika gärna göra själv. Promenera, nä det tycker jag inte om, att gå i flock så. Nej. (B3)

Något liknande nämnde en annan klient när vi pratade med honom vid en av observationerna. Han var inte särskilt förtjust i promenaden och att den var obligatorisk. Han tyckte att han promenerade tillräckligt fram och tillbaka till N.N. (ett köpcentrum i närheten). Han ville ha lugn och ro när han var på behandlingshemmet (B). Vid den observation som gjordes vid en av Behandlingshem B:s promenader bekräftades denna bild, då flera av klienterna inte verkade alltför entusiastiska under den obligatoriska promenaden. Promenaden blev också väldigt kort för flera av klienterna. Några vände hemåt redan efter ca 5 minuter. De som gick hela sträckan var ute i dryga 20 minuter.

Det är viktigt att notera att uppfattningarna om värdet av den fysiska aktiviteten vid Behandlingshem B varierade mellan huvudaktiviteten (bollsport) och den alternativa promenaden. Entusiasmen för innebandyn var relativt stor bland klienterna, men då det gällde promenaden var entusiasmen betydligt mer blygsam. Detta kan antingen förklaras av att de som väljer promenaden inte var intresserade av att delta i den fysiska aktiviteten eller att de ser den som det minst dåliga alternativet av de val man har i den obligatoriska fysiska aktiviteten. Det är också det alternativ som är fortast överstökat. Men det kan naturligtvis också bero på att alternativen är för få. De klienter som inte ville eller kunde delta i bollsporten och som samtidigt klagade på promenaden, hade kanske föredragit en annan form av lätt träning. Den lite tveksamma inställ-

ningen till promenaden såg vi även vid Behandlingshem C, men vid Behandlingshem C var promenaden endast ett alternativ vid sjukdom eller skada, och det var färre som promenerade där.

En ytterligare möjlig förklaring till det måttliga intresset för promenaden vid Behandlingshem B står att finna i det faktum att klientgruppen består av många äldre och av missbruket försvagade och sjuka personer, som både kan ha svårt att genomföra fysisk aktivitet eller att finna motivation till att delta då det finns många andra problem att ta itu med. Det är uppenbart att personalen har uppmärksammat svårigheten med att entusiasmera klienterna inför promenaden vid Behandlingshem B. Det framkommer i intervjuerna med personalen, men också med sektionschefen på behandlingshemmet, att man planerade att lägga promenaden vid ett annat tillfälle, då den borde vara mer efterfrågad och inte lika mycket upplevas som ett tvång.

Andra negativa upplevelser av den fysiska aktiviteten handlade om konflikter som kunde uppstå på planen när bollsporterna utövades. Klienter tog upp detta vid Behandlingshem C, men då inte bara som något negativt. Konflikterna hade både negativa och positiva sidor:

> Nån gång på volleybollen har det blivit mycket gliringar och sånt här va. Sen tycker jag att det ska vara lite…lite tufft också va. För det är bara roligt. Men ibland kan det bli lite för mycket. Där är jag rätt delaktig jag också, så att…(C1)

Ungefär samma uppfattning framkom bland klienter vid Behandlingshem B, ungefär efter devisen ”den som sig i leken ger, får leken tåla”:

> Intervjuare: Nä. Men tycker du det är roligt och? Blir det konflikter ibland eller?
>
> B4: Nä det är väl mest skoj. Nä det har inte hänt så, det har inte varit nån sån riktig kontakt, alltså nån som har burit sig åt så. Det har väl gruffats ibland lite grann. Folk går för hårt, ja men, inte jag i alla fall. Men det får man tåla, lite skott, svider till lite. (B2)

Även vid observationerna av Behandlingshem B och C kunde vi konstatera att spelet och stämningen var ganska tuff och spelet ganska hårt, men det gick aldrig över till riktiga konflikter eller handgemäng. Personalen höll generellt en ganska låg profil, men intervenerade om det uppstod problem.

Bråken förklarades av en av klienterna med att det var så många ”vinnarskallar” som möttes på planen, vilket ibland kunde leda till konflikter – man vill vinna till varje pris. Så här berättade klienten:

> Ja för det är ju där…jag kommer särskilt en gång vi spelade fys eller vi hade det och så spelade vi…beachvolley[boll] och då var vi två helt…alltså vi var, vi var ojämna lag va. Och då blev det bråk. Så då, det kan bli bråk också. För alla är sådär vinnartyper. Vill vinna va. (C2)

Sammanfattningsvis var de negativa upplevelserna av den fysiska aktiviteten begränsade, särskilt bland de personer som deltog i själva huvudaktiviteten, till skillnad från de som deltog i den alternativa promenaden. Mycket i de positiva upplevelserna måste också tillskrivas det intresse som flera av klienterna hade för tävling och bollsport vid de behandlingshem där det var huvudaktiviteten, dvs. vid Behandlingshem B och C.

Synpunkter på inslaget av fysisk aktivitet

Klienternas synpunkter på inslaget av fysisk aktivitet handlade om hur de värderade det och hur de eventuellt ville förändra eller utveckla det. De flesta av de klienter som intervjuades var positivt eller mycket positivt inställda till inslaget av fysisk aktivitet, och flera av klienterna skulle gärna se en utvidgning. Helt enkelt att ha fysisk aktivitet vid fler tillfällen. Vid Behandlingshem A pekade flera klienter på att man ville ha mer fysisk aktivitet, och de klienter som befann sig i den förlängda behandlingen, där det inte fanns någon inplanerad fysisk aktivitet, uttryckte en tydlig önskan om att man önskade samma upplägg som i primärbehandlingen. Det framkom även klagomål på kvaliteten på källargymmet vid behandlingshemmet:

> En av anledningarna till att jag sökte [Behandlingshem A] var faktiskt för att det står i delmålen att vi ska ha tillgång till fysisk aktivitet, och blev jäkligt besviken när jag såg gymmet här, och pingisbordet. (A3)

Även vid de andra behandlingshemmen var det flera klienter som efterfrågade en utvidgning av den fysiska aktiviteten, men det fanns också klienter som pekade på att det var lagom som det var nu. Vid Behandlingshem B som endast hade obligatorisk fysisk aktivitet en gång i veckan pekade klienterna som intervjuades på att det borde vara två gånger.

Vid Behandlingshem C tyckte en klient att de kunde ha fysisk aktivitet en timme varje dag, en annan var nöjd med upplägget som det var nu, men han var kritisk till behandlingshemmets planer på att minska den obligatoriska fysiska aktiviteten från två gånger till en gång i veckan. Även vid Behandlingshem D ansåg klienterna att de borde ha fysisk aktivitet fler gånger än en gång i veckan, och att det dessutom borde vara möjligt att gå att träna med personal på kvällstid, dvs. under klienternas fritid.

Det framkom även en del andra synpunkter. Vid Behandlingshem A efterfrågade en av klienterna att behandlingshemmet någon gång kunde hyrt någon lokal där de kunde utöva någon alternativ fysisk aktivitet. En annan av klienterna pekade på att det kunde vara bra att tidigt i behandlingen få lite individuell guidning kring träning, kost och vikt, och att få hjälp med ett individuellt träningsprogram.

Vid Behandlingshem B tog en av klienterna upp att det borde finnas fler alternativ än innebandy och promenad. Samma klient efterfrågade också personal eller en instruktör som kunde vara behjälplig i behandlingshemmets gym. Men detta handlade inte bara om att få hjälp med ett träningsupplägg, utan

klienten pekade mer på betydelsen av att få ett sällskap och någon som ”pushar” på lite. Detta låg inom ramen för en förändring som man höll på att genomföra vid behandlingshemmet vid tiden då studien genomfördes – att gymträning med personal skulle införas som ett alternativ till innebandy och promenad vid den obligatoriska fysiska aktiviteten.

Vid Behandlingshem C nämnde en klient som brukade delta i promenaden att han gärna skulle se att denna åtminstone ibland kunde genomföras på annan plats än vid kvarteren runt behandlingshemmet, förslagsvis någonstans i skog och natur.

Avseende Behandlingshem D, behöver det sägas att endast två klienter intervjuades, samtidigt utgjorde detta halva klientgruppen vid tidpunkten för studiens genomförande. Dessa två var mycket positiva till inslaget av fysisk aktivitet. Klienterna hade synpunkter på hur inslaget av fysisk aktivitet skulle kunna utvecklas. Förutom att klienterna ville ha fler inslag av fysisk aktivitet så talade man om hur och när detta skulle kunna ske. En av klienterna ville t ex få möjlighet att prova på andra aktiviteter än gymträning, t ex yoga och dans. Den andra klienten pratade också om möjligheten att få delta i något pass, t ex gympa.

Sammanfattningsvis handlar de synpunkter som klienterna hade på inslaget av fysisk aktivitet att de gärna skulle se att antalet pass med fysisk aktivitet ökades. Flera klienter skulle också vilja ha möjlighet att prova på fler typer av fysisk aktivitet. Något som några klienter talade om var att de skulle vilja få hjälp med upplägg på individuella träningsprogram i relation till kostintag och vikt.

Avslutning

Klienterna i studien har berättat om en hel del olika positiva upplevelser av behandlingshemmens inslag av fysisk aktivitet och idrott. De positiva upplevelserna har vi delat in i följande teman: (1) *Fysisk aktivitet skapar lust och glädje*; (2) *Fysisk aktivitet – ett sätt att ta hand om sig själv*; (3) *Fysisk aktivitet som ett värdefullt avbrott från behandlingen*; (4) *Social integration genom idrott och fysisk aktivitet*; (5) *Fysisk aktivitet som hjälpmedel mot olika problem*. De negativa upplevelserna som klienterna rapporterade var betydligt färre. De handlade bland annat om att en klient saknade sällskap vid aktiviteterna, en klient som inte alltid kände sig trodd då han inte kunde delta i promenaden, det fanns en del kritik mot promenaden vid det behandlingshem (B) där många deltog i denna aktivitet, sedan nämnde några klienter att det ibland kunde uppstå tråkningar och konflikter under bollsporternas utövande vid Behandlingshem B och C.

Det förekom en del tydliga skillnader i upplevelser mellan klienter från olika behandlingshem, men det fanns också upplevelser som genomsyrade samtliga behandlingshem. När det gäller temat *Fysisk skapar lust och glädje* så rapporterade klienter vid samtliga behandlingshem dessa upplevelser. Dock fanns det nyansskillnader. Det som vi har benämnt ”inåtriktade” upplevelser (t ex att det känns befriande) var vanligare vid Behandlings A (12-steg, män och kvinnor) och Behandlingshem D (miljöterapi, kvinnor), och de upplevelser som vi benämnt ”utåtvända” upplevelser (t ex att det är skratt och skoj) var vanligast vid Behandlingshem B (miljöterapi, män och kvinnor) och C (miljöterapi, män). Det verkar alltså som att behandlingsfilosofin påverkar upplevelsen av den fysiska aktiviteten, men att även könsmönster verkar ha en påverkan på upplevelserna. De inåtriktade upplevelserna rapporterades främst bland klienter från 12-stegshemmet, och främst av kvinnor (framförallt vid Behandlingshem D). Den mer individuella behandlingsformen 12-stegsfilosofin verkar påverka klienter mot mer inåtriktade upplevelser, och den mer kollektiva behandlingsformen miljöterapin verkar leda till mer utåtvända upplevelser. De kvinnliga klienterna rapporterade mer inåtriktade upplevelser och männen rapporterade mer utåtvända upplevelser. Men kanske ännu viktigare för upplevelsen var utformningen av den fysiska aktiviteten i kollektiv respektive individuell aktivitet. Klienter vid de behandlingshem (B och C) där inslaget bestod av kollektiva bollsporter rapporterade i högre grad utåtvända upplevelser, och klienter vid behandlingshemmen (A och D) där inslaget bestod av individuell träning rapporterade i högre grad inåtriktade upplevelser. Dessa olika upplevelser av den fysiska aktiviteten kan möjligen kopplas till de två grundläggande utvecklingslinjerna inom svensk fysisk aktivitet och idrott: Linggymnastiken och den engelska sporten. De inåtriktade upplevelserna kan anknytas till Linggymnastiken med dess inriktning mot individuell (i grupp) rörelse- och hälsoträning utan tävlingsinslag och de utåtriktade upplevelserna kan kopplas

till den engelska sporten som representerar kamp och tävling ofta förekommande i kollektiva bollsporter (jfr Engström 2010).

Avseende temat *Fysisk aktivitet – ett sätt att ta hand om sig själv* så skilde sig upplevelserna åt mellan behandlingshemmen. Denna upplevelse rapporterades endast vid ett av behandlingshemmen, nämligen 12-stegshemmet (A). Detta tema är ett tydligt uttryck för hur behandlingsfilosofin verkar påverka upplevelsen av den fysiska aktiviteten. Det var påtagligt att klienternas resonemang var grundade i 12-stegsfilosofin och behandlingshemmets målsättning. Detta kan både vara en styrka och en svaghet. Ser man inslaget av fysisk aktivitet som en viktig beståndsdel i behandlingen så visar detta på ett tydligt sätt hur klienterna faktiskt själva integrerar behandlingen med den fysiska aktiviteten vilket kan göra att behandlingen kan få ett större genomslag, men det beror lite hur man ser på den fysiska aktiviteten. Ska den istället ses som ett *värdefullt avbrott från behandlingen,* som är nästa tema i vår uppdelning av upplevelser, så borde den fysiska aktiviteten vara mer frikopplad från behandlingsfilosofin. Det som klienterna talade om i relation till denna upplevelse var att den fysiska aktiviteten var värdefull just för att det var ett avbrott från själva behandlingen. Det upplevdes som en mycket viktig funktion av inslaget som gjorde att klienterna upplevde att de kunde följa själva behandlingen bättre – fick de inte röra på sig blev de trötta och ofokuserade. Det var framförallt vid Behandlingshem A som klienterna rapporterade denna upplevelse, men det går även att skönja liknande resonemang från klienter vid de andra behandlingshemmen. När klienterna och personal spelar fotboll, volleyboll eller innebandy så upplevde klienterna att de möttes under delvis andra förutsättningar än vad som annars rådde vid behandlingshemmet; de lärde känna varandra och personalen på en mer neutral arena, som inte är direkt kopplad till deras missbrukaridentitet. Det kan med andra ord ligga ett värde i att få lämna behandlingsinstitutionen och sin missbrukaridentitet för en kort stund och få vara en ”vanlig” människa. I detta ingår också att få en annan typ av mer jämlik relation till personalen. Den fysiska aktiviteten skulle med andra ord kunna fylla en viktig funktion för behandlingen genom att vara ett värdefullt avbrott från densamma, och en aktivitet som tydligt skiljer sig från behandlingen.

Vi kan förstå poängen med att inslaget är obligatoriskt, och att alla inslag i behandlingen är obligatoriska, men det kan också ses som en disciplinerande åtgärd som påminner något om den historiska synen på fostran, såväl idrottslig som samhällelig, inom missbruksvården och det sociala behandlingsarbetet så som det såg ut under välfärdsstatens utveckling under 1900-talet (Johannisson 1997) – även om skillnaderna också är stora idag, det är vi medvetna om. Om vi utgår från de klienter som talade om inslaget av fysisk aktivitet som ett värdefullt avbrott från behandlingen och de klienter som uppskattade att få komma ifrån behandlingshemmet och att få interagera med personalen på ett mer jämbördigt sätt, inte bara som behandlare och klient, så kanske det vore en poäng att just se inslaget av fysisk aktivitet som något annat än behandling.

Som en frizon för klienterna, där de mer kan få vara sig själva och få mer avslappnade och jämbördiga möten med personalen. Detta skulle i sin tur kunna, om man utgår från en del av klienternas utsagor, fungera som ett sätt att ladda batterierna inför den arbetsamma behandlingen – så att denna skulle kunna bli mer givande och effektiv. Men det beror på hur man ser på inslaget av fysisk aktivitet och vilken funktion som personalen vill ge det.

När det gäller upplevelsen av fysisk aktivitet som *Socialt integrerande* är det en upplevelse som endast rapporterades vid Behandlingshem C. Detta kan tyckas vara en oväntad men inte helt oviktig upplevelse av inslaget. Häri upplevde klienterna att den fysiska aktiviteten gjorde att de ”kom in i gänget” och kände sig mer trygga med sina medklienter. Att denna upplevelse endast rapporterades vid Behandlingshem C har sannolikt att göra med att detta var en manlig institution och inslaget av fysisk aktivitet bestod av kollektiva bollsporter som gav förutsättningar för en kollektiv interaktion och integration. Då det gäller könsmönster så kan man spekulera i att idrott och sport är verksamheter som historiskt har varit viktiga sociala arenor för uppväxande pojkar (se Elias & Dunning 1986); det är en form av umgänge som många pojkar och män är vana vid och vet hur man ska hantera. Det var tydligt också att en stor andel av klienterna vid denna institution hade omfattande erfarenhet av olika bollsporter. Härvidlag kan den fysiska aktiviteten vara värdefull i behandlingskontexten på grund av dess funktion som socialt integrerande. Den fråga som väcks är dock hur det går för de klienter som inte känner sig hemma inom lagidrotten eller som inte behärskar den eller som kanske inte har möjlighet att delta. Hur blir dessa individer socialt integrerade i kollektivet, hur skapar man trygghet för dem?

Den allra vanligaste upplevelsen som rapporterades av klienter, såväl kvinnliga som manliga, vid samtliga institutioner var upplevelsen av *Fysisk aktivitet som hjälpmedel mot olika problem.* Klienterna upplevde att inslaget av fysisk aktivitet hjälpte mot framförallt psykiska problem som ångest, social fobi, ”drogsug”, rastlöshet, sömnsvårigheter och i några fall rapporterade klienter att den fysiska aktiviteten hjälpte mot fysiska problem (viktuppgång, problem med axel). Det fanns inga tydliga skillnader i rapporterade upplevelser av *Fysisk aktivitet som hjälpmedel mot olika problem* mellan de olika behandlingshemmen, inte heller i relation till könsmönster eller i relation till typen av fysisk aktivitet (individuell gymträning eller kollektiv bollsport). Detta är naturligtvis intressant att notera, och något att undersöka vidare – den fysiska aktivitetens psykologiska påverkan, inte minst då i missbruksbehandlingssammanhang.

De *synpunkter* som klienterna hade på inslaget av fysisk aktivitet var relativt samstämmiga vid de olika behandlingshemmen och också mellan kvinnorna och männen som intervjuades. I stort sett gick synpunkterna ut på att man ville ha fler inslag av fysisk aktivitet och en större variation av fysiska aktiviteter. Vid Behandlingshem D ville klienterna prova på fler aktiviteter vid träningsanläggningen än endast gymträning, t ex dans och yoga. Vid detta behandlingshem

pratade även klienterna om att de skulle vilja få möjlighet att gå och träna med personal på kvällstid. Klienterna vid Behandlingshem A framförde synpunkten att de skulle vilja ha fysisk aktivitet på samma sätt inom den förlängda behandlingen som inom primärbehandlingen. I den förlängda behandlingen var klienterna inte internerade och då fick de inte delta i inslaget av fysisk aktivitet. De övriga behandlingshemmen hade ett annat upplägg där samtliga klienter var internerade under behandlingstiden oavsett hur lång den var, och samtliga deltog i inslaget av fysisk aktivitet. Kritik framkom också över den begränsade utrustningen i gymmet vid Behandlingshem A. Några klienter efterfrågade individuella träningsprogram och individuell guidning kring kost, vikt och träning.

Intressant är att flera av de av de upplevelser som klienterna rapporterade om ligger utanför en gängse förståelse av fysisk aktivitet. De olika logiker som Engström (2010) använder för att försöka beskriva de olika meningsbärande elementen i olika kroppsövningskulturer (fysiska aktiviteter) kan inte fullt ut förklara klienternas upplevelser i denna studie. Engström (2010) talar om tre olika logiker: *prestation, träning* och *upplevelse.* Visserligen kan vi se rapporterade upplevelser som är kopplade till dessa logiker, t ex kan upplevelserna av *Fysiska aktivitet skapar lust och glädje* kopplas till en upplevelselogik där klienterna upplever en lust och glädje för stunden, men upplevelsen kan också kopplas till en prestationskultur, då det för vissa klienter visade sig vara viktigt att vinna i de bollsporter som utövades. Vi kan också spåra vissa inslag av en träningslogik i temat *Fysisk aktivitet: ett sätt att ta hand om sig själv*, där klienter upplevde att de genom den fysiska aktiviteten tränade för att ta hand om sin kropp och hälsa. Även det sista temat, *Fysisk aktivitet som hjälpmedel mot olika problem*, kan tolkas utifrån en träningslogik. Träningen är en investering för att uppnå en psykisk utveckling – helt enkelt att må bättre i relation till upplevda problem som ångest och rastlöshet. Men nota bene, vi talar här om en psykisk utveckling av individen och inte i första hand en fysisk utveckling av kroppen. Engström (2010) talar visserligen om att träning kan syfta till att utveckla såväl sin fysiska och som psykiska funktionsförmåga, men han betonar utvecklingen av den fysiska funktionsförmågan. Utvecklingen av den psykiska funktionsförmågan kopplar han endast till kroppsövningskulturer som yoga och qigong. Temana *Fysisk aktivitet som ett värdefullt avbrott från behandlingen* och *Social integration genom idrott och fysisk aktivitet* menar vi faller helt utanför Engströms (2010) logiker av fysisk aktivitet, men detta öppnar också för nya teoretiska förståelser av betydelsen av fysisk aktivitet, eller som Engström (2010) benämner det, kroppsövningskulturer.

Överlag är det inte helt lätt koppla klienternas upplevelse till de olika logikerna prestation, träning och upplevelse. Dessa logiker är mycket starkt sammankopplade till fysiska handlingsprinciper och fysiska meningsbärande element. Utifrån prestationslogiken försöker du vinna tävlingar genom att prestera bra fysiskt; utifrån träningslogiken tränar du för att uppnå fysisk utveckling;

och utifrån upplevelselogiken handlar fysisk aktivitet om lek och rekreation. Alla dessa logiker går att spåra i klienternas upplevelser av den fysiska aktiviteten, men de är underordnade. Det blir tydligt i analysen av logikerna i de upplevelser som klienterna rapporterade om, att deras upplevelser mycket mer tog avstamp i psykiska än fysiska upplevelser. Klienterna beskrev i stor utsträckning hur de upplevde att den fysiska aktiviteten framförallt förbättrade deras psykiska mående. Kroppsliga, fysiska eller hälsomässiga upplevelser av den fysiska aktiviteten var mycket begränsade i studien. Härvidlag skulle det behöva utvecklas mer förståelse och forskning kring fysiska aktiviteters psykologiska och sociala logiker som åtminstone i denna studie av fysisk aktivitet inom missbruksvården verkar ha stor betydelse.

Referenser

Andreasson, J. (2007) *Idrottens kön: Genus, kropp och sexualitet i lagidrottens vardag.* Lund: Sociologiska inst., Lunds universitet.

Beals, K.A. (2004) *Disordered eating among athletes.* Champaign: Human Kinetics.

Bryman, A. (2011) *Samhällsvetenskapliga metoder.* Malmö: Liber.

Carlsson, B. & Hoff, D. (2005) ”Idrottens konfliktlösningssystem: En rättssociologisk reflektion över idrottens rättskultur och dess etiska och rättsliga styrning”; *Retfærd: Nordisk juridisk tidskrift,* 109 (2), 51-69.

Compton, D.M. & Iso-Ahola, S.E. (red.) (1994) *Leisure and mental health*. Park City, Utah: Family Development Resources, Inc.

Corrigan, P.W., Liberman, R.P. & Wong, S.E. (1993) ”Recreational therapy and behaviour management on inpatient units: Is recreational therapy therapeutic?”; *Nervous and Mental Diseases*, 181 (10), 644-646.

Edman, J. (2004) *Torken: Tvångsvården av alkoholmissbrukare i Sverige 1940-1981.* Stockholm: Almqvist & Wiksell International.

Edman, J. & Eriksson L. (2005) ”Work as care? Work policy within Swedish institutional care during the twentieth century”, i E. Caroll & L. Eriksson (red.), *Welfare politics cross-examined: Eclecticist analytical perspective in Sweden and the developed world, from 1880 to the 2000s.* Amsterdam: Aksant.

Edman, J. (2012) *Vård och ideologi: Narkomanvården som politiskt slagfält*. Umeå: Boréa.

Ekelidens vård och behandlingshem (2011) *Behandlingsinnehåll.* Internetkälla: <http://www.hvbguiden.se/hvbhem/visa/id/6879/ekelidens-vard-och-behandlingshem-tingsryd> Hämtad 2011-04-12.

Elias, N. & Dunning, E. (1986) *Quest for excitement: Sport and leisure in the civilizing process*. Oxford: Blackwell.

Engström, L.M. (2002) ”Idrottspedagogik”, i L.M. Engström & K. Redelius (red.), *Pedagogiska perspektiv på idrott.* Stockholm: HLS.

Engström, L.M. (2010) *Smak för motion: Fysisk aktivitet som livsstil och social markör.* Stockholm: Sthlms. Univers. Förlag.

Fundberg, J. (2003) *Kom igen gubbar! Om pojkfotboll och maskuliniteter.* Stockholm: Carlsson.

Goldfield, G.S., Blouin, A.G. & Woodside, D.B. (2006) ”Body image, binge eating, and bulimia nervosa in male bodybuilders”; *Canadian Journal of Psychiatry*, 51 (3), 160-168.

Grunewald, K. (2012) *Från idiot till medborgare: De utvecklingsstördas historia.* Stockholm: Gothia.

Hamreby, K. (2005) *Flickor och pojkar i den sociala barnavården: Föreställningar om kön och sociala problem under 1900-talet.* Umeå: Institutionen för socialt arbete, Umeå Universitet.

Hoff, D. (2004) ”Sociala styrningsformer och antidopningspolicy: En rättssociologisk forskningsstrategi tillämpad på antidopningsarbetet inom idrotten”; *Idrottsforum.org,* (www.idrottsforum.org), (ISSN 1652–7224).

Hoff, D. (2008) *Doping- och antidopingforskning: En inventering av samhälls- och beteendevetenskaplig forskning och publikationer 2004-2007.* FoU-rapport 2008:1. Stockholm: Riksidrottsförbundet.

Hoff, D. (2013) ”Dopning utanför idrotten – Individualisering och muskulösa skönhetsideal: En studie i grundskola, gymnasium och på gym i Kalmar”; *Scandinavian Sport Studies Forum,* 4, 1-24.

Hoff, D. (2016) *Dopningens olika ansikten: En kvalitativ studie av AAS-användning på gym.* Research Reports in Social Work 2016:1. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet.

Huberstone, B. & Lynch, P. (1991) ”Girl concepts of themself and their experiences in outdoor education programs”; *Adventure Education and Outdoor leadership*, 8 (3), 27-31.

Johannisson, K. (1997) *Kroppens tunna skal.* Stockholm: Norstedts.

Kallings, L.V. & Ståhle, A. (2005) ”Motion på recept i de nordiska länderna”; *Idrottsmedicin*, 3, 32-35.

Kolfjord, I. (2003) *Kvinnors drogbruk och lagbrott: Positionella och kontextuella strategier i en våldsrelaterad vardag.* Malmö: Bokbox.

Laanemeets, L. (2002) *Skapande av femininitet: Om kvinnor i missbruksbehandling.* Lund Dissertations in Social Work. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet.

Laanemets, L. & Kristiansen, A. (2008) *Kön och behandling inom tvångsvård: En studie av hur vården organiseras med avseende på genus.* Forskningsrapport nr. 1, 2008. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.

Larsson, H. (2002) ”Synen på manlighet och kvinnlighet i idrott”, i L.M. Engström & K. Redelius (red.) *Pedagogiska perspektiv på idrott.* Stockholm: HLS.

Levin, C. (1998) *Uppfostringsanstalten: Om tvång i föräldrars ställe*. Lund: Arkiv förlag.

Lindroth, J. (1988) *Från ”sportfåneri” till massidrott: Den svenska idrottsrörelsens utveckling 1869-1939.* Stockholm: HLS.

Lindroth, J. (1993) *Gymnastik med lek och idrott: För och emot fria kroppsövningar i det fria läroverket 1878-1928.* Stockholm: HLS.

Lundqvist, Å. (2007) *Familjen i den svenska modellen.* Stockholm: Borea.

Mattsson, T. (2005) *I viljan att göra det normala: En kritisk studie av genusperspektivet i missbrukarvården.* Malmö: Égalitè.

Mattsson, T., Hoff, D. & Nilsson Ranta, D. (2016) *Möjlighet för män, svårighet för kvinnor: Fysisk aktivitet i miljöterapeutisk institutionsvård.* Research Reports in Social Work 2016:2. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet.

Miles, J. (1987) ”Wilderness as healing place”; *Experimental Education*, 10 (3), 4-10.

Nichols, G. (2007) *Sport and crime reduction: The role of sports in tackling youth crime.* London: Routledge.

Nilsson Ranta, D. (2008) *Nödhjälp på villovägar: Implementeringen av en filantropisk välfärdsidé, Norrbottens arbetsstugor 1903-1954.* Umeå: Sociologiska institutionen.

Norberg, J.R. (2004) *Idrottens väg till folkhemmet.* Stockholm: SISU.

Pope, H.J., Katz, D.L. & Hudson J.I. (1993) ”Anorexia nervosa and ’reverse anorexia’ among 108 male bodybuilders”; *Compr. Psychiatry*, 34, 406-409.

Rennstam, J. & Wästerfors, D. (2011) ”Att analysera kvalitativt material”, i G. Ahrne & P. Svensson (red.), *Handbok i kvalitativa metoder.* Malmö: Liber.

Riksidrottsförbundet (2005) *Idrottens sociala betydelse: En statistisk undersökning.* FoU-Rapport 2005:5. Riksidrottsförbundet: Stockholm.

Riksidrottsförbundet (2009) *Idrotten vill: Idrottsrörelsens idéprogram.* Stockholm: Riksidrottsförbundet.

Runcis, M. (1998) *Steriliseringar i folkhemmet.* Stockholm: Ordfront.

Statens institutionsstyrelse (2011a) *Så arbetar vi på Lunden/Karlsvik.* Internetkälla: <http://www.stat-inst.se/vara-institutioner/sodra-regionen/sis-lvmhem-lunden/sa-arbetar-vi/> Hämtad: 2011-04-12

Statens institutionsstyrelse (2011b) *Så arbetar vi på Ekebylund/Östfora.* Internetkälla: <http://www.stat-inst.se/vara-institutioner/malardalsregionen/sis-lvmhem-ekebylundostfora/sa-arbetar-vi/> Hämtad: 2011-04-12

Svensson, B. (2001) *Vård bakom låsta dörrar: Lunden – ett LVM-hem*. Forskningsrapport nr. 1. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.

Svensson, B. (2003) *Knarkare och Plitar: Tvångsvården inifrån*. Stockholm: Carlsson Bokförlag.

Tydén, M. (2002) *Från politik till praktik: De svenska steriliseringslagarna*. Stockholm: Almqvist & Wiksell International.

www.soch.lu.se

LUNDS UNIVERSITET

Box 117
221 00 Lund
Tel 046-222 00 00
www.lu.se