

ALKOHOL

Misbrug og motion



Om fysisk træning, kropsfokusering og indstillingsarbejde
som metode i døgntilrettelse af alkoholiserede



RINGGÅRDEN

Steffen Røjskjær & Per Nielsen
Afdeling for forskning & formidling

ALKOHOL – MISBRUG OG MOTION

Om fysisk træning, kropsfokusering
og indstillingsarbejde som metode i
døgnbehandling af alkoholmisbrugere.

Af:

Steffen Røjskjær & Per Nielsen

Udgiver:

Behandlingshjemmet Ringgården
Afdeling for forskning & formidling

Typografi og tryk:

Myrens Grafiske Hus

Illustrationer:

Allan Fjord

Rapporten kan rekvireres hos:

Behandlingshjemmet Ringgården
Strandvejen 1
5500 Middelfart
tlf. 6441 2505
fax 6441 5981

Undersøgelsen og rapportudgivelsen er støttet af:

Alkoholpolitisk kontaktudvalg
Sundhedsstyrelsen

© Forfatterne 2001

1. oplag, 2. udgave november 2003

ISBN 87-980119-6-0

Det er tilladt at kopiere mindre afsnit fra rapporten,
såfremt gengivelse sker med tydelig kildehenvisning,
og loven om ophavsret i øvrigt overholdes.

3. Egen undersøgelse

3.1 Formål

På baggrund af ovennævnte teoretiske afklaring er udviklingsprojektets hypotese derfor:

... at systematisk fysisk træning og øget kropsfokusering kan påvirke psykologisk afhængighed, og at den enkelte beboers oplevede selvkompetence kan forbedres gennem systematisk træning, således at elementer indlært i døgntilbeholdningens alkoholmisbrugsterapi kan omsættes i praksis med forbedret resultat

Projektets formål er:

- at udvikle en metode til struktureret fysisk idrætsaktivitet, der kan forbedre alkoholmisbrugerens kondition og deres selv-ansvarlighed overfor egen krop, deres oplevelse af selv-kompetence i forhold til alkoholfafhængigheden og deres almene psykiske robusthed overfor stresspåvirkninger.
- at undersøge i hvilken grad og i hvilke former denne aktivitet medfører en øget evne til at tilegne sig og anvende indlærte strategier fra behandling med struktureret tilbagefaldsforebyggelse til at mestre højrisikosituationer med alkohol, således at resultatet bliver færre tilbagefald og bedre kontrol i forhold til alkohol.
- at belyse effekten af fysisk træning i forhold til den enkelte beboers afhængighedsproblematik og personlighed med henblik på tilvejebringelse af grundlag

for at matche fysisk træning i alkoholbehandling til de beboere, der kan profitere heraf.

3.2 Tidsplan

Projektets overordnede tidsramme fra forberedelse til evaluering har været i alt 24 måneder med påbegyndelse april 1999. Testning og indsamling af data er sket i perioden oktober 1999 til februar 2001.

3.3 Design og metode

Undersøgelsen er forsøgt bygget op som et randomiseret, klinisk kontrolleret interventionsforløb for en træningsgruppe og en kontrolgruppe, der får samme psykologiske grundbehandling, men forskellig grad og systematisk brug af fysisk aktivitet og mental indstillingstræning.

Kontrolgruppen modtager Ringgårdens standardprogram (se kap. 1) centreret omkring kognitivt baseret gruppeterapi med struktureret tilbagefaldsforebyggelse i fokus - suppleret med relevant personlig, social og familiemæssig rådgivning. Hertil kommer miljøterapeutisk træning organiseret i forhold til praktisk arbejde som fx almindelig rengøring og madlavning samt 3 timer om ugen med lette til moderate træningspas i form af 2 gange stepaerobic-lignende aktivitet og 1 gang "fri aktivitet" i hal.

For træningsgruppens vedkommende anvendes samme program, men ca. 3

timer af de normale gruppetimer konverteres til ekstra fysisk træning, og ved siden af det faste behandlingsprogram er der arbejdet systematisk med indstillingstemaer som *oplevelser af fysisk aktivitet, kropslige oplevelser, selv-ansvarlighed og oplevet selv-kompetence*, således at de fysiske aktiviteter integreres også på det psykologiske plan. Deltagerne i træningsgruppen er kommet igennem alle elementer i tilbagefaldsforebyggelsen, men i komprimeret form.

Som et led i projektet er der undervejs gjort forsøg med at fastholde og forankre den forventede positive idrætsadfærd hos den enkelte beboer efter behandlingsforløbet, dels gennem udarbejdelse af individuel træningsplan, dels gennem rådgivning om idrætsmuligheder og eventuelt etablering af kontakt til lokale idrætsudbydere i den enkelte beboers hjemby.

3.4 Materiale

Der er indsamlet data for i alt 89 konsekutivt henviste klienter på Ringgården. Deltagerne fordeltes i trænings- eller kontrolgruppen. I træningsgruppen indgår i alt 51 personer, heraf 9 kvinder (17,6%), mens der i kontrolgruppen deltager i alt 38 personer, heraf 10 kvinder (26,3%) – svarende til den gængse kønsfordeling i Ringgårdens klientel i 1999 og 2000. Af de 89 personer fuldførte 72 personer behandlingen, således at der kunne gennemføres flere testninger.

Undersøgelsespopulationen anses for repræsentativ for Ringgårdens klientel,

idet der i forhold til centrale parametre som køn, alder, social situation og misbrug ikke er fundet signifikante forskelle.

Fordelingen til trænings- eller kontrolgruppe er sket tilfældigt om end ikke efter strengt videnskabelige randomiseringskriterier. Det har ikke været muligt at foretage en egentlig randomisering, da indskrivningen til behandling på Ringgården sker løbende, og behandlingsgrupperne ikke må være på mere end ca. 8 beboere af gangen. Fordelingen er derfor sket, som den normalt sker, ved at nye beboere er kommet i den gruppe, hvor der har været plads. Der er ikke i fordelingen taget hensyn til beboernes tidligere idrætsvaner, eventuelle interesse for idræt, eller om det på forhånd kunne skønnes, at vedkommende kunne have særlig gavn af at komme i den ene eller anden gruppe.

Der er sket såvel skriftlig som mundtlig orientering af deltagerne om projektarbejdet og frivillighed i overensstemmelse med principperne for "informed consent".

Der har været to *eksklusionskriterier* for deltagelse i undersøgelsen:

- fysisk meget dårlige beboere, med fx diskusprolaps, ødelagte knæ, kraftig nervebetændelse eller andre somatiske sygdomme, som efter lægeligt tilsyn fik træningsforbud, kom i en gruppe udenfor projektet. Dette har drejet sig om 10 beboere i projektperioden ud af de 175 henviste til Ringgården i projektperioden.
- beboere der allerede i forsamlingen før beslutning om behandling klart gav til-

kende, at de helt udelukkede deltagelse i idræt. I alt 5 beboere blev ekskluderet på denne baggrund.

3.5 Testning

Der er anvendt både fysiologiske og psykologiske testmetoder, som træningsgruppen og kontrolgruppen har gennemgået før og efter interventionsforløbet.

Projektets psykologiske tests og interventionsprocedurer er sket under vejledning af klinisk psykolog.

Der er i hovedsagen foretaget indskrivningstest senest 2 uger efter behandlingsstart, og udskrivningstest i samme uge, som udskrivningen skulle ske. Follow-up testningen er foretaget i forbindelse med aftalte opfølgningssamtaler ca. 3 måneder efter udskrivning. Figur 1 viser en samlet oversigt over de gennemførte testninger.

Det skal for en ordens skyld nævnes, at ikke hele testbatteriet har kunnet gennemføres i alle tilfælde over de tre testforløb på grund af forskellige indtrufne omstændigheder. Der er således enkelte "huller" i de 89 deltagende beboeres testninger, men

det samlede materiale vurderes som et gyldigt fundament til beskrivelse af undersøgelsespopulationen. I det senere resultatsnit angives testgrundlaget for hver enkelt analyse.

3.6 Fysiologiske test

Der er foretaget følgende målinger af beboernes fysiske habitus:

- Iltoptagelsesevne (VO₂ max)
- Bodymass Index (BMI)
- Hvilepuls
- Blodtryk

For samtlige variabelers vedkommende er der en tæt, veldokumenteret sammenhæng med den træningsmæssige tilstand, og samtlige variabler lader sig påvirke gennem træning (Gjerset et al 1997, Åstrand & Rodahl 1977). Det må forventes, at en testperson, der går fra at være inaktiv og i dårlig form og til at være aktiv og i bedre form, vil øge sin iltoptagelsesevne, få lavere hvilepuls og et sænket blodtryk. Desuden vil der i tilfælde af overvægt formentlig ske et fald i BMI.

Gennemførte test

INDSKRIVNING		UDSKRIVNING		OPFØLGNING		SPØRGESKEMA	
<ul style="list-style-type: none"> • Fysisk testning • Psykologisk testning • Misbrugsvariabler • Demografiske variabler 		<ul style="list-style-type: none"> • Fysisk testning • Psykologisk testning 		<ul style="list-style-type: none"> • Fysisk testning • Psykologisk testning • Interview om motion og alkohol 		<ul style="list-style-type: none"> • Motionsvaner • Alkoholkontrol 	
Træningsgruppe	Kontrolgruppe	Træningsgruppe	Kontrolgruppe	Træningsgruppe	Kontrolgruppe	Træningsgruppe	Kontrolgruppe
N = 51	N = 38	N = 39	N = 33	N = 22	N = 19	N = 23	N = 27
♂ = 42	♂ = 28	♂ = 30	♂ = 26	♂ = 17	♂ = 14	♂ = 19	♂ = 20
♀ = 9	♀ = 10	♀ = 9	♀ = 7	♀ = 5	♀ = 5	♀ = 4	♀ = 7

Figur 2. Figur over gennemførte test med angivelse af deltagerantal

Testningen er helt overvejende udført af den samme testleder, der har universitetsuddannelse i idræt, og efter den samme standardiserede testprocedure. Langt de fleste test er foretaget i tidsrummet kl. 9-12 i et lokale på Ringgården indrettet til "testlaboratorium".

En testcyklus foregik således, at beboeren, der skulle testes, blev modtaget af testlederen, der først informerede om, hvad der skulle ske, og hvis det var nødvendigt fik taget den værste spænding og usikkerhed ud af situationen. Dernæst blev testpersonens højde og vægt målt, hvorefter testpersonen blev udstyret med pulsar og lagt til at hvile. Efter en periode blev hvilepulsens checket, og der blev foretaget blodtryksmåling. Til sidst gennemførte testpersonen en cykelergometer test, hvorefter resultatet



af testen straks blev udregnet og forklaret for testpersonen.

Iltoptagelsesevnen, dét der i daglig tale kaldes konditionen, er i overordnede vendinger et udtryk for kroppens evne til at få ilt ind i kroppen, cirkulere ilten fra lunger til arbejdende muskler samt optage og forbruge ilten i musklerne. Den maksimale iltoptagelsesevne udtrykkes som det antal liter ilt, der kan optages i minuttet, og på baggrund af det kan man beregne en persons "kondital" som det antal milliliter ilt, der kan forbruges per kilo legemsvægt per minut.

Iltoptaget er fundet gennem en Wattmax-test på Monarch cykelergometer ifølge den testprocedure, som anvendes på Institut for Idræt, SDU, (Institut for Idræt 1999). Testen er blandt de bedst validerede og mest præcise indirekte testninger af kondition med en usikkerhed på +/- 10-15%. Testen går i korthed ud på, at testpersonen skal cykle så længe han/hun kan med konstant 60 pedalomdrejninger på stigende belastninger, idet testlederen for hvert tredje minut øger arbejdsbelastningen med et fast interval. Startbelastningen blev for alles vedkommende sat til 1 kp., svarende til 60 watt, hvorefter de kvindelige testpersoners belastning blev øget med ½ kp., svarende til 30 watt hvert tredje minut. De mandlige deltageres belastning blev øget med 1 kp., 60 watt, hvert tredje minut, hvis testpersonen var yngre end 50 år, og ½ kp., hvis personen var ældre end 50 år. Testpersonerne blev før testen gik i gang instrueret om, hvad testen gik ud på, og de blev bedt om at afbryde testen, hvis de følte nogen form for svimmelhed eller

ubehag, der lå ud over almindelig muskel-
ømhed. Det skal bemærkes, at det kun én
gang var nødvendigt at afbryde testningen
på grund af utilpashed.

Der er i forbindelse med testningen
anvendt Polar Favor pulsurre til måling af
hvilepuls samt arbejds puls under ergome-
tertesten, og der er brugt digital metro-
nom som støtte til at holde pedalfrekven-
sen under cykeltesten.

Body mass index (BMI), som bruges til at
vurdere forholdet mellem en persons vægt
og højde, er fundet ved måling af testperso-
ner på digitalvægt. Der er målt i let
påkædt tilstand, det vil sige typisk i shorts
og T-shirt eller i træningsdragt, som der
blev kompenseret for ved at trække ½-1 kg.
fra, før vægten blev noteret, alt efter testle-
derens vurdering. Da testdeltagerne
meget ofte var iført det samme træningstøj
fra test til test, og den anvendte vægt har
været den samme, er udsving i BMI grun-
det unøjagtigheder i målingerne, forment-
lig beskedne. Testdeltagernes højde blev
kun målt under første testcyklus, stående
med ret ryg mod en mur, hvorpå var
ophængt måleredskab.

Hvilepulsen er et mål for, hvor hurtigt
hjertet slår, når man er helt afslappet.
Hvilepulsen vil ved konditionsfremmende
træning falde, blandt andet fordi hjertet
kan pumpe mere blod ud per slag, og fordi
iltoptagelsen sker mere effektivt i muskler-
ne. Hvilepulsen blev målt, efter at testper-
sonen havde ligget 10-15 minutter på et
liggeunderlag med tæppe over sig, og
instruktion om at prøve at slappe helt af.

Blodtrykket kan ligeledes påvirkes positivt
gennem konditionsfremmende træning.
Blodtryksmåling fandt sted umiddelbart
efter hvileperioden, og foregik på den
måde, at testpersonen sad med underar-
men hvilende på et bord, således at man-
chetten var på højde med hjertet. Målingen
blev som angivet i blodtryksmålerens vej-
ledning foretaget på venstre arm. Der blev
normalt af tidsmæssige årsager kun foreta-
get én måling per testcyklus, hvis der ikke
var tegn på forhøjet blodtryk. Målingerne
blev lavet med en digital blodtryksmåler af
fabrikatet Microlife BP 2BHO.

3.7 Psykologiske test

Der er foretaget følgende psykologiske
test:

- Millon Behavioral Health Inventory
(MBHI)
- Symptom Check List 90-r (SCL-90-r)
- Levenson s Checklist for Locus of
Control

De psykologiske testninger er sket med
henblik på at finde eventuelle ændringer i
psykologiske parametre omkring blandt
andet selv-kompetence, motivation, oplevet
symptombelastning, kontrolorientering,
angst og depression

Millon Behavioral Health Inventory
(MBHI) er oprindelig udviklet som et red-
skab til at hjælpe klinikere som psykologer
og læger, der er beskæftiget med syg-
domsbehandling eller intervention i patien-
ters sundhedsadfærd (Millon et al 1982).
Testen består af et spørgeskema med 150
spørgsmål, der besvares skriftligt af test-

personen med enten "rigtigt" eller "forkert". Der opnås - i form af 8 "personlighedstræk" - information om en persons forventelige relationsstil i forhold til behandlingsmedarbejdere, problematiske psykosociale attituder og stressfaktorer samt personens lighed med patienter indlagt med psykosomatiske komplikationer eller lighed med patienter, der reagerer dårligt på behandling.

I nærværende undersøgelse er MBHI-testen valgt i forsøg på identifikation af markører for compliance med fysisk træning og mental indstillingstræning, samt redskab til systematisk belysning af ændringer i førnævnte parametre under behandlings- og follow up-periode.

SCL-90-r testen er et klinisk selvrapporteringsskema med 90 spørgsmål omhandlede psykiske og somatiske symptomer, der besvares graderet fra "slet ikke" til "i svær grad" i forhold til personens befindende i den uge, der er gået forud for besvarelsen (Derogatis 1977). En summet score udtrykker personens samlede belastningsgrad ("Global Symptom Index").

I ni delscores belyses niveauet for belastning på specifikke symptomfelter: somatisering, obsessive/kompulsive symptomer, interpersonlig sensitivitet, depression, angst, aggression, fobisk angst, paranoia, psykotiske træk samt enkeltstående spørgsmål om spise- og søvnproblemer samt suicidale impulser.

Levenson's Checklist for Locus of Control indeholder 24 udsagn, som testpersonen

tager skriftligt stilling til på 6 punkts Likertskala i forhold til, hvad der stemmer bedst overens med hans/hendes personlige opfattelse (Levenson 1973, Donovan & Marlatt 1980). Testen belyser personens kontrolorientering (locus of control), det vil sige i hvilken grad personen tror på, at han eller hun selv har kontrol over sit liv. Testen giver en score for, hvordan testpersonen vurderer, at "magtfulde andre" (powerful others), "tilfældighed" (chance) eller "egen indsats" (internal) spiller ind i livet.

Personer med høj grad af indre-styring, tror på, at deres egen indsats og evner har stor betydning for deres bestræbelser på at nå et mål, være succesfulde og kunne påvirke deres omverden, hvilket giver dem følelse af kontrol over livet og en høj grad af selvansvarlighed. Omvendt vil personer med høj grad af ydre-styring opleve, at de er offer for tilfældigheder, at deres bestræbelser ingen vegne fører, og de vil have en lav grad af selvansvarlighed.

3.8 Misbrugsvariabler

I forbindelse med den forsamtale alle beboere på Ringgården kommer til før indskrivning, kortlægges blandt andet personens drikkemønster og forbrug på baggrund af foreliggende oplysninger, lægenotat og selve samtalen.

Ved indskrivningen er både træningsgruppen (69%) og kontrolgruppen (76%) karakteriseret ved at have et drikkemønster, der overvejende er konstant. Det vil sige, at der for de flestes vedkommende kun er

meget få og korte perioder med afholdenhed eller et lille forbrug. Hvad angår det maksimale gennemsnitlige antal genstande under en drikkeepisode, ligger træningsgruppens beboere signifikant højere end kontrolgruppen ($p \leq 0,05$). I træningsgruppen er det gennemsnitlige maksimale indtag af genstande på 29,6 mod kontrolgruppens 23,8.

Sidemisbrug forekommer i form af hash-misbrug eller medicinmisbrug blandt 18% af de testede beboere. Der er en signifikant større andel i træningsgruppen, der har sidemisbrug, nemlig 12 personer (23,5%), mod kontrolgruppens 4 personer (10,5%), ($p \leq 0,01$).

3.9 Follow-up undersøgelse

Virkningerne af behandlingsforløbet blev evalueret i en follow-up undersøgelse af både trænings- og kontrolgruppen, hvor der ud over en gentagelse af de fysiske og psykologiske tests blandt andet blev spurgt om fastholdelsesgrad af aktivitetsniveau, anvendelse af motion som strategi samt alkoholvaner efter behandlingsopholdet.

Denne undersøgelse blev typisk foretaget, når beboerne kom til den opfølgingsdag, der tilbydes alle på Ringgården ca. 3 måneder efter behandlingsafslutning. Da der ofte er en stor andel, der ikke kommer til opfølgning, hvilket fx kan skyldes tilbagefald, eller at tiden på Ringgården er et overstået kapitel, blev alle, der ikke var kommet til opfølgning, inviteret til at komme til testning på en dag efter eget valg med kørslen betalt.

Det lykkedes på denne baggrund at foretage opfølgningstestning på i alt 41 personer, heraf 22 fra træningsgruppen, svarende til af 56% af dem, der gennemførte behandlingen i træningsgruppen, og 19 personer fra kontrolgruppen, svarende til og 58% af dem, der gennemførte behandlingen i kontrolgruppen.

Som et sidste forsøg på at få indhentet oplysninger om dem, der ikke havde deltaget i follow-up testningen, blev der udarbejdet et spørgeskema om idrætsvaner og hvordan det var gået med alkoholforbruget efter tiden på Ringgården. Skemaet samt frankeret svarkuvert blev sendt ud til samtlige deltagere i undersøgelsen, og det lykkedes at få indhentet supplerende oplysninger til dem, der i forvejen var til rådighed, idet en del af dem, der svarede, ikke allerede havde været til opfølgning. Der indkom svar – efter at der var rykket en gang - fra i alt 50 af de 72 deltagere (69%), hvoraf der ikke forefandt opfølgingsdata på de 13 personer. Respondenterne var fordelt således, at 48% oprindeligt havde været i træningsgruppen og 52% i kontrolgruppen. Sammenlagt dækker follow-up undersøgelsen 75% af dem, der fuldførte behandlingen.

3.10 Statistisk analyse

Testresultater, spørgeskemaoplysninger og data fra opfølgningssamtalerne er behandlet i SPSS Windows 10,0, hvor der er anvendt t-test, chi-square test, Sign test, Fisher exact test, og McNemar Change test. I beskrivelsen af deltagergruppen ved indskrivning indgår samtlige indsamlede

data (89 personer), men i analyser og statistiske test, hvor der sammenlignes mellem første, anden og tredje testcyklus, indgår kun beboere, der har gennemført behandlingen (72 personer).

3.11 Frafald

Det er en velkendt problematik indenfor misbrugsbehandling, at klienterne dropper ud af behandling. I Ringgårdens egen tidligere undersøgelse, fandt man et frafald på 23%, der skyldtes udeblivelse fra behandling, psykiske eller fysiske problemer eller misbrug under opholdet (Samuelson et al. 1998).

I nærværende undersøgelse viser en opgørelse over samtlige beboere, der er blevet indskrevet i enten træningsgruppen eller kontrolgruppen i løbet af projektperioden oktober 1999 til februar 2001, at der har været et overordnet frafald på 28,6%. Stigningen i antal urettidigt afbrudte behandlingsforløb i forhold til den tidligere undersøgelse skal måske ses som en følge af den tendens, der har været de senere år,



til at koncentrationen af "tunge" misbrugere i døgnbehandling er blevet højere. Det må forventes, at gennemførelsesprocenten er omvendt proportional med belastningsgraden, idet massive misbrugsproblemer, psykisk og fysisk comorbiditet samt udpræget svage netværk vanskeliggør et ordentligt behandlingsforløb.

Frafaldet i forhold til behandlingsgennemførelse har i træningsgruppen og kontrolgruppen været på henholdsvis 22,8% og 34,5%. Der har også i enkelte tilfælde været frafald i undersøgelsespopulationen, selv om der ikke har været tale om afbrydelse af behandlingen. I et par tilfælde har det ikke været muligt at gennemføre tilstrækkelige fysiske og/eller psykologiske test på grund af sygdom, hvorfor disse personer ikke indgår i det endelige analysemateriale.

Frafaldet efter behandlingsafslutning, det vil sige den andel, der har gennemført behandlingsopholdet og har kunnet testes, men ikke har deltaget i follow-up undersøgelsen, andrager samlet set 44%. Sagt på en anden måde er der 56% af dem, der gennemførte behandlingen, som også kom til opfølgning, med en ligelig repræsentation fra træningsgruppen og kontrolgruppen.

Der er foretaget en undersøgelse af frafaldsgruppen med henblik på at undersøge, om den adskiller sig fra gruppen af gennemførte forløb. Der er ikke noget der umiddelbart peger på, at gruppen af frafaldne adskiller sig markant i hverken misbrugsmønster, belastningsgrad eller demografiske forhold.

4. Interventionsprogrammet i praksis – beskrivelse og erfaringer

4.1 Valg af træningsaktiviteter

Valget af træningsaktiviteter til projektet er sket på baggrund af en række overvejelser af såvel træningsmæssig og pædagogisk som pragmatisk karakter. For det første har det været afgørende, at aktiviteterne har kunnet "håndteres" i huset, altså at aktivitetsudbudet har været tilpasset det idrætsfaglige niveau hos grupelederne, der står for træningen, og for det andet at aktiviteterne også på længere sigt kan integreres i Ringgårdens behandlingsprogram uden større økonomiske eller tidsmæssige omkostninger. Det har med andre ord været tanken, at projektarbejdet ligger så tæt på en eventuel permanentgørelse i sin udformning som muligt, og ikke fungerer som et luksusforsøg med særligt gode betingelser og løsrevet fra dagligdagens trange vilkår.

For det andet er det vigtigt, at aktiviteterne har været genkendelige for beboerne som meningsfulde, konditionsgivende træningsøvelser, som de kunne fortsætte med også efter behandlingsforløbet. Det har i nogen udstrækning betydet, at aktiviteterne bedst kan karakteriseres som "traditionelle" i den forstand, at brugen af decideret legeprægede og tværidrætslige aktiviteter er nedtonet. Leg, småspil og tværidræt forekommer derfor primært som ekstra (underholdnings-)elementer, for eksempel i forbindelse med opvarmning eller som "isbrydere".

Erfaringerne fra nogle praksisforsøg peger på, at det er vigtigt for et positivt resultat, at der i den fysiske træning også lægges vægt på leg og lyst, fremfor alene på præstation og hård træning for at anspore den enkelte beboer til at fortsætte aktiviteten, også når behandlingsforløbet ophører. Blandt andre Jan Svensson, der har arbejdet med psykiatriske patienter, er fortaler for leg og dans som jeg-støttende redskaber, idet han mener at den type aktivitet giver bedre kroppsopfattelse, større selvforståelse og i øvrigt rummer en række motivationelle fordele (Svensson 1991, Wilhelmi 1991). Andre anvender udelukkende løb som træningsaktivitet ud fra en holdning om, at den er billig, hurtigt giver konditionsfremgang, at alle kan udføre den uden tekniske problemer, samt at den kan sættes i gang uanset omgivelser og faciliteter (Sachs & Buffone 1997, Matthiessen & Grønlykke 1982).

Det skal dog bemærkes, at valget af de forskellige idrætstyper måske i virkeligheden er udtryk for to "skoler", hvor vægten lægges på forskellige elementer. I den skole, der foretrækker legeprægede aktiviteter, arbejdes der mere med idræt som et decideret (bevægelses-) psykoterapeutisk redskab, hvor selve det at deltage i øvelserne er med til at åbne for perceptuelle og følelsesmæssige sluser, hensætter deltageren i situationer, der fremmer oplevelsen af egne og andres grænser, og lægger ekstra lag på selv-opfattelsen. Denne

kropslige erfaringsdannelse kan så – siger tilhængerne – bruges som supplement til øvrige terapeutiske tiltag.

Den anden skole trækker mere på effekten af den fysiske træning per se, altså at der sker ændringer i fx selvpfattelse, personlighed og grad af diverse psykiske symptomer nærmest per automatik, blot der trænes. Indtil videre har det som tidligere omtalt ikke været muligt at præcisere, om den ene eller anden aktivitetsform har bedst effekt, og bliver det formentlig heller ikke endegyldigt, da der i nogen udstrækning er tale om at sammenligne æbler og pærer (Leith 1994).

I dette projekt er vi endt et sted midt imellem – dog med hovedvægten på den konditionsmæssige side – i håbet om at plukke lidt af det bedste fra begge verdener. Der blev især i projektets begyndelse eksperimenteret med leg og tværidræt som faste elementer i den fysiske træning, men det blev gradvist nedtonet, idet beboernes respons på den type aktiviteter oftest var negativ. Der var en udpræget tendens til at betragte legeprægede aktiviteter som fx opvarmning med ballon, forskellige partiboldspil, stafetter og gamle lege som fx “So i hul” som “barnlige”, “pjattede” og træ-

ningsmæssigt irrelevante. Især når træningsgruppen og kontrolgruppen var sammen i hallen, og der blev lavet indledende opvarmning hver for sig, følte træningsgruppen sig “til grin” og udstillet, når kontrolgruppen overværede småspillene.

Der blev også i en periode i projektet arbejdet med tanken om at indføre et “kropsværksted”, hvor beboernes egne ønsker til træning kunne tages op. Der blev fx lavet et forløb omkring, hvordan man laver korrekt opvarmning, hvordan man forebygger idrætsskader, og hvordan en akut opstået skade behandles efter RCIE-modellen (ro-compression-is-elevation). Der blev også i den forbindelse lavet nogle få forløb med fokus på vejrtrækning og balancetræning, men ideen var vanskelig at omsætte på grund af en for presset tidsplan og for spredte ønsker fra beboernes side.

Den praktiske, idrætslige side i undersøgelsen har således udviklet sig i løbet af projektperioden med afstikkere til forskellige idrætslige afkroge, men efterhånden er der blevet skabt et fast “grundprogram” af de elementer, der har været mest givtige at arbejde med (skema 1). Et ugeprogram for træningsgruppen har derfor typisk budt på

Skema 1. Ugeprogram for fysisk træning

Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag
Løbetræn. Kl. 9-10	Aerobic Kl. 9-10		Aerobic Kl. 9-10	Cirkeltræn Kl. 9-10		
		Cirkeltræn & sport i hal Kl. 13-15	Afspænding Kl. 15.15-16			Egen aktivitet

en blanding af gang/løb, (step-)aerobic, cirkeltræning og afspænding, der er blevet suppleret med andre aktiviteter som fx cykling, badminton, volleyball, kegling og smålege.

4.1.1 Træningsintensitet - pulsmåling

Udgangspunkt for træningen har været, at der skulle være et rimeligt belastningsniveau. Derfor er der primært arbejdet med kredsløbstræning med en intensitet på 65-85% af maxpuls, som ifølge litteraturen burde give en rimelig konditionsfremgang uden at belaste kroppen for meget (Gjerset 1999, Åstrand og Rodahl 1977). Da alle beboere er blevet maxtestet, har det været muligt at bruge pulstallene herfra, men der blev også brugt den lidt mere upræcise udgave $220 - \text{alder} = \text{maxpuls}$, i de tilfælde, hvor der endnu ikke var lavet maxtest.

Træningsgruppen har brugt meget opmærksomhed på pulsmåling. Der er under de fleste aktiviteter foretaget hyppige pulsmålinger – enten palperet eller med pulsøre – dels for at skærpe opmærksomheden på kroppen, dels for at ramme et passende træningsniveau.

4.1.2 Træningsdagbog

Alle beboere i træningsgruppen har fået udleveret deres egen træningsdagbog, hvori oplysninger om træningslængde, -intensitet og oplevelser med træningen kunne noteres. Dagbogen var dels tænkt som et regulært træningsredskab og dels som et middel til at sætte fokus på de kropslige erfaringer, fremskridt og oplevelser, der fulgte med træningen. Der er

blandede erfaringer med dagbogen; nogle beboere har brugt den flittigt, mens andre mere har betragtet den som endnu en opgave end som en hjælp. Træningsdagbogen har måske især været en succes blandt de beboere, der virkelig tændte på træningen, altså blandt dem for hvem, der gik sport i at holde rede på antal kilometer, pulsfrekvens osv.

4.2 Den fysiske træning

Aktiviteterne i træningsgruppen er blevet forestået af to gruppeledere – Poul Michael Christensen, der er i halvtredserne, og Conni Hansen, der er i slutningen af fyrrerne – der fast har fulgt træningsgruppen hele vejen igennem behandlingsforløbet. Gruppelederne er erfarne alkoholbehandlere med stor interesse for idræt generelt og mangeårig egen udfoldelse inden for især boksning, cykling og aerobic, men ingen af dem har en egentlig idrætsuddannelse, der rækker ud over kursusdeltagelse. Programlægning og justering af aktiviteter er derfor sket i samarbejde med denne rapport forfatter, der har fungeret som supervisor på det idrætslige område.

Gruppeledernes engagement og egen deltagelse i træningen har været en forudsætning for den meget positive modtagelse, beboerne har givet træningen. Der er ingen tvivl om, at gruppeledernes egen entusiasme og glæde ved idrætsudfoldelse har haft en stor pædagogisk afsmitning på træningsgruppen. Observationer fra et forsøg i Norge peger på, at interessen for fysisk træning blandt patientgrupper, fx i det psykiatriske system, afhænger af fag-

personalets deltagelse; jo flere "betydningsfulde" personer, der deltager, jo større interesse (Moe 1998). Det har aftvunget respekt blandt beboerne, at de to gruppeledere selv har kunnet føre an i træningen, og ikke har holdt sig tilbage, ligesom det også har tilført et konkurrenceelement, at de to "halvgamle" gruppeledere var i meget bedre form end de unge beboere. Mange beboere har forsøgt at træne sig op til at kunne følge med gruppelederne og især slå konditalsrekorden, som den mandlige gruppeleder holdt (53,5 ml/min/kg). Det lykkedes dog på trods af ihærdig indsats ikke.

4.2.1 Løbetræning

Løbetræningen er kun blevet gennemført af træningsgruppen, ikke kontrolgruppen. Da indskrivning til behandlingen er sket fortløbende, har aktiviteterne i træningsgruppen skullet gennemføres af både de nyindskrevne beboere, der i nogle tilfælde havde kraftige abstinenser og ofte led af træthed og søvnproblemer, og af de beboere, der var ved at have færdiggjort opholdet og var fysisk mere ovenpå. Derfor er deltagerne ofte blevet delt under løbetræningen i en trænet gruppe med højere intensitet og længere intervaller samt i en utrænet gruppe, der gik eller luntede i kortere intervaller.

Løbeturene er begyndt med en let opvarmning, hvorefter der blev løbet fra Ringgården ad en fast rute på ca. 3,7 km og afsluttet med udstrækning. Oftest er løbeturen sket i form af intervaller på 2-3 min. med skift mellem løb og gang, men her i slutningen af projektperioden er der blevet løs-

net lidt op for styringen af løbetræningen, således at et mere individuelt træningstempo har vundet frem.

Erfaringerne med at lave løbetræning er helt overvejende positive. Aktiviteten kan justeres i forhold til den enkelte beboers kapacitet (gang/løb), enhver kan udføre den, den kan ske direkte fra institutionen, og den giver en effektiv konditionsfremgang. Beboerne oplever aktiviteten som relevant og meningsfuld, og der er god mulighed for at måle sin præstation fra gang til gang, altså direkte opleve, hvordan det skrider frem med konditionen uge for uge, enten i form af at være mindre forpustet, have lavere puls eller kunne løbe flere intervaller.

Selv ikke dårligt vejr har været nogen egentlig hindring. Der blev ved projektstart indkøbt 10 vandtætte overtræksæt, som beboerne kunne låne, og det har kun ganske få gange været nødvendigt at erstatte løbetræningen med en anden træning på grund af vejrlig. Faktisk har gruppelederne i flere tilfælde været parat til at ændre programmet, kun for at se at beboerne stod iført træningstøjet og var klar til afgang.

4.2.2 Aerobic

Aerobic-aktiviteterne, af ca. 45 min. varighed, har været for alle på Ringgården, såvel kontrolgruppen og træningsgruppen som den sidste behandlingsgruppe. Aerobic'en har fundet sted tirsdag og torsdag formiddag under kyndig ledelse af Conni Hansen i Ringgårdens træningssal med høj musik og brug af stepbænke og

træningselastikker, samt afsluttende udstrækning og afspænding.

Intensitetsniveauet har været højt, og selv om den tekniske sværhedsgrad set i forhold til anden aerobictræning har været moderat, er der alligevel blevet stillet krav til beboernes koordinationsevne, rytmesans og kropsbeherskelse. På trods af at nogle beboere utvivlsomt har følt sig hægtet af indimellem og på trods af, at aktiviteten traditionelt mest appellerer til kvinder, er der generelt blevet taget godt imod den, også selvom der er en kraftig overvægt af mandlige beboere (79%).

4.2.3 Sport i hal

Om onsdagen har alle beboere på Ringgården – også de der ikke var i træningsgruppen – deltaget i “sport i hallen”, hvor byens idrætshal har stået til rådighed. Det har været forskelligt, hvad hallen er blevet brugt til, afhængig af hvordan interessen blandt beboergruppen har været. Typisk er der efter en kort fælles opvarmning/icebreaking blevet spillet indendørs fodbold, badminton eller volleyball af dem, der var i god fysisk forfatning (“Tonsegruppen”), mens beboere med fysiske skavanker eller skader har spillet indendørs boccia og indendørs curling, hal-minigolf, halkroket eller andre småspil (“Luntegruppen”). For det meste har der til sport i hallen været tilknyttet to medarbejdere, der begge har sat i gang og selv deltaget i aktiviteterne.

For at træningsgruppe-deltagerne kunne få et ekstra træningselement i forhold til kontrolgruppen denne dag, har der været

arbejdet med forskellige ekstraelementer for dem. I begyndelsen af projektet blev der som nævnt uden stor succes forsøgt med legeprægede aktiviteter i 15 minutter, før den selvvalgte aktivitet. Senere og med større held blev der gennemført et kort cirkeltræningsprogram på ca. 15 min. som opvarmning. Endelig er der altid blevet opfordret til, at træningsgruppen cyklede til og fra hallen, som ligger i en afstand af ca. 2 km fra Ringgården.

Erfaringerne med sport i hal er af blandet karakter. Det har været svært at have både kontrolgruppen og træningsgruppen til at skulle lave forskellige ting i den samme hal, og der har overordnet set været meget svingende interesse fra beboernes side for at bruge de utallige muligheder i idrætshallen. Det er ydermere et idrætspædagogisk problem, at beboerne er aldersmæssigt forskellige og på meget forskellige færdighedsmæssige niveauer, hvilket gør det vanskeligt at gennemføre fælles aktiviteter.

4.2.4 Afspænding

Om torsdagen har der – udover gentagelse af aerobic-delen for alle – om formiddagen været lavet afspændingsøvelser om eftermiddagen kun med træningsgruppen. Afspændingsøvelserne har bestået i, at beboerne lå på gymnastikmåtter, mens en gruppeleder gennem mundtlige anvisninger “talte” kroppen igennem med fokus på at spænde/afspænde afgrænsede kropsdele. Der blev givet anvisninger på afslappende vejrtrækning og arbejdet med at forestille sig at negative tanker kunne “fejtes” ud af hovedet. Endelig sluttede sekvensen med, at der blev sat rolig, meditativ musik

på, hvorefter beboerne kunne slappe af i 10 minutter på egen hånd.

Der har været gode erfaringer med at lave afspænding i træningsgruppen. Afspænding har været et populært indslag i ugens program, som beboerne har nydt, og tidspunktet midt på eftermiddagen på beboernes længste "arbejdsdag" har været velvalgt, idet afspændingen har været en god måde at få dagens mentale stress ud af kroppen på. Flere har givet udtryk for, at de udover det fysiske velvære har haft gavn af at foretage den mentale "rengøring", som også har været lagt ind.

4.2.5 Cirkeltræning

Fredag har den for træningsgruppens vedkommende stået på cirkeltræning i træningssalen med 6-8 øvelser – en blanding af kredsløbsøvelser og ryg- og maveøvelser – der blev gennemført i 3 sæt, hvor alle øvelser udføres i 30 sekunder med ca. 10 sekunders pause imellem. Der blev sluttet af med udstrækning.

Erfaringerne med cirkeltræning er yderst positive, faktisk er det den aktivitet, der har givet den største "gejst" i træningsgruppen. Træningsgruppen har ofte oplevet at overvinde en kollektiv træthed med det resultat, at gruppen er blevet tilført energi og overskud. Beboerne har været meget tilfredse med denne del, og aflysninger har været ilde set. En forklaring på denne popularitet kan være, at aktiviteten sker i et relativt lille og intimt rum kun med deltagelse af træningsgruppen. Øvelserne er hurtigt lært, der er høj intensitet, og hele gruppen er sammen om akti-

viteten, men alligevel er der mulighed for individuel tilpasning. Der er kortvarig maksimal intensitet i øvelserne, hvilket giver en oplevelse af effektivitet, og der er kontinuitet og genkendelighed i øvelserne fra gang til gang, så man kan måle sin fremgang.

4.2.6 Andre aktiviteter

I løbet af projektet har der også været mere ad hoc prægede aktiviteter i træningen. Eksempelvis har træningsgruppen flere gange stillet sig til rådighed for massageskolen i Fredericia, når de havde brug for "klienter" at øve sig på. Andre gange er der blevet lavet gå- eller cykelture i naturen omkring Middelfart, eller der er arrangeret prøvetime i det lokale fitness-center, så beboerne kunne se, om det var noget at fortsætte med efter opholdet. Disse aktiviteter, der ofte er opstået spontant eller på baggrund af beboerønsker, har været med til at tømre træningsgruppen sammen og har betonet det idrætslige/kropslige element.

4.2.7 Egenaktivitet

Weekenden har budt på en opfordring til egenaktivitet i form af fx en gåtur i skoven, en cykeltur eller lignende med henblik på at overvinde ulyst, arbejde med indstilling og motivation og gøre erfaringer med at gennemføre – eller undlade at gennemføre – noget man har sat sig for. Om mandagen har man så i gruppen samlet op på, hvad der er sket i løbet af weekenden, og har kunnet bruge både de positive oplevelser – når det planlagte var blevet gjort – og de negative oplevelser – når det planlagte var blevet forsømt – til at diskutere ud fra og

sammenligne fx alkoholrelaterede oplevelser med.

I alt betyder ovennævnte program, at deltagerne i træningsgruppen som et minimum har trænet ca. 7 timer om ugen, hvortil kommer eventuel træning på eget initiativ og selvfølgelig den tid, der er brugt på at tale om krop og indstilling.

Kontrolgruppen har deltaget i ca. 4 timers aktivitet om ugen, da det som omtalt tidligere er fast indlagt i Ringgårdens behandlingsprogram.

4.2.8 Skader

Skiftet fra en fysisk inaktiv livsførelse og til at følge et relativt intensivt træningsprogram har i nogle tilfælde medført overbelastningssymptomer i ben og ryg, mindre fibersprængninger og muskelsmerter. Der er ikke gennemført nogen systematisk kortlægning af omfanget af skaderne. I de tilfælde, hvor der er opstået en overbelastningsskade, er der i videst mulige omfang gjort forsøg på at finde alternative, mindre belastende øvelser og aktiviteter, så de skadede fastholdt et vist aktivitetsniveau.

4.3 Indstillingstræning og kropsfokusering

Udover de fysiske aktiviteter er der blevet brugt tid på at arbejde med bevidstgørelse og reformulering af indstilling til krop og træning, motivation, ulyst og oplevelser i forbindelse med træningen. Denne indstillingsdel har haft forskelligt udtryk afhængig af beboerne og forskellige situationer.

Grundtanken med dette element har været

at bruge de konkrete erfaringer og oplevelser med den fysiske træning som afsæt for en terapeutisk dialog om indstillingen til forhold omkring alkohol og forhold vedrørende mere generelle spørgsmål i livet. Det er gammelkendt viden, at mange alkoholmisbrugere tillægger sig dysfunktionelle, automatiske tankegange og handlemønstre, der er spændt ud imellem kontrasterne lyst og ulyst; lyst til den næste rus/ulyst overfor at fortsætte drikkeadfærd eller lyst til at kunne fungere uden alkohol/ulyst overfor at have abstinenser. På trods af utallige forsætter og selvsværgelser kniber det indimellem med at omsætte den positive indstilling til adfændsændring i praksis, ikke ulig den oplevelse mange mennesker har, når de har sat sig for at "nu skal det være, nu skal jeg også til at begynde med at løbe!", hvorefter det pludselig ser anderledes ud, når tiden er inde.

Arbejdet med indstillingen er sket både under selve den fysiske træning og i løbet af gruppeterapien, uden at det har været et egentligt skemalagt element. Det er blevet



taget op og diskuteret, ofte i forbindelse med en konkret hændelse eller situation, hvor gruppelederne har kunnet vende sagen 180 grader ved at pointere, at situationen faktisk opstår på grund af en uhenigtsmæssig indstilling til sagen mere end på grund af selve sagens karakter. Ordet "indstilling" er blevet et tilbagevendende begreb, som træningsgruppens deltagere jævnligt har brugt til at få perspektiv på en sag, eller til at udfordre hinandens oplevelse af noget. Når en beboer fra træningsgruppen har været negativ overfor fx en praktisk opgave, har vedkommende kunnet være sikker på at få en kommentar med fra de andre om, at det måske var hans indstilling, der skulle justeres. Eller når en beboer med tendens til mismod eller negative tanker lod sig gå på af en bagatel, har gruppeledere og andre fra træningsgruppen påpeget overfor vedkommende, at det måske er indstillingen til andre personer eller vedkommendes selvopfattelse, der er skyld i de negative tanker.

Et eksempel, der ligger lige for med hensyn til at koble idræt, adfærd og tankemønstre, er løbetræningen mandag morgen. Mange beboere har oplevet en sammenhæng mellem det at overvinde ulysten til at stå op mandag morgen, trække i træningsdragten, snøre skoene og tage af sted i mørke, regn og blæst, og det at overvinde drikketrang. Begge situationer giver den samme oplevelse af lettelse, stolthed og tilfredshed.

Der findes også situationer, hvor det omvendte gør sig gældende, fx når en

beboer har følt kraftig ulyst mod den fysiske træning og har villet undslå sig fx ved at simulere en skade. I de tilfælde har gruppelederne haft mulighed for at drage paralleller mellem den konkrete situation – ugidelighed over for træning – med tidligere situationer, hvor den samme reaktion – fx ugidelighed over for at løse pålagte arbejdsopgaver eller lignende – har ført til konflikter med selvbebrejdelser og måske en heftig drikkeepisode som følge.

4.3.1 Eksempler på hvorledes fysisk aktivitet er omsat til bedre håndtering af problemer

Gruppelederne har oplevet flere eksempler på konkrete episoder, hvor beboere via træningen har fået bedre styr på nogle af de situationer og handlemønstre, der tidligere har præget deres måde at opføre sig på. Flere beboere med angsttilstande og nedtrykthed har givet udtryk for, at træningen har været et godt redskab til at afhjælpe problemerne, og det har været tydeligt, at indadvendte personer med lavt selvværd og kontaktbesvær har profiteret umiddelbart af de fysiske elementer. Nedenfor følger to cases, hvor beboere har brugt idrætten til at tackle forskellige vanskelige situationer, der tidligere ville have medført drikkeri.

4.4 Kropsfokusering

Ved siden af den rent træningsmæssige del er der i træningsgruppen også brugt tid på at fokusere på kroppen i både perceptuel og intellektuel forstand med henblik på at øge interessen for den kropslige egenomsorg. Mange af Ringgårdens beboere har

“Ulrik” - Den indstillingsmæssige brug

Ulrik er i slutningen af tyerne, da han ankommer til Ringgården med et langvarigt og konstant misbrug af især alkohol og hash bag sig. Misbruget begyndte allerede i skoletiden, hvilket har bevirket, at Ulrik aldrig har fået en uddannelse, og faktisk ikke har kunnet arbejde i store dele af sit voksne liv. Ulrik søgte første gang om pension, da han var 18 år gammel. Han har ikke noget stabilt socialt netværk, er umoden, indelukket og emotionelt ustabil og bruger sine rusmidler til at knytte sociale kontakter eller til at slippe fri af negative følelsesmæssige tilstande. Det kniber ofte med at holde fast i beslutninger, for tålmodigheden er kort, og Ulrik har tidligere ofte virket hyperaktiv, rastløs og ustruktureret og med meget urealistiske forventninger.

Da Ulrik begynder i træningsgruppen er han allerede af egen interesse begyndt at løbetræne, og det passer ham fint at skulle arbejde med fysisk træning under behandlingen, for han har meldt sig til et større motionsløb over 10 km. Ulrik vil gerne være nummer et, den bedste, og han bruger idrætten som et redskab til at nå en anerkendelse, som han ellers ikke har nået i sit liv.

Da Ulrik har deltaget i motionsløbet, vender han nedslået tilbage. Han er udgået efter få kilometer, efter at have ligget helt fremme fra start, fordi han ikke har kunnet holde til at se, hvordan andre løbere overhalede ham. Han føler, at han har svigtet og har lyst til at drikke.

Gruppelederne taler med ham om det, og overtaler ham til at genoptage træningen med henblik på at deltage i et andet løb. Der bliver udarbejdet et løbetræningsprogram, så Ulrik kan træne struktureret på egen hånd, og der arbejdes med at ændre forventninger og indstillingen til, hvad der skal komme ud af situationen. Da det næste motionsløb nærmer sig, lægger gruppelederne sammen med Ulrik en taktik, der går ud på, at Ulrik skal starte nede i feltet, fordele kræfterne og arbejde sig op. Da løbet er overstået, vender Ulrik stolt tilbage. Han gennemførte løbet, holdt taktikken, og oplevede en tilfredsstillelse ved at kunne overhale andre – og i øvrigt acceptere at der var andre løbere, der var bedre end ham selv.

Da gruppelederne taler med Ulrik om hans oplevelse, kan han godt se, at der har været mange livssituationer, der har haft et tilsvarende forløb, hvor resultatet blot har været, at Ulrik er faldet i længerevarende drikkeri. Strukturen i træningen og ikke mindst ændringen i indstillingen er således blevet et forståeligt billede, der kan omsættes i bedre håndtering af andre vanskelige følelsesmæssige tilstande hos Ulrik.

ved indskrivningen som tidligere omtalt en forvrænget oplevelse af deres egen krop og ofte en meget dårlig beherskelse af kroppen. Kroppen opleves ofte som et “vedhæng”, der bare følger med under hovedet. Denne holdning bliver kraftigt modificeret i løbet af træningen, idet der bliver banket nogle “rustlag” af oplevelsen af kroppen.

Gruppelederne har gjort meget ud af at bringe kropsoplevelsen frem ved fx at tale om, hvordan beboerne havde det før og efter en træningssekvens. Der har projektet igennem været en stor interesse for og opmærksomhed omkring det velvære træningen har medført, og flere beboere har oplevet, at deres psykiske nedture kunne afkortes ved at træne. Gamle idrætsudøve-

“Preben” - Den redskabsmæssige brug

Preben, der lever i parforhold og har børn og arbejde, kommer på Ringgården efter at hans alkoholindtag er steget over en periode på nogle år. I starten delte han og kone en flaske vin til maden, hvorefter Preben i det skjulte fortsatte med et par flasker mere, efter konen var gået i seng. Senere bliver det til et konstant alkoholindtag, der begynder så snart Preben har kørt konen på arbejde.

Prebens skifteholdsarbejde er blevet fastholdt på trods af misbruget, og det har været muligt at opretholde et nogenlunde almindeligt familieliv i egen bolig. Preben er flink og hjælpsom, men nærtagende og nem at bringe ud af kurs på det emotionelle område. Især er det vanskeligt for Preben at tale med konen om følelser, og det kommer indimellem til sammenstød og gnidninger på grund af manglende evne til at kunne håndtere de tanker og følelser, der kører rundt i hovedet på Preben. Alkoholen har mest fungeret som en vej til at flygte fra problemer af økonomisk og følelsesmæssig karakter, eller som et middel til at skubbe problemerne foran sig, uden at tage fat om dem.

Preben synes det er okay at komme i træningsgruppen, og han deltager med interesse i aktiviteterne, uden at han dog bliver direkte tændt af træningen.

På et tidspunkt i opholdet er Preben hjemme hos sin familie, og der opstår en situation, hvor Prebens kone konfronterer ham med en sag, hvilket han oplever som en anklage. Det er præcis sådan en situation, der før ville føre til at det ene ord tog det andet, hvorefter Preben ville trække sig tilbage og drikke uden at få løst situationen. I stedet vælger Preben denne gang at lytte til sin kones indvendinger, hvorefter han ifører sig sit løbetøj og løber en tur. Da han er vendt tilbage, har han fået renset ud i sin umiddelbare irritation og har vendt kernen i situationen, således at han kan diskutere sagen i god ro og orden med sin kone.

Preben har altså fået endnu et redskab, nemlig fysisk aktivitet, til at håndtere sine alkoholrelaterede problemer med. Han har fundet ud af, at det at løbe giver ham lige præcis det pusterum, som han har brug for til at perspektivere et problem.

re, der har været i idrætslig dvale i mange år, har genfundet kontrollen med kroppen og genopfrisket gamle færdigheder, mens idrætsdebutanterne pludselig har fornemmet, at kroppens register er større, end de tidligere har oplevet.

Pulstælling har været et meget anvendeligt redskab til at øge opmærksomheden på kroppen, fordi det helt banalt kræver, at man kan finde sin egen puls og holde koncentrationen omkring den i den tid det tager at tælle slagene. En anden meget

konkret måde at have kontakt til sin krop på, er ved at mærke lungerne arbejde under løbeturen eller føle muskelømhed efter cirkeltræningen.

Der er ikke i undersøgelsen lavet besluttet kortlægning af beboernes ændringer i bodyimage, men gruppelederne beretter om tydelige skift i positiv retning for flere beboeres vedkommende. Flere har givet udtryk for, at de er blevet mere tilfreds med sig selv og kroppen, at de er glade og stolte over, at den er blevet “strammet op”.

Denne positive opfattelse af kroppen, er blevet forstærket af en større selvansvarlighed i forhold til at passe på kroppen, hvilket blandt andet har fået et konkret udtryk i beboernes monitorering af kropsvægten. I det grupperum, hvor træningsgruppen holdt til, stod den digitalvægt, der blev brugt i forbindelse med de fysiske test. Det blev et fast dagligt element, at træningsgruppen vejede sig, og flere beboere ændrede kostvaner i hensigtsmæssig retning i løbet af opholdet, og nogle tabte sig da også ganske meget i løbet af opholdet. Et andet udtryk for selvansvarligheden har været beboernes udbredte træningsiver ved siden af de skemalagte aktiviteter. Flere har hentet deres cykler til Ringgården, meldt sig ind i motionscenter, svømmet om morgenen og har gået eller løbet på egen hånd.

Et sidste element i kropsfokuseringen har bestået af psykoedukative brudstykker. De samme teorier om fysisk træningseffekt på psyken, som er beskrevet i denne rapport, blev gennemgået i undervisningsform i træningsgruppen. Udover den psykoedukation, der sker som led i det almindelige behandlingsforløb med fokus på alkohol, er beboerne i træningsgruppen blevet informeret om betydningen af høj/lav fysisk kapacitet i forhold til daglige gøremål, sygdom, alment velvære osv., og der blev informeret om, hvilken effekt, der kunne forventes af træningen. Gruppelederne har undervejs talt med deltagerne om ernæring, kostplanlægning, rygning og andre forhold, der spiller ind på det fysiske område.

4.5 Fastholdelse og forankring

Som nævnt tidligere har det været hensigten fra projektets begyndelse, at den idrætsinteresse, det var håbet at tænde i træningsgruppen, kunne fastholdes også efter opholdet på Ringgården. Der blev forsøgt forskelligt i forbindelse med projektarbejdet, men nogen endelig model, blev der ikke lavet. Alle beboere fra træningsgruppen fik tilbudt hjælp til at finde egnede idrætsstilbud i deres lokalområde efter udskrivning. Projektlederen, der er tidligere landsdækkende idrætskonsulent, tilbød at skaffe adresser og kontakter på idrætsklubber, men kun få beboere benyttede sig af muligheden. Da mange af beboerne kom fra Odense, var det muligt at henvise til de lokale "idræt om dagen tilbud" dér, og der blev en enkelt gang lavet en "studietur" med to beboere for at bane vejen for senere deltagelse. Men i de fleste tilfælde har beboerne ikke ønsket nogen hjælp eller indblanding fra Ringgårdens side, da de selv enten har kunnet trække på gamle idrætskontakter eller simpelthen ikke har ønsket at deltage i organiseret idræt. Et forsøg med en midtvejssamtale mellem den enkelte beboer og projektlederen om træningsambitioner blev derfor også forkastet efter få forsøg. Træningsgruppen er i stedet parallelt med deres drikkemålsætning blevet opfordret til at lave en træningsmålsætning for tiden efter opholdet, og det har også vist sig, at træning indgår som element i mange beboeres udskrivningsbrev. Så i det mindste intentionen om at fortsætte med fysisk træning har været til stede hos mange beboere.

5. Resultater

5.1 Den fysiske del

Som tidligere nævnt har et af udgangspunkterne for denne undersøgelse været, at mennesker med alkoholproblemer ofte har en ringe egenomsorg med blandt andet nedsættelse af generel fysisk kapacitet og formåen som en følge.

Målingen af den maksimale iltoptagelse og konditallet giver et praj om, hvordan det står til med den undersøgte gruppe. Det er imidlertid svært at finde et sammenligningsgrundlag, idet der ikke os bekendt er gennemført målinger af iltoptagelse i en større, tilfældigt udvalgt gruppe af danskere. Og slet ikke med så stor aldersspredning. Der er primært lavet undersøgelser af små og højt selekterede grupper, fx ældre, børn eller idrætsudøvere, der ikke dækker en gennemsnitsbefolkning. En undersøgelse af 203 tilfældigt udvalgte danskere i alderen 23-27 år viste gennemsnitsværdier for iltoptagelse for mænd på 3,66 l/min (48,0 ml/min/kg) og for kvinder på 2,49 l/min (39,6 ml/min/kg) (Andersen & Haraldsdottir 1993). Men i nærværende undersøgelse er aldersgennemsnittet 40 år med kun i alt 10 deltagere mellem 23-27 år, hvilket umuliggør en direkte sammenligning.

Sammenlignes med ovennævnte undersøgelse, ses det at værdierne er markant lavere både for mænd og kvinders vedkommende, hvilket også er forventeligt på grund af den noget højere gennemsnitsalder.

Tager man alderen i betragtning kan der sammenlignes med typiske maksimale iltoptagelsesværdier for ikke specielt trænedte personer (Institut for idræt 1999). Ifølge disse værdier vil 40-årige mænds VO_2max ligge på ca. 3,1 l/min og kvinders på ca. 2,2 l/min. På baggrund af disse tal må det konstateres – med behørig respekt for de metodiske problemer ved at slå alderskategorierne sammen – at de testede beboeres iltoptagelse i snit ligger 15-25% under, hvad man kunne forvente. Det kan samtidig konstateres, at der er meget store forskelle i deltagernes iltoptagelse, gående fra iltoptagelse lige over 1 l/min, hvilket må betegnes som næsten invaliderende lavt, og til over 4 l/min, der hører til i den veltrænede kategori.

Som det er kendetegnende generelt for personer med alkoholproblemer, er der heller ikke på det fysiske område tale om nogen homogen gruppe. Selvom man har

Table 1. Værdier for iltoptagelse ved indskrivning for samtlige testede (første test)

	Mænd (N=64)				Kvinder (N=18)			
	mean	SD	min	max	mean	SD	min	max
VO_2max (l/min)	2,72	0,57	1,57	4,02	1,79	0,30	1,11	2,32
VO_2max (ml/min/kg)	35,58	7,87	18,78	54,73	29,54	4,68	20,24	37,41

et svært alkoholmisbrug, kan det altså godt lade sig gøre at fastholde en acceptabel grad af kondition, men overordnet set har de fleste en dårligere kondition end jævnaldrende, der ikke har alkoholproblemer.

Træningsgruppens og kontrolgruppens fysiologiske data fra indskrivningen

I det følgende beskrives først de fysiologiske data for henholdsvis træningsgruppen og kontrolgruppen ved indskrivning og udskrivning, og gruppernes data holdes op mod hinanden med henblik på at vise eventuelle forskelle. Derefter gennemgås udviklingen fra indskrivning til udskrivning samt forskellene grupperne imellem.

Samtlige fysiologiske data er samlet i tabel 2, der viser data fra indskrivningstesten og tabel 3, der viser data fra udskrivningen.

De eneste væsentlige forskelle grupperne imellem, er kvindernes BMI og vægt, hvor træningsgruppens værdier ligger signifikant højere ($p \leq 0,01$). Det må derfor siges, at der ikke i baselinemålingen er tegn på,

at de to grupper på det fysiske område adskiller sig væsentligt fra hinanden. Med hensyn til kønsforskelle er mændenes $VO_2\text{max}$, vægt, systoliske blodtryk samlet set signifikant højere end kvindernes ($p \leq 0,01$). Det samme gælder for BMI ($p \leq 0,05$).

Det skal dog bemærkes, at træningsgruppens deltagere generelt er lidt yngre end kontrolgruppens deltagere ($p \leq 0,01$). I snit er beboerne i træningsgruppen ca. 38 år gamle, mens beboerne i kontrolgruppen er ca. 43 år gamle. Det kan være en forklaring på, at træningsgruppens indskrivningsniveau for maksimal iltoptagelse er lidt højere end kontrolgruppens. Det skønnes dog ikke at have den store indflydelse på undersøgelsens fund i forhold til udviklingen over tid, idet aldersforskellen næppe spiller væsentligt ind på graden af trænerbarhed i grupperne.

I det tidligere omtalte veltilrettelagte forsøg med fysisk træning testede og trænede Martinsen 89 patienter med ikke-psykoti-

Tabel 2. Fysiologiske data fra indskrivningstesten

	Træningsgruppe				Kontrolgruppe			
	Mænd (N=42)		Kvinder (N=9)		Mænd (N=23)		Kvinder (N=9)	
	mean	SD	mean	SD	mean	SD	mean	SD
$VO_2\text{max}$ (l/min)	2,74	0,50	1,89	0,25	2,69	0,69	1,68	0,31
$VO_2\text{max}$ (ml/min/kg)	36,11	6,89	29,54	4,68	34,55	9,56	30,60	4,83
Vægt	76,9	13,7	67,7	10,5	78,6	14,9	54,6	4,0
BMI	24,1	3,9	24,2	3,9	24,7	3,3	20,2	1,6
Syst.BP.	131	14,7	122	9,9	130	13	116	8
Dias.BP.	83	9,7	83	7,3	84	9	77	6
Hvilepuls	70	12	75	11	66	9	68	7

ske, psykiatriske lidelser (Martinsen 1988). Tolv af patienterne havde alkoholmisbrug, mens resten fordelte sig på andre diagnostiske hovedgrupper. Aldersgennemsnittet og -spredningen svarer til nærværende undersøgelse. Der er ingen angivelse af kønsfordelingen. Patienternes maksimale iltoptagelse blev testet på ergometercykel før og efter forsøget. Ved indskrivningen fandtes der gennemsnitsværdier på 35,8 ml/min/kg (SD=9,5 ml), hvilket angives til at være i snit ca. 7% mindre end forventeligt. Gruppen af patienter med alkoholdiagnose var i dårligst form, idet den lå i snit 17% lavere, end det var forventet.

I en undersøgelse af 60 mandlige alkoholstorforbrugere mellem 21 og 30 år fandt man i en baselineundersøgelse en iltoptagelse på ca. 36 ml/min/kg i gennemsnit (Murphy et al. 1986). Tallene minder meget om dem, der er fundet for iltoptagelse i denne undersøgelse, idet totalen for både mænd og kvinder er 34,25 ml/min/kg (SD=7,7) ved indskrivning på Ringgården.

Med hensyn til den undersøgte gruppes hvilepuls, BMI og blodtryk er det vanskeligt at finde et sammenligningsgrundlag –



dvs. en testet gruppe af alkoholmisbrugere - idet værdierne ofte ikke nævnes i de få artikler, der er udgivet; der angives i stedet forskellene fra før- til eftertest.

Sammenligner man derimod med en "normalgruppe", dvs. personer uden alkoholmisbrug, ses, at Ringgårdens gruppe ikke afviger væsentligt herfra. Young fandt i en undersøgelse før påbegyndelse af træning af en gruppe midaldrende (N=24, mean 44 år) blodtryksværdier på 127 mmHg systolisk og 81 mmHg diastolisk (Young & Ismail 1976). I en anden undersøgelse af en gruppe personer mellem 24 og 62 år (N=32, mean 40 år) fandt Young blodtryk på 130 mmHg systolisk og 81 mmHg diastolisk (Young 1979). I Ringgårdens undersøgelse er det gennemsnitlige blodtryk ved indskrivningen på henholdsvis 83 mmHg diastolisk og 127 mmHg systolisk, altså meget lig ovennævnte undersøgelses fund. Det betyder, at der ikke umiddelbart er noget, der tyder på, at blodtrykket blandt alkoholmisbrugere afviger særligt fra ikke-alkoholmisbrugeres.

Med hensyn til Body mass index adskiller Ringgårdens beboere sig en smule fra den øvrige danske befolkning, idet mændenes mediane BMI kun er på 24,3 og kvindernes på 21,3 målt ved indskrivningen. Tal fra befolkningsundersøgelserne i Glostrup angiver medianen for mænd til 25,2 og for kvinder til 23,7 i 1992, altså noget højere end målt i denne undersøgelse. Ligeledes angiver Sundhedsstyrelsen at 37% af danske kvinder i alderen 30-60 år er overvægtige (BMI > 25), mens 52% af mændene er overvægtige (Heitman et al. 1999). Blandt

	Træningsgruppe				Kontrolgruppe			
	Mænd (N=28)		Kvinder (N=9)		Mænd (N=19)		Kvinder (N=7)	
	mean	SD	mean	SD	mean	SD	mean	SD
VO ₂ max (l/min)	3,05	0,49	2,29	0,28	2,72	0,68	1,87	0,57
VO ₂ max (ml/min/kg)	39,06	6,0	34,76	7,8	33,96	9,22	32,62	8,28
Vægt	79,1	13,3	67,7	10,6	81,2	15,5	55,8	4,5
BMI	24,7	3,8	24,2	4,1	25,7	3,5	20,4	1,4
Syst. blodtryk	131	11	118	7	128	12	124	10
Dias. blodtryk	80	9	79	6	82	8	80	12
Hvilepuls	67	11	74	9	70	10	69	22

Tabel 3. Fysiologiske data fra udskrivningstesten

Ringgårdens beboere er andelen af overvægtige mænd 41,4%, hvorimod kun 15,8% af kvinderne har et BMI over 25. Seks mænd og en kvinde kunne ved indskrivningen betegnes som fede med et BMI på over 30.

5.2 Ændringer fra indskrivningen til udskrivningen

Det interessante i forbindelse med træningsprojektet er naturligvis, om der sker nogen udvikling på de fysiologiske parametre i løbet af den tid der trænes, og om der

er forskel på træningsgruppens og kontrolgruppens udvikling.

I løbet af den tid de to grupper – træning og kontrol – er indskrevet, sker der en række ændringer. I nedenstående tabel 3 ses ændringerne på de forskellige fysiologiske variabler, symboliseret ved pile, der angiver om der er tale om et fald (↘), en stigning (↑) eller den samme værdi (—) fra første til anden test. I sidstnævnte tilfælde kan der godt være tale om variationer fra første til anden test, men de er ikke signifikante.

Tabel 4. Oversigt over ændringer i fysiologiske variabler fra indskrivningstest til udskrivningstest

	Træningsgruppe (N=37)				Kontrolgruppe (N=22)			
	mænd	sig.	kvinder	sig.	mænd	sig.	kvinder	sig.
VO ₂ max (l/min)	↑	0,001	↑	0,01	↑	0,01	—	
VO ₂ max (ml/min/kg)	↑	0,001	↑	0,01	↑	0,05	—	
Vægt	—		—		↑	0,05	—	
BMI	—		—		↑	0,05	—	
Syst. blodtryk	—		—		—		—	
Dias. blodtryk	↘	0,01	—		—		—	
Hvilepuls	—		—		—		—	

Det ses af tabellen, at mændene i både træningsgruppen og kontrolgruppen forbedrer deres iltoptagelse signifikant i løbet af opholdet på Ringgården. Det samme gør kvinderne i træningsgruppen, mens der ingen ændringer er blandt kvinderne i kontrolgruppen. Faktisk er der ikke overhovedet signifikante ændringer for kvindernes vedkommende i kontrolgruppen.

Mændene i kontrolgruppen tager på i vægt og får også et højere BMI derigennem. Der er ingen andre ændringer i kontrolgruppen. I træningsgruppen ses det, at den eneste anden signifikante ændring sker blandt mændene, der får et lavere diastolisk blodtryk.

Kvindernes BMI og vægt er fortsat signifikant højere i træningsgruppen end i kontrolgruppen ($p \leq 0,05$). Med hensyn til kønsforskelle er mændenes $VO_2\max$ og BMI,

vægt og systoliske BP samlet set fortsat signifikant højere end kvindernes ($p \leq 0,05$).

Hvis man sammenligner grupperne med hinanden, altså ser på om der er signifikante forskelle i den måde gruppernes udvikling har været i løbet af opholdet, finder man, at træningsgruppen samlet set har haft større konditionsfremgang end kontrolgruppen ($p \leq 0,05$). Det er altså lykkedes at hæve iltoptagelsen mere i træningsgruppen med de ekstra elementer af træning og fokusering på kroppen end den forbedring, der sker gennem det faste behandlingsprogram. Den gennemsnitlige fremgang i træningsgruppen er på 4,7 ml/min/kg (SD=3,7) svarende til 0,34 liter ilt/min. (SD=0,25). Kontrolgruppen forbedrer i snit konditallet med 1,6 ml/min/kg (SD=3,2) svarende til 0,19 liter ilt/min. (SD=0,24).

I snit forbedrer træningsgruppen sin maksimale iltoptagelse per kilo legemsvægt med 15,2%, hvorimod kontrolgruppen forbedrer sin med 5,9%, når man ser på dem, der har gennemført både indskrivnings- og udskrivningstest. Målt både i liter/min. og i ml/min/kg er forskellen i konditionsfremgang signifikant (henholdsvis $p \leq 0,05$ og $p \leq 0,01$), og der er ligeledes forskel på gruppernes vægtændring ($p \leq 0,01$) og BMI ($p \leq 0,01$), idet træningsgruppens vægt falder en anelse, og kontrolgruppens stiger.

Træningsgruppens gennemsnitlige ændringer på øvrige områder peger alle peger i retning af, at gruppen har profiteret af træningen på det fysiologiske plan, og i alle tilfælde mere end kontrolgruppen.



5.3 Den psykologiske del

Da denne undersøgelse ikke blot har haft til hensigt at beskrive de fysiologiske ændringer ved træning, er der parallelt med de fysiske test gennemført en række test af mere psykologisk karakter.

Der er især fokuseret på tre områder:

- det aktuelle psykiske symptomklagebillede, der undersøges ved Symptom Checklist-90-r
- kontrolorientering der undersøges ved Levenson's Checklist for Locus of Control.
- særlige personlighedstræk og coping-stil i forhold til blandt andet sundhedsadfærd og sygdomssymptomer der undersøges ved Millon Behavioral Health Inventory (MBHI)

Symptom Checklist 90-r

På baggrund af indskrivningstesten blev den samlede beboergruppes aktuelle psykiske symptomklagebillede belyst med

SCL-90-r. I testresultatet angives en score for den samlede belastningsgrad, dvs. en sammentælling af værdierne for alle de forskellige delsymptomer, der samles i en GSI-værdi (Global Symptom Index).

Der er ingen signifikante forskelle mellem mænds og kvinders generelle belastningsgrad (GSI) eller på de enkelte delskalaer. Ser man på træningsgruppen og kontrolgruppen over for hinanden, er der heller ikke her signifikant forskel. De to grupper er, med ubetydelige afvigelser, lige psykisk belastede i indskrivningssituationen.

Som det ses findes de højeste delscorer for både mænd og kvinder på delskalaerne "depression", "obsessiv-compulsiv", "angst" og "somatisering", hvilket er i overensstemmelse med andre undersøgelsers fund, hvor dog "interpersonel sensitivitet" er mere almindelig end "somatisering" (Mercier et al. 1992).

Tabel 5. SCL-90-r-værdier ved indskrivning for samtlige testede (første SCL-90-r test)

	Alle (N=82)		Træningsgruppe*		Kontrolgruppe*	
	mean	SD	mean	SD	mean	SD
GSI	96,7	58,1	95,3	55,6	98,5	61,7
Somatisering	11,1	8,3	11,1	7,2	11,1	9,5
Obsess./compulsiv	12,9	8,3	13,0	8,3	12,7	8,6
Interperson. sensitivitet	10,2	7,3	9,7	7,6	10,9	6,9
Depression	19,2	11,5	18,9	11,4	19,6	11,8
Angst	11,6	8,2	11,6	7,4	11,7	9,2
Aggression	4,0	4,4	4,2	4,6	3,8	4,1
Fobisk angst	5,7	6,2	5,0	5,0	6,0	7,3
Paranoid	5,4	4,8	4,8	4,8	6,1	4,8
Psykotiske træk	6,8	5,6	6,3	5,6	7,4	5,6
Andre skalaer	10,1	6,2	10,8	6,3	9,2	6,0

* Træningsgruppe: N=45, 37 mænd, 8 kvinder. Kontrolgruppe: N=37, 27 mænd, 10 kvinder.

Table 6. SCL-90-r-værdier ved udskrivning for samtlige testede (anden SCL-90-r test)

	Alle (N=66)		Træningsgruppe*		Kontrolgruppe*	
	mean	SD	mean	SD	mean	SD
GSI	48,9	45,1	49,2	45,6	48,6	45,4
Somatisering	5,9	6,7	5,9	6,7	5,9	6,9
Obsess./compulsiv	6,4	6,3	6,2	6,2	6,6	6,5
Interperson. sensitivitet	6,0	6,6	6,3	7,4	5,6	5,7
Depression	9,6	9,3	9,5	9,8	9,7	9,0
Angst	5,4	6,3	5,1	5,4	5,6	7,1
Aggression	2,3	2,6	2,2	2,4	2,4	2,6
Fobisk angst	2,4	4,0	2,2	3,6	2,6	4,4
Paranoid	2,9	3,7	3,0	3,9	2,7	3,6
Psykotiske træk	3,0	4,4	2,8	4,5	3,3	4,4
Andre skalaer	5,1	4,3	5,9	5,1	4,2	3,2

* Træningsgruppe: N=33, 26 mænd, 7 kvinder. Kontrolgruppe: N=33, 26 mænd, 7 kvinder.

Både kontrolgruppen og træningsgruppen reducerer i løbet af opholdet deres samlede belastningsgrad markant ($p \leq 0,001$). Der er signifikante fald på samtlige delskalaer for træningsgruppens vedkommende, og for kontrolgruppens vedkommende falder alle delskalaer undtagen "aggression" signifikant.

Det er ikke umiddelbart muligt at påpege nogen sikker forskel mellem kontrol og træningsgruppens udbytte af opholdet i forhold til symptomreduktion. Ganske vist er faldet i træningsgruppens gennemsnitlige belastningsscore blandt dem, der afslutter opholdet (48,4 point) lidt større end i kontrolgruppens (40,7 point), men forskellen er ikke signifikant.

Beboernes kontrolorientering, Levenson's Checklist

Begrebet kontrolorientering beskriver i hvilken udstrækning en person oplever at

kunne påvirke følgerne af forskellige hændelser i tilværelsen. "Indre kontrol" (internal locus of control) betyder at personen opfatter en sammenhæng mellem egen handling og resultat, således at udgangen af et hændelsesforløb er direkte afhængig af, hvad han selv foretager sig. "Ydre kontrol" (powerful others, chance) indebærer, at personen i mindre grad opfatter en sammenhæng mellem handling og resultat, som mere opfattes som bestemt af tilfældigheder, skæbne eller andre personer. (Lindstrøm 1986, Phares 1976).

Sammenlignet med en normalpopulation er beboerne i denne undersøgelse i højere grad ydre styrede. Levenson fandt gennemsnitlige scorer på 16,7 (SD=7,6) for "powerful others" og 13,9 (SD=8,4) for "chance" samt 35,5 (SD=6,3) for "internal locus" for en normal referencegruppe. I Ringgården-Vrå undersøgelsen af en gruppe alkoholmisbrugere (Nielsen 1992b)

fandt man ved indskrivning scorer på 30 for “chance”, 25 for “powerful others” og 36 for “internal locus”, altså meget lig tallene i nærværende undersøgelse.

34 personer (38%) scorer ved indskrivningen over gennemsnittet plus en standardafvigelse i enten “chance” eller “powerful others”, og 30 personer (34%) scorer højere end dette på begge. 21 personer (24%) ligger inden for normalområdet.

Der fandtes også i ovennævnte Ringgården-Vrå undersøgelse en reduktion i graden af ydrestyring og en lille stigning i indrestyringen, men ændringerne var mindre, end det er tilfældet i nuværende undersøgelse.

Hvad angår graden af indre styring, adskiller den her undersøgte gruppe sig ikke fra normen. Det virker måske umiddelbart selvmodsiggende, at beboerne har en normal portion af indrestyring samtidig med en høj grad af ydrestyring, men det kan forklares med det forhold, at personer med ydre kontrolorientering ikke nødvendigvis tvivler på egen kompetence. De finder det blot nyttesløst at anstrenge sig, idet de alli-

gevel opfatter sig som ude af stand til at påvirke en situations udfald, der er styret af eksterne forhold.

For træningsgruppens vedkommende er der tale om et signifikant fald fra indskrivning til udskrivning i oplevelsen af at tilfældigheder (chance) er styrende i livet ($p \leq 0,001$), og i oplevelsen af at magtfulde andre (powerful others) bestemmer ($p \leq 0,01$). Træningsgruppen har også en stigning i troen på, at den selv er styrende i livet (internal locus), men ændringen er ikke stor nok til at være statistisk sikker. Kontrolgruppens udvikling gennem forløbet svarer til træningsgruppens, blot er der ikke tale om statistisk signifikante ændringer.

Det betyder, at træningsgruppen bevæger sig i den ønskede retning med hensyn til kontrolorientering, dvs. reducerer graden af ydre kontrolorientering og øger niveauet for indre kontrolorientering.

Sammenligner man ændringerne på tværs af grupperne, viser det sig, at der kun er signifikant forskel på bevægelserne med

Tabel 7. Kontrolorientering ved indskrivning og udskrivning for samtlige testede (første og anden Levenson's Checklist)

	Indskrivningstest*				Udskrivningstest**			
	Træningsgruppe		Kontrolgruppe		Træningsgruppe		Kontrolgruppe	
	mean	SD	mean	SD	mean	SD	mean	SD
Chance	27,3	6,5	26,2	7,2	22,7	6,3	23,4	7,1
Powerful Others	22,4	8,5	22,2	8,7	19,5	7,3	20,6	8,8
Internal	35,8	4,0	35,5	4,7	36,7	4,0	36,5	4,3

* Træningsgruppe: N=50, 41 mænd, 9 kvinder. Kontrolgruppe: N=36, 26 mænd, 10 kvinder.

** Træningsgruppe: N=38, 30 mænd, 8 kvinder. Kontrolgruppe: N=31, 25 mænd, 6 kvinder.

hensyn til synet på magtfulde andre, idet reduktionen i træningsgruppen er markant større end i kontrolgruppen ($p \leq 0,05$). Hvad angår de to øvrige mål, er der ikke tale om nogen sikker forskel i ændringerne grupperne imellem.

Der er ikke generelt sikre forskelle mellem mænd og kvinders kontrolorientering, men i kontrolgruppen er der ved indskrivning næsten signifikant forskel på kønnene, idet kvinderne scorer mindre på chance end mændene ($p \leq 0,06$). Ved udskrivning er forskellen signifikant ($p \leq 0,05$).

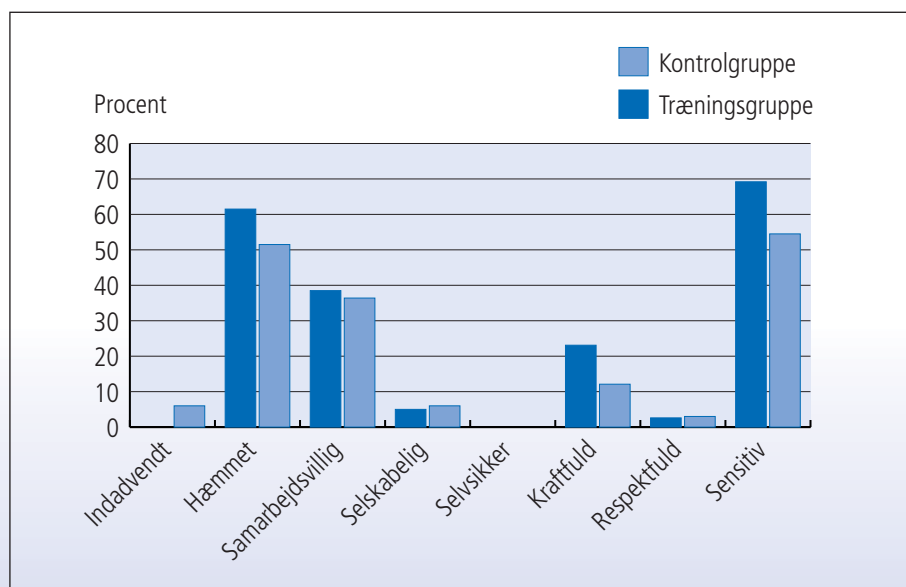
Personlighedstræk og copingstil i forhold til behandling, MBHI-test

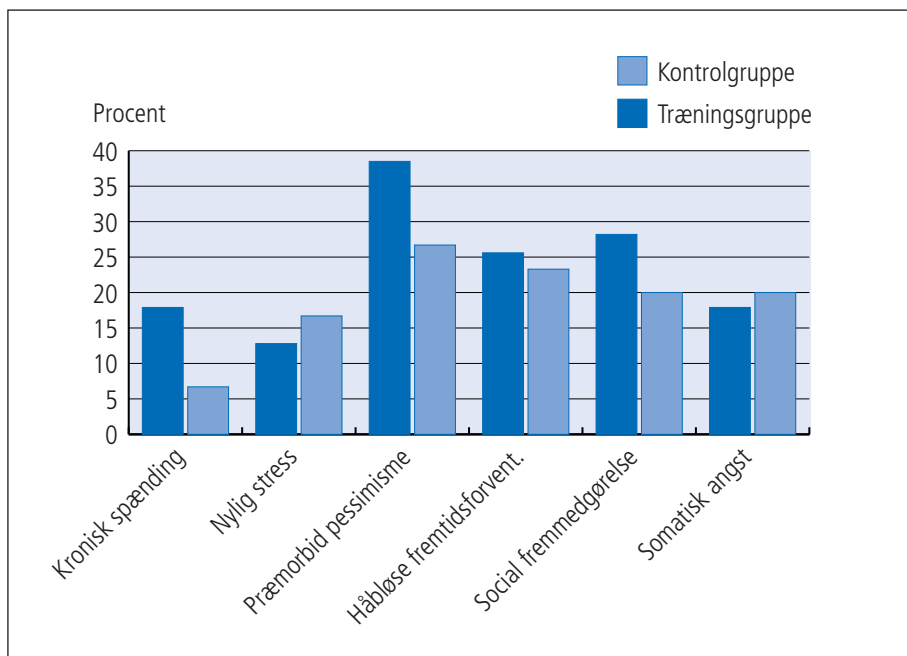
I Millon's Behavioral Health Inventory findes en vurdering af personens generelle

copingstil og hvorledes personen kan forventes at reagere på den behandling vedkommende modtager. Der inddeles i 8 typiske copingstile, der er baseret på Millons personlighedsteori (Millon et al. 1982). I figur 1 er resultaterne fra indskrivningstesten opgjort i procent således, at personer der scorer 75 eller derover (base rate scores) er medtaget. Cut-off scoren er sat ved 75 i base rate score, idet det er omkring denne, at der er tale om, at en copingstil er tilstede, det vil sige at stilen kan have indflydelse på personens måde at reagere på i forhold til situationer og andre personer.

Det ses af figuren, at de copingstile eller personlighedstræk, der oftest er tilstede er "hæmmet" og "sensitiv". I træningsgruppen udviser 61,5% tegn på hæmmet copingstil og 69,5% en høj grad af sensitivitet.

Figur 1. Opgørelse i procent af copingstile, der antages at være tilstede ved indskrivningen. Træningsgruppen, N=39, Kontrolgruppen, N=30.





Figur 2. Psykologiske holdningsfaktorer i forhold til stress ved indskrivningen ifølge MBHI. Træningsgruppe, N=39, Kontrolgruppe, N=30.

Scorerne er lidt lavere i kontrolgruppen, henholdsvis 51,5% og 54,5%, men følger samme mønster. Det er ifølge Millon ikke unormalt at disse to træk følges, og der er i nogen grad tale om et overlap. Personer, der scorer højt på hæmmet og sensitiv, er kendetegnet ved at føle sig utilpas i samvær med andre, have tendens til at trække sig tilbage, være ængstelige og utilfredse med sig selv samt være stemningsprægede og lunefulde. Begge træk er tæt korreleret med en høj grad af ydrestyring og høj GSI-score i SCL-90-r (Millon et al. 1982). Dette bekræftes i nærværende undersøgelse, idet de der er hæmmede og sensitive også scorer højere end gennemsnittet både målt i GSI på symptomchecklisten (GSI=101,7 og 106,7 mod 96,7 for alle) og på Levenson-skalaerne.

De eneste øvrige træk, der går igen hos flere personer er "samarbejdsvillig", som lidt mere end en tredjedel har, samt "kraftfuld", der er mest udpræget i træningsgruppen (23,1%) mod kontrolgruppens 12,1%. Disse træk er udtryk for social passivitet, støttesøgende og initiativsvag adfærd for de samarbejdsvilliges vedkommende, og for de kraftfuldes en høj grad af kampberedthed, fjendtlighed, tendens til at hævde sig selv og være dominerende.

Det ses også af figuren, at ingen beboere udviser tegn på selvsikkerhed som en copingstil.

Ser man på de personer, der er faldet fra behandlingen i tidlige (N=17), viser det sig, at deres profil adskiller sig på flere områ-

der. Mest tydeligt er det, at frafaldsgruppen i markant udstrækning har en kraftfuld copingstil (43,8%), at ingen udviser tegn på samarbejdsvillighed, selskabelighed eller respektfuldhed, og at gruppen scorer endnu højere på hæmmet og sensitiv end gruppen af færdigtbehandlede.

Psykologiske holdningsfaktorer i forhold til stress ifølge MBHI

MBHI-testen giver udover copingprofilen også et billede af respondentens oplevelse af den psykiske stresstærskel fordelt på 6 delelementer. I figur 2 ses opgørelsen over niveauet ved indskrivningen.

Figuren viser, at træningsgruppen på 4 af de 6 delmål har en procentuel højere andel, der scorer over 75 i base rate score. Mest fremtrædende er "præmorbid pessimisme", der angiver et negativt, opgivende

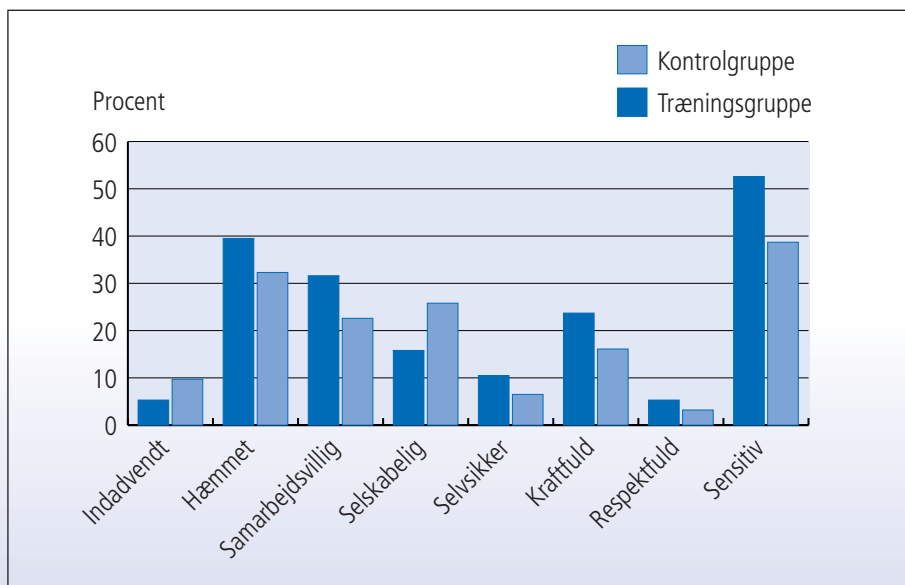
livssyn. Dernæst følger den beslægtede "håbløse fremtidsforventninger", der angiver en negativ reaktion på nuværende problemer og dårlig prognose, samt "social fremmedgørelse", der angiver ensomhedsfølelse og spinkelt netværk.

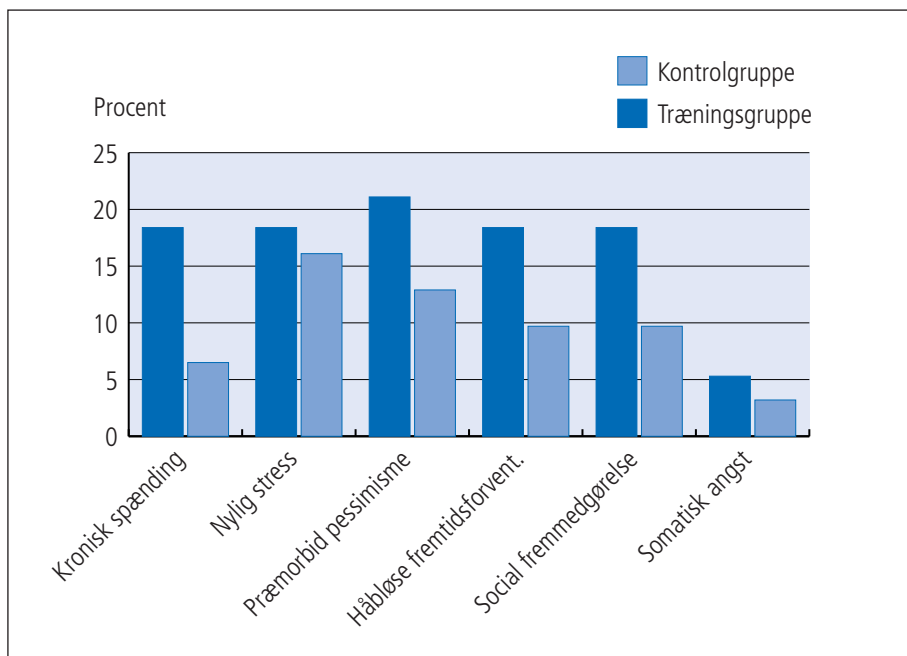
Frafaldsgruppen er kendetegnet ved at væsentligt flere udviser tegn på social fremmedgørelse (50%) og håbløse fremtidsforventninger (43,8%).

MBHI-resultater fra udskrivningen

MBHI-testen har en relativt høj grad af test-retest reliabilitet, og vil for det meste give den samme overordnede profil for en person, der testes flere gange. Dog vil ydre omstændigheder, skiftende problemstillinger og emotionelle tilstande samt midlertidige livssituationer spille ind, således at billedet kan ændre sig (Millon et al. 1982).

Figur 3. Opgørelse i procent af copingstile, der antages at være tilstede ved udskrivningen. Træningsgruppen, N=38, Kontrolgruppen, N=31.





Figur 4. Psykologiske holdningsfaktorer i forhold til stress ved udskrivningen ifølge MBHI Træningsgruppe, N=38, Kontrolgruppe, N=31.

I nærværende undersøgelse er MBHI-testen anvendt ved alle tre punktnedslag – indskrivning, udskrivning og opfølgning – med henblik på at undersøge, om der sker skift i den copingstil beboerne har og i oplevelsen af psykiske stressfaktorer.

Ser man på copingstilene ved udskrivning, finder man at der er sket nogle skift. Generelt er der målt i absolutte tal færre, der overhovedet scorer over 75 i base rate score, og der er også procentuelt en anden fordeling på copingstilene, som vist i figur 3. Der er nu en større “bredde” i de tilstedeværende træk, idet der er flere, der også scorer over 75 i base rate på “selskabelig” og “selvsikker”. Hvis man plustolker på denne udvikling, kan det tydes som et tegn på, at flere beboere har fået mere selvtillid

og større lyst til at søge social kontakt i løbet af opholdet.

Sammenligner man den oplevede stressbelastning ved udskrivningen med indskrivningssituationen, finder man, at der er sket en generel reduktion, idet færre personer scorer over 75 i base rate score på alle delscores undtaget kronisk spænding, der, som det kan forventes, er status quo og nylig stress, der er gået en anelse op (figur 4). Sidstnævnte ændring kan måske skyldes utryghed omkring udskrivningssituationen og det pres, der følger med færdiggørelse af behandlingen.

Det ses også af figuren, at træningsgruppen fortsat har flere, der scorer på delmålene, end kontrolgruppen.

5.4 Sammenhæng mellem konditionsfremgang, misbrugsvariabler og de psykologiske variabler

Der er i undersøgelsen foretaget en række kryds mellem de forskellige variabler med henblik på at undersøge, om der er indikationer på fx særlige sammenhænge mellem træningseffekt og behandlingsudbytte samt personlighed og misbrugsmønster.

Der er ikke fundet nogen tydelig sammenhæng mellem drikkemønster, det vil sige om beboernes misbrug er konstant eller episodisk, og konditionsfremgang. Ligeledes er der ingen sammenhæng mellem misbrugskarakter, det vil sige om der er tale om et rent alkoholmisbrug eller et blandingsmisbrug, og konditionsfremgang.

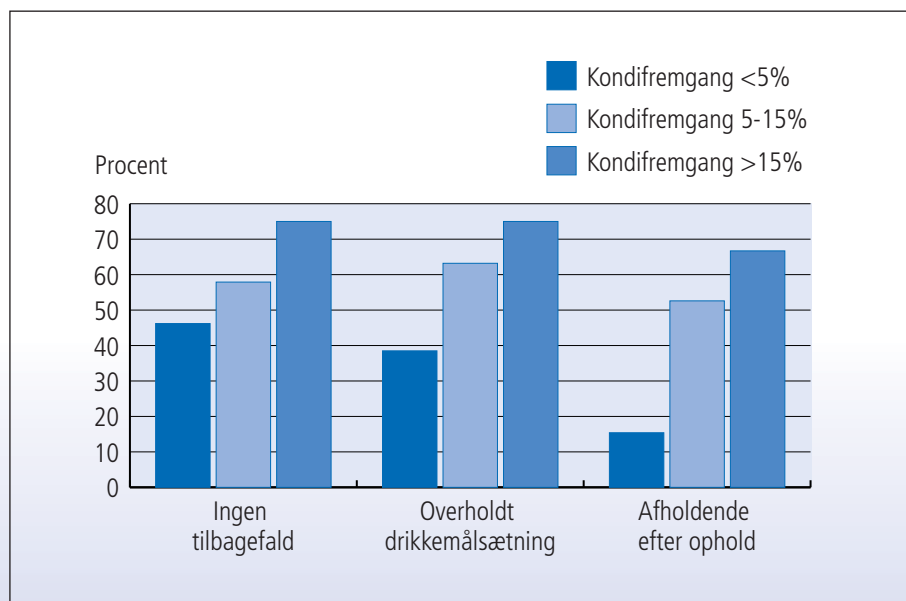
Der er ikke fundet sikre sammenhænge

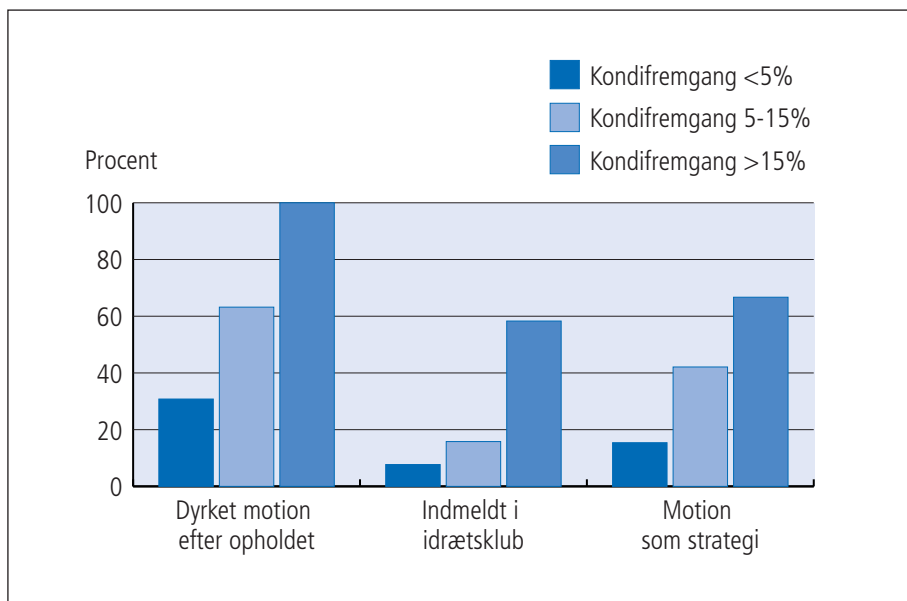
mellem personlighedstræk ifølge MBHI og udbytte af træning eller efterfølgende forhold til alkohol. Det er således ikke muligt at pege på særlige træk som specielt fordelagtige eller forstyrrende, hvad angår det at reagere på den fysiske træning og efterfølgende omsætte tilbagefaldsforebyggelsen, når hverdagen melder sig.

Der er heller ikke fundet nogen sammenhæng mellem grad af ydrestyring og tilbagefald efter udskrivning, overholdelse af drikkemålsætning og afholdenhed.

Til gengæld er der tegn på, at en høj grad af ydrestyring gør det vanskeligt at gennemføre behandlingen. Kun hver tiende (9,5%) af dem, der ikke udviser tegn på ydrestyring, falder fra før tid, hvorimod hver sjettede (17,6%) af dem, der scorer væsentligt over normen på enten "chance"

Figur 5. Sammenhæng mellem konditionsfremgang og kontrol over alkohol efter behandlingsafslutning. (N=57)





Figur 6. Sammenhæng mellem konditionsfremgang og fortsættelse af motionsudfoldelse efter opholdet. (N=57)

eller “powerful others” falder fra. Mere end hver fjerde beboer (26,7%) af dem, der scorer over normen på begge ydrestyrede mål, falder fra urettidigt.

Der er også fundet en tydelig sammenhæng mellem konditionsfremgang og det efterfølgende forhold til alkohol samt den fortsatte motionsudfoldelse. Der er foretaget en inddeling i tre grupper afhængig af den procentuelle konditionsforbedring i løbet af opholdet: Gruppe 1 har haft en konditionsfremgang på under 5% (N=17; 30%), gruppe 2 har haft en fremgang mellem 5 og 15% (N=24; 42%), og gruppe 3 har haft en fremgang på over 15% (N=16; 28%). Det viser sig, at jo større konditionsfremgangen er i løbet af behandlingsopholdet, jo bedre kontrol er der med alkohol efter opholdet og jo mere fastholdes motionsinteressen efter opholdet.

I figur 5 ses konditionsfremgangens betydning for håndteringen af alkohol efter udskrivning.

Som det ses af figuren har de beboere, der har haft den største konditionsfremgang, efterfølgende haft færre tilbagefald, i højere grad været afholdende og overholdt deres drikkemålsætning. Forskellen er signifikant med hensyn til afholdenhed ($p \leq 0,05$) og næsten signifikant hvad angår overholdelse af drikkemålsætning ($p \leq 0,07$), mens forskellen i tilbagefald er nonsignifikant.

Samme billede gør sig gældende, når man ser på fastholdelsen af motionsudfoldelse efter opholdet (figur 6).

Beboere, der har haft stor konditionsfremgang under opholdet er meget mere tilbøj-

elige til at fortsætte med idrætsaktivitet efter Ringgården og ofte i form af deltagelse i organiseret idræt. Endelig bruger en større del motion som drikkemodvirkende strategi. Alle forhold er signifikante ($p \leq 0,05-0,01$).

5.5 Kliniske observationer og gruppeledernes oplevelse af træningen

Som projektarbejdet er skredet frem, har gruppelederne haft mulighed for at sammenligne det justerede behandlingsforløb – med træning, indstillingsarbejde og øget fokus på kroppen – med det traditionelle behandlingsindhold, som de kendte fra før projektet. De iagttagelser, som gruppelederne har gjort, er af kvalitativ, oplevelsesmæssig karakter, mere end de er egentlige empiriske facts, og skal tolkes som et erfaringsbaseret supplement til de andre oplysninger, der er kommet frem under projektarbejdet.

For det første har den fysiske træning for gruppeledernes vedkommende været et pædagogisk redskab til hurtigt at få etableret kontakt til nye gruppemedlemmer. På det helt konkrete plan ved at der har været god mulighed for at tale utvungent sammen, når gruppen var på løbetur mandag morgen, dagen efter nye beboere var kommet til. Og på det terapeutiske plan ved at der er opnået god kontakt til beboerne, fordi der er opstået en ligeværdighed og gensidig respekt, ved at gruppelederne selv har været i træningstøjet – beboerne har oplevet, at man var sammen om sagen. Lignende erfaringer blev gjort i et forsøg med fælles løbetræning for personale- og

patienter på en psykiatrisk akutafdeling, hvor man oplevede på baggrund af løbetræningen nemmere at kunne diskutere patienternes forhold til egen krop, manglende selvtillid og selvfølelse og præstationsangst (Falkum 1988).

Træningen har på den måde fået karakter af også at være en god *“icebreaker”* både terapeuter og beboere imellem og i forhold til at blive sluset ind i gruppen som ny beboer. Det har været meget fordelagtigt, at udskiftningen i gruppen er sket fortløbende, fordi de *“gamle”*, trænedede beboere har hjulpet de nye, utrænede beboere i gang, har kunnet involvere dem i fx aktiviteter uden for skema, og har videreformidlet deres egne – oftest positive – erfaringer med træningen. Det har været en medvirkende faktor i at det har været muligt at fastholde en meget positiv beboerindstilling til træningen gennem hele forløbet.

For det andet har de to gruppeledere oplevet en markant øget positiv *gruppedynamik* i forbindelse med træningsprojektet. Beboerne har spillet sammen på en anden måde, end det ellers er tilfældet, når der udelukkende arbejdes med tilbagefaldsforebyggelse omkring et bord. Det at foretage sig noget sammen også omkring kropslig aktivitet, have svedt sammen, grinet ad og med hinanden omkring en øvelse, og måske have haft fysisk kontakt, har været med til at skabe en åbenhed og gensidighed, som er fastholdt i gruppeterapien. Der er kommet det man måske bedst kan betegne som *“holdånd”*, altså en oplevelse af at gruppen hører sammen og trækker i samme retning.

For det tredje har gruppen følt sig i positiv forstand "anderledes" end de øvrige behandlingsgrupper, fordi den har haft noget fælles udover alkoholbehandlingen at være sammen om. Det har blandt andet også vist sig i den måde, som gruppen har ageret i forhold til resten af huset. Gruppen har givet energi i huset, og har fyldt mere end de øvrige grupper. Der har været en fornemmelse af, at gruppen kunne trække lidt mere af læsset, havde et lidt større overskud i forhold til praktiske gøremål og var generelt mere positiv end øvrige grupper i huset. Det hører formentlig sammen med det forhold, at træningsgruppen har følt sig "sej". Der er generelt gået sport i at bide tænderne sammen, både til træningen og i forhold til konkrete opgaver i huset. Indstillingsarbejdet er måske slået igennem på dette punkt, i den forstand at der har været mindre "brokkeri" fra træningsgruppen, småting i det daglige, der ellers normalt godt kan få sindene i kog i beboergruppen, er blevet tygget igennem en ekstra gang og er blevet vurderet med et lidt større overskud.

For det fjerde har institutionen som sådan oplevet en afsmitning fra træningsgruppen til de øvrige grupper, i hvert fald hvad angår den fysiske træning. Det har på den ene side været en fordel, fordi der er sket et løft over hele den træningsmæssige linie på Ringgården, men det har også af metoderiske årsager været ganske problematisk i forhold til selve undersøgelsen. Der er nemlig sket det, at den øgede kropsfokusering, der har været i træningsgruppen, har spredt sig til de øvrige behandlingsgrupper. Især nogle beboere i kontrolgruppen,

der jo også er blevet fysisk testet, tillagde sig et træningsmønster og -omfang, der mindst matchede det, som var i træningsgruppen. Afsmitningen var blandt andet tydelig i de fælles træningssituationer omkring aerobic, hvor træningsgruppens engagement blev overført til resten af beboerne.

Endelig *for det femte* har det ganske enkelt – med gruppeledernes egne ord – været sjovere at gå på arbejde for gruppelederne. Det at arbejde med fysisk træning har udover at være en god pædagogisk indfaldsvinkel til behandlingen også givet gruppelederne et større overskud på det personlige plan. Den fysiske træning og arbejdet med indstillingen vurderes af gruppelederne som et godt komplementært supplement til tilbagefaldsforebyggelsen, idet den udover de terapeutiske fordele også byder på en velkommen afveksling på den daglige gruppemødeform. Naturligvis kan vurderingen af et behandlingsredskab ikke ske på baggrund af det professionelle personales egne fordele ved at bruge redskabet, men det må dog indrømmes, at det er en behagelig sidegevinst, at personalet *også* oplever at have fået tilført et berigende fagligt element. Så længe der ikke sker en forringelse af behandlingsresultatet, må det betragtes som en fordel, at selve behandlingsprocessen har taget en positiv drejning, i det mindste subjektivt oplevet af gruppelederne og beboerne.

6. Follow-up undersøgelsen

Alle beboere, der afsluttede behandlingsforløbet i træningsgruppen og kontrolgruppen, blev inviteret til testning og en samtale i forbindelse med den opfølgingsdag alle beboere på Ringgården altid tilbydes efter ca. 3 måneder. Normalt består denne dag i en blanding af samtaler mellem gruppeledere og dem, der er til opfølgning, kombineret med et gruppeforløb, hvor indskrevne beboere og opfølgingsfolkene mødes. I forbindelse med denne undersøgelse blev der for hver enkelt tidligere beboer afsat 45 minutter af opfølgingsdagen, som blev brugt til en gentagelse af de fysiske test og til en samtale om alkoholforbrug og fysisk træning mellem projektlederen og de tidligere beboere.

Af de i alt 72 beboere, der er indlemmet i denne undersøgelses anden del, det vil sige deltog i alle eller en del af udskrivningstestene, kom 41 personer (57%) til opfølgingsdagen, fordelt på 22 personer fra træningsgruppen og 19 personer fra kontrolgruppen. Fire personer, der kom til opfølgningen, var dog af helbredsmæssige årsager ikke i stand til at blive fysisk testet, idet to havde dårlig ryg, en havde knæproblemer, og en havde – viste det sig – ekstremt højt blodtryk.

Som beskrevet i kapitel 3 blev der efter interventionsperioden udsendt et spørgeskema med 10 afkrydsnings spørgsmål til alle fra træningsgruppen og kontrolgruppen med henblik på at få oplysninger fra nogle af dem, der ikke var kommet til opfølgningen. Spørgeskemaet dækkede

tematisk det samme som den samtale, der blev gennemført på opfølgingsdagen, samt to ekstra spørgsmål dels om forhold til alkohol og dels om det psykiske befindende efter opholdet.

Denne spørgeskemaundersøgelse bevirkede, at der blev indsamlet information om yderligere 13 personer, der ikke havde deltaget i opfølgningstesten. I tabellerne nedenfor er oplysninger, der stammer fra opfølgningssamtalen (41 personer), og oplysninger fra spørgeskemaundersøgelsen samlet i ét, så det totale grundlag bliver 54 af de 72 personer, der indgik i undersøgelsesens anden del (75%).

Det kan ikke udelukkes, at en del af dem der ikke dukkede op til opfølgningen og ikke har svaret på spørgeskemaet, udeblev på grund af tilbagefald, men det er ikke muligt at sige noget præcist om dette i nærværende undersøgelse. Gruppen, som det ikke har været muligt at indsamle data på, hverken med spørgeskema eller samtale, adskiller sig fra svargruppen ved at den har et lidt højere gennemsnitligt maxforbrug, 29,2 genstande mod 26,3 genstande hos dem, der er indsamlet opfølgingsdata på. Til gengæld har frafaldsgruppen et mindre konstant drikkemønster, idet "kun" 67% drikker konstant i modsætning til svargruppen, hvor 75% havde et konstant drikkemønster ved indskrivningen. Endelig adskiller frafaldsgruppen sig fra svargruppen med hensyn til subjektivt psykisk befindende, idet SCL-90-r scoren i frafaldsgruppen var 91,4 mod 100,4 i svargruppen,

der altså faktisk har en noget højere symp-
tombelastning. Der er derfor ikke umiddel-
bart tale om, at frafaldsgruppen er markant
svagere eller væsentlig mere belastet end
den gruppe, der kommer til opfølgningen.

6.1 Den fysiske træning efter opholdet

Et af fokuspunkterne i træningsgruppen har været, at der skulle arbejdes for at skabe interesse blandt deltagerne for fortsat fysisk træning efter opholdet på Ringgården. Der blev sammen med den enkelte beboer udarbejdet målsætning for, hvordan motionen kunne fortsættes og på hvilken måde, den kunne bruges som supplement til elementerne fra tilbagefaldsforebyggelsen. På tærsklen til livet efter Ringgården var der da også et flertal af beboere fra træningsgruppen, der gav kraftigt udtryk for, at de havde haft så mange gode oplevelser med træningen, at de var meget opsat på at fastholde motion som et nyt eller genfundet element i hverdagen. I forbindelse med opfølgningen blev der spurgt om, hvordan det så var gået, når hverdagen havde meldt sig.

Tabel 1 viser, at 3 ud af 4 personer fra træningsgruppen har fastholdt motion som en fast del af hverdagen. Det kan være i form af fast træningsaktivitet som fx to ugentlige løbeture, vægttræning i motionscenter,

badminton med fast makker et par gange om ugen, eller i form af et generelt højere aktivitetsniveau, fx at cykle til og fra arbejde, gå en halv times spadseretur hver dag eller andet.

Generelt vurderer halvdelen (55%) fra træningsgruppen, at de dyrker mere motion efter opholdet på Ringgården end før, hvilket modsvares af kontrolgruppen, hvoraf 54% mener, de er mere idrætsaktive end før opholdet. I træningsgruppen har 31% fastholdt deres aktivitetsniveau fra før opholdet og 14% mener, at de faktisk er mindre fysisk aktive end før behandlingsstart på grund af manglende muligheder og sygdom. I kontrolgruppen har 36% ikke ændret motionsvaner fra før til efter opholdet og 11% mener, at de laver mindre.

Forskellen i træningsgruppens og kontrolgruppens deltagelse i organiseret idræt er signifikant ($p < 0,05$), men der er ikke signifikant forskel på gruppernes generelle idrætsudfoldelse efter opholdet.

Selvom der er mindre udsving på de fysiologiske variabler set i forhold til udskrivningstesten for både træningsgruppens og kontrolgruppens vedkommende, er der ikke tale om signifikante ændringer, når hver gruppes resultater sammenlignes for sig (tabel 2). Eneste signifikante ændring

Tabel 1. Motionsudøvelse efter opholdet

	Træningsgruppe (N=26)				Kontrolgruppe (N=28)			
	Ja (n)	%	Nej (n)	%	Ja (n)	%	Nej (n)	%
Dyrket motion efter opholdet	19	73%	7	27%	17	61%	11	39%
Indmeldt i organiseret idræt (klub)	9	35%	17	65%	3	11%	25	89%

	Træningsgruppe				Kontrolgruppe			
	Mænd (N=17)		Kvinder (N=4)		Mænd (N=14)		Kvinder (N=5)	
	mean	SD	mean	SD	mean	SD	mean	SD
VO ₂ max (l/min)	3,01	0,51	2,12	0,34	2,87	0,74	1,83	0,64
VO ₂ max (ml/min/kg)	39,46	7,8	30,11	7,1	37,22	9,3	31,37	8,92
Vægt	77,7	12,9	71,5	9,7	77,9	12,4	57,2	5,2
BMI	24,2	4,1	24,9	4,6	24,8	2,5	20,4	1,7
Syst.blodtryk	133	16	122	7	131	14	124	9
Dias. blodtryk	84	12	81	10	80	8	77	5
Hvilepuls	72	12	70	12	70	10	66	22

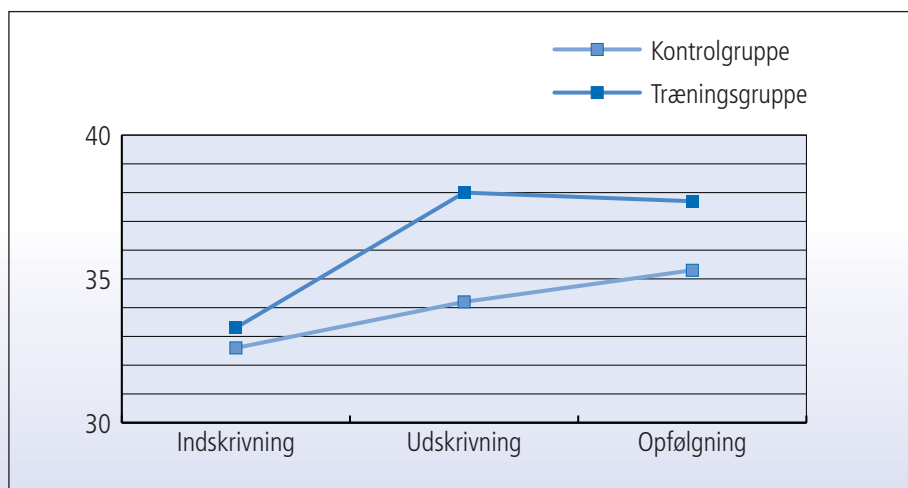
Tabel 2. Fysiologiske data fra follow-up testen (tredje test)

er i træningsgruppens diastoliske blodtryk, der er steget ($p < 0,05$). Det ses også at kontrolgruppens gennemsnit for iltoptagelse er steget mere end det er tilfældet i træningsgruppen, dvs. at kontrolgruppen nærmer sig træningsgruppen rent konditionsmæssigt efter afslutning på opholdet, hvilket som tidligere nævnt kan tilskrives nogle få kontrolpersoners ihærdige indsats. Udviklingen i iltoptagelse gennem de tre testforløb er vist i figur 1.

Ændringen i maksimal iltoptagelse målt i liter ilt per minut er fra anden til tredje test signifikant større i kontrolgruppen end i træningsgruppen ($p < 0,05$), men når der beregnes i ml ilt per minut per kg er forskellen nonsignifikant ($p < 0,145$).

Sammenfattende kan det siges, at kontrolgruppen fortsætter konditionsfremgangen efter behandlingsafslutning, dog uden at nå op på træningsgruppens niveau, og at

Figur 1. Udvikling i VO₂max gennem de tre testforløb for dem, der gennemførte behandling og kom til opfølgningstest.



træningsgruppen fastholder omtrent det niveau, der blev opnået gennem træningen under opholdet.

6.2 Alkoholmisbruget efter opholdet

Som nævnt blev alle tidligere beboere, der kom til opfølgningen, interviewet om bl.a. deres forhold til alkohol efter behandlingsafslutningen. Rent praktisk blev det kortfattede interview gennemført før de fysiske testninger, ved at projektlederen på baggrund af en 8 punkts semistruktureret spørgeguide spurgte om dels alkoholrelaterede emner og dels forholdet til fysisk træning efter opholdet. I spørgeskemaundersøgelsen blev respondenterne bedt om at svare på, om deres forhold til alkohol overordnet set var bedre, værre eller uændret efter opholdet på Ringgården (figur 2).

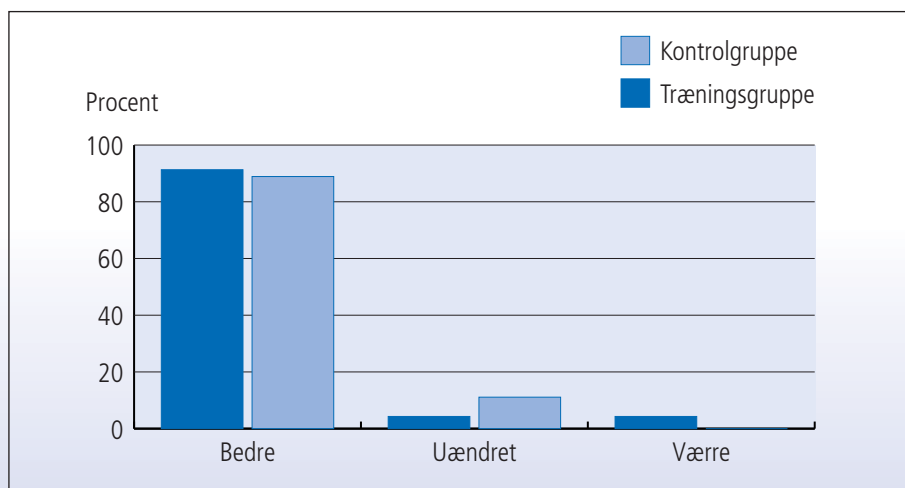
Langt hovedparten af de beboere, der har besvaret spørgeskemaet, angiver, at deres forhold til alkohol er blevet bedre efter deres ophold på Ringgården. Det betyder ikke nødvendigvis, at de er afholdende

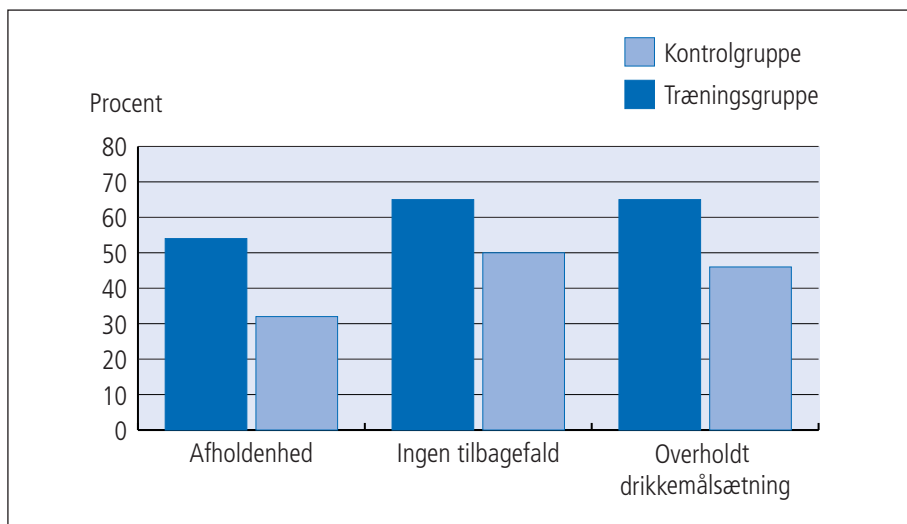
eller har fuldstændig kontrol over misbruget, men at de selv oplever en større grad af kontrol og måske et mere moderat forbrug end tidligere. Der er ikke signifikant forskel på træningsgruppen og kontrolgruppens forhold til alkohol.

Som det ses af figur 3 har over halvdelen af beboerne i træningsgruppen og ca. hver tredje i kontrolgruppen været totalt afholdende. Dette tal er noget højere end det der blev fundet i en tidligere follow-up undersøgelse på Ringgården, hvor ca. en femtedel angav at være afholdende op til et år efter behandlingsafslutning (Samuelsen et al. 1998).

Halvdelen af kontrolgruppen mod to ud af tre i træningsgruppen har ikke oplevet tilbagefald, og forskellen er endnu mere markant i overholdelse af drikkemålsætningen, som mindre end halvdelen af kontrolgruppen har kunnet mod ca. to ud af tre i træningsgruppen. Der er dog ingen statistisk sikre forskelle mellem trænings-

Figur 2. Oplevet forhold til alkohol efter opholdet på Ringgården, (N=50).





Figur 3. Kontrol over alkohol efter opholdet.

gruppen og kontrolgruppen, selv om der er disse tydelige tendenser.

Det kan ud fra ovenstående konkluderes, at træningsgruppen har klaret sig bedre end kontrolgruppen på misbrugsmæssige parametre, når personerne, der er kommet

til opfølgning, betragtes isoleret. Men det er ikke umiddelbart muligt med statistisk sikkerhed at konkludere, at træningsgruppen omsætter det ekstra træningselement fra behandlingen til bedre kontrol med alkohol og færre tilbagefald, dertil er data-materialet for spinkelt.

Table 3. SCL-90-r-værdier ved follow-up for samtlige testede (tredje SCL-90-r test)

	Alle (N=39)		Træningsgruppe*		Kontrolgruppe*	
	mean	SD	mean	SD	mean	SD
GSI	42,4	41,6	46,9	50,9	48,6	45,4
Somatisering	5,9	6,2	5,6	6,4	5,9	6,9
Obsess./compulsiv	8,2	14,1	6,7	6,7	6,6	6,5
Interperson. sensitivitet	4,7	5,5	4,9	6,2	5,6	5,7
Depression	8,2	7,5	9,6	8,8	9,8	9,0
Angst	4,1	6,0	4,6	7,4	5,6	7,1
Aggression	2,1	3,0	2,5	3,7	2,4	2,6
Fobisk angst	1,8	3,3	2,2	3,6	2,6	4,4
Paranoid	2,3	2,4	3,0	3,9	2,7	3,6
Psykotiske træk	2,1	3,3	2,8	4,5	3,3	4,4
Andre skalaer	5,0	4,7	5,9	5,1	4,2	3,2

* Træningsgruppe: N=20, 15 mænd, 5 kvinder. Kontrolgruppe: N=19, 14 mænd, 5 kvinder.

6.3 Symptombelastning og kontrolorientering efter opholdet

I tabel 3 er SCL-værdierne for opfølgningstesten angivet. Der er ca. 3 måneder efter udskrivning ingen signifikante forskelle mellem de to grupper, hverken på den overordnede belastningsgrad eller på de enkelte delscores. Ligeledes er der ingen kønsforskelle og ej heller nogen statistisk sikker ændring fra udskrivningstesten til follow-up-testen.

Figur 4 viser i grafisk form udviklingen fra indskrivningen til udskrivningen og til opfølgningen blandt dem, der gennemførte alle tre testforløb.

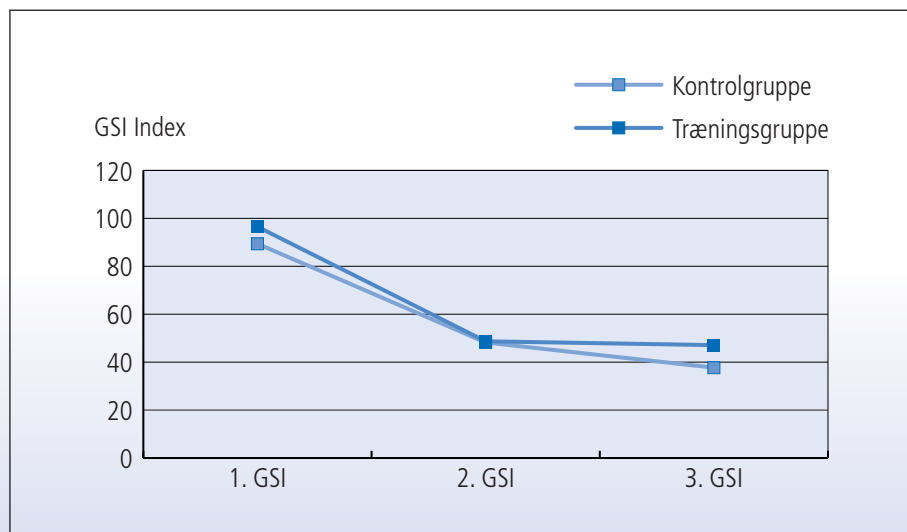
Det kan konstateres, at der generelt sker en markant reduktion i den oplevede belastningsgrad hos beboerne både i trænings- og i kontrolgruppen, fra et relativt højt indskrivningsniveau til udskrivningen. Træningsgruppens indskrivningsniveau er lidt højere end kontrolgruppens, mens

udskrivningsniveauet er ens. Træningsgruppen oplever altså en større reduktion end kontrolgruppen, om end den ikke er signifikant. I en ca. 3 måneders periode efter opholdet stabiliseres niveauet i træningsgruppen, mens der sker et yderligere nonsignifikant fald i symptombelastningen hos kontrolgruppen.

Ved opfølgningen er der signifikant forskel på kvindernes og mænds grad af ydrestyring, tydeligst i kontrolgruppen, men også gældende, når grupperne slås sammen. Kvinderne scorer markant lavere på chance ($p < 0,05$) og powerful others ($p < 0,01$). Det er ikke umiddelbart muligt at forklare denne reduktion i ydrestyring blandt kvinderne, men tendensen var allerede til stede i indskrivnings- og udskrivningstesten.

I figur 5 er udviklingen i kontrolorientering fra indskrivning til udskrivning og til follow-up samlet.

Figur 4. Symptombelastning gennem de tre testforløb for dem, der gennemførte behandling og kom til opfølgningstest.



Tabel 4. Kontrolorientering ved opfølgning (tredje Levenson s Checklist)

	Alle (N=39)		Træningsgruppe*				Kontrolgruppe*			
			mænd		kvinder		mænd		kvinder	
	mean	SD	mean	SD	mean	SD	mean	SD	mean	SD
Chance	21,6	7,2	19,5	5,8	19,2	4,2	26,0	8,0	16,0	4,2
Powerful Others	17,9	6,9	17,5	7,0	15,4	4,7	21,3	6,6	12,0	4,6
Internal	37,3	4,5	36,9	3,6	38,2	4,9	37,4	4,9	37,4	6,3

* Træningsgruppe: N=20, 15 mænd, 5 kvinder. Kontrolgruppe: N=19, 14 mænd, 5 kvinder.

Det ses, at forløbene i de to grupper er nogenlunde ens med fald i graden af ydre styring, størst i træningsgruppen, hvis ændringer er signifikante fra ind- til udskrivning. Forskellene fra udskrivning til opfølgning er nonsignifikante grupperne imellem.

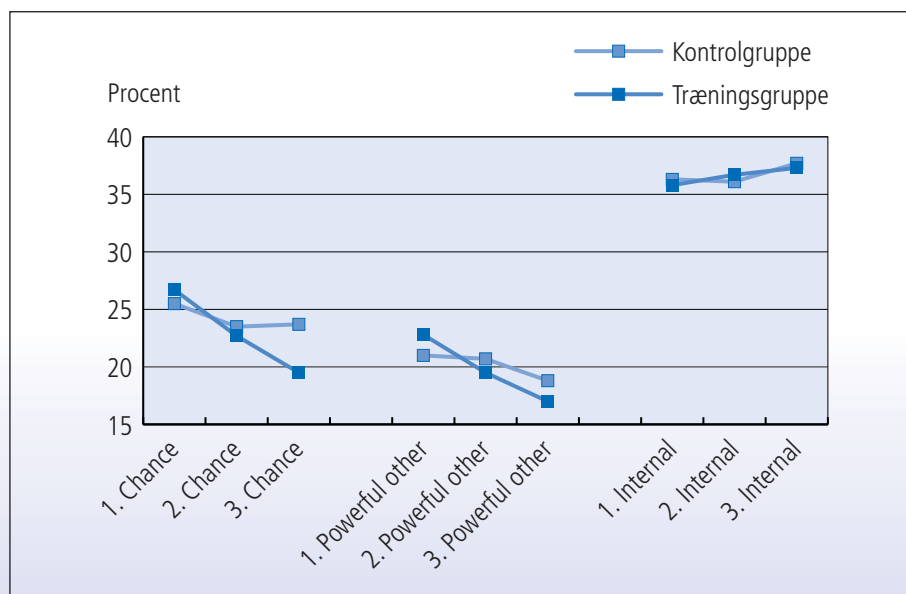
ningen fortsætter, idet der er færre, der scorer over 75 i base rate, og idet der er en bredere fordeling på forskellige copingstile. Det ses, at "hæmmet" ikke længere er så dominerende, hvorimod der i forhold til udskrivningen er flere, der udviser tegn på at være "indadvendt".

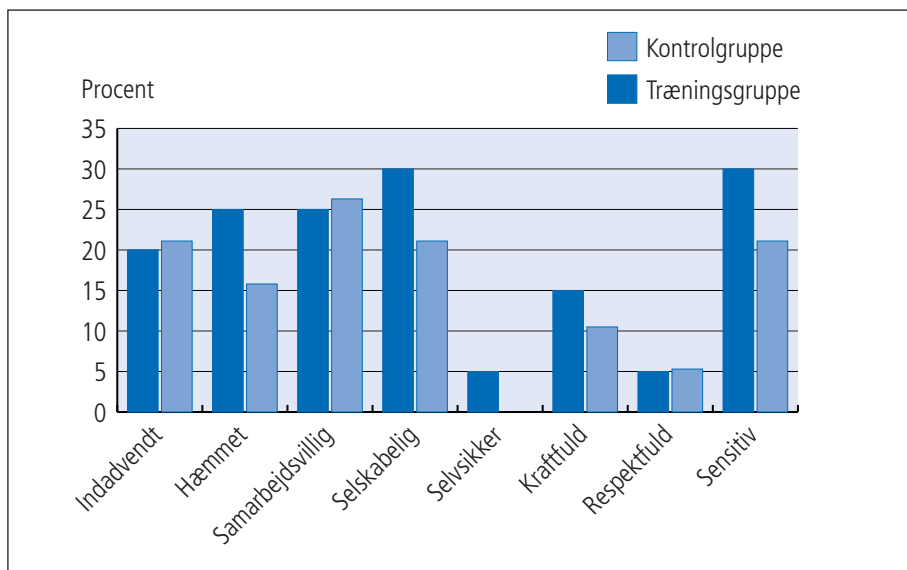
6.4 MBHI-resultater fra opfølgningen

Tendensen fra MBHI-testen ved udskriv-

Hvad angår de psykologiske holdningsfaktorer til stress, er der kun sket mindre forskydninger i forhold til udskrivningssitua-

Figur 5. Udvikling i kontrolorientering gennem de tre testforløb for dem, der gennemførte behandling og kom til opfølgningstest.



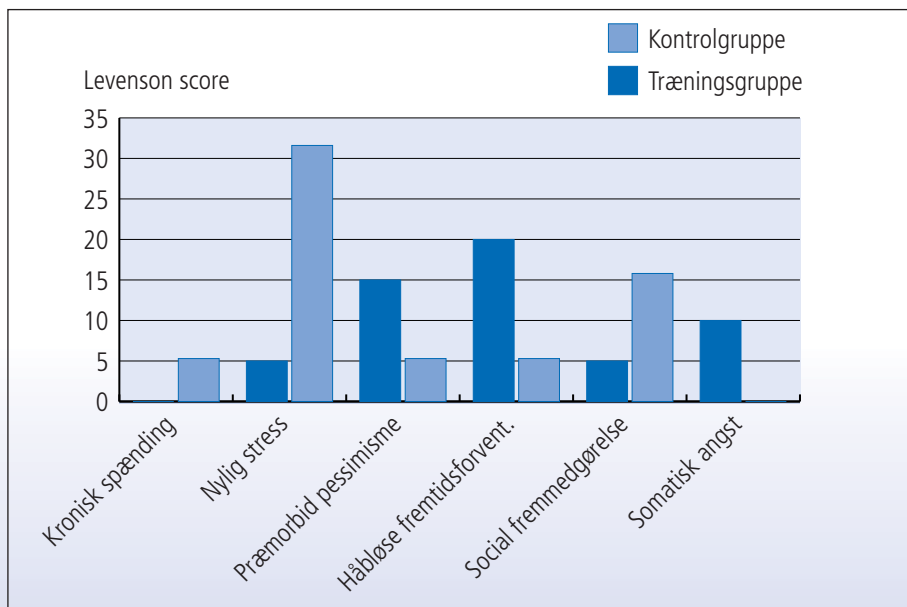


Figur 6. Opgørelse over copingstile, der antages at være til stede ved opfølgningen. Træningsgruppe, N=20, Kontrolgruppe, N=19.

tionen (figur 7). Mest markant er det, at hver tredje i kontrolgruppen viser tegn på nylig stresspåvirkning, hvorimod trænings-

gruppen næsten ikke har problemer med det, hvilket er lige omvendt af situationen ved udskrivning.

Figur 7. Psykologiske holdningsfaktorer i forhold til stress ved opfølgningen ifølge MBHI. Træningsgruppe, N=20, Kontrolgruppe, N=19.



7. Sammenfatning, diskussion og konklusion

I nærværende projekt har vi overordnet ønsket at undersøge om fysisk konditionsforbedring og sundere mental indstilling til kropspleje kan opnås gennem systematisk træning af klienter med langvarige og massive alkoholproblemer, og om sådanne forbedringer i givet fald har hensigtsmæssig indflydelse på misbrugerens oplevede selvkompetence og mestring i forhold til kampen mod den psykologiske afhængighed.

Det var blandt andet undersøgelsens formål at: (se kap. 3)

- Udvikle et struktureret konditionsfremmende træningsprogram og indføre et element af indstillingsarbejde, der øger egenomsorgen og selvkompetencen.
- Evaluere effekten af det justerede behandlingsindhold i forhold til den traditionelle behandling.
- Vurdere træningseffekten i forhold til afhængighedsproblematik og personlighed. samt vurdere om undersøgelsen giver belæg for at matche fysisk træning i alkoholbehandling til klienter, der særligt kan profitere heraf.

Til at belyse dette indgik i undersøgelsen to grupper, en træningsgruppe og en kontrolgruppe, der begge fik samme grundlæggende behandling af den psykologiske afhængighed (kognitivt baseret terapi med vægt på tilbagefaldsforebyggelse), og

hvor træningsgruppen derudover modtog intensiv systematisk konditionstræning samt sideløbende mental bearbejdning af indstillingen til krop og sundhed.

Resultaterne baserer sig på data vedrørende fysisk træningstilstand, psykisk symptombelastning, kontrolorientering samt psykogen sundhedsattitude. Endvidere indgår data fra follow up periode i form af parametre for udvikling i forholdet til alkohol, fysisk kondition, implementering af idræt i tilværelsen efter døgnbehandlingen samt målinger af psykologisk symptomniveau.

7.1 Hovedfund på det fysiologiske område

- ❖ Fysisk set har de undersøgte personer forud for behandlingen blandt andet været kendetegnet ved et højt alkoholforbrug (dagligt for de fleste klienter, med et gennemsnit på 27 genstande i døgnet). Hertil kommer en høj frekvens af tobaksrygning (over 90% er rygere) med et gennemsnit svarende til cirka 30 cigaretter om dagen, samt for de fleste et uregelmæssigt eller ikke-eksisterende forhold til regelmæssig og tilstrækkelig motion. Under behandlingen på Ringgården er klienterne totalafholdende fra alkohol, hvorimod de fleste fortsætter deres tobaksforbrug på hidtidigt niveau.
- ❖ Konditions mæssigt ligger deltagerne under det forventede gennemsnit med

hensyn til iltoptagelse, omend grundlaget for sammenligning med relevante befolkningsudsnit er mangelfuldt.

Derimod synes de undersøgte alkoholmisbrugere ikke at afvige fra det normalt forventede gennemsnitlige blodtryk og hvilepuls, medens gruppens BMI er under de kendte gennemsnitsværdier for normalbefolkningen i tilsvarende aldersfordelinger.

- ❖ Ved behandlingens afslutning kunne det konstateres, at både mænd og kvinder i træningsgruppen og mænd i kontrolgruppen forbedrer deres iltoptagelse signifikant, mens kvinderne i kontrolgruppen har uændrede værdier. Træningsgruppens fremgang er mere end dobbelt så stor som kontrolgruppens.
- ❖ Vægt og BMI var uændret, undtagen for mændene i kontrolgruppen, som har en stigning. Mændene i træningsgruppen har et signifikant fald i diastolisk blodtryk, men ellers er blodtryksforhold og hvilepuls uændret i begge grupper ved udskrivningen.

Sammenfattende må det siges, at den væsentligste forudsætning for at bekræfte nærværende projekts del-hypotese er opfyldt, idet beboerne i træningsgruppen er kommet i markant bedre form, fra de begyndte behandlingen til de afsluttede den. Træningsgruppens konditionsfremgang er signifikant højere end kontrolgruppens ($p < 0,05$). I snit er der i træningsgruppen opnået en fremgang på 15,2%, hvilket er nogenlunde i overensstemmelse med,

hvad man kan forvente af den type træning og den træningsmængde, der har været i projektet.

Det er hovedsageligt i forhold til iltoptagelsen, at der kan konstateres ændringer på de fysiologiske variabler, idet de resterende mål – blodtryk, hvilepuls og BMI – kun i nogen udstrækning viser signifikant positive ændringer. Det skal bemærkes, at tendensen - selv om der ikke er tale om signifikante forhold - i alle tilfælde er den samme, nemlig at træningsgruppens gennemsnitlige ændringer alle peger i retning af, at gruppen har profiteret af træningen på det fysiologiske plan, og i alle tilfælde mere end kontrolgruppen. Eksempelvis er træningsgruppens gennemsnitlige hvilepuls og systoliske blodtryk faldet lidt, mens kontrolgruppens er steget.

Set i forhold til udenlandske studier, kan det konkluderes, at der er opnået konditionsforbedringer, der nogenlunde svarer til andre forsøg med fysisk træning af alkoholmisbrugere. Murphy opnåede en konditionsfremgang blandt alkoholmisbrugere på ca. 17% ved hjælp af et 8 ugers løbetræningsprogram (Murphy et al. 1986). I Martinsens studie opnåede man en fremgang på 20,7% i snit (Martinsen 1988) ved et blandet træningsprogram, hvorimod Palmer ikke fandt signifikante konditionsændringer i sin undersøgelse, hvor deltagerne gik eller joggede 20-30 minutter 3 dage om ugen (Palmer et al. 1988).

Det kan samtidig konstateres, at der i løbet af den traditionelle behandling, der som omtalt også indebærer træning 3 gange

om ugen, ligeledes sker en forbedring af beboerens kondition. Det er set ud fra et metodisk, undersøgelsesmæssigt synspunkt uheldigt, da det i nogen grad kan sløre forskellene mellem interventionsgruppe og kontrolgruppe, da kontrolgruppen jo faktisk også får en ikke ubetydelig "portion" af det, som vi gerne vil undersøge virkningen af i træningsgruppen. Ser man bort fra den rent forskningsmæssige svaghed i dette forhold, må det på den anden side konstateres, at man allerede på Ringgården har indarbejdet nogle behandlingselementer, der trækker i den retning, som er udgangspunkt for denne undersøgelse: fysisk træning har sin plads som fast element i behandlingen af alkoholmisbrugere.

Endelig bliver endnu et metodisk problem tydeliggjort gennem analysen. Det har som omtalt i forrige kapitel været umuligt at lave "vandtætte skodder" mellem kontrolgruppen og træningsgruppen, i den forstand at enkelte beboere fra kontrolgruppen er blevet revet med af den træningsfokusering, der er sket i løbet af undersøgelsen. Der har jo været tale om, at beboere fra begge grupper har været sammen til en del af den fysiske træning, og der er selvfølgelig også blevet talt meget om og sammenlignet resultater fra ergometertesten grupperne imellem, hvilket har fået nogle af kontrolpersonerne til faktisk på egen hånd at igangsætte intensive træningsforløb. To personer i kontrolgruppen har således uopfordret "opført" sig som træningsgruppedeltagere, hvilket af behandlingsmæssige og etiske årsager naturligvis ikke har kunnet forhindres.

Hvis disse to personers testresultater blev sorteret fra, ville forskellene i især iltoptagelse grupperne imellem være mere markante, og det ville faktisk betyde, at kontrolgruppens procentuelle konditionsfremgang fra første til anden testcyklus ville mere end halveres fra en gennemsnitlig fremgang på de omtalte 5,9% til 2,5% (målt i ml/min/kg), hvilket skal ses i forhold til træningsgruppens fremgang på 15,2%.

❖ Tre ud af fire beboere fra træningsgruppen forbliver idrætsaktive efter udskrivning, og hver tredje melder sig ind i en idrætsklub.

Det er positivt, at trefjerdedele af træningsgruppen holder fast i motion som et element i hverdagen. Ligeledes er det interessant at hver tredje deltager fra træningsgruppen melder sig ind i organiseret idræt, som fx en badmintonklub, en bowlingklub eller et motionscenter. Langt hovedparten af beboerne var ikke medlem af en idrætsforening før opholdet, og må derfor betegnes som nye navne i medlemsstatistikkerne, altså en tilgang til den etablerede idrætsverden. Dermed er et af målene med indstillingsarbejdet og den øgede egenomsorg på i hvert fald det fysiske område nået, idet beboerne i relativ høj grad fastholder deres aktivitetsniveau og i en del tilfælde forankrer den i den etablerede idrætsverden med det sociale netværk, der kan opstå her.

Det er bemærkelsesværdigt, at en stor procentdel af kontrolgruppen faktisk også dyrker motion efter opholdet. Selvom der ikke

er arbejdet direkte med motion som strategi, lader det til at der alligevel sker noget på dette område i kontrolgruppen. Det er formentlig en kombination af flere ting, der gør, at kontrolgruppen også i nogen grad fastholder et vist niveau af fysisk aktivitet. For det første er motionen jo også en vigtig del af kontrolgruppens behandling qua den vægtning den har i Ringgårdens almindelige behandlingsprogram, hvor der generelt opfordres til at være fysisk aktiv. Det betyder, at også i kontrolgruppen er der arbejdet med motion som en strategi efter opholdet, idet det for mange beboeres vedkommende er vigtigt at kunne fylde noget konkret og meningsfyldt i hverdagen. For det andet er der utvivlsomt også sket en afsmitning fra træningsgruppen til kontrolgruppen gennem samtaler om træningsplaner, opfordringer til fælles træning og væddemål om hvem, der kom i bedst form, således at kontrolgruppen er blevet revet med på en generel opprioritering af motion.

7.2 Hovedfund på det psykologiske område

- ❖ I psykologisk henseende er de undersøgte personer karakteriseret ved en meget høj grad af oplevet psykisk symptombelastning ved indskrivningen (gennemsnitlige GSI-værdier på mellem 95 og 99).
- ❖ I løbet af behandlingen reduceres den subjektivt oplevede psykiske belastningsgrad til godt det halve af niveauet ved indskrivningen.

I en undersøgelse af 20 alkoholmisbrugere i behandling på døgninstitutionen, fandt man til sammenligning gennemsnitlige GSI-værdier på 65,1, kvinder 74,6 og mænd 55,5 (Nielsen 1992). Disse blev betegnet som havende en psykisk belastning af let/middelsvært omfang. I en amerikansk undersøgelse af en tilsvarende gruppe alkoholmisbrugere fandt man GSI-værdier på 73,8 for mænd og 89,6 for kvinder (Mercier et al. 1992).

Tallene i nærværende undersøgelse ligger markant over tallene fra ovennævnte undersøgelser, og samlet set må gruppen betragtes som svært belastet.

Generelt er der tale om, at beboerne i løbet af behandlingen reducerer den subjektivt oplevede psykiske belastningsgrad. I modsætning til Nielsens undersøgelse på Ringgården Vrå (Nielsen 1992), hvor man ikke fandt reduktion i GSI-scoren fra indtil udskrivning, er faldet her signifikant, og sker blandt både mænd og kvinder.

Faldet i træningsgruppens gennemsnitlige belastningsscore blandt dem, der afslutter opholdet, er større end i kontrolgruppens (48,4 point mod 40,7 point), men forskellen er ikke signifikant.

Efter udskrivning stabiliseres symptombelastningen over en tre måneders periode på et moderat lavt niveau.

- ❖ Kontrolorienteringen målt ved behandlingsstart viste sig at være præget af en markant højere grad af ydrestyring hos trænings- og kontrolgruppen sammen-

lignet med et referencemateriale (Levenson 1973). Derimod var graden af indre styring "normal".

- ❖ Ved behandlingens afslutning fandtes træningsgruppen at have bevæget sig signifikant i den ønskede retning med hensyn til kontrolorientering, dvs. at have reduceret graden af ydre kontrolorientering og øget niveauet for indre kontrolorientering. Tendenserne var de samme i kontrolgruppen, men udsvingene var ikke signifikante.

Bevægelserne i kontrolorientering afspejler, at træningsgruppens tendenser til afmagt og hjælpeløshed er klart mindre ved udskrivningen. Det må tolkes som en positiv udvikling og en god baggrund for et godt behandlingsudbytte og bedre mulighed for efterfølgende at omsætte tilbagefaldsforebyggelsen med succes, fordi den enkelte ser sig selv som i mindre grad et offer for tilfældighedernes spil og mere som aktør og handlende subjekt med muligheder for at influere på begivenhedernes gang. Altså i dette tilfælde om den behandlede alkoholmisbruger fortsat opfatter sig som passivt, afmægtigt offer for personlige højrisikosituationer, eller om han har forstået, at der er en reel mulighed for alternativ coping i situationen.

- ❖ Med hensyn til deltagerens coping stilart er godt halvdelen af personerne karakteriseret ved træk, der afspejler utilpashed i samvær med andre, tendens til social isolation, ængstelighed, lav selv-vurdering og emotionel ustabilitet. Hos

en tredjedel af klienterne scores højt på træk, der afspejler social dependens, og hos en anden tredjedel træk af mere antisocial type.

Dette er overensstemmende med foreløbige resultater fra en igangværende undersøgelse blandt andet af forekomsten af personlighedsforstyrrelser hos et repræsentativt udsnit af klienter i behandling på Ringgården (Nielsen, upubl.) og bekræfter således den kliniske erfaring med klientellets betydelige psykiske dobbeltbelastning – også i nærværende undersøgelse. Det er interessant at der sker skift i beboernes coping stil gennem de tre MBHI-test. Det tyder på, at der formentlig er tale om en forbedring af den almene psykologiske belastningsoplevelse, således som også afspejlet i SCL-90-r. Men det tyder også på, at den anvendte MBHI-test ikke er en stabil indikator for varige karaktertræk hos den enkelte (traits), men i nok så høj grad for tilstandsafhængige symptomoplevelser (states).

- ❖ Undersøgelsen afslørede ingen speciel træningseffekt i forhold til afhængighedsproblematik eller personlighedsrelaterede spørgsmål.

Der er i undersøgelsen fundet tegn på, at visse træk og misbrugsforhold kan vanskeliggøre gennemførelse af behandling. For eksempel scorer flere i frafaldsgruppen højt på "kraftfuld" og lavt på "samarbejdsvillig", "respektfuld" og "selskabelig", hvilket ofte kendetegner "vanskelige" klienter. Frafaldsgruppen har ligeledes en væsentligt mere ekstern kontrolorientering og

lider i større udstrækning end dem, der gennemfører behandlingen, af pessimisme, håbløse fremtidsforventninger og social fremmedgørelse.

Der er fundet en sammenhæng mellem alder og gennemførelse af behandlingen ($p < 0,05$). Næsten alle beboere over 45 år (96%) har gennemført behandlingen (N=24). Derimod har 78% af aldersgruppen 30-45 år (N=55) og kun 60% af beboerne under 30 år (N=10) gennemført behandlingen som planlagt.

Det er ikke muligt at udlægge noget særligt finmasket net for matchning af klienter, der særligt kan profitere af kombinationen af træning og tilbagefaldsforebyggelse. Alder, køn og tidligere idrætsudfoldelse spiller ikke væsentligt ind på hverken interesse for eller udbytte af træningen/ behandlingen. Der er heller ikke fundet særlige personlighedsrelaterede eller misbrugsmæssige forhold, der kunne indikere særlig positiv effekt af den kombinerede træning og tilbagefaldsforebyggelse. Effekten har været fordelt nogenlunde jævnt over forskellige typologier, og der er ikke fundet sammenhæng mellem tidligere misbrugsmønster og respons på interventionen.

Dette kan skyldes flere forhold. Det kan selvfølgelig være, at interventionsprogrammet, altså træningen og indstillingsarbejdet, slår lige godt igennem blandt alle beboere, uanset deres baggrund i videste forstand. I så fald er det i en behandlingsmæssig sammenhæng blot et spørgsmål om at finde den rigtige form og vægtning

af den fysiske træning, og så ellers bruge den på alle i behandling. Men at vi ikke har fundet nogen tydelige sammenhænge, kan også skyldes metodiske svagheder. Måske kunne et andet psykologisk testbatteri end det anvendte have afsløret forhold, som vi ikke har kunnet samle op. Måske ligger der alligevel i datamaterialet spor på sammenhænge, som vi – endnu – ikke har fået øje på, fordi mulighederne for at krydse data er enorme. Endelig har materialets begrænsede størrelse gjort det vanskeligt statistisk at undersøge effekten af træningen i forhold til faktorer som fx depression og angst, idet antallet af personer i undergrupperne er beskedent.

7.3 Hovedfund på det behandlingsmæssige område

- ❖ Beboerinteressen for projektet og lysten til at indgå i den fysiske træning har været meget stor.
- ❖ Overordnet set rapporterer langt de fleste beboere, der har gennemført behandlingen, at have fået et bedre forhold til alkohol.
- ❖ En procentuelt større andel af træningsgruppen end af kontrolgruppen har ikke haft tilbagefald, har overholdt deres drikkemålsætning og har været afholdende i månederne efter opholdet.
- ❖ Der er tegn på, at konditionsfremgangens størrelse hænger sammen med det efterfølgende forhold til alkohol og fortsættelse af motionsudfoldelsen.

Der har generelt været en meget stor interesse blandt beboerne i træningsgruppen for at medvirke i den fysiske træning. Selvfølgelig har der også været motivationsproblemer og svigtende lyst til at træne, men langt de fleste er gået ind i træningen med engagement, hvilket har givet et ekstra positivt afkast i det daglige arbejde.

Hovedparten af de beboere, der gennemfører behandlingen, angiver at have fået et bedre forhold til alkohol. Ni ud af ti mener selv, at alkoholen fylder mindre i deres hverdag efter behandlingen, hvilket svarer til de tal, der blev fundet i en tidligere undersøgelse af behandlede beboere på Ringgården, hvor 89% af beboerne angav, at behandlingen havde haft gavnlig effekt på deres misbrug (Samuelsen et al. 1998).

Der er tegn på – om end ikke stikfaste beviser for – at træningsgruppen omsætter elementerne fra den strukturerede tilbagefaldsforebyggelse mere effektivt end kontrolgruppen, i form af færre tilbagefald og overholdelse af drikkemålsætning. Desuden er over halvdelen afholdende i træningsgruppen hvorimod kun hver tredje i kontrolgruppen er det. Det kan muligvis være en følge af den kropsfokusering, der er sket under behandlingen, med



fokus på at øge egenomsorgen. Det passer også sammen med den kendsgerning, at de fleste i træningsgruppen fortsætter den påbegyndte idrætsudfoldelse efter opholdet. Alkoholindtagelse går ikke godt i spænd med den konditionsfremgang, som mange beboere også efter behandlingen stiler efter, og derfor afholder de sig fra den.

Der kan også være tale om, at det indstillingsarbejde, der har været en fast del af interventionsprogrammet, slår igennem. Indstillingstræningen - forsøget på at bedre forholdet til egen krop, dens formåen og dens "røgt og pleje" - har lagt vægt på at opfatte og gennearbejde den enkeltes og gruppens oplevelser i forbindelse med den fysiske træning set i relation til livet som misbruger før behandlingen, samt livet efter behandlingen. Der er suppleret med viden om fysiske, fysiologiske og psykologiske forhold på det niveau og i det omfang, som er skønnet relevant for hver deltager. Det kan tænkes, at den ændrede indstilling til, hvad kroppen bruges og misbruges til, kommer til udtryk i større modstandsdygtighed og afstandtagen fra alkohol, hvilket understøttes af udsagn fra beboerne.

Det er ikke muligt på baggrund af denne undersøgelse at sortere i, hvilke elementer i behandlingen, der har været mest effektive, og har bidraget mest til en god langtidsprognose; der kan udelukkende ses på resultatet af summen af behandlingselementer. Og sammenlignet med den traditionelle behandling på Ringgården lader det til, at der kan være behandlingsmæssige fordele ved at inkorporere fysisk træ-

ning, kropsfokusering og arbejde med den mentale indstilling.

Undersøgelsen tyder på, at de beboere, der oplever den største konditionsfremgang under opholdet efterfølgende oftere overholder deres drikkemålsætning, er afholdende og måske har færre tilbagefald. Der er næsten tale om en lineær sammenhæng mellem konditionsfremgangen og den efterfølgende kontrol over alkohol. Ligeledes er der en tæt sammenhæng mellem konditionsfremgang og fastholdelse af den idrætslige aktivitet.

Alle, der har haft en konditionsfremgang på over 15%, dyrker fortsat motion 3 måneder efter opholdet, seks ud af ti har meldt sig i en idrætsklub og to tredjedele bruger idrætten som strategi i arbejdet med kontrolmestringen. Det er næppe et indicium på, at hård fysisk træning og deraf følgende konditionsfremgang i sig selv medfører bedre kontrol over alkohol. Snarere er der tale om, at den del af beboergruppen, der tager fat i træningen og opfatter det som brugbart og vedkommende, i nogen udstrækning erstatter deres alkoholmisbrug med en stor idrætsinteresse – for nogle få personers vedkommende med noget, der minder om en alternativ afhængighedsadfærd.

- ❖ Projektet har ført til udvikling af et funktionelt program for træning af fysisk kondition og mental kropsholdning
- ❖ Den fysiske træning har været et godt terapeutisk redskab, der har muliggjort en hurtigere og tættere kontakt mellem

behandler og beboer, skabt "holdånd" og haft en positiv afsmittning på resten af beboergruppen.

Som en udløber af projektarbejdet foreligger et velbeskrevet og -afprøvet træningsprogram, som har kunnet sammenkøbes med målrettet kognitivt orienteret intervention i forhold til afhængighed hos klienter med alkoholproblemer af betydelig grad og varighed. Som beskrevet i kapitel 4 kræver behandlingsmæssige ændringer af denne type og i et sådant omfang en række overvejelser, idet et døgnbehandlingsmiljø er en sårbar størrelse. Døgnbehandlingen består således af mere end de behandlingsmæssige elementer og de enkelte behandlere. Pointen med døgnbehandling er også at etablere en ramme, et miljø, hvor stemningen, omgangsformerne, dagsrytmen, udfordringerne, omsorgen osv. netop har den karakter og sammensætning, som gør miljøet til en – i gunstige tilfælde – særdeles potent medspiller i behandlingsdynamikken for hver enkelt klient.

Det anvendte idrætsprogram har i denne undersøgelse vist sig at være en positiv faktor for miljøet, først og fremmest for træningsgruppen, men alt i alt for hele institutionen. Den aura af leg, godartet konkurrence, sund levevis, sammenhold i regn og slud, rødmosse ansigter efter løbeture i frisk luft er af personalet som helhed oplevet som et positivt indslag i husets miljø. Dette er formentlig befordret af en tilbageholdenhed i forhold til konkurrenceelementet, hård og indædt træning med hovedfokus på resultater.

7.4 Konklusion

Intentionen i nærværende projekt har været dels at skabe forbedring af den enkeltes kondition og fysiske kapacitet og dels at gøre den enkelte mere interesseret i god kropslig adfærd samt mere tilfreds med egen krop. Det lader overordnet set til at være lykkedes.

- ❖ Beboernes kondition er blevet væsentligt forbedret gennem træningen, og der har kunnet spores en øget interesse for kropslig egenomsorg og en generel positiv udvikling i forhold til psykisk belastningsgrad og oplevet selvkompetence. Den ændrede indstilling til fysisk aktivitet lader til at bliver fastholdt efter behandlingsophør i form af fortsat idrætsudfoldelse.
- ❖ Det har ikke været muligt i undersøgelsen at pege på særlige misbrugsmæssige, personlighedsmæssige eller demografiske prediktorer for klientgrupper, der særligt kan profitere af den kombinerede træning og tilbagefaldsforebyggelse.
- ❖ Der er i undersøgelsen indicier på, at den ændrede behandlingsform resulterer i færre tilbagefald, bedre kontrol med alkohol og større grad af afholdenhed, men det er ikke muligt at forevise endegyldige beviser.

På baggrund af undersøgelsen kan det konkluderes, at fysisk træning, øget kropsfokusering og arbejde med mental indstilling er anvendelige, terapeutiske redskaber i arbejdet med alkoholmisbrugere.

Det kropslige element har en umiddelbar positiv indvirkning på det daglige behandlingsarbejde for både klient og behandler; det opfattes som relevant og vedkommende, og det lader til for mange at være en anvendelig brik i håndtering af alkoholproblemet efter behandlingsafslutning.

Erfaringerne fra projektets træningsprogrammer og indpasning i behandlingsmiljøet i øvrigt tror vi vil være af umiddelbar brugsværdi for lignende behandlingsinstitutioner - og sandsynligvis også - med visse modifikationer - for ambulante behandlingssteder. Elementerne kan i de fleste sammenhænge relativt nemt inkorporeres i forskellige behandlingsmodeller, og der kræves ikke specialiskudning for at forstå de idrætslige aktiviteter, selvom en basisviden om træningsplanlægning og en personlig interesse for idræt vil være befordrende for et positivt udbytte.

Det er vores anbefaling, at der arbejdes videre med erfarings- og metodeudvikling omkring fysisk og mental træning som element i behandling af afhængighed. Der er brug for forskning i større målestok og med inddragelse af andre måle- og evalueringsskemaer til belysning af de spørgsmål, som ikke lod sig besvare af nærværende undersøgelse. Der vil være gode perspektiver i at samarbejde med det psykiatriske felt om dette, hvor tilsvarende erfaringer er under opbygning, og hvor der i øvrigt er stigende opmærksomhed på den del af det psykiatriske klientel, der også må kæmpe med et alkoholforbrug eller andre former for misbrug.

Referencer

- Andersen, L. B. & Haraldsdottir, J.** (1993): "Maximal oxygen uptake, maximal voluntary isometric contraction and physical activity in young Danish adults". *European journal of applied physiology*, no. 67.
- Annis, H. M., Heric, M. A. & Watkin-Merek, L.** (1996): "Structured relapse prevention – an outpatient counselling approach". *Addiction Research Foundation, Toronto*.
- Ball, S. A.** (1998): "Manualized treatment for substance abusers with personality disorders: dual focus schema therapy". *Addictive behaviors*, vol. 23 (6).
- Bandura, A.** (1978): "The self-system in reciprocal determinism". *American psychologist*, vol. 33, p. 344-358.
- Bandura, A.** (1977): "Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change." *Psychological review*, vol. 84, p. 191-215.
- Bolton, B. & Milligan, T.** (1976): "The effects of a systematic physical fitness program on clients in a comprehensive rehabilitation center". *Am. Corrective Therapy Jour.* 30, 41-46.
- Brown, R. S., Ramirez, D. E. & Taub, J. M.** (1978): "The prescription of exercise for depression". *The physician and sportsmedicine*, december.
- Burling, T. A., Seidner, A. L., Robbins-Sisco, D., Krinsky, A. & Hanser, S. B.** (1992): "Batter up! Relapse prevention for homeless veteran substance abusers via softball team participation". *Journal of substance abuse*, no. 4.
- Byrne, A. & Byrne, D. G.** (1993): "The effect of exercise on depression, anxiety and other mood states: A review." *Journal of psychosomatic research*, vol. 37, no. 6.
- Carlsson, C., Dencker, S. J., Grimby, G. & Tichy, J.** (1969): "Muscle weakness and neurological disorders in alcoholics". *Quart. Jour. Studies Alcohol* vol. 30, 585-591
- Derogatis, L. R. & Cleary, P. A.** (1977): "Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validity". *Journal of clinical psychology*, vol. 33.
- Dimeff, L. A. & Marlatt, G. A.** (1995): "Relapse prevention" in Miller, W. R. & Hester, R. K. (red.): "Handbook of alcoholism treatment approaches – Effective alternatives. Boston, Allyn & Bacon.s
- Donovan DM. & Marlatt G.A** (1980): "Assessment of Expectancies and Behaviors Associated with Alcohol Consumption". *Journal of Studies on Alcohol*. Vol. 41, No. 11, pp. 1153-1185).
- Duke, M., Johnson, T. C. & Mowicki, S. Jr.** (1977): "Effects og sports fitness camp experience on locus of control orientation in children ages 6 to 14". *Research Quart.* 48, 280-283.
- Ermalinski, R., Hanson, P. G., Lubin, B., Thornby, J. I. & Nahormek, P. A.** (1997): "Impact of a body-mind treatment component on alcoholic inpatients". *Jour. Psychosocial Nursing* vol. 35(7) 39-45
- Falkum, L. R.** (1988): "Jogging som obligatorisk program ved en åpen psykiatrisk akuttafdelling" in "Psykiatri og fysisk aktivitet II" Kultur- og vitenskapsdepartementet, Universitetsforlaget.
- Folkins, C. H.** (1976): "Effects of physical training on mood". *Jour. Clin. Psych.*, 32, 385-388.
- Gary, V. & Guthrie, D.** (1972): "The effect of jogging on physical fitness and self-concept in hospitalized alcoholics". *Quarterly journal of studies on alcohol*, no. 33.
- Gjerset, A.** (red.) (1999): "Idrættens træningslære". Gads forlag, København.
- Goldstein, G., Chotlos, J. W., McCarthy, R. J. & Neuringer C.** (1968): "Recovery from gait instability in alcoholics". *Quart Jour. Studies Alcohol* vol. 39, 38-43.
- Greist, J., Klein, M., Eischens, R & Faris, J, Gurman A. & Morgan W.** (1979): "Running as treatment for depression". *Comprehensive psychiatry*, vol 20, no.1.
- Grønlykke, P.** (1980): "Den psykologiske effekt af fysisk aktivitet". *Speciale, Københavns Universitet*.
- Grønlykke, P.** (1989): "Kan motion forøge vort psykiske velbefindende?" *Månedsskr. Prakt. Lægegern.* 67, 825-828.

- Haga, W.** (1990): Klinisk psykolog ved Bergensklinikkene, Norge – personlig kommunikation
- Heitman, L., Richelsen, B., Laub Hansen, G. & Hølund, U.** (1999): "Overvægt og fedme – befolkningens sundhed set i relation til den øgede forekomst af fedme i Danmark". Sundhedsstyrelsen.
- Institut for idræt** (1999): "Human-biologiske øvelser for idrætsstuderende". Odense Universitet.
- Jin, P.** (1992): "Efficacy of Tai Chi, brisk walking, meditation, and reading in reducing mental and emotional stress". *Jour. Psychosomatic Res.* 36, 361-370.
- Koski-Jännes, A.** (1992): "Alcohol addiction and self-regulation". Helsinki: The Finnish Foundation for Alcohol Studies.
- Larsen, J. K. & Sell, H.** (1988): "Psykiatri og idræt". *Månedsskr. Prakt. Lægegern.* 66 (4), 267-275.
- Layman, E. M.** (1974): "Psychological effects of physical activity". *Exercise and sports sciences review*, no. 2.
- Leith, L.** (1994): "Foundations of exercise and mental health". Fitness information technology, inc.
- Levenson, H.** (1973): "Multidimensional locus of control in psychiatric patients". *Journal of consulting and clinical psychology*, vol. 41, no. 3.
- Lindström, L.** (1986): "Val av behandling för alkoholism – En studie av missbrukarvårdens förutsättningar, organisation och resultat". Pedagogiske institutionen, Stockholms Universitet.
- Long, C., Hollin, C. & Williams, M.** (1998): Self-efficacy, outcome expectations, and fantasies as predictors of alcoholics posttreatment drinking. *Substance use & misuse*, 33(12).
- Lüders, K.** (1991): "Selvopfattelse og fysisk aktivitet". *Focus idræt*, 15. årg.nr. 4.
- Løberg, T., Miller, W. R., Nathan, P.E. & Marlatt, G. A.** (Red.) (1989): "Addictive behaviors – prevention and early intervention". Swets & Zeitlinger, Amsterdam.
- Marlatt, G. A. & Gordon, J.** (red.) (1980): "Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change". In: Davidson, P. & S. Davidson (red.): "Behavioral medicine: Changing health lifestyles". New York, Brunner.
- Marlatt, G. A. & Gordon, J.** (red.) (1985): "Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addiction behaviors". New York, Gilford.
- Martinsen, E. W.** (1998): "Psykiatrisk forskning på fysisk aktivitet – en oversikt" in: Moe, T., N. Retterstøl og M. Sørensen (red): *Fysisk aktivitet – en ressurs i psykiatrisk behandling*. Universitetsforlaget, Aker Sykehus.
- Martinsen, E. W.** (1986): "Erferinger med fysisk trening ved en psykiatrisk klinikavdeling", in "Psykiatri og fysisk aktivitet I" Kultur- og vitenskapsdepartementet, Universitetsforlaget
- Martinsen, E. W.** (1988): "Kombination av fysisk trening og gruppepsykoterapi i behandlingen av ikke-psykotiske lidelser. Hvem har nytte af behandlingen?", in "Psykiatri og fysisk aktivitet II" Kultur- og vitenskapsdepartementet, Universitetsforlaget
- Matthiessen, M. & Grønlykke, P.** (1982): "Løb dig glad – kondiløbs betydning for sjæl og legeme". Munksgaard.
- Mercier, C. Brochu, S., Girard, M., Gravel, J., Oullet, R. & Pare, R.** (1992): "Profiles of alcoholics according to the SCL-90-r: a confirmative study". *International journal of addiction*, nov. 27 (11).
- Millon, T., Green, C. & Meagher, R.** (1982): "Millon Behavioral Health Inventory Manual, Third Edition". Minneapolis, Minn. USA.
- Moe, T., Rettestøl, N. og Sørensen, M.** (red) (1998): "Fysisk aktivitet – en resurs i psykiatrisk behandling". Aker sykehus – division psykiatri, Universitetsforlaget.
- Moe, T.** (1998): "Fysisk aktivitet i psykiatrisk behandling – muligheter og begrensninger" in: "Fysisk aktivitet – en ressurs i psykiatrisk behandling, (Red.: Moe, T. N. Retterstøl & M. Sørensen). Aker Sykehus, Universitetsforlaget.
- Munkvold, H.** (1999): Faglig ansvarlig for fysisk aktivitet på Bergensklinikkene, Norge – Personlig kommunikation.
- Murphy, T. J., Pagano, R. P. & Marlatt, G. A.** (1986): "Lifestyle modifications with heavy alcohol drinkers: effect of aerobic exercise and meditation". *Addictive behaviors*, vol. 11.

- Nielsen, P.** (1997): "HøjRisk 100 – vejledning. Dansk psykologisk forlag. København.
- Nielsen, P.** (1992): "Alkoholmisbrug – behandling – tilbagefald". Skrifter fra CANFAU, vol. 1, nr. 3. Århus universitetsforlag.
- Nielsen, P.** (1992b): Ikke publiceret materiale fra ovennævnte undersøgelse.
- Palmer, J., Vacc, N., & Epstein, J.** (1988): "Adult impatient alcoholics: Physical exercise as a treatment intervention". *Quart. Jour. Studies on Alcohol*, 49, 418-421.
- Phares, E. J.** (1976): "Locus of control in personality". Kansas State University, General Learning Press.
- Rotter, J. B.** (1975): "Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement". *Journal of consulting and clinical psychology*, vol. 45 (1).
- Rümmele, E.** (red) (1990): "Spektrum der Bewegungspsychotherapie – ausgewählte Behandlungsbeispiele". Verlag Harri Deutsch.
- Sachs, M. & Buffone, G.** (red) (1997): "Running as therapy – an integrated approach". The master work series.
- Samuelson, A. Nielsen, P. & Røjskjær, S.** (1998): "Misbrug og mestring - om tilbagefaldsforebyggelse som metode i døgnbehandling af alkoholmisbrugere". Behandlingshjemmet Ringgården.
- Scully, D., Kremer, J., Meade, M. M., Graham, R. & Dudgeon, K.** (1998): "Physical exercise and psychological well-being: a critical review". *British journal of sports medicine*, no. 32.
- Sell, H.** (1985): "The effect of hard physical training on psychiatric patients". Roskilde, Sct. Hans Hospital.
- Sell, H.** (1987): "Sarek-projektet. En undersøgelse af fysisk trænings effekt på fysiske, psykiske og sociale tilstande hos stof- og alkoholmisbrugere". Roskilde: Sct. Hans Hospital.
- Stephoe, A., Moses, J., Edwards, S. & Matthews, A.** (1993): "Exercise an responsivity to mental stress: Discrepancies between the subjective and physiological of aerobic training. A special issue: Exercise and psychological well-being". *Int. Jour. Sport Psych.* 24, 110-129.
- Svensson, J.** (1993): "Struktur som angstdæmpende faktor". *Tidsskrift for idræt*, 5, 119-122.
- Svensson, J.** (1991): "Leg/idræt som jeg-støttende redskab". *Focus idræt*, 15. årg. Nr. 5.
- Taylor, C. B., Sallis, J. F. & Needle, R.** (1985): "The relation of physical activity and exercise to mental health". *Public health reports*, march-april, vol. 100, no. 2.
- Young, R. J.** (1979): "The effect of regular exercise on cognitive functioning and personality". *British journal of sports medicine*, no. 13.
- Young, R. J. & Ismail, A. H.** (1976): "Relationships between anthropometric, physiological, biochemical, and personality variables before and after af four month conditioning program for middle-aged men". *Journal of sports medicine*, no. 16.
- Vanderpool, J.A.** (1969): "Alcoholism and teh self-concept". *Quarterly journal of studies on alcohol*. 30.
- Verheul, R., v.d. Brink, W. & Hartgens, C.** (1998): "Personality disorders predict relapse in alcoholic patients". *Addictive behaviors*, vol. 23 (6).
- Wanamaker, W.M. & Skillman, T.G.** (1966): "Motor nerve conduction in alcoholics". *Quarterly journal of studies on alcohol* vol. 27, 16-22.
- Wilhelmi, U.** (1991): "Bewegung und Sport in der psychiatrischen un psychosozialen Versorgung". Verlag Peter Lang GmbH
- Åstrand, P.O. & Rodahl, K.** (1977): "Textbook of work physiology – physiological bases of exercise" (2. udg.). McGraw-Hill, New York.



Steffen Røjskjær

Cand.phil. i idræt, kulturarbejde og formidling. Ansat siden september 1998 som amanuensis i Ringgårdens afdeling for forskning og formidling. Tidligere beskæftiget sig med idrætsforskning og konsulentvirksomhed på det idrætskulturelle område.



Per Nielsen

Psykolog, PhD, ansat som afdelingsleder i Ringgårdens afdeling for forskning og formidling. Siden 1984 beskæftiget med behandling, forskning og metodeudvikling i forhold til alkoholafhængighed.



RINGGÅRDEN

Afdeling for forskning & formidling
Strandvejen 1 · 5500 Middelfart · Tel. 64 41 25 05 · Fax 64 41 59 81
e-mail: forskning@ringgaarden.dk

www.ringgaarden.dk