

Spilleahvengighet

En litteraturstudie med vekt på behandlingsmetoder, supplert med en spørreundersøkelse blant psykologer

Hovedoppgave
profesjonsstudiet i psykologi

Trude Senneseth

Vår 2001

Det psykologiske fakultet
Veileder: Inge Jarl Støylen (Institutt for klinisk psykologi)



Forord

Da jeg skulle i gang med å skrive hovedoppgave ønsket jeg å skrive om behandling av avhengighetsadferd. Jeg valgte først å se på behandling av rusavhengighet, men fant at de psykologiske aspektene ble uklare fordi tilstedeværelsen av substanser, det være seg opiater eller cannaboider, forstyrret bildet og tok mye av fokus. I avisene kunne jeg stadig lese artikler om mennesker som var sykkelig avhengig av å spille; "spillegalskap" ble det oftest karakterisert som. Det ble en god innfallsport til å se på "ren" psykologisk avhengighet, uten kunstig tilføring av kjemiske substanser.

Spilleavhengighet viste seg å være et spennende tema fordi fagfeltet var så nytt at det i skrivende stund var i ferd med å konstituere seg, noe som gav faglige og praktiske implikasjoner, både i forhold til fagfeltet, og til skriving av denne oppgaven. Det var i utgangspunktet utfordrende å finne litteratur og å få oversikt over temaet, fordi det var lite skriftlig materiale fra Norge og Norden om spilleavhengighet. Jeg fikk av Universitetet i Bergen dekket reiseutgifter til Nordisk Konferanse om Spilleavhengighet, som ble avholdt 23.-24.10.2000 i Oslo, arrangert av Stiftelsen Nordiska Sällskapet för Upplysning om Spelberoande (SNSUS). Jeg fikk der en introduksjon til feltet, og mange innspill med hensyn til interessante problemstillinger rundt spilleavhengighet.

Takk for konstruktiv veiledning til min veileder Inge Jarl Støylen, og til Gerd Kvale for veiledning på dataanalysene, og ikke minst til alle psykologene som tok seg tid til å besvare og returnere spørreskjemaet. Jeg vil også benytte anledningen til å takke Finn Gyllstrøm og Stiftelsen Renåvangen for at jeg fikk være gratis tilstede på Nordisk Konferanse om Spilleavhengighet, og til Hans Olav Fekjær og Marianne Hansen ved Blå kors Senteret i Oslo som har vært generøse i sin informasjonsformidling, noe som har vært svært inspirerende. Og takk til Peter Prescott, Tore Børtvedt og Tom Barth ved Bergensklinikkene for diskusjoner og imøtekommenhet.

Stor takk til min tålmodige samboer for støtte underveis.

APPENDIKS 1: South Oaks Gambling Screen (SOGS)

APPENDIKS 2: Linker på World Wide Web

APPENDIKS 3: Brev og spørreskjema sendt ut til psykologer



Abstract

It is recognised that pathological gambling causes significant health problems (APA, 2000). Gambling comes to dominate the individual's life to the detriment of social, occupational, material, and family values and commitment. Social relations are hereby deteriorated. Prevalence of pathological gambling is estimated to be 1-2% in many countries, and the problem is growing. Prevalence research in Norway is lacking. Based on international findings, prevalence in Norway is discussed.

Literature on treatment and treatment efficacy was searched for through the BIBSYS databases MEDLINE, PsychINFO, FORSKDOK, and ISI. Literature suggests that cognitive and behavioral theories and methods are promising in treatment of pathological gambling, but a combination of several approaches is advocated. These findings are rather consistent with research on the effectiveness of treatment for other addictive behaviors. Recommendations for treatment is presented.

To survey psychologists attitudes, experience and knowledge towards treatment of pathological gambling, a questionnaire was distributed to a sample of psychologists (N=74) in Hordaland county. The response rate was 73% (n=54). SPSS was used for descriptive analyses. Data suggests that there are pathological gamblers in Hordaland in need of treatment. Two thirds of the psychologists feel competent in treating pathological gamblers, but more than half of the psychologists don't know where to refer these clients. Implications of these findings are discussed.



Sammendrag

Denne oppgaven tar for seg behandling av spilleavhengighet, og er delt i tre deler. Første del er en innledning.

Spilleavhengighet er en relativt ny diagnose, og feltet er nytt i Norge. Det blir derfor lagt vekt på redegjørelse for historikk, begreper, diagnostikk, prevalens og etiologi.

I annen del blir litteratur gjennomgått med fokus på hvilke behandlingsmetoder som anvendes, og dokumenterte effekter av behandling av spilleavhengige. Metoder basert på kognitiv - og adferdsteori anbefales, sammen med behandlingsmetoder som har vist gode resultater ved behandling av annen avhengighetsadferd. Kognitive elementer ved spilleavhengighet og anbefalte behandlingsmetoder vil bli redegjort for.

I tredje del presenteres en undersøkelse gjennomført i Hordaland Fylke vinteren 2000/2001, på en populasjon av 74 psykologer med fylkeskommunal refusjonsrett. Responsraten var 73% (n=54). SPSS ble brukt til analyser av data. Undersøkelsen viser at over halvparten av psykologene har mottatt henvendelser fra spilleavhengige som trenger behandling, at over 40% av psykologene vegrer seg for å ta spilleavhengige inn i behandling, og at over halvparten av psykologene ikke vet hvor de eventuelt skal viderehenvise spilleavhengige. To tredjedeler av psykologene føler seg kompetente til å behandle spilleavhengige. Dette er positivt og kan indikerer at det er mulighet for at spilleavhengige snarlig kan få et behandlingstilbud. Data blir sammenlignet med internasjonale funn som viser at behandlere vegrer seg for å ta inn spilleavhengige i behandling, fordi de synes de mangler kompetanse på området.



1. INNLEDNING

1.1. Introduksjon

1.1.1. Historikk

Spill er for mange en form for rekreasjon, en måte å slappe av på, en sosial lek. Karakteristisk ved pengespill er at det involverer risiko for å tape noe av verdi, mot mulighet til å vinne noe av større verdi. Det ser ut som om samfunn gjennom årtusener har hatt tradisjoner for spill, derunder spill med verdier, og skiftende grad av kontroll og restriksjoner for hva som er tillatt.

Arkeologiske og sosiologiske studier viser at gambling finnes i nær sagt alle kulturer, med unntak av noen urbefolkningskulturer hos etniske amerikanere og australske aboriginere, der verdier ikke tilhørte det enkelte individ, men det kollektive samfunnet.

Det finnes arkeologiske bevis for at folk har bedrevet spill siden tidlig egyptisk tid år 4000 f.kr. Romerne brukte sekssidede terninger allerede rundt år 900 f.kr. Romerske krigere spilte også på nummererte hjul, som av den franske matematikeren Blaise Pascal ble forfinet til dagens roulette. Roulette ble introdusert til England i 1739, og til Amerika i det 19. århundre. "Lots ; the casting of numbers" ble ikke brukt bare til pengespill, men også i tidlige rettssaker brukt for å avgjøre skyld, dele eiendom og til å velge politikere. Dronning Elisabeth I introduserte i 1569 lotteri i England for å samle penger til veldedighet, en forløper for dagens "fund-raising". Siden 1500-tallet har hesteveddeløp vært en viktig engelsk sport. Dagens hovedproblem og største gambler- rekrutterer "the poker maschine", eller spillautomaten, ble oppfunnet av amerikaneren Charles Frey i 1895 (Blaszczynski, 1998).

1.1.2. Spillemarkedet i Norge

I Norge ble passiv spilling, eller lotterier, introdusert av stortinget i 1913. Etter inspirasjon fra England kom hesteveddeløp i 1927, og tipping om fotballresultater i 1946. Dette ble forløperen til Norsk Tipping. Det var begrenset gevinstutbetaling, og overskuddet ble brukt til idrettsarenaer og forskning. I løpet av 1960-årene kom bingohallene til Norge, og på 80-tallet kom Lotto og skrapelodd. Hesteveddeløp ble også tilgjengelig på butikker slik fotballtipping og Lotto var. I 1985 ble 18 års-grensen på tipping fjernet. I løpet av 1990-årene kom det mange nye spilltyper og lotto-lignende spill, og ikke minst ble det en eksplosjonsartet økning av spillautomater (Fekjær, 2000a, www.norsk-tipping.no).

Lovgivning og lotteritilsyn

Holdninger til pengespill har forandret seg, og pengespill blir mer og mer stuerent. Økningen av spillautomater som henvendte seg til et ungt publikum fikk imidlertid opinionen i Norge til å reagere, og 18-årsgrense på spillautomater ble innført 01.01.2001, sammen med andre reguleringer av spillmarkedet (Ot.prp. nr. 49, 1999-2000). Det diskuteres nå om det skal være lov å ha spillautomater stående fremme i eksempelvis butikklokaler der det kan være vanskelig å håndheve 18-årsgrensen, og det er fremmet ønske om automathaller i stedet, slik som i Danmark og Sverige.

Tilgangen på spill øker. Norsk Tipping introduserer stadig flere spill inklusive nettspill, det vil si spill på internett. Teknologiske forandringer som internett og økt globalisering av kapitalmarkedet gjør det mulig for spilloperatører å drive spillvirksomhet på nettet, med hele verden som marked, og på den måten muligens unngå en del lands lovverk og restriksjoner på pengespill.

Det har vært norsk politi sin oppgave å håndheve lotteriloven alene frem til 01.01.2001. Fra denne dato har staten satt ned et eget lotteritilsyn som skal ivareta de mange oppgaver som omhandler spill. I tillegg til å håndheve deler av lotteriloven, skal Lotteritilsynet utrede saker vedrørende spill, som for eksempel de utfordringer lovgivende makt får med et globalisert spillmarkedet, og spillindustriens ønske om å innføre kasinodrift til Norge (ibid).

Spill og pengesummer

For å få et innblikk i hvilke spill og hvilke summer det dreier seg om i Norge, kan Norsk Tippings egne tall være illustrerende. Alle de refererte tallene er presentert på Norsk Tippings hjemmeside www.norsk-tipping.no. I 1979 omsatte Norsk Tipping for første gang for over en milliard kroner. I 1990 ble det gjennom Norsk Tipping spilt for 3.8 milliarder norske kroner, og på 10 år ble omsetningen mer enn doblet, til over 8 milliarder kroner i 2000, og fra 1999 til 2000 satte Norsk Tipping omsetningsrekord for attende år på rad.

Norsk Tipping står etter egne beregninger for 37 % av det totale spillmarkedet i Norge. Resten fordeler seg på automatmarkedet, som er det største med en andel på hele 41%, Norsk Rikstoto (11%), og lotterier og lodder (11%). Totalt spilte nordmenn for 22,4 milliarder kroner i år 2000, en økning på nesten 2 milliarder fra året før (ibid). I følge Statistisk Sentralbyrå (SSB) var folketallet i Norge i år 2000 på 4.445.460 personer fra nyfødt til olding, og gjennomsnittlig spilte da hver av disse for 5039 kroner på et år. Imidlertid er det slik at svært få er gjennomsnittsmennesker og spiller for gjennomsnittssummen. *I Sverige er det slik at 9% av befolkningen står for 52% av hele Sveriges spillomsetning, og 2 % av befolkningen står for 33% av spillomsetningen* (Rönneberg et al.,1999). Hans Olav Fekjær omtalte de svenske tallene på følgende måte i Dagbladet 06.09.2000: "Det vil si at annen hver krone fra automatene er knyttet til problemer, og hver tredje krone fra automatene er knyttet til tragedier".

I programmet "Forbrukerinspektørene"(FBI), sendt på NRK1 den 27.02.2001, ble det satt fokus på spillmarkedet i Norge. Det ble hevdet at Norge har Europas mest liberale lotterilovgivning og mest liberale spillemarkedet. Illustrerende er den store forskjell i tillatt innsats på automatene; i Sverige kan man tape opptil 500 skr. *i timen* på automatspill, mens i Norge kan man tape opptil 400 nkr. *i minuttet*. Selv om ingen vet eksakt hvor mange spillautomater det er i Norge, er tallet estimert til et sted mellom 25.000 og 35.000. Det er det flere spillautomater enn nabolandene Sverige og Danmark har til sammen. Norge blir av disse grunnet karakterisert som "vill-vest landet" med hensyn til spill.

Humanitære organisasjoner som Røde Kors og Den Norske Kreftforening får 35% av inntektene fra spilleautomatene, og organisasjonene har gjort seg avhengig av inntektene de får på pengespill. Det blir av statssekretær Roger Ingebriksen i Kulturdepartementet brukt som argument for at det blir vanskelig å gå inn for innstramminger i spillmarkedet (ibid).

Automatbransjen har etter Norsk Tipping sine nevnte beregninger en omsetning på rundt 9 milliarder årlig, og er den største aktøren på spillmarkedet i Norge. Det er derfor interessant at den største aktøren innen automatbransjen, Norske Spill, ikke er eid av humanitære eller veldedige organisasjoner, men av sveitsiske og amerikanske banker. Med andre ord er det gode penger å hente på det liberale norske spillemarkedet, ikke bare for veldedige organisasjoner, men også for pengesterke utenlandske investorer (ibid).

1.1.3. Fokus på spilleavhengighet

Spill er for de fleste en underholdende lek der man håper å vinne, men forventer å tape. De fleste spiller uten at det får noen negative konsekvenser for verken helse, sosialt liv eller økonomi. Slik er det ikke for den spilleavhengige. Den offentlige debatt rundt spilleavhengighet har etter hvert økt vår nysgjerrighet og oppmerksomhet på spilllets psykologiske, sosiale og medisinske konsekvenser. Sosialminister Guri Ingebriksen fremholder at økt kunnskap om spilleavhengighet er et politisk satsningsområde. I sosialministerens tale til deltakerne på Nordisk Konferanse om Spilleavhengighet i Oslo oktober 2000, kom det frem at regjeringen blant annet ønsker kunnskap om hvem som spiller, hvor mange som spiller, og dokumentert behandlingseffekt.

(http://odin.dep.no/shd/norsk/aktuelt/taler/statsraad_a/030091-090013/index-dok000-b-n-a.html).

Media skriver om spillegalskap. Historiene er mange og dramatiske, og fortvilelsen er stor over den håpløse situasjonen både den spilleavhengige og dens nærmeste kommer i. De behandlingstrengende føler seg sviktet av behandlingsapparatet. Lidelsen er "usynlig", og de spilleavhengige møter liten forståelse for sine problemer. Lite kunnskap om problemet gjør det vanskelig for andre å forstå hvorfor spilleren ikke bare lar være å spille. En spilleavhengigs ektefelle uttalte følgende til BA: "Noen ganger tenker jeg at det hadde vært greiere om han var alkoholiker eller narkoman. Da finnes det et støtteapparat, og det offentlige står klar for å hjelpe. For spillegale finnes det ingenting, sier "Kari". Hun har kontaktet Stiftelsen Renåvangen, som tar inn et begrenset antall spillegale, men egenandelen på 20000 kroner er mer enn de to kan legge på bordet. - Jeg er forbannet på dem som eier spilleautomatene, jeg er forbannet på dem som setter opp spilleautomatene og jeg er rasende på de såkalte humanitære organisasjonene som tar ut overskuddet. De har tatt mitt hjem. Jeg tror kanskje de tar ekteskapet mitt også" (BA, 13.10.2000).

Stiftelsen Nordiska Sällskapet för Upplysning om Spelberoande (SNSUS) og Norsk Forening for Pengespillproblematikk (NFP) er to nyetablerte organisasjoner som begge arbeider for økt forståelse for mennesker

med spilleproblemer, både politisk og faglig. Mer informasjon om NFP finnes på <http://www.bks.no/nfp.htm>.

1.2. Begrepsavklaring

1.2.1. Definisjon av spill

I følge Blaszczynski (1998) er det fem essensielle komponenter ved spill; 1) to eller flere parter er involvert, 2) hendelser er basert på usikkerhet, 3) verdigjenstander er redistribuert etter hvilke resultater eller utfall de usikre hendelser får, 4) verdigjenstander trenger ikke være begrenset til penger og 5) deltakelse er frivillig. Det skilles mellom fire typer pengespill; pengespill / 'gaming', veddemål, lotterier og spekulasjon (børs). Etter denne definisjonen av spill utelukkes risikoaktiviteter som ikke involverer overføring av verdigjenstander, som hanggliding og basehopping.

1.2.2. Diagnostisering av spilleavhengighet

Patologisk Spillelidenskap ble først inkludert i International Classification of Diseases, ICD-9, i 1977, og i Diagnostic and Statistical Manual, DSM-III, i 1980 (Rönnerberg et al., 1999). Det har vært viktig å få en diagnose for patologisk spilling fordi det bidrar til økt forståelse for problemene den enkelte opplever, og fordi diagnosen utløser visse pasientrettigheter med hensyn til behandling. Ut i fra et behandlingsperspektiv er verdien av diagnostisering at det kan gi klinikerer mulighet til å velge en behandlingsmetode som maksimerer pasientens livskvalitet (Shaffer, 1999).

I ICD-10 er diagnosen klassifisert under 'F63. Vane – og impulsforstyrrelser'; adferdsforstyrrelser som ikke kan klassifiseres under andre grupper (WHO, 1999).

F63.0 Patologisk spillelidenskap. Lidelsen består i hyppige, gjentatte episoder med spilling som dominerer pasientens liv slik at sosiale, yrkesmessige, matrielle og familiemessige forhold skades. Inkludert: kompulsiv spillelidenskap. Ekskludert; spillelidenskap hos maniske pasienter (F30) spillelidenskap og veddemål INA (z72.6), spillelidenskap ved dyssosial personlighetsforstyrrelse.

I DSM-IV-TR er diagnosen klassifisert i gruppen 'Impulse-Control Disorder Not Elsewhere Classified' (APA, 2000).

"Diagnostic criteria for 312.31 Pathological Gambling:

Persistent and recurrent maladaptive gambling behavior as indicated by five (or more) of the following;

- 1. Is preoccupied with gambling (e.g., preoccupied with reliving past gambling experiences, handicapping or planning the next venture, or thinking of ways to get money with which to gamble)*
- 2. Needs to gamble with increasing amounts of in order to achieve the desired excitement*
- 3. Has repeated unsuccessful efforts to control, cut back, or stop gambling.*
- 4. Is restless or irritable when attempting to cut down or stop gambling*
- 5. Gambles as a way of escaping from problems or of relieving a dysphoric mood (e.g., feelings of helplessness, guilt, anxiety, depression)*
- 6. After losing money gambling, often returns another day to get even ("chasing" one's losses)*
- 7. Lies to family members, therapists, or other to conceal the extent of involvement with gambling*
- 8. Has committed illegal acts such as forgery, fraud, theft, or embezzlement to finance gambling*
- 9. Has jeopardized or lost a significant relationship, job, or educational or career opportunity because of gambling*
- 10. Relies on others to provide for money to relieve a desperate financial situation caused by gambling*

B. The gambling behavior is not better accounted for by a Manic Episode".

DSM diagnosen har forandret seg en del fra DSM-III til DSM-IV-TR, og i følge Rönnerberg et al. (1999) er det sannsynlig at diagnosen også i fremtiden vil bli forandret ettersom ny forskning gir økt kunnskap om lidelsen. At det har hersket uenighet eller usikkerhet om lidelsens opphav kan vi lese av de forskjellige betegnelsene som har blitt brukt; 'excessive', 'addictive', 'dependent', 'neurotic', 'pathological', 'compulsive' og 'problem' –gamblers (Blaszczynski, 1998). Benevnelsene 'pathological' og 'problem gambling' de benevnelsene som brukes i dag i

Amerika, Canada, Australia m.fl.

I denne oppgaven vil begrepene *patologisk spilling* og *spilleavhengig* bli brukt om spillere som oppfyller kriteriene til DSM-IV-TR diagnosen 'pathological gambling'. *Problematisk spilling* blir brukt om dem som ikke kravene til diagnosen, men som har likevel problemer i forbindelse med sin spilladferd, dvs. spillere som oppfyller 3-4 av DSM kriteriene. Disse regnes for å være i risikozonen for å utvikle patologisk spilling. Dette er tilsvarende begrepsbruken i den svenske befolkningsundersøkelsen og i flere internasjonale publiseringer (Rönnerberg et al., 1999, Bondolfi et al., 2000).

1.2.3. Avhengighetsadferd

Patologisk spilling er klassifisert som manglende impuls kontroll. Kriteriene for patologisk spilling er likevel svært lik kriteriene for substansavhengighet. Avhengighetsadferd karakteriseres av 1) sug eller trang ('craving' eller 'compulsion') 2) kontrolltap og 3) vedblivende adferd tross erkjent skadevirkning (Shaffer, 1999). Andre sentrale kjennetegn for avhengighet er toleranseutvikling og abstinenssymptomer, som man også ser ved spilleavhengighet. Patologisk spilling sees i Norge i dag som et avhengighetsproblem (Skaug, 2001), noe som er tydelig gjennom begrepet som blir brukt; spilleavhengighet. En definisjon på avhengighetsadferd er adferd som inngår i et repetitivt mønster som innebærer økt risiko for personlige og sosiale problemer. Subjektivt vil personen ofte oppleve tap av kontroll slik at adferden fortsetter til tross for viljemessige forsøk på å stoppe eller moderere. Adferden oppleves om umiddelbart tilfredsstillende, men følges på sikt av nedbrytende konsekvenser (Skaug, 2001).

Griffiths har gjennomført omfattende forskning på spilleavhengighet og spilleautomater, og innførte begrepet 'technological addictions' om avhengighetsadferd som involverer interaksjon mellom menneske og maskin (Griffiths, 1995). Han skiller mellom passiv avhengighetsadferd, som tv-titting, og aktiv avhengighetsadferd, som spilleadferd. Begrepet teknologisk avhengighet er aktuelt ikke bare de i forbindelse med spilleavhengighet, men også i forhold til overdreven og problematisk bruk av SMS/tekstmeldinger, og surfing på Internett.

1.3. Prevalens

1.3.1. Internasjonale prevalensstudier

Patologisk spilling blir i de fleste internasjonale prevalensstudier målt ved hjelp av selvrapporteringskjemaet South Oaks Gambling Screen, SOGS (se appendiks 1). SOGS er et screeninginstrument utviklet for å identifisere patologiske spillere (Lesieur & Blume, 1987). Ved skåre 5 eller høyere på SOGS klassifiseres 'patologisk spilling', skåre 3 til 4 på SOGS klassifiseres ofte som 'problematisk spilling' (Rönnerberg et al., 1999). Det er generelt problemer knyttet til underreportering ved bruk av selvrapporteringskjemaer, videre har SOGS -klassifiseringen vært kritisert for å ha et tilfeldig valgt cut-off-punkt, og forskere hevder at prevalenstillene bør behandles med en viss forsiktighet (Ladouceur, 1998). Til tross for kritikken regnes SOGS for å være et reliabelt og validert instrument for dette formål, og det er en stor fordel i forskningssammenheng at de fleste internasjonale prevalensundersøkelser har benyttet samme instrument til datainnsamling (Rönnerberg et al., 1999). Også DSM-III-R kriterier har blitt brukt i prevalensforskning (Becona et al., 1996).

Meta-analyser over amerikanske og canadiske studier viser at livstidsprevalens for 'patologisk spilling', dvs. å ha et spilleproblem en gang i løpet av livet, er 1,6% for den voksne del av befolkningen (Oakley-Browne et al., 2000). Problemer relatert til spilling har vært økende både blant unge og blant voksne de siste 20 årene, og i ungdomspopulasjonen i Amerika og Canada er livstidsprevalens på 'patologisk spilling' på hele 3,9% (Shaffer et al., 1999). Problemer relatert til spilling er dermed større i ungdomsgruppen enn blant voksne, noe som kan indikere at problemer relatert til spilladferd vil øke de kommende årene (ibid). I Sveits er prevalensen estimert til 0,8% patologisk spillende og 2,2% problemspillere i voksenpopulasjonen (Bondolfi et al., 2000). I 1999 ble resultater fra del 2 i den svenske befolkningsundersøkelsen publisert. Dette er verdens hittil største undersøkelse av spilleavhengighet. Det viste seg at 95% av befolkningen i alderen 15-74 år har prøvd pengespill. Rapporten konkluderer med at livstidsprevalensen på problemspillere er mellom 2,3 % og 3,1% av svensk befolkning, det vil si mellom 147.706 og 199.082 personer. Mellom 1,1 % og 1,7% klassifiseres som akutte problemspillere, og ytterligere mellom 0,4% og 0,8% er trolig patologiske spillere (Rönnerberg et al., 1999).

1.3.2. Prevalens i Norge

Götestam (2001) fremholder at han har gjennomført prevalensstudier i Norge. Han hevder at 0,15% av norsk

befolkning lider av spillelidenskap (patologisk spilling), det vil si rundt 6-7.000 personer. Videre hevde Göttestam at 0,45% har problemer med spilling, det vil si rundt 20.000 personer. Tallene blir kritisert av fagmiljøet i Norge fordi undersøkelsen ble bestilt og betalt av spillindustrien, og metoden kritiseres (Fekjær, 2000a). På bakgrunn av den nevnte prevalensforskning i andre land er det grunn til å tro at prevalenstillene Göttestam presenterer for Norge er for lave, og forskning etterlyses (ibid). Dersom Norge har en prevalens av akutte problemspillere tilsvarende i Sverige, på 1,1%-1,7%, vil det bety mellom 50.000 og 70.000 personer.

Roald (2000) har i en gruppe (n=65) norske alkoholavhengige funnet at prevalens av spilleavhengige er 7,5%, noe som er signifikant høyere enn i den svenske befolkningsundersøkelsen. På grunn av utvalget kan resultatene ikke generalisere til en normalpopulasjon, men Spunt et al. (1998) refererer studier der prevalens av spilleavhengighet hos alkoholavhengige i behandling er 5%, noe som er lavere enn prevalens funnet i det norske utvalget. Roald (2000) konkluderer med at funnene er sammenlignbare med andre funn i lignende populasjoner, men at prevalensforskning i den generelle befolkningen er av nødvendighet.

Estimering av forekomst av spilleavhengighet i Norge er foreløpig basert på hypoteser. Det er mulig at Norge er sammenlignbart med Sverige, og at undersøkelsen fra Sverige er et relevant sammenligningsgrunnlag for norske forhold. Dersom populasjonene i Sverige og Norge i utgangspunktet er sammenlignbare, er det to faktorer som kan indikere at problemene kan være større i Norge enn i Sverige. Tidligere undersøkelser sannsynliggjør at spilleproblemer øker i omfang der det blir økt tilgang på legale spill (Shaffer et al., 1999). Det kan da hende at man vil finne at forekomst av patologiske spillere i Norge kan være høyere enn i Sverige, fordi man i Norge har langt flere spilleautomater, mer liberale lover, og et mer liberalt spillemarked.

Det er funnet at dess høyere del av personlig inntekt som blir brukt til spill i et land, dess høyere er forekomsten av patologiske spillere (Ladouceur, 1998). Dette kan også indikere at Norge vil ha høyere prevalens av patologiske spillere enn Sverige fordi hver nordmann gjennomsnittlig spiller for rundt fire ganger så mye som hver svenske årlig.

I andre land har man sett at prevalens av spilleavhengige øker (Shaffer et al., 1999). Økt tilgang på spill gir økt spillomsetting, og økt spillomsetting gir økt prevalens av problemspillere og patologiske spillere (ibid). Spillmarkedet i Norge øket p.t. med rundt 2 milliarder kroner årlig, og det er ingen grunn til å tro at det skal skje en utflating av spillmarkedet med det første. Vi må derfor kunne forvente at antall spilleavhengige i Norge kommer til å øke i tiden fremover.

1.3.3. Komorbiditet

Det er høy komorbiditet mellom spilleavhengighet og depresjon (Unwin, 2000). Beconã et al. (1996) har funnet at over 20% av spilleavhengige i et representativt utvalg av spansk befolkning oppfyller kravene til en depresjonsdiagnose, mot 8% i normalbefolkningen. I undersøkelser av spilleavhengige som er kommet i behandling er prevalens på depressive perioder tidligere i livet varierende fra rundt 50% til hele 76%, og det påpekes at disse har høy selvmordsrisiko (Beconã et al., 1996). Et viktig spørsmålet er om depresjon er primær og om personen "flykter" inn i spillet, eller om depresjonen er sekunder til spilleavhengighet, som en reaksjon på de negative konsekvensene spilleadferden har medført. Dette får behandlingsmessige implikasjoner. Dersom depresjonen er primær bør denne behandles separat. Dersom spilleavhengighet er det primære problemet bør en fokusere på å behandle patologisk spilladferd, og depresjonen vil ofte forsvinne av seg selv i kjølvannet av at spilladferden opphører, eller bedres.

Det er også funnet høy komorbiditet mellom spilleavhengighet og alkoholmisbruk. I tillegg til at alkoholmisbruk er en stor belastning i seg selv, vil alkohol kombinert med spilling utgjøre en ytterligere merbelastning. Alkohol forsterker negativ adferd. Alkohol øker selvsikkerhet, øker tro på vinnerlykke og forsterker følelsen av å være usårbar. Alkohol reduserer evne til å ta beslutninger, og øker risikoadferd som øket spilling og større innsats (Blaszczynski, 1998). Roald (2000) fant i et utvalg av norske alkoholavhengige at prevalens av spilleavhengighet var 7,5%, som er signifikant høyere enn for svensk normalbefolkningen, og litt høyere enn andre internasjonale studier på prevalens av spilleavhengighet hos alkoholmisbrukere. I følge Spunt et al. (1998) er det ikke bare høy komorbiditet med alkoholmisbruk, men generelt med rusmiddelmisbruk. For pasienter i behandling for rusmiddelmisbruk kan patologisk spilling være en faktor som bidrar til fortsatt rusbruk og kriminell aktivitet, og det er derfor viktig å behandle komobide avhengighetsadferder (ibid).

Spilleavhengighet gir arbeidsmessige merkostnader. Ladouceur (1994) har intervjuet 60 medlemmer av Gamblers Anonymous (GA), og funnet at rundt to tredjedeler har kommet for sent, hatt for lange pauser og skulket arbeid for å spille. I tillegg har de nedsatt yteevne når de er på jobb. Spilleavhengige mister konsentrasjonen fordi de er så opptatt av å tenke på og planlegge spill. Rundt 50% av de spilleavhengige har vært i fare for å miste arbeidet sitt, og 36% har mistet arbeidet sitt, på grunn av sine spilleproblemer.

Spilleavhengighet gir økt risiko for kriminell adferd. Rundt 50% av GA – medlemmene rapporterer at de har stjålet

penger fra arbeidsgiver ved mer enn en anledning, og 68% har begått kriminelle handlinger for å få penger til å spille (ibid). Blaszczynski (1995) rapporterer at rundt 60% av spilleavhengige begår kriminalitet for å få penger til å spille eller betale spillegjeld. De kriminelle handlingene er typisk vinningskriminalitet som underslag, dokumentforfalskning, sjekksvindel, skattesvindel eller forsikringsbedrageri.

Den fysiske helsen blir påvirket av spilleavhengighet. Ladouceur et al. (1994) har funnet at to tredjedeler av de spilleavhengige har dårligere fysisk helse enn normalbefolkningen, med ukentlige helseplager som søvnløshet, hodepine, og vondt i magen.

1.3.4. Karakteristika ved spillere

Det er muligvis forskjeller mellom menn og kvinners utvikling av spilleavhengighet, og emosjoner under spill. Mens menn er mer opptatt av spenningen med spillet, hevdes det at kvinnene spiller for å slippe unna personlige problemer og opplever spillet som et slags bedøvelsesmiddel og virkelighetsflukt (Spunt et al., 1998, APA, 2000). Det ble ikke funnet signifikante forskjeller mellom menn og kvinner med hensyn til prevalens i den svenske undersøkelsen (Rönnerberg et al., 1999). Følgende karakteristika ved den typiske spilleren i Sverige ble trukket fram; mann, 20-40 år, enslig, født i utlandet og med lav utdanning (ibid). I Sveits er den typiske spilleren mann, singel, under 29 år, og begynte å spille i ungdomsalder. I motsetning til i Sverige og en del andre land har den typiske spiller i Sveits fulltidsarbeid og lønnsinntekt, mens personer med lav inntekt var signifikant underrepresentert blant dem med spillproblemer og spilleavhengighet (Bondolfi et al., 2000). I amerikanske og canadiske studier er det funnet følgende risikopopulasjoner for å oppleve problemer relatert til spilleadfærd; menn, ungdommer, personer som er innsatt i fengsel, collestudenter eller personer som er under psykiatrisk behandling (Shaffer et al., 1999). Spilleavhengighet er likevel ikke begrenset til disse enkelte gruppene. Det finnes spilleavhengige av begge kjønn, i alle aldre og i alle sosiale lag. Det har vært undersøkt om personer som er impulsive, 'sensationseekers' eller hyperaktive har større sannsynlighet for å utvikle spilleavhengighet, men dette er ikke bekreftet. Blaszczynski (1998) har gjennomført omfattende forskning på spilleavhengighet og personlighet, og konkluderer med at det ikke er en spesiell type mennesker eller personlighetstyper som blir spilleavhengige.

1.4. Etiologi

Utviklingen av patologisk spilling beskrives som en gradvis utvikling over tid, selv om det i enkelte tilfeller også kan oppstå spontant ved en enkeltstående opplevelse, der for eksempel en stor pengepremie i spill utløser patologisk spilleavhengighet (APA, 2000). Ulike forhold påvirker risiko for utvikling av spilleavhengighet, og ulike teorier belyser forskjellige aspekter ved utvikling av spilleavhengighet.

1.4.1. Spillutforming og spilleavhengighet

Utformingen av spillet har stor betydning for utvikling av spilleavhengighet, og en blandingen av flaks- og ferdighetskomponenter er med på å øke sannsynligheten for spilleavhengighet hos spilleren (Walker, 1992). Lotto, bingo og roulette er eksempler på sjansespill der flaks bestemmer om man taper eller vinner, sjakk er derimot nærmest utelukkende et ferdighetsspill. Mellom disse ytterlighetene kan en finne spill med ulike blandinger av grad av flaks og grad av ferdigheter, slik som kortspill som poker og blackjack. Noen spill krever at spillerene selv konstruerer sannsynligheten for ulike resultater, som tipping og hesteveddeløp, der sannsynlighet for å vinne blir som et estimat bygget på utilstrekkelig informasjon.

Spill eller maskiner blander gjerne inn mekanismer som brukes innen ferdighetsspill for å øke spillerens illusjonen av kontroll ved sjansespill. Dette kan være elementer av konkurranse, aktiv deltakelse, mulighet til å bruke flere mekanismer eller foreta valg (Ladouceur, 1996). Dette er med på å øke spillerens opplevelse av å kunne kontrollere utfallet av spillet, og får spilleren til å utvikle strategier for å vinne, uten at det i realiteten påvirker spillerens mulighet til å kontrollere resultatet.

Spillet forblir et sjansespill der tilfeldighetene rå, ikke spillerens egenskaper eller valg, men spilleren opplever det annerledes. Spilleren lurer seg selv til å fortsette å spille. "...the core cognitive error lies in the gambler's notions concerning randomness. The illusion of control and belief in the predictability of events that depend on the misconception of randomness are assumed to lead ultimately to the bizarre belief* (...) Gamblers try to control og predict outcomes of games that are objektivt unkontrollable" (*illusjon av kontroll, red.anm.) (Ladouceur, 1998, s.594).

Andre faktorer ved spill som øker sannsynlighet for spilleavhengighet, eller grad av spilleavhengighet er *responsid* fra innsats til resultatet avgjøres og til eventuell gevinstutbetaling. *Frekvens* på gevinstutbetaling, det vil si hvor ofte

for eksempel spilleautomaten betaler ut penger, *størrelse* på gevinst, og sjanseløst for å vinne er andre faktorer som påvirker sannsynlighet for spilleavhengighet. Sist men ikke minst er *tilgjengelighet* på spill og tilgjengelighet på penger, som nærhet til minibank eller mulighet for kreditt, viktige faktorer (Rönnerberg et al., 1999).

1.4.2. Utvikling i faser

Blaszczynski (1998) gir en klinisk relevant beskrivelse av tre faser i utvikling av patologisk spilladferd; vinnerfasen, taperfasen og desperasjonsfasen.

Vinnerfasen: De fleste blir introdusert til sosial spilling av foreldre, besteforeldre eller venner, ofte i alderen 12-15 år. Før eller senere vil de fleste oppleve å vinne. Selv små gevinster kan oppleves som store, og gleden og opphisselsen og viraken rundt en gevinst kan oppleves berusende. De fleste vil fortsette å spille på et sosialt og kontrollert nivå, men noen ganger vil det som oppleves som en stor gevinst lede over i neste fase.

Taperfasen: Selv om troen på vinnerlykken er sterk, kommer nødvendigvis også tapene dersom spillet fortsetter. Dersom spilleren vinner blir han styrket i troen på at han vil kunne vinne mer, og dersom han taper må han spille for å vinne tilbake tapene ('chasing losses'). Selv om tapene fører til sinne og forbannelse fortsetter spilleren å spille, gjerne i det skjulte. Tapene blir etter hvert merkbare i økonomien. Ofte setter spilleren seg i gjeld for å spille mer, i troen på å vinne tilbake tapene og med håp om den store gevinsten. Faste utgifter og betaling av gjeld blir forsømt. Ektefeller til spilleavhengige merker ofte at ektefellen blir irritabel og ukonsentrert, mye borte fra hjemmet, ikke bidrar økonomisk til husholdet osv. Ikke sjeldent mistenker ektefellene spilleren for å være utro, før de finner ut at det er pengespill, og ikke er en annen person, lidenskapen dreier seg om.

Desperasjonsfasen kommer når spilleren er fanget i en dårlig sirkel, han prøver å vinne tilbake tapene, han vinner innimellom, men taper mye mer. Frekvens og størrelse på innsats øker. Familie, arbeid, venner og sosialt liv blir neglisjert. Ingenting annet enn å finne penger til å spille betyr noe. Noen begynner å naske og stjele, eller underslå midler fra arbeidsstedet. Andre driver kriminell virksomhet i større skala for å få penger til å spille. Det blir et slitsomt liv, der spilleaktivitet må skjules for omverdenen, tapene må skjules, og tapene må dekkes inn igjen med 'kreative' metoder. Dersom tapenes dekkes med midler fra kriminell aktivitet, må dette også dekkes over, og spilleren blir fanget i et nett av løgner og bedrageri. Sosiale relasjoner blir betydelig svekket, og situasjonen er en stor belastning for spillerens sosiale liv, familieliv og yrkesliv.

1.4.3. Læringsaspektet

Fra et adferds eller biologisk perspektiv kan utviklingen av spillavhengighet sees på med spesiell vekt på læring. Omganger med spill blir repetert; en terning blir kaster, et kort blir snudd, penger blir puttet på spilleautomaten og man trykker på startknappen, en lottokupong blir fylt ut og levert inn. Disse repetisjonene kan skape sterke klassiske og operante betingningseffekter. Som alle sterke opplevelser påvirker også spilling vårt nervesystem (Shaffer, 1999). Sansinntrykkene spillet gir vårt nervesystemet er meget potente, og effekten på nervesystemet kan likne effekter av psykostimulanter som koffein, nikotin, kokain, og kan være avhengighetsskapende (ibid).

Det er vist at spilleavhengige blir tilsvarende aktivert når de nesten vinner som når de faktisk vinner. Objektivt sett opplever spilleren oftest tapsituasjoner, men følelsesmessig og kognitivt opplever spilleren oftest 'nesten-vinn' situasjoner. Mange spill er lagt opp slik at spilleren alltid får følelsen av at han nesten vinner. Dermed blir forsterkningsbetingelser noenlunde like sterke ved hver spillomgang, og ikke kun når de faktisk vinner (Griffiths, 1991).

1.4.4. Emosjonelle karakteristika i spillesituasjonen

Det er beskrevet en del emosjonelle karakteristika rundt selve spillesituasjonen hos personer som er spilleavhengige (Blaszczynski, 1998):

Før spilling: Opptatthet av og sug etter å spille. Ikke noe annet oppleves viktigere. Redsel for å miste en mulighet for å vinne. Spenning og opphisselse i troen på at en kjøper 'vinnerloddet'. Irrasjonell selvsikkerhet og fantasier om å vinne, og om gevinsten. Irritasjon, sinne og anspenthet hvis noe / noen forhindrer spilling.

Under spillet: Total fokus og oppmerksomhet mot spillet. Fysisk opphisselse og høy puls. Irrasjonelle indre dialoger; "dette er min tur til å vinne, jeg vet det". Overtroisk adferd for å øke sjansene til å vinne (må sitte på lykkeplassen, spille på lykkenummer osv.)

Etter å ha vunnet: Lettelse, forhøyet stemningsleie og planlegging av neste anledning til å spille. Overdreven selvsikkerhet, og spilleren overbeviser seg selv om at gode evner var utslagsgivende. Selvtilfredshet over å ha penger og å være i stand til å imponere for eksempel partneren.

Etter et tap: Skyld og anger. Sinne rettet mot selvet. Frykt for at partner eller andre finner det ut. Bekymringer over

økonomisk situasjon Tenker ut løgner som kan fortelles slik at andre ikke finner ut om tapet. Spilleren kan gjerne bestemme seg for aldri å spille igjen, men i samme åndedrag lure på hvordan skaffe penger til neste omgang for å spille tilbake de tapte pengene. Ønske om å drukne sorgene i alkohol.

Studiene på prevalens og etiologi danner en nyttig bakgrunn ikke minst som argument for fagfeltets berettigelse, og gir kunnskap om hvem og hvor mange som blir rammet av lidelsen. For psykologer vil gjerne den kliniske siden ved spilleavhengighet være av større viktighet. Hver enkelt pasients lidelse er alvorlig for den det gjelder, og for klinikeren er det sentrale å kunne tilby effektiv behandling.

2. EN LITTERATURSTUDIE OVER BEHANDLINGSMETODER

2.1. Formål

Formålet med foreliggende litteraturstudie var å få oversikt over hvilke behandlingsmetoder som regnes som mest aktuelle ved behandling av spilleavhengighet, og å finne eventuelle dokumenterte effekter av behandling. På bakgrunn av litteraturgjennomgangen vil sentrale behandlingsmetoder bli beskrevet.

2.2. Metode

Litteratur ble søkt i desember 2000 og i januar 2001 gjennom BIBSYS på MEDLINE og PsykINFO årene 1966 til 2001, og på artikkeldatabasen ISI, med søkeordene 'gambling' og 'treatment'. På FORSKDOK ble det søkt på årene 1950 til 2001 for å finne ut om det fantes lokal litteratur som ikke nødvendigvis er publisert i internasjonale journaler. Søkeordene var 'gambling' og 'treatment', 'spill', 'spilleavhengighet', 'patologisk spilling', 'patologisk spelende', 'spillelidenskap', 'spillelidenskab' og 'ludomani'. Abstractene som framkom ble gjennomgått for å finne de artikler som tilfredsstilte inklusjonskriteriene; eksperimenter, kasusbeskrivelser, reviews og dokumenterte behandlingseffekter.

Ulike institusjoner ble kontaktet pr. e-mail, telefon eller brev for å få oversikt over behandlingstilbud, og for å finne ut om de har publisert artikler omhandlende spilleavhengighet som ikke kom frem på de på de søkene som ble gjennomført. Institusjonene som ble kontaktet var Stiftelsen Renåvungen i Hedmark, Behandlingscenteret Ringgården i Odense, og Blå Kors Senter i Oslo.

2.3. Resultater

2.3.1. Forskning i Skandinavia

Svært lite forskning er gjennomført og publisert i Norge. 2 artikler var publisert i Tidsskrift for Norsk Psykologforening (Götestam, 2001, Skau, 2001), og review-artikkelen "The nature and treatment of excessive gambling" i Acta Psychiatrica Scandinavia (England & Götestam, 1991).

Flere institusjoner tilbyr etter hvert behandling i Skandinavia, men det er uklart hvilke behandlingsmetoder som vektlegges. Ingen av de kjente institusjonene Stiftelsen Renåvungen, Ringgården i Danmark eller Blå Kors Senter i Oslo har publisert behandlingsresultater, noe som medfører at det er vanskelig å sammenligne eller evaluere behandlingseffekt. Litteraturen man er henvist til å forholde seg til er rapport i årbok, utarbeidet av institusjonen med hensikt å vise hva som er gjort i 1997 på Renåvungen (Stiftelsen Renåvungen, 1997), evaluering av pilotprosjekt for å dokumentere behovet for pengestøtte til videre behandling av spilleavhengige på Behandlingscenteret Ringgården (Jørsel, 1996) og notat om erfaringer med behandling av spilleavhengige ved BKS (Fekjær, 2000b). Litteraturen gir likevel informasjon om behandlingstilbudet, og dette vil bli redegjort for under punktet 2.4.5.

2.3.2. Sentrale studier på behandling av spilleavhengighet

Internasjonalt foreligger det nå flere epidemiologiske undersøkelser, bl.a. fra Canada og USA (Oakley-Browne et al., 2000), fra Sverige (Rönnerberg et al., 1999) og fra Sveits (Bondolfi, 2000). Samtlige etterlyser mer forskning på behandling.

Få randomiserte og kontrollerte studier på behandling av spilleavhengighet er gjennomført. Oakley-Browne et al. (2000) har i sin oversiktsartikkel gått gjennom publisert og upublisert litteratur på områdene psykologisk og farmakologisk behandling av spilleavhengighet, og hovedfunnet var at det kun var gjennomført fire randomisert og kontrollerte eksperimenter. Det konkluderes med at det er få forskningseksperimenter som er gjennomført, de som

er gjennomført har et lite antall forsøkspersoner (N), og er dårlige metodisk. På bakgrunn av de få foreliggende data foretrekkes behandlingsintervensjon basert på adferdsterapi med desensivering eller kognitiv adferdsterapi.

Viets og Miller (1997) har gått gjennom behandlingsforskning innen de terapeutiske retningene psykodynamisk, adferd, kognitiv, kognitiv adferd, multimodale, psykofarmaka og 12-stegsmetoden. Mye av forskningen som er gjort kritiseres fordi den er umulig å replisere, i tillegg er enkeltfunn innen noen terapeutiske retninger lite konsistente. De finner at kun adferdsterapi så langt har vist seg å være effektiv, men fremholder at det er nødvendig med mer forskning og dokumentasjon på alle behandlingsmetoder for spilleavhengighet. Forslag til minstekrav om hva denne forskning bør inneholde av dokumentasjon for å være nyttig og sammenlignbar legges fram. Forfatterne konkluderer med at adferdsterapi, kognitiv terapi og kognitiv adferdsterapi er de mest lovende behandlingsmetodene. De hevder funnene er relativt konsistente med forskning på alkoholbehandling og konkluderer videre med at det kan være hensiktsmessig å ta utgangspunkt i den behandling som har vist seg effektiv i behandling av alkohol- og narkotikaavhengighet.

Petry & Armentanos (1999) oversiktsartikkel på prevalens, kartlegging, vurdering og behandling av spilleavhengighet, konkluderer med at kognitiv adferdsterapi virker lovende, inneholdende elementer som kognitiv restrukturering, problemløsning, sosial ferdighetstrening og forebygging av tilbakefall. I følge Petry & Armentano viser studier at kun 8% av de som tilsluttes Gamblers Anonymous (GA) er abstinente etter et år, men selv om GA behandling alene har vist liten effekt, har studier vist at spillere som i tillegg til ordinær behandling gikk regelmessig på GA –møter hadde færre tilbakefall enn de som ikke gikk på GA-møter. En kombinasjon av GA og annen profesjonell terapi kan dermed vise seg å øke sjansen for avholdenhet. Forfatterne fremholder Brief Motivational Interviewing som en god tilnærming for å få redusert spilladferden hos patologiske spillere som ikke er sikker på om de ønsker abstinens.

van Es (2000) hevder at selv om kognitive teknikker er den behandlingsmetode som har fått mest støtte så langt, så er det ennå ikke funnet at det gir gode behandlingsresultater på sikt. På grunn av spilleavhengighetsproblemenes komplekse karakter med økonomisk, emosjonelle og sosiale dysfunksjoner, fremholdes en kombinasjon av flere metoder i tillegg til den kognitive. van Es argumenterer for at Prochaska og DiClementes modell for endring er den mest lovende behandlingsmetode på rusbehandlingsfeltet, og at modellen er hensiktsmessig å bruke også ved behandling av spilleavhengighet.

Coman et al. (1996) gir beskrivelser av forskjellige terapeutiske intervensjoner som er mulig å bruke ved behandling av spilleavhengighet; aversjonsterapi, selhjelps-organisasjoner, "Minimal Intervention Program", farmakologisk behandling, kognitive strategier, adferdsterapi. Spesielt redegjøres for kognitiv-adferdsterapi supplert med hypnose. Flere studier viser at metoder basert på kognitiv- og adferdsteori viser lovende resultater med hensyn til behandlingseffekt. Sylvain et al. (1997) rapporterer at en kontrollert studie av behandling av spilleavhengige basert på kognitiv-adferdsteori, støtter dette. Utvalget, som bestod av 29 menn som var diagnostiserte som spilleavhengige, ble tilfeldig fordelt til behandlingsgruppe og venteliste/ kontrollgruppe. Behandling basert på kognitiv adferdsterapi ble gitt, og 86% av pasientene fylte ikke lenger kriteriene for DSM diagnosen patologisk spilling etter endt behandling. Posttestresultatene etter 6- og 12 -måneders viste at endringene i spilleadferd ble opprettholdt. En studie med et eksperimentelt design, er beskrevet av Bujold et al. (1994). Også disse resultatene støtter kognitiv intervensjon, problemløsning og tilbakefallsforebygging som gode metoder ved behandling av spilleavhengighet.

Ladouceur et al. (1998) rapporterer at behandling basert på kognitiv terapi viser lovende resultater på bakgrunn av en studie der fem personer fikk behandling for sin spilleavhengighet. Konfrontering av kognitive feiloppfatninger vedrørende tilfeldigheter var sentralt i behandlingen. Flere studier gir oversikt over vanlige feiloppfatninger blant spillere. Griffiths (1994) studie over kognitive bias ved spill på spilleautomater har gitt innsikt i hva spillere tenker når de spiller. 60 personer, 30 regelmessige spillere og 30 ikke-regelmessige spillere, spilte på automat mens de snakket høyt inn på bånd hva de tenkte mens de spilte, og Griffiths fant at de som spilte regelmessig hadde signifikant flere irrasjonelle verbaliseringer, og at verbaliseringene var mer ferdighetsorientert enn utsagnene fra dem som ikke spilte regelmessig.

Toneatto (1999) gir en oversikt over kognitive dysfunksjoner ved spilleavhengighet, blant annet overdrivelse av egne ferdigheter, minimisering av andres ferdigheter, overtroiske tanker og adferd, antropomorfisme, spille for å vinne tilbake tapte penger, selektiv hukommelse, illusjon av kontroll, med flere.

Hodgins & el-Guebaly (2000) påpeker at naturlig restitusjon fra avhengighetsadferd, uten behandling, etter hvert er sett på som et relativt vanlig fenomen. De har funnet sentrale faktorer ved restitusjon fra spilleavhengighet. Sammenlignet med restitusjon fra alkoholavhengighet er det mange likhetspunkter, men også en del konkrete forskjeller. Det er flere grunner til at folk bestemmer seg for å endre spilladferd. 43 tidligere patologiske spillere har oppgitt følgende grunnene til at de slutte å spille; 93% mener at en av de viktigste grunnene var økonomiske problemer, 86% emosjonelle faktorer, 65% 'nådde bunnen', 63% oppgir familie / barn som viktig grunn. Videre følger konfrontasjoner (49%), overveide for og mot (47 %), ydmykende opplevelse (42%), traumatisk opplevelse

(28 %), problemer med ektefelle (35%), problemer på jobben (33%), fysisk helse (30 %), religiøs involvering (23%), problemer med loven (21%), forandring i annen avhengighetsadferd (14%) og merkbar livsstilsendring (14%).

Fordi spilleavhengige vegrer seg for å søke hjelp, og det er relativt høy drop-out når de har søkt hjelp, mener Unwin et al. (2000) at det er viktig at også førstelinjetjenesten, inklusive leger som er i kontakt med pasienten, finner ut om vedkommende har spilleproblemer og at vedkommende får følgende behandlingstilbud; 1) får familiemedlemmer til å stille opp og oppmuntre spilleren til å følge opp behandling 2) gi behandling til spilleren for komorbide problemer som depresjon, alkoholisme og selvmordsfare, og 3) sørge for at spilleren og familien får tilgang på ressurser og sosial støtte.

Ulike medikamenter har blitt prøvd i behandling av spilleavhengighet. Lidelsen er diagnostisert som en adferdsforsyrrelse, og medisinen clomipramine som tradisjonelt brukes ved behandling av tvang er prøvd ut, og medisinerne fluoxetine og naltrexone som tradisjonelt brukes ved behandling av annen avhengighetsadferd er utprøvd (Oakley-Browne et al., 1999). Fordi det er høy komorbiditet med andre lidelser, kan det også virke naturlig å prøve om medisiner som brukes for komorbide lidelser kan innvirke også på spilladferd. Det er gjennomført en kasusbeskrivelse der naltrexone, en opioid antagonist som brukes ved behandling av alkoholavhengighet, ble gitt til en spilleavhengig. Resultatet indikerer at det er mulig at naltrexone reduserer trang (sug /'craving') til å spille, slik det reduserer trang generelt (Crockford & el-Guebaly, 1998). Høy komorbiditet med depresjon indikerer at antidepressivas effekt ved behandling av spilleavhengighet bør undersøkes (Petry & Armentano, 1999). Det bør allikevel utvises generell varsomhet med bruk av medisiner ved behandling av spilleavhengighet. Dokumenterte behandlingseffekter og bivirkninger ved bruk av medisiner må tas i betraktning slik at pasienten kan ta et informert valg.

På bakgrunn av litteraturgjennomgangen beskrives noen sentrale behandlingsmetoder. Kognitiv terapi blir gjennomgått med vekt på Ladouceurs bidrag til forståelse av kognitive elementer ved spilleavhengighet. Videre blir det redegjort for adferdsterapi og for Endringsfokusert Rådgiving som brukes innen tradisjonell avhengighetsbehandling i Norge. Gjeldsrådgiving blir anbefalt.

2.4. Det kliniske perspektiv

I et klinisk perspektiv blir et fundamentalt spørsmål hvorfor noen fortsetter å spille tross de alvorlige og negative konsekvensene spilladferden får. Ladouceur og Walker (1996) mener det er sentralt å få testet ut hypotesene til følgende tre perspektiver; kognitiv-, adferd- og aktiveringsteori. Aktiveringsperspektivet vil fremheve at spenningen eller opphisselsen ved spillet og spillerens sårbarhet for denne spenningen, er det sentrale premiss for utvikling av spilleavhengighet. For adferdsperspektivet er belønningen, les pengepremie, forsterkende og opprettholdende på adferden. Det kognitive perspektivet ser kognitive skjema som viktige i opprettholdelse av adferd, og å identifisere og endre spillerens kognitive skjema blir derfor sentralt.

Ladouceur og Walker har de siste årene gjennomført omfattende forskning for å avdekke ulike kognitive elementer ved spilleavhengighet, og har en lang rekke eksperimenter og publiseringer om emnet. De har påvist at spillere har flere feilkognisjoner, og at disse kognisjonene er med på å opprettholde den patologiske spillingen til tross for økonomiske tap og andre negative konsekvenser. Det virker derfor sannsynlig at det er hensiktsmessig å avdekke feilkognisjoner, å rokke ved disse og å erstatte dem med riktige slutninger (ibid).

Ladouceur og Walker (1996) trekker fram at det kan være flere grunner til at folk spiller. Spillet kan ha en verdi i seg selv som underholdning, og å få spenningen oppleve rundt spillet kan være verdt pengene det koster å spille. Innsatsen kan da sees som betaling for underholdning. Ladouceur og Walker (1998) argumenterer for at hovedmotivasjonen for den spilleavhengige er håpet eller forventningen om å vinne penger i spillet. I motsetning til objektiv forventning om å tape, forventer personen faktisk å vinne. Hvorfor spilleren håper eller tror at han vil vinne, når oddsene klart taler mot ham, er sentralt i kognitive teorier om spilleavhengighet, og Ladouceurs behandlingsmetode (se nedenfor) er basert på kognitiv restrukturering. Spillerens illusjon av kontroll opprettholdes ved at gevinst blir tatt som bevis for egen dyktighet, mens tap bortforklares. Det er også vist at spillere har selektiv hukommelse, der gevinst faktisk huskes bedre enn tap (Toneatto, 1999). På samme måte blir for eksempel 4 rette i lotto ofte husket som en nesten-gevinst, i stedet for å bli husket som det tap som det faktisk var (Griffith, 1991). Oppfatningen blir da ikke at spilleren svært ofte taper, men at han svært ofte nesten vinner.

2.4.1. Kognitiv restrukturering

Ladouceur har utarbeidet et program for klinisk intervensjon ved spilleavhengighet, og kognitiv restrukturering står

sentralt (Ladouceur & Walker, 1998).

1. *Informasjon om spilling*; (1) eksempler på alle mulige spill, (2) skille mellom sjansespill og dyktighetsspill, (3) særegenheter ved legale og illegale spill, og (4) skille mellom sosiale spillere og patologiske spillere.
2. *Kognitiv intervensjon*, som innbefatter at spilleren må snakke høyt om alt han tenker mens han spiller. Dette blir spilt inn på bånd, og båndet blir spilt for spilleren som selv må identifisere alle feilkognisjoner og erstatte dem med riktige slutninger. Spesielt viktig er feile slutninger med hensyn til utfall av hendelser basert på tilfedigheter, eller "erroneus beliefs concerning randomness", og troen på evne til å påvirke hendelser basert på tilfældigheter. Det blir undervist i og grundig diskutert vanlige feilkognisjoner, i tillegg til høyrisiko adferd som; økende innsats med økende spilletid, spille for å vinne tilbake tap, spille for mer enn planlagt osv.
3. *Problemløsnings trening* (1) definere problemet, (2) innhente informasjon om problemet, (3) finne forskjellige mulige løsninger, (4) liste opp fordeler og ulemper med hvert løsningsforslag, (5) implementere og evaluere en løsning. Eksempler kan være økonomistyring, eller å delta i sosiale aktiviteter.
4. *Trening i sosiale ferdigheter* dersom dette er nødvendig, og dette legges opp individuelt, eksempler kan være trening på grensesetting, å klare å si nei til venner som ønsker at en skal være med og spille, å få mot til å snakke til personer som oppleves som autoritetsfigurer osv.
5. *Tilbakefallsforebygging*. Tilbakefall er en betegnelse på episoder eller perioder med problemadferd som forekommer etter at en person har tatt en beslutning om endring og iverksatt endringsforsøk. Tilbakefall sees ikke som feilende behandling, men som et problem som må løses. Pasienten må identifisere og forberede seg på risikosituasjoner, som kan være følelsesmessige som ensomhet eller stress, eller det kan være situasjoner som tidligere ble brukt som anledning til å spille, som for eksempel det å ha penger i lommen eller å ha god tid.

Toneatto & Sobell (1990) gir en kasusbeskrivelse av kognitiv adferdsterapi ved behandling av en spilleavhengig pasient.

2.4.2. Adferdsterapi

Adferdsterapiens behandlingsmetoder har empiriske resultater å vise til. Den atferdsterapeutiske behandlingsmetoden som har vist størst effekt er systematisk desensitivering som kan foregå in vivo eller in vitro. Spilleren lager først en liste over spesifikke situasjoner, triggerer eller situasjoner som utløser lyst til å spille, for eksempel nærvær av en spilleautomat. Spilleren trenes i en virksom avspenningsteknikk, for eksempel Jacobsen (1938). Deretter bli spilleren eksponert for hver av de spesifikke triggerene, enten imaginært eller i virkeligheten, samtidig som den innøvde avspenningsteknikken benyttes. Dermed viskes assosiasjonen mellom trigger og opphisselse ut ved ekstingsjon. Dette er en metode som ble utviklet av Wolpe (Wolpe, 1961). Metoden er veldokumentert i behandling av angsttilstander og ved behandling av tvangslidelser (OCD), og hviler på eksperimentelle studier som viser at man ikke kan være engstelig, opphisset eller aktivert samtidig som man er avspent (resiprokal inhibisjon). Viets & Miller (1997) henviser til casestudies (McConarthy, 1991, ref. i Viets & Miller, 1997), som bekrefter gode resultater med adferdsterapi, inkludert systematisk desensitivering. Større studier viser også gode resultater ved bruk av desensitivering i behandling av spilleavhengige (Blaszczinsky et al., 1991).

For å styrke effekten av desensitivering og kognitiv-adferdsterapi er det også foreslått å bruke hypnose (Coman et al., 1996). Som i all annen terapi der adferdsendring er sentralt er det viktig med grundig kartlegging før behandlingsstart, blant annet med registrering av baseline på spilleadferd, og screening for komorbide tilstander som rusmiddelavhengighet eller depresjon og suicidalitet. Kontraindikasjon for bruk av hypnose i behandling av spilleavhengighet er komorbiditet som depresjon, personlighetsforstyrrelse og kriminell adferd (ibid). På en forelesning på Universitetet i Bergen framholdt Per Schioldborg at kontrollstrategier ved spillesug var viktig, der spilleutløsere, spillemåte og spilleforsterkere måtte identifiseres og håndteres i terapi. Spilleutløsere kan være spillesug og stress, eller tilgjengelighet og stimulusintensitet på eksempelvis spilleautomaten. Spillemåter kan være innsats og frekvens på spilling, og spilleforsterkere blant annet innsatsbeløp, gevinststørrelse eller sosialt press (Schioldborg, 2000).

2.4.3. Endringsfokusert Rådgiving

Behandlingsmetoder som brukes innen rusbehandling ble anbefalt i oversiktartiklene ovenfor. To spesifikke metoder ble nevnt; Brief Motivational Interviewing av Miller og Rollnick, og Prochaska og DiClementes modell for endring. "Motivational Interviewing" av Miller & Rollnick (1991) er en metode som tar hensyn til ambivalens som en kritisk faktor ved endring av avhengighetsadferd, og som beskriver strategier for å motivere til ønsket endring. Motivasjon sees som "... a state of readiness or eagerness to change, which may fluctuate from one time or situation to another.

This state is one that can be influenced. " (Miller & Rollnick, 1991, s.14.) Prochaska & DiClementes endringmodell er basert på at intendert adferdsendring forløper gjennom faser, og endringsmodellen har 6 sentrale prosesser; 1) føroverveielse, 2) overveielse, 3) beslutning 4) handling, 5) opprettholdelse av ny adferd og 6) tilbakefall (Prochaska & DiClemente, 1986).

Endringsfokusert Rådgiving, en metode inspirert av og delvis basert på disse to teoriene, er utarbeidet av erfarne behandlere fra rusfeltet i Norge. Psykologene Tom Barth, Tore Børtvedt og Peter Prescott ved Bergensklinikkene har skrevet boken Endringsfokusert Rådgiving (in press) der også endring av patologisk spilladferd blir gjennomgått på linje med endring av annen problemskapende adferd. Målet for Endringsfokusert Rådgiving (ER) er adferdsendring.

Metoden støtter seg ikke til et konkret psykologisk perspektiv, men er en klientsentrert samtalestil som er inspirert av Rogers klientsentrerte terapi, men som likevel er rådgiverstyrt. Rådgiveren tar utgangspunkt i pasientens oppfatning av sitt problem og sin situasjon, samtidig som strategier og teknikker bevisst brukes for å oppnå mål om adferdsendring. Begrepet 'rådgiving' er valgt i stedet for 'behandling' for å synliggjøre at avgjørende vekt blir lagt på at ressurser og endringspotensiale finnes i klienten selv, og at rådgivers oppgave er å være med på å utløse dette.

Et særtegn ved ER er fokus på klients ambivalens overfor endring og vektlegging av å bearbeide ambivalens. I ambivalens ligger mye energi som kan tilføres endringsprosessen. Viktige rådgivingsoppgaver er å utforske klients egne grunner for endring og hjelpe til med beslutningstaking. Motivasjon for endring skal i første rekke hentes fra klienten selv og forsterkes gjennom selektiv bruk av refleksjon og oppsummering.

Pasienten må selv ta en eller flere beslutning om endring. Slike beslutninger hjelper å fokusere klientens innsats, og beslutningene må stadig fornyes, forsterkes og vedlikeholdes. Etter eventuelle tilbakefall må beslutningen aktiveres på nytt.

En annen viktig rådgiveroppgave er å håndtere motstandsreaksjoner hos klienten. Rådgiver kan svekke motstand gjennom sin kommunikasjon og væremåte, eller rådgiver kan forsterke, eller til og med skape, motstand hos en ellers samarbeidsvillig klient. Empatisk rådgiverkommunikasjon vektlegges for å ha et konstruktivt samarbeid med klienten.

Når endringprosessen påbegynnes er det to faktorer som er sentrale; vilje og kompetanse. Det er ikke tilstrekkelig å være motivert og ønske forandring, evne til endring er også nødvendig. Her har rådgiver en viktig rolle i å utløse pasientens ressurser, og samtaletekniske virkemidler vektlegges. En strategi kan være å fokusere på og utforske praktiske og konkrete måter å gå fram på. Det viktige er at pasienten får tiltro til egen mestringsevne, og erfaring med mestring av ny adferd.

ER ser på endring som en tidkrevende prosess som går igjennom faser, og gode råd og anbefalinger om praktiske fremgangsmåter er bare nyttig til sin tid. Rådgiver skal aktivere og tilføre motivasjon og mestringsevne, blant annet gjennom selektiv bruk av refleksjon og oppsummering.

2.4.4. Gjeldsrådgiving

Økonomi er oftest et stort problem for den spilleavhengige, og i motsetning til andre avhengige oppgir 93% av de spilleavhengige at økonomiske problemer er en av hovedgrunnene til at de trenger behandling (Hodgins, 2000). Før spilleavhengige får økonomiske problemer vil de gjerne ikke selv oppleve sin spilladferd som problematisk eller ukontrollerbar, og behandling blir først søkt når gjelden er så stor at den virker umulig å betjene. De spilleavhengige i behandling ved Stiftelsen Renåvangen hadde i 1999 en gjennomsnittlig spillegjeld på rundt 800.000 kroner (Gyllstrøm, 1999).

Det er vanskelig å gi effektiv psykologisk behandling før de økonomiske forholdene i mer eller mindre grad er ordnet. Det nytter lite å diskutere spilleadferd alene dersom skuffene hjemme er fulle av uåpnede inkassovarsler og trusler om utpanting, og det nytter lite å snakke om hvor liten sannsynlighet det er for å vinne, dersom den mikroskopiske sjansen for en gevinst virker som den absolutt eneste mulige løsning på de økonomiske problemene. Det er vanskelig for en person med normal lønnsinntekt, eller mindre, å forestille seg å betjene en spillegjeld på flere hundre tusen, eller kanskje til og med millioner kroner. Det kan være vanskelig for spilleren å ta opp dette i behandlingen, fordi en mulig løsning virker utopisk.

Det er viktig å få kyndig økonomisk rådgiving, gjerne av revisor med erfaring fra rådgiving til gjeldsofre, av kommunal sosialtjeneste eller av namsmannen. Spilleren må gå grundig gjennom hele sin økonomi, og få en nedbetalingsplan som er som det er mulig å leve med, og mulig å betjene.

2.4.5. Behandlingstilbud i dag

Behandlingssituasjonen i Norge kjennetegnes av uklarhet. Det er usikkert i hvilken grad spilleavhengige får et tilbud for sine spilleproblemer, og ikke bare eller primært for sine komorbide lidelser som depresjon eller rusmisbruk, eller

fengsel for sine kriminelle aktiviteter. Det er uklart hvem som skal ta ansvar, om det er kommunal sosialtjeneste eller om det er det fylkeskommunale helsevesenet. Det er også uklart om behandlingen skal legges til psykisk helsevern eller rusbehandlingssteder. Oppdatert informasjon finnes på NFP sine hjemmesider, der uttalelser og meldingsblader er tilgjengelige. Følgende informasjon er funnet på hjemmesidene til NFP (www.bks.no/spille-b.htm).

Fordi spilleavhengighet er en medisinsk diagnose har psykisk helsevern anledning til å gi behandling, men har så langt vist liten interesse. Innen rusfeltet er det mange fagfolk som har vist interesse, men de har foreløpig ikke fått klarsignal fra fylkeskommunen om at de kan gi behandling til spilleavhengige. Sosialministeren uttalte til NRK Dagsnytt 27.02.2001 at spilleavhengige skal få behandling enten de henvender seg til rustiltakene eller psykiatrien, så det er sannsynlig at det på sikt blir mulig for alle rusbehandlingssteder å gi et tilbud til behandlingstrengende spilleavhengige.

I meldingsbladet for NFP mars 2001 fremgår det at sosialministeren ønsker å avklare hvorvidt psykiatrien eller rustiltak skal ha hovedansvaret for behandlingen, og NFP regner med at rustiltakene får hovedansvaret. Pengespillproblemer skal bli et spesialområde under Kompetansesenter Øst ved Sanderud, som er et av kompetansesentrene for rus (www.bks.no/gambavis.htm).

Danmark ligger et hestehode foran Norge med hensyn til behandling av spilleavhengige, og i Danmark er behandlingen lagt inn under tradisjonell rusomsorg. Behandlingssenteret Ringgården i Odense begynte i 1992 å gi tilbud om behandling av 'ludomani', som spilleavhengighet kalles i Danmark, med bakgrunn i en spontanhenvendelse fra en 32 år gammel mann i dyp fortvilelse som proklamerte at han var spilletal.

Behandlingssenteret som driver med rusbehandling, hadde ingen erfaring på området spilleavhengighet, men gav mannen et tilbud innenfor de tradisjonelle rammene av rusbehandling. Mannen var fornøyd med tilbudet og resultatet av behandlingen han fikk. Han stod frem i pressen og fortalte om sin historie, og Ringgården fikk i ettertid henvendelser både fra spilleavhengige og pårørende fra hele Danmark.

Dermed satte Ringgården i gang et pilotprosjekt i 1993, med et tilbud utelukkende til en gruppe spilleavhengige.

Dette var svært vellykket, og behandlingssenteret satte i gang et omfattende evalueringsprosjekt for å se om det var mulig å behandle spilleavhengige innen for de tradisjonelle rammene for behandling av alkohol og narkotikaavhengighet. Dette ble det første forskningsprosjekt vedrørende spilleavhengighet i Danmark. Rapporten konkluderer med at: "Den gruppe af ludomane, der har indgået i Ringgårdens undersøgelse kan siges, at have opnået en markant bedring i deres psykiske trivsel, hvor suicidale tanker og kriminel aktivitet er kraftig reduceret, forholdet til det sociale netværk (ægtefælle, partner, nære pårørende, venner og bekendte) reetableret med det konkrete resultat til følge at de har opnået en øget selvtillid og livskvalitet." (Jørsel, 1996, pkt.6.1.2 .).

I følge NFPs er det foreløpig få steder som gir behandling for spilleavhengighet i Norge (www.bks.no/spille-b.htm) (for denne og andre linker på world wide web, se appendiks 2). På slutten av 1990 – tallet ble det også i Norge satt i gang evalueringsprosjekter på behandling av spilleavhengige innen institusjoner som tradisjonelt driver rusbehandling. Ingen av disse har p.t resultert i publikasjoner. BKS og Stiftelsen Renåvangen mottar statlige midler for å tilby, utvikle og evaluere behandlingstilbud til spilleavhengige. BKS tilbyr poliklinisk samtalebehandling i gruppe for spilleavhengige. Stiftelsen Renåvangen har siden 1997 gitt tilbud om behandling med innleggelse på institusjon (Terapeutisk Samfunn) à 2 x 7 dager, og individuell oppfølging mellom de to innleggelsene. Pårørende får tilbud om å være på institusjonen i helgene, og blir på denne måten inkludert i behandlingen av det spilleavhengige familiemedlemmet (Stiftelsen Renåvangen, 1997).

Mange andre steder i landet tilbys spilleavhengige ulike former for behandling, uten at det eksisterer et spesifikt offentlig tilbud. Det er ikke noe offentlig tilbud til spilleavhengige i Hordaland fylke i dag. Institutt for Klinisk Psykologi ved Universitetet i Bergen har gitt noen spilleavhengige samtalebehandling innenfor en kognitiv adferdsteoretisk ramme (Støylen, personlig meddelelse). I følge leder for poliklinikken ved Bergensklinikkene, Tom Barth, gav Bergensklinikkene en kort stund tilbud til noen spilleavhengige før Hordaland Fylkeskommune vedtok at kun spilleavhengige som primært hadde et rusproblem skulle kunne få behandling ved Bergensklinikkene (Barth, personlig meddelelse).

2.5. Oppsummering

Forfattere av flere ulike artikler er relativt enige om at behandlingsmetoder basert på kognitiv- adferdsteori, og tradisjonell teori og praksis på behandling av rusavhengighet, er adekvat også ved behandling av patologisk spilling eller spilleavhengighet. Ettersom det er påvist konkrete forskjeller mellom alkoholavhengige og spilleavhengige bør man være oppmerksom på det særegne med spilleavhengighet når behandling tilbys denne gruppen, med spesielt fokus på kognitive elementer ved patologisk spilling, og den vanskelige økonomiske situasjonen som de aller fleste spilleavhengige er i.

Behandlingssituasjonen i Norge er relativt uavklart fra politisk hold, men det er likevel noen behandlingstilbud til

spilleavhengige. BKS og Stiftelsen Renåvangen får statlige midler for å utvikle og gi behandlingstilbud til spilleavhengige.

[Avdeling for forskningsdokumentasjon](#), Universitetsbiblioteket i Bergen, 10.07.2001



3. EN SPØRREUNDERSØKELSE BLANT PSYKOLOGER

En spørreundersøkelsen ble gjennomført blant samtlige psykologer med fylkeskommunal refusjonsrett i Hordaland Fylke pr. 1998. Dette utgjør 74 psykologer. Denne populasjonen ble valgt fordi den representerer alle psykologer med refusjonsrett i et stort fylke, som består av både tettsteder og Norges nest største by. Det var derfor mulig at eventuelle forskjeller mellom by og land kunne fanges opp. Utvalget var fordelt på kvinner og menn, og det var mulig at eventuelle kjønnsforskjeller kunne fanges opp. Det var sannsynlig at utvalget ville skille seg fra en generell populasjon av psykologer, fordi de fleste med fylkeskommunal refusjonsrett har spesialistutdannelse og/eller lang erfaring.

3.1. Formål

Formålet med undersøkelsen var å få et inntrykk av om psykologene med refusjonsrett hadde pågang av pasienter som trengte behandling for spilleavhengighet, og om psykologene selv opplevde at de hadde kompetanse til å behandle spilleavhengige. Videre tok spørreundersøkelsen sikte på å få et inntrykk av om psykologene eventuelt gav et tilbud til de spilleavhengige, og/eller om de vegret seg for å ta inn spilleavhengige i behandling. Psykologene ble også spurt om de visste hvor de kunne viderehenvise spilleavhengige, og de ble bedt om å opplyse hvor de ville henvise videre til. Det siste var et spennende spørsmål, fordi det her kunne komme opp informasjon om behandlingssteder som undertegnede ikke kjente til.

3.2. Hypoteser

Hypotese 1 var at det finnes behandlingstrengende spilleavhengige, og at psykologer får spontanhenvelser fra spilleavhengige som ønsker behandling.

Hypotese 2 var at psykologer vegrer seg for å ta inn spilleavhengige til behandling, enten på grunn av manglende kompetanse eller på grunn av kapasitetsproblemer.

Hypotese 3 var at mange psykologer ikke vet hvor de skal viderehenvise spilleavhengige.

Data blir sammenlignet med internasjonale funn som viser at behandlere vegrer seg for å intervensere ved patologisk spilling fordi behandlerne selv synes de mangler kompetanse på området, og at behandlerne mangler kompetanse om hvor de spilleavhengige kan viderehenvises dersom de trenger behandling ved spesialisthelsetjenester (Sullivan, 2000).

3.3. Metode

3.3.1. Utvalg

Samtlige psykologer med refusjonsrett pr. 1998 i Hordaland Fylke (N=74).

3.3.2. Prosedyre

Et spørreskjema med åtte spørsmål (se appendix 3), ble sendt ut i desember 2000 (N=74). Adressert svarkonvolutt med porto var vedlagt henvendelsen. Spørreskjemaet var utstyrt med et registreringsnummer slik at innkommet svar ble registrert, deretter ble registreringsnummer fjernet, og alle data ble behandlet konfidensielt. I februar 2001 ble spørreskjema med svarkonvolutt sendt ut til dem som ikke svarte på den første henvendelsen (n=24). Primært presenteres deskriptiv statistikk. Mulige forskjeller, for eksempel kjønnsforskjeller med hensyn til opplevd kompetanse, ble undersøkt ved hjelp av chi-kvadrat (χ^2). Alle analyser av data ble gjort i statistikkprogrammet

3.4. Resultater

Svarprosent

48 svarte på den første henvendelsen, 2 brev kom uåpnet i retur og 24 svarte ikke på henvendelsen. 7 svarte på den andre henvendelsen. Et innkommet spørreskjema ble forkastet fordi flere svar ikke var fylt ut. Dette gir til sammen en svarprosent på 73% (n=54). Videre i resultatdelen blir prosentandel av de svar som er tatt med i analysene oppgitt, det vil si at n=54=100%.

Missing data

Et spørreskjema manglet svar på spørsmålet "ville du vegret deg for å ta inn spilleavhengige i behandling", og ble tatt ut av de chi-kvadrat analysene som innbefattet dette spørsmål.

Beskrivelse av data

Av de som svarte på undersøkelsen var 64,8% (n= 35) menn og 35,2% (n=19) kvinner. Av disse praktiserte 81,5% (n=44) som psykolog i Bergen, og 18,5% (n=10) utenfor Bergen.

Henvendelser fra personer som ønsket profesjonell hjelp i forbindelse med patologisk spilling

51,9% (n=28) bekreftet at de hadde fått henvendelser, og 48,1% (n=26) av psykologene hadde ikke fått henvendelser fra personer som ønsket profesjonell hjelp i forbindelse med patologisk spilling.

Av psykologene som hadde blitt kontaktet var 38,9% (n=21) kontaktet av spilleavhengige selv, og 13% (n=7) kontaktet av pårørende/andre. En av respondentene kommenterte at "Pårørende / Andre" var legehenvising.

De som hadde fått flere henvendelser ble bedt om å sette antall i stedet for å krysse av på ja eller nei. Fire av respondentene svarte et antall, med henholdsvis, 1, 4, 4 og 10 henvendelser. En av respondentene som ikke rapporterte å ha fått henvendelser la til at vedkommende hadde "hatt en del tilfeller der spilleavhengighet har vært en mindre del av problemet".

Opplevelse av kompetanse til å behandle spilleavhengighet

64,8% (n=35) av respondentene svarte 'ja' på spørsmål om de følte seg kompetente til å ta inn spilleavhengige i behandling, mens 35,2% (n=19) svarte 'nei'.

En respondent kommenterte at manglende interesse kan være grunnen til manglende kompetanse.

Vegring mot å ta inn spilleavhengige til behandling

44,4 % (n= 24) ville vegret seg for å ta inn spilleavhengige i behandling, 1,9% (n=1) svarte ikke på dette spørsmål, mens 53,7 % (n=29) svarte at de ikke ville vegret seg for å ta inn spilleavhengige i behandling.

Tilbud om behandling, rådgivning/veiledning eller viderehenvising

37 % (n=20) hadde gitt et tilbud til spilleavhengige i form av behandling eller veiledning/rådgiving, og 9,3% (n=5) hadde gitt viderehenvisning. 5,6% (n=3) oppgav at de ikke hadde gitt noe tilbud til den som henvendte seg på grunn av manglende kompetanse eller kapasitet. Ingen andre grunner for at det ikke ble gitt et tilbud ble oppgitt, og det ble ikke oppgitt at noe annet tilbud ble gitt.

Kunnskap om viderehenvisning av behandlingstrengende spilleavhengige

51,9% (n= 28) rapporterte at de visste hvor de skulle henvise videre, mens 48,1% (n=26) svarte at de ikke visste hvor de skulle henvise spilleavhengige videre. Respondentene ble bedt om å opplyse om hvor de ville henvist videre, uten begrensninger i antall svar. Følgende personer og institusjoner ble nevnt, med antall respondenter som svarte de ulike alternativene i parentes: Institutt for klinisk psykologi ved UiB og / eller psykolog Inge Jarl Støylen (13), Bergensklinikkene (9), psykologspesialist eller andre psykologer, uspesifisert (7) psykolog Jon C. Laberg (1), psykolog Egil Tonning (1), Renåvangen (1).

46,3% (n=25) svarte ikke på spørsmål om hvor de ville henvist videre.

Gruppeforskjeller

Chi-kvadrat analysene viste at de som opplevde at de ikke hadde kompetanse på området vegret seg for å gi spilleavhengige behandling, i motsetning til de som opplevde seg som kompetente. Forskjellen var signifikant ($\chi^2(1) = 29.23$, $n=54$, $p < .05$). Det var ut over dette ingen signifikante forskjeller mellom de som vegret seg og de som ikke vegret seg for å ta inn spilleavhengige i behandling, med hensyn til om de hadde fått henvendelser fra spilleavhengige, om de tidligere hadde gitt et behandlingstilbud til spilleavhengige, eller om de hadde kunnskap om viderehenvisning.

De fleste som hadde gitt tilbud om behandling, rådgiving eller veiledning følte seg kompetente til å behandle spilleavhengige. 31,4 (n=17) av psykologene hadde gitt et tilbud, og følte seg kompetente, kun 5,6% (n=3) av psykologene hadde gitt et slikt tilbud uten at de følte seg kompetente. Forskjellen var signifikant ($\chi^2(1) = 5.68$, $n=54$, $p < .05$). Det var ingen forskjeller mellom de som opplevde seg som kompetente, og de som ikke opplevde seg som kompetente, med hensyn til om de hadde fått henvendelser fra spilleavhengige, eller hadde kunnskap om viderehenvisning.

Det var ingen forskjell mellom de som hadde fått henvendelser og de som ikke hadde fått henvendelser, med hensyn til kunnskap om viderehenvisning.

Det var ingen signifikante forskjeller mellom kvinner og menn med hensyn til opplevd kompetanse til å behandle spilleavhengige, vegring mot å behandle spilleavhengige eller kunnskap om viderehenvisning. Det var en tendens til at flere menn enn kvinner som hadde fått henvendelser fra spilleavhengige som trengte profesjonell hjelp ($\chi^2(1) = 2.65$, $n=54$, $p = .10$), og at flere menn enn kvinner hadde gitt tilbud om behandling, rådgiving eller veiledning til spilleavhengige ($\chi^2(1) = 3.21$, $n=54$, $p = .07$), men forskjellene var ikke signifikante.

De som praktiserte i Bergen rapporterte i høyere grad at de visste hvor de skulle viderehenvise, enn de praktiserte utenfor Bergen. Forskjellen var signifikant ($\chi^2(1) = 4.99$, $n=54$, $p < .05$). Det var ingen forskjeller mellom de som praktiserte i Bergen og de som praktiserte utenfor Bergen med hensyn hvor mange som hadde fått henvendelser fra spilleavhengige, egen opplevd kompetanse til å behandle spilleavhengige, vegring mot å behandle spilleavhengige eller om de hadde gitt tilbud til spilleavhengige.

3.5. Diskusjon

En svarprosent på 73% indikerer at undersøkelsen kan anses å være representativ for psykologer med refusjonsrett i Hordaland. Utvalget er lite, og kun fra ett geografisk område, og kun den del av psykologene med fylkeskommunal refusjonsrett ble invitert til å delta. Funnene er derfor ikke generaliserbare til å gjelde alle psykologer i hele Norge, men gir likevel noen indikasjoner på psykologers forhold til behandling av spilleavhengighet.

3.5.1. Psykologer får henvendelser

Hypotese 1 ble bekreftet. Vi må kunne anta at det finnes behandlingstrengende spilleavhengige, fordi halvparten av

psykologene har fått henvendelser fra personer som ønsker profesjonell hjelp i forbindelse med patologisk spilling. Unwin (2000) har vist at spilleavhengige har høy terskel for å søke behandling, og det kan virke oppsiktsvekkende at så mange psykologer har fått henvendelser fra spilleavhengige.

Det er uvisst hvor mange personer som til sammen har henvendt seg. Det hender at pasienter ringer rundt til flere behandlere før de får, eller tar i mot, et tilbud, og det er derfor mulighet at flere av psykologene har fått henvendelser kan være fra en og samme person. Noen psykologer svarte at de hadde fått henvendelser uten å gi tilbud, og noen svarte at de hadde viderehenvist spilleavhengige. Det er naturlig å tenke seg at personer som har henvendt seg til psykolog uten å få et tilbud, vil ta kontakt med andre psykologer. Det er dermed ikke sikkert at det er like mange personer som har henvendt seg, som antall psykologer som har fått henvendelser.

Over en tredjedel, til sammen 20 psykologer, hadde gitt et behandlingstilbud til spilleavhengige. Det er mulig at flere av psykologene som ikke har spesifisert antall henvendelser, kan ha hatt flere henvendelser. Tre av psykologene spesifiserte antall henvendelser til henholdsvis 10, 4 og 4 personer som de hadde gitt tilbud til. Dette blir til sammen 35 rapporterte tilbud om behandlinger eller rådgiving/ veiledning. Det er naturlig å tenke at dette tallet på spilleavhengige som har fått et tilbud, representerer forskjellige personer.

Det er vanskelig å gi tallene betydning i forhold til å måle forekomst av spilleavhengige. Dersom prevalens av spilleavhengige i Hordaland er tilsvarende i Sverige, vil livstidsprevalensen på problemspillere være mellom 2,3 % og 3,1% av ca. 432 000 personer, det vil si mellom 9072 og 13392 personer.

Fordi det er få eller ingen i Hordaland som annonserer at de tilbyr behandling for spilleavhengige, er det sannsynlig at de fleste av henvendelsene er spontanhenvendelser. En spontanhenvendelse vil si henvendelser fra mennesker som ikke vet om psykologen tilbyr slik behandling, som ikke svarer på en kampanje eller annonse eller et velkjent tilbud, men som tar kontakt med psykologen for å se om det er en mulighet for å få behandling for sine problemer.

Data viste at det ikke var forskjell mellom de som opplever å ha kompetanse og de som ikke opplever å ha kompetanse, med hensyn til om de har fått henvendelser fra spilleavhengige som trenger behandling. Dette kan tolkes som støtte til antakelsen om spontanhenvendelser, og at psykologen blir kontaktet for behandling på grunn av sin profesjon generelt, og ikke fordi vedkommende har markert seg i forhold til behandling av spilleavhengighet spesielt. Dersom det ikke dreide seg om spontanhenvendelser er det mulig at man ville sett en mer markant forskjell på at de som hadde kompetanse på behandling av spilleavhengighet ville få flere henvendelser enn de som ikke opplevde seg kompetente.

Blaszczinski et al. (1999) hevder at psykologer bør ha en viktig rolle i forskning, terapi, psykoedukasjon og til å gi faglige råd til politiske myndigheter, vedrørende spilleavhengighet og behandling av spilleavhengighet. At over halvparten av psykologene har fått henvendelser kan bety at spilleavhengige, pårørende eller legen som henviser den spilleavhengige, mener at psykologen har en legitim rolle som behandler av spilleavhengighet. Data sier ikke noe om andre behandlingstilbud og terapeuters legitimitet i forhold til behandling. Det kan tenkes at også andre behandlere som leger, kliniske sosionomer, eller behandlingsinstitusjoner for rusmiddelavhengighet får henvendelser fra behandlingstrengende spilleavhengige. Behandling av ludomane på Behandlingscenteret Ringgården i Danmark ble startet med utgangspunkt i en spontanhenvendelse.

Mer forskning etterlyses for å avdekke omfang og gi et reelt bilde av hvor mange behandlingstrengende spilleavhengige det er i Norge, og hvem som har legitime roller som behandlere av lidelsen.

3.5.2. Villige og kompetente til å behandle spilleavhengighet

Hypotese 2 om at psykologer vegrer seg for å ta inn spilleavhengige til behandling, enten på grunn av manglende kompetanse eller på grunn av kapasitetsproblemer, ble delvis bekreftet. En tredjedel av psykologene følte seg ikke kompetente til å behandle spilleavhengige, og disse vegret seg for å ta spilleavhengige inn i behandling. I tillegg til opplevelse av manglende kompetanse, ble det av en respondent bemerket at manglende interesse for feltet kunne være utslagsgivende. Videre oppgav noen av psykologene at kapasitetsproblemer var grunnen til at de ikke hadde gitt tilbud til spilleavhengige.

Men kanskje viktigst, hele to tredjedeler av psykologene avkreftet hypotesen og svarte at de følte seg kompetente til å behandle spilleavhengige, og over halvparten vegret seg ikke for å behandle spilleavhengige. Dette er viktige og positive funn.

Det ble på New Zealand undersøkt om General Practitioners (GP), tilsvarende norske allmennpraktiserende leger, ønsket å intervensere ved spilleavhengighet hos sine pasienter (Sullivan, 2000). Det er flere grunner til at det er problematisk å sammenligne undersøkelsen fra New Zealand mot den foreliggende undersøkelsen først og fremst fordi utvalgene er forskjellige. Utvalget med GPs fra New Zealand er leger i det vi i Norge vil kalle førstelinjetjeneste. Det norske utvalget er psykologer med refusjonsrett, dvs. at så lenge klient ønsker refusjon for sine psykologutgifter, må de ha legehenvising, og er dermed en del av spesialisthelsetjenesten, eller andrelinjetjenesten. Spørsmålene ble stilt forskjellig. I foreliggende undersøkelse ble det stilt spørsmål med

svaralternativene ja eller nei. Sullivan (2000) presenterte utsagn som legen må ta stilling, legen måtte si seg uenig i utsagnene for å uttrykke at hun hadde kunnskap om de aktuelle temaene.

Det er sannsynlig at forskjellene i utvalg og spørsmålsstilling vil få konsekvenser slik at funnene ikke er direkte sammenlignbar. På tross av dette er det interessant å sammenligne funnene, fordi studien fra New Zealand er en sjelden studie med fokus på behandlerens egen opplevelse av kompetanse til å behandle patologiske spillere. 55% av legene uttrykte at de ikke hadde den trening og kunnskap som skal til for å identifisere og hjelpe pasienter med spilleproblemer, mens 35% av de norske psykologene ikke følte seg kompetente til å behandle spilleavhengige.

Hele 65% av de norske psykologene i foreliggende undersøkelse rapporterte at de følte at seg kompetente til å behandle spilleavhengige, mot kun 19% av legene uttrykte selvtillit i forhold til å intervensere ved patologisk spilling (Sullivan, 2000). Grunnene til de store forskjellene kan være mange, men det kan tenkes at psykologenes høye kompetanse på behandling, der adferdsendring er sentralt, gir psykologen legitimitet og selvtillit i forhold til kompetanse på behandling av avhengighetsadferd.

Det er ikke nødvendigvis slik at opplevd kompetanse / mangel på kompetanse er det samme som faktisk kompetanse / mangel på kompetanse, men at det finnes behandlere som selv opplever seg som kompetente, er et viktig skritt på vei i retning behandlingstilbud. Dette er positive signaler både for spilleavhengige som trenger behandling, men også for de deler av helse- og sosialvesenet som skal legge til rette for at denne gruppen behandlingstrengende skal få et tilbud.

3.5.3. Kunnskap om viderehenvisning

På spørsmålet " Vet du hvor du eventuelt skal henvise videre" svarte rundt halvparten av psykologene at de visste hvor de kunne viderehenvise, mens halvparten svarte at de ikke visste hvor de skulle viderehenvise. Andelen som ikke visste hvor de skulle viderehenvise var egentlig høyere, da over to tredjedeler av dem som svarte at de visste hvor de skulle viderehenvise, svarte at de ville viderehenvise til Bergensklinikkene som p.t. ikke behandler spilleavhengige, med mindre den spilleavhengige primært har et rusproblem.

Legene på New Zealand måtte ta stilling til følgende utsagn: "I wouldnt know where to refer patients with gambling problems", der 48% bekreftet at de ikke visste hvor de skulle viderehenvise, og 14% ikke hadde noen mening. De resterende 38% var uenig med utsagnet, hvilket tolkes som at de vet hvor de skal viderehenvise pasienter med spilleproblemer (Sullivan, 2000).

Rundt halvparten av respondentene i begge undersøkelsene bekreftet altså at de ikke visste hvor de skulle viderehenvise, noe som er kritisk både for en førstelinjetjeneste som skal være den som nettopp henviser videre til spesialisthelsetjenester ved behov, men også for den norske andrelinjetjeneste som er den spesialisthelsetjenesten som folk forventer skal kunne behandle dette problemet. Dersom spesialisten ikke selv har mulighet, kompetanse eller kapasitet til selv å behandle den spilleavhengige, så forventes det at de vet hvor den spilleavhengige skal viderehenvises.

Grunnene til at over halvparten av de norske psykologene ikke vet hvor de skal viderehenvise kan være mange og sammensatte. Først og fremst kanskje fordi det ikke er spesifikke offentlige behandlingstilbud i Hordaland, og kun få på landsplan. Etter sigende er det slik at de få som behandler spilleavhengige ikke ønsker å reklamere for det, fordi de er redd for å få for stor pågang av spilleavhengige. Det regnes som sikkert at det er mange behandlingstrengende som går uten å få et tilbud. På grunn av manglende annonsering og bekjentgjøring blir de få behandlingstilbudene som faktisk finnes vanskelig å få kjennskap til. En måte å få informasjon om dette på, blir da gjennom 'jungeltelegrafene'; at man viderebringer at man har hørt om noen som fikk behandling for patologisk spilling et sted. Bergensklinikkene gav for noen år tilbake noen spilleavhengige behandling, og dette ble skrevet om i pressen. Det kan tenkes å være en av grunnene til at så mange rapporterer at de vil henvise videre til Bergensklinikkene. Eller det kan være en fordi Bergensklinikkene har kompetanse på behandling av avhengighetsadferd og respondentene finner det naturlig at også spilleavhengige får et behandlingstilbud der.

En kunne kanskje tenke seg at dersom psykologen hadde fått henvendelser fra spilleavhengige så ville de finne ut hvor de skulle henvise videre, men det er ingen forskjell mellom de som har hatt og de som ikke har hatt henvendelser fra spilleavhengige, med hensyn til kunnskap om viderehenvisning. Dette kan bety at psykologene ikke forsøker å finne ut hvor de kan viderehenvise, men mest sannsynlig er det et uttrykk for at det faktisk mangler behandlingssteder å henvise til.

Tidligere studier på legers intervensjon ved alkoholmisbruk har vist at de viktigste barrierene for intervensjon har vært legens opplevelse av egne ferdigheter, tilgjengelige ressurser (som tid, øvelse, materiell, screeninginstrumenter, statlig støtte) og rolle / legitimitet i forhold til problemstillingen (Sullivan, 2000). Dersom dette er signifikante faktorer også for psykologers intervensjon ved spilleavhengighet, vil resultatene fra denne

undersøkelsen indikere at Norge er har et godt utgangspunkt for å skape et behandlingstilbud for spilleavhengige. Denne undersøkelsen viser at psykologene opplever at de har kompetanse. At over halvparten av psykologene har hatt henvendelser fra spilleavhengige som trenger behandling, kan tolkes som at psykologer har legitimitet i rollen som behandler i forhold til problemstillingen. Den siste og viktige faktoren er da ressurser. Det finnes en diagnose, det finnes et screening-instrument, men det finnes ikke forskning på norske forhold, eller materiell tilgjengelig på norsk. Det er politisk uklarhet på området, og problemområdet må kunne sies å bli neglisjert når fylkeskommunen utdefinerer spilleavhengige fra rusbehandlingssteder, selv om forskning viser at det er rusbehandlingssteder som er de som har kompetansen til å behandle denne gruppen. Det er altså noen av de nødvendige ressursene som mangler før behandlingstilbudet blir mer tilgjengelig for de spilleavhengige.

En av respondentene la til at selv om vedkommende ikke hadde hatt henvendelser fra spilleavhengige som trengte behandling for sine spilleproblemer, så hadde vedkommende hatt saker der spilleproblemer hadde vært en del av bildet. Det var ingen spørsmål i spørreskjemaet som fanget opp dette spesifikt, og med tanke på at det er høy komorbiditet med andre lidelser som depresjon og rusavhengighet, hadde dette vært interessant å vite mer om. Det er argumentert for at SOGS bør brukes som screening-instrument spesielt for innleggelser i rusbehandling og psykisk helsevern, fordi det er høy prevalens av spilleavhengighet innen disse gruppene (Shaffer, 1999), og fordi komorbid ubehandlet spilleavhengighet gir dårligere behandlingsprognose for den primære lidelsen (Roald, 2000). Det var få svaralternativer, og lite mulighet for nyansering. Dette var for å få mest mulig standardiserte data, som var godt egnet for deskriptive analyser. Det kunne vært interessant å få mer spesifikk informasjon om for eksempel hvorfor psykologene opplevde seg kompetente eller ikke, og hvilke metoder som var brukt i den behandling som var gitt. Data sier ingenting om hva som gjør at psykologene opplever at de har kompetanse på området, og hvilke teoretiske og praktiske referanserammer de forskjellige psykologene har, eller om noen hadde spesiell kompetanse på området på grunn av spesifikke kurs, erfaring konkret med spilleavhengighetsproblematikk, eller generell bred erfaring. Respondentenes alder, hvor lenge de har praktisert, om de har spesialistutdannelse eller om de har tidligere erfaring med behandling av avhengighet er faktorer som kan tenkes å bidra til psykologens opplevelse av egen kompetanse. Dette er faktorer som foreliggende undersøkelse ikke sier noe om, og som det ville det vært interessant å vite mer om.

3.6. Konklusjon

Funnene fra den presenterte undersøkelsen gir grunnlag for noen konklusjoner, selv om utvalget og metodevalg gir begrensninger spesielt med hensyn til generaliserbarhet og sammenhenger mellom ulike variabler.

Det finnes behandlingstrengende spilleavhengige. At over halvparten av psykologene har fått henvendelser kan indikere at problemet er relativt stort, selv om det ikke kan sies med sikkerhet hvor mange forskjellige personer som har henvendt seg til psykologene med ønske om behandling.

En tredjedel av psykologene opplevde at de manglet kompetanse i forhold til å behandle spilleavhengige, og vegret seg for å ta inn spilleavhengige i behandling. To tredjedeler av psykologene mente at de var kompetente til å behandle spilleavhengige, og over halvparten av psykologene oppgav at de ikke vegret seg for å ta inn spilleavhengige i behandling. Funnene indikerer at det sannsynligvis finnes en del psykologer som er kompetente til å behandle spilleavhengighet, og en generell villighet blant disse til å behandle spilleavhengige.

Over halvparten av psykologene i undersøkelsen visste ikke hvor de skulle viderehenvise spilleavhengige, uten at dette har noen sammenheng med opplevelse av å ha, eller mangle, kompetanse på behandling av spilleavhengighet. Dette tas som uttrykk for at det er få plasser å henvise spilleavhengige for behandling, og at det kan være manglende rolleavklaring med hensyn til hvem som har ansvar for å gi et behandlingstilbud til denne gruppen.



4. OPPSUMMERING OG AVSLUTNING

Patologisk spilling er et omfattende problem som rammer 1-2 % av befolkningen i de land som har legalisert spill, og problemet er økende. Patologisk spilling gir signifikante problemer i forhold til familieliv, arbeidsliv, sosiale relasjoner og økonomi, og er en belastning for spillerens psykisk og fysisk helse. Dette er dokumentert gjennom forskning i store deler av verden (Rönnerberg et al., 1999). Spilleavhengige finnes i Norge, som i resten av verden, og med hensyn til de liberale lover og regler som finnes for spill i Norge, er det sannsynlig at forekomsten av spilleavhengige er høyere enn i våre naboland som det ellers er naturlig å sammenligne oss med. I Norge er det av stor viktighet at en prevalensstudie blir gjennomført, fortrinnsvis etter samme mal som den svenske befolkningsundersøkelsen.

Det foreligger noe, men relativt lite, dokumentasjon på effekt ved behandling av spilleavhengighet, men det finnes mye kunnskap som er anvendelig. Fra behandling av annen avhengighetsadferd, som rusmiddelavhengighet, finnes det gode teorier og modeller, mye forskning og nyttige erfaringer, som er hensiktsmessig å bruke også ved behandling av spilleavhengighet (Viets & Miller, 1997). En del særegenheter, som skiller spilleavhengighet fra andre avhengighetsadferder er identifisert, og må tas hensyn til ved behandling. Spilleavhengige har flere kognitive feiloppfatninger (toneatto, 1999). Spesielt viktig er feiloppfatninger vedrørende tilfeldigheter og evne til å predikere utfallet av hendelser basert på tilfeldighet (Ladouceur, 1998). Dette er viktig å ta hensyn til i behandlingen. Videre er den økonomiske situasjonen svært vanskelig for et overveldende flertall av spilleavhengige (Hodgins, 2000), og økonomiske ordninger med overskuelig og realistisk gjeldsnedbetaling er en viktig del av behandlingen. Det er for fremtiden viktig at det forskes på behandlingseffektivitet, at forskningen er basert på et minimum av krav og at forskningsresultatene blir publisert og tilgjengelige (Viets & Miller, 1997).

Undersøkelsen som er presentert i denne oppgaven viser at to tredjedeler av de spurte psykologene opplevde seg kompetente til å behandle spilleavhengige, og at over halvparten ikke ville vegre seg for å ta inn spilleavhengige i behandling. Dette indikerer at det finnes en del kompetente psykologer som er villige til å gi spilleavhengige behandling.

Halvparten av psykologene visste ikke hvor de skulle henvise videre, og en stor del av den halvparten som hevdet å vite hvor de skulle viderehenvise ville henvist til Bergensklinikkene, som p.t. ikke behandler spilleavhengige (med mindre det foreligger en primær ruslidelse). De fleste visste altså ikke hvor de skulle viderehenvise spilleavhengige dersom de ikke selv kunne gi et behandlingstilbud, og det er sannsynlig at hovedgrunnen er at det mangler behandlingssteder å henvise til.

Det gjenstår å avklare deler av de ressursmessige sidene ved behandling av spilleavhengige. Kommune og stat må avklare hvem som har det økonomiske og praktiske ansvaret, og avgjøre hvem som skal betale for og hvem som skal tilby behandling. Dette gjelder både poliklinisk behandling og innleggelse i institusjon. Spesielt viktig er det å avklare om institusjoner med erfaring fra behandling av annen avhengighetsadferd, det vil si rusbehandling, skal ha mandat til å behandle spilleavhengige, eller om behandlingen fortsatt skal ligge under generelt psykisk helsevern. På bakgrunn av at rusomsorgen har den kompetanse som har vist seg effektiv ved behandling avhengighetsadferd, og har vist interesse for behandling spilleavhengighet, virker det hensiktsmessig å legge behandling til rusomsorgen. I tillegg til å gi spilleavhengige et behandlingstilbud, er det viktig at det fokuseres på forebygging av spilleavhengighet. Lovgivende forsamling har de kraftigste, beste og mest effektive midlene ved forebygging av spilleavhengighet, nemlig å regulere markedet slik at de mest aggressive spill og spillemaskiner ikke blir tilgjengelige.

Referanser

- American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed). Washington, DC.
- American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed, Text Revision). Washington, DC.
- Barth, T., Børtvedt, T., Prescott, P. (in press). *Endringsfokusert Rådgiving*. Gyldendal Akademisk, Oslo.
- Beconã, E., Lorenzo, M., Fuentes, M. (1996). Pathological Gambling and Depression. *Psychological Reports*, 78, 635-640.
- Blaszczynski, A., Walker, M., Sagris, A., Dickerson, M. (1999). Psychological aspects of gambling behaviour: An Australian psychological society position paper. *Australian Psychologist*, 34 (1), 4-16.
- Blaszczynski, A. (1998). *Overcoming compulsive gambling – a selhjelpeguide using cognitive behavioral*

techniques. Robinson Publishing Ltd., London.

- Blaszczynsky, A., McConarghy, N., Frankova, A. (1991) Control versus Abstinence in the Treatment of Pathological Gambling – A 2 to 9 Year Follow -Up. *British Journal of addiction*, 86 (3), 299-306.
- Bondolfi, G., Osiek, C., Ferrero, F. (2000). Prevalence estimates of pathological gambling in Switzerland. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 101 (6), 473-475.
- Bujold, A., Ladouceur, R., Sylvain, C., Boisvert, J.M. (1994). Treatment of Pathological Gamblers: An Experimental Study. *J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat*, 25 (4), 275-282.
- Coman, G.J., Evans, B.J., Burrows AO, G.D. (1996). *Problem Gambling: Treatment strategies and rationale for the use of hypnosis as a treatment adjunct*. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 24 (2), 73-91.
- Crockford, D. N., el-Guebaly, N. (1998). Naltrexone in the treatment of Patological Gambling and Alcohol Dependence. *Canadian journal of psychiatry*, 43 (1), 86.
- England, S. L., Göttestam, K. G. (1991). The nature and treatment of excessive gambling. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 84, 113-120.
- Fekjær, H.O. (2000a). *Gambling and gambling problems in Norway*. Paper presented at the 4th. Conference of the European Association for the Study of Gambling, Warsaw, Poland, 23.09.2000.
- Fekjær, H.O. (2000b). *Erfaringer hittil med behandling av spilleavhengige ved BKS*. Notat datert 18.12.2000.
- Griffiths, M. (1995). Technological addictions. *Clinical Psychology Forum*, 76, 14-19.
- Griffiths, M. (1991). Psychobiology of the Near-Miss in Fruit machine Gambling. *The journal of psychology*, 125 (3), 347-357.
- Gyllstrøm, F. (1999). *Spill og spilleproblemer i Norge- hva vet vi?* Foredrag presentert på fagseminar ved Blå Kors Senter i Oslo 06.12.1999.
- Göttestam, K. G. (2001). Spilleavhengighet – et misbruk uten substans. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 38, 97-98.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation: a psychological and clinical investigation of muscular states and their significance in psychological and medical practice*. University of Chicago Press: Chicago.
- Jørsel, M. B., Mamsen, P. & Nielsen, P. (1996). *Ludomani - spil uten grænser. En evalueringsrapport fra Ringgården Middelfart omhandlende behandling af spilleafhængighed*. Ringgården. Electronic. www.ringgaarden.dk
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Letarte, H., Giroux, I. & Jacques, C. (1998). Cognitive treatment of pathological gamblers. Electronic. *Behaviour Reseach and Therapy*, 36 (12), 1111 – 1119.
- Ladouceur, R. & Walker, M. (1996). A Cognitive Perspective on Gambling. In Salkovskis, P.M. (Edt.), *Trends in Cognitive and Behavioural Therapies*, 89-120. Wiley: Oxford.
- Ladouceur, R., Boisvert, J.M., Pèpin, M., Loranger, M., Sylvain, C. (1994). Social cost of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 10 (4), 399-409.
- Ladouceur, R., Walker, M. (1998). Cognitive Approach to Understanding and Treating Pathological Gambling. In Bellack & Hersen (Eds.), *Comprehensive Clinical Psychology*, 588-601, New York: Pergamon.
- Lesieur, H. R., Blume, S. B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A New Instrument for the Identification of Pathological Gamblers. *Am J Psychiatry*, 144 (9), 1184-1188.
- Miller, W.R., Rollnick, S., (1991). *Motivational Interviewing*. The Guilford Press: New York.
- Norsk Tipping (2001). www.norsk-tipping.no dato 26.02.2001
- Oakley-Browne, M.A., Adams P., Mobberley, P.M. (2000). Interventions for Pathological gambling (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 4. Update Software: Oxford.
- Ot.prp nr. 49 (1999-2000) *Om lov om endringer i lov 24.februar 1995 nr.11 om lotterier m.v.*
- Petry, N.M., Armentano, C. (1999). Prevalence, Assessment, and Treatment of Pathological Gambling: A Review. *Psychiatric Services*, 50, 1021-1027.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In Miller & Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors: Proseses of change*, 3-27. Plenum Press: New York.
- Roald, T. (2000). *Problem Gambling and Sexual Addiction among Problem Drinkers*. Paper presented at the 4th. Conference of the European Association for the Study of Gambling, Warsaw, Poland, 23.09.2000. Electronic.
- Røjkjær, S., Nielsen, P. (1999). *"Ludomani – prævalens og manifestasjoner"*. Ringgården, afdeling for forskning og formidling. Middelfart. Hjemmeside: www.ringgaarden.dk
- Rönnerberg, S., Volberg, R. A., Abbott, M. W., Moore, W. L., Andrèn, A., Munck, I., Jonsson, J., Nilsson, T., Svensson, O. (1999). *Gambling and Problem Gambling in Sweden*. Report No.2 of the National Institute of Public Health Series on Gambling. Stockholm: Folkhälsoinstitutet.
- Schioldborg, P. (2000). *Spilleavhengighet*. Notat utdelt på forelesning avholdt ved Universitetet i Bergen våren 2000.
- Shaffer, H. (1999). Strage bedfellows: a critical view of pathological gambling and addiction.. *Addiction*, 94 (10),

1445-1448.

- Shaffer, H. J., Matthew, N. H., Vander Bilt, J. (1999). Estimating the Prevalence of Disordered Gambling Behavior in the United States and Canada: A Research Synthesis. *American Journal of Public Health*, 89 (9), 1369-1376.
- Skaug, T. (2001). Spilleavhengighet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 38, 99-108.
- SPSS®10.0 for Windows (2001). *Statistical Package for the Social Sciences. Windows Release 10.0*. Copyright SPSS Inc.
- Spunt, B., Dupont, I., Lesieur, H., Liberty, H. J., Hunt, D. (1998) Pathological Gambling and Substance Misuse: A Review of the Literature. *Substance Use & Misuse*, 33 (13), 2535-2560.
- Stiftelsen Renåvangen (1997). *Årbok 1997 Renåvangen*. Stiftelsen Renåvangen: Storsjøen.
- Sylvain, C., Ladouceur, R., Boisvert, J.M. (1997). Cognitive and behavioral Treatment of Pathological Gambling: A Controlled Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65 (5), 727-732.
- Toneatto, T. (1999). Cognitive psychopathology of problem gambling. *Substance use & misuse*, 34 (11), 1593-1604.
- Toneatto, T., Sobell, L.C. (1990). Pathological Gambling Treated with Cognitive Behavior Therapy. A Case Report. *Addictive Behaviours*, 15, 497-501.
- Unwin, B., Davis, M., Leeuw, J. (2000) Pathological Gambling. *American Family Physician*, 61, 741-749.
- van Es, R. (2000). Identifying problem and compulsive gamblers. *Canadian Family Physician*, 46, 1323-1331.
- Viets, V.C.L, Miller, W.R. (1997). Treatment approaches for pathological gamblers. *Clinical Psychological Review*, 17 (7), 689-702.
- Walker, M.B. (1992). *The Psychology of Gambling*. Pergamon Press: Oxford.
- Wolpe, J. (1961). The systematic desensitization treatment of neuroses. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 132, 189-203.
- World Health Organization (1994). *International Classification of Diseases, ICD-10. Psykiske lidelser og adferdsmæssige forstyrrelser. Klassifikasjon og diagnostiske kriterier*. Munksgaard: København.
- World Health Organization (1999). *ICD-10: psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser: kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Universitetsforlaget: Oslo.



APPENDIKS 1: South Oaks Gambling Screen (SOGS)

UNDERSØKELSE OM SPILLAVHENGIGHET

Alder

16-20 år
 21-25 år
 26-30 år
 31-35 år
 36-40 år
 41-45 år
 46-50 år
 over 50 år

Kjønn

Mann
 Kvinn

Sivil status

enslig
 gift
 samboer
 separert/skilt

SOUTH OAKS GAMBLING SCREEN (SOGS)

Hvis(t) av de følgende spill har du spilt i løpet av livet ditt? Kryss av et svaralternativ for hvert spill. ('aldri', 'mindre enn en gang i ukene', 'en gang i ukene eller mer')

	AMSI	Mindre enn en gang i ukene	En gang i ukene eller mer
a. Kortspill med penger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Hestevedlegg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Tipping (fotball)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Terningspill (med penger)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Kasinospill (legalt/illegalt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Lotto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Oddslansjodd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Bingo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Bets/aksjemarked	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Spillautomater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Forebyggingspill (dajord, poker, darts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. o.l) for penger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Pyramidspill	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Veddemål på spill som backgammon eller mahjong	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis du har lånt penger til å spille eller betale din spillegjeld med, hvem eller hvor lånte du fra? (Kryss av 'ja' eller 'nei' for hvert svaralternativ)

	Ja	Nei
a. Husholdningspenger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ekstefelle eller samboer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Annen slektning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Bank eller kredittinstitusjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Kredittkort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Låneshat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Innløsing av aksjer, pantobligasjoner eller andre verdipapirer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Salg av personlig eller familens eiendom/ eiendeler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Spøk, uten dekning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Kredittavtale med bookmaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Kredittavtale med kasino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Arbeidsgiver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du noen gang, bevidst at du har vunnet penger på spill, uten at du har gjort det? I virkeligheten tapte du?

Aldri (eller spiller aldri)
 Ja, tidligere, men ikke nå
 Ja, de fleste ganger

Synes du at du har eller har hatt problemer med pengespill?

Nei
 Ja, tidligere, men ikke nå
 Ja, for det meste

Spiller du noen ganger mer enn du hadde tenkt?

Nei
 Ja

Har noen kritisert spillingen din eller fortalt deg at du har et spilleproblem (avhengig av om du selv var enig i dette)?

Nei
 Ja

Har du hatt skyldfølelse i forbindelse med misen du spiller på eller i forbindelse med det som skjer når du spiller?

Nei
 Ja

Har du noen gang ønsket at du kunne stoppe med pengespill, men tenkt at du ikke kunne klart det?

Nei
 Ja

Har du noen gang gjort spillkøp, spillpenger, spillpenger eller andre ting så at du spiller for din ektefelle/samboer, eller barn eller andre vilige personer i livet ditt?

Nei
 Ja

Har du noen gang kranget med mennesker du bor sammen med, om misen du bruker penger på?

Nei
 Ja

Hvis du svarte 'ja' på spørsmål 12): Har pengeskranget noen gang handlet om spillingen din?

Nei
 Ja

Har du noen sine lånt penger av noen uten å betale tilbake på grunn av spilling?

Nei
 Ja

Har du noen gang vært borte fra jobb (eller skole) på grunn av spilling?

Nei
 Ja



APPENDIKS 2: Linker på world wide web

www.slutaspela.nu oppdaterte og gode sider som tilbyr gode linker for informasjon, forskning, og behandlingstilbud til spilleavhengige.

www.spelinstitutet.se som blandt annet har laget websidene til slutspelanu.

www.bks.no har et stort fagbibliotek, klikk videre på pengespillsproblematikk.

www.bks.no/nfp.htm er Norsk Forening for Pengespillsproblematikk sin hjemmeside

www.bks.no/spille-b.htm inneholder landsdekkende oversikt over hvor det er mulig å henvende seg for behandling.

www.knowodds.org som ønsker å forebygge skadelige virkninger sv spilling.

www.thewager.org "Weekly Addiction Gambling Education Report" som utgis av Harvard Medical School, Massachusetts Council on Compulsive Gambling.

www.norsk-tipping.no for informasjon om det norske spillmarkedet og mer.

www.gamcare.org.uk Englands offisielle webside for spilleavhengige

www.easg.org The European Association for the Study of Gambling

www.responsiblegambling.org ett nettsted laget av Canadian Fundation on Compulsive Gambling

www.agnorge.org er nettadressen til Gamblers Anonymous (GA), eller Anonyme Gamblere (AG)som de kaller seg i Norge

www.gamblingproblem.co.nz informasjon og selvhjelpsmatriell, bla.a en egen selvhjelpspakke

www.spilleavhengighet.no Kommer snart!



APPENDIKS 3: Brev og spørreskjema som ble sendt ut til psykologer i Hordaland

Kjære psykolog i Hordaland!

Jeg er psykologstuderent ved Universitetet i Bergen, og i forbindelse med min hovedoppgave vilter jeg meg å sende et vedlagt spørreskjema til alle psykologer med arbeidsplass i Hordaland. Jeg skreier hovedoppgaven om temnet spillbarhet, noe det finnes svært lite forskning på i Norge, og jeg håper du har anledning til å svare på de 8 spørsmålene mine. Det vil forhåpentligvis ikke ta mer enn noen minutter, og jeg vil bli kjempglad om du ville sende meg svarene dine i løpet av desember. Returadressen står nedent på spørreskjemaet.

Alle data blir behandlet konfidensielt. Spørreskjemaet er utstyrt med et regitrasjonsnummer for at skal kunne registrere at du har svart på henvendelsen. Regitrasjonsnummeret vil bli fjernet før databehandling.

Min venstler er Inge Jarl Støylen.

Bergen 20. november 2000.

Med vennlig hilsen

Trude Semmeseth

Trude Semmeseth

Stud. Psykol.

På forhånd tusen takk for hjelpen!

Kjære psykolog i Hordaland!

Jeg er psykologstuderent ved Universitetet i Bergen, og i forbindelse med min hovedoppgave sende jeg ut vedlagte spørreskjema til alle psykologer med arbeidsplass i Hordaland (desember 2000). Til deg som ikke hadde anledning til å besvare den første utsendingen, sender jeg nå et spørreskjemaet et gang til.

Jeg skreier hovedoppgaven om temnet spillbarhet, noe det finnes svært lite forskning på i Norge, og jeg håper du har anledning til å svare på de 8 spørsmålene mine. Det vil forhåpentligvis ikke ta mer enn noen minutter, og jeg vil bli kjempglad om du ville sende meg svarene dine i løpet av de to første ukene i mars. Returadressen står nedent på spørreskjemaet.

Alle data blir behandlet konfidensielt. Spørreskjemaet er utstyrt med et regitrasjonsnummer for at skal kunne registrere at du har svart på henvendelsen. Regitrasjonsnummeret vil bli fjernet før databehandling.

Min venstler er Inge Jarl Støylen.

Bergen 02.03.2001

Med vennlig hilsen

Trude Semmeseth

Trude Semmeseth

Stud. Psykol.

På forhånd tusen takk for hjelpen!

SPØRRESKJEMA VEDRERENDE SPILLBARHET nr. _____

Kjære av for de svarene som passer for deg

1. Praktiserer du som psykolog i Bergen _____ eller utover Bergen _____
2. Er du mann _____ eller kvinne _____
3. Har du noen gang fått henvendelser fra personer som ønsket profesjonell hjelp fra deg i forbindelse med patologisk spill / spillbarhet? JA _____ NEI _____

Dersom du aldri har fått noen henvendelser ber vi deg gå direkte til spørsmål 6.
Dersom du har fått minst en henvendelse om spillbarhet ber vi deg gå videre på spørsmål 4.
Dersom du har fått flere henvendelser ber vi deg ta alle ca. 10 min i stedet for å trykke.

4. Hvem ble kontaktet? En eller flere familie spillere/venner _____ Påstander / Andre _____
5. Cav du et tilbud? JA _____ NEI _____

I tillegg JA, hvilket tilbud gav du? Behandling _____ Følgingsoppfølging _____ Harvorte vitner _____
Annet _____

I tillegg NEI, hvorfor? Mangler kompetanse på området _____ Har ikke kapasitet _____
Annet _____

6. Faller du deg sammen med å ta i tre personer med spillbarhet til behandling? JA _____ NEI _____
7. Ville du vært glad for å ta inn en spillbarhet til behandling? JA _____ NEI _____
8. Vet du hvor du evt. skal videreholde behandlingstilgende personer som lider av spillbarhet? JA _____ NEI _____

Hvis ja, hvor ville du videreholde? _____

ANDRE KOMMENTARER: _____

TUSEN TAKK FOR AT DU TOK DEG TID TIL Å BESVARE SPØRRESKJEMET
Blukk gjerne vedlagte adresserte og frankerte svarbrevkoll, og returner til :
Trude Semmeseth
via Inge Jarl Støylen, Institutt for klinisk psykologi, Christegegt 12, 5015 Bergen.

