

Spilleavhengighet – behandlingsmuligheter i kommunalt hjelpeapparat

En litteraturstudie

Reidun Løvås



Mastergradsoppgave i psykisk helsearbeid ved avdeling for helse- og idrettsfag

HØGSKOLEN I HEDMARK

i samarbeid med



2007

Sammendrag

Tittel: Spilleavhengighet -behandlingsmuligheter i kommunalt hjelpeapparat. Litteratur oversikt, et resyme over internasjonal forskning og yrkesmessig refleksjon.

Forfatter: Reidun Løvås

Utgivelsesår: 2007.

Emneord: Spilleavhengighet, behandling, lokalt hjelpeapparat.

Sammendrag: Spilleavhengighet ansees å være en sykdom som kan behandles, men mange forskere og terapeuter antar at mange pasienter med spilleavhengighet har underliggende psykisk sykdom. Når psykisk sykdom behandles vil spilleavhengigheten avta eller bedres som en følge av dette. Selv om spilleautomater skal fjernes fra det offentlige rom fra 1.juli 2007, antas det at behandling av spilleavhengighet vil øke i omfang. Hensikten med dette litteraturstudiet er å gi en bred oversikt over forskning på behandling av spilleavhengighet og overføringsverdien til lokalt hjelpeapparat. Forskningsspørsmålene rettes inn mot spilleavhengighet som lidelse, behandling og overføringsverdi til lokalt hjelpeapparat som beskrives i forskning fra 1996 til 2007. Resymet bygger hovedsakelig på vitenskapelige artikler og fagbøker som kategoriseres og beskrives kortfattet, med et kritisk blikk på hver kategori i etterkant.

Fire sentrale tema omkring spilleavhengighet og behandling av sykdommen har tegnet seg i materialet: medisinsk behandling, kognitiv- og atferdsteoretisk behandling, psykodynamisk behandling og overføringsverdi behandlingen har i lokalt hjelpeapparat. Forutsetninger for behandling av spilleavhengighet, behandlingsalternativer og hvilken kvalitet det er på de ulike behandlingsmåter for spilleavhengighet beskrives i avhandlingen. Spørsmål for framtidig forskning rettes hovedsakelig mot behovet for å skolere lokalt hjelpeapparat og fordype kunnskaper om spilleavhengighet og behandling for å kunne gi et optimalt behandlingstilbud til spilleavhengige i lokalt hjelpeapparat.

Abstract

Title: Pathological gambling- treatment possibilities in local health services- a resume of international research and professional reflections.

Author: Reidun Løvås.

Year: 2007.

Keywords: pathological gambling, treatment, local health services.

Summary: pathological gambling is considered being a treatable illness, but several researchers and therapists suggest patients suffering from pathological gambling also suffers from an underlying psychiatric illness. When the psychiatric illness is treated, the pathological gambling is assumed to decrease. Treatment of pathological gambling will increase as gambling machines will be banned from public by law from July 2007. The machines will be available purpose built areas. The purpose of this resume is to present a broad overview of research related to pathological gambling and to which extent this research has a potential for use in the local healthcare services. The research questions is directed to pathological gambling as an illness, the treatment possibilities and local health services described from 1996-2007. This resume is built on scientific papers and academic literature which is categorised and resumed, and each category is briefly critically viewed.

Four main areas on pathological gambling and its treatment have been revealed: medical treatment, cognitive- and behavioural treatment, psychodynamic treatment and the relevance and potential for being applied in the local health services. The supposition for treatment of pathological gambling, treatment options and the quality of the different treatment strategies for pathological gambling is described in this paper. The question regarding future research is pointed towards the need for education and training in local health services, and to increase the knowledge on pathological gambling to optimise the treatment offered to pathologic gamblers in the local health services.

Forord

Spilleavhengighet er et dagsaktuelt tema. Mediene kommer stadig innom automatene og hvor mye penger Staten får inn på denne måten. Baksiden er at mange blir avhengige av spill og spiller bort alle pengene sine, hus, firma og familien og relasjoner til andre blir brutt.

Tilbake sitter den spilleavhengige med stor gjeld, skam og fortvilelse over at han ikke klarte slutte med spillingen før det gikk helt over styr og tapet ble så stort både økonomisk og ruinert familie.

Denne mastergradsavhandlingen tar for seg spill og spilleavhengighet, hvordan beskriver litteraturen behandling av spilleavhengighet og kan behandlingen ha overføringsverdi og utføres i kommunalt hjelpeapparat. Jeg jobber som psykiatrisk sykepleier i en liten landskommune og får henvis pasienter til behandling og oppfølging. En litteraturstudie om tema gir en oversikt over hva som finnes av forskning på området i dag og oppgaven reiser spørsmål og forslag til videre forskning om spilleavhengighet og behandling av lidelsen. Oppgaven har en introduksjonsdel med teoretisk fundament omkring spill, spilleavhengighet og behandling som finnes for sykdommen i dag.

Metode kapitlet beskriver metoden som er brukt; litteraturoversikt eller review med resymeet som form. Kritikk av metode er også beskrevet i metode.

Analyse av artikler, rapporter og bøker som er brukt kommer i analysekapitlet. Tilslutt i dette kapitlet er det et kritisk blikk på aritkkelutvalget og hvilke styrker og svakheter som viser seg i metodebruk, tendenser i behandling som for eksempel at kognitiv- og atferdsteoretisk behandling er mest brukt både i Norden og Amerika.

Funn og diskusjon er sammenfattet i siste kapitlet sammen med et sluttord om hvordan en spilleavhengig i brevs form tok avskjed med sine nærmeste etter å ha tapt alt. En trist historie som kanskje flere lider, men taushetsplikten gjør sitt til at omverdenen ikke klarer måle hvor mange som faller fra i selvmord på grunn av spilleavhengighet.

Innhold

1.0 INTRODUKSJON	7
1.1 Innledning	7
1.2 Problemavgrensning	9
1.2.1 Argumenter for å behandle spilleavhengighet	11
1.2.2 Problemstillingen	12
1.3 Begrepsavklaring	12
1.4 Historikk	14
1.4.1 Utviklingen av pengespill i Norge	15
1.5 Hvem er spilleren	17
1.5.1 En spiller forteller sin historie	19
1.6 Spilleavhengighet	20
1.6.1 Kjennetegn ved spilleavhengighet	20
1.7 Ulike stadier i utvikling av spilleavhengighet	22
1.8 Diagnoseverktøy	23
1.8.1 SOGS	23
1.8.2 Lie/Bet questionnaire	24
1.9 Behandlingssyn for spilleavhengighet	24
1.9.1 Biomedisinsk modellen	24
1.9.1.1 DSM-IV diagnoseskjema	27
1.9.1.2 Selvhjelpsgrupper	28
1.9.2 Kognitiv- og behavioristisk modell	30
1.9.2.1 Gruppebehandling	33
1.9.2.2 Familieorientert behandling	34
1.9.2.3 Minnefokusering	35
1.9.2.4 Endringsfokuset rådgivning	36
1.9.2.5 Manualisert behandling	39
1.10 Psykodynamisk modell	40
2.0 METODE	41
2.1 Metodisk kritikk	45
3.0 ANALYSE AV DATA	48
3.1 Medisinsk modell	49
3.1.1 Medisinsk behandling	49

3.2 Kognitiv- og atferdsteoretisk modell	56
3.2.1 Atferdsteoretisk behandling	56
3.2.2 Kognitiv atferdsterapeutisk behandling	58
3.2.3 Kognitiv behandling	65
3.3 Psykodynamisk terapi	67
3.4 Ønsker for videreutvikling av behandlingstilbudet	67
3.5 KRITISK BLIKK PÅ ARTIKLER OG BØKER SOM ER BRUKT I ANALYSEN	69
3.5.1 Medisinsk behandling	69
3.5.2 Kognitiv- og atferdsterapeutisk behandling	70
3.5.3 Psykodynamisk behandling	72
3.5.4 Ønsker for videreutvikling av behandlingstilbudet	72
4.0 DISKUSJON	72
4.1 Funn i analysedelen	73
4.2 Diskusjon	74
4.2.1 Tema for videre forskning	79
4.2.2 Den ytterste tragedie	79
5.0 LITTERATURLISTE	81
VEDLEGG	

1.0 Introduksjon

1.1 Innledning

Denne masteravhandlingen handler om spill og spilleavhengighet. De nordiske landene har de siste 10-15 årene liberalisert lovene knyttet til pengespill, noe som har ført til økt omsetning og deltagelse i slike spill. Denne utviklingen fører med seg økte problemer, og flere som har behov for behandling for spilleproblemer søker nå hjelp for disse problemene (Hansen, 2005). Legaliseringen og den økte tilgjengeligheten har sine skyggesider, da økning i pengespill generelt gir en økt forekomst av pengespillproblemer i befolkningen (Skaug, 2001). Grunnen til at jeg interesserer meg for dette feltet, er at som psykiatrisk sykepleier i en liten kommune har jeg i senere tid har fått henvist pasienter som har utviklet et stort problem med spill og opparbeidet stor gjeld. For mennesker som ikke har avhengighet til spill kan det være vanskelig å skjønne hvorfor en ikke bare kan slutte å spille på automatene, men mange taper store penger på spill, og de har en forestilling om at det må gå an å vinne tilbake pengene en eller annen gang (Fekjær, 2002).

Behandling tilbys via offentlige behandlingsinstitusjoner, men det finnes ingen særfinansiering av slike behandlingstilbud, da de inngår hovedsaklig som en del av behandlingstilbudet i rusfeltet. Behandlingstilbudene i Norge og Danmark er etablert på bakgrunn av engasjement fra fagfolk og etterspørsel fra mennesker som sliter med spilleavhengighet. I en artikkel om spilleavhengighet som fenomen av Gyllstrøm (2006), går det fram at tendensen i behandling av spilleavhengige per i dag går mye på samme prinsipper som rusbehandling generelt. Sverige har tradisjon for å behandle pasienter med psykiske lidelser i institusjon, og spilleavhengighet er klassifisert i diagnoselistene både til ICD-10, som er WHO sin diagnoseliste, og DSM-IV som er en egen amerikansk diagnoseliste. Norge har svært høy tilgjengelighet til spilleautomater, mens de andre nordiske land er mer tilbakeholdne med spilleautomater (Hansen, 2005).

Pengespillproblemer defineres av Rossow & Hansen (2003), s.56 som:

"Personer som spiller på pengespill, og som spiller på en slik måte at det medfører problemer for dem selv og/eller deres omgivelser."

Spilleavhengighet er en impulskontrollforstyrrelse i DSM-IV begrepene (Hansen, 2005). Konsekvenser ved spilleavhengighet kan være stort pengeforbruk, dårlig psykisk helse, somatiske plager i form av magebesvær relatert til stress, forsømmer familien og fravær fra jobben for å spille (Fekjær, 2002; Korman et.al, 2006). Dette er et fenomen som har økt i omfang og media har stadig innslag om personer som står fram og advarer andre mot å havne i samme uføre som de har gjort. Det er viktig at problematikken løftes fram i lyset og at kunnskaper om fenomenet og behandling blir omtalt slik at flere kan få informasjon om hvordan og hva som kan gjøres for denne gruppen avhengige (Fekjær, 2002).

Det brukes store ressurser på å utvikle maskinene slik at de holder gambleren lengst mulig ved maskinen og bruker pengene der. For mange starter det som uskyldig moro; det er rask vei mellom innsats og gevinst, og maskinen er konstruert slik at spilleren vinner, men til slutt ikke mer enn den opprinnelige innsatsen. Men da har han brukt så mye penger at han spiller for å vinne tilbake det tapte: *Chasing the losses*. Avhengigheten utvikler seg gradvis og litteraturen antyder at det tar rundt 3,5 år å utvikle spilleavhengighet. Mange spiller også for å slippe unna problemer eller psykiske lidelser som depresjon, angst eller tvangstanker og tvangslidelser (Fekjær, 2002; Skaug, 2005; Rossow & Hansen, 2003).

Det holdes kurs og skoling om spilleavhengighet. Kommunalt hjelpeapparat skal også hjelpe denne voksende gruppen pasienter. Nyere undersøkelser viser at 1,4 % av den norske befolkningen mellom 15 og 74 år har, eller har hatt, problemer med spill (Skjerve & Prescott, 2006). Ifølge Markeds- og medieinstituttets undersøkelse i 2005, beregnes antall spilleavhengige i Norge til å være cirka 2 % (Tranøy, 2006). I Danmark regnes i gruppen av voksne mellom 25-44 år at 2,4 % har spilleavhengighet (Straarup Søndergaard, 2006), og i Nord Amerika beregnes 5-10 % av den voksne befolkning å ha problemer med spilleavhengighet (Pallesen et.al, 2005). Spilleavhengighet er mer vanskelig å hankses med enn for eksempel alkoholisme, det har bakgrunn i at de kognitive mekanismer innebærer feilslutninger som må avlæres for å komme videre (Nordin, 1997).

En ny forskrift som trer i kraft 01.07.07 medfører at spilleautomater blir fjernet fra det offentlig rom; det vil si fra kafeer, butikker og kjøpesenter. Forskrift om fjerning av automater fra offentlig rom kommer fra Kirke- og Kulturdepartementet (Forskrift om

oppstillingstillatelser for gevinstautomater og underholdningsautomater 22.29.00 nr.960 §.2 annet avsnitt). Det vil i stedet opprettes egne spillehaller der interesserte kan komme og spille. Dette tiltaket fører til at spilleavhengige slipper å bli trigget av lys og lyder i det offentlige rom, slik det var før (Fekjær, 2002). Fra 14.mars 2007 avsa EFTA-domstolen dom i sak om enerett for drift av spilleautomater. EFTA-domstolen kom til at den norske stat kunne gi Norsk Tipping enerett/monopol til drift av gevinstautomater. Formelt er ikke saken ferdigbehandlet i det norske rettssystemet, men Staten vil oppfordre Høyesterett så raskt som mulig å avgjøre saken (Lovdata, mars 2007). Disse nye automatene skal gi lavere gevinster og sperre for hvor stor sum en kan spille for på automatene.

I den senere tid har et femtitalls Arbeiderpartiordførere engasjert seg og øver press mot Kirke- og Kulturminister Giske som ønsker at enhver kommune skal ha spilleautomater tilgjengelige av hensyn for å sikre inntekter til frivillige lag og organisasjoner. Flere ordførere ønsker at deres kommune skal være automatfrie, og man ser nå at det danner seg en motreaksjon fra de frivillige organisasjonene. Representanter fra Kreftforeningen, Idrettsforbundet og andre har bedt Kirke- og Kulturminister Giske om å stå imot presset fra ordførerne vedrørende spilleautomater, og et av argumentene som nyttes er blant annet at kreftforskningen vil tape på automatforbudet (GD, 19.april, 2007). Landsmøtet i Arbeiderpartiet vedtok den 22.april 2007 et kompromissforslag som innebærer at det etableres en årlig konsultasjonsordning mellom Norsk Tipping og Kommunenes Sentralforbund om følgene av spilleautomatreformen. Arbeiderpartiet går også inn for at Lotteritilsynet samarbeider med kommunene og sørger for at spill ikke skaper sosiale problemer (GD, 23.april, 2007).

1.2 Problemavgrensning

I valg av problemstilling har jeg gått til litteraturen for å finne hvordan disse pasientene behandles for sin lidelse, og se om det defineres som en lidelse? Noen vil kanskje kalle det et fenomen. Fra tidligere tider sa folk at noen spilte seg "fra gard og grunn", på ulike spill som lotteri, veddeløp på hest, hundeveddøp og kortspill som poker med pengeinnsats. Gambling er dermed ikke et nytt fenomen. Oppgaven vil ta for seg hvem spilleren er; hvilke kjennetegn finner vi hos disse personene?

Det er uenighet om hvem spilleren er i litteraturen;

- Spilleren er mann med lav utdanning og inntekt, han er ugift, eier ikke egen bolig og har ofte rusproblemer.
- Spilleren er velutdannet mann, god inntekt, gift og har familie og eget hus.
- Spilleren er kvinne, utdanning eller inntekt er ikke oppgitt.

Den spilleavhengige omtales som pasienten eller han, siden pasienten er et hankjønnssord. Jeg har valgt å se på den voksne delen av befolkningen i alderen 18-67 år, som spiller på automater. Mye forskning tar nå for seg ungdommer som er spilleavhengige. Denne gruppen bruker data og moderne medier for å spille, og utviklingen går raskt slik at hvilke konsekvenser dette kan gi vil ikke være synlige før det har gått en tid.

Kildene forteller at avhengighet er et voksende problem, men de omtaler avhengighet fra ulike vinklinger. Skaug (2005) ser på historikk og forståelsen av fenomenet spilleavhengighet, mens Fekjær (2002) beskriver problematikken fra behandlingsperspektiv. Han beskriver kognitiv behandling, individuelt og i grupper, institusjoner med pasienter som er innlagt, disse har også ofte underliggende psykiatrisk sykdom som må behandles. Videre tar han for seg psykodynamisk behandling og beskriver det kort. Rossow og Hansen (2003) har vinkling mot yngre gamblere og fenomenet sett fra dagens perspektiv og framover. De ser for seg at problemet vil øke og flere søker behandling for å komme bort fra problemet med spilleavhengighet.

Det første behandlingsprogram for spilleavhengighet var laget i Ohio i 1968. Behandlingsprogrammer har siden blitt utviklet, og sertifisering av terapeuter har kommet. Spilleavhengighet er også sterkt underdiagnostisert blant høyrisikogrupper. Innenfor høyrisikogrupper finner man alkoholikere, narkotikamisbrukere, røykere og psykiatriske pasienter (Petry & Armentano, 1999; Fekjær, 2002).

De forskningsspørsmål som stilles til materialet i oppgaven er følgende:

Er dette en lidelse som kan ramme hvem som helst, eller snakker vi om latens? Noe forskningslitteratur mener at avhengighet ligger latent i individet (Fekjær, 2002). Hva er

tendensen i forskningen omkring den spilleavhengige som person, og hva sier forskningen om hvilken behandling som er mest tjenlig for pasienter med spilleavhengighet? Er det kun spilleavhengigheten som må behandles, eller er det bakenforliggende psykiske lidelser og misbruk som må behandles før en skal løse spilleavhengigheten? Problemstillingen spør også om behandling kan utøves i kommunalt hjelpeapparat. Er kommunalt hjelpeapparat godt nok rustet til å behandle denne pasientgruppen og følge opp behandling som er startet i andre instanser som institusjon eller poliklinikk?

1.2.1 Argumenter for å behandle spilleavhengighet

Spilleavhengighet er et problem som rammer på flere nivåer (Hansen & Skjerve, 2006 s.57).

For spilleren kan dette vise seg ved:

- redusert psykisk helse
- fysisk helseproblemer som søvnløshet, mage/tarmbesvær og muskelsmerter
- ødelagt økonomi

For spillerens familie og venner finner man:

- ødelagte relasjoner

Samfunnsproblemer som spilleavhengighet kan gi er:

- nedsatt deltagelse i arbeidslivet
- kostnader til behandling
- sosialhjelp

Den spilleavhengige spiller satser stadig større beløp og tar større sjanser for å oppnå samme spenningsnivå. Han opplever gjentatte mindre heldige forsøk på slutte å spille. Han blir rastløs og irritert når spillaktiviteten reduseres eller sluttet, han setter vennskap og familierelasjoner på spill og sluntrer unna arbeidet eller studier (Skaug, 2005). Den spilleavhengige spiller for å slippe unna vonde og vanskelige følelser, og lyver for andre for å dekke over tap. Han spiller enda mer for å vinne tilbake det han har tapt, og tar opp lån av venner og familie for å lappe sammen ødelagt økonomi. Spilleavhengige begår ofte kriminelle handlinger som tyveri og underslag for å få penger å spille for. Mange spilleavhengige har antisosial personlighet (Korman et.al, 2006).

Mange spilleavhengige opplever at livskvaliteten reduseres når spilleavhengigheten tar overhånd. Ødelagt økonomi, karriere og selvbilde er ikke uvanlig. Flere opplever psykiske

problemer knyttet til spilleproblemene og selvmordsforsøk forekommer (Hansen, 2005). Det er ikke uvanlig at personer som lider av spilleavhengighet også har en psykiatrisk diagnose som obsessiv-kompulsiv lidelse, oppmerksomhetsforstyrrelser, bipolare lidelser, angstlidelser; fobier, og depresjoner (Petry & Armentano, 1999). Denne pasientgruppen er mer disponert for tanker om selvmord, og flere begår også selvmord, men antall som begår selvmord er vanskelig å belyse da taushetsplikten sperrer for å frigi tall på området (Korman et.al, 2006). Statistikk over antall selvmord som relateres til spilleavhengighet i Norge og Norden er ikke funnet i materialet som er brukt i oppgaven. Som sluttord i oppgaven er lagt med et brev som ble frigitt etter at en spilleavhengig hadde tatt livet av kona, barna og til sist seg selv. Det beskriver den håpløshet og fortvilelse som finnes hos pasienter som ikke ser annen utvei for seg selv og sine for å slippe skammen som følger spilleavhengighet, gjelden, de brutte relasjonene og den tapte anseelsen i samfunnet (Fekjær, 2002). Forskning viser også at barn av spilleavhengige har økt risiko for atferdsproblemer, depresjon og narkotikamisbruk (George & Murali, 2005).

Jeg har valgt litteraturstudie for å se hva den sier om behandling til den voksne delen av befolkningen som er spilleavhengig; i denne avhandlingen er dette begrenset til den gruppen som spiller på automatene. De er mange og de bruker mye tid og penger på hobbyen sin. Det er også den gruppen voksenpsykiatrien får til behandling. Yngre gamblere bruker nettet og spill de finner der.

1.2.2 Problemstillingen

Hvordan beskrives og evalueres behandlingen av spilleavhengighet hos voksne i faglitteraturen? Behandlingsmuligheter for spilleavhengighet i kommunalt hjelpeapparat.

1.3 Begrepsavklaring

Fekjær (2002) beskriver spilleavhengighet som en fysisk avhengighet. Det er ikke en korrekt betegnelse, fordi atferden overdrives, men ikke noe mer. Hos spilleavhengige tilføres ikke kroppen kjemiske stoff som gir avhengighet, men en ser kroppslige reaksjoner som abstinens og skjelvinger ved avvenning (Gyllstrøm, 2006). Avhengighet er i seg selv ingen forklaring på atferd, men et eksempel på et sirkelresonnement: Man ser en atferd som man velger å stemple som avhengighet. Deretter brukes denne betegnelsen som forklaring på atferden.

Spilleavhengighet rammer på tvers av alder, sosial klasse og muligheter, men noen yrkesgrupper har en innebygd risikofaktor i forhold til spilleavhengighet. Arbeidstid, ventetid og store variasjoner i stressnivå nevnes som risikofaktorer. Det kan forklare at taxisjåfører og bartendere er overrepresentert blant spilleavhengige (Straarup Søndergaard, 2006).

Psykologen William Rohan påpekte at avhengighet er "spøkelset-inni-maskinen" forklaring: Man ser en atferd som man ikke umiddelbart kan forklare, og sier at årsaken er noe mystisk, usynlig inne i mennesket, kalt avhengighet (Fekjær, 2002).

DSM-IV, den amerikanske diagnoselisten for psykiatriske lidelser, klassifiserer spilleavhengighet som en impuls kontrollforstyrrelse (Skaug, 2005). Innen nyere avhengighetsteori forstås pengespillproblemer som et avhengighetsproblem. Avhengighetsteorien er utvidet til å dekke fellesmekanismer bak overdrevet atferd med eller uten inntak av kjemiske substanser. En antar at spilleatferd har iboende positive konsekvenser som øker risikoen for å utvikle en "overdreven appetitt" (Orford, 2001). Spenning, flukt fra kjedsomhet og problemer, modulering av negative sinnstilstander antas å være "positive" konsekvenser som i seg selv kan motivere for spill (Blazczynski, 2000). Avhengighet beskrives som en umiddelbar tilfredsstillende, men med negative konsekvenser på sikt. Slutforsøk er forbundet med risiko for tilbakefall og tilbakefall er et velkjent trekk ved spilleproblemer (Griffiths, 1999).

Begrepsbruken er mangfoldig i beskrivelsen av dette fenomenet. På engelsk brukes begrepene *pathological gambling*, *excessive gambling*, *gambling problems* og *problem gambling* om hverandre. Uttrykkene *spilleavhengighet* og *spilleproblemer* er vanlige på norsk, mens svenskene bruker *spelberoende*, *spelmani* og *spelproblem* (Hansen, 2005).

Psykisk helsearbeid beskrives som å hjelpe mennesker til en opplevelse av meningssammenheng, bygge opp og vedlikeholde gjensidig støttende sosiale relasjoner og å mestre stressende situasjoner og hendelser. Mentalt helsefremmende arbeid sikter mot å sette folk i stand til å makte livshendelser, både de forutsigbare og de uforutsigbare, gjennom å øke selvaktelse og opplevelse av velvære. Det innebærer å arbeide direkte med individer, grupper og lokalsamfunn, og søke å influere på de sosiale, økonomiske og miljømessige faktorer som

kan ha betydning for mental helse. Kommunalt hjelpeapparat er de tjenester som offentlig myndighet gir til innbyggerne i kommunen (Hummelvoll, 2004).

Jeg bruker begrepet pasient om den spilleavhengige person som kommer til behandling. Det begrunner jeg med mitt behandlingssyn som hviler på et biomedisinsk behandlingssyn og kognitiv tilnærming. Den biomedisinske tenkningen ser pasient-terapeut relasjonen og jeg tenker også at den spilleavhengige kommer med en lidelse som terapeuten skal behandle. Den kognitive tenkningen ser pasienten som en samarbeidspartner som terapeuten skal være en medvandrer gjennom prosessen for å bli kvitt spilleproblemet (Ortiz, 2006). I denne sammenheng kommer pasienten til primærlegen for sine problemer, og han gjennom samtale skal hjelpe pasienten å avdekke den egentlige årsaken til at han søker hjelp. Legen kan videre henvise pasienten til samtaler hos psykiatrisk sykepleier. Psykiatrisk sykepleier kan gjennom kognitiv behandling hjelpe pasienten å avdekke omfanget av problemet med avhengighet og påbegynne veien mot innlæring av nye problemløsningsstrategier. Legen kan også henvise pasienten til psykiatrisk poliklinikk for samtaler hos terapeut eller psykiater for hjelp til medisinerings om de ikke er trygge på hvordan de skal gripe avhengighetsproblemet i første omgang (St.meld.nr.25, 1997; St.prp.nr.63, 1998). Legen kan også henvise den spilleavhengige til NAV for hjelp med økonomi og håndtering av gjeld. Slik sett kan kommunalt hjelpeapparat starte behandling av spilleavhengige pasienter og sammen med 2.linjetjenesten få til et godt samarbeid som hjelper pasienten til å komme ut av sitt avhengighetsproblem. Ofte samarbeider kommunale hjelpeinstanser med familien da de ofte kjenner pasienten godt og kan gi informasjon som hjelper pasienten i situasjonen (Teigene, 2006).

I denne oppgaven vil ordene spilleavhengighet og spilleproblemer bli brukt synonymt med avhengighet til pengespill.

1.4 Historikk

Spenningen og muligheter for å vinne penger synes å ha tiltrukket mennesker i uminnelige tider. Det finnes dokumentasjon på at det foregikk spill med terninger i Midt-Østen og India for cirka 4000 år siden. Pengespill som lidelse beskrives i det hinduistiske skriftet Rigveda

cirka 1500 før Kristus. Erfaringer med pengespill førte til forbud i mange land og byer. Blant annet inneholder Koranen flere steder forbud mot pengespill. Lotterier ble arrangert med offentlig godkjenning for å skaffe penger til gode formål, første gang i Firenze i 1530. Det første offentlig godkjente spillehus kom i Venezia i 1626, men ble snart stengt på grunn av skadevirkningene (Fekjær, 2002).

Den første boka om spill og spilleavhengighet ble utgitt i 1674. Forfatteren Charles Cotton beskrev allerede da de sentrale trekk ved spilleavhengighet. Det første egentlige kasino som betyr lite hus på italiensk, ble åpnet i Baden i Tyskland i 1765. Det kom flere kasinoer i Tyskland, men etter hvert som man så skadevirkningene ble de forbudt. Både Hitler og Mussolini brukte kasinoer for å skaffe penger (Skaug, 2005).

Den form for kortstokk vi nå bruker, med 52 kort, stammer fra Frankrike på 1700-tallet. Rulletten ble oppfunnet på 1700-tallet og spilleautomaten i 1895. Den enarmede banditt med tre roterende hjul ble oppfunnet i 1905. I dag brukes psykologisk kunnskap og dataprogrammer for at spilleautomatene skal overta mest mulig av spillernes penger. Blant indianere i USA finnes kasinodrift i dag. Indianere har utviklet både alkohol- og spilleproblemer, men hensikten med å innføre gamblingen var for å finansiere indianerreservatene (Fekjær, 2002).

Litteraturen omtaler spilleproblemer; Alexander Pusjkins *Spardame* (1834) og William Thackerays *En spillers død*. Mest kjent er Dostojevskijs bok *Spilleren* (1866), som bygger på hans spilleproblemer i årene før. Det er mindre kjent at vår forfatter og nobelprisvinner Knut Hamsun også hadde en periode med alvorlige spilleproblemer. Inger Hagerup skrev et dikt kalt *Spilleren*. Av de nyerte romaner er bestselgeren *Oscar og Lucinda*, skrevet av den australske forfatteren Peter Casey. Boken ble filmatisert i 1997 (Fekjær, 2002).

1.4.1 Utviklingen av pengespill i Norge

For noen generasjoner siden var kortspill sterkt forbundet med pengespill, sannsynligvis var også det meste av kortspillet pengespill. Å spille seg "fra gård og grunn" henviser til at de som spilte seg fra bolig og inntektsmuligheter. Pietismen er kjent for sin avvisning av verdslige fornøyelser som dans, teater, kortspill, alkohol og tobakk. Den kom til Danmark-Norge mot slutten av Fredrik IVs regjeringstid (1559-1588) og utviklet seg etter hvert til en

statskirkelig bevegelse, med innføring av bl.a. konfirmasjon og Pontoppidans forklaringer; forklaringer på Luthers katekisme. Begynnelsen av 1900-tallet var en storhetstid for bedehusene. Gud var streng og fordømmende, og teater, film, dans og kortspill var forbudt. Noen pietistiske holdninger er bevart også til vår tid og i metodistkirkens sosiale prinsipper kan man enda i dag lese at pengespill er en fare for samfunnet og ødeleggende for det moralske, sosiale, økonomiske og åndelige liv. Folk som tilhører metodisttroen mener at det både er unødvendig og ikke ønskelig å ta sin tilflukt i kommersielle spill, inklusive statlige lotterier, verken som tidsfordriv, som flukt eller som en metode for å gi staten inntekter eller penger til gode formål (Skaug, 2005).

Gjennom det meste av 1900-tallet hadde de fleste nordmenn en negativ holdning til pengespill. Penger skulle tjenes ved arbeid, ikke vinnes ved gambling eller aksjespekulasjon og den "ærlige trofaste arbeidsmann" ble hyllet av politikere og media (Fekjær, 2002). I Norge ble lovlig pengespill første gang introdusert i 1719 av danskekongen. Pengelotteriet ble introdusert i 1913, men med moderat innsats og premier. Hestespill ble innført i 1927, drevet politisk fram av Bondeparitet for å støtte hesteavl og landbruk. På slutten av 1930-tallet fikk humanitære organisasjoner som Røde Kors tillatelse til å sette opp spilleautomater. Norsk Tipping ble etablert i 1948, med aldersgrense 18 år og en maksimalgevinst på 50 000 kroner. Bingohallene dukket opp på 1960-tallet der det var anledning til å spille både på dag og kveldstid. I 1982 ble hestespill forandret slik at en ikke lenger trengte å gå på travbanen for å spille, men man kunne levere inn sitt tips hos nærmeste kommisjonær. På 1980-tallet ble lotto og skrapelodd introdusert og begrensningen på premiestørrelsen og aldersgrense forsvant (Lund & Nordlund, 2003).

I løpet av 1990-tallet skjedde en eksplosjon når det gjaldt spilleautomater. Norsk Tipping hadde "stjålet" lotterimarkedet, organisasjons-Norge presset på Stortinget for å få alternative inntektskilder. I 1995 fikk alle "samfunnsnyttige organisasjoner" tillatelse til å få inntekter fra spilleautomater. Etter årtusenskiftet har mulighetene for elektronisk spill blitt videreutviklet i rekordfart og mange typer spill spilles over internett fra egen datamaskin. I 2002 ble det også satt i gang prøvedrift av spill over mobiltelefon og videreutviklingen av muligheter på spillemarkedet fortsetter med stor hastighet (Fekjær, 2002).

Tiden fra 1980 til i dag har vært preget av liberalisering av pengespillmarkedet, men parallelt har det også vært krefter som har arbeidet for innstramning. I 1997 ble det besluttet å ikke øke antallet pengeautomater i Norge ytterligere (Lund & Nordlund, 2003).

Spilleautomater har strukturelle egenskaper som kan forsterke feiltenkning. Strategisk bruk av lys- og lydeffekter kan påvirke kognitive prosesser som selektiv oppmerksomhet og selektiv hukommelse. Betydningsløse valgmuligheter, "nestengevinster" og innretninger som knapper og spaker, kan forsterke tendensen til å fortolke tilfeldige hendelser i en sekvens som uttrykk for et bakenforliggende system, og at man faktisk kan påvirke automatene gjennom bestemte ferdigheter. Spilleautomater er utstyrt med egenskaper som virker belønnende i seg selv, uavhengig av trekningsresultat. Lys og lyd vekker oppmerksomhet og tiltrekker nye spillere, mens de blir betingede stimuli for spenning, noe som får erfarne spillere til å vende tilbake til spillet. Høy hastighet, samt umiddelbar, tilfeldig og variabel gevinst kan virke inn på operante forsterkningsprosesser (Griffiths, 1999).

1.5 Hvem er spilleren

Spilleren er ofte en mann med lav utdanning, lav inntekt og han har ofte psykiske problemer og dårlig selvbilde. Spilleren kommer lett til penger, og gamblingen kan være virkelighetsflukt eller lengsel etter spenning. Mange spilleavhengige har flere avhengighetsforhold samtidig som alkohol, narkotika og nikotin. Annen litteratur beskriver gambleren som en mann med god utdanning, høy inntekt, han har familie og godt nettverk. Noe litteratur sier at der er like mange kvinner som menn som spiller, men kvinner spiller ikke regelmessig eller for store pengesummer. Kvinner venter lenger med å søke behandling enn menn. Ofte er den spilleavhengige en mann med etnisk minoritetsbakgrunn. Pengespill har tradisjonelt vært et manns domene, som fram til nå kanskje ikke har appellert like mye til kvinner (Hansen & Skjerve, 2006). Man skiller mellom to typer spilleavhengige: Action gamblers og escape gamblers. Action gamblers er overveiende menn og spiller for å få spenning. De spiller ofte, men ikke alltid, spill med ferdighetselement. Escape gamblers er like ofte kvinner som menn. De spiller for å slippe unna det som er ubehagelig (Fekjær, 2002).

Det er funnet forskyvninger i noradrenalinfunksjon og forstyrret dopaminomsetning hos spillere. Innholdet av aminosyren taurin er lavere hos spilleavhengige og taurin har en hemmende virkning på ulike aktiviteter i kroppen (Nordin, 1997). Det antas at individet har genetisk predisposisjon for å utvikle avhengighet. Det er vist overhyppighet av alexithymi, det vil si manglende evne til å identifisere indre følelser (Fekjær, 2002). Psykisk sårbarhet som depresjon kan føre til at de spiller for å tøyse sin nedstemthet, og holdningen til spill kan være positiv i omgangskretsen. Spill er legalt, aktiverer hjernen, forandrer sinnsstemningen, øker toleranse og gir abstinens ved opphold (Sonnenstein, 1998). Mange spilleavhengige søker hjelp for stress, hodepine, ryggmerter, irritabel tarm, nedstemthet, uro, problem i relasjon og misbruk. De rapporterer om tretthet, insovningsproblemer, impotens, høyt blodtrykk og kardiovaskulære problemer (Larimer et.al, 2006; Doehnert, 2003). De kjenner skam, skyldfølelse, løgn og hemmelighold for sin avhengighet og kvier seg for å fortelle om sitt problem (Ortiz, 1998; Tranøy, 2006).

Spilleavhengige som gruppe er mer belastet med alkoholproblemer, angst, depresjon og stresslidelser enn befolkningen for øvrig, og at der er en overrepresentasjon av personlighetsforstyrrelser, impulskontrollforstyrrelser og oppmerksomhetsforstyrrelser (ADD) blant spilleavhengige. Dette er påstander som underbygger antagelsen om at spilleavhengige har underliggende psykisk lidelse, slik at spilleproblemer blir et resultat av symptomer på annen lidelse som tristhet, nedstemthet, indre uro eller tvangstanker/tvangshandlinger (Johnson et.al, 2003; Larimer et.al, 2006). Annen litteratur sier at spilleavhengige ikke trenger å ha annen psykisk lidelse (Fekjær, 2002).

Pasienter med antisosial personlighet ser ut til å spille mer enn andre. Pasienter med maniske tilstander karakteriseres av lav impulskontroll, uberegnelig oppførsel og uvanlig tankegang spiller også stort (Doehnert, 2003). Ved moderne spilleautomater kan man kan putte på 500-kronerselder og tape 400 kroner per minutt. Spilleavhengiges følelse av tap av kontroll er gjennomgående sterkere enn hos rusmisbrukere; dette kan forklares med at de ikke bedøver hjernen ved rusmiddelinntak. De overveier og forsøker selvmord på grunn av mye gjeld, skam og ødelagte relasjoner, det kan forklares med lav impulskontroll og liten evne til problemløsning av rasjonell karakter. Han løser problemer ved å spille (Fekjær, 2002).

Spilleavhengige engasjerer seg i aktiviteten som genererer uheldige konsekvenser for dem selv og deres nærmeste. De manipulerer andre og tapper familien for ressurser; noen ganger stjeles eller underslås penger for å få nødvendige ressurser for å tilfredsstille avhengigheten. Pasientene er ambivalente og motsetter seg å slutte og spille i ondskapsfullhet av de uheldige konsekvenser som kommer av deres egen oppførsel (Wulfert & Blanchard, 2003).

Å være spilleavhengig blir karakterisert ved store økonomiske tap, kriminalitet, problemer i arbeidslivet, familieproblemer, psykisk uhelse og selvmord. Skadevirkningene av et mangeårig spilleproblem er ofte store, og mange søker behandling mens de er i en krisesituasjon (Hansen & Skjerve, 2006). Terapeutiske tema knyttes ofte opp mot tradisjonelle avhengighetstema som opplevelsen av skam, skyldfølelse og tabuisering av problemet. Problemer i forhold til kommunikasjon, tillit/mistillit og rolleforskyvninger i familien er sentrale. Også problemstillinger knyttet til motivasjon, ambivalens, risikosituasjoner og tilbakefall er sentrale i behandlingen (Hansen, 2005).

1.5.1 En spiller forteller sin historie

I denne sekvensen får vi et lite innblikk i spillerens historie slik han ser den gjennom egne øyne. Han er først i 20-årene og har ikke spilt særlig lenge, men lenge nok til at han må spille hver dag.

"Jeg har det nok med spill, slik andre har det med rusmidler. Når jeg spiller er jeg lysvåken. Jeg husker på å drikke cola og røyke, men resten glemmer jeg. Det er kun det som skjer på automaten som teller. Man kan merke at adrenalinen pumper jo mer jeg spiller. Det har hittil vært en dyr fornøyelse, det har kostet meg 60 000-70 000 kroner, men det sjenerer meg ikke i det hele tatt!". Det siste fortelles med overbevisning i stemmen.

"Det har vært noen dyre turer fra hjemme i Fredriksverk til kasinoet i Helsingør, men det har vært verdt hver en krone. En gang vant jeg 2000 kroner sammen med en kamerat. Det var på en kafeteria hvor vi hadde sett en fyr hadde sittet og foret en automat med masse penger, uten å vinne noen ting. Da han gikk, overtok jeg og kameraten og gevinsten kom nesten omgående. Har en først fått en gevinst, vil en gjerne prøve å vinne den en gang til."

"Det er vanskelig å si hvor mye penger jeg bruker på spill, la oss si hver uke, men forbruket ligger nok på rundt 1000 kroner i gjennomsnitt. Jeg har ikke turt regne på hvor mye jeg har tapt på automater, men det er nok minst 200 000 kroner. Men om jeg har tapt en del penger har jeg god tro på at jeg kan vinne. Man kan aldri si at en taper, for gjør man det, går det galt. En er nødt til å ha tro på det en gjør." Ordene virker like mye henvendt til han selv som til intervjueren.

"Jeg har spilt for meg penger enn jeg har og da har jeg trukket på kassakreditten. Noen ganger har jeg lånt av venner og bekjente."

Dette er et lite utdrag av intervjuet, men en får et innblikk i de klassiske kjennetegn ved spilleavhengige sin oppfatning av tilværelsen (Straarup Søndergaard, 2006, s,11).

1.6 Spilleavhengighet

Avhengighet er en tillært tilstand utviklet over tid for å motvirke stress (Hansen & Skjerve, 2006). Spilleavhengighet kan da forstås som et dissosiativt fenomen; personen fjerner seg fra virkeligheten fordi den blir truende å forholde seg til, noe som hjelper personer unngå psykologisk ubehag (negativ forsterkning). Det oppstår over tid en sterk tilknytning til atferden, noe som medfører at avhengighetsatferden blir prioritert fremfor andre forpliktelser og mål. Konsekvensen kan være en opplevelse av nedsatt kontroll og indre psykologisk motivasjonskonflikt (Barth, Børtveit & Prescott, 2001). Fekjær (2002) sier videre ICD-10, som har valgt uttrykket patologisk spillegalskap (World Health Organization, 1992). I DSM - IV, beskrives spilleavhengighet som en gjennomgripende atferd der pengespillatferden fører til vesentlig ødeleggelse av personens sosiale, arbeidsmessige, økonomiske og familieliv (Skaug, 2001). Selv om spilleavhengighet klassifiseres separat fra andre former for avhengighet, er de grunnleggende diagnostiske kriteriene i DSM-IV nesten identiske med rusavhengighet. Unntak er kriterier om at man forsøker å vinne tilbake det en har tapt, og abstinenssymptomer forekommer, men kroppen blir ikke tilført kjemiske stoffer som utløser denne kroppslige reaksjonen. Problemspillere beskriver at de får dissosiative opplevelser gjennom at konsentrasjonen om spillet blir så sterk at omverdenen mister betydning. Denne effekten ved spill brukes ofte i selvmedisinerende hensikt og flykte fra nedstemthet og problemer i hverdagen (Hansen, 2005; Ortiz, 2006).

1.6.1 Kjennetegn ved spilleavhengighet

I forskning er DSM-IV sine kriterier gjennomgående brukt i diagnostisering av spilleavhengighet, ICD-10 beskriver spilleavhengighet (F.63-0) som en lidelse som består av hyppige episoder med pengespill som dominerer pasientens liv slik at den ødelegger sosiale, yrkesmessige, materielle og familieverdier og forpliktelser (Gyllstrøm et.al, 2003). ICD-10 kriteriene er brukt som et supplement og blir ikke beskrevet nærmere i denne avhandlingen.

DSM-IV har følgende kriterier for spilleavhengighet (Hansen & Skjerve, 2006, s.56):

Vedvarende og gjentatt mistilpasset spilleatferd som viser seg ved fem (eller flere) av følgende:

1. er besatt av spilleatferd (for eksempel opptatt av å gå gjennom tidligere spilleopplevelser, planlegger neste spilleaktivitet eller planlegger hvordan han eller hun kan skaffe penger å spille for)
2. har behov for å spille med økte innsatser for at han skal oppnå den ønskede spenning
3. har flere ganger mislykkes i å kontrollere, begrense eller slutte med atferden
4. er rastløs eller irritabel når han forsøker å begrense eller slutte med spilleatferden
5. spilleatferden er en måte å slippe unna problemer eller å lindre et senket stemningsleie (for eksempel følelser av håpløshet, skyld og angst)
6. etter å ha tapt penger på spill, vender han ofte tilbake en annen dag for å vinne igjen det tapte (jager sine tap)
7. lyver for sin familie, terapeut eller andre personer for å skjule omfanget av spilleatferden
8. har begått forfalskning, bedrageri, tyveri eller underslag for å finansiere sin spilleatferd
9. har satt på spill eller forlatt et viktig personlig forhold, arbeid eller utdannings- eller karrieremulighet på grunn av spilleavhengigheten
10. er avhengig av andre for å skaffe penger for å lette en desperat økonomisk situasjon som er en følge av spilleatferden (American Psychiatric Association, 1994).

Diagnosen spilleavhengighet har vært inkludert i DSM siden 1980. DSM-kriteriene var den gang, og er fortsatt, basert på klinisk erfaring og ekspertgruppekonsensus. Det innebærer derfor lite empiriske data i forhold til disse kriterienes validitet og reliabilitet. Likevel er disse diagnostiske kriteriene er i dag akseptert som standard for å identifisere spilleavhengighet (Hansen, 2005). Patologisk spilleavhengighet er karakterisert ved manglende kontroll over spill, pasienten avviser at han har spilt for mye, han forsømmer familien og spiller for å vinne tilbake det tapte (Toneatto & Ladouceur, 2003). The National Research Council's Committee of the Social and Economic Impact of Pathological Gambling defineres patologisk gambling som:

"A disorder characterized by a continuous or periodic loss of control over gambling, a preoccupation with gambling and with obtaining money with which to gamble, irrational thinking, and a continuation of the behaviour despite adverse consequences."(Doehnert, 2003, s.4).

1.7 Ulike stadier i utvikling av spilleavhengighet

Spilleavhengighet er en lidelse som utvikles over lang tid, gjerne flere år og problemspilleren gjennomgår ulike faser. Utvikling av spilleavhengighet deles inn i tre faser:

- **Vinnerfasen** varer i 3-5 år. Spilleren vinner nok til å tro at han er flink nok til å knekke vinnerkodene på spillet. En person i denne fasen er en handlingsspiller. Handlingsspillere er ofte intelligente, energiske, overbevisende og selvsikre. Handlingsspillere tror de har mulighet til å kontrollere sjanshendelser ved å bruke rituell oppførsel eller metoder. Dette fører til at den spilleavhengige tar større sjanser og risikerer større summer med penger (Straarup Søndergaard, 2006).
- **Tapsfasen** varer i mer enn 5 år. Gamblerer tilskriver tap til dårlig vinnerlykke, og tro på at han vil vinne om han bare spiller mer. I denne fasen kan handlingsspillere bli "fluktgamblere" fordi de kommer i økonomiske vansker, problemer i relasjoner, fravær fra jobb og mister jobben. "Fluktspillere" erfarer en hypnotisk distansering fra virkeligheten mens de spiller, halvparten er kvinner. Denne type spillere ser ut til å gå raskere gjennom stadier til spilleavhengighet enn "handlingsspillere". Fluktspillere følger en akselererende kurs, fordi de spiller for å komme unna problemene. Følelsen av å lykkes overfor andre spillere og spillelokalene er viktige for gambleren, som ofte blir deprimert og irritabel når han ikke får spille. Behovet for å utføre handlingen, heller enn gevinst, er ofte motivasjon for å fortsette å spille. Gjelden øker og fører til at gambleren manipulerer venner og familie for å finansiere spillingen. Han spiller enda mer for å rømme unna problemene. De økonomiske problemer vokser, gambleren spiller for å vinne tilbake det tapte med større innsats mot større odds, håper på den store gevinst (Hansen & Skjerve, 2006).
- **Desperasjons- og håpløshetsfasen** er karakterisert av depresjon, frustrasjon og han er opptatt med gambling hele tiden i tanker og handling. Pasienten har tanker om selvmord, angst og tilbaketrekking, men han er ikke klar over at spilleavhengigheten er grunnen til problemene. Håpløshet fører til ødeleggende resultater, de økonomiske problemer tvinger gambleren til å stjele, gjøre underslag og manipulere andre til å

Forklaringsmodeller og behandlingstilnærming er i stor grad bestemt av synet på drivkraften eller bakgrunnen for problemene. Årsaker til spilleavhengighet er mange og veien inn i et problematisk forhold til pengespill varierer fra person til person (Ortiz, 2006). Av årsaksforklaringer som er mest akseptert går de ut på at spilleavhengighet har sitt utgangspunkt i en av fire faktorer: en impulskontrollforstyrrelse, et avhengighetsproblem, en biokjemisk forstyrrelse, eller et problem knyttet til en bestemt personlighetsstruktur (Ladouceur, 2002). På bakgrunn av dette kan en også tenke seg at det er behov for forskjellige former for behandlingsmetodikk. I mange sammenhenger kan en se at spilleavhengighet behandles på samme måte som avhengighet til rusmidler, på grunn av de likheter som eksisterer. Det finnes likevel helt distinkte trekk ved spilleavhengighet som krever spesifikk kunnskap om dette. Tre retninger er særlig fremtredende i dag i diskusjon rundt valg av intervensjonsmetoder: den "medisinske" modellen, atferdsmodellen og den "kognitive" modellen (Petry, 2002; Petry & Armentano, 1999).

1.8 Diagnoseverktøy

Foruten DSM-IV kriterier for diagnostikk av spilleavhengighet, der pasienten må fylle minst 5 av kriteriene for å få diagnosen spilleavhengighet, brukes også andre diagnoseverktøy. I kvantitative undersøkelser brukes er det to verktøy som går igjen i innhenting av data. Artiklene som er brukt i oppgaven bruker gjennomgående diagnoseverktøyene SOGS og Lie/Bet questionnaire. Det er to typer spørreskjema som er utviklet spesielt for å kartlegge avhengighetsvariabler hos pasienten (Korman et.al, 2006). Lie/bet skjema går direkte på spilleavhengighet og spør pasienten om atferd i forhold til dette (Johnson et.al, 1997).

1.8.1 SOGS

South Oaks Gambling Screen (SOGS) ble introdusert i 1987. SOGS og oppfølgeren SOGS-R har senere vært av de mest utbredte instrumentene, både for diagnostisering av spilleproblemer hos enkeltpersoner, og i forbindelse med befolkningsundersøkelser hvor

utbredelsen av spilleproblemer i befolkningen generelt har stått i fokus. SOGS ble basert på DSM-III kriterier for patologisk spilleavhengighet og består av et spørreskjema med 16 spørsmål som kartlegger spilleproblemer til pasienten de siste 3 måneder. Resultatene fylles inn i et skåringsskjema og terapeuten leser av om skåringen tilsier spilleavhengighet eller ikke (Lesieur & Blume, 1987).

1.8.2 Lie/Bet questionnaire

Dette er et kort screening-instrument, utviklet for å kunne kartlegge spilleavhengighet i situasjoner der man har begrenset tid til rådighet. The Lie-Bet Questionnaire er en kortversjon av DSM-IV. Spørsmålene som brukes, skiller spilleavhengige fra ikke-spilleavhengige. Det er ikke tilstrekkelig å bruke dette verktøyet alene for å kartlegge spilleavhengighet. Positivt svar på ett av spørsmålene kan være indikasjon på spilleproblemer. Spørreskjemaet er nyttig i forhold til screening, og danner et godt utgangspunkt for videre kartlegging eller henvisning til behandling (Johnson et.al, 1997).

Spørreskjemaet stiller to spørsmål til pasienten:

- Har du noen gang følt behov for å spille får mer penger?
- Har du noen gang måtte lyve for nære relasjoner om hvor mye du har spilt bort?

(Korman et.al, 2006).

1.9 Behandlingssyn for spilleavhengighet

I denne delen vil avhandlingen ta for seg de ulike behandlingssyn for spilleavhengighet. Den beskriver teorien og behandling som ligger til grunn for de ulike retningene. Biomedisinsk modell, kognitiv behandling og atferdsteori og psykodynamisk behandling. De ulike gruppene har undergrupper som innebærer behandling både individuelt; gruppe og familiebehandling, men det blir nærmere beskrevet i de aktuelle modeller.

1.9.1 Biomedisinsk modellen

Denne modellen refererer til det tradisjonelle lege-pasient forholdet. Modellen retter søkelyset mot diagnostisering av mentale lidelser, og behandlingen kommer som en følge av hvilken diagnose pasienten får. Denne modellen har bidratt til at psykiske lidelser etter hvert har blitt betraktet som sykdommer på lik linje med somatiske sykdommer. Slik som somatiske sykdommer skyldes sykkelige prosesser i kroppen, så skyldes også mange psykiske lidelser

forandringer i organsystemer (Hummelvoll, 2004). Den biomedisinske modellen, eller sykdomsmodellen, ser på spilleavhengighet som en sykdom og avhengighet, på lik linje med alkoholavhengighet. Modellen antar at sykdommen utvikles gradvis gjennom stadier med karakteristiske symptomer, utenfor individets bevisste kontroll. Kritikken mot denne modellen er at å kategorisere personer med spilleavhengighet som syke, kan frata dem ansvaret for egen atferd, og dermed ta bort ansvaret for egen bedring (Raylu & Oei, 2002).

Begrepet autonomi er det naturlig å si litt om, fordi pasienten har selvbestemmelsesrett over eget liv og helse. De strever med sitt for på en eller annen måte å realisere noe i eller ved seg selv. Alle mennesker har en egen lære om hvordan livet skal leves. Mange ønsker å leve et ekte liv, det vil si være klar over hva man rommer av muligheter, og å søke å realisere disse. Imidlertid er det klart for alle at å sette egen lære ut i livet er overordentlig vanskelig. Det er som om tankene og målene for eget liv er for høye, nesten virkelighetsfjerne. Dette kan ha sine årsaker i at på den andre siden ruver selve livet, virkeligheten, hvor folk fanges av en hverdag som inneholder krav om raske løsninger, enten disse er å skaffe seg penger eller dop eller å slå fra seg i pressede situasjoner (Brumoen, 2006). Det er etisk sett en overordnet plikt å søke å forhindre at en skade rammer andre mennesker. Samtidig kan man argumentere for at den enkelte og samfunnet vil tjene på at sykdommer og skader forhindres eller utsettes. Det er også mange etiske spørsmål som knytter til seg grensene for akseptabel forebyggende innsatser, blant annet hvilke virkemidler som kan tas i bruk for at et helsebudskap skal nå fram til adressatene, og hvem som har ansvar for forebyggingen. Fokusering på risikogrupper og å stigmatisere grupper og individer i gruppene forekommer ofte for spilleavhengige. Det forebyggende helsearbeidet har møtt kritiske innvendinger på bakgrunn av dette. Disse omfatter synspunkter som:

- forebyggingsmetodene er ikke effektive
- sterk fokusering av forbygging kan skape angst og usikkerhet i befolkningen
- forebyggende tiltak kan ha bivirkninger som gjør dem både tvilsomme og farlige
- forebyggende arbeid er preget av moralisering og undertrykking (Mæland, 1999).

Risikofokusering kan skape helseproblemer, fordi det ser ut som stadig flere synes å bli avhengige av helsetjenester til tross for at helsetilstanden objektivt sett er meget bra i det norske samfunnet - og ser ut til å bli stadig bedre. Ved å rette oppmerksomheten mot alt som

er truende i tilværelsen, kan helseopplysning bidra til å stimulere økt engstelse og skape dårlig mestringsevne. Helseopplysningen kan gi inntrykk av at fremtidig helse er avhengig av årvåkenhet og rask medisinsk behandling. Dette kan i sin tur forsterke følelser av sårbarhet og hjelpeløshet.

Forebyggende helsearbeidet bør drives av ulike prinsipper; ett av den er retten til å få mulighet til et godt liv. Men spørsmålet hva som er et godt liv er uavklart fordi det i stor grad er subjektivt betinget. Retten til et godt liv kan ikke bety at det er en menneskerett å ha god helse, men derimot er det en rett å få utnyttet det helsepotensial som mennesket fødes med gitt de begrensinger som naturen setter. Av andre vesentlige prinsipper nevnes:

- fellesskapets ansvar er å balansere solidaritet mot paternalisme
- prinsippet om at enkeltmenneskets frihet må ses i forhold til dets ansvar for andre
- prinsippet om "føre-var" må veies opp mot ønsket om ikke å skade andre eller påføre andre ulempe (Mæland, 1999).

Avhengigheten er en tvangspreget handling preget av lav impulskontrollforstyrrelse som må behandles. Ut fra sykdomsperspektivet må spilleavhengigheten behandles med metoder som passer for sykdom. Kontrolltap og patologisk avhengighet på tross av alle negative konsekvenser, støtter teorien om spilleavhengighet som sykdom (Helgason & Bramsen, 2003). Målet med behandling er totalavhold fra alle former for pengespill. Medikamenter i behandling har vært forsøkt. Teorien om at økt dopamin i et hjernesenter gir en gledesreaksjon og at målet for både spising, sex og røyking, rusmiddelbruk og pengespill er å øke dopaminmengden i hjernen. En hypotese går ut på at økt dopaminmengde ikke bare er et ledsagerfenomen, men årsak til at lystfølelse oppstår. Det er dopaminutsondringen som gir den euforiske følelsen, eller "kick", som mange spilleavhengige beskriver og som legger igjen sterke spor i hjernen, såkalte drogeminer. Avhengighet kan utvikles på grunn av et overfølsomt belønningssystem i hjernen. Denne sensibiliseringen har betydning for den tvangsmessige karakter som avhengige får når avhengighetstilstanden er fullt utviklet. Videre kan den spilleavhengige også oppleve tap av kontroll ved tilbakefall eller ved forsøk på spille kontrollert (Ortiz, 2006). Det finnes studier som tyder på at det finnes en økt biologisk sårbarhet for å utvikle avhengighetstilstander og det kan forklares utfra nedarvet reaksjonsmønster i hjernens belønningssystem. Ut fra disse og andre teorier er en rekke

medikamenter prøvet ut i behandling av spilleavhengige. De fleste forsøkene har falt negativt ut (Fekjær, 2002). Minnesotamodellen, som den kalles i Norden, er en vanlig behandlingsform innen sykdomsmodellen. Behandlingsmodellen oppsto i USA og kalles 12-trinnsprogrammet med 12 trinn til tilfriskning er tatt fra organisasjonen Anonyme Alkoholikere og det er egentlig et program for personlighetsutvikling. Sentralt i behandlingen står erkjennelsen av eget problem, totalavhold fra spill og inklusjon av familie og pårørende. Underveis i behandlingen er deltagelse i selvhjelpsgrupper (Anonyme Gamblere) obligatorisk. Det anbefales at man deltar i slike grupper etter behandling som en del av vedlikeholdende behandling. Den mest berømte klinikken etter Minnesotamodellen i USA er Betty Ford senter. Behandlingsresultatene var bra og ble bedre etter da den amerikanske presten og ikke-alkoholikeren innstiftet familieuken i programmet (Hansen, 2005).

1.9.1.1 DSM-IV diagnoseskjema

DSM-IV kriteriene er beskrevet tidligere i avhandlingen og diagnoseskjema tar for seg pasientens opplevelse av symptomer når han kommer til terapeut. Det er en tilstandsrapport før en starter behandling og en kartlegging av hvordan lidelsen trer fram i hverdagen for pasienten. Diagnoseskjemaet er delt inn i 6 spørsmål:

1. Grunnlaget for å diagnostisere spilleavhengighet er i kriteriene i DSM-IV via å gjennomføre et klinisk intervju som terapeuten foretar med pasienten.
2. Selv-effektivitets forståelse er beskrivelse av hvordan pasienten forstår høyrisiko-situasjoner og hvor nærværende han er i situasjonen og klarer å referere fra disse opplevelsene på en skala fra 0-10.
3. Opplevelse av kontroll skal pasienten skalere sin opplevelse av kontroll over spillavhengigheten på en skala fra 0-10.
4. Ønske om å gamble skal pasienten skalere ønsket om å spille fra 0-10.
5. South Oaks Gambling Screen (SOGS). Pasientene gjennomfører den franske versjonen av Lesieur and Blumes(1987) spørreskjema. Det er et validert og reliabelt selvrappoterings instrument for avdekke spilleavhengighet. Det er brukt i mange forskningsrapporter og er et anerkjent verktøy for selvrappoterings.
6. Frekvens av spill; pasientene indikerer hvor mange spill de foretar, hvor mye tid de bruker på spill og totalt sum penger de har brukt på spill gjennom hele uka (Ladouceur et.al, 2001).

Kriteriene går ut på:

Pasienten er opptatt av spill, selv om han er sammen med familien eller på jobb. Han spiller for større beløp for å oppnå spenning og han har gjentatte forsøk på å redusere eller slutte å spille uten hell. Han er urolig, rastløs og irritabel når han reduserer eller skal slutte å spille. Han spiller for å flykte fra problemer eller bli i bedre humør og satser stadig større beløp for å kompensere for tap (Hansen & Skjerve, 2006). Pasienten lyver for nære relasjoner for å skjule grad av involvering i spill, han kan begå kriminelle handlinger for å skaffe penger til gambling. Han mister betydningsfulle venner eller karrieremuligheter på grunn av spillingen. Han stoler på at andre låner han penger for å betale skyld forårsaket av spill (Lopez Viets, 1998).

Hvordan forhindre tilbakefall er viktig å diskutere med pasientene. De må lære seg gjenkjenne risikosituasjoner, irrasjonelle tanker eller varme tanker som trekker han mot å spille. Pasienten må også være oppmerksom på grunner for at han skal spille kan melde seg. Pasientene beskriver de siste tilbakefall, identifiserer hva som er risiko for tilbakefall i situasjonen og utvikler teknikker for å håndtere situasjonen. Spesielt viktig å ikke ta ut penger på lønningdagen, unngå stress, ensomhet og mangel på sosial aktivitet. Da det kan være risikofaktorer for tilbakefall (Ladouceur et.al, 2001; Ladouceur et.al, 1997).

1.9.1.2 Selvhjelpsgrupper

Stifteren av Anonyme Alkoholikere var selv blitt tørrlagt etter en religiøs omvendelse, og møtene har beholdt en del ritualer som kan forbindes med religiøse møter. Deltagerne har ordet, en etter en, uten avbrytelser og uten de stadige spørsmål og kommentarer som er vanlig i sosialt samvær. Det er gjerne opplesing fra bevegelsens grunnleggende skrifter. Minnesotamodellen inneholder 12 trinn og 12 tradisjoner:

1. Vi innrømmet at vi var maktesløse overfor alkohol, og at vi ikke lenger kunne mestre våre liv.
2. Vi kom til å tro at en Makt større enn oss selv kunne bringe oss tilbake til sunn fornuft.
3. Vi bestemte oss til å overlate vår vilje og vårt liv til Guds omsorg, slik vi oppfattet Ham.
4. Vi foretok en fryktløs og grundig moralsk selvransakelse.
5. Vi innrømmet, ærlig og utilslørt våre feil for Gud, for oss selv og et annet menneske.

6. Vi var helt innstilt på å la Gud fjerne disse feilene i vår karakter.
7. Vi ba Ham ydmykt fjerne våre feil.
8. Vi satte opp en liste over alle dem vi hadde gjort vondt mot og ble villige til å gjøre alt sammen godt igjen.
9. Vi gjorde opp med disse menneskene, når det var mulig å gjøre det uten å skade dem eller andre.
10. Vi fortsatte med selvransakelse, og når vi hadde feilet, innrømmet vi det uten å nøle.
11. Vi søkte gjennom bønn og meditasjon å styrke vår bevisste kontakt med Gud, slik vi selv oppfattet Ham, og ba bare om å få vite Hans vilje med oss og kraft til å utføre den.
12. Når vi hadde hatt en åndelig oppvåkning som følge av disse trinn, prøvde vi å bringe budskap videre til alkoholikere og praktisere prinsippene i all vår gjerning (Helgason & Bramsen, 2003).

Det samme som umiddelbart kan virke unaturlig for mange nybegynnere, kan imidlertid ha svært nyttige sider. Det faktum at en snakker en og en uten avbrytelser, hindrer at konflikter og krangler oppstår. Møtenes fredelige atmosfære gir en følelse av trygghet og sinnsro. At ordet går rundt sikrer at alle får sjansen til å komme til orde. At innleggene starter med en påminnelse om at deltakeren er spilleavhengig, betyr å stadig befeste en erkjennelse som er av vital betydning (Fekjær, 2002).

Sugsurfing er en svensk betegnelse for en metode som får pasienten til å mestre suget etter å spille. Han må stå i suget etter å spille uten å gi etter og erfaringen er at suget etter spill er oftest kort og på et nivå som er utholdelig. Pasienten trener på å utsette seg for det han frykter mest og står i situasjonen. Suget etter spill er påtrengende og det er i prinsippet umulig å unngå de stimuli om utløser suget da automatene er i det offentlige rom hvor vi ferdes (Wirbing, 2006). Behandlingen skjer i grupper med 8 personer og en terapeut og majoriteten av deltakere menn. Gruppen treffes i 8 uker, en gang per uke a 3 timer. Her kartlegges risikosituasjoner hvor en får sug etter å spille og pasienter og terapeut går gjennom hvordan strategien kan legges opp for å unngå tilbakefall eller gi etter for lysten til å spille. Terapeuten stiller spørsmål til pasienten om mulighetene ved å vinne som spiller og sammen analyserer de irrasjonelle tanker om det å spille og hvordan slike tanker kan håndteres. Etter et grunnkurs

på 8 uker tilbys pasienten oppfølgingskurs etter et halvår, der en treffes en gang per måned og gir mulighet for fordypning samt vedlikeholde ferdigheter for å hindre tilbakefall. Motiverende samtaler har til hensikt støtte og utvikle pasientens motivasjon til å bli spillefri. Gjennom fire samtaler får pasienten hjelp til å utforske ulempene med spill, og fordeler ved å være spillefri. Et viktig innslag er at terapeuten på ulike måter styrker pasientens selvtillit for å klare bryte med mangeårig spilleatferd. Pasientene orienteres også om muligheter for støtteordninger i form av økonomisk bistand, familierådgivning, økonomisk rådgivning eller medisinsk oppfølging (Ortiz, 2006).

Mestringstillit er en viktig dimensjon der en utvikler tro på at forandring faktisk er mulig. Selvtillit styrkes hver gang man lykkes. Det er derfor viktig å dele opp de store langsiktige målene i mindre mål, slik at man underveis kan innkassere og markere noen viktige seire (Hansen & Skjerve, 2006). I tolvtrinnsprogrammet fokuserer man også på dette prinsippet gjennom den kjente devisen; En dag om gangen. Hovedproblemet består ikke alltid i det å slutte med noe, men å leve et annet liv (Skaug, 2005). Fellesskapet som oppstår i Anonyme Gamblere-grupper (AG) kan være nyttig, blant annet fordi det gjerne oppstår en følelse av solidaritet. Møtene har et bestemt ritual som kan virke fremmed til å begynne med, og som støter noen bort. Legger pasienten imidlertid bort noen av motforestillingene kan møteformen også bli en betydelig styrke. Ikke minst kan AG-møtene bli et sted for trygghet og sinnsro. Ritualet og den ideologiske overbygningen er antagelig årsaken til at både AG, AA og mange andre grupper bygd på samme lest, har overlevd i så mange år. AG-gruppene legger større vekt på medlemmenes økonomiske situasjon og på selve spillingen som problem siden det er dette problemet som må løses (Skaug, 2005).

1.9.2 Kognitiv- og behavioristisk modell

Kognitiv terapi og atferdsterapi er to retninger som brukes både sammen og hver for seg, da de utfyller hverandre, men de kan med godt resultat brukes separat i behandling av blant annet spilleavhengighet. I og med at det er glidende overganger velger jeg å omtale disse to retningene sammen i denne avhandlingen.

Før i tiden var aversjonsterapi mye brukt, gjerne sammen med strøm for å få bort uønsket atferd hos pasienter. Den gikk ut på at pasienten hadde elektroder på hodet samtidig spilte han på maskinen. I situasjoner der han vant eller nesten vant fikk han en svak dose strøm mot

hodet, slik at belønningsrefleksen ble dempet. Etter gjentatte strømstøt ble pasienten gradvis mindre interessert i å spille da gevinster gav negativ respons. Denne kognitive atferdsterapeutiske behandlingen var en effektiv behandlingsform, men er tatt bort som aktuell behandlingsform i dag (George & Murali, 2005; Petry, 2002; Petry & Armentano, 1999; Toneatto & Ladouceur, 2003).

Den behavioristiske behandlingstenkningen vektlegger pasientens handlinger og livsproblemer. Ofte vil disse livsproblemene opptre som psykiske forstyrrelser. Fram til 1960 var ikke denne retningen opptatt av tanker og følelser; bevisstheten ble ansett å være en illusjon. Den atferdsteoretiske tenkningen er basert på klassisk operant betinging. Ved å forandre atferd ville individet etter hvert også få forandringer på det følelsesmessige og det fornuftsmessige område (Fekjær, 2005). Atferdsteori har blitt mer opptatt av at stimuli fra omgivelsene ikke i seg selv fører til observerbar atferd, men at også kognitive prosesser virker inn i stor grad (Hummelvoll, 2004). Mange forskjellige behandlingsmetoder har vært introdusert innen denne tilnærmingen som er tuftet på velkjente terapeutiske tilnærminger. Eksempler på dette er aversjonsterapi, systematisk desensibilisering, in vivo eksponering, imaginær relaksering og stimulus kontroll med relaksering. Systematisk desensibilisering består av to hoveddeler. Pasienten hjelpes først til å oppnå en avslappet tilstand, deretter blir han bedt om å forestille seg spillrelaterte situasjoner. Tanken er at den avslappende tilstanden aktivt vil dempe eller motvirke den aktiverte tilstanden som er forbundet med opplevd spillelyst. Metoden med bruk av pasientens egne forestillinger er den vanligste (imaginal desensitisation). Desensitiviseringen kan imidlertid også foregå i reelle situasjoner (in-vivo cue-exposure) (Skaug, 2001). Det finnes mange varianter av atferdsterapi og de fleste brukes i kombinasjon med hverandre. Metoder som benyttes innen atferdsterapi er visuell desensitivisering og in vivo-eksponering (Ladouceur, 2002; Echeburua, Montalvo & Baez, 2000). Ved visuell desensitivisering læres pasienten opp i avspenningsteknikker som skal bidra til å redusere fysiske spenninger samtidig som de visualiserer ulike spillesituasjoner og at man står i mot å spille. In vivo-eksponering innebærer at spilleren oppsøker spillesituasjoner, ofte gradvis med økende vanskelighetsgrad. Mestringsstrategier øves inn i det miljøet hvor spilling foregår mens man lar være å spille (Blaszczynski, 1998).

Atferdsmodellen ser på spilleavhengighet som en lært atferd, motivert og forsterket av den sammenheng og de personlige erfaringer spilleren sitter inne med. Forsterkningen kan være

av økonomisk art, men den kan også vise seg ved økt aktivering og en opplevelse av spenning eller negative forsterkninger. Ekspertene har foreslått at tilfeldige pengepremier kan gi uregelmessig forsterkende effekt som øker spillelysten. For andre er det å vinne penger tidlig i spillekarrieren avgjørende (Toneatto & Ladouceur, 2003). Mange spillere beskriver en slik tidlig gevinst (Hansen & Skjerve, 2006). Behandlingen har fokus på avlæring av problematisk atferd, samt hvordan minimalisere spillings skader ved å lære seg å kontrollere spillet/spille kontrollert (Petry, 2002). Totalavhold fra pengespill er ikke nødvendigvis målet. En kritikk av læringsperspektivet er at den positive forsterkningen forbundet med pengespill, ikke kan forklare hvorfor bare en liten andel av befolkningen utvikler et problem. Videre kan ikke en atferdsteoretisk modell alene godt nok forklare hvorfor problematferden opprettholdes til tross for sine stor negative konsekvenser (Blaszczynski & Silvoe, 1995).

I kognitiv atferdsteoretisk tenkning opprettholdes spilleavhengighet av kognitive feilsutninger og holdninger om spill (Straarup Søndergaard, 2006). Spilleren har en illusjon om kontroll i forhold til spillet; at han kan foreta seg noe og dette påvirker utfallet av spillet, feilaktige oppfatninger om vinnesjanser og risiko, at pengespill er en måte å løse økonomiske problemer på, samt en skjevattribusjon av tap/gevinst og flaks/dyktighet (Ladouceur, 2002; Ladouceur et.al, 1997). Sentralt i kognitiv terapi står den sokratiske spørreteknikken. Man søker å unngå og overtale eller argumentere med pasienten. Hensikten med spørsmålene er å fremme undring og refleksjon (Skaug, 2001). Kognitiv restrukturering som behandling av spilleavhengighet innbefatter intervensjoner som tar sikte på å endre usunn spilleatferd ved å korrigere tanker, oppfatninger og holdninger knyttet til pengespill (Lopez Viets, 1998; Pallesen et.al, 2005). Det dreier seg mest om at spilleren øker egen bevissthet om sine egne tanker knyttet til spilleatferd, slik at han blir i bedre stand til å foreta gode valg og beslutninger for seg selv. Kognitiv gjenoppbygging som intervensjon korrigerer feilslutninger knyttet til spillet, til overtro, rekkefølger, selektiv hukommelse, attribusjon og årsaksforklaringer. Med økt forståelse for egen situasjon og tankemønster, minsker pasientens lyst til å spille og han blir mer oppmerksom på egen atferd (Hansen, 2005; Ladouceur et.al, 1998; Ladouceur et.al, 2001). Problemløsningstrening går ut på at terapeuten og pasienten definerer problemet og samler inn informasjon om problemet. Pasienten foreslår aktuelle løsninger og peker på fordeler og ulemper ved hvert løsningsforslag. Tilslutt implementerer pasienten løsningsforslagene sine inn i livet sitt og evaluerer løsningene etter en prøvetid.

Pasientene skal lære å leve med vanskene som kan føre dem til gambling og sosial ferdighetstrening er nødvendig for å motstå lysten til å spille (Hansen & Skjerve, 2006). Behandlingen må vektlegge dette fordi pasientene har et innlært mønster som må avlæres og nye ferdigheter må læres for å endre livsmønster (Ladouceur et.al, 1997). Pasienten må lære seg å fokusere mer på grunnleggende holdninger og levereregler (skjema). Temaene vil da dekke områder som autonomi, tilknytning, egenverdi og selvtillit (Skaug, 2001). Kognitiv korreksjon lærer pasienten at gevinst alltid følges av mange tap; hvert spill er forskjellig, odds for å vinne i spill er liten og rituelle eller vinnerlykke påvirker ikke utfallet (Doehnert, 2003; Petry, 2002). Feiltenkningen gjør at de husker bare det de vant eller nesten vant, kan ikke pasienten redegjøre for hvor mye penger de bruker hver dag på spill eller hvordan utfallet ble med gevinster (Staarup Søndergaard, 2006). De kan heller ikke redegjøre for hvor mye tid de bruker på å spille på automater, eller hvor mange timer i døgnet de bruker på å tenke på spill. Sistnevnte inkluderer tid til å fundere på konsekvenser av gambling, økonomiske problemer forårsaket av spill og tid brukt til å glede seg til neste mulighet til å spille. Overdrevet spilling forstås som motivert av urealistiske forventninger om gevinst (Ladouceur & Walker, 1996). Det hevdes at spillere misoppfatter tilsynelatende mønstre i tilfeldige trekninger som uttrykk for et underliggende system. På bakgrunn av denne misoppfatningen utvikles forestillinger om at de kan kontrollere spillet, og dermed også urealistiske forventninger om gevinst som motiverer til fortsatt spill. Slike misoppfatninger om tilfeldige hendelser og forestillinger om kontroll omtales som urealistisk tenking, feiltenkning eller feilantagelser (Skjerve & Prescott, 2005).

Forebygging av tilbakefall vil alltid være aktuelt i tydeliggjøring av tilbakefallssituasjonen (Straarup Søndergaard, 2006). I praksis betyr det å søke etter alternativ atferd som kan fylle den funksjonen tilbakefallsatferden var ment å ivareta (Skaug, 2001).

1.9.2.1 Gruppebehandling

I grupper lærer deltakerene av hverandres erfaringer. At det tidlig går bra med noen, gir håp til andre. I starten av spillebehandling inngår gjerne elementer av undervisning om vinnere sjanser og forebygging av tilbakefall, og dette er det mest rasjonelt å foreta i grupper. Spill, særlig ved automater, er oftest en ensom aktivitet. Når den spilleavhengige kommer med sitt ødelagte selvbylde, kan han ikke tro at andre normale mennesker har handlet like

irrasjonelt. I gruppebehandling oppdager han hurtig at andre fornuftige mennesker også har mistet hodet. Det betyr svært mye for å gjenopprette selvrespekten (Fekjær, 2002).

Den terapeutiske effekten av gruppebehandling er godt understøttet av forskning. Det terapeutiske miljøet i grupper, tilhørighet, aksept, forståelse og støtte er en potent kilde til endring hos gruppedeltakere. I grupper kan man arbeide direkte med relasjonell fungering (Kvamme et.al, 2006). Gode mellommenneskelige relasjoner er viktige for psykisk helse. Lite hensiktsmessige relasjonelle mønstre kan bidra til utvikling av psykiske plager (Hansen & Skjerve, 2006). Samtale grupper kan sees på som et laboratorium for å arbeide med relasjoner til andre, både direkte og indirekte. Arbeid i grupper kan være basert på vektlegging av samspill mellom gruppedeltakere i her og nå situasjonen, og refleksjon rundt dette samspillet. Det viktigste er å skape et miljø der det blir trygt for deltakerene å dele erfaringer, følelser og tanker med hverandre, gi og ta imot ulike former for tilbakemeldinger, og eksperimentere med nye måter å forholde seg til andre på. I samtalegruppa kan deltakerene få mulighet til å snakke om tabuiserte områder av livet, slik at skam og skyldfølelse kan bli bearbeidet (Kvamme et.al, 2006).

Mestringstillit (self-efficacy) er menneskers tro på egen evne til å mestre problemer og utfordringer (Brumoen, 2007). I mestringstillitsgruppe forsøker terapeuten å gi pasientene verktøy og korrigerende erfaringer som gir dem mulighet til å ta tilbake kontrollen over eget liv. Det blir registrert antall ganger en har spilt siste uke og for hvor mye. Dette gir mulighet til å fortelle om seire og nederlag i gruppa, og utviklingen av spillingen over tid blir gjort tydelig (Kvamme et.al, 2006).

1.9.2.2 Familieorientert behandling

De behandlingsformer som er nevnt ovenfor, fokuserer utelukkende på spill og spilleproblemer. De fleste som arbeider med dette feltet har erfart at behandling av spilleavhengighet også inkluderer en hel rekke andre problemstillinger. Familiebehandling med familier der en person er spilleavhengig, benytter ofte tradisjonell familieterapi med utgangspunkt i systemisk/narrativ teori og løsningsfokusert metode. Spilleavhengighet er en problematikk som berører samhandlingen i en familie (Straarup Søndergaard, 2006). Relasjonsmodellen er en helhetsteori som har systemteori som hovedkilde. Modellen omfatter personer og familier som søker mot en forståelse av helhet som basis for innsikt og

intervensjon. Det er ikke spilleavhengigheten i seg selv det fokuseres på, men problemet som oppstår i relasjonen og samarbeidet mellom familiemedlemmene, for eksempel når det gjelder pengehåndtering, og hvordan partner skal bidra. Terapeuten og familien ser på framtid, når spillingen slutter; hva da? Hvordan kan familien hjelpe og støtte pasienten med å opprettholde og vedlikeholde endring? Hvordan skal familien sammen fortsette livet etter dette? Bruk av flere terapeuter og reflekterende team er viktig (Hummelvoll, 2004).

Pasienten er psykiske helse er redusert og han lider under at familien er i oppløsning og over brutte relasjoner. Økonomien er ruinert og pasienten klarer ikke fungerer optimalt i arbeid.

Mange pasienter søker hjelp på grunn av at de er i krise. Dette gjenspeiles i behandling ved at de tar for seg avhengigheten og tema rundt dette som skam, følelse av skyld og tabuer omkring gambling. Samarbeid med familien bekrefter ofte dårlig kommunikasjon, de stoler ikke på hverandre og spilleren trekker seg unna familien (Petry & Armentano, 1999). Partnere til spillere vil ofte ha økt forekomst av somatiske sykdommer, depresjoner, selvmordstanker i tillegg til økonomiske problemer og hyppige konflikter. Barn i spillerfamilier får det ofte vanskelig. Helt naturlig vil de oftere enn andre barn oppleve frustrasjoner, skuffelser, tristhet og oppgitthet. Barn i spillerfamilier vil typisk lide under en familieatmosfære preget av misstillit, konflikter og skam. I tillegg kommer de rent materielle savnene (Skaug, 2005). Viktige faktorer i behandlingen er motivasjon for å slutte spille, ambivalens, risikosituasjoner og tilbakefall. Pasientene må også trene på å behandle penger (Toneatto & Ladouceur, 2003). Definisjonen på suksessfull behandling varierer fra totalt avhold fra spill til økt kontroll over spillproblem og økt livskvalitet (Hansen, 2006). Pårørende kan ha stort utbytte av pårørende grupper for spilleavhengige der de kan finne et fellesskap og diskutere problemer som de erfarer i sin situasjon (Skaug, 2005)

1.9.2.3 Minnefokusering

Minnefokusering er en type meditasjonsøvelse som er avledet fra Østens spirituelle tenkning og som har blitt mer og mer integrert i kognitiv atferdsterapi i behandling av spilleavhengighet. Minnefokusering tilbyr pasienten en unik praktisk øvelse som hjelper dem til å reagere mindre impulsivt på sin egen tenkning, spesielt på kognitive feilslutninger som ofte forekommer ved spilleavhengighet (Toneatto et.al, 2007).

Spilleavhengige har vært klassifisert ved å ha kognitive feilslutninger; hvor den ene feilslutningen er tanker om at resultat av spill kan påvirkes og kontrolleres (Petry 2005). Petry beskriver at pasienten har illusjon av kontroll og tanker om at mulighet for gevinst er større enn vilkårlig sjanse. Pasienten har tanker om at han er mer intelligent enn maskinen og innehar kunnskap om spillet slik at han kan lure maskinen og vinne store summer. Overtroiske eller magiske tanker viser seg når spilleren tror klesplagg eller spesielle ting øker sannsynligheten for gevinst, for eksempel mynter i lomma eller et spesielt slips (Toneatto et.al, 1997). En annen form er overtro i forhold til oppførsel som innebærer spesielle handlinger eller ritualer som øker mulighet for gevinst. Har en begynt å spille må en fortsette for en vil vinne til slutt om en holder ut. Kognitiv overtro inkluderer tanker om bønner, håp og positive forventninger som kan virke inn på muligheten for å vinne. Spilleavhengige forklarer tap med at de må spille mer for å vinne det tapte tilbake. Noen har stor tiltro til egen ferdighet i spill og mener de har dugelighet for å vinne på automater, men de underkjenner situasjonsbetingede faktorer som vinnerlykke og muligheter for å vinne er veldig liten. De forklarer tap som at de var nær ved å vinne, men tapte likevel. Spillerens feilslutning refererer til et sett tanker om at en har tapt over tid, men hans tid for gevinst kommer ganske snart så han må fortsette å spille. Gevinstene som snart kommer vil veie opp for det han har tapt over tid. Lyden av mynter som faller ned i bollen, høres mer ut enn det virkelig er fordi det bråker, og det påvirker spilleren til å fortsette med spillingen. Denne forfølgelsen av de tapte penger for å vinne dem tilbake i den tro at en vil vinne dem tilbake og få positiv balanse i regnskapet (Parke & Griffiths, 2004).

1.9.2.4 Endringsfokusert rådgivning

Vi mennesker endrer oss hele tiden. Noen endringer er så lette få til at vi ikke tenker over at vi gjør dem. Andre er vanskeligere å få til. Det er en stor jobb å endre vaner, derfor kaller vi det endringsarbeid. De færreste endrer vaner over natten. Vi trenger tid for å ta en beslutning om å endre oss, vi trenger tid til å prøve ut slutforsøket, og vi trenger tid til å venne oss til forandringene. Å endre vaner er noe som skjer gradvis, og vi kaller det endringsprosesser.

Stadiemodellen er en av modellene i endringsfokusert rådgivning som brukes i behandling av spilleavhengige. Det er en kognitiv modell der hver fase kjennetegnes av bestemte tanker, følelser og handlinger. Noen av tankene og følelsene kan gjøre det vanskelig for personen å

komme videre i endringsarbeidet. De ulike fasene byr på ulike typer utfordringer eller oppgaver som må løses for å komme videre i endringsprosessen. Modellen består av sju trinn:

1. Før overveielse der pasienten ikke tenker alvorlig på å gjennomføre forandring i løpet av de neste seks månedene. Overvurderer fordelene ved den nåværende livsstilen og undervurderer ulempene. Pasienten bruker lite tid på å tenke over levevanen sin og unngår informasjon som tar sikte på å motivere for forandring.
2. Overveiellesfasen tenker pasienten alvorlig på å endre livsstil i løpet av et halvt års tid, men ikke straks. Han blir mer klar over hvilke funksjoner levevanen har og hva alternativet kan være. Pasienten vurderer livsstilens fordeler og ulemper, men er ambivalent til endring. Noen kan forbli i kronisk overveielse istedenfor å handle.
3. Beslutningsfasen ser pasienten at forandring har større fordeler enn ulemper og beslutter å legge om levevanen.
4. Forberedelsesfasen der pasienten planlegger om å legge om livsstilen i løpet av en måneds tid. Pasienter som kommer til dette stadiet, har forsøkt tidligere og falt tilbake. I dette stadiet skjer konkret planlegging.
5. Handlingsfasen skjer det store spranget. Pasienten opplever overgangsvanskene størst i begynnelsen og krever en klar beslutning.
6. Vedlikeholdsfasen oppleves med utfordringer. Hovedutfordringen er at pasienten møter mange situasjoner som er forbundet med den gamle livsstilen og nå skal anvende den nyvunne livsstilen i disse situasjonene. Foruten en beslutning om å klar det, trenger en også teknikker og strategier for å mestre ulike situasjoner hvor fristelser dukker opp.
7. Forebygge tilbakefall er en viktig fase pasienten trenger mestringsteknikker, særlig overfor skuffelser med trang til å gi blaffen. Det er vanlig å oppleve tilbakefall eller glipp før seieren er vunnet (Fekjær, 2002; Hansen & Skjerve, 2006).

Stadiemodellen/endringsmodellen gjør det lettere å forstå endring av problematisk atferd. Den gir også retningslinjer for hva slags oppgaver som må løses for at man skal komme videre mot vellykket og stabil atferdsendring. Endring tar tid og skjer gradvis selv om det ofte forekommer i små hopp framover. Å komme seg videre i prosessen ser ut til å være viktig uansett hvilke fase man befinner seg i (Barth et.al, 2002).

Positive atferds- og støttetiltak (PAST) oppsto på 1980 tallet som en egen tilnærming distinkt fra andre evidensbaserte tilnærminger i arbeidet med å optimalisere livskvalitet og redusere problematferd. PAST defineres som en metode som fremmer økt livskvalitet for enkelt personer og deres sosiale nettverk. Den forebygger, reduserer og erstatter problematferd i menneskers daglige miljø gjennom fokus på endring og erstatning av problemskapende kontekster. Positiv atferd defineres som adaptive samhandlingsferdigheter som bidrar til å øke personers valgmuligheter, aksjonsradius, selvstendighet og sosiale nettverk (Moynahan et.al, 2005). Forandring av dyptsittende levevaner krever to ting: vilje og evne.

Motiverende samtale dreier seg om å drøfte fordeler og ulemper ved atferdsendring på en nøytral, ikke-konfronterende måte. Ambivalens tas som naturlig og behandleren understreker at forandring er mulig (Hansen & Skjerve, 2006). Spilleavhengige i behandling er motiverte og lite ambivalente, trenger beslutningen å styrkes. Når endringen skal gjennomføres, er det behov for å ha en sterkest mulig beslutning som grunnlag for handlingsplaner og for evnen til å motstå fristelser når risikosituasjoner dukker opp. Beslutningen kan gjøres mer forpliktende ved å fortelle familie, venner og kolleger om problemet og at en har bestemt seg for å slutte (Skjerve & Prescott, 2005).

Det som presenteres som manglende motivasjon, kan være uttrykk for manglende tro på at forandring er mulig. Manglende tro på endring hindrer en helhjertet satsing. Behandler skal skape håp og understreke at behandlingsresultatene er gode og det kan være nødvendig starte med begrensede målsettinger, for eksempel å ikke spille på bestemte dager (Hansen & Skjerve, 2006). En vanlig hindring for å gi opp spillingen er følgende: å slutte å spille innebærer å måtte leve videre med vissheten om at en har spilt bort store beløp i en periode av livet. Det kan være problematisk for selvrespekten. Fortsatt spill kan holde liv i håpet om at tapene var midlertidige, så en i ettertiden kan slippe måtte tenke på sin store dumhet (Straarup Søndergaard, 2006). Behandleren må forsøke få pasienten til å delta i en familiesamtale for å drøfte situasjonen og arbeide med motivasjonen. I første omgang unngår en å konfrontere spilleren med at han trenger behandling, men understreker at temaet som utgangspunktet skal drøftes er partnerens bekymring (Fekjær, 2002).

En av de viktigste utfordringene på veien mot varig endring er faren for tilbakefall. Tilbakefall forekommer særlig hyppig i den første tiden etter endringen. Når pasienten har

utviklet avhengighetsatferd, er varige endringer spesielt vanskelige å gjennomføre siden vedkommende i lang tid kan føle trang til å utføre atferden (Barth et.al, 2002). Tilbakefallet er et faktum når pasienten tar opp igjen atferden og etter kort tid er tilbake i det samme mønsteret som før. Glipper er mindre omfattende og skadelige og derfor mindre betydningsfulle enn tilbakefall. Glipper skjer ved spesielle anledninger og fører ikke nødvendigvis til omfattende problemer (Barth et.al, 2002).

Det viktigste målet i endringsfokusert rådgivning er å aktivere pasientens egen deltagelse og involvering i forandringsarbeidet. Det er derfor av avgjørende betydning at terapeuten tar utgangspunkt i pasientens opplevelse av sin egen situasjon. I tillegg til å forstå og følge pasienten forsøker terapeuten å styre samtalen slik at pasienten påvirkes til å endre atferd. En slik balansegang mellom forståelse og påvirkning gir store utfordringer til terapeutens evne til å kommunisere. En vellykket samtale om atferdsendring kan sammenlignes med å danse. Samtalen har sin egen rytme, der terapeuten og pasienten ordner innsatsen. Som i en dans tar de hensyn til hverandre og unngår å trække den andre på tærne. De er lydhøre for signaler fra hverandre, og kursen forandres og justeres fortløpende. En mindre vellykket samtale om atferdsendring ligner mer på en brytekamp. Det er ofte en anstrengende styrkeprøve der den ene parten forsøker å tvinge den andre i kne. Som regel er det terapeuten som har initiativet, og pasienten som prøver å forsvare seg. Det kan utvikle seg til en slags stillingskrig, der terapeuten setter sine velrettede angrep, mens pasienten parerer disse fremstøtene og forsvarer seg med motangrep. Samtalen kan kjøre seg fast og forvitte til en anstrengende og frustrerende kontrollkamp. Hvis pasienten tilslutt presses til innrømmelser eller enighet, kan det se ut som terapeuten har vunnet. Terapeuten kan riktignok ha vunnet kampen, men det er sannsynlig at han har tapt slaget, ettersom det er høyst usikkert om klienten forandrer sin atferd (Barth et.al, 2002).

1.9.2.5 Manualisert behandling

Denne behandlingsformen bygger på kognitiv atferdsteori. Tilgjengeligheten til denne manualen gjør det lettere å sette i gang behandling. Manualisert behandling av ulike problemstillinger er blitt mer vanlig, og kan være en nyttig måte å utvikle nytt behandlingstilbud på. Slik behandling blir ofte foretrukket i behandlingssammenheng der målet er å sikre at alle deltagere i en undersøkelse mottar samme type behandling på ulike tidspunkt (Skjerve & Prescott, 2002). Manualer har trinnvis framgang der en kartlegger og

forandrer de kognitive forstyrrelser i form av illusjon om kontroll over tilfeldighetene, noe som er en sentral del i spilleavhengige sin problematikk. Balansering av beslutning er et viktig trinn i behandlingen. Her belyses for- og bakdelene med spill og hva frihet fra spilleavhengighet, videre ser en på hvilke positive og negative forsterkninger som holder en fast i spilleavhengigheten. En kartlegging av viktigheten av å bli spillefri, hvilke hindringer som finnes for å bli det og indre og ytre faktorer som vekker motstand mot forandring i tilværelsen. Manualen har en sekvens med informasjon og kartlegging av de biologiske og psykologiske faktorer som kan utløse sug etter å spille. Trening på å håndtere spillesug gjennom eksponering med responsprevensjon i fantasien. Undervisning om avhengighetsutvikling ved spilleavhengighet, blant annet utfra den såkalte intermitterende forsterkningens betydning og effekten i hjernens belønningssystem. Manualen trener den spilleavhengige i modellering og trening i psykososiale ferdigheter som problemløsning, og det å kunne kommunisere på en effektiv måte. Trening i å forebygge tilbakefall, blant annet gjennom å lære seg å unngå eller håndtere risikosituasjoner (Ortiz, 2006). Behandlingsmanualen som er utviklet i Norge inneholder utvidet fokus ut fra tankegang om at det for noen spilleavhengige er andre faktorer enn feiloppfatninger som står sentralt. Det inkluderer intervensjoner som retter seg mot styrking og motivasjon, beslutningstaking og praktiske mestringsstrategier (Skjerve & Prescott, 2002).

1.10 Psykodynamisk modell

Psykodynamisk perspektiv vil et forhold til avhengighetsproblemer gjerne vektlegge et defektperspektiv framfor et konfliktperspektiv (Haugsgjerd et.al, 1998). Forankringen av dette ligger i objektrelasjonsteori og moderne selvpsykologi. Den kliniske hverdag møter terapeuten pasienter som ikke bare er preget av indre konfliktmateriale, men like gjerne av defekt- og mangelproblemer i sin psykiske husholdning. Mange klinikere har pekt på nær forbindelse mellom narsissistisk personlighetsforstyrrelse og spilleavhengighet. En vil finne grandiose fantasier sentrert rundt makt og suksess. Disse fantasiene er utviklet for å kompensere for manglende selvfølelse. Det er med andre ord tale om et selvbedrag; et bedrag bestående av livsløgner, verdiforskyvninger og fantasier sentrert rundt omnipotens. I terapi søker terapeuten i spørsmålsstillingen å tolke pasientens svar for å hjelpe han å forstå sine problemer, for å komme ut av avhengighetene av spill.

Avhengighetsatferd er et komplekst fenomen med ulike dimensjoner og funksjoner for den det gjelder. På et indre psykisk plan kan det dreie seg om en ødipal konflikt. Spilleavhengighet kan imidlertid også være uttrykk for et dypfølt behov for å bli elsket. Det illusoriske i avhengighetsatferden dreier seg da ikke først og fremst om makt og kontroll og om å vinne over den strenge Skjebnen som symbol for far. Det handler snarere om å bli sett og elsket av de smilende Lykkens gudinne som symbol for mor.

Hos pasienter med spilleavhengighet finner en ofte ulike typer avhengighetsproblemer i bakgrunnen. Spilleproblemer i egen familiebakgrunn synes i mange tilfeller å utgjøre en viktig innflytelse i utvikling av egne spilleavhengighet (Rosenthal, 1997).

2.0 Metode

Jeg har valgt litteratur-review i denne oppgaven, fordi denne metoden gir en oversikt over ulike behandlingsmetoder og hvordan behandling kan anvendes i lokalt hjelpeapparat. Flere spillavhengige vil innse at spilleavhengighet er et problem og de ønsker hjelp med ødelagt økonomi, ødelagte familier.

Metodevalget i denne litteraturstudien er resymeeet. Resymeeet er en metode hvor man oppsummerer hovedpoengene i relevante undersøkelser eller innenfor et felt. Kjentegn ved litteraturstudie med resymeeet som form, er at artiklene gjerne har "nøytral" framstilling slik at alle undersøkelser får lik behandling og presenteres i samme form. Formålet er å gi leseren en oversikt over publikasjonenes innhold. Videre er det en forventning om at forfatteren går ut over bare å oppsummere funnene ved å foreta en kategorisering av artiklene (jamfør Kirkevold 1996).

Den kritiske analysen har som hensikt å analysere eksisterende litteratur hvor man peker på svakheter i det kunnskapsgrunnlaget som foreligger der. Den kritiske analysen i denne oppgaven er et supplement til resymeeformen, så det er mer korrekt å omtale denne som et kritisk blikk på de undersøkelsene som er valgt ut i denne kunnskapsoversikten. Ved å ha et kritisk blikk, gir dette en mulighet til å kunne peke på hva de ulike undersøkelsene ikke belyser, og det er også et mål å se kort på metode bruken i de ulike undersøkelsene og foreta en vurdering i hvilken grad de er hensiktsmessige og om undersøkelsene besvarer eller

belyser de spørsmål problemstillingen søker å finne svar på. Dette innebærer å se på undersøkelsens kvalitet, altså deres validitet og reliabilitet (Polit & Beck, 2005).

Ved å benytte resymet vil dette kunne gi leseren en oversikt om hva den enkelte undersøkelsen og fagbøker omhandler, med et kritisk blikk kan dette bidra til at leseren kan lettere velge ut de undersøkelsene som passer hans behov. Kunnskapsoversikten kan derfor tenkes å ha en utvidet nytteverdi for leseren idet den kan forenkle en utvelgelsesprosess ved hjelp av det kritiske blikket. Videre er denne kunnskapsoversikten en kombinasjon av publikasjoner som er både rent teoretiske og andre empiriske; det kritiske blikket i kombinasjon med en oversiktstabell gir en ytterligere systematisert oversikt på det aktuelle feltet (Forsberg & Wengstrøm, 2003).

Det finnes flere typer oversiktsartikler. Kirkevold (1996) nevner følgende typer:

- 1) resyme som vil si en kortfattet oppsummering av hovedpoenger i relevante undersøkelser og publikasjoner innen et felt,
- 2) kritisk analyse som betyr analyse av eksisterende litteratur for å peke på svakheter i det kunnskapsgrunnlag som foreligger knyttet til et bestemt tema,
- 3) synopse betyr fremstilling som tar utgangspunkt i at det finnes ulike perspektiver som påvirker forskningen innen ett og samme felt, den belyser likheter og forskjeller,
- 4) syntese vil si at man benytter definisjoner, funn og beskrivelser fra forskjellige undersøkelser for å fremme en bredere og mer helhetlig beskrivelse, definisjon og forståelse av et fenomen (Hedelin, Severinsson & Hummelvoll, 2003). Syntese og synopse blir ikke brukt i denne oppgaven.

Tema for studien er behandling av spilleavhengige. Det kan det være vanskelig å gi framstillingen av de enkelte publikasjoner samme form, fordi det er brukt både forskningsartikler og fagartikler. Kravet om lik presentasjon vil forsøke nå likevel for at framstillingen skal ha naturlig flyt, men og kunne utdype tema er som antas å være av overføringsverdi for psykiatriske sykepleiere/ psykiske helsearbeidere i det kliniske felt (Cooper, 1998).

Inklusjonskriterier for oppgaven er voksne spilleavhengige i alderen 18-67 år som spiller på automater. De spilleavhengige har ofte underliggende psykisk sykdom og rusproblemer i tillegg, men kommer innenfor inklusjonskriteriene. Artikler og bøker gitt ut i tidsperioden 1996-2007 er utvalget i oppgaven. Eksklusjonskriterier er befolkning utenom alderskategorien 18-67 år; barn og ungdom, de som er eldre enn 67 år og de som spiller andre former for pengespill, herunder spill på hest og nettspill i ulike former, er ikke med i utvalget.

Litteratursøkningen er konsentrert om artikler, bøker (og andre skriftlige fagkilder) fra årene 1996-2007. Databasene som er brukt i første omgang Amed, Cinahl, Embase, Ovid Medline, PsycINFO. Disse databasene er engelske referanse databaser innen sykepleie og beslektede områder og de inneholder mye kvalitativ forskning og oppdateres jevnlig.

Søkeord	Treff
gambling and community health services	5 treff.
gambling and social support	36 treff.
gambling and psychiatric care	17 treff
Gambling addiction	128 treff
Gambling and treatment	1726 treff
Gambling addiction and treatment	45 treff
Psychological treatment methods	73 treff
Psychological treatment methods and gambling and addiction	35 treff her gjelder søk kun Psyc INFO
Spilleavhengighet og behandling	3 treff i SveMed+
Spilleavhengighet og behandling	7 treff i Norart
Gambling og treatment og slot machine	35 treff i bl.a Science Direct

Det ble gjort søk i de tradisjonelle databasene med søkeordene gambling and treatment, dette fikk 1726 treff. Det er søkt på søkeordene gambling-addiction og treatment som fikk 45 treff i de tradisjonelle databasene. Søk med søkeordene psychological treatment methods and gambling and addiciton og fikk 35 treff i Psyc INFO. I de andre databasene kom søket opp med bare noen få treff. Det ble gjort søk i nordiske databaser med søkeordene

spilleavhengighet og behandling og fikk 3 og 7 treff noe som viser at feltet er ikke gransket i stor grad enda.

Det er også gjort søk i (SveMed+ og Norart) med søkeordene spilleavhengighet og behandling. Resultatet var i alt 10 relevante treff, men mange av artiklene er funnet i de andre baser før, og mange av artiklene var publisert før 1996. Det var utenfor mine inklusjonskriterier for utvalg av artikler og derfor ble de artiklene ekskludert. SveMed + er svensk database med referanse til skandinaviske og engelske artikler innen medisin og helsefag. Norart har referanser til artikler i et utvalg norske tidsskrifter innen alle fagområder, men lite forskningsartikler.

Det er gjort litteratur søk i BibsysMIME med søkeord gambling, treatment, slot machine med 35 treff i engelsk språklige databaser som Science direct. Disse databaser omhandler medisinsk forskning. I denne søkeprosessen ble det opplyst fra bibliotekets side at dette var en betaversjon (testversjon), og i hvilken grad BibsysMIME da søker optimalt har jeg ikke mulighet til å vurdere. Men BibsysMIME søker på svært mange databaser, og jeg valgte å bruke denne nettopp av den grunn.

I og med at det finnes noen internasjonale oversiktsartikler om forskning på spilleavhengighet og studier på området, har jeg valgt å trekke fram noen av disse artiklene, studiene og litteratur fra Norden. Denne forskningen viser hva forskere og terapeuter har funnet ut og hva de er opptatt av i behandlingen av pasienter med spilleavhengighet.

Få av disse artiklene var relatert til psykisk helse, men omhandler spilleavhengighet i patologisk betydning sammen med rusmisbruk og hjemløshet. Psychological treatment methods går ut på behandling av spilleavhengighet, men mye av litteraturen omtaler spilleavhengighet sammen med rusmisbruk og andre psykiatriske lidelser som angst og depresjon. Jeg fant noen artikler som tar for seg behandling av spilleavhengighet som lidelse. I søk med søkeordene gambling og addiction kommer de fleste artikler fra Australia og Amerika. De tar for seg dobbelt diagnose psykiatri og spilleavhengighet og beskriver behandling til denne pasientgruppen. Mye av utenlandsk forskning i Amerika og Australia omhandler hjemløse, alkoholiserter mennesker eller grupper som gambler for å skaffe seg

pengar. Forskningen beskriver også at menneskene har flere psykiatriske diagnoser i tillegg til spilleavhengighet. Det kan være obsessiv-kompulsiv lidelse, bipolar lidelse, personlighetsforstyrrelser, angst og depresjon.

Referanselister i reviewer og andre publikasjoner viser seg også som gode kilder for å finne nye publikasjoner som kunne være anvendelige i oppgaven. Flere av publikasjonene som er valgt i denne oppgaven viser seg å være en del av både reviewer og andre publikasjoner.

I tillegg har jeg foretatt manuelle søk i bibliotek, lest referanselister i faglitteraturen og innhentet kunnskap som ressursperson Gyllstrøm har gitt meg.

I nordisk sammenheng er bare svenske og norske publikasjoner representert i mitt søkeresultat. Publikasjoner fra de andre nordiske land belyser i liten grad tema som denne undersøkelsen tar for seg. Engelske forskere har markert seg i forskningen og det tilskrives at de har den lengste faglige og akademiske tradisjon innen gambling og psychological treatment methods. På grunnlag av abstractene valgte jeg ut artikler/kilder som særlig belyste sentrale tema i behandling av spilleavhengige i Norden. Jeg har lest cirka 100-150 abstracter og valgt ut 37 artikler relatert til spilleavhengighet og behandling tilstanden. Jeg valgte ut 8 bøker på bakgrunn av råd og tips fra forelesere, referanselister og ressursperson Gyllstrøm for å belyse spilleavhengighet og behandling av denne lidelsen. Litteratur og artikler fra Norden er interessante, fordi overføringsverdien til kommunehelsetjenesten er viktig for utvikling og forbedring av behandling av spilleavhengige. Artikkene ble lest i sin helhet, deretter analysert og gruppert/kategorisert. Likedan med bøkene for å supplere og fylle inn med teori og opplysninger. I analyse av artikkene viser det seg at forfatterene refererer til mye av de samme navn eller hverandre. Det viser at fagfeltet er lite, men mye av forskningen på fagfeltet er god og videre forskning kan utfylle de felt som i dag er mangelfulle.

2.1 Metodisk kritikk

Resymeformen er valgt i denne oversikten. Metoden gjør det mulig for leseren å få en oversikt om tema og innhold i en lang rekke publikasjoner som ellers ville ta mye tid å få tak i, lese og få oversikt over. Om leseren er interessert i temaet som er relevante for overføring til praksis eller for planlegging av egne forskningsprosjekt, vil resymet gi tips og spore artikler som er relevante å lese i sin helhet (jamfør Kirkevold 1996). Det kritisk-analytiske

blikket er ment å skulle gi leseren en utvidet mulighet til å vurdere hvilke publikasjoner som kan være av interesse å lese i sin helhet.

Kritisk blikk tar for seg artiklene og ser på hvilke metode som brukes og om metoden gir svar på spørsmålet som skal besvares i forskningen. Det kritiske blikk ser også etter gyldighet og betydning metoden har for svaret som undersøkelsen gir. Dette vurderes også som et relevant og utfyllende bidrag til resymeformen (Krogh Kongshavn, 2005). Kritisk analyse innebærer at det kommer fram forslag til nye muligheter å se og løse problemer, noe som ikke blir gjort i denne oppgaven. Det er vanskelig for en novise i fagfeltet å komme med nye forslag til endringer i behandling av spilleavhengige når en holder på lære seg verktøyet. Det har ikke vært realistisk eller et mål og presentere en komplett kunnskapsoversikt på dette området. Språklig begrensning og utilstrekkelighet umuliggjør et fullstendig litteratur-søk, noe som ikke utelukker sannsynligheten for at det finnes undersøkelser og andre bidrag som kunne belyst tema i denne mastergradsavhandlingen ytterligere (Polit & Beck, 2005).

Litteraturreview er en tidkrevende form som fordrer at en sjekker kilder og data for å sikre at det er gjort tilstrekkelig søk og funn av artikler og litteratur. Tidsbegrensning gjør sitt til at dette kanskje ikke oppfylles tilstrekkelig, men med mer tid kunne en gjort flere søk og sjekket kilder i større grad (Friis & Vaglum, 2002). I denne studien brukes metoden på en måte som gjør at framstillingen av de enkelte publikasjoner forsøkes gjennomføres i tilnærmet samme form. Den frie resymeformen kan gjøre det vanskelig for leseren å sammenligne artiklene og vurdere holdbarheten i kunnskapsgrunnlag og funn. Om hensikten hadde vært slik, måtte oversikten vært gjennomført med en annen metode, for eksempel som kritisk analyse eller synopsis. Da ville kravet til utvalg av publikasjoner vært strengere, for eksempel vitenskapelige artikler knyttet til spesielle behandlingsformer av spilleavhengighet (Kim, 2000). Jeg har laget en oversikt som tar for seg behandling av spilleavhengighet og mulighet for å overføre dette til klinisk virksomhet ute i feltarbeid, metode og forslag til fortsatt forskning (se vedlegg). Tabellen er en oversikt over de utvalgte artikler og bøker som er brukt i oppgaven.

Jeg har valgt ut 37 artikler og 8 bøker i denne reviewen. Artiklene vurderes å være av god kvalitet, artiklene beskriver metoden godt, samt at behandling vurderes ha overføringsverdi til

kommunalt hjelpeapparat. Innholdet i artiklene opplyser og utvider leserens forståelse av spilleavhengighet, muligheter å forstå og behandle lidelsen på. De beskriver også hva som kan være fallgruvene pasientene og terapeuten kan komme oppi gjennom behandlingsopplegg. Når artikler er valgt ut er dette gjort på grunnlag av inklusjonskriterier som er voksne spilleavhengige som spiller på automater, men en utvelgelsesprosess fri fra bias kan ikke utelukkes. Et annet spørsmål er også om mine forskningsspørsmål er gode nok til å fange inn det jeg ønsker å belyse i denne kunnskapsoversikten. Det er også et spørsmål om søkeordene er som er benyttet er gode nok, ut fra det som tidligere er sagt om ulik språkforståelse og anvendelse. Det kan synes logisk å tenke at et rent engelskspråklig søk burde være dekkende med tanke på viktige publikasjoner.

Sikkerhet i metoden er samtaler med veileder, fagfolk og antall treff på de søkeord en har valgt. Antall treff viser at det er ikke gjort mye forskning på fagfeltet, men tilstrekkelig forskning for å få gode funn ut av materialet og som gir gode svar på forskningsspørsmålene. Den evidensbaserte tilnæringsmåte har kvantitative undersøkelser med doubleblind undersøkelser som kjennetegn. Flere artikler i utvalget har denne framstillingen av data, og det gjelder alle kategorier som er brukt i undersøkelsen (Friis & Vaglum, 2002). Erfaringsbasert forskning er erfaring klinikerer etter hvert utvikler gjennom sitt praktiske, kliniske arbeid, gjennom sin mottatte veiledning og gjennom sitt arbeid med eldre kolleger. Dette er en viktig form for kunnskap, men den er ikke nødvendigvis vitenskapelig basert. Undersøkelsen kan være planlagt med henblikk på å teste følgene av teori eller utvikle en empirisk fundert teori gjennom observasjoner og intervjuer (Polit & Beck, 2005). Validering er ikke bare en enegyldig verifisering eller produktkontroll, men den bygges inn i selve forskningsprosessen. Det foretas kontinuerlige kontroller av funnenes tilforlathet, sannsynlighet og troverdighet. Analyse av kildene til potensielle skjevheter som kan ugyldiggjøre kvalitative observasjoner og tolkninger. Det viser seg at det er mulig å formulere teorier som er basert på empiriske intervjuer. Det gjenstår å se om den kan bidra med viktig kunnskap om menneskets situasjon (Kvale, 2001). Fenomenologien kommer inn i det kliniske møtet mellom terapeut og pasienten. Det oppstår en interaksjon der terapeuten tar inn det pasienten har å fortelle om sin situasjon og han som hjelper skal forstå pasienten ut fra hans ståsted. Det er avgjørende at terapeuten er bevisst egne holdninger til problemet og kommuniserer dette på en nøytral måte. Kroppsspråk og tale hos terapeuten bør være

samkjørt, slik at det ikke oppstår dobbeltkommunikasjon som forvirrer pasienten. Pasienten søker hjelp og veiledning for sin usikkerhet og møte med tospråklighet fra terapeutenes side kan forverre hans opplevelse av meningssammenheng (Thornquist, 2003).

Hensikten med oppgaven er å gi en oversikt over behandling for spilleavhengighet. Resymeformen er vurdert som mest hensiktsmessig i oppgaven da leseren får en sammenfatning av et utvalg artikler som det vil ta tid å lese. Svakheten med en slik framstilling er at selve oppsettet blir preget av forfatterens subjektive vurdering av hva som er nødvendig å ta med og hvor grundige resymeene skal være. Kvalitet og nytteverdien av rapporten vil være avhengig av forfatterens faglige oversikt. Lesing av resymet må skje med kritiske øyne, og med leserens egen fagoversikt og erfaring som et validitets kriterium. (Hedelin, Severinsson & Hummelvoll, 2003). Det finnes andre tilnærminger for å finne data om problemstillingen, for eksempel kvantitativ metode som spørreskjema og kvalitative intervju, men etter råd fra veileder fant vi det ikke nødvendig å beskrive dette nærmere i denne oppgaven. Mastergradsavhandlingen er også skrevet på forholdsvis kort tid, noe som begrenser muligheten for å gjøre flere litteratursøk underveis i søkeprosessen. Det er gitt råd om kontrolløk på litteratur og eventuelt nye søkeord som har relevans for problemstillingen, men tidspress gjør sitt til at dette ikke kan prioriteres, selv om det kanskje kunne gitt mer litteraturtilfang for oppgaven. Tiden begrenser også mulighet for dypere faglig refleksjon og integrasjon i materialet (Krogh Kongshavn, 2005).

3.0 Analyse av data

I denne delen vil gjennomgangen av forskningslitteratur som var publisert 1996-2007 bli analysert og beskrevet. Etter gjennomgang og analyse har følgende sentrale tema framstått i materialet:

1. Behandling av spilleavhengige ut fra medisinsk modell.
2. Behandling av spilleavhengige ut fra kognitive- og atferdsteoretisk modell.
3. Behandling av spilleavhengige ut fra psykodynamisk modell.
4. Ønsker for videreutvikling av behandlingstilbudet for spilleavhengige.

For å få kunnskap om de ulike tema har jeg brukt litteratur som beskriver undersøkelser der kvalitative og kvantitative metoder er brukt og det finnes oversiktsartikler om emnet og artikler som diskuterer og problematiserer tema. De ulike tema presenteres nøytralt i

oppgaven. Framstilling av artiklene og litteratur av kildenes sentrale spørsmål, metoder og forslag til videre forskning presenteres i vedlegg.

3.1 Medisinsk modell

Den medisinske modell forstår spilleavhengighet som en tilstand der sykdommen er forårsaket av en fysiologisk predisposisjon. Antagelsen er at sykdommen utvikles gradvis gjennom stadier med karakteristiske symptomer som er utenfor pasientens bevisste kontroll. Avhengigheten er en tvangspreget handling; som en impulskontrollforstyrrelse som må behandles. Ut fra sykdomsperspektivet må spilleavhengigheten behandles med metoder som passer for sykdom (Hansen, 2005). Kritikken mot denne sykdomsmodellen innebærer at en kategoriserer pasienter med spilleavhengighet som syke - noe som kan frata dem ansvaret for egen atferd og for egen bedring (Raylu & Oei, 2002).

3.1.1 Medisinsk behandling

Innunder medisinsk behandling kommer opphold i institusjon, ofte med tilleggsbehandling med medikamenter som bedrer tilleggsykdommer i form psykiske lidelser. Institusjonene driver ofte behandling ut fra 12-trinn i Minnesotamodellen og oppfølging etter utskrivelse i selvhjelpsgrupper i Anonyme Gamblere sin regi og de har tilbud til familien til spilleavhengige også (Toneatto & Ladouceur, 2003).

I Norge finnes det per i dag flere institusjoner som driver heldøgnsbehandling av spilleavhengighet: Borgestadklinikken i Østfold og Renåvangen i Hedmark. Angående Renåvangen så har de gått mer over til behandling av alkoholisme og pillemisbruk. Lengre tids innleggelse vil særlig være aktuelt der spilleproblemet er kombinert med andre psykiske lidelser (Fekjær, 2002). Institusjonene jobber ut fra Minnesotamodellen, som er en medisinsk modell der de behandler mennesket for en sykdom som han skal bli kvitt (Ortiz, 2006). Pasienter er innlagt i 14 til 28 dager med timeplan som inneholder skolering, diskusjon, atferdstreningsgrupper og konstruktive aktiviteter i sin øvelse, stressreduksjon og yrkesmessig terapi (Doehnert, 2003). Slik intervensjon bidrar til at pasienten får hjelp for psykisk lidelse, starter behandling for å redusere spillingen, familien blir koblet inn for å få informasjon om hvordan de kan hjelpe pasienten å holde ut behandling og motstå tilbakefall etter utskrivelse.

Pasienten får også hjelp til å planlegge hvordan han skal komme tilbake til arbeid og få ordnet opp i gjeldsproblematikk (Ortiz, 2006).

I og med at Norge har få døgnplasser for behandling av spilleavhengige er frafallet lite. Sverige skiller seg fra Norge og Danmark da de har tradisjon for behandling i døgninstitusjon over lengre tid, men de har hatt senter for korttids gruppeterapi for spilleavhengige siden 2001 i Stockholm, Gøteborg og Malmø. Det bidrar til at terapeutene har lang erfaring i behandling av spilleavhengige i institusjon og studier som finnes har informasjon som gjelder for lengre perioder enn de andre skandinaviske land (Hansen, 2005).

Det er to artikler (Hansen, 2005; Doehnert, 2005) og en bok (Fekjær, 2005) som omtaler behandling i institusjon. Hansen sin artikkel har en grundig redegjørelse for behandling, men behandlingsformen er ikke brukt over lang tid og det er et fåtall pasienter som tilbys institusjonsbehandling, fordi det finnes få plasser. Det er ikke redegjort for om disse pasienter har tilbakefall eller hvor mange som holder seg spillefrie. Artiklene og boken sier at pasientene behandles for underliggende psykisk lidelse, men om spilleavhengigheten kommer som en følge av dette er ikke klarlagt.

I behandling av spilleavhengige viser studier at medikamenter som et supplement til annen behandling kan ha god effekt. Ideologien ved behandlingen er at pasienten har symptomer som kan tas bort med medisiner og pasienten blir bedre av tilstanden eller frisk. Medisiner kan ta bort eller dempe impulser som, ved spilleavhengighet, kan være sterke og lite kontrollerbare. Ofte har spilleavhengige tilleggssykdommer som impulskontrollforstyrrelser, angst og depresjon. Medikamenter kan også dempe angst og uro som pasienter sliter med og kanskje føre til at de spiller for å komme unna ubehaget. Personlighetstrekk som impulsivitet og behov som nærliggende faktorer ved spilleavhengighet. Frontallappene er sentrale med hensyn til planlegging av atferd, beslutningstaking og impulskontroll. Derfor har det vært hevdet at spilleavhengighet og andre typer impulskontroll forstyrrelser er knyttet til svikt i frontallappsfunksjoner (Blaszczynski et.al, 1998).

Behandling med medikamenter kan gå på avhengigheten generelt eller å dempe symptomer slik at pasienter kan nyttegjøre seg annen behandling for å bli kvitt lidelsen (Tamminga &

Nestler, 2006). Mange pasienter med spilleavhengighet har andre psykiske lidelser i tillegg; obsessiv-kompulsiv lidelse, bipolar lidelse, angstlidelser, depresjon, misbruk av alkohol og narkotiske stoffer (Toneatto & Ladouceur, 2003; Dell'Osso et.al, 2005). Samlet sett indikerer studiene på feltet at psykofarmaka ved spilleavhengighet kan være indisert, men mer forskning på området må til for å kunne dokumentere effekt (Pallesen et.al, 2006).

Studier med bruk av moderne medikamenter for angst og depresjon (SSRI-preparater) viser ikke sikkert at det er medikamentene som gjør at pasienten viser bedring med henblikk på impulsivitet og håndtering av denne. Behandling foregår ofte sammen med andre terapiformer, slik at mer forskning må til for å sikre funn (Pallanti, 2005; Toneatto & Ladouceur, 2003; Korman et.al, 2006).

Grunnlaget for bruk av SSRI-preparater i behandlingen av spilleavhengighet er studier der man har påvist lavere nivåer av serotonin i sentralnervesystemet hos spilleavhengige. Preparatet virker slik at pasienten får økt utskillelse av serotonin i hjernen og tilstanden bedres. Ofte har pasienten også depressive lidelser og preparatet bedrer tilstanden og dermed blir pasienten bedre i stand til å ta beslutninger, som kanskje innebærer at han holder seg unna spill. Slike midler er også virkningsfulle ved tvangslidelser, der det er noen overlappende trekk med spilleavhengighet, som tvangspreg og mangel på kontroll (Pallesen et.al, 2006; Walker et.al, 2006). Behandling med SSRI preparater av spilleavhengige med depresjoner er vanlig. Det viktig å behandle depresjonen da dette kan bidra til at pasienten spiller mindre for å flykte unna nedstemtheten (Petry & Armentano, 1999). SSRI-preparater viser seg å senke gamblingrelaterte tanker og handlinger, dermed klarer pasienten å motstå trangen til å spille på automatene (Doehnert, 2003; Walker et.al, 2006).

En britisk studie viser at behandling med SSRI har vist positive resultater i behandling av spilleavhengige pasienter, men framtidige undersøkelser må evaluere effekten bedre. Behandlingen med SSRI preparater har vært effektive ved høyere doser enn dem som tradisjonelt blir brukt ved behandling av depresjon og lik dem som tradisjonelt blir brukt ved tvangslidelser (George & Murali, 2005, Petry & Armentano, 1999).

En amerikansk studie viser at SSRI-preparater er effektive i behandling av impulsivitet, og det indikerer dysfunksjon i serotoninutskillelsen i hjernen. Farmakologisk behandling av spilleavhengige konsentrerer seg om symptomer som trang til å spille eller depressive symptomer (Dell`Osso, 2005). Symptombildet indikerer at pasienten har depresjon og medikamentet bedrer symptomene slik at pasienten klarer å motstå tanker som bidrar til flukt fra problemene. I praksis kan dette da føre til at han ville spille om han ikke brukte preparatet som frigir serotonin i hjernen. Studien sier ikke noe om hvor store doser pasienten fikk i behandlingen (Molde et.al, 2004).

12 studier beskrev SSRI preparater og de viser gode resultater, metoden som gjennomgående brukes er kvantitative studier med placebostudier, ofte foregår studiene over kort periode og antall deltagere er for få til å få sikre funn i undersøkelsene. Artikkene kritiserer også at resultatene er gode, men det er gjort for lite forskning til å kunne si sikkert om dette er en god behandling på sikt. I praksis blir det primærlegen og spesialisthelsetjenesten som skal ta seg av pasientene i medisinsk sammenheng (Palleesen et.al, 2006).

Forskning viser at behandling for stoffavhengighet og alkoholisme har god virkning på pasienter med spilleavhengighet. Ideologien om at pasienten har en sykdom som kan behandles og fjernes ligger bak denne behandlingsformen. En amerikansk studie behandlet en gruppe spilleavhengige med et preparat kalt Nalmefene, en dopaminantagonist. Misbruk øker tap av dopamin i hjernen og ved å tilføre stoffet vil avhengigheten avta. Senteret for gamblingatferd sitter i samme område som medisinen virker og tar bort det sterke suget etter å spille (Tamminga & Nestler, 2006). Nalmefene har bedre toleranse hos pasientene enn Naltrexon (Dell`Osso, 2005). Dopaminpreparater ser ut til å ha effekt på utøvende atferd for spilleavhengige. Opiatantagonister benyttes i behandling av spilleavhengige fordi det påvirker det man omtaler som "hjernens belønningssystem". Lystopplevelser og psykoaffektive stoffer, som for eksempel kokain og amfetamin, har vist seg å være relatert til dopaminfrisetting fra områder i hjernen og gi økt dopaminnivå der. Medikamentet Naltrekson griper inn i dette ved å øke frisettingen av en spesiell aminosyre i hjernen og reduserer nivå av dopamin (Petry & Armentano, 1999). Belønning opplevd ved spilling antas således å bli redusert ved bruk av Naltrekson og det har vært rapportert om bedring hos pasientene i to norske studier som er gjort og amerikanske og britiske studier understøtter dette (Palleesen et.al, 2006; Walker et.al,

2006; George & Murali, 2005). Preparatet Naltrexon er brukt i Norge og Norden med samme navn (Pallesen et.al, 2006). Det er rapportert om bivirkninger hos pasienter i undersøkelsene som nedsatt libido, kvalme og munntørrehet (Toneatto & Ladouceur, 2003). En amerikansk undersøkelse viser at Naltrexon er et preparat som er effektiv i behandling av spilleavhengighet. Det virker spesielt dempende på belønning, lyst og innskytelse. Studien sier at det kan argumenteres for at medikamentet har spesielt god virkning på kjernesymptomet innskytelse og er hovedmålet i behandling (Dell`Osso, 2005; Korman et.al, 2006). Undersøkelser viser sammenligning mellom euforisk tilstand hos gamblere og kokainmisbrukeres følelse av god rus. Dette mener forskere kommer av at pasientene har økt dopamin innhold i hjernen og det tilsier at medikamentell behandling kan ha effekt på denne pasient gruppen. Ved opiatantagonistbehandling (Naltrexone) er det også blitt brukt høyere doser enn i vanlig behandling av alkohol- eller opiatavhengighet (Potenza et.al, 2002). Det er identifisert sammenheng mellom depresjon, alkohol og narkotikamisbruk som kan øke risiko for å utvikle spilleavhengighet. En ser også høyere forekomst av selvmord og selvmordforsøk hos pasienter med spilleavhengighet. Behandling med dopaminantagonister understøtter at pasienter viser bedring av spilleavhengighet. En undersøkelse viser at raten ligger på 17-24 % hos spilleavhengige i Las Vegas, Nevada og Atlantic City (Doehnert, 2003).

Bruken av stemningsstabilisatorer i behandlingen av spilleavhengighet har vært basert på en antagelse om at impulsiviteten man ser ved maniske tilstander har samme nevro-biologiske basis som spilleavhengiges trang til å spille (Pallesen et.al, 2006). Lithium har vist seg å hjelpe til å stabilisere stemningsleie og minske gambling blant pasienter med bipolar lidelse og spilleavhengighet, men studiene viser at det er viktig å diagnostisere pasienter med henblikk på om de har bipolar lidelse i bunnen. Ved å tilføre stemningsstabilisator, vil pasienten bedre bli i stand til å kontrollere impulsiviteten som kjennetegner bipolar sykdom, og dermed være i stand til å kontrollere lysten til å spille (Doehnert, 2003; George & Murali, 2005; Dell`Osso, 2005).

Det er naturlig å komme tilbake til institusjonsbehandling av spilleavhengige og metodene som brukes her. Minnesotamodellen er det amerikanske navnet på 12-trinnsmodellen og Anonyme Gamblere har laget sin modell etter malen til Anonyme Alkoholikere. Den involverer kognitive elementer og framdrift i sekvenser. Modellen tilbyr basis for en ny

effektiv struktur i dagliglivet og pasienten kan gradvis tilegne seg metoden. Tenkningen bygger på at pasienten har en sykdom og behandling kan kurere han fra denne sykdommen. Frafall fra behandling ligger på 75-90 % i løpet av det første året, men bare 8 % det andre året om de holder ut (Doehnert, 2003).

En kanadisk undersøkelse sammenlignet spilleavhengige og alkoholikere. De spilleavhengige var oftest gifte, hadde fulltids jobb, hadde høyere utdanning og god inntekt og de eide eget hus. Alkoholikere var ugifte, hadde lite formalutdanning og/eller arbeidsløse med lav inntekt. Det var også høyere andel kvinner i dette utvalget. De spilleavhengige pasientene hadde høyere alder; snitt på 38 år. Familiehistorie på gambling ble kartlagt og fedre hadde gamblet for mye i flere tilfeller enn at mor hadde vært spilleavhengig (Wiebe & Cox, 2001). Det var lite misbruk av alkohol i utvalget spilleavhengige og det indikerer at alkoholproblemer og spilleavhengighet ikke er sammenfallende problemer. De bør behandles som to forskjellige avhengighetsformer. Funnene bør reflektere styrken på avhengigheten og tilgjengelighet for å utøve den. I utvalget deltok pasienter, som hovedsakelig var i alderen 35 til 44 år, og en del røykte sigaretter. Pasienter med spilleavhengighet er en velfungerende gruppe og de bør ikke bli presentert for avhengighetsbehandling med mindre de skal behandles for sin spilleavhengighet (Wiebe & Cox, 2001).

Etter behandling i institusjon er det viktig med oppfølging og videre trening i hjemme miljøet. Selvhjelpsgrupper ble startet sist på 1950-tallet i Amerika og har tatt opp Minnesotamodellen med 12-trinnsprogrammet i sitt behandlingsopplegg. Det har siden oppstarten vært et av de mest vellykkede behandlingstilbud for pasienter med spilleavhengighet (George & Murali, 2005; Petry, 2002). I de senere år har kvinner kommet mer inn i selvhjelpsgruppene og dette fører til et kulturelt skifte mot et større aksept for 12-trinnsprogrammet og en mer støttende holding til pasienter i rehabilitering for sin avhengighet. Kvinner har ofte spilt lenge og fått store problemer på grunn av spillingen. De vegrer seg for å søke hjelp og trenger lang oppfølging når de får behandling. Pasienter som går i 12-trinnsbehandling er mer opptatt av å komme ut av avhengigheten og at de trenger tid til å løse problemene gradvis (Korman et.al, 2006).

Selvhjelpsgrupper har hatt tilbud til spilleavhengige før institusjonene startet terapi for sykdommen spilleavhengighet. Dette gjelder både Danmark, Sverige og Norge. I Sverige har en annen type selvhjelpsgruppe utviklet seg over siste 20 år, Spelberoendes Riksforbund, de har støttegrupper for spilleavhengige over hele landet (Hansen, 2005). Selvhjelpsgrupper er av de mest populære terapiformer. Det er over 1000 registrerte grupper bare i Amerika. Terapeuter rapporterer om at frafallsraten fra behandling er høy, spesielt ved oppstart av behandling, inntil 30-50 % faller fra. Et mindretall får og beholder avholdenhet fra spill gjennom deltagelse i selvhjelpsgrupper (Petry & Armentano, 1999; Lopez Viets, 1998). Frafall er høyere for pasienter som behandles poliklinisk kontra innlagte pasienter. Undersøkelser viser at pasienter som fullfører behandling er de med minst komplekse problem, godt nettverk, arbeid og høy motivasjon for behandling. Spilleavhengighet er i undersøkelser klassifisert som en lidelse det er gode behandlingsmuligheter for (Petry & Armentano, 1999).

Tilbakemelding fra pasienter er at de behandles med forståelse for sin lidelse og gruppeterapi hjelper de til større forståelse om problemet og hvordan de kan komme ut av uføret. De møter andre med samme problem og de har en felles forståelse og trøst i hverandre. Gjenkjennelse er en viktig faktor i behandling, de føler seg lite akseptert i samfunnet og de må forklare seg for andre hele tiden. I gruppen kan de være seg selv. Noen pasienter ønsker at familien skal inkluderes i behandlingen (Hansen, 2005; Wulfert & Blanchard, 2003).

Oppfølgingsgrupper har ukentlige møter som støtter opp om pasienten og hjelper han å øve på sin nye livssituasjon og holde ut i trangen til å spille. Det rapporteres om at 30-70 % fullfører behandling med oppfølgingsgrupper og 20-50 % ikke har spilt et år etter ferdig behandling. Grunner til at pasienter spiller mindre er ofte at de har bedret livskvalitet og har lært nye måter å tenke på i forhold til spill og løser problemer på andre måter (Walker et.al, 2006).

Britisk undersøkelse viser at Anonyme Gamblere sine selvhjelpsgrupper har medisinsk modell som behandlingssyn og målet med selvhjelpsgrupper er totalt avhold fra spill. De er fundert på 12-trinns behandlingsprogram som hjørnesteinen i behandlingen. Det er 7,5 % som er spillefrie etter ett år da oppfølgingsstudien foreligger (George & Murali, 2005).

En amerikansk studie viser at etter behandling og oppfølging i selvhjelpsgrupper er pasientene bedre psykososialt fungerende, de har minsket spille gjelden, har færre venner som er gamblere og har mindre økonomiske problemer. Kognitiv atferds terapi viser seg å være bedre enn ingen terapi. Det er ikke indikasjoner for at spilleavhengighet skal langtidsbehandles over år (Stinchfield & Winters, 2003; Toneatto & Ladouceur, 2003). Amerikanske undersøkelser viser at gruppeterapi kan være en svakhet i intervensjon (Toneatto & Ladouceur, 2003).

Familier som deltar i behandling og oppfølging forteller om problemer i relasjoner som har bakgrunn i spillingen og deltagelse av familien hjelper pasienten å holde ut i behandlingen. Risikosituasjoner som kjedsomhet, ensomhet og stress kan lede pasienten til å spille, så en del av behandlingen innbefatter å lære seg måter å håndtere disse situasjoner på (Doehnert, 2003). De har ukentlige møter og følger 12-trinns program, lignende den Anonyme Alkoholikere bruker. Mange familiemedlemmer finner behandlingen meningsfull og derfor synes at det hjelper for pasienten. Metoden er ikke veldokumentert med tanke på langtidsvirkning og hvor gode muligheter for å delta i gruppe er i nærområdet (Larimer et.al, 2006; Petry, 2002; Petry & Armentano, 1999).

3.2 Kognitiv- og atferdsteoretisk modell

Kognitiv- og atferdsteoretisk modell og behandlingsform er to forskjellige retninger som brukes sammen eller hver for seg. I denne avhandlingen blir de omtalt under ett da forskningen viser at behandlingsformene brukes sammen i mange tilfeller. Kognitiv- og atferdsteoretisk behandling har også flere underkategorier som er beskrevet i artiklene, det er behandling individuelt eller i grupper, selvhjelpsmanualer, motiverende intervju, minnefokusering og endringsfokuseret rådgivning. Disse tilnærmingene har glidende overganger og kan brukes flere sammen og beskrives under denne kategorien. Kognitiv- og atferdsteoretisk behandling er den største kategorien i utvalget, men for å ha en logisk oppbygning i analysen velges å beskrive denne kategori etter medisinsk modell.

3.2.1 Atferdsteoretisk behandling

Atferdsteoretisk modell ser på spilleavhengighet som en lært atferd, motivert og forsterket av den kontekst og de personlige erfaringer spilleren sitter inne med. Forsterkningen kan være av økonomisk art, men den kan også innebære økt aktivering og en opplevelse av spenning eller

tar bort vonde tanker og problemer i hverdagen (Hansen, 2005). Herunder kommer atferdsteoretisk behandling med undergrupper som endringsfokuset rådgivning og motiverende samtaler.

I et behandlingsperspektiv er arbeid med ambivalens et kjernepunkt i atferdsendring. Pasienten ønsker å slippe de negative konsekvensene atferden fører med seg, men ønsker samtidig å beholde den positive funksjon atferden har. Dette gjør det vanskelig å foreta en forpliktende beslutning om endring. Behandlingsintervensjoner basert på prinsippene til for eksempel endringsfokuset rådgivning og motiverende samtaler er velkjent fra behandling av misbruksproblemer (Barth et.al, 2001). Tilsvarende perspektiv omfatter også forebygging av tilbakefall. Her tar man sikte på å identifisere risikosituasjoner samtidig som man arbeider med å finne alternativer til problematferden. Målet er å integrere mestringsadferd i dagliglivet (Molde et.al, 2004).

Endringsfokuset rådgivning bidrar til endring av motivasjon, forpliktende beslutningstaking, tilgang på effektive framgangsmåter og tiltro til egen evne til å sette endringsplanene ut i livet ("self-efficacy"). Sannsynligheten for atferdsendring øker dersom klienten deltar på en konstruktiv måte i behandlingssamtalen, operasjonalisert som "endringsfokusede ytringer" (Prescott et.al, 2003). Dette er klientytringer om hvorfor endring er ønskelig eller nødvendig, hvordan endringen skal skje, når den skal skje og hvilken tiltro man har til å gjennomføre den konkrete endringen. Behandler styrer samtalen gjennom selektiv forsterking av endringsfokusede ytringer og gjennom å begrense omfanget av mindre konstruktiv og de motiverende aktivitet i samtalen. Behandler benytter stadiemodellen for planlagt endring som rettesnor for hensiktsmessig valg av type intervensjon og tidspunkt for å gjennomføre den (Skjerve & Prescott, 2005).

Motiverende intervju er muligens "the missing link" for å få spilleavhengige i behandling og motivere han for å gjennomgå prosess slik at han blir spillefri. Motiverende intervju er i seg selv utilstrekkelig for å oppnå en varig endring for overdreven spilleavhengighet. Intervjuet kan oppdage viktig informasjon om pasientens bakgrunn og spillehistorie. Det kan motivere pasienten for å nå to mål; bygge motivasjon og styrke for å fullføre forandring ved å bruke de

fem basisprinsipper i motiverende intervju. Det er å uttrykke empati, utvikle uoverensstemmelse, unngå argumentasjon, holde ut motstand og støtte selv oppholdelsesdrift. Terapeuten utarbeider en realistisk behandlingsplan med målsetting for behandling sammen med pasienten. Pasienten har gjennom behandlingsplanen mulighet til å velge og fortsette forandringsprosessen som fører til at han kommer ut av spilleavhengigheten. Det er viktig meg god og åpen dialog på hvilke mål som nåes, hvilke som ikke blir nådd og hva som er hindringen for å komme videre. Behandlingsplanen har mål om spillepause, fordi pasienten ofte har motstand mot å sette slutt for spill som mål tidlig i behandlingen. Tilbakefallsprosenten er større hos pasienter som tror at de blir friske uten tilbakefall enn hos pasienter som skal ha spillepause. For å endre atferd må pasienten trinnvis gå gjennom de ulike faser for å bli klar over hvilke endringer som må gjøres. Pasienten må lære forskjell på risikosituasjoner og faktorer som trigger gamblingatferden. Tankemønstrene omkring spill og spillesituasjon må også analyseres og endres (Wulfert & Blanchard, 2003). Gambleren må også lære forskjellen på vinnerlykke og tilfeldigheter. Hjemmelekse mellom behandlingstimene er en viktig del av terapien og dette holder i gang endringsprosessen gjennom at pasienten må tenke over og endre sine innlærte mønstre i nye tankerekker. En øvelse er å avdekke irrasjonelle tanker og analysere og sette inn i sammenheng med rasjonell tenkning. Gjennom slik øvelse vil pasientens ønske om å spille dempes. Problemløsning er også en viktig del av behandlingen for de må lære seg at å spille løser ikke noen ting, men en må gå inn i situasjonen, konflikter med familiemedlemmer eller egne problemer (Wulfert & Blanchard, 2003).

3.2.2 Kognitiv atferdsterapeutisk behandling

I denne kategorien innlemmes kognitiv atferdsterapi både individuelt og i grupper, bruk av selvhjelpsmanualer og minnefokusering. I kognitiv atferdsterapi ved spilleavhengighet står utviklingen av selvkontroll eller abstinens sentralt. Psykoedukative tiltak anbefales, og pasientene bør få informasjon om egenskaper ved ulike typer spilleautomater. I arbeidet med kognitive intervensjoner må først feilaktige forestillinger om spilling identifiseres. Pasientene får hjemmeoppgaver som har til formål å identifisere irrasjonelle tanker (Skjerve & Prescott, 2002) og bruke selvobservasjonsskjema for å hjelpe pasientene til å få oversikt over sin spilleatferd (Ladouceur et.al, 2002). Nitid gjennomgang av situasjoner som fører til beslutning om å spille kan gi tilgang til bakenforliggende tanker umiddelbart før, under og etter en spilleepisode. Sentralt i behandlingen er å få innarbeidet en realistisk oppfatning av

sjansebegrepet. Pasienten snakker om kontekst, lokaliteter, personer som var tilstede i spillesituasjonen og andre elementer. Han blir bedt om å snakke om beslutninger de tok, handlinger de foretok og hendelser som fant sted før og under spillsituasjonen (Molde et.al, 2004). Kognitiv atferdsterapi er den behandlingsformen som har vist best resultater i behandling av spilleavhengighet (Viets & Miller, 1997).

En annen viktig behandlingskomponent er problemløsningstrening og sosial ferdighetstrening. Tilbakefallsforebygging er også et viktig element. Tilbakefall kan sees på som et problem som må løses. Pasienten må lære å identifisere risikosituasjoner og grunnen de har for å gå tilbake til spilling. Det er viktig å understreke at det ikke er situasjonen i seg selv som leder til tilbakefall, men hva den fører til av risikotanker. Dette kalles på fagspråket selvsabotasje (Prescott & Børtveit, 2002).

Ladouceur og hans kolleger (Sylvain, Ladouceur & Boisvert, 1997) har dokumentert god effekt av et behandlingsprogram hvor kognitive intervensjoner ble kombinert med problemløsningstrening, sosial ferdighetstrening og forebygging av tilbakefall. I senere studier har Ladouceur og hans kolleger vist at programbasert kognitiv restrukturering og forebygging av tilbakefall kan gi behandlingseffekt både i individuell terapi (Ladouceur et.al, 2001) og i gruppeterapi (Ladouceur et.al, 2003). Pasientene fikk ikke annen behandling mens de deltok i studien, men resultatet viser at pasientene forbedrer patologisk spilleavhengighet, spesielt irrasjonelle tanker og illusjon av kontroll i spillesituasjonen ved hjelp av kognitiv atferdsterapi. Undersøkelsene viser at det er flertall menn som søker hjelp for spilleavhengighet (Ladouceur et.al, 2003). Pasientene minsker høyrisikospilling med kognitiv atferdsterapi og det er et viktig resultat som viser at pasientene blir mer oppmerksomme på sine egne problemer. En sentral komponent i behandlingen er basert på den teoretiske forståelsen av kognisjon og atferd i spill som forklarer betydningen av behandling. Relevans og effekt av kognitive korreksjoner for å behandle spilleavhengighet har blitt demonstrert i den senere tid. Denne korreksjonen av tanker mellom hendelser spiller en avgjørende rolle i behandlingen (Ladouceur et.al, 1997). Det finnes forskning som tilsier at personlighetsforstyrrelser har negativ innvirkning på klinisk respons med kognitiv atferdsterapi hos pasienter med spilleavhengighet. Dette med bakgrunn i at pasientene tenker

mye i "svart/hvitt" og at de ikke vil at andre skal bestemme hvordan de skal opptre (Korman et.al, 2006).

En kanadisk studie med kvantitativ metode; SOGS, viste at gamblingraten var under 5 %, den typiske gambleren var enslige menn, de hadde kognitive feilslutninger og dårlig psykisk helse på grunn av spillingen (Ladouceur, 1999; Doehnert, 2003). SOGS diagnoseverktøy demonstrerer meget god følsomhet og klassifiserer utvalgene (Korman et.al, 2006). Pasienten har stor tro på at sine spilleferdigheter er avgjørende for gevinst, mange tap fører til at en vinner desto mer når lykken slår til. Slike kognitive feilslutninger er kardinaltegn ved spilleavhengighet og muligheter for bedring med kognitiv atferdsterapi er gode (George & Murali, 2005). Unge enslige menn, ofte med minoritetsbakgrunn, bruker dyre spillemaskiner og har store tap på disse som fører til problemer med avhengighet. De har ofte problemer med alkohol- og narkotikamisbruk og er påvirket når de spiller (Doiron & Nicki, 2001; Doehnert, 2003).

Amerikansk studier holder fast ved at kognitiv atferdsterapi i behandling av spilleavhengighet er den mest effektive formen som kan tilbys pasientene per i dag (Wulfert & Blanchard, 2003). Selv om evaluering av behandlingsformen trengs videre, trengs flere kognitive terapeuter for å behandle pasienter som vil søke hjelp for sine problemer (Ladouceur et.al, 2001, Lopez Viets, 1998). Undersøkelser viser at 1,4 - 2,8 % av den amerikanske voksne befolkning har spilleavhengighet, herav 75 % menn (Larimer et.al, 2006; Doehnert, 2003).

En kanadisk studie, pasienter med katolsk bakgrunn, fikk behandling av erfarne kognitive terapeuter. Terapeutene fokuserte på motivasjon for å stoppe spillingen hos pasientene. De noterte på en liste hvilke fordeler de fikk ved å slutte og spille, og hvilke negative effekter det ville føre til. Videre noterte pasientene hvilke behandlingsmål og forventninger de hadde. Kognitiv atferdsterapi i grupper viser seg å minske spilleavhengighet (Ladouceur et.al, 2003).

Medarbeidere i Stiftelsen Bergensklinikkene har utviklet et behandlingsprogram, kalt selvhjelpsmanual, for personer med avhengighet til spilleautomater. Programmet er basert på kognitiv atferdsterapi, med elementer av løsningsfokusert terapi, og endringsfokusert rådgivning. Behandlingen går over seks 2-timers økter med fastsatte temaer for hvert møte

(Skjerve & Prescott, 2005). I Norden er ikke metoden evaluert, men studier fra Amerika viser at den har en positiv effekt. En må anta at effekten vil være den samme i Norge (Berg & Briggs, 2002).

Selvhjelpsmanualer har blitt utviklet både i Norge og Sverige. Den norske manualen er basert på behandlingsprogrammet til Ladouceur et.al (2002). Terapeutene jobber med ideen om at korrigerer av feilslutninger, styrke motivasjonen, beslutningstaking og praktiske mestringsstrategier. Behandlingen skal få pasienten til å løse problemer på andre måter enn å spille, tenke gjennom hva som får han til å gi etter i situasjonen og forebygge tilbakefall (Petry & Armentano, 1999; Toneatto & Ladouceur, 2003). Behandlingen er delt inn i åtte moduler med hjemmearbeid mellom hver samling. Manualen er ment som et redskap for å løse problem for hver enkelt eller som motivasjon for å søke behandling. Det er ikke målt effekten av manualbasert behandling på spilleavhengige, men de tilbyr et teoretisk basert startpunkt som kan utvikle behandling videre (Hansen, 2006; Petry & Armentano, 1999).

Majoriteten av pasienter som søker hjelp er menn mellom 30 og 40 år. Kvinner som søker behandling er eldre, mellom 50 og 60 år og veldig få kvinner fra yngre aldersgrupper søker hjelp for spilleavhengighet (Doehnert, 2003). Både svenske og norske populasjonsundersøkelser (Lund & Nordlund, 2003) viser at det er høyere andel av spilleavhengige blant immigranter med ikke-vestlig bakgrunn enn blant etniske svensker og nordmenn. Det er vist blant pasienter som søker behandling. Flere utfordringer relatert til dette er nevnt. Mennesker i denne kategorien har multiple problem og trenger derfor flere typer behandling også for andre typer mentale lidelser. Språkproblemer kan være et hinder i gruppe terapi, og terapi generelt, på grunn av at terapeuten ikke får fram budskapet og innholdet i behandlingen. Pasienten har ikke utbytte av behandling når innholdet ikke er forståelig eller gir noen mening for han. Mange fremmedspråklige pasienter faller ut av behandling i denne pasientgruppen (Hansen, 2006). Mange terapeuter ser familie og slektninger som viktige samarbeidspartnere i behandlingen av pasienter med spilleavhengighet. De kjenner pasienten godt og kan bistå han i kritiske faser av behandlingen med fare for tilbakefall og varme tanker for spilling (Ortiz, 2006).

Amerikanske studier viser at selvhjelpsmanualer har god effekt på spilleavhengige ved at det reduserer spillingen hos pasienten, de får bedre innsikt i eget handlingsmønster og kan endre dette selv slik at de kan stoppe spillingen. Tilbakefall i studiene låg på omtrent 50 %, men utvalget var lite og det må gjøres flere undersøkelser for å styrke forskningen på feltet (Petry, 2002; Korman et.al, 2006).

Kognitiv atferdsterapeutisk behandling for spilleavhengighet arbeider med innholdet i tankene hos pasienten. Det kalles på fagspråket minnefokusering. Tanker, tro og opptreden blir identifisert, gjennomgått, restrukturert, forbedret og testet i naturlige omgivelser. Forskjellige teknikker brukes for å utfordre innholdet i tankene, slik som spørsmål om irrasjonelle tanker, modifisere selvdialogen og forklaring av gevinst i spill. Få fram beviser som er oversett, avdekke hendelser der forventningen ikke innfridde gevinsten, slik at pasienten får åpent sinn til tanker omkring spill og muligheten for å endre disse (Toneatto et.al, 2007; Toneatto & Ladouceur, 2003).

Minnefokusering vektlegger hvordan pasienten forholder seg til tankegodset sitt. Metoden hjelper pasienten til å observere sin egen mentale prosess åpent, uten sensur, fordømmelse eller restriksjoner og uten å henge seg opp i aktuelt innhold i tankene sine. Minnefokusering er kapasiteten for å respondere på motvillige tanker, fornemmelser og følelser med en ikke-dømmende holdning, akseptasjon og tilstedeværende oppmerksomhet. Metoden har håp om å styrke pasientens evne til å gjenkjenne og arbeide med negative tanker og trang til å spille.

Pasienten er oppmerksom på tankene sine uten å involvere seg i disse, han er oppmerksom på pusten sin og veksler i oppmerksomhet mellom fokus på tanker, følelser eller kroppslige følelser og vender tilbake til pusten. Denne vekslingen mellom oppmerksomhet på pust og tanker gjør at flyten i tankene forstyrres av stadig skifte i fokus. Effekten bidrar til at metoden hjelper pasienten å redusere muligheten for mental påvirkning gjennom å redusere impulser, tilbakevendende automatiske tanker omkring hendelser og fornemmelser (Toneatto, 2002). Terapeuten hjelper pasienten til å skille mellom tanker og respons, der han lærer hvordan respondere heller enn å handle når tanker om spill melder seg (Ladouceur, 2004).

Spilleavhengighet er assosiert med irrasjonelle tanker, derfor er terapeuten interessert i livshistorien til pasienten omkring oppførsel og holdning til spill. Dette for å finne nøkkelen

til de automatiske tanker hos pasienten. Terapeuten spør pasienten om hvordan han ser på spill, hva som er hans motivasjon for å spille, om pasienten har utviklet ritualer eller strategier for å øke sjansen for å vinne og hvordan han ser på tap. Pasienten kan tenke seg en karakteristisk spilleepisode og beskrive de kognitive prosesser ut fra spillerelatert atferd, hvordan han tenker i de ulike faser og konsekvenser atferden får for han (Toneatto, 2007).

Metoden har ikke vært utforsket lenge i behandling av spilleavhengige. En kan derfor ikke si om den har god langtidsvirkning på lidelsen. Det er en ulempe ved metoden, men det er undersøkelser som snart ferdigstilles og de tilsier at metoden reduserer impulsiviteten ved spill. Minnefokusering er et godt supplement til kognitiv atferdsterapi fordi de har mange likhetstrekk (Toneatto, 2007).

Behandling for spilleavhengighet har også tatt modell av behandlingstilnæringer innen avhengighetsfeltet som kognitiv atferdsterapi (Tavares et.al, 2003). Terapeuten tar fram faktorer som ambivalens, beslutningstaking og tilbakefall i samtaler med pasienten gjennom hele behandlingsforløpet. Alle faktorene er viktige i endring av atferd gjennom blant annet gambling og nødvendig å endre i alle former for avhengighetsatferd. Behandlingstilnærmingen er i ulik grad integrert i behandlingsprogram for spilleavhengighet (Ladouceur et.al, 2002).

Automatspilling er vanskelig å kontrollere når spillet er i gang. Både tap og gevinst kan sette i gang "varme tanker". Pasientene oppfordres til spilleslutt. Mange er ambivalente i forhold til målvalg. Dilemmaer knyttet til en målsetting om kontrollert spilling illustreres og drøftes med utgangspunkt i at risikotanker erfaringsmessig kan lede til episoder med storspilling. Det er viktig at pasienten deler tanker med terapeuten, fordi tanker som forblir private i liten grad blir gjenstand for bearbeiding og kan fortsette å påvirke klienten i negativ retning. Det gis åpent uttrykk for at pasienten kan uttrykke sin usikkerhet (Fekjær, 2002).

Utforskning av tanker knyttet til spilleepisoder er en sentral komponent i behandling, men disse tankene kan være vanskelig tilgjengelig av flere grunner. De kan være situasjonsavhengige det vil si at spillere gjerne har realistiske oppfatninger om tilfeldige trekninger og gevinstmuligheter utenfor spillsituasjonen, mens de urealistiske tankene settes i gang av

spillrelaterte stimuli. Tankene er automatiserte i den forstand at spillere ikke er klar over eller bare er delvis oppmerksomme på dem (Ladouceur & Walker, 1996). Feiltanking forsterkes gjennom eksponering for spilleautomater og spilleavhengige vil derfor ha en sterk draging mot å spille, en draging de ofte opplever som delvis irrasjonell og ukontrollerbar. Identifisering av urealistiske tanker og bevissthet om effekten de har på beslutninger om spill, er i seg selv viktige steg mot kontroll over spillingen. Det gir innsikt i konkrete risikosituasjoner og en ny mulighet til å velge om man skal følge spillelysten eller la være (Ladouceur, Sylvain, Boutin & Doucet, 2002). Kognitiv restrukturering kan foregå ved at terapeuten utforsker spillsituasjoner hvor pasientens systemteori ikke ble bekreftet. På denne måten forsøker terapeuten å skape en følelsesmessig konflikt (kognitiv dissonans) mellom pasientens forestillinger og faktiske erfaringer som kan medvirke til at pasienten endrer oppfatning om muligheten for å kontrollere spillet (Ladouceur et.al, 2002).

Klientene lærer tidlig i behandlingen å identifisere tanker som kan lede til spilling. Terapeutene tar tak i varme tanker som kommer til utforsking i spilleepisoder. Sammen analyserer de hva de gjør med pasienten. Økt kompetanse og trygghet hos pasientene tillater også at terapeuten utforsker utsagn som tyder på rest-tanker om et system enda mer detaljert enn tidligere. Riktigheten av systemtankene utforskes med utgangspunkt i klientens erfaringer og faktisk informasjon om spilleautomater.

Motivasjonsarbeidet foregår kontinuerlig i behandling, ved å utløse og forsterke endringsfokuserede ytringer. Det er viktig å kartlegge mestringserfaring til pasienten for å ha et grunnlag å bygge motivasjonen på. Sterk problemopplevelse kombinert med lav mestringstiltro kan føre til håpløshet og resignasjon (Barth et.al, 2001). Pasientene opplever motivasjonskonflikt rundt spillingens positive og negative sider, og tilsvarende konflikt omkring utfall av en eventuell endring. Ambivalens er en følgesvenn gjennom hele endringsprosessen. En felles sluttdato bidrar til å forebygge at klientene utsetter å ta en beslutning. En velbegrunnet oppfordring gjør at sluttdatoen er mer akseptabel for pasienten. En sterk forpliktelse i forhold til beslutninger ser ut til å være viktig for vellykket endring (Amrhein et.al, 2003; Korman et.al, 2006). Et mislykket endringsforsøk kan svekke mestringstillit. Behandler introduserer håp ved å peke på at det er vanlig at man går gjennom faser i endringsprosessen flere ganger, og at mislykkede forsøk og tilbakefall kan gi erfaring som bidrar til senere suksess. Om pasienten ikke klarer overholde sluttdato, revitaliseres

beslutningstakingen ved å introdusere en ny mulighet til spillestopp fram til siste møte i behandlingsrekken. Noen formulerer ny spillestopppdato som en "spillepause" (Toneatto, 2002). Pasientene kan kjenne ambivalens etter at endringen er satt ut i livet. Behandler introduserer selvsabotasjetenkning som går ut på at pasienten må jobbe aktivt med tanken om å holde seg unna spill og situasjoner som inviterer til dette. Kognitive endringer tar tid, men de fleste pasienter endrer gradvis sitt perspektiv og opplever tilnærmingen som meningsfull. Antall pasienter med tilbakefall ved avhengighetsproblemer er generelt høy og det er en indikasjon på at mange spilleavhengige pasienter også vil ha behov for oppfølging over tid (Dimeff & Marlatt, 1995).

3.2.3 Kognitiv behandling

Kognitiv behandling kan utføres individuelt, i grupper, i institusjon og i oppfølgingsarbeidet etter utskrivelse.

"Feiltenkningen" rundt spilling er et særegent trekk ved spilleavhengighet som krever spesielle behandlingsintervensjoner (Tavares, Zilberman & el- Guebaly, 2003).

Gamblingatferd er formet og vedlikeholdt ved gevinst i variable mengder, spillet kan ikke forutsi når det går ut med gevinst. Spill utvikler atferd hos spilleren som er vedvarende og vanskelig å forandre, atferden blir heller mer motstandsdyktig om han vinner en stor sum penger tidlig i spillekarrieren. Spilleavhengige blir veldig opprømt over alle "nesten gevinstene" også og regner ikke disse som tap. Selvherredømme og meglende bestemmelser som tilsier at tap regnes ikke og hver taps rekke ender med gevinst; standhaftighet leder til gevinst (Wulfert & Blanchard, 2003).

Utgangspunktet for den kognitive behandlingsmodellen er at feiltenkning gir forventninger om gevinst, som igjen får folk til å spille. Gjennom å identifisere og korrigere feilantagelsene, antar man at motivasjonen for spilling reduseres (Walker et.al, 2006). Pasienten må finne nye hobbyer eller rekreasjonsaktiviteter for å få nytt nettverk. Han må lære seg nye former for problemløsning, håndtere stress og styrke selvtilliten, hvile og forhindre tilbakefall (Doehnert, 2003; George & Murali, 2005; Stinchfield & Winters, 2003). Studier med fokus på kognitiv terapi konkluderte med at det gir god behandlingseffekt både på kort og lang sikt. Den umiddelbare effekten var blant annet positivt relatert til antall behandlingssesjoner. Det minsker pasientens spilling (Pallesen et.al, 2006; Korman et.al, 2006). Pasienter med

alvorligere spilleproblemer er mer vanskelige å behandle og pasienter som ikke var kategorisert som spilleavhengige responderte bedre på behandling enn de som var diagnostisert som spilleavhengige. Undersøkelser viser at lengden på behandlingen er positivt relatert til betydningen for pasienten ved at de holder seg spillefri (Pallesen et.al, 2005).

Danmark har behandlet spilleavhengige ved the Centre of Ludomani i Odense siden først på 1990- tallet og de har nå klinikker i København og Århus. De behandler pasienter både innlagt, i grupper og individuelt. De har et intensivt behandlingskurs som er gratis og varer 14 dager for innlagte pasienter og oppfølging ved utskrivelse. Oppfølgingen kan foregå i individuelle samtaler eller gruppeterapi. Man starter med individuelle samtaler og kan følge på med andre tilbud etter utskrivelse. Behandlingsmetoden bygger på kognitiv terapi som vektlegger tanker, følelser og handlinger. Analyse av situasjonen fortløpende og gjenkjenne risikosituasjoner viktig og jobbe kontinuerlig med endring av innlærte mønstre for å komme ut av avhengigheten (Straarup Søndergaard, 2006). I Norge har utviklingen i behandling av spilleavhengige gått lignende vei. I 2000 startet Blå Kors i Oslo gruppeterapi for spilleavhengige med kognitiv atferdsterapi der korreksjon av kognitive feilslutninger og forebygging av tilbakefall var fokus (Fekjær, 2005).

Behandling av spilleavhengige pasienter er ennå på barndomsstadiet, og det må gjøres flere undersøkelser for å bedre forstå dette behandlingsområdet for pasientene (George & Murali, 2005). Terapeuten og pasienten må først lage en realistisk nedbetalingsplan for gjeld og korrigerer kognitive feiloppfatninger om spillerens mulighet til å forutsi eller påvirke resultatet av spill (the gamblers fallacy = spillerens feilslutning), lære nye måter å løse problemer på, sosial ferdighetstrening og forhindre tilbakefall (Doehnert, 2003; George & Murali, 2005; Petry & Armentano, 1999). I en periode kan partneren måtte ta hånd om familiens penger, fordi at de må betale regninger, husholdningsbudsjett og andre nødvendige ting (Fekjær, 2002). Behandlingsresultater er klart bedre enn hos rusmisbrukere, til tross for begrenset bruk av ressurser. Årsaken til dette er trolig at spilleavhengige har et mer avgrenset problem og kan behandles både individuelt og i grupper. Psykiatrien har anledning til å behandle tilstanden da sykdommen eller syndromet er klassifisert i DSM-IV, men foreløpig har behandlingstilbudet i Norge vært lite fram til nå (Fekjær, 2002; Skjerve & Prescott, 2005).

3.3 Psykodynamisk terapi

Terapiformen hjelper pasienten til å identifisere grunner for at han skal spille, terapeuten konfronterer pasienten med hindringer for at han skal behandles for lidelsen og slutte å spille. Effektive behandlingsprogram skolerer pasienten både i kognitive og atferdsmessige komponenter som utfordrer feiltenkning. God relasjon mellom pasient og terapeut er avgjørende for om det er mulig å drive behandling og hvor nødvendig det er å komme ut av problemene, avlære feiltenkning og lære nye måter løse problemene sine på (Walker et.al, 2006). Terapien fokuserer på lav egostyrke og narcissisme så vel som sorg over å måtte gi opp en aktivitet som en har brukt så mye tid på. Behandlingsformen har vært brukt siden 1957, og den ble da ansett å ha gode resultater. Utvalget var imidlertid lite (Petry & Armentano, 1999).

3.4 Ønsker for videreutvikling av behandlingstilbudet

Behandling av spilleavhengighet er et nytt fagfelt som er i rask utvikling. Terapeuter i Norge og Norden ser at det er viktig å legge fokus på god utvikling i feltet. De fleste har et klart ønske om kontakt og fellesskap med andre som arbeider i feltet. Det må til en kompetanseheving, på bakgrunn av at man må ha forståelse for spill for å kunne drive behandling. Stat og kommune må sette av penger til kompetanseheving og bedre utviklingsmulighetene for terapeutene som skal drive klinisk virksomhet.

Terapeutene ønsker å kunne gi et differensiert behandlingstilbud, bedre tilpasset hver enkelt pasient. Slik behandlingstilbudet er i dag, har de fleste en begrenset behandlingsramme, enten i form av korttidsgruppeterapi over 6 til 12 uker, eller et visst antall individuelle samtaler. Terapeutene bør ideelt sett ha en mer fleksibel vurdering av hvor lenge behandlingen skal vare. Pasienter må kunne henvises til døgnbasert behandling for spilleavhengighet. Mange pasienter kan ha nytte av en tettere og mer intensiv behandling enn det man kan tilby poliklinisk. På en annen side bør pasienter med spilleavhengighet kunne bli henvist til døgnbehandling for å komme vekk fra miljøet og få ting på avstand, rydde opp i viktige livsområder, få næring og søvn, slik at han er tilgjengelig for behandling.

Flere terapeuter ser pårørende som en viktig ressurs i behandlingen av spilleavhengige. Mange institusjoner inkluderer pårørende på en eller annen måte i behandlingen. Terapeutene

ønsker mulighet for å kunne tilby et tilpasset opplegg for pårørende som inkluderer støttegrupper, kurs og behandling.

Institusjoner har tilbud om oppfølgende behandling, men den varierer i form og lengde. Rammen kan variere fra to til tre oppfølgende konsultasjoner, til ukentlig oppfølging med varighet etter behov. Behandlingsforløp på seks til åtte uker er for kort tid til arbeide med varige endringer. Andre terapeuter mente det var tilfredsstillende med et kort behandlingsforløp. Mange terapeuter ser behovet for differensiert behandlingstilbud, og det kan gjerne gå på ettermiddag eller kveldstid for å kunne nå flere pasienter.

Terapeutene forteller at det samarbeides i liten grad med andre instanser rundt pasienter med spilleavhengighet. De etterlyser tettere samarbeid med psykiatrien, da en del pasienter tar kontakt selv eller henvises av andre, har store sammensatte problemer. Samarbeid framheves rundt pasienter som er i risiko for suicid. Pasienter som får behandling for spilleavhengighet i psykiatrien vil også få lettere tilgang på medikamentell behandling og annen psykiatrisk behandling for eventuelle tilleggsproblemer. Terapeuter er også bevisst på hvor grensen kompetansen går, og pasienter som faller utenfor eller trenger annen hjelp henvises videre. Det kan være vanskelig å henvise videre da pasienten ofte blir avvist, fordi det er lange ventelister eller terapeutene ikke kan behandle spilleavhengighet på grunn av manglende kunnskap på området.

Finansieringen av behandling er forskjellig, men uavhengig av finansieringsform er det ønskelig med mer ressurser til å utvide og videreutvikle tilbudet for behandling av spilleavhengige. Ved de norske behandlingstiltakene er den økonomiske situasjonen noe forskjellig. Mange terapeuter beskriver behandlingen av spilleavhengige som noe "litt på siden" av de ordinære tilbudene. Noen tiltak har begrenset antall plasser per år til spilleavhengighet, andre tilbyr behandling av spilleavhengighet som en del av den ordinære driften, slik at pasientene prioriteres på lik linje med andre pasienter som henvises. Det er ventelister for behandling, og trange økonomiske rammer hindrer muligheten for god nok ivaretagelse og fagutvikling. Det kan synes som en god løsning vil være en kombinasjon av trygge og forutsigbare økonomiske rammer og av spilleavhengighet prioriteres på lik linje

med andre diagnoser. Det vil gi en arbeidssituasjon som best ivaretar pasienters behov for behandling, og ansattes behov for fagutvikling.

Behandlingen av spilleavhengighet kartlegges og evalueres for lite og det gir ingen pekepinn om behandlingen virker eller den bør korrigeres eller annen behandling kan virke bedre. Kartleggingsverktøy som brukes er mest SOGS skjema. Mer systematisk kartlegging før og etter behandling vil bedre kunne bidra til å kvalitetssikre behandlingen. Kunnskap fra en kartlegging vil bidra til en systematisering av erfaringer fra fagfeltet spilleavhengighet (Hansen, 2005).

3.5 Kritisk blikk på artikler og bøker som er brukt i analysen

3.5.1 Medisinsk behandling

12 studier beskrev SSRI preparater og de viser oppløftende resultater. Metoden som gjennomgående brukes i disse studiene er kvantitative studier. Ofte foregår studiene over kort periode med varighet fra 10 til 16 uker, og dette er for liten tid til å teste et medikament fullt ut på grunn da spilleavhengighet er en langvarig lidelse og antall deltagere er for få til å få sikre funn i undersøkelsene. Artikkene problematiserer også at resultatene er gode, og sier videre det er beskjeden forskning til å kunne si sikkert om dette er en god behandling på sikt. I praksis blir det primærlegen og psykiateren i 2.linjetjenesten som skal ta seg av pasientene i medisinsk sammenheng, dette blir ikke belyst i artikkene i stor grad. Kvantitativ metode gir bedre oversikt og bredde over forskning og resultat med medisinsk behandling kontra kvalitative metoder som ville få pasientens egen stemme mer fram i resultatene. Kvalitative metoder har få respondenter og gir liten bredde i resultat og bredde i forskningen (Pallesen et.al, 2006).

Det er 12 av artikkene i avhandlingen som tar for seg behandling med opioidantagonister. Det er brukt kvantitative med double-blind studier og placebokontrollerte studier. Disse metodene er anerkjent, gir reliable data og validiteten er godt utprøvd. Utvalgene er på cirka 50 pasienter, men det burde ideelt sett vært 150 til 200 pasienter for å gi godt grunnlag for å si om data er gode eller dårlige. Forskerne stiller spørsmål om underliggende psykisk lidelse

bedres av medikamentet og dermed reduseres spillingen som en følge av dette (Pallanti, 2005).

8 av artiklene i oppgaven som omtaler stemningsstabiliserende medikamenter. Metoden er kvantitativ og er utførlig beskrevet, med double-blind studier og placebokontrollerte studier. Utvalgene er små og undersøkelsene foregår over 10 uker, noe som er kort tid når en skal se virkning av medikamenter. Det stilles også spørsmålsteget ved om det er underliggende psykisk lidelse som behandles og spilleavhengigheten blir bedre som en følge av det (Dell Osso et.al, 2005). Sett under ett er konklusjonen at farmakoterapi ved spilleavhengighet kan være indisert, men resultatene av forskningen kan ennå ikke sies å ha oppnådd status som godt dokumentert (Fekjær, 2006).

Selvhjelpsgrupper er beskrevet i 10 artikler og antydes å være et godt oppfølgingsalternativ. Kvantitativ metode med store utvalg, 230 pasienter og mer deltar, men frafallet er stort i denne oppfølgingen. Denne metoden får fram gode data og viser bredden i forskningen, kontra kvalitativ metode med få respondenter og liten bredde i materialet, men pasientens erfaringer kommer tydeligere fram med kvalitativ metode, og det er viktig for å belyse virkningen for enkelt individet og overføringsverdi for lokalt hjelpeapparat. Andre pasienter ser at metoden virker og har mindre terskel for å prøve selv i etterkant. Frafallet er stort i slike utvalg og det belyses med oppfølgingsstudier etter 3, 6 måneder og 1, 2 år med utvalg som minker, men er fortsatt store nok, 100 til 150 pasienter, til å gi gode beregninger på at metoden er god. Tidsaspektet i oppfølgingsstudier gir pekepinn om at behandling over lang tid gir bedre muligheter for varige forandringer hos spilleavhengige pasienter.

Forskning på grupper som har så store utvalg viser at denne type behandling og oppfølging er et egnet alternativ og de pasienter som klarer seg har gjennomgått en prosess med hardt arbeid som også gir de styrke med hardt arbeid og denne gode prosessen medfører mindre risiko for tilbakefall (Petry, 2002).

3.5.2 Kognitiv- og atferdsterapeutisk behandling

Kognitiv behandling omtales i 21 artikler, har utvalg med 30 til 50 pasienter i gruppe/individuell behandling, kontrollgrupper og oppfølgingsstudier etter avsluttet behandling. Dette viser bredde i metoden gjennom at den brukes over lang tid, det vil si fra et

halvt år opptil et og et halvt år. Spilleavhengighet er en sykdom som tar tid og utvikle og langt tid å behandle. Oppfølgingsstudier er vel så viktig om studier som måler om behandlingen har ønsket effekt på spilleavhengighet. Kvantitative metoder får fram bredde og oversikt i forskningen, mens kvalitative metoder kunne fått fram pasientens synspunkter og nå-situasjon i behandlingen (Fekjær, 2002).

Atferdsteoretisk behandling er beskrevet i 11 artikler, men en svakhet er at det beskrives lite hvor store utvalgene er i undersøkelsene. Det bidrar til tvil i resultat og gyldighet i data som kommer fram i undersøkelsene. Det beskrives gjennomgående at flere behandlingsalternativ benyttes samtidig i behandlingen og tillit til undersøkelsene styrkes gjennom at metoden bruker flere behandlinger samtidig for å helbrede spilleavhengighet. Oppfølgingsstudier viser at frafall er stort, men de som fullfører behandling og oppfølging har varig virkning av behandling. Metoden er anerkjent i forskningen, den gir reliable og valide data og har vært brukt over mange år (Ladouceur, 2002).

Kognitive- og atferdsteoretiske behandlingsmetoder i ulike varianter utgjør den største kategorien i utvalget, totalt 21 artikler omhandlet kognitiv- og atferdsteoretisk behandling. Majoriteten av undersøkelsene brukte kvantitativ metode med undersøkelsesverktøy SOGS, Lie-bet Questionnaire skjema og DSM-IV kriterier. Undersøkelsene har brukt SOGS og Lie-Bet som måleinstrumenter, disse måleinstrumentene er godt innarbeidet og hyppig brukt innenfor slike undersøkelser. Dette gir indikasjoner på at validitet og reliabilitet ivaretas ved bruk av disse (Hansen, 2005).

Oppfølgingsstudier viser at frafallsprosenten er ganske høy, oppfølgingen måles etter 3, 6 måneder og 1 år og metoden viser at pasienter som holder ut behandling holder seg spillefrie også et år etter behandling er avsluttet. Kvantitativ metode viser bredde i forskningen og utvalg med 50 til 150 pasienter gir gode målinger på at metoden er god. Kvalitative metoder når færre pasienter, men får bedre fram den enkeltes stemme og kan gi bedre overføringsverdi for lokalt hjelpeapparat (Toneatto & Ladouceur, 2002). Kvantitativ metode har større utvalg, og dette gir en større mulighet for å generalisere resultatene enn hva kvalitativ metode gjør og det gir bedre reliabilitet og validitet på studiene. De fleste studier kan reproduseres og få tilnærmet samme resultat, noe som styrker metoden ytterligere.

3.5.3 Psykodynamisk behandling

Psykodynamisk terapi er omtalt i 5 artikler og resultater viser at opptil 55-75 % av pasientene blir bedre av spilleavhengighet med denne behandling individuelt eller i grupper. Ulempen med behandlingsformen er at den er langvarig og virkningen sees ikke før det har gått noe tid, her menes da fra et år og mer. Utvalgene i artiklene er fra 60 pasienter til over 120 pasienter og kvantitativ metode har måleresultater som gir ønsket effekt i undersøkelsene. Pasienter som fullfører behandling har god tilfriskning fra spilleavhengighet. Lite frafall finnes i denne metoden. Kvantitativ metode gir bredde og oversikt i forskningen, kontra kvalitative metoder som tar for seg enkeltindividet og får fram mer det personlige i behandlingen og hvordan pasienten opplever den (Brumoen, 2007).

3.5.4 Ønsker for videreutvikling av behandlingstilbudet

Seks av artiklene og Brumoens bok i det utvalgte materialet beskriver overføringsverdien til både 2.linjetjenesten, kommunalt hjelpeapparat og oppfølging som en veldig viktig del av behandlingen. I og med at fagfeltet er relativt nytt for både spesialisthelsetjenesten og kommunalt hjelpeapparat, er det ikke gjort mye forskning på etterbehandling i noen av behandlingsinstansene, men skolering av personell i både spesialisthelsetjenesten og kommunalt hjelpeapparat vil være et nødvendig tiltak for å kunne hjelpe pasienter med spilleavhengighet videre (Brumoen, 2007). Det er brukt kvantitativ metode i studiene, men ikke oppgitt hvor store utvalg som er brukt eller metodebruk ellers. Undersøkelsene er reproduserbare og ville gi tilnærmet likt resultat. Det er en svakhet at det er gjort lite forskning på fagfeltet, men i og med at det er relativt nytt behandlingsfelt er det igangsatt flere store befolkningsundersøkelser i Norge og Norden der de siste blir ferdigstilte til sommeren. Overføringsverdien av undersøkelser gjort i Amerika har bidratt til at Nordiske land følger opp med forskning og rask utvikling av behandlingstilbud til spilleavhengige pasienter også her (Hansen, 2005).

4.0 Diskusjon

Hensikten med denne studien er å gi en oversikt over forskning som tar for seg behandling av spilleavhengige og tilbud til denne pasientgruppen i tidsrommet 1996-2007. Kildemateriale har vært bøker, rapporter, internasjonale- og norske refleksjonsartikler. Den teoretiske referanserammen i introduksjonen gir begrepene spilleavhengighet, behandling og lokalt

hjelpeapparat et innhold og teoretisk fundament. Resultatet av den foreliggende litteraturoversikten viser at forskningen om behandlingen av spilleavhengighet er i begynnerfasen og mer forskning må til for å utdype ulike deler i behandlingen, spesielt den medisinske behandlingen må utforskes bedre for å sikre at pasienten får riktig og nok behandling for spilleavhengigheten (Hansen, 2005). Sammenfatnings vis er resultatet av analysen av litteraturen at de senere år har fokus i forskningen vært på kognitiv- og atferdsterapeutiske behandlingsformer og oppfølging etter behandling for å hindre tilbakefall (Fekjær, 2005). Overførbarheten til kommunalt hjelpeapparat er en vesentlig del av oppgaven som skal besvares, fordi at behandlingen vil foregå på denne arena i stor grad med oppfølging, men i første instans avdekke eller oppdage at pasienter har problemer med spilleavhengighet og ikke klarer komme ut av dette på egenhånd. Identifisering av spilleavhengighet, behandling og oppfølging i lokalt hjelpeapparat framtvinger kompetanseheving av personell i kommunalt hjelpeapparat (Hansen, 2005).

4.1 Funn i analysedelen

Hovedkategorien i avhandlingen er kognitiv- og atferdsteoretisk behandling (Ladouceur et.al, 2003). Et flertall av artiklene beskriver og diskuterer behandling av spilleavhengige med kognitiv atferdsterapi og selvhjelpsmanualer. Kognitiv atferdsterapi tar for seg korrigerende av feilslutninger og tankemønstre. Pasienten jobber med å forstå hva spilleavhengighet er, endre tillært mønster og lære nye måter å håndtere problemene på (Hansen, 2005). Selvhjelpsmanualer er instruksjonsbøker som trinnvis lærer pasienten, sammen med terapeut, å skolere seg for å komme ut av avhengigheten og lære seg nye måter å forstå avhengigheten på. De vektlegger oppfølging og forebygging av tilbakefall som en viktig del av behandling av spilleavhengige (Skjerve & Prescott, 2005).

Medisinsk behandling av spilleavhengighet er brukt i noe grad, men denne behandling bedrer snarere underliggende psykisk sykdom. Medisinsk behandling må utprøves mer for å gi reliable og valide resultat på om det gir bedring av spilleavhengighet eller ikke. (Toneatto & Ladouceur, 2003). Selvhjelpsgrupper skal være et fellesskap for pasientene, slik at de har et forum der de møter andre med samme problem og de kan diskutere og hjelpe hverandre til å forebygge tilbakefall eller støtte hverandre til å gå videre om de opplever tilbakefall (Lopez

Viets, 1998). Behandling foregår i stor grad i poliklinikk med betaling av egenandel, og det er ventelister for å komme til behandling. Det gjelder både for Sverige, Danmark og Norge. De bruker SOGS som diagnostisk verktøy i behandling (Lesieur & Blume, 1987).

Psykodynamisk behandling for spilleavhengighet er en behandlingsform som er brukt, men denne behandlingsformen har ikke stor utbredelse verken i Norden eller ellers i land som har utbredelse av spilleavhengighet (Walker et.al, 2006).

Ønsker for videre behandling av spilleavhengige i lokalt hjelpeapparat. Terapeuter ønsker mer tverrfaglighet og økt kompetanse for de som jobber i kommunehelsetjenesten vedrørende behandling av spilleavhengige. De ønsker et bedre samarbeid mellom 1.og 2.linjetjenesten, slik at de sammen jobber for pasienten som skal behandles og ikke finner ut av spørsmålene hver for seg eller bruker unødig tid på løsninger som kan ordnes i fellesskap (Hansen, 2005). Utvikling av fenomenet spilleavhengighet tyder på at helsevesenet sannsynligvis vil få henvist flere pasienter til behandling framover. Utviklingen av terapiformer drives fram på grunn av at det i dag er flere pasienter som etterspør behandling. Informasjon om sykdom og alminneliggjøring av fenomenet medfører at pasientene søker hjelp for å komme ut av problemet og få ordnet opp i skakkjørt økonomi og ødelagte relasjoner (Fekjær, 2002).

4.2 Diskusjon

Spilleavhengighet er en lidelse som skaper store problemer for individet selv, familien, arbeidsgiver og samfunnet. Han bruker mye tid og penger på å dekke behovet lidelsen skaper i livet hans. I den senere tid har debatten pågått i media der Kirke- og kulturminister Giske foreslår de såkalt "snille" automatene som ikke skal loppe spilleren for penger. Seddelforbudet skulle gjøre automatene mindre attraktive da spilleren må veksle sedler i 20 kroners mynter og putte på automaten. De ansatte i vekseldisken skulle svare nei på veksel om spilleren hadde brukt mye penger (GD, 19.april, 2007).

I debatten har også mange av Arbeiderpartiets ordførere sagt at de vil bestemme om automater skal settes ut i deres kommune. Dette forslaget ble nedstemt på Landsmøtet i april dette år. Kirke- og kulturministeren skal sammen med KS og Lotteritilsynet påse at spillere

ikke blir spilleavhengige. Disse instansene er ikke ute og påser at de som spiller utvikler en avhengighet. De som sitter i disse organer har vel heller ikke spesifikk kompetanse på hvordan spilleavhengighet utvikles og utarter seg eller myndighet til å fortelle vanlige mennesker at de har utviklet spilleavhengighet og bør gå i behandling. Utover dette vedtaket sies det ikke noe om hvordan og hvor mange automater som skal stå hvor og hvorfor de skal stå der. Men i ettertid har det kommet fram at Kreftforeningen og Idrettsforbundet har øvet press på Giske om at han må stå imot krefter fra egne partimedlemmer om å fjerne automatene, fordi de trenger penger til forskning og rekruttere nye talenter til idretten. Et paradoks i debatten blir da at det blir den spilleavhengige som skal gi muligheter for andres framgang og selv sitte igjen med store problemer i form av dårlig psykisk helse, ødelagt økonomi og brutte relasjoner (GD, 23.april, 2007).

Statens ansvar i forhold til annen avhengighetsproblematikk. Staten må også vise ansvar i forhold til spilleavhengige da de vil ha automater i egne spillehaller. Dette vil bidra til at de som spiller ikke blir synlige i det offentlige rom, men antall spilleavhengige vil ikke avta eller forsvinne av den grunn (Lund, 2003). Det er et vanskelig dilemma skulle besvare da den ene siden bidrar til mange penger og lovnader om mer forskning som kan helbrede eller fremme behandling av mange livstruende sykdommer flere og flere rammes av, for eksempel kreft og hjerte-/kar sykdommer. Et paradoks i dette tilfelle er da den spilleavhengige som ikke klarer ved egen hjelp komme ut av avhengigheten han er kommet opp i. Han spiller for store summer, familien har ikke penger til mat eller regninger, de lider og pasienten lider på flere plan da han skal skjule sin triste skjebne, barna forsømmes og relasjoner er dårlige om ikke brutte (Fekjær, 2002).

Menneskets har ansvar for eget liv, men hva er rimelig å kreve eller forvente? Staten bør ta sitt ansvar og bevilge de penger som skal til for å ha forsvarlig forskning, det er ofte foreninger med god økonomi som krever mest. Kreftforeningen får store summer i form av gaver og donasjoner. Skal vi være bekjent av eller ønsker vi å gå i en samfunnsutvikling hvor man får en økende statlig paternalisme? Individet har liten mulighet til å påvirke eller nekte å ha spilleautomatene i hver kommune i landet. Det har senest først i mai vært et opprop fra 6 ordførere i Gudbrandsdalen som ville ha retten til å selv bestemme om de ville ha utplassert automater i sin kommune, med det sier Kirke- og kulturminister Giske og Norsk Tipping at

det skal Staten ta seg av. Det kommer vel nye forskrifter om hvordan spilleautomater skal utplasseres, aldersgrense for hvem som kan spille og tidsbegrensing på hvor lenge en skal få spille om gangen. Mennesker har liten selvbestemmelsesrett og mulighet til å påvirke slik at individet ikke utvikler spilleavhengighet. Staten får inn kronene gjennom automatene og unngår kritikk av foreninger som appellerer til sunne fritidsinteresser for ungene og idrettsaktiviteter med fine anlegg sponset av tippemidler (GD, 19.april, 2007).

Det meste av nordmenns Internettspilling kan hindres ved å nekte bankene å overføre penger til nettgambling. I vår tid er bare en helt ubetydelig del av spilleproblemene knyttet til privat pengespill. Tragediene rundt spilleavhengighet er i alt vesentlig skapt av politikerne (Fekjær, 2002). Mennesker må selv ta ansvar for om de vil spille på automater eller ikke. Om folk rundt den spilleavhengige ser at han har stort pengeforbruk og dette går utover familien og han selv, men han selv ikke ser på det som et problem kan ikke andre annet enn oppmuntre han til å kanskje spille litt mindre og heller bruke penger til formål som gagnar hele familien. Ved å fjerne automater ville kanskje flertallet av befolkningen tenke at vi blir kvitt et stort problem, mens andre ikke ser på det annet enn en fritidssyssel.

Frivillige organisasjoner må bli mer nytenkende på hvordan skaffe penger til sitt arbeid, det finnes andre muligheter enn kakeotteri, men kreativiteten må komme fram og flere må ivre for at det skal komme mer penger inn i slunkne kasser. Før har mange lag og foreninger hatt forhåpninger om at tippemidler og overføringer kunne holde liv i aktiviteten, men det har blitt mange flere enn det er midler til å fordele.

I behandlingsøyemed er kognitiv- og atferdsteoretisk behandling den største kategorien i materialet. I kommunalt hjelpeapparat medfører dette at personellet som skal jobbe med spilleavhengige må skoleres i behandlingsformen og trenes i å avdekke og identifisere spilleavhengighet hos henviste pasienter. Kognitiv atferdsteoretisk behandling er en behandlingsform som kan læres og utføres i nærmiljøet (Hansen, 2005). Utfordringen kan ligge i oppfølging og hindre tilbakefall til spill. Et godt samarbeid med 2.linjetjenesten kan bidra til at pasientgruppen får god nok behandling og samarbeid om behandlingsopplegg som varer over en periode på alt fra 6 måneder til 1,5 år ettersom hvor motivert pasienten er og framdriften i behandling og tilfriskning. Skolering av helsepersonell i 1. og 2.linjetjenesten

må bli et prioritert felt om pasientene skal få god behandling og terapeuter som mestrer behandlingsverktøyet som de bruker. Trygge relasjoner bidrar til bedre resultat for pasienten både i oppstartsfasen av behandling og større muligheter for å avstå fra tilbakefall og mer spilling. Behandling i nærmiljøet virker mer motiverende enn lang reise for behandling og lite oppfølging i nærmiljø (Hansen, 2005).

Forskningen sier mye om hvordan behandlingen fungerer, men lite om hvordan de ulike instanser kan utføre den. I kommunalt hjelpeapparat er det ikke innarbeidet rutiner for å avdekke problematikken, legene som ofte er de første som møter pasienten har liten eller ingen kompetanse på spilleavhengighet. De henviser pasienten videre til psykiatritjenesten i kommunen som heller ikke har kompetanse på spilleavhengighet, men det kommer mer kursing og utdanninger som tar for seg dette nye fenomenet. Staten har ikke beskrevet konkret i sine Stortingsmeldinger hvordan de ser for seg at kommunalt hjelpeapparat eller 2.linjetjenesten kan hjelpe de spilleavhengige på en god måte. Jeg ser for meg at jeg i min jobb i psykiatritjenesten kan påvirke mine kolleger og samarbeidspartnere til å tenke mer konstruktivt i forhold til spilleavhengige. Terapeuter skal hjelpe pasienten utfra den kunnskap de sitter inne med og sammen med han klarer å få til opplegg der vi planlegger en langsiktig oppfølging. Selvhjelpsgrupper kan med fordel settes i gang da arbeidshverdagen i kommunalt hjelpeapparat ofte er hektisk og vi ønsker gjerne mer tid til å hjelpe hver enkelt pasient. Disse gruppene kan danne nye nettverk for pasienten, han møter andre som er i samme situasjon og kan identifisere seg med dem. Slik sett er dette vel så god oppfølging da gruppemedlemmene hjelper hverandre framover og bidrar til nye forsøk om tilbakefall forekommer (Fekjær, 2002).

Psykodynamisk behandling er mer tidkrevende og pasienter må påregne gå i behandling i 1 til 1,5 år uten å vite om behandlingsformen har noen form for effekt på dem. Denne behandlingen graver i fortiden og forsøker å finne årsaker til problemene i hendelser fra barndommen. Mange pasienter ønsker ikke grave i fortiden, men vil ha behandling som kan hjelpe dem med problemet som framstår i dag i form av spilleavhengighet. Terapiformen krever lang utdanning, fra 3 til 5 år og tilegne seg, slik at psykodynamisk terapi må innlæres på høghskolenivå. Terapeuter som driver denne form for behandling jobber oftest i 2.linjetjenesten og pasientene må derfor henvises til poliklinisk behandling. Dette er også en

behandling der pasienten må betale egenandel, som ved institusjonsbehandling. I og med at økonomien ofte er ødelagt av spillingen over mange år, kan dette være et løft hvor pasientens NAV kontor kan bistå i finansiering av da de ofte er inne med betalingsplan for pasienten og har økonomisk oversikt sammen med pasienten. NAV kontor kjøper ofte behandling for pasienter, både for å få de til å bli selvstendige og kunne komme seg ut i lønnet arbeid slik at de får orden på økonomien og kan betale ned gjelden de har opparbeidet seg over mange år.

Innleggelse i institusjon er også en økonomisk kostbar behandlingsform, men pasienter som henvises til innleggelse har ofte underliggende psykisk sykdom som må behandles før en kan behandle spilleavhengigheten. Medikamenter er nødvendig for å dempe symptomer på psykisk lidelse og en ser ofte at pasienten bedres av spilleavhengigheten også ved innleggelse i institusjon. Pasienten trenger et avbrekk fra miljøet han vanker i til daglig og få orden på tankene og en del praktiske løsninger startes mens han er innlagt. Basale eller grunnleggende behov for mat og søvn er viktig å ivareta om pasienten skal orke løse problemene han står overfor og som må løses for å komme videre med livet.

Oppfølging og gruppebehandling etter utskrivelse kan være nødvendig for å holde seg spillefri. Gruppetilhørighet i Anonyme Gamblere kan hjelpe pasienten til å innse at han er ikke alene om å ha problemer, men gjennom andres historier hører han at det går an å bli kvitt avhengigheten og kunne leve et fullverdig liv etterpå. Lokalt hjelpeapparat har fortrinn at de kan holde kontakt med pasienter i hjemmemiljø og bli bedre kjent med nettverk og nær familie for å ha flere spille på og hjelpe pasienten på veien videre ut av avhengigheten.

Overføringsverdien til både 2.linjetjenesten, kommunalt hjelpeapparat og oppfølging er en veldig viktig del av behandlingen. I og med at fagfeltet er relativt nytt for både spesialisthelsetjenesten og kommunalt hjelpeapparat, er det ikke gjort mye forskning på etterbehandling i noen av behandlingsinstansene, men skolering av personell i både spesialisthelsetjenesten og kommunalt hjelpeapparat vil være et nødvendig tiltak for å kunne hjelpe pasienter med spilleavhengighet videre (Brumoen, 2007). I og med at flere studier i Norge og Norden ferdigstilles til sommeren vil det bidra til et løft i kunnskapstilfanget og dokumentasjon på behandlingsintervensjoner. Overføringsverdien av undersøkelser gjort i

Amerika har bidratt til at Nordiske land følger opp med forskning og rask utvikling av behandlingstilbud til spilleavhengige pasienter også her (Hansen, 2005).

4.2.1 Tema for videre forskning

Den spilleavhengige pasienten er ofte mann med lite utdanning, lite inntekt, psykiske problemer og problemer med rusmisbruk. Annen forskning hevder at den spilleavhengige er velutdannet mann, gift og har familie, god inntekt og eget hus. Det er høy andel kvinner, men de søker hjelp på et senere tidspunkt enn menn og har større problemer når de søker hjelp. Gjelden er stor, og skam gjør sitt til at de vegrer seg for å søke hjelp. Videre forskning bør avklare hvordan forholdet er mellom kvinner og menn når det gjelder spilleavhengighet. Forklaringen har hittil vært at kultur- og kjønnsforskjeller bidrar til at det er blitt slik (Fekjær, 2002).

Innleggelse i institusjon for behandling av spilleavhengighet er ikke indikert som avgjørende for å få et godt ønsket behandlingsresultat. Mer forskning på dette feltet gjøres i Norden og vil gi svar på hvordan innleggelse faller ut resultatmessig (Hansen, 2005).

Gruppebehandling med kognitiv atferdsterapi gir bedre effekt. Kognitivatferdsterapi er den behandlingsform som har vist best tilfriskning hos spilleavhengige og gir minst tilbakefall. Behandling med medikamenter er for lite dokumentert å gi god og langvarig effekt, men er nødvendig for å behandle underliggende psykisk sykdom (Ladouceur et.al, 2003).

Forskning på behandling av spilleavhengighet i lokalt hjelpeapparatet vil øke kunnskapstilfanget for personellgruppen og gi svar på om behandling på lokalt nivå kan bedres og i så fall hvordan. Kommunale terapeuter må ofte ha kunnskaper over et vidt spekter og tiden tilsier at en klarer ikke holde seg optimalt oppdatert på alle kunnskapsfelt i like stor grad. Men det vil bli en større andel spilleavhengige som blir henvist til behandling og oppfølging, slik at det vil bli stilt krav om kompetanseheving på fagfeltet og bistand lokalt bidrar kanskje til større mulighet for å hindre tilbakefall (Hansen, 2005).

4.2.2 Den ytterste tragedie

Taushetsplikten gjør at vi ikke kan beskrive de selvmord og andre pengespilltragedier som vi kjenner til i Norge. Tragedien nedenfor ble beskrevet i avisa *Detroit Free Press* 22.november

2000. Det handler om en tilsynelatende vellykket familiefar i småbyen Farmington Hills i Michigan. Han driver et trykkeri, bor i et vakkert hus, har Mercedes og i tillegg til de tre barna er hans kone også gravid med det fjerde. Men når han kommer tilbake fra kasino siste gang, har han mistet håpet om å rette opp situasjonen. Han har "lånt" store beløp fra sin egen bedrift, refinansiert huset, overtrukket bankkontoen kraftig og ikke klart å betale tilbake penger som vennene har lånt ham. Mens familien sover skriver han følgende brev:

"Det er over. Jeg kan ikke holde det gående lenger. For over ti år siden begynte jeg med pengespill og siden er det som tiden har stått stille. Det finnes ikke noe mer destruktivt enn pengespill. Jeg undres hvorfor myndighetene bekjemper narkotika og ikke pengespill. En narkoman ødelegger livet sitt, en spiller ødelegger livet til seg selv og livet til de han er glad i og som er glade i ham. Til alle jeg skylder penger, kan jeg ikke si annet enn at jeg ber om tilgivelse. Familie og venner, vær snill tilgi meg. Jeg mente aldri å gjøre noen vondt. Jeg tror jeg var grepet av håpet om "ett forsøk til". Jeg såg ikke andre muligheter til å slippe unna det jeg hadde kommet opp i. alle mine venner har vært hjelpsomme og generøse, det var også mine slektninger, men jeg var hinsides redning. Jeg har bestemt meg for å ta mitt liv og livet til min kone og mine barn. Hvis de fortsatt er i live, betyr det at jeg ikke klarte å gjøre det. Jeg tålte ikke tanken på hva som ville hende dem etter meg. Jeg utstyrte dem ikke med noe så de kunne gå videre på egen hånd og jeg etterlater dem mindre enn ingenting. Måtte Gud tilgi meg."

Hushjelpen finner brevet på kjøkkenbordet morgenen etter. Hun finner barna kvalt, mens moren og faren er skutt. Slekt og venner sier de visste han hadde pengeproblemer, men ikke at det skyldtes pengespill. Lederen for menigheten sier at "Ingen kan få meg til å tro at denne mannen ønsket å skade sin familie". Vi kan klassifisere spilleren som syk eller dum. Vi kan bebreide ham for at han ikke søkte behandling i tide. Vi kan peke på risikofaktorer for spilleavhengighet og mene at de skyldes personlige psykologiske avvik. Men det er et faktum at slike tragedier alltid har fulgt i pengespilletts fotspor.

Vi har kilder fra mange land og fra flere tusen år som forteller: Alle steder og til enhver tid finnes mennesker og familier som vil oppleve tragedier dersom samfunnet velger å la pengespill være utbredt (Fekjær, 2002).

5.0 Litteraturliste

Amrhein, P. C., Miller, W.R., Yahne, C.E., Palmer, M.I. & Fulcher, L. (2003). "Client sommitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes." Journal of Consulting and Clinical Psychology **71**;**862-878**.

Association, A. P., Ed. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, DC: Author, Productivity Commission (1999).

Barth, T., Børtveit, T. & Prescott, P. (2001). Endringsfokuset rådgivning. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag.

Bjerkreim, T., Mathisen, Jorunn og Nord, Randi (red), Ed. (1996). Visjon, viten og virke., Universitetsforlaget AS .

Blaszczynski, A. (1998). Overcoming compulsive gambling. A self.help guide using Cognitive Bahvioral Techniques., Robinson. London.

Brumoen, H. (2007). Vanen, viljen og valget.

Cooper, H. (1998). Synthesizing Research. A guide for Literature Reviews. London, SAGE Publications.

Dell`Osso, B., Allen, A. & Hollander E. (2005). "Comorbidity issues in the pharmlological treatment of pathological gambling: a critical review." Clinical Practice an Epidemiology in Mental Health **2005**;**1:21**.

Dimeff, L. A. M., G. A., Ed. (1995). Relapse prevention. Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives. (2nd ed.). Massachusetts, Massachusetts:Allyn and Bacon.

Doehnert, D. (2003). "Recognizing problem gambling in primary care." JAAPA **2003**;**16:40-44**.

Doiron, J. P., Nicki, Richard M. (2001). "Epidemiology of Problem Gambling in Prince Edward Island: A Canadian microcosm?" Canadian Journal of Psychiatry **2001**;**46:413-417**.

Echeburua, E., Fernandez-Montalvo, J. (1996). "Comparative effectiveness of three therapeutic modalities in the psychological treatment of pathological gambling: Longterm outcome." Behavioral and Cognitive Psychoterapy. **24**,**51-72**.

EFTA-domstolen, D. i. (15.03.2007). Enerett til drift av spilleautomater., Lovdata,2007.

Fekjær, H. O. (2001). "Spilleavhengighet." Tidsskrift Norske Lægeforening **2006**;**126(10):1312**.

Fekjær, H. O. (2002). Spillegalskap -vår nye landeplage., Gyldendal Norsk Forlag AS.

Forsberg, C. W., Y. (2003). Att göra systematiska litteraturstudier: vardering, analys och presentation av omvårdningsforskning. Stockholm, Stockholm: Natur och kultur.

Friis, S., & Vaglum, Per (2002). Fra ide til prosjekt -en innføring i klinisk forskning. Oslo, Tano Aschehoug A/S.

George, S. M., V. (2005). "Pathological gambling: an overview of assessment and treatment." Advances in Psychiatric Treatment **2005;11:450-456**.

Gyllstrøm, F., Hansen, M., Skaug, T. og Wenzel, H.G. (2003). Spilleavhengighet. Et utvalg kartleggingsinstrumenter til klinisk og forskningsmessig bruk., Østnorsk kompetansesenter. Rus-avhengighet.

Hansen, M. (2005). Behandling av spilleavhengighet i Norden - et nytt felt., Nordiska namden før alkohol- og drogforskning (NAD): 79.

Hansen, M., Skjerve, Randi (2006). Game over. Selvhjelpsbok for spilleavhengige., Gyldendal Norsk Forlag.

Hansen, M. (2006). "Treatment or problem & pathological gambling in the Nordic countries: Where we are now and where do we go next?" Journal of Gambling Issues **2006;18;91-105**.

Haugerud, K. (2007,19.april). Spilleautomater og inntekter til frivillige lag og organisasjoner. Gudbrandsdølen Dagingen. Lillehammer.

Haugerud, K. (2007, 23.april). Tvil om sex og spill. Gudbrandsdølen Dagingen. Lillehammer.

Haugsgjerd, S., Jensen, P. & Karlsson, B. (1998). Perspektiver på psykisk lidelse. Oslo, Ad Notam Gyldendal.

Hedelin B., S. E., Hummelvoll J.K. (2003). Psykiatrisk omvårdnad och psykiskt halsoarbete i lokalsamhallet., Høgskolen i Hedmark.

Helgason, G., I. & Bramsen, G.I. (2003). Det er aldrig for sent. Om Minnesota Modellen og behandling af alkoholikere og spilleafhængige., Fredsiksbergcenteret.

Hummelvoll, J. K. (2004). Helt -ikke stykkevis og delt., Gyldendal Norsk Forlag AS.

Johnson, E. E., Hamer,R., Nora,R.M., Eisenstein,N., and Engelhart,C. (1987). "The Lie/Bet Questionnaire for screening pathological gamblers." Psychological Reports **1987;80;83-88**.

Kim, H. S. (2000). The Nature of Theoretical Thinking in Nursing., Springer Publishing Company.

Korman, L. M., Toneatto, Tony, Skinner, Wayne., Ed. (2006). Pathological Gambling, In J.E. Fischer & W.T. O'Donohue (Eds.), Practioner`s guide to evidence-based psychoterapy. New York: Springer.

Krogh Kongshavn, F. (2005). "Kunsten å fomidle." Bøygen **17:4**.

Kulturdepartementet, K.-o. (2005). Regjeringens handlingsplan mot pengespillproblemer. K.-o. Kulturdepartementet.

Kvale, S. (2001). Det kvalitative forskningsintervju. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kvamme, G., Reichelt, H., Amundsen, E., Brumoen, H., Bugge, R. & Odden, H. (2006). "Gruppeprogrammet -intensiv poliklinisk behandling for personer med alkoholproblemer." Tidsskrift for Norsk Psykologforening **43;226-233**.

Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C. & Doucet, C. (2001). "Cognitive treatment of pathological gambling." Journal of Nervous and Mental Disease. **189;766-773**.

Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C. & Doucets, C. (2002). Understanding and Treating the Pathological gambler., John Wile & Sons, Ltd. Canada.

Ladouceur, R. (2004). "Perceptions among pathological and nonpathological gamblers." Addictive Behaviors. **29;555-565**.

Ladouceur, R., Blaszczynski, Alexander, Pelletier, Amelie (2004). "Why adolescent problem gamblers do not seek treatment." Journal of Child & Adolescent Substance Abuse. **13(4)1-12**.

Ladouceur, R. e. a. (1998). "Cognitive treatment of pathological gamblers." Behaviour Research and therapy. **1998(36)1111-1119**.

Ladouceur, R. e. a. (1999). "Prevalence ofproblem gambling: a replication study 7 years later." Canadian Journal of Psychiatry **44;802-804**.

Ladouceur, R. e. a. (2003). "Group therapy for pathological gamblers: a cognitive approach." Behaviour Research and therapy. **2003(41):587-596**.

Ladouceur, R. W., M.I, Ed. (1996). A cognitive persective on gambling. Trends in cognitive and behavioural therapies. New York, New York: John Wiley.

Larimer, M., Lostutter, TW., Neighbors, C. (2006). "Gambling in primary care patients: why should we care and what can we do about it?" General hospital psychiatry **28;2:89-91**.

Leblond, J., Ladouceur, Robert and Blaszczynski, Alex. (2003). "Which pathological gamblers will complete treatment?" British Journal of Clinical Psychology **42, 205-209**.

Lesieur, H. B., S. (1987). "The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers." The American Journal of Psychiatry **144;1184-1188**.

Lopez Viets, V. C., Ed. (1998). Treating Pathological Gambling, Miller and Heather: "Treating Addictive Behaviors." Plenum Press, New York.

Lund, I. N., Sturla (2003). Pengespill og pengespillproblemer i Norge, Sirius.

Molde, H., Ingjaldson, J., Kvale, G., Pallesen, S., Støylen, I. J., Prescott, P. & Johnsen, B.H. (2004). "Spilleavhengighet -Kartlegging, utbredelse, etiologi og behandling." Tidsskrift for Norsk Psykologforening **9:41;713-722**.

Moynahan, L., Strømgren, B. & Gundersen K. (Red.), Ed. (2005). Erstatt aggresjonen. Aggression replacement training og positive atferds- og støttetiltak. Oslo, Universitetsforlaget.

Mæland, J. G. (1999). Forebyggende helsearbeid -i teori og praksis. Oslo, Tano Aschehoug.

Nordin, C. (1997). "Spelberoande - ett utmanande fenomen." Lakartidningen **94(17)1569-1570**.

Olsson, H. S., S. (2003). Forskningsprosessen: kvalitative og kvantitative perspektiver. Oslo, Gyldendal Akademisk Forlag.

Omsorgsdepartementet, H.-o. (1997). Stortingsmelding nummer 25: Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbud. H.-o. Omsorgsdepartementet.

Omsorgsdepartementet, H.-o. (1998). Stortingsproposisjon nummer 63: Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. H.-o. Omsorgsdepartementet.

Otriz, L. (2006). Till spelfriheten. Kognitiv beteendeterapi vid spelberoende., Bokforlaget Natur och kultur, Stockholm.

Pallanti, S. (2005). "New treatments in Gambling Addiction: Toward a Subtype Based on Different Sources of Impulsivity." Psychiatric Times **22(8)30-33**.

Pallesen, S., Mitsem, Morten, Kvale, Gerd, Johnsen, Bjørn-Helge & Molde, Helge. (2005). "Outcome of psychological treatments of pathological gambling: a review and meta-analysis." Society for the Study of Addiction. **100:1412-1422**.

Pallesen, S., Molde, Helge, Arnestad, Helga Myrseth, Skutle, Arvid, Menzoni, Rune og Holsten, Fred (2006). "Medikamentell behandling ved spilleavhengighet." Tidsskrift Norske Lægeforening **Nr. 10(126)1322-1324**.

Parke, J. G., M. (2004). "Gambling addiction and the evolution of the "near miss."" Addiction Research Theory **12;407-411**.

Petry, N. (2002). "Psychological Treatments for Pathological Gambling: Current Status and Future Directions." Psychiatric Annals **32:3;192-196**.

Petry, N. M. A., C. (1999). "Prevalence, assessment and treatment of pathological gambling: A review." Psychiatric Services **50(8):1021-1027**.

Polit, D. F. B., C.T. (2005). Nursing Research. Principles and Methods., Lippincott Williams & Wilkins.

Potenza, M., Fiellin, J.M., Henninger, G., Rounsaville, B.J. & Mazure, C.M. (2002). "Gambling: An addictive behavior with health and primary care implications." Journal of General Internal Medicine. **17;721-732**.

Prescott, P., Børtveit, T., Opheim, A., Barth, T. & Magerøy, K. (2003). "Effekten av opplæring i endringsfokuset rådgivning." Tidsskrift for Norsk Psykologforening. **40;598-604**.

Prescott, P. S., R. (2002). Behandling av spilleproblemer - en pasientmanual. , Bergensklinikkens poliklinikk, Bergen.

Raylu, N. O., T.P.S. (2002). "Pathological gambling: A comprehensive review." Clinical Psychology Review. **22;1009-1061**.

Rosenthal, R., Ed. (1997). The psychodynamics of pathological gambling: A review of the literature. Essential papers on addiction. New York, New York University Press

Rossow, I., Hansen, Marianne (2003). Underholdning med bismak, NOVA Rapport nr. 1/2003.

Skaug, T. (2001). "Spilleavhengighet." Tidsskrift for Norsk Psykologforening **38;2;99-108**.

Skaug, T. (2005). Spilleavhengighet, Universitetsforlaget.

Skjerve, R. o. P., Peter (2005). "Et behandlingsprogram for spilleavhengighet." Tidsskrift for Norsk Psykologforening **42;2-8**.

Sonnenstein, A. (2002). "Allmannlakaren spelar viktig roll i avsløgende av spelberoende." Medisinskt forum.

Stinchfield, R., Winters, Ken. (2003). Gambling Treatment outcome study., Minnesota Department of human services.

Sylvain, C., Ladouceur, R., Boisvert, JM. (1997). "Cognitive and behavioral Treatment of Pathological Gambling: A Controlled Study." Journal of Consulting and Clinical Psychology **65(5)727-732**.

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;727-732**.

- Søndergaard, P. S. (2006). Unge på spill -om problemspill og ludomani blant unge, Kroghs Forlag AS.
- Søndergaard, P. S. (2006). Unge på spill -omproblemspill og ludomani blandt unge. Vejle, Kroghs Forlag A/S.
- Tamminga, C. A., Nestler, Eric J. (2006). "Pathological Gambling: Focusing on the Addiction, Not the Activity." The American Journal of Psychiatry **163(2)****180-181**.
- Tavares, H., Zilberman, M.L. & el-Guebaly, N. (2003). "Are there cognitive and behavioural approaches specific to the treatment of pathological gambling?" Canadian Journal of Psychiatry **48**;**22-27**.
- Teigene, E. (2000). Fra kaos til kontroll. Gjeldsarbeid i praksis, Tano Aschehoug.
- Thornquist, E. (2006). Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori. Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Toneatto, T. (2002). "Cognitive Therapy for Problem Gambling." Cognitive and Behavioral Practice. **9**;**191-199**.
- Toneatto, T., Vettese, Lisa, Nguyen, Linda (2007). "The role of mindfulness in the cognitive-behavioural treatment of problem gambling." Journal of Gambling Issues **2007**;**19**;**1-10**.
- Toneatto, T. e. a. (1997). "Cognitive distortions in heavy gambling." Journal of Gambling Studies. **13**;**253-261**.
- Toneatto, T. L., R. (2003). "The Treatment of Pathological Gambling: A Critical Review of the Literature." Psychology of Addictive Behavior. **17**;**284-292**.
- Tonneatto, T. (2002). "Metacognitive therapy for anxiety disorders: Buddhist psychology applied." Cognitive and Behavioral Practice. **9**;**72-78**.
- Tranøy, E. (2006). "OBS! Spilleavhenging." Sykepleien **Nr. 13/2006**.
- Viets V.C.L. & Miller, W. R. (1997). "Treatment approaches for pathological gamblers." Clinical Psychology Review. **17**;**689-702**.
- W.H.O (1992). Tenth revision of the International Classification of diseases and related health problems (ICD-10). Geneva: WHO.
- Walker, M. e. a. (2006). "A framework for reporting outcomes in problem gambling treatment research: the Banff, Alberta Consensus." Society for the Study of Addiction. **101**;**4**;**504-511**.
- Wiebe, J., Cox, Brian J. (2001). "A profile of Canadian Adults Seeking Treatment for Gambling Problems and Comparisons With Adults Entering an Alcohol Treatment Program." Canadian Journal of Psychiatry **2001**;**46**;**418-421**.

Wirbing, P. o. O., Liria (2006). "Spelare -vårdens nya patienter." Vårdfacket **06(3)1-5**.

Wulfert, E. B., E.B. (2003). "Conceptualizing and Treating Pathological Gambling: A Motivationally Enhanced Cognitive Behavioral Approach." Cognitive and Behavioral Practice. **10;61-71**.

Vedlegg

Forfatter og år	Behandlingsmetode	Resultat	Evaluering, hvordan er det evaluert?	Min vurdering	Overføringsverdi til kommune helsetjenesten
Doehner David, 2003	Medikamentell, kognitiv, heldøgnshandling, familiebehandling, psykoterapi, atferdsterapi		Screening redskap. GA. Behandling	God oversikt over behandlingsmuligheter	Ja
Walker et.al 2006	Medikamentell, psykoterapi, kognitiv behandling		The Banff consensus	Grundig gjennomgang av behandlingsmuligheter	Ja
George og Murali 2005	Medikamentell, kognitiv, atferds terapi. GA		Screening redskap. Behandling	God oversikt over behandlingsmuligheter	Ja
Ladouceur et.al 2003	Kognitiv atferds terapi i gruppe	Høy deltagelse i oppfølgings grupper	Randomisert studie	God oversikt over behandlingsmulighet	Ja
Ladouceur et.al 2001	Kognitiv atferdsterapi	Høy deltagelse i oppfølgingsbehandling	Multivariat analyse	God oversikt over behandling	Ja
Sylvain et.al 1997	Kognitiv atferdsterapi i gruppe	Høy deltagelse i oppfølgings grupper	Eksperimentell design	God oversikt over behandling	Ja
Toneatto og Ladouceur 2003	Behandling av spilleavhengige	Kognitiv atferdsterapi, medikamenter, selvhjelpsgrupper	Litteraturstudie	God oversikt over behandlingsmuligheter	Ja
Tamma og Nestler, 2006	Medikamentell behandling med dopamin preparat	Noe usikkert om virkning og mer forskning må til	Double blind, placebo-kontrollert, multi and fixed dose, ransomisert studie	Artikkelen gir innblikk i bruk av dopamin preparat for avhengighet	Ja, for legene

Pallanti, 2005	Medikamentell behandling	Gode resultater, men mer forskning for å sikre virkning	Double blind, placebo kontrollert studie	Artikkel gir oversikt over bruk av antidepressive preparater for avhengighet	Ja, for legene
Pallesen et.al, 2006	Medikamentell behandling	Gode resultater, men mer forskning må til	Litteraturstudie av 12 kvantitative studier	Oversikt over bruk av antidepressive preparater for avhengighet	Ja, for legene
Sonnenstein, 2002	12 trinnsmodell i kognitiv terapi	Gode resultater, men oppfølging er viktig	prevalensundersøkelse	Kognitiv terapi som behandling	Ja
Larimer, Lostutter Neighbour, 2006	Kognitiv behandling	Gode resultater, men oppfølging må til	SOGS, GA,	Kognitiv terapi som behandling	Ja
Pallesen, Mitssem, Kvale, Johnsen og Molde, 2005	Kognitiv - atferdsterapi	Gode resultater med behandling, men oppfølging er viktig	Metaanalyse	Artikkelen har en oversikt over resultat med kognitiv atferdsterapi	Ja
Wirbing og Ortiz, 2006	Kognitiv atferdsterapi	Gode resultater av behandling, men oppfølging er viktig	Oversiktsartikkel	Gir informasjon om siste innen kognitiv terapi	Ja
Fekjær, 2006	Kognitiv terapi	Gode resultater, men oppfølging må til	Oversiktsartikkel over utenlandske studier	Gir informasjon om siste innen kognitiv terapi	Ja
Hansen, 2006	Kognitiv atferdsterapi sin utvikling i Norden	Gode resultat med behandling, men oppfølging er viktig	Litteraturoversikt fra Norden	Kognitiv atferdsterapi og resultater i Norden	Ja
Skjerve og Prescott, 2005	Behandlingsprogram for spilleavhengighet	Gode resultat med programmet	Informasjonsartikkel	Resultat av behandlingsprogram i en periode	Ja

Toneatto Vetese Nguyen, 2007	Kognitiv atferdsterapi og meditasjonspraksis	Gode resultat med kognitiv terapi og meditasjon	Evidensbasert forskning	Resultat av forskning med kognitiv atferdsterapi sammen med meditasjonspraksis	Ja, men terapeut må ha kunnskaper om tema
Wiebe og Cox 2001	Rusbehandling for spilleavhengige og alkoholikere	Rusmisbrukere og spilleavhengige bør behandles hver for seg.	SOGS	God artikkel med argumentasjon for at gruppene skal behandles hver for seg	Ja
Petry og Armentano 1999	Selvhjelpsgrupper, kognitiv atferdsterapi, psykodynamisk terapi, medikamenter	Gode resultater med behandling, men oppfølging viktig	Litteraturoversikt	God artikkel om muligheter for behandling	Ja
Petry 2002	Kombinert alkohol, narkotika og gambling program, kognitiv atferdsterapi, psykodynamisk terapi, selvhjelpsgruppe	Gode resultat med behandling, men oppfølging viktig	Kvantitativ studie med oppfølgings studie	God artikkel med argumentasjon for at grupper skal behandles hver for seg	Ja
Stinchfield og Winters, 2003	Behandling av spilleavhengige	Bruker tilfredshet	SOGS, oppfølgingsstudier	God artikkel da pas også sier noe om behandling virker.	Ja
Ladouceur et.al 1998	Kognitiv behandling	Gode resultater, men viktig med oppfølging	DSM-IV, oppfølgingsstudier	God artikkel om mulighet for behandling	Ja
Toneatto, 2002	Kognitiv behandling	Gode resultater, men viktig med oppfølging	Litteratur oversikt	God artikkel om behandlingsform	Ja

Wulfert og Blanchard, 2003	Kognitiv atferdsterapi	Gode resultater, god innføring i motiverende intervju	Kvantitativ studie, oppfølgingsstudier	Meget god artikkel om motivasjon for behandling	Ja
Lopez Viets, 1998	Kognitiv behandling	Gode resultater, viktig med oppfølging	Kvantitativ studie, oppfølgingsstudier	God artikkel om mulighet for behandling	Ja
Korman et.al, 2006	Kognitiv behandling	Gode resultater, viktig med oppfølging	Kvantitativ studie, oppfølgingsstudier	God artikkel om behandlingsform	Ja
Dell'Osso et.al, 2005	Medikamentell behandling	Gode resultater med medisiner	Kvantitativ studie	God artikkel om medikamentell behandling	Ja
Hansen, 2005	Behandling av spilleavhengighet i Norden	Gode resultater, viktig med oppfølging	Kvalitative intervju	God artikkel om behandlingsformer	Ja
Fekjær, 2002	Spillegalskap-vår nye landeplage	Gode resultater, viktig med oppfølging	Lærebok	God bok med en del refererte studier	Ja
Skaug, 2005	Spilleavhengighet	Gode resultater, viktig med oppfølging	Lærebok	God bok med refererte studier	Ja
Høgskolen i Lillehammer, 2007	Kompendium spilleavhengighet	Gode resultater	Lærebok kompendium	Gode artikler om behandling av spilleavhengighet	Ja
Molde et.al, 2004	Spilleavhengighet behandling	Gode resultater	litteraturreview	God artikkel som tar for seg behandling	Ja
Kvamme et.al, 2006	Behandling av personer med alkoholproblemer	Gode resultater, overføringsverdi til spilleavhengighet	Kvantitativ studie	God artikkel som tar for seg behandling og overføringsverdi	Ja