

Videospill i BUP – et mulig verktøy i fastlåste saker



Alexander Merkesdal
PBU Ambulante tjenester Psykoseteam Helse-Bergen
alexander.garvik.merkesdal@helse-bergen.no

Spilling kan, på samme måte som lek, øke positive følelser og engasjement i behandlingen.

Ole er et fiktivt navn, og innholdet i kasuset er anonymisert. Ole og foreldrene har samtykket til at utdrag fra behandlingen kan gjengis og publiseres.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

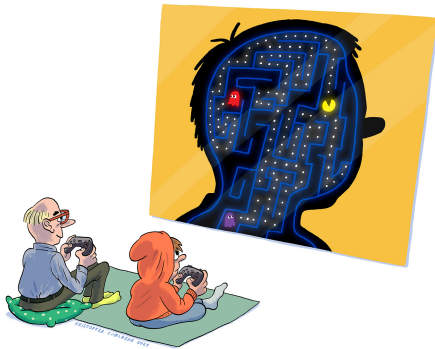
I BUP-hverdagen treffer behandlere relativt ofte pasienter som av ulike årsaker ikke har eierskap eller motivasjon for utredningen eller behandlingen de er henvist for. Mange av sakene avsluttes, andre saker holdes åpne grunnet funksjonsfallet og/eller symptomenes alvor og omfang. Hensikten med teksten er å illustrere bruken av alternative innfallsvinkler i relasjons- og alliansearbeidet med pasienter som er utfordrende å komme i god kontakt med. Helt konkret ønsker jeg å utforske om videospill kan ha en terapeutisk nytteverdi i samtalerterapi. I teksten vil det deles utdrag fra behandling med en gutt fra han var tolv til sytten år. Jeg ønsker å belyse hvordan videospill medvirket i relasjonsarbeidet og alliansen som oppstod, og hvordan arbeidet la grunnlaget for en ny forståelse og behandling for gutten. Arbeidet med gutten og refleksjoner rundt den mulige nytten av videospill i behandling vil også ses på i lys av aktuell forskning innenfor området.

Terapeutisk gaming

Tradisjonelt sett har psykologisk forskning på videospill omhandlet de negative effektene av spilling. Over tid har søkelyset også omfattet hvordan videospill kan benyttes hensiktsmessig i helsefagene. Mye av forskningen sentrerer rundt spill utviklet for å bedre helse, såkalte helsespill. Eksempler er virtual reality-behandling for psykose (Schroeder et al., 2022) og angst (Zeng et al., 2018), «Ring fit adventure», som er et actionbasert treningsrollespill på Nintendo, for bedret fysisk helse og en mer aktiv livsstil (Suire et al., 2023), psykoedukative spill (Beale et al., 2007) og spill som er laget for rehabilitering etter slag (Stockley & Christian, 2022). Gamification, eller bruken av spillmekanismer, for å øke gjennomføring og engasjement benyttes ofte innen opplæring. Et aktuelt tema er nå bruken av kommersielle spill i behandlingssammenheng. Forskning i pediatrien har sett på videospill som verktøy for å få gjennomført medisinske inngrep hos barn. Studier viser reduksjon i opplevd angst og smerte (Sajeev et al., 2021) og at videospill kan være et alternativ til bruk av beroligende (Patel et al., 2006).

Det eksisterer gode argumenter for å være tilbakeholden med å anbefale spill som behandlingstiltak. Problematisk spilling kan i verste fall medvirke til å opprettholde eller skape psykisk uhelse og funksjonsfall. En del av barna vi strever med å få kontakt med, spiller gjerne allerede i overkant mye. De seneste årene fremstår det som at en egen variant av det japanske fenomenet

hikikomori er i vekst i Norge. Hikikomori betyr å «trekke seg tilbake» og beskriver en stedbunden atferd preget av isolasjon og overdreven skjermbruk.



Illustrasjon: Kristoffer kjølborg

Så hvorfor rette oppmerksomheten mot bruken av videospill i behandling av psykiske lidelser? Forskningen tilsier at det kan være et stort utappet terapeutisk potensial i videospill. Noe av det som gjør videospill til et problem for enkelte, er kanskje også det som ligger til grunn for spillenes potensielle nytteverdi. De fleste barn mellom ni og atten år spiller videospill, og for noen er videospill den viktigste kilden til mestring, læring og sosial kontakt. Å utforske eventuelle terapeutiske muligheter som ligger i videospill, handler om å finne kostnadseffektive måter å få gitt hjelp til dem vi ikke når, men som har et stort hjelpebehov, ved å ta i bruk teknologiske og samfunnsmessige trender.

Scener fra et behandlingsforløp

Utdrag fra behandlingsforløpet med «Ole» fra tolv til sytten år benyttes. Målet med kasusbeskrivelsen er å belyse hvordan videospill kan brukes for å komme i posisjon til å skape god relasjon og arbeidsallianse. Jeg ønsker samtidig å illustrere hvor betydningsfull innfallsvinkelen viste seg å bli for forståelsen av Ole og hans videre behandlingsforløp. Jeg legger frem ulike faser fra behandlingen og utdrag fra enkelttimer for å belyse opplevde endringer. Til slutt kommer generelle refleksjoner basert på forløpet og en kort oppsummering.

Ole ble henvist til BUP, for andre gang, da han var tolv år. Han hadde fra tidligere et vellykket forløp i BUP da han var syv år, for hjelp med en spesifikk fobi. Nå var situasjonen annerledes, det var store endringer i familiekonstellasjonen og utfordringer på skolen over tid. Nå fikk Ole en hastevurdering hos BUP da han opplevde syns- og hørselshallusinasjoner og ytret sterk fortvilelse over egen livssituasjon. Funksjonsfallet er påfallende og gjennomgripende.

BUP arbeider initialt med alvorlig depresjon med psykose som arbeidshypotese og påbegynner en omfattende medisinsk utprøving. Først begynner Ole på Zolof, som hurtig seponeres da det trolig utløser en manisk episode. Deretter Abilify og Zyprexa. Zyprexa seponeres og Lamictal startes opp. Akineton forskrives for å redusere dyskinesier. Melatonin og Sobril brukes ved behov. I prosessen endres diagnosen til Bipolar blandet episode med psykose. Ved overføringen til psykoseteamet står Ole på Abilify, Lamictal og Melatonin. På både døgntilrettelagt og i poliklinikk strever behandlere med å få en god samarbeidende relasjon med Ole. Dermed får ingen i særlig grad tilgang til Oles opplevelser i perioden når han prøver ut medisiner. I dette tidsrommet beskriver foreldrene til Ole om både bedring og forverring. Det blir opp til behandleren å vurdere hvorvidt endringene/svingningene skal tilskrives medisintilrettelagningen, sykdommens utvikling eller dels naturlige reaksjoner på store endringer i livets

alle ledd. Utad kan det virke som at Ole har færre positive symptomer på psykose, men humøret varierer. Ole svinger fra å være irritabel – tidvis agitert – og lei seg til å være nøytral og med litt mer energi igjen. Etter hvert veksler Ole mer fra apati, mimikkløshet og «vet ikke» til å ha glimt av bedre stunder hjemme. Han tåler lite og har lav utholdenhet. Funksjonsfallet er fortsatt stort. Han går kraftig opp i vekt som følge av bivirkninger, er mye trøtt og har uttalt munntørrehet.



Kontaktetablering

Da jeg tar rollen som individualbehandler, har både psykoseteamet, BUP og døgnavdeling forsøkt å etablere dialog og allianse uten større hell. Vanligvis har Ole holdt ut i samtaler mellom fem til femten minutter, og oftest avslutter Ole timene om temaet blir for alvorlig. Det besluttes at jeg skal forsøke en mer utradisjonell tilnærming i kontaktetableringen og bruke videospill som utgangspunkt for samtaler.

Jeg treffer Ole for første gang sommeren 2021 på hjemmebesøk. I fellessamtalen med mor og tidligere behandler fra psykoseteamet fremstår Ole som kjent fra før. Han ligger utover bordet, fremstår mutt og nedstemt. Jeg tar derfor tidlig opp min egen interesse for videospill og spør om ikke Ole vil vise «gamingoppsettet» sitt. Det gjør han velvillig, og hans uttrykk og kontaktbarhet endres som om en bryter skrus på. Han forteller i stor detalj om utstyret han har. Jeg spør så om hva han spiller, hvorfor han spiller de ulike spillene han gjør, hva han får ut av det, og hva han opplever negativt med de ulike spillene. Som en form for kartlegging av både innhold i hverdagen, hvor sosialt han spiller, hvilke typer problemløsning han møter i spillene, og i hvilken grad han selv reflekterer rundt valg han tar. Ole beskriver i vei: hvordan han spiller ett spill mest for å holde kontakt med en større vennegjeng, og hvordan han har ulike vennegjenger i ulike spill. At han også spiller med tilfeldige over nett. Hvordan han bruker et annet spill for å skjerme seg fra stress og stimulering fra omverden. Ole sier det ikke direkte selv, men han formidler i grunnen at spill gir ham mestring, avkobling, er emosjonsregulerende og hjelper ham med å holde seg påkoblet sitt sosiale nettverk.

Da vi hadde etablert spillingen som kontekst for samtaler videre, fikk vi umiddelbart en kontinuitet i oppfølgingen. Timene varer oftest seksti til nitti minutter. Gradvis ble Oles toleranse for å prate om alvorlige tema utvidet. Vi traff hverandre i dårligere perioder, og han reflekterte stadig mer rundt hvem han er, og hva han opplever.

«Er jeg for mye?»

Vår tredje time sammen kartlegger vi fritid, skole og familie/sosialt nettverk. Ole snakker åpenhertig om hvor viktig familien er for ham: «Jeg hadde aldri greid meg uten familien min, mormor hjelper også utrolig mye til. Det er fint, og jeg må liksom skjerpe meg rundt henne, det er litt slitsomt også. Jeg er også så mye sint når jeg er med familien min, det er mye som irriterer meg, jeg kan ikke være «Ole» rundt dem.» Jeg spør hvorfor han føler at han ikke kan være seg selv rundt familien. «Jeg er så irriterende.» Får du høre det? Hva er det som irriterer, da? «Ja, det får jeg høre. Jeg vet ikke, kanskje jeg blir litt mye. Det er vanskelig å stoppe av og til, ikke sant, da er det lettere å trekke seg unna.» Ole utleverer en sår del av sin hverdag. Det overrasker, da han i to år har sagt svært lite inngående om sitt indre narrativ. Konturene av potensielt viktige tema trer frem: behovet for å bli validert for hvem han er, vansker med å regulere atferd, tanker om identitet, maskering og rolle i familie. Tema som kan tas opp ved anledning. Når vi spiller, blomstrer det opp et sterkt engasjement som stadig vises tydeligere. Ole går fra å tilpasse seg mye i samtaler til å bli mer og mer autentisk. Han begynner å rappe, synge og lage omfangsrrike historier mens vi spiller, med høyt energinivå og sterk flyt. Jeg blir opptatt av å

gi rom for det som blomstrer opp, og av å validere de aspektene av ham. Særlig fordi jeg mistenker at ovennevnte sider ved Ole i feil kontekst får uforholdsmessig mye korreks.



Økt tilgjengelighet

Tidlig på nyåret får jeg en SMS før timen fra far til Ole. Det hadde vært en tøff uke på skolen, og nå isolerte han seg igjen stadig oftere.

Ole, som ofte møtte meg i døren med et engasjert og muntert humør, åpner og har snudd nesten før jeg har fått hilst. Han går langsomt tilbake til rommet, setter seg ned foran skjermen, hvor det allerede er startet et spill. Han sitter da med et uvanlig – for ham – slapt kroppsspråk, og holder kontrollen langt nede mellom beina. Han gir lite blikkontakt og oppleves som på automatikk. Jeg velger å speile noe av uttrykket tilbake ved å legge engasjementet og aktivitetsnivået ned. Jeg formidler budskapet jeg fikk på SMS. Ole bekrefter det som ble skrevet. Hva er det som har vært vanskelig, spør jeg. «Alt», sier Ole. Jeg gjentar det han sier, og validerer. Ole tillater at jeg snakker litt generelt om når ting ikke går som en håper og ønsker, og hva som er godt for å motvirke at nedstemthet setter seg i kroppen over tid. Han uttrykker etter en stund, i kjent stil, «nå vil jeg ikke prate mer om akkurat det». Jeg valgte da å heller hjelpe Ole å rette oppmerksomheten mot her og nå og det vi holder på med. Gjennom rolige kommentarer om det som skjer i spillet, og hva han får til der, eller hva jeg ikke får til, så skjer det en gradvis endring tilbake mot det mer vitale og delaktige. Ikke til Oles vanlige nivå, men betraktelig bedre enn ved starten av timen. Etter hvert sier Ole: «Men jeg har i hvert fall greid å se en hel tv-serie den siste uken, det har jeg ikke fått til på lenge.» Jeg formidler at det virker som en positiv endring, og undrer meg over hvorfor det ikke har gått på lenge. «Fordi jeg ikke har hatt konsentrasjon til det, tankene bombarderer meg, og jeg får ikke med meg hva som skjer.»

«Begermetaforen»

Jeg får på ny en SMS. Ole er sliten og følte seg helt psykotisk i helgen. Men ønsker å holde på samtalen som avtalt. «Gamingens» intensitet var noe lavere nå. Han var mer opptatt av å prate, en generell tendens utover i forløpet. Ole forteller om et familiebesøk fra helgen, hendelsesforløpet og erfarte symptomer. Jeg får klarhet i symptombilde og utdypende informasjon fra Ole. «Jeg tenker litt på de vanndråpene som fyller opp begeret ditt, som vi har snakket om. Kan det hende at begeret ditt var begynt å bli litt fullt før besøket i helgen?» spør jeg, og Ole bekrefter og formidler så en ny metafor som virker å være en assosiasjon fra begermetaforen som vi har brukt tidligere. «Det er som at jeg har to vannbeger, og to kraner. Det ene vannbegeret, kall det for gledesbegeret, det har hull i bunnen og en kran hvor det bare fosser ut vann. Det andre er et vanlig beger, men kranen er lekk, så det drypper dråper med vann hele tiden. Dette er som det begeret du snakker om», beskriver Ole. «Det var en fin metafor. Men mener du med det å si at du kanskje egentlig har mye glede og sprudlende humør, altså siden den kranen går for fullt. Men at du liksom sjelden kjenner deg full av glede lenger?» spør jeg, og Ole bekrefter. «Også blir det kanskje vondt da å ikke komme i kontakt med den delen av deg så ofte lenger, særlig da du også kjenner at det hele tiden er masse små og store ting som skaper frustrasjon?» følger jeg opp, og Ole bekrefter igjen. «Wow, bra sagt. Kan hende, om vi blir gode på å finne ut hva smådråpene er, og om vi får et instrument som måler hvor fullt begeret er, så kanskje vi både kan tømme begeret før det renner over, og finne ut måter å skjerme seg fra noen «dråper» på?» sier jeg. «Det hadde vært fint, men det er ikke så lett å vite alltid. Det føles av og til ut som at alt er irriterende, og at alt skaper dråpene», forteller Ole.

Avslutning og vei videre



Tidlig i forløpet begynte man en gradvis nedtrapping av medisinene Ole stod på. Våre nå jevnlig samtaler og de gradvise endringene vi så gjorde teamet trygg på at Ole ikke hadde bipolar lidelse. Alle medisiner ble fjernet og det ble gjennomført en ny kartlegging og en ny diagnose med bedre prognose og som passet Oles situasjon og egen forståelse ble satt. Den nye forståelsen og gradvise bedringen førte til at samtalerne var preget av ny tematikk – identitet, selvfølelse, sosiale evner m.m. Ole eide oftere tematikken selv, til tross for at såre tema ble tatt opp.

Før jeg gikk ut i permisjon, hadde Ole gått fra å være fem minutter på skolen noen dager til å ha tre–fire timer daglig. Med fravær ved behov og kortere dager enn planlagt til tider. Ole trente regelmessig igjen og hadde økt sosial kontakt utenfor hjemmet. Nå går Ole fulle uker på videregående, erfarer kjærestereelasjoner, er på fest med jevnaldrende, trener tre–fem ganger i uken og bruker mindre tid i den digitale verden.

Refleksjoner

Allerede i første time var konturene til en positiv relasjon godt til stede. Endringen i Oles fremtoning før og etter introduksjonen av spill som kontekst for samtalerne videre var markant. For Ole var videospillene en kilde til mestring, kontakt og regulering. At spillingen ble validert og akseptert kontra strengere regulert, kan ha vært verdifullt for relasjonen og videre samarbeid. Bruken av lek i kognitiv terapi for å øke engasjement eller øve på ferdigheter er vanlig. Spilling, som lek, øker sannsynligheten for positive følelser og engasjement og kan slik sett være en faktor som medvirker til utvikling av relasjon. Relasjonen ble veien mot alliansen og den felles målsettingen som kom senere.

Jeg har tenkt at spillsituasjonen skapte en ny kontekst og et annet emosjonelt utgangspunkt for Ole. I starten holdt vi oss på overflaten, innen harmløse tema som var engasjerende. De harmløse temaene ledet til sporadiske dykk under overflaten hos Ole. Tema som da boblet opp, var tap av kontakt med venner og familie, tap av fotballen og kroppen og spilling som regulering og verktøy. Etter hvert blir det klart for meg at spillingen vår ble som en livline opp igjen til overflaten for Ole. En livline han ikke vegret seg for å bruke ved behov, men hvor kapasiteten til å holde seg på dypet stadig økte.

Ole ble ofte veldig engasjert når vi spilte. Sider ved Ole som fremstod helt autentiske, blomstret frem. En enorm energi, kreativitet, engasjement og flyt kunne oppstå. Trekkene kunne nok uttrykke seg på måter som kanskje ledet til at Ole i «strengere» kontekster fikk mer korreks enn validering av dem. At jeg fikk mulighet til å observere og være med ham, var viktig. Jeg fikk da anledning til å anerkjenne trekkene og utforske dem på godt og vondt. Kunne slike trekk også gi opphav til Oles følelse av å «være for mye»?

De iboende trekkene til enkelte videospill, eksempelvis at en konfronteres med moralske valg og selv velger hvordan ens karakter skal utvikle seg, ga meg anledning til å komme innom tema knyttet til Oles egen identitet og selvforståelse.

Videospillene ble som en portal inn til en del av Ole som spesialisthelsetjenesten ikke tidligere hadde fått se. Med videospill som kontekst for samtale fikk jeg tilgang til vitalitet, glede, engasjement, kreativitet, vilje og ressurser. Motsetninger til det overordnede inntrykket fra de foregående to årene. Oles symptomtrykk varierte, og i dårlige perioder isolerte han seg mer. Nå fikk spesialisthelsetjenesten oftere truffet Ole og gjort vurderinger i de dårlige periodene. Vi fikk gjennom treffet et inntrykk av hvor dypt sementert de depressive symptomene var, og en anledning til å validere, støtte, gi råd og psykoedukasjon. Jeg mener at spillingen medvirket sterkt i at spesialisthelsetjenesten fikk truffet Ole

og gjort slike vurderinger. Etter hvert fikk han kanskje også en erfaring av at aktivitet og treff kunne bidra til å skape endring i egen situasjon, hvilket igjen trolig motiverte ham til å ta imot besøk også i dårligere perioder.

Potensielle fallgruver med «spilltilnærmingen» kan være at terapeuten deltar i pasienters unnavvikelsesmønster, og at behandling dermed blir ineffektivt. Frykten er at en fremmer problematisk spilling og legitimerer slik aktivitet hos allerede sårbare barn. I tillegg eksisterer det ikke dokumentasjon på videospills verdi som terapeutisk verktøy i samtalebehandling. Skjermbruk og videospill er generelt et kontroversielt tema som preges av en polarisert dialog. Med unntak av en avflatning de siste årene har det vært en jevn økning i skjermtid og videospilling de siste ti år (Bakken, 2024), og det eksisterer forskning som viser korrelasjoner mellom spilltid og selvrapportert psykisk uhelse. Det er her verdt å nevne at selvrapporterte psykiske helseplager ikke har vært i økning med unntak av pandemiåret og starten av 2010-tallet. Ni av ti ungdommer rapporterer gode liv med en aktiv fritid preget av både sosiale medier, gaming og fysisk aktivitet.



Oppsummering

I tilfellet med Ole fremstår det som sannsynlig at videospill som verktøy var medvirkende i å få til en kontinuitet i treffene. Videospillingen virket å ha en medierende effekt som bidro til å senke Oles skuldre. Det medførte i sin tur tilgang til viktig diagnostisk informasjon og en bedre forståelse og hjelp. Kasuset illustrerer hvordan bruk av videospill i enkelte tilfeller kan se ut. For å kunne avgjøre hvorvidt videospill bør benyttes som verktøy i fastlåste saker, må en definere målgruppen for en slik intervensjon og deretter gjennomføre mer systematiske undersøkelser.

Referanser

- Bakken, A. (2024). *Ungdata 2024. Nasjonale resultater*. NOVA Rapport 6/24. NOVA, OsloMet.
- Barn og Medier. (2022). *En undersøkelse om 9–18 åringers medievaner*. Medietilsynet.
- Beale, L. I., Kato, M. P., Marin-Bowling, M. V., Guthrie, N. & Cole, W. S. (2007). Improvement in Cancer-Related Knowledge Following Use of a Psychoeducational Video Game for Adolescents and Young Adults with Cancer. *Journal of Adolescent Health, 41*(3), 263–270. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2007.04.006>
- Patel, A., Scheible, T., Davidson, M., Tran, C. J., Schoenberg, C., Delphin, E. & Bennet, H. (2006). Distraction with a hand-held video game reduces pediatric preoperative anxiety. *Pediatric Anaesthesia, 16*(10), 1019–1027. <https://doi.org/10.1111/j.1460-9592.2006.01914.x>
- Sajeev, F. M., Kelada, L., A'tikah, B. Y., Wakefield, E. C., Wewege, A. M., Karpelowsky, J.,... Signorelli, C. (2021). Interactive video games to reduce paediatric procedural pain and anxiety: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Anaesthesia, 127*(4), 608–619. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2021.06.039>
- Schroeder, A., Bryce, B., Tabassum, R., Alexandra, T., Hannah, M. & Synthia, G. (2022). Feasibility and Efficacy of Virtual Reality Interventions to Improve Psychosocial Functioning in Psychosis: Systematic Review. *JMIR Mental Health, 9*(2). <https://doi.org/10.2196/preprints.28502>
- Stockley, C. R. & Christian, L. D. (2022). A focus group study of therapists' views on using a novel neuroanimation virtual reality game to deliver intensive upper-limb rehabilitation early after stroke. *Archives of Physiotherapy, 12*(1). <https://doi.org/10.1186/s40945-022-00139-0>
- Suire, B. K., Spring, K., Jones, C., Winkler, D., Carroll, A., Merritt, M. & Wadsworth, D. D. (2023). Get Fit with Ring-Fit Adventure™: Physiological Outcomes of a Novel Active Video Game

Intervention among Women. *Journal of Womens Health Care and Management*. <https://doi.org/10.47275/2692-0948-134>

Zeng, N., Pope, Z., Lee, J. E. & Gao, Z. (2018). Virtual Reality Exercise for Anxiety and Depression: A Preliminary Review of Current Research in an Emerging Field. *Journal of Clinical Medicine*, 7(3), 42. <https://doi.org/10.3390/jcm7030042>

