

Et behandlingsprogram for spilleavhengighet

Til tross for omfanget av pengespillproblemer og de alvorlige følgene av problemet, er behandlingstilbudet svært begrenset i Norge. Denne artikkelen beskriver et kurstilbud for personer med avhengighet til spilleautomater. Tilbudet er basert på kognitiv atferds-terapi og endringsfokusert rådgivning.

TEKST

Randi Skjerve

Peter Prescott

PUBLISERT 1. juni 2005

ABSTRACT:

A treatment program for gambling addiction

A twelve hour group treatment program for clients with addiction to slot machine gambling is presented. The treatment program is based on cognitive-behavioral therapy and motivational interviewing. Clients receive written self help material to enhance the effect of the group treatment. The treatment program is manualized in order to meet the need for an increased treatment capacity for gambling problems. In this article we describe the theoretical platform, as well as central treatment components in the program. Clinical experience from treatment with five groups is presented and discussed.

Et betydelig antall nordmenn har problemer med pengespill. En fersk befolkningsundersøkelse (Lund & Nordlund, 2003) viser at 1,4 % av befolkningen mellom 15 og 74 år har, eller har hatt, slike problemer. En undersøkelse blant elever i ungdomsskolen og videregående skole viser at 3,2 % har pengespillproblemer (Rossow & Hansen, 2003). Automatspilling peker seg ut som det pengespillet flest har problemer med, uavhengig av alder (Lund & Nordlund, 2003; Rossow & Hansen, 2003). Forskning tyder også på at spilleautomater er en særlig avhengighetsskapende form for pengespill (Fisher & Griffiths, 1995; Griffiths, 1999).

Pengespillproblemer kan ha store økonomiske, sosiale og helsemessige konsekvenser. Det er høyere hyppighet av depressive symptomer, alkoholproblemer, stressreaksjoner og somatiske symptomer, samt en overhyppighet av suicid og suicidalforsøk i denne gruppen sammenliknet med befolkningen for øvrig (Jonsson et al., 2003). Nedsatt arbeidsytelse, vansker i nære relasjoner og vinningskriminalitet er også problemområder som er overrepresentert blant personer med pengespillproblemer (Raylu & Oei, 2002).

Til tross for omfanget av pengespillproblemer og de alvorlige følgene av problemet, er behandlingstilbudet svært begrenset i Norge. I noen fylker er behandlingstilbudet nærmest fraværende (se www.hjelpelinjen.no). For å kunne imøtekomme behovet trengs flere behandlere med kompetanse på feltet.

Medarbeidere i Stiftelsen Bergensklinikkene har gjennomført et prosjekt for å utvikle et behandlingsprogram for personer med avhengighet til spilleautomater. Programmet er basert på kognitiv atferdsterapi og endringsfokusert rådgivning. Behandlingen går over seks to-timersmøter med fastsatte temaer for hvert møte (se Tabell 1). Rekkefølgen av behandlingskomponentene er forankret i stadiemodellen for endring (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992). Vi har utarbeidet et kurshefte (Prescott & Skjerve, 2002) og en behandlingsveileder (Skjerve & Prescott, 2003) som er tilgjengelige på Stiftelsen Bergensklinikkens nettsted www.bergenclinics.no. Prosjektarbeidet er finansiert av Helse og Rehabilitering.

Tabell 1. Temaoversikt over møtene i behandlingsprogrammet.

Møte 1: Presentasjonsrunde og presentasjon av kursprogrammet.

Møte 2: Informasjon om gjeldsrådgivning, informasjon om spilleautomatindustrien, og vanlige tanker før, under og etter spilleepisoden.

Møte 3: Spillerens tanker.

Møte 4: Motivasjon, ambivalens og beslutningstaking.

Møte 5: Mestring av spilleslutt.

Møte 6: Tilbakefallsforebygging og tilbakeblikk på endringsprosessen.

I denne artikkelen vil vi redegjøre for det teoretiske grunnlaget for programmet og beskrive kliniske erfaringer gjort på bakgrunn av behandling med fem grupper.

Forståelsesmodeller

«Patologisk spilling» er en relativt ny diagnose, først inkludert i DSM-III i 1980. DSM-IV kategoriserer patologisk spilling som en impulskontrollforstyrrelse, der hovedkriteriet er at den impulsive handlingen er til skade for en selv eller andre (American Psychiatric Association, 1994). I ICD-10 er patologisk spilling klassifisert under vane- og impulsforstyrrelser, kjennetegnet ved gjentatte handlinger uten klar rasjonell motivering, som er til skade for personen selv og andre, og som personen opplever å ikke ha kontroll over (World Health Organization, 1992).

Det finnes ulike modeller for å forklare hvorfor noen overdriver spilling til tross for negative konsekvenser. Den dominerende forståelsesmodellen er forankret i kognitiv atferdsteori. Overdrevet spilling forstås som motivert av urealistiske forventninger om

gevinst (Gaboury & Ladouceur, 1989; Ladouceur & Walker, 1996). Det hevdes at spillere misoppfatter tilsynelatende mønstre i tilfeldige trekningsresultater 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 gjerne som urealistisk tenkning, feiltenkning eller feilantakelser.

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, «nesten-gevinster» og innretninger som knapper og spaker, kan forsterke tendensen til å fortolke tilfeldige hendelser i en sekvens som uttrykk for et bakenforliggende system, og til at man faktisk kan påvirke automatene gjennom bestemte ferdigheter (Griffiths, 1993a, 1995, 1999).

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 betingete stimuli for spenning, noe som får erfarne spillere til å vende tilbake til spillet (Brown, 1986). Høy hastighet, samt umiddelbar, tilfeldig og variabel gevinst kan virke inn på operante forsterkningsprosesser (Griffiths, 1993a, 1995, 1999).

Innen nyere avhengighetsteori forstås pengespillproblemer som et avhengighetsproblem. Teorien er utvidet til å dekke fellesmekanismer bak overdrevet atferd med eller uten inntak av kjemiske substanser. En antar at atferd som spilling har iboende positive konsekvenser som øker risikoen for å utvikle en «overdreven appetitt» (Orford, 2001). Spenning, flukt fra kjedsomhet og problemer, og modulering av negative sinnstilstander er antatt å være positive konsekvenser som i seg selv kan motivere for spill (Blazczynski, 2000). Videre beskrives avhengighetsatferd som umiddelbart tilfredsstillende, men med negative konsekvenser på sikt. Slutforsøk er forbundet med risiko for tilbakefall (Marlatt, Baer, Donovan & Karlahan, 1988). Dette er også velkjente trekk ved pengespillproblemer (Griffiths, 1999). Fellestrekkene mellom pengespillproblemer og avhengighetsproblemer har ført til at begrepet spilleavhengighet ofte benyttes, selv om dette ikke er den korrekte diagnostiske betegnelsen på problemet. Vi bruker også begrepet spilleavhengighet videre i artikkelen.

«Taper jeg, så skal jeg vinne tilbake. Vinner jeg, så kan det være mer å hente»

Behandlingstilnærminger

Feiltenkningen rundt spilling er et særegent trekk ved spilleavhengighet som krever spesifikke behandlingsintervensjoner (Tavares, Zilberman, & el-Guebaly, 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 feilantakelsene, antar man at motivasjonen for spilling reduseres.

Kognitiv atferdsterapi er den behandlingsformen som har vist best resultater i behandling for spilleavhengighet (Oakley-Brown, Adams & Mobberly, 2002; Viets & Miller, 1997). Ladouceur og hans kolleger (Sylvain, Ladouceur, & Boisvert, 1997) har for eksempel dokumentert god effekt av et behandlingsprogram hvor kognitive intervensjoner ble kombinert med problemløsningstrening, sosial ferdighetstrening og tilbakefallsforebygging. I senere studier har Ladouceur et al. vist at program basert bare på kognitiv restrukturering og tilbakefallsforebygging kan gi behandlingseffekt, både i individualterapi (Ladouceur et al., 2001) og i gruppeterapi (Ladouceur et al., 2003).

Endringsfokusert rådgivning

Behandling for spilleavhengighet har også tatt modell av behandlingstilnæringer innen avhengighetsfeltet (Tavares et al., 2003). Faktorer som ambivalens, motivasjon, beslutningstaking og tilbakefall er sentrale for endring av alle former for avhengighetsatferd (Prochaska et al., 1992), og er i ulik grad integrerte i behandlingsprogrammer for spilleavhengighet (se for eksempel Blaszczynski, 1998; Ciarrocchi, 2002; Ladouceur et al., 2002). Endringsfokusert rådgivning (Barth, Børtveit & Prescott, 2001) er en etablert behandlingsmetode innenfor avhengighetsfeltet med vekt på disse endringsfaktorene.

I endringsfokusert rådgivning antar man at atferdsendring avhenger av motivasjon, forpliktende beslutningstaking, tilgang på effektive fremgangsmåter og tiltro til egen evne til å sette endringsplanene ut i livet («self-efficacy»). Sannsynligheten for atferdsendring antas å øke dersom klienten deltar på en konstruktiv måte i behandlingssamtalen, operasjonalisert som «endringsfokuserte ytringer» (Prescott, Børtveit, Opheim, Barth & Magerøy, 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 forsterkning av endringsfokuserte ytringer, og gjennom å begrense omfanget av mindre konstruktiv og demotiverende aktivitet i samtalen. Behandler benytter stadiemodellen for planlagt endring (Prochaska et al., 1992) som rettesnor for hensiktsmessig valg av type intervensjon og tidspunkt for å gjennomføre dem.

Behandlingsprogrammet

Vi vil nå presentere noen sentrale temaområder i programmet, med eksempler på hvordan de blir formidlet og omtalt i behandlingsveilederen. Sidetall i behandlingsveilederen står i parentes. Kognitiv restrukturering er den mest sentrale behandlingskomponenten i programmet, men teknikker og behandlerstil fra endringsfokusert rådgivning benyttes i utførelsen av de kognitive intervensjonene. I tillegg er komponenter fra atferdsterapi integrert i programmet. Stadiemodellen for planlagt endring brukes som utgangspunkt for klientenes refleksjon over egne endringsprosesser.

I behandlingsveilederen brukes begrepene «varme tanker» og feiltenkning om hverandre. Begrepet «kalde tanker» refererer til tanker som er realistiske med hensyn til vannersjanser og muligheten for å påvirke trekningsresultat, og som kan brukes til hjelp i risikosituasjoner.

Målvalg

Automatspilling er vanskelig å kontrollere når spillet er i gang. Både tap og gevinst kan sette i gang varme tanker. «Taper jeg, så skal jeg vinne tilbake. Vinner jeg, så kan det være mer å hente.» Derfor oppfordres klientene til å sette spilleslutt som mål. Vi formulerer oppfordringen på en måte som kan gjøre den mer akseptabel for dem som er ambivalente i forhold til målvalg. Behandlerne kan for eksempel si: «På kurset snakker vi ikke noe særlig om å redusere spillingen, eller 'kontrollert' spilling, som mange kaller det. Noen av dere er kanskje usikre på om spillestopp er riktig for dere, og tenker at dere ønsker å kunne spille litt. Vi tror at dere kan ha nytte av kurset likevel. Selv om du er usikker på det nå, kan det hende at du får mer lyst til å slutte å spille i løpet av kurset» (s. 17). Dilemmaer knyttet til en målsetning om kontrollert spilling illustreres og drøftes med utgangspunkt i at risikotanker som «Jeg skal bare prøve litt» erfaringsmessig kan lede til episoder med storspilling.

Usikkerhet med hensyn til målsetning for endring kan vedvare utover i behandlingsforløpet. Det er lite hensiktsmessig hvis klienter holder usikkerheten for seg selv, fordi tanker som forblir private i liten grad blir gjenstand for bearbeiding og kan fortsette å påvirke klienten i negativ retning. Vi legger derfor til rette for at klientene kan gi åpent uttrykk for usikkerhet ved å si: «Selv om målet for denne gruppen er spilleslutt, så er det ikke uvanlig at noen kan være delte i sin innstilling til helt å slutte å spille. Kan jeg få spørre hvordan det er med dere?» (s. 24). Usikkerhet rundt målvalg kan bli særlig sterk når det nærmer seg sluttdato, og kan være hensiktsmessig å ta opp som tema i fjerde møte.

Å tilby en meny

Mens målvalg presenteres som et mer eller mindre fastlagt premiss, er programmet for øvrig tilpasset at klientene er i ulike faser i endringsprosessen med behov for ulike behandlingsintervensjoner. Kursheftet introduseres som en meny av framgangsmåter som har vist seg å kunne være effektive. Klientene oppfordres til å hente den informasjonen som de synes er relevant, og benytte de strategiene som passer dem best. Valgmuligheter hjelper klientene til aktiv og konstruktiv deltakelse i forhold til egen endring. Behandlerne introduserer meny-tenkningen i første møte, i gjennomgangen av planen for møtene. «Vi har lagt vekt på å velge ut metoder som har vist seg å være til hjelp. Samtidig er det sånn at ikke de samme framgangsmåtene passer for alle. ... Dere må selv vurdere hva som passer best for dere» (s. 16).

Utforskning og utfordring av feiltenkning

Utforsking av tanker knyttet til spilleepisoder er en sentral komponent i behandlingen, men disse tankene kan være vanskelig tilgjengelig av flere grunner. For det første kan de være situasjonsavhengige. Spillere har gjerne realistiske oppfatninger om tilfeldige trekkninger og gevinstmuligheter utenfor spillsituasjonen, mens de urealistiske tankene settes i gang av spillrelaterte stimuli (Gaboury & Ladouceur, 1989). For det andre er de urealistiske tankene gjerne automatisert i den forstand at spillere ikke er klar over eller bare er delvis oppmerksomme på dem (Ladouceur & Walker, 1996). For det tredje forsterkes feiltenkning gjennom eksponering for spilleautomater (Griffiths, 1993b). Spilleavhengige klienter vil derfor ofte ha en sterk dragning mot å spille, en dragning som de ofte opplever som i hvert fall delvis irrasjonell og ukontrollerbar. Den kognitive modellen og tankenes betydning for spilling introduseres for klientene på følgende måte: «Det kan være vanskelig å oppdage tanker som øker lysten til å spille, fordi de ofte er blitt helt automatiske, slik at dere ikke er klar over at dere tenker dem. Ofte kan de fare så raskt gjennom hodet at de er mer glimt eller bilder, enn tanker. De har til felles at de legger igjen en trang til å spille ... Forskning viser at hvis man oppdager slike tanker, og lærer seg å utfordre dem, er det gode sjanser for å få kontroll med spillingen» (s. 16).

Tidlig i programmet lærer klientene å identifisere tanker som kan lede til spilling. Behandlerne tar tak i varme tanker som kommer fram i utforsking av spilleepisoder, og spør klienten «Hva gjør slike tanker med lysten din til å spille? Øker det lysten, eller svekker det lysten?» (s. 16). «Når du tenker på at det kanskje finnes et system, hva gjør det med lysten din til å spille?» (s. 20).

Utforskingen forandrer seg utover i programmet, i takt med at klientene blir fortrolige med den kognitive modellen og kompetente til å oppdage varme tanker. Behandler kan etter hvert styre noe mindre, og invitere klientene til å analysere spillesituasjoner andre gruppemedlemmer forteller om. «Hva tror dere? Hva tenker dere om det Pål sier her?» (s. 27). Økt kompetanse og trygghet hos klientene tillater også at behandler 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. Behandler går videre med å finne alternative tanker som er mer korrekte og som reduserer lysten til å spille. «Er det noe du kunne sagt til deg selv i stedet? Er det noe du kunne sagt til deg selv som ville hjelpe deg til ikke å spille?» (s. 20).

«Kurs og meny-terminologi impliserer at klientene er ansvarlige for egen endring»

Kognitive intervensjoner forutsetter at klienten får tilstrekkelig følelsesmessig nærhet til spillsituasjonen til at de urealistiske tankene blir satt i gang, for eksempel gjennom detaljerte intervjuer om spilleepisoder og øvelser som illuderer spill. 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 klientens systemteori ikke ble bekreftet. På denne måten forsøker terapeuten å skape en følelsmessig konflikt (kognitiv dissonans) mellom klientens forestillinger og faktiske erfaringer, som kan medvirke til at klienten endrer oppfatning om muligheten for å kontrollere spillet (Ladouceur et al., 2002).

Motivasjon

Motivasjonsarbeidet foregår kontinuerlig gjennom hele programmet, ved å utløse og forsterke endringsfokuserende ytringer. Motivastjonstemaet blir imidlertid tatt opp eksplisitt først i fjerde møte, for å sikre at klientene har noe mestringserfaring å bygge motivasjon på. Sterk problemopplevelse kombinert med lav mestringstiltro kan føre til håpløshet og resignasjon (Barth et al., 2001).

Behandler kan hente fram og forsterke eksisterende motivasjon ved å stille direkte spørsmål om grunner for endring, eller gjennom skalerings spørsmål (se for eksempel Rollnick, Mason & Butler, 1999). Skalerings spørsmålet er også del av en avgrenset personlig tilbakemelding på inntakskartleggingen (kursheftet, s. 6–8). En personlig tilbakemelding på egen problemstatus har vist seg å kunne ha en motiverende effekt i seg selv (Miller, Sovereign & Krege, 1988).

Ambivalens, beslutningstaking og sluttdato

Klientene kan oppleve motivasjonskonflikt rundt spillings positive og negative sider, og tilsvarende konflikt omkring utfall av en eventuell endring. Ambivalens er en følgesvenn gjennom hele endringsprosessen. Det kan være formålstjenlig å håndtere den på ulike måter avhengig av hvor i endringsprosessen klientene befinner seg. Ambivalensutforskning (s. 29–30 i kursheftet) tilrettelegger for en gjennomtenkt beslutning om endring, men løser sjelden motivasjonskonflikten. Behandler kan kommentere: «... som regel må man ta beslutninger og gjennomføre endringer selv om man ikke er 100 prosent sikker på at man faktisk vil slutte å spille» (s. 25).

Det kan være vanskelig å ta en forpliktende beslutning om å slutte å spille. En felles sluttdato bidrar til å forebygge at klientene utsetter å ta en beslutning, eller at de tar en «liksom-beslutning» om at de skal gjøre endringer uten at de bestemmer når endringen skal finne sted. En velbegrunnet oppfordring gjør sluttdatoen mer akseptabel for klientene.

Behandlerne introduserer og begrunner felles sluttdato for gruppa i første møte, og kan si «...vi har satt en felles dato for spilleslutt mellom 4. og 5. møte, den [dato]. Det kan være vanskelig for hver enkelt av dere å sette en dato for dere selv, og gjennomføre det. En grunn til at vi setter en dato for spilleslutt er at vi vet at beslutningstaking er et viktig steg i å komme seg vekk fra spilling. ... En felles dato med resten av gruppa, kan være et hjelpsomt press i retning av å ta en beslutning» (s. 16).

En sterk forpliktelse i forhold til beslutningen ser ut til å være viktig for vellykket endring (Amrhein, Miller, Yahne, Palmer & Fulcher, 2003). Beslutningen kan styrkes ved å la samtalen kretse rundt temaer som tiltro til egen mestring, grunner for endring, prioritering av endringen og at tiden for endring er inne. Det kan også være formålstjenlig å rette oppmerksomhet mot mulige beslutningsfeller (se s. 31–33 i kursheftet).

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 (Prochaska et al., 1992). Dersom klienten ikke klarer å overholde sluttdatoen, revitaliseres beslutningstakingen ved å introdusere en ny mulighet til spillestopp fram til siste møte. For noen kan det være tjenelig å formulere en ny spillestopppdato som en «spillepause». Dette er et oppnåelig delmål for mange klienter, som i sin tur kan motivere for mer langsiktig spillestopp. Behandlerne kan si: «Det kan være vanskelig å ta en beslutning om å ikke spille mer noen gang. Det kan virke uoverkommelig, og kanskje skremmende. Samtidig er det en god sjanse for at det vil være godt for dere å kunne dere en spillepause, for å få litt ro. Vi vil sterkt anbefale at dere tar en ny beslutning om å være spillefrie fram til neste møte» (s. 28).

Klientene kan kjenne ambivalens etter at endringen er satt ut i livet. Behandler introduserer selvsabotasjetenkning: «Selv når dere har klart å slutte, kan det være nødvendig å arbeide aktivt for å forhindre tilbakefall. Dere kan unngå tilbakefall ved å lære å kjenne igjen egne reaksjonsmåter, og bruke dem som varseltegn slik at dere kan gjenvinne kontroll. Hvis dere er forberedt på selvsabotasjetankene, får de mindre kraft over dere» (s. 29).

Kliniske erfaringer

Behandlingsprogrammet er rettet inn mot spilleavhengige som overveier eller har bestemt seg for å slutte å spille, og som trenger profesjonell hjelp for å bearbeide ambivalens, ta en beslutning og gjennomføre et godt planlagt slutforsøk. Samtidig er selvhjelpsaspektet fremtredende, i og med at det legges til rette for at klientene skal tilegne seg tilstrekkelig kunnskap til å kunne jobbe videre på egenhånd etter kurset. Kursheftet (og behandlingsveilederen) er inndelt i kapitler for hvert møte og har form som en selvhjelpsmanual, med informasjon om spilleautomatindustrien, råd og øvelser. Deler av kursheftet er rettet mot identifisering og korrigerende av feiltenkning. Et mål med heftet er at det skal bidra til forankring av kunnskap mellom møtene og etter behandlingsslutt.

Behandlingskurs

Behandlingsprogrammet presenteres som et «behandlingskurs» for klientene. Bruken av en kursliknende ramme for behandlingen ser ut til å ha flere positive funksjoner. Det bidrar til å sosialisere klientene inn i en aktiv rolle der målet er tilegnelsen av kompetanse de kan bruke på egenhånd. Kurs og meny-terminologi impliserer at

klientene er ansvarlige for egen endring, og kan virke forebyggende på utvikling av en gruppekultur med eksternalisering av problemansvar til spilleautomatpolitikk og automatenes virkemåter. Bruk av pulter og kurshefte understreker at møtene er ment å holdes på et saklig plan, og kan bidra til å senke terskelen for å delta i programmet for klienter som av ulike grunner er engstelige for å delta i gruppeterapi.

Kursheftet er sentralt for kursformen. Klientene har benyttet seg av kursheftet i varierende grad. Noen har brukt det svært aktivt på egenhånd og lest hele heftet. Andre har hatt nytte av enkelte partier. I grupper hvor klientene brukte kursheftet mindre aktivt, forsøkte vi å minne om bruk ved å referere mer til heftet i møtene. I oppfølgingsmøtene har flere nevnt at de fremdeles benytter seg av kursheftet, mens andre gir uttrykk for at de har det tilgjengelig i tilfelle oppblussing av varme tanker. Det ser ut til at kursheftet for mange fungerer som støtte mellom møtene og redskap for forankring av kunnskap, mens det for noen klienter er for krevende å skulle lese så store mengder tekst. Det er mulig at noen vil ha mer nytte av å få utdelt enkelte deler av kursheftet i forbindelse med temaet som tas opp i behandlingen. Klienter med lesevansker kan ha best nytte av at temaer fra kursheftet blir gjennomgått i behandlingsmøtene.

Felles sluttdato

Klientene har stort sett vært innstilt på målsetningen om spillestopp og en felles sluttdato. En tydelig vektlegging av spillestopp kan ha positiv effekt både for de som klarer å gjennomføre et slutforsøk, og de som ikke gjør det. Sluttdatoen gir mange et nødvendig «dytt» som setter fart i endringsprosessen, og øker sannsynligheten for at de gjør et reelt slutforsøk i løpet av behandlingen. Hos noen blir ambivalensen til spilleslutt tydelig ved at de øker spillaktiviteten rett før spilleslutt. Vi reflekterer da tilbake at «tanken om at spillesluttdatoen nærmer seg gir deg enda sterkere lyst til å spille».

Vi har delte erfaringer med en «ny sjanse» til spillestopp i femte møte. Det kan virke som om de som har gjort et reelt slutforsøk og som har hatt en glipp, opplever den nye datoen som meningsfull. De som tidligere ikke har klart å ta en sterk beslutning i forhold til sluttdatoen, har mindre nytte av forslaget. Framstilling av endringsprosessen som en sirkulær prosess, ser imidlertid ut til å ha hatt en meningsfull funksjon for de fleste. Klientene får mulighet til å plassere seg selv i modellen før behandling og i slutfasen av behandling. Tilbakemeldinger tyder på at de opplevde det som motiverende både å få tydeliggjort endringer de har foretatt og å identifisere hvilke hindre de står overfor for å komme videre i prosessen.

Det var lite diskusjon rundt spillestopp og kontrollert spill i gruppene. De fleste som kommenterte på problemstillingen var klare på at kontrollert spill ikke ville være et realistisk alternativ. I oppfølgingsamtalene ser vi imidlertid at mange av dem som ikke har klart å slutte helt, likevel har redusert spillingen betraktelig.

Gjennomføring av kognitive intervensjoner

Utforsking av spilleepisoder er krevende. Behandler må holde fokus og få fram detaljer i beretningen for at klienten skal få følelsesmessig nærhet til episoden. Effektiv utforsking kan være vanskelig av flere grunner. Klienter kan ha vansker med å gi slipp på feiltenkning, fordi et realistisk perspektiv på vinnermulighetene utløser skam over at man har latt seg lure så lenge. Å forkaste tanken om spill som problemløsning, innebærer også å gi slipp på håpet om personlig oppreisning og oppretting av økonomiske problemer. Noen klienter fokuserer så ensidig på de negative konsekvensene av spilling og følelsene det gir dem (for eksempel selvforakt, sinne, oppgitthet), at de har vansker med å skifte perspektiv til det som skjer i forkant av spillingen og som leder til spilleepisoder. For en del klienter er refleksjon over egen tenkning (metakognisjon) generelt vanskelig, og det tar tid å lære seg.

Vår erfaring er at kognitive endringer tar tid, men at de fleste klientene gradvis endrer sitt perspektiv og opplever tilnærmingen som meningsfull. Feiltenkningen kommer fram når behandler er tilstrekkelig fokusert i utspørringen om den enkelte spilleepisoden, og klarer å holde fast ved gjentatte detaljerte gjennomganger av spilleepisoder i hele behandlingsforløpet, på tross av eventuelt mismot eller dramatiske spilleerfaringer blant klientene.

Diskusjon

Behandlingsprogrammet er manualisert i form av kurshefte og behandlingsveileder. Behandlingsveilederen oppsummerer forskningsbasert kunnskap og systematisert erfaring fra behandling med fem grupper. Behandlingsveilederen og kursheftet gir til sammen et inntrykk av temaene og oppbyggingen av behandlingsprogrammet. Innledningsvis i behandlingsveilederen er det en kort redegjørelse for teoretisk og metodisk bakgrunn for behandlingen og et detaljert eksempel på hvordan en spilleepisode kan utforskes. Det første avsnittet i hvert av de følgende kapitlene omhandler hvor klientene kan forventes å befinne seg i endringsprosessen på det gitte møtet. I presentasjonen av temaene for møtene omtaler vi hensikten med å ta opp temaet og konkrete forslag til måter å gjøre dette på.

Behandlingsveilederen har enkelte likhetstrekk med behandlingsmanualer innen kognitiv atferdsterapi, med et fastlagt behandlingsforløp og strukturering av behandlingstemaer time for time. Mens mange behandlingsmanualer gir konkrete instruksjoner om hvordan behandler bør formulere sine intervensjoner, er målet med vår behandlerveileder å formidle en behandlerstil, og å tilby forslag til måter å intervensjonere på som andre behandlere så kan tilpasse til egen praksis. Mens behandlingsmanualer innen kognitiv atferdsterapi ofte er ment å være tilstrekkelig utfyllende instruksjoner til gjennomføring av tiltak, er behandlingsveilederen vår ikke ment å gi en utfyllende forståelse av spilleproblemer eller av behandlingsmetoder.

Korttidsprogram og behandlingseffekt

Det kan stilles spørsmålstegn ved effekten av et så avgrenset behandlingstilbud. Behandlingsprogrammet er i første rekke tilrettelagt for personer som selv overveier

eller har bestemt seg for å slutte å spille. Vektlegging av motivasjon og beslutningstaking kan bidra til at de gjør et endringsforsøk, og noen vil oppnå varig endring da. Arbeid med mestring av fristelser og tilbakefall er rettet mot å øke sannsynligheten for at endringsforsøket lykkes.

En generelt høy tilbakefallsprosent ved avhengighetsproblemer (Dimeff & Marlatt, 1995) er en indikasjon på at mange spilleavhengige klienter også vil ha behov for oppfølging over tid. En del av deltakerne i prosjektet har uttrykt ønske om oppfølging. Et bredere oppfølgingstilbud for de som har behov for det, vil derfor være en nærliggende utvidelse av programmet.

Spesifikk spillebehandling eller generell avhengighetsbehandling

I en kognitiv forståelsesmodell er det å vinne penger den grunnleggende motivasjonen for spilling hos spilleavhengige. Modellen impliserer at arbeid med feiltenkning er en nødvendig del av motivasjonsarbeidet. Mye tyder imidlertid på at motivasjonsfaktorene for spilling kan endre seg i løpet av problemutviklingen. Konsekvensene av spillingen kan etter hvert gi et høyt symptomtrykk, og spillingen blir mer en måte å endre sinnsstemning på eller å få en pause fra bekymringer. Det kan tenkes at kognitiv behandling vil kunne ha noe effekt for disse klientene, men at korrigerende av feiltenkning ikke adresserer all spillemotivasjon. Man kan også tenke seg at høyt symptomtrykk vil kunne gjøre feiltenkning mindre tilgjengelig. Klienter med betydelige psykiske plager vil muligens kunne ha bedre nytte av tradisjonelle motivasjonsintervensjoner, hjelp til beslutningstaking og praktiske mestringsstrategier.

Ved utforming av behandlingsprogram står man overfor valget mellom et program som hjelper dem som effektivt kan dra nytte av den kognitive modellen, eller et mer bredspektret program som kanskje gir mindre effekt hos hver enkelt, men som passer flere. Ut fra perspektivet om at endringsforsøk gir nyttig kunnskap og ferdigheter selv om man ikke lykkes, kan man argumentere for at bredspektrede programmer til syvende og sist kan gi en større behandlingseffekt enn smalere programmer.

Endringsfokusert rådgivningsmetode

Spilleavhengige som kommer i behandling preges ofte av et konfliktfylt syn på muligheten for å vinne. Identifisering og utforskning av feiltenkning ved hjelp av en tradisjonell kognitiv behandlingstilnærming kan tenkes å virke konfronterende og kunne sette i gang beskyttelsesmekanismer som ikke er hensiktsmessige i forhold til atferdsendring. Innen en endringsfokusert behandlerstil legges det vekt på å legge fram informasjon på måter som gjør den akseptabel for klienten og som tilrettelegger for aktiv bearbeiding av informasjon, slik at den blir husket og tillagt betydning (Barth et al., 2001). Ved å unngå å argumentere og heller akseptere klientens motforestillinger, kan en tilrettelegge for aktiv bearbeiding av «kontroversiell» informasjon.

Ladouceur og hans kolleger har evaluert sitt kognitive behandlingsprogram. Studiene viser positive behandlingsresultater, men rapporterer om en stor gruppe potensielle deltakere som takket nei til behandlingstilbudet, og stort frafall fra behandlingen.

Åttien personer (37,3 %) avsto tilbud om individualbehandling, og 31 av de 66 som gikk i gang med behandlingen hoppet av underveis i behandlingsforløpet (Ladouceur et al., 2001). I gruppebehandling trakk 12 av 46 personer seg i løpet av behandlingen (Ladouceur et al., 2003). Til sammenlikning valgte tre av dem vi tilbød plass å ikke delta i behandlingsprogrammet mens 38 personer takket ja. Tre personer trakk seg etter første møte, og 34 personer fullførte minst to tredjedeler av behandlingen. Det kan tenkes at en endringsfokusert behandlingsstil gjør de kognitive intervensjonene mer akseptable for klientene.

Tilleggsproblemer

Forskning tyder på at spilleavhengige som gruppe er mer belastet med alkoholproblemer, depresjon og stresslidelser enn befolkningen for øvrig, og at det er en overrepresentasjon av personlighetsforstyrrelser, impulskontrollforstyrrelser og oppmerksomhetsforstyrrelser (ADD) blant spilleavhengige (Jonsson et al., 2003). Vi tror behandlingsprogrammet vil kunne være nyttig for spilleavhengige med tilleggsproblemer forutsatt at programmet brukes i sammenheng med andre tiltak. Det kan være nødvendig å gjøre justeringer i gjennomføringen, som tilpasning til individuell behandling, annen vektlegging av behandlingskomponentene, justeringer i varigheten av behandlingen, tettere oppfølging, eller hjelp til bruk av kursheftet.

Avslutning

Vi har høstet nyttige erfaringer gjennom å prøve ut behandlingsprogrammet med fem behandlingsgrupper. Kursformen og den endringsfokuserede rådgivningsstilen i utførelsen av kognitive intervensjoner så ut til å gjøre behandlingsprogrammet akseptabelt for klientene. Gjennom å presentere menyer av mestringsstrategier og framgangsmåter kunne de fleste av klientene finne elementer som passet dem. Slik åpner programmet for en viss individualisering av behandlingen. Kursformen og omfanget av behandlingen gjør programmet krevende for klientene. Programmet må derfor tilpasses for klienter med andre belastninger.

Kursheftet og behandlingsveilederen er som nevnt tilgjengelig for interesserte på nettstedet www.bergenclinics.no

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 42, nummer 6, 2005, side 505-511

TEKST

Randi Skjerve, psykologspesialist, Blå Kors Poliklinikk Oslo

Peter Prescott, Solli Sykehus

+ **Vis referanser**

Referanser

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Amrhein, P. C., Miller, W. R., Yahne, C. E., Palmer, M. I., & Fulcher, L. (2003). Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 862-878.
- Barth, T., Børtveit, T., & Prescott, P. (2001). *Endringsfokuset rådgivning*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Blazczynski, A. (1998). *Overcoming compulsive gambling. A self-help guide using cognitive behavioral techniques*. London: Robinson Publishing.
- Blazczynski, A. (2000). Pathways to pathological gambling: Identifying typologies. *eGambling. The electronic journal of gambling issues*, 1. www.camh.net/egambling/archive/pdf/EJGI-issue1/EJGI-issue1-feature.pdf
- Brown, R. I. (1986). Arousal and sensation-seeking components in the general explanation of gambling and gambling addictions. *International Journal of the Addictions*, 21, 1001-1016.
- Ciarrochi, J. W. (2002). *Counseling problem gamblers: A self-regulation manual for individual and family therapy*. San Diego: Academic Press.
- Dimeff, L. A., & Marlatt, G. A. (1995). Relapse prevention. I R. K. Hester & W. R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives* (2nd ed.) (ss. 176-194). Massachusetts: Allyn and Bacon.
- Fisher, S., & Griffiths, M. (1995). Current trends in slot machine gambling: research and policy issues. *Journal of Gambling Studies*, 11, 239-247.
- Gaboury, A., & Ladouceur, R. (1989). Erroneous perceptions and gambling. *Journal of Social Behavior and Personality*, 4, 411-420.
- Griffiths, M. (1993a). Fruit machine gambling: the importance of structural characteristics. *Journal of Gambling Studies*, 9, 101-120.
- Griffiths, M. (1993b). A study of the cognitive activity of fruit machine players. I W. R. Eadington & J. A. Cornelius (Eds.), *Gambling behaviour and problem gambling* (ss. 85-110). Reno, NV: Institute for the study of gambling and commercial gaming.
- Griffiths, M. (1995). *Adolescent gambling*. London: Routledge.
- Griffiths, M. (1999). Gambling technologies: Prospects for problem gambling. *Journal of Gambling Studies*, 15, 265-283.
- Jonsson, J., Andrén, A., Nilsson, T., Svensson, O., Munck, I., Kindstedt, A., & Rönnerberg, S. (2003). *Spelberoende i Sverige - vad kännetecknar personer med spelproblem?* Stockholm: Folkhälsoinstitutet.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., & Doucet, C. (2002). *Understanding and treating the pathological gambler*. Chichester: John Wiley.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., Lachance, S., Doucet, C., Leblond, J., & Jacques, C. (2001). Cognitive treatment of pathological gambling. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 766-773.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., Lachance, S., Doucet, C., & Leblond, J. (2003). Group therapy for pathological gamblers. A cognitive approach. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 587-596.
- Ladouceur, R., & Walker, M. (1996). A cognitive perspective on gambling. I P. M. Salkovskis (Ed.), *Trends in cognitive and behavioural therapies* (ss. 89-120). New York: John Wiley.
- Lund, I., & Nordlund, S. (2003). *Pengespill og pengespillproblemer i Norge. (SIRUS rapport nr. 2)*. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Marlatt, G. A., Baer, J. S., Donovan, D. M., & Karlahan, D. R. (1988). Addictive behaviors: etiology and treatment. *Annual Review of Psychology*, 30, 223-252.

- Miller, W. R., Sovereign, R. G., & Krege, B. (1988). Motivational interviewing with problem drinkers: II. The Drinker's Check-up as a preventive intervention. *Behavioural Psychotherapy*, 16, 251-268.
- Oakley-Browne, M. A., Adams, P., & Mobberley, P. M. (2002). Interventions for pathological gambling (Cochrane Review). The Cochrane Library, 2. Oxford: Update Software.
- Orford, J. (2001). *Excessive appetites: A psychological view of addictions* (2nd ed.). Chichester: John Wiley.
- 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., & Skjerve, R. (2002). *Behandling av spilleproblemer: Pasientmanual*. Bergen: Stiftelsen Bergensklinikkene. www.bergenclinics.no
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Raylu, N., & Oei, T. P. S. (2002). Pathological gambling: A comprehensive review. *Clinical Psychology Review*, 22, 1009-1061.
- Rollnick, S., Mason, P., & Butler, C. (1999). *Health behavior change: A guide for practitioners*. New York: Churchill Livingstone.
- Rossow, I., & Hansen, M. (2003). *Underholdning med bismak. Ungdom og pengespill*. Oslo: NOVA Rapport 1/2003.
- Skjerve, R., & Prescott, P. (2003). *Behandling av spilleproblemer - Behandlingsveileder*. Bergen: Stiftelsen Bergensklinikkene. www.bergenclinics.no
- 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.
- 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.
- Viets, V. C. L., & Miller, W. R. (1997). Treatment approaches for pathological gamblers. *Clinical Psychology Review*, 17, 689-702.
- World Health Organization (1992). *Tenth revision of the International Classification of diseases and related health problems (ICD-10)*. Geneva: WHO.