

# Dataspill som problem - og løsnin



«Med ondt skal ondt fordrives», heter det. Ved Oslo universitetssykehus bruker man blant annet dataspill som belønning hos dataspillavhengige og skolevegrende ungdommer.

## TEKST

**Gaute Godager**

## ILLUSTRASJON

**Åge Peterson**

**PUBLISERT 2. mai 2019**

---

Regulering av barn og ungdoms forhold til og bruk av skjerm er en vanlig utfordring for foreldre. Ukentlig skrives det mye om «farlige spill» – som «Fortnite» – i mediene. Bekymringen hos foreldre kan dreie seg om dataspilling som tar overhånd, men også om mobilbruk nattestid, bekymring for dårlig fysisk form og manglende sosial kompetanse, for å nevne noe.

«Spillavhengig» brukes av mange foreldre for å beskrive hvordan barnet deres forholder seg til datamaskinen sin. På skoler landet over organiseres det kurs for foreldre for å forebygge slike og andre tilstander.

Men hvordan ville det være å bruke avhengigheten av skjerm og spill til nettopp å motivere skolevegrere til å gå på skolen, til å gå i behandling eller til å delta i egen tilfriskning? Denne «Fra praksis»-artikkelen vil handle om en slik metode. Vi forsøker å snu problemet til å bli en del av løsningen.

Diagnosen «spillavhengighet» handler tradisjonelt om pengespillavhengighet. ICD-10s «F63.0 Patologisk spillelidenskap» (engelsk: «Pathological Gambling») brukes om de som «spiller seg fra gård og grunn». En egen diagnose for dataspillavhengighet er på vei inn med ICD-11, som nå er lansert på engelsk. Det er uansett et stort behov for å skille mellom pengespillavhengighet og dataspillavhengighet. Det er stort sett forskjellige grupper mennesker, forskjellige prognoser og forskjellige avhengighetsmekanismer. Nyere forskning kan likevel tyde på at problemdataspilling kan være en forløper for gamblingproblemer (Molde et al., 2018).

**«Hvordan ville det være å bruke avhengigheten av skjerm og spill til nettopp å motivere skolevegrere til å gå på skolen, til å gå i behandling eller til å delta i egen tilfriskning?»**

I Norge vil likevel de fleste snakke om spillavhengighet når de beskriver et barn som spiller mye. Mange får kanskje fantasier om en «usosial, litt overvektig gutt». Få tenker på at en mor som bare MÅ ta en runde «Candy Crush» på mobilen, kan være avhengig. Årsaken til det er at de fleste forstår at mor går på jobb, er sosial og fikser livet, uavhengig av hvor mye hun bruker mobilen. Det er med andre ord ikke det å spille mye dataspill som i seg selv er problematisk, men funksjonsfallet du kan få.

En av de mest alvorlige typene funksjonsfall er skolevegring. Skolevegring kan enten handle om å fysisk ikke gå på skolen, ikke klare å være på skolen hele dagen, eller, i noen tilfeller, å være der kun fysisk, men uten å delta. Det er også verdt å nevne at mange av de samme ungdommene som er «vegrere» på barne- og ungdomstrinnet, blir drop-outs i videregående.

Du skal ikke ha jobbet lenge i barne- og ungdomsfeltet før du møter skolevegrende og dataspillende unge jenter og gutter. Å hjelpe dem er ofte vanskelig. Å falle ut av skolen er et alvorlig symptom på ting som ikke er bra, og det er ofte sammensatte problemer og diagnoser som ligger bak. Det er ofte ikke behov for en ny diagnose for å gi rett til behandling.

### **Når er man «Gaming avhengig»?**

I ICD-11 er «gaming» («6C51 Gaming disorder») som begrep satt opp mot «gambling» (pengespilling – ICD11: «GC50 Gambling disorder»). Det skal mye til for å bli diagnostisert (WHO, 2018): 1) Du skal miste kontroll over dataspillingen (f.eks. oppstart, frekvens, intensitet, varighet, avslutning av og/eller i gal kontekst). 2) Dette skal ta overhånd og ødelegge for andre livsinteresser og livsfunksjoner, og 3) det skal fortsette eller eskalere på tross av negative konsekvenser. Det må være så alvorlig at det gir signifikant tap av funksjon, både personlig, familiemessig, sosialt, i jobb eller når man

er i utdanning. Det kan være pågående eller tilbakevendende. Varighet må være minst tolv måneder, eller kortere hvis omfanget er alvorlig nok.

Det er med andre ord ikke nok å være glad i å spille dataspill. Det må føre til alvorlig funksjonsfall over lengre tid for å kvalifisere til diagnosen. Dette gjør at barn og ungdom flest ikke er avhengige.

## **Prevalens**

Prevalensstudier fra Norge (f.eks. Pallesen et al., 2016) viser avhengighet på ca. 0,5 % og problemspilling på ca. 2,8 % hos 16-74 åringer, og 0,33 % avhengighet og 3 % problemspilling på en nyere prevalensstudie for hele populasjonen (Witteck, 2016) . Tidligere studier fra utlandet, med fokus utelukkende på barn/ungdom, kan vise avhengighet opp mot 6 % (Ferguson et al., 2011) . Alder og kjønn er sterkeste prediktor. Yngre gutter er mest utsatt.

I det kliniske møtet med foreldre og barn/ungdom er det viktig å forklare denne forskjellen mellom spillentusiast på den ene siden og dataspillavhengig med alvorlig funksjonstap på den andre. De fleste forstår dette i dag. Utfordringen for foreldre virker å være knyttet til hvor mye og hvor hardt de skal regulere spillingen for barn og ungdom. Selv om det hadde vært lettvis å si «kun 3 timer dataspilling om dagen», er det ikke fullt så enkelt.

Med en slik utbredelse av dataspillproblemer er det mulig å forstå at dataspill har en stor kraft. Kan denne kraften brukes til noe konstruktivt for skolevegrere som sliter med spillavhengighet?

## **Hvordan bruke dataspill til å motivere til skolegang?**

Veldig enkelt kan det sies at hele intervensjonen vi har jobbet med, går ut på å installere «kontrollsoftware» på ungdommens pc og mobil og gi tilgang som et resultat av at de går på skolen, deltar i behandling, eller på annen måte samarbeider med de voksnes prosjekt. Dette er apper eller programmer som tar over mobilen og stenger tilgang til internett, visse apper, programmer eller hele pc-en/mobilen. Tilgangen styres av en behandler (eller foresatte) via en nettside eller en mobilapp.

Av pedagogiske grunner vil denne metoden deles inn i fire «faser», selv om virkeligheten er mer organisk:

1. Forberedelse og undersøkelse
2. Implementasjon og forhandling
3. Belønning og støtte
4. Tilbakeføring av kontroll til ungdom og foreldre

## **Fase 1: Forberedelse og undersøkelse**

«Du skal ikke ha jobbet lenge i barne- og ungdomsfeltet før du

## møter skolevegrende og dataspillende unge jenter og gutter»

Ofte er saken blitt akutt før vi begynner å jobber med den. Det kan være flere år med manglende skoledeltakelse. Behandling i BUP er pågående. Omsorgssituasjonen har nesten alltid vært vurdert av barnevernstjenesten som bra. Funksjonsfallet er omfattende med isolasjon, redusert hygiene, dårlig søvnfunksjon, selvskading mm.

Hva som har blitt gjort, undersøkes. Særlig differensialdiagnostiske vurderinger er viktig her. Det må understrekes at det meste har vært forsøkt før vår hestekur anbefales. Hvilken funksjon dataspillingen har for barnet/ungdommen, må avklares. Er det en arena å kjenne mestring på fordi skolen er vanskelig? Er det en måte å unngå vanskelige følelser på? Eller er det positive sosiale forpliktelser til medspillere? Veldig typisk ser vi en blanding av mange faktorer: Ungdommen er inne i en negativ spiral der det lille hun/han har igjen av sosial funksjon, er knyttet til venner inne i spillene. Jo mer de spiller, jo vanskeligere blir det å konfrontere vonde følelser de unnviker. Resultatet er en ungdom som er hjemme og spiller på dagen.

Foreldre, skole og behandler opplever stor grad av avmakt. Ungdommen viser liten motivasjon til å endre situasjonen. Å gå på skolen og til BUP er foreldrenes prosjekt. For andre kan det virke som om disse ungdommene har det topp. De slipper skole, de slipper vonde følelser, og de er hjemme og «koser seg». Det står i hermetegn her, for det er alltid mye smerte involvert. Spillingen setter kun de vonde følelsene på pause.

I denne fasen er møter med BUP-behandler, foreldre og skolen viktig. Foreldre må særlig forberedes. Vi formidler til behandler og foreldre:

1. Det er ikke farlig å ikke spille, selv om ungdommen har all sosial kontakt der. De er trygge, bor hjemme, har foreldrene sine, og det virkelige livet venter.
2. Det blir ofte verre før det blir bedre. Denne metoden fører til en voldsom, kortvarig eskalering av ubehaget.
3. Det oppleves negativt å gradvis trappe ned. Gradvis nedtrapping føles som lang tid med økende straff.
4. Vi vil være der til prosjektet er gjennomført, men det vanligvis tar tre-fire uker.
5. Vi snakker med ungdommen og formidler at vi er på saken, ber om samtykke om nødvendig. Vi sier vi vil hjelpe, at vi forstår.

Ungdommene vi møter, bruker ofte skjermtilgangen for å være sosiale. Skjermen er der når de er hjemme fra skolen, og ofte sent på kvelden. For at ungdommen skal bli i stand til å forhandle, er det viktig at tilgjengeligheten til å begynne med blir lav nok. Det å få tilgang for å gå på skole skal faktisk virke som en belønning.

### **Fase 2: Implementasjon og forhandling**

I neste fase blir rammene rundt skolen igjen presentert for ungdommen. Vi forklarer at vi skal hjelpe dem med miljøterapeutiske støttende tiltak, men at det å gå på skolen er uunngåelig. Vi foreslår en skole-opptrappingsplan. Skjerm og spilltilgang blir introdusert som belønning for å gå på skolen. Som regel fører dette først til null samarbeid. De blir ofte sinte, truende eller på andre måter utagerende for å beholde kontrollen.

Vi leverer de nye forutsetningene som en «kontrakt» som er så konkret som mulig, som reglene i et spill, der det står forklart at det blir ingen skjerm uten samarbeid. De vil få noen timer spilltid for å gå på skole, gå i behandling, møte opp og opparbeide rett til skjermbruk i helgen.

Ungdommen kan nå velge å skrive under. Ingen har så langt gjort det på dette tidspunktet i forløpet. I løpet av et par dager henter foreldre, med vår hjelp, ut pc-en fra hjemmet. Mobilen blir som oftest ikke fysisk gjort noe med. Det reguleres ved at dataabonnement stenges, WiFi tas ned, ladere fjernes slik at mobilen går tom. Vi bruker et ekstra samtykkeskjema foreldrene skriver under på, for å ta med oss pc-en. Å «fysisk ta» pc-en gjøres også for at det skal være noe melodramatikk i situasjonen, for å skape en endrende reaksjon.

Dette er ofte den mest kritiske fasen. Noen få ganger resignerer ungdommen og er på rommet sitt i noen dager, i et håp om at presset fra oss skal forsvinne, men som regel blir de sinte. I et par tilfeller har det vært telefoner til akuttjenestetjenesten på kvelden etter heftige krangler og trusler om vold/selv mord. Alle slike hendelser er på forhånd drøftet, og håndtering er en del av en krise-/mestringsplan for ungdommen. Ingen har blitt innlagt så langt. Her er mot og trygghet hos hjelperne viktig.

Etter noen dager har ungdommen alltid samarbeidet. Da gir de oss login og passord til pc og koder til mobil. Vi bruker et program som heter «Qustodio», men det kan være mange forskjellige løsninger. Fordelen med dette programmet er at det støtter Windows, Apple OSX, Apple IOS (iPhone, iPad osv.) og Android telefoner. Det koster ca. 450 kroner for et år, noe foreldrene kjøper.

Programmet sender daglige rapporter om bruk. Det går også an å kontrollere en rekke andre ting, som nettsider, ringte telefoner, innhold i sms-er, meldinger sendt på Facebook, osv. Det er problematisk med såpass invaderende muligheter. Alle har krav på personvern. Vi benytter oss ikke av disse mulighetene og forsikrer ungdommene om det. Noen har slitt med å gamble bort store summer penger eller gått inn på det sorte nettet og browsert på vold, selvmordsmetoder og drap, for å nevne noe. Da har de selv ønsket å få kontroll over dette og bedt oss regulere det. En ungdom som stjal kredittkort og handlet for store summer, ønsket å få hjelp til å ikke bruke penger. Dette kunne ikke systemet kontrollere, og atferden fortsatte.

### **Case 1: Gutt, 14 år. - Stor framgang**

*Denne gutten hadde fysisk gått på skole, men ikke deltatt i undervisningen de siste 4,5 årene. Han satt hele dagen med skyggelue, mobil og hodetelefoner. Dersom foreldrene tok*

telefonen bort, nektet han å gå på skolen og ble også fysisk skolevegrer. Gutten går på en spesialskole for ungdommer med Asperger syndrom og har kreative og dedikerte lærere.

Han hadde ingen venner på skolen han samhandlet med. Han snakket svært lite med læreren sin eller foreldrene. Han brukte 1,5 time på ritualer hver morgen før han dro. For eksempel måtte mor vente 30 minutter i bilen uten å mase for at han skulle komme. Han begynte å gå fysisk på skolen etter at BUPs ambulant team hadde vært i saken for noen år siden. Han snakket ikke i BUP-timene. BVT hadde trukket seg ut, omsorgen var god nok. Han spilte 5-8 timer om dagen. Læreren hadde i frustrasjon ved en anledning forsøkt å fysisk ta mobilen fra ham. Det førte nesten til slåsskamp.

Etter at pc-en ble «kidnappet» og mobilen gjort midlertidig utilgjengelig, gikk det to dager før han ville forhandle. Vi installerte kontrollsoftware, og han ble belønnet for å delta på skolen etter planen.

Etter gradvis opptrapping på tilgang til skjerm er dette status: Han går på skolen gjennom hele dagen, hver dag. Han bruker ikke mobilen på skolen. Han kommer seg «normalt raskt» til skolen hver morgen. Han snakker med moren sin, er interessert og hyggelig. Han snakker og forteller lærere om skolefagene. Han tar prøver og deltar aktivt i undervisningen. Han samhandler og deltar sosialt med jevnaldrende på skolen.

Det har nå gått åtte måneder siden behandlingen startet, og status er stabil.

### **Fase 3: Belønning og støtte**

I neste fase følger vi barnet/ungdommen, foreldre, skole og BUP tett. Vi får rapporter om skole- og behandlingsoppmøte og deltakelse. Vi belønner med en gang. Videre er vi der med miljøterapeutisk støtte, noe som alltid er nødvendig. Parallelt med dette kan pasienten få psykoterapeutisk og medisinsk veiledning samt foreldreveiledning og pedagogiske tiltak fra BUP.

Våre miljøterapeuter kan også helt i begynnelsen hjelpe til med motivasjon, vekking og levering. Det kan virke som om denne «tydelige og invaderende veggen av folk» gjør endring uunngåelig. Her er det rom for psykoedukasjon, eksponeringsteknikker, avledning og alle andre affektregulerende teknikker.

### **Kasus 2: Jente 15. - Typisk effekt**

Hun har ADHD, hun har blitt mobbet, har dårlig selvfølelse og sterkt negativt kroppsfokus. Hun deltok lite i behandlingen og var kun «besøkende» i DBT-tilbudet hun hadde. Hun hadde vært gradvis mer skolevegrer i løpet av et år. Når hun ble presset til noe, ble det tiltakende selvskading og trusler om selvmord. I tillegg til spilling var det store tap av penger i «skin trading»/ «skin gambling» (Fandom, 2019) og stjeling av kredittkort. Det var hyppige nettsøk på selvmord og selvskading på det sorte nettet, særlig etter tap av penger. Foreldrene var redde og oppgitte. Barnevernet hadde ikke vært inne i saken.

Kontrollsoftware ble kun installert på pc-en hennes. Skin trading og det sorte nettet ble blokkert. Hun fikk tilrettelagt tilbud på en spesialskole ut året og miljøterapeutisk støtte for oppmøte. Hun deltok aktivt i undervisningen der i siste halvdel av 10. trinn. Hun kom

*inn på tilpasset tilbud på en videregående skole. Hun ble i økende grad sosialt aktiv og trener noen ganger i uken med venninner. Hun ble gradvis mer og mer deltakende i behandling. Samtidig viser hun andre økende symptomer, for eksempel mer angst, men hun forsøker å bruke teknikker aktivt.*

*Kontrollsoftware er nå tatt bort etter at foreldrene opplevde at samarbeidet og grensesettingen fungerte igjen, og at ungdommen igjen opplevde mestring på skolen.*

Det er ofte tilbakefall i denne fasen. Noen ungdommer finner ut måter å avinstallere kontrollsoftwaren på, resette mobilen, osv. Kontrollsoftwaren gir rapport om dette. Resultatet er en ny runde helt uten skjerm.

For ungdommen oppleves denne intervensjonen nesten alltid som svært militær, ja, som ondsinnet. Vi har ikke noe ønske om å straffe noen, men å være i forhandling. Så snart sinnet rettes mot oss, begynner vi å snakke.

Ungdommer må ofte lære hva det er å forhandle. Tidligere har situasjoner eskalert til at sønnen/datteren har fått det som han/hun vil. Foreldrene har gjort sitt beste, men de har ikke maktet å stå i det, selv med støtte fra barnevernstjenesten og BUP. Vi som behandlere i denne metoden skal være der i kun kort tid, og vi formidler dette. Vårt behov for varig allianse er underordnet, vi skal ha fokus på å skape endring. Foreldre kan nå validere hvor vanskelig det er når vi virker urimelige. De andre tverrfaglige aktørene har forskjellige roller i dette. BUP kan for eksempel være der for å lære alternativer til skjerm som affektregulering, gjøre ytterligere utredninger og veilede foreldre, skolen kan tilrettelegge undervisningssituasjonen, PPT kan gi fritak fra undervisningsplikt, barnevernstjenesten kan hjelpe med struktur, avlastning og veiledning, for å nevne noe.

Videre ser vi nå at ungdommen ofte lærer nye metoder for å takle vonde følelser, som alltid er der av en grunn. Det er ofte svært mye sinne i denne fasen, som de bruker aktivt til å endre adferd. Sinne er mer handlingsrettet enn unnvikelsen som de til nå har brukt.

Etter kort tid begynner ungdommen å gå bittelitt på skolen igjen, i en eller annen form. De prøver seg fram. Nå er det viktig med nær, tverrfaglig kontakt med skolen og hjemmet. Vi kan også bruke egne pedagoger til å jobbe med ungdommen for å se utfordringer og styrker. Dette resulterer nesten alltid i sterkere tilrettelegging, nye diagnoser eller kanskje bytte av skole. Før skjermkontrollen ble benyttet, har dette vært umulig på grunn av manglende samarbeid.

Overskriften lyder «belønning og støtte». For ungdommer flest kan fasen mest oppleves som ren «straff». Allikevel merker vi at de gradvis blir opptatt av å samle skjermtid, på samme måte som å samle «experience points» eller kult utstyr i spillene de elsker. Etter hvert kan de også rapportere en økende grad av stolthet og mestring over å komme tilbake til livet.

Siste steg er tilbakeføring av kontroll. Hvis ungdommene samarbeider godt med foreldrene, skolen og BUP, går vi over til normal foreldreregulering, og vi avinstallerer

kontrollsystemet.

#### **Fase 4: Tilbakeføring av kontroll til ungdom og foreldre**

Den viktigste delen av dette er å hjelpe foreldrene til å ha kraft til å stå i de vanskelige situasjonene som vil oppstå.

Vanligvis formidler foreldre at det gir ny energi at noen andre har satt ned foten sammen med dem, og at de har kunnet fokusere på å hjelpe ungdommen gjennom å tåle, trøste og validere.

#### **Resultater**

Kasuseksempelene gir noen pekepinner på resultater. I løpet av et år har vi gjennomført denne metoden fire ganger i tillegg til et tilfelle der forklaringen av metoden var tilstrekkelig for å skape endring. To ganger var det gode resultater. Én gang skjedde noe endring og én gang svært lite, selv om det gav mye informasjon som førte til en mer presis rehenvisning. Å bruke skjermkontroll som metode er en svært kraftfull intervensjon som forrykker balansen i en familie. Dette gjør at fastlåste situasjoner åpnes opp. Det er ikke slik at alle kommer tilbake til normal skole, men en form for bedring og endring er det ofte.

De største utfordringene med denne metoden er ungdommer med stor teknisk kunnskap. De kvitter seg med kontrollsoftwaren i løpet av en dag eller to. Da blir effekten redusert. Vi opplever også der at kontrollsoftware ikke hindrer misbruk av kredittkort.

#### **Diskusjon**

Å kontrollere et annet menneskes tilgang til skjerm, mobil og spill kan føles som et brudd på menneskerettighetene for mange unge mennesker. Skjerm er ikke underholdning og tidsfordriv, det er selve kjernen i deres sosiale liv, kjernen i dem. Et så invaderende og nærmest «brutalt» tiltak kan skape mye ubehag. En av de største utfordringene for behandlere som vurderer å bruke denne metoden, er opplevelsen av å gjøre det verre for ungdommene først. Da kreves det klarhet i metode og en trygghet i faget.

En interessant diskusjon knyttet til de atferdsmessige endringene som oppstår i møte med ytre kontroll i avhengighetsbehandling, er i hvilken grad det faktisk medfører en endret motivasjon til å selv regulere dataspillingen. Her er forskerne Deci og Ryans gjennomgang av temaet i deres Self-determination theory (SDT) verdt å se litt nærmere på. Som hos de fleste som er avhengig av noe i ung alder, vil egen evne til å ha tilgang til ambivalensen knyttet til misbruk være dårlig utviklet. En femåring vil ikke være motivert til å regulere inntak av godterier, men en 15-åring kan være det. Jo yngre et menneske er, jo mer er det avhengig av foreldrenes regulering for å skape regulert atferd. Indre motivasjon for å endre atferd, å få «lyst til å gå på skolen», vil sjelden være der før atferden «å gå på skolen» har blitt en vane. Dette er særlig tydelig i møte med SDT, der veldig mange indre motiverende faktorer (mestringsfølelse, autonomi og



tilknytning til andre) i stor grad fylles av dataspillet, og kanskje i mindre grad av skolen. De fleste som blir presset til å gå fra noe de er autonome, mestrende og populære i (dataspillet), til noe de er kontrollert av, dårlig mestrende i og på utsiden av (skolen, behandling, trening m.m.) vil slåss imot en slik endring. Den er for lite motiverende. Selv om mange barn og ungdommer vil føle det ubehagelig å få dataspillingen sin regulert av andre, kan det å på lengre sikt styre tilgangen til spillingen selv bidra til egen tilfriskning og føre til et bedre samarbeid. Det vil allikevel ikke være slik at du som behandler får noen «tak» av ungdommen ved å regulere tilgang på tross av at de får et bedre liv, opplever mestring på andre arenaer og får mindre av andre symptomer. Å ha fri tilgang til skjerm er selvsagt ingen menneskerett (Vallerand, 2000). Det er ikke noe vi ble skapt for å ha og holde på med. Det er lov å undre seg om vi mennesker i lengden tåler å være tilgjengelig for alle andre 24/7? Takler vi å spille så mye som vi gjør? Personlig er jeg glad i dataspill, men den omtalte intervensjonen kan være nødvendig når funksjonsfallet er stort og man ikke ser god effekt av andre tiltak.

En undring som bør drøftes, er om dataspillene er blitt «symptombæreren» for andre vansker i familien, og om ikke behandlingen da heller bør foregå på familie- og systemnivå. Det er selvsagt alltid noe i alle familier som gnisser. Vi opplever likevel at familiene vi møter, er resurssterke og oppegående, og at de faktisk har fått god støtte og hjelp av systemet. Det er bare det at skjermbruk er svært vanskelig å regulere. Vår vurdering er at systemiske og familieterapeutiske intervensjoner ofte er nødvendige, men det er ikke tilstrekkelig for å få til varig endring.

Det er kraften i dataspillet som gjør regulering så vanskelig for barn og ungdom. Evnen til selvregulering øker normalt med alderen. Problemet kommer når ungdommer som normalt burde være i stand til å regulere dette greit, ikke gjør det. I de tilfellene blir dataspill en del av negative sirkler knyttet til andre symptomer, og som igjen fører til et kraftig funksjonsfall. Det er kraften i spillene som skaper konflikter, og det er også denne kraften som hjelper ungdommen tilbake til skolen.

En ulempe med å bruke dataspilling som belønning for skolegang eller funksjonsendring kan være at mange foreldre har blitt så slitne at de ser rødt når de ser barnet sitt spille. Noen kan kanskje tenke at dette er rusbehandling med rusmidler, der selve problemet vedvarer. Selv om jeg forstår metaforen, er den lite presis. Dataspilling er selvsagt en verdig hobby for de som klarer å regulere det, på lik linje med å elske fotball eller bruke all sin fritid på hest. Og selv om dataspill kan være med på å gi stort funksjonsfall, er dødeligheten av skjermavhengighet så å si null prosent. Et behandlingsmål om å gjøre dataspill til en hobby, og ikke selve livet ditt, er motiverende for flere av ungdommene som sliter.

Den siste innvendingen mot kontrollsoftware-løsningen er nok den vanligste: «Jeg er ikke teknisk nok.» Som regel skyldes dette manglende erfaring i hvor lite som skal til for å mestre den tekniske biten. Min påstand er at alle som har hatt en smarttelefon ett år, vil klare å gjennomføre dette. Har du pc eller Mac med virusprogram installert, vil du få det til.

Foreløpig er det for lite empiri til å konkludere med metodens effekt. Det er også gjort for lite forskning knyttet til denne nye diagnosen, til å konkludere om hva som er god behandling. Det er allikevel nyttig, tenker jeg, å peke på effektene av og utfordringen med diagnosen og metoden jeg har brukt. På den annen side er ikke problemstillingen ny. Mange i BUP har møtt ungdom der dataspilling og tilbaketrekning er et helt sentralt tema, og der god behandling er svært vanskelig å få til. Inspirert av effekten i en del av sakene er det mitt ønske å skape interesse og entusiasme for bruk av teknologi som et nyttig verktøy i regulering.

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 56, nummer 5, 2019, side 342-349*

#### TEKST

**Gaute Godager**, psykologspesialist ved Oslo universitetssykehus, tidligere gründer av dataspillfirmaet Funcom

KONTAKT: gaute@gmail.com

#### ILLUSTRASJON

**Åge Peterson**, illustratør

+ Vis referanser

ICD-11 (2018)- 6C51 Gaming disorder. Hentet fra <https://icd.who.int/dev11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2ficd%2fentity...>

Molde, H., Holmøy, B., Merkesdal, A. G., Torsheim, T., Mentzoni, R. A., Hanss, D., ... & Pallesen, S. (2018). Are Video Games a Gateway to Gambling? A Longitudinal Study Based on a Representative Norwegian Sample. *Journal of Gambling Studies*. Hentet fra <https://link.springer.com/article/10.1007/s10899-018-9781-z>

Fandom (2019). Counter-Strike Wiki. Hentet fra <https://counterstrike.wikia.com/wiki/Skins>

Ferguson, C. J., Coulson, M., & Barnett, J. (2011). A meta-analysis of pathological gaming prevalence and comorbidity with mental health, academic and social problems. *Journal of psychiatric research*, 45(12), 1573–1578.

Pallesen, S., Molde, H., Mentzon, R.A., Hanss D. & Morken A.M. (2016). Omfang av penge- og dataspillproblemer i Norge 2015. Hentet fra [https://lottstift.no/wpcontent/uploads/2016/06/WEBRapport\\_befolkningsund...](https://lottstift.no/wpcontent/uploads/2016/06/WEBRapport_befolkningsund...)

Vallerand, R.J. (2000). Deci and Ryan's Self-Determination Theory: A View from the Hierarchical Model of Intrinsic and Extrinsic Motivation. *Psychological Inquiry* (11)4, 312–318. Hentet fra [https://www.jstor.org/stable/1449629?seq=1#page\\_scan\\_tab\\_contents](https://www.jstor.org/stable/1449629?seq=1#page_scan_tab_contents)

Wittek C.T., Finserås T.R., Pallesen S., Mentzoni, R.A. Hanss D., Griffiths M.D & Molde H. (2016). Prevalence and Predictors of Video Game Addiction: A Study Based on a National Representative Sample of Gamers. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 14(5), 672–686.

World Health Organization (2018). *International statistical classification of diseases and related (11. utgave)*. Hentet fra <https://icd.who.int/dev11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2ficd%2fentity...>