

Spilleavhengighet

En diskursanalyse av eksperters forståelse av fenomenet spilleavhengighet.

Torunn Seberg



Innlevert som hovedoppgave ved Psykologisk institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Våren 2008

Sammendrag

Tittel: Spilleavhengighet - En diskursanalyse av eksperters forståelse av fenomenet spilleavhengighet.

Forfatter: Torunn Seberg

Veileder: Odd Arne Tjersland

Denne oppgaven diskuterer kunnskap om spilleavhengighet fra både forskning og eksperters kliniske erfaring. Hensikten med oppgaven er å studere hvordan kunnskap om spilleavhengighet har blitt skapt og å videreformidle erfaringer fra klinisk arbeid med spilleavhengige. Dette er viktig kunnskap i forhold til regulering av pengespill og behandling av spilleavhengige. Ulike temaer innen internasjonal forskning blir redegjort for. Disse temaene er egenskaper ved spillene, samfunnet og de individene som blir spilleavhengige, samt etiologiske modeller og terapiforskning. Seks av de fremste ekspertene på spilleavhengighet i Norge ble intervjuet med et semistrukturert intervju. Informantenes kunnskap fra klinisk erfaring og teoretisk innsikt blir sett på med et fenomenologisk perspektiv, et forklaringsperspektiv, et behandlingsperspektiv og et diskursperspektiv. De fleste informantene la vekt på at det er flere spilleavhengige enn det har blitt framstilt i media, at det er en heterogen gruppe og at for de fleste fører problemet med seg en rekke negative konsekvenser. I analysen av materialet preges informantene av to typer diskurser. I rapporten omtales disse diskursene som fiendediskursen og funksjonsdiskursen. Dette framkom som en forskjell i hvor mye informantene la vekt på forskning på individuelle faktorer. Fiendediskursen vektla en begrenset nytteverdi i å studere personlighetstrekk og komorbiditet, med begrunnelse i at spilleavhengige er så ulike at det finnes ingen typisk spilleavhengig. Funksjonsdiskursen fremmet et syn på at nettopp slik forskning kunne gi økt forståelse for og mulighet til å behandle spesielt en gruppe spilleavhengige som de opplever ikke så lett nyttiggjør seg den behandlingen som brukes i dag.

Forord

Stor takk til veilederen min Odd Arne Tjersland for gode ideer og nyttige tilbakemeldinger. Jeg vil også takke alle mine medstudenter for all støtte og godt samarbeid. Spesiell takk til Wanda Czynski for gjennomlesning, mange gode kommentarer og nyttige diskusjoner.

Innhold

SAMMENDRAG	2
FORORD	3
INNHold	4
1. INNLEDNING	6
1.1 DEFINISJON AV BEGREPET SPILLEAVHENGIGHET	7
1.2 BEFOLKNINGSSTUDIER I NORGE – HVOR STORT ER OMFANGET?	9
1.3 AVGRENSING OG PROBLEMSTILLINGER.....	11
1.4 PLAN FOR OPPGAVEN.....	13
2. TEORETISK BAKGRUNN FRA FAGLITTERATUR	14
2.1 KONSEPTUALISERING	14
2.2 FAKTORER VED SPILLEAVHENGIGHET SOM HAR BLITT STUDERT	14
2.2.1 Strukturelle faktorer.....	15
2.2.2 Situasjonelle faktorer.....	18
2.2.3 Individuelle faktorer	20
2.2.4 Komborbiditet	25
2.3 ETIOLOGISKE MODELLER.....	27
2.4 TERAPIFORSKNING	30
3. METODE	35
3.1 METODETEORI	35
3.2 FRAMGANGSMÅTE OG INTERVJUGUIDE.....	40
3.3 INFORMANTER	40
3.4 TRANSKRIPSJON.....	41
3.5 ETISKE PROBLEMSTILLINGER OG VALIDITET.....	41
3.6 ANALYSE	43

3.7	BEGRENSNIGER MED ANALYSEN	44
4.	ANALYSE	45
4.1	HVORDAN PRESENTERER EKSPERTER FENOMENET SPILLEAVHENGIGHET?	45
4.2	HVORDAN FORKLARER EKSPERTENE HVA DET ER SOM GJØR AT NOEN BLIR SPILLEAVHENGIGE?	53
4.3	HVORDAN PRESENTERER EKSPERTENE BEHANDLING AV SPILLEAVHENGIGHET?	61
4.4	BEHOV FOR MER KUNNSKAP.....	68
4.5	SYNSPUNKTER OM FORSKNING.....	69
4.6	INFORMANTENES BIDRAG I ET DISKURSPERSPEKTIV	71
4.6.1	<i>Fiendediskursen</i>	71
4.6.2	<i>Funksjonsdiskursen</i>	74
4.6.3	<i>Hvilke betydning får disse to diskursene i debatten?</i>	76
5.	DISKUSJON.....	79
5.1	KONKLUSJON	83
KILDELISTE	84	
VEDLEGG	92	

1. Innledning

”Spillegalskap” har vært et kjent fenomen fra historie og litteratur nesten like langt tilbake som man har hatt kunnskap om menneskers levesett. Man kjenner til terningspill i Egypt fra 3000 år før Kristus, og pengespill har vært kjent fra ulike kulturer i Sør-Afrika, Kina og blant indianere (Petry, 2005). Knut Hamsun var spilleavhengig, og skrev ned mange av de tankene som er vanlige for spilleavhengige i brev til sin kone. Disse tankene handlet om at han trodde han kunne vinne tilbake det han hadde tapt gjennom en god strategi og å ha lykken med seg (Hansen & Skjerve, 2006). Utrykket ”å spille seg fra gård og grunn” sier noe om hvor alvorlige konsekvensene av pengespill kan være. Allikevel var det ikke før i den tredje revisjonen av Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders som kom ut i 1980 at spilleavhengighet fikk status som en lidelse (Petry, 2005). Før det hadde pengespill enten blitt bagatellisert og rettferdiggjort gjennom gode formål eller knyttet til sviktende moral hos den personen var ”spillegal”.

Spilleavhengighet er et fenomen som befinner seg midt i en psykologisk debatt, en politisk debatt og en moralsk debatt. Spilleavhengige har i stor grad vært med på å finansiere fotballbaner, redningsskøyter og andre gode formål. Hvordan fagfolk og lekfolk omtaler fenomenet og hvilke aspekter de trekker fram vil virke inn på hvordan mennesker som har denne lidelsen blir forstått, møtt og behandlet. Dette vil igjen påvirke hvordan den politiske reguleringen gjennomføres. Man kan også reise spørsmålet om politiske hensyn er med på å legge føringer på hvordan kunnskap om spilleavhengighet skapes.

I 1995 var det lite kunnskap i fagmiljøer i Norge om hva spilleavhengighet var. En av mine informanter ringte rundt til fagfolk for å finne ut om det var noen som hadde erfaring innenfor dette feltet i Norge. Ingen kunne si så mye om fenomenet. Til slutt fant han en som lurte på om han mente avhengighet av alle slags instrumenter. Denne

personen trodde tydeligvis at det var musikkspilling denne avhengigheten handlet om, noe som illustrerer hvor lite folk visste om dette for bare 12-13 år siden.

På den tiden ble få pasienter behandlet for spilleavhengighet. De som mottok behandling fikk ofte en rusdiagnose, fordi man var restriktive med å sette en spilleavhengighetsdiagnose. Det var først fagfolk ved noen rusklinikker som ble opptatt av fenomenet spilleavhengighet, mye på grunn av at de så dette problemet hos sine pasienter. Men det tok lang tid før problemet ble tatt på alvor, også innen avhengighetsfeltet. Det finnes eksempler på pasienter ved rusinstitusjoner som har fått flakslodd som belønning av god atferd, og at pårørende har tatt opp dette som et problem fordi de har sett at spilling også har vært en avhengighet for personen.

I 2007 har spilleavhengighet vært mye omtalt i media. I 2006 fikk man seddelforbud på spilleautomater og 1. juli 2007 ble de automatene som da var i drift på norske kjøpesentre og butikker forbudt. Dette er tiltak som har hatt en effekt på spilleavhengige, noe man blant annet kan se på telefoner til hjelpelinjen for spilleavhengige, som etter disse to tiltakene så en nedgang i henvendelser som handler om automater. Nye automater er imidlertid under planlegging og stadig nye spill utvikles på internett. Mye tyder på at dette er et problem som man på langt nær kan si er løst, og det blir viktig at fagfolk følger med i utviklingen og fanger opp nye grupper som er utsatte.

1.1 Definisjon av begrepet spilleavhengighet

Det engelske begrepet patologisk gambling kan formelt defineres som det å sette noe av verdi på en hendelse slik at man har muligheten til å vinne noe av større verdi (Petry, 2005). Den mest korrekte oversettelsen vil da bli pengespillavhengighet, i og med at man kan tenke seg at noen kan være avhengig av spill som ikke involverer

penger. Noen av mine informanter har nevnt at spill som ikke involverer penger også kan være problematisk for noen pasienter, fordi det tar mye tid og kan gå utover personens sosiale fungering. Det vil allikevel ikke være et tema for denne oppgaven. Når jeg skriver spilleavhengighet så mener jeg avhengighet av pengespill. Man kan dele inn de ulike typene spill etter i hvor stor grad utfallet er avhengig av ferdighet eller tilfeldighet. Spilleautomater, bingo, lotto og skrapelodd baserer seg kun på tilfeldigheter, mens spill som sjakk og bridge baserer seg på ferdigheter. Tipping, hestespill og poker er spill som har både ferdighetsselementer og tilfeldighetsselementer i seg (Hansen & Skjerve, 2006).

I internasjonal forskning har man som regel beskrevet spillere ut fra et kontinuum fra 0 til 3 i forhold til hvor involvert de er i spill (Petry, 2005). Nivå 0 gambling refererer til mennesker som aldri har spilt noen form for pengespill. Nivå 1 refererer til sosiale eller rekreasjonsspillere, og vil gjelde alle som spiller noe, men som ikke har noen problemer knyttet til spilling. Nivå 2 refererer til de som står i fare for å utvikle spilleavhengighet. Dette er ofte mennesker som har opplevd noen negative konsekvenser av spillingen, men disse konsekvensene er ikke like alvorlige som nivå 3 spillere. Det er noe varierende kriterier for nivå 2 i litteraturen, og man vet lite om denne gruppen. Disse personene søker sjelden behandling. Nivå 3 spilling er assosiert med signifikante problemer og refererer som oftest til mennesker som tilfredsstillter DSM-IV kriteriene til diagnosen spilleavhengighet. Problemspilling blir ofte brukt om spilling som faller innenfor nivå 2 eller 3 (Petry, 2005).

ICD-10 har klassifisert patologisk spilleavhengighet under vane- og impulslidelser sammen med blant annet pyromani og kleptomani. Kriteriene for å få en slik diagnose er to eller flere episoder med spilling over en periode på minst to år, samt et ikke lønnsomt utfall for individet. Det er også et kriterie at personen fortsetter til tross for personlig ubehag og negative konsekvenser for personlig fungering. I tillegg må

personen ha en intens trang til å spille som er vanskelig å kontrollere eller stoppe og at spilling opptar mye tankevirksomhet (World Health Organization, 1993).

DSM-IV har mer spesifikke kriterier, og man må tilfredsstill fem eller flere av følgende symptomer for å få diagnosen (Petry, 2005):

1. Opptatt av spilling.
2. Trenger å spille for større summer penger.
3. Repeterte mislykkede forsøk på å kutte ned eller slutte å spille.
4. Rastløs eller irritabel når man prøver å redusere spillingen.
5. Spiller for å unnsnippe problemer eller lette negativt stemningsleie.
6. ”Jakter” på tapte penger, spiller videre for å vinne tilbake det tapte.
7. Lyver til andre for å skjule spilling.
8. Begår ulovlige handlinger for å kunne spille.
9. Mister eller risikerer å miste viktige relasjoner eller jobber på grunn av spillingen.
10. Er avhengig av andre for å kunne løse finansielle problemer som har oppstått på grunn av spilling.

Automatspill er det spillet som er mest forbundet med problemer og er også det som er mest studert. Den formelle betegnelsen på engelsk er ”electronic gaming machines (EGM)”, men det omtales som ”poker-machines” i Australia, ”slot machines” i Amerika, ”video lottery terminals (VLT)” i Canada og ”fruit machines” i Storbritania (Sharpe, Walker, Coughlan, Enersen & Blaszczyński, 2005).

1.2 Befolkningsstudier i Norge – Hvor stort er omfanget?

Det ble gjort en befolkningsbasert undersøkelse av pengespillvaner i første tredjedel av 2007 (Øren & Bakken, 2007). Undersøkelsen ble utført av SINTEF på oppdrag fra

Lotteri- og stiftelsestilsynet. Denne undersøkelsen ble foretatt før spilleautomatene ble fjernet fra markedet i juli 2007. Et tilfeldig utvalg på 10 000 personer mellom 16 og 74 år fikk tilsendt et spørreskjema. De ble spurt om pengespillvaner, i tillegg til at spilleproblemer ble kartlagt. Ut fra andelen personer med spilleavhengighet i dette utvalget ble det estimert et tall på hvor mange personer som har denne lidelsen i den norske voksne befolkningen. Tallene i undersøkelsen ble sammenliknet med en tilsvarende undersøkelse i 2002.

Det var en liten nedgang i hvor mange personer som rapporterte å spille pengespill fra 2002 til 2007. Andelen som var nåværende problemspillere var 0,7 %, og det var ingen endringer siden 2002. Overført til den norske voksne befolkningen tilsvarer dette at 25 500 personer er nåværende problemspillere. 1,7 % var i 2007 livstidsproblemspillere, mens det i 2002 var 1,4 %. Dette betyr at omkring 62 000 personer i Norge var livstidsproblemspillere i 2007. Problemspilling forekom oftere blant unge menn og blant de med lav utdanning. Debutalder var lavere for problemspillere enn for normalspillere. Spilleautomater var det spillet som ble spilt mest av problemspillere, etterfulgt av skrapelodd og tipping. Problemspillere oppga over 30 ganger så ofte som normalspillere å ha tapt mer enn 1000 kroner i løpet av en dag. De kjøpte også oftere spill over internett. Personer som hadde problemer med pengespill oppga oftere selvmordstanker, tvangstanker/handlinger, alkohol- eller stoffmisbruk, søvnproblemer, depresjon og angst enn normalspillere. Det var svært få av problemspillerne som hadde vært til behandling for spilleavhengighet.

Av det totale utvalget i denne undersøkelsen hadde 2,3 % et familiemedlem med problemspilling. Dette tilsvarer 84 000 voksne personer i Norge. To tredjedeler av disse oppga at pengespill i familien hadde ført til konflikter, og nesten halvparten hadde opplevd dårligere økonomi i familien som et resultat av spillingen. En fjerdedel av de pårørende oppga at pengespill hadde påført dem svekket fysisk og/eller psykisk helse.

1.3 Avgrensning og problemstillinger

Denne oppgaven har som hensikt å drøfte den kunnskapen som finnes om spilleavhengighet i dag, både med utgangspunkt i forskning og hvordan fremtredende eksperter på området argumenterer omkring fenomenet og behandling. I tillegg er det en målsetning å kunne samle og videreformidle noe av den verdifulle kunnskapen mine informanter sitter med, som har blitt opparbeidet gjennom flere års erfaring fra både forskning og klinisk arbeid.

Problemstillingene vil derfor være:

1. Hvordan presenterer eksperter fenomenet spilleavhengighet?
2. Hvordan forklarer ekspertene hva det er som gjør at noen blir spilleavhengige?
3. Hvordan presenterer ekspertene behandling av spilleavhengighet?
4. Kan det ut fra ekspertenes framstillinger identifiseres ulike retninger eller diskurser?

Jeg ønsker altså å belyse spilleavhengighet gjennom et fenomenologisk perspektiv, et forklaringsperspektiv, et behandlingsperspektiv og et diskursperspektiv. Gjennom et fenomenologisk perspektiv vil jeg se på hvordan informantene beskriver fenomenet spilleavhengighet. Hvilke kliniske kategorier plasseres fenomenet innenfor? Hva synes de er viktig å formidle om spilleavhengighet? Jeg vil ta for meg hva informantene mener kan forklare hvorfor noen blir spilleavhengige gjennom et forklaringsperspektiv. Innenfor dette forklaringsperspektivet vil jeg se på hvilke samfunnsmessige faktorer informantene mener er en forutsetning for at noen skal bli spilleavhengige. I tillegg vil jeg se på hva de hevder gjør at noen blir spilleavhengige mens andre ikke blir det. I et behandlingsperspektiv ser jeg på informantenes oppfatning av styrker og svakheter med dagens behandling og hvordan behandlingen

kan forbedres. Til slutt vil jeg gjennom et diskursperspektiv ta for meg hvordan ulike retninger eller forståelsesrammer kan prege informantenes vinkling av fenomenet.

Av plasshensyn vil jeg avgrense oppgaven til å redegjøre for psykologiske forklaringer, og ikke i særlig grad beskrive fysiologiske og nevrobiologiske forklaringer på spilleavhengighet. Jeg har valgt å ikke gå inn på dette, i og med at jeg ikke anser det som relevant for de temaene informantene mine diskuterer.

Behandling av spilleavhengige kommer til å bli redegjort for og diskutert, men jeg kommer ikke i særlig grad til å diskutere selvhjelpsgrupper som Gamblers Anonymous. Slike grupper er en viktig del av behandlingsapparatet, men jeg mener det faller utenfor oppgavens rammer, da det ikke er del av en profesjonell klinisk praksis. Det er i tillegg blitt gjort få studier av slike selvhjelpsgrupper, i og med at det er vanskelig å studere denne behandlingsformen med et randomisert design. En slik type studie er påkrevd for å kunne si noe om en behandlingsform er virksom (Ledgerwood & Petry, 2005).

Mange forskere har etterlyst artikler som er mer differensierte i forhold til ulike typer spill, fordi det muligens er så store forskjeller mellom ulike spill at resultatene fra studier som ikke differensierer kan motsi hverandre. Denne oppgaven kunne avgrenset seg til kun å handle om en type spill, for eksempel automatspill, men da hadde viktige poenger blitt utelatt.

Det hadde vært interessant å i mye større grad fokusert på de positive historiene i intervjuene, og for eksempel spurt om hva klinikerne mener kjennetegner de som ønsker og klarer å slutte med pengespill. Dette kan være en ide til videre forskning.

1.4 Plan for oppgaven

Først vil jeg gi en beskrivelse av teoretiske bakgrunn for spilleavhengighet med utgangspunkt i forskning. Her vil jeg ta for meg ulike faktorer som har blitt studert innenfor feltet og forklaringsmodeller som har blitt foreslått. Jeg vil deretter ta for meg forskning på terapi. Deretter vil jeg beskrive de metodene jeg har brukt. I analysen vil jeg først gjengi et sammendrag av temaer og vinklinger flere av informantene er enige om. Deretter vil jeg se om det er noen forskjeller i måten de omtaler fenomenet på og om utsagnene kan plasseres i ulike diskurser. Diskusjonen vil bygge både på teori på området, forskningsresultater og hva informantene har lagt vekt på.

2. Teoretisk bakgrunn fra faglitteratur

I dette avsnittet vil jeg redegjøre for de teoretiske rammene man kan sette spilleavhengighet inn i med utgangspunkt i norsk og internasjonal faglitteratur.

2.1 Konseptualisering

Fagpersoner på spilleavhengighet har diskutert hvordan dette fenomenet skal konseptualiseres. Denne debatten handler i stor grad om i hvilke diagnostiske kategorier man skal sette fenomenet. I DSM-IV blir patologisk spilleavhengighet klassifisert som en impuls kontrollforstyrrelse, samtidig som det i klinisk praksis ofte blir sammenlignet med rusmiddelavhengighet. Avhengighetslidelser kjennetegnes ved bestemte symptomer som toleranseutvikling og abstinenssymptomer, mens impuls kontrollforstyrrelser kjennetegnes ved en svekket evne til å motstå drifter og impulser (Ledgerwood & Petry, 2005). Spilleavhengighet har trekk fra begge disse kategoriene, og det diskuteres i fagmiljøet hvilken som er mest dekkende.

2.2 Faktorer ved spilleavhengighet som har blitt studert

I og med at spilleavhengighet er et sammensatt fenomen, har forskere innenfor feltet valgt ulike faktorer de har forsket på. Dette har vært blant annet egenskaper ved spillene, egenskaper ved samfunnet og egenskaper ved individet som får problemer med spill. Jeg vil nå presentere ulike faktorer som har blitt studert, og gi eksempler på problemstillinger og funn fra forskning innenfor disse.

2.2.1 Strukturelle faktorer

Strukturelle faktorer har blitt definert som de egenskapene ved et spill som bestemmer hvordan spilleren interagerer med spillet, nyter det, forstår det, betaler for innsats og mottar gevinst (Parke & Griffiths, 2007). Dette handler stort sett om hvordan spillprodusentene lager spillene slik at folk begynner og fortsetter å spille. Eksempler på strukturelle faktorer som er mye omtalt i faglitteraturen er hvordan automatene framstiller gevinstmuligheter, lyd og lyseffekter og nestengevinster. Spilleautomater gir fra seg mye lyd og lys når noen vinner, mens når noen taper så hører man ingen lyd. Dette kan bidra til å gi et uriktig bilde av vinner sjansene, ved at spilleren opplever å være veldig nærme en gevinst. Strukturelle faktorer kan også være virkemidler for å regulere spillingen, for eksempel advarsler på automatene (Parke & Griffiths, 2007).

Spesielt tre faktorer har blitt studert i den hensikt å kunne redusere skadene knyttet til pengespill. I to studier så man på effekten av redusert maksimum innsats fra \$10 til \$1, redusert hastighet på hjulene slik at spillet går saktere og maskiner som bare kan ta i mot mindre sedler. Studiene ble foretatt på barer og klubber, og deltakerne hadde selv kommet dit i den hensikt å spille.

I den første studien (Blaszczynski, Sharpe & Walker, 2001) fant man at reduksjon i maksimumsinnsats og størrelse på sedler ikke hadde signifikant effekt på opplevd nytelse hos problemspillere og ikke-problemspillere. Deltakerne rapporterte lavere nytelse og tilfredshet med de spillene som gikk saktere, men denne faktoren ga ingen reduksjon i hvor mye de spilte. Reduksjon i maksimumsinnsats var den eneste faktoren som bidro til reduksjon i spilling. De fleste av innsatsene var i utgangspunktet på under \$1, men av de som satset høyere beløper, så var en stor andel spilleavhengige. Det kan tyde på at å redusere maksimumsinnsats kan være et

tiltak som reduserer skadene for en liten gruppe spilleavhengige som har hatt en tendens til å satse store beløper.

I den andre studien evaluerte man effekten av de samme tre tiltakene for å redusere skadene ved spilleavhengighet (Sharpe et al., 2005). Av disse tiltakene var det bare reduksjon i maksimumsinnsats som førte til en reduksjon i hvor lenge deltakerne spilte og hvor mye de tapte.

Personlig involvering og opplevd ferdighet kan øke illusjonen om å kunne kontrollere maskinen og troen på at ferdigheter har noe å si for utfallet av spillet (Ladouceur & Sévigny, 2005). Dette kan oppnås blant annet ved at spilleren trykker på en stoppknapp eller ved at man kan satse alt eller deler av det man har vunnet etter ulike mønstre, for eksempel ”double or nothing”. Man har funnet at spillere har større trang til å spille på maskiner med stoppknapp, uavhengig om de er problemspillere eller ikke. Allikevel fant man ingen forskjell i spilling når spillere ble flyttet fra maskiner med stoppknapp til maskiner uten stoppknapp (Loba et al, 2002). Man kan tolke det som at stoppknapper gjør spillingen mer underholdende, men det er ikke nødvendig for at man skal spille.

Nestengevinster er når spill oftere enn tilfeldig gir deg nesten full pott, slik at du ikke vinner noe, men føler at du er veldig nærme. Dette skjer hyppig både ved spilleautomater og flakslodd. Nestengevinster ved spilleautomater ledsages gjerne av lys og lyd som er lik den som ledsager gevinst, og forsterker følelsen av å være veldig nærme å vinne (Hansen & Skjerve, 2006). Kassinove & Schare (2001) studerte effekten av nestengevinster i en laboratoriestudie der deltakerne spilte på en firehjuls fruktmaskin. Nestengevinst var når man fikk tre like. Maskinene var innstilt på å gi nestengevinst i enten 15 %, 30 % eller 45 % av spillene. De deltakerne som fikk nestengevinst i 30 % av tilfellene var de som spilte lengst. Denne studien indikerer en

omvendt U-formet effekt av antall nestengevinster på hvor lenge deltakerne spiller. Forfatterne mente at deltakerne feilaktig tolket nestengevinster som et tegn på at de fikk bedre ferdigheter i spillet. For hyppige nestengevinster kan gjøre at man ikke lenger forbinder det med å bli bedre i spillet, og det kan derfor miste sin effekt.

Belønningssystemer som gir periodisk belønning (random and variable ratio schedules) er de mest effektive, og dette er det belønningsskjemaet man finner ved automatspill (Parke & Griffiths, 2007). Også andre aspekter ved spill kan virke opprettholdende gjennom operant og klassisk betinging, som sosial forsterkning, flukt og assosiasjon mellom bestemte lyd- og lyseffekter og en bestemt tilstand (Parke & Griffiths, 2007).

Operant betinging forekommer både gjennom positiv forsterkning når man vinner og ved negativ forsterkning hvis man opplever å lette høy aktivering knyttet til spillesug. Det er imidlertid vanskelig å forklare kun med operant betinging hvorfor noen spilleavhengige får tilbakefall etter lengre tids avhold. Det har blitt foreslått at elementer i omgivelsene som minner en om spill kan trigge spilleatferd gjennom klassisk betinging (Tavares, Zilberman & el-Guebaly, 2003).

De spillene som er mest assosiert med avhengighet er raske og aktiverende spill med hyppige gevinster og mulighet til å spille på nytt etter kortest mulig tid. Hvor raske spillene er, altså hvor mange muligheter man har for å satse penger innen en viss tidsperiode, ser ut til å være den mest avgjørende faktoren (Parke & Griffiths, 2007). Lyd- og lyseffekter kan være med på å gjøre spillet mer attraktivt. For eksempel kan lyden av penger som faller ned mot metall, gi et inntrykk av at maskinen gir vinn oftere enn tap. Pulserende lyder med økende pitch når spilleren skal ta en avgjørelse, kan gi et inntrykk av å måtte bestemme seg raskt (Parke & Griffiths, 2007).

Det er mulig spillere tenker på bestemte måter, som gjør at de får et skjevt inntrykk av hvor mye penger de har tapt eller vunnet. Wagenaar (1988) fant at spillere kan ha en tendens til å fokusere kun på det de har vunnet, og ikke på hvor mye de har lagt på eller tapt. I et eksperiment i en laboratoriesetting, så man at hvis pengebeløpet man hadde tapt og vunnet sto på skjermen, bidro det til at spilleavhengige lettere slutte å spille (Loba, Stewart, Klein, & Blackburn, 2002).

Også faktorer ved spillene som er ment å forebygge problemspilling kan kalles strukturelle faktorer. I en laboratoriestudie fant man at når det kom opp beskjeder der vanlige feiltanker knyttet til spill ble problematisert, så spilte deltakerne mindre (Floyd, Whelan & Meyers, 2006). Selv om man i denne studien rekrutterte personer som rapporterte at de hadde spilt før, så vet man ikke om man ville funnet det samme i en naturalistisk setting. Studien kan imidlertid tale for at pop-up varsler som man må klikke seg gjennom for å kunne spille videre kan ha en reduserende effekt på pengespill.

Det kan se ut som forskning støtter en sammenheng mellom bestemte egenskaper ved spillene og hvor mye penger spillerne bruker på dem. Særlig er det av betydning hvor mye man kan satse av penger i hvert spill. I tillegg kan nestengevinster og det at spilleren opplever å være aktiv i spillet gjøre at folk spiller mer.

2.2.2 Situasjonelle faktorer

Situasjonelle faktorer har blitt definert som miljømessige faktorer som påvirker tilgjengeligheten, deltakelsen og konsekvensene av spill (Abbott, 2007). Den mest omtalte og kanskje viktigste situasjonelle faktoren er tilgjengeligheten til spill. I flere

studier har man sett en sammenheng mellom økt tilgjengelighet og økt spilldeltakelse og problemer knyttet til spill (Volberg, 1994; Raylu & Oei, 2002).

I en lengdesnittundersøkelse av Abbott, Williams & Volberg (2004) identifiserte man spilleavhengige som hadde hatt en økning i pengespill over en periode på 7 år. Disse personene rapporterte at de selv trodde den økningen kunne knyttes til flere og mer varierte muligheter for pengespill.

LaPlante & Shaffer (2007) problematiserer sammenhengen mellom tilgjengelighet og problemer knyttet til spill. De argumenterer for at man ikke kan vite om økt tilgjengelighet skaper mer problemer. En annen forklaring kan være at det tiltrekker personer som allerede har problemer. Det kan også være høyere tilgjengelighet i områder der det er høy grad av ulike typer problemer i befolkningen i utgangspunktet. Sammenhengen kan også forklares gjennom tredjevariabler. Et eksempel på det er når det er høy tilgjengelighet i større byer, og dette muligens korrelerer med andre risikofaktorer som isolasjon eller lavere sosioøkonomisk status. Man kan ikke vite om en økning i spilling skyldes at flere mennesker spiller eller om det samme antallet spiller for mer penger (LaPlante & Shaffer, 2007). Det er heller ikke alltid man finner en sammenheng mellom tilgjengelighet og spilleavhengighet. I staten Nevada i USA er tettheten av pengespillmuligheter så høy, at det burde vært omtrent åtte ganger så mye problemer enn i statene rundt. Det ser imidlertid ut som om det er lavere prevalensrate i Nevada (LaPlante & Shaffer, 2007). Man har også sett et tilfelle i Victoria, Australia, der man har hatt en økning i antall spilleautomater med en påfølgende økning i spilling. Når man etter hvert sluttet å øke antallet automater, så man at spillingen fremdeles økte. Spillerne brukte her omtrent dobbelt så mye per automat som andre steder (Abbott, 2001). Man så en reduksjon av spilling da det senere ble innført en lov om at automatene måtte holde stengt minimum fire timer i døgnet (Abbott, 2007).

Det har blitt diskutert om det kan foregå en adaptasjon. En økt tilgjengelighet til pengespill, kan føre til en umiddelbar økning i problemer. Etter hvert vil individene tilpasse seg denne økningen og negative reaksjoner i samfunnet vil deretter synke igjen (LaPlante & Shaffer, 2007).

Dette viser at begrepet tilgjengelighet må nyanseres i forskningen. Det er ikke tilstrekkelig å måle tilgjengelighet bare i det totale antallet muligheter til å spille. Man må ta hensyn til hvor mange ulike steder som har spill, tettheten av spillesteder, åpningstider, betingelser for å kunne spille, hvor enkelt det er å spille og hvor sosialt tilgjengelig det er (Abbott, 2007). Shaffer, LaBrie & LaPlante (2004) jobber med å utvikle en modell for personlig utsatthet. I denne modellen tar de hensyn til individuell variasjon innen lokalisering, familiebakgrunn med spilling, om de man bor sammen med er involvert i spill, om man har yrker som er spesielt utsatte for spill og spilltilgjengelighet i lokalsamfunnet.

Det er sannsynligvis et komplisert forhold mellom tilgjengelighet og problemer knyttet til spill. Mange studier har vist en sammenheng, men dette kan også problematiseres. Det er naturlig å tenke seg at tilgjengeligheten kan være en av flere faktorer som predikerer problemspilling.

2.2.3 Individuelle faktorer

Individuelle faktorer er det som gjør at noen utvikler en spilleavhengighet, mens andre ikke gjør det. Man har gjennom internasjonal forskning sett at det er større andel av spilleavhengige som er unge, av etnisk minoritet, har lav sosioøkonomisk status, er enslige eller skilte og består av menn enn blant resten av befolkningen (Petry, 2005). Individuelle faktorer som har vært forsket mye på er kognisjon,

livshendelser, impulsivitet, personlighet, mestringsstrategier, sensasjonssøking og arousal.

Kognisjon

Et mye studert spørsmål er om spilleavhengige skiller seg fra andre ved at de har bestemte måter å tenke på knyttet til spill. Det er spesielt tre typer feilaktige kognisjoner eller feiltanker som har blitt mye omtalt i litteraturen.

Den første feiltanken omtales ofte som "The Gambler's Fallacy". Denne feilen kjennetegnes ved at man ikke ser at utfallet av et spill er uavhengig av de tidligere eller senere utfallene. Spilleren tenker at et bestemt utfall er mer sannsynlig når det er lenge siden dette utfallet har kommet. Dermed kan man tro at hvis man taper flere ganger, så er sannsynligheten for å vinne større i neste spill. Noen tenker motsatt at en serie med bestemte utfall vil fortsette med begrunnelse i tanker som at "Denne maskinen gir ut ekstra mye penger i dag" (Toneatto & Nguyen, 2007).

Illusjon om kontroll er den andre vanlige feiltanken. Spilleren attribuerer utfallet av spillet til en handling han eller hun har foretatt seg, slik at det feilaktig oppleves som å ha kontroll over utfallet. Et eksempel på slike tanker er en tro på at man vil kunne vinne gjennom å bruke bestemte systemer eller strategier (Miller & Currie, in press).

Den tredje feiltanken er overtro. Det handler om at man tenker at ulike handlinger som ikke er direkte relatert til spillet kan gi lykke. Eksempler på dette kan være å ha med bestemte objekter eller utføre ritualer. Ofte er dette ting man tilfeldigvis har hatt positive erfaringer med tidligere (Bersabé & Arias, 2000).

Feiltanker knyttet til pengespill kan også overføres fra andre personer. I en studie av Caron & Ladouceur (2003) fant man at spillere tok signifikant mer risikofylte avgjørelser på spilleautomater, hvis de hørte en annen spiller uttale slike feiltanker. Dersom de hørte realistiske uttalelser eller ingen uttalelser i det hele tatt, fant man ingen endringer i forekomsten av risikofylte avgjørelser.

Forskning bekrefter en sammenheng mellom feilaktig kognisjon og problemspilling. I en analyse av data fra flere befolkningsundersøkelser i Canada fant man at feiltanker var relatert til hvor mye penger man brukte på spilling, toleranseutvikling og problemspilling (Miller & Currie, in press).

Livshendelser og sosiale faktorer

Det ser ut som om det er en større andel av spilleavhengige som har opplevd mishandling og forsømmelse i barndommen. Denne tendensen ser ut til å være høyere blant kvinner enn menn (Kausch, Rugle & Rowland, 2006). Alvorlighetsgraden av mishandling i barndommen ser også ut til å ha en sammenheng med alvorlighetsgraden av spilleproblemer (Petry & Steinberg, 2005).

I en studie av high-school studenter rapporterte spilleavhengige mer pengespill blant foreldrene og jevnaldrende. I tillegg var de mer sårbarhet for press fra jevnaldrende, atferdsproblemer, selvmordsforsøk, alkohol og rusmisbruk (Langhinrichsen-Rohling, Rohde, Seeley & Rohling 2004). I en annen studie fant man en sammenheng mellom spilleavhengighet blant ungdom og opplevd dårlig sosial støtte fra familie og venner, rusproblemer, atferdsproblemer og familieproblemer. I tillegg var foreldrene til de spilleavhengige oftere involvert i pengespill og rusmisbruk (Hardoon, Gupta & Derevensky, 2004). Vachon, Vitaro, Wanner & Tremblay (2004) fant i en studie av ungdommer at hvor mye foreldrene spilte kunne predikere hvor mye ungdommene spilte, men ikke hvor mye problemer de utviklet knyttet til spill. Dersom foreldrene

hadde et problematisk forhold til spill, predikerte dette ungdommenes problemspilling. Denne sammenhengen var størst til farens problemspilling. I tillegg var det en sammenheng mellom problemspilling hos ungdommen og lav grad av monitorering, målt ved spørsmål som ”Vet foreldrene dine hvor du er når du ikke er hjemme?”

Det at man i flere studier har funnet en sammenheng mellom spilleavhengighet, alkohol- og rusmisbruk og atferdsproblemer blant ungdom, har ført til en debatt om spilleavhengighet kan være en del av et ”problematferdssyndrom”. I en studie av Barnes, Welte, Hoffman & Dintcheff (2005) fant man at til tross for at det var en sammenheng mellom pengespill, rusmisbruk og kriminalitet blant ungdom, var ikke sammenhengen like sterk til pengespill som mellom de to andre faktorene. I en annen studie fant man en lav, men signifikant korrelasjon mellom problemspilling og en generell faktor som de kalte et problematferdssyndrom blant ungdom. Denne faktoren besto av alkoholbruk, røyking, bruk av marijuana, hardere narkotiske stoffer, tidlig sexuell debut, kriminalitet og aggresjon. Forfatterne konkluderte med at det var for lav korrelasjon mellom problemspilling og problematferdssyndromet, til at man kan si at spilling er en del av et slikt syndrom (Willoughby, Chalmers & Busseri, 2004).

Personlighet

Gupta, Derevensky & Ellenbogen (2006) fant at spilleavhengige oftere hadde en personlighetstype som var ømfintlig for kjedsomhet, lett å opphisse, munter og hadde lave skårer på konformitet og selvdisiplin.

Impulsivitet har i flere studier hatt en sammenheng med spilleavhengighet (Alessi & Petry, 2003). I en lengdesnittundersøkelse på New Zealand fant Slutske, Caspi, Moffitt & Poulton (2005) at negativ emosjonalitet, impulsivitet og risikosøken i 18-årsalderen var assosiert med spilleavhengighet i 21-årsalderen. I tillegg fant de at

denne personlighetsprofilen var lik profiler assosiert med alkohol-, cannabis- og nikotinavhengighet. Nower, Derevensky & Gupta (2004) fant at impulsivitet, rusmisbruk og mestring gjennom å distrahere seg selv predikerte spilleavhengighet blant menn. Impulsivitet og intensitetssøking predikerte spilleavhengighet for kvinner i samme utvalg. I andre studier har man imidlertid ikke funnet noen signifikant sammenheng mellom impulsivitet og spilleavhengighet (Barnes et al., 2005). Vitaro, Ferland, Jacques & Ladouceur (1998) fant at ungdommer som var både problemspillere og hadde rusproblemer var mer impulsive, men at de som var enten problemspillere eller hadde rusproblemer ikke var mer impulsive enn de uten slike problemer. Spilleavhengige har i en studie av Borsoi & Toneatto (2003) vist dårligere mestringsevner enn de som ikke var patologiske spillere. Spesielt viste de dårligere tro på seg selv, lavere opplevelse av personlig kontroll og unngående mestringsstil.

I en studie av Sharpe (2004) fant man at de som ikke har utviklet en spilleavhengighet, fikk høyere arousal når de skulle fortelle om en gang de vant, mens spilleavhengige hadde like høyt arousal både når de skulle fortelle om når de vant som når de tapte. I tillegg hadde de spilleavhengige generelt høyere arousal under begge betingelsene. Man kan tenke seg at et høyere arousal hos spilleavhengige kan tyde på at de opplever mer spenning og opphisselse knyttet til selve spillsituasjonen. I tillegg vil ikke tap føre til reduksjon av opphisselsen. Dette kan tyde på at det er like mye det å tape som det å vinne som opprettholder avhengigheten, muligens fordi spilleavhengige opplever tap som et tegn på at det snart kommer en gevinst.

Flere studier har vist en sammenheng mellom spilleavhengighet og individuelle faktorer. Det er imidlertid mange ulike faktorer som spiller inn på utviklingen av spilleavhengighet. Derfor er det vanskelig å finne en enkelt risikofaktor som kan predikere hvem som kan få problemer knyttet til spill.

Begrensninger ved forskning på individuelle faktorer

Et problem med mye av forskning på individuelle forskjeller og spilleavhengighet er at det har manglet et skille mellom ulike subtyper av spill. Det har eksistert en myte om at feltet er veldig homogent, uavhengig av om det er for eksempel spilleautomater, bingo eller tipping man er avhengig av. Dette kan ha bidratt til at det har vært en stor varianse i resultatene fra de studiene som har blitt gjort (Toneatto & Nguyen, 2007).

Det er problematisk ved korrelasjonsstudiene som er referert over å slutte noe om årsakssammenhenger. Det er for eksempel flere teorier for hvorfor lav sosioøkonomisk status er relatert til spilleavhengighet. En hypotese er at mindre utdannede personer har dårligere evner til å forstå sannsynlighet knyttet til pengespill, men det er foreløpig liten empirisk evidens som støtter denne hypotesen (Petry, 2005). Man kan også tenke seg at mennesker som er dårligere stilt økonomisk kan være mer sårbare for pengespill, muligens fordi de har et større behov for lettjente penger. Ellers er det generelt en sammenheng mellom dårlig økonomi og dårlig psykisk helse, som igjen kan forklare høyere sannsynlighet for spilleavhengighet i grupper med lavere sosioøkonomisk status. En forklaring kan også være "downward-drift theory" som hevder at dårlig fungering kan føre til at man får lavere sosioøkonomisk status (Petry, 2005). Det er ikke vanskelig å tenke seg at det økonomiske grunnlaget for mennesker som spiller bort pengene sine raskt blir dårligere.

2.2.4 Komorbiditet

Ut fra resultater fra ulike befolkningsstudier har man estimert at raten av alkoholmisbruk eller avhengighet er fire ganger så høy blant mennesker som er spilleavhengige enn de som ikke er det. Spilleavhengige som søker behandling og

som har en tidligere rusdiagnose ser ut til oftere å ha mer alvorlig spilleproblematikk, psykiske symptomer og psykososiale vanskeligheter enn spilleavhengige uten rusproblemer. På samme måte finner man også flere studier som viser flere og mer alvorlige rusproblemer hos mennesker som søker behandling for rusproblematikk og som også er spilleavhengige enn de som ikke er spilleavhengige. Det er noe ulike funn når det gjelder hva som har tidligst onset hos personer med både rusdiagnose og spilleavhengighet (Petry, 2005).

To store befolkningsundersøkelser i USA viser høy grad av komorbiditet mellom spilleavhengighet og andre psykiske lidelser. Kessler et al. (in press) fant signifikant korrelasjon mellom spilleavhengighet og depresjon, bipolar lidelse, panikklidelse, generalisert angstlidelse, fobi, alkohol- og rusmisbruk og avhengighet. Det var høy grad av "multimorbiditet", det vil si komorbiditet med tre eller flere lidelser. Omtrent halvparten av de som tilfredsstilte diagnosen patologisk spilleavhengighet hadde mottatt behandling for emosjonelle problemer eller rusavhengighet i løpet av livet. Ingen av disse hadde fått behandling for spilleavhengighet (Kessler et al., in press).

I den andre studien fant man at alvorlighetsgrad av spilleavhengighet var assosiert med økt sannsynlighet for de fleste av akse I og akse II lidelser uavhengig av kjønn (Desai & Potenza, 2008). De fant også at selv om det er færre kvinner enn menn som spiller, så er pengespill relatert til dårligere mental helse, mer alkohol- og rusmisbruk og avhengighet blant kvinner som spiller enn menn. Korrelasjon mellom spilleavhengighet og depresjon, dystymi, sosial fobi og generell angstlidelse var statistisk signifikant for kvinner men ikke for menn. De fant signifikante sammenhenger med unnvikende, antisosial, obsessive-compulsive, paranoid, schizoid og histrionisk personlighetsforstyrrelse hos både menn og kvinner.

Mye tyder på at det er en overhyppighet av komorbide lidelser blant spilleavhengige. Særlig finner man en sammenheng med rusproblematikk, men også til flere andre typer lidelser. Det kan virke som om spilleavhengighet rammer mennesker som har flere risikofaktorer i større grad enn de som ikke har det.

2.3 Etiologiske modeller

Det er foreslått mange ulike etiologiske modeller som forsøker å gi et helhetlig bilde av hva som gjør at noen blir spilleavhengige. Modellene vektlegger i ulik grad psykoanalytiske teorier, sykdomsmodeller, læringsteori, kognitive teorier og nevrobiologiske teorier (Blaszczynski & Nower, 2007). Jeg vil beskrive to av disse modellene, som er de mest relevante modellene for denne oppgavens fokusområder. Modellene jeg skal ta for meg er Alex Blaszczynskis tre veier (pathways) til spilleavhengighet og Mark Griffiths biopsykososiale modell.

Alex Blaszczynskis tre veier (pathways) til spilleavhengighet

Blaszczynski & Nower (2002) kritiserer tanken om at en teoretisk modell kan forklare på en valid måte alle spilleavhengige. De mener at spilleavhengige ikke er en homogen gruppe, og at man i forskning har oversett det faktum at det er ulike undergrupper innenfor spilleavhengige. Spillere kan være plaget av angst, og derfor velge spill som ikke krever mye ferdigheter. Disse spillerne søker spill som fokuserer deres oppmerksomhet og lager en tilstand av dissosiasjon. Andre spillere kan være mer spenningssøkende og søker mer ferdighetskrevende spill.

Enkelte faktorer er mer eller mindre felles for alle typer spillere, som det å bli påvirket av klassisk og operant betinging. I tillegg er det en felles faktor at det utvikles et mønster av vaner og kognitive feilslutninger som gjør at spillingen opprettholdes og økes. Spillerne utvikler kognitive skjemaer som påvirker hvordan de

attribuerer og vurderer personlige ferdigheter. De opplever å ha kontroll over utfall av spillet, og de har feilaktig persepsjon og evaluering av situasjonen. Disse feilslutningene eskalerer etter hvert og bidrar til at tapene vokser, og spilleren prøver å spille mer for å vinne tilbake det tapte. På dette stadiet kan man identifisere diagnostiske indikatorer på spilleavhengighet, som at personen spiller for mer enn planlagt eller låner penger for å spille (Blaszczynski & Nower, 2002).

Den første veien inn til spilleavhengighet er ifølge Blaszczynski & Nower (2002) *atferdsmessig betinget spilling*. De som utvikler spilleavhengighet gjennom denne veien har ikke tegn på alvorlig premorbid psykopatologi, rusavhengighet, impulsivitet eller disorganisert atferd. Personene i denne gruppen har som regel vært utsatt for mye pengespill gjennom familie og venner, eller gjennom ren tilfeldighet. På grunnlag av atferdsmessig betinging og kognitive feilslutninger har de utviklet et problematisk forhold til pengespill. Denne gruppen trenger som regel minimalt med behandling før de blir bedre (Blaszczynski & Nower, 2002).

Den andre veien handler om de *emosjonelt sårbare spilleavhengige*. Dette er personer med premorbid angst og depresjon, som ofte har vist dårlige mestrings- og problemløsningsferdigheter og har problematisk familiebakgrunn og vanskelige livshendelser bak seg. De er mer motstandsdyktige mot behandling enn den første gruppen, og det er ofte nødvendig å ta tak i de underliggende sårbarhetsfaktorene (Blaszczynski & Nower, 2002).

I den tredje gruppen finner man de *antisosiale og impulsive spilleavhengige*. Denne gruppen består av personer som har omfattende psykososiale forstyrrelser som kan være knyttet til nevrologiske eller nevrokjemiske dysfunksjoner. Vanlige trekk er impulsivitet, antisosial personlighetsforstyrrelse og oppmerksomhetsforstyrrelser. De har også andre atferdsmessige problemer, som rusmisbruk, selvmordsatferd,

kriminalitet og familiehistorie med antisosial atferd og alkoholproblemer (Blaszczynski & Nower, 2002).

Denne modellen legger altså vekt på at det kan være varierende grad av komorbiditet og funksjonsnivå blant spilleavhengige, fra personer som ikke har betydelig grad av annen problematikk til personer med store psykososiale vansker. Dette får konsekvenser for forståelsen og behandlingen av den enkelte pasient. Som en konsekvens av dette vil det være naturlig utvikle behandlingsmetoder som er mer tilpasset individuelle behov hos pasienten.

Mark Griffiths biopsykososiale modell

Mark Griffiths (2005) er en av de som har en biopsykososial tilnærming til forståelsen av spilleavhengighet. Han mener at alle typer avhengighet bør forklares ut fra en interaksjon av biologiske eller genetisk predisponerende faktorer, psykologisk konstitusjon og sosialt miljø. Innenfor den psykologiske konstitusjonen finner man personlighetsfaktorer, ubevisste motivasjoner, holdninger, forventninger og overbevisninger. Spilleavhengighet er altså i denne modellen ikke annerledes enn andre typer avhengighet. Avhengigheter kjennetegnes ved at aktiviteten blir det viktigste i personens liv og dominerer all tenkning. Mennesker som er avhengige rapporterer at de opplever en følelse av rus, eufori eller nummenhet når de er engasjert i den bestemte atferden. De opplever toleranseutvikling ved at de må ha stadig større doser av det de er avhengig av og opplever ubehag når de ikke kan få det. I tillegg kjennetegnes avhengighet generelt ved høy grad av både intrapsykisk og interpsykisk konflikt, og at man lett kan falle tilbake til gamle mønstre selv etter mange år med avhold. Mark Griffiths mener at disse kjennetegnene er like gjeldende for avhengighet av bestemte typer atferder, som pengespill, trening og jobb, som det er ved avhengighet av rusmidler. For spilleavhengige ser man blant annet toleranseutvikling ved at de må spille for stadig høyere beløp og i lengre perioder, for å oppnå den samme følelsen (Mark Griffiths, 2005).

2.4 Terapiforskning

I følge tall fra to store befolkningsundersøkelser i USA var det bare mellom 7 % og 12 % av personer med en historie med spilleavhengighet som noen gang hadde søkt behandling eller deltatt på møter med Gamblers Anonymous (Slutske, 2006). Dette kan enten bety at spilleavhengige i liten grad slutter å spille eller at de klarer å slutte på egenhånd. Slutske (2006) studerte omfanget av naturlig remisjon, det vil si det at noen klarer å slutte med pengespill uten å få behandling, ved å se på tall fra disse befolkningsundersøkelsene. Hun fant at omkring en tredjedel av de spilleavhengige hadde hatt en naturlig remisjon. Dette kan tyde på at selv om det er få som søker behandling for spilleavhengighet, så blir mange bedre på egenhånd.

Innenfor psykodynamiske terapiretninger har det blitt benyttet flere typer terapi, som tradisjonell psykoanalyse med fri assosiasjon, tolkning av overføring og utforskning av barndom, objektrelasjonsterapi og ustrukturerte prosessgrupper (Hodgins & Holub, 2007). Dette er metoder som er vanskeligere å manualisere og evaluere, fordi de er i liten grad standardiserte. Derfor har det ikke blitt gjort randomiserte kontrollerte utfallsstudier på disse terapitypene, og de har heller ikke blitt inkludert i metaanalyser av behandlingseffektivitet ved spilleavhengighet. I en studie av Bedics, Henry & Atkins (2005) der man så på den terapeutiske prosessen i dynamisk psykoterapi, fant man at en sammenheng mellom en observatørs oppfattelse av varme hos terapeuten og klientens atferd mot sine næreste pårørende. Varme hos terapeuten predikerte bedring i klientens relasjoner til sine nærmeste. Denne studien gir støtte til at elementer ved dynamisk terapi kan være virksomme for spilleavhengige, forutsatt at bedring i relasjoner kan gi bedring i spilleproblemer eller generell fungering. Dette var imidlertid ikke en randomisert studie, slik at det kan være vanskelig å vite om dette er elementer som er spesielt virksomme i psykodynamisk terapi, eller om det er elementer som virker i andre typer terapi også.

Atferdsterapi fokuserer på å kontrollere betingelsene for spillingen. Ved å øke bevisstheten rundt situasjoner som er relatert til trang til å spille, begrense tilgangen til penger, unngå steder der man kan spille og ikke være sammen med mennesker man forbinder med spill, forsøker man å bryte opp spillmønsteret (Hodgins & Holub, 2007). I tillegg har det blitt benyttet desensitiveringsteknikker der klienten enten har forestilt seg (in vitro) eller utsatt seg for virkelige spillesituasjoner (in vivo). I begge tilfeller hjelper terapeuten klienten å finne en måte å respondere på denne situasjonen uten å spille. Dette kombineres ofte med puste- og avslapningsteknikker (Tavares, Zilberman & el-Guebaly, 2003).

Det har tidligere også blitt benyttet aversionsterapi, ved at pasienter har fått apomorphine, et stoff som forårsaker kvalme, eller elektrisk sjokk mens de har sett på bilder relatert til pengespill (Hodgins & Holub, 2007). Aversjonsterapi har fått lite støtte i empiriske studier (Toneatto & Ladouseur, 2003).

Kognitiv atferdsterapi handler om å skape en økt bevissthet rundt hvordan tanker påvirker atferd og emosjoner knyttet til spill. Terapeuten hjelper klienten å identifisere problematiske tanker og guider klienten til å sette spørsmålstegn ved disse tankene. Kognitiv restrukturering er en terapiform der man identifiserer feiltanker om spilling og vannersjanser, og erstatter disse med mer realistiske forståelser (Tavares, Zilberman & el-Guebaly, 2003) Psykoedukativ terapi og logisk diskusjon blir også benyttet for å få et mer realistisk bilde av sannsynligheten for å vinne. Kognitive strategier for å mestre trang til å spille og håndtere negative emosjoner er også en viktig del av denne typen terapi. Endringsfokusert rådgivning har blitt mye brukt, som handler om å drøfte klientens motivasjon og klarhet for forandring (Barth, Børtveit & Prescott, 2001). Kognitiv terapi både i grupper og individuelt har vist seg å være virksomt for å behandle spilleavhengighet (Hodgins &

Holub, 2007). Kognitiv atferdsterapi har i en studie vist seg å være mer virksom enn Gamblers Anonymous og bruk av selvhjelpsbok (Petry et al, 2006)

De siste årene har det vært satt i gang flere kortvarige behandlingstilbud gjennom kanaler som kontakttelefon for spilleavhengige, selvhjelpsbøker og ressursider på internett. Disse tilbudene har en fordel ved at de er lett tilgjengelige, man unngår den skamfølelsen som ofte kan forbindes med å søke profesjonell hjelp og at klienten opplever å selv ta kontroll over problemet (Hodgins & Holub, 2007). I en studie fant man at deltakere som fikk endringsfokuset rådgivning over telefon i tillegg til en selvhjelpsbok rapporterte færre symptomer på spilleavhengighet enn deltakere som bare mottok selvhjelpsboka (Hodgins, Currie, el-Guebaly & Peden, 2004). Dette viser at kortvarige behandlingstilbud over telefon kan ha en effekt på spilleavhengighet.

Et spørsmål som har blitt stilt er om det å lære matematikk som er relevant for å forstå sannsynligheten for å vinne i pengespill kan redusere problemspilling. I en studie ble studenter opplært i sannsynlighetsregning ved bruk av eksempler fra pengespill. Studentene som hadde fått denne undervisningen viste bedre evne til å kalkulere odds knyttet til pengespill. De var mindre sårbare for feiltanker enn studenter som hadde fått vanlig sannsynlighetsregning. Man fant imidlertid ingen endring i hvor mye personene spilte. Dette kan bety at matematisk kunnskap i seg selv ikke er nok til å endre atferd knyttet til pengespill (Williams & Connolly, 2006).

Det har blitt utviklet metoder for å jobbe med pårørende og deres mestringsstrategier. Tanken bak dette er at ved å også jobbe med mestringsstrategier hos de nærmeste, vil dette kunne redusere stressnivået i familien, noe som igjen kan føre til mindre spilling. Ingle, Marotta, McMillan & Wisdom (in press) undersøkte betydningen av å ha en partner, ektefelle eller kjæreste for utfallet av behandling. De fant at det å ha en nær pårørende var i seg selv forbundet med vellykket utfall av terapien. Det å ha en

pårørende som var inkludert i behandlingsopplegget var forbundet med mer vellykket utfall av terapi og å være lenger i terapi utover det man fant hos de som hadde en pårørende som ikke var inkludert. Ut fra dette kan det virke som om nære pårørende kan virke motiverende både på å holde ut i terapi og på å nyttiggjøre seg terapien bedre.

Gruppeterapi har blitt mye brukt i behandling av spilleavhengige. I en studie sammenliknet man individualterapi og gruppeterapi blant kvinnelige spilleavhengige. Til tross for at begge terapiformene viste god effekt i denne studien, så fant man at det i den gruppen som mottok individualterapi var det en betydelig større andel som ikke lenger oppfylte kriteriene til diagnosen spilleavhengighet etter endt behandling sammenliknet med de som mottok gruppeterapi (Dowling, Smith & Thomas, in press). Dette kan tyde på at gruppeterapi har generelt god effekt, men er mindre effektivt enn individualterapi.

I en metastudie av Pallesen, Mitsem, Kvale, Johnsen & Molde (2005) fant de at terapi generelt har god effekt ved spilleavhengighet. De sammenliknet hvor mye klienter i terapi- og kontrollgruppe forandret seg fra før og etter behandling. Klienter som hadde mottatt psykoterapeutisk behandling økte i gjennomsnitt to standardavvik mer enn klienter på venteliste i mål på symptombedring. Ved oppfølgingsstudier var denne forskjellen 1,5 standardavvik. Dette viser at behandling generelt har god effekt ved spilleavhengighet, og at effekten holder seg over tid.

Toneatto & Ladouceur (2003) oppsummerte studier på behandling av spilleavhengige. De konkluderte med at kognitiv atferdsterapi fikk mest empirisk støtte, men at det generelt var en del metodologiske mangler ved studiene. Utvalgene var små og det var ofte ikke beskrevet hva slags spilleproblemer deltakerne hadde. Det var dårlig validerte mål på spilleavhengighet, og det var ofte inkonsistente

definisjoner av å være spillefri. Noen av studiene manglet baselinedata, slik at man ikke kunne måle hvor mye de hadde forbedret seg fra før terapien. I tillegg var behandlingsmetodene utilstrekkelig standardisert og manualisert, slik at det var vanskelig å vite om deltakerne virkelig mottok den behandlingen som var beskrevet.

Det kan altså se ut som om effekten av behandling er generelt god, selv om det er vanskelig å trekke noen konklusjoner om hvilke behandlingsformer som er best. Mange søker ikke behandling og av disse er det en god del som blir bedre på egenhånd. Når man skal evaluere behandlingseffekten ved spilleavhengighet, så må man sammenlikne med den spontane remisjonsraten. For å kunne si at en behandling er virksom så er det en forutsetning at den medfører større grad av bedring i symptomer enn hos de som ikke mottar behandling.

3. Metode

3.1 Metodeteori

I denne delen av oppgaven vil jeg først diskutere ulike perspektiver som har preget forskningen på spilleavhengighet. Deretter vil jeg si noe om hvilke perspektiver jeg har lagt vekt på i denne oppgaven. Jeg vil også sette metodene som har blitt brukt i en samfunnsvitenskaplig kontekst, og forklare bakgrunnen for at jeg har valgt diskursanalyse som forskningsmetode.

Ulike perspektiver på studier av spilleavhengighet

Det har vært en diskusjon på feltet hvordan man best mulig kan skaffe korrekt kunnskap om spilleavhengighet. Borrell og Boulet (2007) diskuterer ulike perspektiver til forståelse av spilleavhengighet.

Positivistisk (empiristisk) perspektiv

Kunnskap tenkes å basere seg på observasjon av empiriske fenomener. Forskerne skal etterstrebe å være objektive og verdinøytrale og skal avdekke universelle lover og beskrive kausale sammenhenger. I studier av spilleavhengighet vil et slikt perspektiv innebære at man fokuserer på antatte kognitive, nevrale og atferdsmessige dysfunksjoner som identifiseres gjennom en eksperimentell forskning og i spørreundersøkelser. Problemet blir sett på som noe som eksisterer inni individet, som noe patologisk eller som en lidelse. Man tenker seg innenfor dette perspektivet at det er mulig å identifisere risikofaktorer for spilleavhengighet på samme måte som ved hjerte- og karsykdommer, og at man gjennom å identifisere høyrisikopasienter og å utvikle metoder for behandling vil kunne jobbe med problemet. Det er også enkelte som leter etter et underliggende syndrom som kan forklare både spilleavhengighet, rusavhengighet og atferdsforstyrrelser (Borrell og Boulet, 2007).

Fenomenologiske perspektiver

Denne tilnærmingen søker å beskrive folks hverdagsliv og hvordan mennesker fortolker det de opplever rundt seg som meningsfullt. Kunnskapen baserer seg på subjektive og intersubjektive ”meninger om fakta”, og forskeren er selv en meningssskapende bidragsyter. Fenomenologisk orienterte forskere deltar i livet til spilleavhengige gjennom deltakende dialog og observasjon, og har som hensikt å finne ut hva det betyr ”å være” en spilleavhengig slik begrepet brukes (Borrell og Boulet, 2007).

Kritisk-dialektiske (strukturelle) perspektiver

Den sosiale verden er, ifølge dette perspektivet, konstituert gjennom strukturer og sosiale krefter som mennesker ikke er klar over. I forhold til pengespill, kan man tenke seg at det ligger kapitalistiske krefter bak disse spillene, som presenterer spilling som et produkt som tilbys, og som gjerne knyttes til avkobling. Innenfor denne retningen ser man ikke på spilleavhengighet som en lidelse som er lokalisert i individet, men heller noe som er forårsaket av eksisterende strukturelle forhold som blant annet er relatert til sosioøkonomisk klasse, kjønn eller psykologiske prosesser. I den mest kritiske tradisjonen innenfor dette perspektivet ser man på individet som agenter som ikke har noe annet valg enn å gjøre det som disse strukturene ”krever”. Den spilleavhengige blir et hjelpeløst offer for økonomisk utnyttelse (Borrell og Boulet, 2007).

Kritisk-deltakende (action-oriented) perspektiver

Kunnskap skapes gjennom en dialektisk prosess som hele tiden er i konstant forandring. Menneskelig atferd sees på som meningsgivende, sosialt konstruert og som noe som er med på å skape verden som hele tiden er i forandring. Innenfor denne tilnærmingen blir spilleavhengige sett på som medsammensvorne forskere som undersøker sin egen situasjon og relasjoner. Et viktig prinsipp er at en forsker aldri kan være nøytral ovenfor sitt materiale, og vil nødvendigvis ha en påvirkning på

forskningsprosessen og på praksis som en konsekvens av forskningen (Borrell og Boulet, 2007).

Postmodernistiske perspektiver

Man leter etter sannheten gjennom mange, likeverdige perspektiver. Individuell, kollektiv og intellektuell/profesjonell praksis eller handling blir sett på som diskursiv og relativistisk. Selve begrepet spilleavhengighet, eller mer konkret det engelske begrepet ”problem gambling” kan problematiseres, fordi det impliserer en antakelse om hvordan man bør og ikke bør leve og hvordan et godt samfunn skal være (Borrell og Boulet, 2007).

Disse ulike perspektivene har altså preget forskning på spilleavhengighet. De skiller seg i stor grad fra hverandre ved at ulike temaer og forskningsmetoder fremmes, og det varierer hva ulike forskere mener kan gi nyttig kunnskap om spilleavhengighet. Viktigheten av å diskutere ulike perspektiver er spesielt sentral i forbindelse med at ulike parter som er knyttet til forskningsinstitusjoner kan ha bestemte interesser.

Fagfeltet

Borrell og Boulet (2007) hevder at det innenfor fagfeltet spilleavhengighet er mange ulike interesser, som er med på å skape bestemte fokus som kan hevdes å være knyttet til disse ulike interessene. I tilknytning til ulike forskningsinstitusjoner kan det utvikles bestemte kulturer som legger føringer for forskningen ved å fremme bestemte normer og vaner. Forskningsinstitusjoner kan være støttet av myndighetene og dermed påvirket av deres interesser, eller være knyttet til institusjoner innenfor spillindustrien. De hevder at det er viktig å sette spørsmålstejn ved hva det forskes på, hvordan og hvorfor forskningen blir utført på bestemte måter, og hvilke implikasjoner dette får for hvordan fenomenet oppfattes og behandles. I tillegg kan forståelsen av fenomenet være preget av bestemte ideologiske strømninger, for

eksempel en neo-liberal forståelse av individet som konsumenter som fritt velger sine handlinger (Borrell og Boulet, 2007). Man kan hevde at denne debatten blir spesielt sentral i Norge i og med at staten har hatt en så sentral rolle i forhold til regulering av spill, men også i forhold til tilretteleggingen av pengespill som en måte å samle inn penger til gode formål på.

Metodologisk utgangspunkt for oppgaven

I denne oppgaven vil jeg undersøke fenomenet spilleavhengighet først og fremst gjennom et postmodernistisk perspektiv. I følge Borell & Boulet (2007) er dette et perspektiv som forener flere likeverdige perspektiver og som legger vekt på at kunnskap springer ut fra flere ulike kilder. De kildene til kunnskap som jeg tar for meg er en fenomenologisk studie av profesjonell klinisk praksis og et noe mer positivistisk bidrag fra forskning. Gjennom å intervjuer klinikere får jeg innblikk i måter å beskrive fenomenet på. Man kan si at det gir en fortelling om fenomenet spilleavhengighet. Forskningen gir et noe annet bidrag, der det legges mer vekt på å forstå om enkelte mer avgrensede faktorer har en statistisk sammenheng med utviklingen av spilleavhengighet. Disse to ganske ulike bidragene kan forenes i en beskrivelse av fenomenet som både baserer seg på kunnskap fra enkeltmenneskers erfaring og studier som ser på korrelasjoner på gruppenivå.

Jeg har også tatt utgangspunkt i et sosialkonstruktivistisk syn på kunnskap i denne studien. Innenfor dette synet tenker man seg at mennesker tolker sine opplevelser gjennom en konstruksjon av mening (White, 2004). Ingen beskrivelse av et fenomen er den eneste mulige eller fornuftige beskrivelsen av dette fenomenet (Edwards, 1997). Begrepet spilleavhengighet blir skapt gjennom fagfolks terminologi og forståelse av fenomenet, og her vil det kunne være flere ulike beskrivelser. Kunnskap om et fenomen vil alltid skapes i en bestemt setting. I dette tilfellet kan man si at kunnskapen har blitt skapt i en psykologisk, politisk, moralsk og medisinsk setting. Det synet eksperter og allmennheten har hatt på dette feltet har trolig vært med på å

prege hvordan spilleavhengige har blitt møtt og behandlet. I tillegg kan sentrale fagpersoners diskurser være med på å påvirke hva man velger å studere. Jeg ønsker derfor å si noe om de rådende forståelsesmodellene på feltet, og beskrive ulike diskurser som klinikerne forstår fenomenet innenfor. Diskurs brukes her om et bestemt rammeverk for forståelse av et fenomen (White, 2004). Denne kunnskapen kan være nyttig i videreutvikling av behandling og teoridannelse. Det er viktig å kunne ta et skritt tilbake og se hvordan kunnskap om psykiske lidelser og behandling konstrueres og er nedfelt i rådende diskurser.

Vitenskap kan studeres på samme måte som andre fenomener i samfunnet (Edwards, 1997). Noe av det ønsker jeg å gjøre i denne oppgaven, nemlig å samle og drøfte kunnskap fra forskning og fra eksperter med både klinisk erfaring og teoretisk kompetanse på fenomenet. Siden spilleavhengighet er et sammensatt felt, der mange faktorer spiller inn, vil det være viktig å se om det finnes ulike måter å konstruere begrepet på.

I den første delen av analysen har jeg foretatt en meningskondensering og en meningskategorisering. Meningskondensering er å trekke sammen innholdet i intervjuene til en kortere tekst, mens meningskategorisering er å sette utsagnene inn i kategorier (Kvale, 1994). Den neste delen av analysen er en diskursanalyse. Diskursanalyse bygger på en filosofisk forståelse om at det eksisterer ulike forståelser og versjoner av et og samme fenomen. Man tenker seg innenfor denne typen vitenskap at kunnskap ikke avdekkes, men heller konstrueres i en kontekst. I og med at mening og kunnskap kan oppfattes som noe som konstrueres av mennesker, så kan man tenke seg at det også kan dekonstrueres. Gjennom diskursanalyse kan man analysere menneskelig språk, terminologi og handling for å identifisere ulike forståelsesrammer for et fenomen (White, 2004).

3.2 Framgangsmåte og intervjuguide

Hoveddelen av metoden i denne oppgaven består av å intervju eksperter på spilleavhengighet i Norge. Dette har vært personer som har jobbet klinisk, samt med forskning og formidling av dette temaet. De har blitt intervjuet med en semistrukturert intervjuguide. Intervjuguiden ble utarbeidet i samarbeid med veileder. Den hadde en form der spørsmålene var mest mulig åpne i starten, for deretter å fokusere mer på temaer som har vært spesielt relevante for oppgaven (se vedlegg). Denne guiden har først og fremst vært en hjelp til å strukturere intervjuet, men det har vært mest lagt vekt på informantenes egen vektlegging av bestemte temaer innenfor dette feltet. Informantene har blitt intervjuet på sitt eget kontor, og det har blitt gjort lydopptak av intervjuet. Intervjuene ble gjort i løpet av høsten 2007, og hvert intervju varte omkring en time.

I tillegg til intervjuene har jeg benyttet meg av internasjonal forskning og den kunnskapen som finnes i faglitteraturen på feltet. Dette er viktige bidrag til oppgaven, i og med at det gir leseren en bakgrunnsforståelse av feltet. I tillegg er flere av informantenes kommentarer knyttet til studier og forskningsresultater. Det vil gå fram hva som er hentet fra intervjuene og hva som er hentet fra faglitteratur. Avslutningsvis vil jeg diskutere informantenes beretninger i lys av rådende trender i forskningslitteraturen.

3.3 Informanter

Jeg har intervjuet seks personer som er blant de fremste ekspertene på spilleavhengighet i Norge. Fire av informantene er psykologer, en er psykiater og en er agronom med videreutdanning innen rusavhengighet. De har mellom 3 og 13 års erfaring med å jobbe med spilleavhengighet. Alle har jobbet med behandling av spilleavhengige, og i tillegg har flere jobbet med forskning og formidling av

kunnskap om spilleavhengighet. Flere har skrevet bøker om fenomenet. De er i tillegg valgt ut fra at det skulle være praktisk mulig å intervju dem. Det vil si at de har holdt til på Østlandet i perioden intervjuene foregikk, og at de har hatt tid og mulighet til å stille opp. To av informantene jobbet jeg sammen med før intervjuene i min hovedpraksis på Borgestadklinikken i Skien. De andre kontaktet jeg per mail og telefon høsten 2007. Etter at jeg hadde intervjuet disse seks informantene vurderte jeg at jeg hadde tilstrekkelig med materialet til å utføre mine analyser. Det kan tenkes at andre personer som jobber klinisk med dette feltet, ville kommet med ytterligere informasjon og vinklinger.

3.4 Transkripsjon

Jeg transkriberte de delene som var relevante for mine problemstillinger og analytiske fokusområde. På grunnlag av oppgavens tema vurderte jeg det som mest hensiktsmessig å kun ta hensyn til det informantene sier, og ikke legge vekt på pauser eller indikasjoner på emosjonelt ubehag. Det har ikke vært sentralt for min studie hvordan informantene fremmer sine synspunkter, men det er heller innholdet i det de presenterer som har vært sentralt. Ingen av mine informanter viste betydelig grad av emosjonell aktivering under intervjuet, og de la alle fram sine synspunkter på en saklig måte. De utsagnene som er gjengitt er i størst mulig grad skrevet ned slik de er sagt, men noe redigering har vært nødvendig, slik at de har fått en form som er mer egnet for et skriftlig medium. Det kommer ikke fram hvem som har kommet med hvilke uttalelser, da hovedpoenget er innholdet og ikke personen bak.

3.5 Etske problemstillinger og validitet

Jeg vurderte i samråd med min veileder at det ikke var nødvendig å søke godkjenning fra etisk komité, med den begrunnelse at mine informanter er profesjonelle fagutøver

og antas å ikke ha behov for spesiell ivaretagelse. Det har allikevel vært viktig for meg å utføre både intervjuene og analysene på en slik måte at ikke informantene har følt seg krenket eller har opplevd at deres uttalelser blir tatt ut av sin kontekst. Jeg har etterstrebet å gi en fenomennær framstilling av materialet.

For å oppnå en høyest mulig validitet har jeg forsøkt å gjengi dette med høyest mulig troverdighet og redelighet. Troverdighet innebærer at deltakerne skal kjenne seg igjen i eller tro på framstillingen (Trochim, 2006). For å øke troverdigheten har jeg prøvd å bruke formuleringer og temaer som ligger nært opptil den måten informantene selv har formulert seg. Materialet er framstilt på en mest mulig deskriptiv måte og illustrert med sitater, slik at leseren selv kan vurdere om mine beskrivelser og tolkninger er troverdige. Det er imidlertid en viktig del av diskursanalyse å se på uttalelser i en større kontekst, og det skal gi leseren noe mer enn å kun gjengi det som har blitt sagt. Derfor har det vært viktig for meg at mine uttalelser om informantenes vinklinger har vært gjort på en respektfull måte, og at jeg ikke har hevdet noe om informantene som strider mot deres overbevisning eller integritet.

Den andre formen for validitet jeg har brukt, redelighet, innebærer at analysene er kontrollerbare gjennom en åpenhet om studiens kontekst og framgangsmåter (Trochim, 2006). Jeg har etterstrebet å på best mulig måte vise hva jeg har gjort. Det er imidlertid begrenset i hvor stor grad det har vært mulig å redegjøre for alle ledd i analysene. Diskursene som ble identifisert var i stor grad noe jeg oppdaget ved å gå gjennom materialet og å diskutere det med medstudenter og veileder. Det var forskjeller i måten informantene uttrykte seg på som jeg ble fasinert over, og som jeg ønsket å beskrive.

Man bør også redegjøre noe for min rolle som en som intervjuer og analyserer av dette materialet. Jeg har selv jobbet klinisk med spilleavhengige i min hovedpraksis

på Borgestadklinikken i Skien. Der jobbet jeg også sammen med to av informantene. Jeg kan ha hatt oppfatninger fra denne praksisen som kan ha preget min måte å forstå og analysere dette fenomenet på. Det jeg først og fremst opplever at jeg hadde med meg derfra var en nysgjerrighet på fenomenet og hvordan man kan forstå det.

3.6 Analyse

Hvert intervju ble først analysert enkeltvis. Det ble gjort ved å notere ned sentrale poenger som ble vektlagt. Deretter plukket jeg ut de temaene som ble omtalt i flere av intervjuene. Jeg satte opp disse i en hensiktsmessig rekkefølge. Temaene har blitt identifisert gjennom å gå igjennom materialet og notert dem ned underveis, for deretter å gå igjennom det en gang til og skrive ned hvem av informantene som har omtalt de ulike temaene. De temaene som har blitt omtalt mye har blitt tatt med i analysen. Analysen endte med flere kategorier som var knyttet til de ulike problemstillingene mine.

I tilknytning til de tre første problemstillingene var fokuset mest på likhetstrekk i de ulike informantenes framstillinger. Under den første problemstillingen som handler om hvordan ekspertene presenterer fenomenet, så fant jeg 4 kategorier. Disse var 1)konseptualisering av fenomenet spilleavhengighet, 2) omfang og utvalg, 3)konsekvenser og stigmatisering og 4) regulering. Den andre problemstillingen var hvordan ekspertene forklarer fenomenet spilleavhengighet. Der fant jeg to hovedkategorier, som var 1) samfunnsmessige forutsetninger for at noen kan bli spilleavhengige og 2)hvordan informantene forklarer at noen individer blir spilleavhengige mens andre ikke blir det. Under den tredje problemstillingen som handlet om behandling av spilleavhengighet diskuterte informantene 1) fordeler og begrensninger med kognitiv terapi, 2) individuelt fokus i terapi, 3)familiefokus i terapi og 4)hvordan politiske reguleringer kan få en påvirkning på terapi. I tillegg så fant jeg to kategorier som ikke var relatert til en bestemt problemstilling. Disse var

1)behov for mer kunnskap og 2)synspunkter på forskning. Ut fra temalistene har jeg formet en sammenhengende tekst som beskriver mønstre som opptrø hyppig i intervjuene.

Den siste problemstillingen var om det kan identifiseres ulike retninger eller diskurser ut fra ekspertenes framstillinger. Dette er altså et spørsmål om det er ulikheter i måten ekspertene omtaler fenomenet på. Ut fra analysen framgikk det to ulike diskurser. Disse diskursene valgte jeg å kalle fiendediskursen og funksjonsdiskursen.

3.7 Begrensninger med analysen

Denne analysen har noen begrensninger som det er riktig å kommentere. For å få en høyere reliabilitet og unngå en eventuelt subjektiv vinkling av temaet, hadde det vært lurt at to uavhengige personer kunne transkribert og analysert intervjuene. Det har det imidlertid ikke vært mulighet for. For å allikevel oppnå høyest mulig reliabilitet av analysene har jeg diskutert mine valg og vinklinger med veileder og medstudenter.

Det er mulig at de spørsmålene som ble stilt i intervjuet kan ha påvirket informantene. For eksempel kan det at debatten om spilleavhengighet ble nevnt i et av spørsmålene, ha påvirket informantene til å fokusere mer på politiske faktorer enn på psykologiske faktorer.

4. Analyse

Jeg skal nå gjengi de viktigste resultatene fra studien min og illustrere dette med sitater fra informantene.

4.1 Hvordan presenterer eksperter fenomenet spilleavhengighet?

Hvordan konseptualiseres fenomenet?

Et sentralt poeng som ble belyst av flere av informantene er viktigheten av å reflektere over hvordan spilleavhengighet omtales og hvilke forståelsesmodeller man benytter når man skal tilnærme seg kunnskap om fenomenet. Skal spilleavhengighet oppfattes som en lidelse, en avhengighet eller et atferdsproblem? En av informantene drøfter nettopp hvordan fenomenet skal konseptualiseres. Det reflekteres i dette utsagnet over hvor viktig det er å være bevisst sitt eget ståsted både i forhold til de diagnostiske systemene og samfunnets forståelse av denne problematikken:

”Spilleavhengighet er en lidelse som det ikke er noen lett måte å forklare, for det er et sammensatt problem. På den ene siden så er det en avhengighet og det oppleves som en avhengighet. Hvis man går til diagnosen, så ser man at dette er klassifisert under impulskontrollforstyrrelser sammen med pyromani og kleptomani og sånne ting. Og da kan man jo lure på hva dette egentlig er? Diagnosen spilleavhengighet er basert på substance abuse disorder både i ICD 10 og DSM IV, så det er langt på vei en avhengighet. Og det gir mange av de samme konsekvensene som vi også ser ved annen avhengighet. Spilleavhengighet har alvorlige familiemessige, sosiale, økonomiske og arbeidsmessige konsekvenser for den det gjelder. Og det jeg vil si er kjernen i problematikken når jeg tenker på de spilleavhengige jeg har møtt er opplevelsen av å ikke klare å stoppe å spille til tross for alle de negative konsekvensene. Og at man vil vinne tilbake det man har tapt, at man vil vinne mer når man har vunnet, og at spillet er en måte å flykte fra vanskelige tanker og følelser på. Så det har både et rusaspekt og et fluktaspekt i seg. Det at det er sammensatt på den måten at det er ingen enkel måte å forstå spilleavhengighet på.”

Avhengighet

Flere av informantene trekker fram at den lidelsen spilleavhengighet likner mest på i klinisk fremtredelse er rusavhengighet. De legger vekt på at det er mange faktorer som er felles for alle typer avhengigheter, som toleranseutvikling og abstinenssymptomer. Noe som blir sentralt hvis man oppfatter fenomenet som en avhengighetstype er at det å bli avhengig av noe er noe mange mennesker kan ha et potensial for. De fleste mennesker kan utvikle en avhengighet, men det vil variere hva man blir avhengig av. Det kan være alt fra rus eller mat til trening og tv-titting. Flere av informantene poengterte at dette var noe allmennmenneskelig, heller en noe sykkelig.

”Dette er et menneskelig fenomen. Det å bli avhengig av noe er et menneskelig fenomen, og jeg tenker at spilleavhengighet vil vi sikkert ha på et eller annet nivå, mer eller mindre av det, uansett hva politikerne gjør med det. Men det som har skjedd nå er jo at det har vært frisluppet i så stor grad de siste årene, mye mer enn i andre land også. Og det har skapt en veldig økning i antall personer med spilleproblemer. Så det er ingen tvil om at liberaliseringen har gjort at vi har fått flere spilleavhengige.”

Impulskontrollforstyrrelse

Spilleavhengighet er klassifisert som en impulskontrollforstyrrelse i diagnosesystemene. Noen av informantene sier at de ikke synes det beskriver aspekter ved fenomenet på en god måte. Impulsforstyrrelser dekker ikke toleranseutvikling og abstinenssymptomer, som flere av informantene mener er trekk som de også ser hos spilleavhengige.

Lidelse versus atferdsproblem

Spilleavhengighet kan også konseptualiseres teoretisk som en lidelse blant andre psykiske lidelser. I materialet mitt viste det seg at flere av informantene problematiserte denne konseptualiseringen. De var skeptiske til at spilleavhengighet er en lidelse i den forstand at man kan finne en biologisk eller fysiologisk komponent som kan forklare hvorfor personen fikk problemer. De fremmet heller en forståelse av fenomenet som en subjektiv smertefull tilstand heller enn en sykdom. En av informantene fremhevet at spilleavhengighet er en lidelse først og fremst på grunn av de alvorlige konsekvensene og de negative spiralene som det er så vanskelig å komme seg ut av.

”Det er en lidelse fordi det kan bli så alvorlig. Det er ikke påvist noe som er annerledes med spilleavhengige. Det er gjort noen nevrologiske studier, men jeg tror ikke det er gjort noen tydelige funn på at spilleavhengige er annerledes. Det er et atferdsproblem, sånn forstår jeg det, der det er blitt for mye av noe. Og det skaper så store plager, at det er ingen tvil om at det blir en lidelse med masse psykiske symptomer.”

Her ser vi at det er den spilleavhengiges atferdsmønster som skaper emosjonelle og sosiale problemer, og informanten forstår det slik at den psykiske lidelsen kommer etter at atferdsmønsteret er etablert. Denne informanten velger å kalle spilleavhengighet for et atferdsproblem fremfor en psykisk lidelse eller en psykisk og biologisk defekt. Det er altså ikke nødvendigvis noe som er kvalitativt annerledes med spilleavhengige, men de har for mye av en type atferd som igjen kan gi opphav til komorbide lidelser fordi atferden skaper psykososiale vansker.

Lidenskap

En av informantene snakket om at spilleavhengighet har et lidenskapsaspekt ved seg. Dette er atferd som man liker, som er fristende og aversivt på samme tid. Denne informanten la vekt på ambivalens, en splittelse mellom å kjenne en draging mot

spill og det å vite at man burde slutte. På mange måter er dette en mer positivt ladet konseptualisering enn de andre som har blitt foreslått. Informanten poengterer imidlertid at selv om spillingen er noe positivt for personen så er konsekvensene så alvorlige at pasientene opplever det som svært problematisk. Det kan i mange tilfeller virke som om det er vanskeligere for pasienten at de faktisk også nyter det som fører med seg så mange negative konsekvenser. Ambivalensfølelsen i seg selv kan for mange oppleves som ekstra vanskelig.

Omfang og utvalg

Flere av informantene poengterte at det er det er et større antall spilleavhengige enn det har blitt framstilt i media tidligere. En av informantene refererte til et dokumentarprogram der det hadde blitt sagt at det kun var en håndfull personer som var spilleavhengige, mens befolkningsundersøkelser har i senere tid vist at det var 62 000 spilleavhengige i 2007 (Øren & Bakken, 2007). Informantene trekker også fram diskrepansen mellom hvordan fenomenet framstilles i media og deres egen opplevelse av det. I tillegg til at omfanget er mye større enn det blir presentert i media, så er også utvalget mye mer heterogent enn mange forestiller seg.

”Mange hadde blitt overrasket hvis de hadde visst hvem som faktisk får spilleproblemer, hvem som faktisk trenger behandling etter hvert. Fordi også blant automatspillere har vi hatt mange som er i såkalte høystatusgrupper, og med god økonomi og stabil familiesituasjon. Men også med det at vi nå med nettspillene får en helt annen gruppe enn de som vi tradisjonelt tenker på som spilleavhengige. Disse får kjempestore problemer. Og for at de selv skal bli mer oppmerksomme, og for at vi på samfunnsnivå skal forholde oss til at gruppen utvides, så trenger vi å få et litt mer nyansert syn på spilleavhengighet.”

Denne ekspertten er opptatt av å fjerne stigma på spilleavhengige som gruppe og øke folks forståelse for at det kan ramme hvem som helst og at det ikke er en skam å søke

behandling. Det rettes særlig varsku mot nettspilling som kan være en stor risikofaktor for at nye og mer atypiske spillere utvikler problemer.

Konsekvenser

Det temaet som blir hyppigst diskutert av informantene er negative konsekvenser av pengespill. De snakker om store økonomiske, psykiske og sosiale konsekvenser. Og pengespill har en påvirkning på pårørende, og da spesielt partnere, barn og foreldre. I tillegg har det en betydning for funksjonsevne, blant annet ved at de står i risiko for å miste jobb, partner og sosialt liv. Noen av informantene tematiserer den høye forekomsten av selvmordsforsøk blant spilleavhengige, og setter dette i sammenheng med de alvorlige konsekvensene og de negative spiralene.

Stigmatisering, tabuisering og skam

Spesielt tidligere ble spilleavhengige møtt med liten forståelse i helsevesenet. Mange ble avvist med kommentarer om at de kunne jo bare slutte. Dette kan ha bidratt til en større grad av stigmatisering. En av informantene fortalte om en klient som synes det var lettere å si at hun var prostituert enn at hun var spilleavhengig. Man kan tenke seg at uvitenheten i helsevesenet kan relateres til at spilleavhengighet på mange måter er et usynlig problem. Man kan ikke lukte det eller se det på personen at han eller hun har spilt. Det er heller ikke noe kjemisk stoff som tilføres. På den måten kan det være vanskeligere å oppdage og forstå enn rusmisbruk.

I de siste årene har negative konsekvenser ved pengespill blitt mer omtalt i media og det har blitt mer anerkjent som et problem av fagpersoner. Man får i mye større grad presentert historiene som handler om tap, gjeld og økonomisk krise. Dette har bidratt til et mer nyansert syn. Flere spilleavhengige og pårørende har fått fortelle sine historier i media, noe som øker den offentlige forståelsen av problemet. Media har i mye større grad enn tidligere vinklet framstillingen av problemet på spillernes side.

En av mine informanter forteller at pasientene er glad for at de har fått en slik støtte fra media.

”Stigmaet er nok redusert, og dessuten kjenner nok leger og sosialkontorer mer til problemet nå. De visste jo ingenting den gangen. Et komisk uttrykk for det var at i et prosjekt så måtte pasienten, i praksis sosialkontoret, betale 20 000 kroner. Hvorpå sosialkontoret sendte han, den spilleavhengige, fryktelig spilleavhengig var han, dette beløpet på en postanvisning. Da har de ikke skjønt hva dette er for noe. Han sa det at han fant det så ustyrtelig komisk at han gikk og spilte for det. Det var jo helt absurd hvis man har greie på hva problemet er. Du vet det de tenker når de får penger, hvis de får 1000 kroner så tenker de ”1000 kroner er bra, men 2000 kroner er enda bedre, så jeg prøver å få litt ekstra”. Eller hvis de får låne penger til en nødvendig ting for eksempel, så tenker de ”hvis jeg spiller og har flaks nå, så får jeg både brukt de til det jeg må bruke de til og så får jeg litt ekstra”.

Denne informanten velger å trekke fram paradokset i at man sender et betydelig pengebeløp til en pasient som behandles for spilleavhengighet, noe som kan overføres til hvor absurd det ville vært å be en alkoholmisbruker oppbevare alkohol. Ved å sitere pasientens frustrasjon over hvor lite forståelse helsevesenet hadde for hans situasjon kan man tenke seg at han gir også stemme til sin egen frustrasjon over hvor lite dette fenomenet ble tatt på alvor tidligere. Ved å gjengi pasientens tankesett om at ”1000 kr er bra med 2000 er enda bedre” illustrerer informanten hvor normalt det er å tenke slik, og gjør fenomenet forståelig for omverdenen.

Regulering

Alle informantene etterlyser mer regulering av pengespill i samfunnet. Blant annet er det påfallende at ingen uttaler seg positivt om de nye spilleautomatene som skal være mindre avhengighetsskapende enn de gamle. Flere sier at automater er den mest problematiske formen for pengespill, og noen stiller spørsmål ved om det er nødvendig å ha slike typer spill i samfunnet. Noen av informantene beskriver at det er

uenighet mellom de som jobber klinisk med spilleavhengighet og de som representerer spilleindustrien. De opplever at det er en ensidig framstilling av temaet i media.

”Det blir lett to polariserte sider. Det er den liberale siden som sier at nå får det være nok detaljstyring. Kan ikke disse syke menneskene gå et annet sted, så kan vi som er friske ha det gøy? Også er det den andre som handler om et kollektivt ansvar og regulering. Og det som er viktig å få fram i debatten, er at dette er jo noe som angår oss alle. Også tenker jeg at det er jo viktig å få fram de etiske dilemmaene i forhold til at gode formål tjener penger på spill. Det er viktig å diskutere det. Man kan jo si at okay dette er måten vi skaffer penger til Røde Kors, Redningsskøyten, Kreftforeningen og Skiforbundet og sånn, men da må man være åpen om at sånn er det. Fordi dette rammer syke mennesker, så man kunne jo tenke seg at overskuddet fra vinmonopolet gikk til Blå Kors og at tobakksavgiften skulle gå til kreftforeningen, lissom!”

Denne informantens utsagn er typisk fordi det etterlyses en mer nyansert presentasjon av temaet i media, i likhet med flesteparten av informantene. Et annet moment de vektlegger er at man i mye større grad enn fram til nå bør ha en diskusjon om hvorvidt dette er noe vi skal akseptere i vårt samfunn eller ikke. De savner altså en moralsk og helsepolitisk debatt hvor man kan drøfte åpent hvilke tiltak som bør iverksettes for å oppnå en optimal balanse mellom sikkerhet og frihet. En annen informant sammenlikner alkoholpolitikken og spillepolitikken:

”Vår reguleringspolitikk i Norge er basert mye på erfaringer fra alkoholpolitikken, altså mindre tilgjengelighet, mindre skade. Og det samme er bakgrunnen for at man har valgt å fjerne det mest tilgjengelige spillet, som da automatene må sies å ha vært. De sto fremme og lokket, og de var plassert overalt, så man kunne ikke unngå å støte på dem hvis man skulle inn i et kjøpesenter for eksempel. Og jeg tror at den mest effektive måten å regulere det på er gjennom denne typen regulerende tiltak. Så kan man drive informasjonsarbeid og forklare om hvilke problemer spill kan skape. Informasjonsarbeid har nok en viss regulerende effekt,

men jeg tror nok at det mest effektive er å gripe inn i spillets utforming og mulighetene til å spille.”

Informanten posisjonerer seg på en restriktiv linje, der det er verd å beskytte de som utvikler problemer ved å fjerne automatene og dermed også symptomenes årsak. Det er bred enighet om dette standpunktet i materialet mitt. Allikevel blir et ensidig fokus på regulering problematisert. En av informantene hevder at det er kanskje ikke realistisk eller nødvendig å forby pengespill helt.

”Vi vil ikke klare å lage et forbud og begrense det på den måten. Verden er ikke sånn, og skal kanskje ikke være sånn heller. Vi er nødt til å ha litt mer formidling av den kunnskapen vi har om avhengighet, og at folk må lære seg å være forsiktige. På samme måte som folk må lære seg å være forsiktige med alkohol og andre rusmidler.”

Her ser vi at informantene drøfter hvorvidt man ønsker eller tror at det er mulig å fjerne tilgjengeligheten til pengespill. Dette knyttes også til en samfunnsdebatt der informantene samtidig uttrykker hva slags samfunn de ønsker å ha. Det blir et spørsmål om man vil ha et samfunn som beskytter de svakeste eller et samfunn der man beholder spilletilbudet og heller iverksetter andre tiltak for å redusere problemspilling.

Informantene legger i sin presentasjon av fenomenet spilleavhengighet vekt på at det er viktig å diskutere hvordan begrepet skal konseptualiseres som avhengighet, impulskontrollforstyrrelse, lidelse, atferdsproblem eller lidenskap. De fremhever at dette er et problem som rammer mange mennesker, både de spilleavhengige og pårørende. I tillegg etterlyser de en mer nyansert debatt i samfunnet om pengespill skal være akseptert og en diskusjon om regulering av pengespill.

4.2 Hvordan forklarer ekspertene hva det er som gjør at noen blir spilleavhengige?

Jeg har valgt å presentere informantenes forklaringer på hvorfor mennesker blir spilleavhengige i to kategorier. Den første kategorien handler om hva som er forutsetninger i et samfunn for at noen kan bli avhengig av spill. Disse forutsetningene vil ramme alle mennesker i samfunnet relativt likt, og kan dermed ikke forklare hvorfor noen blir avhengige og andre ikke. Den andre kategorien av forklaringer dekker nettopp dette spørsmålet. Hva er det som gjør at noen utvikler en avhengighet, mens andre ikke gjør det?

Forutsetninger for at man kan bli spilleavhengige?

Uten unntak mener alle informantene at samfunnet har noe ansvar i forhold til de som har utviklet eller står i fare for å utvikle spilleproblemer. Samtlige legger vekt på at samfunnsmessige faktorer bidrar til å gjøre det mulig for mennesker å bli spilleavhengige og at det er viktig å regulere pengespill på en best mulig måte.

”Jeg vil vektlegge at spilleavhengighet fordrer et samfunn som har tilrettelagt for spill, og som har sagt at det å tjene mye penger eller skaffe mye penger ikke nødvendigvis ved å gjøre noe selv, er noe som er ansett som verdifullt og greit. Det har noe med normene i samfunnet vårt også. Det med tilgjengelighet, at det har blitt så tilgjengelig i vårt samfunn, samtidig som vi har så stor aksept for det, det øker faren for at folk blir avhengig. Det handler mye mer om et samfunnsproblem enn et individproblem i utgangspunktet. Det er en ting som har kommet opp litt i forhold til at Keno har kommet inn i bildet. Hvor mye spill skal vi ha? Hvorfor er det så viktig at befolkningen underholdes med mye pengespill? Og hvorfor er det viktig at en statskanal skal være den som presenterer dette?”

Det stilles her spørsmål ved statens rolle i å tilby spill eller legge til rette for at nye spill skal utvikles. Man kan tenke seg at dette er med på å legitimere og ufarliggjøre spillene ved at staten går inn som en slags garantist.

Tilgjengelighet

Det er en forutsetning for at noen skal kunne bli spilleavhengige at det finnes pengespill i samfunnet. Flere av informantene nevnte at Norge tidligere har hatt en liberal holdning til pengespill, og derfor har spilleautomater vært veldig tilgjengelig. En av informantene fortalte at det var blitt estimert at før automatforbudet var Norge et av de landene der befolkningen tapte mest på pengespill.

Noen diskuterer hvorvidt det er mulig å bruke kunnskap fra forskning på alkohol. Der ser man en sammenheng mellom tilgjengelighet og hvor mange som utvikler problemer knyttet til alkohol.

”Man vet fra befolkningsstudier på rus at hvis man dobler omsetningen av antall personer som drikker, så kvadrerer du antall personer som får problemer som følge av drikking. Og hvis man følger den logikken er det sånn at dobler du antall personer som spiller så kvadrerer ...men så er det et spørsmål om spilling fungerer sånn. Lotto er det for eksempel veldig mange som spiller, men få som får problemer. For et stort spørsmål blir da med de nye maskinene som settes ut, hvordan vil de fungere? Er de avhengighetsskapende? Jeg tenker at her vil vi fortsatt få problemer”

Denne informanten bruker sammenligningen mellom forekomst av alkoholavhengighet som funksjon av hvor mange som har et uproblematisk forhold til alkohol, men problematiserer samtidig at man uten videre kan overføre denne kunnskapen. Man vet fremdeles ikke om disse effektene også gjelder for pengespill. Det uttrykkes imidlertid en liten tro på at de nye maskinene er mindre

avhengighetsskapende enn de gamle, noe som var et typisk utsagn blant informantene.

Strukturelle faktorer/egenskaper ved spillene

Informantene trekker fram at pengespill er et produkt med tilbud og etterspørsel i en samfunnsøkonomisk kontekst. Pengespill er laget for at noen skal tjene penger på dem. Derfor er de også designet for at folk skal få lyst til å begynne å spille og å fortsette med det. Spillets natur gir opphav til feiltanker om vinnerjanser og feilaktig tro på egne ferdigheter. De egenskapene informantene mener gjør maskinene mest avhengighetsskapende er responstid, beløpsstørrelse, premiestørrelse og tilgjengelighet. En av informantene poengterte at disse egenskapene er også de som egner seg best for regulering.

”Det er mye som tyder på at det er en sammenheng mellom spillets hurtighet og hvor avhengighetsskapende det er, og det er vel den faktoren som man har funnet er den mest fremtredende når det gjelder avhengighetsskaping. Altså jo kjappere spillet er, jo mer avhengighetsskapende er det. Det har man nok forskningsmessig hold for. Da vi ble spurt av norsk tipping om hvilke endringer man burde gjøre for at spillet skulle skape mindre avhengighet, så var dette et av punktene. Men også dette med beløpsgrense ble påpekt, altså jo høyere gevinstene er jo mer avhengighetsskapende ser det ut til å være. Kanskje bortsett fra at lotto, med trekning en gang i uka. Det er en lav trekningsfrekvens. Men også der så ser man at når det er store gevinster, så er folk mer villige til å satse.”

Reklame

En av informantene mente at etterspørselen etter pengespill i utgangspunktet er lav i befolkningen, og man er derfor nødt til å drive massiv reklamevirksomhet for at folk skal spille. ”Lottomillionærer er ikke som andre millionærer” er et eksempel på slik reklame. Reklamen framstiller ofte spillene som mer ferdighetskrevene enn de er, noe som gir brukerne et uriktig bilde av vinnerjansene. Spilleautomater som står

synlig ble omtalt som å ha et reklamemoment i det at de er så synlige, og lokker forbipasserende med lyd og lyseffekter. Dette gjør at informanten ikke tror at ulovlige automater vil bli et stort problem, da spillerne selv må oppsøke disse. Ulovlig automater mister en viktig reklameeffekt i det at de må gjemmes bort. En type mediefokus som ofte kan ha effekt som reklame er store oppslag når folk vinner mye penger. Det kan bidra ytterligere til en skjev framstilling av vannersjanser, fordi man ikke ser tilsvarende oppslag når noen taper.

Holdninger

Holdninger i samfunnet er en forutsetning for at noen kan bli spilleavhengige. De holdningene som informantene nevnte som kunne bidra til mer spilling i befolkningen er holdninger om at pengespill er greit, at det er greit å tjene penger uten å jobbe for det og generelt fokus på penger. Staten bidrar også til disse holdningene ved blant annet å tillate reklame for pengespill og å presentere spill som Lotto og Keno på statskanalen. Flere av informantene etterlyste en samfunnsdebatt om hvorvidt staten bør presentere spill på denne måten.

”Vi har hatt så mange spill som presenteres bredt, og vi hører ”lottomillionærer er ikke som andre millionærer”. Det er noe med den holdningen om at vi nordmenn har god moral, men vi kan godt vinne millioner på millioner på spill. Det er liksom greit. Det er en holdning som er ganske ny i Norge. Spillpolitikken har forandret seg mye de siste 20 årene. Og tidligere har vi hatt en mye mer pietistisk arbeidsmoral, at man skal tjene til livets opphold og gjøre seg fortjent til ting. Og jeg sier ikke at det bare har vært bra, men vi har gått veldig i en annen retning.”

Her etterlyses debatt om statens rolle som pådriver for disse holdningene i media. Denne informanten er skeptisk til hvordan samfunnet og spillindustrien endrer seg uten at det problematiseres, og at man ikke drøfter hvilke holdninger man ønsker å fremme i statseide kanaler.

Hvordan forklarer informantene at noen blir spilleavhengige og andre ikke?

Sosialt miljø

Flere av informantene hevdet at problemspilling starter, utvikles og opprettholdes i en sosial setting. Noen har vokst opp med foreldre som har spilt mye, mens andre har kommet inn i en vennegjeng der spilling er vanlig. I blant annet travspill er det vanlig med spillelag, noe som kan gi spilleren et fellesskap og en følelse av tilhørighet.

”Det er noen som har nesten fått spill inn gjennom morsmelka. Noen spillere har fortalt at de har vært med foreldrene sine på bingo fra de var ganske små. Også har det vært en spillekultur hjemme, mye fokus på spill og mye fokus på penger og å vinne penger. Og det er noen som har spill som en del av sitt sosiale miljø, særlig tror jeg det gjelder travspill og de som går på bingo og spiller der. Automatene tror jeg ikke er noe sosialt miljø. De er mer sånn at de har sett hverandre stå ved automatene, men det er ikke noe interaksjon mellom de menneskene som er der. De er mer opptatte av at noen ikke skal komme og ta deres maskin som de har putta mange penger på. Mens i travmiljøer er det kanskje mer et maskulint fellesskap med utveksling av eksperttips og at man spiller på lag og sender inn en felles bong.”

Denne ekspertten skiller altså mellom sosiale fellesskap knyttet til travmiljø og bingo og de tilfeldige samlingene rundt automatene. Likevel fremheves det at det å være en del av et miljø hvor spill er legitimt er viktig i utviklingen av problemspilling.

Samtidig som det sosiale miljøet kan være med til å bidra til utviklingen av spilleavhengighet, så vil et slikt problem også påvirke de sosiale relasjonene en person har. Konsekvensene av spillingen rammer også familie og venner, og dette kan gi en følelse av motløshet som kan døyves med spilling. På denne måten kan det

oppstå en ond sirkel som er med på å opprettholde spillingen. I tillegg kan reaksjonene fra omverdenen gjøre det lettere eller vanskeligere for den som vil slutte.

”Og vi ser jo også at familieinteraksjonen er viktig. Hvis den andre parten også spiller, så ser vi at det er veldig vanskelig å løsrive seg fra de aktivitetene, for spilling er en felles delt aktivitet i familien. Sånn at det blir veldig vanskelig for den som ønsker å ta kontroll og forandre på det.”

Her trekker informanten inn hvordan spilling kan bli en så sentral del av et fellesskap at det ikke eksisterer uten dette samlende punktet. Det er vanskeligere å bryte opp spillemønsteret og samtidig ivareta samholdet dersom det er en så etablert rutine for dem. Dette kan ha store konsekvenser for den enkelte spilleren, fordi terskelen for å slutte blir høyere og faren for tilbakefall blir større om man er i en relasjon hvor begge drar hverandre inn i spillingen.

Komorbiditet

Den komorbide lidelsen som blir mest omtalt av informantene er rusmisbruk og avhengighet. Flere av informantene sier at disse lidelsene likner på hverandre, samme terapi brukes ofte på de to pasienttypene og man kan diskutere om det er mange av de samme faktorene som ligger bak. En av informantene undrer seg over om det kan være en underliggende tendens til å fokusere oppmerksomheten inn på et snevert felt:

”Noen av våre pasienter har hatt et rusproblem tidligere, som de har greid å få kontroll over og har sluttet å ruse seg, og så har de sett en tendens hos seg selv til å gå over på noe annet. Hvor de da går inn på den aktiviteten på en like intensiv måte som de ruset seg før. Men nå kan jeg ikke si at det er flertallet av våre pasienter på spill som har hatt rusproblemer, det er det ikke. Men det har vært noen. Jeg synes særlig noen har fortalt om den økningen i intensitet av atferden. De kan kjenne igjen det i seg selv og vet at de må regulere og stoppe

seg selv. Det var en som fortalte at "Jeg ser at jeg begynner å få et sånt pengefokus igjen. Jeg spiller ikke, men jeg får et pengefokus. Jeg blir veldig opptatt av aksjer, og undersøker lån..." Og de blir på en måte opptatt av å få tak i penger. Jeg tror det gjelder særlig menn at de blir veldig intensivt opptatt av spesielle oppgaver eller får spesielle fokus, så går de veldig inn i det. Det er vel spesielt hos mannlige pasienter jeg har registrert det. Det å sette på skylappene og å få et ensidig fokus uten å tenke på omverdenen eller ta inn over seg de negative konsekvensene det medfører. Det er noe som blir litt likt rusavhengighet. Og at når de setter skylappene på, så går de for langt, slik at det skader dem selv og familien."

Her trekker ekspertene inn en kjønnsavhengig variabel nemlig det å få "skylapper" og bli så fokusert på den ene tingen at alt annet går dem hus forbi, har blitt observert oftere hos menn enn kvinner.

Flere av informantene sier at de tror rusavhengighet oftere kommer før spilleavhengighet enn omvendt.

"Vi har gjort en optelling på Blå Kors, i 2003, hvor vi fant at 24 % av pasientene som var til behandling for spilleavhengighet hadde rusproblemer eller hadde hatt. Det som blir et mer kvalitativt inntrykk: Det kan se ut som en del pasienter som har hatt rusproblemer har sluttet og ruse seg, og så har de begynt å spille isteden. Om det finnes noe forskningsmessig belegg for det, det vet jeg ikke, men det har jeg sett flere eksempler på. Og noen som sier at spillingen har samme funksjon for meg som det alkoholen eller heroinen har. Også er det noen som sier at jeg har sluttet å drikke og røyke, men å spille det klarer jeg ikke å slutte med. Det er en del som påstår at det er vanskeligere å slutte å spille."

I denne informantens kliniske ekspertise trer dette fram som et tydelig mønster der spillingen blir et substitutt for rus, og at det har samme psykologiske funksjon for personen. På grunn av denne høye korrelasjonen mellom rusproblemer og spilleavhengighet, så er det viktig at institusjoner som behandler rusavhengige har

kompetanse på spilleavhengighet. En av informantene hadde et inntrykk av at pasientene var mer sårbare for å utvikle en spilleavhengighet mens de fikk behandling for rusavhengighet.

”Det er flere rusmisbrukere som har spilleproblemer enn folk som ikke har problemer med rus, og vi får henvendelser fra rusinstitusjoner som ikke helt vet hvordan de skal håndtere spilleproblemer blant sine ruspasienter. Jeg har vært på noen institusjoner og fortalt litt om faren ved at den ene avhengigheten overtar for den andre. Som for eksempel hvis man er på en institusjon for sitt rusmisbruk og i løpet av den perioden man er der utvikler et forhold til pengespill, som på en måte erstatter rusen. Og sånn sett kommer man ut av det med en avhengighetsproblematikk etter at man kommer fra behandling, men den heter da spilleavhengighet og ikke rusavhengighet. Da tror jeg at muligheten for tilbakefall til rusavhengighet også er veldig stor, fordi at man skal skaffe penger til dette, og de aller fleste rusmisbrukere kjenner til lettvinntilgang til penger ved omsetning av stoff. Og sånn sett kan man fort havne tilbake i stoffmiljøet eller utvikle sitt pengespillproblem til det blir såpass stort at det ikke gjør livet noe bedre enn det var som rusmisbruker. Og det er det ganske mange institusjoner som har sagt noe om, at man må i grunn ha samme regler for spill som man har for rus.”

Denne informanten etterlyser at dette må settes på dagsorden i helsevesenet, og at man burde sørge for å skape et behandlingstilbud for et avhengighetsproblem uten å erstatte det med noe annet. Informanten ønsker at dette blir satt fokus på i ruspolitikk og gjøres allment tilgjengelig nettopp fordi faren er så stor.

Utover rusproblemer var depresjon den komorbide lidelsen som flest av informantene nevnte. Flere poengterte også at selv om man kan se en sammenheng mellom depresjon og spilleavhengighet, så er det ofte vanskelig å vite hva som kom først av disse to.

”Dette med depresjon går jo igjen. Men om man blir deprimert av å spille eller om depresjonen fører til spill, det synes jeg ikke er så lett å svare på, men inntrykket mitt fra behandlingsfeltet er at depresjonen som oftest følger i kjølvannet av spillingen. Av og til så er det eksempler på det motsatte, men som regel så kan det se ut som om spillingen kommer først.”

Flere av informantene nevnte at noen bruker pengespill som en slags flukt. På grunn av spenningen, lyd og lyseffekter så kan enkelte dissosiere eller koble av tanker gjennom spill. I tillegg kan det skje en negativ forsterkning ved at man unngår å kjenne på følelsene sine.

”Noe vi nok så litt oftere hos kvinner, særlig ved automater, var det som vi kaller escape gamblers. At en medvirkende faktor til å spille er at man er deprimert. Norske automater har vært som et lotteri med 40 trekninger per minutt. Det er så intenst oppmerksomhetskrevende at en del, med overvekt av middelaldrende og eldre kvinner, har benyttet det for å bli fri fra triste tanker for en stund, selv om nedturen når man er ferdig med spillet er grusom.”

Utvikling av spilleavhengighet forutsetter altså bestemte trekk ved samfunnet, som tilgjengelighet, reklame og holdninger. Faktorer som sosialt miljø og andre psykiske lidelser kan bidra til at enkelte personer utvikler en avhengighet til spill, men det er vanskelig å vite om dette er en årsaksmessig sammenheng og eventuelt i hvilken retning denne sammenhengen går. Er det for eksempel depresjon som fører til problemspilling eller konsekvensene av problemspillingen som gir en depresjon?

4.3 Hvordan presenterer ekspertene behandling av spilleavhengighet?

Kognitiv terapi

Alle informantene forteller at de har erfart at kognitiv terapi har god effekt på spilleavhengige. De forteller at de har jobbet med ABC-modellen, skaleringer, motivasjon, mestringstillitt, beslutning, tilbakefallsforebygging, unngåelse av risikosituasjoner og endringsfokuset rådgivning. En kommenterte at det ikke nødvendigvis er avgjørende å vite hvorfor noen blir spilleavhengige for å kunne jobbe med problemet.

”Når jeg har jobbet klinisk, så har vi brukt mye kognitiv atferdsterapi. Og det bygger ikke så mye på hvorfor du har blitt spilleavhengig, men hvordan du kan slutte å være det.”

Flere av informantene sier at kognitiv terapi ikke passer for alle. De opplever at til tross for at kognitiv terapi stort sett har god effekt, så er det noen som av ulike grunner ikke nyttiggjør seg denne typen terapi.

”Det er jo stort sett kognitiv terapi som har vært gjeldende. Kanskje den har vært litt for lik den behandlingen vi har i dag? Kanskje den kunne vært mer differensiert? Man har lagt opp til noenlunde samme terapiform. Og det er kognitiv terapi som gjennomgående gjelder, og så ser man at for noen så vil ikke det passe. Og hva har vi da å tilby de? Det kan hende at det skulle vært litt andre retninger. Nå er det vel ingen grunn til å ikke gjøre mer av det som virker og kognitiv terapi ser ut til å virke. Det er den mest effektive behandlingsformen.”

En av de faktorene de hyppigst nevner som gjør kognitiv terapi vanskelig er når klienten har store psykiske plager i tillegg til spillingen. Det kan handle om klienter som har så høyt angstnivå at de synes det er vanskelig å jobbe endringsfokuset. Eller det kan handle om at jo større vansker man har jo lettere blir det å ty til de gamle mestringsstrategiene, som blant annet kan være pengespill.

”For jeg synes å se at de som har et ganske dårlig psykisk funksjonsnivå, er ganske motstandsdyktige mot det som hittil har vært den mest anbefalte behandlingen mot spilleavhengighet, altså kognitiv atferdsterapi. Jeg har jo sett at de som har størst problemer har falt ut av behandlingsopplegget, og der tenker jeg at det her skulle vi gjerne vite mer om. Hvordan tilnærme oss de?”

Flere av informantene er interessert i at det skal forskes mer på en gruppe pasienter som ikke nyttiggjør seg kognitiv terapi.

”Jeg tror kanskje forskningen har kommet godt i vei når det gjelder det å se på kognitive funksjoner for spillere som ikke har så alvorlige psykiske problemer. Det er på en måte grunnlaget for den typen behandling som vi driver i Norge nå. Det er rett og slett at man lærer seg en metode å ta kontroll på. Og da må man være motivert i utgangspunktet, for at man i en intensiv periode skal lære seg denne metoden og å ta kontroll. Jeg tenker at dette er for en pasientgruppe som ikke har så store psykiske problemer. Min erfaring er at for en del spillere, så er det ganske emosjonelt fundert. Har du store psykiske problemer, så har du større vanskeligheter med å gi opp mestringsmekanismene som du har tilegnet deg. Det blir en slags emosjonelt automatisert atferd, som har en funksjon. Og det synes jeg vi vet lite om. Det hadde vært interessant å vite mer om det gjennom forskning. Selv om de taper veldig mye økonomisk og får mange problemer med det, så har det de holder på med en funksjon for dem, som er mye mer emosjonelt fundert enn kanskje for de som ikke har så store psykiske problemer og som kanskje ikke har fått så store konsekvenser av spillingen.”

De klientene som bruker spill for å tilfredsstille en funksjon, som unngåelse, dissosiasjon eller spenningslette, vil muligens ha vanskeligere for å gi opp spillingen, fordi de kan få det vanskelig når spillingens ”friminutt” forsvinner. Det kan oppstå et tomrom i livet når de bestemmer seg for å slutte, og det kan muligens også dukke opp andre symptomer eller disse kan bli tydeligere.

Gruppeterapi

Gruppeterapi ble nevnt av flere av informantene som noe som har vist seg å ha god effekt på spilleavhengighet. Virksomme faktorer ved gruppeterapi er blant annet at deltakerne opplever å kjenne seg igjen i hverandre, at de kan møte i et forum som ikke fordømmer dem og at de kan være en hjelp og støtte for hverandre.

Spilleavhengige føler seg ofte alene, fordi det er et skambelagt problem. Derfor er det godt for dem å kunne møte andre i samme situasjon. Det gjør at de føler seg mindre alene og kan gjøre det lettere å motivere seg til å slutte å spille.

Andre former for terapi

En av informantene snakket om in vivo og in vitro behandling. Denne behandlingen handler om enten å utsette pasientene for virkelige spillesituasjoner eller oppfordre dem til å forestille seg spillesituasjoner. Dette kombineres med avspenning.

Informanten mente at det er vanskelig å få tak i varme spilltanker i vanlig samtale. Med varme spilltanker menes emosjonelt aktive tanker som oppstår i selve spillesituasjonen. Man får derfor bedre tilgang til disse tankene gjennom slike former for terapi. I kombinasjon med kognitiv terapi kan man på denne måten jobbe mer direkte med situasjoner som kan føre til spilling. I tillegg mener informanten at det kan skje en form for utslukning eller ekstinksjon når man vekker slike tanker og det ikke fører til spilling, men heller kombineres med avspenning.

Lavterskeltilbud over telefon og internett ble også positivt omtalt, mye fordi det når ut til flere og at det ikke krever så mye å søke hjelp.

Individuelt fokus i terapi

En av informantene forteller at det i mye større grad enn tidligere er et mer individuelt fokus i terapi. Tidligere var det mer et ferdigspikret opplegg for spilleavhengige, med kognitiv terapi og mye gruppeterapi. Nå tenker man at man må

se variasjoner blant spilleavhengige på samme måte som med andre klientgrupper. Man trenger like mye opplysninger i henvisningene og bruker tid på å kartlegge hele situasjonen til den spilleavhengige. Det er et åpnere utgangspunkt i behandlingen, og man tilpasser i større grad behandlingen etter den enkeltes livssituasjon og behov.

”Det vi har gjort annerledes her er at det er flere behandlere som behandler spilleavhengige. De blir tatt inn hit på helt samme premisser som de andre som er hos oss. Vi trenger akkurat like mange opplysninger i henvisningen for en spillepasient som en ruspasient for å kunne vurdere pasienten og hvilke tilbud som er rimelig. Og når vi møter pasienten til første samtale, så vil vi ha et mye åpnere utgangspunkt som terapeuter. Det er ikke sånn at vi tenker etter en time at denne pasienten skal i gruppe, men er mer opptatte av hele situasjonen til pasienten og å være obs på hvilke problemstillinger som det er nødvendig å ta tak i først her. Og da kan gruppetilbudet være et alternativ av flere. Og de fleste pasientene som går i gruppe, har også en individuell behandler, sånn at de kan jobbe parallelt. Det går an å jobbe spesifikt i forhold til spilleproblemer, samtidig som man for eksempel også kan ha parsamtaler for å hjelpe pasienten å ha det bedre med partneren sin i forhold til konflikter knyttet til penger og tillitt. Så det er mer åpent nå enn tidligere. Og vi hører godt etter hva pasienten sier at behovet er, mer enn at vi tenker at ”Jeg har en spilleavhengig, da er det...”

Her vektlegger informanten viktigheten av at behandlingsopplegget skreddersys til den enkelte pasienten, i stedet for å ha et ferdigsnekret opplegg som alle må passe inn i.

Familiefokus i terapi

Flere av informantene snakket om at det er viktig å involvere pårørende i terapien. Det har sammenheng både med at spilleavhengighet for mange utvikles i en sosial setting og at konsekvensene i stor grad rammer de pårørende.

”Det er behov for å jobbe med familie, og med partner generelt. Det er mye konflikter i familier der en spiller med penger. Mye mistillit som det tar tid å jobbe opp igjen.”

Denne informanten vektlegger konflikthåndtering mellom pasienten og pårørende som sentralt i behandlingsopplegget. En støttende familie og vennekrets kan motivere til å jobbe med problemet. Det høye konfliktnivået som ofte oppstår i familier med slike problemer kan imidlertid gjøre det vanskelig for familiemedlemmene å være støttende mot hverandre. Derfor blir det spesielt viktig å ta tak i denne problematikken i terapi, både for å jobbe med konflikter og for å gjøre det lettere for familien å gi støtte. På samme måte kan en partner eller andre nære personer som selv spiller, friste personen som ønsker å slutte til å få et tilbakefall. Ofte opplever de som skal slutte mest støtte i det de starter slutforsøket, og at dette reduseres over tid.

”Akkurat når folk er i et sånt slutforsøk, så er det mange som opplever det som ganske positivt. Og de som har folk rundt seg, familien, kan ofte oppleve at de får mye oppbakking da, at de får mye oppmerksomhet, og at de har motivasjon og tro på å få det til. Etter hvert så kan det bli litt vanskeligere å holde motivasjonen oppe, fordi resten av verden begynner å bli mindre interessert, og tar det for gitt at man ikke spiller lenger. Eller en del av konsekvensene eller andre problemer forsvinner ikke av seg selv. De forsvinner ikke fordi man har sluttet å spille. De varer i mange år. Det er gjeld som folk sliter med, noen har dommer på seg og skal i fengsel om et halvt år, selv om de har sluttet å spille. Det er ektefeller som går, selv om de har sluttet å spille. Dårlig forhold til venner eller at man ikke klarer å opprettholde kontakten med venner. Mange sånn ting som folk opplever kan føles ganske sterkt når man slutter å spille, fordi mange har skjøvet så mye vekk i dagliglivet sitt. Spillingen har betydd så mye over så lang tid at det faktisk har ødelagt relasjoner og interesser. Mange opplever at de ikke har smaken på andre ting, det er bare spilling som gir spenning. Og det tar ganske lang tid å få sensitiviteten tilbake og at det blir hyggelig med en kinotur, bare sitte og prate med noen eller se på TV en kveld. Ofte har spillingen blitt så omfattende og virkelig grodd inn i så mange deler av livet til folk at de må gjøre enormt mange forandringer når de slutter å spille. De må lære seg opp igjen til å bruke tid på andre ting, og å sette pris på ting. Og de må gjenetablere forholdet til folk og hobbyer. Så det er et tomrom som veldig mange opplever. Også må de jobbe mye for å unngå tilbakefall.”

Reguleringer og terapi

Politiske reguleringer kan også påvirke hvordan pasienter med spilleavhengighet nyttiggjør seg behandling. De kognitive prinsippene i mye av den terapien som brukes i dag bygger på at pasientene lærer å skjerme seg fra risikosituasjoner, noe som har vært veldig vanskelig så lenge spilleautomater har vært så tilgjengelig.

”Også i forhold til min kliniske erfaring, så har jeg sett at tilgjengelighet er et stort tema. Vi ser at når folk først har fått et spilleproblem, så er det så vanskelig å slutte, og at det er blitt gjort vanskelig av spillepolitikken i Norge. Det at vi har hatt automater som står rundt over alt slik at folk ikke kunne få kjøpt bleier uten å gå forbi automatene er et kjempeproblem i forhold til den kliniske virksomheten vi bedriver. Det er vanskelig for folk å begrense hvor mye de blir fristet, de kan ikke unngå risikosituasjonene sine. Noe som vi ellers jobber mye med når det gjelder å bli kvitt en avhengighetsproblematikk, det er å unngå risikosituasjonene.”

Informanten uttrykker frustrasjon over at samfunnet vanskeliggjør jobben ved å ikke begrense tilgang til automater. Man kan forstå det sånn at holdninger og politiske reguleringer kan vanskeliggjøre den terapien som drives. Det kan stilles spørsmålstegn ved den signaleffekten som har blitt gitt til spilleavhengige ved at automatene lenge har vært så lett tilgjengelig. Det er ikke vanskelig å tenke seg at de kan ha opplevd at deres problem i liten grad har blitt tatt på alvor i samfunnet.

Det har blitt benyttet mye kognitiv terapi innenfor dette behandlingsfeltet, og alle informantene forteller om generelt positive erfaringer med denne terapiformen. Flere av informantene har imidlertid lagt merke til at noen pasienter ikke nyttiggjør seg denne behandlingen, og informantene har inntrykk av at dette ofte er pasienter som sliter med store psykiske problemer i tillegg til spillingen. De etterlyser derfor et mer differensiert behandlingsopplegg. I tillegg forteller de at det har blitt et mer

individuell tilpasset fokus og et familiefokus i behandling. Samfunnets holdninger til pengespill, som blant annet kommer til uttrykk gjennom hvor lite regulering det har vært, kan oppleves som å vanskeliggjøre den behandlingen som drives.

4.4 Behov for mer kunnskap

Informantene vektla også betydningen av å forske mer og få mer kunnskap om flere faktorer i spilleavhengighetsfenomenet. Det ble nevnt av flere at nettspill og nye typer spill rekrutterer nye grupper spilleavhengige, og informantene poengterer at det blir viktig å følge med i denne utviklingen. Man kan tenke seg at vi ser en ny type spillere, og at det ikke nødvendigvis vil være overlapp med automatspillere. Disse nye spillene vil sannsynligvis tiltrekke seg yngre mennesker og mennesker som i utgangspunktet klarer seg ganske bra. Det er ikke mye som tyder på at flesteparten av de som har spilt på automater vil gå over til nettspill. Dette er både fordi nettspillene ikke er like tiltrekkende for dem, men også fordi mange av de som brukte automater ikke nødvendigvis bruker nettmediet så hyppig. Man kan tenke seg at nettspillene heller tiltrekker seg nye grupper mennesker. Mange av informantene problematiserer imidlertid nettspill som i utgangspunktet ikke er pengespill, men som det viser seg at det er mye penger involvert i allikevel. Derfor mener de at det er viktig å følge opp disse nye typer spillene, og kartlegge hvor avhengighetsskapende de er og hvilke konsekvenser de kan gi.

Flere av informantene mener man bør få mer kunnskap om pengespill blant mennesker med etnisk minoritetsbakgrunn. To av informantene stiller spørsmål ved om det kan være andre faktorer som bidrar til spilleavhengighet blant minoriteter. Et eksempel på dette er at det ble brukt en del ressurser på å få oversatt en selvhjelpsbok, men etterpå fikk man tilbakemeldinger om at denne oversettelsen var ubrukelig på grunn av kulturelle forskjeller. Dette er et tema som blir studert på det nåværende tidspunkt, og det er mulig at man oppdager at man må jobbe noe

annerledes med denne gruppen. Flere av informantene foreslår at det kan være et større fluktaspekt blant minoriteter og større grad av dissosiasjon, i og med at det nok er noe mer vanlig med traumer blant minoritetsbefolkningen. Man vet også mer fra internasjonal forskning om spilleavhengighet i vestlige land, og man vet ikke nødvendigvis om det kan være faktorer som er annerledes i andre kulturer.

”Jeg har sett på en del innvandrere som kommer til behandling, som har vært utsatt for tortur og ekstreme traumer, og som sier at når de spiller så forsvinner alle tankene. Da blir det ro for en stund. Og så blir det mye verre etterpå. Så det er en måte å forstå spillingen som en slags belønning.”

Dette kan indikere at ekspertene ser behovet for en alternativ forståelsesmåte i møte med spillere som bruker det som en flukt fra sine opplevelser. Man kan tenke seg at behandlingssystemene bør ivareta denne variasjonen, og tilby terapi som også kan rettes mot traumer og tilpasningsforstyrrelser.

Informantene etterlyser mer forskning på nye typer pengespill og en bedre forståelse av kulturelle forskjeller innenfor feltet. I tillegg stilles det spørsmålstegn ved om det kan være andre faktorer som gjør mennesker med minoritetsbakgrunn mer sårbare, som for eksempel at det kan være flere som har opplevd traumer innen denne gruppen.

4.5 Synspunkter om forskning

Noen av informantene problematiserte mye av dagens forskning på spilleavhengighet. Et av argumentene var at siden spilleavhengige er så forskjellige, så er det lite nyttig med generaliserte teorier om hva som kjennetegner en typisk ”spilleavhengig”.

”Jeg er ikke så opptatt av den forskningen, for jeg tror den hopper litt bukk over det som er det sentrale her. Jeg tror ikke det er personlighetstrekk som i første rekke predikerer spilleavhengighet, men det handler om tilgjengelighet og hvilke normer vi har, og det er noe vi kan gjøre ganske mye med.”

Her flyttes fokuset over fra individet til samfunnet, og informanten går langt på vei i å ugyldiggjøre den individfokuserede forskningen som er blitt gjort. På samme måte problematiseres teorier om hvorfor noen blir spilleavhengige. En av informantene mener at individer i den virkelige verden ikke så lett lar seg kategorisere i bestemte grupper, slik det er foreslått i noen teorier om spilleavhengighet.

”Det finnes mange teorier om hvorfor folk blir spilleavhengige. Og noen av de er kanskje gode også. Og alle sånne grunnartikler om spill tar jo med seg hele rekken av teorier, uten at jeg synes at det gir så mye mening. Men det er noe man kan ta med seg sånn i grunnforståelsen av spill.”

Her uttrykker informanten at den gjeldende forskningen og teorien på årsaker tjener til å forvirre mer enn å oppklare, og det kan virke som om informanten har liten tro på at denne typen forskning kan bidra med nyttig kunnskap. Noen av informantene stiller spørsmål ved nytteverdien av korrelasjonsstudier. De problematiserer tanken om at korrelasjonsstudier kan gi oss noen forklaringer på hva spilleavhengighet er.

”Det er en kjensgjerning at det er flere som rammes innenfor grupper av folk uten jobb, folk som er uføretrygdet, folk som har lav sosioøkonomisk status, folk som har andre psykiske plager eller rusplager. Det vet vi. De er mer sårbare. Men det betyr ikke at det forklarer spilleavhengighet som fenomen. Også ser vi i klinisk praksis at det er en overrepresentasjon der, men det er langt fra hele bildet. Det er masse ressurssterke, oppegående folk der med jobber og familieliv. Og mange har hatt det, men mistet det på grunn av spill.”

Informanten etterlyser mer nyanserte kausale modeller, som ikke er reduksjonistiske i sin forståelse av fenomenet. For eksempel er identifisering av risikogrupper ikke tjent med at man kun ser blant de med lav sosioøkonomisk status, men må også inkludere de som kommer fra gode kår. Dette henger også sammen med normaliseringen av fenomenet, hvor man kan fjerne tabuet om at det er et "fattigmannsproblem" i håp om å få flere til behandling.

4.6 Informantenes bidrag i et diskursperspektiv

I materialet trer det fram to ulike diskurser eller faglige rammer som fenomenet forstås ut fra. Disse ulike diskursene kan i stor grad beskrives ved hvordan de faktorene som er omtalt tidligere i oppgaven vektlegges.

4.6.1 Fiendediskursen

Den første diskursen har jeg valgt å kalle fiendediskursen, fordi den plasserer ansvaret for spilleproblemer i samfunnet heller enn i individet. Spilleavhengighet omtales som en ytre fiende som rammer individet. Det er særlig en av informantene som fremmer et slikt syn. To av de andre informantene har mange av de samme tankene, men problematiserer i mye større grad enn den første.

Dette er en vinkling hvor man legger stor vekt på strukturelle og situasjonelle trekk, det vil si at man i veldig stor grad fokuserer på hvordan spilleautomater og andre pengespill er konstruert for å lure folk til å spille. Gjennom reklame og tilgjengelighet på pengespill blir man lokket til å spille, og de spilleavhengige blir framstilt som hjelpeløse offeret som har lite å stille opp med mot pengespillindustrien. Agenten i denne diskursen, altså den som er skyld i og har mulighet til å forandre problemet, er

spilleindustrien og politikere. Dette er en moralsk diskurs som fratrukker ansvar fra de spilleavhengige og legger mesteparten av ansvaret på samfunnet. De spilleavhengige framstår i denne diskursen som noen som kunne vært hvem som helst. Det er ikke egenskaper ved personene som gjør at de blir spilleavhengige, men det kan være tilfeldige hendelser som setter utviklingen i gang. For eksempel at de tilfeldigvis vant en større sum penger i det de begynte å spille. Spilleatferd er i stor grad preget av strukturer og sosiale krefter som mennesker ikke er klar over.

Et eksempel på et utsagn innenfor denne diskursen er:

”Dette er i uvanlig stor grad et politikerskapt fenomen, i den forstand at etterspørselen etter pengespill er i utgangspunktet minimal i befolkningen. Automater er jo rene rottegifta. Overalt hvor de har automater, så er det de som skaper mest problemer. De fleste andre former for pengespill blir bare store ved hjelp av en enorm og urealistisk reklame. Vi har jo alle blitt tvunget til å tenke på hva vi vil gjøre hvis vi vinner en million eller noen i lotto... hjernevasket alle sammen. Mange sier ” jeg skal kjøpe det eller reise dit når jeg vinner i lotto”, men over 80 % av lottogevinstene er på nivå med gjennomsnittlig innsats, det vil si rundt 50 kr og hvor 99 % av lottogevinstene er på under 300 kr. Det er det som er å vinne i lotto, det er sannheten og det sier de klart ikke.”

Her brukes det ganske sterke metaforer for å beskrive spillindustrien, for eksempel rottegift og hjernevasket. Det impliserer at uskyldige mennesker forgiftes eller lures av pengespillene. Poengteringen av den lave etterspørselen i befolkningen sier at dette i liten grad er noe som folk har behov for i utgangspunktet, men det skapes et kunstig behov ved hjelp av reklame.

Spilleavhengighet framstilles i denne diskursen som noe som kan ramme alle, og individuelle faktorer på hvorfor noen blir spilleavhengige og andre ikke avvises eller bagatelliseres.

”Folk spør hva er i veien med de som spiller seg bort? Og det som er i veien med 75 til 80 % av dem er først og fremst at de vant en pen gevinst tidlig i spillekarrieren. Det er livsfarlig, det gjør noe rart med hodet til ellers fornuftige mennesker. Så er det en overhyppighet av veldig mange typer problemer, psykiske og sosiale problemer, men det viktigste er å understreke at de fleste er påfallende normale. Hos de fleste så kan du ikke påvise spesielle disponerende faktorer. Det er så mange studier som viser en viss tendens til at folk som har problemer på forhånd lettere blir spilleavhengige, men hovedpoenget er at de fleste har levd et velorganisert liv.”

Dette illustrerer de synspunktene som kommer innenfor fiendediskursen. Hvem som helst kan bli spilleavhengige hvis de er så ”uheldige” å vinne mye penger da de begynte å spille. Denne informanten anerkjenner at det er overhyppighet av sosiale og psykiske problemer blant spilleavhengige, men velger å fokusere på at alle kan bli spilleavhengige. Dette er sannsynligvis et diskursivt valg informanten tar på grunnlag av klinisk erfaring, og med begrunnelse i at det ikke er så nyttig å fokusere på komorbiditet i samfunnsdebatten. Disse individuelle faktorene kan bli unnskyldninger for å opprettholde den liberale spilletilgjengeligheten og ta fokus bort fra det ”egentlige” problemet, nemlig at spilleavhengighet forutsetter at pengespill er tilgjengelige og reklameres for. Informanten mener at vi vet nok om temaet til å gjøre noe med det, men at det står mer på viljen til politikere:

”Marx skrev en gang: ”Tidligere har filosofene vært mest opptatte av å beskrive og tolke verden, men det viktigste er å forandre den.” Og det er jeg enig med Marx i. Vi vet nok til å handle, problemet er at når pengene skal inn så går moralen ut.”

Man er altså ikke så opptatt av å vite hvorfor noen blir spilleavhengige innenfor denne diskursen, men hvordan man kan jobbe for å forebygge og behandle problemet. Dette synet begrunnes ved blant annet at det er vanskelig å si noe om hvorfor noen blir spilleavhengige, fordi det er så ulike mennesker som blir rammet.

”Pengespill er så mye. Det kan være en 18-åring som spiller poker på nett. Det kan være en pensjonert bestemor på 64 som spiller bingo eller på automater. Da å skulle konkludere med et personlighetstrekk blir ganske meningsløst, fordi det er en veldig sammensatt gruppe. Fra barn ned i 10-årsalderen og opp til eldre mennesker over åtti år som har spilleproblemer, så er det da et bredt spekter av mennesker som spiller og ulik problematikk og personligheter.”

Det allmennmenneskelige i å bli avhengig av noe, uansett hva det er, er noe som poengteres innenfor denne diskursen. Man snakker ikke om en lidelse i den forstand at det er noe i veien med personen, men heller en atferdstendens som kan oppstå hos alle mennesker i en eller annen form. Det poengteres også at når man ser en statistisk tendens til at spilleavhengige også har andre komorbide lidelser og individuelle risikofaktorer, så gir dette et noe feilaktig bilde, fordi ikke sier noe om den enkelte spilleavhengige. Det finnes også grupper av mennesker som ikke har en overhyppighet av risikofaktorer som allikevel utvikler en spilleavhengighet.

4.6.2 Funksjonsdiskursen

Innen denne diskursen legges det mer vekt på at den spilleavhengige bruker spillet for å fylle en viktig funksjon i livet sitt, det kan være enten å flykte fra vonde tanker, oppnå spenning eller det kan være at man tror man kan ha en mulighet til å vinne. Nettopp derfor har jeg valgt å kalle den en funksjonsdiskurs. To av informantene representerer denne diskursen.

Spilleren er i noe større grad en agent i denne diskursen. Han eller hun blir en som gjør noe for å tilfredsstille et behov hos seg selv, til tross for at dette har sterke negative konsekvenser.

”Begrepet spillelidenskap... det handler om noe man opprettholder på tross av at man ser at det får veldig store negative konsekvenser, på tross av at det går utover forpliktelser i forhold til familie, i forhold til økonomi, i forhold til roller og forpliktelser man har. Det er en annen type atferd som man liker og som fyller en veldig viktig funksjon. Det er noe med lidenskap her. Kjennetegnet er at de er veldig ambivalente på den ene siden så vet man at man ikke bør, men på den andre siden så kjenner man en sterk draging mot spill. Det som er viktig å tenke her er at dette er en atferd med sterke negative konsekvenser, og også en betydelig ambivalens. På meg virker det som om når de står i ambivalensen er det både fristende og aversivt å skulle gi etter for impulser, for man føler at man burde la vær. Jeg ser det som utrolig viktig å forstå at det er forlokkende å gi etter for fristelsen, det er også noe godt i det, fordi man er så glad i å gjøre det. Jeg synes man ser klinisk at veldig mange rapporterer at de har to liv: på den ene siden har du den ansvarlige, de roller man kan føre på jobben, som en partner, som far eller mor, som kollega, som handler om forpliktelser. Men så i tillegg har man et annet liv, som er mer skjult, som er skambelagt, som handler om spill.”

Ord som ”spillelidenskap” og ”draging mot spill” står sterkt i denne forklaringen, og informanten ønsker å formidle at dette er noe som er godt for personen og som har en funksjon. Dette er forklaringer som kontrasterer fiendediskursen. Innen fiendediskursen var forklaringene plassert i mye større grad utenfor individet, mens her tildeles både individ og samfunn agens.

Denne diskursen strider ikke mot fiendediskursen i det å uttale seg negativt om spillindustrien og å tale for mer regulering av spill. Også informanter som taler innen funksjonsdiskursen uttaler seg kritisk til en liberalisering av spilleindustrien. Dette begrunnes i at til tross for at spillingen fyller en viktig funksjon, så får det alvorlige negative konsekvenser. Skillet mellom disse to diskursene går altså ikke på den

politiske debatten om pengespill, men heller på en psykologisk måte å forstå fenomenet på. Forskjellen er at informantene i funksjonsdiskursen uttaler at de synes det er viktig å ha kunnskap om hva som gjør at enkelte individer får problemer med spill og andre ikke, altså å inkludere individuelle faktorer og komorbiditet i sin forståelse. Informanter innenfor fiendediskursen legger i større grad vekt på begrensninger ved en sån type forskning, og at den kanskje kan svekke politikernes handlingsvilje ved at ansvaret oppløses.

I motsetning til fiendediskursen så etterlyser informanter fra funksjonsdiskursen mer forskning på komorbiditet og individuelle faktorer:

”Man har sett på kognitive teorier, hvilke kognisjon og feiltenkning som spillerne blir offer for. Og man har jo også sett på om det er en spesiell type personlighet som blir mer avhengige enn andre, og om det er folk med spesielle andre psykiske problemer som blir lettere avhengige. Man har sett på egenskaper ved automatene, uten at det er noen veldig entydige konklusjoner, men det er jo gjort mye ut fra hvordan spilleren tenker. Og de som forsker på det sier at man ønsker seg mer forskning i særlig retning av personlighetstrekk og komorbiditet. Man ønsker å finne ut av hvordan noen blir avhengige og noen ikke blir det. Man har jo også pekt på at man er i faresonen hvis man vinner en stor gevinst en av de første gangene. Man har sett at automatspill tiltrekker to grupper mennesker, man kaller de for de som spiller for spenningens skyld, og de som spiller for å avlede vanskelige tanker. Man er fortsatt interessert i både komorbiditet og personlighetstrekk som gjør at noen blir mer avhengige enn andre.”

4.6.3 Hvilke betydning får disse to diskursene i debatten?

Vektingen av individuelle faktorer versus strukturelle og situasjonelle faktorer kan få ulike betydninger i en politisk debatt. Uttalelser innenfor en fiendediskurs vektlegger at årsaken til at noen blir spilleavhengige først og fremst skyldes en industri som har skapt et problem. Man kan tenke seg at mennesker ville hatt et mye mindre

problematisk liv hvis alt av pengespill hadde blitt fjernet, og at dette i stor grad er et samfunnsproblem. Det vil være naturlig ut fra denne vinklingen at samfunnet må ta ansvar for å ha skapt dette problemet og at lidelsen til spilleavhengige raskt kunne bedres ved en sterkt restriktiv spillepolitikk. Funksjonsdiskursens vinkling er ikke nødvendigvis mot denne, men ved å si at spillingen har en funksjon for personen så vil det være mer usikkert om det å fjerne alle pengespill vil redusere problemet for den som lider av spilleavhengighet. I en behandling vil man være nødt til å jobbe mer med de faktorene som gjør at personen trenger spillingen, som for eksempel en måte å unngå følelser på.

En av informantene nevner selv dilemmaet om hva man bør fokusere på i en politisk debatt:

”Veldig mye av den forskningen som er gjort på spill, har fokusert på individ. Altså hva er det med disse personene som er spilleavhengige, i hvilken grad har de personlighetsforstyrrelser eller andre komorbide lidelser? Hva er på en måte galt med en som er spilleavhengig? Og det tenker jeg er et begrenset perspektiv, fordi man også må se på reguleringer i forhold til spill, hvor tilgjengelig er spill, hvor akseptert er spill, hvor avhengighetsskapende er de spillene som tilbys. Hvis man ser på mer demografiske data ser man at det er unge menn, det overhyppighet av innvandrere, det er ikke de rikeste menneskene som spiller mest. Det er egentlig en form for regressiv skattelegging. Spilleavhengighet er både et individuelt og et sosialt problem, og det har også med spilllets strukturelle egenskaper å gjøre. Hvordan spillene er laget. Det er tenkt ganske mye i forkant av hvordan man utvikler spill, i forhold til frekvens, design, hva som hekker folk. Jeg mener ikke det er unyttig med et individuelt perspektiv, men jeg mener at det ikke er nok. Blant spilleavhengige er det høy komorbiditet til depresjon, og det man finner er at sårbare mennesker er også sårbare for å bli spilleavhengige. Sånn sett er det jo nyttig, og det er nyttig i forhold til et reguleringsperspektiv, hvem er det man vil beskytte? Men det forklarer ikke alt. Og spilleindustrien er veldig glad i det individuelle fokuset. Hva er det med disse folka? En sånn ”dem – oss”- tankegang. At hvis vi får lov til å isolere dette til de syke i samfunnet, så kan vi andre bare holde på som før. Mens et nyttig perspektiv er å tenke mer kollektivt. Hvor mye spilleproblemer man har i et samfunn, avhenger også av hvordan man

regulerer spill. Hvor tilgjengelig det er. Et individfokus er fint, men vi må ikke glemme de andre perspektivene. At dette handler om et folkehelseproblem, det handler ikke bare om at noen mennesker er sårbare for spilleavhengighet, så vi må beskytte dem. Vi må beskytte alle. Hvis man ser på befolkningsstudier av spilleavhengige, så er det en overhyppighet av komorbide lidelser, men de fleste har ikke det. Den beste måten å forebygge spilleavhengighet på er jo ikke behandling. Det er ved å tenke hvordan vi kan regulere dette. Det er ved å ha et folkehelseperspektiv.”

Her ser man altså at en sykdomsmodell blir satt opp mot et folkehelseperspektiv. Og det kommer også fram at ulike parter til en viss grad velger hva de vil fokusere på i samfunnsdebatten. I dette tilfellet fronter spillindustrien en sykdomsmodell. Det vil kunne legitimere spilleindustrien, fordi da er det noe galt med noen få individer, mens resten kan spille.

Et spørsmål man kan stille seg er om de som jobber klinisk med spilleavhengige kan bli påvirket til å ta en motsatt vinkling. De kan føle en redsel for å se på individuelle faktorer, fordi de tenker at dette kan være med på å legitimere spilleindustrien. Man kan også tenke seg at i en politisk setting er det lite nyttig å fremme en funksjonsdiskurs fordi det kan svekke deres argumenter om samfunnets ansvar. Som denne informanten påpeker, så er de sårbare menneskene også sårbare for spilleavhengighet, og man kan stille seg spørsmål om det ikke er nok å vite det. Det at dette er noe som rammer sårbare mennesker burde kanskje være god nok grunn til å skjerme samfunnet for det. I en behandlingssammenheng derimot, kan det tenkes at fiendediskursen blir for snever. Man er jo ikke kommet dit hen at man har klart å skjerme samfunnet helt for pengespill, og nye spillformer vil sannsynligvis dukke opp. Det er mulig at det er nødvendig å se mer på hva som kjennetegner en som er spilleavhengig, for å kunne gi en god behandling.

5. Diskusjon

Spilleavhengighet er et komplekst fenomen. Når man skal tilegne seg og utvikle kunnskap om dette fenomenet, er man nødt til å ta en del valg i forhold til hva man tenker kan si noe nyttig om fenomenet. For det første må man til en viss grad velge hvor mye man skal legge vekt på eksperimentelle studier. I og med at disse studiene krever store populasjoner av spilleavhengige, har det enda blitt gjort få av disse i Norge. Man er nødt til å se til internasjonal forskning. Ved hjelp av eksperimentelle studier kan man isolere de mange komplekse faktorene, og prøve å si noe om enkelte faktorer. Samtidig kan man hevde at den økologiske validiteten blir for dårlig, fordi problemet er så komplekst og spillerne er så ulike, at det er vanskelig å si noe om den typiske spilleren. I tillegg til å velge studiedesign, må man bestemme seg for hvilke temaer man ønsker å legge under lupen. Ønsker man å se på hvordan spillere tenker i det øyeblikket de satser penger, eller ønsker man å se på hva som skiller de som utvikler et spilleproblem fra de som ikke gjør det? Det kan ligge politiske føringer for dette valget, for eksempel i hva som tildeles forskningsmidler og godkjennes av etiske komiteer.

Gjennom intervjuene oppdaget jeg at klinikerne i stor grad er nødt til å ta noen valg ut fra all den informasjonen som finnes om spilleavhengighet. Det er mye internasjonal forskning, og som beskrevet i avsnittet om forskning er det mange undertemaer som har blitt studert. I tillegg har klinikerne lært mye gjennom sin egen erfaring fra arbeid med spilleavhengige, og flere av dem lagt vekt på at det er de spilleavhengige selv som har lært dem mest. De to diskursene som jeg synes kom tydelig fram i intervjuene er preget av at klinikerne har tatt noe ulike valg i forhold til hva de har synes er viktig å vektlegge.

Fiendediskursen vektlegger i stor grad de strukturene i samfunnet som gjør at noen kan bli spilleavhengige. Informantene er opptatt av at andre skal forstå at

spilleavhengighet kan ramme mange typer mennesker, også de som ikke har mange sårbarhetsfaktorer. Man kan tenke seg at dette kommer som et motargument mot det bilde mange har av spilleavhengige. Fremdeles er det nok mange som tenker seg at spilleavhengige er viljesvake og late mennesker, som bare burde få beskjed om å ta seg sammen. For de som jobber klinisk med dette, og ser at virkeligheten er annerledes, så blir det viktig å nyansere dette bilde. De vektlegger at selv om spilleavhengighet korrelerer med visse personlighetstrekk eller komorbide lidelser, så er det mange som ikke har disse trekkene. Diskursen argumenterer for det allmennmenneskelige ved dette problemet, ved å gjøre det relevant for tilhøreren å tenke "det kunne vært meg". På den måten kan de appellere til å sette problemet på agendaen og utfordre allmennheten til å engasjere seg i debatten.

Funksjonsdiskursen etterlyser derimot mer forskning rundt den svakeste gruppen. De ønsker mer kunnskap om spilleavhengige som har personlighetsproblematikk og komorbide lidelser, fordi de ser at det er denne gruppen som trenger mest tilpasset behandling. Selv om de ser at det er stor heterogenitet blant spilleavhengige, så ønsker de å framheve og forstå de som har store problemer. Derfor snakker de også mer positivt om korrelasjonsstudier og forskning på spilleavhengighet.

Spilleavhengighet har nok vært et felt som har vært preget av mange antakelser. Mine informanter har fortalt om politikere og fagfolk som har antatt at dette ikke har vært et stort problem og at dette kun har berørt en håndfull personer. Som behandler forteller de alle om en helt annen virkelighet. De forteller om familier i kriser, om personer med høy selvmordsrisiko og pasienter som kommer i behandling først etter et selvmordsforsøk. Det er trolig vanskelig for de som jobber med dette og som møter disse skjebnene hver dag å ikke bli berørt av de historiene de hører. Da blir bagatelliseringen i politikken og i media og det ofte ensidige fokuset på at det er bare noen få som er syke, vanskelig å forholde seg til. Informantene legger alle vekt på de alvorlige konsekvensene og de onde sirklene som spilleavhengige vikler seg inn i.

Spilleindustrien har hatt et ensidig fokus på at det er noen få personer som får lidelsen spilleavhengighet. De tenker muligens at hvis vi bare forsker nok på dette så kan vi finne en kur mot spilleavhengighet slik at de syke kan kureres og resten kan more seg med spill. Så det er kanskje ikke rart at klinikere blir skeptiske til forskning på individuelle faktorer og komorbiditet. Etter å ha jobbet med dette i mange år ser man at dette komplekse problemet ikke kan løses ved hjelp av en enkel kur eller behandling. Det tar ofte lang tid før spilleavhengige søker hjelp, og nye grupper rekrutteres stadig. Derfor vil god behandling på mange måter vil være et godt tiltak, men allikevel et tiltak som kommer altfor sent. Konsekvensene og de onde sirklene er allerede godt i gang når behandlingen rekker ut til de menneskene som sliter med dette. Det er altså avgjørende å utvikle opplegg som kan fange opp risikogrupper og sette i gang forebyggende tiltak før problemene tårner seg opp.

Mange vil hevde at som psykologer og samfunnsvitere har man et ansvar for å tenke på hva slags konsekvenser ens forskning og virke har for enkeltpersoner. Hvilke konsekvenser hadde det fått hvis man for eksempel hadde påvist et gen som kunne forklare spilleavhengighet? Hadde spilleavhengige blitt mer stigmatisert og sykeliggjorte? Hadde det blitt lettere for spilleindustrien å hevde at resten kan kose seg med spill og så kan de som er syke få behandling? Eller hadde politikere skjønt behovet for å skjerme samfunnet for noe som noen blir syke av?

Spilleavhengighet er et felt som det kanskje tar lang tid å forstå. Det er ikke enkelt for folk uten innsikt i for eksempel psykologi å forstå de kompliserte faktorene som ligger bak utviklingen av en slik avhengighet. Litteraturen og informantene mine trekker fram de mange kompliserte mekanismene som ligger til grunn for at noen skal bli avhengige av pengespill. Læringsmekanismer som operant og klassisk betingning benyttes i utformingen av spillene når man blir belønnet med gevinst, når samme

musikk ledsager nesten-vinn som faktiske vinn, samt lyd- og lyseffekter som er konstruert for å ha en bestemt effekt. Dette er mekanismer som er med på å gjøre at enkelte forskere tror at pengespill, og da særlig automatspill, kan ha tilnærmet samme effekt som kjemisk rus. Dette er ikke allmenn kunnskap, og det er mange som ikke forstår hva disse mekanismene innebærer. Og det er vanskelig å forklare journalister slik at det blir korrekt fremstilt i media.

I en politisk debatt kan for mange detaljer bli forstyrrende. Man vil møte argumenter som at hvis ikke staten gir folk et ”ansvarlig” pengespillalternativ så vil ulovlige virksomheter gi folk et ”uansvarlig” tilbud. Eller at disse menneskene har så mye andre problemer at hvis man tar bort spillingen, så vil andre mer alvorlige problemer dukke opp. Det er mulig at det er et snev av sannhet i disse argumentene, men det tar fokuset vekk fra det spørsmålet som burde vært det viktigste uansett hva forskning viser, nemlig er det riktig at staten tjener penger på andres lidelse? Er det riktig at familier på grensen til økonomisk ruin skal finansiere fotballbaner og redningskøyter?

Min studie har vist at ulike forklaringsmodeller har ulik plass i de diskursene som anvendes av eksperter som jobber klinisk med spilleavhengighet. Det hadde også vært spennende å utforske hvilke andre diskurser som finnes på andre sider i denne debatten. Politikere, spillutviklere, journalister, pasienter og pårørende har også ulike erfaringer og forståelser som påvirker deres opplevelse av spilleavhengighet og hvordan dette bør reguleres i samfunnet. Man kan også tenke seg at dette henger sammen med en bredere helsepolitisk debatt som handler om hvor mye ansvar staten skal ha for å tilrettelegge for den enkeltes helse og hvor mye frihet man skal ha til å ta potensielt skadelige valg. Dersom vi skal ta mer ansvar for oss selv er det essensielt at disse valgene er basert på god informasjon, og at konsekvensene ikke blir bagatellisert av media og andre aktører med profittfokus. Det kan hende at det bør være et uavhengig organ som tar ansvar for å vurdere hva slags samfunn vi vil ha, hvordan de spillene som finnes på markedet i dag og utviklingen til nye spill skal

reguleres. Informantene setter fokus på hvor uheldig det er at staten blander kortene ved å være en aktiv distributør av spill som kan legitimere og ufarliggjøre spilling. Staten burde heller være opptatt av regulering og begrensningsspolitikk, samt ta ansvar for å utgi nøytral og saklig informasjon.

5.1 Konklusjon

Denne oppgaven har gått gjennom ulike forskningsfokus, etiologiske modeller og behandlingssforskning innen feltet spilleavhengighet. I tillegg har det blitt drøftet hvordan seks eksperter på spilleavhengighet beskriver og forklarer fenomenet. Ekspertenes uttalelser har blitt diskutert i et fenomenologisk perspektiv, et forklaringsperspektiv, et behandlingssperspektiv og et diskursperspektiv. To ulike diskurser har blitt formulert. Fiendediskursen legger stor vekt på at egenskaper ved spillene og samfunnet legger til rette for at folk skal bli avhengige. I tillegg framheves det at det er begrenset nytteverdi å studere individuelle faktorer, fordi det er så stor heterogenitet at det finnes ingen typisk spilleavhengig. Funksjonsdiskursen mener at til tross for at samfunnet og spillene legger til rette for at folk skal bli spilleavhengige, så har dette også en funksjon for den enkelte. Det er vanskelig å slutte å spille også fordi det er en atferd personen liker eller en del av deres måte å mestre livet på. Derfor mener de også at det er verdifullt å studere individuelle faktorer, for å kunne hjelpe den gruppen spilleavhengige som ser ut til å være mest motstandsdyktige mot behandling.

Kildeliste

- Abbott, M. W. (2001). *What do we know about gambling and problem gambling in New Zealand?* Wellington: Department of Internal Affairs. Hentet 15. mars 2008 fra:
[http://www.civildefence.govt.nz/Pubforms.nsf/URL/Report7.pdf/\\$file/Report7.pdf](http://www.civildefence.govt.nz/Pubforms.nsf/URL/Report7.pdf/$file/Report7.pdf)
- Abbott, M. W. (2007). Situational Factors That Affect Gambling Behavior. I: G. Smith, D. C. Hodgins & R. J. Williams (red.), *Research and Measurement Issues in Gambling Studies* (s. 251-278). Burlington: Academic Press.
- Abbott, M. W., Williams, M. M. & Vohlberg, R. A. (2004). A Prospective Study of Problem and Regular Nonproblem Gamblers Living in the Community [Online]. *Substance Use & Misuse*, 39(6), 855-884.
- Alessi, S. M. & Petry, N. M. (2003). Pathological gambling severity is associated with impulsivity in a delay discounting procedure [Online]. *Behavioural Processes*, 64, 345-354.
- Barnes, G. M., Welte, J. W., Hoffman, J. H. & Dintcheff, B. A. (2005). Shared Predictors of Youthful Gambling, Substance Use, and Delinquency [Online]. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19(2), 165-174.
- Barth, T., Børtveit, T. & Prescott, P. (2001). *Endringsfokusert rådgivning*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bedics, J. D., Henry, W. P. & Atkins, D. C. (2005). The Therapeutic Process as a Predictor of Change in Patients' Important Relationships During Time-Limited Dynamic Psychotherapy [Online]. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(3), 279-284.
- Bersabé, R., & Arias, R. M. (2000). Supersition in gambling. *Psychology in Spain*, 4. Hentet 14. januar 2008 fra:

<http://www.psychologyinspain.com/content/reprints/2000/3.htm>

Blaszczynski, A. & Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling [Online]. *Addiction*, 97, 487-499.

Blaszczynski, A. & Nower, L. (2007). Research and Measurement Issues in Gambling Studies: Etiological Models. I: G. Smith, D. C. Hodgins & R. J. Williams (red.), *Research and Measurement Issues in Gambling Studies* (s. 323-344). Burlington: Academic Press.

Blaszczynski, A., Sharpe, L. & Walker, M. (2001). The Assessment of the Impact of the Reconfiguration on Electronic Gaming Machines as Harm Minimisation Strategies for Problem Gambling. *A report prepared for the Gaming Industry Operators Group*. Sydney: University of Sydney. Hentet 15. mars 2008 fra:

http://www.psych.usyd.edu.au/gambling/GIO_report.pdf

Borrell, J. & Boulet, J. (2007). Values, Objectivity, and Bias in Gambling Research. I: G. Smith, D. C. Hodgins & R. J. Williams (red.), *Research and Measurement Issues in Gambling Studies* (s. 567-592). Burlington: Academic Press.

Borsoi, D., & Toneatto, T. (2003). Problem-solving skills in male and female problem gamblers. *eGambling: The Electronic Journal of Gambling Issues*, 8. Hentet 11. januar 2008 fra:

<http://www.camh.net/egambling/issue8/research/borsoi-toneatto/index.html>

Desai, R. A. & Potenza, M. N. (2008). Gender differences in the associations between past-year gambling problems and psychiatric disorders [Online]. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 43, 173-183.

Dowling, N., Smith, D. & Thomas, T. (in press). A comparison of individual and group cognitive-behavioural treatment for female pathological gambling [Online]. *Behaviour Research and Therapy*.

-
- Caron, A. & Ladouceur, R. (2003). Erroneous verbalizations and risk taking at video lotteries [Online]. *British Journal of Psychology*, 94, 189-194.
- Edwards, D. (1997). *Discourse and Cognition*. London: SAGE Publications Ltd.
- Floyd, K., Whelan, J. P. & Meyers, A. W. (2006). Use of Warning Messages to Modify Gambling Beliefs and Behavior in a Laboratory Investigation [Online]. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20(1), 69-74.
- Griffiths, M. (2005). A "components" model of addiction within a biopsychosocial framework [Online]. *Journal of Substance Use*, 10(4), 191-197.
- Gupta, R., Derevensky, J. L. & Ellenbogen, S. (2006). Personality Characteristics and Risk-Taking Tendencies Among Adolescent Gamblers [Online]. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 38(3), 201-213.
- Hansen, M. & Skjerve, R. (2006). *Game over – Selvhjelpsbok for spilleavhengige*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Hardoon, K. K., Gupta, R. & Derevensky, J. L. (2004). Psychosocial Variables Associated With Adolescent Gambling [Online]. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18(2), 170-179.
- Hodgins, D. C., Currie, S., el-Guebaly, N. & Peden, N. (2004). Brief Motivational Treatment for Problem Gambling: A 24-Month Follow-Up [Online]. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18(3), 293-296.
- Hodgins, D. C. & Holub, A. (2007). Treatment of Problem Gambling. I: G. Smith, D. C. Hodgins & R. J. Williams (red.), *Research and Measurement Issues in Gambling Studies* (s. 371-397). Burlington: Academic Press.
- Ingle, P. J., Marotta, J., McMillan, G. & Wisdom, J. P. (in press). Significant Others and Gambling Treatment Outcomes [Online]. *Journal of Gambling Studies*.

-
- Kassinove, J. I. & Schare, M. L. (2001). Effects of the “Near Miss” and the “Big Win” on Persistence at Slot Machine Gambling [Online]. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15(2), 155-158.
- Kausch, O., Rugle, L. & Rowland, D. Y. (2006). Lifetime Histories of Trauma among Pathological Gamblers [Online]. *The American Journal on Addictions*, 15, 35-43.
- Kessler, R. C., Hwang, I., LaBrie, R., Petukhova, M., Sampson, N. A., Winters, K. C. et al. (in press). DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication [Online]. *Psychological Medicine*.
- Kvale, S. (1994). *Interview – En introduction til det kvalitative forskningsinterview*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Ladd, G. T., & Petry, N. M. (2003). A Comparison of Pathological Gamblers with and without Substance Abuse Treatment Histories [Online]. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 11, 202-209.
- Ladouceur, R. & Sévigny, S. (2005). Structural Characteristics of Video Lotteries: Effects of a Stopping Device on Illusion of Control and Gambling Persistence [Online]. *Journal of Gambling Studies*, 21(2), 117-131.
- Langhinrichsen-Rohling, J., Rohde, P., Seeley, J. R. & Rohling, M.L. (2004). Individual, Family, and Peer Correlates of Adolescent Gambling [Online]. *Journal of Gambling Studies*, 20(1), 23-46.
- LaPlante, D. A. & Shaffer, H. J. (2007). Understanding the Influence of Gambling Opportunities: Expanding Exposure Models to Include Adaptation [Online]. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(4), 616-623.
- Ledgerwood, D. M. & Petry, N. M. (2005). Current Trends and Future Directions in the Study of Psychosocial Treatments for Pathological Gambling [Online]. *American Psychological Society*, 14(2), 89-94.

-
- Loba, P., Stewart, S. H., Klein, R. M. & Blackburn, J. R. (2002). Manipulations of the Features of Standard Video Lottery Terminal (VLT) Games: Effects in Pathological and Non-Pathological Gamblers [Online]. *Journal of Gambling Studies*, 17(4), 297-320.
- Miller, N. V. & Currie, S. R. (in press). A Canadian Population Level Analysis of the Roles of Irrational Gambling Cognitions and Risky Gambling Practices as Correlates of Gambling Intensity and Pathological Gambling [Online]. *Journal of Gambling Studies*.
- Nower, L., Derevensky, J. L. & Gupta, R. (2004). The Relationship of Impulsivity, Sensation Seeking, Coping and Substance Use in Youth Gamblers [Online]. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18(1), 49-55.
- Pallesen, S., Mitsem, M., Kvale, G., Johnsen, B. & Molde, H. (2005). Outcome of psychological treatments of pathological gambling: a review and meta-analysis [Online]. *Addiction*, 100, 1412-1422.
- Parke, J. & Griffiths, M. (2007). The Role of Structural Characteristics in Gambling. I: G. Smith, D. C. Hodgins & R. J. Williams (red.), *Research and Measurement Issues in Gambling Studies* (s. 217-249). Burlington: Academic Press.
- Petry, N., M. (2005). *Pathological Gambling – Etiology, Comorbidity, and Treatment*. Washington: American Psychological Association.
- Petry, N. M., Ammerman, Y., Bohl, J., Doersch, A., Gay, H., Kadden, R. et al. (2006). Cognitive-Behavioral Therapy for Pathological Gamblers [Online]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), 555-567.
- Petry, N. M., & Steinberg, K. L. (2005). Childhood maltreatment in male and female treatment-seeking pathological gamblers [Online]. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19, 226-229.

-
- Raylu, N. & Oei, T. P. S. (2002). Pathological Gambling: A Comprehensive Review [Online]. *Clinical Psychology Review*, 22(7), 1009-1061.
- Shaffer, H. J., LaBrie, R. A. & LaPlante, D. (2004). Laying the Foundation for Quantifying Regional Exposure to Social Phenomena: Considering the Case of Legalized Gambling as a Public Health Toxin [Online]. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18(1), 40-48.
- Sharpe, L. (2004). Patterns of Autonomic Arousal in Imaginal Situations of Winning and Losing in Problem Gambling [Online]. *Journal of Gambling Studies*, 20(1), 95-104.
- Sharpe, L., Walker, M., Coughlan, M., Enersen, K. & Blaszczynski. (2005). Structural Changes to Electronic Gaming Machines as Effective Harm Minimization Strategies for Non-Problem and Problem Gamblers [Online]. *Journal of Gambling Studies*, 21(4), 503-520.
- Slutske, W. (2006). Natural Recovery and Treatment-Seeking in Pathological Gambling: Results of Two U.S National Surveys [Online]. *The American Journal of Psychiatry*, 163(2), 297-302.
- Slutske, W. S., Caspi, A., Moffitt, T. E. & Poulton, R. (2005). Personality and Problem Gambling: A Prospective Study of a Birth Cohort of Young Adults [Online]. *Archives of General Psychiatry*, 62, 769-775.
- Tavares, H., Zilberman, M. L. & el-Guebaly, N. (2003). Are There Cognitive and Behavioral Approaches Specific to the Treatment of Pathological Gambling? [Online]. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48(1), 22-27.
- Toneatto, T. & Ladouceur, R. (2003). Treatment of Pathological Gambling: A Critical Review of the Litterature [Online]. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17(4), 284-292.
- Toneatto, T. & Nguyen, L. (2007). Individual Characteristics and Problem Gambling Behavior. I: G. Smith, D. C. Hodgins & R. J. Williams (red.), *Research and*

Measurement Issues in Gambling Studies (s. 279-304). Burlington: Academic Press.

Trochim, W. M. K. (2006). Qualitative Validity. *Social Research Methods*. Hentet 11. mars 2008 fra:

<http://www.socialresearchmethods.net/kb/qualval.php>

Vachon, J., Vitaro, F., Wanner, B. & Tremblay, R. E. (2004). Adolescent Gambling: Relationships With Parent Gambling and Parent Practices [Online]. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18(4), 398-401.

Volberg, R. A. (1994). The Prevalence and Demographics of Pathological Gamblers: Implications for Public Health [Online]. *American Journal of Public Health*, 84(2), 237-241.

Vitaro, F., Ferland, F., Jacques, C. & Ladouceur, R. (1998). Gambling, Substance Use, and Impulsivity During Adolescence [Online]. *Psychology of Addictive Behaviors*, 12(3), 185-194.

Wagenaar, W. A. (1988). *Paradoxes of Gambling Behaviour*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

White, R. (2004). Discourse analysis and social constructionism [Online]. *Nurse Researcher*, 12(2), 7-16.

Williams, R. J. & Connolly, D. (2006). Does Learning About the Mathematics of Gambling Change Gambling Behavior? [Online]. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20(1), 62-68.

Willoughby, T., Chalmers, H. & Busseri, M. A. (2004). Where Is the Syndrome? Examining Co-Occurrence Among Multiple Problem Behaviors in Adolescence [Online]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6), 1022-1037.

World Health Organisation (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Geneva: World Health Organisation.

Øren, A. & Bakken, I. J. (2007). Pengespill og pengespillproblem i Norge 2007.

Hentet 17. mars 2008 fra:

<http://www.sintef.no/upload/Helse/SINTEF-Rapport%20Pengespill%202007.pdf>

Vedlegg

Brev sendt til informantene med informasjon om studien og intervjuguide

Spilleavhengighet - Hva vet vi i dag?

Forskning og klinisk erfaring.

Dette er et intervju til en hovedoppgave som skal være en teoretisk gjennomgang av hva vi vet i dag om spilleavhengighet, basert på forskning og klinisk erfaring. Oppgaven har som mål å dekke bredden i dette temaet, og vil derfor ikke begrense seg til en konkret problemstilling.

Min faglige veileder er professor Odd Arne Tjersland ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.

Gjennom intervjuet med deg og andre som har arbeidet med spilleavhengighet ønsker jeg å få vite mest mulig om kliniske erfaringer fra dette området. Jeg vil også gjerne få ta del av din kunnskap om fenomenet spilleavhengighet generelt, og eventuelt det du har tatt med deg fra dette forskningsfeltet som kliniker.

De første spørsmålene handler om fenomenet spilleavhengighet, de neste om forebygging og behandling av spilleavhengighet og til sist er det noen korte spørsmål om din kliniske bakgrunn.

Intervjuobjektene vil være anonyme i oppgaven. Det vil kun komme fram en generell beskrivelse av utdanning og arbeidserfaring hos den gruppen som intervjues.

Jeg oversender spørsmålene i forkant av intervjuet slik at du kan orientere deg på forhånd om de spørsmålene jeg vil stille deg. Jeg antar at intervjuet vil ta om lag en time. Det vil bli tatt et lydopptak av intervjuet, som slettes når oppgaven er ferdig.

Her er spørsmålene

Fenomenet spilleavhengighet:

1. Temaet spilleavhengighet har vært diskutert en del i media den siste tiden. Hva ville du sagt hvis du skulle forklare dette fenomenet for noen som ikke visste så mye om det?
2. Hva synes du med din kliniske erfaring er viktig at kommer fram i debatten om spilleavhengighet?
3. Finnes det i dag noen gode teorier om hvorfor noen blir spilleavhengige? Hva er disse og synes du de passer med den kliniske erfaringen du har?
4. Vet du om det om det finnes forskning som viser forhold som korrelerer med eller predikerer spilleavhengighet, som for eksempel bestemte personlighetstrekk og/eller livserfaringer? Har du på bakgrunn av din kliniske erfaring inntrykk av slike sammenhenger, og eventuelt hvilke sammenhenger ser du i ditt arbeid?
5. Har du en oppfatning av at det er en sammenheng mellom spilleavhengighet og andre avhengighetsformer, spesielt rusavhengighet? På hvilken måte?
6. Opplever du at det er noen forskjeller mellom spilleavhengige kvinner og menn?
7. Har du inntrykk av at det finnes ulike typer spilleavhengige?
8. Hvor langt vil du si at forskning på spilleavhengighet har kommet med tanke på å kunne sette i gang riktige tiltak for å kunne redusere dette problemet?
9. Er det ulike retninger blant de som har kompetanse på spilleavhengighet? Hva er i så fall ulikt i disse retningene?

Behandling av spilleavhengige:

10. Er det noen prinsipper eller tilnærminger som har vært spesielt sentrale i behandling av spilleavhengige fram til i dag?
11. Har det skjedd noen endringer i hvordan spilleavhengige blir møtt eller behandlet gjennom tiden? Hva er i så fall disse?
12. Hvilke faktorer har du inntrykk av at er virksomme i behandling av spilleavhengige?
13. Er det bestemte retninger eller teorier som du mener er nyttig i behandling av spilleavhengige?
14. Har du ett inntrykk av, eller vet du et tall på, hvor mange som forblir spillefrie etter endt behandling?
15. Har du et inntrykk av hvor god kvalitet det er på forskning på behandling av spilleavhengige?

Generelt

16. Er det noen andre poenger som du mener er viktige å fremheve når det gjelder spilleavhengighet, forebygging eller behandling av spilleavhengighet?
17. Kan du nevne noen foreløpige ubesvarte spørsmål eller problemstillinger som kunne vært nyttig å belyse med videre forskning?

Litt om intervjuobjektet:

18. Kort om din utdanning og spesialisering.
19. Kort om hva slags klienter du har jobbet med etter avsluttet utdanning.

20. Hvor lenge har du jobbet med spilleavhengighet?

21. På hvilken måte har du jobbet med spilleavhengighet? Individualterapi, gruppeterapi, familieterapi, forskning, formidling e.l?