

Vårt bilde av «gambleren» er gjerne formet av filmer der kyniske menn spiller poker i en røykfylt saloon, med whiskyglasset foran seg og ess i skjorteermet. Derfor vil møtet med fenomenet spilleavhengighet ofte preges av overraskelse, som nylig beskrevet i *Psychiatric Times* (1). «Er spilleavhengighet virkelig et så stort problem? Er konsekvensene så omfattende og alvorlige at det berettiger forskning, behandling betalt av sykeforsikringen, og oppmerksomhet fra psykiatrien og det øvrige hjelpeapparatet? Bare for åtte år siden kunne jeg svart nei, primært fordi jeg ikke visste noe om spilleavhengighet. Men nå er mitt svar uten tvil: You bet!»

Den typiske spilleavhengige er en samvittighetsfull far i 30-årene. Nysgjerrigheten tok overhånd, så han forsøkte seg på spilleautomat. Dessverre vant han flere tusen kroner. Mange spilleavhengige har i starten opplevd dette (u)hellet. Gløden av optimisme spilte han først bort gevinsten og deretter sine øvrige penger. Ubetalte regninger førte til lån, mens han måtte satse på at spillelykken skulle snu. Dette er en karakteristisk ond sirkel. Partneren undret seg over hans humørsvingninger, fjernhet og pengemangelen og fikk etter hvert vite om problemet. Han lovet å slutte og mente det.

Men automatene påkaller oppmerksomheten med lys og lyd og gir ham en uimotståelig trang til å «prøve litt». Ergrelsen over tapet fører til en trang til å «prøve litt til» og så stadig «litt til». Den imperative følelsen av å måtte spille videre for å vinne tilbake det tapte (chasing the losses) regnes av mange som kjernesymptomet på spilleavhengighet.

Han tør ikke fortelle partneren at han har sprukket, så hver gang ender det med en opprivende avsløring. Partneren begriper ikke at han ikke bare kan slutte, og han forstår det heller ikke selv. Fortsatte pengetap og trusselen om samlivsbrudd ødelegger selvbildet og får ham til å overveie suicid.

Hvis han via sitt arbeid har tilgang på kontanter, kan han i desperasjon låne penger av kassen. Han vil betale tilbake når lykken snur, men kan isteden bli tatt for underslag. Spilleavhengighet får ofte ikke-kriminelle til å begå underslag, til forskjell fra gatenaarkomane, hvor kriminalitet er en del av livsstilen og ofte debuterte før narkomanien.

Han søker lege for hodesmerter, dyspepsi og depresjon. Skamfølelsen hindrer ham i å fortelle om spilleproblemet.

I mange land er det spillebransjen som ved siden av IT-bransjen som har økt sterkest de siste 20 årene. I Norge kom liberaliseringen sent, men svært sterkt. Enkelte blir «hektet» på trav, Oddsen, Internett-gambling eller bingo, men hovedproblemet er de moderne spilleautomatene hvor man kan putte på 500-kronesedler og tape 400 kroner

per minutt. I 1990-årene ble automatometningen 47-doblet. Norge fikk Europas mest liberale politikk for spilleautomater, som er den mest avhengighetsskapende form for pengespill. Etter liberalisering tar det noe tid før problemene akkumuleres og lengre tid før mange blir klar over dem. Skamfølelsen gjør det til et skjult problem hos tilsynelatende upåfallende pasienter.

Spilleavhengige har gjennomgående sterkere følelse av tap av kontroll enn rusmisbrukere. I et samfunn der man behandler skadelig rusmiddelbruk som sykdom, vil derfor hjelpeapparatet i høy grad måtte forholde seg til spilleproblemer – ikke minst på grunn av de dramatiske følgene for individer og familier.

Problemene er mer allment kjent i land hvor liberaliseringen skjedde tidligere. Både Australias legeforening (2), den kanadiske folkehelseforeningen (3) og det svenske Folkhälsoinstitutet har karakterisert pengespill som et folkehelseproblem. I mange stater øremerkes rundt 1% av omsetningen til forskning, forebygging og behandling. Faglitteraturen er økende, f.eks. forteller Medline om ca. 80 nye rapporter siste år. Norske fagfolk har etablert Norsk forening for pengespillproblematikk (4).

I Norge er det ikke gjort store befolkningsstudier av lidelsens utbredelse. Ut fra en svensk studie kan vi anta at flere titusener har store spilleproblemer (5). Både lidelsens følger og hyppigheten av komorbiditet gjør at spilleavhengige er overrepresentert hos legene. En amerikansk studie viste at de utgjorde 6,2% i allmennpraksis (6). Sannsynligvis har et flertall av allmennleger pasienter som sliter med slike problemer, men skamfølelsen hindrer de fleste i å fortelle om det spontant. Ved et par enkle, ikke-moraliserende spørsmål kan legen bli kjent med problemet (7). Også partneren kan komme med plager som skyldes spilleavhengighet.

Behandlingen skjer vanligvis poliklinisk, gjerne i grupper, og hovedvekten legges oftest på kognitiv atferdsterapi (8). Man må lage en realistisk nedbetalingsplan for gjeld og korrigere kognitive feiloppfatninger om spillerens mulighet til å forutsi eller påvirke resultatet av spill (the gambler's fallacy). I en periode kan partneren måtte ta hånd om familiens penger.

Studier som er gjort av behandlingseffekter, indikerer at behandlingsresultatene er klart bedre enn for rusmisbrukere, til tross for begrenset bruk av ressurser (9). Årsaken er trolig at spilleavhengige har et mer avgrenset problem. En Cochrane-studie indikerer gode resultater, men det foreligger for få og små undersøkelser (10).

I Norge har behandlingstilbudet vært lite (11). Psykiatrien har anledning til å behandle tilstanden, som er ICD-diagnose F 63.0.

Rusbehandlingstiltak har vist større interesse, men foreløpig har bare Agder-fylkene og Akershus gitt rustiltakene tillatelse til å behandle spilleavhengighet. Imidlertid planlegger departementet å sende fylkene et rundskriv om at rustiltakene også bør behandle denne type avhengighet.

Et annet hjelpetilbud er selvhjelpsorganisasjonen Anonyme Gamblere, som har grupper i fire norske byer (Oslo, Moss, Kristiansand og Stavanger) og i over 30 land.

Medisinske tidsskriftartikler kan gi nyttig veiledning for primærleger (12, 13).

I Norge er det betydelig mer pengespill per innbygger enn i våre naboland, og i år har myndighetene tillatt ytterligere to typer spill – over mobiltelefon og over Internett. Helsevesenet må regne med stadig oftere å møte spilleavhengighet som et alvorlig helseproblem.

Hans Olav Fekjær
hans.olav@bks.no
Blå Kors Senter
Storgaten 38
0182 Oslo

Hans Olav Fekjær (f. 1940) er psykiater, godkjent psykoterapiveileder og overlege ved Blå Kors Senter. Han er dessuten styreleder i Norsk forening for pengespillproblematikk.

Litteratur

1. Castelli B. Is pathological gambling really a problem? You bet! *Psychiatric Times* 2001; 17, nr. 2.
2. Health effects of problem gambling. Position statement. Kingston: Australian Medical Association, 1999.
3. Gambling expansion in Canada – an emerging public health issue. Position paper. Ottawa: Canadian Public Health Association, 2000.
4. <http://www.bks.no/nfp.htm>
5. Rönberg S, Volberg RA, Abbott MA, Munck I, Moore WL, Nilsson T et al. Gambling and problem gambling in Sweden. Stockholm: Folkhälsoinstitutet, 1999.
6. Pasternak AV, Fleming MF. Prevalence of gambling disorders in a primary care setting. *Arch Fam Med* 1999; 8: 515–20.
7. Johnson E, Hamer R. The lie/bet questionnaire for screening pathological gamblers. *Psychol Rep* 1997; 80: 83–8.
8. Current «best practice» interventions for gambling problems: a theoretical and empirical review. Victoria, Australia: Department of Human Services, 2000.
9. Lopez Viets VC, Miller WR. Treatment approaches for pathological gamblers. *Clin Psychol Rev* 1997; 17: 689–702.
10. Oakley-Browne MA, Adams P, Mobberley PM. Interventions for pathological gambling. The Cochrane Library, 2001: 1.
11. <http://www.bks.no/spille-b.htm>
12. Unwin BK, Davis MK, de Leeuw JB. Pathologic gambling. *Am Fam Physician* 2000; 61: 741–9.
13. Westphal JR, Johnson LJ, Stodghill S, Stevens L. Gambling in the South: implications for physicians. *South Med J* 2000; 93: 850–8.

Til de fleste referansene er det pekere på <http://www.bks.no/online.htm>