

BEHANDLINGSMANUAL FOR DATASPILLAVHENGIGE UNGDOMMER I ALDEREN 12-20 ÅR

HELGE MOLDE
STÅLE PALLESEN
INGJERD MEEN LORVIK



Borgestadklinikken  **Blå Kors**
et behandlings- og kompetansesenter sør

FORORD

Denne behandlingsmanualen beskriver et poliklinisk individuelt og familieorientert behandlingstilbud til unge mellom 12 og 20 år som har utviklet dataspillavhengighet. Prosjektet med å utvikle manualen er en del av Regjeringens Handlingsplan mot pengespillproblemer og er utført i samarbeid med Helsedirektoratet.

Manualen er i utgangspunktet skrevet for helsepersonell eller andre fagpersoner som kan ha behov for teoretiske og praktiske innspill i behandlingen av dataspillproblemer. Manualen beskriver et 13 timers behandlingsopplegg som veksler mellom individuell tilnærming og familiesamtaler. Manualen har en appendiks i eget hefte med tester, kartleggingsverktøy, spørsmål og oppgaver.

Selv om denne manualen og dens teknikker retter seg primært mot ungdom i alderen 12-20 år, kan flere av teknikkene og metodene som er beskrevet også anvendes på både yngre og eldre aldersgrupper.

Innholdet er ikke prøvd ut i praksis, og det er opp til institusjoner og behandlere å ta i bruk deler av- eller hele materialet i den grad de finner det formålstjenelig. Vi håper at manualen blir funnet nyttig og inspirerende i fagmiljøene og til hjelp for pasienter og deres pårørende.

Arbeidet med å utvikle manualen har vært et samarbeid mellom Borgestadklinikken i Skien og Det psykologiske fakultet ved Universitetet i Bergen. Leder for prosjektet har vært klinikksjef, psykologspesialist Ingjerd Meen Lorvik ved Borgestadklinikken. Prosjektmedarbeidere har vært førsteamanuensis PhD, psykologspesialist Helge Molde og professor dr. psychol Ståle Pallesen, begge ved Det psykologiske fakultet ved Universitetet i Bergen.

Borgestadklinikken, Skien/Universitetet i Bergen, april 2011

Ingjerd Meen Lorvik
Klinikksjef,
Psykologspesialist

Helge Molde
Førsteamanuensis, PhD,
Psykologspesialist

Ståle Pallesen
Professor, dr.psyhol

INNHOLDSFORTEGNELSE

Tabularisk innholdsfortegnelse	s 4
Struktur og metode	s 5
Minioversiktsartikkel.....	s 8
BEHANDLINGSMANUAL	s 19
Time 0: Avklaring og telefonkontakt.....	s 20
Time 1: Kartlegging	s 21
Time 2: Kartlegging og familieinvolvering	s 25
Time 3: Fordeler og ulemper med spill - Ambivalens	s 30
Time 4: Målavklaring	s 35
Time 5: Tilbakemelding fra kartlegging	s 39
Time 6: Målavklaring, forhandlinger og kontraktsinngåelse	s 43
Time 7: Søvn og søvnregulering	s 46
Time 8: Implulsregulering	s 50
Time 9: Atferdseksperimenter med dataspill	s 52
Time 10: Affektbevissthet og avslapning	s 57
Time 11: Tiden etter beslutningen: endring fremover.....	s 60
Time 12: Tilbakefallsforebygging	s 63
Time 13: Avslutning	s 66
Referanser	s 69

TABULARISK INNHOLDSFORTEGNELSE

MANUAL			APPENDIX	
Time	Tema	Side	Skjema	Side
	Struktur og metode	5-6		
	Oversiktsartikkel	8-18		
	BEHANDLINGSMANUAL	19		
Time 0	Avklaring og telefonkontakt	20		
Time 1	Kartlegging	21— 24	Game Addiction Scale Hospital Anxiety and Depression Scale Personlige styrker Dataspilldagbok	5-8 9-11 12 13-15
Time 2	Kartlegging og familieinvolvering	25-29	Oppgave: refokusering av oppmerksomheten på gode ting	17-18
Time 3	Fordeler og ulemper med spill og ambivalens	30-34	Fordeler og ulemper Mirakelspørsmål	20 21
Time 4	Målavklaring	35-38	Mirakelspørsmål	21
Time 5	Tilbakemelding fra kartlegging	39-42	Min beslutning i forhold til DATASPILL videre i livet	23
Time 6	Målavklaring, forhandlinger og kontraktsinngåelse	43-45	Kontrakt	25-27
Time 7	Søvn og søvnregulering	46-49	Søvnhygieneråd Søvndagbok	29 30
Time 8	Impulsregulering	50-51		
Time 9	Atferdseksperimenter med dataspill	52-56	Skjema for atferdseksperiment	32-34
Time 10	Affektbevissthet og avslapning	57-59	Progressiv avslapningstrening H. Bensons metode for dyp avslapning Mindfulness-øvelse Affekt skjema	36-37 38 39-40 41
Time 11	Tiden etter kontrakten	60-62	Lage en plan: Måter å endre livet til det bedre på	43-44
Time 12	Tilbakefallsforebygging	63-65	Skjema om risikosituasjoner Skjema om selvinstruksjoner	46 47
Time 13	Avslutning	66-68		
	Referanser	69-75		

STRUKTUR OG METODE

Denne behandlingsmanualen retter seg mot dataspillavhengighet hos ungdommer – målgruppe 12-20 år gamle. Den er basert på prinsipper fra kognitiv-atferdsterapi (Beck, 1995), korttids strategisk familieterapi (Lebow, 2005), løsningsfokuset terapi (Selekman, 2008, 2009) og motiverende intervju (Miller & Rollnick, 2002).

Behandlingsmanualen dekker i alt 13 behandlingstimer. Noen timer omfatter både foreldre/foresatte og ungdommen, mens andre i all hovedsak fokuserer på ungdommen. Det forsettes at behandlingen som her er beskrevet skal kunne gjennomføres av en terapeut alene. Om noen finner det ønskelig i tillegg å ha med ko-terapeut kan dette inkorporeres i opplegget som er skissert i denne manualen. Eksempelvis kan en terapeut jobbe med ungdommen, mens den andre kan arbeide mest med foreldre eller foresatte. Andre arbeidsfordelinger er også mulig. Vi tilstreber kjønnsnøytrale betegnelser i manualen, men vil for enkelthets skyld omtale pasienten som "han".

De fleste elementene i manualen er basert på metoder og teknikker som er utviklet innen de ovennevnte perspektiver. Beskrivelsen av hver time starter normalt med en introduksjon/bakgrunn. Denne varierer i lengde fra time til time avhengig av hvor kjent eller ukjent den vi anser det presenterte fagstoffet å være. Deretter presenteres også i hver time en kort oppsummert målsetting. Denne beskriver hva som ønskes oppnådd med den aktuelle timen. Videre beskrives arbeidsmåter og teknikker. Disse er normalt beskrevet i slik detalj at de relativt lett kan implementeres. For en del av teknikkene og metodene er det utarbeidet egnete skjemaer og annet materiale. Dette vil normalt kunne finnes i appendiks som hører med til denne manualen. Endelig beskrives det i de fleste timer spesifikke hjemmeoppgaver som ungdommen og evt. foreldre bes gjøre. Også til de fleste av disse er det utviklet eget materiell som finnes i appendiks.

I all hovedsak tilstrebes en struktur for hver behandlingstime som en tradisjonelt finner innenfor kognitiv-atferdsterapi tradisjonen.

Den her foreslåtte struktur må imidlertid brukes med den fleksibilitet som er nødvendig for at terapien skal forløpe på en naturlig måte:

- Sett dagsorden
- Sjekk ukentlige skjema/søvdagbok
- Be om feedback fra forrige time
- Sjekk hjemmearbeid fra forrige time
- Hovedproblemet som det skal jobbes med
- Gi hjemmeoppgave
- Spør etter tilbakemelding

Behandlingsmanualen kan slik vi ser det benyttes på tre måter: 1) Manualen kan brukes som en mer overordnet beskrivelse av en samlet terapi. Den kan slik fungere som en rettesnor for hvordan et helt terapiforløp kan se ut, men teknikker og metoder kan ignoreres, byttes ut og nye elementer kan legges til ut fra en overordnet faglig vurdering. For eksempel kan en anta at i arbeidet med ungdommer i alderen 12-14, kan det være mer hensiktsmessig med flere familiesesjoner gjennom behandlingen, mens med eldre ungdommer, så er behovet for individuelle behandlingstimer i større grad påkrevd. 2) Manualen kan også forstås som en litteraturoversikt og samling med metoder og teknikker som behandlere kan bruke slik de finner formålstjenelig i den spesifikke kliniske kontekst og i forhold til den spesifikke pasienten. Manualen blir derfor en kilde til teknikker man bruker fritt. 3) Manualen kan brukes i en systematisk utprøving av metodene beskrevet her. Manualen bør derfor følges systematisk men med den kliniske fleksibiliteten som situasjonen til enhver tid krever. I hver time presenteres også arbeidsmetoder/teknikker. Her beskrives metodene som terapeuten kan anvende for å nå de aktuelle målsettingene. Metodene og teknikkene er beskrevet på en slik måte at de relativt lett skal kunne anvendes. En del materiell som er nødvendig for den tekniske gjennomføringen av terapien finnes i appendiks – og ofte refereres det til materialet som er å finne her. Endelig beskrives en del hjemmeoppgaver som pasienten bes utføre. Også til disse er det ofte utviklet eget materiale som normalt vil finnes i appendiks.

I behandlingsmanualen er det ikke lagt opp til et systematisk samarbeid med andre instanser som skole, PPT, DPS, NAV etc., da behovet for og arten av et slikt samarbeid i sterkt grad vil avhenge av den enkelte pasient. Vi oppfordrer likevel til et slikt samarbeid

i de tilfeller der terapeut og pasient og evt. også pårørende finner at dette vil styrke det terapeutiske arbeidet mot dataspillavhengigheten.

I denne manualen er det også med en oversiktsartikkel over feltet, slik at behandleren raskt kan få overblikk over- og sette seg inn i dette. Denne begynner på neste side.

MINIOVERSIKTSARTIKKEL (oppdatert per 31.12.10)

*Joachim Skouverø, Helge Molde og Ståle Pallesen
Universitetet i Bergen, Institutt for samfunnspsykologi*

Undersøkelser har vist at størstedelen av tenåringer (Lemmens, Valkenburg, & Peter, 2009) og unge voksne (Johansson & Gotestam, 2004) spiller dataspill regelmessig. For noen kan bruken av dataspill bli ekstrem (Griffiths & Meredith, 2009; Wenzel, Bakken, Johansson, Gotestam, & Oren, 2009) og kontrolltap i forbindelse med dataspill har vært hyppig omtalt i media (Abreu, Karam, Goes, & Spritzer, 2008). I denne sammenhengen har spørsmålet om eksistens av dataspillavhengighet kommet opp. Kan man bli avhengig av dataspill?

Stringent forskning omkring dataspillavhengighet er begrenset, fragmentert og i liten grad basert på konsensus (Charlton, 2002; Charlton & Danforth, 2004; Lemmens, et al., 2009). Denne minioversikten tar for seg seks temaområder knyttet til dataspillavhengighet: (1) Hvordan defineres og måles dataspillavhengighet (2) Hvilke korrelater og komorbide vansker er forbundet med dataspillavhengighet? (3) Hva er utbredelsen av dataspillavhengighet? (4) Hvilke miljø-, kognitive og biologiske faktorer har vært studert i tilknytning til dataspillavhengighet? (5.) Er det en sammenheng mellom dataspillvold og aggresjon? (6.) Foreligger det empirisk baserte retningslinjer for hvordan foreldre og klinikere bør/kan intervensere i forhold til dataspillavhengighet?

Definisjon og måling av dataspillavhengighet

Griffith og Meredith (Griffiths & Meredith, 2009) sitt skille mellom entusiasme og avhengighet utgjør en enkel tommelfingerregel vedrørende forståelse av ulike former for avhengighet; "Sunne men eksessive aktiviteter kan tilføre livet noe positivt, mens avhengighet tapper livet for positivt innhold" (Griffiths & Meredith, 2009).

Ulike forskere har brukt ulike begreper om dataspillavhengighet. Den mest brukte termen er "video game addiction" (Charlton, 2002; Charlton & Danforth, 2004; Lemmens, et al., 2009; Skoric, Teo, & Neo, 2009), fulgt av "dependency on computer games" (Griffiths & Dancaster, 1995; Griffiths & Hunt, 1998; Phillips, Rolls, Rouse, & Griffiths, 1995) eller "pathological playing" (Grusser, Thalemann, & Griffiths, 2007), "problem video game play" (Porter, Starcevic, Berle, & Fenech, 2010; Salguero & Moran, 2002), "excessive computer game playing" (Wenzel, et al., 2009) eller "problematic

playing”(Johansson & Gotestam, 2004).

Bare noen få forskere har gitt eksplisitte definisjoner av dataspillavhengighet. Lemmens et al. (Lemmens, et al., 2009) definerte dataspillavhengighet som:

“Eksessive og kompulsiv bruk av dataspill som resulterer i sosiale og/eller emosjonelle problemer: Til tross for disse problemene er personen ute av stand til å kontrollere sin eksessive bruk”(Lemmens, et al., 2009).

Porter et al. (Porter, et al., 2010) definerer dataspillavhengighet som:

“Besettelse av og trang til å spille, som en reaksjon på fravær av spilling oppstår uro og irritabilitet, og tap av kontroll over spilling (Porter, et al., 2010).

Den første av disse definisjonene vektlegger aspekter som er like dem som gjelder pengespillavhengighet, som kontrolltap til tross for negative konsekvenser. Den andre definisjonen vektlegger aspekter som har klare likhetstrekk med substansavhengighet, slik som sug / trang og abstinenssymptomer. Begge definisjonene vektlegger mangel på kontroll over atferden som et kjernekrterium.

De definisjonsmessige likhetene med pengespillavhengighet og substansavhengighet reflekterer en mer eller mindre generell trend på feltet. I tråd med dette har de fleste studier brukt skalaer for å måle dataspillavhengighet som har vært basert på kriteriene for pengespillavhengighet og substansavhengighet i ulike versjoner av Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (III-R, IV; (American Psychiatric Association, 1987, 1994)). Noen mål på dataspillavhengighet (Grusser, et al., 2007) har tatt utgangspunkt i kriteriene for avhengighet i 10. utgaven av International Classification of Diseases (ICD-10; (World Health Organization, 1992)). Kriteriene en har vektlagt fra DSM-III-R, DSM-IV og ICD-10 er i all hovedsak i tråd med Browns (Brown, 1991) seks kriterier for atferdsavhengighet (se senere). En tidligere norsk studie operasjonaliserte imidlertid dataspillavhengighet ut fra frekvens og tid brukt på spilling (Wenzel, et al., 2009). Bruken av tilpassede kriterier for pengespillavhengighet for å definere og måle dataspillavhengighet har vært gjenstand for kritikk. En del har påpekt at dataspill først og fremst er rekreasjon og at tilpassede kriterier fra pengespillavhengighet for å måle dataspillavhengighet gir inflaterte prevalenser (Charlton, 2002; Charlton & Danforth, 2004; Skoric, et al., 2009). Andre støtter tilpasningen av kriteriene ut fra likhetstrekk i belønningsstrukturen – mens penger er forsterkeren i pengespill er mestring / poeng forsterkeren i dataspill (Griffiths & Meredith, 2009). Som motsvar har det blitt anført at

en del fenomen som kjennetegner pengespill, som "jaging av tap" ikke finner sted ved dataspill (Wood, 2008). Det er heller ikke slik at dataspillere pådrar seg stor gjeld, som mange pengespillavhengige gjør. En del har også påpekt at dataspill kan ha positive effekter. Shotton (Shotton, 1989) fant at dataspillavhengige hadde kortere reaksjonstid og bedre analytiske ferdigheter enn personer som ikke var dataspillavhengige. Skoric et al. (Skoric, et al., 2009) fant at elever som spilte data hadde bedre skoleprestasjoner innen visse fag enn elever som ikke spilte data. Forskere har påpekt at noen dataspill innehar pedagogiske og kunnskapservervende komponenter (Ferguson, 2007; Griffiths & Meredith, 2009).

Korrelater til dataspillavhengighet

Basert på definisjonene av dataspillavhengighet presentert over (Lemmens, et al., 2009; Porter, et al., 2010), forventes dataspillavhengige å ha signifikant svekkelse av fungering med tanke på skole, jobb, sosiale relasjoner og psykisk helse. De fleste studiene på feltet understreker at dataspillavhengighet er kjennetegnet av at mye tid og ressurser brukes på dataspill, samt at evnen til å kontrollere spillatferden er sterkt svekket (Fisher, 1995; Gentile, 2009; Griffiths & Hunt, 1998; Grusser, et al., 2007; Johansson & Gotestam, 2004; Lemmens, et al., 2009; Phillips, et al., 1995; Salguero & Moran, 2002; Wenzel, et al., 2009). Beskrivelser av den "typiske dataspillavhengige" innebærer at denne begynte å spille i ung alder (7 år) (Griffiths & Hunt, 1998), bruker mer enn 4 timer per dag på å spille (Wenzel, et al., 2009), bruker mer enn dobbelt så mye tid på å spille sammenliknet med ikke-patologiske spillere (Gentile, 2009), og har en tendens til å spille lengre enn planlagt (Phillips, et al., 1995). Personer som skårer høyt på mål som kartlegger dataspillavhengighet har mer kunnskap om dataspill, har mer erfaring med forsøk på grensettingsatferd vedr spilling fra foreldrenes side og hadde større sannsynlighet for å ha opplevd somatiske symptomer som nakke- og håndledssmerter, hodepine og / eller synsforstyrrelser sammenliknet mer personer som skårer lavere på dataspillavhengighetsmål (Gentile, 2009).

Andre studier viser sammenhenger mellom dataspillavhengighet og sosiale faktorer som det å oppleve at det lettere å få venner online enn utenfor cybernettverk (Porter, et al., 2010), lavt antall venner utenfor cyberverdenen (Porter, et al., 2010), lave skårer på sosial kompetanse (Lemmens, et al., 2009), dårlig familiefungering (Chiu, Lee, & Huang, 2004), ensomhetsfølelse (Lemmens, et al., 2009) eller økt sannsynlighet for å ha deltatt i

et fysisk slagsmål det siste året (Gentile, 2009). En studie fant at å ha kun en forelder var en risikofaktor (Wenzel, et al., 2009). Noen studier har vist at dataspillavhengige gjør det dårligere på skolen enn ikke-avhengige (Chiu, et al., 2004; Gentile, 2009; Johansson & Gotestam, 2004; Skoric, et al., 2009). Dataspillavhengige vil i større grad enn ikke-avhengige spille framfor å gjøre lekser (Phillips, et al., 1995), men det ser likevel ut til at det mest fremtredende område av oppgavesvikt gjelder husholdningsoppgaver / ansvar (Gentile, 2009). Personer som spiller mer enn 4 timer daglig har rapportert, oftere enn andre, at dataspill negativt påvirket skole- eller jobbprestasjon (Wenzel, et al., 2009). De ser også ut til å skåre høyere på fiendtlighet (Chiu, et al., 2004), oppmerksomhetsvansker (Gentile, 2009) og ulike mål på aggresjon (Grusser, et al., 2007; Lemmens, et al., 2009).

Dataspillavhengige har ellers vist seg å skåre høyere enn ikke-avhengige på trekk som er relatert til andre former for avhengighet som positive utfallsforventninger. De har også i noen studier funnet å konsumere mer koffein og alkohol enn ikke-avhengige (Griffiths & Dancaster, 1995; Grusser, et al., 2007; Porter, et al., 2010; Wenzel, et al., 2009).

Psykiske vansker relatert til dataspillavhengighet

Studier har vist at ungdom som hyppig deltar i pengespill hadde en høyere prevalens av dataspillavhengighet (4.2%) sammenliknet med den generelle befolkningen i samme alder (2.7%) (Johansson & Gotestam, 2004). Tilsvarende har man også funnet i andre studier (Gupta & Derevensky, 1996; Wood, 2008).

Når det gjelder sammenhengen mellom dataspillavhengighet og oppmerksomhetsvansker fant man i en studie ingen signifikante forskjeller i frekvens eller varighet av spill hos barn med ADHD og en sammenlikningsgruppe uten ADHD. Det var likevel en større andel barn med ADHD som skårte høyt på mål på problematisk dataspilling i forhold til sammenlikningsgruppen (Bioulac, Arfi, & Bouvard, 2008). Barn med ADHD som også skårte høyt på problematisk dataspilling, hadde høyere skåre på hyperaktivitet, og utviste mer ungdomskriminalitet, aggressiv atferd og eksternaliserende vansker sammenliknet med andre barn med ADHD (Bioulac, et al., 2008). En studie fant en positiv sammenheng mellom frekvens av dataspilling og symptomer på uoppmerksomhet (Chan & T., 2006). Også i en annen studie ble det funnet at spillere som ble vurdert som avhengige oftere viste oppmerksomhetsvansker sammenliknet med dem som ikke ble vurdert som avhengige (Gentile, 2009). I en annen

studie av barn med ADHD ble det funnet at bruken av internett og dataspill gikk ned over en åtteukersperiode etter at barna hadde startet behandling med metylfenidat (Han et al., 2009). Generelt er det funnet positive assosiasjoner mellom tid brukt på dataspill, søvnevansker, symptomer på depresjon, angst, suicidalitet, obsesjon / kompulsjon samt alkohol- og substansbruk (Wenzel, et al., 2009). Dataspillavhengighet ble i en annen norsk studie funnet å være relatert til angst, depresjon og nedsatt livstilfredshet. Dataspillavhengighet var i denne studien urelatert til fysisk aktivitet (Mentzoni et al., i trykk). Studier har ellers vist negative sammenhenger mellom tid brukt på dataspilling og kvaliteten på interpersonlige relasjoner og at tid brukt på dataspill er positivt relatert til sosial angst (Lo, Wang, & Fang, 2005). Det bør bemerkes at nærmest alle de ovennevnte studier er basert på tverrsnittsdesign, noe som vanskeliggjør slutninger om årsak og virkning. Dybdeintervjuer med dataspillavhengige indikerer imidlertid at spillatferden i stor grad har blitt opplevd som en hjelp til å takle vanskelige livssituasjoner (Griffiths, 2000; Wood, 2008).

Utbredelse av dataspillavhengighet

Ulike studier av dataspillavhengighet varierer sterkt i prevalens, fra 1.9% til 19.9% (Gentile, 2009; Griffiths & Dancaster, 1995; Griffiths & Hunt, 1998; Grusser, et al., 2007; Johansson & Gotestam, 2004; Lemmens, et al., 2009; Peters & Malesky, 2008; Phillips, et al., 1995; Wenzel, et al., 2009). I noen studier ble det funnet en overvekt av gutter/menn blant de dataspillavhengige (Griffiths & Hunt, 1998; Mentzoni, et al., i trykk; Wenzel, et al., 2009). Det generelle inntrykket fra prevalensstudier på dataspillavhengighet er at størstedelen av disse har fokusert på grupper som er særlig utsatt for å ha vansker med dataspill, som barn (Chiu, et al., 2004; Smahel, Blinka, & Ledabyl, 2008), ungdommer (Lemmens, et al., 2009) og dataspillere generelt (Grusser, et al., 2007; Porter, et al., 2010). Med tanke på befolkningen generelt vil trolig prevalensestimaterne fra disse studiene derfor representerer overestimat. Et unntak fra dette omfattet studien til Wenzel et al. (Wenzel, et al., 2009) som fokuserte på den allmenne voksenbefolkningen i Norge. Her ble det estimert at 2.2% hadde dataspillavhengighet. Prevalensestimateret var imidlertid utelukkende basert på hvor lang tid som ble brukt på dataspill. I en helt ny norsk studie der en brukte et godt validert mål på dataspillavhengighet og som omfattet et landsrepresentativt utvalg av 16-40-åringene ble prevalensen av dataspillavhengighet estimert til 0.6% og 4.1%, avhengig om en brukte konservative eller mer liberale

kriterier for dataspillavhengighet (Mentzoni, et al., i trykk). Generelt vil prevalensen av dataspillavhengighet være høyere desto mer liberale kriterier/definisjoner som anvendes (Johansson & Gotestam, 2004; Lemmens, et al., 2009). Ulik kriteriebruk vanskeliggjør selvsagt sammenlikninger på tvers av studier. Prevalensestimaterne er generelt også høyere i "yngre" enn i eldre utvalg.

Miljømessige, kognitive og biologiske faktorer

En antar at noen spesifikke forhold kan bidra til dataspillavhengighet. For det første forventas at tilgjengelighet til en PC eller en dataspillkonsoll er en forutsetning. For det andre antas at noen spillgenre er mer engasjerende og således mer avhengighetsskapende enn andre. For det tredje må spillerne ha en eller annen form for kognitiv erfaring som motiverer dem til å spille mye. Personlighetsegenskaper som gir økt sensitivitet til spillrelaterte stimuli kan trolig også disponere for dataspillavhengighet. Det forventet også at dataspillavhengige har noen spesifikke nevrobiologiske kjennetegn, som en har sett hos personer med annen type avhengighet.

Tilgjengelighet: I en eksperimentell studie ble gutter i en betingelse gitt en dataspillkonsoll mens guttene i kontrollgruppen ikke fikk. Over en fire månedersperiode ble skoleprestasjonene svekket hos dem som hadde fått dataspillkontoll sammenliknet med kontrollgruppen (Weis & Cerankosky, 2010). I en annen studie ble det imidlertid funnet at bruk av en ny dataspillkonsoll gikk ned innen noen få måneder etter at det var blitt introdusert (Creasy & Myers, 1986). I forhold til tilgjengelighet har det vært påpekt at dataspillhaller også kan bidra til dataspillavhengighet (Fisher, 1995). Et annet aspekt ved tilgjengelighet er relatert til grensesetting fra foreldre og andre. I en studie ble det funnet at mindre enn halvparten av barna og ungdommene (44-46%) hadde regler hjemme som regulerte dataspillingen (Gentile, 2009; Gentile & Stone, 2005). Foreldreinvolvering var negativt relatert til dataspillavhengighet så vel som til aggressiv atferd (Gentile, 2009; Gentile & Stone, 2005).

Dataspillgenre: "Massively Multiplayer Online (Role Playing) Games"

(MMOG/MMORPGs) har blitt rapportert å være den typen dataspill som er forbundet med særlig mye tid brukt på spilling (Ng & Wiemer-Hastings, 2005). Det sentrale aspektet ved disse spillene er utvikling av en karakter, som utgjør spillerens identitet i en virtuelle verden. For å utvikle karakteren er som regel interaksjon med andre spillere

avgjørende. Atferden til karakteren er i stor grad styrt av avanserte forsterkningssystemer basert på operant betinging (Ducheneaut, Yee, Nickell, & Moore, 2006; Yee, 2001). I all hovedsak er det tre ulike typer motivasjoner som ser ut til å styres spillatferden i disse spillene: 1) prestasjonsmotivasjon (relatert til å oppnå status og verdier i spillet), 2) sosial motivasjon (relatert til å utvikle langvarige relasjoner til andre i spillet), og 3) fordypende motivasjon (relatert til å utvikle karakteren og ved dette å unngå vansker/problem i den ikke-virtuelle verden) (Caplan, Williams, & Yee, 2009). Mange rapporterer at den sosiale motivasjonen er den viktigste (Klimmt, Schmid, & Orthmann, 2009). Studier har imidlertid vist fordypende motivasjonen er den som forklarer størst varians ved internettavhengighet (Smahel, et al., 2008).

Personlighetsegenskaper: Gupta og Derevensky (Gupta & Derevensky, 1996) fant at personer som hyppig spilte dataspill eller som var dataspillavhengige skårte høyere på impulsivitet sammenliknet med personer i en kontrollgruppe. Andre har funnet at personer som i sterk grad besitter type-A personlighetstrekk (f.eks. utålmodighet, kontrollerende, konkurranseorientert og aggressive) er mer sårbare for å bli dataspillavhengige enn type B-personligheter (tålmodige, avslappede, og generelt lett å omgås (Griffiths & Dancaster, 1995). Psykologiske trekk som aggresjon og narsisistiske personlighetstrekk har også vært forbundet med dataspillavhengighet (Kim, Namkoong, Ku, & Kim, 2008). Disse trekkene kan imidlertid reflektere at den dataspillavhengige i stor grad er styrt av prestasjonsmotivasjon. Det har også vært funnet at personlighetstrekk som medmenneskelighet, planmessighet, nevrotisme og ekstroversjon er positivt relatert til problemspilling med *World of Warcraft* (Peters & Malesky, 2008). Trolig reflekterer funnet at spillerne verdsetter spilllets sosiale aspekter (ekstroversjon), den sosiale forpliktelsen (planmessighet) og samarbeidet (medmenneskelighet). Funnet kan også innebære at deltakelse i en virtuell verden oppleves som mindre truende enn ansikt-til-ansikt interaksjon (nevrotisme).

Kognitive prosesser: Csíkszentmihályi (Csíkszentmihályi, 1990) fokuserte i sitt arbeid på begrepet "flyt", hvor en person kommer inn i en mental tilstand hvor han er helt oppslukt og fordypet i en aktivitet, opplever seg energisk og fokusert samt føler mestring av oppgaven. Flytopplevelser knyttet til dataspill har i en studie vært knyttet til dataspillavhengighet (Chou & Ting, 2003). En studie som undersøkte nye og erfarne

dataspillere vist at begge gruppene hadde endret tidsopplevelse under dataspill (Rau, Peng, & Yang, 2006), som ofte er et sentralt aspekt ved flyt (Chou & Ting, 2003). I en annen studie av MMORPG-spillere som ble fulgt over tid ble det imidlertid vist at flytopplevelser var negativt assosiert med avhengighet (Wan & Chiou, 2006, 2007). Spillere som skårer høyt på mål på dataspillavhengighet har vist seg å i stor grad å spille for å unngå ubehag framfor å oppleve tilfredsstillelse, noe som ikke ser ut til å stemme for ikke-avhengige spillere (Wan & Chiou, 2010). Dersom en spiller for å oppleve mestring og glede ved selve spillet kan en betrakte atferden som styrt av indre motivasjon. Om en derimot spiller for å unngå ubehag kan spillingen betraktes som mer styrt av ytre motivasjon. Ut fra dette skulle man anta at dataspillavhengige i større grad enn ikke-avhengige var styrt av ytre motivasjon. I en undersøkelse som testet denne hypotesen fant en imidlertid at dataspillavhengige tenderte til å ha høyere indre motivasjon enn de ikke-avhengige (Wan & Chiou, 2007).

Nevrobiologiske faktorer: Noen studier har funnet nevrobiologiske korrelater til dataspillavhengighet. En studie basert på positron emission tomography (PET) fant økt ekstracellulær dopamin i nucleus accumbens under dataspill sammenliknet med når deltakerne ikke spilte (Koeppe et al., 1998). Dette indikerer at dataspill har direkte belønnende effekt på hjernen da nucleus accumbens ser ut til å være kanskje det viktigste hjerneområdet med tanke på opplevelse av belønning (Stellar & Corbett, 1989). I en studie basert på elektroencephalogram registrerte en hendelsesrelaterte elektriske potensial hos personer som spilte data mye og personer som spilte mer sporadisk ved å eksponere disse for dataspillstimuli og nøytrale stimuli. De som spilte data mye fikk høyere respons ved hjerneområder relatert til belønning når de ble utsatt for de spillerelaterte stimuliene sammenliknet med de nøytrale, mens det ikke var forskjell i respons på de to ulike typer stimuli hos de mer sporadiske spillerne. Dette kan bety at hjerneområder relevante for belønning kan bli sensitiverte til spillerelaterte stimuli (Thalemann, Wolfling, & Grusser, 2007).

Dataspill og aggresjon

Vold i media har generelt vært et omdiskutert tema mht effekten dette har på atferd. Albert Bandura og kolleger sitt arbeid viste hvordan eksponering for aggressive modeller via modellæring kan fremme aggressiv atferd (Bandura, Ross, & Ross, 1963).

Senere arbeider har vist eksponering for vold i media kan påvirke fortolkningsmønstre og mestringsstrategier (Dill & Dill, 1998). I dag er det solid empirisk støtte bak påstanden om at TV-vold kan fremme aggresjon (Anderson et al., 2003). Når det gjelder dataspill og aggresjon har fokuset på en mulig kopling mellom disse økt i takt med forbedret grafikk og økt kontroll og styring av aggressiv atferd i dataspill som en har vært vitne til i de senere år (Ferguson & Kilburn, 2009; Gentile & Anderson, 2003). Når det gjelder vold og dataspill har mange påpekt at volden i dataspill sjelden retter seg mot andre mennesker, men mer mot stimuli som fremmede romskip eller skremmende og rare monstre, zombier og lignende (Gentile & Anderson, 2003). Således skulle man anta av vold i dataspill har liten overføringseffekt til den virkelige verden. Det er likevel vært hevdet at dataspill kan ha en økende modellæringseffekt grunnet de store tekniske fremskrittene mht datagrafikk som gjør spillene langt mer realistiske enn før (Gentile & Anderson, 2003). Noen peker også på at dataspill har egenskaper som særlig øker læring av aggressiv atferd. Dette gjelder for eksempel identifisering med aggressor, som trolig er sterkere i dataspill enn på film. I tillegg styrer man aktivt karakteren i dataspill sammenliknet med for eksempel på film hvor man mer passivt forholder seg til denne (Dill & Dill, 1998; Gentile & Anderson, 2003). I dataspill deltar også personen i hele handlingssekvenser, ikke bare i deler av dem. Volden i dataspill er dessuten som oftest kontinuerlig. Ofte spilles sekvenser i dataspill om og om igjen, i motsetning til på film. Aggressiv atferd i dataspill blir dessuten nesten alltid belønnet (Dill & Dill, 1998; Gentile & Anderson, 2003). Samlet hevdes det derfor at dataspill har større evne til å fremme aggresjon enn filmer (Dill & Dill, 1998; Gentile & Anderson, 2003). Studier på feltet støtter også antakelsen om at vold i dataspill er positivt relatert til aggressiv atferd, kognisjon og affekt, også på lang sikt (Anderson, 2004; Anderson et al., 2010; Bensley & Van Eenwyk, 2001; Dill & Dill, 1998; Gentile & Anderson, 2003; Gentile & Stone, 2005). Å spille voldelige dataspill har vært vist å kunne dempe empati og øke desensitisering til vold (Anderson, et al., 2010). Studier har vist at noen personer med visse trekk er mer sensitiv til vold i dataspill enn andre (Markey & Markey, 2010). Personer som skårer høyt på psykotisisme og aggresjon responderer sterkere på dataspillvold enn personer som skårer lavt på disse trekkene (Markey & Markey, 2010). Samlet sett ser de fleste sentrale forskere på feltet ut til å være enig om at dataspillvold fremmer aggresjon (Anderson, 2004; Anderson & Bushman, 2001; Anderson, et al., 2010; Gentile & Anderson, 2003; Gentile & Stone, 2005). Noen hevder imidlertid at den empiriske

basisen for slike konklusjoner er for svak, og at det er mange metodologiske problemer med de studiene som til nå har vært gjort på feltet (Ferguson, 2007; Ferguson & Kilburn, 2009).

Kliniske retninglinjer

Foreldremonitorering og grensesetting: Få studier har eksplisitt undersøkt sammenhengen mellom foreldremonitorering / grensesetting og dataspill. I en studie ble det imidlertid funnet at barn til foreldre som engasjerte seg i barnas dataspilling spilte mindre voldelig spill enn barn til foreldre som ikke engasjerte seg (Gentile, 2009). De fleste foreldrene i denne undersøkelsen var imidlertid ikke engasjert i barnas spill (Gentile, 2009; Gentile & Stone, 2005). Hoveddelen av barna rapporterte også at foreldrene aldri hadde stoppet dem i å kjøpe voldelige dataspill (Gentile, 2009; Gentile & Stone, 2005). Foreldreengasjement ser således ut til å være positivt, men studier har vist at dersom foreldre deltar i voldelig mediaaktivitet sammen med barna øker den negative effekten av slike aktiviteter (Cantor & Wilson, 2003). Det anbefales at foreldre bør engasjere seg og finne spill som er spennende og passende for barna (Griffiths & Meredith, 2009). Det finnes også mange dataspill som kan brukes til pedagogiske og terapeutiske formål, for eksempel for å øke selvfølelsen (Dill & Dill, 1998; Ferguson, 2007; Ferguson & Kilburn, 2009; Gentile, 2009; Gentile & Stone, 2005; Griffiths & Meredith, 2009). Til nå har det ikke vært publisert noen systematiske studier vedr behandling av dataspillavhengighet. Det finnes noen funn vedr behandling av internettavhengighet som kan være relevante. En del kasusstudier knyttet til behandling av dataspillavhengighet har også vært publisert. I henhold til Griffiths og Meredith (Griffiths & Meredith, 2009) vil tilnærminger basert på kognitiv-atferdsterapi (KAT) og motiverende intervju (MI) trolig være nyttige. MI kan være særlig nyttig da de fleste dataspillavhengige trolig "presses til behandling" av andre (Griffiths & Meredith, 2009).

Konklusjon

Feltet er så langt preget av mangel på konsensus om hvordan dataspillavhengighet skal defineres og måles, noe som delvis bidrar til sprikende prevalenstall på tvers av studier. De fleste studiene på sammenhenger mellom dataspillavhengighet og øvrige sentrale variabler hos barn og unge indikerer at dette dataspillavhengighet henger sammen med

svekkete skoleprestasjoner, pengespill, angst, depresjon, ADHD og ensomhet. Det er økende konsensus om at voldelige dataspill kan øke aggressiv atferd hos spillerne. En vet imidlertid lite om årsaksforhold, selv om en del kan tyde på at dataspill kan forstås som unngåelse eller mestringsforsøk i forhold til en vanskelig livssituasjon.

BEHANDLINGSMANUAL

Time: 0 -13

TIME 0: AVKLARING/TELEFON KONTAKT

Hvem deltar:

Pasienten og evt. foreldre eller andre foresatte

Introduksjon/bakgrunn:

I spesialisthelsetjenesten vil kontakten innledes gjennom en henvisning, og deretter en førstegangs telefonsamtale, med den som er henvist, og som regel også pasientens familie. Se Pasientrettighetsloven Kap. 3 ("rett til medvirkning og informasjon") og 4 ("samtykke til helsehjelp") for lovhjemler (<http://www.lovdata.no>).

Målsetting:

Den innledende telefonsamtalen bør være vennlig, respektfull og optimistisk, samtidig som en konkret etterspør bekymringene til pasienten og/eller foreldrene, hvor alvorlig problemene ser ut til å være, og hva de ønsker hjelp til. I løpet av samtalen avtales det tid for det første møtet.

Arbeidsmåte/teknikker:

I den innledende telefonsamtalen identifiserer man hvilke voksne som innehar omsorgsroller i familien, hvilke søsken pasienten har og hvem som kan tenke seg å møte til samtale. Terapeuten etterspør familiemedlemmenes involvering. For å få frem dette kan en spørre; *"hvem andre i familien deler dine bekymringer?"*. Imidlertid kan omfattende og utfyllende problembeskrivelser vente til inntaksintervjuet. En orienterer kort om prosessen videre, som inntaksintervju, avklarende samtaler, kartlegging og tilbakemelding på kartlegging, med oppsummering og drøfting av tiltak. En informerer og om at pasienten også vil ha individuelle samtaler som en del av den innledende kartleggingen og avklaringen. Til slutt kan en spørre om det er noe foreldrene lurer på (Horigan et al., 2005; Szapocznik, Hervis, & Schwartz, 2003)

Hjemmoppgaver:

1. Avtal utfylling av skjemaer som blir sendt i forkant av kartleggings samtalen.

TIME 1: KARTLEGGING

Hvem deltar:

Pasienten og foreldre eller andre foresatte

Introduksjon og bakgrunn:

All behandling forutsetter at aktuelle problemer og vansker er identifisert, forstått og kartlagt. Kartleggingen øker terapeutens forståelse for de aktuelle vanskene, og vil normalt øke motivasjon og bevisstgjøring av vanskene for pasienten og hans eller hennes nære andre.

Et av de mest anerkjente instrumentene for å måle dataspillavhengighet er Game Addiction Scale som ble utviklet av Lemmens et al. (Lemmens, et al., 2009) Den har 21 ledd og disse skåres langs en 5-punkts skala fra 1 (aldri) til 5 (veldig ofte). Denne skalaen er best egnet for å konstruere en totalskåre som kan benyttes som utfallsmål i forbindelse med behandling av dataspillavhengighet. Den finnes også i en kortversjon. Denne er mest brukt for å stille diagnosen. Kriteriet for diagnosen er at pasienten iht. en polytetisk tilnærming skårer 3 eller høyere på minst 4 ledd, mens kriteriet for dataspillavhengighet iht den monotetiske tilnærmingen er at pasienten skårer 3 eller høyere på alle leddene. I Appendix finnes både 21-ledds og 7-ledds versjonen av Game Addicton Scale.

Det er viktig å kartlegge styrker og ressurser. Styrker er definert som enhver positiv atferd, mestringsmekanisme, motivasjon, positivt formulerte mål eller ønsker, eller indre ressurser som personen beskriver. Ressurser er eksterne ressurser av styrker som venner, familiemedlemmer, sosiale grupper og medlemskap i foreninger eller organisasjoner (Hall, Smith, & Williams, 2008).

Målsetting:

Å kartlegge pasientens og øvrige familiemedlemmers syn på dataspillingen

Å starte en bevisstgjøring av problemet hos alle de involverte familiemedlemmene

Å identifisere ressurser og styrker hos pasienten

Arbeidsmåte/teknikker:

Hele familien- 45 minutter:

En sentral komponent i første time er funksjonell analyse, som er en analyse hvor en søker å identifisere ytre forhold og indre forhold, for eksempel tilstander hos pasienten, som samvarierer med dataspill. Dette bør inngå i et semistrukturert intervju. Følgende momenter bør dekkes i intervjuet. Bruk mest mulig åpne spørsmål:

1. Familiemedlemmenes beskrivelser av problemene – problemenes historikk og utløsende faktorer
2. Familiemedlemmers syn på årsaksforhold
3. Symptomenes innvirkning på daglig fungering knyttet til skole, fritid, trening, sosialt og familien
4. Mottiltak og kompensering fra pasienten sin side samt hva har foreldre og andre i omgivelsene gjort for å endre eller påvirke den aktuelle atferden
5. Funksjonell analyse – når spilles det mye og når spilles det lite? Er det spesielle omstendigheter og situasjoner som tidspunkt, følelser, fysiske settinger etc. hvor det spilles mye, og er det spesielle omstendigheter og situasjoner som tidspunkt, følelser og fysiske settinger etc. hvor det spilles lite? Momenter herfra kan være nyttig å vektlegge i arbeidet med stimuluskontroll (time 8).
6. Sekundærgevinst; er det spesielle forhold, personer, eller situasjoner som pasienten typisk unngår eller slipper å forhold deg til på grunn av sitt spilleproblem?
7. Generelt om helse. En generell kartlegging av fysisk og psykisk helse bør inngå. Mht fysisk helse bør det spørres om pasienten lider av noe fysiske lidelser, har somatiske plager og symptomer og hvilke medikamenter pasienten bruker. Psykiske helse bør kartlegges. I utgangspunktet bør symptomer på angst og depresjon kartlegges. I denne forbindelse kan Hospital Anxiety and Depression Scale HADS; (se appendix) benyttes. (Zigmond & Snaith, 1983). Skårer på 8 til 10 på de to delskalaene regnes som tegn på henholdsvis moderate nivå av angst og depresjon. Skårer på 11 eller høyere på de to delskalaene regnes som tegn på mer alvorlig angst og depresjon.
8. Av andre forhold behandler bør undersøke er symptomer på sosial angst, som er

å føle ubehag i sosial settinger, unngåelse av sosial settinger, og hvor unngåelsen forstyrrer daglig normal aktivitet. Pasientens søvnmønster bør også kartlegges i form av å etterspørre leggetidspunkt og stå-opp tidspunkter både i hverdager og helger, innsovningstid og søvnighet på dagtid.

9. Dersom relevant, bør behandler også kartlegge pasientens forhold til og bruk av rusmidler.
10. Generelt bør det kartlegges om det er andre problemområder som er av presserende art som psykiske vansker, relasjonelle vansker, vansker i f.m. skole eller jobb, vansker i forhold til venner og jevnaldrende, vansker i forhold til rutiner knyttet til søvn, spising, skole og skolearbeid, fysisk aktivitet etc.

Pasienten - 30 minutter:

1. Administrere Game Addiction Scale. Gjennomgå og diskuter resultatene med pasienten. Diagnosen stilles med kortversjonen (7 ledd). En skåre på 3 eller mer på minst 4 av 7 ledd indikerer dataspillavhengighet. Ellers er hele skalaen (21 ledd) mer sensitiv enn kortversjonen for å fange opp endringer fra før til ved endt terapi og anbefales som det mest sentrale utfallsmålet.
2. Dataspillavhengighet bør også måles med en dagbok i en uke for mer detaljert å undersøke når, og hvor lenge dataspilling foregår. I appendix har vi lagt ved en dagbok til dette formålet.
3. Undersøke om det er momenter eller tilleggsopplysninger pasienten har i forhold til de momenter som ble gjennomgått sammen med hele familien.
4. Kartlegge styrker vha eget instrument i appendix. Der er pasienten selv som endelig bør definere hva som er en styrke, men innspill mht hva dette kan være kan komme fra både behandler, familiemedlemmer, venner og andre. I alt er det 9 områder som kartlegges. På hvert området skal behandler oppsummere styrker (graderes fra 1-9) med verbale beskrivelser. Se appendix for kartlegging av styrker. Et eksempel på en styrke kan være at pasienten går på skole, møter opp til timene, deltar og gjør leksearbeidet.

Foreldre/foresatte - 15 minutter:

1. Kort funksjonell analyse: 1) Hva har foreldre eller foresatte gjort for å løse problemet? Forsøk å få mest mulig atferdsspesifikke beskrivelser. 2) Hvordan det

virket det? Forsøk å få mest mulig atferdsspesifikke beskrivelser. 3) Hvilken atferd fra foreldrenes side har best effekt mht å dempe spilling? 4) Hvilken atferd fra foreldres side har dårligst effekt mht å dempe spilling? 5) Forholder mor og far og evt. andre foresatte seg ulikt til pasientens spilling, evt. hvordan?

2. Be foreldrene komme med innspill vedr pasientens styrker.

Hele familien - 10 minutter:

Målsetting/avtale:

Terapitimen bør avsluttes med en diskusjon med hele familien om hva som er en naturlig målsetting. Det er lite realistisk med total abstinens mht dataspill. Målsettingen bør handle om å komme frem til en konsensus mellom foreldre, pasient og behandler om hva som er en fornuftig måte å spille data på.

1. Det bør spesifiseres klare mål mht hvor mye det bør spilles. Dvs. antall timer for de ulike dagene. Det er for eksempel naturlig å spille mer i helger enn ukedager. Det bør settes opp mål for hvor ofte det kan spilles og når på døgnet det kan spilles.
2. Det bør avtales spesifikt tidspunkter hvor spilling kan foregå. Samlet bør dette kunne ut i en skriftlig avtale som alle involverte parter signerer på.

Hjemmeoppgave:

1. Pasienten fører dataspilldagbok kommende uke. Tas med til neste time. Dataspillboken består av 5 rubrikker. I den midterste fører pasienten tiden for hver dataspillsekvens, inkl små pauser, hva som ble spilt, klokkeslettet når han startet og klokkeslettet når spillsekvensen ble avsluttet. I kolonne 2 føres opp tanker og følelser han hadde like før han startet å spille. I kolonne 1 skrives ned evt. utløsere – situasjoner han var i før han starter å spille – eller om noe spesielt skjedde før han begynte med dataspillingen. I kolonne 4 bes pasienten om å skrive ned evt. positive følelser han har etter å ha spilt data og i kolonne 5 nedtegner pasienten evt. negative følelser han har hatt etter dataspillsekvensen.

TIME 2: KARTLEGGING OG FAMILIEINVOLVERING

Hvem deltar:

Pasienten og foreldre eller andre foresatte

Introduksjon/bakgrunn:

Familiemedlemmene inngår i en gjensidig avhengig struktur som hjelper oss i å forstå og forklare atferdsmønstre innen familien. Disse atferdsmønstrene er repeterende i natur, og de er gjenkjennelige som interaksjonsmønstre familiemedlemmene imellom. Et annet kjennetegn er at de kan sees på som mer eller mindre effektive løsningsforsøk eller tilpasning for det enkelte familiemedlem, eller familien som helhet. I den grad disse repeterende interaksjonsmønstrene er knyttet til pasientens problematferd som her er spilleproblemet, er de naturlige mål for behandlingen.

Kort-tids strategisk familieterapi er pragmatiske og planlagte problemløsende intervensjoner. De er rettet mot de familiære interaksjonene som er vurdert å ha mest å si for pasientens psykososiale tilpasning (Szapocznik, et al., 2003).

Målsetting:

1. Klinisk formulering

Å beskrive gjennom kartlegging styrker og svakheter i familien. Samt også å formulere hvordan problematferden står i relasjon til familiodynamikken, dvs. om familiodynamikken utvikler eller opprettholder problematferden.

2. Behandlingsmål: restrukturering

Terapeuten jobber med det som skjer her og nå i timen. Fokuset er prosess og familieinteraksjon. Virkemidler man bruker er reformuleringer og eller "reframing".

Målet er ikke å endre kognisjoner, men å endre negative samhandlingsmønstre i familien, ved å tilby andre positive alternativ til familien. For eksempel, ved en dataspillavhengig ungdom kan pasienten være identifisert som problemet, oppfattet som syndebukk, ulydig og opprørsk. Familiemedlemmene kan være sinte og avvisende

til hverandre, eventuelt klandrende overfor pasienten. Reformulering av situasjonen og familieatferden er viktig for å skape en mulighet for endring. En reformulering som beskriver pasienten som *sårbar og fanget i et vanskelig dilemma*, kan påvirke familiens samhandling. Hvis familien ikke "kjøper" denne reformuleringen, så kan terapeuten tilby reformuleringen *"jeg la ikke merke til at du (forelderen) var så såret av sønnen din"* Her reformuleres sinne til sårhet.

3. Allianse

Et av målene i korttids strategisk terapi er å bygge en sterk allianse mellom foreldrene, med muligheter til å utøve ledelse i familien. I den grad det er konflikter mellom foreldrene, prøver en å løse disse områdene som står i veien for å håndtere utfordringene de har med pasienten på en god måte.

Noen ganger må en og få tydeligere skille mellom generasjonsgrensene, eller hvor mye foreldrene skal legge seg opp i pasientens liv.

Arbeidsmåte/teknikker:

1. Gjennomgå hjemmeoppgaver gitt i forrige time.

2. Joining.

Finn måter å støtte det enkelte familiemedlemmet uavhengig av posisjon og side i "konflikten". En måte er å finne et felles mål alle kan samles om, som bedre relasjoner og bedret kommunikasjon, eller at alle skal føle seg hørt og sett. Andre måter er å gi hvert enkelt familiemedlem opplevelsen av at de får det de vil ha; *"jeg vil hjelpe deg med å få mer støtte fra din ektemann i å håndtere "Tom", og "Jeg vil hjelpe deg (Tom) med å stoppe foreldrene med å krangle med deg"*.

Ved å gi hvert medlem av familien noe han ønsker, så kan en bygge allianse hvor det overordnede målet kan være at alle skal jobbe sammen for den enkeltes og familiens beste. Alliansebygging er en pågående prosess gjennom hele terapien, og i hver time.

3. Kartlegging av familien i henhold til strategisk terapi.

Atferdsproblemer hos ungdom blir sett på som resultat at atferdsmønstrene som ligger til grunn for familiesamhandling. Kartlegging består i å lage hypoteser om hvilke atferdsmønstre som er ansvarlige for pasientens problematferd, basert på observasjon av familieinteraksjoner i timen. Derfor er terapeutens første mål å tilrettelegge for at familiemedlemmene skal kunne samhandle direkte med hverandre. Innholdet er mindre viktig enn hva familiemedlemmene gjør. Fokus er altså på familieprosessene. Oppgaver til familien bestemmes av hypoteser vedrørende maladaptive familieprosesser.

4. "Enactments"

Målet er å skape en kontekst hvor familiemedlemmene føler seg fri til å samhandle på sine naturlige måter. Dette muliggjør observasjon av typiske interaksjonsmønstre familien imellom. Utfordringen ligger i å legge til rette for dette. Det kan oppnås ved at terapeuten ber familiemedlemmene rette kommentarer og spørsmål direkte til hverandre, og ikke til terapeuten. Hvis pasientens mor omtaler far, som er til stede, så ber terapeuten henne om å gjenta det hun sa, men nå rettet direkte til far. For eksempel, *"min mann ser ikke like alvorlig på spillingen som jeg"*. Terapeuten kan be om at mor gjentar det hun sier, men nå direkte til sin mann. Terapeuten kan og be mor om å si hva hun føler i forhold til det hun sier, direkte til mannen. *"Vil du fortelle din mann hva du føler i forhold til at du synes han ikke ser like alvorlig på spillingen som du"?*

Hvis det å legge til rette for "enactments" ikke går, kan terapeuten kommentere på hva som gikk galt, eller oppfordre familiemedlemmene til å fortsette.

5. Spørsmål:

Hvem er det som bestemmer i denne familien?

Hvem er det som tar avgjørelsene i familien?

Hvem tar ansvar for hva i denne familien?

Hvem bestemmer hva som er rimelig og urimelig oppførsel i familien?

Hvem i familien har noe å si (har autoritet)?

Er ledelsen av familien i de riktige hendene? Er det fordelt mellom de riktige medlemmene?

Er det et hierarki i familien som er naturlig etter alder, rolle og funksjon?

Legg merke til hvem som opprettholder orden, hvem som opprettholder disiplinen i familien, og om forsøkene på å opprettholde orden og disiplin blir lyttet til eller ikke. Hvem i familien rettleder de andre, og blir denne rettleidingen lyttet til, eller ikke?

Se og etter allianser og suballianser, og eventuelle problematiske allianser. Legg og merke til hvordan familien kommuniserer med hverandre. Vurder også reguleringen av avstand og nærhet familiemedlemmene imellom. Det kan bety problemer dersom det er mange indikasjoner på ekstrem og rigid avstand eller ekstrem nærhet. Vurder tilpasninger til naturlige utviklingsbaner. Er de forventninger og krav som stilles tilpasset pasienten og hans utvikling? Hvilken involvering er det mellom foreldre og pasienten? Hvor fleksible er familiemedlemmene med hverandre?

Er det noen som utpekes som sydebukk for familieproblemene?

Hvordan håndterer familien ulike og motstridende syn?

Hvordan håndterer familien konflikter? Hvordan løser familien konflikter? Blir alle hørt når konflikter løses?

6. Mulige reformuleringer:

Sinne til smerte og tap

Konflikter til nært og emosjonelt engasjement

Kriser som muligheter for å samle familien og utvikle seg personlig for den enkelte

Føle seg overveldet som behov for å lade batteriene

Impulsivitet som spontanitet

Insensitivitet som å si ting som de er

7. Atferdskontrakter brukes for å sette grenser for foreldre og pasienten (se time 6 om kontrakt, side 36-38).

I fellesskap bør familien bli enige om regler for dataspillingen, andre oppgaver og påfølgende konsekvenser ved brudd. Dette er en hjelp til å markere

grenseoppganger mellom pasienten og foreldrene gjennom gjensidig forpliktende forventinger til atferd. Forvent at pasienten tester ut om foreldrene holder sin del av kontrakten. Foreldrene vil ofte gjøre mindre eller mer enn det som alle ble enige om, eller vise uenighet om sanksjonene. Terapeutens oppgave er da å oppmuntre og støtte foreldrene til å holde det de har forpliktet seg til i kontrakten.

Hjemmeoppgave:

1. Tildeling av oppgaver:

Prinsipp: Gi oppgavene todelt, en planleggingsdel i timen og en påfølgende gjennomføring hjemme. Begynn med oppgaver som du tror de kan klare. Klarer de å løse oppgaven i timen, gjenta oppgaven hjemme. Eksempler: be far og sønn om å lage en plan for å gjøre en hyggelig aktivitet i fellesskap i timen, for så å utføre den i hjemmeoppgave. Be foreldrene om å planlegge tid sammen, hvor de ikke diskuterer pasienten, og be dem om å gjennomføre dette i hjemmoppgave. Se og appendix Time 2; "Oppgaver: refokusering av oppmerksomheten på gode ting".

Ved manglende gjennomføring av hjemmeoppgaver; identifiser grunnene til at det ikke lot seg gjøre, og hjelp familien til å komme over disse.

I situasjoner hvor pasienten har en sterk maktposisjon i familien, og terapi innebærer å bli identifisert som "problembærer", vil det ofte være lite motivasjon for pasienten for terapi, ettersom det kan true hans posisjon og makt. I slike tilfeller utfordrer terapeuten innledningsvis ikke pasientens posisjon og maktbase, men prøver derimot å alliere seg med pasienten. Det krever gjerne et eller flere individuelle møter mellom terapeut og pasient. En måte å gjøre dette på er å overføre problemet fra pasienten til familiesystemet. *"Jeg vil at du skal møte i familiesamtaler for å hjelpe meg til å endre på noen av måtene familien håndterer ting på"*.

TIME 3: FORDELER OG ULEMPER MED SPILL - AMBIVALENS

Hvem deltar:

Kun pasienten

Introduksjon/bakgrunn

Motivasjonell intervjuing (MI) som teknikk eller behandlingsstil tar utgangspunkt i Miller og Rollnicks "Readiness for change". Familiene og pasientene man møter er i ulik grad klar for å gjennomføre endringer, og derav følger det at intervensjoner og fokus i samtalene må tilpasses ut i fra hvor pasientene er. Et annet overordnet prinsipp er at familien og pasientene kan ha ulike problemopplevelse og alle kan være mer eller mindre ambivalent i forhold til å gjøre endringer av egen atferd. Begrepet ambivalens er knyttet til begrepet konflikt, dvs. en har motstridende følelser knyttet til for eksempel online dataspilling. På den ene siden er det et sosialt medium hvor pasienten kan ha fått mange venner, samtidig som det på den andre siden tar mye tid og går negativt utover nattesøvnen og skolearbeidet (Miller & Rollnick, 2002).

Målsetting:

Grunntanken i MI er at endringsmotivasjon utvikles etter hvert som man utvider forskjellen mellom "slik det er" og "hvordan man ønsker det skal være" Her utforskes og utvides diskrepans. Der hvor problemopplevelsen er liten, er første mål i samtalene nettopp å initiere mer ambivalens med å utforske og utvide diskrepans dvs. forskjellen mellom hvordan ting er, og hvordan man ønsker at de skal være.

Det er i prinsippet 4 kategorier endringsfremmende ytringer som MI understøtter:

1. Ulemper ved at ting fortsetter som før
2. Fordeler ved at noe i situasjonen endres
3. Optimisme om at endring er mulig
4. Intensjon om å endre atferd

Atmosfæren i samtalene innebærer aktiv lytting, empati og refleksjon. Holdningen er å prøve å forstå den andre så godt som mulig. Motivasjon for endring fremmes ved at

pasienten hører seg selv si høyt grunner for endring, jmf. kategoriene over. Eventuell motstand er et signal om å endre tilnærming.

Arbeidsmåte/teknikker:

1. Gjennomgå hjemmeoppgaver gitt i forrige time.

2. Utforsking av ambivalens:

Hva er fordelene med å fortsette som før?

Hva er ulempene med å fortsette som før?

Hva er fordelene med å endre spillemønster?

Hva er ulempene med å endre spillemønster?

3. Her er et tenkt eksempel med en som spiller mye online-rollespill:

Fortsette som før		Endre spillemønster	
<i>Fordeler</i>	<i>Ulemper</i>	<i>Fordeler</i>	<i>Ulemper</i>
Sosialt	Tar mye tid	Mer tid til andre venner	Går glipp av mye "gøy"
Gøy	Trøtt og sliten	Mer opplagt	Mister status og posisjon i "guildet"?
Forpliktelse "guild"	Snur døgnet	Bedre rytme dag/natt	Mindre kontakt venner på nettet
Høyere nivå "avatar"	Går ut over skolen	Mer tid til skolen	Savner spillingen
Bedre utstyr	Krangler med foreldrene	Mindre konflikt hjemme	Mye tid - kjedelig
Slapper av	Sitter mye i ro		
Tidsfordriv			
Status			

4. Reaktans

Teorien om psykologisk reaktans legger til grunn at folk ønsker å føle seg fri til selv å velge fritt. Hvis denne friheten blir truet av ytre begrensninger, vil dette kunne føre til en negativ aversiv respons hos personen det gjelder. Denne aversive reaksjonen motiverer for å gjenvinne følelsen av frihet og dette kalles "reaktans". Teorien om

psykologisk reaktans predikerer at jo mer foreldre og andre, for eksempel terapeuten, trykker på for å endre pasientens atferd, jo mer attraktivt er spillingen ettersom opplevelsen av en egen personlig frihet til å velge er truet. Dersom spillingen er den eneste kilden til positiv opplevelse, vil pasienten være motivert for å opprettholde spillingen. Dette til tross for de mange negative konsekvensene som følger av spillingen.

Det er viktig å tenke at pasienten alltid er motivert for noe og spørsmålet er: Hva er de motivert til? Det å undersøke og forstå hva som motiverer til spillingen er derfor viktig. Likeledes er det viktig å undersøke og forstå pasientens motivasjon for endring.

Utforsking av motivasjon for endring:

*Hva vil skje hvis han fortsetter som nå? Hvilke positive ting? Hvilke negative ting? Er det ting som han ønsker var annerledes (til det bedre)? Hva er det han eventuelt ønsker skal skje? Hvordan vil han ha det? Hvordan tenker han at han kan oppnå det? Hva skal skje? Hva skal foreldrene gjøre? Søsknene? Hva skal **han** gjøre? Hvor skal vi starte? Hva tenker han er best å gripe fatt i? Er det noe han vil ha endret?*

5. Introduser mirakelspørsmålet, få frem endringer:

"Sett at mens du sover, så skjer det et mirakel, og når du våkner opp, så er alle problemene dine løst. Hva er det du ville legge merke til som er forskjellig? Hva har endret seg til det bedre? Hva er det du konkret sier eller gjør som er annerledes? Hva ville dine venner si du gjør annerledes?"

6. Løs oppfastlåste problembeskrivelser, se etter unntak:

"Er det mirakelet på noen måte i ferd med å skje nå?"

7. Eksempler på spørsmål for å fremme endingsmotiverende ytringer:

På hvilken måte bekymrer dette deg?

Hva vil skje om ting fortsetter som før?

Hva bekymrer deg med situasjonen slik den er nå?

Hva vil skje hvis du ikke endrer på noe?

Sett at ting fortsetter som de er, hva er det verste som kan skje med deg?

Hvordan ville du like at ting var annerledes?

Hvordan ville du ønske at livet ditt så ut om 2 år fra nå?

"Hvilke grunner kunne du ha for å endre "....."

Hvordan ville ting fungere bra for deg, hvis du endret ting?

Hva ville det beste som kunne skje med deg være, hvis du endret litt på ting?

Hva tenker du om spillingen din?

Hvor viktig er spillingen din for deg? Hvor viktig er det for deg å kunne fortsette å spille?

Hva tenker du at du kan gjøre som gjør en forskjell?

Hva ville du være villig til å prøve?

Hva tenker du å gjøre?

Se etter unntak. Utfyll og utbroder beskrivelsene.

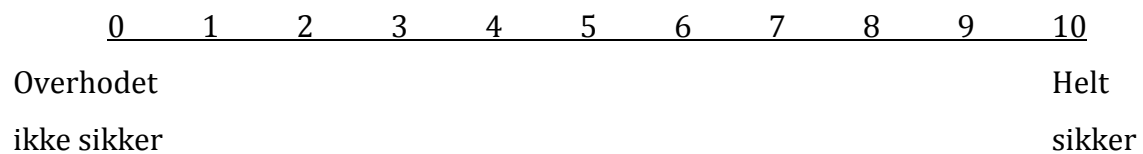
8: Bruk av skalering og ressursperspektiv

Hvor viktig for deg er det å gjøre noe med ".....". På en skala fra 0 til 10, hvor null er "overhodet ikke viktig", og 10 er "ekstremt viktig", hvor vil du si at du er?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Overhodet										Ekstremt
ikke viktig										viktig

Hvor sikker er du på at du hvis du bestemte deg for det, så ville du kunne gjøre noe med ".....".

På en skala fra 0 til 10, hvor null er "overhodet ikke sikker", og 10 er "helt sikker", hvor vil du si at du er?

**Hjemmeoppgave:**

1. Skriv ned 5 ting jeg ønsker skal skje. Beskriv forskjellen mellom slik det er og slik jeg ønsker det skal være.

TIME 4: MÅLAVKLARING

Hvem deltar:

Kun pasienten

Introduksjon/bakgrunn:

Mange vil ikke se viktigheten av å gjøre endringer. Andre igjen har ikke tillitt til- eller tro på at endring er mulig eller de kan ikke se alternative løsninger. Hva vil pasienten og hva tenker han om sin egen situasjon? Hva blokkerer eventuelt for at han skal få mer tro og håp om en annerledes hverdag?

Løsningsorienterte samtaler søker å fremme forståelsen av både en positiv fremtid og på hvilke måter denne fremtiden allerede er i ferd med å bryte frem (Selekman, 2008, 2009).

Målsetting:

Å fremme en løsnings- og endringsfokusert tilnærming hvor målet er å klargjøre noen målsettinger for behandlingen videre. Å belyse fordeler og ulemper med de ulike valgene gjennom konsekvensanalyse.

Arbeidsmåte/teknikker:

1. Gjennomgå hjemmeoppgaver gitt i forrige time.

2. Mirakelspørsmål

Inviter pasienten til å forestille seg at et mirakel har inntruffet og at mirakelet har løst hans bekymringer. Be pasienten beskrive en slik dag. *Hva er annerledes?*

Hvordan vet han at mirakelet har inntruffet? Hva er det pasienten sier eller gjør som er annerledes?

Å beskrive en fremtid hvor endring har inntruffet fremmer nettopp forventningene om at endringene vil inntreffe. Denne forventningen leder igjen til en forankring i atferd dvs. det kan bli et selvoppfyllende profeti. Denne metoden er en indirekte måte å fremme målsettinger på og styrker den terapeutiske alliansen.

Terapeuten anvender mirakelspørsmålet i en sammenheng hvor pasientens opplevelse og følelser er validert og sett.

3. Spørsmål til viktigheten av endring:

På hvilken måte ville det komme noe godt ut av å begrense spillingen?

Hvilken forskjell vil det gjøre for deg å begrense spillingen?

På hvilke andre måter ville du tjene noe på det?

Hva ville ulempene være med å spille mindre?

Hvordan vil du vite at du virkelig ønsker å spille mindre?

4. Spørsmål om endringsberedt:

Hva vil måtte skje for at du vil si til deg selv at "NÅ er det på tide å kutte ned på spillingen"?

På hvilke andre måter vil du vite at du er klar til å kutte ned på spillingen?

5. Eksempel på en dialog:

Terapeut:

På en skala fra 1 til 10, hvor 10 betyr at du fullt og helt tror på at du kan endre spillingen din, og 1 betyr ingen tiltro til det, hvor vil du si at du var på skalaen for 4 uker siden?

Pasient: "2"

Terapeut: *Og hvor på skalaen var du for 2 uker siden?*

Pasient: "4"

Terapeut:

Hva gjorde du for å komme fra 2 til 4? Hva sa du til deg selv for å få det til?

Fikk du hjelp av noen rundt deg for å klare det?

Terapeut: *Hvor vil du plassere deg på skalaen i dag? Hva er grunnen til at du plasserte deg der?*

I løpet av den neste uken, hva vil du gjøre for å komme opp et steg opp på skalaen, fra....til..

Skalerings spørsmål kan brukes til å sette innledende mål for behandlingen.

6. Tillit egen endring:

"På en skala fra 1 til 10, hvor 10 betyr at du virkelig vil begrense spillingen din, hvor vil plassere deg på skalaen?"

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Overhodet											Helt
ikke sikker											sikker

Hvor sikker er du på at du i løpet av den neste uken vil ta et steg høyere opp på skalaen, si opp til(eksempelvis 5)?

Hvordan konkret vil du få til det?

Hva med venner på nettet, nå mens du selv strever med å komme oppover på skalaen?

Hvordan vil du vite eller kunne se at du virkelig lykkes i uken som kommer?

7. Se tilbake/frem i tid.

Dette brukes for å fremme diskrepans mellom hvordan ting "er", og hvordan en ønsker de skal være.

Kan du komme på en gang i fortiden, hvor alt gikk bra for deg?

Hva har endret seg?

Hvordan var du, den gang?

Hva er forskjellig mellom hvem du var den gangen, og hvem du er nå?

På hvilken måte har dataspillingen hindret deg i å bevege deg fremover i livet?

Hva er dine håp for fremtiden?

Ideelt sett, hvordan vil du like at ting blir for deg?

Hvis du føler deg frustrert i livet ditt nå, hvordan vil du at ting skal være annerledes?

Hva er mulighetene eller valgene du har nå?

Hva ville være det beste resultatet du overhodet kunne se for deg hvis du må gjøre en endring?

8. Oppsummer og reflekter:

Hvilke valg har pasienten? Hva vil være naturlige mål? Fordeler og ulemper med de ulike valgene. Gjør en konsekvensanalyse.

Hjemmoppgave:

1. 5 grunner til at jeg ikke kan fortsette som nå;
2. 5 grunner til at jeg kan fortsette som nå

TIME 5: TILBAKEMELDING FRA KARTLEGGING

Hvem deltar:

Pasienten og foreldre eller andre foresatte

Introduksjon/bakgrunn:

Kartlegging og tilbakemelding på kartlegging brukes for å fremme endringsmotivasjon hos pasienten og foreldrene.

Målsetting:

Det å oppsummere og sammen med familien drøfte resultatene fra kartleggingen kan gi en motivasjon for behandling, og kan styrke alliansen med pasienten og familien. I tillegg gir det pasienten og foreldre oversikt over problemene og deres mulighet for hjelp. En får og beholders syn på alvorligheten av spilleproblemet.

Arbeidsmåte/teknikker:

1. Gjennomgå hjemmeoppgaver gitt i forrige time.
2. Tilbakemelding

Begynn med generell målsetting om å belyse familiens situasjon gjennom tilbakemeldingen. Gjennom kartleggingen har en blitt bedre kjent med pasientens opplevelse av egen situasjon og ståsted. Gjør samtalen til en motiverende tilbakemelding for alle involverte.

Mulige problemområder kan være:

Konflikter med venner, foreldre, søsken og lærere

Kriser i forhold til rolle-overganger for eksempel pubertet eller skifte av skole

Interpersonlige vansker som å knytte vennskap og kommunisere behov og følelser

Spillingens plass i livet og fordeler og ulemper med dataspill

Andre symptom eller vansker

3. Tilbakemelding og diskusjon:

Adresser pasientens opplevelse ved å etterspørre erfaringer pasienten gjorde seg i kartleggingsfasen. Hvilke tanker gjør pasienten seg, og er det noen ting eller temaer eller dilemmaer som er blitt tydeliggjort for ham gjennom kartleggingen?

Terapeuten klargjør og støtter. Terapeuten går og igjennom aktuelle kartleggings-skjemaer som er brukt og oppsummer og spør om pasienten kjenner seg igjen i det terapeuten sier i sin tilbakemeldingen. (Dishion & Kavanagh, 2003).

4. Etterspør deltakernes ulike oppfatninger:

Terapeuten bruker fellessamtalen med foreldrene til å drøfte deres ulike oppfatninger og gir pasienten innspill til ulike perspektiver på spilleproblemet

Det er viktig å anerkjenne pasientens opplevelse av vanskene og hvordan det påvirker ham, og drøfte hvordan samtaler videre kan være nyttig:

"Jeg kan forstå hvordan følesene av (sett inn det som passer: Sinne, frustrasjon, depressive tanker, uro, ensomhet, søvnvansker) er ubehagelige og ukomfortable. Jeg vet du gjerne vil ha det bedre med deg selv, og i løpet av de neste ukene kan vi finne mer ut av hva som forårsaker situasjonen og hva dere i fellesskap kan gjøre for å få endret den."

5. Oppsummering:

Oppsummer både de oppfatningene av problemområdene du og pasienten deler, og også oppfatninger hvor dere er uenige.

"Jeg har fått forståelse av at kranglingen og konfliktene mellom deg og dine foreldre oppleves som et problem for deg, du deler imidlertid ikke dine foreldres syn om at spillingen din er et problem slik de gjør."

Hvis pasienten ikke deler noen problemopplevelse, kan terapeuten klargjøre ved å gi uttrykk for hva terapeuten selv ser og tenker.

Ved problemformulering:

Lytt til hvordan pasienten forteller om problemet og situasjonen. Hvis narrativet dvs. språket og fortellingen er konflikt innen en relasjon, da forstås det best som en rollekonflikt. Hvis problemene beskrives best som vansker med å tilpasse seg en situasjon, da forstås problemet best som en rolle-overgang. Bruk et narrativ som er best mulig tilpasset språket og virkeligheten som pasienten beskriver den som.

6. Beslutning om dataspill og behandling:

Hva er pasientens beslutning i forhold til dataspill fremover?

Be pasienten skrive ned sin beslutning om dataspill videre (se Appendix s.23).

Til refleksjon:

Hva nå? Hva er veien videre? Hva vil pasienten? Hva kan han forplikte seg til fremover? Hva tenker familien om det? Er det en beslutning som de kan støtte? Hva tenker de må til?

7. Ved uenighet i mål og problemforståelse:

Dette kan skyldes flere ting, som uvillighet til å se sammenhengene mellom fungering og følelser, relasjoner og situasjonen. Det kan og skyldes eksternalisering, det vil si klandring av for eksempel foreldre "om bare foreldrene mine oppførte seg annerledes, så....", For de fleste vil det være lettere å klandre andre enn å ta ansvar for problemene selv.

Måter å håndtere dette på:

1. Utsette problemformuleringen, inntil dere har fått en bedre felles avklaring og identifisering av de spesifikke problemene og situasjonen
2. Begynn med generelle mål, og bli mer spesifikk ettersom terapeut og pasient får en større felles forståelse
3. Bli enig med pasienten om først å ta opp hans bekymringer, og dernest gå inn på problemene slik terapeuten ser dem.
4. Hvis terapeuten får høre at han/hun har en feil forståelse eller problemformulering, tenk igjennom den på nytt og reformuler den.

Hjemmeoppgaver:

1. ØNSKELISTE – MÅL:

Alle i familien setter opp ønsker for sin egen del som forberedelse til kontraktinngåelse i neste time

TIME 6: MÅLAVKLARING, FORHANDLINGER OG KONTRAKTSINNGÅELSE

Hvem deltar:

Pasienten og foreldre eller andre foresatte

Introduksjon/bakgrunn:

Atferdskontrakter brukes for å sette grenser for foreldre og pasienten. Det handler om i fellesskap og bli enige om regler for dataspillingen, andre oppgaver og påfølgende konsekvenser ved brudd. Dette er en hjelp for å markere grenseoppganger mellom pasienten og foreldrene. Terapeuten klargjør og fremmer gjensidig forpliktende forventinger til atferd. Forvent at pasienten tester ut om foreldrene holder sin del av kontrakten. Foreldrene vil ofte hjemme gjøre mindre eller mer enn det som en ble enige om eller vise uenighet om sanksjonene. Terapeutens oppgave senere er da å oppmuntre og støtte foreldrene til å holde det de har forpliktet seg til i kontrakten (Gjesvik, Fellman, & Fredriksen, 2009).

Målsetting:

Å få frem endring og endrings-skapende dialog ved å bruke en løsningsfokusert tilnærming. Videre å oppnå målavklaring gjennom forhandlinger og kontraktinngåelse

Arbeidsmåte/teknikker:

1. Gjennomgå hjemmeoppgaver gitt i forrige time.
2. Etterspørre endring:

Så hva er bedre siden sist vi så hverandre? Hva har endret seg til det bedre?

Med flere endringer tikjennegjort, er terapeutens oppgave å understreke og fremheve disse. En kan anvende mål-oppnåelsesskalaen og bruke skalering for å se hvor familien nå befinner seg, og for å få frem eventuelle endringer de ikke har nevnt innledningsvis. Det er en intensjon å oppmuntre familien til å fortsette med eventuelle løsningsforsøk eller eksperimenter de finner mest nyttige for dem selv.

Det er viktig å ta opp eventuelle bekymringer og ta opp eventuelle forhold som trenger å løses før en går videre. Hvis familien heller vil fokusere på det som ikke fungerer

istedenfor det som har gått bra hører terapeuten respektfullt på bekymringene knyttet til ukedagene som ikke gikk bra. Terapeuten etterspør de dagene det gikk bedre og spør om hva det var som gikk bra og om hvordan de fikk det til. Det er viktig å fremheve positive steg og sjekke ut hvor familien er i forhold til målene de har satt seg. Terapeuten spør også om hjemmeoppgaven fungerte eller om de vil prøve noe nytt. Hvis familien sitter fast i negative erfaringer og opplevelser og ikke kan komme med noen eksempler på bedring, verken mellom familiemedlemmene eller i situasjonen, så prøv mestringsspørsmål om hvorfor situasjonen ikke har utviklet seg til det verre.

"Hvordan har de klart å hindre at problemet har forverret seg? Hva konkret gjør de for å forhindre det?"

Fremhev dette, og be om mer av det samme. Hvis familiens svar er bare pessimistisk, prøv med "pessimisme sekvensen", hvor en spør familien hva som hindrer de i å "kaste inn håndkleet", som for eksempel å kaste PC-en ut av huset. Et mer ekstremt eksempel kan og være å spørre hva som har hindre foreldrene i å kaste sønnen ut av huset, hvis det vel og merke er snakk om eldre pasienter. Det kan være grunnlag for å forhandle frem nye målsettinger med familien. Målene kan da bli mindre eller annerledes.

Noen ganger kan terapeuten anta at det som opprettholder eller forsterker problemene er at familien mer eller mindre sitter fast i uhensiktsmessig løsningsforsøk som stadig gjentar seg. I slike tilfeller kan terapeuten bruke tavle eller flip-over for å synliggjøre hvordan familiemedlemmenes beste forsøk på å løse situasjonen kan opprettholde- eller øke problemene. "Gjør noe annet" hjemmeoppgaver kan da gis.

Dersom familien sitter veldig fastlåst kan terapeuten invitere inn en co-terapeut som kan fungere som et reflekterende- eller debatterende team. En av terapeuene argumenter da ut fra ungdommens perspektiv, mens den andre co-terapeuten argumenter ut fra foreldrenes ståsted. Målet er å få frem dilemmaene de ulike partene står i og belyse hvordan dette gjør at familien står fast. Familiemedlemmene står fritt i å komme med egne tanker, utfordre terapeutenes tanker eller ikke kommentere på det de har hørt.

2. Forhandlinger om spilleatferd og inngåelse av avtale:

Inviter både foreldre og pasienten til fritt å legge frem sine ønsker og mål for spilleatferden. Noter på tavle slik at de respektive ønskene er synlig for alle.

Terapeuten går igjennom alles ønsker, oppsummer og sjekker ut om alles ønsker er korrekt gjengitt. Fremhev først hva det er enighet om for så og vise hva det er uenighet om. De punktene pasienten og foreldrene ikke er enige om skal det forhandles om. Målet er å komme frem til en avtale alle kan forplikte seg til. Avtalen skal være konkret og partene skal bli enige om konsekvenser ved brudd på avtalen. Det er anbefalt at konsekvensene skal synes rimelige for alle, og ikke være større enn at de kan gjennomføres. Eksempler på konsekvenser kan være alt fra mindre spilletid til inndragelse av PC i en tidsperiode.

Muligheten for at man i felleskap lager både en plan A og en plan B er beskrevet i litteraturen. Tanken bak dette er at ved å først starte med regler i henhold til plan A, så prøver man først ut en avtale man er enige om, og hvis rammene for avtalen brytes, så skal automatisk reglene som regulerer spilleatferden reguleres etter en på forhånd avtalt plan B som alle kjenner. Ved dette blir rammene og reglene plan B gir en konsekvens av regelbrudd for plan A. (Gjesvik et al., 2009).

Eksempel på plan A og B kan være at ungdommen selv skal begrense spillingen i hverdagene i en uke. Plan B kan da være å ikke spille 3 av ukedagene, eksempelvis mandag, onsdag og fredag, og ikke spille etter kl. 22.30 tirsdager og torsdager. I helgene er det fri spilletid, forutsatt at pasienten står opp om morgenen og går på skolen i hverdagene.

Hjemmeoppgave:

1. Gjennomføre kontrakten

TIME 7: SØVN OG SØVNREGULERING

Hvem deltar:

Pasienten og foreldre eller andre foresatte

Introduksjon og bakgrunn:

Svært mange som spiller data i overdreven grad sliter med søvnvansker. Mange har utviklet svært dårlig søvnhygiene og mange har utviklet forsinket døgnrytme som følge av dataspilling om natten. Sammenhengen mellom dataspill og uheldige søvnvaner har vært vist i flere undersøkelser (Calamaro, Mason, & Ratcliffe, 2009; Van den Bulck, 2004). På denne bakgrunn finner vi det fornuftig å sette av tid i behandlingen til å fokusere på og evt. å intervensere i forhold til uheldige søvnvaner og forsinket søvnfase. Svekket søvn reduserer muligheten og evnen til å jobbe systematisk i terapi. Det er også vanskeligere å bli integrert i et vanlig aktivitetsmønster forenlig med skolegang og arbeid om søvnen ikke er god. Det ansees også som lettere å få tilbakefall om en har et uheldig søvnmønster som innebærer mye søvn på dagtid og relativt lite søvn om natten.

For å kunne intervensere effektivt i forhold til dårlige søvnvaner og forsinket søvnfase er det viktig å vite hvordan søvnen er regulert: Den ene faktoren som regulerer søvnen er døgnrytmen eller den cirkadiane faktoren. Denne styres av nucleus suprachiasmaticus i hypothalamus. Denne kjernen styrer en rekke kroppslige funksjoner, bl.a.

kroppstemperaturen. Kroppstemperaturen begynner normalt å falle om kvelden. Den faller ned til et minimum (nadir) ca kl 05.00 og begynner så å stige. Den stiger opp til et platå om formiddagen og holder seg forholdsvis høyt fram til kvelden. Normalt er søvnen plassert fra ca 6 timer før til ca 2 timer etter nadir for kroppstemperatur, for eksempel fra kl 23.00 til 07.00 (Bjorvatn & Pallesen, 2009). Det er vanskelig å sove når kroppstemperaturen stiger.

For en person som har forsinket søvnfase vil nadir finne sted langt senere enn 05.00. For disse blir det vanskelig å sovne inn til adekvat tidspunkt om kvelden og også vanskelig å våkne når man ønsker om morgenen. Den andre faktoren som innvirker på evnen til å sove er den homeostatiske. Denne innebærer at det må bygges opp et søvnbehov for at vi skal sove. Desto lengre tid som har forløpt siden en sist sov desto sterkere blir det oppbyggede søvnbehovet. Dette betyr at soving på dagtid (for eksempel

ettermiddagsblund etc.) bør unngås fordi dette typisk svekker det homeostatiske søvnbehovet og typisk forringer søvndybden om natten og forelenger innsovningstiden. Den homeostatiske faktoren samvirker med døgnrytmen (Borbely, 1982). Best og lengst søvn får vi når det har gått forholdsvis lang tid siden vi sist sov og når vi legger oss i det kroppstemperaturen begynner å falle. Den tredje faktoren som innvirker på søvnen er atferdsfaktoren. Eksponering for både indre stimuli som bekymringer, intellektuelt arbeid og ytre stimuli som lys, lyd, dataspill etc.. vil typisk øke våkenheten, mens deaktivering dvs å redusere tilgangen fra både indre og ytre stimuli er noe som typisk fremmer søvn.

Kartlegging av søvnen gjøres normalt med søvndagbok. Denne gir en pekepinn på søvnvaner mht leggetider og tidspunkt for når man står opp. Det er også viktig i samtaler med pasienten å få kartlagt hva denne gjør de siste 2-3 timene før han legger seg om kvelden (utsettes han for aktiverende stimuli?). Inntak av koffein etter kl 1200 på formiddagen bør ikke være stort.

Intervensjoner for pasienter med døgnrytmelidelse:

For noen unge som spiller data er døgnrytmen så mye forsinket at den er vanskelig å korrigere v.h.a. søvnhygieneråd alene. I slike tilfeller vil det være aktuelt å endre eller korrigere døgnrytmen ved hjelp av lysterapi. For å nyttiggjøre seg lysterapi må en estimere nadir for kroppstemperatur. Nadir for kroppstemperatur kan normalt estimere til tidspunktet 2 timer for spontant oppvåkningstidspunkt når pasienten får sove så lange han vil.

For en ungdom som står opp kl 08.00 i ukedagene for å komme seg på skolen, men i helgene sover til kl 14.00 kan nadir for kroppstemperatur følgelig estimeres til kl 12.00. Lyseksponering før kl 12.00 (mao før nadir) vil typisk faseforsinke døgnrytmen, mens lyseksponering etter nadir vil fasefremskynde døgnrytmen. For en slik pasient bli det viktig å unngå sterkt lys (dvs dagslys) før nadir. I praksis må en slik pasient bruke solbriller før kl 12.00 dersom han er utendørs i dagslys. Etter kl 12.00, for eksempel i 45 min fra 12.00 til 12.45. bør pasienten eksponere seg for lys. Dette kan innebære å oppholde seg utendørs i dagslys eller å eksponere seg for lys via en terapilampe (som helst gir 10 000 lux på 50 cm avstand). Det antas at slik lyseksponering fremskynder

døgnrytmen med minst 30 min. Påfølgende døgn kan pasienten således legge seg 30 minutter tidligere samt ta lysterapi 30 minutter tidligere enn foregående døgn (dvs kl 11.30). Mao fremskyndes nadir med minst 30 minutter på basis av en slik intervensjon. Intervensjonen skrider fram til ønsket døgnrytme, dvs til passende tidspunkt for leggetid og oppvåkning er nådd. Da kan lysterapien seponeres. En del trenger imidlertid vedlikeholdsbehandling med lysterapi 2-4 morgener i uken for å opprettholde endringen.

Melatoninbehandling:

I noen tilfeller suppleres lysterapi med melatonin. Melatonin produseres normalt i epifysen og er med å regulere døgnrytmen. Eksogen melatonin (m.a.o. tatt i tablettform) kan også endre døgnrytmen. For å fremme maksimal fasefremskyndelse anbefales 3 mg uten depotfunksjon ca 12 timer før lysterapien. Melatonin uten depotfunksjon må utskrives på resept sammen med søknad om registreringsfritak, da medikamentet er uregistrert. Tas lysterapi kl 09.00 skal melatonin tas kl 21.00, ideelt skal det tas 5 timer før innsovningstidspunktet. Normalt vil vi ikke anbefale langtidsbehandling med melatonin fordi en i for liten grad kjenner langtidseffektene. Melatonin kan imidlertid være nyttig for å fremme selve endringen dvs. fasefremskyndelsen av døgnrytmen, men anbefales således primært brukt i denne fasen.

Kronoterapi:

Et alternativ til lys og melatonin for å få en ungdom til å komme i riktig døgnrytmefase er kronoterapi. Denne består av to faser: 1) I fase 1 går pasienten til sengs og står opp 3 timer senere for hvert suksessive døgn. Sovner pasienten ikke inn før kl 04.00, skal han første døgn av behandlingen legge seg kl 07.00, så henholdsvis som et eksempel kl 10.00, 13.00, 16.00, 19.00 og 22.00. 2) I fase 2 er fokus å stabilisere og opprettholde endringen oppnådd i fase 1. Å stå opp til et fast tidspunkt uansett hvor mye en har sovet blir her et meget sentralt poeng. En kan gjerne ha en viss fleksibilitet mht leggetidspunktet, men tidspunktet for når en står opp bør ikke avvike mer enn 2 timer fra tidspunktet en står opp i hverdager inkludert skoledager eller arbeidsdager. (Bjorvatn & Pallesen, 2009; Pallesen, 2005, 2009)

Ved å forbedre søvnen til pasienten vil ofte den kognitive og emosjonelle kapasiteten for å nyttiggjøre seg terapi bli bedre. Vi tenker også at det i denne sammenhengen er sentralt at ungdommen slik eksponeres for normalforventninger som også kan ha overføringsverdi med tanke på dataspill.

Målsetting:

At både pasienten og foreldrene skal bli bevisst på hva som er god søvnhygiene for ungdom

At pasienten skal utvikle bedre søvnvaner

Å introdusere behandlingstilnæringer for pasienter med døgnrytmelidelse

Arbeidsmåte/teknikker:

1. Gjennomgå hjemmeoppgaver gitt i forrige time.
2. Gå igjennom søvnhygienerådene som finnes i appendix både med pasienten og foreldrene. Avvik fra disse bør gjennomgås særlig og det bør diskuteres hvordan disse avvikene kan minimaliseres. For mange ungdommer vil en slik tilnærming være tilstrekkelig for å forbedre søvnen vesentlig.
3. Dersom pasienten sliter ekstremt med forsinket døgnrytme bør denne henvises for behandling for dette. Eventuelt kan terapeut selv initiere slik behandling i tråd med prinsippene beskrevet over.

Hjemmeoppgaver:

1. Pasienten bes føre søvndagbok til neste time NB! Husk å be pasienten ikke å bruke klokke eller følge med på hva tiden er, men bare subjektivt etter beste evne estimere tidspunktene det spørres etter i søvndagboken.
2. Pasienten bes om å endre søvnvaner slik at de blir mest mulig i tråd med rådene i appendix. Terapeuten deler ut søvnhygienerådene.

TIME 8: IMPULSREGULERING

Hvem deltar:

Kun pasienten

Introduksjon/bakgrunn:

Stimuluskontroll er strategier som har som hovedfokus å endre holdepunkter i form av signaler eller stimuli i miljøet som typisk kan utløse spesifikk atferd som dataspill. Holdepunktene eller utløsende stimuli kan også være "indre", i form av spesifikke tilstander eller følelser. Intervensjonene innebærer finne måter en kan unngå de utløsende stimuli på, endre stimuli på eller å implementere andre responser på stimuliene på i det samme miljøet. Som en bakgrunn for stimuluskontrollintervensjoner inngår en funksjonell analyse. Data fra denne kartleggingen (spilldagbok hjemmeoppgave fra time 1) blir derfor utgangspunktet for stimuluskontrollintervensjonene. Terapeuten bør, før fokuset settes inn på selve intervensjonene, forklare modellen med at visse stimuli utløser visse handlinger som får visse konsekvenser (Pomerleau, Fertig, Baker, & Cooney, 1983).

Modell: **Diskriminativt stimulus (S^D)- atferd (B) - forsterkende stimulus (S^R).**

I henhold til denne modellen vil atferd (B) kunne bli belønnet (S^R) under spesielle betingelser (S^D). For eksempel kan en oppleve at å spille data (B) gir distraksjon (S^R) når en føler seg trist og ensom (S^D).

Målsetting:

Få økt bevissthet om forhold som utløser dataspilling

Øke evnen til å unngå eller å takle disse forholdene eller utløserne på.

Arbeidsmåte/teknikker:

Gjennomgå hjemmeoppgaver gitt i forrige time.

Ta utgangspunkt i spilldagboken og diskuter følgende:

- 1) Er det et mønster som pasienten kan se i de situasjonene som er foranledningen til spillsesjonene? Er det et mønster som terapeuten evt. familiemedlemmer kan se vedrørende dette? Diskuter med pasienten.
- 2) Er det et mønster som pasienten kan se med hensyn til de tanker og følelser som er foranledningen til spillsesjonene?
- 3) Er det tanker og følelser som terapeuten tenker er relevante utløsere? Diskuter dette med pasienten.
- 4) Diskuter med pasienten ulike måter å unngå utløserne på. Dette kan handle om å unngå spesifikke ytre fysiske situasjoner, som for eksempel å la være å sitte på rommet, og heller sitte i stuen. Det kan også handle om atferder som kan unngå at en havner i en spesifikk tilstand som kan trigge utløsende følelser og tanker på. For eksempel ved å trene eller gå en tur kan en kanskje oppleve mindre kjedsomhet enn ved å sitte alene på rommet. Diskuter med pasienten om det er mulig å utsette seg for de utløsende stimuli uten å spille. Hva skal til for å få dette til?
- 5) Diskuter med pasienten hva som er de positive effektene av dataspilling. Hvor viktig er det å oppnå de positive effektene? Kan de positive effektene oppnås på andre måter?
- 6) Diskuter med pasienten hva som er de negative effektene. Hvor negative er disse? Hvor viktig vil det være å kunne unngå disse?

Hjemmeoppgaver:

- 1) Prøve å unngå de utløsende stimuli, både eventuelt indre og ytre i 2 dager. Terapeuten ber pasienten skrive opp hvilke stimuli det gjelder og hvordan pasienten prøvde å unngå disse, samt vurdere i hvilken grad han lyktes.
- 2) Terapeuten ber pasienten om å prøve å eksponere seg for utløsende stimuli uten å spille. Kan pasienten planlegge en strategi for å unngå å spille i disse situasjonene? Hva kan han gjøre i form av for eksempel bruk av avspenningsteknikker eller indre monolog? Se time 10 om affektregulering og selvkontrollinstruksjoner.

TIME 9: ATFERDSEKSPERIMENTER MED DATASPILL

Hvem deltar:

Kun pasienten

Introduksjon/bakgrunn:

Atferdseksperimenter er blant de mest nyttige metodene innen kognitiv-atferdsterapi med tanke på å frembringe endring. Selv om de er mye brukt trengs det ofte kreativitet og kløkt fra terapeuten for å få dem til å gi optimal effekt. Atferdseksperimenter er definert som "planlagte erfaringsbaserte aktiviteter, basert på eksperiment eller observasjoner, som er utført av pasienten i eller mellom behandlingstimene. Deres utforming er direkte avledet fra problemformuleringen, for eksempel antakelsen om at "det er normalt å spille 30 timer i uken", eller antakelsen om at "jeg vil få det forferdelig om jeg må slutte å spille data". Målsettingen med atferdseksperimentene er å frembringe ny informasjon som kan bidra til:

- 1) Å teste pasientens eksisterende antakelser om dem selv, andre eller verden
- 2) Å konstruere og eller teste nye og mer fornuftige antakelser, for eksempel "jeg har det helt greit om jeg faktisk spiller lite".
- 3) Å bidra til utvikling og bekreftelse av den nye kognitive formuleringen

Atferdseksperimenter i kognitiv terapi er svært lik eksperimenter som utføres i rene vitenskapelige settinger, men førstnevnte tester ikke generelle lovmessigheter og hypoteser, men undersøker pasientens antakelser. Når det gjelder atferdseksperimenter i kognitiv terapi kan en skille mellom to hovedtyper. Den ene omfatter et klassisk eksperimentelt design – hvor pasienten systematisk utsetter seg for to eller flere ulike påvirkninger og hvor han så undersøker hvordan disse virker inn på ulike utfallsmål (avhengige variabler) som er klinisk relevante (som stemningsleie, overskudd etc.). Den andre typen atferdseksperiment handler mer om systematiske observasjoner. Slike gjennomføres i de tilfeller hvor det ikke er praktisk mulig å gjennomføre et klassisk eksperiment for å undersøke gyldigheten av pasientens antakelser. En pasient kan for eksempel ha en antakelse om at personer oppfatter ham som dum eller rar siden han rødmer i ulike situasjoner. Graden av rødming er det vanskelig å manipulere rent eksperimentelt. Likevel kan pasientens antakelser undersøkes med systematiske observasjoner. Disse kan for eksempel bestå i systematisk å observere hvordan andre

responderer på en annen person som rødmer (modellering) eller det kan gjennomføres små spørreundersøkelser vedrørende hvordan personer generelt fortolker og forholder seg til personer som rødmer. Pasienten lager spørsmålene til spørreundersøkelsen sammen med terapeuten. Undersøkelsen administreres så til venner, bekjente av pasienten eller andre som har mulighet til å respondere på en slik spørreundersøkelse.

Før et atferdseksperiment igangsettes bør følgende være avklart:

- 1) Formålet med eksperimentet bør være klargjort, hva skal undersøkes?
- 2) Hvilke antakelser som skal undersøkes bør være identifisert
- 3) Når og hvordan skal eksperimentet gjennomføres? Hvilke ressurser og personer behøves?
- 4) Er det noen forutsigbare vansker eller problem som kan oppstå i forbindelse med eksperimentet, og hvordan kan en eventuelt takle disse?
- 5) Har man sikret at noe konstruktivt kan lære gjennom eksperimentet?
- 6) Har man sikret at en kartlegger utfallet av eksperimentet (avhengige variabler) på en tilstrekkelig bred måte? Har man dekket de relevante områder som det kan tenkes å ha effekt på?
- 7) Har eksperimentet tilstrekkelig grad av utfordring og passende vanskegrad?

Basert på ovennevnte og generelle betraktninger knyttet til atferdseksperimenter i kognitiv terapi (Bennett-Levy et al., 2004) vektlegges to spesifikke atferdseksperimenter knyttet til dataspillavhengighet. Tabellen under viser et skjema for hvordan en kan arbeide med atferdseksperiment i terapi.

Mål og forventning	Eksperimentet	Utfall	Hva lærte jeg
Hva skal undersøkes? Hva forventer pasienten blir utfallet (i de ulike betingelsene eller av observasjonen)	Beskrivelse av de ulike betingelsene (hva består disse av?). Beskrivelse av spørsmålet eller spørsmålene i spørreundersøkelsen	Her beskriver pasienten med egne ord en oppsummering av utfallet. Oppstod det forskjeller i atferd, tanker og følelser mellom de to betingelsene? Hva var oppsummert resultatet fra spørreundersøkelsen?	Her redegjør pasienten med egne ord for hva han har lært, forstått eller funnet ut basert på eksperimentet.

<p>Eksempel: Hvordan er det å spille mye og lite data? Forventer at jeg blir rastløs dersom jeg spiller lite data</p>	<p>Spille mye (6 timer daglig) tre dager på rad vs. Spille lite (1 time daglig) tre dager på rad</p>	<p>Synes ikke det var stor forskjell. Kjedet meg litt mer da jeg ikke spilte data, men sov mer og var mer opplagt på skolen.</p>	<p>Har lært at det ikke betyr så mye for meg om jeg spiller mye eller lite. Kanskje jeg til og med får mer søvn og er mer opplagt på skolen om jeg spiller lite?</p>
---	---	--	--

Målsetting:

Å finne ut hvordan det vil være å spille lite data sammenliknet med mye

Å finne ut hva de fleste andre synes er rimelig og passende antall timer i uken en kan spille data

Å teste ut andre antakelser som den spesifikke pasienten måtte ha og som opprettholder dataspillatferden

Arbeidsmåte/teknikker:

1. Gjennomgå hjemmeoppgaver gitt i forrige time.
2. Gjennomgå den kognitive modellen, dvs. at antakelser ofte ligger bak atferd og at disse antakelsen ofte er noe vi tror på, uten det nødvendigvis er sant og uten at vi sjekker om det er sant eller ikke (jfr ovenstående).
3. Introdusere "kollektiv empirisme". D.v.s. at terapeut og pasient sammen sjekker ut en del antakelser pasienten har ved å utføre eksperimenter.
4. Hente frem skjemaet om atferdseksperiment i appendix og forklare hvordan det fylles ut.
5. Sette opp minst 2 atferdseksperiment
 - a. Lage spørreundersøkelse (se hjemmeoppgave under) om rimelig mengde dataspill. Til spørreundersøkelsen kan det selvsagt legges til flere spørsmål som er spesifikke og relevante for den enkelte pasient. Det bør imidlertid ikke være svært mange spørsmål med i hver spørreundersøkelse. Pasient og terapeut finner ut sammen hvem spørreundersøkelsen skal administreres til. Pasienten forsøker på forhånd å estimere eller forutsi utfallet. Etter innsamling av data diskuterer terapeut og pasient resultatene. Pasienten fyller ut skjemaet (som finnes i appendix) etter at spørreundersøkelsen er gjennomført og resultatene er blitt drøftet med terapeuten.

- b. Lage eksperiment (se hjemmeoppgave under) der pasienten undersøker effekten av å spille mye og å spille lite. Pasienten skal før timen er ferdig forsøke å estimere hva som vil bli utfallet av eksperimentet. Selve "datainnsamlingen" gis som hjemmeoppgaver – se under.

Hjemmeoppgaver:

Eksperiment 1 (spørreundersøkelse): De aller fleste dataspillavhengige barn og unge bruker svært mye tid på å spille og spiller ofte til meget ukurante tidspunkt på døgnet. Foreldre og eventuelt andre foresatte har ofte svært andre syn på hva som er passende mengder med spill, sammenliknet med den dataspillavhengige. Den avhengige vil imidlertid svært ofte oppleve foreldre eller foresattes synspunkter som lite gyldige og representative. For å få en mer balansert og mer representativ oppfatning av hva som er passende atferd knyttet til dataspill kan det lages en spørreundersøkelse. Forslag til spørsmål er:

- 1) Hvor mange timer synes du det er passende for en __-åring å bruke på dataspill per døgn i hverdagene?
- 2) Hvor mange timer synes du det er passende for en __-åring å bruke på dataspill per døgn i helger?
- 3) Når om kvelden synes du det er passende å avslutte dataspill i hverdagene?
- 4) Når om kvelden synes du det er passende å avslutte dataspill i helgene?

Eksperiment 2: Mange pasienter har implisitt eller eksplisitt en antakelse om at å redusere eller kutte kraftig ned på dataspillingen er negativt, for eksempel at dette leder til dysfori i en eller annen form, eller fjerner genuin glede fra livet. Som regel er slike antakelser ikke basert på personlig erfaring og representerer ofte sterke overdrivelser. For å undersøke konkret hvordan det vil være å kutte ned på spilling forslås et atferdseksperiment med 2 betingelser. I betingelse 1 bes pasienten i to sammenhengende dager å spille som normalt, slik han gjør nå for tiden, eventuelt å spille noe mer enn vanlig. Tiden brukt på spilling i disse to døgnene registreres nøye. I betingelse 2 bes pasienten over to sammenhengende dager å kutte eller redusere spillingen. Ikke reduser mer enn pasienten kan klare. Pasienten kan gjerne erstatte dataspill med aktiviteter som kan være lett for å pasienten til vanlig å erstatte med dataspilling, for eksempel å gå en tur eller besøke en venn eller venninne. I appendix

finnes et forslag til faktorer en kan bruke for å vurdere effekten av de to betingelsene. Terapeuten kan gjerne legge til variabler som er aktuelle for den spesifikke pasient. La pasienten prøve å forutsi og estimere utfallet før eksperimentet igangsettes. Etter data er samlet inn diskuterer pasient og terapeut resultatene og skjemaet for atferdseksperimenter i appendiks fylles ut.

TIME 10: AFFEKTBEVISSTHET OG AVSLAPNING

Hvem deltar:

Kun pasienten

Introduksjon/bakgrunn:

Med affektbevissthet menes bevissthet om hvilke følelser man har og hvorfor de oppstår. Mange studier innen avhengighetsfeltet har vist at avhengighetsatferd kan være motivert ut fra behovet fra å unnsnippe fra dysfori dvs. følelser som nedstemthet, angst, skam, skyldfølelse, kjedsomhet osv. Dette har vært vist både for kjemisk (Sadava, Thistle, & Forsyth, 1978) og ikke-kjemisk avhengighet (Clarke, 2008; Wood, Gupta, Derevensky, & Griffiths, 2004). At avhengighet kan være motivert ut fra ønske om å unngå dysfori inngår også som et kriterium for avhengighetstilstander i moderne psykiatriske diagnosesystemer (American Psychiatric Association, 1994).

En potensielt viktig element i behandling av rus- og andre avhengighetstilstander er derfor å fokusere på unngåelsesatferden som kan ligge bak avhengighetsatferden. Som et ledd i kartleggingen av dette kan det tas utgangspunkt i dataspilldagboken. Her har pasienten ført en dagbok over spilling og registrert emosjonelle tilstander, situasjoner som går forut for spillatferden. Dette har også vært diskutert i timen med impulsregulering. Hensikten med denne timen er mer systematisk å jobbe med alternative måter å forholde seg til dysforiske eller andre spillutløsende tilstander eller situasjoner på. Hva gjør pasienten når han hun er urolig? Mange pasienter kan også ha en lav affektbevissthet (Braswell & Kendall, 2001). I fremstillingen her har vi valgt å ta utgangspunkt i Tomkins affektteori. Her skilles mellom ni grunnaffekter: 1) overraskelse, 2) frykt, 3) interesse, 4) bekymring, 5) sinne, 6) glede, 7) forakt, 8) avsky og 9) skam (Tomkins, 1995).

Det finnes en rekke ulike avspenningsmetoder og teknikker (Payne, 1995). I denne manualen har vi valgt å fokusere på tre teknikker. En progressiv muskelavslapningsteknikk, en avslapningsteknikk som fokuserer primært på respirasjon og mantra og en øvelse basert på mindfulness.

Den progressive muskelavslapningsteknikk som her presenteres er kanskje en av de mest benyttede innen psykoterapi og ble utviklet av Bernstein og Borkovec (Bernstein & Borkovec, 1973). Se appendiks for selve instruksjonen.

Målsetting:

At pasienten skal lære å skille mellom ulike følelser

At pasienten skal lære å forstå hva som utløser ulike følelser

At pasienten skal bli bedre på å mestre ulike følelser, ved for eksempel å bruke avspenning og avslapningsteknikker.

Arbeidsmåte/teknikker:

Gjennomgå hjemmeoppgaver gitt i forrige time.

- 1) Drøft, gjerne med utgangspunkt i dataspilldagboken, om og i hvilken grad spillingen kan forstås som en unngåelsesatferd eller distraksjon fra dysforiske tilstander.
- 2) Diskuter med pasienten hvilke typer grunnaffekter som finnes (gjerne med utgangspunkt i Tomkins (Tomkins, 1995)). Be pasienten forsøke å beskrive hvordan disse grunnaffektene oppleves både kognitivt, på tankeplanet og fysiologisk, hva som kjennes i kroppen.
- 3) Diskuter og normaliser de fysiologiske responsene. Diskuter også med pasienten hvordan han typisk uttrykker de ulike affektene.
- 4) Introduser temaet mestring som måter å møte og takle vanskelige og utfordrende situasjoner på. Diskuter hva som er mindre gode og gode måter å takle vanskeligheter på. Ta så opp temaet avspenning og beskriv avspenningsøvelser som en mulig mestringsstrategi.
- 5) Gi pasienten opplæring i progressiv muskelavspenning: Se appendiks for selve instruksjonen. La pasienten sitte i en komfortabel stol, evt. ligge på en divan eller sofa, evt. på et mykt underlag på gulvet. Gå gjennom denne øvelsen sammen med pasienten, der du som terapeut gir instruksjonene. Etter øvelsen diskuteres kort hvordan pasienten opplevde øvelsen og hvordan han eller hun føler seg nå. Den andre øvelsen er Herbert Bensons (Benson, 1976) metode for dyp avslapning. La pasienten sitte komfortabelt i en stol. Gjennomfør øvelsen ved at du som terapeut

gir instruksene. Etter øvelsen diskuteres kort hvordan pasienten opplevde øvelsen og hvordan han eller hun føler seg nå. I appendiks er det også lagt ved en mindfulness-øvelse som pasienten kan få opplæring i (Williams, Teasdale, Segal, & Kabat-Zinn, 2007).

Hjemmeoppgaver:

- 1) La pasienten beskrive en situasjon for hver av de ni grunnfølelsene. La pasienten beskrive situasjonen, hva han tenkte og hva han kjente i kroppen og hva han gjorde. Bruk skjema i appendiks.
- 2) La pasienten velge en av avspenningsøvelsene, for eksempel den han likte best eller responderte best på og be pasienten trene daglig på øvelsen. Forklar at øvelse gjør mester og at disse teknikkene virker primært etter at en har trent på dem. Diskuter så kort i neste time hva pasienten har lært om både affekter og hva pasienten tenker og føler om avslapningsøvelsen. Spør om pasienten kan se for seg å kunne bruke denne aktivt og i hvilke situasjoner?

TIME 11: TIDEN ETTER BESLUTNINGEN: ENDRING FREMOVER**Hvem deltar:**

Pasienten og foreldre eller andre foresatte

Introduksjon/bakgrunn:

Pasienten har tatt en beslutning og kontrakten med familien er inngått. Det er tid for å planlegge aktiviteter som på sikt kan fylle tomrommet etter dataspillingen.

Målsetting:

Å engasjere og motivere pasienten og familien i arbeidet videre. Å tydeliggjøre behovet for meningsfulle alternative aktiviteter til dataspilling.

Arbeidsmåte/teknikker:

1. Gjennomgå hjemmeoppgaver gitt i forrige time.

Hvordan har den siste uken forløpt? Hva har vært bra og hva har ikke eventuelt ikke vært bra? Kan hvert familiemedlem gi et eksempel på en situasjon hvor ting har vært vanskelig, og en situasjon hvor de er fornøyd med hvordan situasjonen ble taklet? Hva gjorde de bra, og hva kan de eventuelt gjøre forskjellig for å forbedre det som ikke gikk bra?

Synspunkter? Hva har det å si for kontakten?

2. Oppsummer hvor pasienten og familien står nå, hva de har bestemt seg for og hva de har oppnådd. Ta med og utfordringer basert på refleksjoner fra ovenstående punkt.

Hva er beslutningen i forhold til dataspill videre nå ved slutten av behandlingen? Hva er veien videre? Hva skal skje nå? Dere mener bestemt at det ikke kan bli som før, men hva nå? Hva vil pasienten og familien eventuelt gjøre annerledes denne gangen? Hva har hjulpet deg/dere tidligere i lignende situasjoner?

Hva kan fylle tomrommet etter dataspillingen? Hva skal pasienten bruke tiden som er ledig på? Hva tror du vil hjelpe? Har du noen ideer? Hva passer helt sikkert ikke for deg?

Hvilke fritidsinteresser har du? Hvilke fritidsinteresser hadde du før dataspillingen ble nr. 1? Er det noen aktiviteter som du likte, som du kan ta opp igjen?

Kan familien få komme med noen ideer? Hva synes du om disse forslagene?

Kan jeg kommentere forslagene, og eventuelt komme med egne forslag?

Hva tenker du om det som blir sagt? Hva er realistisk?

3. Bruk av skalering:

Vis hvor viktig det er for deg å finne andre ting å gjøre ennå spille dataspill ved å sette ring rundt et tall mellom 1 (ikke viktig) og 10 (aller viktigst).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Overhodet										Ekstremt
ikke viktig										viktig

Vis hvor viktig det er for dere (familien) at "Tom" finner andre ting å gjøre ennå spille dataspill ved å sette ring rundt et tall mellom 1 (ikke viktig) og 10 (aller viktigst).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Overhodet										Ekstremt
ikke viktig										viktig

Hva tenker dere om det (viktigheten dere markerer)??

4. Oppsummering med familien:

Hvilke rammer har de laget for å beskytte seg? Hvordan kan de ta vare på hverandre videre? Hva vil de trenge av hjelp videre? Hvor kan de eventuelt få denne hjelpen?

Avslutningsvis kan man styrke motivasjonen for endring ved å diskutere hvordan man tenker og planlegger at livet vil arte seg i framtiden når spillingen er under kontroll.

Terapeuten gir ordet fritt ved å spørre: *"Hvordan vil livet for hver enkelt og familien være om to år, dersom "Tom" fortsetter å kontrollere spilingen som nå?"*

Hjemmoppgave:

1. Lage en plan: Måter å endre livet til det bedre

TIME 12: TILBAKEFALLSFOREBYGGING

Hvem deltar:

Kun pasienten

Introduksjon/bakgrunn:

Tilbakefallsforebygging er basert på et kognitiv-atferdsterapeutisk perspektiv som tar sikte på å identifisere og forebygge høy-risikosituasjoner for tilbakefall. Det er også viktig å utstyre pasienten med mestringsferdigheter slik at han bedre kan takle høy-risikosituasjoner og fortere komme over eventuelle tilbakefall. Hva som er en høy-risiko situasjon kan variere fra person til person. En høy-risikosituasjon kan utgjøres av spesifikke miljømessige atferdsutløsere, for eksempel det å se reklame for et dataspill, være på besøk hos noen som spiller et spesifikt dataspill. Eller høy-risikosituasjoner kan oppstå ut fra en ubehagelig indre tilstand, hvor dataspilling kan forstås som en unngåelse av denne, for eksempel å spille data for å unngå følelse av ensomhet eller tristhet.

Forhold som er gunstig for å hindre tilbakefall er positiv mestringsforventning, fravær av sug og høy motivasjon for endring. Positiv mestringsforventning er antagelse om at en kan kontrollere den avhengighetsrelaterte atferden og de negative utfallsforventningene. For eksempel: "Å spille data mye vil på sikt gjøre meg enda mer lei og oppgitt"

Mestringsferdigheter, frvær av negative følelser og tilstedeværelse av sosial støtte er også viktig for å hindre tilbakefall. Mestringsferdigheter kan være ferdigheter til å takle stress, utfordrende situasjoner og sug ved for eksempel å bruke avspenningsteknikker eller indre monologer . (Witikiewitz & Marlatt, 2004).

I tilbakefallsforebygging er det derfor viktig å styrke de forhold som hindrer tilbakefall og svekke de forhold som øker sannsynligheten for tilbakefall. Generelt er tilbakefall ved ulike avhengighetstilstander forholdsvis vanlig, og kan sees på enten som en dikotom størrelse (frisk vs. syk) eller mer som en langsgående prosess mot helbred som kan inkludere tilbakeslag (Brownell, Marlatt, Lichtenstein, & Wilson, 1986).

Målsetting:

Introdusere begrepet tilbakefall

Identifisere potensielle høy-risikosituasjoner

Identifiser hvordan en kan unngå høy-risikosituasjoner

Finn frem til mulige mestringsmåter for sug og høy-risikosituasjoner.

Gi en kort opplæring i selv-instruksjoner

Arbeidsmåte/teknikker:

1. Gjennomgå hjemmeoppgaver gitt i forrige time.
2. Introduser og diskuter begrepet tilbakefall med pasienten. Formidle at tilbakefall ikke er ensbetydende med behandlingsfiasko i forhold til kontrakten og beslutningen om endring, men at det kan være et naturlig steg i en prosess mot å bli kvitt dataspillavhengigheten. Spør pasienten hva han eller hun vil tenke på som tilbakefall i sitt spesifikke tilfelle?
3. Når det gjelder identifisering av typiske høy-risikosituasjoner bruk kartleggingsinstrumentet for time 12 i appendiks. Start med å fylle dette ut sammen med pasienten. Finn et eksempel på en ytre situasjon som typisk kan utløse tilbakefall. Finn et eksempel på en indre tilstand eller følelse som kan utløse tilbakefall. For hver av de to utløserne som er identifisert, diskuter med pasienten hvordan disse situasjonene eventuelt kan unngås? Fyll så ut kolonne 3 sammen med pasienten for de to situasjonene.
4. Diskutert mestring sammen med pasienten. Hvordan kan man mestre en vanskelig situasjon. Ta opp igjen tema som avspenning og avslapningsteknikker fra time 10. Diskuter om- og hvordan dette kan brukes ved høy-risikosituasjoner for tilbakefall. Ta opp temaet med sosial støtte. Hva oppfatter pasienten at dette begrepet omfatter? Hvor kan pasienten søke sosial støtte? Hva kan pasienten søke sosial støtte for? Be pasienten se for seg en situasjon hvor han kjenner veldig sterk spilletrang, men søker sosial støtte for å få hjelp til å takle det. Hvem oppsøker pasienten, og hva sier han? Hvordan ser pasienten for seg at støtten vil være?
5. Introduser begrepet selvinstruksjoner til pasienten, som en form for indre tale som regulerer atferd. Eksempel: Tom kjenner spillesug, dvs. veldig sterk lyst til å

spille. Han sier til seg selv: "Nå kjenner jeg sterk lyst til å spille. Jeg må prøve å minke denne lysten. La meg se, hva kan jeg gjøre. Jo jeg kan gå opp i stuen til mine foreldre som ser på TV og sitte der sammen med dem. Hvis lysten ikke minker så kan jeg heller prøve å gå meg en tur. Eller jeg kan stikke oppom en kamerat som ikke spiller data, og spørre om han blir med for å finne på noe." Forklare pasienten at slik indre tale ofte kan hjelpe på å styre det vi gjør. Først kan en trene på å skrive ned eksempler på slik indre tale. Etter hvert vil den kunne komme av seg selv og hjelpe oss i mange ulike situasjoner (se evt. Meichenbaum & Goodman, 1971).

Hjemmeoppgaver:

1. Be pasienten fyll ut skjema 1 i appendix for time 12. Pasienten bør komme opp med minst en ytre og en indre utløser eller risikositasjon, gjerne flere. Instruer pasienten i også å fylle ut kolonne 2 og 3 av det aktuelle skjemaet.
2. Instruere pasienten om å lage et skriftlig eksempel på selv-instruksjoner eller indre tale i skjema 2 i appendiks for time 12.

TIME 13: AVSLUTNING

Hvem deltar:

Pasienten og foreldre eller andre foresatte

Introduksjon/bakgrunn:

Det siste møtet skal være en hyggelig avslutning for pasienten og familien sammen, samtidig som det er tid for å gjøre opp status i forhold til om behandlingen har svart til forventningene og i forhold til om deltakerne har fått hjelp med det de har hatt behov for.

Målsetting:

Markere en hyggelig avslutning på behandlingen. Gi pasienten og familien ros for innsatsen de har gjort i behandlingsperioden.

Gjøre opp status og evaluere i forhold til om behandlingen har svart til forventningene og i forhold til om deltakerne har fått hjelp med det de har hatt behov for.

Arbeidsmåte/teknikker:

Gjennomgå hjemmeoppgaver gitt i forrige time.

Terapeuten ønsker alle velkommen til det siste møtet, og gir ros til alle for at pasienten og familien har gjennomført behandlingen. Deretter startes en oppsummeringsrunde etter tur.

1. Status for pasienten og familien

Hvordan var det å komme til første møtet? Hvordan har de sett sitt eget spilleproblem i lys av behandlingen? Hvor står pasienten nå i forhold til spilleproblemet? Hva er beslutningen? Hvordan går det å følge kontrakten? Hva slags positive konsekvenser har han fått av å endre spilleatferd? Hva slags tilbakemeldinger får pasienten nå av de nære pårørende? Av venner?

2. Status for familien:

Hvordan var det å komme her første gang? Hvordan har de sett at ting har blitt bedre? Hvor står familien nå i forhold til spilleproblemet? Hvordan er det å håndheve kontrakten?

3. Til pasienten:

Hva har vært bra under behandlingen? Hva har ikke vært bra? Hva vil eller kan han eller hun å gjøre for å fortsette det arbeidet han har påbegynt? Trenger han eller hun hjelp og støtte videre? Foreligger det planer om dette?

4. Til familien:

Hva har vært bra under behandlingen? Hva har ikke vært bra? Hva vil og kan familien gjøre for å fortsette det arbeidet de har påbegynt? Trenger de hjelp og støtte videre? Foreligger det planer om dette?

Hvordan opplever dere at familien har endret seg som et resultat av Tom sin behandling? Hvilke ting gjør dere annerledes? Hvordan følelsene for hverandre endret? Hva har bedret seg? Hva føler dere har hjulpet til med å frembringe endringene? Hva gjenstår som problem?

5. Tilbakemelding

Tilbakemelding til hverandre fra familiemedlemmene:

Hvert medlem av familien blir også forespurt om å si noe om de positive endringene i familien, og hva de har sett som en viktig positiv utvikling hos hverandre.

Tilbakemelding fra terapeut:

Terapeuten gir sin tilbakemelding om den positive utviklingen som er observert for deltakerne. Det er vitalt for pasienten og familien å få påpekt det positive som pasienten og familien har gjort og de tegn som er vist i forhold til mestring og ansvar i forhold til spilleproblemet.

6. Spørsmål om oppfølging:

Spørsmål om oppfølging og forlengelse av behandlingen, annen type behandling etc. tas opp med pasienten og hans familie basert på terapeutenes tilbakemeldinger og vurderinger.

7. Farvel - Avslutning

Terapeuten takker hver enkelt for samarbeidet og ønsker det beste for hver enkelt og familien videre. Møtet avsluttes når oppsummerings og tilbakemeldingsrunden er ferdig.

REFERANSER

- Abreu, C. N., Karam, R. G., Goes, D. S., & Spritzer, D. T. (2008). Dependência de Internet e de jogos eletrônicos: uma revisão. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 30*, 156-167.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders* (III-R ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical manual for Mental Disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association,.
- Anderson, C. A. (2004). An update on the effects of playing violent video games. *Journal of Adolescence, 27*, 113-122.
- Anderson, C. A., Berkowitz, L., Donnerstein, E., Huesmann, L. R., Johnson, J. D., Linz, D., et al. (2003). The influence of media violence on youth. *Psychological Science, 81*-110.
- Anderson, C. A., & Bushman, B. J. (2001). Effects of violent video games on aggressive behavior, aggressive cognition, aggressive affect, physiological arousal, and prosocial behavior: A meta-analytic review of the scientific literature. *Psychological Science, 12*, 353-359.
- Anderson, C. A., Shibuya, A., Ihori, N., Swing, E. L., Bushman, B. J., Sakamoto, A., et al. (2010). Violent Video Game Effects on Aggression, Empathy, and Prosocial Behavior in Eastern and Western Countries: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin, 136*, 151-173.
- Bandura, A., Ross, S. A., & Ross, D. (1963). Imitation of film-mediated aggressive models. *Journal of Abnormal Psychology, 66*, 3-11.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy. Basics and beyond*. New York: The Guilford Press.
- Bennett-Levy, J., Butler, G., Fennell, M., Hackmann, A., Mueller, M., & Westbrook, D. (2004). *Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Bensley, L., & Van Eenwyk, J. (2001). Video games and real-life aggression: Review of the literature. *Journal of Adolescent Health, 29*, 244-257.
- Benson, H. (1976). *The relaxation response*. London: William Collins & Sons.
- Bernstein, D. A., & Borkovec, T. D. (1973). *Progressive relaxation training. A manual for the helping professions*. Champaign, IL: Research Press.

- Bioulac, S., Arfi, L., & Bouvard, M. P. (2008). Attention deficit/hyperactivity disorder and video games: A comparative study of hyperactive and control children. *European Psychiatry, 23*, 134-141.
- Bjorvatn, B., & Pallesen, S. (2009). A practical approach to circadian rhythm sleep disorders. *Sleep Medicine Reviews, 13*, 47-60.
- Borbely, A. A. (1982). A two process model of sleep regulation. *Human Neurobiology, 1*, 195-204.
- Braswell, L., & Kendall, P. C. (2001). Cognitive-behavioral therapy with youth. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 246-294). New York: The Guilford Press.
- Brown, R. I. F. (1991). Gambling, gaming and other addictive play. In J. H. Kerr & M. J. Apter (Eds.), *Adult play: A reversal theory approach* (pp. 101-118). Amsterdam: Swets & Zeitlinger B.V.
- Brownell, K. D., Marlatt, G. A., Lichtenstein, E., & Wilson, G. T. (1986). Understanding and preventing relapse. *American Psychologist, 41*, 765-782.
- Calamaro, C. J., Mason, T. B. A., & Ratcliffe, S. J. (2009). Adolescents living the 24/7 lifestyle: Effects of caffeine and technology on sleep duration and daytime functioning. *Pediatrics, 123*, E1005-E1010.
- Cantor, J., & Wilson, B. J. (2003). Media and violence: Intervention strategies for reducing aggression. *Media Psychology, 5*, 363-403.
- Caplan, S., Williams, D., & Yee, N. (2009). Problematic Internet use and psychosocial well-being among MMO players. *Computers in Human Behavior, 25*, 1312-1319.
- Chan, P. A., & T., R. (2006). A cross-sectional analysis of video games and attention deficit hyperactivity disorder symptoms in adolescents. *Annals of General Psychiatry, 5*, 16.
- Charlton, J. P. (2002). A factor-analytic investigation of computer 'addiction' and engagement. *British Journal of Psychology, 93*, 329-344.
- Charlton, J. P., & Danforth, I. (2004). Differentiating computer-related addictions and high engagement. In K. Morgan, C. A. Brebbia, J. Sanchez & A. Voiskounsky (Eds.), *Human Perspectives in The Internet Society: Culture, Psychology and Gender* (pp. 59-68). Southampton, UK: WIT Press.
- Chiu, S. I., Lee, J. Z., & Huang, D. H. (2004). Video game addiction in children and teenagers in Taiwan. *Cyberpsychology & Behavior, 7*, 571-581.

- Chou, T. J., & Ting, C. C. (2003). The role of flow experience in cyber-game addiction. *Cyberpsychology & Behavior*, 6, 663-675.
- Clarke, D. (2008). Older adults' gambling motivation and problem gambling: A comparative study. *Journal of Gambling Studies*, 24, 175-192.
- Creasy, G., & Myers, B. (1986). Videogames and children: Effects on leisure activities, schoolwork and peer involvement. *Merrill-Palmer Quarterly: Journal of Developmental Psychology*, 33, 251-262.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The psychology of optimal experience*. New York: Harper and Row.
- Dill, K. E., & Dill, J. C. (1998). Video game violence: A review of the empirical literature. *Aggression and Violent Behavior*, 3, 407-428.
- Dishion, T. J., & Kavanagh, K. (2003). *Intervening in adolescent problem behavior: A family-centered approach*. London: Guilford.
- Ducheneaut, N., Yee, N., Nickell, E., & Moore, R. J. (2006, April 22-27). *Alone together? Exploring the social dynamics of massively multiplayer online games*. Paper presented at the ACM Conference on Human Factors in Computing Systems, Montreal, Canada.
- Ferguson, C. J. (2007). The good, the bad and the ugly: A meta-analytic review of positive and negative effects of violent video games. *Psychiatric Quarterly*, 78, 309-316.
- Ferguson, C. J., & Kilburn, J. (2009). The Public Health Risks of Media Violence: A Meta-Analytic Review. *Journal of Pediatrics*, 154, 759-763.
- Fisher, S. (1995). The amusement arcade as a social space for adolescents. An empirical study. *Journal of Adolescence*, 18, 71-86.
- Gentile, D. A. (2009). Pathological Video-Game Use Among Youth Ages 8 to 18: A National Study. *Psychological Science*, 20, 594-602.
- Gentile, D. A., & Anderson, C. A. (2003). Violent video games: The newest media violence hazard. In D. A. Gentile (Ed.), *Media violence and children* (pp. 131-152). Westport, CT: Praeger.
- Gentile, D. A., & Stone, W. (2005). Violent video game effects on children and adolescents. A review of the literature. *Minerva Pediatrica*, 57, 337-358.
- Gjesvik, K., Fellman, H., & Fredriksen, A. (2009). *Lek eller alvor? Online rollespill og virtuelle verdener*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Griffiths, M. D. (2000). Does Internet and computer "addiction" exist? Some case study evidence. *Cyberpsychology & Behavior*, 3, 211-218.
- Griffiths, M. D., & Dancaster, I. (1995). The effects of Type-A personality on physiological arousal while playing computer games. *Addictive Behaviors*, 20, 543-548.
- Griffiths, M. D., & Hunt, N. (1998). Dependence on computer games by adolescents. *Psychological Reports*, 82, 475-480.
- Griffiths, M. D., & Meredith, A. (2009). Videogame addiction and its treatment. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 39, 247-253.
- Grusser, S. M., Thalemann, R., & Griffiths, M. D. (2007). Excessive computer game playing: Evidence for addiction and aggression? *Cyberpsychology & Behavior*, 10, 290-292.
- Gupta, R., & Derevensky, J. L. (1996). The relationship between gambling and video-game playing behavior in children and adolescents. *Journal of Gambling Studies*, 12, 375-394.
- Hall, J. A., Smith, D. C., & Williams, J. K. (2008). Strengths-oriented family therapy (SOFT): A manual guided treatment for substance-involved teens and families. In C. W. LeCroy (Ed.), *Handbook of evidence-based treatment manuals for children and adolescents* (pp. 491-545). Oxford: Oxford University Press.
- Han, D. H., Lee, Y. S., Na, C., Ahn, J. Y., Chung, U. S., Daniels, M. A., et al. (2009). The effect of methylphenidate on Internet video game play in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 50, 251-256.
- Horigan, V. E., Suarez-Morales, L., Robbins, M. S., Zarate, M., Mayorga, C. C., Mitrani, V. B., et al. (2005). Brief strategic family therapy for adolescents with behavior problems. In J. L. Lebow (Ed.), *Handbook of clinical family therapy* (pp. 73-102). Hoboken, NJ: Wiley.
- Johansson, A., & Gotestam, K. G. (2004). Problems with computer games without monetary reward: Similarity to pathological gambling. *Psychological Reports*, 95, 641-650.
- Kim, E. J., Namkoong, K., Ku, T., & Kim, S. J. (2008). The relationship between online game addiction and aggression, self-control and narcissistic personality traits. *European Psychiatry*, 23, 212-218.
- Klimmt, C., Schmid, H., & Orthmann, J. (2009). Exploring the Enjoyment of Playing Browser Games. *Cyberpsychology & Behavior*, 12, 231-234.

- Koepp, M. J., Gunn, R. N., Lawrence, A. D., Cunningham, V. J., Dagher, A., Jones, T., et al. (1998). Evidence for striatal dopamine release during a video game. *Nature*, *393*, 266-268.
- Lemmens, J. S., Valkenburg, P. M., & Peter, J. (2009). Development and validation of a game addiction scale for adolescents. *Media Psychology*, *12*, 77-95.
- Lo, S. K., Wang, C. C., & Fang, W. C. (2005). Physical interpersonal relationships and social anxiety among online game players. *Cyberpsychology & Behavior*, *8*, 15-20.
- Markey, P. M., & Markey, C. N. (2010). Vulnerability to Violent Video Games: A Review and Integration of Personality Research. *Review of General Psychology*, *14*, 82-91.
- Mentzoni, R. A., Brunborg, G. S., Molde, H., Myrseth, H., Skouvrøe, K. J. M., Hetland, J., et al. (i trykk). Problematic video game use. Estimated prevalence and associations with mental and physical health *Cyberpsychology, Behaviour and Social Networking*.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. P. (2002). *Motivational interviewing. Preparing people for change* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Ng, B. D., & Wiemer-Hastings, P. (2005). Addiction to the Internet and online gaming. *Cyberpsychology & Behavior*, *8*, 110-113.
- Pallesen, S. (2005). Forsinket søvnfasesyndrom. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, *42*, 209-218.
- Pallesen, S. (2009). Døgnrytmeforstyrrelser. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, *129*, 1884-1887.
- Payne, R. A. (1995). *Relaxation techniques. A practical handbook for the health care professionals*. Edinburgh, UK: Churchill Livingstone.
- Peters, C. S., & Malesky, L. A. (2008). Problematic usage among highly-engaged players of massively multiplayer online role playing games. *Cyberpsychology & Behavior*, *11*, 480-483.
- Phillips, C. A., Rolls, S., Rouse, A., & Griffiths, M. D. (1995). Home video game playing in schoolchildren: A study of incidence and patterns of play. *Journal of Adolescence*, *18*, 687-691.
- Pomerleau, O. F., Fertig, J., Baker, L., & Cooney, N. (1983). Reactivity to alcohol cues in alcoholics and non-alcoholics. Implications for a stimulus-control analyses of drinking. *Addictive Behaviors*, *8*, 1-10.

- Porter, G., Starcevic, V., Berle, D., & Fenech, P. (2010). Recognizing problem video game use. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 44*, 120-128.
- Rau, P. L. P., Peng, S. Y., & Yang, C. C. (2006). Time distortion for expert and novice online game players. *Cyberpsychology & Behavior, 9*, 396-403.
- Sadava, S. W., Thistle, R., & Forsyth, R. (1978). Stress, escapism and patterns of alcohol and drug use. *Journal of Studies on Alcohol, 39*, 725-736.
- Salguero, R. A. T., & Moran, R. M. B. (2002). Measuring problem video game playing in adolescents. *Addiction, 97*, 1601-1606.
- Selekman, M. D. (2008). *Pathways to change: Brief therapy with difficult adolescents* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Selekman, M. D. (2009). *The adolescent & young adult self-harming treatment manual: A collaborative strength-based brief therapy approach*. London: Norton.
- Shotton, M. (1989). *Computer addiction. A study of computer dependency*. New York: Taylor and Francis.
- Skoric, M. M., Teo, L. L. C., & Neo, R. L. (2009). Children and video games: Addiction, engagement, and scholastic achievement. *Cyberpsychology & Behavior, 12*, 567-572.
- Smahel, D., Blinka, L., & Ledabyl, O. (2008). Playing MMORPGs: Connections between addiction and identifying with a character. *Cyberpsychology & Behavior, 11*, 715-718.
- Stellar, J. R., & Corbett, D. (1989). Regional neuroleptic microinjections indicate a role for nucleus accumbens in lateral hypothalamic self-stimulation reward. *Brain Research, 477*, 126-143.
- Szapocznik, J., Hervis, O., & Schwartz, S. (2003). *Brief strategic family therapy for adolescent drug abuse. Therapy manuals for drug addiction: Manual 5*. Washington, DC: Institute on Drug Abuse, National Institute on Health.
- Thalemann, R., Wolfling, K., & Grusser, S. M. (2007). Specific cue reactivity on computer game-related cues in excessive gamers. *Behavioral Neuroscience, 121*, 614-618.
- Tomkins, S. S. (1995). *Exploring affect: The selected writings of Silvan S. Tomkins*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Van den Bulck, J. (2004). Television viewing, computer game playing, and Internet use and self-reported time to bed and time out of bed in secondary-school children. *Sleep, 27*, 101-104.

- Wan, C. S., & Chiou, W. B. (2006). Psychological motives and online games addiction: A test of flow theory and humanistic needs theory for Taiwanese adolescents. *Cyberpsychology & Behavior, 9*, 317-324.
- Wan, C. S., & Chiou, W. B. (2007). The motivations of adolescents who are addicted to online games: A cognitive perspective. *Adolescence, 42*, 179-197.
- Wan, C. S., & Chiou, W. B. (2010). Inducing attitude change toward online gaming among adolescent players based on dissonance theory: The role of threats and justification of effort. *Computers & Education, 54*, 162-168.
- Weis, R., & Cerankosky, B. C. (2010). Effects of video-game ownership on young boys' academic and behavioral functioning: A randomized, controlled study. *Psychological Science, 21*, 463-470.
- Wenzel, H. G., Bakken, I. J., Johansson, A., Gotestam, K. G., & Oren, A. (2009). Excessive computer game playing among Norwegian adults: Self-reported consequences of playing and association with mental health problems. *Psychological Reports, 105*, 1237-1247.
- Williams, M., Teasdale, J., Segal, Z., & Kabat-Zinn, J. (2007). *The mindful way through depression. Freeing yourself from chronic unhappiness*. New York: The Guilford Press.
- Witkiewitz, K., & Marlatt, G. A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems. *American Psychologist, 59*, 224-235.
- Wood, R. T. A. (2008). Problems with the concept of video game addiction: Some case study examples. *International Journal of Mental Health and Addiction, 6*, 169-178.
- Wood, R. T. A., Gupta, R., Derevensky, J. L., & Griffiths, M. (2004). Video game playing and gambling in adolescents: Common risk factors. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse, 14*, 77-100.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders*. Geneva: World Health Organization.
- Yee, N. (2001, April 19, 2011). The Norrathian scrolls: A study of EverQuest. 2.5. from <http://www.nickyee.com/eqt/download.html>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 67*, 361-370.