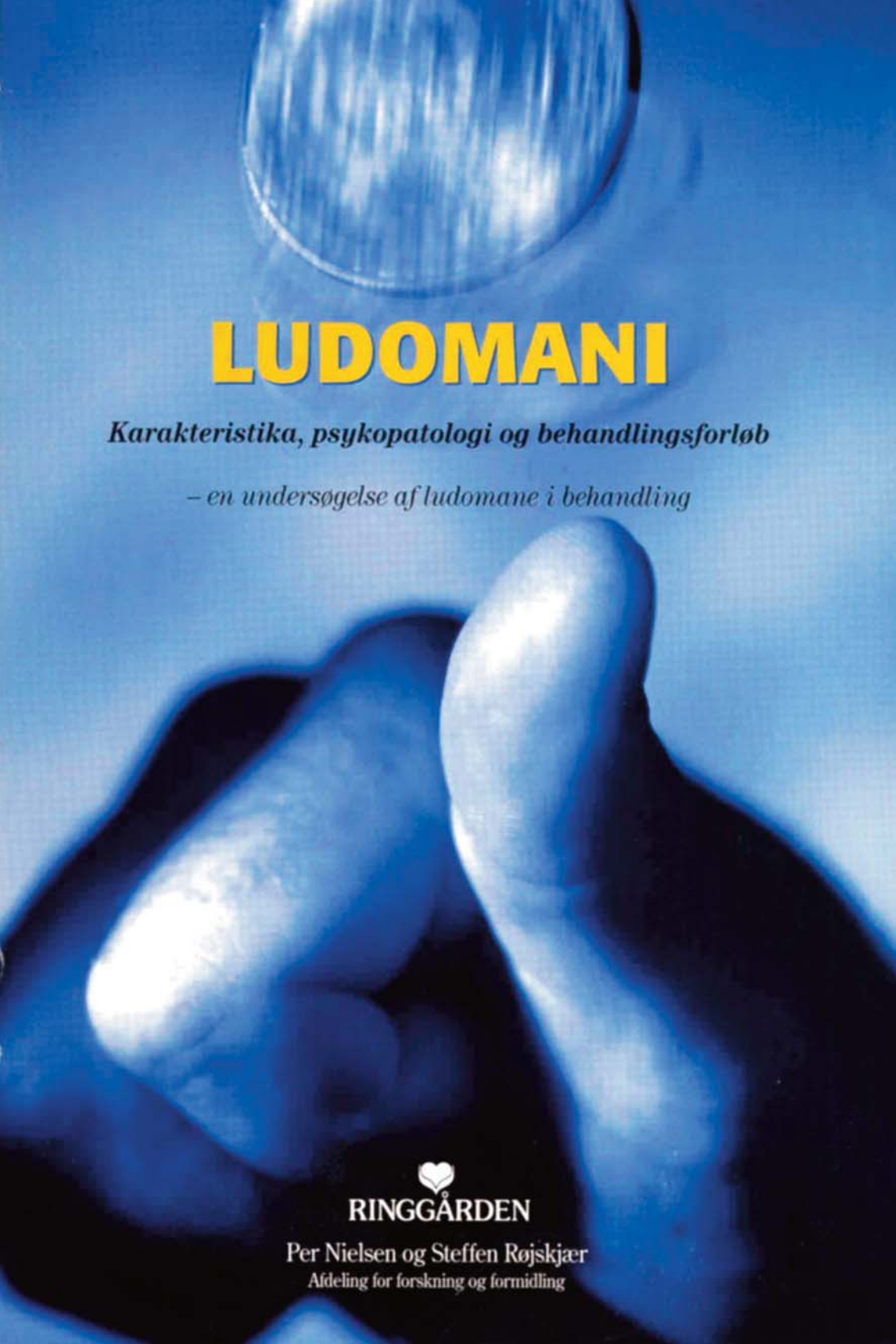




LUDOMANI

Karakteristika, psykopatologi og behandlingsforløb

– en undersøgelse af ludomane i behandling



RINGGÅRDEN

Per Nielsen og Steffen Røjskjær

Afdeling for forskning og formidling

Ludomani

Karakteristika, psykopatologi og behandlingsforløb

– en undersøgelse af ludomane i behandling

Per Nielsen og Steffen Røjskjær
Afdeling for forskning og formidling



Per Nielsen og Steffen Røjskjær:

Ludomani

Karakteristika, psykopatologi og behandlingsforløb

– en undersøgelse af ludomane i behandling

© Forfatterne 2005

1. Oplag, 1. Udgave - Maj 2005

Udgiver:

Forlaget Ringgården

Afdeling for forskning og formidling

Layout og tryk:

Myrens Grafiske Hus

Rapporten kan rekvireres hos:

Ringgården

Strandvejen 1

5500 Middelfart

Telefon 6441 2505

Fax 6441 5981

Undersøgelsen og rapportudgivelsen er støttet af:

Forskningsstyrelsen gennem midler til forskning i ludomani

ISBN 87-980119-9-5

Det er tilladt at kopiere mindre afsnit fra rapporten,
såfremt gengivelse sker med tydelig kildehenvisning,
og loven om ophavsret i øvrigt overholdes.

Indhold

• Forord v. Robert Ladouceur	8
• Forfatternes forord	9
• Abstract	11
1. Baggrund	13
1.1 Problemstillinger og hypoteser	13
1.2 Formål	13
2. Viden om ludomani – erfaringer fra andre undersøgelser	15
2.1 Hvad er ludomani? Et blik på den aktuelle videnssituation	15
2.1.1 Diagnosen	16
2.1.2 Prævalens	18
2.2 Faktorer ved spil og spillesituationer	18
2.2.1 Principper bag pengespil baseret på tilfældighed (hasard)	20
2.2.2 Den negative gevinst forventning	20
2.2.3 Spillerundens uafhængighed	21
2.2.4 Spillesituationen og spillemiljøet	22
2.3 Sociale faktorer	23
2.3.1 Spil i sociokulturelt perspektiv	24
2.3.2 Køn	24
2.3.3 Alder	24
2.3.4 Spil i familien	25
2.3.5 Etnisk baggrund	25
2.4 Biologiske hjerneprocesser og ludomani	25
2.5 Psykologiske faktorer	27
2.5.1 Kognitive forvridninger ved ludomani	27
2.5.2 Personlighedsmønstre og ludomani	28
- Sensation seeking	
- Impulsivitet	
- Alexitymi	
2.6 Comorbiditet	31
2.6.1 Personlighedsforstyrrelser	31

2.6.2	Psykiske symptomtilstande: emotionelle og affektive problemer, suicidal adfærd og rusmiddelproblemer	37
	– Depressionssymptomer – følgevirkninger eller årsagsfaktorer til ludomani?	
	– Ludomani og angst	
	– Ludomani og rusmiddelproblemer	
2.7	Effekt af behandling	40
2.7.1	Multimodale metoder	40
2.7.2	Kognitive og adfærdsterapeutiske metoder	40
2.7.3	Medicinsk behandling	41
3.	Beskrivelse af egen undersøgelse	42
3.1	Materiale/deltagere	42
3.2	Metoder og databearbejdning	42
3.3	Konkrete vanskeligheder med data-indsamlingen i undersøgelsesforløbet	46
3.4	Center for Ludomani's behandling	48
4.	Resultater af egen undersøgelse	50
4.1	Sociodemografisk profil ved indskrivning	50
4.2	Økonomiske forhold ved indskrivning	53
4.3	Spilleadfærd og afhængighed ved indskrivning	57
4.4	Comorbiditet ved indskrivning	64
4.4.1	Psykisk symptombelastning	64
4.4.2	Selvmondsadfærd	66
4.4.3	Rusmiddelmisbrug	67
4.4.4	Alexitymi	68
4.4.5	Sensation seeking	71
4.4.6	Personlighedsforstyrrelser	73
	– grad af personlighedsforstyrrelse	
	– personlighedsforstyrrelse og kliniske syndromer	
	– relationer mellem personlighedsforstyrrelse og kliniske syndromer og spillemæssige parametre	
	– selvmordstanker og psykopatologi	
	– psykologiske prototyper - clusterinddeling	
5.	Frafald og gennemførelse	88
5.1	Beskrivelse af klienter i de to behandlingsspor: ambulant behandling og døgnbehandling	91

5.2	Karakteristika ved gruppen med behandlingsfrafald sammenlignet med gruppen, der gennemfører	94
6.	Klienters vurdering af behandlingsudbytte ved udskrivning	97
7.	Virkninger af behandling	100
7.1	Repræsentativitet	100
7.2.	Klienters subjektive vurdering af ludomaniproblem ved opfølgning	101
7.3	Ændringer i økonomiske forhold	103
7.4.	Ændringer i spilrelaterede forhold	107
7.5	Ændringer i comorbiditet og testpsykologiske forhold	110
8.	Psykopatologiske faktorerers betydning for behandlingseffekt	117
8.1	Psykopatologisk dobbeltbelastning	117
8.2	Alexitymi og sensation seeking	118
8.3	De personlighedsmæssige prototyper/clustre	118
8.4	Depressivitet og oplevet psykisk belastning	118
9.	Sammenfatning, diskussion, konklusion og perspektivering	121
9.1	Sociale og spillemæssige forhold	121
9.2	Psykiske symptomer, der ledsager ludomani	123
9.3	Psykologiske mønstre hos ludomane	124
9.4	Dobbeltbelastning – ludomani og personlighedsforstyrrelse	125
9.5	Ludomane prototyper	126
9.6	Virkninger af behandlingen – generelt og i de to behandlingsspor	127
9.7	Konklusion	128
9.8	Perspektivering	129
10.	Litteraturfortegnelse	131

v. Professor Robert Ladouceur
Université Laval,
Québec, Canada

Welcome, empirical studies on the treatment of pathological gamblers

The legalization of new forms of gambling is increasing in most western countries. Although availability is not the only factor in the development of gambling problems, this trend has created a situation in which more people will gamble, and more individuals will develop problems, for which they will seek professional help. This situation creates an urgent need for effective treatments for pathological gamblers. If gambling has a long past, its history of research is relatively short. More importantly, in the domain of treatment, it is imperative that clinicians use the best available intervention to help problem gamblers. Toneatto and Ladouceur (2003) have recently reviewed treatment trials using at least one comparison group. All studies were embedded within the cognitive and/or behavioural perspective. Studies were conducted either in Australia, Spain

or Canada. The conclusion was that although we can not yet conclude that we have attained the Empirically Validated Therapy status for pathological gamblers, we are very close to this goal.

The study conducted by Per Nielsen and Steffen Roejskjaer at the Center for Ludomani in Odense, Denmark, makes a significant contribution to the field of gambling. Not only does it provide empirical data to evaluate and support our interventions, but it includes interesting findings on comparing in and out treatment modalities, a subject not yet studied in the field of gambling.

This piece of work will make a significant contribution to increasing the status in the treatment for pathological gambling, a very debilitating disorder for anyone who suffers from it or lives with a person affected by gambling problem. The field, the clinicians and the researchers welcome this new study.

Reference: Toneatto, T., & Ladouceur, R. (2003). The treatment of pathological gambling: A critical review of the literature. Psychology of Addictive Behaviors, 17, 284-292.

Forfatternes forord

I Danmark er behandling af patologisk spillelidenskab en meget ny foreteelse, som der ikke er stor erfaring med endnu. I den seneste halve snes år er der etableret en offentligt finansieret behandling for ludomani, og som noget ret enestående har der næsten fra starten været vilje til også at finansiere en nødvendig vidensopbygning og evaluering gennem forskning. I dette lys er nærværende undersøgelse et eksempel på *forskning for praksis*, hvor der fra starten – udover at opnå viden – har været fokus på at yde bidrag til den kliniske metodeudvikling af behandlingen for mennesker med patologisk spillelidenskab.

Undersøgelsen er finansieret af Ludomanipuljen under Forskningsstyrelsen og er gennemført af cand.psych., ph.d. Per Nielsen og cand.phil. Steffen Røjskjær, Ringgårdens afdeling for forskning og formidling.

Vi ønsker at sige tak til de mange klienter, der har deltaget i den møjsommelige besvarelse af vores mange spørgeskemaer og interviewspørgsmål, samt til behandlergruppen på Center for Ludomani, som interesseret og villigt har gennemført deres del af dataindsamlingen.

Vi vil også takke professor Robert Ladouceur, Université Laval, Quebec, Canada, for samarbejdet om designmæssige og metodiske spørgsmål i vores respektive undersøgelser, som vi forventer at kunne drage sammenligninger mellem, når også de canadiske resultater foreligger.

Tak til lektor mso ved Københavns Universitet, Jakob Linnet, for samarbejde og inspiration undervejs, til centerleder Michael Bay Jørsel, Center for Ludomani, for tillidsfuldt at give os tilgang til alle relevante informationer, til centerleder Mads Uffe Pedersen for uvildigt gennemsyn af undersøgelsens informationer, og tak endelig til sekretærerne Maria Gudiksen, Center for Ludomani, og Anni Bang, Ringgården, for deres store arbejde med at holde styr på et væld af skemaer og data.

Læservejledning

Rapporten som helhed kan være en tung sag at komme igennem, da læseren bombarderes med et væld af oplysninger, der opgøres i mere eller mindre overskuelige tabeller og diagrammer. Det er vores håb, at rapportens opbygning kan lede læsere med forskellige interesser direkte til de relevante kapitler. Rapporten er opbygget således, at der først (kap. 2) er en gennemgang af den foreliggende viden, dvs. den væsentligste litteratur, indenfor ludomani-feltet. Dette afsnit er tænkt som en rundtur i baggrundsstoffet for at forstå ludomane og ludomanipulets karakter. Kapitel 3 omhandler vores egen undersøgelsesudformning, og i kapitel 4 gives en beskrivelse af de ludomane klienter, der indgår i undersøgelsen. Kapitlerne 5, 6, 7 og 8 omhandler frafald samt de ændringer, der sker i løbet af behandlingen frem til opfølgningstidspunktet, og hvordan dobbeltbelastning spiller ind på behandlingseffekten. Disse kapitler kan bruges som en form for "opslagsværk" med en mængde informa-

tioner opgjort i tabelform, hvis man ønsker særlig viden om ét specifikt område.

Endelig samles der i kapitel 9 op på hele undersøgelsen i forhold til de formål, der var stillet op fra begyndelsen, og resultaterne diskuteres og perspektiveres. Dette kapitel kan med fordel læses, hvis man ikke orker at kæmpe sig igennem junglen af delinformationer.

God læselyst!

Per Nielsen og Steffen Røjskjær

Middelfart, maj 2005

Background:

Treatment for pathological gambling has only been part of public health services in Denmark for about 10 years and the level of evidence concerning client characteristics and treatment outcome is yet to be established. International studies on pathological gambling has provided some evidence of the nature and psychology of gambling and gamblers, and also some evidence of the effects of treatment which seems to be quite promising. However the current treatment approaches are inherited mostly from approaches designed for addictive behaviors, but they need to be more precise in addressing some specific target areas in pathological gambling, for example the cognitive erroneous beliefs and the often very prominent impulsivity among gamblers in treatment.

Aim:

The aim of the present study was to investigate a population of pathological gamblers in treatment concerning social, and psychological background for gambling problems before and after treatment in two modalities: extensive, out-patient individual cognitive therapy or intensive, in-patient treatment. Personality disorders, alexithymia, sensation seeking and impulsivity are central themes in the psychological profiling of the gamblers.

Method and population:

459 pathological gamblers who contacted Center for Ludomani, Odense, participate in a basic population of which 40% conclu-

ded formal treatment in either the out-patient or the in-patient modality. Data concerning demography, gambling, personality traits and personality disorders are obtained at intake, discharge and a six months follow up inquiry.

Results:

The population of gamblers in treatment are psychologically heavily burdened by their life as pathological gamblers. They display a variety of psychological stress-symptoms, depression, and a tendency for suicidal ideation and suicidal behavior, and alcohol or substance abuse. Economical and familial consequences of the pathological gambling of the client are very prominent.

The data supports findings in other studies of the central role of impulsivity, whereas alexithymia plays a subordinate role, and the role of sensation seeking remains unclear. Drop out is isolated to the out-patient setting which seems less efficient in this respect. In-patient treatment is completed by all but one client.

Efficiency concerning reduction of gambling behavior, comorbid psychopathological symptoms is generally improved for 8 out of 10 gamblers who complete treatment. Dual disorder (gambling and personality pathology) reduces the chances for improvement. In-patient treatment seems more efficient than out-patient treatment as carried out at Center for Ludomani.

Conclusion:

Gamblers do generally profit from cogniti-

ve oriented treatment, but the presence of dual disorder and/or severe psychopathological symptomatology reduces the probability of success.

It is recommended, that therapy for gambling encompass specific elements designed towards the cognitive distortions connected with pathological gambling, that specific cue exposure elements and response control techniques should be part of therapy, and that there is particular focus on clients with a dual disorder.

1. Baggrund

1.1 Om undersøgelsen

Undersøgelsen er kommet i stand gennem et samarbejde mellem Center for Ludomani, der driver behandling af mennesker med afhængighed af pengespil, og Ringgårdens afdeling for forskning og formidling, der beskæftiger sig med praksisnær forskning i afhængighed af rusmidler – primært alkohol – og afhængighed af bestemte former for adfærd, f.eks. ludomani.

Projektet er finansieret af bevilling fra Ludomanipuljen i Forskningsstyrelsen, og der har undervejs været samarbejdet med psykolog, ph.d. Jakob Linnet, der været tilknyttet Ringgårdens afdeling for forskning og formidling med et selvstændigt projekt: *"Ludomani – Assessment of, and impulsive-ness in, problem gambling"*. Dette projekt indgår ikke i nærværende rapport.

Interessen for projektet har fra Center for Ludomani side været overordentlig stor undervejs i forløbet, idet dialogen mellem forskning og praksis har været en mulighed for at berige begge opgavefelter: forskningen er blevet inspireret til at forholde sig til virkeligheden, som den udspiller sig i centrets dagligdag, og behandlingen har været udfordret på det teoretiske og metodemæssige plan, hvilket øjensynligt har været frugtbart for begge parter.

Projektet er gennemført i samarbejde mellem udviklingsleder, cand.phil. Steffen Røjskjær og fagchef, lic.psych. Per Nielsen, Ringgårdens afdeling for forskning og formidling.

I løbet af den periode, hvor der i regi af KFUM's Sociale Arbejde i Danmark er arbejdet med ludomani, det vil sige først som projekt på behandlingshjemmet Ringgården og siden 2002 i Center for Ludomani's selvstændige institution, har der gennem praksis tegnet sig to behandlingsstrengte: en ekstensiv, individuel ambulant streng, hvor klienten udelukkende har arbejdet med én behandler i et ambulant samtaleforløb af typisk mellem 5 og 10 samtaler, og en intensiv streng, hvor ambulante individuelle samtaler kombineres med et 14 dages gruppeterapeutisk døgnforløb (kursus). Nogen systematisk logik bag denne udvikling har der ikke været tale om i videnskabelig forstand, men snarere at en række praktiske hensyn og erfaringsbaserede præferencer betød, at dette blev "det muliges kunst".

Efter de indledende etableringsmanøvrer opstod der på Center for Ludomani et behov for at se nærmere på det hensigtsmæssige i den etablerede behandlingspraksis, dvs. med en ekstensiv streng og en intensiv streng. Er denne måde at organisere behandlingen effektiv, og hvilke klienter har mest nytte af de respektive behandlingstilbud?

1.2 Formål

Undersøgelsens formål er

- at undersøge virkningerne af behandling for ludomani i dels intensive og dels ekstensive forløb, som de praktiseres på Center for Ludomani i Odense

- at kortlægge demografiske og psykologiske klientkarakteristika – især personlighedsforstyrrelser, personlighedsmonstre som sensation seeking behavior og alexitymi samt kliniske syndromer som depression og almen aktuel belastningsoplevelse – og belyse disse faktorerers betydning for prognosen efter behandling.

2. Viden om ludomani

- Erfaringer fra andre undersøgelser

2.1 Hvad er ludomani? Et blik på den aktuelle videnssituation

Hverken lægmænd eller personer med sagkundskab kan benægte spillemarkedets eksplosive vækst i udbud, tilgængelighed og omsætning gennem de senere år. Der hersker heller ikke længere nogen tvivl om, at jo flere pengespil, der er, desto flere mennesker vil spille på dem – og i kølvandet ser vi et stigende antal personer med et excessivt spillemønster (Ladouceur et al. 2003).

Problemer med pengespil – som vi i Danmark kalder ludomani¹ – er hverken i mildere eller sværere former velbeskrevne eller gennemundersøgt på nuværende tidspunkt. Der er brug for væsentlig mere forskning og erfaringsopsamling både nationalt og internationalt, før vi har en præcis forståelse af fænomenerne, der knytter sig til dette problemkompleks. I det følgende vil vi belyse hovedtræk af den nuværende viden om overordnede karakteristika, processer og sammenhænge i forhold til ludomani på baggrund af et centralt udvalg af faglitteraturen.

Både arvelige (familiære og genetiske), sociologiske og individuelle faktorer (f.eks. et individs personlighed, biokemi, psykiske tilstande og kognitioner) spiller en rolle i

udvikling og fastholdelse af ludomani, men for øjeblikket er evidensen på de forskellige felter ikke solid hele vejen rundt. Raylu & Oei (2002) peger på fire typiske problemer, som bør undgås i den fremtidige udforskning af problemerne med pengespil:

1. De fleste undersøgelser har generaliseret fund fra én form for spil til andre former for spil, hvilket næppe er holdbart.
2. Næsten alle undersøgelser af ludomani er vestligt orienteret, men resultaterne er ofte generaliseret til andre etniske og kulturelle grupper.
3. Fremtidige studier bør fokusere på metodologiske problemer i den forhåndenværende ludomanilitteratur.
4. Næsten al forskning har fokuseret på, hvorfor en person starter med at spille. Kun få har set nærmere på variabler, der kan forklare hvorfor personer stopper med at spille under den enkelte episode, hvilket antages at være mere frugtbart end hvorfor personer starter med at spille: det der motiverer til at fortsætte med spil på trods af tab i en spillesession og på tværs af sessioner, er et kendetegn, der adskiller uproblematisk spillere fra problemspillere og ludomane.

¹ Ludomani er en populær-betegnelse for *aleamani*, *patologisk spillelidenskab*, der karakteriseres ved hyppigt gentagne episoder af spillelidenskab, som dominerer personens liv på bekostning af sociale, arbejdsmæssige og familiemæssige værdier og forpligtelser (WHO ICD-10. Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. 1995)

Ligeledes har der været mange hypoteser, modeller og teorier om ludomani, men ingen af dem er solide nok til at forsyne os med en klar helhedsforståelse af problematikken.

Som vi tidligere har gjort opmærksom på (Røjskjær & Nielsen 1999) kan der af ovennævnte grunde ikke tegnes en profil af den typiske ludoman. Det er tvivlsomt, at ludomani er ét omskrevet fænomen, for personer med ludomani har vist sig ikke at være en homogen gruppe, men en række undergrupper med særlige fællestræk og en delvis fælles psykologisk dynamik i forhold til deres spilleadfærd. Så lad os derfor forsigtigt her fra starten påpege, at der er langt mere vi ikke ved end vi ved. Ludomani og årsagerne hertil bør ansues som komplekse, multifaktorielt betingede problematikker med individuelle variationer – og ikke ét fænomen, én *sygdomsentitet* med én årsag.

2.1.1 Diagnosen

Som hovedregel vil et problem med pengespil betyde, at man spiller ofte og for mange penge. Omvendt kan man ikke slutte, at alene fordi man spiller ofte/for mange penge, så har man et problem. Der er først tale om et problem, når en persons spilleaktivitet medfører skadevirkninger for ham selv, hans nærmeste og for samfundet som helhed (Abbott et al. 1999). Der er med andre ord først tale om et spilleproblem, når man har et adfærdsmønster, som på den ene eller anden måde skader udøveren i hans personlige, familierelaterede eller arbejdsmæssige virksomhed (Lund & Nordlund 2003).

De amerikanske DSM-IV-kriterier karakteriserer personer med patologisk spillelidenskab som vedvarende og stadig tilbagevendende kendetegnet ved fem eller flere af følgende kriterier:

- er meget optaget af pengespil; for eksempel optaget af at genopleve tidligere spille-erfaringer, vurdere odds eller planlægge næste indsats, eller tænke på måder at skaffe penge til at spille for
- har behov for at øge pengeindsatsen for at opnå ønsket spændingsniveau
- her gentagne mislykkede forsøg på at kontrollere, reducere eller ophøre med pengespil
- bliver rastløs eller irriteret ved forsøg på at reducere eller ophøre med pengespil
- spiller for at slippe for problemer eller for at dulme vanskelige følelser som for eksempel hjælpeløshed, skyldfølelse, angst og depression
- vender tilbage til spillet for at vinde det tabte tilbage ("chasing")
- lyver for familiemedlemmer, behandlere eller andre for at skjule, i hvilken grad man er involveret i pengespil
- har begået illegale handlinger som dokumentfalsk, bedrageri, tyveri eller underslæb for at finansiere pengespil
- har belastet eller mistet vigtige relationer, job, uddannelse eller karrieremuligheder på grund af pengespil
- har brugt andre til at skaffe penge for at undgå vanskelige økonomiske situationer forårsaget af pengespil

I Europa anvendes WHO's diagnoseliste, *International Classification of Diseases*

(ICD-10 WHO 1995), hvor patologisk spillelidenskab (F63.0) henføres til "vane og impuls handlinger (patologiske)", der omfatter bestemte former for adfærdsforstyrrelser, der ikke har kunnet klassificeres under andre kategorier. Disse tilstande er kendetegnet ved gentagne handlinger, der ikke har nogen tydelig rationel motivation, der ikke kan kontrolleres og i almindelighed er skadelige for personens egne interesser eller andres ditto. Personen angiver at adfærden er forbundet med impulser til at handle.

Udover patologisk spillelidenskab findes i denne diagnosekategori også pyromani², kleptomani³ og trikotillomani⁴. Placeringen af ludomani i samme gruppe som disse forstyrrelser bygger på en opfattelse af, at ludomani er et resultat af de samme underliggende ukontrollerbare impulser, som ses ved impuls kontrolforstyrrelser generelt.

Derved maskerer man imidlertid en forskel på ludomani og andre impuls kontrolforstyrrelser. Både kleptomani, trikotillomani og pyromani er ubehagelig for klienten selv, idet han eller hun først føler sig overvældet af en impulsiv tilskyndelse til at handle (stjæle; sætte ild på) efterfulgt af lettelse eller lystbetonet ophidselse. Dette opleves imidlertid ubehageligt og jeg-fremmed (ego-dystont): den enkelte ønsker ikke at stjæle eller sætte ild på, men gør det for at lette presset fra en overvældende

impuls til at handle sådan. Mellem de enkelte episoder med impuls handlinger vil personen ofte frygte, hvornår impulsen tager magten igen.

Omvendt er det for ludomane som regel sådan, at de finder deres spilleaktivitet behagelig, ego-synton, og de vil ofte gøre sig mange tanker (jf DSM-IV kriterierne) om, hvordan og hvornår de på ny kan hengive sig til at spille. For dem kommer ubehaget og humørtabet typisk først efter at spilleaktiviteten er ophørt, eller når tabene er blevet overvældende (Shaffer 1999).

Det står på nuværende tidspunkt klart, at ludomani kan have mange rødder, og følgelig er der brug for mange behandlings-elementer. De fleste professionelle indenfor både det sociale og det sundhedsmæssige område har ingen viden om de specifikke baggrunde for patologiske pengespilproblemer. Det er derfor ikke uforståeligt, at ludomani i daglig klinisk sammenhæng primært regnes for en form for afhængighedsadfærd – ganske vist non-farmakologisk. De almene, basale kendetegn ved rusmiddelaafhængighed – uanset hvad man er afhængig af – passer et langt stykke ad vejen på ludomani:

1. et stærkt begær med tvingende karakter efter at gøre bestemte ting (alkoholaafhængige drikker; spilleafhængige spiller)
2. afsvækket kontrol med den pågældende adfærd

² Gentagen ildpåsættelse eller forsøg herpå uden tydeligt motiv samt af en vedholdende optagethed af emner, der omhandler bål og brand.

³ Gentagne mislykkede forsøg på at modstå tilskyndelser til at stjæle genstande, som ikke anskaffes for vinding eller til personligt brug.

⁴ Betydeligt hårtab på grund af vanskelighed ved at modstå tilbagevendende tilskyndelser til at plukke hår af.

3. betydeligt psykisk ubehag (uro, ængstelse, irritabilitet, tristhed m.v.), hvis man hindres i at fortsætte
4. adfærden fortsættes uanset de problemer den skaber
5. modsatrettede følelser (ambivalens), fordi rusen på kort sigt er en effektiv **løsning**, samtidig med at den på længere sigt er et **problem**

Men der eksisterer som ovenfor omtalt indtil flere konkurrerende begrebsdannelser om, hvad patologisk spillelidenskab kan være for en størrelse: en impulskontrolforstyrrelse, en affektiv lidelse, en lidelse indenfor det obsessiv-kompulsive spektrum eller altså en non-farmakologisk afhængighedsproblematik (Moreyra et al. 2000). Det er derfor alt for tidligt at lægge an til nogen form for stivnen af aktuelt etablerede kliniske praksisformer i håndtering af ludomani, uanset om det er på et alment niveau i social eller sundhedsmæssig sammenhæng, eller om det er indenfor den eksisterende specialiserede ludomanibehandling.

2.1.2 Prævalens

Der findes i øjeblikket ingen dansk undersøgelse af forekomsten af personer med et problematisk (hyppighed; omfang) eller afhængighedspræget forhold til spil (ludomani). Efter skatteminister Kristian Jensens beslutning blev der i november 2004 nedsat en gruppe af fagpersoner, som under Spillemyndighedens ledelse har til opgave at forberede gennemførelsen af en dansk prævalensundersøgelse. Om alt går vel, vil de første resultater kunne ventes i 2006.

⁵ Kilde: Rönnberg et al. (1999)
Lund & Nordlund (2003)

Hidtil er der i Danmark kun lavet en litteraturn gennemgang af andre landes prævalensundersøgelser (Røjskjær & Nielsen 1999), hvorimod der for nylig er lavet nationale prævalensundersøgelser i såvel Norge som Sverige⁵. Et estimat for omfanget af ludomani i Danmark på baggrund af prævalensen i de nordiske lande ligger på mellem 7.000 til 32.000 *aktuelt* spillende ludomane og 17.000 til 68.000 personer med et aktuelt problematisk forhold til spil. Opgør man tallet på hvor mange, der på et tidspunkt i *livet* har haft et problematisk forhold til spil eller været ludomane, finder man noget højere forekomst, som det fremgår af tabel 2.1.

For en beskrivelse af screeningsredskaberne SOGS-R og DSM-IV henvises til senere afsnit.

Der er altså grund til at antage, at en relativt stor gruppe danskere bærer rundt på et spillerelateret problem, som for en del af gruppens vedkommende må betragtes som så omfattende og destruktivt, at det kræver professionel behandling.

2.2 Faktorer ved spil og spillesituationer

De harmløse, underholdende eller rekreative spil, som både børn og voksne (homo ludens) munter sig med har meget lidt til fælles med hasardspil eller pengespil. Bert Kellermann, en tysk pioner på ludomani-feltet, har defineret hasard således: "*Glücksspiele sind Wettkämpfe mit Einsatz von Geld oder Werten, bei denen der Zufall (das "Glück") entscheidet*" (Kellermann 2004).

Tabel 2.1. Oversigt over prævalenstal blandt 15-74 årige i Sverige og Norge overført til Danmark

	Prævalens i %	Antal personer	Svarende til antal personer i DK *
SVERIGE (6,4 mill pers. 15-74 år)			
AKTUEL LUDOMANI ifølge SOGS-R	0,4-0,8%	26.000-51.000	16.000-32.000
AKTUELT PROBLEMSPIIL ifølge SOGS-R	1,1-1,7%	70.000-109.000	44.000-68.000
LIVSTIDS LUDOMANI ifølge SOGS-R	0,95-1,45%	61.000-93.000	38.000-58.000
LIVSTIDS PROBLEMSPIIL ifølge SOGS-R	2,3-3,1%	148.000-199.000	92.000-123.000
AKTUEL LUDOMANI ifølge FISHER DSM IV	0,18-0,425%	11.500-27.000	7.000-17.000
AKTUELT PROBLEMSPIIL ifølge FISHER DSM IV	0,425-0,775%	27.000-50.000	17.000-31.000
NORGE (3,5 mill pers. 15-74 år)			
AKTUEL LUDOMANI/ PROBLEMSPIIL ifølge SOGS-R	0,4-0,8% (heraf 0,2% ludomane)	14.000-28.000	16.000-32.000
LIVSTIDS LUDOMANI/ PROBLEMSPIIL ifølge SOGS-R	0,7-1,3% (heraf 0,3% ludomane)	25.000-44.000	28.000-52.000
AKTUEL LUDOMANI/ PROBLEMSPIIL ifølge NODS DSM IV	0,5-0,9% (heraf 0,3% ludomane)	16.000-32.000	20.000-36.000
LIVSTIDS LUDOMANI/ PROBLEMSPIIL ifølge NODS DSM IV	1,1-1,7% (heraf 0,6% ludomane)	38.500-59.500	44.000-68.000

*Ifølge Danmarks Statistik var antallet af personer mellem 15-74 år i Danmark i år 2002: 3.983.818.

Han henviser dermed til særlige kendetegn ved hasardspil:

1. man sætter penge eller en værdigenstand på spil
2. denne indsats er irreversibel, når den først er placeret

3. spilllets udfald beror på chance/tilfældighed (fr.: hasard) – ikke på færdighed eller dygtighed

Udfaldets *tilfældighed* betyder, at man ikke kan kontrollere udfaldet af en hændelse (et spil; en spillerunde), men det forstår eller forholder spillere sig ofte ikke til: de lader som om, det er muligt at regne udfaldet ud på forhånd. Man må som spiller derfor "lege med" og dels lade sig fange ind af spændingen om udfaldet og dels gøre sig illusioner om, at man har indflydelse derpå (eksempelvis ved at krydse fingre).

Når spilleren satser et beløb på spillet – med chance for gevinst eller risiko for tab – så udløses der før-lyst, en frydefuld forventning. En eventuel gevinst fremkalder en slags eufori, spilleren føler sig opstemt, stor og mægtig. Men da dette *kick* kun holder sig i kort tid, må spilleren snart gå løs på det næste spil. Spillet *afhængighedspotentiale* beror på hvor høj en "hændelses-frekvens" (tab/gevinst) spillet opererer med: ved roulette eller spilleautomater er hændelsesfrekvensen ekstremt høj, således at spilleren hurtigt kan fortrænge oplevelsen af et tab ved straks at satse på en ny spillerunde (Meyer & Bachmann 2000).

2.2.1 Principper bag pengespil baseret på tilfældighed (hasard)

Pengespil er designet til at bære ved til private overbevisninger om, at man som spiller kan have særlige evner til at vinde og til at forudsige gevinster (se senere afsnit om spilleres kognitive forvridninger). Vejen til den særlige "spiller-logik" er åben, hvis spilleren samtidig har begrænset viden om eller erkendelse for begreber som: *den*

negative gevinstforventning og de enkelte spillerunders indbyrdes uafhængighed. Vi vil se nærmere på den negative gevinstforventning og de enkelte spillerunders uafhængighed med baggrund i Ladouceur et al. (2003) og Toneatto (1999).

2.2.2 Den negative gevinstforventning

Fra en matematisk betragtning henviser *den negativ gevinstforventning* til den sum penge, der tilbageleveres til spilleren i forhold til den totale sum penge, han har satset på spillet. Med andre ord bestemmer gevinstforventningen, hvad spilleren kan regne med at få ud af spillet over en lang tidsperiode. Spilleindustrien må nødvendigvis give færre penge tilbage, end de får ind, for at skabe profit. Denne måde at redistribuere de penge, der er spillet for, skaber en negativ gevinstforventning, der gælder for alle spillere. Med en negativ gevinstforventning er det eneste en spiller kan forvente i det lange løb: at tabe.

Dette burde logisk set afholde de fleste fra at spille pengespil/hasard i større stil – hvad det jo i realiteten også gør, eftersom de fleste danskere nok spiller pengespil en gang i mellem, men for de fleste med en betydelig skeptisk/realistisk distance. Men jo mere problematisk et forhold, man har til pengespil, jo mere fejltolker man gevinstforventningen, hvilket får spillere til at tro, at de har bedre chancer for at vinde på bestemte spilletyper. Når problemspillere hører, at tilbagebetalingsraten på et bestemt spil er 50, 75 eller 92%, så ræsonnerer mange, at disse rater svarer til de matematiske chancer for at vinde, altså at der eksempelvis er 92% chance for gevinst.

Denne fortolkning er absolut forkert: en tilbagebetalingsrate på 92% betyder, at spillere, på langt sigt, vil tabe 8% af de penge, som de sætter på spillet. De 8% er den sum, som spiludbyderen tager som indtjening per spil. At tale om en tilbagebetalingsrate er således at tale om den negative gevinstforventning – på en positiv måde! Noget som spilleindustriens markedsføring ikke forsøger at lave om på!

Overraskelsen ville selvsagt være stor, hvis spilleindustriens motto lød: *Jo flere penge, du spiller for, og jo hyppigere du spiller, jo mere stiger din risiko for at tabe*, selvom dette ville afspejle de faktiske forhold. Under spil er spillernes værste fjende tiden, fordi de uundgåeligt taber i det lange løb. Som følge af *den negative gevinstforventning*, så er det matematisk umuligt for spillere, som spiller igen og igen, at genindvinde deres tab. Det vil også sige, at hvis spil er profitable for spilleindustrien, så kan de ikke samtidig være profitable for spillerne.

Alle spil med en negativ gevinstforventning er til fordel for industrien. Hvorfor kan man så ikke spille på dart, golf eller krydsord på kasino? Grunden er enkel: Spilleindustrien udelukker systematisk de spil, der giver mulighed for at trække på tidligere hændelser eller personlige færdigheder. Ved alene at udbyde spil, der bygger på princippet om uafhængighed af spillerunderne, sikrer industrien, at ingen spiller kan opnå erfaring eller forbedre deres færdigheder. Strukturen på disse spil garanterer spilleindustriens fortsatte eksistensgrundlag.

2.2.3 Spillerundernes uafhængighed

Matematisk set er begrebet spillerundernes *uafhængighed* også relativt simpelt at forstå: hvis man slår plat eller krone er sandsynligheden for plat (eller krone) altid lig med $\frac{1}{2}$ – “fifty – fifty”.

Det gælder for hvert enkelt møntkast, og det gælder også for det næste møntkast, uanset om de foregående 7 møntkast alle gav plat: sandsynligheden for krone er stadig – og hver gang – halvtreds procent. Mønten har ingen hukommelse, sjæl eller andet, der skaber forbindelse mellem de enkelte spillerunder. Og uanset hvor elektronisk indviklet og designmæssigt sofistikeret en spillemaskine, vi taler om, så er princippet i hasard/tilfældighedsspil det samme: *der eksisterer ingen forbindelse mellem de enkelte spillerunder, og dette skal maskinens konstruktion og opsætning sikre.*

Men hasardspillene er sat op på en måde, så man slører tilfældigheden, og spillernes tankegang og retorik understøtter denne forvridning af kendsgerningerne. Spillerne vil ofte forstå sig selv som værende i stand til – ved list, snilde, vedholdenhed eller særlige færdigheder at overvinde tilfældighedsprincippet.

Spillerundernes uafhængighed er den basale betingelse i tilfældighedsspil. For at være uforudsigelige og følge reglerne for tilfældighed, så er alle hasardspil struktureret på en måde, hvor hver runde er en uafhængig hændelse, der på ingen måde bestemmes af resultatet af tidligere runder. Denne uafhængighed, eller fravær af forbindelse, gør det til spild af tid at observe

re resultaterne af spillet med det formål at forudsige det næste resultat. Med andre ord kan spillere aldrig udøve nogen form for kontrol over spillet.

Alle mennesker vil imidlertid helt spontant forlade sig på tidligere erfaringer og på deres observationer af nutiden med henblik på at have et grundlag for at træffe beslutninger. Derfor er det heller ikke underligt, at spilleres første refleks er at observere spillet med henblik på at opdage en konstant (en regel hvorefter spillet fungerer) for at udvikle en strategi og siden hen få lettere ved at opnå en gevinst.

Vi kan illustrere dette med et parallelt dagligdags eksempel: *Peter observerede, mens han drak en kop kaffe, at en flue landede på hans skulder. Derpå fortalte hans mor, at hun skulle til Fanø for at møde en bekendt.* Med mindre vi er overtroiske, så er det indlysende, at der ikke er nogen sammenhæng mellem disse hændelser. Og eftersom de er uafhængige, så kan Peter ikke forudsige, at en flue vil lande på hans skulder baseret på det faktum, at han er ved at drikke en kop kaffe.

Men hensyn til fluen, så er det ikke et tegn på, at Peter snart skal have at vide, at hans mor skal ud på en rejse. I virkeligheden kan ingen af disse hændelser hjælpe Peter med at forudsige den næste hændelse, eftersom de er uafhængige af hinanden.

Imidlertid synes spillere at overse, at hasardspil gør observation og strategi værdiløs. De strategier, de udvikler, er ligeså nyteløse, som de observationer de gør, eftersom hver spillerunde er ny og eftersom tid-

ligere resultater på ingen måde tillader dem at forudsige den næste runde. Alle forsøg på at reducere risikoen ved deres spilleindsatser eller på at forøge deres chancer for at vinde er dømt til fiasko på grund af spillerundernes uafhængighed.

Den mest naive spiller vil derfor – forudsat han respekterer spillets grundregler – have sammen chance for at vinde som den mest udspekulerede spiller. Hasardspil er indenfor enhvers rækkevidde, og det er ikke uforståeligt at de er så populære. Der kræves intet af den enkelte person – hverken intelligens eller færdigheder – for at deltage. Bortset fra penge, forstås!

“Her vinder af hundrede spillere kun én; men hvad vedkommer det mig – når blot jeg er denne ene?”, sagde Dostojevski i sin roman “Spilleren” med stærke selvbiografiske referencer (Dostojevski 1866). I matematikkens filosofiske grænseland er dette fænomen kendt som *spillerens fejltagelse* (gamblers fallacy) (Ladouceur 1998).

Der er altså kun “held” a holde sig til, hvilket de fleste spillere mener, de har et helt personligt og meget tæt forhold til. Det vender vi tilbage til om lidt.

2.2.4 Spillesituationen og spillemiljøet

Det kan for mange ikke spillere være svært at forstå ludomanes fascination af fx automatspil. Hvordan kan det være så dragende at se hjulene spinde med mere eller mindre abstrakte symboler på en automat og med en relativ beskedne gevinst i udsigt?

Der må tilsyneladende være noget, der ligger ud over selve spilhandlingen, nogle

faktorer, som altså forstærker eller fastholder fascinationen ved at putte penge i en maskine. Især englænderen Mark Griffiths har undersøgt dette forhold og peger på, at strukturelle og situationelle faktorer formentlig indgår i at fange spilleres interesse og efterfølgende fastholde den. (Griffiths 2001; 2003). De situationelle faktorer omhandler blandt andet spillerens mentale og fysiske *tryghed og velvære* i spilhandlingen, altså om han føler sig godt tilpas i spillemiljøet og ved spillemaskinen, og at spillemiljøet er tiltrækkende og imødekomende opbygget og indrettet, fx ved at man hører lyden af gevinstudbetaling i rummet. Rammen om (automat)spillet skal med andre ord være i orden og signalere gevinstmulighed.

De strukturelle faktorer er derimod knyttet tættere til selve spilhandlingen, dvs. maskinens opbygning og spillets afvikling. Griffiths angiver en række elementer, som han tillægger betydning for automatspille- res vedholdende spil:

- Indsatsens størrelse
- Vekselfaciliteter
- Spilhandlingens frekvens (hvor hurtigt kan nyt spil påbegyndes)
- Gevinstens størrelse og opbygning
- "Near miss" muligheder ("næsten gevinster")
- Lys, lyd og farveeffekter
- Personlige færdigheder og pseudofærdigheder

Nogle af kendetegnene ved automatspillemaskiner er netop, at spilhandlingen hurtigt kan efterfølges af en ny spilhandling; at der opbygges sindrige "jackpot-puljer", at

der simuleres momentvise elementer af (pseudo-)færdighed gennem mulighed for at påvirke tidspunktet for hjulenes stop, eller gennem åbning af særlige gevinstchancer i et antal spil, som man har gjort sig "fortjent" til. Maskinerne er kendetegnet ved ofte at have indviklede farve- og lys kombinationer, som udenforstående har svært ved at forstå og tolke betydningen af, dvs. at der først skal ske en afkodning, som den øvede spiller/ludomane naturligvis har fuldt overblik over. Og alle automatspil rummer et overvældende antal "lige ved og næsten" kombinationer, som indgyder tro på, at det snart må lykkes.

Der er kun lavet få egentlige studier af disse strukturelle faktorer betydning, og af om ludomane reagerer anderledes og måske stærkere på strukturelle faktorer end ikke spillere, men der vil formentlig blive større fokus på dette felt i takt med den stigende politiske interesse for forebyggelsesmæssige tiltag på spillemarkedet (Blaszczynski et al. 2001). For at vide, hvor man kan sætte ind, er man nødt til at vide hvad der tænder brand i problemspillerne og de ludomane.

2.3 Sociale faktorer

Som anført ovenfor peger den aktuelle erfaring og videnskabelige evidens på, at ludomane er en heterogen gruppe, indenfor hvilken der tegner sig nogle mere eller mindre distinkte undergrupper med særlig risiko for at spille problematisk og/eller udvikle ludomani. Adskillige faktorer – inkl. lav socioøkonomisk status, arbejdsløshed, lavt uddannelsesniveau, lav indkomst er ofte koblet til højere ludomanifore-

komst, om end sammenhængen ikke er helt entydig (Rönnerberg et al. 1999; Lund & Nordlund 2003; Abbott & Volberg 1991).

2.3.1 Spil i sociokulturelt perspektiv

Ud fra en sociologisk synsvinkel antages, at ludomani kan være en respons på manglende evner til at mestre tilværelsen i samfundet som helhed. Spil hjælper med til at skabe en mere kontrollerbar subkultur, hvor livet er mindre komplekst og mere belønnende.

Der har f.eks. været forsket i kortspilsmiljøer, der ofte fungerer som lukkede systemer, der forstærker spil og genererer yderligere pres på individet til at fortsætte spillet på trods af tab. Forskellige former for sociale gevinster skal kompensere for tabet. Disse gevinster er f.eks. social interaktion, sansemæssig stimulation, økonomisk gevinst, muligheder for at træffe beslutninger og mulighed for at demonstrere karakter (Raylu & Oei 2002).

Andre har i forhold til kasinospil lagt vægt på betydningen af gruppemedlemskab, emotionel og moralsk støtte, selvagtelse og social status. De problemer, spilleren har, parkeres i det omgivende samfund og tages ikke med på kasinoet (f.eks. tab af det egentlige sociale netværk og forskellige værdikonflikter). Der opstår en slags dobbelt reforsteringsproces, hvor sociale gevinster fungerer som positive forstærkere, medens spillerens problemer i det omgivende samfund fungerer som negative forstærkere (opnå og undgå).

Styrken ved det sociologiske perspektiv er dets fokus på samfundsmæssige og kultu-

relle faktorer, hvilket er en begrænsning ved andre tilgange. Der er imidlertid visse ulemper i forhold til de sociologiske forklaringer på ludomani. Personer som spiller på spillemaskiner spiller som regel alene og er generelt ikke involveret i konversation med andre spillere. Det er muligt at den sociale interaktion og andre former for behagelighed, der er fundet i spillemiljøet, kun er motiverende for at begynde at spille og kun tilskynder til fortsat spil for visse spillere. Den sociologiske teori er også blevet kritiseret for dens mangel på klinisk fokus.

2.3.2 Køn

Nogle undersøgelser viser, at flere mænd end kvinder bliver ludomane (Abbott & Volberg 1996; Ladouceur 1996; Legarda et al. 1992; Rönnerberg et al. 1999), mens andre undersøgelser ikke har påvist dette (Wynne 1994; Kassino 1998).

Forskningen har dokumenteret, at der er kønsforskelle i holdningerne til spil, spilleadfærd, typer af spil der foretrækkes, spilleomfang, og forskelle i de problemer, der præsenteres ved behandling samt behandlingsudbytte.

Adskillige undersøgelser peger på, at kvinder bruger spil som personlig flugt (f.eks. fra ensomhed, isolation og depression) eller familiære problemer, medens mandlige ludomane spiller mere for spændingens og gevinsternes skyld (Spunt et al. 1998). Det skal imidlertid bemærkes, at hovedparten af forskningen om ludomani har fokuseret alene på mandlige deltagere.

2.3.3 Alder

Aldersfordelingen i grupper af ludomane i

behandling er ganske spredt, fra helt unge og til personer langt efter pensionsalderen. Men det typiske for klienter i behandling synes at være personer omkring eller under 30 år gamle (Legarda et al. 1992; Ladouceur 1996; Wynne 1994; Abbott & Volberg 1991; Sommers 1988; Volberg 1993).

En undersøgelse fra Holland viste, at halvdelen af ludomane i behandling var under 25 år gamle (Becona 1996), mens der i en spansk undersøgelse ikke var signifikant forskel på aldersfordelingen blandt ludomane i behandling og almenbefolkningen (Becona 1993).

En dansk undersøgelse fra to forskellige behandlingssteder (Center for Ludomani og Frederiksberg-Centeret) viste en gennemsnitsalder på henholdsvis 36,1 år (377 klienter, heraf 67 kvinder) og 38,4 år (46 klienter, heraf 10 kvinder) (Røjskjær 2004).

2.3.4 Spil i familien

Der er en del indikationer på en sammenhæng mellem ludomani og problemer med spil i baggrundsfamilien (Spunt et al. 1998). Gambino et al. (1993) fandt eksempelvis tolv gange højere risiko for at udvikle ludomani hos personer med bedsteforældre med ludomani end hos børnebørn af bedsteforældre uden spilleproblemer. Flere andre undersøgelser antyder en relativt klar sammenhæng mellem forældres ludomani og en øget risiko for spilleproblemer hos deres (voksne) børn (Abbott & Volberg 1991; 1996; Wallisch 1993; Bergh & Kühnhorn 1994; Black & Moyer 1998). Det er

uafklaret, hvorvidt denne familiemæssige tilknytning til spil skal tilskrives genetisk arv eller social påvirkning eller begge dele.

2.3.5. Etnisk baggrund

Det er en udbredt opfattelse, at der er en overhyppighed af spilleproblemer blandt etniske minoriteter i lande som USA, New Zealand og Australien (Abbott & Volberg 1991; Wynne 1994). F.eks. – for spillere der hører til lavstatus og minoritetsgrupper (f.eks. immigranter, etniske minoriteter og de fattige) – kan sociale gevinster ved spillemiljøet måske virke ekstra tiltrækkende, og derfor kan disse personer blive mere tiltrukket og bundet af spillestedet. Dette kan forøge deres risiko for at udvikle ludomani.

Forholdet mellem ludomani og etnisk baggrund er ikke undersøgt tilbundsgående i Danmark, men lyttes der til behandleres erfaringer fra den kliniske hverdag, forlyder det, at man fornemmer en overhyppighed af personer af anden etnisk herkomst blandt klientellet, hvilket dog ikke umiddelbart bekræftes af nærværende undersøgelse. Her udgør personer af anden etnisk herkomst 6,5% af populationen i databasen, hvilket nogenlunde svarer til det forventelige ud fra befolkningsandelen af borgere af anden etnisk herkomst.

2.4 Biologiske hjerneprocesser og ludomani

Selvom udforskningen af ludomaniens neurobiologiske faktorer er interessant, må det konstateres, at der til dato kun findes et begrænset antal undersøgelser, hvilket gør denne del af området mere bredt end dybtgående i foreliggende viden.

I den kliniske praksis beretter ludomane ikke sjældent om følelser, der minder om oplevelser hos misbrugere af kokain eller andre psykoaktive stoffer. Flere forskere har peget på, at der ved pengespil – på samme måde som ved kokain- eller amfetamin-indtagelse – kommer ændringer i centralnervesystemets neurotransmitter-stofskifte, og at dette sker samtidig med en aktivering af det mesolimbiske belønningssystem i hjernen (Kellermann 2004). Under pengespil påvirkes det vegetative nervesystem af den psykologiske stimulation fra spilleaktiviteten. Tonus i sympatikus-nerven påvirkes og medfører øget puls og åndedrætsfrekvens. For spillerne indebærer dette, at de som regel ikke oplever sult under spilleaktiviteter, og mange beretter, at de sveder og samtidig ikke længere mærker vandladnings- og afføringsstrang (Meyer 1987).

Pengespillenes tilsyneladende evne til at imitere rusmiddelagtige virkninger har man været optaget af længe. Ifølge Kellermann (2004) var lægen Fischer allerede i 1910 interesseret i de psykotrope virkninger af pengespil i sammenligning med virkningerne af kokain, alkohol og morfin.

Selvom forskningen i biologiske hjerneprocesser og ludomani stadig er i sin vorden, har adskillige faktorer været i søgelyset:

- spilleaktiviteter øger vågenhedsniveauet i centralnervesystemet (arousal) og resulterer i øget hjerterytme (Griffiths 1990; 1993; Coulombe et al. 1992; Coventry & Norman 1997; 1998)
- forskellige neurotransmitterhormoner er involveret i de hjernebiologiske

processer omkring spil og muligvis også udvikling og fastholdelse af ludomani. Det drejer sig for eksempel om

- nor-adrenalin: (Roy et al. 1988; 1989; 1990)
- GABA (Ramirez et al. 1988; Roy 1991)
- serotonin (Moreno et al. 1991)
- glutamat (Nordin et al. 1996)
- endorfiner (Blaszczynski et al. 1986, Shinohara et al. 1999)
- dopamin (Comings et al. 1996, 1997; Koeppe et al. 1998; Perez de Castro 1999; Ibañez et al. 2000)

Særlig interesse - ikke mindst fra et dansk synspunkt – tiltrækker forskningen i den ventromediale præfrontale cortex's (VMPC) funktion i beslutningsprocesser og risikoforudsigelse under pengespil. Et dansk forskerhold under ledelse af psykolog Jakob Linnet har indledt et studium af dette belyst gennem undersøgelse af dopamin-stofskiftet i VMPC målt ved PET-scanning under spilaktiviteter (Linnet 2004).

Forskellige interessante studier har overbevisende peget på, at VMPC har en nøglefunktion i den neurobiologiske baggrund for almen beslutningstagning, risikovurdering og belønningsreaktioner, hvilket psykologisk set er særdeles relevant for ludomani. Bechara (2001), Bechara et al. (2002), Fukui et al. (2005) og Tranel et al. (2002) har undersøgt personer med henholdsvis højre og venstre hæmiskærisk lokaliserede læsioner i VMPC og fundet, at det mere er højre VMPC end venstre hemisfære, der er aktiv i denne henseende.

2.5 Psykologiske faktorer

2.5.1 Kognitive forvriddninger ved ludomani

I studier af tænkningen hos problematiske og patologiske spillere har man især beskæftiget sig med de forskellige former for kognitive forvriddninger, dvs. automatiske dysfunktionelle antagelser om de objektive kendsgerninger ved hasardspillet, som har så afgørende betydning for udvikling og fastholdelse i et patologiske adfærdsmøn-

ster i forhold til spil. Der er betydelig empirisk støtte for den rolle som dysfunktionelle kognitioner spiller i udvikling og vedligeholdelse af afhængighed af chancespil (f.eks. Toneatto 1999; el-Guebaly & Hodgins 2000). Spillerens tidligere omtalte særlige opfattelse af egen lykke og held i spil kan kvalificeres mere præcist gennem blandt andet Ladouceur et al.'s kategorisering af den særlige form for ludomani-logik, der ses i skemaet herunder.

*Skema 2.2. Kategorisering af kognitive forvriddninger i forhold til spil**

1. Overtro/magisk tænkning

- a. Kognitivt præget: tror på at bestemte humøritilstande eller tanker hjælper spilleren
- b. Adfærdsmæssigt præget: tror på, at bestemte ritualer, rutiner eller handlinger har en gunstig indvirkning på spillerens chancer for at vinde
- c. Amuletter: tror på, at besiddelsen af en bestemt ting forøger spillerens chancer for at opnå store gevinster

2. Selektiv hukommelse: hukommelsen for tidligere gevinster er mere stabil og mere aktiv end hukommelsen for tidligere tab

3. Forvriddning af tidsopfattelsen (temporal perception): at øge eller formindske den faktiske tidslængde på en måde, der fremhæver gevinst og slører tab. For eksempel ved at tro på at serie af gevinster fandt sted over en kortere tidsperiode end der reelt var tale om

4. Overvurdering af egne færdigheder: at tro på, at man har fundet den rigtige fidus til at overvinde "systemet" (NB! der er ikke noget system – det er tilfældigt = hasard)

5. Illusioner om tilfældighed

- a. tilfældighed kan kontrolleres: at tro på, at tilfældighed kan manipuleres så man får kontrol med spillets udfald
- b. tilfældighed er smitsom: at tro på, at held på ét livsområde forudsiger held på andre livsområder, eller at held kan overføres fra en "heldig" person til en anden, og også tages væk fra én af en anden person (bl.a. skildret i Hollywood-filmen: "Intacto")

6. Fortolkning af hændelser under en spillerunde

- a. Attribution: overvurdering af den indflydelse personlige egenskaber har på situationsbestemte variable som held
- b. Antropomorfisme: at tillægge døde ting som rouletten eller pokermaskinen menneskelige reaktioner og egenskaber
- c. Fejl eller illusioner om kontrol: at dyrke en fejlagtig opfattelse af "lov om gennemsnit". F.eks. ved at tro på, at en serie af tab uundgåeligt vil blive fulgt af gevinst

* Oversat og bearbejdet fra Ladouceur et al. 2003.

De forskellige kategorier af kognitive forvridninger kan være mere eller mindre fremtrædende hos den enkelte spiller, samtidig med, at der også kan observeres forskellige profiler. Således har Raylu & Oei identificeret to ludomaniprofiler, der repræsenterer forskellige motivationsstrukturer hos ludomane: en indre motiveret ludoman (self-determined motivational profile (SDMP)) og en ydre motiveret ludoman (non-self-determined motivational profile (nSDMP)).

Ved indre motivation (SDMP) spiller man for at opnå spænding, en følelse af talent, en mulighed for at udvikle egen viden, eller at få mulighed for at socialisere med venner. Ved ydre motivation (nSDMP) spiller man for at opnå eksterne belønninger, typisk som at vinde penge (Raylu & Oei 2002).

Andre har beskrevet spilleres forskellige symboliseringer af spillet således, at nogle opfatter spillet som **"kamp"**: det er spillet mod maskinen, modstanderen, som man for enhver pris skal vinde over (*the fighty gambler*). Denne spillertype satser mange penge, spiller dristigt og aggressivt, taber ofte stort og larmende, og må derfor ofte spille relativt kortvarigt.

En anden spillertype symboliserer spillet som mulighed for **"flugt"** til en form for dissociativ tilstand (*the flighty gambler*).

Sidstnævnte spillertype spiller som regel så længe som muligt, og for så lidt som muligt, så midler strækker til det længst mulige ophold i den fraspaltede drømmeverden, væk fra tilværelsens realitetsbetonede genvordigheder (Jørsel et al. 1996).

2.5.2 Personlighedsmønstre og ludomani

Den ret omfattende, men noget spredte litteratur vedrørende psykologiske forskelsvariable i relation til pengespil og ludomani har ikke afsløret noget entydigt mønster for ludomane (el-Guebaly & Hodgins 2000). Men visse personlighedstræk er i søgelyset fordi de muligvis kan påvirke risikoen for at udvikle ludomani, f.eks. kontrolorientering (locus of control) (McCorrick & Taber 1988; Carroll & Huxley 1994; Moore & Ohtsuka 1999)), dissociative fænomener (Jacobs 1988; Kofoed et al. 1997; Rosenthal & Lesieur 1992; Bergh & Kühlhorn 1994; Diskin & Hodgins 1999), sensation seeking, impulsivitet og alexitymi (Zuckerman 1994; 1999; Lumley & Roby 1995).

Vi vil i det følgende se nærmere på sensation seeking, impulsivitet og alexitymi.

Sensation seeking⁶

Sensation seeking er kommet i søgelyset, dels fordi personer med høj sensation seeking har udtalt tilbøjelighed til at engagere sig i risikofyldte aktiviteter som f.eks. hasardspil (Breslin et al. 1999; Kyndon & Dickerson 1999; Powell et al. 1999), og dels fordi ludomane i visse studier scorer signifikant højere på sensation seeking end normale kontrolpersoner og klienter med obsessiv-kompulsiv forstyrrelse (OCD) (Kim & Grant 2001).

Sensation seeking er et dispositionelt træk der omfatter en tilbøjelighed til at ville

⁶ Sensation seeking kan oversættes med spændingssøgende adfærd, dvs. sænket tolerance for kedsomhed, og en øget tilbøjelighed til at opsøge nye, spændende og /eller farlige stimuli.

opleve noget, der er nyt og spændende, helst nervepirrende, samt en villighed til at løbe risici med henblik på at opnå disse (Zuckerman 1999). Den samlede evidens omkring sensation seeking er imidlertid inkonsistent og sensation seeking synes at være mest signifikant for yngre personer, for visse former for spil, og mindre betydningsfuldt for personer, som er i behandling (el-Guebaly & Hodgins 2000).

Høj sensation seeking som et generelt træk blandt problemspillere er således modsagt af flere, f.eks. Blaszczynski et al. (1990), der har demonstreret, at mandlige ludomane ikke havde forhøjet sensation seeking scores sammenlignet med normale kontrol personer. En mulig forklaring på dette er, at ludomane personer ikke nødvendigvis er sensation seeking, men snarere forsøger at undgå eller reducere negative tilstande (f.eks. ensomhed eller ked-somhed) ved hjælp af spilleaktiviteter.

Sensation seeking findes især hos spillere, der er ude i samfundet – det vil sige ikke i behandling. Ludomane i behandling har enten vist, at de har en gennemsnitlig eller lavere sensation seeking score i forhold til ikke spillere eller kontrolpersoner. Det kan ikke udelukkes, at det i hovedsagen er de ludomane der er low sensation seekers, der søger behandling. En alternativ forklaring kan være at behandlingen i sig selv kan påvirke sensation seeking tilbøjeligheder blandt ludomane.

Sensation seeking er sat i forbindelse med en hypotese om spil, hvor det ikke så meget er pengene som selve spændingen (arousal) ved spillet, der fungerer som

belønning for ludomane – jævnfør den tidligere omtalte type-inddeling af ludomane (spillet symboliseret som "kamp" eller som "flugt"), hvor det især er førstnævnte type, the fighty gambler, der passer på arousal-hypotesen.

Impulsivitet

Impulsivitet, der kan defineres som spontan eller utilsigtet adfærd, hvor man handler uden tanke eller selvkontrol, synes at være et kendetegn, som er konsistent knyttet til personligheden hos personer med et problematisk forhold til spil. Aspekter af impulsivitet, som f.eks. manglende evne til at udsætte belønning og manglende evne til at koncentrere sig om langsigtede konsekvenser af adfærd såvel som fraværet af et internaliseret værdisystem, der regulerer handling, har været rapporteret som hyppige temaer i behandlingen af ludomane.

De væsentligste fund vedrørende impulsivitet og spil er:

- ludomane er mere impulsive end normale kontrolpersoner (Carlton & Manowitz 1992; Vitaro et al. 1998; Blaszczynski 1999)
- impulsivitet er relateret til sværhedsgraden af spilleproblemer (McCormick 1993; 1994; Vitaro et al. 1996; Steel & Blaszczynski 1998) – dog ej fundet af andre (Meyer & Stadler 1999; Langewisch & Frisch 1998)
- impulsivitet er højere hos ludomane end hos alkoholafhængige (Castellani & Rugle 1995)

- impulsivitet er relateret til sværhedsgrad af adfærdsmæssige og psykopatologiske forstyrrelser hos ludomane (Blaszczynski et al. 1997; Steel & Blaszczynski 1996; Vitaro et al. 1998; Steel & Blaszczynski 1998)
- impulsivitet er et hovedtræk ved ADHD. Der er evidens for at knytte ludomani til ADHD (Carlton & Manowitz 1992).

Forskningen i impulsivitet og ludomani kan sammenfattes i en foreløbig model, hvor impulsivitet bedst kan forstås som en del af generelle forstyrrelser af personlighedsstrukturen i retning af enten det impulsive, overdrevent emotionelle eller det ængstelige, hæmmede. Sværhedsgraden af de til ludomani knyttede adfærdsmæssige og psykopatologiske forstyrrelser er medieret af et impulsivitets-antisocialitets træk (Steel & Blaszczynski 1998; Blaszczynski et al. 1997).

Som Zuckerman (1999) har påpeget, så er det muligt at sensation seeking og impulsivitet opererer på to forskellige niveauer af ludomani. Sensation seeking kan muligvis tilskynde nogle spillere (især de unge) til at engagere sig i forskellige former for spil, medens impulsivitet måske tilskynder dem til at fortsætte spillet på trods af tab. Impulsivitet sammenlignet med sensation seeking kan være mere fundamentalt i relation til ludomani, fordi chasing-komponenten er mere udtalt hos ludomane sammenlignet med ikke ludomane eller problemspillere. Det er også muligt at de spillere, der er i behandling er parat til at kon-

trollere deres impulsivitet, men ikke deres ønske om spænding og afveksling (Zuckerman 1999).

Alexitymi

Alexitymi er introduceret af Sifneos (1973), oprindelig i forbindelse med studiet af psykosomatiske patienter. Begrebet er udledt af græsk: alexithymia (a= fravær, lexis= ord, thymos= følelser), og refererer til personer, der ikke får sædvanlig kontakt med egne følelser, som derfor heller ikke kan gøres bevidste, verbaliseres eller siden udtrykkes respektive håndteres på fantasiplanet (Blanchard et al. 1981). Alexitymi er kendt for at give betydelige vanskeligheder – ikke mindst ved psykoterapi (Muller 2000).

Ved en bred vifte af psykopatologiske problematikker er alexitymi hyppigt til stede, f.eks. psykosomatiske lidelser, depressive tilstande, obsessiv-kompulsive tilstande, post traumatisk stress-tilstand m. fl. (Speranza et al. 2004; Grabe et al. 2004).

Men også ved addiktive tilstande som alkoholafhængighed, kokain misbrug og over-spisning (binge eating) ses alexitymi overrepræsenteret (Lumley & Roby 1995; Lind 1999).

Hos en gruppe mandlige stofmisbrugere med udtalt alexitymi fandt Taylor et al. mangelfulde ego-funktioner og en meget høj grad af somatisering og dysfori. Taylor et al. (1990) antager herudfra, at vanskelighederne med at identificere, verbalisere og udtrykke følelser hos den alexityme person søges "løst" gennem den addiktive adfærds regulering af negative følelsesmæssige tilstande. Frem for at konfrontere

sigt med bestemte negative følelser og tanker – hvilket jo kræver en vis grad af identifikation og sprogliggørelse - antages den addiktive adfærd, i dette tilfælde udmøntet i narkotikarusen, at kompensere for den indre dissonans, som ophæves for en stund. På længere sigt medvirker dette mønster formentlig til yderligere alexitymi.

Blandt ludomane viser alexitymi sig i praksis ved, at en del har en udtalt tendens til at blive rastløse eller irritable, når de ikke spiller. Rastløsheden er at betragte som en *før-følelse*, det vil sige en udifferentieret mental spændingstilstand, der ikke er verbaliseret med hensyn til baggrund, årsager og genstand. Spillet antages at maskere psykologiske konflikter og tilknyttede ubærlige følelser.

I en undersøgelse af 1147 universitetsstuderende testede Lumley & Roby en antagelse om, at alexitymi øger risikoen for ludomani. Man fandt her 3 gange højere forekomst af alexitymi, målt med Toronto Alexithymia Scale, blandt ludomane, idet 31,4% af de ludomane havde alexitymi, mod 11,1% i en gruppe af kontrolpersoner uden spilleproblemer. Dette var efter korrektion for eventuelle problemer med depression eller fysisk sygdom, og gjaldt begge køn, men kun af kaukasisk afstamning (Lumley & Roby 1995). Andre har også fundet tegn på, at alexitymi kan være en væsentlig risikofaktor for udvikling af alvorlige problemer med spil (Parker et al. 2005)

Der foreligger ikke nogen endelig og overbevisende forklaring på alexitymis rolle som medvirkende årsag til udvikling af

eksempelvis ludomani, og i hvilket omfang alexitymi er (medvirkende) årsag til eller en konsekvens af ludomani er helt uafklaret.

2.6 Comorbiditet

2.6.1 Personlighedsforstyrrelser

Vi vil i dette afsnit se på comorbiditeten mellem ludomani og personlighedsforstyrrelse, og i den forbindelse kaste et sideblik på rusmiddelfeltets erfaringer; vi vil se på forsøg på at udlede prototypiske personlighedsgrupper blandt ludomane, og endelig vil vi se på ansatser til årsagsmodeller for ludomani.

Blandt ludomane er comorbiditeten med personlighedsforstyrrelse ikke undersøgt i stor udstrækning, men alligevel peger den begrænsede evidens på, at prævalensen af personlighedsforstyrrelser er forhøjet blandt ludomane. Til sammenligning er der indenfor rusmiddelfeltet klar evidens for comorbiditet med personlighedsforstyrrelse, og vi vil derfor kort referere nogle overordnede fund og principielle overvejelser, som man har gjort sig der. Selvom jagten på at identificere en enkeltstående samlet rusmiddelafhængig personlighed for længst er ophørt, så er der almindelig konsensus om, at bestemte personlighedstræk (f.eks. sensation-seeking, impulsivitet og fjendtlighed/ubehagelighed) og personlighedsforstyrrelser (f.eks. antisocial, borderline) er meget udbredte hos f.eks. alkohol- eller opiatmisbrugere. Medianraten for personlighedsforstyrrelser på tværs af forskellige undersøgelser rangerer fra en lav forekomst på

44% hos alkoholafhængige til en høj forekomst på 79% hos opiatafhængige patienter (Verheul et al. 1995; 1998).

Disse træk og forstyrrelser er ikke alene konsekvenser af afhængighed, men også primære faktorer, der påvirker afhængighedens alvorlighed, og som fortsætter med at øve indflydelse på den psykosociale funktion, også selvom rusfrihed er opnået.

Cluster B personlighedsforstyrrelserne, dvs. antisocial, borderline, og mindre hyppigt narcissistisk og histrionisk (jf. DSM-IV), er de mest prævalente, men såvel cluster C, dvs. undvigende og dependent og mindre hyppigt obsessiv-kompulsiv, som cluster A, dvs. paranoide og mindre hyppigt skizoid og skizotypal, er også almindeligt forekommende i kliniske grupper af rusmiddelafhængige (Ball 2005).

På rusmiddelfeltet medfører comorbiditet med personlighedsforstyrrelse en række velkendte kliniske vanskeligheder (se f.eks. Nielsen & Røjskjær 2002) – erfaringer som også deles med psykoterapi i al almindelighed (Beck 1998), og som næppe kan forventes at være stort anderledes, når det drejer sig om ludomani-klienter med personlighedsforstyrrelse:

- øget tilbagefaldsrisiko og behandlings-resistens
- øget behandlingsfravald og ringere compliance (*forlidelighed*)
- adfærdsproblemer under behandlingsforløbet
- vanskeligheder ved etablering af bæredygtig alliance

Disse vanskeligheder understreger betydningen af at opnå viden om comorbiditeten mellem ludomani og personlighedsforstyrrelse.

Den specifikke viden om ludomani og personlighedsforstyrrelse er samlet punktvis herunder:

- Ibanez et al. (2001) fandt at 42% af en gruppe patologiske spillere opfyldte kriterierne for personlighedsforstyrrelse.
- Black et al. (1999) fandt, at 52% af en gruppe patologiske spillere opfyldte kriterier for mindst én personlighedsforstyrrelse, hyppigst af borderline, antisocial eller narcissistisk type.
- Black & Moyer (1998) fandt at 87% af 30 ludomane havde mindst én personlighedsforstyrrelse, den almindeligste var den obsessiv-compulsive forstyrrelse, undvigende, skizotypal og paranoid personlighedsforstyrrelse. Ludomane i denne undersøgelse havde også en relativt høj rate af antisocial personlighedsforstyrrelse.
- Steel & Blaszczyński (1998) fandt blandt 82 ludomane i behandling, at 93% opfyldte kriterierne for mindst én personlighedsforstyrrelse, og der var et gennemsnit på 4,6 personlighedsforstyrrelser pr. spiller.
De fleste drejer sig om cluster B forstyrrelser og er knyttet til høj impulsivitet og affektiv ustabilitet. Det blev også rapporteret, at antisocial og narcissistisk personlighedsforstyrrelse

kan være knyttet til spilleproblemet
alvorlighed.

- Blaszczynski & McConaghy (1994) fandt at 15,4% af en gruppe patologiske spillere havde antisocial personlighedsforstyrrelse, hvilket er klart forhøjet i sammenligning med en forventet livstidsrisiko for normalpersoner (mænd) på 4,5%.
- Fernandez-Montalvo & Echeburua (2004) fandt i en klinisk kontrolleret undersøgelse, at patologiske spillere opfyldte kriterier for personlighedsforstyrrelse i 32% af tilfældene mod kun 8% i en normal kontrolgruppe. De hyppigste forstyrrelser var borderline (16%), fulgt af antisocial, paranoid, narcissistisk og uspecificeret type (8% hver). Spillere med personlighedsforstyrrelse havde i gennemsnit 1,5 forstyrrelser, og de rapporterede højere grad af spilleproblemer, angst depression og alkoholmisbrug, end spillere uden personlighedsforstyrrelse.

I enkelte studier har man forsøgt at gruppere spillere via cluster analyse af personlighedsmæssige data.

Personlighedsundersøgelser af ludomane med MMPI (Graham & Lowenfeld 1986) viste fire forskellige dominerende mønstre ("clusters"), der tilsammen udgjorde 89% af de undersøgte personer:

- Cluster 1: oprørske, umodne, acting out-præget
- Cluster 2: mistænksom, rigid, irriteret, tilbageholdende

Cluster 3: passiv-aggressiv personlighed (ofte alkoholproblemer ved siden af)

Cluster 4: umoden, tungsindig, anspændt, meget lav frustrationstolerance

På lignende vis beskrev Meyer (Meyer 1991) en cluster analyse af patologiske automatspillere, hvori indgik både psykologiske og sociale baggrundsvARIABLE.

Analysen viste, at spillerne ikke var forskellige på de sociale variable, men i høj grad på de psykologiske. Der fandtes 5 prototypiske grupperinger:

Cluster 1: en emotionelt ustabil, depressiv-aggressiv struktur

Cluster 2: en emotionelt ustabil, depressiv struktur

Cluster 3: patologiske spillere på tyske spilleautomater, uden tydelig personlighedspatologi

Cluster 4: patologiske spillere på klassiske chance-spil, uden tydelig personlighedspatologi

Cluster 5: patologiske spillere på tyske spilleautomater under svær subjektiv stress

I forsøg på at samle de brudstykker af viden, som foreligger, har Blaszczynski & Nower (2002) beskrevet tre forskellige subgrupper af patologiske spillere - eller deres stier (pathways) i udviklingen af problemer. Modellerne integrerer den komplekse samling af biologiske, personlighedsmæssige, udviklingsmæssige, kognitive, indlæringsmæssige og miljømæssige determinanter for patologisk

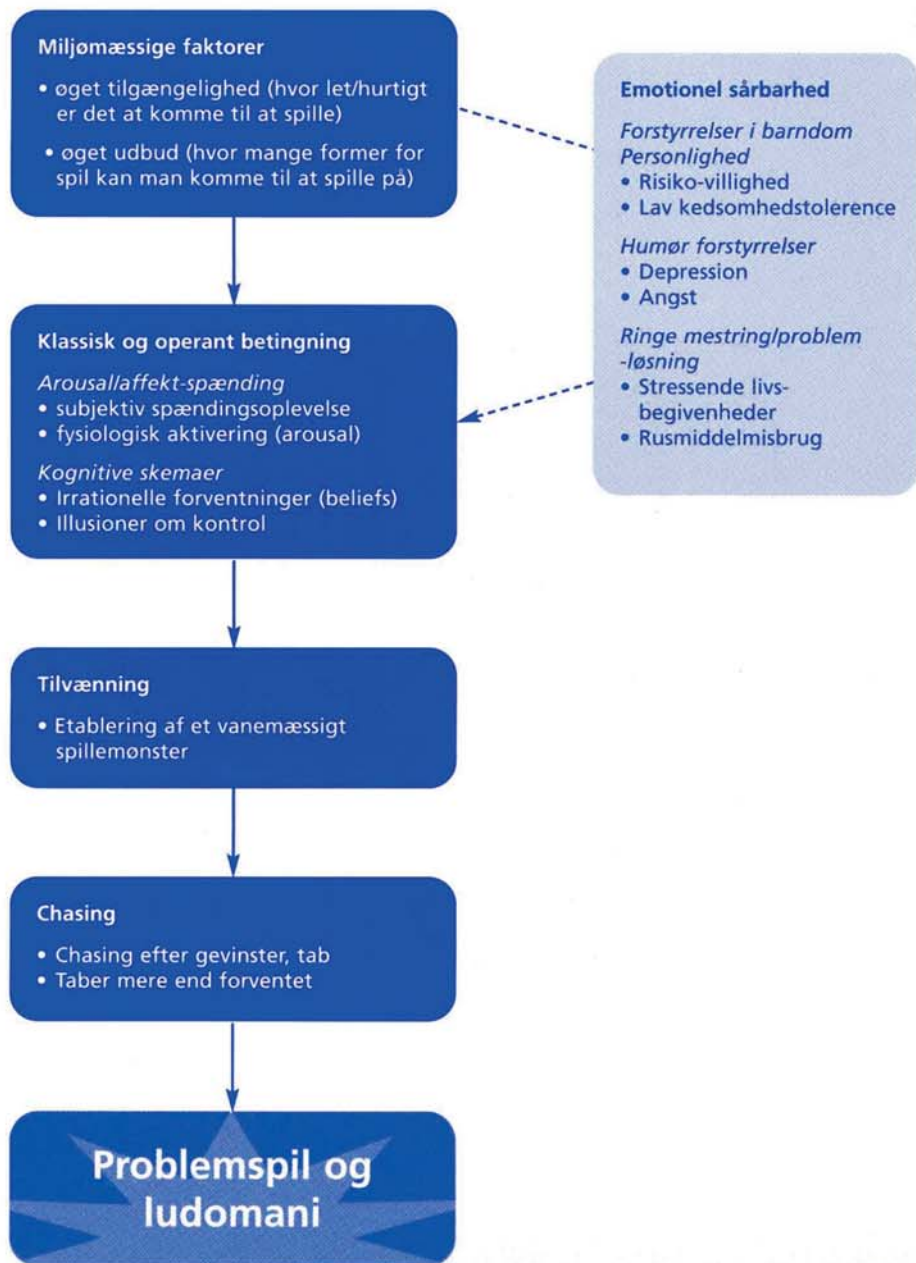
spillelidenskab. De tre adskilte subgrupper af spillere er:

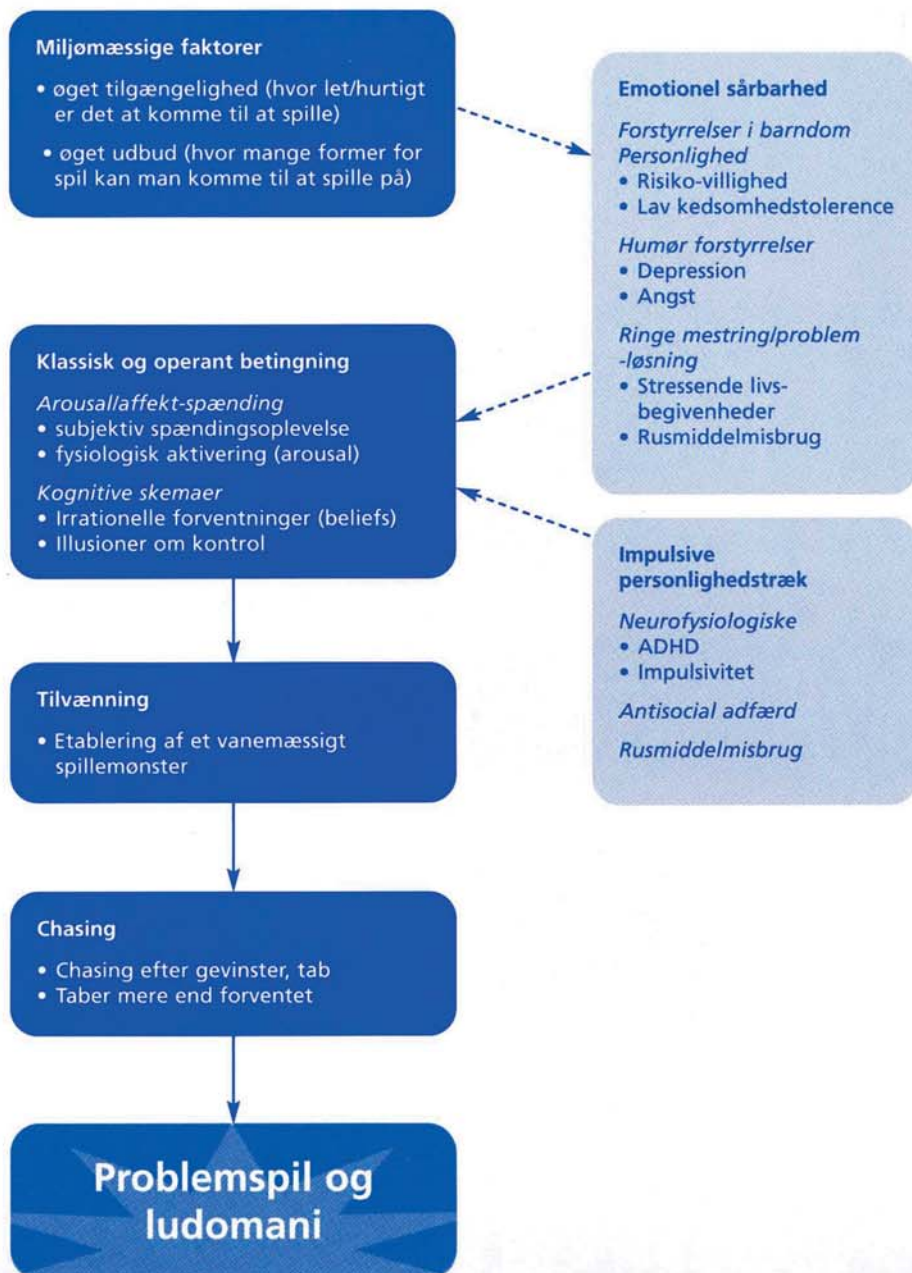
- A. De adfærdsmæssigt betingede problemspillere, som igen og igen udviser ringe dømmekraft ved at engagere sig i destruktiv pengespiladfærd (*sti nummer 1*)
- B. De emotionelt sårbare problemspillere, som oplever spilleproblemer som følge af depressive symptomer, angst eller andre emotionelle problemer (*sti nummer 2*)
- C. De antisociale, impulsivistiske problemspillere, der involverer sig i dumdristige og spontane spilleepisoder, og som typisk viser tegn på antisocial personlighedsforstyrrelse, emotionel sårbarhed, misbrug af rusmidler og andre comorbide psykiatriske tilstande (*sti nummer 3*)

Ifølge Blaszczynski & Nower skal modelerne også illustrere, at patologisk spillelidenskab altid kommer i stand gennem miljømæssige faktorer (f.eks. udbud og tilgængelighed af spillefaciliteter), og derpå – afhængig af de biologiske og psykologiske karakteristika hos personen – vil kunne beskrives med en af de tre stier, som vises herunder.

Sti nummer 1: adfærdsmæssigt betingede problemspillere







2.6.2 Psykiske symptomtilstande: emotionelle og affektive problemer, suicidal adfærd og rusmiddelproblemer

I klinisk praksis ses ofte emotionelle og affektive symptomer på især angst og depression hos den behandlingssøgende ludoman. Man kan herudfra dog ikke sige præcist, i hvilken udstrækning disse symptomer er primære årsagsfaktorer eller sekundære konsekvenser i forhold til den patologiske spilleaktivitet. Men faktum er, at man her møder klienter, der har erkendt deres ludomani/behov for behandling, ofte på baggrund af, at de er nået langt ud i psykosocialt uføre og økonomiske vanskeligheder. Når man ser på den forskningsmæssige evidens, er sammenhængene på dette område ikke helt så entydige, som man som behandler kan få indtryk af gennem sin behandlingssøgende kontakt med ludomane.

Generelt set synes der ikke at være tvivl om, at behandlingssøgende ludomani-klienter har en høj grad af psykiatrisk comorbiditet. Eksempelvis sammenlignede Blaszczyński & McConaghy (1988) 69 behandlingssøgende patologiske spillere med en gruppe ambulante psykiatriske patienter, og fandt signifikant højere symptomforekomst (målt med SCL-90), især af depressiv art, hos spillerne.

I en række undersøgelser er der fundet endog meget høj forekomst af symptomer på affektiv lidelse/depression.

Livstidsprævalensen af depressive episoder blandt ludomane i behandling er fundet fra 52% til 60% (Linden et al.

1986; Bergh & Kùhlhorn 1994; Black & Moyer 1998).

Den aktuelle prævalens ved behandlingsstart er ligeledes fundet høj, fra 62% til 78% i nogle undersøgelser (Ramirez et al. 1983, McCormick et al. 1984; Ibanez et al. 2001). Andre studier har fundet væsentlig lavere tal. Becona (1996) fandt således, at 21,1% af patologiske spillere led af depression målt med Beck Depression Inventory mod kun 8,9% af normalbefolkningen. Black & Moyer (1998) fandt ligeledes en moderat forekomst af depression hos 32% af spillere i behandling.

Nogen direkte sammenligning mellem de refererede prævalenstal er ikke mulig grundet væsentlige forskelle i undersøgelsesernes metodik. Det er dog hævet over enhver tvivl, at der ofte – men ikke altid – forekommer depressive symptomer hos behandlingssøgende ludomane.

I lyset af den depressive symptomatologi blandt ludomane har suicidal ideation (selvmords-fokuserende forestillinger) og suicidal adfærd også været i søgelyset hos personer med patologisk spillelidenskab. Mellem halvdelen og trefjerdedele af behandlingssøgende spillere er rapporteret have haft alvorlige selvmordsovervejelser indenfor en kortere tidshorisont (typisk 1 år) før behandling (Bergh & Kùhlhorn 1994; Beaudoin & Cox 1999). Mellem 12% og 27% af ludomane i behandling havde gjort forsøg på at begå selvmord (Bergh & Kùhlhorn 1994; Ladouceur et al. 1994; McCormick et al. 1984; Beaudoin & Cox 1999).

Udover Bourget et al. (2003), der undersøgte 75 ludomanes selvmord og sammenhængen med ludomanibetingede belastninger og sidemisbrug, er vi ikke aktuelt bekendt med undersøgelser af sammenhæng mellem fuldbyrdet selvmord og patologisk spillelidenskab.

Depressionssymptomer – følgevirkninger eller årsagsfaktorer til ludomani?

Med de til tider helt groteske gælds- og forbrugssituationer, som ludomane ofte har bragt sig i, er det umiddelbart forståeligt, at de må føle "jorden brænde under fødderne" i svær grad. Man kan herudfra uden videre forstå, at mange af dem taber humøret, troen på fremtiden, selvagtelsen, mulighederne for løsning, ja, kort sagt udvikler depressive symptomer. Enkelte undersøgelser tyder imidlertid på, at grupper af ludomane er deprimerede, før de bliver patologiske spillere. McCormick et al. (1984) fandt således, at hvor 76% af spillere der søgte behandling fandtes depressive, så var 14% depressive før de overhovedet havde udviklet et spilleproblem. Ligeledes fandt Black & Moyer (1998), at 18% af (spilemæssigt) succesfuldt behandlede ludomane fortsat var deprimerede. Men denne sammenhæng er ikke bekræftet gennem undersøgelser af grupper af depressive psykiatriske patienters ludomani-prævalens, som ikke synes højere end normale kontrolgruppers eller hvad der findes i almene befolkningsundersøgelser af ludomani-prævalens (Lesiuer & Blume 1990; Thorson et al. 1994; Becoña et al. 1996).

I en undersøgelse omfattende 39 spontant remitterede ludomane, 51 ubehandlede, 18

behandlede og 20 rekreative non-problem spillere påviste Toneatto (2002) en generelt lav forekomst af psykopatologi på tværs af grupperne, som hovedsageligt drejede sig om angst og depressionssymptomer. De der spillede aktivt (og patologisk) havde højere comorbiditet, medens remitterede spillere havde samme lave forekomst som non-problem spillere. Toneatto ræsonnerer herudfra, at en behandlingsmæssig afhjælpning af spilleproblemerne i mange tilfælde vil føre til en bedring af emotionelle og affektive sideproblemer.

Noget kunne tyde på, at en undergruppe af spillere – formentlig ikke ret stor – har en forudgående, primær depressionsproblematik, som de på et tidspunkt finder ud af at "selvmedicinere" ved hjælp af en patologisk spilleaktivitet (Beaudoin & Cox 1999). Der er herudfra grund til at interessere sig for spillets betydning som emotionel-afektiv coping-faktor, således som f.eks. Blaszczynski et al. (1990) har gjort. Gennem kvalitative studier inddelte man således spillere ud fra deres spillemæssige, primære mestringsmotiv i tre grupper:

- a. personer der spillede med henblik på at fordrive kedsomhed
- b. personer som spillede med henblik på at lette depressive symptomer
- c. personer som både plagedes af kedsomhed og depressive symptomer

Det fremgik af samtlige undergruppers udsagn, at de fortsatte med deres patologiske spilleaktiviteter, fordi de oplevede dette som en vej til lindring af disse to typer af mentale tilstande.

Getty et al. (2000) så på depressionsgrad og coping-stil hos mandlige og kvindelige medlemmer hos Gamblers Anonymous, og fandt signifikant højere score på depressionsskala (Beck Depression Inventory) og flere maladaptive coping-former end hos normale kontrolpersoner. De *anonyme spillere* var karakteriseret ved en mere reaktiv coping inkluderende undvigende, ruminative og impulsive tendenser end kontrolpersonerne. Spillernes selvrapportering viste, at de oplevede at de spillede for at glemme bekymringer, undgå ensomhedsfølelser og lindre depressive tanker og følelser.

Ludomani og angst

Med hensyn til psykiatriske problemer med angst er evidensen mindre omfattende og endnu mere uigennemskuelig end for problemer med depression hos ludomane. Nogle forskere har fundet forøget hyppighed af angstsymptomer hos ludomane sammenlignet med normale kontrolgrupper (Linden et al. 1986; Roy et al. 1988; Bland et al. 1993) medens Blaszczyński et al. (1989) ikke fandt dette. Igen vil det i praksis være væsentligt at forsøge at skelne mellem reaktive, forbigående angstsymptomer, som er sekundære til ludomaniskabte vanskeligheder, og mere primære angstlidelser, hvor spilleaktiviteten hos nogle eventuelt kan opfattes som et forsøg på coping med uacceptable symptomer på angst.

Ludomani og rusmiddelproblemer

Der er generel konsensus om sammenhæng mellem patologisk spillelidenskab og øget risiko for rusmiddelmisbrug (især

alkohol og hash, men også medikamenter og narkotika), men kausalitetsforholdene i denne forbindelse er uafklaret (Becona 1993; Crockford & el-Guebaly 1998; Smart & Ferris 1996).

I en undersøgelse af rusmiddelfafhængige i behandling fandt Gambino et al. (1993) en seks gange så høj risiko for ludomani sammenlignet med risikoen i normalbefolkningen.

Det er ikke usædvanligt at finde, at op til 50% af patologiske spillere også har et alkoholproblem eller andre rusmiddelproblemer (Cunningham-Williams et al. 2000; Lesiuer et al. 1986; Ramirez et al. 1983; Abbott & Volberg 1992; Wallisch 1993). Blandt ludomane i behandling fandt McCormick et al. (1984), at 32% havde et afhængighedsproblem i forhold til alkohol og 4% i forhold til narkotika. Ramirez et al. (1983) fandt at 39% af en gruppe ludomane i behandling havde haft et afhængighedsproblem med alkohol indenfor det sidste år før de gik i ludomanibehandling. Lesiuer & Blume (1991) påviste alkohol- eller narkotikaproblemer hos hele 59% af en gruppe ludomane i behandling. Deres opfølgning på denne gruppe viste imidlertid ingen tegn på, at ludomane, der opnåede tilfredsstillende kontrol med deres spilleadfærd, skiftede over til alkohol- eller narkotikamisbrug (switching) i en follow-up periode på 6 måneder fra behandlingens afslutning.

En dansk undersøgelse af Røjskjær (2004) påviste, at danske ludomane i behandling på Frederiksberg-Centeret også havde

rusmiddelproblemer i anamnesen. Cirka 40% af Frederiksberg-Centerets klienter angav, at de på et tidspunkt havde haft et rusmiddelproblem (primært alkohol, dernæst hash, sjældnere hård narkotika) – og hele 28% af Frederiksberg-Centerets klienter havde et aktivt misbrugsproblem ved indledningen af deres ludomanibehandling.

2.7 Effekt af behandling for ludomani

Behandling af ludomani har gennem årtier været foretaget ud fra forskellige tilgange, f.eks. psykodynamiske, adfærdsterapeutiske, kognitive, multimodale, 12-trins baserede og farmakoterapeutiske (medicinsk behandling). Generelt set er dokumentationen for virkningerne af ludomanibehandling spredt og sparsom, og der findes f.eks. ingen kontrollerede studier af psykodynamiske eller 12-trins metoder (*Minnesota-behandling*).

En Cochrane-metaanalyse af de randomiserede og klinisk kontrollerede (RCT) undersøgelser af ludomane i behandling, der på daværende tidspunkt, dvs. omkring årtusindeskiftet, var gennemført på verdensplan, viste at området er dårligt belyst hvad angår metodisk velfunderede effektundersøgelser (Oakley-Browne et al. 2001). Der blev kun fundet 4 relativt små RCT-studier, der delvis levede op til de – meget strenge – kriterier, som Cochrane-gruppen havde stillet op (Echeburua et al. 1996; McConaghy et al. 1988; McConaghy et al. 1991; Sylvain et al. 1997). På baggrund af disse 4 studier konkluderes, at kognitive og adfærdsterapeutiske behandlingsformer for ludomani er bedre end ingen behandling, at effekten er "beskeden til moderat", og at

der er brug for flere kontrollerede studier og større "egenkontrol" fra behandlingsinstitutionernes side.

2.7.1 Multimodale metoder

Multimodale tilgange, det vil sige behandlingsprogrammer med pragmatisk sammensatte behandlingselementer, er hovedsageligt undersøgt under døgnbehandling, og i betragtning af det store antal metoder, der er kombineret her, er det svært at udlede en specifik effektivitet for behandlingen og dens komponenter.

2.7.2 Kognitive og adfærdsterapeutiske metoder

Den største mængde af effektstudier – og de metodologisk set mest solide – har fokus på adfærdsterapeutiske, kognitive og kombinerede kognitiv-adfærdsterapeutiske behandlingsmetoder. Fund fra kontrollerede og ukontrollerede undersøgelser giver rimelig klar støtte til disse tilganges effektivitet, og flere klinisk kontrollerede studier har slået fast, at kognitivt orienteret ludomanibehandling er signifikant bedre end ingen behandling (ventelistekontrol) (Echeburua et al. 1996; Echeburua et al. 2000; Sylvain et al. 1997). Dette gælder især, når behandlingen har vægt på omstrukturering af spillerrelaterede kognitive forvridninger (erroneous beliefs) (Ladouceur et al. 2001; Ladouceur et al. 2003). Som helhed indikerer litteraturen, at ludomani kan behandles med stor succes. (López-Viets & Miller 1997; Blaszczynski & Silove 2001; Toneatto & Ladouceur 2003).

Tavares et al. (2003) har peget på, at der formentlig er flere årsager til, at kognitive

og adfærdsterapeutiske behandlingsmetoder er effektive i behandlingen af ludomani. Men det fremhæves, at disse tilgange især bidrager med tre ludomanspecifikke elementer, som er rettet mod de kognitive forvridninger relateret til hasardspil:

- kognitiv omstrukturering
- stimuluskontrol via eksponering
- respons hæmning gennem forestillet desensibilisering

Koblingen af disse nye teknikker med en multimodal afhængighedsbehandling giver mulighed for at afbalancere den rationelle og eksterne orientering i den kognitiv-adfærdsterapeutiske tilgang med interpersonelle og introspektive komponenter fra den traditionelle afhængighedsbehandling.

En anden type af adfærdsorienteret behandling, som er fundet effektiv, er aversionsterapi med eksponering for spillestimuli og udslukning af den dertil knyttede automatiske respons gennem tilføjelse af elektrisk stød til klienten (Koller 1972; Blaszczynski & Silove 2001).

2.7.3 Medicinsk behandling

De eksisterende undersøgelser af behandling med medicin er baseret på så små grupper, at resultaterne ikke kan generaliseres med rimelig sikkerhed. Der har været gjort forsøg med medikamenter som

- antidepressiva (klomipramin; fluvoxetin) (Hollander et al. 1992; Hollander et al. 1998)
- lithium (stemningsregulerende middel) (Moskowitz 1980)

Petry & Armamento (1999) konkluderer deres gennemgang af bl.a. den medicinske behandling af ludomani med, at de eksisterende studier nok er for svage til at give fast grund under farmakoterapi af ludomani generelt, men noget tyder på, at der kan være en mulig nytteværdi, især når der er tale om ludomane med konkurrerende psykiatriske lidelser.

- carbamazepin (et epilepsi-middel med stemningsregulerende egenskaber) (Haller & Hinterhuber 1994)
- naltrexon (en opiat-antagonist, der formodes at dæmpe *players high*) (Kim 1998)

3. Beskrivelse af egen undersøgelse

3.1 Materiale/deltagere

I projektet indgår de klienter, som i perioden februar 2002 til marts 2004 har været til afklarende samtale på Center for Ludomani med ønske om behandling for patologisk spillelidenskab.

Databasen indeholder i alt 459 personer i alderen 14 til 74 år (gennemsnit 35,4 år; sd 10,5 år), som har henvendt sig med ønske om behandling. Det drejer sig om 72 kvinder (16%) og 387 mænd (84%). En mere udførlig beskrivelse af undersøgelsesgruppen følger i resultatafsnittet.

Alle klienter indgår frivilligt og efter mundtlig og skriftlig informeret samtykke. Klienter, som ikke har ønsket at deltage i projektet, har fået samme behandlingsmæssige vilkår, som de deltagende.

3.2 Metoder og databearbejdning

Det ideelle design for nærværende undersøgelse ville være en eksperimentel undersøgelse, hvor klienterne blev randomiseret til henholdsvis behandlings- og kontrolgruppe (uden behandling). Af etiske og praktiske grunde kan dette design imidlertid ikke gennemføres. For det første fordi Afdeling for Ludomani har indarbejdet en velbegrundet praksis med jævnlige motivationelle samtaler til ventelisteklienter, hvilket kompromitterer muligheden for en ikke-behandlet kontrolgruppe. For det andet skønner vi, at det etisk ikke kan forsvares at presse den enkelte klient til eksempelvis indlæggelse, hvis ønsket er ambulant behandling – og vice versa, idet risikoen for drop out skønnes uacceptabel stor.

Der anvendes i stedet et quasi-eksperimentelt design, hvor allokeringen af klienter til de to behandlingsspor, intensiv gruppebehandling under indlæggelse og ambulant individuel behandling, foregår som vanligt efter klientønske og pladshensyn. De heraf resulterende grupper vurderes efterfølgende på baggrund af indsamlede kliniske baggrundsdata baseret på strukturerede interviews og standardiserede psykologiske tests af selvrapporteringstypen.

Til belysning af den basale demografiske og spillemæssige situation før og efter behandlingen er anvendt et til formålet udviklet spørgeskema, der er administreret som standardrutine på Center for Ludomani i undersøgelsesperioden.

Der indsamles data ved behandlingsstart, ved behandlingsafslutning samt ved 6 og 12 måneders opfølgning. Målet er at opnå fuld databesvarelse for 65 klienter i døgnbehandling og 65 klienter i ambulant behandling.

De indsamlede data er indtastet i en til formålet indrettet database, der er håndteret med SPSS, version 12. Herudfra er den statistiske analyse foregået, og der er anvendt relevante tests afhængig af datamaterialets karakter. I forbindelse med tabeller og diagrammer angives hvilken type statistisk analyse, der er anvendt i den konkrete sammenhæng.

SCL90®	SymptomCheckList 90 (Derogatis 1977)	Klienteres oplevede aktuelle psykiske belastningsgrad
BDI	Beck Depression Inventory (Beck et al. 1961).	Aktuelt oplevet grad af depression
MCMI-II	Millon Clinical Multiaxial Inventory (Millon 1977; 1987).	Klienternes personligheds- mønstre og -forstyrrelser
TAS-20	Toronto Alexithymia Scale (Taylor et al 1985; Bagby et al. 1994)	Tilstedeværelsen af alexityme personligheds- mønstre
SSS-V	Zuckerman Sensation Seeking Scale V (Zuckerman 1994)	Belysning af sensation seeking behavior

Herunder følger en kort beskrivelse af de anvendte tests og ratingscales.

MCMI: Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI II-I)

MCMI II-I-testen er udviklet til identifikation af klinisk afvigelse, og testresultaterne præsenteres som en række søjleværdier for personlighedsforstyrrelser og kliniske syndromer (tabel 3.1). Både personlighedsforstyrrelser og kliniske syndromer inddeles i moderate og alvorlige udgaver.

I nærværende undersøgelse anvendes MCMI version II. Dog anvendes fra version I i visse analyser den såkaldte "normalitetsscore", der baseres på de 38 items fra MCMI-I, der bedst diskriminerer mellem psykiatriske patienter og ikke-patienter (dvs. en "normal-gruppe") (Kreiner et al. 1990). Normalitetsscoren måles som en råscore, der ligger mellem 0 og 38 point.

For hver af deltagerne foreligger en individuel scoring via MCMI-testens edb-program. Dette udtrykkes i Base Rate scoren for de forskellige personligheds- og syndromskalaer i MCMI.

En score under 75 regnes almindeligvis for klinisk upåfaldende, hvorimod en score på 75 og derover er udtryk for, at det pågældende træk eller symptom er til stede i klinisk relevant grad.

En score på 85 eller derover er udtryk for at trækket eller symptomet er dominant til stede. Forhøjet score på *alvorlige personlighedsforstyrrelser og alvorlige kliniske syndromer* "vejer tungest" i den kliniske anvendelse af et testresultat, fordi dette tages som udtryk for en sædvanligvis mere alvorlig psykopatologi end forhøjelser alene i *moderate personlighedsforstyrrelser og moderate kliniske syndromer*.

Tabel 3.1. Inddeling af skalaer ifølge MCMI II.

Moderate personlighedsforstyrrelser	skizoid - undvigende - dependent - histrionisk - narcissistisk - antisocial - aggressiv-sadistisk - kompulsiv - passiv-aggressiv - masokistisk
Alvorlige personlighedsforstyrrelser	skizotypal - borderline - paranoid
Moderate kliniske syndromer	angstforstyrrelse - somatoform forstyrrelse - bipolar affektiv forstyrrelse - dystymi - alkohol- afhængighed - medicinafhængighed
Alvorlige kliniske syndromer	tankeforstyrrelser - alvorlig depression vrangforestillinger

Som baggrund for en generel vurdering af den enkelte klients grad af personlighedsforstyrrelse ud fra testning med MCMI anvendes endvidere tidligere opstillede kriterier (Nielsen og Røjskjær 2002), der har

til formål at placere den enkelte klient i et af 5 niveauer af personlighedsforstyrrelse, fra "ingen forstyrrelse" til "svær forstyrrelse" (tabel 3.2).

Tabel 3.2. Inddeling i grad af personlighedsforstyrrelse.

Grad af personlighedsforstyrrelse	KRITERIUM 1 alvorlige personlighedsforstyrrelser	KRITERIUM 2 moderate personlighedsforstyrrelser
0 ingen	BR score < 75 i alle 3 skalaer	BR score < 75
1 let	< 75 i alle 3 skalaer	< 75 eller 85-90 i 1 af 10 skalaer
2 moderat	< 85 i alle 3 skalaer	> 85 i min. 2 af 10 skalaer
3 middel-svær	> 85 i 1 af 3 skalaer	
4 svær	>85 i min. 2 af 3 skalaer	

SCL-90-R (Symptom Check List 90-r)

SCL-90-r testen er et klinisk selvrapporteringskema med 90 spørgsmål omhandlende de psykiske og somatiske symptomer, der besvares graderet fra "slet ikke" til "i svær grad" i forhold til personens befindende i den uge, der er gået forud for besvarelsen (Derogatis 1977).

En summeret score udtrykker personens samlede belastningsgrad ("Global Severity Index").

I ni delscores belyses niveauet for belastning på specifikke symptomfelter: somatisering, obsessive/kompulsive symptomer, interpersonlig sensitivitet, depression, angst, aggression, fobisk angst, paranoia, psykotiske træk samt enkeltstående spørgsmål om spise- og søvnproblemer samt suicidale impulser.

BDI (Beck Depression Inventory)

BDI er et selvrapporteringskema bestående af 21 grupper af udsagn, der er udvalgt med henblik på at beskrive depressives symptomatologi (Beck et al. 1961). For hver gruppe af udsagn angiver respondenter ved at sætte kryds i en af fire kategorier, hvilket af de angivne udsagn, der svarer bedst til hans/hendes oplevelse af det pågældende symptom i de seneste to uger. Kategorierne går fra 0, som betyder, at symptomet ikke er til stede og graderes op til scoren 3 med stigende grad af tilstedeværelse af symptomet. De 21 udsagn summeres afslutningsvis i en samlet score, som angiver respondentens grad af depression. Der findes cut off scorere for minimal (0-13), mild (14-19), moderat (20-28) og svær (29+) grad af depression.

TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale-20)

TAS-20 er et selvrapporteringskema bestående af 20 udsagn, som indkredser respondentens grad af alexitymi, dvs. hans/hendes manglende evne til at identificere og beskrive egne følelser og verbalisere dem, samt graden af eksternt orienteret tænkning (Bagby et al. 1994). De 20 udsagn besvares på en 5 punkts likert-skala, og de opnåede point samles til en score, der kan ligge mellem 20 og 100 point. Skalaen er kontinuerlig med stigende grad af alexitymi med stigende score. Der anvendes cut-off scorere hvor ≥ 61 point = alexitymi, ≤ 51 = ingen alexitymi. Scorer mellem 52-60 fungerer som en gråzone (Lane et al. 2000).

SSS-V (Zuckerman Sensation Seeking Scale-V)

SSS-V er et selvrapporteringskema bestående af 40 emnepunkter med hver to udsagn (A og B), hvor respondenter vælger det udsagn, der bedst beskriver, hvad han/hun foretrækker eller føler (Zuckerman 1994). Skalaen angiver i 4 delscorer i hvor stor grad personen

- søger "spænding" (*Thrill and Adventure Seeking*) forstået som lyst til at søge fysiske udfordringer
- søger nye og grænseoverskridende oplevelser (*Experience Seeking*)
- søger "vilde" og hæmningsløse oplevelser (*Disinhibition*)
- har lav tolerance over for kedelige, rutineprægede ting og mennesker (*Boredom Susceptibility*).

Delscorer summeres til en score mellem 0 og 40 for spændingssøgning.

SSS-V er oversat til lejligheden af os efter godkendelse af Marvin Zuckerman, idet der os bekendt ikke findes danske publikationer af undersøgelser, hvor SSS-V er anvendt på danske populationer, og ej heller nogen validering af skalaen på danske befolkningsgrupper. Der skal således tages et vist forbehold for testresultaterne i nærværende undersøgelse.

SOGS-R (South Oaks Gambling Screen-R)
SOGS R er et selvrapporteringsskema med 20 spørgsmål baseret på DSM-III kriterier for patologisk spillelidenskab (Lesieur & Blume 1987; Abbott & Volberg 1996). SOGS-R har gennem de seneste 20 år været det mest anvendte diagnosticeringsinstrument til ludomani, men har været genstand for en del kritik, da skemaet blandt andet ikke effektivt fanger de nye typer af spillere, og det er efterhånden blevet afløst eller suppleret af nye screens, der baserer sig på DSM-IV kriterier. Spørgsmålene besvares både ud fra et livstidsperspektiv og ud fra en aktuell tidshorisont, hvilket i vores undersøgelse betyder de seneste 6 måneder. Respondentens svar på de 20 spørgsmål adderes til en score på mellem 0 og 20 point. Cut-off scoren for sandsynlig ludomani ligger på 5 point, 3-4 point angiver problemspil og 0-2 point betragtes som intet problem til stede. Der er ikke foretaget validering af SOGS-R på en dansk population, men dette sker i forbindelse med nærværende undersøgelse, idet Jakob Linnet bruger data herfra til et valideringsprojekt, som endnu ikke er afrapporteret (Linnet 2001).

DSM-IV Screen (Stinchfield's DSM-IV screen)

DSM-IV Screenen for ludomani baserer sig som navnet antyder på de kriterier for ludomani, der opstilles i DSM-IV udgaven (Stinchfield 1998). Screenen består af 19 spørgsmål fordelt på to spørgsmål for hvert af de 10 kriterier for ludomani, undertaget et kriterium (rastløshed) som kun har et spørgsmål. Hvert spørgsmål om spil og spilleadfærd besvares med et Ja eller Nej, og angivelse af et Ja for hvert kriterium udløser ét point. Respondentens svar adderes til sidst i en samlet score på mellem 0 og 10 point, hvor cut-off scoren for sandsynlig ludomani ligger på 5 point, 3-4 point angiver problemspil og 0-2 point betragtes som intet problem til stede. Der er ikke foretaget validering af DSM-IV Screenen på en dansk population, men dette sker i forbindelse med nærværende undersøgelse, idet Jakob Linnet bruger data herfra til et valideringsprojekt (Linnet 2001).

3.3 Procedurer og problemer ved data-indsamlingen

Indsamling af datamateriale har været lagt i hænderne på Center for Ludomanis medarbejdere i forbindelse med klientsamtaler, afslutning på behandling og opfølgningsseancer. Center for Ludomanis sekretær har fungeret som daglig koordinator af udlevering og indsamling af testbatterier og i forhold til logistik i forhold til klientregistrering med klientnumre samt hvilket behandlingsspor, klienterne var på.

Forberedelse af undersøgelsen

Der blev ved undersøgelsens start gjort meget ud af at informere og undervise

Center for Ludomanis samlede personale om projektet og de konkrete, praktiske opgaver, omkring klientinformation, håndtering af testbatterier og besvarelse af spørgsmål fra klienterne, der nødvendigvis følger med undersøgelsen. Informationen skete dels i form af en skriftlig protokol for undersøgelsen (Røjskjær & Linnet 2002), dels i form af flere temamøder med personalegruppen, hvor undersøgelsen blev gennemgået og praktiske forhold blev afklaret i fællesskab.

Undervejs i forløbet har denne rapport forfattere jævnligt besøgt og arbejdet på Center for Ludomani og her deltaget i personalemøder med henblik på dels at sikre en gnidningsløs dataindsamling og dels informere personalet løbende om betydningen af deres arbejde med undersøgelsen.

Der blev gjort meget ud af at oplyse personalet om vigtigheden af en grundig udfyldelse af testmaterialet, og at det var nødvendigt at kontrollere, om testbatteriet var korrekt udfyldt, før det blev sendt videre til forskningsgruppen. På trods af disse opfordringer har der forekommet en del ufuldstændige eller invalide tests, som det ikke i alle tilfælde har været muligt at få korrigeret, mens klienten var til at få kontakt med.

Testbatteriet

Da testbatteriet var temmelig omfangsrigt og skulle udleveres til klienterne både ved indskrivning, ved afslutning og ved opfølgning, blev det besluttet, at Center for Ludomanis sekretær modtog "kuvertpakker" fra forskningsgruppen, hvori de relevante tests og informationsmateriale lå,

påstemplet henholdsvis "Indskrivning", "Udskrivning" og "Opfølgning" og med en mærkat til afkrydsning, når testene var blevet udfyldt af klienterne. Pakkerne blev så udleveret og indsamlet af den behandler, der foretog samtalen med klienten, og efterfølgende sendt videre til indtastning i forskergruppen. Denne løsning fungerede helt efter hensigten.

Undersøgelsesfrafald

Desværre har det ikke været muligt at fastholde alle klienters interesse for at udfylde skemaerne. Undersøgelsesdeltagerne har på et hvilket som helst tidspunkt kunnet meddele, at de ikke ønskede at udfylde yderligere skemaer, og dette har en del klienter gjort. Andre klienter har ganske enkelt bare undladt at besvare testbatterierne på trods af opfordringer herom. Der er i forbindelse med opfølgningsundersøgelsen skrevet ud til samtlige deltagere, der ikke havde afleveret opfølgningstest, med nyt testbatteri og frankeret svarkuvert, og der er blevet taget telefonisk kontakt fra Center for Ludomanis side for at øge besvarelsesprocenten i opfølgningen.

Det har medført, at der ikke findes komplette udskrivnings- og opfølgningsdatasæt for alle de klienter, der har afgivet indskrivningsdata. Det betyder – sammen med det behandlingsmæssige frafald – at det ikke er lykkedes i undersøgelsen at nå op på de 2 x 65 komplette datasæt (for henholdsvis ambulant og døgnklienter), som var målet ved undersøgelsens begyndelse. Der er indkommet 76 (næsten) komplette datasæt for døgnbehandlede, afsluttede klienter af 117 mulige, men kun 24 datasæt for ambu-

lant behandlede af 61 mulige (dette diskuteres i afsnit 7.1 om repræsentativitet).

Dette har også betydet, at det ikke har været muligt at få tilstrækkeligt datagrundlag for den planlagte vurdering af klienternes situation et år efter behandlingsafslutning, og rapportens opfølgningshorisont er derfor afgrænset til ca. 6 måneder (se afsnit 7.1).

Til gengæld er grundlaget for vurdering af klientkarakteristika ved indskrivning blevet væsentlig bedre end forventet, idet der indgår i alt 459 personer.

Pårørendeoplysninger

Der var lagt op til at inddrage kollaterale oplysninger fra pårørende til de ludomane i forbindelse med pårørendedage på Center for Ludomani. Dette var imidlertid ikke muligt, idet kun en mindre del af de behandlede klienters pårørende – og næsten udelukkende de døgnbehandlede – deltog i pårørendemøderne. Da det samtidig blev vurderet fra Center for Ludomanis side, at det ville være temmelig forstyrrende for mødernes afvikling og desuden praktisk vanskeligt at udfylde skemaer undervejs, og at det ville kunne give anledning til konflikter mellem klienterne i behandling og deres pårørende, blev det besluttet at denne del af undersøgelsen måtte skrinlægges.

3.4 Center for Ludomanis behandling

Her følger en kortfattet gennemgang af Center for Ludomanis (CFL) rammer for behandling, grundsyn på afhængighed og behandlingskoncept.

Gennemgangen er primært baseret på de skriftlige oplysninger, institutionen har stillet til rådighed, og institutionens hjemmeside, dvs. at beskrivelsen i vid udstrækning sker med CFL's egne ord. For en mere præcis beskrivelse af behandlingsmetodik og –indhold henvises til institutionens egen skriftlige redegørelse samt hjemmesiden.

Behandlingen er gratis for den ludomane, idet behandlingen er finansieret via behandlingsmidlerne under "Lov om gevinstgivende spilleautomater". Det betyder også, at visitationen sker gennem institutionen selv, når klienter henvender sig.

Organisatorisk forankring

Center for Ludomani er en selvejende institution under KFUM's Sociale Arbejde i Danmark. Før Automatlovgivningen trådte i kraft fik CFL sine driftsmidler via finanslovsbevilling. Centeret har eksisteret i sin nuværende organisatoriske form siden begyndelsen af år 2002, men erfaringerne med ludomanibehandling rækker tilbage til 1992, da de første forsøg blev gjort i det daværende regi som en afdeling under Ringgården.

Målgruppe

Personer der opfylder ICD-10's kriterier for patologisk spillelidenskab, dvs. er så spilleafhængige, at de er massivt truet i social, psykisk og økonomisk henseende. De ludomanes pårørende (såvel børn som voksne) inddrages i det omfang de er psykisk og socialt belastet eller på anden måde i krise som følge af spilleproblemerne i familien.

Grundsyn

Ludomani opfattes som sidestillet med andre former for afhængighed, det vil sige præget af elementer af tvangsmæssig adfærd samt problemer med impulskontrol. Ludomani betragtes som én lang kæde af tilbagefald, styret af personspecifikke højrisikosituationer, betinget af den enkeltes sårbarhed og personlighedstræk.

Referencerammen er kognitiv terapi og struktureret tilbagefaldsforebyggelse kombineret med elementer fra familierapi. Behandlingen har ikke noget ideologisk præg, men er vidensbaseret med en faglig tilgang.

Behandlingsmål og indhold

Behandlingsprogrammet er overordnet tilrettelagt med det formål at hjælpe ludomane til at mestre sine højrisikosituationer, trangen til at spille og forskellige uensigtsmæssige tanke- og handlemåder på en sådan måde, at vedkommende bliver i stand til at stoppe respektive mindske spilleforbruget og undgå tilbagefald. Behandlingen indeholder nogle delelementer, der tages op på forskellige tidspunkter i behandlingen efter en behandlingsmanual:

- Kortlægning, motivationsbearbejdning og opnåelse af indsigt i egen situation
- Udvikling af personlige mestringsstrategier og stopmetoder (individuelle tilbagefaldsforebyggende strategier)
- Bearbejdning og omstrukturering af den ludomane tankegang i relation til tab/gevinst, sandsynlighed, magisk tænkning og andre kognitive forvridninger

- Iværksættelse af social handleplan til perioden umiddelbart efter behandlingen

Behandlingsomfang

Behandlingen på CFL sker i to spor:

1. gruppebaserede behandlingskurser under døgnindlæggelse af 14 dages varighed efterfulgt af ambulant opfølgning, eller
2. ambulante behandlingsforløb med et antal individuelle samtaler.

Behandlingen ved kurser under indlæggelse sker med deltagelse af 7 klienter, der guides gennem et struktureret behandlingsforløb af to gruppeledere, der følger gruppen fra start til slut. Kurset følges op af i alt tre ambulante opfølgingsdage over 8 måneder, hvor spillerne selv og deres pårørende deltager i dags- og weekendarrangementer med sigte på forebyggelse af og intervention i tilbagefald. Derudover gives der tilbud om deltagelse på en-dags pårørende-kurser to gange månedligt i op til et år.

I det ambulante spor sker behandlingen typisk gennem månedlige samtaler mellem klient og behandler i op til tolv måneder, men der er stor forskel på samtalefrekvens og samlet behandlingsslængde betinget af klientens problematik.

Personale

Personalegruppen på Center for Ludomani består af socialrådgivere og socialpædagoger, der alle har relevante, terapeutiske efteruddannelser. Aldersmæssigt spænder behandlerne fra midten af trediverne til halvtredserne.

4. Resultater af egen undersøgelse

I forbindelse med en indledende kortlægningssamtale er der foretaget en udredning af klientens sociale situation og anamnese med hensyn til spil, anden form for misbrug samt psykisk belastningsgrad. Kortlægningssamtalen – eller som den kaldes på Center for Ludomani: *den afklarende samtale* – består i et face-to-face interview på Center for Ludomani, hvor en behandler i samarbejde med klienten belyser klientens problemsituation, anamnese og behandlingsønske ved et semistruktureret spørgeskema.

I alt 459 personer har deltaget i det afklarende interview, men af forskellige årsager har ikke alle klienter udfyldt uddybende screeningsmateriale. Antallet af besvarelser er angivet i hver enkelt tabel.

Beskrivelsen er inddelt i følgende emneområder:

1. Sociodemografisk profil
2. Økonomiske forhold
3. Spilleadfærd og afhængighed forud for behandlingen
4. Comorbiditet: psykisk symptombelastning og øvrigt misbrug
5. Personlighedskarakteristika

4.1 Sociodemografisk profil ved indskrivning

Den ulige kønsfordeling med mere end 5 gange så mange mænd som kvinder i nærværende undersøgelse er i tråd med det mønster, man har fundet i andre undersøgelser af ludomaner i behandling (Abbott & Volberg 1996; Rönnberg et al. 1999; Bergh & Kuhlhorn 1994).

Tabel 4.1. Kønsfordeling og aldersgennemsnit ved indskrivning.

	Klienter samlet	Mænd	Kvinder	P=
Antal	n=459	n=387 (84%)	n =72 (16%)	
Altersgennemsnit	35,4 år (sd=10,5)	33,9 år (sd=9,4)	43,9 år (sd=12,0)	.000
Altersspænd	14-74 år	14-68 år	21-74 år	

T-test

Det er ikke generelt afklaret, hvorfor der er så stor forskel på kvinders og mænds efterspørgsel efter behandling. Selvom kvinder generelt spiller sjældnere og for mindre beløb end mænd, og prævalensen for problemspil og ludomani er mindre blandt kvinder (Rönnberg et al. 1999; Lund

& Nordlund 2003), er det uvist, om dette er tilstrækkeligt til at forklare den store kønsforskel i behandlingen.

Som tabel 4.1 viser, er kvinderne signifikant ældre (i snit 10 år) end de mandlige klienter. Denne aldersforskel kan heller

ikke entydigt forklares, men kan måske hænge sammen med valg af foretrukket spil og dermed den økonomiske belastning, der er forbundet med ludomanien. Kvinderne har brugt væsentlig færre penge på spil i deres "karriere" og er også, hvad angår spillehyppighed, mindre aktive

end mændene, som det ses af tabel 4.2 efterfølgende. En hypotese kunne således være, at kvinderne "holder længere" i spillekarrieren, før de alvorlige konsekvenser har tårnet sig op. Men der er uden tvivl også andre faktorer involveret.

Tabel 4.2. Samlivsstatus ved indskrivning (n=455)

	Alle		Mænd		Kvinder	
	n=	%	n=	%	n=	%
Lever alene	205	45,1	170	44,3	35	49,3
Lever alene men i fast forhold	37	8,1	31	8,1	6	8,5
Gift/samlevende	198	43,5	170	44,3	28	39,4
Andet	15	3,3	13	3,4	2	2,8

Samlivsmæssigt fordeler klienterne sig i to nogenlunde lige store grupper, idet omkring halvdelen lever alene (45,1%), mens et næsten tilsvarende antal (43,5%) enten er gift eller samboende. En mindre gruppe (8,1%) angiver at leve alene, men samtidig at være i fast forhold. En lille gruppe (3,3%) angiver at være hjemmeboende hos forældre eller indsat i fængsel. Der er ikke signifikant forskel på kvinders og mænds samlivsstatus, men der er mar-

kant flere ludomane, som lever alene end generelt i aldersgruppen på landsplan, hvor der kun er ca. 25-30% singler (Danmarks Statistik 2004).

I Ringgårdens døgntilrettelæggelse for alkoholmisbrugere lever 70% af klienterne alene (Samuelsen et al. 1998). Blandt de ludomane er der således væsentlig flere end blandt relativt tunge alkohol-klienter, som har etableret og opretholdt et parforhold på trods af deres afhængighedsproblematik.

Tabel 4.3. Har du børn? (n=457)

	Alle		Mænd		Kvinder	
	n=	%	n=	%	n=	%
Ja	249	54,5	189	49,0	60	84,5
Nej	208	45,5	197	51,0	11	15,5

Godt halvdelen af klienterne har børn, når man betragter gruppen samlet, men opdelt på køn fordeler det sig således, at 84,5% af kvinderne, men kun 49% af mændene har

børn. Denne forskel er dog udjævnet, hvis der tages hensyn til aldersforskellen mellem kvinder og mænd i materialet.

Tabel 4.4. Boligsituation ved indskrivning (n=455)

	Alle		Mænd		Kvinder	
	n=	%	n=	%	n=	%
Stabil boligsituation (ejer-/lejerbolig, værelse)	391	85,9	327	85,0	64	91,4
Ustabil boligsituation (beskyttet boform, familie/ venner, boligløs, fængsel, andet)	64	14,1	58	15,1	6	8,5

Boligmæssigt har 85,9% af klienterne en stabil boligsituation ved indskrivningen, hvilket vil sige, at de bor i ejer- eller lejerbolig. Kun 2% angiver, at de er boligløse, hvilket kan sammenlignes med alkoholkli-

enter på Ringgården, hvor 15% er reelt boligløse ved behandlingsstart (Samuelsen et al. 1999). Flere mænd end kvinder har en ustabil boligsituation.

Tabel 4.5. Skolegang (n=454) og erhvervsuddannelse (n=448)

	Alle		Mænd		Kvinder	
	n=	%	n=	%	n=	%
Skolegang						
< 8 års skolegang	42	9,3	32	8,3	10	14,3
8 – 10 års skolegang	277	61,0	233	60,7	44	62,9
Student/Hf	120	26,4	107	27,9	13	18,6
Andet	15	3,3	12	3,1	3	4,3

	Alle		Mænd		Kvinder	
	n=	%	n=	%	n=	%
Erhvervsuddannelse						
Ingen uddannelse/ufaglært	165	36,8	134	35,4	31	44,3
Faglært	165	36,8	144	38,1	21	30,0
Mellemlang uddannelse	48	10,7	37	9,8	11	15,7
Højere uddannelse	14	3,1	11	2,9	3	4,3
Under uddannelse	29	6,5	26	6,9	3	4,3
Andet	27	6,0	26	6,9	1	1,4

Et flertal af klienterne har 8-10 års skolegang, $\frac{1}{4}$ har studenter- eller Hf-eksamen. Med hensyn til erhvervsuddannelse har cirka hver tredje en faglært uddannelse, hver tiende har en mellemlang uddannelse (f.eks. lærer, sygeplejerske), og kun 3% har en højere uddannelse. Andelen af faglærte svarer nogenlunde til landsniveauet på ca. 39%, hvorimod andelen med mellemlange eller højere uddannelse ligger under, hvad der ses i den samlede befolkning, hvor andelen er henholdsvis 13,5% og 6,2% (Danmarks Statistik 2004).

Godt og vel $\frac{1}{3}$ har ingen erhvervsuddannelse og 6,5% er under uddannelse. Med hensyn til skolegang og uddannelse er der ingen væsentlige forskelle på kvinder og mænd i den undersøgte gruppe, dog er der en større andel af kvinder uden uddannelse.

Resumé af sociodemografisk profil ved indskrivning:

- der indgår 5 gange så mange mænd som kvinder i undersøgelsen, hvilket

afspejler det hidtidige henvendelsesmønster ved Center for Ludomani

- kvinderne er som gruppe 10 år ældre end mændene
- omkring halvdelen flertal af både kvinderne og mændene lever alene, hvilket er mere end i befolkningen i øvrigt, men mindre end i en sammenligningsgruppe af relativt tungt belastede alkoholmisbrugere i behandling
- halvdelen af gruppen har børn
- omkring hver 7. klient (flest mænd) har en ustabil boligsituation på henvendelsestidspunktet
- uddannelsesmæssigt adskiller gruppen sig ikke voldsomt fra befolkningen i øvrigt, selv om relativt færre har højere uddannelse.

4.2 Økonomiske forhold ved indskrivning

Ved den afklarende samtale er halvdelen i lønnet arbejde, mens lidt under halvdelen er på overførselsindkomst, og 4,6% får

uddannelsesstøtte. Der er signifikant forskel på kvinder og mænd på dette område, hvor dobbelt så mange mænd er i lønnet erhverv, mens kvinderne i langt højere

grad end mændene er på overførselsindkomst som sygedagpenge, understøttelse og pension (Pearson Chi-square; $p=.000$).

Tabel 4.6. Indtægtskilde (n=457)

	<i>Alle</i>		<i>Mænd</i>		<i>Kvinder</i>	
	<i>n=</i>	<i>%</i>	<i>n=</i>	<i>%</i>	<i>n=</i>	<i>%</i>
løn	239	52,3	218	56,5	21	29,6
kontanthjælp	71	15,5	65	16,8	6	8,5
sygedagpenge	28	6,1	14	3,6	14	19,7
arbejdsløshedsunderstøttelse	40	8,8	33	8,5	7	9,9
revalideringshjælp	3	0,7	3	0,8	0	0
uddannelsesstøtte	21	4,6	19	4,9	2	2,8
pension	30	6,6	14	3,6	16	22,5
andet	25	5,5	20	5,2	5	7,0

Sammenlignet med den øvrige befolkning er der her tale om en lav grad af beskæftigelse – respektive høj andel af personer på overførselsindkomst (Danmarks Statistik 2004).

Mere end halvdelen af klienterne (59%) bedømmer selv deres økonomiske forhold som dårlige eller meget dårlige (tabel herunder).

Tabel 4.7. Oplevelse af egen økonomi ved indskrivning (n=457)

	<i>Alle</i>		<i>Mænd</i>		<i>Kvinder</i>	
	<i>n=</i>	<i>%</i>	<i>n=</i>	<i>%</i>	<i>n=</i>	<i>%</i>
Meget god	13	2,8	9	2,3	4	5,6
God	62	13,6	51	13,2	11	15,5
Nogenlunde	113	24,7	99	25,6	14	19,7
Dårlig	98	21,4	83	21,5	15	21,1
Meget dårlig	171	37,4	144	37,3	27	38,0

Der er en tydelig sammenhæng mellem oplevelse af egen økonomi og indtægtskil- den. Klienterne, der er på kontanthjælp, arbejdsløshedsunderstøttelse og sygedag-

penge, er – måske ikke helt overraskende – langt mere negative i deres bedømmelse af økonomien end de klienter, der er i løn- net arbejde.

Tabel 4.8. Pengeforbrug på spil om måneden ved indskrivning, total forbrug på spil i spillekarriere samt aktuel spillegæld

	Alle		Mænd		Kvinder		p=
	Kr. i snit	(sd)	Kr. i snit	(sd)	Kr. i snit	(sd)	
Kr. på spil pr måned? (n=437)* (Min/max)	9.236 (0 - 100.000**)	(10.894)	9.575 (0 - 100.000)	(11.287)	7.360 (250 - 40.000)	(8.220)	NS
Kr. på spil i karriere? (n=412)*** (Min/max)	849.604 (0 - 7.000.000)	(1.155.449)	908.977 (0 - 7.000.000)	(1.185.954)	501.283 (15.000 - 6.000.000)	(887.891)	.002
Aktuel spillegæld? (n=423)**** (Min/max)	140.103 (0 - 2.000.000)	(242.063)	146.986 (0 - 2.000.000)	(249.291)	103.074 (0 - 1.000.000)	(195.077)	NS

T-test

* Seks mandlige klienter er taget ud af denne opgørelse, da de har et månedligt forbrug på spil, der ligger ekstremt højere end gennemsnittet (125.000 – 500.000 kr. /måned).

** To mandlige klienter figurerer med et "0" i pengeforbrug m.v., idet de var indskrevet på baggrund af en "pengefri" afhængighed af særlige internetbaserede rollespil.

*** Fem mandlige klienter er taget ud, da de har et samlet forbrug, der ligger ekstremt højere end gennemsnittet (10.000.000 – 12.000.000 kr).

**** To mandlige klienter er taget ud, da deres gæld er ekstremt højere end gennemsnittet (4.500.000 – 6.000.000 kr. gæld) og én kvindelig klient er taget ud af samme grund (3.000.000 kr. gæld)

Gennemsnitligt spilles der for over 9.000 kroner om måneden, men med betydelige variationer. Baseret på den enkelte spillers skønsmæssige beregning med assistance fra den interviewende behandler ligger det samlede gennemsnitsforbrug på spil gennem hele ludomani-karrieren på 850.000 kroner (for enkelte spillere dog op til adskillige millioner kroner).

Spillegælden er ved indskrivningen i gennemsnit på 140.000 kroner. Der er stor for-

skel på kvinders og mænds samlede forbrug på spil, idet kvinderne har spillet for langt færre penge i deres karriere. Dette hænger sammen med, at kvinderne har en væsentlig kortere periode bag sig, hvor spil har været et problem, end mændene (se efterfølgende tabel 4.12). Korrigeres der for dette, bliver forskellen mindre, men mændene ligger stadig højere end kvinderne, idet beløbet, de har brugt på spil om året i løbet af karrieren, er på 68.843 kr. mod kvindernes 58.289 kr.

Tabel 4.9. Oplevelse af egen evne til at styre månedsbudget (n=446)

	Alle		Mænd		Kvinder	
	n=	%	n=	%	n=	%
Det går fint med at styre budget	57	11,7	45	11,9	7	10,3
Det går, men med besvær	46	10,3	36	9,5	10	14,7
Får hjælp/administration til at styre budget	192	43,0	166	43,9	26	38,2
Det går ikke, budgettet roder	156	35,0	131	34,7	25	36,8

Kun 2 ud af 10 klienter mener, at de selv kan styre deres økonomi/månedsbudget –

resten kan ikke og må have hjælp eller leve med kaos.

Tabel 4.10. Har klienten begået kriminalitet for at finansiere spil eller gæld? (n=446)

	Alle		Mænd		Kvinder	
	n=	%	n=	%	n=	%
Ofte	26	5,8	24	6,4	2	2,9
Nogle gange	64	14,3	59	15,6	5	7,2
En enkelt gang	49	11,0	45	11,9	4	5,8
Aldrig	307	68,8	249	66,0	58	84,1

Samlet set har omkring hver tredje klient på Center for Ludomani én eller flere gange tyet til kriminalitet i forbindelse med spil, hvilket gælder mændene i signifikant højere grad end kvinderne (Pearson Chi-square; $p = .032$). Spændvidden er stor i den forstand, at opgørelsen dækker over samtlige ulovligheder, fra brug af ægtefællens kreditkort, over indbrud og underslæb, til røveri, og kun i 18,2% af tilfældene for mændenes

vedkommende og 9,4% for kvindernes har lovbruddet ført til dom eller fængselsstraf.

Resumé af økonomiske forhold ved indskrivning

- næsten 6 ud af 10 mandlige mod kun 3 ud af 10 kvindelige klienter er i lønnet beskæftigelse forud for indskrivningen
- blandt kvinderne er cirka 1/5 på før tidspension (betinget af helbred eller

psykosociale forhold) og 1/5 på sygedagpenge

- over halvdelen af klienterne oplever deres økonomi som dårlig; 8 ud af 10 kan ikke selv styre deres månedsbudget
- omsætningen på spil er i gennemsnit cirka 9.000 kr. om måneden, og knap 850.000 kr. gennem ludomanikarrieren; spillegælden ved indskrivningen er 140.000 kr. i gennemsnit
- hver tredje klient har begået kriminalitet for at skaffe penge til spil eller spillegæld

4.3 Spilleadfærd og afhængighed ved indskrivningen

Klienterne har forud for behandlingen udfyldt SOGS-R (South Oaks Gambling Screen-R) samt Stinchfields DSM-IV base-rede instrument til screening for spilleafhængighed.

SOGS-R opererer som tidligere beskrevet med en score fra 0-20, hvor 5 og derover

angiver sandsynlig patologisk spilleliden-skab/ludomani. Ved indskrivning til behandling er spørgsmålene stillet ud fra et livstidsperspektiv, dvs. at klienten skal besvare spørgsmålene ud fra, om han/hun nogensinde har gjort eller oplevet det, som spørgsmålet omhandler. SOGS-R indehol-der også et aktuelt perspektiv, altså hvorle-des klienten har haft det med spil indenfor de seneste 6 måneder eller 12 måneder. I denne undersøgelse er der ved opfølgning-en brugt en 6 måneders tidshorisont.

Ud fra en betragtning om, at det kunne for-modes, at de klienter, der opsøger behand-ling for ludomani, har et betydeligt, aktuelt spilleproblem, valgte vi af tidshensyn ikke at spørge om det aktuelle perspektiv i SOGS-R, men nøjedes med at gøre dette i DSM-IV skemaet.

DSM-IV skemaet bygger på 19 spørgsmål, der opererer med en score fra 0 - 10, hvor scorer fra 5 og højere angiver ludomani.

Tabel 4.11. Samlet vurdering af grad af ludomani ifølge screeningsredskaber ved indskrivning.

	Alle		Mænd		Kvinder	
	Score	(sd)	Score	(sd)	Score	(sd)
SOGS-score (livstid) (n=325) (Min/max)	11,7 (3-20)	(3,1)	11,8 (03-20)	(3,2)	11,2 (6-17)	(2,7)
DSM-IV score (aktuel) (n=320) (Min/max)	8,2 (3-10)	(1,3)	8,2 (03-10)	(1,4)	8,1 (5-10)	(1,1)

Der er ingen tvivl om, at samtlige klienter på Center for Ludomani ved behandlingsstart opfylder kriterierne for ludomani til fulde. Den gennemsnitlige livstids SOGS-score på 11,7 og den aktuelle DSM-IV score på 8,2 vidner om massive spilleproblemer, der influerer på klienternes daglige liv, økonomiske situation og sociale relationer.

Den ene klient, der kun får en score på 3 i SOGS-R, og den ene klient, der kun scorer 3 i DSM-IV screeningen, er utvivlsomt også ludomane, når man bedømmer de øvrige oplysninger om deres spil, og disse scorerer må betragtes som "falsk negative udfald", der formentlig udtrykker klien-

tens tilbøjelighed til underscoring eller bagatellisering.

Alle øvrige klienter ligger i både SOGS-R og DSM-IV-screenen i kategorien af sandsynligt patologiske spillere. Der er ingen forskel på mænds og kvinders grad af ludomani ved indskrivning.

Kvinderne er startet med pengespil som 35 årige; mændene typisk som 21 årige (tabel 4.12.). Alderen, hvor klienterne selv betragter spillet som problematisk, er markant højere for kvindernes vedkommende (ludomani som 40 årige) i forhold til mændene, der angiveligt i snit har udviklet ludomani som 28 årige (se også tabel 4.1).

Tabel 4.12. Hvor længe har klienterne spillet pengespil, og hvor længe har de haft et spilleproblem?

	Alle år (sd)	Mænd år (sd)	Kvinder år (sd)	P=
Spillet pengespil hvor længe (n=455) (Min/max)	12,6 (9,3) (0,5 - 50)	13,4 (9,4) (0,5 - 50)	8,6 (7,2) (0,5 - 30)	.000
Haft spilleproblem hvor længe (n=449) (Min/max)	5,4 (5,2) (0,2 - 39)	5,6 (5,3) (0,2 - 39)	3,9 4,1 (0,3 - 18)	.008

T-test

Tabellen afslører også, at mændene har en signifikant længere samlet spillekarriere bag sig (over 13 år), som i næsten halvdelen af tiden har været problematisk (5,6

år), sammenlignet med kvinderne, der har spillet i lidt mindre end 9 år, hvoraf ca. de 4 år har været problematisk.

Tabel 4.13. Hvor ofte har klienterne haft spilletrang de seneste 3-6 måneder før indskrivning? (n=448)

	Alle		Mænd		Kvinder	
	n=	%	n=	%	n=	%
Aldrig	7	1,6	6	1,6	1	1,4
En enkelt gang	3	0,7	3	0,8	0	0
Nogle gange	113	25,2	94	24,9	19	27,1
Ofte	196	43,8	169	44,7	27	38,6
Hele tiden	129	28,8	106	28,0	23	32,9

Af de 7 personer, der angiver, at de "aldrig" har haft spilletrang de seneste 3-6 måneder, har de 5 ikke haft nogen spilleepisoder de seneste 3 måneder før indskrivningen, og de må derfor betragtes som godt forberedte og klar til behandlingen med en vis afstand til deres problem. De 2 resterende personer har spillet henholdsvis 3 gange og 60 gange (se også tabel 4.14.). Man kan

således konstatere, at der i hvert fald for den ene klients vedkommende er tale om en tydelig uoverensstemmelse mellem oplevet spilletrang og faktisk spilleadfærd.

Tabel 4.14 viser, at mænd typisk har en lidt højere spillefrekvens end kvinderne med i snit 17,7 spilleepisoder om måneden mod kvindernes 15,1 spilleepisoder.

Tabel 4.14. Typisk antal spilledage i snit per måned samt seneste kvartal før indskrivning

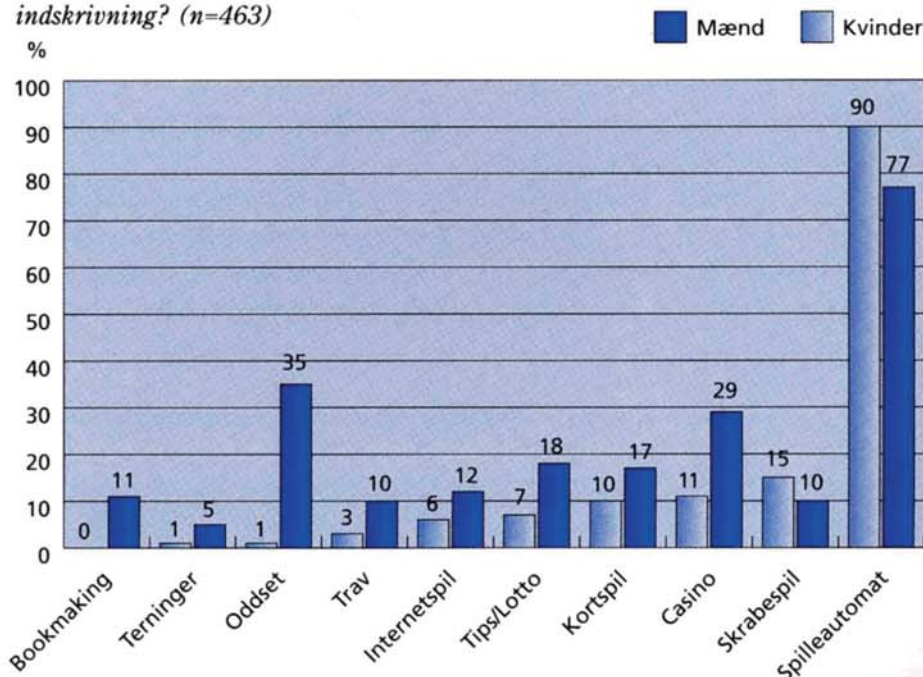
	Alle		Mænd		Kvinder		p=
	Kr. i snit	(sd)	Kr. i snit	(sd)	Kr. i snit	(sd)	
Typisk antal spilledage pr måned? (n=445) (Min/max)	17,3 (1 - 30)	(9,7)	17,7 (1 - 30)	(9,7)	15,1 (1 - 30)	(9,4)	.041
Spilledage seneste 3 måneder før indskrivning? (n=447) (Min/max)	39,9 (0 - 90)	(27,7)	40,1 (0 - 90)	(27,6)	38,5 (0 - 90)	(28,5)	NS

Forskellen er dog blevet mindre, når man ser på de seneste 3 måneder før behandlingsstart, hvor spillefrekvensen for begge køns vedkommende er blevet lidt lavere, måske fordi der er en ventetid på nogle uger fra den initiale kontakt til centeret, til man kommer til afklarende samtale, og fordi man efter denne kontakt har forsøgt at lægge låg på spilletrangen.

Ti mænd og én kvinde angiver, at de overhovedet ikke har spillet de seneste 3 måneder før behandlingsstart.

Mønstret for de foretrukne spil typer (diagram 4.15) er helt i tråd med internationale erfaringer om, hvilke spil, der foretrækkes af ludomane. Automatspil – typisk elektroniske udgaver af "enarmede tyveknægte" samt i nogle tilfælde ulovlige pokermaskiner - udgør det mest afhængighedsrelaterede spil for klienterne. I langt de fleste udenlandske undersøgelser – og de få danske der findes – er netop automatspil den helt dominerende type af spil blandt ludomane (Jørsel et al. 1996; Becoña 1993, 1996; Abbott & Volberg 1996; Black & Moyer 1998).

Diagram 4.15. Hvilke former for spil har klienterne svært ved at styre ved indskrivning? (n=463)



Diagrammet viser de spilformer, som klienterne er afhængige af, dvs. at nogle klienter har én og kun én foretrukken spilform, mens andre spredt deres spil over flere forskellige former, og diagrammet

dækker således over den samlede mængde spil, som klienterne spiller. Det skal bemærkes, at opgørelsen i de tilfælde, hvor klienten er afhængig af flere spil, ikke klart afdækker hvilket spil, der har størst

betydning for klienten, eller hvilket spil klienten anser for *mest* afhængighedsskabende. Der er således mere tale om en kvantitativ opgørelse over spillene, mere end en egentlig rangordning.

For mændenes vedkommende angiver 180 klienter (47%), at de kun spiller på ét spil,

mens andelen hos kvinderne er 55 klienter (77%). I gennemsnit er kvinderne afhængig af 1,5 spiltyper, medens mændene i gennemsnit er afhængig af 2,3 spiltyper. Ser man på, hvilket spil som "enkeltspil-spillere" vælger, finder man, at det fortsat er spilleautomatspil, som er mest udbredt (se tabel 4.16)

Tabel 4.16. Spiltype for de 180 mandlige og 55 kvindelige spillere, der kun er afhængige af én spilform

	Mænd		Kvinder	
	n=	%	n=	%
Spilleautomater	146	81	49	89
Casino	15	8	3	5
Oddset, Tips, lotto, skrabespil	10	6	1	2
Internet	7	4	0	0
Kortspil	2	1	2	4

Henholdsvis 146 mænd og 49 kvinder, svarende til 38% af *alle* mændene og 68% af *alle* kvinderne, har udelukkende problemer med ludomani i forhold til automatspil – de er altså "rene" automatspillere.

Det er en almindelig klinisk erfaring, at spilleafhængige personer har en udbredt tilbøjelighed til at nære et – efter almindelige folkelige normer – paradoksalt forhold til tab (Ladouceur et al. 2003). De fleste *ulidenskabelige* spillere blandt ikke-afhængige vil i de fleste tilfælde vælge at gå, når de taber i spil i et vist omfang. Devisen vil være: *"Lad mig komme væk, så jeg ikke taber mere end jeg allerede har gjort"*. For

den patologisk spilleafhængige ses ofte det omvendte ræsonnement: *"Jeg taber, altså må jeg spille videre, for jeg vil vinde det tabte tilbage"*.

Dette kendes som fænomenet chasing, som betyder, at man vil forsøge at "vinde det tabte tilbage", enten som en umiddelbar handling oven på et netop oplevet indsatstab, eller med en vis latensperiode (*"hvis jeg i går tabte stort, må jeg i dag have heldet med mig og vinde det dobbelte tilbage"*).

Da det tabte ifølge sagens tilfældighedsbaserede natur imidlertid sjældent lader sig vinde tilbage, da odds altid står i spillerens disfavør, leder chasing i stedet til yderlige-

re tab (som så skal vindes tilbage...), og tabel 4.17 viser, at de her undersøgte ludo-

mane ikke udgør nogen undtagelse i denne henseende.

Tabel 4.17. Hvad bruges spillegevinster til? (n=447) *

	Alle (n=447)		Mænd (n=377)		Kvinder (n=70)	
	n=	%	n=	%	n=	%
Chasing/forlængelse af spil	427	95,5	365	96,8	62	88,6
Almindeligt forbrug	179	40,0	147	39,0	32	45,7
Afvikle spillegæld	79	17,9	65	17,2	14	20,0
Afvikle anden gæld	38	8,5	34	9,0	4	5,7
Andet	39	8,7	33	8,8	6	8,6

* Der kan angives flere svar, hvilket der betyder at svarfordelingen overstiger 100%

Den udbredte forekomst af chasing eller fortsættelse af spilhandlingen er en understregning af klientellets patologiske forhold til hasardspil. En stor del af spillerne (43%) bruger gevinster udelukkende til at chase eller forlænge spilhandlingen, dvs. at de ikke umiddelbart får noget økonomisk "udbytte" af at vinde, da de

fleste gevinster straks konverteres til spil. Problemer med spil har, som vi refererede i baggrundskapitlet, en tendens til en vis familær ophobning, og i den henseende er den aktuelle gruppe ingen undtagelse (tabel 4.18.). Mere end hver fjerde af klienterne har én eller flere pårørende, der også har et problematisk forhold til spil.

Tabel 4.18. Er der andre i familien, der har problemer med spil (ludomani)? *

	Alle (n=449)		Mænd (n=379)		Kvinder (n=70)	
	n=	%	n=	%	n=	%
Nej, intet problem med spil i familien	321	71,5	269	71,0	52	74,3
Ja, far	55	12,2	44	11,5	11	15,7
Ja, mor	25	5,6	21	5,5	4	5,7
Ja, søskende	32	7,1	28	7,4	4	5,7
Ja, bedsteforældre	14	3,1	14	3,7	0	0,0
Ja, anden i familien	25	5,6	21	5,5	4	5,7

* 26 klienter (21 mænd og 6 kvinder) angiver, at der er mere end én person i familien, der har et misbrug, hvilket betyder at procentandelen overskrider 100%. 3 af disse klienter angiver, at der er problemer med spil i familien, men ikke hvem der har problemet.

For både mandlige og kvindlige klienter er det mest faderen, der også har problemer med spil, i mindre grad moderen, søsken-
de eller andre. Næsten 4% af mændene

(men ingen af kvinderne) har bedsteforældre med spilleproblemer, hvilket antyder, at visse familier er optaget af spil generationerne igennem.

Tabel 4.19. Har klienten problemer med sin familie pga. sit spil? (n=449)

	Alle (n=449)		Mænd (n=379)		Kvinder (n=70)	
	n=	%	n=	%	n=	%
Nej, aldrig	130	29,0	99	26,1	31	44,3
Sjældent	61	13,6	58	15,3	3	4,3
Af og til/noget	116	25,8	100	26,4	16	22,9
Ofte	85	18,9	77	20,3	8	11,4
Meget ofte	57	12,7	45	11,9	12	17,1

Tabel 4.19 viser, at $\frac{1}{3}$ af den undersøgte gruppe aldrig har oplevet problemer med deres familie på grund af spil. Sammenholdes de afgivne oplysninger i tabel 4.18. og 4.19. findes ingen sammenhæng mellem familiens tendens til at problematisere den enkelte klients spil, og hvorvidt eksempelvis klientens far (eller andre pårørende) selv har et spilleproblem eller ej.

Til gengæld er der en tydelig sammenhæng mellem omfanget af ludomaniproblemet og familiens reaktion på det. Der er nemlig på en række områder stor forskel på de klienter, der meget ofte har problemer med familien omkring spil, og så de klienter, der aldrig oplever problemer med familien. Klienter med meget hyppige problemer i familien er på samtlige spilrelaterede variable (forbrug på spil, spillefre-

kvens, gæld, problemvarighed, DSM-IV-score) og på psykopatologiske variable (SCL-90, BDI, TAS og MCMI-normalitetsscore) signifikant mere belastede end gruppen, der aldrig har problemer med familien omkring deres spilvaner (T-tests; $p=.05 - p=.000$).

Der er altså tale, om at det længerevarende spilleproblem, der ydermere er aktuelt tungere og har betydning for psykopatologien hos den ludomane, på et tidspunkt lader til at slå igennem i familien. Måske fordi det bliver sværere for den ludomane at holde problemet skjult for familien, eller at gøre det plausibelt at interessen for spil fylder så meget, at en væsentlig del af familieøkonomien skal afsættes til spil. Eller måske er familiens tålmodighed ganske enkelt ved at være afprøvet så meget, at den ludomanes goodwill er opbrugt.

Resumé af spilleadfærd og afhængighed ved indskrivning

- gennemsnitligt scorer den undersøgte gruppe højt på de anvendte diagnose-skalaer for spilleproblemer, hvilket bevidner deres massive afhængighed, uden forskel for mænd og kvinder
- de undersøgte klienter er debuteret med ludomani som henholdsvis 28-årige (mænd) og 40-årige (kvinder); mændenes ludomani-karriere er signifikant længere end kvindernes (5,6 mod 3,9 år)
- trangen til at spille har for de fleste været hyppig i tiden op til behandlingen
- der spilles mere end halvdelen af månedens dage – mænd lidt mere end kvinder
- spilleautomater er den foretrukne spiltype, fulgt af oddset og roulettespil på kasino
- mændene er typisk afhængige af 2,3 spil, kvinderne af 1,5 spiltyper
- når spillerne vinder bruger de hovedsageligt pengene til at spille videre for (chasing); 2 ud af 5 brugere udelukker gevinsten til chasing; den næst hyppigste anvendelse er at bruge pengene til almindeligt forbrug, hvorimod kun et fåtal bruger gevinsten til at afvikle gæld eller spillegæld
- mere end 1/4 af de ludomane har nære pårørende, der selv har/har haft spilleproblemer
- for 7 ud af 10 af de undersøgte medfører ludomanien problemer med familien

4.4 Comorbiditet ved indskrivning

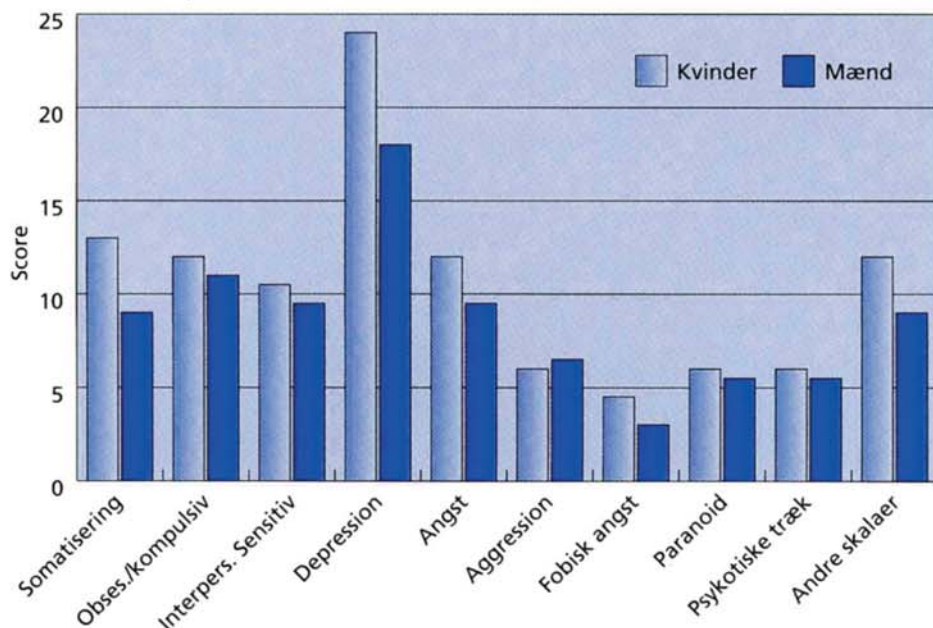
Hos ludomane ses ofte en række andre psykopatologiske symptomer og problemer optræde samtidig med spilleproblemerne, formentlig dels som konsekvenser af den spilleafhængige livsførelse, og dels som forudgående problemer, der kan være vævet mere eller mindre sammen med årsagsmæssige faktorer bag ludomanien. Vi har derfor valgt at undersøge klienterne for deres almene psykiske symptombelastning ved indskrivningen, herunder grad af depressivitet, selvmordsadfærd, rusmiddel-misbrug, personlighedstræk og personlighedsforstyrrelser.

4.4.1 Psykisk symptombelastning

Fra både udenlandske og danske studier er det velkendt, at ludomane ofte har en høj grad af aktuelt oplevet psykisk belastning, et højt stressniveau, som blandt andet kan afspejles af det globale belastningsindex (GSI) i SCL-90.

I vores undersøgelse er fundet en samlet GSI-score på 89 point med kvinderne signifikant højere end mændene med en score på 105 over for mændenes 86 (t-test, $p = .042$). I en anden undersøgelse af 61 ludomane fandt man en score ved indskrivning på 90 GSI-point (Jørsel et al. 1996), og til sammenligning kan nævnes, at en gruppe relativt svært belastede alkoholmisbrugere i døgntilrettelæggelse på Ringgården havde en indskrivningsscore på 97 GSI-point (Røjskjar & Nielsen 2001).

Diagram 4.20. Psykisk symptombelastning ved indskrivning ifølge SCL-90 delscorer (mænd n=279; kvinder n=46)



Testresultatet afspejler en betydelig grad af stress/oplevet psykisk belastning hos klientellet, især kvinderne, ved behandlingens start. Symptomer på blandt andet depression, tvangstanker, angst og interpersonlig sensitivitet er mest markante. Kvinderne scorer højest på samtlige skalaer – især depression, somatisering og angst - undtagen på aggression, hvor mændene ligger højere. SCL-90-scoren peger

på, at kvindernes mønster er mere vendt indad (depression, somatisering, angst) end mændenes, som er lidt mere udadretagerende (højere score på aggression). Også Beck Depression Inventory (BDI) vidner om, at klienterne på Center for Ludomani ofte oplever sig som ret svært belastede, når de påbegynder behandling, idet mere end hver femte (22,6%) viser tegn på depression i svær grad.

Diagram 4.21. Depression ved indskrivning ifølge Beck Depression Inventory (BDI)

	Alle (n=323)		Mænd (n=276)		Kvinder (n=47)		p=
	Score	(sd)	Score	(sd)	Score	(sd)	
BDI (Min/max)	19,8 (0 - 59)	(11,3)	19,3 (0 - 59)	(11,0)	23,0 (5 - 50)	(12,2)	.034
Minimal grad (BDI = 0-13)	n=105	32,5%	n=95	34,4%	n=10	21,3%	
Mild/moderat grad (BDI = 14-28)	n=145	44,9%	n=122	44,2%	n=23	48,9%	
Svær grad (BDI = 28+)	n=73	22,6%	n=59	15,2%	n=14	29,8%	

T-test

Den høje belastningsgrad er ikke nødvendigvis udtryk for reelle depressioner i klinisk forstand, men kan være en reaktion på de massive økonomiske og sociale problemer, der følger i kølvandet på de adskillige års spilafhængighed, som klienterne har været igennem.

Der er ingen forskel på kvinders og mænds belastningsgrad, idet kvinderne har højere BDI-score, ligesom der procentuelt er væsentlig flere blandt kvinderne, der ligger i den mest belastede kategori: næsten hver tredje kvinde (29,8%) viser tegn på svær depression, mens det hos mændene kun er hver sjette (15,2%).

4.4.2 Selvmordsadfærd

Halvdelen af Center for Ludomanis klienter har tænkt på selvmord én eller flere gange i løbet af deres ludomanikarriere, især kvinderne, hvor næsten tre ud af fire har haft selvmordstanker. Dette stemmer overens med den højere psykiske belastningsoplevelse hos kvinderne, der afspejles i både SCL-90 og BDI.

Mønsteret går igen, når man ser på, om tanker omsættes til konkrete selvmordsforsøg, som 76 af centerets klienter har bag sig. Også her ligger kvinderne markant højere, idet næsten hver tredje af kvinderne har forsøgt selvmord én eller flere gange.

Tabel 4.22. Tanker om selvmord og forsøg på selvmord

	Alle (n=451)		Mænd (n=381)		Kvinder (n=70)		p=
	n=	%	n=	%	n=	%	
Ja, haft tanker om selvmord	263	58,3	212	55,6	51	72,9	.006
Ja, forsøgt at begå selvmord*	76	16,9	53	13,9	23	32,9	.002

Fisher's exact test.

*Af de 263, der har haft tanker om selvmord, har 32 mænd og 11 kvinder (i alt 16%) ikke svaret på, om de har forsøgt at begå selvmord.

I den undersøgte gruppe er der mere end dobbelt så stor risiko (relativ risiko 58%) for at have forsøgt selvmord for en kvinde som for en mand.

Den høje forekomst af selvmordstanker og -adfærd er velkendt i ludomanipopulationer (Bergh & Kühnlhorn 1994; Jørsel et al. 1996), men det er uafklaret hvor meget af fænomenet, der kan forklares ud fra stress-

belastninger fra følgerne af spillelidenskab, og hvor meget der kan skyldes overhyppighed af en mere personlighedsrelateret, emotionel ustabilitet, som engagementet i ludomanien bringer helt ud af facon. Under alle omstændigheder må det antages, at selvmordsadfærden og tankerne udtrykker en desperation, uden hvilken en del af spillerne måske ikke ville have henvendt sig med ønsket om behandling.

Det må ligeledes anses for utænkeligt, at en så massiv forekomst af selvmordstan-ker og -forsøg ikke også vil være forbun-det med en reelt forhøjet risiko for døds-fald ved selvmord blandt ludomane. Dette kan dog ikke belyses gennem data i den nærværende undersøgelse, men er beskrevet af Bourget et al. (2003), hvor man i en undersøgelse af 75 ludomane, der *har* begået selvmord, finder en massiv belastning som følge af ludomani og sidemisbrug, der tyder på, at ludomane udgør en højrisikogruppe i relation til selvmord.

4.4.3. Rusmiddelmisbrug

Op mod en femtedel af klientellet (19,4%) har tidligere haft problemer med misbrug af rusmidler, mens 5,2% af klientellet har et aktivt rusmiddelproblem ved indskrivningen.

Der er ingen signifikant kønsforskel i forekomsten af rusmiddelproblemer, men kvinderne har primært misbrugt alkohol, mens mændene spreder sig over flere typer af rusmidler. Misbruget af rusmidler omfatter primært alkohol og hash. Mændene er dog langt hyppigere end kvinderne misbrugere af hash og hård narkotika.

Tabel 4.23. Misbrugsproblemer ved indskrivning

	Alle		Mænd		Kvinder	
	n=	%	n=	%	n=	%
Ja, haft et misbrug, men er stoppet (mænd n=375; kvinder n=68)	86	19,4	71	18,9	15	22,1
Har aktuelt et misbrug* (mænd n=362; kvinder n=65)	22	5,2	17	4,4	5	7,0

* 15 personer har angivet, at de tidligere også har haft et andet misbrug end det aktuelle

Tabel 4.24. Type af misbrug – aktuelt og tidligere

	Alle (n=63)		Mænd (n=50)		Kvinder (n=14)	
	n=	%	n=	%	n=	%
Alkohol	26	41,3	16	32,0	10	76,9
Hash	17	27,0	16	32,0	1	7,7
Hård narko	7	11,1	7	14,0	0	0,0
Nerve/sovemedicin	1	1,6	0	0,0	1	7,7
Kombination af flere	12	19,0	11	22,0	1	7,7

Hos en relativt stor andel (42%) af de klienter, der har angivet at have eller have haft et misbrug, forefindes der ikke oplysninger om hvilken *type* af misbrug, der er tale om, hvilket betyder, at der kun indgår 63 besvarelser.

At der forekommer samtidige eller tidligere problemer med rusmidler hos ludomane er i tråd med fundene i en række uden-

landske undersøgelser (Wallisch 1993; Abbot & Volberg 1992; Becoña 1993, Lesieur & Blume 1991). Den eksisterende viden giver dog ikke mulighed for at afklare, hvordan kausalitetsforholdet er mellem på den ene side ludomani og på den anden side rusmiddelmisbrug, eller om der alene er tale om et parallelt optrædende problem (Crockford & el-Guebaly 1998).

*Tabel 4.25. Er der misbrug i familien?**

	<i>Alle (N=432)</i> <i>n= %</i>		<i>Mænd (N=366)</i> <i>n= %</i>		<i>Kvinder (N=66)</i> <i>n= %</i>	
Nej, intet misbrug i familien	242	56,0	205	56,0	37	56,1
Ja, hos far	92	21,3	79	21,6	13	19,7
Ja, hos mor	28	6,5	20	5,5	8	12,1
Ja, hos søskende	59	13,7	46	12,6	13	19,7
Ja, hos bedsteforældre	20	4,6	18	4,9	2	3,0
Ja, hos andre i familien	40	9,3	34	9,3	6	9,1

* 49 klienter (36 mænd og 13 kvinder) angiver, at der er mere end én person i familien, der har et misbrug, hvilket betyder at procentandelen overskrider 100%.

Der er en overforekomst af misbrug i de ludomanes familie, idet i alt 44% af de undersøgte klienter angiver, at et eller flere af deres familiemedlemmer har et misbrug. Især blandt forældrene - med faderen i front - ses misbrug, men også søskende ligger højt i opgørelsen. Der er ingen kønsforskelle på misbrug i familien.

4.4.4 Alexitymi

Alexitymi er et psykopatologisk fænomen, som ofte optræder ved psykosomatiske tilstande, men også ved afhængighedsproblemer, og det er fundet overrepræsente-

ret hos unge med spilleproblemer (Lumley & Roby 1995). Den præcise sammenhæng med ludomani i almindelighed er ikke klarlagt. Det blev oprindeligt antaget, at den alexitymes manglende sproglige processeering af egne tanker og følelser kan ses som udtryk for en manglende emotionel kompetence, der kompenseres via somatisering, dvs. forekomst af kropslige symptomer (Sifneos 1973), eller som finder udtryk gennem anden adfærd, f.eks. misbrug af rusmidler eller ludomani, hvilket sekundært formentlig yderligere kan forstærke alexitymien.

Diagram 4.26. Alexitymi ved indskrivning ifølge Toronto Alexithymia Scale (TAS)

	Alle (n=319)		Mænd (n=274)		Kvinder (n=45)		p=
	Score	(sd)	Score	(sd)	Score	(sd)	
TAS-score (Min/max)	57,1 (20 - 93)	(13,3)	57,6 (20 - 93)	(12,5)	54,1 (22 - 83)	(17,0)	NS
Ikke alexitymi (TAS < 52)	n=98	30,7%	n=78	28,5%	n=20	44,4%	.042
Mellemgruppe (TAS = 52-60)	n=82	25,7%	n=76	27,7%	n= 6	13,3%	
Alexitymi (TAS > 60)	n=139	43,6%	n=120	43,8%	n=19	42,2%	

T-test samt Pearson chi-square

Umiddelbart kan det konstateres, at trækket alexitymi, som målt med TAS, er til stede hos næsten halvdelen af de undersøgte. Mere end to ud af fem klienter (43,6%) scorer over cut-off punktet for alexitymi i Toronto Alexithymia Scale (Lane et al. 2000). Cirka hver fjerde klient (25,7%) falder i en gråzone, hvor trækket måske har indflydelse, og endelig er der for omkring hver tredje klient (30,7%) ingen tegn på alexitymi. Der er signifikant færre kvinder, der viser tegn på alexitymi, men der er ingen forskel på kønnenes gennemsnitsscore for alexitymi, og heller ikke mellem kvinder og mænds relative

risiko for at ligge i gruppen med alexitymi (TAS > 60).

I tabel 4.27 sammenholdes alexitymi med ludomaniparametre. Der er ingen aldersforskel mellem den *ikke-alexityme* og den *alexityme* gruppe, og heller ikke mellem deres almene spillerkarrierers varighed. Derimod har den *alexityme* gruppe signifikant længere ludomanikarriere, de spiller hyppigere, men ikke for flere penge per måned. Deres totalomsætning på spil er dog højere, men det forklares i nogen grad af deres længere tid som ludomane.

Tabel 4.27. Alexitymi og ludomani

(n=98)	Ikke-alexitymi (n=139)	Alexitymi	p=
Alder ved indskrivning (år)	36,0	35,6	NS
Den generelle spillekarrieres varighed (år)	12,3	13,0	NS
Ludomanikarrierens varighed (år)	4,6	6,4	.008
Antal spilleepisoder pr. måned før behandling	16,3	19,5	.012
Antal spilleepisoder i sidste 3 mdr. før behandling	34,7	46	.001
Pengemæssig omsætning totalt i spillekarrieren (kr.)	792.373	1.284.964	.030
Pengemæssig omsætning på spil pr. måned (kr.)	16.812	15.919	NS
Aktuel spillegælds størrelse (kr.)	153.141	224.548	NS

T-test

Tabellen bekræfter således hypotesen om sammenhæng mellem ludomani og alexitymi, men afklarer dog ikke, i hvilken udstrækning alexitymi kan ses som et selvstændigt psykologisk træk med betydning for udvikling og fastholdelse af ludomani – eller mere skal ses som en konsekvens af livet som ludoman i den forstand, at et længerevarende, selvdestruktivt liv som additiv ludoman for mange mennesker

“nødvendiggør” en ikke ubetydelig undvigelse af såvel tanker som følelser vedrørende konsekvenserne.

I forsøg på at belyse relationen mellem alexitymi og psykopatologi i øvrigt sammenlignes grupperne *ikke-alexitymi* og *alexitymi* i forhold til de i undersøgelsen anvendte psykopatologiske parametre (tabel 4.28).

Tabel 4.28. *Alexitymi i forhold til psykopatologi*

Psykopatologisk variabel	Ikke-alexitymi (n=56)	Alexitymi (n=114)	p=
SOGS	11,2	12,5	.002
BDI-score (depression)	14	25	.000
SCL-90 (aktuel psykisk belastningsoplevelse, GSI-score)	61	116	.000
MCMI-I Normalitetsscore	32	23	.000
MCMI-II (personlighedsforstyrrelse, BR-score)			
Skizoid	43	66	.000
Undvigende	44	73	.000
Dependent	50	62	.004
Passiv-aggressiv	56	82	.000
Masokistisk	53	78	.000
Skizotypal	49	64	.000
Borderline	56	74	.000
MCMI-II (symptomtilstande, BR-score)			
Dystymi	47	74	.000
Angst	44	70	.000
Alkoholmisbrug	52	68	.000
Medicinmisbrug	61	70	.001
Tankeforstyrrelser	46	65	.000
Major depression	50	68	.000
Vrangforestillinger	48	54	.003

T-test

Der findes et udtalt sammenfald mellem høj alexitymi-score og høj score på en række andre psykopatologiske parametre. Den alexityme gruppe har lavere generel normalitetsscore i MCMI, er mere depressive, mere aktuelt subjektivt belastet og

mere rusmiddelafhængige. De alexityme har endvidere signifikant højere score på personlighedsforstyrrelser af typen skizoid, undvigende, dependent, passiv-aggressiv, masokistisk, skizotypal og borderline.

Vurderet i sin helhed er alexitymi til stede hos 44% af de ludomane, og trækket har sammenhæng med centrale ludomaniparametre. Men alexitymi er samtidig så nært knyttet til andre udtryk for psykopatologi af både symptomatisk og personligheds-mæssig art, at det næppe giver mening at anse alexitymi for at være en isoleret, specifik årsagsfaktor i ludomani, som man kan forestille sig have selvstændig betydning uden samtidig tilstedeværelse af eksempelvis symptomer på personlighedsforstyrrelse. Med andre ord synes alexitymi hos ludomane overvejende at optræde som led i anden form for psykopatologi, hvilket samlet optræder som faktorer i såvel udvikling som fastholdelse af ludomani.

4.4.5 Sensation seeking

Tilbøjeligheden til at ville opleve noget nyt, spændende og helst nervepirrende, selv om det er forbundet med risiko er belyst ved testning med *Zuckerman Sensation Seeking Scale V*.

Det er velkendt, at mænd har tilbøjelighed til højere grad af sensation seeking end kvinder, og der findes i den aktuelle gruppe da også et signifikant højere gennemsnit for mænd end for kvinder på såvel den totale score som på delskalaerne for *Thrill and adventure seeking* og *Disinhibition score*. Kvindernes lavere gennemsnitscore er forstærket af deres højere gennemsnitsalder, idet graden af sensation seeking aftager med alderen (Zuckerman 1994).

Tabel 4.29. *Sensation seeking ved indskrivning ifølge Zuckerman Sensation Seeking Scale V. (SSS-V)*

	Alle (n=291)		Mænd (n=253)		Kvinder (n=38)		p=
	Score	(sd)	Score	(sd)	Score	(sd)	
Totalscore (Min/max)	19,5 (5 - 35)	(5,6)	20,0 (7 - 35)	(5,6)	16,6 (5 - 30)	(4,9)	.001
Thrill and Adventure seeking score (Min/max)	4,8 (0 - 10)	(2,9)	5,0 (0 - 10)	(2,9)	3,6 (0 - 10)	(2,5)	.006
Experience seeking score (Min/max)	6,1 (0 - 10)	(1,7)	6,1 (0 - 10)	(1,7)	5,9 (2 - 8)	(1,7)	NS
Disinhibition score (Min/max)	5,6 (0 - 10)	(2,1)	5,8 (0 - 10)	(2,0)	4,4 (1 - 8)	(2,0)	.000
Boredom susceptibi- lity score (Min/max)	3,0 (0 - 10)	(1,9)	3,1 (0 - 10)	(1,9)	2,7 (0 - 6)	(1,8)	NS

T-test

Som vist i foregående afsnit er grad af alexitymi ret entydigt relateret til almene indikatorer for psykopatologi. For at belyse, hvordan dette ser ud i relation til sensation seeking er den undersøgte gruppe delt op

i to kategorier, *high sensation seekers* og *low sensation seekers*. Mænd og kvinder er opdelt i forhold til det kønsspecifikke gennemsnit, som vist i tabel 4.30:

Tabel 4.30. Køn og inddeling af High og Low sensation seekers.

	Alle Gennemsnit (sd)	Mænd Gennemsnit (min/max)	Kvinder Gennemsnit (min/max)
Low sensation seekers	12,9 (2,4) (n=81)	13,2 (7-16) (n=70)	10,9 (5-13) (n=11)
Mid sensation seekers	19,1 (1,8) (n=115)	19,4 (17-22) (n=101)	16,4 (14-18) (n=14)
High sensation seekers	25,8 (3,2) (n=95)	26,5 (23-35) (n=82)	21,7 (19-30) (n=13)

Der er ikke defineret nogen fast cut off score i SSS-V, men efter anbefaling fra Zuckerman har vi inddelt den undersøgte gruppe i tre undergrupper: high, mid og low sensation seekers, som gør det muligt at skabe et indtryk af sammenhænge mellem grad af sensation seeking og andre parametre (Zuckerman 2005, personlig kommunikation). Vi har lavet inddelingen således at middelgruppen (mid sensation seekers) er fremkommet ved en afgrænsning svarende til gennemsnit $\pm 1/2$ standard-

afvigelse. Low og high sensation seekers grupperne ligger derpå under respektive over mid-gruppens område (se tabel 4.30).

Tabel 4.31 viser, at der – ud fra normalitetscoren fra MCMI-I - ikke er forskel på den almene grad af psykopatologi mellem high og low sensation seekers. Dette giver således ikke grund til at antage, at high sensation seekers er mindre "normale" end low sensation seekers – eller omvendt.

Tabel 4.31. Sensation seeking i forhold til psykopatologi

Psykopatologisk variabel	Low sensation seekers (n=81)	High sensation seekers (n=95)	p=
SOGS	11,2	12,2	.030
MCMI-I Normalitetsscore	26	28	NS
MCMI-II (personlighedsforstyrrelse)			
Skizoid	71	48	.000
Undvigende	69	55	.001
Dependent	66	53	.004
Histrionisk	59	82	.000
Narcissistisk	60	79	.000
Antisocial	70	82	.000
Aggressiv-sadistisk	61	75	.003
Kompulsiv	55	40	.000
Skizotypal	62	55	.001
MCMI-II (symptomtilstande)			
Hypomani	48	63	.000
Medicinisbrug	61	70	.003

T-test

Til gengæld er der forskelle på en række personlighedsmønstre, der giver karakteristiske profiler for:

- *high sensation seekers*: mere udadvendte, selskabelige, impulsive, pågående, aktive – og spilleafhængige
- *low sensation seekers*: mere hæmmede, frygtsomme, selvusikre, konforme, selvnedgørende, isolerede og sære

Sammenholdt med centrale ludomaniparametre (tabel 4.32) er der kun signifikante

sammenhænge mellem sensation seeking skalaen og levealder og (sammenhængende hermed) spillekarrierens varighed. Der er ingen signifikante sammenhænge mellem de centrale ludomaniparametre og sensation seeking. Imod forventning scorer gruppen af low sensation seekers faktisk højere end gruppen af high sensation seekers med hensyn til ludomanikarrierens varighed og spillehyppighed, selvom det ikke er i signifikant grad.

Tabel 4.32. Sensation seeking i forhold til spilleparameter

	Low sensation (n=80)	High sensation (n=115)	p=
Alder ved indskrivning (år)	36,4	33,3	.037
Den generelle spillekarrieres varighed (år)	14,0	10,8	.013
Ludomanikarrierens varighed (år)	6,4	5,2	NS
Antal spilleepisoder pr. måned før behandling	18,7	17,4	NS
Antal spilleepisoder i sidste 3 mdr. før behandling	43,5	39,8	NS
Pengemæssig omsætning totalt i spillekarrieren (kr.)	13.391	18.577	NS
Pengemæssig omsætning på spil pr. måned (kr.)	985.547	922.593	NS
Aktuel spillegælds størrelse (kr.)	164.589	197.173	NS

T-test

I generel forstand har det for den aktuelle gruppe i denne undersøgelse og med de anvendte metoder ikke været muligt at påvise sammenhæng mellem ludomani og grad af sensation seeking.

4.4.6 Personlighedsforstyrrelser

Både ud fra behandleres erfaring og den kliniske ludomaniforskning ved vi, at ludomane i behandling kan være mere eller mindre præget af forskellige former for personlighedsforstyrrelser, men allerede i baggrundskapitlet har vi argumenteret for, at der samlet set ikke er noget, der tyder på, at ludomani er ét fænomen, én lidelse, som

kan betragtes under én og samme vinkel. Meget tyder derimod på, at vi har at gøre med en ret heterogen gruppe af personer, der måske kan inddeles meningsfuldt i undergrupper, blandt andet i forhold til personlighedsmæssige kendetegn.

Testning for personlighedsforstyrrelser og kliniske syndromer er sket ved hjælp af *Millon Clinical Multiaxial Inventory* (MCMI II-I) (Millon 1977, 1987), og resultaterne gennemgås herunder. For en beskrivelse af MCMI testen henvises til metodeafsnittet.

I det følgende ser vi på:

- grad af personlighedsforstyrrelse

- den samlede gruppes mest prominente personlighedsforstyrrelser og kliniske syndromer
- relationerne mellem personlighedsforstyrrelser og klinisk syndromer på den ene side og spillemæssige parametre på den anden side

- psykologiske prototyper af ludomane i den undersøgte gruppe

Grad af personlighedsforstyrrelse

Tabel 4.33 viser den aktuelt undersøgte gruppes fordeling ud fra de opstillede kriterier for grad af personlighedsforstyrrelse

Tabel 4.33. Grad af personlighedsforstyrrelse ved indskrivning (n=269)

	<i>Alle</i>		<i>Mænd</i>		<i>Kvinder</i>	
	<i>n=</i>	<i>%</i>	<i>n=</i>	<i>%</i>	<i>n=</i>	<i>%</i>
Ingen forstyrrelse	36	13,4	33	14,1	3	8,6
Let forstyrrelse	88	32,7	73	31,2	15	42,9
Moderat forstyrrelse	95	35,3	86	36,8	9	25,7
Middelsvær forstyrrelse	39	14,5	34	14,5	5	14,3
Svær forstyrrelse	11	4,1	8	3,4	3	8,6

Gruppen som helhed kan betegnes som "let til moderat personlighedsforstyrret" ved indskrivningen, og der er her ingen umiddelbar forskel på kvindernes og mændenes belastningsgrad. Næsten halvdelen af gruppen scorer svarende til "ingen/let forstyrrelse", en tredjedel scorer svarende til "moderat forstyrrelse", og op mod en femtedel scorer så afvigende, at de kan karakteriseres som "middelsvært til svært afvigende". Hos personer, der klassificeres som moderat, middelsvært eller svært forstyrrede, er de mest fremtrædende personlighedsforstyrrelser af typen borderline (dominant til stede hos 16%), narcissistisk (38%), aggressiv-sadistisk (35%) og antisocial (32%), hvilket samlet set er ensbetydende med personer, der i det daglige vil være præget af impulsive, overdrevent emotionelle personlighedsmønstre.

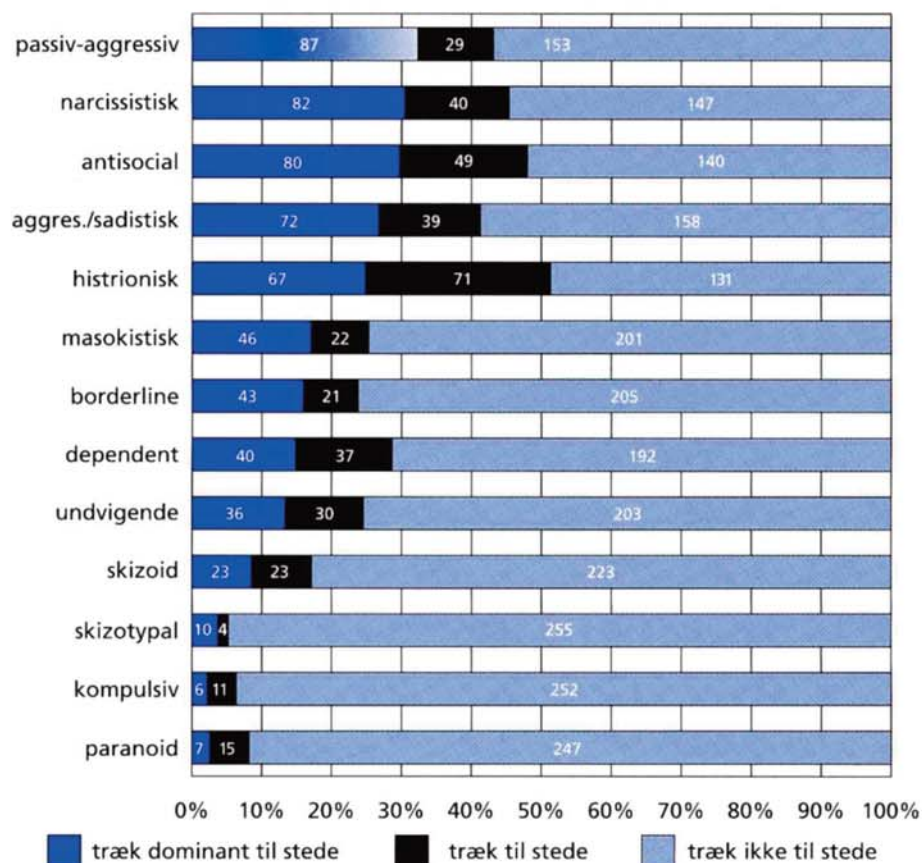
Personlighedsforstyrrelser og kliniske syndromer

Hvordan de forskellige personlighedsforstyrrelser fordeler sig på gruppeniveau ses i diagrammet herunder. For hvert personlighedstræk er klienterne (på baggrund af Base Rate scoren i MCMI-II (BR-score)) placeret på ét af tre niveauer:

- "træk ikke til stede" (under 75 i BR-score)
- "træk til stede" (over 75 men under 85 i BR-score)
- "træk dominant til stede" (over 85 i BR-score).

Den enkelte skala viser antal klienter (ud af i alt 269) på de tre scoringsniveauer.

Diagram 4.34. Personlighedsmæssige træk ved indskrivning ifølge Millon Clinical Multiaxial (MCMI-II, n=269)



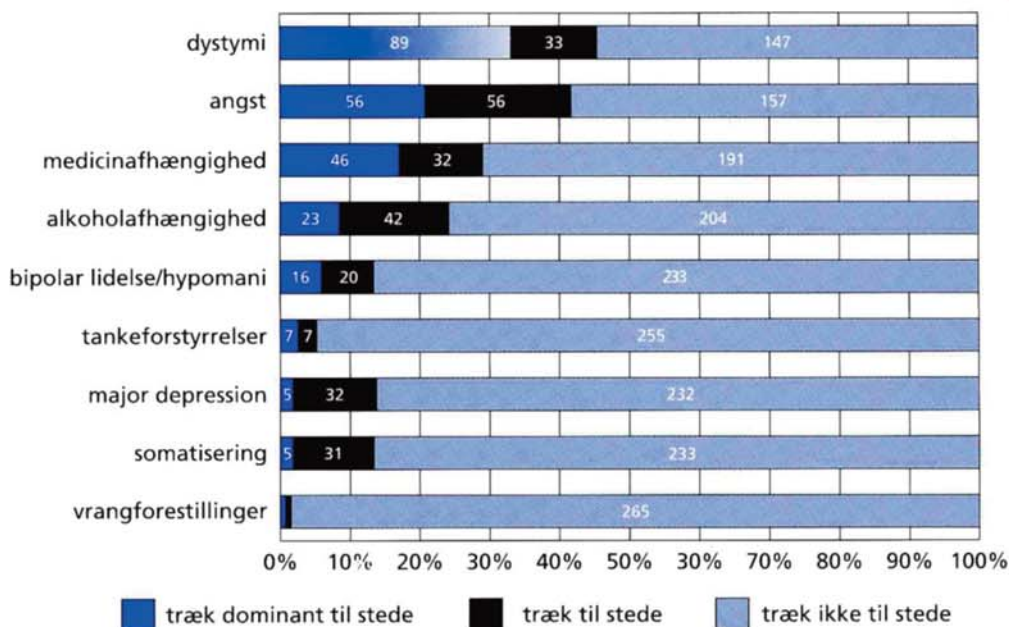
For gruppen som helhed er det mest fremtrædende træk passiv-aggressiv, efterfulgt af narcissistisk, antisocial og aggressiv-sadistisk samt histrionisk personlighedsforstyrrelse. Disse 5 træk ses (til stede eller dominant tilstede) hos op mod halvdelen af klientellet. Herefter er der et spring ned til forekomsten af forstyrrelser i de øvrige personlighedstræk. Blandt de svære personlighedspatologier – borderline, skizotypal og paranoid – fore-

kommer forstyrrelser af borderlinetypen hos næsten en fjerdedel af klienterne, hvorimod de to øvrige er ret sjældne.

Med hensyn til de kliniske syndromskalaer vises gruppens fordeling i diagram 4.35. Som det fremgår, er dystymi⁷ det højest rangerende symptom. Angst er et dominerende problem for 1/5 af klienterne og alt i alt til stede i varierende grad hos godt 40%.

⁷ Dystymi beskrives bl.a. som en form for mildere eller reaktiv depression, der dels kan variere med almene psykiske belastningsoplevelser, og dels kan ses i mere vedvarende udgaver, der kan have karakter af personlighedstræk.

Diagram 4.35. Kliniske symptomer og syndromer ved indskrivning ifølge MCMI-II (n=269).



Medicinafhængighed og alkoholafhængighed scores dominant til stede af henholdsvis 17% og 8%, hvilket svarer nogenlunde til de tidligere refererede spørgeskemadata om rusmiddelproblemer tidligere (og aktuelt). Op mod 15% har hypomani til stede/dominant til stede, det vil sige tilbøjelighed til hyperaktivitet og ubegrundet opstemthed.

Scoren på skalaerne for tankeforstyrrelser og vrangforestillinger er lav. Det er også ret få, der ifølge MCMI har "major depression", det vil sige en svær klinisk depression, men i alt cirka 14% har, hvis "træk til stede" regnes med. Dette ligger noget under den tidligere angivne BDI-score for svær depression, som var til stede hos knap hver fjerde. Til gengæld scorer mange af klienterne som nævnt højt på

dystymi-skalaen, hvilket kan belyse, at der formentlig mest af alt er tale om sekundære, reaktive symptomer på livet som ludoman – og ikke i særlig høj grad mere primære depressionssygdomme.

Kvinderne er som gruppe signifikant mere masokistiske, angste og somatiserende (tabel 4.36), hvilket lægger op til et mere indadvendt reaktionsmønster end mændene, der til gengæld synes udadvendt reagerende i mere antisocial, aggressiv-sadistisk og passiv/aggressiv retning end kvinderne, hvilket svarer godt overens med de tidligere beskrevne fund af, at kvinderne scorer højt på SCL-90, BDI og har flere selvmordstanker og –forsøg end mændene, der til gengæld har flere problemer med rusmidler end kvinderne.

Tabel 4.36. Kønsforskelle i MCMI-skalaer ved indskrivning (n=269)

KVINDER SVÆRERE BELASTET	P=	MÆND SVÆRERE BELASTET
	.035	Antisocial
	.031	Aggressiv-sadistisk
	.049	Passiv-aggressiv
Masokistisk	.037	
Angst	.008	
Somatisering	.040	
	.050	Alkoholafhængighed
	.015	Medicinafhængighed
Normalitetsscore *	.006	

Pearson chi-square (på baggrund af gruppeinddeling efter BR-score)

*T-test

Kvindernes gennemsnitlige normalitetsscore er lavere end mændenes, hvilket måske hænger sammen med deres højere psykiske symptombelastning (jf. BDI-score og SCL-90-score), der er med til at "trække" normalitetsscoren ned. Det er således tvivlsomt, om kvinderne i personligheds-mæssig forstand reelt er mere belastede end mændene.

Relationerne mellem personlighedsforstyrrelser og kliniske syndromer og spillemæssige parametre

I tabel 4.37 opgøres i hvilket omfang de enkelte personlighedsforstyrrelser og psykopatologiske symptomer har betydning for den ludomane adfærd. Der er ingen signifikant sammenhæng mellem scorerne i MCMI's personligheds- og symptomskalaer og følgende personlighedsparametre:

- den generelle spillekarrieres varighed
- omsætning på spil per måned (kr.)
- omsætning totalt i spillekarrieren (kr.)
- aktuel spillegælds størrelse

Derimod er der sammenhæng mellem ludomanikarrierens varighed og scoren på dystymisymptomer, masokistisk, passiv-aggressiv og skizotypal personlighedsforstyrrelse. Om dette kan tolkes som udtryk for, at en længere ludomanikarriere øger klientens tilbøjelighed til dystymi, og selvnedgørende, ambivalent-negativ og selvhenførende-sky personlighedstræk, kan ikke udelukkes.

Men tages det for givet, at MCMI-testen i rimelig udstrækning måler personligheds-mønstre, som definatorisk bør være udtryk for varige, stabile tendenser i personligheden, så kunne netop tilbøjeligheden til

Tabel 4.37. Spillevariabler i forhold til MCMI-skalaer ved indskrivning (n=269)

	Passiv- aggressiv	Masokistisk	Skizotypal	Angst	Dystymi	Somatisering
Den generelle spillekarrieres varighed						
Ludomanikarrierens varighed	.033	.031	.046		.017	
Spilleepisoder per måned før behandlingen				.047		
Spilleepisoder sidste 3 mdr. før behandling				.009	.038	
Omsætning på spil per måned (kroner)				.009		
Omsætning totalt i spillekarrieren (kroner)						
Aktuel spillegælds størrelse						
Spilletrang sidste 3-6 måneder				.034		.039

P-værdier for Pearson correlation coefficient; hvor intet er angivet er p-værdien non-signifikant

sortsyn-tristesse, og selvnedgørende, ambivalent-negative og selvhenførende-sky personlighedstræk være udtryk for risikofaktorer, der fastholder personer i et destruktivt patologisk spillemønster over lang tid.

Når man iagttager tabellens øvrige sammenhænge, synes der samlet set at være en relation mellem spillehyppighed og oplevelse af spilletrang og symptomer på angst, dystymi og somatisering. Den konkrete hengivelse til impulsen til at spille kunne herudfra tolkes som tegn på indivi-

dets dysfunktionelle affektive regulation – eller med andre ord: man spiller for ikke at mærke ubehagelige følelser (angst, dystymi), som man i mange tilfælde ikke kan identificere og verbalisere (somatisering) – jf. de tidligere observerede relationer mellem alexitymi og spil.

Psykologiske prototyper - clusterinddeling

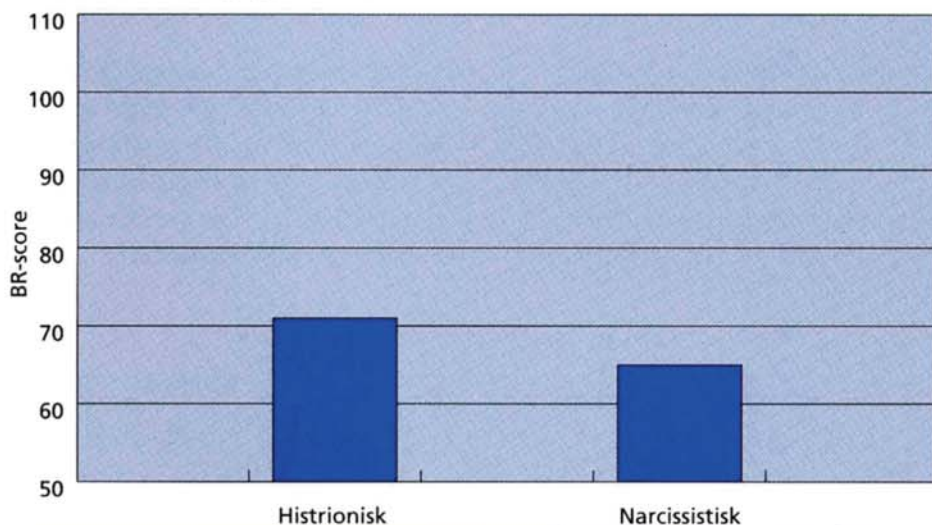
For at belyse hvilke undergrupper af ludomane den undersøgte gruppe repræsenterer, er der foretaget clusteranalyse³ med henblik på at finde frem til den klinisk set mest meningsfulde psykologiske typologi-

sering. Ved hjælp af SPSS er der lavet analyse på data fra MCMI's personlighedsskalaer, hvorudfra det viste sig, at der kan identificeres 5 meningsfulde prototyper. Clustrene er efterfølgende gennemgået manuelt med henblik på at undersøge, om inddelingen er klinisk genkendelig og meningsfuld.

Cluster 1 kan beskrives som en normalgruppe med lette udadvendte, opmærksomhedssøgende, overoptimistiske træk uden eller med kun lette personlighedsforstyrrelser. Af efterfølgende tabel 4.38 frem-

går, at denne gruppe adskiller sig fra de øvrige ved en let subjektiv psykologisk belastningsgrad og minimal depressionscore. De er relativt veluddannede, har som regel job, og har relativt sjældent begået kriminalitet for at finansiere deres spil. Automatspil er deres klart foretrukne spilform, men i mindre grad spilles også kortspil og oddset. De adskiller sig ikke væsentligt, hvad angår deres grad af spillelidenskab, har ofte haft selvmordstanker og næsten hver femte har forsøgt at begå selvmord.

Cluster 1 Normalgruppe - (n=49)

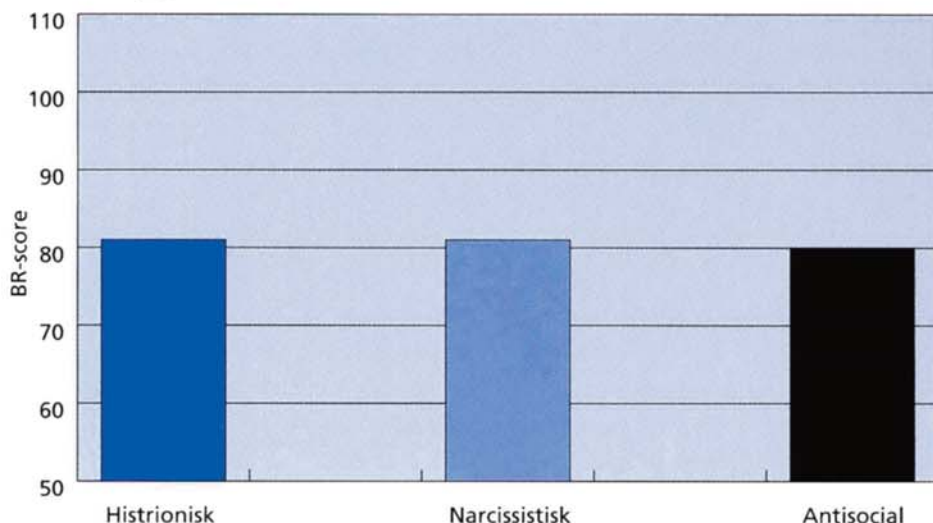


Cluster 2's profil indeholder selvovervurderende, selvfølede, selviscenesættende, impulsive og hensynsløse stilelementer. Gruppen er yngre, foretrækker automatspil og oddset, men er den eneste gruppe med kasino rangerende ret højt på listen.

De er den næst mest pengesatsende gruppe, og de føler sig moderat psykisk belastede, er ofte uden job, en del har ingen uddannelse, en fjerdedel har begået kriminalitet og næsten hver femte har haft et misbrug af rusmidler på et eller andet tidspunkt.

³ Clusteranalyse er en statistisk-matematisk beregning af – i dette tilfælde – hvilke klienter, der ligger tættest på hinanden i scoren på de forskellige skalaer i MCMI-II

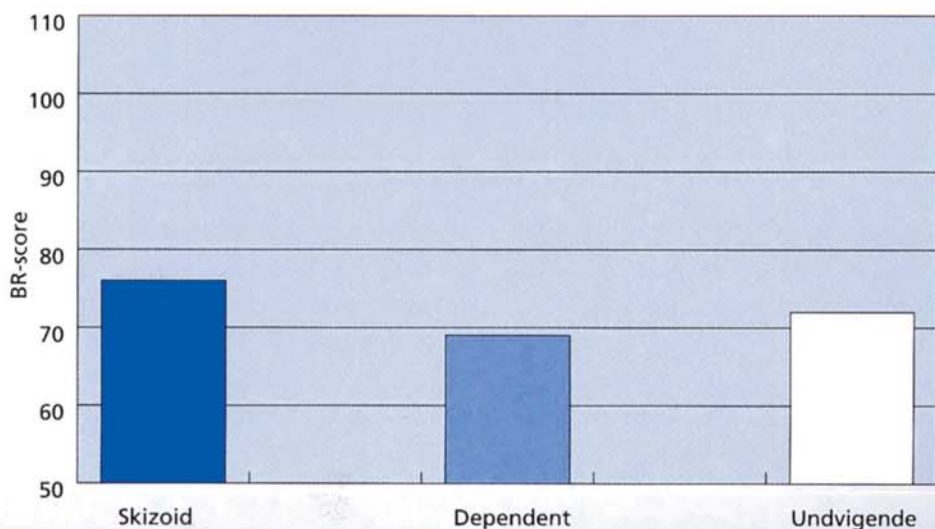
Cluster 2 Jeg - en vinder! (n=70)



Cluster 3 er tilbagetrukne, selvusikre, problemundvigende og frygtsomme. De er lidt ældre end de øvrige grupper, og 1 ud 5 er en kvinde. De føler sig moderat psykisk belastede, er ikke sensations søgende, men spiller alligevel for væsentlig mere

per måned end nogen af de øvrige grupper – de sidder formentlig typisk meget længe ved deres spilleautomat. De er relativt veluddannede, men en del er alligevel uden job. En tredjedel har begået kriminalitet, men næsten igen er dømt for det.

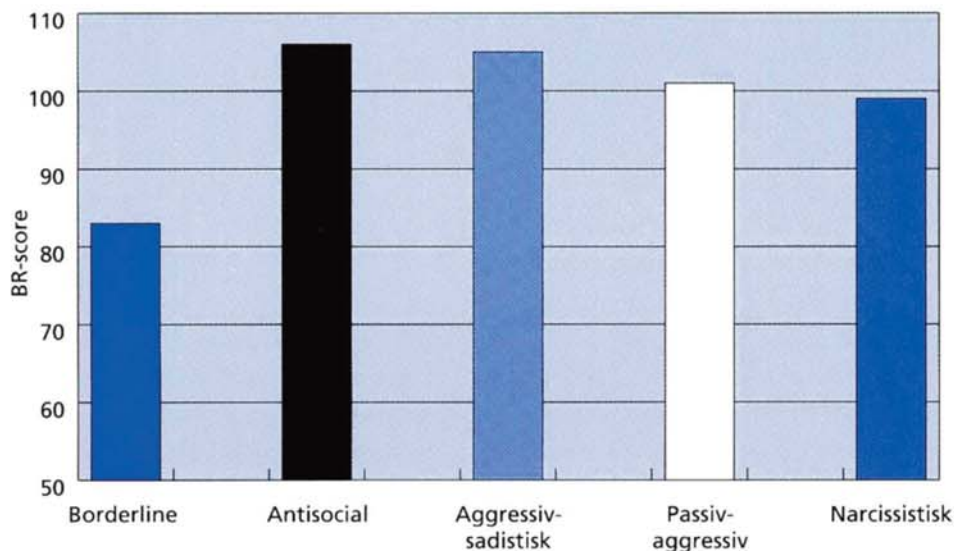
Cluster 3 Lad mig være, jeg vil have fred! (n=51)



Cluster 4 kan karakteriseres som impulsiv, umodne, kortsigtede, hensynsløse, autoritetssaboterende ludomane med stor spillegæld, men lav månedlig omsætning på spil. De oplever sig middelsvært psykisk belastet, har ringe kontakt til eget følelsesliv, er sensations søgende, lever relativt ofte alene, har for op mod halvde-

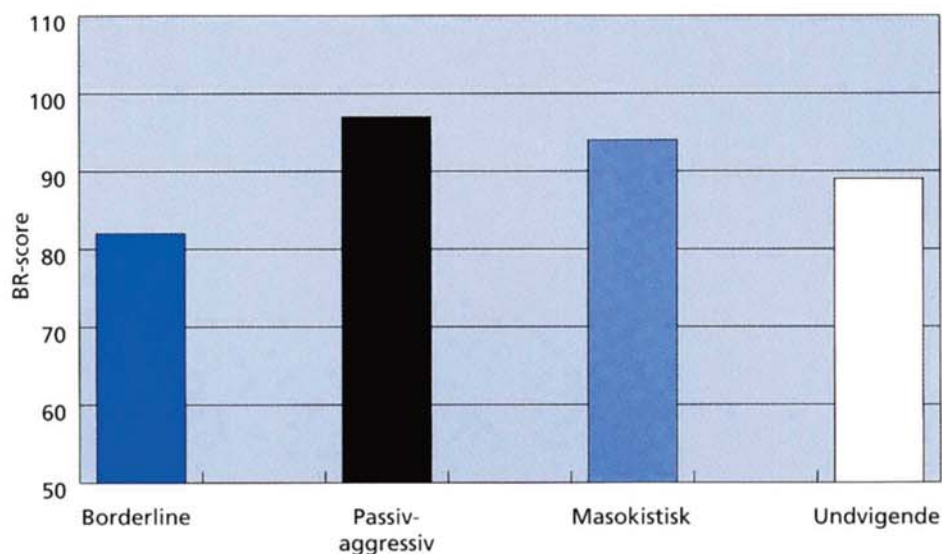
lens vedkommende ingen uddannelse og næsten halvdelen er uden job. Tre fjerdedele har tænkt på selvmord, halvdelen har lavet kriminalitet, og af disse er halvdelen også blevet dømt for kriminelle forhold. En tredjedel har på et eller andet tidspunkt haft et rusmiddelproblem.

Cluster 4 Hit med pengene – nu! (n=54)



Cluster 5's testprofil tyder på, at der er tale om personer med strukturelle personlighedsskader, emotionel labilitet, ambivalens, selvnedgørende og frygtssom stil. De oplever sig svært psykisk belastet, middelsvært deprimerede og klart alexityme. Spillemæssigt er de den "billigste" gruppe med klart laveste månedsomsæt-

ning og næstlaveste spillegæld. Næsten halvdelen lever alene, hver tredje er uden uddannelse, halvdelen uden job, hver fjerde har forsøgt selvmord, næsten halvdelen har lavet ludomanirelateret kriminalitet – med ringe "succes" idet en fjerdedel af samtlige også er dømt derfor. Godt en tredjedel har haft et rusmiddelproblem.



Af tabel 4.38 fremgår, at mændene tal-mæssigt fordeler sig nogenlunde jævnt mellem de fem clustre – med en lille overvægt på cluster 2 (*Jeg – en vinder!*). Kvinderne lander mere i cluster 2 (*Jeg – en vinder!*) og cluster 3 (*Lad mig være, jeg vil have fred!*) end i de tre øvrige clustre. Udover disse svage tendenser er der ikke baggrund for at pege på mere klare kønsforskelle i fordelingen mellem prototypiske personlighedsprofiler.

Vi vil i vores senere diskussion gå længere ind i overvejelser over betydningen af denne form for gruppering af ludomane. Det skal understreges, at inddelingen højst kan generaliseres til ludomane, der søger behandling, men ikke nødvendigvis dækker ludomane udenfor behandling, eller spillere som ikke er ludomane.

Tabel 4.38. Clusterinddeling i relation til spil, psykopatologi og demografi

	Cluster 1 Normalgruppe (n=49 – heraf 5 kvinder)	Cluster 2 Jeg – en vinder (n=70 – heraf 10 kvinder)	Cluster 3 Lad mig være (n=51 – heraf 10 kvinder)	Cluster 4 Hit med penge (n= 54 – heraf 3 kvinder)	Cluster 5 Mine følelser er kaos (n=45 – heraf 6 kvinder)
Grad af personlighedsforstyrrelse	ingen – let	let - moderat	let - moderat	moderat – middelsvær	moderat – middelsvær
Normalitetsscore MCMI-I	35	29	29	25	19
Højeste skala-scores på MCMI-II	normalgruppe med lette histrioniske og narcissistiske træk	narcissistisk-histrionisk med antisociale træk	skizoid med dependente og undvigende træk	borderline m. antisociale, aggr-sadistiske, pass-aggressive, narcissistiske og histrioniske træk	borderline med passiv-aggressive, masokistiske og undvigende træk
Kendetegnet ved	udadvendt, opmærksomhedssøgende, overoptimistisk stil	selvhævdende, opmærksomhedskrævende, centrum-søgende og egoistisk stil	tilbagetrukket, kontakt- og problemundvigende og selvusikker stil	impulsiv, umoden, kort-sigtet, hensynsløs, autoritetssaboterende stil m. tilbøjelighed til hyperaktivitet og misbrug	emotionelt ustabil, ambivalent, selvnedgørende, frygtsom stil m. tilbøj. til angst, dystymi, depression, evt. misbrug
Alder	36 år	33 år	38 år	34 år	35 år
Problemvarighed	5 år	6 år	6 år	6 år	6 år
Foretrukken spiltype	Automat; kortspil; oddset	Automat; oddset; casino	Automat; oddset; tips/lotto; casino	Automat; oddset; kortspil; tips/lotto	Automat; oddset; tips/lotto; casino
Spillefrekvens pr måned	19 episoder	17 episoder	17 episoder	19 episoder	17 episoder
Omsætning på spil/md	12.600 kroner	17.900 kroner	25.500 kroner	10.900 kroner	9.200 kroner
Spillegæld	176.500 kroner	151.700 kroner	207.800 kroner	220.000 kroner	158.800 kroner

Tabel 4.38. (Fortsat fra side 83)

	Cluster 1 Normalgruppe	Cluster 2 Jeg – en vinder	Cluster 3 Lad mig være	Cluster 4 Hit med penge	Cluster 5 Mine følelser er kaos
Subjektiv psykisk belastning (SCL-90)	48 (let)	75 (moderat)	74 (moderat)	105 (middelsvær)	133 (svær)
Depressionsscore (BDI)	10 (minimal)	18 (mild)	18 (mild)	23 (middelsvær)	27 (middelsvær)
Alexitymiscore (TAS)	45 (ikke alexitym)	54 (grænseområde)	58 (grænseområde)	61 (alexitym)	66 (alexitym)
Sensation seeking (SSS)	20	21	16	22	19
Ludomani (SOGS)	11	12	11	13	12
Lever alene %	43	41	35	33	44
Ingen uddannelse %	14	39	16	44	32
Overførselsindkomst %	22	47	35	46	47
Selv mordstanker %	47	50	53	72	67
Selv mordforsøg %	18	13	18	13	24
Kriminalitet %	16	24	33	50	44
Dømt %	6	14	2	24	24
Har haft misbrug %	14	17	14	30	36
Aktuelt misbrug %	6	2	6	6	2

Selv mordstanker og psykopatologi

Mange har som tidligere vist haft selv mordstanker, og her synes både spillemæssige forhold og psykopatologiske faktorer at have indflydelse. Personer med selv mordstanker har - i forhold til personer uden selv mordstanker - været ludomane signifikant længere, bruger flere penge på spil per måned, og har større spillegæld. De er endvidere signifikant mere psykisk stressede, depressive og alexitime på indskrivningstidspunktet.

Der er således næppe tvivl om, at oplevelsen af at være fanget i en langvarig patologisk spillelidenskab med alvorlige personlige, familiemæssige og økonomiske

konsekvenser er svært psykisk belastende og kan lede til tanker om selv mord.

På det personlighedsmæssige felt scorer de selv mordsovervejende højere end de øvrige på skalaer for borderline, masokistiske, passiv-aggressive, antisociale, undvigende og skizotypale træk, ligesom de også scorer højere på symptomskalaerne for dystymi, major depression og rusmiddelafhængighed.

Relateret til grad af personlighedsforstyrrelse ses en klar sammenhæng med selv mordstanker med klart højere risiko ved de middelsvært til svært personlighedsforstyrrede (tabel 4.39).

Tabel 4.39. Selv mordstanker i forhold til grad af personlighedsforstyrrelse

	Ja, haft selv mordstanker		Nej, ingen selv mordstanker		Total
	n=	%	n=	%	
Ingen/let forstyrrelse	62	(50,8)	60	(49,2)	122
Moderat forstyrrelse	52	(54,7)	43	(45,3)	95
Middelsvær-svær forstyrrelse	40	(80,0)	10	(20,0)	50
Total	154	(57,7)	113	(42,3)	267*

Chi-square; $p < 0,01$

* to personer har ikke bevaret spørgsmål om selv mord.

Relationen mellem klienternes rapportering af selv mordstanker og pågældendes personlighedsmæssige prototype ses i

tabel 4.40, hvoraf det fremgår, at det især er i de to grupper med borderlinetræk, selv mordstankerne flourer.

Tabel 4.40. Selvmordstanker i forhold til personlighedsclustre

	Ja, haft selvmordstanker n= %	Nej, ingen selvmordstanker n= %	Total
Cluster 1. Normalgruppe	23 (42,6)	26 (53,1)	49
Cluster 2. Narcissistisk, histrionisk, antisocial	35 (51,5)	33 (48,5)	68*
Cluster 3. Skizoid, undvigende, dependent	27 (52,9)	24 (47,1)	51
Cluster 4. Borderline, antisocial, aggressiv-sadistisk, passiv-aggressiv, narcissistisk	39 (72,2)	15 (27,8)	54
Cluster 5. Borderline, passiv- aggressiv, masokistisk, undvigende	30 (66,7)	15 (33,3)	45
Total	154 (57,7)	113 (42,3)	267

Chi-square; $p < 0,05$

* to personer i cluster 2 har ikke besvaret spørgsmål om selvmord.

Samlet set synes den undersøgte gruppes massive forekomst af selvmordstanker at være begrundet dels i spillemæssige forhold og dels i psykopatologiske faktorer. Hos personlighedsmæssigt normale eller lavt belastede personer kan spilleproblemers omfang i sig selv have stor betydning for forekomsten af selvmordsovervejelser, og hos personer med alvorlig personlighedspatologi af især borderline-typen, som i forvejen er kendt for at være præget af selvmordstanker og -adfærd, kan spilleproblemer yderligere forstærke risikoen for selvmordstanker. Omvendt kan man sige, at selvmordsadfærd blandt ludomane ikke alene kan henføres til andre samtidigt optrædende psykiske problemer, idet ludomani i sig selv medfører en betydeligt øget risiko for selvmordstanker og -forsøg (bourget et al. 2003).

Resume af comorbiditet ved indskrivning

- den almene psykiske symptombelastning er massivt forhøjet – især for kvinderne
- næsten hver tredje kvinde, men kun hver sjette mand har svære depressionssymptomer
- halvdelen af mændene og trefjerdedele af kvinderne har haft tanker om selvmord
- hver syvende mand og hver tredje kvinde har forsøgt at begå selvmord
- en femtedel af de ludomane har tidligere haft problemer med misbrug af rusmidler, men kun hver tyvende har det ved starten af ludomanibehandlingen
- kvindernes risiko for tidligere eller aktuelle rusmiddelproblemer er højere end mændenes

- omkring en fjerdedel af de ludomane har en mor eller (især) en far med rusmiddelproblemer og i alt 44% har haft familiemedlemmer med rusmiddelproblemer

Personlighedsmonster – alexitymi og sensation seeking

- mere end to ud fem klienter har klare tegn på alexitymi – uden forskel mellem køn eller aldersgrupper
- den alexityme gruppe viser tegn på mere udtalt ludomani end den ikke-alexityme gruppe
- sammenhængen mellem alexitymi og generelle psykopatologiske belastnings symptomer og personlighedsafvigelser er tæt
- høj forekomst af trækket sensation seeking ses især hos de yngre klienter med antisociale, histrioniske, narcissistiske og aggressiv-sadistiske personlighedsmonstre, hvorimod lav sensation seeking er forbundet med signifikant mere udtalte skizoide, undvigende og dependente personlighedsmonstre

Personlighedsforstyrrelser

- næsten halvdelen af gruppen scorer testpsykologisk svarende til “ingen/let personlighedsforstyrrelse”, en tredjedel scorer svarende til “moderat personlighedsforstyrrelse”, og en femtedel til “middelsvær/svær personlighedsforstyrrelse”

- på gruppeniveau er de mest fremtrædende træk passiv-aggressiv personlighedsforstyrrelse, narcissistisk, antisocial, aggressiv-sadistisk samt histrionisk personlighedsforstyrrelse
- Blandt de svære personlighedspatologier er det især borderlinetyperen der er prominent
- en tredjedel har alvorlige problemer med dystymi, en femtedel med alvorlig angst
- kun ganske få scorer i personlighedstesten svarende til en svær klinisk depression
- de gruppemæssige forskelle mellem kønnene er at mændene scorer mere antisocialt, aggressiv-sadistisk, passiv-aggressivt samt rusmiddelfafhængige, mens kvinderne er mere masokistiske, angst og somatiserende
- der er sammenhæng mellem ludomankarrierens varighed og scoren på dystymi-symptomer, masokistisk, passiv-aggressiv og skizotypal personlighedsmonster
- der er sammenhæng mellem frekvens af spilleepisoder og spilletrang samt symptomer på angst, dystymi og somatisering
- der er fundet fem prototypiske klynger, som afspejler forskellige personligheds-mæssige grupperinger af ludomane

5. Frafald og gennemførelse

I det følgende gennemgås, i hvilket omfang de indskrevne klienter på Center for Ludomani har gennemført behandlingen.

Efter beskrivelse af gennemførelsesgrad og frafald foretages en sammenligning mellem de frafaldne og de gennemførende klienter. Herefter beskrives de gennemførende klienter i forhold til en række variable med henblik på at kortlægge forskelle mellem de klienter, som har gennemført ekstensivt ambulant forløb med individuel behandling, og de klienter der har modtaget et intensivt døgnkursus med gruppebehandling.

Samlet set har 178 personer⁸, dvs. 40%, gennemført deres behandlingsforløb, enten i form af

1. ambulante, individuelle samtaler, eller i form af
eller

2. et døgnbehandlingskursus af i alt 12 dages effektiv varighed – forudgået af ambulante ventelistesamtaler – typisk tre til fire.

I den undersøgte gruppe har 267 (60%) af de 459 klienter afbrudt behandlingen før tid. Om de frafaldne er stoppet med behandlingen på grund af tilbagefald til ludomanien, eller fordi de før den afsatte behandlingstid har opnået den ønskede virkning - kontrol med spil eller spilophør - kan der ikke svares på, men erfaringsmæssigt vil det første udfald være mere sandsynligt end det sidste.

Tabel 5.1. viser frafald og gennemførelse for mænd og kvinder i forhold til den behandlingsmodalitet, de har gennemgået, og hvor mange, der samlet set er faldet fra.

Tabel 5.1. Frafald og gennemførelse

	Alle		Mænd		Kvinder	
	n=	%	n=	%	n=	%
Ambulant behandling gennemført	61	13,7	55	14,7	6	8,6
Døgnbehandling (kursus) gennemført	117	26,3	98	26,1	19	27,1
Behandling afbrudt før tid	267	60,0	222	59,2	45	64,3
I alt	445	100	375	100	70	100
Er fortsat i behandling	14		12		2	

⁸ En lille gruppe på 14 klienter – 3,3% af de 459 klienter, der indgår i denne undersøgelse (tabel 5.1.) – var fortsat i behandling på tidspunktet for opfølgning i undersøgelsen, og disse er udeladt i den følgende opgørelse.

For at kunne belyse, om der er forskel på gennemførelsesprocenten indenfor de to behandlingsmodaliteter, er man nødt til at se på, hvor mange klienter, der påbegynder de to forskellige behandlingsformer. Ved en retrospektiv gennemgang af klientjournalerne har vi fundet frem til, hvilken behandlingsmodalitet behandleren indstillede klienten til efter den afklarende samtale. Det fremgår af gennemgangen, at indstillingen til behandlingsmodalitet altovervejende er begrundet i behandlernes samlede vurdering af blandt andet omfanget og karakteren af klientens spilleproblem, behandlingsbehov, motivation, egnethed til døgnindlæggelse og sprogforståelse.

Tabel 5.2. herunder giver et detaljeret billede af, hvilken behandling klienterne var *tiltænkt* ved behandlingsstart, hvilken behandling de reelt gennemførte, samt på hvilket trin i behandlingen de faldt fra. Det fremgår, at lidt under en tredjedel af klienterne (29,2%) blev indstillet til ambulant be-

handlingsforløb. Halvdelen af klienterne blev indstillet til døgnkursus. Omkring hver femte klient (20,9%) kunne efter den afklarende samtale ikke umiddelbart sættes til ambulant eller kursus under døgnforløb, og afklaringen er da typisk først sket efter yderligere et antal samtaler. Klienter indstillet til et ambulant samtaleforløb gennemfører i lidt mindre end hver tredje tilfælde (29,2%). Nogle få (3 personer) kommer alligevel på et døgnkursus, som de også gennemfører. Resten af de klienter (89 personer), der var tiltænkt et ambulant forløb, falder fra. Klienter indstillet til døgnkursus gennemfører i 43,2 procent af tilfældene. Et mindre antal (5 personer) døgnindstillede færdiggør alligevel behandlingen i et individuelt, ambulant forløb forud for det planlagte kursus.

Det er meget bemærkelsesværdigt, at de klienter, der påbegynder et døgnkursus gennemfører for samtlige klienters vedkommende bortset fra én enkelt klient.

Tabel 5.2. Tiltænkt behandlingsmodalitet, faktisk forløb og frafald

Tiltænkt modalitet	n=		%		n=		%		n=		%		n=		%		n=		%	
Ambulant forløb	130		29,2		38		29,2		3		2,3		89		68,5				130	100
Døgnforløb (kursus)	222		49,9		5		2,3		96		43,2		120		54,1		1		222	100,1
Ikke afklaret/ikke angivet	93		20,9		18		19,4		18		19,4		57		61,3				93	100,1
I alt *	445		100		61				117				266				1		445	

* De 14 klienter der fortsat er i behandling indgår ikke i denne opgørelse, men det kan nævnes, at 7 er tiltænkt et ambulantforløb, 6 er tiltænkt et kursusforløb, og en klients forløb er ikke afklaret

Som tidligere beskrevet får døgnkursister foreløds en række ventelistesamtaler, der dels har karakter af frafaldsprævention i forhold til venteliste-situationen, og dels forberedelse af klienten til døgnkursus. Disse ventelistesamtaler minder meget om det rent ambulante tilbud, men antallet af

samtaler afhænger af både ventelistens længde og den enkelte klients behov. Lidt mere end halvdelen (54,1%) af de klienter, der er tiltænkt et kursus, falder fra under disse ventelistesamtaler. I diagram 5.3 gives et samlet overblik over de 459 klienters forløb i behandlingen.

Diagram 5.3. Grafisk fremstilling af frafald og gennemførte forløb

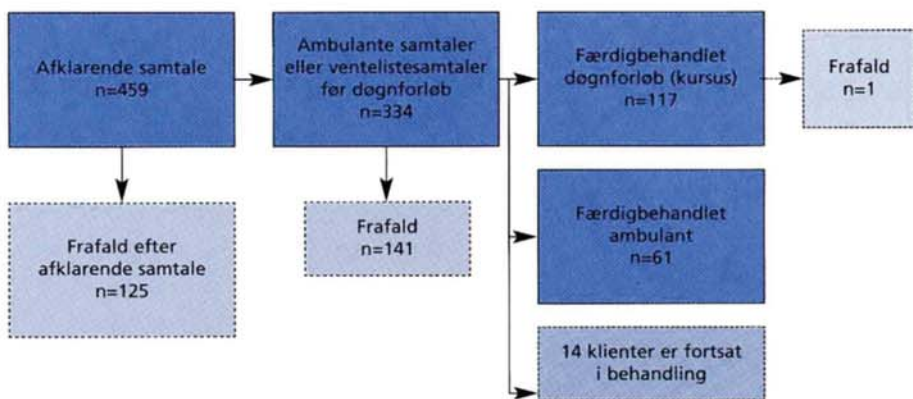
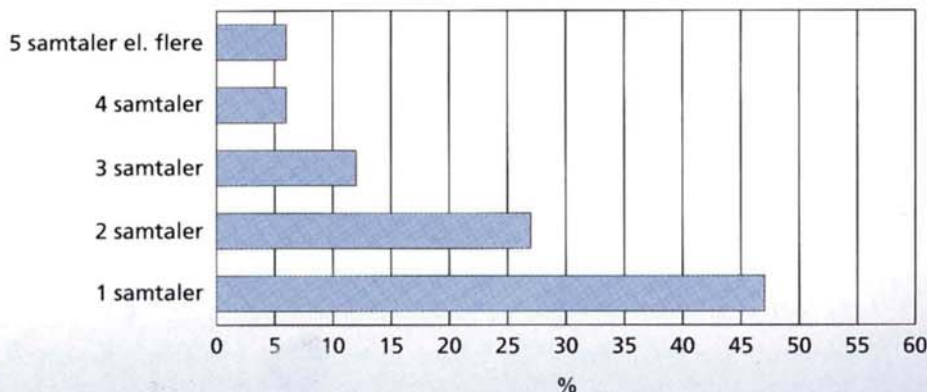


Diagram 5.4 viser, at næsten halvdelen (47%) af dem, der falder fra, afbryder kontakten til Center for Ludomani allerede

efter den første afklarende samtale, og kun ca. 25% modtager mere end to samtaler, før bruddet sker

Diagram 5.4. Antal gennemførte ambulante samtaler før frafald. (n=265, opgjort i %)



Samlet set kan det konstateres, at de frafald, der sker for totalt set 60 procent af klienterne, sker under de ambulante forløb, og for størstedelens vedkommende altså efter blot 1-2 samtaler. Dette gælder i lige høj grad for de rent ambulante forløb såvel som for de ambulante ventelistesamtaler forud for døgnkursus.

Tallene for frafald og gennemførelse viser således, at nogle klienter nærmest er på "shopping" i behandlingen: de deltager i en enkelt eller to samtaler – og udebliver derefter af for os ukendte grunde.

Erfaringsmæssigt er det rimeligt at gå ud fra, at der er mange forskellige årsager til dette mønster, men at der i nogen grad overordnet set er tale om en afspejling af den form for ambivalens over for at tage behandlingsmæssigt fat på problemerne, som kendes fra en række andre psykiske problemfelter – især afhængighedsproblemerne.

Kommer en klient imidlertid først på døgnkursus, er gennemførelsen så godt som total, også selvom de, der indstilles til denne behandling, udgør en tungere belastet gruppe af ludomane, end de der indstilles til ambulant behandling.

I lyset af denne forskel mellem døgnklienter og ambulante klienter skulle sidstnævnte a priori have bedre gennemførelsesgrad end førstnævnte, hvis begge behandlingsmodaliteter havde samme virkningsgrad. Den ambulante behandling ser derimod ud til at være noget usikker med hensyn til gennemførelse – både ved de intenderede ambulante forløb og ved de profylaktiske for-løb ved døgnkursus.

Der kendes tilsvarende erfaringer fra alkoholområdet, hvor frafaldet i ambulant regi også langt overgår døgnfrafaldet – uanset at klientellet i det ambulante spor som regel er mindre belastet end døgnklienterne (Nielsen & Nielsen, 2001; Nielsen & Røjskjær 2002).

Udenlandske undersøgelser af ludomane i behandling har fundet frafaldsprocenter, der ligger højere eller på niveau med det frafald der sker på Center for Ludomani. Grant et al. (2004) fandt eksempelvis en frafaldsprocent på 48% i en gruppe ludomane i ambulant behandling, og Audet et al. (2003) fandt, at 66% af ambulante ludomaniklienter faldt fra behandlingen, mens kun 5% af døgnindlagte klienter faldt fra. Det svarer omtrentligt til de frafaldsprocenter, der er fundet i denne undersøgelse, hvis man ser på institutionens ekstensive, ambulante tilbud over for det intensive døgntilbud.

5.1 Beskrivelse af klienter i de to behandlingsspor: ambulant behandling og døgnbehandling

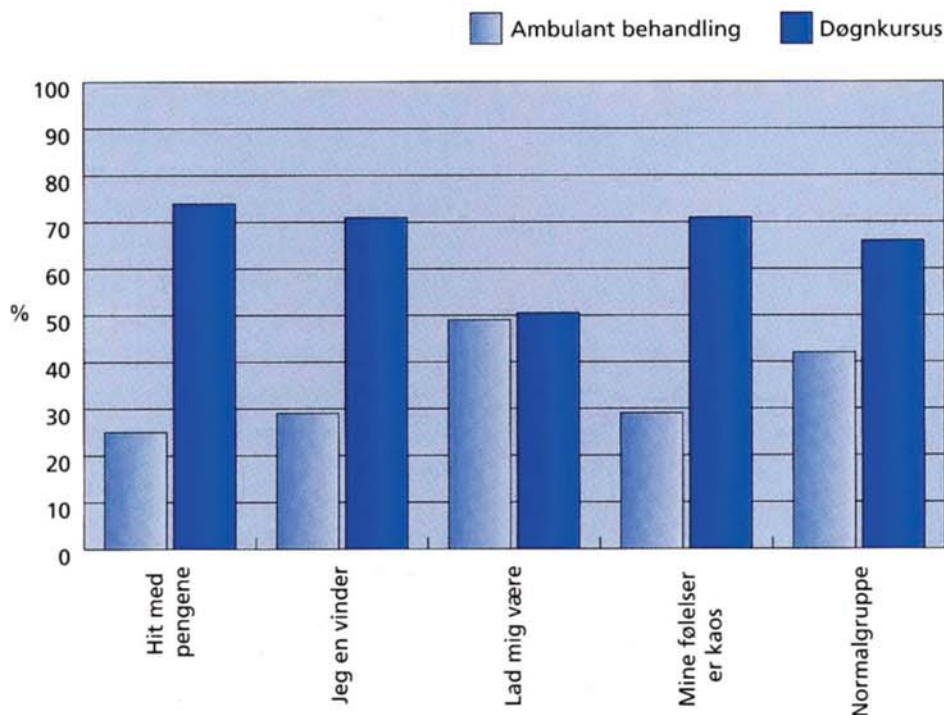
På forhånd ved vi fra den retrospektive journalgennemgang, sammenholdt med undersøgelsesdata fra indskrivningstidspunktet, at de klienter der henvises til døgnkurser er mere belastede, end de der henvises til "ren" ambulant behandling.

Klienter indstillet til døgnkursus må betegnes som tungere belastet end klienter indstillet til ambulant behandling, fordi:

- Deres ludomanikarriere har været længere ($p = .019^*$)
- De har spillet for flere penge ($p = .028^*$)
- De har større spillegæld ($p = .018^*$)

- De er mere afhængige af spil jvf. SOGS ($p = .004^*$)
 - De er mere alexityme ($p = .023^*$)
 - De har en lavere normalitetsscore i MCMI ($p = .049^*$) og de er mere
 - histrioniske ($p = .017^*$)
 - somatiserende ($p = .008^*$)
 - medicin/stofafhængige ($p = .056^*$)
- (* T-test)

Diagram 5.5. Behandlernes indstilling af klienterne til ambulant eller døgnkursus relateret til personlighedscluster (procentuel fordeling)



I relation til de fundne prototypiske personligheds mønstre (clustre) i den undersøgte gruppe er der for cluster 1, 2, 4 og 5 tale om, at cirka $\frac{3}{4}$ af klienterne uanset personligheds mønster findes egnede og indstilles til døgnkursus (diagram 5.5). Cluster 3

”Lad mig være, jeg vil have fred”, der er kendetegnet ved skizoide, dependente og undvigende personligheds mønstre, er ikke i nær så høj grad fundet egnede til døgnkursus, idet kun halvdelen af gruppen er indstillet her til.

Tabel 5.6. Alder, spillevariabler og psykopatologi opgjort efter behandlingsmodalitet

	Ambulant	Døgnkursus	p=
Alder ved indskrivning (år)	35,3	35,7	NS
Ludomanikarrierens varighed (år)	5,0	6,3	.019
Antal spilleepisoder pr. måned før behandlingen	17,2	17,7	NS
Antal spilleepisoder i sidste 3 mdr. før behandlingen	38,8	43,0	NS
Pengemæssig omsætning på spil pr. måned (kr)	13.231	12.288	NS
Pengemæssig omsætning total i spillekarrieren (kr)	869.910	1.263.095	.028
Aktuel spillegælds størrelse (kr)	140.402	257.088	.018
GSI (SCL-90)	86	97	NS
BDI	19	21	NS
TAS	56	60	.023
SOGS-R score	11,4	12,4	.004
MCMI-II normalitetsscore	28	26	.049
MCMI-II histrionisk (BR-score)	69	76	.017
MCMI-II somatisering (BR-score)	59	64	.008
MCMI-II medicin-/stofafhængighed (BR-score)	64	69	.056

T-test

Ser man på de klienter, der faktisk gennemfører et af de to behandlingsspor, finder man ikke nogen sikre forskelle mellem grupperne for så vidt angår spillerelaterede variable som pengeforbrug på spil (per måned, i karrieren og gæld) og i forhold til

spillefrekvens (spillekarrieres længde og episoder per måned). Derimod er de gennemførende døgnkursister signifikant mere belastede på de ludomanimæssige og psykopatologiske parametre (tabel 5.7).

Tabel 5.7. Færdigbehandlede klienters spilleproblem og psykopatologi ved indskrivning opgjort efter behandlingsmodalitet

	Ambulant Gen.snit (sd)	Døgn Gen.snit (sd)	p=
SOGS-score (liv) (amb n=42; døgn n=97)	10,5 (2,5)	12,5 (2,7)	.000
DSM-IV score (aktuel) (amb n=41; døgn n=97)	7,9 (1,3)	8,6 (1,1)	.001
Global Severity Index (SCL-90) (amb n=41; døgn n=98)	77,2 (52,1)	96,8 (56,2)	.057
Beck Depression Inventory (amb n=41; døgn n=98)	16,0 (10,8)	20,6 (10,2)	.019
Toronto Alexithymia Scale (amb n=41; døgn n=95)	54,7 (12,7)	59,6 (13,2)	.048
Sensation seeking score (amb n=38; døgn n=94)	18,5 (5,5)	19,7 (5,9)	NS

Ikke alene er døgnkursisterne mere afhængige af spil, de oplever sig også psykisk aktuelt mere generelt belastede og mere depressive. Endvidere scorer de signifikant højere på skalaen for alexitymi, og afspejler her et større behov for mere behandling under mere intensive rammer.

På lignende vis ses i tabel 5.8, at døgnkursisterne over næsten hele linien har signifikant mere patologiske scorere på et betydeligt antal personlighedsforstyrrelser samt på en række kliniske syndromskalaer.

Tabel 5.8. Færdigbehandlede klienters MCMI-scorer ved indskrivning opgjort efter behandlingsmodalitet

	<i>Ambulant (n=35)</i> <i>gen. snit. (sd)</i>		<i>Døgnkursus (n=88)</i> <i>gen. snit. (sd)</i>		<i>p=</i>
MCMI normalitetsscore	29,1	(8,5)	26,4	(8,4)	NS
Histrionisk	60,6	(26,8)	76,0	(20,0)	.003
Narcissistisk	55,7	(28,9)	72,9	(26,6)	.002
Antisocial	63,9	(24,3)	79,3	(20,4)	.000
Aggressiv-sadistisk	53,5	(29,3)	71,0	(29,4)	.004
Passiv-aggressiv	58,1	(30,6)	72,0	(29,5)	.021
Borderline	58,1	(21,6)	68,2	(19,1)	.013
Paranoid	55,9	(17,3)	61,9	(12,9)	.036
Somatisering	57,2	(12,5)	63,7	(11,2)	.006
Bipolar MD	48,5	(25,9)	58,4	(18,3)	.044
Dystymi	53,8	(28,9)	66,5	(27,9)	.025
Alkoholmisbrug	53,0	(21,4)	63,7	(19,5)	.009
Medicinisbrug	54,1	(21,1)	68,6	(18,4)	.000
Vrangforestillinger	45,1	(18,7)	53,0	(12,9)	.026

T-test

Der er ingen signifikante forskelle mellem de ambulante klienter og de døgnbehandlende for så vidt angår, alder, kønsfordeling, uddannelsesgrad, om der er andre i familien, der spiller, begået kriminalitet eller misbrug i familien (Pearson Chi-square, $p=NS$).

Derimod er der forskel på, om klienterne selv har haft et misbrug, som væsentligt flere af de døgnindlagte angiver at have haft (Pearson Chi-square, $p=.023$), mens der ikke er forskel på graden af aktuelt misbrug. Derudover har væsentligt flere af de døgnindlagte end de ambulant behandlede forsøgt at begå selvmord én eller flere

gange (Pearson Chi-square, $p=.044$). Dette stemmer godt overens med de signifikante forskelle, der ses i MCMI-dataene, hvor de døgnbehandlede har højere gennemsnitscorer på misbrugsvariablerne og generelt er mere dystyme og somatiserende.

5.2 Karakteristika ved gruppen med behandlingsfrafald sammenlignet med gruppen, der gennemfører

Med henblik på kortlægning af eventuelle prediktorer for frafald er der gennemført statistisk analyse af eventuelle forskelle mellem klienter, som gennemfører i forhold til klienter, der falder fra.

Der er *ikke* fundet forskelle mellem grupperne med hensyn til:

- Alder og køn
- Demografiske variable (uddannelse, civilstand, erhvervstilknytning)
- Spillerrelaterede variable, (antal spille-episoder om måneden, forbrug på spil om måneden. Dog har gruppen, der gennemfører, markant højere spille-gæld, om end forskellen ikke er signifi-kant ($p=.076^*$)
- Oplevet psykisk symptombelastning (SCL-90, BDI)
- Grad af alexitymi (TAS), og sensation seeking (SSS-V)
- Grad af ludomani (SOGS-R og DSM-IV)
- Grad af personlighedsforstyrrelse (MCMI) (* T-test)

Derimod *adskiller* gruppen, der falder fra, sig fra de gennemførende ved at have:

- Kortere ludomanikarriere, end de gennemførende klienter ($p=.047^*$)
- Tidligere rusmiddelproblemer, idet klienter med frafald i højere grad har haft rusmiddelproblemer (27,5%) end de gennemførende (16,7%) (Pearson Chi-square, $p=.009$), men der er ingen forskel med hensyn til aktuelt misbrug.
- Lavere kompulsiv delscore end de gennemførende ($p=.027^*$)

- Lavere dependent delscore end de gennemførende ($p=.003^*$)
- Højere antisocial delscore end de gennemførende ($p=.05^*$)
- Højere aggressiv-sadistisk delscore end de gennemførende ($p=.057^*$) (* T-test)

Der synes her at være tale om to modsatrettede faktorer, idet længere ludomanikarriere tilsyneladende motiverer til gennemførelse, hvorimod tidligere (men måske ikke så fjerntliggende) rusmiddelproblemer er en trussel mod stabiliteten og evnen til at gennemføre behandlingen. Forskellene på MCMI-delscorerne er i tråd med de erfaringer, der findes i andre studier af personlighedsforstyrrelsens betydning for frafald (Nielsen & Røjskjær 2003), hvor man finder, at forhøjelser på delscorerne "dependent" og "kompulsiv" fastholder klienter i behandlingen, mens "antisocial" og "aggressiv-sadistisk" prægede klienter har vanskelige-re ved at gennemføre behandlingsforløb.

Vi har også set på frafald i forhold til de opstillede prototypiske clustre, og har på forhånd haft forventninger om, at erfaringer med betydningen af borderline-træk og øget frafald (Nielsen & Røjskjær 2003) også ville manifestere sig i dette materiale. I tabel 5.9 ses frafald og gennemførelse i forhold til de forskellige clustre.

Tabel 5.9. Frafall i ambulante forløb og ventelisteforløb opgjort efter de 5 clustre (n=257)

	1. Normal gruppe	2. Jeg en vinder	3. Lad mig være	4. Hit med pengene	5. Mine følelser er kaos
Frafald	27 (56%)	35 (53%)	18 (38%)	32 (59%)	24 (57%)
Gennemført	21 (44%)	31 (47%)	29 (62%)	22 (41%)	18 (43%)

Chi-square $p=NS$

Der er overvægt af frafald i samtlige clustre på nær cluster 3 (Lad mig være (skizoid)), hvor gennemførelsesprocenten er højere end frafaldsprocenten. Vi vil samtidig bringe i erindring, at der ved samtlige clustre på nær cluster 3 var klar overvægt af klienter, der blev tiltænkt/henvist til døgnkursus frem for et ambulante forløb. Dette sker - må vi antage - som et resultat af behandlerens vurdering af klienternes behov samt klientens eget ønske. De skizoidt prægede klienter placeres altså hyppigere end de øvrige i ambulante behandling (forholdet 1:1), mens de øvrige fordeles i forholdet ca. 1:3 (ambulante/kursus). For skizoide er det tilsyneladende ikke ubetinget den samme fordel som for andre at få et døgnkursus, som jo også stiller større kontaktkrav til klienten end ambulante behandling gør - og det er ikke den skizoides stærke side. Behandlerne lader altså til at have truffet et godt og hensigtsmæssigt valg for klienterne i "lad mig være-gruppen".

Resume af frafald og gennemførelse

- 40% af klienterne gennemfører deres behandlingsforløb som planlagt
- 60% afbryder før tid - mange efter kun 1 eller 2 samtaler
- frafaldet sker stort set kun i det ambulante spor
- påbegyndt døgnbehandling gennemføres af alle på nær én person
- klienter, der falder fra, *adskiller sig ikke* fra gennemførende med hensyn til
 - grad af ludomani
 - generel psykisk comorbiditet
- klienter, der falder fra adskiller sig fra gennemførende med hensyn til
 - at have haft kortere ludomanikarriere
 - hyppigere rusmiddelproblemer
 - større grad af personlighedsmæssig impulsivitet
- gennemførende døgnklienter har større spilleproblemer og mere psykisk comorbiditet end gennemførende ambulante klienter - hvilket afspejler en umiddelbart relevant klientfordelingspraksis

6. Klienters vurdering af behandlingsudbytte ved udskrivning

Ved afslutning på behandlingen er klienterne blevet spurgt om deres subjektive oplevede behandlingsudbytte, dvs. hvilken tilfredshed de har med behandlingsforløbet, og hvilken værdi de tillægger behand-

lingselementerne. I dette afsnit finder man klienternes subjektive vurderinger af behandlingsudbytte, når de netop har afsluttet behandlingen.

Diagram 6.1. Klienters oplevede tilfredshed med udbytte af behandlingen ved afslutning på behandlingsforløb, opgjort efter behandlingsmodalitet (ambulant n=22; døgn n=85)

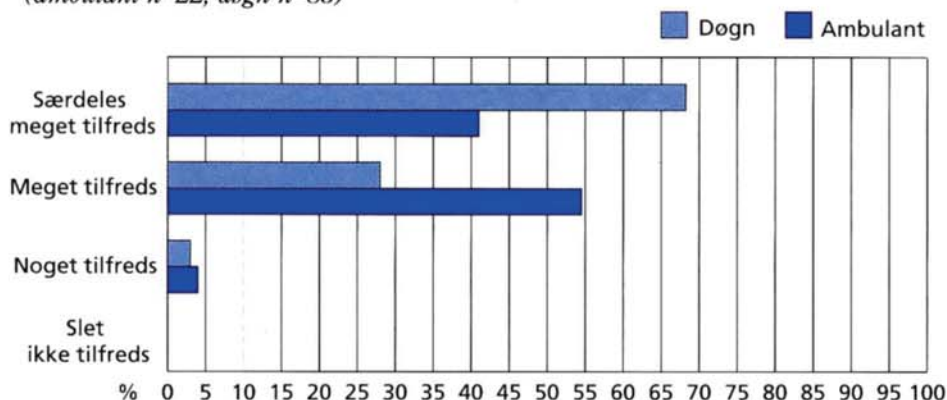


Diagram 6.2. Klienters oplevelse af anvendeligheden af den viden og de strategier de har fået, opgjort efter behandlingsmodalitet (ambulant n=22; døgn n=85)

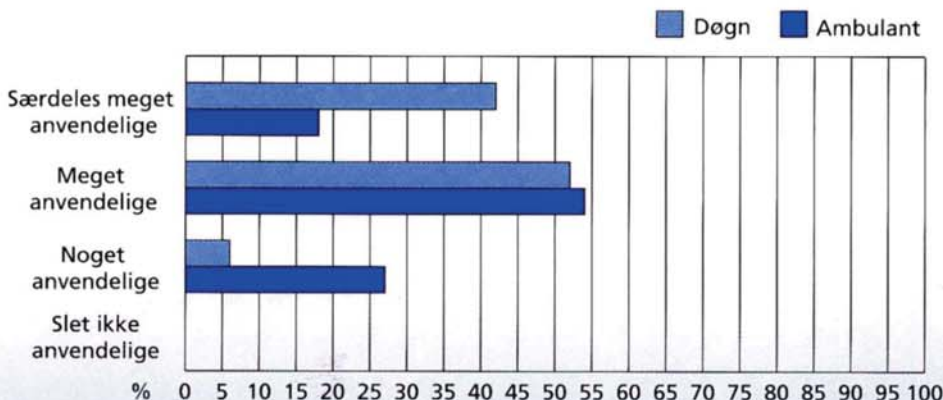
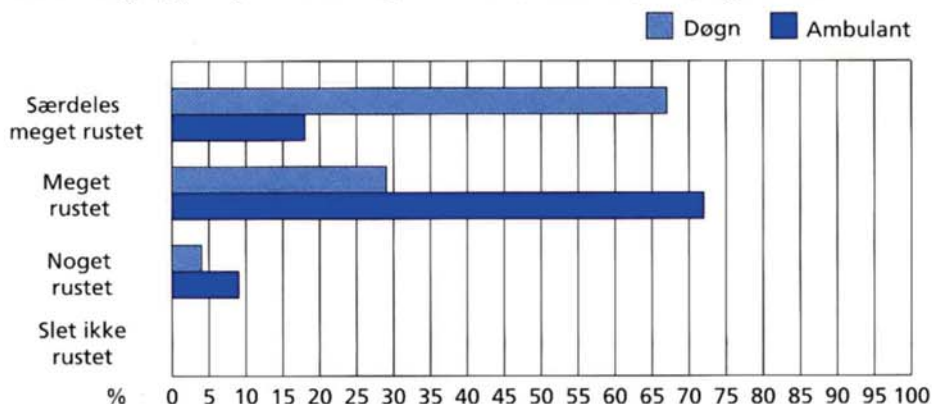


Diagram 6.1 viser, at klienterne i begge behandlingsspor generelt er yderst positive over for den gennemførte behandling, idet næsten samtlige erklærer sig meget tilfredse eller særdeles meget tilfredse med behandlingsforløbet. Andelen af døgnbehandlede, der erklærer sig endog særdeles tilfredse med behandlingsforløbet er noget højere end blandt de ambulante, idet ca. to ud af tre døgnbehandlede (68%) giver topkarakter, mens andelen blandt de ambulante er 41%.

Samme mønster gør sig gældende i diagram 6.2, der viser klienternes oplevelse af, hvor-

vidt de spillemodvirkende strategier og den viden om deres spilleproblem, som de har opnået i behandlingen, er anvendelige. Generelt er der en udpræget positiv vurdering af de indlærte metodikker, men de døgnbehandlede viser større tillid til, at de ting, de har lært under behandlingen, er særdeles anvendelige (42%), end de ambulante, hvor procentdelen er noget lavere (18%). Ligeledes er der procentuelt langt flere ambulante klienter der angiver, at metodikkerne blot er "noget anvendelige" (27%), en vurdering som kun deles af 6% af de døgnbehandlede.

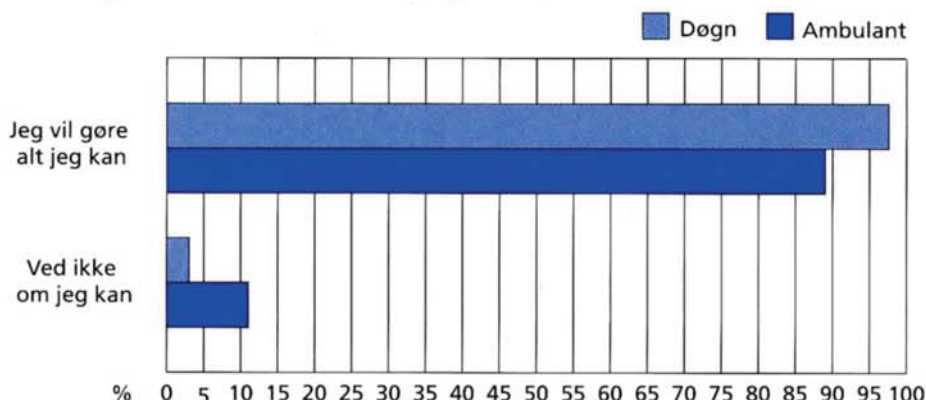
Diagram 6.3. Klienters oplevelse af at føle sig rustet til at modstå spilletrang ved udskrivning, opgjort efter behandlingsmodalitet (ambulant n=22; døgn n=85)



I betragtning af ovennævnte udbredte tilfredshed med behandlingen og dens indhold, kan det ikke undre, at langt størstedelen af klienterne i begge spor føler sig meget rustet eller særdeles meget rustet til at møde og modstå spilletrang, når den kommer efter behandlingsophøret. Også i dette spørgsmål er de døgnbehandlede mere positive i deres bedømmelse end de

ambulante, idet hele 67% af de døgnbehandlede føler sig særdeles godt rustet til at møde højrisikosituationer, hvilket kun 18% af de ambulante også føler. Til gengæld er der 73% af de ambulante klienter, der føler sig meget godt rustet, hvilket jo også vidner om en stor grad af tillid til egen mestringssevne.

Diagram 6.4. Klienters indstilling ved udskrivning til at overholde deres behandlingsmålsætning de kommende tre måneder, opgjort efter behandlingsmodalitet (ambulant n=19; døgn n=83)



Den positive oplevelse af at føle sig godt forberedt og have gennemgået en effektiv behandling afspejles således også i klienternes vurdering af, om de kan overholde de behandlingsmålsætninger, de opstiller ved behandlingsafslutning. Kun få af klienterne angiver tvivl om egen evne til at overholde målsætningen, mens resten vil gøre alt, hvad de kan. Der er altså for en stor del af klienternes vedkommende tale om en særdeles stærk motivation for at overkomme deres spilleproblem, hvilket understøttes af en udpræget grad af oplevet kompetenceopbygning hos den enkelte. Ifølge klienternes egen vurdering må det således konstateres, at behandlingen i begge spor har nået i hvert fald et af de behandlingsmål, der anses for en grundpille i al misbrugsbehandling, nemlig en høj grad af oplevet selvkompetence, dvs. en tro på, at de magter at omsætte elementer fra behandlingen i praksis, når misbrugsproblemerne melder sig efter behandlingen.

Det kan altså konkluderes, at de færdigbehandlede klienter i begge behandlingsspor – med de døgnbehandlede som de mest positive – generelt er yderst tilfredse med de forløb de har været igennem, og med de metoder til at forblive spillfrie, som de har lært undervejs i behandlingen.

Det kan diskuteres, om den anvendte inddeling i "særdeles meget" og "meget" er hensigtsmæssig i dette skema, da inddelingen måske er for fin og upræcis til, at alle har et klart billede af forskellen. Kategorien "særdeles meget" er en form for plus-positiv, som nogle måske ikke føler, de kan svinge sig helt op på. Det vil måske være mere rimeligt at samle kategorierne "særdeles meget" og "meget" i én, men den oprindelige inddeling er beholdt i grafikken for at vise de nuanceforskelle, der er hos klienterne i de to behandlingsspor.

7. Virkninger af behandlingen

I det følgende gennemgås de ændringer, der er sket fra behandlingens start og til opfølgningen et halvt år efter dens afslutning.

Som beskrevet i rapportens metodeafsnit giver undersøgelsens data og faktiske design ikke mulighed for en regelret effektundersøgelse, selvom dette oprindeligt var tanken. Det store frafald hos især de ambulant behandlede klienter er én af de væsentlige årsager hertil. Ud fra principperne om klinisk kontrol og randomisering kan de foreliggende data ikke gøres op, hvilket begrænser rækkevidden af udsagn om behandlingens effekt som sådan. Vi har derfor valgt en mere nedtonet omtale af udviklingen i spil og psykopatologiske parametre undervejs i behandlingen og fra udskrivning til follow up undersøgelse. Når vi derfor bruger begrebet "behandlingseffekt" er der tale om konstaterbare ændringer i relevante parametre for de behandlede ludomane, men det kan ud fra strengt videnskabelige kriterier ikke dokumenteres (kun sandsynliggøres), at de eventuelle ændringer er forårsaget af den behandlingsmæssige indsats.

Som tidligere nævnt var det oprindeligt planen, at der også skulle indsamles data et år efter behandlingsafslutning. Dette blev også forsøgt, men det måtte konstateres, at det ikke lykkedes at indhente oplysninger om mere end 10 ambulant behandlede klienter og 34 døgnbehandlede. Dette skønnes at være for spinkelt et grundlag at tolke videre på i forhold til langtidseffekten

af behandlingen, hvorfor disse data ikke indgår i rapporten. Det skal dog bemærkes, at de i alt 44 besvarelser, der er indkommet, tyder i retning af en høj grad af stabilitet, idet der ikke er tegn på en forværring af de behandlede klienters forhold til spil eller symptombelastning. Faktisk ses en lille yderligere reduktion på en række variable (spillefrekvens, DSM-IV-score, depressions-score og psykisk symptombelastning ifølge GSI), som peger på en vedholdende normalisering af spillerysten og den generelle belastning.

Gennemgangen af resultaterne vedrørende behandlingens effekt er inddelt i følgende emneområder:

- 7.1. Repræsentativitet
- 7.2. Klienters egen vurdering af ludomaniproblem ved opfølgning
- 7.3. Ændringer i økonomiske forhold
- 7.4. Ændringer i spillerelaterede forhold
- 7.5. Ændringer i comorbiditet og testpsykologiske scores

7.1 Repræsentativitet

Der er foretaget statistisk analyse for at undersøge, om de klienter der indgår i opfølgningsundersøgelsen, dvs. er færdigbehandlede og har udfyldt testbatteriet, er repræsentative for den samlede gruppe af færdigbehandlede.

Af de 117 klienter, der har gennemført et døgnforløb, og de 61 klienter, der har gennemført et ambulant forløb, har henholdsvis 76 og 24 klienter besvaret opfølgnings-

skemaet, hvilket betyder en svarprocent på henholdsvis 65% og 39% eller en samlet svarprocent for hele undersøgelsesgruppen på i alt 56% i opfølgningsundersøgelsen.

Ved at sammenholde de 100 klienter, der har deltager i opfølgningen, med de 78 klienter der har fuldført behandling, men ikke har deltaget i opfølgningen, er der på en række centrale variabler omkring demografi, spilrelaterede oplysninger, kriminalitet, sidemisbrug og psykopatologi ikke fundet nogen forskel mellem grupperne. Den eneste markante forskel er, at gruppen der deltager i opfølgningen har en langt større spilleomsætning end dem, der ikke deltager (t-test; $p=.047$), nemlig ca. 1.311.000 kr. mod 842.000 kr. Nogen entydig forklaring af dette har vi ikke, men man kan gætte på, at højt forbrug eventuelt giver en "brændt barn skyr ilden" -effekt.

Vi betragter i det væsentlige gruppen, der deltager i opfølgningsdelen, som repræsentativ i det væsentlige for hele gruppen af færdigbehandlede med den ovennævnte forskel in mente.

Den ret betydelige forskel i svarprocenterne for henholdsvis de døgnbehandlede og de ambulante klienter hænger formentlig sammen med graden af tilknytning til centeret. De døgnbehandlede har ved afslutning på deres døgnforløb vidst, at de skulle deltage i opfølgningsmøde på et aftalt tidspunkt, og de har kunnet se frem til at mødes med den gruppe af mennesker, de var i behandling sammen med, hvilket utvivlsomt har medvirket til at flere deltog i opfølgningerne.

De ambulante klienter har derimod ikke haft samme tilknytningsforhold, og deres opfølgning har mere formet sig som en regulær behandlingssamtale mellem klient og behandler, hvilket for nogle måske ikke har haft helt samme tiltrækningskraft.

Det skal yderligere bemærkes, at der er klienter, der faktisk har deltaget i opfølgningen i behandlingsmæssig forstand, men blot ikke har haft tid, lyst eller engagement til at udfylde opfølgningsskemaerne til undersøgelsen. Det formodes, at der er relativt flere i den ambulante gruppe, der indgår i denne kategori. Svarprocenterne er således ikke et præcist udtryk for, hvor mange klienter, der deltager i opfølgningerne, men blot hvor mange det er lykkedes at få indsamlet data på.

I analyserne i dette afsnit inddrages kun data fra de klienter, der har gennemført behandlingen. Dette gælder også for analyserne omkring indskrivningstidspunktet, og der kan derfor være afvigelser i forhold til de analyser af indskrivningsdata, der er foretaget tidligere i rapporten, hvor alle klienters data indgår. Det skal endvidere bemærkes, at ikke alle klienter har besvaret alle spørgsmål, hvilket betyder at antallet af besvarelser varierer i de efterfølgende tabeller.

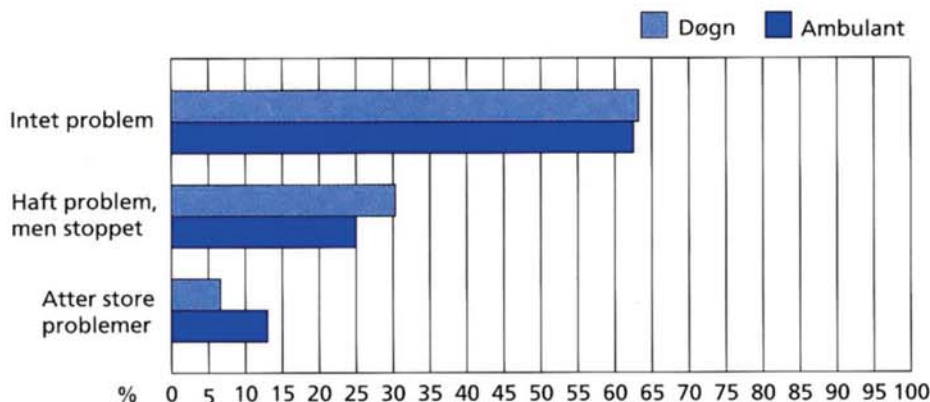
7.2 Klienters subjektive vurdering af ludomaniproblem ved opfølgning

Ifølge klienternes egen vurdering har behandlingen – uanset om det har været ambulant eller døgnbehandling - betydet en væsentlig reduktion i spilleproblemerne (diagram 7.1.).

I begge behandlingsspor har op mod to-tredjedele efter behandlingen subjektivt set ikke oplevet at have problemer længe, og mellem hver tredje og hver fjerde har haft problemer, men har formået at stoppe tilbagefaldet ved egen kraft – for-

mentlig ved hjælp af de strategier og aftaler, der er indgået under behandlingen. Af de ambulante klienter angiver 12,5% fortsat at have store spillerelaterede problemer, mens det gælder for 6,6% af de døgnbehandlede.

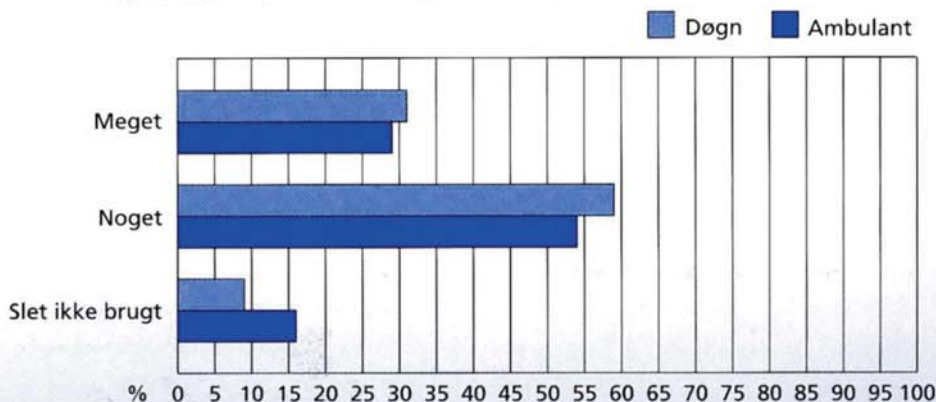
Diagram 7.1. Klienters subjektivt oplevede problemer med ludomani ved opfølgning, opgjort efter behandlingsmodalitet (ambulant n=24; døgn n=76)



Generelt angiver klienterne at have gjort udstrakt brug af de strategier, der er indlært i behandlingen for at modvirke spilletrang (diagram 7.2.).

Andelen, der har brugt strategierne *meget/noget*, er højere blandt de døgnbehandlede, mens der er flere blandt de ambulante klienter, der *slet ikke* har brugt strategierne.

Diagram 7.2. Klienters brug ved opfølgning af spillemodvirkende elementer fra behandlingen, opgjort efter behandlingsmodalitet (ambulant n=24; døgn n=74)



Det skal bemærkes, at den manglende brug af strategier ikke i sig selv siger noget om klienternes reelle spilleproblemer. At en strategi kun er brugt lidt eller slet ikke kan både betyde, at klienten ikke har haft brug for at tage strategierne i anvendelse, idet spilleproblemet ikke har været påtrængende overhovedet, eller det kan betyde, at klienten ikke har anset vær-

dien af strategien for tilstrækkelig høj til at gøre gavn i en højrisikosituation eller under et tilbagefald. Ud fra erfaringer med alkoholmisbrugere hælder vi dog til den anskuelse, at rapportering af sparsom brug af copingstrategier i follow up forløb hyppigere er forbundet med ringere udkomme af behandling end det modsatte (Samuelsen et al. 1999).

Diagram 7.3. I hvilken grad har klienterne overholdt deres behandlingsmålsætning efter behandling, opgjort efter behandlingsmodalitet (ambulant n=23; døgn n=74)

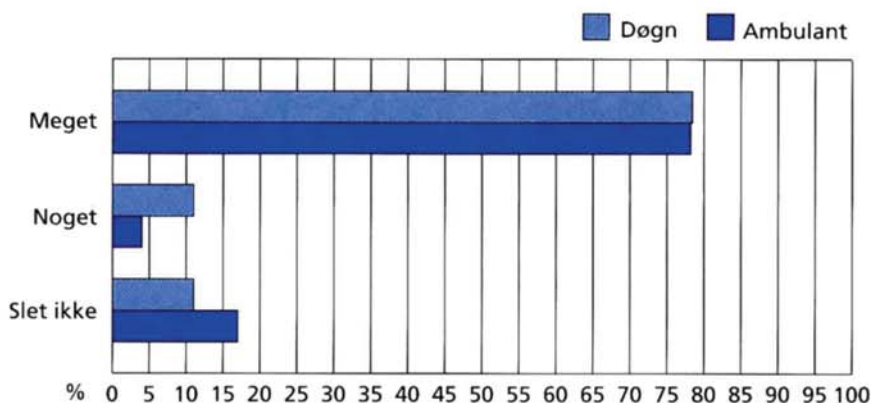


Diagram 7.3. viser, at mere end tre ud af fire af klienterne i begge behandlingsspor finder, at de har overholdt deres behandlingsmålsætning *meget*. I den anden ende af skalaen ses, at 17,4% af de ambulante klienter og 10,8% af de døgnbehandlede finder, at de *slet ikke* har overholdt deres målsætninger, og således må formodes at have eller have haft et vedvarende tilbage-

fald i tre-måneders perioden før opfølgningen.

7.3. Ændringer i økonomiske forhold

I det følgende ses på de ændringer i forholdet til spil, der er sket blandt de klienter, der har gennemført behandlingen, fra den afklarende samtale, dvs. ved behandlingsstart og frem til opfølgningen.

Tabel 7.4. Ændringer i pengeforbrug på spil om måneden fra indskrivning til opfølgning opgjort efter behandlingsmodalitet

	Indskrivning* Kr. i snit (sd)	Opfølgning** Kr. i snit (sd)	p=
Ambulant forløb (ind n=56; opfølg. n=21)	8.920 (12.331) (0 - 75.000)	804 (1.338) (0 - 5.000)	.003
Døgnkursus (ind n=115; opfølg. n=74)	9.807 (8.934) (0 - 50.000)	311 (719) (0 - 5.000)	.000
P=	NS	NS	

T-test

* To mandlige klienter er taget ud af denne opgørelse, da de har et månedligt forbrug på spil, der ligger ekstremt højere end gennemsnittet (250.000 – 300.000 kr./måned). Det kan oplyses, at den ene af disse klienter ved opfølgningen overhovedet ikke spiller mere; den anden har ikke besvaret opfølgningsskemaet.

** En mandlig klient er taget ud af denne opgørelse, da han har et månedligt forbrug på spil, der ligger ekstremt højere end gennemsnittet (20.000 kr./måned)

Som det tidligere er vist, er der ved indskrivning tale om betragtelige månedlige pengeforbrug på spil, hvilket beregnet som gennemsnitlig "årsomsætning" ligger over 100.000 kroner - højest blandt de klienter, der gennemgår et døgnforløb, men med stor variationsbredde. Der er for både de ambulant behandlede klienter og for døgnkursisterne tale om en signifikant – og meget betydelig – reduktion i pengeforbruget på spil per måned efter gennemført behandling. Follow up-niveauet er således reduceret til i snit omkring 800 kr. om måneden for de ambulantes vedkommende og til ca. 300 kr. for døgnkursisterne, hvilket betyder, at klienterne kun spiller

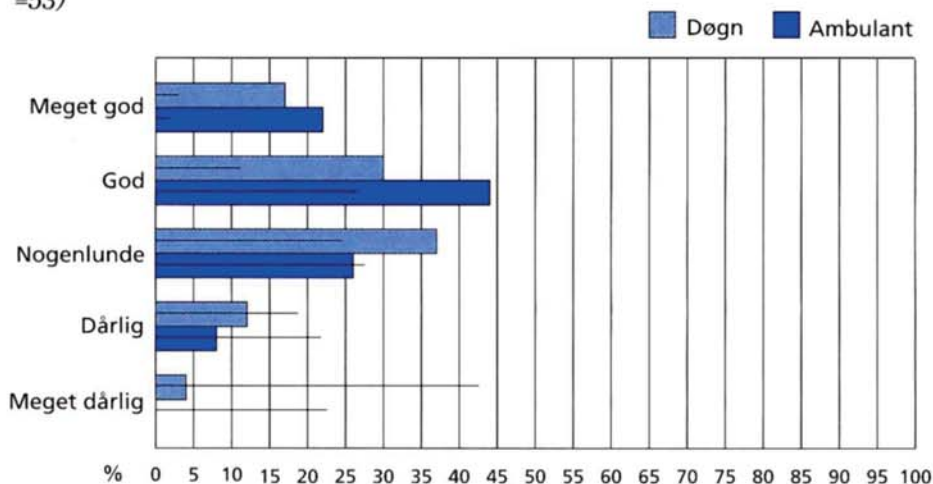
for en brøkdel af de beløb, de brugte før behandlingen.

Hver tredje døgnkursist og næsten halvdel af de ambulant behandlede (tabel 7.5) angiver, at de ikke har brugt penge på spil overhovedet ved opfølgningen. Andre spiller for beskedne beløb, men enkelte spiller fortsat for betragtelige summer, om end de maksimale beløb er blevet væsentligt mindre sammenlignet med indskrivningstidspunktet. Andelen af personer, der spiller for mere end 500 kr. om måneden ved opfølgning ligger på 17% blandt de døgnbehandlede og 26% blandt de ambulante klienter.

Tabel 7.5. Graduering af klienters pengeforbrug på spil ved opfølgning opgjort efter behandlingsmodalitet

	Ambulant		Døgnkursus	
	n=	%	n=	%
Spiller for 0 kr./måned	11	47,8	25	33,3
Spiller for 15-100 kr./måned	2	8,7	18	24,0
Spiller for 101-500 kr./måned	4	17,4	19	25,3
Spiller for mere end 500 kr./måned	6	26,1	13	17,3
I alt	23	100	75	99,9

Diagram 7.6. Klienternes oplevelse af egen økonomiske situation ved opfølgning opgjort efter behandlingsmodalitet (indskrivningsværdier er angivet med en streg i søjlerne; ambul. ind n = 61; døgn ind n = 117; ambul. opf. n = 23; døgn opf. n = 53)



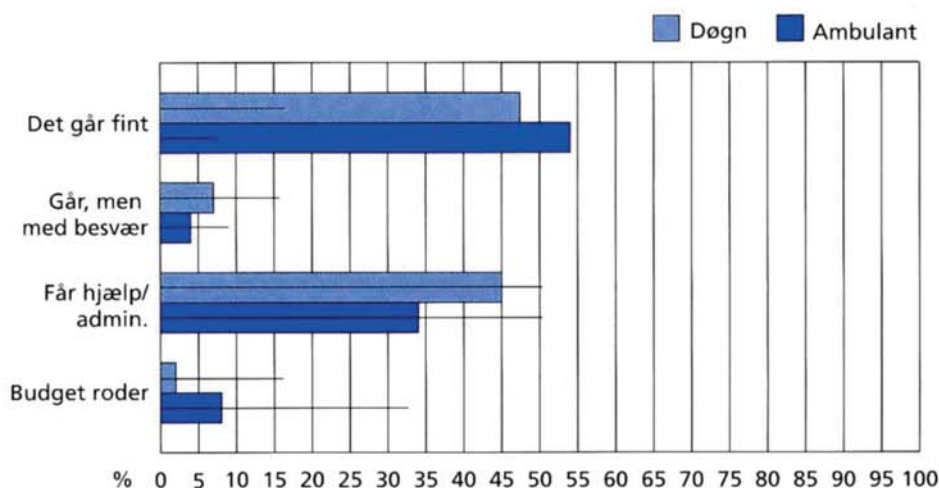
At klienterne generelt oplever at have dårlig/meget dårlig økonomi ved indskrivning kan næppe overraske i lyset af ovenstående oplysninger omkring pengeforbrug på spil, værst er oplevelsen blandt de klienter, der gennemgår døgnbehandling. Ligeledes er det forståeligt, at det massive pengeforbrug på spil har indflydelse på klienternes oplevelse af overblik over månedsbudgettet, som for de flestes vedkommende kræver administration eller roder (se diagram 7.7).

Formentlig som følge af det kraftigt reducerede forbrug på spil angiver klienterne,

uanset om de har deltaget i ambulant eller døgnbehandling, ved opfølgningen i langt mindre grad, at deres økonomiske situation er meget dårlig eller dårlig.

Der sker generelt en forskydning i positiv retning, men den største subjektivt oplevede ændring sker blandt de ambulante klienter, hvoraf ingen ved opfølgningen længere vurderer deres økonomi som meget dårlig, og kun 8,7% mener økonomien er dårlig, mens en lidt større andel af de døgnbehandlede klienter (15,1%) fortsat mener, situationen er meget dårlig (3,8%) eller dårlig (11,3%).

Diagram 7.7. Klienternes oplevelse af egen evne til at styre et månedsbudget ved opfølgning opgjort efter behandlingsmodalitet (indskrivningsværdier er angivet med en streg i søjlerne; ambul. ind n=61; døgn ind n=116; ambul. opf. n=24; døgn opf. n=76)



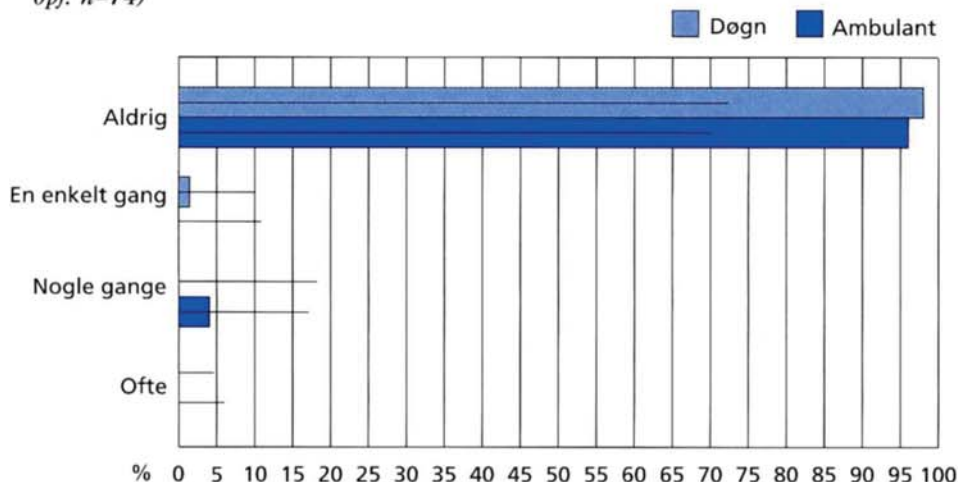
På indskrivningstidspunktet er det tydeligt, at klienterne har problemer med at håndtere deres månedsbudget. Værst oplever klienter, der er i døgnbehandling deres evne til at styre økonomien, som for hver tredje vedkommende roder, og kun ca. hver sjette får budgettet til at hænge sammen problemfrit (7,8%) eller med besvær (8,6%). De klienter, der er i ambulant behandling, er ikke helt så pessimistiske, idet omtrent hver tredje her føler, at budgettet styres fint (16,4%) eller fungerer om end med besvær (16,4%), og kun hver sjette mener, at budgettet roder.

For både de ambulante og døgnindlagte klienter sker der en markant ændring i ret-

ning af bedre kontrol med månedsbudgettet efter behandlingen. Omkring halvdelen i begge grupper (47,4% af de døgnindlagte og 54,2% af de ambulante behandlede) angiver ved opfølgningen, at det går fint med budgetstyringen, og blandt de døgnbehandlede er der nu kun 1,3% og blandt de ambulante 8,3%, der fortsat mener budgettet roder.

På indskrivningstidspunktet har op imod en tredjedel (29,4%) af klienterne begået kriminalitet for at finansiere deres spilletrang. Af de klienter, der angiver at have lavet kriminalitet, har 22 personer (42,3%) modtaget dom eller været i fængsel pga. spilrelateret kriminalitet (diagram 7.8)

Diagram 7.8. Har klienterne ved opfølgning lavet kriminalitet for at finansiere spil eller gæld, opgjort efter behandlingsmodalitet (indskrivningsværdier er angivet med en streg i søjlerne; ambul. ind n=61; døgnind n=116; ambul. opf. n=24; døgn opf. n=74)



Formentlig er kriminaliteten knyttet tæt sammen med ludomanien og er ikke en del af andre problemkomplekser, idet behandlingen for langt størstedelen fjerner kriminaliteten blandt klienterne, hvilket er meget tilfredsstillende ud fra en samfundsmæssig betragtning. Ved opfølgningen er kun yderst få engageret i kriminelle handlinger, og det skal bemærkes, at også klienterne, der fortsat spiller og ikke har fået deres ludomaniproblem helt under kontrol, i det mindste tilsyneladende ikke længere begår kriminalitet for at finansiere spillet.

7.4 Ændringer i spillerelaterede forhold

Som det tidligere er beskrevet lider samtlige klienter ved behandlingsstart utvivlsomt af ludomani i et omfang, der er behandlingskrævende. På opfølgningstidspunktet er der sket en markant og signifikant reduktion i den aktuelle DSM-IV score, således at gennemsnitsscoren nu ligger under cut-off punktet for spilleafhængighed (score 5). Målt med screeningsredskabet har behandlingen altså haft en markant effekt.

Tabel 7.9. Vurdering af grad af ludomani ifølge screeningsredskaber ved opfølgning opgjort efter behandlingsmodalitet

	DSM-IV score Indskrivning		DSM-IV score Opfølgning		P=
	Score	(sd)	Score	(sd)	
Ambulant	7,9	(1,3)	2,0	(3,8)	.000
(Min/max)	(N=41)	(0-16)	(N=17)	(0-16)	
Døgn	8,6	(1,1)	1,7	(3,2)	.000
(Min/max)	(N=97)	(5-10)	(N=60)	(0-10)	
P=	.001		NS		

T-test

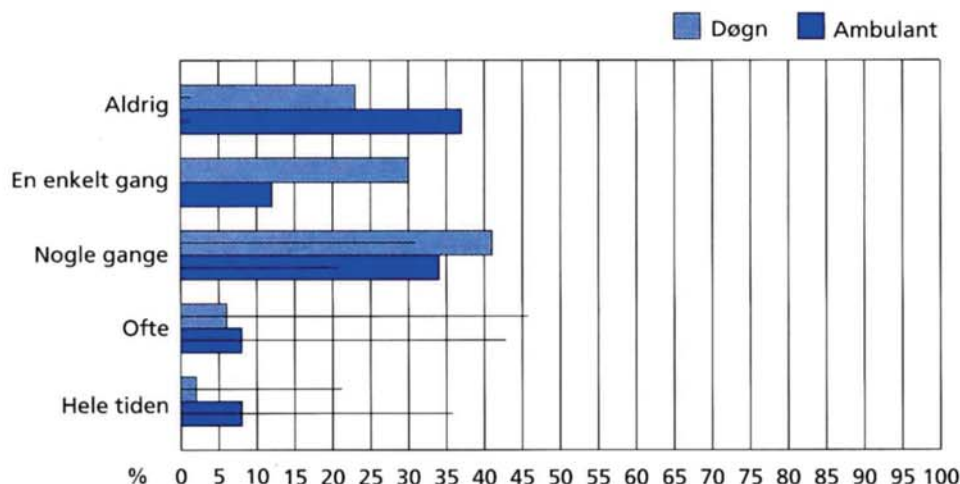
Andelen af personer, der stadig har en score over 5 ved opfølgningen – og dermed er kategoriseret som sandsynligt ludomane - ligger omkring en fjerdedel blandt de ambulante behandlede (ifølge DSM-IV: 23,5%). Andelen af døgnkursister, der fortsat scorer over 5 på DSM-IV, er lidt lavere end blandt ambulante, idet kun ca. hver sjette ligger så højt (DSM-IV: 16,7%), men forskellen er ikke statistisk signifikant. Der er altså en så positiv ændring efter behandling, at problemet ifølge screeningsredskabet i diagnostisk betydning er helt fraværende for i snit 80% af klienterne.

Som tidligere vist er døgnkursisterne før behandlingen mere spilleafhængige/ludomane end de ambulante klienter, men gruppen af døgnbehandlede opnår på trods heraf en større reduktion målt fra indskrivningsniveau til opfølgningsniveau

på DSM-IV. Fra at have ligget højere ved indskrivningen, ender de med at ligge lavere på opfølgningstidspunktet, om end der ikke er signifikant forskel mellem gruppernes opfølgningsniveau.

To tredjedele af de ambulante og helt op til tre-fjerdedele af de døgnbehandlede klienter havde før behandlingen enten *ofte* eller *hele tiden* spilletrang (diagram 7.10.), hvilket i praksis indebærer, at spil såvel tanke- som adfærdsmæssigt er massivt forstyrrende for normal funktion i dagligdagen. Ved opfølgningen er der sket en klar reduktion af spilletrangen i begge behandlingsspor. Mellem hver tredje og hver anden af de færdigbehandlede klienter angiver dog, at spilletrangen *ofte* eller *nogle gange* fortsat er til stede, hvilket blot ikke omsættes i spilhandlinger i en grad svarende til før behandlingen.

Diagram 7.10. Spilletræng de seneste 3 måneder før opfølgning, opgjort efter behandlingsmodalitet (indskrivningsværdier er angivet med en streg i søjlerne; ambul. ind n=61; dogn ind n=117; ambul. opf. n=24; dogn opf. n=76)



Tabel 7.11. Ændringer i antal spilleepisoder per måned fra indskrivning til opfølgning opgjort efter behandlingsmodalitet

	Indskrivning Spilleepisoder/md (sd)	Opfølgning Spilleepisoder/md (sd)	P=
Ambulant forløb (ind n=58; opfølg. n=23) (Min/max)	16,9 (9,7) (2-30)	1,8 (3,9) (0-15)	.000
Døgn forløb (ind n=116; opfølg. n=75) (Min/max)	17,8 (9,7) (1-30)	1,0 (3,0) (0-20)	.000
P=	NS	NS	

T-test

Den konkrete, patologiske spilleaktivitet, udtrykt i antal spilleepisoder om måneden, lå før behandlingen på omkring 17 spille-episoder om måneden, dvs. at klienterne er engageret i spilaktivitet ca. hver anden dag. Ved opfølgningen er frekvensen reduceret signifikant til under en tiendedel af

niveauet før behandlingen, således at klienterne nu kun spiller 1-2 gange om måneden.

Dykker man lidt ned i oplysningerne, finder man, at der på opfølgningstidspunktet er 65,2% af de ambulante klienter, der

har været helt afholdende fra spil i den forstand, at de angiver ikke at have haft nogen spilleepisoder. Andelen blandt døgnkursisterne ligger på 74,7%. Sammenholder man denne oplysning med oplysningerne om pengeforbrug på spil, finder man imidlertid en diskrepans. Der er nemlig 35 personer, der angiver ikke at have haft nogen spilleepisoder, men samtidig angiver de at have brugt beløb i størrelsesordenen 15 kr. – 1.700 kr. om måneden på spil. Dette forhold kan eventuelt skyldes en "tolkning" fra klienternes side af ordet "spilleepisoder", som en betegnelse for *kontroltab*, altså en tilbagevenden til den gamle ludomane spilleadfærd, som klienterne i deres selvforståelse ikke længere lider under, også selvom de altså bruger penge på spil. Det vil formentlig være mest retvisende for tolkningen af klienternes reelle spillemønster ved opfølgningen at bruge oplysningerne om pengeforbrug på spil, idet man må gå ud fra, at klienterne ved opfølgningen vitterligt har spillet for (mindst) de beløb, de oplyser til Center for Ludomani.

Ser man på, hvor mange, der ved opfølgningen angiver at have over 5 spilleepisoder om måneden, er andelen blandt de ambulant behandlede klienter 13% og blandt de døgnbehandlede 4%. Der er her igen tale om en understregning af den relativt bedre virkning af døgnbehandling end af ambulant behandling.

7.5 Ændringer i comorbiditet og test-psykologiske forhold

Fra det relativt høje stressniveau, som blev afspejlet af det globale belastningsindex i SCL-90 ved indskrivning, finder man ved opfølgningen en signifikant reduktion i begge behandlingsspor. Der er altså tale om en "normalisering" i form af mindre psykisk symptombelastning. For de ambulant behandlede klienter sker der en nedgang på ca. en tredjedel (35%) i symptombelastningen, mens de døgnbehandlede ved opfølgningen har reduceret scoren for deres samlede belastning med 63%, altså fra en højere indgangsbelastning end de ambulante klienter til en lavere belastning ved opfølgning end de ambulante klienter.

Tabel 7.12. Ændringer i psykisk symptombelastning (SCL-90, GSI), fra indskrivning til opfølgning opgjort efter behandlingsmodalitet

	Indskrivning GSI i snit (sd)	Opfølgning GSI i snit (sd)	P=
Ambulant forløb (ind n=41; opfølg. n=22) (Min/max)	77,2 (52,1) (9-237)	50,0 (44,8) (0-164)	.000
Døgn forløb (ind n=98; opfølg. n=75) (Min/max)	96,8 (56,2) (8-279)	35,6 (43,3) (9-173)	.000
P=	.057	NS	

T-test

Samme mønster finder man i depressionsscoren fra BDI. Også her ser man, at begge grupper oplever væsentlig reduktion i scoren fra indskrivning til opfølgning, med gruppen af døgnbehandlede som

dem, der har den procentuelt største ændring (reduktion = 65% mod de ambulantes 39%), fra et højere indgangsniveau til et lavere opfølgningsniveau.

Tabel 7.13. Ændringer i depressionsscore (BDI) fra indskrivning til opfølgning opgjort efter behandlingsmodalitet

	Indskrivning BDI i snit (sd)	Opfølgning BDI i snit (sd)	P=
Ambulant forløb (ind n=41; opfølg. n=17) (Min/max)	16,0 (10,8) (0-57)	9,8 (8,5) (0-24)	.004
Døgn forløb (ind n=98; opfølg. n=63) (Min/max)	20,6 (10,2) (3-45)	7,2 (8,2) (0-45)	.000
P=	.019	NS	

T-test

Hvad angår sensation seeking sker der ingen ændringer i scoren mellem indskrivning og opfølgning, og der er ingen forskel mellem grupperne på noget af tidspunkterne.

Ved indskrivning til behandling har klienterne i døgnbehandling i snit en højere alexitymi-score end de ambulante klienter. Som der tidligere er redegjort for, skyldes denne højere gennemsnitscore formentlig, at døgnklienterne ligger højere på andre skalaer (BDI, SCL-90, og visse MCMI-del-

scorer), som smitter af på alexitymi-scoren. Det er derfor også forventeligt, at døgnklienternes alexitymi-score reduceres væsentligt som følge af de reduktion, der sker i ovennævnte øvrige mål. Tabel 7.14 viser, at klienterne i begge spor har lavere opfølgningsscore end ved indskrivning, hvilket understøtter formodningen om den nævnte sammenhæng, med størst reduktion i den døgnbehandlede gruppe (21% reduktion mod de ambulantes 5%).

Tabel 7.14. Ændringer i alexitymi-score (TAS) fra indskrivning til opfølgning opgjort efter behandlingsmodalitet

	Indskrivning		Opfølgning		P=
	TAS i snit	(sd)	TAS i snit	(sd)	
Ambulant forløb (ind n=41; opfølg. n=16) (Min/max)	54,8	(12,7)	52,1	(14,8)	.017
	(31-79)		(22-77)		
Døgn forløb (ind n=95; opfølg. n=64) (Min/max)	59,6	(13,2)	46,9	(13,6)	.000
	(30-86)		(22-78)		
P=	.048		NS		

Tabel 7.15. Ændringer i grad af personlighedsforstyrrelse fra indskrivning til opfølgning opgjort efter behandlingsmodalitet

	Ambulant ind (n=35)		Ambulant opf. (n=16)		Døgn ind (n=88)		Døgn opf. (n=60)	
	n=	%	n=	%	n=	%	n=	%
Ingen/let forstyrrelse	21	60,0	11	68,8	36	40,9	41	68,3
Moderat forstyrrelse	9	25,7	3	18,8	33	37,5	14	23,3
Middelsvær/svær forstyrrelse	5	14,3	2	12,5	19	21,6	5	8,3

Der er tale om signifikante ændringer i positiv retning for begge behandlingsspor (Wilcoxon signed ranks test, ambulant $p=0.30$; døgn $p=.000$), idet størstedelen af klienterne skifter til en testpsykologisk lavere grad af personlighedsforstyrrelse ved opfølgningen end ved indskrivningen, når der inddeles efter de kriterier, der er beskrevet i et tidligere kapitel. Procentuelt færre ligger i grupperne Middelsvær/svær

forstyrrelse og Moderat forstyrrelse ved opfølgning i forhold til ved indskrivning, med den største ændring blandt de døgn-behandlede klienter.

Ser man på, hvorledes personlighedsmønstrene ser ud ved opfølgningen i forhold til indskrivningstidspunktet, finder man at der er sket ændringer på en række delscorer i MCMI (diagram 7.16).

Diagram 7.16. Ændringer i score fra indskrivning til opfølgning i basale personligheds mønstre (MCMI)

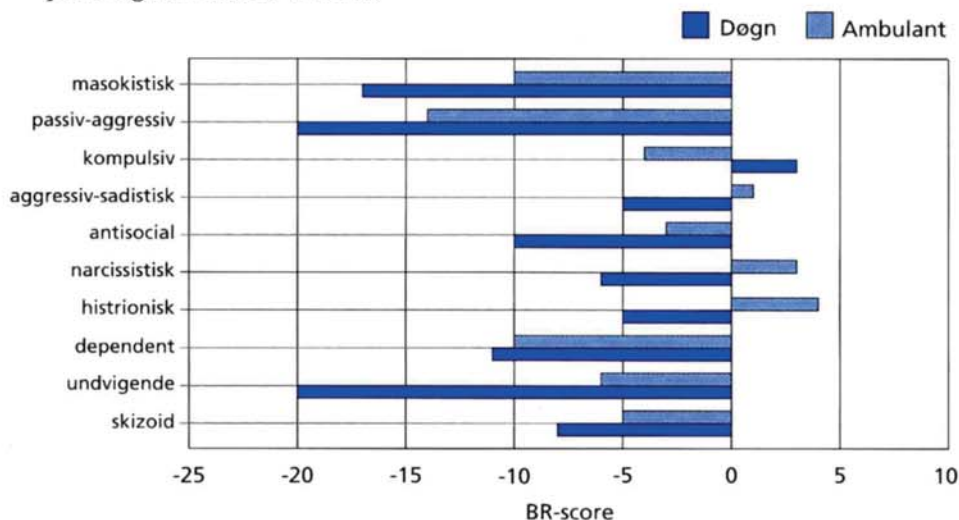
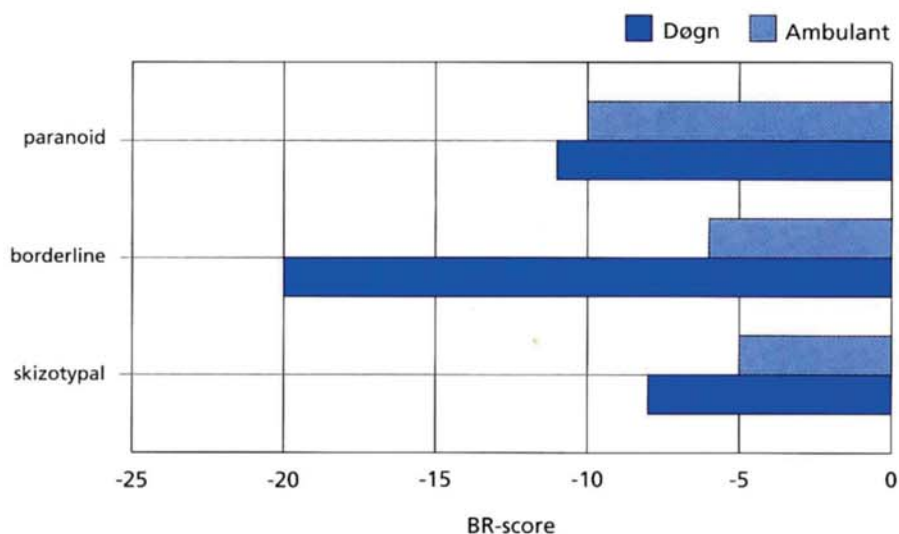


Diagram 7.17. Ændringer i score fra indskrivning til opfølgning i alvorlige personligheds mønstre (MCMI)



De største ændringer sker for gruppen af døgnhandlede, der på de fleste personlighedsmønstre oplever et fald i BR-scoren på mellem 5 og 20 point, undtaget for den kompulsive score, på hvilken der sker en stigning på 3 point, hvilket dog sagtens kan være udtryk for en klinisk positiv forandring hos en i øvrigt impulsivt og emotionelt præget persongruppe. Blandt de ambulant behandlede ser man ligeledes en reduktion i de fleste scorer, dog ikke helt så markant som for de døgnbehandlede, men der er også forøgelser på tre af delscorerne, nemlig aggressiv-sadistisk (5 point), narcissistisk (3 point) og på histriotisk (4 point).

På de tre alvorlige personlighedsmønstre, borderline, paranoid og skizotypal, finder man for begge grupper vedkommende reduktioner i størrelsesordenen 5-20 point; også her med den tydeligste reduktion blandt de døgnbehandlede (diagram 7.17).

Dobbeltbelastning og behandlingens virkninger

Behandlingens virkninger hos henholdsvis normalgruppen og den dobbeltbelastede gruppe kan belyses indledningsvis ved ændringer i gruppernes diagnostiske scorer på DSM-IV. Ved indskrivningen var begge grupper gennemsnit klart i det "ludomane område", med en score på 8 for normalgruppen og 9 for den dobbeltbelastede gruppe. På follow up tidspunktet er begge grupper under grænseværdien og scorer henholdsvis 2 og 4 i DSM-IV. Men den dobbeltbelastede gruppe ligger dog betænkelig tæt på grænseværdien for ludo-

mani (DSM-IV score = 5), hvilket også afspejler sig deres øvrige adfærd i forhold til spil i follow up perioden:

- 30% af de dobbeltbelastede har ifølge egen vurdering på ny store spilleproblemer i follow up perioden, hvilket ingen i normalgruppen har ($p = .002$; chi square). I normalgruppen svarer dette til en relativ risiko for tilbagefald på under en tiendedel af risikoen i den dobbeltbelastede gruppe
- 31% af de dobbeltbelastede har ikke overholdt egne spillemålsætninger mod 3% i normalgruppen. Dette svarer til, at risikoen for ikke at have overholdt egne spillemålsætninger i normalgruppen er 1/10 af risikoen i den dobbeltbelastede gruppe
- 25% af den dobbeltbelastede gruppe mod kun 8% af normalgruppen har ikke anvendt deres tilbagefaldsstrategier i follow up perioden. Der er 3 gange højere risiko i den dobbeltbelastede gruppe for ikke at have brugt tilbagefaldsstrategier i sammenligning med normalgruppen
- de dobbeltbelastede har oplevet tre gange så mange spilleepisoder som normalgruppen, selv om deres oplevede spilletrang i follow up perioden angiveligt har været lavere
- risikoen for fortsat at opleve egen økonomi som dårlig er i normalgruppen kun 1/10 af risikoen for dette i den dobbeltbelastede gruppe

Dette peger tydeligt på, at klienter med personlighedsmæssig belastning har generelt ringere prognose ved den gennemfør-

te behandling end klienter uden (større) belastning af denne art.

Resume af behandlingseffekt

- 459 klienter er i undersøgelsesperioden registreret med et ønske om behandling for ludomani, og heraf har 178 personer (40%) gennemført et behandlingsforløb, medens 267 personer (60%) har afbrudt behandlingen før tid
- halvdelen af klienterne blev initialt indstillet til døgnkursus, en tredjedel til ambulant behandling, mens en femtedel ikke umiddelbart kunne placeres før senere afklaring
- klienter indstillet af behandlerne til døgnbehandling er mere afhængige af spil, gennem længere tid og med et højere pengeforbrug, højere grad af alexitymi, større grad af personlighedsforstyrrelse med mere somatisering og rusmiddelaafhængighed
- det sårbare frafaldsområde er uden tvivl de ambulante dele af behandlingen, hvorimod stort alle klienter på døgnkursus gennemfører
- personer, der gennemfører, har længere ludomanikarriere end de, der falder fra
- personer, der falder fra, har i højere grad haft rusmiddelproblemer

Ændringer under og efter ambulant behandling og døgnkursus

- de gennemførende døgnkursister er ved behandlingsstart mere belastede end de gennemførende ambulante klienter med hensyn til spilleafhængighed, oplevet psykisk belastning, depressivitet og alexitymi
- ligeledes er de gennemførende døgn-

kursister på en række personligheds- og symptomæssige områder klart mere belastede end de gennemførende ambulante klienter

Klienters egen vurdering af ludomanibehandling og -opfølgning

- i begge behandlingsspor har op mod to tredjedel (63%) ikke oplevet ludomani-problemer i opfølgningsperioden
- op mod en tredjedel (29%) har haft problemer, men er stoppet
- 13% af ambulante og 7% af døgnkursister har tilbagefald
- tre fjerdedele (78%) har overholdt deres målsætninger i forhold til spil

Ændringer i økonomiske forhold

- døgnkursister har en follow up svarprocent på 65%, ambulante behandlede klienter på 39%
- døgnkursister spiller i snit for godt 300 kroner per måned efter behandlingen (mod knap 10.000 før). Ambulante klienter spiller i snit for godt 800 kroner (mod knap 9.000 før)
- 17% af de døgnbehandlede og 26% af de ambulante spiller for mere end 500-kroner per måned
- ca. halvdelen af de ambulante klienter (48%) og en tredjedel af døgnkursisterne (33%) er holdt helt op med at spille, vurderet efter deres pengeforbrug på spil
- 65% af de ambulante og 75% af døgnkursister er totalt afholdende fra spil i follow up perioden, vurderet efter deres antal spilleepisoder om måneden
- efter behandlingen oplever de fleste deres økonomi og evnen til at adminis-

trere den væsentligt mere positiv end før behandlingen

- kriminaliteten er i follow up perioden tæt på nul hos døgnkursisterne, og under 5% for de ambulante
- 80-85% klienterne scorer ikke længere som ludomane i DSM-IV skalaen for spillelidenskab efter behandlingen
- klienternes spilletrang er reduceret væsentligt og faktiske spilleepisoder forekommer nu kun i snit 1 (døgn kursister) eller 2 dage (ambulante) på en måned.

Ændringer i comorbiditet og testpsykologiske variabler

- den generelle subjektive belastningsoplevelse, depressivitet, alexitymi og scoren på personlighedstest reduceres signifikant for såvel ambulante klienter som for døgnkursister, men langt mere udtalt hos døgnkursisterne, på trods af deres højere belastningsgrad før behandlingen

8. Psykopatologiske faktorer i forhold til behandlingseffekt

I dette afsnit vil vi se på betydningen af de centrale psykopatologiske parametre for behandlingseffekten. Vi ser derfor på personlighedsmæssig dobbeltbelastning, alexitymi og sensation seeking, på antydede forskelle mellem de forskellige prototyper/clustre, og på depressivitet og oplevet psykisk belastning.

Med dobbeltbelastning refererer vi i dette afsnit til personer, der ved indskrivningen testpsykologisk blev vurderet som middelsvært eller svært personlighedsforstyrret, og med normalitet mener vi personer, der blev vurderet som ikke eller kun let personlighedsforstyrret.

Behandlingseffekten belyses ved udvalgte ludomaniparametre ved indskrivning og follow up i form af

- DSM-IV, ludomani
- oplevet spilletrang
- frekvens af spilleepisoder
- månedligt forbrug af penge på spil

I de foregående afsnit har vi typisk sammenstillet en lang række før og efter data, så vi kunne vise eventuelle forskelle eksempelvis mellem ambulant behandlede og døgnbehandlede klienter. Da både normal-gruppen og den dobbeltbelastede gruppe generelt har positiv effekt af behandlingen har vi i stedet valgt illustrere forskelle mellem gruppernes behandlingsudbytte med eventuelle forskelle i den relative risiko (risiko ratio).

8.1 Psykopatologisk dobbeltbelastning

Både normalgruppen og den dobbeltbelastede gruppe reducerer i signifikant grad spillefrekvens, pengeforbrug på spil, DSM-IV-ludomaniscore, psykopatologiske parametre og flere andre parametre, der dokumenterer udbytte på tværs af en række klientkarakteristika.

En sammenligning mellem normale ludomane og dobbeltbelastede ludomane med hensyn til frafald viser heller ingen forskel, idet 54 % af de normale har frafald og 51 % af de dobbeltbelastede (risiko ratio 1.06).

Alligevel er der forskelle, som vi finder det væsentligt at fremhæve, og som vises herunder. I forhold til normalgruppen har de dobbeltbelastede efter behandlingen:

- 33 % større risiko for svære tilbagefald end de normale (risiko ratio 0.77)
- 36 % større risiko for hyppig spilletrang (risiko ratio 1.36)
- 90 % ringere chance for at have overholdt egne målsætninger om spil (risiko ratio 1.9)
- 64 % ringere chance for at have anvendt spillemodvirkende strategier (risiko ratio 0.36)

Dette betyder, at selvom dobbeltbelastede klienter har positivt udbytte af ludomanebehandling, så er der grund til at regne med, at de profiterer mindre end normale ludomane. Testpsykologiske manifestationer af personlighedsforstyrrelse ved behandlingens start må derfor opfattes

som en væsentlig risikofaktor for ringere behandlingsudbytte trods gennemført behandling.

8.2 Alexitymi og sensation seeking

Ved sammenligning af behandlingsudbyttet i den alexityme overfor den ikke-alexityme gruppe ses følgende forskelle

- risikoen for at have store ludomaniproblemer i follow up perioden er 64 % højere i den alexityme gruppe (risiko ratio 0.36)
- der er godt dobbelt så stor risiko for ikke at have overholdt sin spillemålsætning hos de alexityme (risiko ratio 0.47)
- der er 27 % højere risiko for ikke at have anvendt spillemodvirkende strategier hos de alexityme (risiko ratio 0.73)

Ser vi på høj og lav grad af sensation seeking er de højt scorende kendetegnet ved at

- risikoen for ludomaniproblemer i follow up perioden er 24 % højere hos høj sensation seeking gruppen (risiko ratio 0.76)
- modsat er der næsten dobbelt så stor chance for at have anvendt spillemodvirkende strategier i netop høj sensation seeking gruppen (risiko ratio 1.9)

8.3 De personlighedsmaessige prototyper/clustre

Vi har ikke datamæssig baggrund for at afklare præcist, hvad der måtte være af forskelle mellem de forskellige prototyper med hensyn til deres udbytte af behandlingen. Der er optræk til små, men usikre forskelle, så vores efterfølgende overvejelser er ment som udokumenteret stof til eftertanke.

Eftersom hovedparten af de ludomane, som gennemfører behandlingen har god effekt, er det ikke overraskende, at de fem forskellige prototypiske ludomane alle profiterer af behandlingen.

Tre af prototyperne træder dog antydningvis frem på en måde, vi vil kommentere, idet der er tegn på ringere behandlingsudbytte på grund af en specifik øget sårbarhed ved visse personlighedsmønstre.

Vi finder således, at:

Cluster 3, *Lad mig være*, har relativt højere spillefrekvens og pengeforbrug i follow up perioden.

Cluster 4, *Hit med pengene* – nu, skiller sig ud ved, at de i follow up perioden er den eneste af grupperne, der har lavet kriminalitet (14 % af cluster 4) – på trods af, at de ved indskrivning tegnede sig for den gruppemæssigt laveste spillegæld og det laveste månedlige beløb til spil.

Cluster 5, *Mit liv er kaos*, viser sig stadig at være på noget tættere på ludomanidiagnosen i DSM-IV end de øvrige, og de har haft flere spilleepisoder per måned, og har brugt relativt flere penge på spil.

8.4 Depressivitet og oplevet psykisk belastning

Der er allerede før behandlingen konstateret en meget overbevisende forskel mellem personer uden depression (BDI < 13, n=105) og personer med alvorlig depression (BDI > 28, n=73) med hensyn til deres grad af ludomani målt med DSM-IV. På follow up tidspunktet er de oprinde-

ligt depressives ludomaniscore fortsat højere (3 mod 2), men ikke signifikant. Begge grupper har således reduceret deres ludomaniscore fra før behandlingen meget radikalt på follow up tidspunktet, men dette gælder også deres depressionsscore, som ved follow up ej heller længere er signifikant forskellig de to grupper imellem. Som tidligere nævnt peger dette på, at de ludomanes depressive symptomer hovedsageligt kan opfattes som en af reaktionerne på livet som ludoman. Der ses en sammenhæng mellem høj depressionsscore ved indskrivningen og dobbeltbelastning, idet 86% af de dobbeltbelastede scorer højt på BDI, hvilket kun 15% af normalgruppen gør.

Depressivitet ved indskrivningen kan derfor som sagt opfattes dels som en reaktion på ludomanien, men også som en sårbarhedsindikator, der er en funktion af almen psykopatologi, idet høj depressionsscore er langt mere prominent i de to clustre, der er præget af borderline-træk, end i de øvrige tre clustre.

I sig selv har høj score på skala for depression ikke betydning for tilbagefald og pengeforbrug til spil i follow up perioden eller om strategierne mod spilletrang er benyttet eller ej. Derimod ses en 25 % højere risiko for at opleve spilletrang hyppigt i follow up perioden hos de oprindeligt depressive i forhold til de ikke depressive.

En tilsvarende opdeling efter psykisk belastning i høj (SCL-90 > 85, n= 152) og lav (SCL-90 < 85, n= 172) viser som ovenfor, at den højt scorende del af populationen har signifikant større spilleproblemer

målt med DSM-IV, ludomani ($p = .000$), men forskellen på dette punkt er atter udjævnet efter behandlingen.

Prognostisk har en høj score på SCL-90 ved indskrivningen ikke afgørende værdi, da forskellen på høj og lav gruppen er en minimalt større risiko for tilbagefald til ludomani (risiko ratio 1,1) og for at opleve hyppig spilletrang (risiko ratio 1,1). Derudover er der ingen signifikante forskelle mellem de to gruppers spilleadfærd under follow up perioden.

Opsamling

Den psykiske comorbiditet er overordnet set tilsyneladende ikke af betydning for, om en klient gennemfører ludomanibehandling er ej: alle - uanset belastning - gennemfører døgnkursus, når først de er nået dertil (på nær, som nævnt, en enkelt person), og 6 ud af 10 falder fra i de ambulante faser.

Ved sammenligning af den relative risiko for forskellige former for udfald ved follow up undersøgelsen viser der sig alligevel en ikke ubetydelig forskel i de dobbeltbelastedes disfavør: ved gennemført behandling er udbyttet ringere end for de normale ved 6 måneders follow up tidspunktet. Det betyder, at grad af personlighedsforstyrrelse er en faktor med betydning for den enkelte klients udbytte af behandlingen.

Trækket alexitymi – som vi tidligere har vist er en almen indikator for klientens psykopatologi – viser samme tendens: jo højere belastning desto større er risikoen for ringere behandlingsudkomme. I begrænset udstrækning ses noget tilsvarende

ved sensation seeking, hvor den højt scorende del af populationen nok har været meget mere flittige til at bruge spillemodvirkende strategier – men alligevel med et lidt ringere udkomme end den lavt scorende del.

Vores – noget vage – data i forhold til de ludomane prototypers respektive udbytte viser ikke noget konklusivt, men tendenserne tyder på, at der bør forskes mere i en afklaring af de fundne tegn på, at øget

sårbarhed hos borderlineprægede klienter giver ringere effekt.

Endelig kan det – som før - konstateres, at vores data peger på, at den høje forekomst af depressivitet og oplevet psykisk belastning før behandlingen er relativ i forhold til ludomanien. Høj grad af depressivitet ved indskrivningen predikerer alene en mere hyppig trang til spil i follow up perioden – men ikke mere spil som sådan.

9. Sammenfatning, diskussion, konklusion og perspektivering

Nærværende undersøgelse har haft tre formål:

- a) at kortlægge demografiske og psykologiske klientkarakteristika – især personlighedsforstyrrelser, personlighedsmønstre som sensation seeking behavior og alexitymi samt kliniske syndromer som depression og almen aktuell belastningsoplevelse –
- b) at undersøge virkningerne af behandling for ludomani i dels intensive og dels ekstensive forløb, som de praktiseres på Center for Ludomani i Odense
- c) at belyse de demografiske og psykologiske faktoreres betydning for prognosen efter behandling

Vi vil i dette afsnit sammenfatte og diskutere vores resultater i forhold til hvert af de tre formål for sig, og samtidig diskutere resultaterne i relation både til andre undersøgelser og til teoretiske overvejelser. Endelig vil vi diskutere de behandlingsmæssige implikationer af vores undersøgelse.

9.1 Sociale og spillemæssige forhold

De 459 klienter fra Center for Ludomani er i mange henseender en heterogen gruppe af mennesker, men dog med ensartethed på det punkt, at de alle som én viste sig kvalificeret til diagnosen patologisk spillelidenskab på den danske diagnoseliste ICD-10 – endda i overbevisende grad.

Aldersmæssigt er der et langt spring fra den yngste på 14 år til den ældste på 74 år, men de fleste ligger i intervallet fra 25 til 40 år, og er med et gruppegennemsnit på 35 år lidt ældre end i flere andre undersøgelser af ludomane i behandling, hvor gennemsnittet typisk er under 30 år (Legarda et al. 1992; Ladouceur 1996; Wynne 1994; Abbott & Volberg 1991; Rönnerberg et al. 1998; Sommers 1988; Volberg 1993).

I den aktuelle gruppe er det især kvinderne, der med et gennemsnit på 44 år trækker alderen op.

Kvinderne i den undersøgte gruppe er ikke umiddelbart mindre ludomane end mændene, men de er 10 år ældre og har debuteret som ludomane langt senere, hvilket vi ikke har nogen entydig forklaring på. I social henseende er kvindegruppen i en mere ressourcetsvag position end mændene, afspejlet i især en svagere tilknytning til arbejdsmarkedet.

Undersøgelsen kan ikke give noget svar på, om danske ludomane generelt er ældre end i andre lande, eller om de bare søger behandlingsmæssig hjælp senere end andre steder, men det vil blive belyst, når Skatteministeriets og Socialforskningsinstituttets igangværende prævalensundersøgelse foreligger. Undersøgelsen viser også, at der er 5 gange så mange mænd som kvinder i behandling på Center for Ludomani. Om dette skyldes, at der reelt er 5 gange så

mange mænd som kvinder i Danmark, der lider under ludomani, eller om kvinder i ringere grad end mænd søger behandling kan vi heller ikke svare på, men også det vil den danske prævalensundersøgelse kunne kaste lys over.

Demografisk og spillemæssigt er den typiske klient i den undersøgte gruppe en mand i alderen 25 til 40 år, der har spillet pengespil i 13 år, og selv opfattet de seneste 5 års spil som patologisk. Der er gennem denne karriere angiveligt brugt i alt 900.000 kroner på hasardspil, og der rester nu en gæld på 140.000 kroner – men med meget store variationer i disse tal gående fra det relativt beskedne og til det helt monstrøse.

De fleste har haft lyst til at spille nærmest hele tiden, og har gjort det mindst hver anden dag, i praksis sandsynligvis så tit pengene har muliggjort det. Når de har vundet er gevinsten gået direkte til hasardspil med henblik på at vinde det hidtil tabte tilbage (chasing), hvorimod det at bruge gevinsten til at afvikle spillegæld er tæt på utænkeligt. En undergruppe spiller usædvanlig sjældent (1 til 2 gange per måned), men til gengæld for store summer, som omsætningsmæssigt bringer dem på højde med det gennemsnitlige for gruppen alligevel.

De fleste er afhængig af mere end én type spil, men det er kendetegnende, at spilleautomater udgør langt det mest foretrukne "redskab", fulgt af oddset og roulette på casino. Dette udfald er helt i tråd med opfattelsen af, at et spils *afhængighedspoten-*

tiale beror på hvor høj en *hændelsesfrekvens* (tab/gevinst) spillet opererer med. Som nævnt i baggrundsafsnittet er hændelsesfrekvensen ved roulette eller spilleautomater ekstremt høj, og det betyder at spilleren hurtigt kan fortrænge oplevelsen af et tab ved straks at satse på en ny spillerunde, samtidig med at det belønnende *kick* ved oplevelsen af spændingsopbygning/-udløsning er maksimalt (Meyer 2000; Kellermann 2004).

I social henseende har den undersøgte gruppe et lidt lavere uddannelsesniveau end forventeligt (kun 3% har f.eks. højere uddannelse). Mange har bevaret et regulært arbejde på trods af ludomanien. Op imod halvdelen er dog på indskrivningstidspunktet ude af arbejdsmarkedet, og især en del af kvinderne synes langt væk i denne henseende.

De fleste lever i et parforhold (om end lidt sjældnere end normalbefolkningen), har en stabil boligsituation, og har børn. Ludomanien har dog givet alvorlige familiemæssige problemer for langt de fleste, og mange kan ikke længere holde styr på egen økonomi, som ligger i ruiner. Nogle har klaret sig igennem dette uden kriminalitet, men en tredjedel af mændene angiver at have skaffet penge til spil gennem kriminalitet.

Mere end en fjerdedel har nære pårørende, der også har et problematisk forhold til spil, især på fædrene side, og må formodes at være vokset op i miljøer, hvor de har haft afgørende rollemodeller med spilleproblemer. Dette forhold stemmer ganske godt overens med udenlandske undersøgelser, hvor man har fundet familierelateret ludo-

mani for 20-50 procents vedkommende blandt ludomane (Wallisch 1993; Bergh & Kühlhorn 1994; Black & Moyer 1998).

Vi har ikke registreret klienternes etniske tilhørsforhold, men en optælling af etnisk prægede navne i databasen tyder på, at omkring 6,5 % er af anden etnisk herkomst, hvilket jo ikke antyder nogen form for overrepræsentation i denne gruppe, sådan som udenlandske undersøgelser kunne give anledning til at forvente (Abbott & Volberg 1991; Wynne 1994). Derfor kan der jo godt i Danmark som helhed, eller i visse geografiske områder og/eller subkulturer være tale om en overrepræsentation af ludomani blandt etniske grupper. Den manglende afspejling i et klinisk materiale som vores kan jo også være en afspejling af en mindre tilbøjelighed i disse grupper til at søge hjælp. Vores data giver ikke grundlag for en nærmere afklaring af dette, men det vil være oplagt i kommende studier af ludomane at fokusere på etnicitet som en faktor.

9.2 Psykiske symptomer, der ledsager ludomani

Der er en række indikatorer på, at der i ludomaniens kølvand optræder en stærk belastningsoplevelse og forringet psykisk trivsel, hvilket i vores undersøgelse udmøntes i, at der scores højt på skala for dystymi, og næsten hver tredje kvinde – men kun hver sjette mand – har svært forhøjet score på skala for depression. Det er vores opfattelse, at de fleste har disse symptomer som reaktioner på oplevelsen af at være afhængige af pengespil, der har ruineret dem, belastet deres familieliv og

arbejdsliv, og drevet dem til lyssky eller kriminelle handlinger.

En fjerdedel har haft rusmiddelproblemer, og næsten halvdelen har nære familiemedlemmer med sådanne problemer. Især kvinderne angiver at de selv har haft eller aktuelt har rusmiddelproblemer.

Sammenholdt med udenlandske undersøgelser af ludomane og problemspillere er forekomsten af sidemisbrug – især det aktuelle – dog relativt lavt. Flere undersøgelser peger på sidemisbrug blandt ludomane og problemspillere for over halvdelens vedkommende (Wallisch 1993; Abbott & Volberg 1992; Crockford & el Guebaly 1998; Lesieur & Blume 1991).

Mange har været så desperate, at de har haft tanker om selvmord, eller – dog i mindre grad – har gjort forsøg på selvmord. Hvor kvalitativt alvorlige intentionerne i disse forsøg har været, kan vi ikke belyse ud fra vores data, hvorfor vi mest har beskæftiget os med dét, at mange har haft selvmordstanker, hvilket jo i sig selv er meget alvorligt i både almindelig og i psykopatologisk forstand.

Selvmodstanker og -adfærd i nærværende undersøgelse er i tråd med andre undersøgelser, hvor man har fundet, at 12-27% blandt ludomane har forsøgt at begå selvmord på et tidspunkt i deres liv, og lidt over halvdelen lider af suicidal ideation (Bergh & Kühlhorn 1994; Ladouceur et al. 1994; McCormick et al. 1984; Beaudoin & Cox 1999).

En nærmere analyse af vore data viser, at selvmordstanker optræder bredt fordelt i

den undersøgte gruppe, også hos normale/lavt belastede spillere, hvor risikoen for selvmordstanker øges med stigende grad af ludomani, herunder især spillegældens og pengeforbrugets størrelse, samt problemets varighed. Det vil sige, at jo mere en person er fanget i ludomanifælden, desto større er risikoen for, at han overvejer at tage sit eget liv.

Selvmodstankerne er dog klart mere fremtrædende hos undergrupper, som psykopatologisk set er kendt for øget risiko i så henseende. Den største risiko for selvmordstanker ses således hos personer, der spiller meget, har gjort det længe, er middelsvært til svært personlighedsforstyrret, især med udtalt emotionel ustabilitet og impulsivitet, som f.eks. hos personlighedsforstyrrelser af typen borderline, antisocial, narcissistisk og histrionisk.

Hvor mange personer med ludomani, der rent faktisk begår selvmord, kender vi ingen undersøgelser af, men der er ud fra almene psykopatologiske erfaringer grund til at antage, at en så massiv forekomst af såvel selvmordstanker som selvmordsforsøg også indebærer risiko for en øget dødelighed af selvmord som ledsagefænomener til ludomani (Bourget et al. 2003).

9.3 Psykologiske mønstre hos ludomane

Blandt de personligheds mønstre, som har været i søgelyset i forhold til ludomani, har vi set specifikt på alexitymi og sensation seeking, som i visse undersøgelser er fundet fremtrædende ved ludomani, mens andre undersøgelser har været noget uklare.

Til forskel herfra er der nogenlunde konsensus om, at trækket impulsivitet har betydning for ludomani, hvilket som nævnt støttes af vores data, hvor tre af de fem personlighedsmæssige prototyper (1, 2 og 4), vi har peget ud i vores materiale, hører under DSM-IV-listens cluster B-forstyrrelser, som er stærkt forbundet med bl.a. impulsivitet (borderline, antisocial, narcissistisk, histrionisk) (Millon 1999).

Hos personer med psykosomatiske lidelser og hos en del rusmiddelmissbrugere ses ofte manglende evne til at genkende og sætte ord på egne følelser, dvs. alexitymi. Dette findes også hos en del personer i den undersøgte gruppe, og der viste sig en klar sammenhæng mellem grad af alexitymi og grad af ludomani.

Dette kunne tyde på, at pengespillet – i det mindste hos nogle ludomane – bliver en form for emotionsfokuseret mestring af psykisk ubehag (svarende til forestillingen om den rusmiddelfafhængiges brug af f.eks. alkohol som selvmedicinering), som personen ikke formår at håndtere med mere offensiv, problemløsende mestring. Vi kan imidlertid ikke med sikkerhed slå fast, om alexitymi som sådan er et selvstændigt psykologisk træk, eller om det er en mere underordnet parameter for almen psykopatologisk forstyrrelse og belastning. Vi hælder dog mest til det sidste, idet vi i vores materiale ser en meget klar sammenhæng mellem graden af psykisk comorbiditet (belastningssymptomer og personlighedsforstyrrelser) på den ene side og graden af alexitymi på den anden side.

Det synes umiddelbart nærliggende at forbinde patologisk spillelidenskab med det psykologiske træk sensation seeking, det vil sige trangen til at ville opleve noget nyt, spændende og helst nervepirrende, selvom det er forbundet med risiko. I den udstrækning vi har belyst sensation seeking, har det vist sig at være korreleret dels med levealder og dels med særlige personlighedsmønstre: personer med lav grad af sensation seeking er mere hæmmede, frygt-somme, selvusikre, konforme, selvnedgørende og isolerede end personer med høj grad af sensation seeking, som er mere udadvendte, selskabelige, impulsive, pågående og aktive i deres personlighedsstil – og klart mere afhængige af spil. Derimod har vi ingen indikation for, at personer med lav grad af sensation seeking adskiller sig fra personer med høj grad af sensation seeking i deres grad af personlighedsforstyrrelse, eller i forhold til deres spil.

Vores resultater er forenelige med Zuckermans (1999) overvejelser om, at sensation seeking kan tilskynde især unge spillere til at engagere sig i pengespil, men at sensation seeking som sådan næppe har samme helt fundamentale betydning for ludomanien, som impulsivitet har. Nærværende undersøgelses resultater er således i tråd med, hvad man har konkluderet i en række undersøgelser, hvor det ikke har været muligt at finde sammenhæng mellem grad af sensation seeking og ludomani (Hammelstein 2004).

9.4 Dobbeltbelastning – ludomani og personlighedsforstyrrelser

Knap halvdelen af den undersøgte gruppe

er testpsykologisk vurderet som *ikke* eller kun *let personlighedsforstyrret*. Her synes overvejende at være tale om et “rent” ludomaniproblem i kombination med forskellige grader af psykiske belastningssymptomer i kølvandet på det vanskelige liv som pengespiller, men som i vid udstrækning falder på plads, når der kommer styr på ludomanien og de direkte afledninger af denne.

Den øvrige halvdel af klienterne er ved siden af deres ludomani personlighedsforstyrrede i moderat, middelsvær eller svær grad, og denne form for dobbeltbelastning er således langt mere almindelig blandt ludomane i behandling end i befolkningen i øvrigt, hvor man sædvanligvis ikke regner med, at finde personlighedsforstyrrelser hos mere end cirka 10 % (Merikangas & Weissmann 1986). I forhold til internationale studier af ludomani-populationer er klientgruppen fra Center for Ludomani placeret nogenlunde i midten af spektret, og er desuden mindre personlighedsforstyrrede end alkoholafhængige døgnklienter ved Behandlingshjemmet Ringgården (Nielsen & Røjskjær 2002).

I sammenligning med den mere *rent* ludomane (herefter kaldet “normale”) gruppe kæmper de dobbeltbelastede klienter ikke alene med et alvorligere og mere langvarigt patologisk spilleproblem samt flere symptomer på psykisk belastning, depression og alexitymi, men også med varierende grader og typer af personlighedsforstyrrelser, som betyder, at de har en række tilpasningsproblemer i deres daglige tilværelse både på det individuelle og på det

relationelle plan. Mange af disse dobbelt-belastede ludomane er impulsive, emotionelt prægede personer med symptomer på stress og dystymi/depressivitet samt tendens til i perioder at misbruge rusmidler. Denne baggrund kunne være en væsentlig del af forklaringen på, at ludomane ofte geråder ud i utallige kriser, der opstår på grund af deres kortsigtede, uigennemtænkte, ofte hensynsløse og impulsive livstænkning.

Det er indlysende, hvad disse personlighedsmønstre i kombination med hang til hasardspil kan føre til af vidtløftige, desperate og destruktive eskapader med penge og spil.

Det er ligeså indlysende, at de personlighedsmæssige forstyrrelser kan bevirke behandlingsmæssige vanskeligheder i forhold til alliance og samarbejde mellem klient og behandler.

9.5 Ludomane prototyper

Ved hjælp af cluster-analyse fandt vi en inddeling af klienterne i fem clustre, som umiddelbart har givet klinisk meningsfuldhed, når vi i løbet af projektperioden har drøftet dem med behandlere fra Center for Ludomani. Sammenlignet med andres forsøg på lignende clusterbaseret typologisering er der en relativt tydelig lighed mellem vores fem typer og Graham & Lowenfelds fire dominerende mønstre (Graham & Lowenfeld 1986).

Sammenligningen er lidt vanskeligere i forhold til Meyers (1991) inddeling på et materiale af tyske patologiske automatspillere, men der er også her klare paralleller. Blandt andet beskriver Meyer en gruppe,

som ikke har nogen comorbiditet, hvilket synes at svare til nærværende undersøgelses type 1, normalgruppen.

Hvis man ser på Blaszczyński & Nower's (2002) forsøg på at samle den foreliggende viden om subgrupper af patologiske spillere i tre typiske stier, pathways, kan der i vores materiales normalgruppe findes støtte til pathway 1, som rummer de adfærdsmæssigt betingede problemspillere, som igen og igen udviser ringe dømmekraft ved at engagere sig i destruktiv pengespiladfærd, men disse personer har ikke nogen psykisk comorbiditet – og er i den forstand normale.

Den anden pathway rummer de emotionelt sårbare problemspillere, som oplever spilleproblemer som følge af depressive symptomer, angst eller andre emotionelle problemer. Dette er også i nogen grad forenelig med f.eks. vores type 3 (Lad mig være) og dele af type 5 (Mine følelser er kaos).

Den tredje pathway rummer de antisociale, impulsivistiske problemspillere, der involverer sig i dumdristige og spontane spilleepisoder, og som typisk viser tegn på antisocial personlighedsforstyrrelse, emotionel sårbarhed, misbrug af rusmidler og andre comorbide psykiatriske tilstande. Denne pathway illustrerer i rimelig grad især vores type 4 (Hit med pengene) og type 5 (Mine følelser er kaos).

Det er ikke vores hensigt at forsøge at skabe fuldstændigt match mellem vores typologiseringsforsøg og andre undersøgelses type-inddelinger samt Blaszczyński & Nower's udviklingsmodel for ludomani. Men nærværende undersøgelse må samlet

set siges at være et bidrag til den foreliggende - om end spredte - evidens for diverse prototypiske patologiske spillere, samt til de gryende forsøg på udvikling af mere teoretiske forståelsesmodeller, som ligger bag den klinisk erfarede heterogenitet hos ludomane i behandling.

I psykopatologisk henseende kan vi ikke dokumentere en større belastning hos kvinderne, hvad angår personlighedsforstyrrelse, men deres symptombelastning er klart højere end mændenes og deres psykologiske profil er også anderledes idet de har et langt mere selvnedgørende, angstpræget og somatiserende mønster. Mændene er mere hensynsløse, aggressive, ambivalente og rusmiddelfhængige. Dette er umiddelbart foreneligt med den tidligere omtalte hypotese om forskelle i mænds og kvinders spillemønstre (Spunt et al. 1998; Jørsel et al. 1996), hvor kvinder anses for i højere grad at bruge spillet som en "flugt" fra ubehagelige situationer, tanker og følelser i deres tilværelse, mens mændene i større grad har en tendens til at bruge spillet symboliseret som en "kamp", hvor de er optaget af temaer om at vinde over maskinen, systemet og/eller egen benægtede oplevelse af selvtilstrækkelighed.

På den anden side har kønsfordelingen i de fem prototyper/clustre, vi har fundet i vores materiale vist, at der findes kvinder indenfor samtlige prototyper, dog med en lille overrepræsentation i cluster 3: *Lad mig være*, hvilket støtter tanken om et flugtmotiv hos nogle kvindelige ludomane – men så sandelig også hos visse mandlige. Dikotomien *kamp-flugt* er nok som værktøj

i den daglige klinik pædagogisk i kraft af sin enkelthed, men synes altså næppe tilstrækkelig nuanceret til at rumme spektret af motiver bag spillelidenskab hos danske ludomane i behandling.

9.6 Virkninger af behandlingen – generelt og i de to behandlingsspor

For at vurdere den eventuelle forskel mellem virkningen af ambulant individuelt samtaleterapi og gruppeterapi under indlæggelse (døgnkursus) har vi undersøgt, i hvilket omfang personer, der har fået den ene henholdsvis den anden form for behandlingsforløb, er sammenlignelige. Det viste sig her tydeligt, at de klienter, som i de indledende samtaler ender med at blive udvalgt til døgnkursus, er såvel spillemæssigt som psykopatologisk mere belastede end klienter, som behandlerne vælger ud til alene at gennemgå ambulant individuelt samtaleforløb.

Ikke desto mindre er reduktionen i spilleproblemer, psykiske belastningssymptomer samt gennemsnitsscorerne på personlighedstest på gruppeniveau forbedret klart mere hos personer, der har gennemført døgnkursus. Umiddelbart ser det således ud til, at klienter der har gennemgået gruppeterapi under indlæggelse, har bedre effekt end klienter, der alene har gennemgået ambulant samtaleterapi, ikke mindst når man tager i betragtning, at døgnkursisterne udgør en tungere belastet gruppe end de ambulante klienter.

Generelt set kan det virke overraskende, at 60 % af de personer, der henvender sig med et behandlingsønske ikke gennemfø-

rer en behandling, men trækker sig meget tidligt eller falder fra senere under forløbet. Dette bortfald sker entydigt under de ambulante dele af forløbene, hvorimod klienterne gennemfører (på nær én person), når de først er kommet på døgnkursus. De der falder fra har en større tendens til at have haft rusmiddelproblemer i løbet af deres tilværelse, mens de der gennemfører, har signifikant længere ludomanikarriere. Behandlingsfrafaldet i den undersøgte gruppe er dog ikke væsentligt forskelligt fra udenlandske undersøgelser (Audet et al. 2003; Grant et al. 2004).

Når behandlingen er gennemført er der klart positive ændringer hos 2/3 af klienterne, som faktisk er holdt helt op med at spille i follow up perioden. Niogtyve procent har haft spilleproblemer, men er stoppet, og 13% af de ambulante klienter og 7% af døgnkursisterne har haft totalt tilbagefald ifølge deres egen vurdering.

Hos døgnkursisterne er pengeforbruget til spil i follow up perioden faldet med 97% i forhold til niveauet før behandlingen. I den ambulante gruppe er det faldet med 91%. Nogle klienter spiller fortsat i follow up perioden for mere end 500 kroner om måneden, hvilket gælder 17% af døgnkursisterne og 26% af de ambulante. Problemer med kriminalitet er stort set elimineret i follow up perioden, og dette understreger en nær forbindelse mellem kriminalitet og excessive spilleproblemer.

Den psykiske dobbeltbelastning slår klart igennem i forhold til behandlingseffekten, hvor en tredjedel af de dobbeltbelastede har svære tilbagefald i follow up perioden,

mens ingen i den "normale" gruppe har oplevet dette. Tre gange så mange af de dobbeltbelastede har overhovedet ikke anvendt deres tilbagefaldsforebyggende strategier fra den kognitive behandling, og de har (derfor?) oplevet tre gange så mange spilleepisoder i follow up perioden som de rent ludomane klienter.

Dette resultat tyder på, at behandlingen generelt set har god effekt i forhold til den ludomane klient, men har vanskeligheder ved at nå igennem til den dobbeltbelastede gruppe. Lignende problematikker er velkendte indenfor behandling af rusmiddelafhængige, hvor eksempelvis dobbeltbelastede alkoholmisbrugere har en tilsvarende tilbøjelighed til ringere behandlingseffekt og endvidere også til frafald i utide, med mindre der indføres personlighedsfokuserede specialtiltag i den terapeutiske indsats (Nielsen & Røjskjær 2002; Nielsen et al. 2004).

9.7 Konklusion

Ludomane, der søger behandling, er for de flestes vedkommende svært psykisk medtagne af livet som patologisk spiller. Dette viser sig i udtalt generel psykisk belastningsoplevelse, depressionssymptomer og tendens til selvmordsadfærd og rusmiddelmisbrug.

Socialt adskiller flertallet sig som udgangspunkt ikke voldsomt fra befolkningen i øvrigt, men ludomanien sætter sig stærke spor i både økonomi, arbejdsliv og familieliv.

Impulsivitet er et afgørende personlighedsmønster for udviklingen af ludomani, hvorimod sensation seeking spiller en uklar rolle, og alexitymi overvejende synes at

være en indikator på psykopatologi og belastning i almindelighed.

De ludomane i denne undersøgelse kan karakteriseres i forhold til fem undergrupper med forskellige personlighedskendetegn og – formentlig – forskellige psykodynamiske symboliseringer af spil.

Der er et relativt stort frafald i den ambulante del af Center for Ludomanis behandling, dog ikke overraskende stort i lyset af internationale ludomanistudier og erfaringer fra danske alkoholambulatorier.

Døgnkurserne gennemføres af så godt som alle.

Ved gennemført behandling er der hos 8 ud af 10 klienter ifølge DSM-IV kriterierne ved opfølgningen ikke længere tale om patologisk spillelidenskab, og de har opnået god kontrol med spil samt massiv reduktion af pengeforbrug og forskellige andre konsekvenser, herunder psykologiske symptomreduktioner over en bred front. Virkningen af gennemført gruppeterapi under indlæggelse er bedre end ved ambulante samtaleforløb, selv om klienterne er mere belastede på døgnkurserne.

Der er indikation på, at dobbeltbelastning med både spilleafhængighed og personlighedsforstyrrelse øger den enkeltes sårbarhed overfor tilbagefald til spil og dermed fører til ringere behandlingsudbytte.

9.8 Perspektivering

Vi har indledningsvis i rapporten diskuteret placeringen af ludomani under impuls-kontrol-forstyrrelser sammen med trikotilomani, kleptomani, pyromani m.m. Den hyppige forekomst af de såkaldte cluster B

personlighedsforstyrrelser (borderline, antisocial, narcissistisk, histrionisk) i vores undersøgelse bidrager indirekte til den foreliggende evidens for impulsivitets centrale rolle i udviklingen af ludomani, og understreger således, hvor vigtigt impuls-kontrol-perspektivet er i forståelsen og behandlingen af personer med alvorlig patologisk spillelidenskab. Hvis der skal være mulighed for at ændre de fundamentale problemer med at styre impulser til spil og hæmme responser til at omsætte dem i praksis, er det nødvendigt at inddrage eksempelvis Cue Exposure Therapy eller andre former for eksponering og fokuseret træning af impulskontrollen (Rosenberg & Mørch 2005).

Men samtidig præsenterer nogle ludomane sig med en række adfærdsmæssige og personlighedsmæssige træk - og endvidere en tendens til rusmiddelafhængighed - hvor de i en vis udstrækning ligner rusmiddelafhængige, hvilket gør det rimeligt at trække på behandlingsmodeller fra misbrugsområdet som en del af referencerammen for ludomanibehandling. I Center for Ludomanis behandling indgår en række kognitive og tilbagefaldsforebyggende metoder, der i nogen grad er "arvet" fra alkoholbehandlingsområdet, hvilket altså har sin berettigelse.

Behandlingen bør derudover være specifik i forhold til de særlige kognitive forvriddninger (erroneous beliefs, jf. Ladouceur 2003), da den ellers risikerer at ramme ved siden af noget helt centralt i enhver ludomans problematik: den magiske tankegang i forhold til sandsynlighed for gevinst, spil-

lepisodernes uafhængighed, tilfældigheder, betydningen af færdigheder og en række andre former for rendyrket, fastlåst overtro.

Eftersom en del af den undersøgte gruppe er dobbeltbelastede af såvel ludomani som personlighedsforstyrrelse bør et fuldt udstyret behandlingsstilbud også rumme viden og metoder beregnet til at håndtere de alliance- og samarbejdsdestruktive dynamikker, som udspringer mere af visse personlighedsforstyrrelser end af andre. Vi tænker her på en behandling, hvor en initial personlighedshypotese omsættes til en personlighedsfokuseret grundintervention (primært i betydning en relevant behandlerstrategi/-holdning), der gør det muligt – på trods af personlighedsforstyrrelsen – at gennemføre en behandling af den patologiske spillelidenskab.

Disse fundamentale problemer med mange ludomanes evne til at styre impulser til spil og hæmme responser gør det imidlertid nødvendigt, at der inddrages specifikke elementer, egnet til at øve impulskontrollen og styrke responshæm-

ningen, eksempelvis diverse former for eksponering og fokuseret træning af impulskontrollen.

Ludomanibehandling bør i lyset af undersøgelsens resultater være indrettet på tre metodeelementer:

1. en specifikt designet bearbejdningsform med henblik på kognitiv omstrukturering af den dybt indgroede spillerelaterede magiske tænkning (erroneous beliefs).
2. metodeelementer beregnet på systematisk træning af impulskontrol og responshæmning hos især den del af klienterne, som er svært impulsive og emotionelle generelt og i forhold til pengespil
3. en strategisk terapeutisk håndtering af complianceproblemer begrundet i de dobbeltbelastedes personlighedsmæssige afvigelser, således at ludomanibehandling kan gennemføres med effekt på trods af disse vanskeligheder med blandt andet affektregulering, og indgåelse af behandlingsalliance og compliance.

- Abbott, M.W. & Volberg, R.A.** (1991) Gambling and problem gambling in New Zealand . Research Series 12.
- Abbott, M.W. & Volberg, R.A.** (1992) Frequent gamblers and problem gamblers in New Zealand . Data collection and analysis by National Research Bureau. Research Series 12.
- Abbott, M.W. & Volberg, R.A.** (1996) The New Zealand national study of problem and pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*. 12 (2) 143-160.
- Abbot, M., R. A. Volberg, J. Baines & N. Taylor** (1999): Gambling Participation, Problems and Social and Economic Impacts: A Critical Review. Draft report to the New Zealand Department of Internal Affairs.
- Audet, C. St-Laurent, D., Chevalier, S., Allard, D., Hamel, D., Crepin, M.,** (2003): Evaluation of the experimental program on pathological gambling. Report #7 – Evaluative monitoring - Implementation indicators – retrospective data. Montreal: Institut national de santé publique du Québec.
- Bagby, R.M., Parker, J.D.A., Taylor, G.J.** (1994). The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale – I Item Selection and Cross-Validation of the Factor Structure. *Journal of Psychosomatic Research*, vol 38 (1): 23-32.
- Ball, S.A.** (2005) Personality traits, problems, and disorders: clinical applications to substance use disorders. *Journal of Research in Personality*, 39: 84-102.
- Beaudoin, C.M. & Cox, B.J.** (1999) Characteristics of problem gambling in a Canadian context: a preliminary study using a DSM-IV- based questionnaire. *Canadian Journal of Psychiatry*. 44(5): 483-7.
- Bechara, A.** (2001) Neurobiology of decision-making: risk and reward. *Semin Clin Neuropsychiatry*. 6(3): 205-16.
- Bechara, A.** (2003) Risky business: emotion, decision-making, and addiction. *J Gambli Stud.*; 19(1): 23-51.
- Bechara, A., Dolan S., Hindes A.** (2002) Decision-making and addiction (part II): myopia for the future or hypersensitivity to reward? *Neuropsychologia*. 40(10): 1690-705.
- Beck, A.T., Waard, C.H., Mendelsen, M., Mock, J., Erbaugh, J** (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General psychiatry*, 4: 561-571.
- Beck, J.** (1998) Complex cognitive therapy treatment for personality disorder patients *Bulletin of the Menninger Clinic*. vol. 62: 170-194.
- Becona, E.** (1993) The prevalence of pathological gambling in Galicia (Spain). *Journal of Gambling Studies*. 9 (4): 353 – 369.
- Becona, E.** (1996) Prevalence surveys of problem and pathological gambling in Europe. *Journal of Gambling Studies*. 12 (2): 179-192
- Becona, E., Del Carmen Lorenzo, M. Fuentes, M. J.** (1996) Pathological gambling and depression. *Psychological Reports*, 78: 635-640.
- Bergh, C. & Kühlhorn, E.** (1994) The development of pathological gambling in Sweden. *Journal of Gambling Studies*. 10 (3): 261-267
- Black, D.W., Belsare, G. & Schlosser, S.** (1999) Clinical features, psychiatric comorbidity, and health-related quality of life in persons reporting compulsive computer use behavior. *Journal of Clinical Psychiatry*. 60 (12): 839-844
- Black, D.W. & Moyer, T.** (1998) Clinical features and comorbidity of subjects with pathological gambling behaviour. *Psychiatric Services*. 49(11): 1434-9.
- Blanchard, E.B., Arena, J.G. & Pallmeyer, T.P.** (1981) Psychometric properties of a scale to measure alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics* 35: 64-71.
- Bland, R.C., Newman, S.C., Orn, H., Stebelsky, G.** (1993) Epidemiology of pathological gambling in Edmonton. *Can. J. Psychiatry*, 38 March: 108-112.
- Blażczynski, A.** (1999) Pathological gambling and obsessive-compulsive spectrum disorder. *Psychological Reports* 84 (1): 107-113

- Blaszczynski, A. P., Winter, S. W., McConaghy, N.** (1986) Plasma endorphin levels in pathological gambling. *Journal of Gambling Behavior*, 2 1: 3-14.
- Blaszczynski, A., & McConaghy, N.** (1988) SCL-assessed psychopathology in pathological gamblers. *Psychological Reports*, 62, pp. 547-552.
- Blaszczynski, A. & McConaghy, N.** (1989) Anxiety and/or depression in the pathogenesis of addictive gambling. *The International Journal of the Addictions*, 24 (4): 337-350.
- Blaszczynski, A., McConaghy, N., Frankova, A.** (1990) Boredom proneness in pathological Gambling. *Psychological Reports*, 67 : 35-42.
- Blaszczynski, A. & McConaghy, N.** (1994) Antisocial personality disorder and pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 10 2: 129-145.
- Blaszczynski, A., Steel, Z., McConaghy, N.** (1997) Impulsivity in pathological gambling: the antisocial impulsivist. *Addiction*, 92 1: 75-8.
- Blaszczynski, A. & Nower** (2002) A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction* 97: 487-499.
- Blaszczynski, A & Silove, D** (2001) Cognitive and behavioural therapies for pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, vol. 11(2): 195-220.
- Blaszczynski, A., Sharpe, L. & Walker, M.** (2001) The assessment of the impact of the reconfiguration on electronic gaming machines as harm minimisation strategies for problem gambling. Final report. University of Sydney gambling research unit. November 2001.
- Bourget, D., Ward, H., Gagné, P.** Characteristics of 75 Gambling-Related Suicides in Quebec. *Bulletin* December 2003. Canadian Psychiatric Association.
- Breslin, F.C., Sobell, M.B., Cappell, H., Vakili, S., Poulos, C.X.** (1999) The effects of alcohol, gender, and sensation seeking on the gambling choices of social drinkers. *Psychology of Addictive Behaviors*. 13 (3) 242-252.
- Carlton, P. L. & Manowitz, P.** (1992) Behavioral restraint and symptoms of attention deficit disorder in alcoholics and pathological gamblers. *Neuropsychobiology*, 25: 44-48.
- Carroll, D. & Huxley, J.A. (a).** (1994) Cognitive, dispositional, and psychophysiological correlates of dependent slot machine gambling in young people. (FIRST of TWO studies in one article), *Journal of Applied social Psychology*, 24 12: 1070-1083.
- Castellani, B. & Rugle, L.** (1995) A comparison of pathological gamblers to alcoholics and cocaine misuses on impulsivity, sensation seeking, and craving. *Gamblers and Substance Abusers*, : 275-289.
- Comings, D.E., Rosenthal, R.J., Lesieur, H.R., Rugle, L.J., Muhleman, D., Chiu, C., Dietz, G., Gade, R.** (1996) A study of dopamine D2 receptor gene in pathological gambling. *Pharmacogenetics*, 6 : 223-234.
- Comings, D.E., Gade, R., Wu, S., Chiu, C., Dietz, G., Muhleman, D., Saucier, G., Ferry, L., Rosenthal, R.J., Lesieur, H.R., Rugle, L.J., MacMurray, P.** (1997) Studies of the potential role of the dopamine D1 receptor gene in addictive behaviors. *Molecular Psychiatry*, 2 : 44-56.
- Coulombe, A., Ladouceur, R., Desharnais, R. Jobin, J.** (1992) Erroneous perceptions and arousal among regular and occasional video poker players. *Journal of Gambling Studies*, 8 3: 235-243.
- Coventry, K. & Norman, A.** (1997) Arousal, sensation seeking and frequency of gambling in off-course horse racing bettors. *British Journal of Psychology*, 88 : 671-681.
- Coventry, K. & Norman, A.** (1998) Arousal, erroneous verbalizations and the illusion of control during a computer-generated gambling task. *British Journal of Psychology*, 89: 629-645.
- Crockford, D.N & el-Guebaly, N** (1998) Psychiatric comorbidity in pathological gambling: A critical review. *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 43 (1): 43-50.
- Cunningham-Williams, R.M, Cottler, L.B, Compton, W.M, Spitznagel, E & Ben-Abdallah, A** (2000) Problem gambling and comorbid psychiatric and substance use disorders among drug users recruited from drug treatment and community settings. *Journal of Gambling Studies*, vol. 16 (4): 347-376.

Derogatis, L.R. & Cleary, P.A. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validity. *Journal of Clinical Psychology*, 33: 981-989.

Diskin, K. & Hodgins, D. (1999) Narrowing of attention and dissociation in pathological video lottery gamblers, *Journal of Gambling Studies*, 15 1: 17-28.

Dostojevski, F.M. (1866/1957). Spilleren – af en ung mands optegnelser. Stig Vendelkærs Forlag.

Echeburua, E, Baez C, Fernandez-Montalvo J. (1996) Comparative effectiveness of three therapeutic modalities in the psychological treatment of pathological gambling. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, vol. 24:51-72.

Echeburua, E, Fernandez-Montalvo J, Baez C (2000) Prevention in the treatment of slot-machine pathological gambling: long-term outcome. *Behavioral Therapy*, vol. 31:351-64.

el-Guebaly, N & Hodgins, D (2000) Pathological gambling: The biopsychological variables and their management. Interim Report 10, Alberta Gaming Research Institute

Fernandez-Montalvo, J. & Echeburua, E. (2004) Pathological gambling and personality disorders: an exploratory study with the IPDE. *Journal of Personality Disorders*. 18 (5): 500-505.

Fischer, S. & Griffiths, M.D. (1995). Current trends in slot machine gambling. Research and policy issues. *Journal of Gambling Studies*, 11: 239-247.

Fukui, H, Murai, T, Fukuyama, H, Hayashi T, Hanakawa T. (2005) Functional activity related to risk anticipation during performance of the Iowa Gambling Task. *Neuroimage*. 24(1): 253-9.

Gambino, B., Fitzgerald, R., Shaffer, H., Renner, J., Courtneage, P. (1993) Perceived family history of problem gambling and scores on SOGS. *Journal of Gambling Studies*, 9 (2): 169-184.

Getty, H. A., Watson, J. Frisch, G. R. (2000). A comparison of depression and styles of coping in male and female GA members and controls. *Journal of Gambling Studies*, 16: 377-391.

Grabe, HJ., Spitzer, C. & Freyberger, HJ. (2004) Alexithymia and personality in relation to dimensions of psychopathology. *Am J Psychiatry*. 2004 Jul;161(7):1299-301.

Graham, J. R., Lowenfeld, B.H. (1986) Personality dimensions of the pathological gambler. *Journal of Gambling Behavior*, 2 1: 58-66.

Grant, J. E., Kim, S. W. & Kuskowski, M. (2004): Retrospective review of treatment retention in pathological gambling. *Comprehensive Psychiatry*, 45(2), 83-87.

Griffiths, M. (1990) The cognitive psychology of gambling (FIRST of TWO studies in article). *Journal of Gambling Studies*, 6 (1) Spring: 31-42.

Griffiths, M. (2001) Gambling technologies: what does the future hold? Report on Problem Gambling.

Griffiths, M. (2003). Gambling: A biopsychosocial approach. Keynote oplæg på SNSUS conference Odense april 2003.

Griffiths, M. (1993) Tolerance in gambling: An objective measure using the psychophysiological analysis of male fruit machine gamblers. *Addictive Behaviors*, 18: 365-372.

Griffiths, M.D. (1994). The Role of cognitive bias and skill in fruit machine gambling. *British Journal of Psychology*, 85: 351-369.

Griffiths, M.D. (1993). Factors in problem adolescent fruit machine gambling: Results of a small postal survey. *Journal of Gambling Studies*, 9: 31-45.

Griffiths, M.D. (1993). Fruit machine gambling: The importance of structural characteristics. *Journal of Gambling Studies*, 9: 101-120.

Griffiths, M.D. (1995). Towards a risk factor model of fruit machine addiction: A brief note. *Journal of Gambling Studies*, 11: 343-346.

- Haller R,** & Hinterhuber, H (1994) Treatment of pathological gambling with carbamazepine. *Pharmacopsychiatry*, vol. 27: 129.
- Hammelstein, P.** (2004). Faites vos jeux! Another look at sensation seeking and pathological gambling. *Personality and Individual Differences*, 38: 917-931.
- Hollander, E,** Frenkel, M, DeCaria C, (1992) Treatment of pathological gambling with clomipramine. *American Journal of Psychiatry*, vol. 149: 710-711 .
- Hollander, E,** DeCaria, C, Mari E, (1998) Short-term single-blind fluvoxamine treatment of pathological gambling. *American Journal of Psychiatry*, vol. 155: 1781-1783.
- Ibanez, A,** Perez de Castro, P, Fernandez-Piqueras, J., Blanco, C., Saiz-Ruiz, J. (2000) Pathological gambling and DNA polymorphic markers at MAO-A and MAO-B genes. *Molecular Psychiatry*, 5 : 105-109.
- Ibanez, A,** Blanco, C., Donahue, E., Lesieur, H.R., Perez de Castro, I., Fernandez-Piqueras, J. & Saiz-Ruiz, J. (2001) Psychiatric comorbidity in pathological gamblers seeking treatment. *American Journal of Psychiatry*, 158 (10): 1733-1735
- Jacobs, D.F.** (1988) Evidence for a common dissociative-like reaction among addicts. *The Journal of Gambling Behavior*, 4 (1) Spring: 27-37.
- Jørgensen, P.** (1991) Scoringsprogram til Theodore Millon Millon Clinical Multiaxial Inventory II-I (form 220 R). Institut for Personlighedsteori og Psykopatologi. Roskilde.
- Jørsel, M.B.,** Mamsen, P. & Nielsen, P. (1996) Spil uden grænser – en evalueringsrapport fra Ringgården Middelfart omhandlende behandling af spilleafhængighed. Elbo Grafiske Hus.
- Kassinove, J.I.** (1998) Development of the gambling attitude scales: preliminary findings. *Journal of Clinical Psychology*, 54 (6): 763-771.
- Kellermann, B.** (2004) Glücksspielsucht – ein überflüssiges Suchtproblem. *Wissenschaft und Praxis*. Vol. 10 (4), pp. 462-466
- Kim, S.W** (1998) Opioid antagonists in the treatment of impulse-control disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 59: 159-164.
- Kim, S.W. & Grant, J.E.** (2001) Personality dimensions in pathological gambling disorder and obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res* 104 (3) pp. 205-212.
- Koepp, M. J.,** Gunn, R. N., Lawrence, A. D., Cunningham, V. J., Dagher, A., Jones, T., Brooks, D. J., Bench, C. J., Grasby, P. M. (1998) Evidence for striatal dopamine release during a video gam. *Nature*. 393 May: 266-268.
- Kofoed, L,** Morgan, T., Buchkoski, J., Carr, R. (1997) Dissociative experiences scale and MMPI-2 scores on video poker gamblers, other gamblers, and alcoholic controls. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185 : 58-60.
- Koller, KN** (1972) Treatment of poker machine addicts by aversion therapy. *Medical Journal of Australia*. Vol. 1: 742-745.
- Kreiner, S,** Simonsen, E. & Mogensen, J. (1990) Validation of a personality inventory scale. The MCMH P-scale. *Journal of Personality Disorders*, vol. 4: 303-311.
- Kyndon, A & Dickerson, M.** (1999) An experimental study of the effect of prior alcohol consumption on a simulated gambling activity. *Addiction*, 94 5: 697-707.
- Ladouceur, R.** (1996) The prevalence of pathological gambling in Canada. *Journal of Gambling Studies*. 12 (2): 129-142.
- Ladouceur, R.,** Dube, D., Bujold, M. (1994) Prevalence of pathological gambling and related problems among college students in the Quebec metropolitan area. *Can. J. Psychiatry*, 39: 289-293.
- Ladouceur, R,** Sylvain, C, Boutin, C, Lachance, S, Doucet, C, Leblond, J, Jacques, C. (2001) Cognitive treatment of pathological gambling. *Journal of Nervous and Mental Diseases*. Vol. 189(11): 774-780.
- Ladouceur, R,** Sylvain, C, Boutin, S, Lachance, C, Doucet, C, Leblond, J. (2003) Group therapy for pathological gamblers: a cognitive approach. *Behavioral Research Therapy*, vol. 41:587-96.

- Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C. & Doucet, C.** (2003) Understanding and treating the pathological gambler. Wiley, Quebec.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Letarte, H., Giroux, I. & Jacques, C.** (1998) Cognitive treatment of pathological gamblers. *Behaviour Research and Therapy*, vol. 36 (12), pp. 1111-1119
- Lane, R.D., Sechrest, L., Riedel, R., Shapiro, D.E., Kaszniak, A.W.** (2000) Pervasive Emotion Recognition Deficit Common to Alexithymia and the Repressive Coping Style. *Psychosomatic Medicine*, 62: 492-501.
- Langewiesch, M.W.J. & Frisch, G.R.** (1998) Gambling behavior and pathology in relation to impulsivity, sensation seeking, and risky behavior in male college students. *Journal of Gambling Studies*, 14 (3) Fall: 245-262.
- Legarda, J.J., Babio, R. & Abreu, J.M.** (1992) Prevalence estimates of pathological gambling in Seville (Spain). *British Journal of Addiction*. 87.
- Lesieur, H. R. & Blume, S. B., Zoppa, R. M.** (1986) Alcoholism, drug abuse, and gambling. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, vol. 10 (1): 33-38.
- Lesieur, H. & Blume, S.** (1987) The South Oaks Gambling Screen (the SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1184-1188.
- Lesieur, H.R. & Blume, S.B.** (1990) Characteristics of pathological gamblers identified among patients on a psychiatric admission service. *Hospital & Community Psychiatry*. 41: 10009-12.
- Lesieur, H.R. & Blume, S.B.** (1991) Evaluation of patients treated for pathological gambling in a combined alcohol, substance abuse and pathological gambling treatment unit using the Addiction Severity Index. *British Journal of Addiction*, vol. 86: 1017-1028.
- Lind, T.** (1999) Addictions in the next millennium: Convergence of results, divergence in response. *Developments* 18 (8).
- Linden, R.D., Pope, H.G., Jonas, J.M.** (1986) Pathological gambling and major affective disorder: Preliminary Findings. *Journal of Clinical Psychiatry*. Physicians Postgraduate Press, US. 47(4): 201-203.
- Linnet, J.** (2004) – personlig kommunikation.
- Linnet, J.** 2001: Projektbeskrivelse af 17.09.01 (upubliceret): Ludomani: Assessment of, and impulsiveness in, problem gambling.
- Loba, P., Stewart, S.H., Klein, R.M. & Blackburn, J.R.** (upubliceret). Manipulation of the features of standard video lottery terminal (VLT) games: Effect in pathological and non-pathological gamblers. Department of Psychology: Dalhousie University, Halifax.
- López-Viats, V.C., Miller, W.R.** (1997) Treatment approaches for pathological gamblers. *Clinical Psychology Review*, vol. 17(7): 689-702.
- Lumley, M.A., & Roby, K.J.** (1995). Alexithymia and pathological gambling. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 63, 201-206.
- Lund, I. & Nordlund, S.** (2003) Pengespill og pengespillproblemer i Norge. Statens Institutt for Rusmiddelforskning. Sirus-rapport nr 2/2003.
- McConaghy, N., Armstrong, M., Blaszczyński, A., Allock, C.** Behavioural completion versus stimulus control in compulsive gambling. *Behavioural Modification* 1998; 12 (3): 371-384.
- McConaghy, N., Blaszczyński, A., Frankova, A.** Comparison of imaginal desensitisation with other behavioural treatments of pathological gambling. A two to nine year follow up. *British Journal of Psychiatry* 1991; 159: 390-393.
- McCormick, R. A.** (1993) Disinhibition and negative affectivity in substance abusers with and without a gambling problem. *Addictive Behaviors*, 18 : 331-336.
- McCormick, R.A.** (1994) The importance of coping skill enhancement in the treatment of the pathological gambler. *Journal of Gambling Studies*, 10 (1) Spring : 77-87.
- McCormick, R.A. & Taber, J.I.** (1988) Attributional style in pathological gamblers in treatment. *Journal of Abnormal Psychology*, 97 3: 368-370.

- McCormick, R.A., Russo, A.M., Ramirez, L.F., Taber, J.I.** (1984) Affective disorders among pathological gamblers seeking treatment. *American Journal of Psychiatry*, Feb, Us American Psychiatric Assn. 141(2): 215-218.
- Meyer, G. & Bachmann, M.** (2000) *Spelsucht - Ursachen und Therapie*. Berlin: Springer.
- Meyer, G. & Stadler, M.A.** (1999) Criminal behavior associated with pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 15 1: 29-43.
- Meyer, G.** (1987) Abhängigkeit vom Glücksspiel. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, vol. 34 (2), 140-156.
- Meyer, G.** (1991) Classification of gamblers from self-help groups using cluster analysis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, vol. 39 (3), pp. 261-282
- Millon, T.** (1977) *Millon Clinical Multiaxial Inventory*. Minneapolis, MN
- Millon, T.** (1987) *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II: Manual for the MCMI II-I*. Minneapolis, MN
- Moore, S.M. & Ohtsuka, K.** (1999) Beliefs about control over gambling among young people, and their relation to problem gambling. *Psychology of Addictive Behaviors*, 13 4: 339-347.
- Moreno, I., Saiz-Ruiz, J., Lopez-Ibor, J. J.** (1991) Serotonin and gambling dependence. *Human psychopharmacology*, 6 : 9-12.
- Moreyra, P., Ibáñez, A., Saiz-Ruiz J., Nissenon, K. & Blanco, C.** (2000) Review of the Phenomenology. Etiology and Treatment of Pathological Gambling. *German Journal of Psychiatry*, 3: 37-52.
- Moskowitz, J.A.** (1980) Lithium and lady luck: use of lithium carbonate in compulsive gambling. *New York State Journal of Medicine*, vol. 80: 785-788.
- Muller, R.J.** (2000) When a patient has no story to tell: alexithymia. *Psychiatric Times*. XVII (7).
- Nielsen, B. & Nielsen A.S.** (2001) Odense-modellen. Et bidrag til en evidensbaseret praksis ved behandling af alkoholmisbrugere. *Fyns Amt*.
- Nielsen, P. & Røjskjær, S.** (2002) Dobbeltbelastede alkoholmisbrugere i døgnbehandling. *Nordisk Alkohol- og narkotikatidsskrift*, vol. 19. 2002 (2).
- Nielsen, P., Damsted, I. & Moesgaard, K.** (2004) Alkohol og livsfokusering. Personlighedsmønstre og behandlingsstrategier. Forlaget Behandlingshjemmet Ringgården, 2. udg. 2004.
- Nordin, C. & Eklundh, T.** (1996) Lower CSF taurine levels in male pathological gamblers than in healthy controls. *Human psychopharmacology*, 11 : 401-403.
- Oakley-Browne, M.A., Adams, P., Moberley, P.M.** (2001) Interventions for pathological gambling (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2001. Oxford.
- Parker, J.D., Wood, L.M., Bond, B.J., Shaughnessy P.** (2005) Alexithymia in young adulthood: a risk factor for pathological gambling. *Psychother Psychosom*. 74(1):51-5.
- Perez de Castro, I., Ibanez, A., Saiz-Ruiz, J., Fernandez-Piqueras, J.** (1999) Genetic contribution to pathological gambling: possible association between a functional DNA polymorphism at the serotonin transporter gene (5-HTT) and affected men. *Pharmacogenetics*, 9 : 397-400.
- Petry, N.M. & Armamento, C.** (1999) Prevalence, Assessment, and Treatment of Pathological Gambling: A Review. *Psychiatric Services*, 50: 1021-1027.
- Powell, J., Hardoon, K., Derevensky, J., Gupta, R.** (1999) Gambling and risk-taking behavior among university students. *Substance Use and Misuse*, 34 8: 1167-1184.
- Ramirez, L. F., McCormick, R. A., Russo, R.A. & Taber, J.I.** (1983) Patterns of substance abuse in pathological gamblers undergoing treatment. *Addictive Behaviour* 8: 425-8.
- Ramirez, L., McCormick, R., Lowy, M.** (1988) Plasma cortisol and depression in pathological gamblers. *British Journal of Psychiatry*, 153 : 684-686.
- Raylu, N & Oei, T.P.S.** (2002) Pathological gambling: a comprehensive review. I: *Clin Psychology Review* 22: 1-53

- Rosenthal, R.J. & Lesieur, H.R.** (1992) Self-reported withdrawal symptoms and pathological gambling. *The American Journal of Addictions*, 1 2: 150-154.
- Roy, A., Adinoff, B., Roehrich, L., Lamparski, D., Custer, R., Lorenz, V., Barbaccia, M., Guidotti, A., Cost, E., Linnoila, M.** (1988) Pathological gambling: a psychobiological study. *Arch Gen Psychiatry*, 45 April: 369-373.
- Roy, A.** (1991) Cerebrospinal fluid diazepam binding inhibitor in depressed patients and normal controls. *Neuropharmacology*, 30 12B: 1441-1444.
- Roy, A., Berrettini, W., Adinoff, B., Linnoila, M.** (1990) CSF Galanin in alcoholics, pathological gamblers and normal controls: a negative report. *Biol Psychiatry*, 27 : 923-926.
- Roy, A. & Linnoila, M.** (1989). CSF studies on alcoholism and related behaviors, *Programmes of Neuro-Psychopharmacological & Biological Psychiatry*, vol. 13, pp. 505-511.
- Røjskjaer, S.** (2004) Ludomanibehandling på Center for Ludomani og Frederiksbergcentret – en beskrivelse af institutionerne, deres klienter og behandlingernes virkninger. Indenrigs- og Sundhedsministeriets rapport.
- Røjskjaer, S. & Linnet, J.** 2002: Vejledning til forskningsprojekt i Ludomani (upubliceret).
- Røjskjaer, S. & Nielsen, P.** (1999) Ludomani – prævalens og manifestationer. En gennemgang af international litteratur med henblik på belysning af forholdene i Danmark. Ringgården. Myrens Grafiske Hus.
- Rönnerberg, S., Volberg, R., Abbott, M., Moore, L., Andren, A., Munck, I., Jonsson, J., Nilsson, T. & Svensson, O.** (1999) Spel och spelberoende i Sverige – rapport nr. 3 I Folkhälsoinstitutets serie om spel och spelberoende.
- Sifneos, P.** (1973) The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychother. Psychosom.* 22: 255-262.
- Shaffer, H.J.** (1999) Strange bedfellows: a critical view of pathological gambling and addiction. *Addiction*, 94 (10): 1445-1448.
- Shinohara, K., Yanagisawa, A., Kagota, Y., Gomi, A., Nemoto, K., Moriya, E., Furusawa, E., Furuya, K., Terasawa, K.** (1999) Physiological changes in pachinko players; beta-endorphin, catecholamines, immune system substances and heart rate. *Applied Human Science*, 18. 2: 37-42.
- Smart, R.G. & Ferris J.** (1996) Alcohol, drugs and gambling in the Ontario adult population, 1994. *Canadian Journal of Psychiatry*. Vol. 41(1):36-45.
- Sommers, I.** (1988) Pathological gambling: estimating prevalence and group characteristics. *The International Journal of the Addictions*. 23 (5): 477-490.
- Speranza, M., Corcos, M., Stephan, P., Loas, G., Perez-Diaz, F., Lang, F., Venisse, J-L., Bizouard, P., Flament, M., Halfon, O. & Jeammet, P.** (2004). Alexithymia, depressive experiences, and dependency in addictive disorders. *Subst Use Misuse* 2004; 39:567-595.
- Spunt, B., Dupont, L., Lesieur, H., Liberty, H.J. & Hunt, D.** (1998) Pathological gambling and substance mis use: a review of the literature. *Substance Use and Misuse* 33 (13): 2535-2560.
- Steel, Z. & Blaszczynski, A.** (1996) The factorial structure of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 12 1: 3-20.
- Steel, Z. & Blaszczynski, A.** (1998) Impulsivity, personality disorders and pathological gambling severity. *Addiction*, 93 (6): 895-905.
- Stinchfield, R.** (1998, upubliceret) DSM-IV Diagnostic criteria for pathological gambling. Reliability, validity, and classification accuracy of a measure of diagnostic criteria for pathological gambling. Paper presented in June 1997 at the 10th International conference on Gambling and Risk-Taking, Montreal, Canada.
- Sylvain C, Ladouceur, R., Bosivert J-M.** (1997) Cognitive and behavioral treatment of pathological gambling: a controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 65: 727-732.
- Tavares, H., Zilberman, M.L. & el-Guebaly, N.** (2003) Are there cognitive and behavioural approaches specific to the treatment of pathological gambling? *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 48(1): 22-27.

- Taylor, G.J., Parker, J.D., Bagby R.M.** (1990) A preliminary investigation of alexithymia in men with psychoactive substance dependence. *Am J Psychiatry*, 147(9):1228-30.
- Taylor, G.J., Ryan, D.P., Bagby, R.M.** (1985) Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychother Psychosom* 1985; 44: 191-199.
- Toneatto, T.** (1999) Cognitive psychopathology of problem gambling. *Substance Use and Misuse*, 34 (11), 1593-1604.
- Toneatto, T.** (2002) *Psychiatric Disorders and Pathological Gambling: Prevalence and Correlates*. OPGRC Website.
- Toneatto, T. & Ladouceur, R.** (2003). The treatment of pathological gambling: A critical review of the literature. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17: 284-292.
- Thorson, J.A., Powell, F.C., Hilt, M.** (1994) Epidemiology of gambling and depression in an adult sample. *Psychological Reports*, 74(3) pp. 987-994.
- Tranel, D., Bechara, A. & Denburg, N.L.** (2002) Asymmetric functional roles of right and left ventromedial prefrontal cortices in social conduct, decision making, and emotional processing. *Cortex*, vol. 38 (4), pp. 589-612
- Verheul, R. van den Brink, W., Hartgers, C.** (1998) Personality disorders predict relapse in alcoholic patients. *Addictive Behaviors*, vol. 23, no. 6: 869-882.
- Verheul, R. van den Brink, W., Hartgers, C.** (1995) Prevalence of personality disorders among alcoholics and drug addicts: An overview European Addiction Research. 1, 166-177
- Vitaro, F., Arseneault, L., Tremblay, R.E.** (1996) Dispositional predictors of problem gambling in male adolescents. *Am J Psychiatry*, 154 (12) December: 1769-1770.
- Vitaro, F. & Bujold, A.** (1996) Predictive and concurrent correlates of gambling in early adolescent boys. *Journal of Early Adolescence*, 16 2: 211-228.
- Vitaro, F., Ferland, F., Jacques, C., Ladouceur, R.** (1998) Gambling, substance use, and impulsivity during adolescence. *Psychology of Addictive Behaviors*, 12 3: 185-194.
- Volberg, R.A.** (1993) Estimating the prevalence of pathological gambling in the United States. In: *Gambling behaviour and problem gambling*: 365-378.
- Wallisch, L.S.** (1993) 1992 Texas survey of adult gambling behaviour. Texas Commission on Alcohol and Drug Abuse.
- WHO** (1995). ICD-10. Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. Klassifikation og diagnostiske kriterier. Munksgaard 1995.
- Wynne, H.J.** (1994) A description of problem gamblers In Alberta. Alberta School and Drug Abuse Commission.
- Zuckerman** (1999) *Vulnerability in psychopathology: a biosocial model*. Washington DC. American Psychological Association.
- Zuckerman** (1994) *Behavioral Expressions and Biosocial Bases of Sensation Seeking*. Cambridge University Press 1994.
- Zuckerman** (2005) Personlig kommunikation.



Per Nielsen

Cand.psych., ph.d.

Fagchef på Behandlingshjemmet Ringgården.

Autoriseret psykolog, specialist og supervisor i psykoterapi, siden 1984 arbejdet med behandling, forskning og metodeudvikling inden for alkohol- og ludomaniområdet.

Steffen Røjskjær

Cand.phil.

Udviklingsleder på Behandlingshjemmet Ringgården.

Tilknyttet sekretariatet for Spillemyndighedens prævalensundersøgelse af spilleproblemer i Danmark.

Siden 1998 arbejdet med metodeudvikling, forskning og formidling inden for alkohol- og ludomaniområdet.



"Money won is twice as sweet as money earned"

Tom Cruise som spillehaj i filmen "Det handler om penge"



RINGGÅRDEN

Afdeling for forskning og formidling

Strandvejen 1 · 5500 Middelfart · Tel. 64 41 25 05

e-mail: forskning@ringgaarden.dk