

**Gunnar Törngren**  
www.gunnar-utbildning.se  
[gunnar.torngren@telia.com](mailto:gunnar.torngren@telia.com)  
2006

## **En jämförande studie om behandling av spelmissbruk mellan Kognitiv Beteende Terapi (KBT) och LösningFokuserad korttidsterapi (LF).**

### **Sammanfattning**

Såväl KBT (Kognitiv Beteende Terapi) som LF (LösningFokuserad korttidsterapi) är ofta använda former behandlingsarbete i olika typer av behandlingar, däribland även i behandling rörande spelproblematik. I föreliggande arbete granskas frågeställningen om likheter, respektive skillnader, mellan dessa båda modeller.

Sammanfattningsvis kan sägas att modellerna innehåller såväl stora likheter som stora skillnader vad gäller tankesätt och utförande.

### **Inledning**

Behandlingsformer inom begreppet spelmissbruk har funnits länge. Även om uppmärksamheten kring dessa behandlingsformer varit ganska låg. I Sverige förekommer flera olika varianter av behandlingsinsatser, från stödgrupper och hjälptelefoner via internetbaserade program till öppenvårdsbehandling och inläggning på behandlingshem. Såväl individuell behandling finns som grupp-, par- och familjebehandling. Den mest utvärderade och vanligaste infallsvinkeln är utifrån ett KBT-perspektiv. Inom detta arbetssätt finns en i alla fall hyfsad dokumentation och flera vetenskapliga forskningsarbeten.

Någon större studie inom LF i fråga med specifikt fokus på spelande finns inte i dagsläget, däremot finns ett antal studier och rapporter inom övrig beroendeproblematik.

Föreliggande studie är långt ifrån en "sann" jämförelse mellan KBT och LF vilket hänger ihop med att såväl KBT som LF kan sägas vara en form av ramar inom vilket innehållet kan variera betydligt.

Någon exakt definition på en konkret nivå av dessa skolbildningar är svårt att ge, snarare kan de ses som huvudsakliga inriktningar, en sorts ramar, inom vilka ett behandlingsarbete kan utföras med stora variationer där även varje utövare tillämpar sin modell på mer eller mindre eget sätt. Studien är baserad, i KBT-hänseende, på de fall och resonemang som ingått i kursen Spel och Spelberoende (folkhälsainstitutet). Den LF delen är hämtad ur hur ett hypotetiskt fall skulle kunna gestalta sig i ett tänkt genomsnitt, baserad på utbildningar, videostudier, litteratur och erfarenhet av LF sedan 1987.

## **Likheter**

Till sin yttre form uppvisar modellerna stora likheter: Det är ”pratbehandlingar”, kan utföras individuellt, i grupp, eller som familje- eller parbehandling. Båda tillåter en lättsam konversation, trots att det kan handla om allvarliga spörsmål. Båda kännetecknas av en aktiv behandlare som ställer mycket frågor och som strävar efter att följa klienten i tempo, tankar och språk. Ingen av skolbildningarna har en enkel linjär orsaksmodell, båda bygger på en stor respekt för klienten och dennes önskemål och även en eventuell tveksamhet till förändring. Båda bygger på en tankegång om individens valmöjligheter. Båda uppvisar vanligen snabba framsteg och förefaller ha vad som kan betraktas som goda behandlingsresultat.

Gemensamt för båda synsätten är vidare att individen alltid befinner sig i någon form av sammanhang som tillmäts stor betydelse för såväl spelandet som möjligheten att låta bli, man spelar i vissa sammanhang och ändras dessa sammanhang kommer det att påverka spelandet. Inom båda metoderna används metoden att ”förbereda” vissa frågor (exempelvis kan behandlaren inleda med ”Nu kommer en lite konstig fråga....”). Båda återfokuserar när klienten kommer in på sidospår samt strävar efter att vara bekräftande. Användande av blädderblock eller liknande är fullt acceptabelt inom båda. Inom båda modellerna kan man finna utgångspunkten av att man förstärker det man talar om, även om det inom LF denna hållning dock betydligt mera konsekvent än inom KBT.

Ett vanligt fokus inom båda är frågan vad spelandet ska ersättas av, vad man önskar/kommer att göra/har gjort i stället för att spela, hur den vunna tiden kan användas och likaså hur klienten ska hantera spelsuget. Båda ställer sig även positiva till att parallella insatser kan göras under behandlingens gång, exempelvis budgetrådgivning och/eller besök på stödgrupper.

Tillika med de flesta behandlingsformer finns inom båda inriktningarna en mycket stor försiktighet med att ge råd eller anvisningar hur klienten ska hantera många frågeställningar, medan man i stället gärna diskuterar dessa och hellre ser att klienten fattar sina egna beslut och idén om att klienten bör hitta/skapa egna strategier. Båda skolbildningarna antyder även att man delar synen på spelandet som att det kan vara ett eventuellt lösningsförsök, att det kan vara ett sätt att komma till rätta med annan problemformulering (till exempel psykiskt måeende eller ensamhet).

Att förebygga återfall ses inom båda som en självklar del i behandlingen.

Gemensamt för de båda modellerna är att ett starkt fokus ligger på beteenden, handlingar, faktiska göranden, snarare än analys av bakomliggande drivkrafter eller emotionella upplevelser.

Synsätten är gemensamma i att vara icke-normativa, det vill säga att det är klienten som avgör om denne vill påbörja/fortsätta behandlingen och vad den ska leda till. Båda är även öppna för målförskjutning, det vill säga att målen kan förändras under arbetets gång. Terapeuterna i båda skolbildningarna är nogga med att inte ta ställning, inte vara dömande.

## **Synen på orsaker**

Inom KBT hittar man ingen direkt orsaksförklaring till spelmissbruk på det sätt man gör inom exempelvis vissa psykodynamiska inriktningar. Rent allmänt ligger orsaksförklaringarna på minst två olika nivåer. Dels en allmänt hållen idé om att denna form av missbruk uppstår i en kombination av ärftliga, sociala, psykologiska faktorer samt i fråga om tillgänglighet och spelens utformning (exempelvis kort tid mellan satsande och resultat)

Den andra nivån av förklaring återfinns på en kognitiv nivå där ”tankefelen” har en central betydelse, det vill säga – förenklat – att tillskriva slumpen en mindre betydelse än den

verkligen har. Därmed anser man sig, felaktigt, kunna påverka utgången av spelet mer än man faktiskt kan varvid drivkraften att spela ökar/vidmakthålls. Även spänningsmomentet, vanan och social gemenskap inryms i denna kausalmodell.

Att spelandet ”fyller en funktion” är en central tanke, likaså att det har en funktion av belöning och till stor del är ett inlärt beteende.

Det lösningsfokuserade arbetssättet innehåller till sin karaktär ingen teoribildning för problems uppkomst eller vidmakthållande. Det för med sig en avsaknad av idéer och hypoteser om orsaker och förklaringar, i så motto att behandlaren inte har någon egen hypotes- eller teoribildning. Däremot kan man acceptera klientens egen förklaring till problemets uppkomst, även om denna normalt inte anses som viktig i det fortsatta arbetet. Skulle man behöva ange någon hypotes kommer denna troligen att vara i termer av att ”det blivit en vana” eller att ”det bara har blivit så”.

Terapeuten kommer säkerligen att instämma i klientens berättelse och att denne ”har goda skäl att spela”.

### **Diagnos och sjukdomsbegreppet**

Även om man inom KBT inte helt okomplicerat betraktar spelmani inom ramen för sjukdomsbegreppet är exempelvis DSM- kriterierna en del som man anser sig behöva för att fastställa någon form av diagnos och därmed veta vad man ska behandla.

Inom LF ses normalt inte fastställande av diagnosen som nödvändighet, snarare tvärt om så hör den till onödig information (annat än i viss forskning) då en diagnos varken ger någon ledtråd till lösning eller någon målbeskrivning.

Då frågeställningen huruvida något är att betrakta som sjukdom eller inte inom LF är en oviktig fråga kommer detta heller inte att få någon plats i diskussionen. Undantaget kan sägas vara om klienten själv beskriver sitt beteende i en sjukdomsaspekt, så kan detta ges visst utrymme.

### **Samtalets fokus**

En skillnad märks direkt i inledningen av samtalen där KBT-aspekten inleds med en frågeställning av typen ” Hur kom det sig att du kom hit idag?” (problemfokus) medan en initial frågeställning inom LF snarare skulle vara av typen ”Vad hoppas du dessa möten ska leda till?”(mål/lösningsfokus), vilket kan ses som ganska typiskt för denna skillnad där man inom LF påbörjar ”jobbet” direkt.

Inom KBT betraktas de första mötena som en utredning (om än med förändring som effekt), medan inom LF ses det som att behandlingen påbörjas vid första mötet, eller egentligen redan vid första kontakten.

Inom KBT kan väl en genomgång av DSM-kriterier, och/eller andra manualer (blanketter) användas, en kartläggning görs av problemsituationen. Denna genomgång kan vara ganska noggrann.

Inom LF märks en motsvarande noggrann genomgång (fast utan manualer eller blanketter), i stället med ett målfokus, hur klienten skulle vilja ha det i stället samt tecken som säger klienten att denne är på väg åt rätt håll. Ett verktyg för detta är den så kallade mirakelfrågan.

Den så kallade Mirakelfrågan<sup>1</sup> används inom båda skolbildningarna, om än på olika sätt. I KBT ställs frågan snabbt (ca 10 sekunder i filmsekvenserna<sup>2</sup>) samt att svaret är en liten del av bedömningen och helheten. Inom LF betonas denna fråga betydligt mera, den ställs vanligen på ett betydligt mera utförligt sätt, klientens bekräftande av frågans olika moment inväntas innan man går vidare och själva frågan tillåts ta tid att ställa (vanligen drygt en minut). Klientens svar på mirakelfrågan är mycket central inom LF och en stor del av det fortsatta arbetet är inom utforskandet av mirakelsvaren, inte minst att häri ligger själva det gemensamma projektet, behandlarens ”uppdrag”. Det är nödvändigt för att man som behandlare ska veta vad man ska göra.

Skalfrågor används på liknande sätt om man bara ser till dess formulering. Inom LF är de dock betydligt mer frekvent använda under hela arbetets gång och betraktas vanligen som ett av de främsta verktygen.

Inom LF är kutymen att emot slutet av samtalet ta en paus (vanligen 5-15 min) varvid behandlaren får chans att sammanfatta samtalet och skissa på ett budskap till klienten. Detta budskap innehåller vanligen ett tack till klienten, bekräftelse av klientens situation, komplimanger utifrån vad klienten berättat eller visat samt eventuellt även en uppgift. Inom LF ses denna procedur som en viktig del (enligt vissa även den mest verkningfulla delen av samtalet) medan denna fas inte används alls inom KBT.

Inom båda inriktningarna är en ”kartläggning” av sammanhangen för spelande/inte spelande viktig. Inom KBT är frågeställningen ”När spelar jag/När spelar jag inte”, knappast främjande. Inom LF är frågeställningen ”När spelar jag inte” familjär, medan frågeställningen ”När spelar jag” betydligt mera svåränvänd (på grund av dess problemfokus).

Klientens historia används på olika sätt. Inom KBT används exempelvis ”Time line follow back” det vill säga en kartläggning av problemets uppkomst, mönster och vidmakthållande. Inom LF är historiebekrivningen i stället fokuserad på situationer av lyckanden, mönster för när det fungerat/varit bättre eller isomorfa lyckanden i historien.

Inom KBT kan man spåra vissa, mer eller mindre, obligatoriska teman inom programmet (exempelvis triggers, anhöriga, feltankar, exponering), som inte alls finns inom LF på samma sätt. Dess motsvarighet är i stället någon form av målbeskrivning, sökande efter undantag och slutbudskap.

Grovt förenklat och något överdrivet skulle man kunna spetsa till formuleringen och hävda att inom KBT försöker man anpassa klienten till behandlingen medan man inom LF försöker anpassa behandlingen efter klienten. Inom LF utgår man mer strikt efter klientens önskemål, logik och språk, emedan inom KBT finns en tendens att försöka övertyga och utbilda klienten.

## **Språk**

Inom båda skolbildningarna anser man sig noga med att följa klienten i språket. Inom KBT är det mer acceptabelt att till exempel byta ut ord mot synonymer (exempel: Klienten säger att om denne skulle sluta spela så får hon råd att betala hyran, varvid behandlaren replikerar att

---

<sup>1</sup> ”Mirakelfrågan”, på det sätt den är skapad och utvecklad av Steve de Shazer och Insoo Kim Berg (BFTC) kan beskrivas som en målrelaterad fråga, ofta formulerad ungefär (förkortat): ”Antag att du somnar i kväll. Medan du sover händer ett mirakel som gör att det här (det angivna problemet) är löst, problemet är borta. Hur skulle du märka det nästa morgon?”

<sup>2</sup> Filmsekvenserna som avses är de som ingår i Folkhälsoinstitutets utbildning om spel och spelberoende.

hon skulle få bättre ekonomi). Inom LF är man normalt betydligt mera försiktig med att byta ut klientens ord mot synonymer, det är klientens exakta ord som gäller. Inom LF ställs höga krav på behandlarens sätt att lyssna exakt till det som sägs.

Båda tar hänsyn till "inte-problematiken" (förenklat: även om man pratar om något i inter-termer så rör man sig i alla fall inom problemområdet och ordet inte har en tendens att försvinna).

### **Målformulering**

Inom KBT kan vi se en förhållandevis klar agenda, till stor del manualstyrd. I princip förväntas klienten "anpassa" sig till denna manual.

Inom LF finns ingen målformulering från terapeutens sida, mer än att hjälpa klienten uppnå sina mål, oavsett innehåll (eller i alla fall uppnå vad klienten anser vara förbättringar). Det innebär att terapeuten inte behöver ha några egna värderingar eller synpunkter på målformuleringar. Vill klienten ersätta spelandet med något annat, kan detta vara en helt fungerande målsättning lika väl som kontrollerat spelande, fortsatt spelande eller förändring av något annat i livet.

### **Verktyg och lösning**

Inom KBT märks en viss "verktygslåda", vissa mer eller mindre på förhand givna teman eller saker som kommer att avhandlas under sessionernas gång, exempelvis "feltankar", kartlägga för och nackdelar med spelande/inte spelande.

Hemuppgifter förekommer inom båda skolbildningarna, om än på olika sätt. Inom KBT återfinns vanligen mera bestämda uppgifter (exempelvis i form av blanketter och formulär som klienten arbetar med mellan sessionerna) och vanligen finns ett problemfokus i det som hemuppgifterna avser att hjälpa till med, exempelvis kartlägga risksituationer eller riskbeteenden. Inom LF är det betydligare vanligare med det motsatta, det vill säga att som hemuppgift fokusera på "det som fungerar" som exempelvis när man gjort något annat än att spela i typiska spelsituationer, hur man lyckats med detta, hur man lyckats motstå spelsuget, omgivningens reaktioner etcetera. Här märks även en betydligt större försiktighet i hur man ger hemuppgifter. Man vill undvika att ge uppgifter som inte passar klienten. Om uppgiften inte blir gjord anses detta, inom LF, bero på att det var en felaktig uppgift.

Inom KBT följs hemuppgifterna upp som standard och utgör till viss del nästa samtals fokus. Inom LF följs det flesta typer av uppgifterna bara upp om klienten själv tar upp detta.

Inom KBT är det vanligt att behandlingen sker under ett förutbestämt antal träffar med en bestämd tidsintervall emellan. Här ser vi en markant skillnad i jämförelsen med LF där varje samtal betraktas som det potentiellt sista, klienten tillfrågas om denne vill komma tillbaka och i så fall lämnas tidsintervallet över till klienten att besluta.

För att få en indikation om behandlingen hjälper betonas kontenueliga utvärderingar inom båda systemen.

### **Andra, och kommande, samtal**

I inledandet av andra, och kommande samtal, är det vanligaste temat att undersöka vad som blivit bättre, eller i alla fall fungerat inom LF. I KBT är det i stället en genomgång av hemuppgifter. Detta är en ganska typisk skillnad där man inom LF inte försöker få klienten

”med sig” eller att behandlaren ”drar” (eller motiverar). Inom KBT är motiverandet vanligare, behandlaren försöker (om än med ödmjukhet) styra klienten.

Inom KBT där enkäter används, går man tillsammans igenom dessa och skapar en form av diagnos (även om denna inte används som stämpel utan snarare som en utgångspunkt).

Inom KBT dekonstrueras spelandets innehåll betydligt mer än inom LF.

Ofta märks skillnaden i skolbildningarna i små, om än betydelsefulla, språkliga skillnader. Ett exempel är den likartad frågan inom KBT: ”Skulle du kunna göra andra saker än att gå och spela?” emedan motsvarande fråga inom LF troligen skulle bygga på att klienten redan nu inte spelar konstant utan har situationer av undantagskarraktär vilket gör att denna fråga i stället snarare skulle kunna vara formulerad som: ”Vad gör du redan nu i stället för att gå och spela?”

Undersökandet av framsteg, undantag, finns hos båda inriktningarna även om det har en betydligt mer central plats inom LF.

### **Motivation- och insiktsbegreppet**

Inom KBT finns termen motivationsarbete. Behandlaren intar gärna en förhållandevis aktiv roll av att försöka påverka klienten, utför i viss mån ett så kallat motivationsarbete (om det anses behövas), man strävar efter att ”få klienten med sig”. Inom LF strävar man snarare efter att ”följa klienten” (även om effekten vanligen är densamma). Klientens grad av vilja utgör behandlaren utgångspunkt (vilket märks bla genom att behandlaren överlåter åt klienten att bestämma intervall för samtal, målformuleringar, tempo etc). Behandlaren styr alltså så lite som möjligt.

### **Anhöriga**

Att spelandet är något som starkt påverkar den spelandes anhöriga betraktas som självklart inom båda inriktningarna och som tas med i beräkningen. Inom båda riktningarna ställer man sig positiv till att anhöriga mer eller mindre deltar i behandlingen. Inom LF ligger detta beslut vanligen helt hos klienten.

Ett annat sätt att involvera anhöriga inom LF är att ställa frågor om hur exempelvis de anhöriga kommer att märka framstegen. På det sättet involveras de anhöriga konstant i behandlingen, trots avsaknaden av fysisk närvaro.

### **Experten**

En klar skillnad mellan KBT och LF syns i synen på behandlaren roll som expert. Inom KBT intar behandlaren denna expertroll tydligt vilket visar sig bland annat i att behandlaren gärna använder moment av utbildning i behandlingen. Inom LF betraktas däremot klienten som den verkliga experten, och behandlaren är vanligen noga med att inte ta över detta kunnande från klienten. Den ”icke vetande positionen” används aktivt inom LF.

### **Egna reflektioner**

Det finns åtskilliga studier av behandlingsresultat inom såväl KBT som LF och mycket förenklat kan sägas att de båda skolbildningarna förefaller uppvisa ungefär likvärdiga resultat. Möjligen med skillnaden att KBT tycks lite lättare att lära som behandlingsmetod, medan LF vanligen innebär färre terapiesessioner, går lite fortare.

Mera exakta jämförelser utifrån behandling av spelmissbruk är än så länge inte möjligt, då denna form av studier ännu inte gjorts inom LF. Däremot skulle man kunna drista sig till att dra en liknande parallell utifrån studier av beroendeproblematik i vidare bemärkelse då skillnaderna, även om mätmetoder skiljer, tycks relativt små.

Frågan om huruvida KBT och LF är ”ungefär detsamma” eller om skillnaderna är att anse som stora är snarast en fråga om ur vilket perspektiv denna betraktelse sker. Betraktas modellerna ”på långt avstånd” (ur exempelvis ett psykodynamiskt perspektiv) kommer de att se tämligen lika ut, emedan om betraktaren har sin utgångspunkt ”nära” eller inom någon av skolbildningarna kommer skillnaderna att framstå som betydligt större.

**Källor:**

Nilsson, T. (2005) *Jakten på jackpot*

[www.ebta.nu](http://www.ebta.nu) (Forskning och studier inom LF)

[www.spelochspelberoende.se](http://www.spelochspelberoende.se) (Videofilmer med mera)