

Utvärdering av Internetbaserad självhjälpsbehandling i kombination med telefonstöd vid spelmani

Maria Bergström och Rebecka Lundgren



Linköpings universitet
Institutionen för Beteendevetenskap
Psykologprogrammet



Psykologprogrammet omfattar 200 poäng över 5 år. Vid Linköpings universitet har programmet funnits sedan 1995. Utbildningen är upplagd så att studierna från början är inriktade på den tillämpade psykologins problem och möjligheter och så mycket som möjligt liknar psykologens yrkessituation. Bland annat omfattar utbildningen fyra praktikperioder om sammanlagt 16 heltidsveckor. Studierna sker med hjälp av problembaserat lärande (PBL) och är organiserade i fem block, efter en introduktion: (I) kognitiv och biologisk psykologi, 27 poäng; (II) utvecklingspsykologi och pedagogisk psykologi, 36 poäng; (III) samhälle, organisations- och grupppsykologi, 56 poäng; (IV) personlighetspsykologi och psykologisk behandling, 47 poäng; (V) forskningsmetod och examensarbete, 27 poäng. Parallellt med blocken löper ”strimmor” som fokuseras på träning i forskningsmetodik, psykometri och testkunskap samt samtalskonst.

Den här rapporten är en psykologexamensuppsats, värderad till 20 poäng, vårterminen 2007. Handledare har varit Per Carlbring.

Institutionen för Beteendevetenskap
Linköpings universitet
581 83 Linköping

Telefon 013-28 10 00
Fax 013-28 21 45

	Avdelning, Institution Institutionen för beteendevetenskap 581 83 LINKÖPING	Datum 2007-06-05

Språk <input checked="" type="checkbox"/> Svenska/Swedish <input type="checkbox"/> Engelska/English	Rapporttyp <input type="checkbox"/> Licentiatavhandling <input type="checkbox"/> Examensarbete <input type="checkbox"/> C-uppsats <input checked="" type="checkbox"/> D-uppsats <input type="checkbox"/> Övrig rapport	ISBN ISRN LIU-IBV/PY-D--07/165--SE Serietitel och serienummer ISSN <hr/>
URL för elektronisk version		

Titel Utvärdering av Internetbaserad självhjälpsbehandling i kombination med telefonstöd vid spelmani Title Evaluation of Internet administrated self-help treatment with additional telephone support for pathological gambling Författare Maria Bergström och Rebecka Lundgren

Sammanfattning Spelmani är en förhållandevis ny diagnos som introducerades i den tredje upplagan av DSM-systemet. Prevalensen för spelmani är 1-2 % av den vuxna svenska befolkningen. Diagnosen innebär bland annat en ständig upptagenhet av spel som kan medföra ekonomisk vårdslöshet, lögner samt förlust av både personliga och arbetsrelaterade relationer. Spelmani liknar i många avseenden andra typer av missbruk men utmärkande för diagnosen spelmani är att individen återvänder för att ta revansch på tidigare förlorade insatser vilket gör att individen med spelmani snabbt kan bli allvarligt skuldsatt. Forskning visar att den ökade tillgängligheten till spel ökar förekomsten av spelproblem. Syftet med föreliggande uppsats var att undersöka behandlingseffekterna av en åtta veckor lång Internetadministrerad självhjälpsbehandling i kombination med telefonstöd vid spelmani. Studien finansierades av Folkhälsoinstitutet och Spelinstitutet tog fram behandlingsmanualen och behandlade deltagarna. I delstudie 1 (n = 66) undersöktes såväl kortsiktiga som långsiktiga behandlingseffekter på en population med spelmani utan samtidigt förekommande depression av mer än måttlig grad. I denna delstudie användes en väntelista som kontrollgrupp. Även i delstudie 2 (n = 243) undersöktes kortsiktiga och långsiktiga behandlingseffekter, med skillnaden att den ingående populationen inte exkluderades på grund av depression vilket i samband med rekryteringen till delstudie 1 hade visat sig vara den största anledningen till exklusion. Syftet med delstudie 2 var därför också att undersöka om även allvarligt deprimerade personer med spelmani kunde tillgodogöra sig behandlingen med framgång med avseende på minskad grad av spelmani. Mellangruppsseffektstorleken (Cohens d) i delstudie 1 var d = 0.81. De genomsnittliga inomgruppseffektstorlekarna för behandlingsgruppen var stora vid samtliga mätpunkter (d = 1.43 vid eftermätningen, d = 2.75 vid 6-månadersuppföljningen, samt d = 2.02 vid 18-månadersuppföljningen). Även resultaten i delstudie 2 visar att de genomsnittliga inomgruppseffektstorlekarna vid eftermätningen var stora vid samtliga mätpunkter (d = 0.83 vid eftermätningen samt d = 1.08 vid 6-månadersuppföljningen). Slutsatsen blir därför att behandlingseffekterna kvarstår eller förbättras på gruppnivå oavsett depressionsgrad.

Nyckelord Spelmani, Internetbaserad behandling, självhjälp, depression, telefonstöd, NODS

SAMMANFATTNING

Spelmani är en förhållandevis ny diagnos som introducerades i den tredje upplagan av DSM-systemet. Prevalensen för spelmani är 1-2 % av den vuxna svenska befolkningen. Diagnosen innebär bland annat en ständig upptagenhet av spel som kan medföra ekonomisk vårdslöshet, lögner samt förlust av både personliga och arbetsrelaterade relationer. Spelmani liknar i många avseenden andra typer av missbruk men utmärkande för diagnosen spelmani är att individen återvänder för att ta revansch på tidigare förlorade insatser vilket gör att individen med spelmani snabbt kan bli allvarligt skuldsatt. Forskning visar att den ökade tillgängligheten till spel ökar förekomsten av spelproblem.

Syftet med föreliggande uppsats var att undersöka behandlingseffekterna av en åtta veckor lång Internetadministrerad självhjälpsbehandling i kombination med telefonstöd vid spelmani. Studien finansierades av Folkhälsoinstitutet och Spelinstitutet tog fram behandlingsmanualen och behandlade deltagarna.

I delstudie 1 (n = 66) undersöktes såväl kortsiktiga som långsiktiga behandlingseffekter på en population med spelmani utan samtidigt förekommande depression av mer än måttlig grad. I denna delstudie användes en väntelista som kontrollgrupp.

Även i delstudie 2 (n = 243) undersöktes kortsiktiga och långsiktiga behandlingseffekter, med skillnaden att den ingående populationen inte exkluderades på grund av depression vilket i samband med rekryteringen till delstudie 1 hade visat sig vara den största anledningen till exklusion. Syftet med delstudie 2 var därför också att undersöka om även allvarligt deprimerade personer med spelmani kunde tillgodogöra sig behandlingen med framgång med avseende på minskad grad av spelmani.

Mellangruppseffektstorleken (Cohens d) i delstudie 1 var $d = 0.81$. De genomsnittliga inomgruppseffektstorlekarna för behandlingsgruppen var stora vid samtliga mätpunkter ($d = 1.43$ vid eftermätningen, $d = 2.75$ vid 6-månadersuppföljningen, samt $d = 2.02$ vid 18-månadersuppföljningen).

Även resultaten i delstudie 2 visar att de genomsnittliga inomgruppseffektstorlekarna vid eftermätningen var stora vid samtliga mätpunkter ($d = 0.83$ vid eftermätningen samt $d = 1.08$ vid 6-månadersuppföljningen).

Slutsatsen blir därför att behandlingseffekterna kvarstår eller förbättras på gruppnivå oavsett depressionsgrad.

TACK!

Vi vill rikta ett stort och varmt tack till vår handledare Per Carlbring! Tack för strålande handledning, för all din tid och allt ditt tålamod, tack för dina synpunkter och din smittande entusiasm för vår uppsats!

Vi vill tacka Statens Folkhälsoinstitut som finansierat denna undersökning och Spelinstitutet för ovärderlig hjälp i form av att ta fram självhjälsmanualen, agerat synnerligen uppskattade terapeuter samt goda råd under studiens gång.

Vi vill också tacka alla er som tagit er tid att svara på enkäter och våra telefonsamtal.

Tack till Olle Jonzon och David Johansson för datasupport.

Avslutningsvis vill vi tacka våra nära och kära för stöd, uppmuntran och visat intresse under vårt arbete, det har varit värdefullt för oss!

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
DEN SVENSKA SPELMARKNADEN.....	1
<i>Svenskarnas Internetvanor</i>	2
DEFINITION AV DIAGNOSEN SPELMANI	2
DEFINITION AV BEGREPP	2
<i>Spel</i>	2
<i>Spelmani</i>	3
<i>Olika grader av spelproblematik</i>	3
DIAGNOSKRITERIER ENLIGT DSM-IV	4
KONSEKVENSER AV SPELMANI	5
PREVALENS	5
SPELVANOR HOS MÄN OCH KVINNOR.....	6
KOMORBIDITET	8
PSYKIATRISK SAMSJUKLIGHET	8
SUICID	8
ETIOLOGI	9
SÅRBARHETSFAKTORER	9
PERSONLIGHET	10
NEUROBIOLOGISKA OCH GENETISKA FAKTORER	10
BETEENDETEORETISKA FÖRKLARINGSMODELLER	11
KOGNITIVA FÖRKLARINGSMODELLER	12
PSYKODYNAMISKA FÖRKLARINGSMODELLER	14
BEHANDLING AV SPELMANI	14
FARMAKOLOGISK BEHANDLING	15
PSYKOLOGISK BEHANDLING	15
<i>Metaanalys</i>	15
SJÄLVHJÄLPSBEHANDLING VIA INTERNET	16
FÖR- OCH NACKDELAR MED INTERNETBASERAD BEHANDLING VID SPELMANI	16
SYFTE	17
FRÅGESTÄLLNINGAR FÖR DELSTUDIE 1	17
FRÅGESTÄLLNINGAR FÖR DELSTUDIE 2	18
METOD	19
MATERIAL DELSTUDIE 1	19
<i>Screening</i>	19
<i>Självskattningsformulär</i>	19
<i>Utfallsmått</i>	20
<i>Behandlingsutvärdering</i>	20

MATERIAL DELSTUDIE 2	21
<i>Screening</i>	21
<i>Självskattningsformulär</i>	21
<i>Utfallsmått</i>	21
<i>Behandlingsutvärdering</i>	21
DELTAGARE DELSTUDIE 1	21
<i>Rekrytering</i>	21
<i>Urval</i>	21
<i>Hur deltagarna fick höra talas om behandlingen</i>	22
<i>Deltagarnas problemspel</i>	23
DELTAGARE DELSTUDIE 2	25
<i>Rekrytering till delstudie 2</i>	25
<i>Urval</i>	25
<i>Hur deltagarna fick höra talas om behandlingen</i>	25
<i>Deltagarnas problemspel</i>	26
BEHANDLINGSPROGRAM	28
SJÄLVHJÄLPSMATERIAL	28
<i>Modulinnehåll</i>	28
<i>Diskussionsforum</i>	30
TELEFONSAMTAL	30
<i>Delstudie 1</i>	30
<i>Delstudie 2</i>	31
TERAPEUTER	31
<i>Delstudie 1</i>	31
<i>Delstudie 2</i>	31
DESIGN	31
<i>Delstudie 1</i>	31
<i>Delstudie 2</i>	31
PROCEDUR	32
DELSTUDIE 1	32
<i>De kliniska bedömarna</i>	32
<i>Bortfall CGI</i>	32
DELSTUDIE 2	33
<i>De kliniska bedömarna</i>	33
<i>Bortfall CGI</i>	33
ETISKA ASPEKTER	33
STATISTISK ANALYS	34
DELSTUDIE 1	34
DELSTUDIE 2	34
RESULTAT	35
DELSTUDIE 1	35
<i>Skillnader före behandlingens start</i>	35
<i>Eftermätning</i>	35
<i>Uppföljning 6 månader</i>	35
<i>Uppföljning 18 månader</i>	36

<i>Effektstorlekar</i>	36
<i>Behandlingsutvärdering</i>	38
DELSTUDIE 2	41
<i>Eftermätning</i>	41
<i>Uppföljning 6 månader</i>	41
<i>Skillnad mellan behandlingsgrupperna</i>	42
<i>Effektstorlekar</i>	42
<i>Analys av bortfallet vid CGI</i>	42
<i>Behandlingsutvärdering</i>	43
DISKUSSION	48
RESULTATDISKUSSION	48
<i>Delstudie 1</i>	48
<i>Delstudie 2</i>	49
METODDISKUSSION	51
<i>Reliabilitet</i>	51
<i>Validitet</i>	51
<i>Vidare forskning</i>	52
<i>Slutord</i>	52
REFERENSER	54

UTVÄRDERING AV INTERNETBASERAD SJÄLVHJÄLPSBEHANDLING I KOMBINATION MED TELEFONSTÖD VID SPELMANI

INLEDNING

Arkeologiska fynd visar att spel har varit en del av många olika kulturer sedan långt tillbaka i tiden (Ladouceur et al., 2003). Spel förekom i det antika Grekland såväl som hos indianstammar i Nordamerika och Kanada. Spel har också fungerat som en kassako för staten. Mellan år 1714 och 1729 restaurerades exempelvis hälften av Paris kyrkor med hjälp av inkomster från lotterier staten ordnat (Ladouceur et al., 2003). Redan år 1806 ombesörjde Napoleon en legalisering av spelklubbarna för att kunna ta del av vinsten (Skaug, 2001). I Sverige har spel varit lagligt och funnits i kommersiellt syfte sedan 1930-talet (Petry, 2005).

Spelmani drabbar 1-2 % av den vuxna befolkningen i en rad länder och gruppen med stora spelproblem, men som inte uppfyller alla kriterier för spelmani, beräknas vara ännu större (Volberg, Abbott, Rönnberg & Munck, 2001). Forskning visar att ökad tillgänglighet till spel ökar förekomsten av spelproblem (Götestam & Johansson, 2003) samt att utvecklingen i spel går alltmer mot att tiden mellan insats och vinstutdelning minskar vilket kan öka risken för att utveckla spelmani (Dowling, Smith & Thomas, 2005). Det finns effektiva behandlingar vid spelmani men endast 10 % av de berörda söker hjälp (Ladouceur, 2005) och bortfall till följd av avhopp är stort (Wulfert et al., 2006). Detta kan bero på social skam och ekonomiska problem vilket skapar ett behov av behandlingar som når dessa individer. Trots att förekomsten av personer med spelproblem ökar finns det relativt få studier om behandling vid spelmani som är randomiserade kontrollerade studier (Toneatto & Ladouceur, 2003). Eftersom spelmani och depression ofta är samtidigt förekommande finns det behov av behandlingsstudier som tar hänsyn till detta (Kim, Grant, Eckert, Faris & Hartman, 2006).

Den svenska spelmarknaden

Lotteriinspektionen är den myndighet som granskar att spel- och lotteriverksamhet sköts lagligt (Lotteriinspektionen, 2007). Deras uppgift är även att skydda konsumenten och försöka att minska de risker som spel kan föra med sig. Lotteriinspektionen (2007) rapporterar att aktörerna på spelmarknaden ökade under 2006 samt att allt fler spelprodukter erbjuds via Internet. Intresset för pokerspel online är alltjämt starkt men även intresset för Bingo på Internet

ökar. Spelberoendeföreningar varnar för att den nya formen av Bingospel medför risker för framförallt kvinnor och ungdomar (Lotteriinspektionen, 2007).

Det tre huvudaktörerna på den svenska spelmarknaden är; AB Svenska spel (ägare till Casino Cosmopol) som är störst och sedan AB Trav och Galopp (ATG) respektive Folkspel med bland annat Bingolotto och Postkodlotteriet (Svenska spel, 2005). År 2006 omsatte den reglerade svenska spelmarknaden ca 36,5 miljarder kronor vilket är en ökning med en knapp miljard jämfört med 2005 (Lotteriinspektionen, 2007). Svenska spel arbetar med spelansvar (Svenska spel, 2006) men får kritik (Jönsson, 2007) för att deras satsning mot spelproblem drunknar i deras egen annonsering för spel. Under första kvartalet 2007 ökade Svenska spel sin vinst med 22 % jämfört med samma kvartal förra året (TT, 20 april, 2007) och det var Internetpoker som stod för den största vinsten för Svenska spel (Svenska spel, 2006).

Den internationella konkurrensen ökar enligt Svenska spel (2005). De internationella aktörerna kan erbjuda högre återbetalning men tar dock ett lägre spelansvar. Både i Sverige och också Norge finns oro för att en illegal spelmarknad ska få fäste (Lund & Nordlund, 2003).

Svenskarnas Internetvanor

Sverige kan anses som en attraktiv marknad för spelbolag eftersom befolkningen har tillgång till datorer och Internetuppkoppling i stor utsträckning. Nära 100 % av alla personer 15-24 år har använt dator, varit ute på Internet respektive skickat e-post (Statens institut för kommunikationsanalys; SIKA, 2006). Män i åldersgruppen 15-24 år spenderade i genomsnitt 90 minuter framför Internet varje dag. Kvinnor över 75 år använde nästan aldrig Internet, men ålder spelade större roll än kön för Internetanvändning. Det huvudsakliga användningsområdet för Internet var att använda sin e-post. Hur många som använder Internet för att spela exempelvis poker eller bingo var inte undersökt i studien. Det fanns 4,4 miljoner datorer i de svenska hushållen och mer än 20 % av hushållen hade mer än två datorer. Av de svenska hushållen hade 71 % tillgång till Internet hemma (SIKA, 2006).

DEFINITION AV DIAGNOSEN SPELMANI

Definition av begrepp

Spel

Ordet *spel* används i den här uppsatsen endast i bemärkelsen *spel om pengar*. Med spel menas att satsa pengar på en händelse eller aktivitet för att vinna något

(Petry, 2005; Pallesen, Mitsem, Kvale, Johnsen & Molde, 2005; Nilsson, 2003). Utfallet är ovisst och styrs helt eller delvis av slumpen, och en förlust innebär att insatsen går förlorad.

Spelmani

Vi kommer genomgående använda den korrekta termen *spelmani* enligt DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) trots att termerna spelmissbruk och spelberoende förekommer i litteraturen.

Spelmani liknar i många avseenden vilket missbruk som helst med den skillnaden att man ofta försöker ta revansch på tidigare förluster (Rönnerberg et al., 1999). Spelmani innebär inte sällan tankar om att kunna kontrollera eller övervinna slumpen och innehåller även fantasier om att bli förmögen på vinsterna.

Gränsen mellan beroende och missbruk kan vara svår att dra, men missbruk kan användas för att beskriva steget innan beroendet (Nilsson, 2003). Missbruk innebär negativa konsekvenser för personens relationer till samhälle och familj (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; DSM-IV, APA, 1994). Personens missbruk av en kemisk eller icke-kemisk substans medför att hon missköter sitt jobb och sin familj, får upprepade kontakter med rättsväsendet och hamnar i farliga situationer. Beroendet innebär att individen drabbas av fysiska och psykiska konsekvenser; personen känner ett sug och toleransnivån ökar.

Olika grader av spelproblematik

Spelare brukar i den svenska forskningen indelas i tre kategorier utifrån spelvanor och föreställningar om spel (Nilsson, 2003). *Normalspelaren* hoppas på vinst men förväntar sig det inte, denne räknar med att satsade pengar sannolikt kan komma att förloras, detta betraktas då som en kostnad för den spänning och det nöje som spelet ger. Så ser de allra flestas spelvanor ut och spel fyller en trevlig och social funktion. Som *problemspelare* upptar spelandet däremot en stor del av tiden; som fantasier om eller planering inför kommande spel. Problemspelaren har i regel möjlighet att finansiera sitt spelande och upptagenheten av spel blir främst påtaglig för de närstående, vanligtvis klarar problemspelaren alltså av att upprätthålla ett fungerande liv utåt sett genom att sköta arbete och klara av sin ekonomi. Problemspelarens spelvanor och problematik påminner om men uppfyller inte diagnosen för *spelmani*, vilket är den tredje graden av spelbeteende.

Petry (2005) delar in individens spelbeteende från nivå 0-3. Nivå 0 innebär inget spel alls och nivå 3 innebär ett patologiskt spelande enligt DSM-IV (APA, 1994), det vill säga spelmani. Spelare i riskzonen är de som befinner sig mellan nivå 1 och 2. Petry (2005) menar att det finns väldigt lite kunskap om nivå 2 och

att det är sällsynt att dessa spelare söker vård trots att de spenderar stora summor och mycket tid samt antagligen har relationsproblem och skuld känslor på grund av sitt spel. Ofta har personer på nivå 2 spelat under lång tid och haft perioder av mer eller mindre spelrelaterade problem. Att spela är en dynamisk process och spelaren kan röra sig mellan nivåerna och ha kritiska perioder som när det är slutspel i en sport (Petry, 2005).

Trots att spelmani beskrivs som kroniskt menar forskning (Slutske, 2006) att många med spelmani tillfrisknar spontant och utan behandling. I en replik på Slutske (Afifi, Cox & Jitender Sareen, 2006) hävdas dock att eftersom komorbiditeten mellan spelmani och alkoholberoende respektive förstämningssyndrom är så hög söker personen hjälp för de sistnämnda vilket då kan medföra en förbättring även av spelproblematiken. Det är alltså av vikt, menar författarna att fortsätta att betrakta spelmani som ett kroniskt syndrom som kräver behandling.

Diagnoskriterier enligt DSM-IV

Som diagnos finns spelmani med i DSM-systemet sedan 1980 (APA, 1980) men omformulerades inför fjärde DSM-utgåvan (APA, 1994) och återfinns under impulskontrollstörning. För att diagnostisera spelmani enligt DSM-IV (APA, 1994) krävs att minst fem av följande diagnoskriterier uppfylls;

- Man tänker ständigt på spel.
- Man måste spela med allt högre summor för att uppnå spänningseffekt.
- Man har flera gånger misslyckats med att kontrollera, begränsa eller sluta upp med spelet.
- Man känner sig rastlös och irriterad när man försöker begränsa eller sluta med spelet.
- Man spelar för att slippa tänka på sina problem eller för att slippa känna sig nedstämd.
- När man spelar bort pengar återvänder man en annan dag för att ta revansch.
- Man ljugar för sina anhöriga, terapeuter och andra för att dölja vidden av sitt spelande.

- Man har begått brott som förfalskning, bedrägeri, stöld eller förskingring för att finansiera sitt spel.
- Man har äventyrat eller förlorat någon viktig personrelation i sitt liv, en anställning, en utbildnings- eller karriärmöjlighet – detta på grund av spelandet.
- Man förlitar sig på att andra ska ordna fram pengar för att lösa en ekonomisk kris som uppstått på grund av spelandet.

Konsekvenser av spelmani

I förlängningen leder spelmani, i likhet med andra typer av missbruk ofta till en negativ påverkan på närstående, familj och vänner samt arbete och ekonomi (Rönnerberg et al., 1999). Likaså är det förknippat med social skam, utanförskap och kriminalitet och för ofta med sig så mycket skada att det kan jämföras med drog- eller alkoholberoende. Den ekonomiska skadan kan dessutom bli enormt stor på mycket kortare tid än vid ett drog- eller alkoholberoende.

Spelmani skapar också relationsproblem och risk för att anhöriga utvecklar ett medberoende (Nilsson, 2003). Barn till personer med missbruk, exempelvis i form av spelmani kan drabbas mycket hårt, dels finansiellt men kanske främst emotionellt då svikna löften anses skada tilliten till andra människor (Darbyshire, Oster & Carrig, 2001). Den konfliktfyllda hemmiljön kan ge barnet en mängd fysiska och psykiska symtom såsom koncentrationsstörningar, nedstämdhet, magproblem och huvudvärk. Barnen riskerar också när de blir äldre att utveckla dysfunktionella beteenden som ätstörningar och olika slags missbruk samt ett problematiskt förhållande till spel (Darbyshire et al., 2001).

PREVALENS

Prevalensundersökningar visar att 1-2 % av den vuxna befolkningen i en rad olika länder lider av konsekvenser av sitt spelande (Ladouceur & Walker, 1996; Rönnerberg et al., 1999; Volberg, 2001). Livstidsprevalensen för problemspelande samt spelmani är i den vuxna nordamerikanska befolkningen mellan 5 och 10 % (Pallesen et al., 2005). Problemspel har en högre prevalens än spelmani (Petry, 2005). I Norge räknas 0.3 % av befolkningen uppfylla diagnosen spelmani och 0.4 % är problemspelare (Lund & Nordlund, 2003). Under 1997-1998 genomfördes en prevalensundersökning av svenskarnas spelvanor som visade att cirka 25 000 – 30 000 personer i Sverige hamnade inom ramen för spelmani (Rönnerberg et al., 1999). Så många som 90 000 personer hade svårigheter att

kontrollera sina spelvanor och kunde benämnas som spelare i riskzonen. Undersökningen från 1997-1998 gjordes före pokerboomen, därför är inte spel på Internet representerat i studien. Genomslaget för Internetspel har sedan dess varit dramatisk och mellan november 2003 och november 2004 kan marknaden för Internetpoker ha ökat med så mycket som 600 % (Jonsson, 2005).

Antalet samtal till den svenska stödlinjen¹ gällande Internetpoker som problemspel ökade från 5 % till 17 % mellan senare hälften av 2004 till första kvartalet 2005 (Jonsson, 2005). Merparten av dessa samtal gällde män yngre än 25 år. Det spel som under år 2006 genererade mest antal samtal till stödlinjen före Internetpoker var automatspel (Lotteriinspektionen, 2007). Svenska spel menar att Internetspel kommer att fortsätta att öka men inte lika starkt som de senaste åren (Svenska spel, 2005).

Spelvanor hos män och kvinnor

En enkätundersökning i USA visade på stora skillnader mellan män och kvinnors spelvanor; för varje spelande kvinna finns det fem spelande män (Blanco, Hasin, Petry, Stinson & Grant, 2006).

Studien fokuserade både på gruppen som inte uppfyller diagnosen spelmani enligt DSM-IV utan endast uppfyller 1-4 kriterier respektive gruppen med diagnosen spelmani. Anledningen till att även inkludera den subkliniska gruppen är att den omfattar en större del av befolkningen än vad spelmani gör. Kvinnorna i den subkliniska gruppen uppvisade större psykiatrisk problematik med mer suicidtankar och högre grad av depression och ångest. Kvinnorna började spela senare i livet och spelet fungerade ofta som en flykt från depressiva besvär. Männerna i undersökningen rökte, drack och använde droger i påtagligt högre utsträckning än kvinnorna (Blanco et al., 2006).

Kvinnor var i genomsnitt 34-39 år när de utvecklade spelmani medan männen var 25-26 år. Kvinnor sökte hjälp i högre utsträckning än män för ångest eller förstämningssyndrom, och föredrog spel som bingo, spelmaskiner och keno medan män i huvudsak spelade roulettspel, på sporthändelser och på aktiemarknaden (Blanco et al., 2006). Internetpoker finns inte representerat i studien, antagligen på grund av att spel på Internet i USA är omgärdat av mycket restriktiva lagar (Svenska spel, 2006).

¹ Spelinstitutet bemannar, på uppdrag av Statens Folkhälsoinstitut, en nationell stöd- och hjälplinje för spelare och anhöriga. Även andra personer som har frågor om spelproblem kan ringa linjen.

Även i Sverige drabbar spelproblem män i högre utsträckning än kvinnor men kvinnor som spelar har högre grad av depressiva besvär än män, medan män har en tendens till att ha högre grad av alkoholproblem än kvinnor (Jonsson et al., 2003). Enligt den svenska prevalensundersökningen från 1999 (Rönnerberg et al., 1999) ägnade sig kvinnor mest åt bingo, snabblotter av olika slag samt turspel och nummerspel. Männen föredrog sportspel som tips och trav. Spelvanor på Internet var ej undersökta i studien.

En hypotes som framfördes i en studie (Blanco et al., 2006) till varför kvinnor med spelmani drabbas av depression och ångest i högre utsträckning än spelande män, är att samhället verkar ha en lägre acceptans för kvinnors spel och skammen för spelproblemen kan då bli större hos kvinnan än hos mannen. De sociala normerna kan även tolkas som att de har en skyddande effekt på kvinnor vilket deras senare debutålder för spelproblem kan tyda på. Jonsson med kollegor (2003) menar dock att de eventuella sociala normer som kan ha reglerat kvinnors spel har luckrats upp i takt med att andra sociala normer i samhället förändrats, alltså kan antalet kvinnor med spelproblem antas öka i framtiden.

KOMORBIDITET

Psykiatrisk samsjuklighet

Det finns en stark samvariation mellan spelmani och alkoholism (Brené, 2006). Petry (2005) visar i en sammanställning av studier att det finns ett samband mellan alkohol- och drogberoende och spelmani. Spelare som sökte behandling för sin spelmani hade ofta en historia av alkohol- eller drogberoende. Man fann att dessa individer tenderade att ha svårare spelproblem, psykosociala problem och fler psykiatriska symtom än personer med spelmani utan tidigare substansberoende. Bland substansberoende personer med spelmani fanns en högre frekvens av antisocial personlighetsstörning och symtom på uppmärksamhetsstörning (Petry, 2005).

En studie av Blanco och medarbetare (2006) i USA, då 43 093 individer intervjuades, visade att följande psykiatriska diagnoser kunde förekomma bland personer med spelmani: alkoholmissbruk (73.2 %), personlighetsstörning (60.8 %), förstämningssyndrom (49.6 %), ångestsyndrom (41.3 %) och drogmissbruk (38.1 %). I Sverige har personer med spelproblem visat sig ha en tendens att vara deprimerade i högre utsträckning än normalpopulationen (Jonsson et al., 2003). I en ny svensk studie (Nordin & Nylander, 2007) led 40-53 % av deltagarna med spelmani även av förstämningssyndrom, ångest eller substansberoende. En annan amerikansk studie (Feigelman, Gorman & Lesieur, 2006) visar att bland ungdomar hade båda könen en förhöjd förekomst av depression jämfört med icke-spelande ungdomar. Det kan vara så att förstämningssyndrom hos personer med spelproblem härstammar från spelproblemen och inte föregår dem (Petry, 2005).

Gällande ångestsyndrom bland personer med spelmani i USA var agorafobi vanligare än i övrig befolkning (Petry, 2005). Man fann även en viss koppling till tvångssyndrom (OCD). Det råder dock tveksamheter om dessa samband då annan forskning (Bienvenu et al., 2000) inte visar på samband mellan OCD och spelmani.

Suicid

Studier av sambandet mellan suicidförsök och suicid vid olika grader av spelproblem i amerikanska och kanadensiska populationer ger en motsägelsefull bild då viss forskning visar på ett samband (Ledgerwood & Petry, 2005) medan andra studier uppger att ett samband inte kan anses föreligga (Newman & Thompson, 2003). De olika resultaten kan dock bero på olika urval och olika definitioner av spelproblem (Feigelman et al., 2006). En amerikansk

undersökning (Feigelman et al., 2006) visar att kvinnor med spelproblem visade en förhöjd risk för suicid men inte männen. Petry (2005) är av uppfattningen att det finns starka bevis för en depressiv komponent vid spelmani vilket kan öka risken för suicid bland dessa hjälpsökande.

En amerikansk studie mellan åren 1994 och 1995 pekar på att spelmani i vissa fall kan ha varit en bidragande faktor vid suicid (Campbell, Simmons & Lester, 1998). Antal suicid kan korrelera med tillgången på spel; exempelvis har Las Vegas högst antal suicid bland invånare och besökare i hela USA och antalet suicid har ökat i Atlantic City sedan kasinon öppnades (Phillips, Welty & Smith, 1997).

Toneatto (2005) menar att de skulder som skapas vid spelmani kan vara en riskfaktor för depression och suicid. Personen med spelmani kan bli desperat när hon eller han inser hur stora skulderna är och i den sinnesstämningen kan då suicidrisk föreligga.

ETIOLOGI

Ett urval av teorier om bakomliggande faktorer till uppkomsten av spelmani presenteras nedan.

Sårbarhetsfaktorer

Forskning som bedrivs på flera håll i världen (Petry, 2005) har kunnat identifiera en överrepresentation av problemspelande eller spelmani hos vissa grupper. Ålder har visat sig ha samband med ett problematiskt förhållande till spel så till vida att man finner en överrepresentation av unga vuxna bland problemspelare och spelmaniska. Sambanden mellan spelmani och ålder anger även att i ju yngre ålder kontakten med spel inleds desto större är risken att utveckla spelmani som vuxen. Ungdomar spelar generellt mindre än vuxna men löper trots det större risk att fastna i spelmani (Fröberg, 2006).

Vidare har etnicitet visat sig spela en roll; oavsett var undersökningarna genomförts har man kunnat urskilja en överrepresentation av problemspelare och spelmaniska hos invandrargrupper och etniska minoriteter (Petry, 2005, Lund & Nordlund, 2003; Rönnberg et al., 1999). Därtill är låg socioekonomisk status en riskfaktor, med reservation för en klar överlappning mellan å ena sidan invandrar- och etniska minoritetsgrupper och å andra sidan individer med låg socioekonomisk status. Ytterligare riskfaktorer är låg utbildning och att vara man yngre än 45 år (Rönnberg et al., 1999). Genomgående är män som grupp

överrepresenterad vid spelmani. Därtill kan läggas civilstånd, då separerade eller frånskilda samt aldrig gifta är överrepresenterade i grupperna problemspelare och spelmaniska (Blanco et al., 2006). Personer med spelmani kan också ha varit med om extrema livshändelser som trauman och skilsmässor i större utsträckning än normalpopulationen (Petry, 2005).

Personlighet

Viss forskning (Zuckerman, 1999) pekar på att individen med spelmani kan beskrivas som en person som söker spänning, intensiv stimulering och förändring; någon som dras till utmaningar, äventyr och risker. Dock visar annan forskning (Hammelstein, 2003) inte på ett samband. DSM-IV placerar dock in diagnosen spelmani under *Impulskontrollstörningar*. Viss forskning (Blaszczynski & Steel, 1998) menar att en stor del av de spelmaniska lider av minst en personlighetsstörning, merparten av dessa återfinns inom kluster B i DSM-IV; borderline, histrionisk, och narcissistisk personlighetsstörning. Ny forskning (Nordin & Nylander, 2007) visar att de patologiska spelarna i en studie hade högre grad av temperamentsfaktorn spänningssökande (*novelty seeking*) samt var mer omogna, mindre ansvarstagande och hade lägre grad av impulskontroll än kontrollgruppen.

Neurobiologiska och genetiska faktorer

I en litteraturgenomgång av internationell forskning omkring bakomliggande biologiska faktorer för utvecklandet av spelmani fann man stora likheter mellan spelmani och drogmissbruk (Brené, 2006). I studier med funktionell magnetkameraavbildning (fMRI) visade hjärnans belöningssystem hos drogmissbrukare och personer med spelmani på en lägre aktivitet under vardagliga förhållanden. När personerna sedan spelade eller tog droger höjdes eller normaliserades aktiviteten i belöningssystemet, därför kan det finnas anledning att se på spelmani och drogmissbruk som en form av självmedicinering (Brené, 2006).

Hjärnans belöningssystem ger individen belöning i form av välbefinnande när hon ägnar sig åt aktiviteter som gagnar hennes överlevnad, exempelvis att äta eller att ha sex (Brené, 2006). Hos personer med spelmani eller drogmissbrukare kan dessa aktiviteters roll slås ut eftersom spel och droger aktiverar belöningssystemet mer kraftfullt. Hippocampus, för minne och inläring, och neurotransmittorn dopamin spelar en central roll vid spelmani då forskning visar att bilder med stor ekonomisk belöning skapade signifikant starkare minnesbilder i form av tydlig aktivering i dessa områden i hjärnan hos de

försökspersoner som tog del av de mer ekonomiskt laddade bilderna (Adcock, Thangavel, Whitfield-Gabrieli, Knutson & Gabrieli, 2006). När frisättningen av dopamin sker i samband med spel eller droger kan detta producera en kraftig patologisk överinläring i form av en stark upplevelse som motiverar till samma beteende om och om igen (Brené, 2006). Tiden mellan kapitalinsats och aktivering av belöningscentra är central på så sätt att desto snabbare kopplingen är mellan insats och vinst eller förlust desto större kick får spelaren (Dowling, Smith & Thomas, 2005).

Användandet av dopamin vid medicinering av Parkinsons sjukdom skapade hos en del av patienterna ett patologiskt spelbeteende inom tre månader efter att medicineringen satts in (Dodd, Klos, Bower, Josephs, & Ahlskog, 2006). Även företeelser som hypersexualitet, ökad alkoholkonsumtion och överdrivet ätande rapporterades ha förekommit hos dessa patienter.

Tvillingstudier har undersökt den genetiska faktorn vid utvecklandet av missbruk, så även av spelmani. Man har funnit visst stöd för att det finns en ärftlig faktor att urskilja bland manliga enäggstvillingar (Mc Gue, Pickens, & Svikis, 1992; Petry, 2005). Neuropsykologisk forskning har även kunnat se en genetisk förändring i serotonintransporterande gener associerat med patologiskt spelbeteende hos män, hos kvinnor har man istället kunnat se förändringar av dopamin vilket har ett påvisat samband med spelmani (Petry, 2005). Vidare kan även serotonin, norepinephrine och opioida system vara inblandade i den genetiska sårbarheten för spelmani. Forskningen inom detta område är på framväxt (Petry, 2005).

Beteendeteoretiska förklaringsmodeller

Den beteendeteoretiska förklaringsmodellen förklarar spelmani som en beteendestörning med en kortare eller längre inlärningshistoria (Petry, 2005; Ladoceur, 2003). Förklaringsmodellen för spelmani bygger på samma inlärningspsykologiska principer med vilka man förklarar uppkomst och vidmakthållande av andra beteendepertoarer. Man betraktar spelandet, med sina många komponenter som något som inledningsvis står under positiv förstärkning för att sedan övergå allt mer till att stå under negativ förstärkning, där man försöker undkomma problem som spelandet på ett eller annat sätt kan ha medfört

Förutsättningen för att utveckla spelmani är således att konsekvenserna av spelandet fungerar förstärkande för individen (Ladoceur, 2003). Om så är fallet fungerar såväl en ansenlig summa vinstpengar som spänningen och adrenalinet i spelsituationen som positiva förstärkare. Positiv förstärkning innebär att

individen får något eftersträvansvärt, vilket innebär att (spel-) beteendet upprepas i en liknande kontext. Genom ett slumpmässigt, (intermittent) förstärkningsschema förstärks inte enbart beteendet ”att spela” utan även ”att fortsätta spela” då förstärkaren kommer slumpartat och oförutsägbart. En förlust kan viftas bort med att varje förlust för spelaren närmre en vinst. Det har samtidigt framkommit att individer med spelmani tenderar att värdera förstärkare högre utifrån hur snabbt de kommer än utifrån dess ekonomiska värde, spelaren tenderar alltså att förstora vinstens värde vid en snabb belöning (Petry, 2001).

Att vinna en större summa i ett tidigt skede av spelet är för många avgörande för utvecklandet av spelproblem (Fröberg, 2006). Vinsten aktiverar intresset för spel och snabba pengar. Dessa förstärkare, sammantaget med en eller flera riskfaktorer förklarar ur beteendeterapeutisk synvinkel uppkomsten och vidmakthållandet av spelmani (Ladoceur, 2003).

Många personer med spelmani har en lång inlärningshistoria där man redan som barn exponerats för spel och spelbeteende i sin familj (Ladoceur, 2003). Ur ett inlärningspsykologiskt perspektiv fungerar dessa vuxna som förebilder vilkas beteenden imiteras och vilkas strategier (för att hantera exempelvis vinst, förlust eller problem) senare används. Frånvaron av varningar för spelets konsekvenser bidrar ytterligare till att skapa sårbarhet hos individen som tidigt exponerats för exempelvis problemspelande i uppväxtmiljön.

Kognitiva förklaringsmodeller

Inom ramen för den kognitiva förklaringsmodellen har man intresserat sig för kognitiva illusioner och menar att tonvikt förutom på beteende också bör läggas på spelarens tankemönster eftersom han eller hon ofta uppvisar ett irrationellt sådant i form av exempelvis magiskt tänkande, vilket innebär att personen kan tänka att när han eller hon sitter på en speciell plats i lokalen ökar det chansen att vinna (Nilsson, 2003).

Illusionen av att ha kontroll över slumpen är ett sådant tema; när individer själva får kasta tärningen eller får välja vinnartalet tenderar de att satsa mer pengar på vinst än de som får se tärningen kastas av någon annan samt fått ett slumpmässigt utvalt vinnartal (Griffiths, 1990). Vidare har man upptäckt att spelare tenderar att förklara en förlust med störande moment eller problem i den yttre kontexten, men vid vinster tillskriver de vanligen sin egen förmåga att förutse eller kontrollera slumpen. Vid upplevelsen av att kunna kontrollera utfallet, vid högre grad av illusion om kontroll, så tenderar spelare att göra mer riskabla satsningar.

Vidare har den kognitiva förklaringsmodellen uppmärksammat sannolikhet och rimlighet som intressanta komponenter i förståelsen av varför människor fattar beslutet att spela (Petry, 2005). Detta kan exempelvis innebära att en spelare får uppfattningen att efter att ha slagit en tärning nio gånger och fått upp udda siffror sju av gångerna så är det mest sannolikt att det tionde slaget ger ett jämt tal, trots att sannolikheten är 50-50 i vart och ett av slagen. Vidare ter det sig för många mer rimligt att en lottorad bestående av en blandning av siffror är mer rimlig än en med 10, 20, 30, 40, 50 och så vidare, trots att så inte är fallet. Dessa kognitiva förvrängningar förekommer dock inte enbart bland problemspelare även om de är framträdande i typiska spelsituationer.

Angränsande till detta område är tankefelet att låta ett litet urval bli representativt (Nilsson, 2003). Utifrån antagandet att ett stort urval är representativt för en population gör många felet att utifrån ett litet urval göra generaliseringar om den stora populationen. I spelsammanhang innebär det att man låter ett litet urval, exempelvis vinster bli representativt för allt spelande och skapar en falsk bild av förhållandet mellan spelande och vinster. Baserat på ett representativt urval har man som spelare aldrig oddsen på sin sida men så länge chansen att vinna stort finns väljer spelare att bortse från orimligheten att vinna.

Ytterligare fällor är illusionen om tillgänglighet där den kognitiva psykologin funnit att vi tenderar att välja sådant vi redan är bekanta med, i spelsammanhang kan det innebära att man väljer spelformer man *kan* istället för att se till andra faktorer (Petry, 2005). Hur nära i tiden något som påverkar oss har inträffat har också inverkan på hur vi väljer. En stor förlust kan medföra en tillfällig uppstramning av exempelvis spelvanorna för att successivt falla i glömska. Ett tredje skäl till att illusionen om tillgänglighet uppstår är hur kraftfull och inspirerande en händelse är, det är lättare att välja att spela när någon i omgivningen har vunnit, och att tänka att om den personen kan vinna så är det möjligt för mig med.

Illusioner om kausala samband är ytterligare en förklaring till varför människor spelar (Joukador, Blaszczynski & Maccallum, 2004). Detta skapar vidskeplighet vilket är vanligt bland spelare, som att heja på tärningarna för att få dem att landa rätt. Tanken om att tankar, koncentration eller hängivenhet ska kunna påverka utfallet av spel är exempel på kognitiv vidskeplighet. Utöver dessa kognitiva förklaringar till varför människor väljer att spela tillkommer jakten på att hinna ikapp sina förluster. Det resonemanget går ut på att när man redan har satt så mycket pengar på spel och förlorat dessa så är det bara genom att fortsätta som man kan komma till rätta med förlusten. Ju längre det var sedan man vann förra gången desto närmre borde man vara nästa vinst.

Psykodynamiska förklaringsmodeller

Den psykoanalytiska skolan var tidigt ute med försök att förklara maniskt spelande (Ladoceur, 2003). Som förklaring förekom teorier om en omedveten önskan att förlora. Spelarna plågas av skuldkänslor och omedveten ilska gentemot auktoriteter, vilka vanligen är individens föräldrar och som i barndomen begränsat individen. Genom att spela ägnar individen sig åt förbjudna aktiviteter vilka skapar skuld och skam och orsakar en omedveten önskan om att straffa sig själv genom att förlora (Ladoceur, 2003).

Den psykodynamiska förklaringsmodellen tog traditionellt sin utgångspunkt i barndomen och har tagit fasta på forskningsresultat som påvisat att individer med spelmani i högre utsträckning än andra vuxit upp under svåra förhållanden med förekomst av såväl fysiskt som sexuellt våld samt vanvård (Petry & Steinberg, 2005; Specker Carlson, Edmonson, Johnson & Marcotte, 1996). Rosentahl och Rugle (1994) och Rosenthal (1986) menar bland annat att individen som lider av spelmani drivs av spänning samt har ett behov av att imponera på andra, först och främst en kritisk förälder, genom en stor vinst. Vidare anses spelaren utmana ödet i vad man benämner som en omnipotent provokation, detta innebär ett våghalsigt förhållande till risker. En uppväxt kantad av neglekt av olika slag kan skapa ett behov av att hävda sig hos individen vilket kan visa sig genom att försöka vinna rikedom genom spel. Andra inleder sitt problemspelande för att bryta med normer och konventioner vilket i den psykodynamiska traditionen kan tolkas som en strävan efter att spela för att vinna sin självständighet. Vidare kan social acceptans vara ett av målen med spelandet, genom att vinna blir individen någon som är accepterad och respekterad. Därutöver finns gruppen som spelar för att fly undan depression och obehagliga känslor som en form av självmedicinering (Rosenthal & Rugle, 1994; Rosenthal, 1986).

BEHANDLING AV SPELMANI

Översikter av behandlingar för spelmani visar på bristen på randomiserade kontrollerade behandlingsstudier (Petry & Armentano, 1999; Toneatto & Ladouceur, 2003; Ladoceur & Shaffer, 2005). Av de randomiserade kontrollerade studier som finns visar resultaten på att kognitiv beteendeterapi har gett bäst resultat vid behandling av spelmani (Sylvain, Ladouceur & Boisvert, 1997; Toneatto & Ladouceur, 2003; Pallesen et al., 2005; Petry et al., 2006). Toneatto och Ladouceurs (2003) översikt av elva randomiserade

psykologiska behandlingsstudier visade på så många brister i studiernas metod och design att de kan anses ha begränsat vetenskapligt värde, exempelvis var urvalen så små att typ-II fel kan ha uppstått. Vilka som är de kurativa komponenterna i en spelmanibehandling kvarstår därför som relativt obesvarat enligt Toneatto och Ladouceur (2003) men några studier som de anser vara bättre genomförda pekar på att kognitiva beteendeterapeutiska interventioner även med minimal terapeutkontakt är bättre än ingen behandling alls. Även farmakologiska behandlingar har provats med varierande resultat (Kim et al., 2006).

Farmakologisk behandling

Forskningen på detta område är endast i sitt initiala skede men studier med farmakologisk behandling vid spelmani med hjälp av SSRI preparat (Fluvoxamine, Paroxetine eller Fluoxetine) som används vid depression, alkoholmissbruk och tvångssyndrom har visat på delvis positiva men motsägelsefulla resultat (Kim et al., 2006). Det krävdes generellt högre doser av preparaten vid spelmani än vid depression eller tvångssyndrom. Det fanns dock många brister i studiens upplägg som påverkar resultatens tillförlitlighet (Kim et al., 2006). Exempelvis rapporterades starka biverkningar vilket kan ha lett till en placeboeffekt vilket innebär att personen genom sina symtom förstår att han eller hon får medicinen vilket underminerar jämförelsen mellan kontroll- och behandlingsgrupp. Biverkningarna kan också ha påverkat i vilken utsträckning deltagare hoppade av behandlingen. Sådan kritik har framförts mot en annan farmakologisk behandlingsstudie med preparatet Nalmefene (Grant et al., 2006) som resulterade i en signifikant förbättring med avseende på deltagarnas patologiska spelproblem. Dock hoppade 66 % av de 200 deltagarna av på grund av biverkningar (exempelvis illamående, yrsel och sömnstörningar), dessutom gjordes ej någon uppföljning vilket gör det svårt att dra några konkreta slutsatser om preparatets långtidseffekter.

Psykologisk behandling

Metaanalys

Psykologisk behandling för spelmani har påvisat goda resultat på såväl kort som lång sikt (Pallesen et al., 2005). I den metaanalys av psykologisk behandling Pallesen och kollegor (2005) utförde, jämfördes 22 behandlingar där merparten av genomförda behandlingsstudier var baserade på beteende-, kognitiv beteende- eller kognitivt terapeutiska behandlingsmodeller. Även andra behandlingar fanns representerade i studien, exempelvis psykodynamiska,

eklektiska, 12-stepsprogram samt multimodala behandlingsprogram (Pallesen et al., 2005). Både inom- och mellangruppseffektstorlekar undersöktes och den genomsnittliga effektstorleken vid eftermätningstillfället, mätt med Cohens d , var $d = 2.01$ vilket innebär att deltagarna som gått i psykoterapeutisk behandling förbättrats två standardavvikelser jämfört med väntelistan. Vid uppföljningen (i genomsnitt 17 månader efter avslutad behandling) var effektstorleken $d = 1.59$.

Självhjälpsbehandling via Internet

Självhjälpsprogram på Internet baserade på kognitiv beteendeterapi har visat på god effekt inom en rad områden såsom paniksyndrom (Carlbring et al., 2005; Carlbring & Brunt et al., 2007), depression (Andersson et al., 2005), smärta (Buhrman, Fältenhag, Ström & Andersson, 2003) och social fobi (Carlbring et al., 2006; Carlbring & Gunnarsdóttir et al., 2007). Vid Institutionen för beteendevetenskap och lärande vid Linköpings Universitet och vid Institutionen för psykologi vid Uppsala Universitet pågår vidare forskning om effekten av självhjälpsprogram på Internet vid exempelvis depression, panikångest och generaliserat ångestsyndrom (Carlbring & Andersson, 2006).

För- och nackdelar med Internetbaserad behandling vid spelmani

Det Internetbaserade självhjälpsprogrammet vid spelmani är kostnadsfritt vilket är synnerligen relevant då det oftast finns en stor ekonomisk problematik vid spelmani vilket gör att dessa individer inte har råd att söka traditionell terapeutisk hjälp. Endast 10 procent av personer med spelmani och spelproblem söker och genomgår behandling (Ladouceur, 2005). Detta kan bero på svårigheterna att få behandling och på att kunskapen om spelmani allmänt anses låg hos samhällets hjälpinstanser (Jonsson et al., 2003). En annan orsak kan vara att många personer med spelproblem vill sluta spela på egen hand, därför är behovet av tillgång till självhjälpsprogram stort. Skamkänslor hos individen är vanligt förekommande vid beroendesjukdomar vilket tillsammans med exempelvis ekonomiska begränsningar kan göra att individen inte söker traditionell terapeutisk hjälp (Jonsson et al., 2003). Personer med spelmani har svårare att söka hjälp ju längre tid de har haft problem med sitt spelbeteende (Tavares, Martins, Zilberman & el-Guebaly, 2002). En önskan om att ingen ska få veta samt försök att spela igen förluster är vidare viktiga förhindrande faktorer (Evans & Delfabbro, 2005). Många spelare blir skuldsatta för livet, vilket vid behandling innebär en utmaning för behandlaren då insikten om detta kan väcka känslor av hopplöshet och påverka klientens motivation till att genomgå behandlingen och sträva efter spelfrihet (Toneatto, 2005). Även kravet på att helt sluta spela orsakar förtida terapislut (Ladouceur, 2005). Då spel på

Internet ständigt ökar är det också av högsta vikt att information om behandling och tillgång till behandling går att få via Internet. Ett mål med självhjälpsprogrammet på Internet för spelmani är att göra behandlingen mer lättillgänglig så att individen kan få behandling i ett tidigare skede innan konsekvenserna av spelproblemen blivit alltför grava.

Nackdelar som kan finnas vid Internetbaserad självhjälpsbehandling för spelmani är samma som vid Internetbaserad självhjälpsbehandling generellt; tekniska problem, svårigheter med diagnostisering och svårigheter med att överblicka hur klienten genomför behandlingen (Marks, Shaw & Parkin, 1998). E-postkontakt, obligatoriska uppgifter som att göra inlägg i ett discussionsforum och att kunna nå sin terapeut via telefon kan delvis lösa ovannämnda problem.

SYFTE

Syftet med föreliggande examensuppsats är att undersöka såväl kortsiktiga som långsiktiga behandlingseffekter av en Internetbaserad självhjälpsbehandling med minimal terapeutkontakt via telefon och e-post vid spelmani. Behandlingseffekten har studerats vid tre olika tillfällen i delstudie 1; vid eftermätning samt vid uppföljning 6 respektive 18 månader efter avslutad behandling. I delstudie 2 gjordes motsvarande mätning vid två tillfällen; vid eftermätning samt sex månader efter avslutad behandling. Uppsatsen är baserad på två olika populationer, den första delstudien på en population med ingen till måttlig depression och den andra delstudien på en population med ingen till allvarlig depression. Uppsatsen avser att behandla frågeställningarna nedan.

Frågeställningar för delstudie 1

1. Föreliggande examensuppsats avser att undersöka om det finns skillnader i behandlingseffekt mellan kontroll- och behandlingsgrupp i en population med ingen till måttlig depression enligt Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS-S; Svanborg & Åsberg, 1994). Behandlingseffekterna uppmäts genom för- och eftermätning.

Har behandlingsgruppen, jämfört med kontrollgruppen, i större utsträckning uppnått;

- a) minskad grad av spelmani, enligt The NORC Diagnostic Screen for Gambling Problems (NODS; Gerstein et al., 1999).
- b) ökad livskvalitet mätt med Quality of Life Inventory (QOLI; Frisch, Cornell, Villanueva, & Retzlaff, 1992).

- c) minskad grad av ångest och depression enligt The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; Zigmond & Snaith, 1983).
2. Föreliggande examensuppsats avser även att undersöka långtidseffekter av behandlingen vid 6 respektive 18 månader. Långtidseffekterna undersöks med ovannämnda formulär där uppföljningen vid 18 månader kompletteras med en telefonadministrerad intervju baserad på SCID (Structural Clinical Interview for DSM-IV – Axis I disorders; SCID-I research version; First, Gibbon, Spitzer, & Williams, 1997) för spelmani (Grant, Steinberg, Kim, Rounsaville & Potenza, 2004) för att avgöra om diagnos föreligger samt för en klinisk bedömning enligt CGI (Clinical Global Improvement; Guy, 1976).

Frågeställningar för delstudie 2

1. För att öka generaliseringsförmågan inkluderades i delstudie 2 alla, oavsett grad av depression enligt MADRS-S (Montgomery Åsberg Depression Rating Scale; Svanborg & Åsberg, 1994). Därmed bedömde de ansvariga för studien det som oetiskt att inkludera en väntelistegrupp i delstudie 2. Behandlingseffekterna uppmäts genom för- och eftermätning. Har behandlingsgruppen uppnått;
 - a) minskad grad av spelmani, enligt The NORC Diagnostic Screen for Gambling Problems (NODS; Gerstein et al., 1999).
 - b) ökad livskvalitet mätt med Quality of Life Inventory (QOLI; Frisch et al., 1992).
 - c) minskad grad av ångest och depression enligt The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; Zigmond & Snaith, 1983).
2. Föreliggande examensuppsats avser även att undersöka långtidseffekter av behandlingen vid sex månader. Långtidseffekterna undersöks med ovannämnda formulär där 6-månadersuppföljningen kompletteras med en telefonadministrerad SCID-intervju för spelmani för att avgöra om diagnos föreligger samt för en klinisk bedömning av förbättringsgrad enligt CGI.
3. Vidare avser föreliggande examensuppsats att undersöka om depressionsgrad påverkar behandlingsutfallet. För att kunna avgöra detta kommer man i den statistiska bearbetningen att dela in deltagarna i delstudie 2 i två grupper, beroende på depressionsgrad vid förmätningen. Denna uppdelning sker med en brytpunkt på 21 poäng på MADRS-S.

METOD

Material delstudie 1

Screening

För båda delstudierna gällde att när personen tagit del av presentationen av behandlingen på hemsidan för självhjälpsprogrammet skedde anmälan varvid den presumtiva deltagaren sändes ett e-postmeddelande med en länk till en websida med en datoradministrerad screeningintervju bestående av 99 frågor. Frågorna ämnade inhämta information som exempelvis personuppgifter, spelvanor, alkohol- och drogvanor, och tidigare psykologisk behandling. Deltagaren fick även fylla i de nedan beskrivna formulären MADRS-S, QOLI, NODS och HADS.

Självskattningsformulär

The NORC Diagnostic Screen for Gambling Problems (NODS)

NODS är ett självskattningsformulär som avser mäta spelmani (Gerstein et al., 1999). De 19 items som utgör formuläret är fördelade över tio kriterier för spelmani och tidsintervallet avser det senaste året. Maxpoängen reflekterar antalet kriterier som uppfylles och 1-2 poäng motsvarar riskspelare, deltagare med 3-4 poäng räknas som problemspelare och 5 poäng och däröver talar för spelmani. Formuläret administreras på ca 5 minuter.

Quality of Life Inventory (QOLI)

Självskattningsformuläret avser mäta den subjektiva upplevelsen av individens livskvalitet (Frisch et al., 1992). Formuläret omfattar 16 områden vilka antas ha större eller mindre betydelse för individens upplevelse av livskvalitet. Dessa områden skattas (0-2) av deltagaren. Under denna skattning skattas även hur nöjd deltagaren är med detta område (-3 till +3, utan 0-alternativ) i nuläget. Vid sammanräkningen av formulärets resultat räknar man ut produkten av områdets vikt multiplicerat med hur nöjd deltagaren är. De av de 16 resultaten som får ett annat värde än 0 för deltagaren sammanräknas därefter för att slutligen delas med antalet inräknade områden så att ett snittvärde på deltagarens subjektiva livskvalitet räknas ut. Formuläret har visat sig ha mycket goda psykometriska egenskaper genom god test-retestreliabilitet samt god samtidig och diskriminativ validitet (Frisch et al., 1992). Testet har även visat sig känsligt för beteendeinriktade förändringar. Administrering av formuläret omfattar ca 15 minuter.

The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

HADS är ett självskattningsformulär med två delskalor om vardera 7 items (Zigmond & Snaith, 1983). Skalorna mäter förändringar av ångest respektive depression. De båda skalorna varvas så att vartannat item tillhör respektive delskala. Deltagaren besvarar frågorna på en fyrgradig likertskala (0-3) med tidsintervallet den gångna veckan. Maxpoäng för respektive delskala är 21. Vid lägre poäng än 7 betraktas deltagaren inte ha ångest/depression av klinisk betydelse. Delskalepoäng 8-10 betraktas som mild ångest/depression, 11-14 som moderat samt 15-21 som svår ångest/depression. Den ursprungliga versionen har visat sig ha god reliabilitet som screeninginstrument för ångest och depression i klinisk verksamhet. Man har även sett att formuläret inte är känsligt för eventuella fysiska åkommor hos deltagaren. Det finns idag flera godkända svenska översättningar. Självskattningsformuläret administreras på ca 5 minuter.

Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS)

Formuläret finns i två versioner, MADRS och MADRS-S där det första är klinikeradministrerat och det senare ett självskattningsformulär (Montgomery & Åsberg, 1979). Formuläret har god reliabilitet och de båda ovan nämnda versionerna har visat sig jämbördiga i sin avsikt att vara känsligt för förändring i grad av depression. Deltagaren besvarar nio items, på en sjugradig skala med fyra definierade steg samt mellansteg mellan dessa. Dessa items motsvarar symptomen på depression. Deltagare med 0-6 poäng anses inte ha någon depression, 7-19 poäng betraktas motsvara en mild depression, 20-34 poäng räknas som moderat depression och poäng däröver, 35-60 anses tyda på allvarlig depression. MADRS-S administreras på 5-10 minuter.

Utfallsmått

Det primära utfallsmåttet bestod av NODS. Som sekundära mått för utfall användes HADS och QOLI.

Behandlingsutvärdering

Efter avslutad behandling ombads deltagarna att fylla i en behandlingsutvärdering på Internet. Utvärderingen omfattade deltagarnas inställning till behandlingens innehåll, omfattning, tidsåtgång, tillgänglighet samt telefonterapi.

Material delstudie 2

Screening

Screeningförfarandet var det samma som i delstudie 1 (*se under Material delstudie 1*).

Självskattningsformulär

Samma självskattningsformulär som i delstudie 1 användes (*se under Material delstudie 1*).

Utfallsmått

Samma utfallsmått användes som i delstudie 1 användes (*se under Material delstudie 1*).

Behandlingsutvärdering

Samma behandlingsutvärdering användes som i delstudie 1 (*se under Material delstudie 1*).

Deltagare delstudie 1

Rekrytering

Rekrytering skedde via Spelinstitutets- respektive Sluta Spelas hemsida (www.slutaspela.nu). Deltagarna har sannolikt även fått kännedom om studien via en artikel i Upsala Nya Tidning och genom av Folkhälsoinstitutet bekostade annonser i Expressens spelsidor, där man hänvisade till Slutaspelas hemsida, samt genom ett inslag på Nyheterna i TV 4. Därutöver har Spelberoendes riksförbund hänvisat till studien på sin hemsida (www.spelberoende.se) och också Stödlinjen har hänvisat till studien.

Urval

För att inkluderas i studien krävdes att deltagarna uppfyllde följande kriterier:

1. Uppfyllde DSM-IV-kriterier för spelmani enligt NODS det vill säga en totalpoäng på 5 poäng eller mer.
2. Hade en totalpoäng på mindre än 21 på MADRS-S och/eller lägre än fyra poäng på livslustfrågan (item 9).
3. Var lägst 18 år.
4. Bodde i Sverige.
5. Hade spelat åtminstone vid ett tillfälle de senaste 30 dagarna.
6. Gav skriftligt samtycke enligt Personuppgiftslagen (PUL) för lagring av personuppgifter.

Det var 224 personer som anmälde intresse för att delta i studien och fyllde i obligatoriska screening- och förmättningsformulär på Internet. Av dessa uppfyllde 66 personer inklusionskriterierna 1-6 och bedömdes ha spelmani som primär psykisk problematik. Dessa 66 personer slumpades till två betingelser; 34 till Internetbaserad självhjälpsterapi och 32 till kontrollgrupp. Deltagarna i kontrollgruppen placerades på väntelista i åtta veckor och informerades om att de skulle få tillgång till behandlingen direkt efter att den första gruppen avslutat sin behandling. En mer detaljerad beskrivning av urvalsförfarandet samt anledningarna till varför personer föll bort under rekryteringsförfarandet återfinns i figur 1.

Medelåldern hos de 66 deltagarna (varav 94 % var män) var 31.88 år (SD = 9.75; intervall 18–57) och den genomsnittliga åldern för när personerna började spela regelbundet var 23.15 (SD = 9.51). Personerna hade haft egenupplevda problematiska spelvanor i genomsnitt 5.20 år (SD = 4.15). Under den gångna månaden hade deltagarna i genomsnitt spelat 4.22 (SD = 1.57) dagar i veckan och spenderat 3.39 timmar (SD = 2.60) per tillfälle. Av de inkluderade hade 62 % spelskulder med en genomsnittlig summa på 146 939 (SD = 339 544; Md = 50 000) SEK.

Hur deltagarna fick höra talas om behandlingen

De sextiosex deltagarna i delstudie 1 svarade på en mängd frågor i screeningintervjun, bland annat rörande hur de hörde talas om behandlingen. Resultatet presenteras i tabell 1.

Tabell 1
Svar från screeningintervjun i delstudie 1, antal (andel).

Hur visste du att du kunde söka den här hjälpen?	n	%
Internet	30	(45.5 %)
Information i samband med spel	10	(15.2 %)
Anhörig	10	(15.2 %)
020-numret (Stödlinjen)	9	(13.6 %)
Kamratförening för spelberoende	4	(6.1 %)
Annons i dagspress	1	(1.5 %)
Annat (kollega, vän, läkare)	1	(1.5 %)
Socialtjänsten	1	(1.5 %)

Deltagarnas problemspel

Merparten av deltagarna uppgav fler än en spelform, därför valdes det först namngivna om det inte fanns uppgift om att något av de andra namngivna spelen vållade större problem. Fördelningen av problemspel hos de 66 deltagarna presenteras i tabell 2.

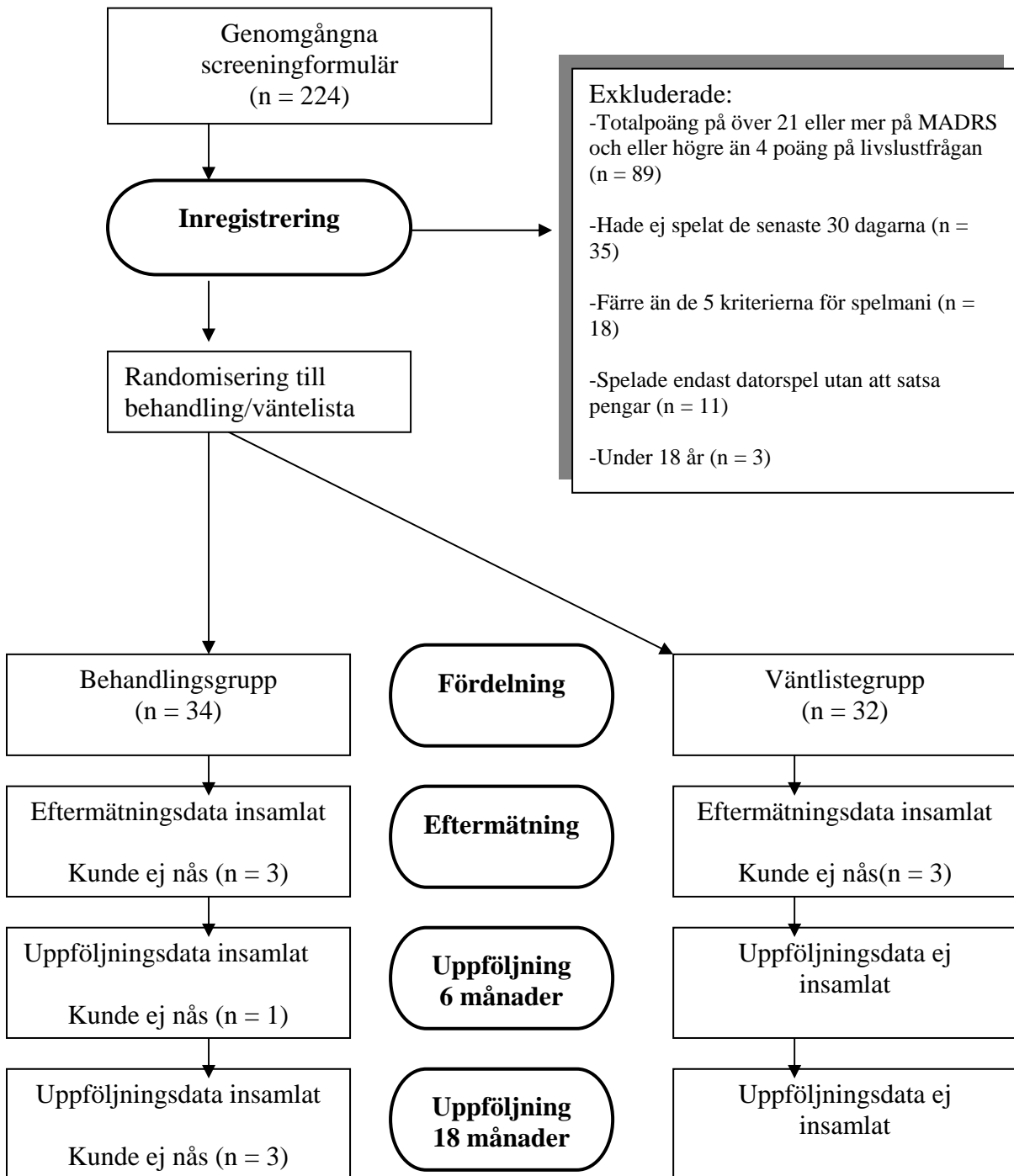
Tabell 2

Fördelning av primärt problemspel i delstudie 1 antal (andel).

Primärt problemspel	n	%
Jack Vegas/Miss Vegas	24	(36.4 %)
Internetpoker	14	(21.2 %)
Betting; Oddset, Tipset & Lången	8	(12.1 %)
Trav	7	(10.6 %)
Casino på Internet	4	(6.0 %)
Poker –live	4	(6.0 %)
Casino –live	3	(4.5 %)
Bingo	2	(3.0 %)

Figur 1

Flödesschema av urvalsförfarandet i delstudie 1, med exkluderingsorsaker beskrivna i skuggad textruta.



Deltagare delstudie 2

Rekrytering till delstudie 2

Rekrytering skedde via Spelinstitutets hemsida där man hänvisade till Slutaspelas hemsida. Den här gången annonserades det inte i tidningar men dock via ett inslag i nyheterna i TV 4 Nyhetsmorgon. I övrigt skedde rekryteringen identiskt med delstudie 1.

Urval

För att inkluderas i studien krävdes att deltagarna uppfyllde följande kriterier:

1. Uppfyllde DSM-IV-kriterier för spelmani enligt NODS det vill säga en totalpoäng på minst 5.
2. Var lägst 18 år.
3. Bodde i Sverige.
4. Hade spelat åtminstone vid ett tillfälle de senaste 30 dagarna.
5. Gav skriftligt samtycke enligt Personuppgiftslagen (PUL) för lagring av personuppgifter.

Det var 266 personer som anmälde intresse för att delta i studien och fyllde i obligatoriska screeningformulär på Internet. Av dessa uppfyllde 243 inklusionskriterierna 1-5. Fyrtio personer påbörjade aldrig behandlingen men för att öka generaliseringsförmågan togs dessa ändå med i analysen.

Alla som uppfyllde samtliga kriterier för deltagande i studien fick efter klartecken starta nästföljande måndag. Ingen väntelista användes i delstudie 2. En mer detaljerad beskrivning av urvalsförfarandet samt anledningarna till varför personer föll bort under rekryteringsförfarandet återfinns i figur 2.

Deltagarnas medelålder var 33.1 år (SD = 9). Fyrtiotre av deltagarna var kvinnor (17.6 %) och 200 deltagare var män (82.4 %).

Hur deltagarna fick höra talas om behandlingen

I screeningintervju ingick frågan om hur individerna hört talas om behandlingen. De 243 svaren presenteras i tabell 3.

Tabell 3

Svar från screeningintervjun i delstudie 2, antal (andel).

Hur visste du att du kunde söka den här hjälpen?	n	%
Internet	108	(44.5 %)
020-numret (Stödlinjen)	46	(18.9 %)
Information i samband med spel	27	(11.1 %)
Anhörig	22	(9.1 %)
Artikel om behandlingen i dagspress	15	(6.1 %)
Annat (kollega, vän, läkare)	12	(4.9 %)
Socialtjänsten	9	(3.7 %)
Kamratförening för spelberoende	4	(1.6 %)

Deltagarnas problemspel

Merparten av deltagarna uppgav fler än en spelform, därför valdes det först namngivna om det inte fanns uppgift om att något av de andra namngivna spelen vållade större problem. Fördelningen av problemspel hos de 243 deltagarna presenteras i tabell 4.

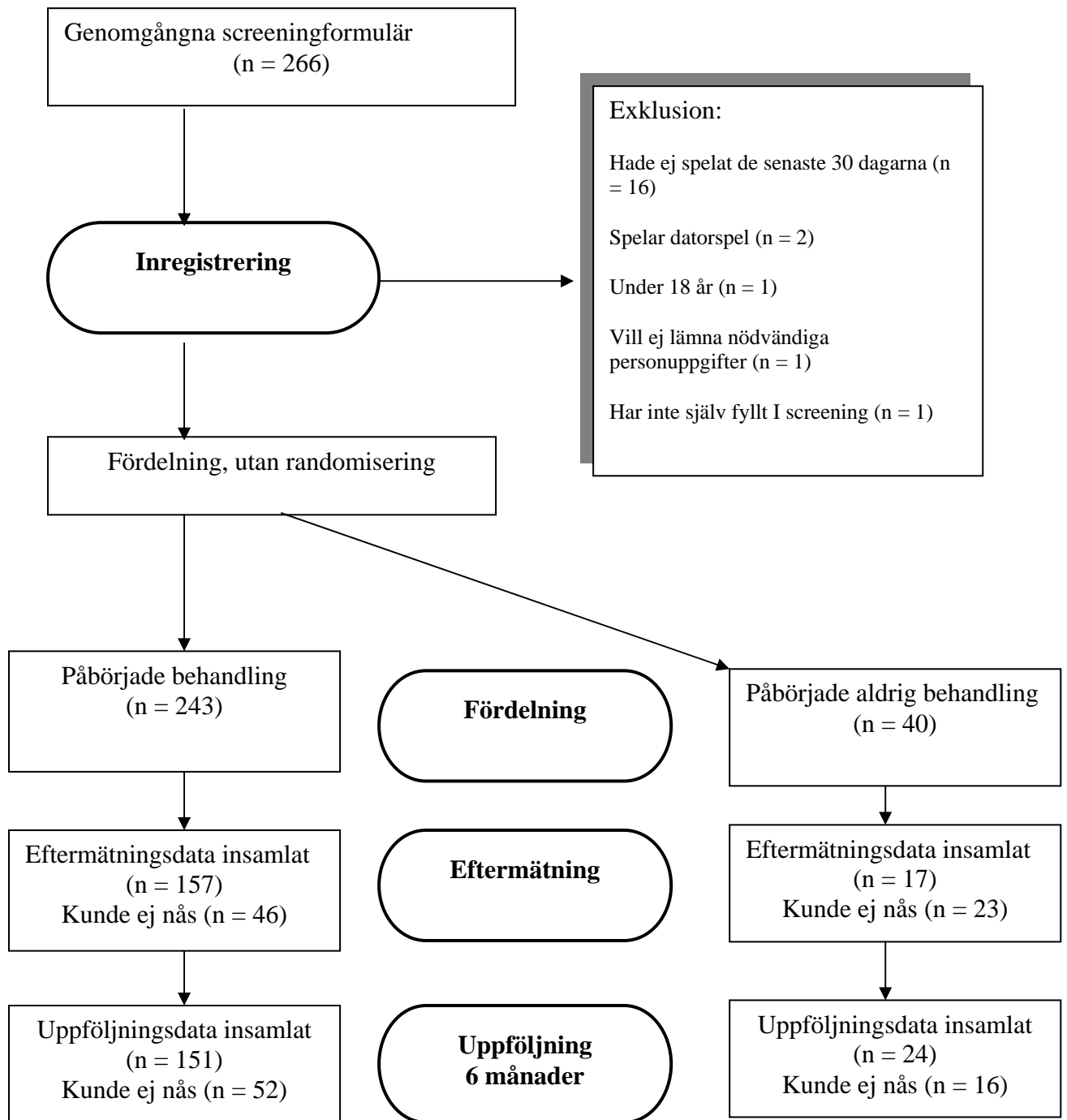
Tabell 4

Fördelning av primärt problemspel i delstudie 2, antal (andel).

Primärt problemspel	n	%
Jack Vegas/Miss Vegas	70	(28.8 %)
Internetpoker	66	(27.2 %)
Betting; Oddset, Tippet & Lången	22	(9.1 %)
Casino på Internet	27	(11.1 %)
Trav	19	(7.8 %)
Poker –live	18	(7.4 %)
Casino –live	10	(4.1 %)
Bingo	5	(2.1 %)
Annat (lotter, optioner, illegalt spel)	6	(2.5 %)

Figur 2

Flödesschema av urvalsförfarandet I delstudie 2, med exkluderingsorsaker beskrivna i skuggad textruta



BEHANDLINGSPROGRAM

Huvudkomponenten i behandlingen utgjordes av ett självhjälp-material som deltagarna fick ta del av via Internet. Programmet baserades på kognitiv beteendeteori (KBT) med inslag av exempelvis övningar i acceptans och medveten närvaro. Behandlingsprogrammet är framtaget av Spelinstitutet. Behandlingsupplägget var det samma för båda delstudierna.

Självhjälp-material

Modulinnehåll

Modul 1 – Introduktion och psykoedukation

Första modulen innehåller dels information om spelmani, hur det känns igen samt hur det uppstår, dels en kartläggning av klientens mål i livet (värderad riktning) samt spelandets positiva respektive negativa konsekvenser för individen. I den första modulen får spelaren strukturerat fundera igenom vad som driver honom eller henne att spela samt vad som hindrar denne från att sluta. Hemuppgift efter första modulen är att ytterligare formulera och registrera sina tankar och känslor.

Modul 2 – Tankefällor och ekonomiska konsekvenser

I den andra modulen får spelaren hjälp med att kartlägga automatiska tankar, med fokus på negativa automatiska tankar; tankefällor. Tankar och känslor sätts sedan i relation till före och efter spelsituationer och vid varje spelsituation registreras även den ekonomiska vinsten eller förlusten. Syftet med modul två är att skapa en medvetenhet hos spelaren om att spelandet ofta sker på så kallad autopilot samt att tydliggöra samband mellan situationer, tankar, känslor och spelbeteende. Därefter sätts spel med autopilot i relation till ekonomiska konsekvenser, spelaren för retrospektiv speldagbok över situation, spelform samt vinst/förlust. Under modul två räknar spelaren ut vad spelandet kostat under den senaste månaden samt vad den månatliga kostnaden skulle innebära på ett år. Hemuppgiften efter modul två består av några frågor för spelaren att besvara.

Modul 3 – Värderad riktning

I den tredje modulen ägnas behandlingen åt konsekvenserna av spelandet samt prioriteringar i livet. Spelaren uppmanas att be några anhöriga eller på annat sätt närstående att svara på en rad påståenden om hur de uppfattar spelaren, om denne har förändrats för att sedan ta ställning till en rad påståenden gällande spelandets påverkan på den anhörige och den relation denne har till spelaren. Vidare kartläggs för- och nackdelar med att sluta respektive fortsätta spela. I slutet av modul tre tar spelaren beslut om att förändra sina spelvanor eller att

avsluta manualen och spela vidare. Hemuppgiften består åter av några frågor att fundera över och besvara skriftligen.

Modul 4 – Impulskontroll och medveten närvaro

I modul fyra ligger fokus på att uppmärksamma sina impulser och lära sig att säga nej till dem ibland. Modul fyra innehåller övningar i medveten närvaro. I den här modulen skriver spelaren ett kontrakt med sig själv där han eller hon skriver under ett av tre alternativ; att sluta spela helt, att sluta spela de spel som lett till konkreta problem men tillåta sig själv att spela vissa andra eller alternativ tre; att begränsa spelandet i tid och omfattning samt sätta upp ekonomiska begränsningar. Efter att kontraktet är skrivet innehåller modul fyra en genomgång av förutsättningar och strategier för att lyckas med förändringsarbetet. Här uppmanas spelaren bland annat till att arbeta med acceptans, att berätta för anhöriga och ta hjälp av dessa, vidare innehåller genomgången beteendeaktivering i värderad riktning med meningsfulla aktiviteter samt strategier att använda i risksituationer. Hemuppgiften i slutet av den fjärde modulen handlar bland annat om att spelaren ska fundera över och anteckna hur livet kan förbättras utan en större vinst.

Modul 5 – Beteendeaktivering

I den femte modulen får spelaren fylla sin tidigare speltid med nya och gamla aktiviteter som ligger mer i linje med de uppsatta målen. I samband med detta får spelaren fylla i registreringsblanketter samt skatta hur givande aktiviteten antas vara respektive visade sig vara efter genomförandet. I samma modul arbetar man med tankefällor och självprat, tränar på att bli uppmärksam på detta samt vilken effekt det får på individen. Ett tankefel som ägnas stort utrymme i den femte modulen är missuppfattningar om slumpen. Därefter följer ett kort formulär där spelaren får öva sig på att se samband mellan situationer och tankefel samt byta ut den ologiska tanken mot en rationell. Hemuppgiften till modul fem behandlar tankefällor och ologiskt självprat.

Modul 6 – Strategier för att hantera risksituationer

Den sjätte modulen syftar till att vidmakthålla det nya förhållningssättet till spel genom att låta spelaren hitta och lära sig hantera sina risksituationer. I den här modulen diskuterar man återfall och hur de ska kunna undvikas och avvärjas i de fall där de inträffar. Genom registreringar kartläggs risksituationerna och därefter följer registrering av tillfällena då spelaren lyckats hantera risksituationerna utan att återfalla i spel. Sedan uppmanas spelaren till att ta hjälp av anhöriga och vänner för att kunna undvika kända risksituationer samt till att hejda impulsen när den kommer utifrån tydliga strategier. Vidare får spelaren träna på att uthärda genom svåra och jobbiga känslor samt uppmanas att ägna sig åt motion och fysiskt aktivera sig för att öka lugn samt få andra positiva effekter såsom en lustfylld och belönande fritidsaktivitet.

Hemuppgifterna till denna modul handlar om hur individen kan göra för att motstå impulsen att spela samt fundera över vilken motionsform som kunde vara lämplig för att bygga upp ett bättre motstånd hos individen.

Modul 7 – Privatekonomi

Den sjunde modulen ägnas åt spelarens privatekonomi. Denna modul innehåller registreringsformulär för hur individen kan komma till rätta med sina eventuella skulder samt göra en återbetalningsplan och en ekonomisk planering för framtiden. Modul sju innehåller även identifiering av lämpliga strategier för att kontrollera ekonomin. Hemuppgiften syftar till att individen ska ta ställning angående hur ekonomin ska skötas framåt.

Modul 8 – Vidmakthållandeplan

Den åttonde och avslutande modulen handlar om att skapa en vidmakthållandeplan. I detta avsnitt får individen skriva en kort och konkret lista över riskerna och de verkliga kostnaderna för spel samt vad individen ska göra istället för att spela. Individen får även lära sig att hitta ett sätt att belöna sig själv på ett sunt sätt. I vidmakthållandeplanen ingår identifiering av hinder för fortsatt positiv utveckling samt hur denne ska hantera ett misslyckande. Individen får ta del av strategier för problemlösning samt åter ta ut riktningen för sitt liv genom att stämma av mot den första modulens värderingsarbete. Den sista modulen innehåller även tips om hjälp vid återfall och avslutas med en sista hemuppgift som anknyter till listan över vad spelande egentligen kostar i relationer till anhöriga och livskvalitet samt vilka åtgärderna är när individen kämpar mot impulsen att spela.

Diskussionsforum

Ett diskussionsforum för deltagarna i de båda studierna upprättades och i detta uppmanades deltagarna att, tillsammans med övriga uppgifter, göra minst ett inlägg varje vecka för att få möjligheten att gå vidare till nästa modul.

Telefonsamtal

Varje deltagare mottog ett telefonsamtal per vecka från en terapeut. Syftet med telefonsamtalet var att ge positiv feedback och motivera samt besvara eventuella frågor om modulerna.

Delstudie 1

I delstudie 1 varade varje konversation i ungefär 15 minuter och totalt gjordes 7.5 (SD = 1.7) telefonsamtal till varje deltagare under den åtta veckor långa behandlingen.

Delstudie 2

Telefonsamtalen i delstudie 2 administrerades enligt samma direktiv som i delstudie 1 men tenderade att vara något längre.

Terapeuter

Terapeuterna hade ett människovårdande yrke med grundläggande psykoterapiutbildning i kognitiv beteendeterapi samt utbildning om motiverande samtal.

Delstudie 1

I delstudie 1 var antalet terapeuter två och den genomsnittligt spenderade tiden per deltagare och vecka var ungefär 30 minuter, inkluderat telefonsamtal och total tid för e-postkommunikation.

Delstudie 2

Eftersom urvalet i delstudie 2 var betydligt större än i delstudie 1 var antalet terapeuter fyra och den genomsnittligt spenderade tiden per deltagare och vecka tenderade att vara något längre.

DESIGN

Designen för de båda studierna skiljer sig åt enligt följande;

Delstudie 1

Delstudie 1 hade en experimentell design med randomisering till två grupper; behandlingsgrupp och kontrollgrupp (för att kunna kontrollera för bland annat spontanförbättring). Behandlingsgruppen genomgick det åtta veckor långa självhjälpsprogrammet medan kontrollgruppen stod på väntelista under samma tidsperiod. Oberoende variabler var behandling och väntelista. Beroende variabler bestod av resultaten på självskattningsformulären NODS, HADS-Ångest, HADS-Depression respektive QOLI. Kontrollgruppen erhöll behandling efter åtta veckor och finns bara med i det statistiska materialet till och med eftermätningen.

Delstudie 2

Eftersom delstudie 2 saknade kontrollgrupp fick studien en inomgruppsdesign utan randomisering.

PROCEDUR

Samtliga personer som genomgick behandlingen inom ramen för delstudie 1 och delstudie 2 kontaktades för uppföljning efter avslutad behandling.

Delstudie 1

Förutom eftermätning genomfördes uppföljning vid 6 respektive 18 månader efter avslutad behandling, via Internetadministrerade enkäter och telefonsamtal. Vid deltagarnas respektive datum för eftermätning, 6- eller 18månadersuppföljning erhöll de ett e-postmeddelande med en länk till websidan med enkäten och en personlig kod för inloggning. Om deltagaren efter en påminnelse via e-post inte hade besvarat enkäten kontaktades deltagaren via telefon för påminnelse och i de fall deltagaren bytt telefonnummer utan att meddela detta skickade en påminnelse med vanlig post. Ersättning utgick med två biobiljetter per svarstillfälle och vid eftermätningen även en CD med avslappningsinstruktioner. Datainsamlingen genom de Internetadministrerade enkäterna påbörjades i juni 2004 och pågick fram till april 2007.

Inför uppföljningen av Studie 1 som genomfördes under januari och februari 2007, arton månader efter avslutad behandling, kontaktades samtliga deltagare per telefon för en intervju baserad på SCID för spelmani (Grant et al., 2004) anpassad till att använda på en svensktalande population. Man avsåg att fastställa om diagnos för spelmani förelåg samt för att göra en klinisk bedömning enligt Clinical Global Improvement Scale (CGI). CGI är en fyrgradig skala från ingen förbättring alls (0) till stor förbättring (4) vid en jämförelse mellan hur det var precis innan behandlingen startade jämfört med den senaste månaden. Genom den kliniska intervjun avgör bedömaren om diagnos föreligger. Författarna till föreliggande uppsats genomfört intervjuerna som oberoende kliniska bedömare. Ingen ersättning utgick till deltagarna för deltagandet i intervjun.

De kliniska bedömarna

Personerna som gjorde bedömningen med CGI var två psykologkandidater med genomförd grundläggande terapeututbildning. Telefonsamtalens längd för SCID och CGI omfattade i tid allt från cirka 2 minuter till närmare 20 minuter, med en uppskattad genomsnittstid på 4-6 minuter per samtal.

Bortfall CGI

Individer som inte kunde nås per telefon för CGI inom utsatt tid betraktades som bortfall och uppgick till 6 personer (17.6 %). I brist på data betraktades dessa

som förbättrade enligt intention-to-treat och det senast kända värdet lades in som mätvärde efter principen att den senaste observationen används även i senare mätningar om data vid det senaste mättillfället saknas (Nich & Carroll, 2002).

Delstudie 2

I delstudie två kontaktades deltagarna för eftermätning och uppföljning 6 månader efter avslutad behandling. I övrigt var proceduren med påminnelser om de Internetadministrerade enkäterna densamma som vid delstudie 1. Uppföljningen av delstudie 2, sex månader efter avslutad behandling, skedde enligt samma procedur som vid delstudie 1 det vill säga med SCID och CGI. Dessutom skickades inför denna uppföljning, i april 2007, ett e-postmeddelande till berörda deltagare med information om att de skulle bli uppringda för en kort intervju angående spelvanor och att de kunde avböja genom att besvara e-postmeddelandet.

De kliniska bedömarna

Se under *De kliniska bedömarna* delstudie 1.

Bortfall CGI

Individer som inte kunde nås per telefon inom utsatt tid för uppföljningen betraktades som bortfall och uppgick till 125 personer (51.4 %), i brist på data betraktades dessa som förbättrade enligt intention-to-treat.

ETISKA ASPEKTER

Båda studierna är granskade och godkända av den regionala etikprövningsnämnden (Dnr 2004-Ö3-206 respektive 2005:054).

Information om etiska forskningsprinciper som exempelvis att personen är fri att avbryta behandlingen när som helst utan negativa konsekvenser lämnades på websidan med screeningintervjun.

Av etiska skäl kontaktades exkluderade personer som sökt till delstudie 1 och uppmanades att söka hjälp för nedstämdhet på hemorten.

I studie 2 kontaktades personer med 30 poäng eller högre på MADRS-S och/eller 4 poäng eller högre på livslustfrågan och rekommenderades att söka komplementär behandling för nedstämdhet på hemorten. Anledningen till att

ingen väntelista användes var att det inte kan räknas som etiskt att låta mer än måttligt deprimerade individer stå på väntelista.

Deltagarna i både delstudie 1 och delstudie 2 informerades om risken för olagligt intrång vid e-postanvändande och rekommenderades att använda en gratis e-posttjänst som automatiskt krypterar e-postmeddelanden med OpenPGP Message Format RFC 2440.

Folkhälsoinstitutet bekostade studien och det fanns inga kommersiella intressen hos forskarna.

STATISTISK ANALYS

Alla t-test är utförda med två-sidig prövning för att kunna se resultaten i båda riktningarna; både förbättring och försämring.

Delstudie 1

Signifikanstestning av skillnader mellan kontroll och behandlingsgrupp med avseende på demografiska data (exempelvis ålder och kön) och förmätning utfördes med chi två-test och t-test. Deltagarnas för- och eftermätning analyserades med en två-vägs variansanalys (ANOVA) med upprepade mätningar. Dessa följdes av t-test med bonferronikorrigerade p-värden satta till en gräns vid .0125. Gränsen erhöles genom att dividera den traditionella alfa-nivån med antalet utförda t-test ($0.05/4$) för att minska risken för typ I-fel. Data från 6- och 18-månadersuppföljningen analyserades med beroende t-test och jämfördes med data från förmätningen. Effektstorlekar (Cohens d), beräknades med poolade standardavvikelser och räknades ut både inom och mellan grupper.

Tre personer i behandlingsgruppen och två personer i väntlistegruppen gjorde ej klart eftermätningen. Vid 6-månadersuppföljningen var det en deltagare (3 %) som inte hade fyllt i enkäterna och vid 18 månader var motsvarande siffra 3 (11.7 %). För att öka generaliserbarheten användes intention-to-treat.

Delstudie 2

Signifikanstestning av skillnader mellan för-, eftermätning samt 6-månadersuppföljning för behandlingsgruppen utfördes med t-test med bonferronikorrigerade p-värden, satta till en gräns vid .0167. Gränsen erhöles genom att dividera den traditionella alfa-nivån med antalet utförda t-test ($0.05/3$) för att minska risken för typ I-fel. Data från 6-månadersuppföljningen

analyserades med beroende t-test och jämfördes med data från förmätningen. Inomgruppseffektstorlekar (Cohens d), beräknades med poolade standardavvikelser. Eftersom nästan hälften av deltagarna i delstudie 2 ej kunde nås vid CGI gjordes även en borfallsanalys.

Vid 6-månadersuppföljningen var det 46 deltagare (18.9 %) som inte hade fyllt i enkäterna. För att öka generaliserbarheten användes, i likhet med förfarandet i delstudie 1, *intention-to-treat* vid hanteringen av bortfall.

RESULTAT

Delstudie 1

Skillnader före behandlingens start

Kontroll- och behandlingsgrupp skiljde sig inte signifikant åt på några mått i förmätningen; NODS ($t_{64} = 1.1$, $p = .282$), HADS-Ångest ($t_{64} = 0.3$, $p = .759$), HADS-Depression ($t_{64} = 0.7$, $p = .462$), QOLI ($t_{64} = 0.1$, $p = .914$).

Eftermätning

Under den åtta veckor långa behandlingen var det genomsnittliga antalet genomförda moduler $M = 6.15$ ($SD = 2.4$). Deltagarna som ingått i behandlingsgruppen förbättrades signifikant på samtliga mätpunkter jämfört med kontrollgruppen. Signifikanta interaktionseffekter (tid x grupp) erhöles för respektive formulär (se tabell 5). Efterföljande test med bonferronikorrigerade p-värden indikerade att behandlingsgruppen förbättrats signifikant på samtliga mått mellan för- och eftermätningar; NODS ($t_{33} = 12.0$, $p = <.001$), HADS-Ångest ($t_{33} = 5.8$, $p = <.001$), HADS-Depression ($t_{33} = 5.1$, $p <.001$) samt QOLI ($t_{33} = 4.6$, $p <.001$) medan kontrollgruppen inte hade gjort det; HADS-Ångest ($t_{31} = 3.1$, $p = .004$) HADS-Depression ($t_{31} = 0.3$, $p = .75$) QOLI ($t_{31} = 0.2$, $p = .82$). Kontrollgruppen hade dock förbättrats signifikant på NODS ($t_{31} = 5.0$, $p <.001$). Vid en jämförelse av de två grupperna vid eftermätningen kan trots detta signifikanta skillnader urskiljas på samtliga mått; (alla $t_{65} >2.3$, alla $p <.012$).

Uppföljning 6 månader

Vid 6-månadersuppföljningen kvarstod behandlingseffekterna. Beroende t-test visade att det fanns signifikanta skillnader mellan förmätning och 6-månadersuppföljning; NODS ($t_{33} = 25.7$, $p <.001$), HADS-Ångest ($t_{33} = 7.8$, $p <.001$), HADS-Depression ($t_{33} = 8.2$, $p <.001$) respektive QOLI ($t_{33} = 5.5$, $p <.001$).

Vid jämförelse mellan eftermätningen och 6-månadersuppföljningen var det två mått, NODS ($t_{33} = 2.7$, $p = .011$) och HADS-Depression ($t_{33} = 3.4$, $p = .002$) som visade på en fortsatt signifikant förbättring. Resultaten på QOLI ($t_{33} = 2.0$, $p = .054$) och HADS-Ångest ($t_{33} = 2.2$, $p = .036$) visade inte på fortsatt signifikant förbättring.

Uppföljning 18 månader

Arton månader efter avslutad behandling kontaktades samtliga deltagare av två oberoende bedömare som efter en telefonintervju gjorde en klinisk bedömning av förbättring, på en fyrgradig skala (CGI). Telefonintervjun utgick från kriterierna för spelmani enligt DSM-IV. Deltagare som ej kunde nå betraktades enligt intention-to-treat inte ha nått någon förbättring alls (17.6 %). Följande resultat observerades vid CGI för samtliga 34: Ingen förbättring 6 (17.6 %), liten förbättring 5 (14.7 %), måttlig förbättring 6 (17.6 %) och stor förbättring 17 (50.0 %).

Deltagarna fyllde också i uppföljningsenkäterna igen som visade att behandlingseffekten kvarstod med signifikanta resultat jämfört med förmätningen; NODS ($t_{33} = 14.8$, $p < .001$), HADS-Ångest ($t_{33} = 7.6$, $p < .001$), HADS-Depression ($t_{33} = 7.0$, $p < .001$) samt QOLI ($t_{33} = 4.7$, $p < .001$). Vid 18-månadersuppföljningen fortsatte deltagarna att förbättras om än ej signifikant, i jämförelse med eftermätningen; NODS ($t_{33} = 0.99$, $p = .330$), HADS-Ångest ($t_{33} = 2.11$, $p = .042$), HADS-Depression ($t_{33} = 2.43$, $p = .021$) samt QOLI ($t_{33} = 1.38$, $p = .178$).

Effektstorlekar

Mellangruppseffektstorleken vid eftermätningen varierade över de olika måtten. Det högsta värdet återfanns på NODS (Cohens $d = 1.36$) medan det lägsta värdet återfanns på HADS- Ångest ($d = 0.52$). Den genomsnittliga mellangruppseffektstorleken för samtliga mått var stor ($d = 0.81$). Den genomsnittliga inomgruppseffektstorleken i behandlingsgruppen var $d = 1.43$ vid eftermätningen, $d = 2.75$ vid 6-månadersuppföljningen, samt $d = 2.02$ vid 18-månadersuppföljningen.

Tabell 5

Medelvärde (standardavvikelse) vid för- och eftermätning samt uppföljning, liksom inom- och mellangruppseffektstorlekar (Cohens *d*) samt interaktionseffekt.

	Behandlingsgrupp (n = 34)		Väntlistegrupp (n = 32)		Effektstorlekar		Interaktion
	M	SD	M	SD	Inom	Mellan	Tid x grupp F _(1,65)
NODS							
Förmätning	8.21	(1.32)	7.84	(1.39)			
Eftermätning	1.97	(2.94)	5.84	(2.47)	2.93	1.36	40.8***
6-mån	0.68 ¹	(1.15)	N/a	N/a	6.10		
18-mån	1.41 ¹	(2.20)	N/a	N/a	3.86		
HADS							
Ångest							
Förmätning	8.97	(3.33)	8.72	(3.30)			
Eftermätning	5.12	(3.57)	7.03	(3.75)	1.12	0.52	6.3*
6-mån	3.91 ¹	(2.25)	N/a	N/a	1.81		
18-mån	3.82 ¹	(2.55)	N/a	N/a	1.75		
HADS							
Depression							
Förmätning	6.97	(3.49)	6.34	(3.39)			
Eftermätning	4.03	(3.41)	6.16	(2.73)	0.85	0.69	11.55**
6-mån	2.56 ¹	(3.02)	N/a	N/a	1.35		
18-mån	2.97 ¹	(3.20)	N/a	N/a	1.20		
QOLI²							
Förmätning	1.55	(1.26)	1.51	(1.59)			
Eftermätning	2.58	(1.29)	1.47	(1.74)	0.81	0.73	12.6**
6-mån	2.89 ¹	(1.25)	N/a	N/a	1.07		
18-mån	2.88 ¹	(1.32)	N/a	N/a	1.03		

¹ Förbättringen till följd av behandlingen kvarstod vid 6- respektive 18-månadersuppföljningen i jämförelse med resultat från förmätningen.

² Ett högre tal indikerar högre grad av livskvalitet.

N/a = Data ej insamlad.

* = $p < .05$, ** = $p < .01$, *** = $p < .001$

Behandlingsutvärdering

Femtioen personer i delstudie 1 fyllde i en skriftlig utvärdering av behandlingsprogrammets kvalitet. Resultatet presenteras i tabell 6.

Tabell 6

Svar från utvärderingen av behandlingen för delstudie 1, antal (andel)

Hur bedömer du kvaliteten på din terapi?			Hur nöjd är du med terapins tempo?		
Utmärkt	15	44.2 %	Alldeles för kort	1	2.9 %
Bra	14	41.2 %	Lite för kort	12	35.3 %
Hyfsad	2	5.9 %	Lagom lång tid	17	50.0 %
Dålig	0	0.0 %	Lite för lång tid	1	2.9 %
Ej svarat	3	8.8 %	Alldeles för lång tid	0	0.0 %
			Ej svarat	3	8.8 %
Hur nöjd är du med terapins omfattning?			Hur nöjd är du totalt sett med din terapi?		
Ganska missnöjd	0	0.0 %	Mycket nöjd	16	47.1 %
Likgiltig/lätt missnöjd	1	2.9 %	Huvudsakligen nöjd	14	41.2 %
Övervägande nöjd	17	50.0 %	Likgiltig/lätt missnöjd	1	2.9 %
Mycket nöjd	13	38.2 %	Riktigt missnöjd	0	0.0 %
Ej svarat	3	8.8 %	Ej svarat	3	8.8 %
Om en god vän till dig skulle behöva liknande hjälp, skulle du då rekommendera samma sorts terapi som du själv fick?					
Nej, absolut inte	0	0.0 %			
Nej, det tror jag inte	1	2.9 %			
Ja, det tror jag	4	11.8 %			
Ja, absolut	26	76.5 %			
Ej svarat	3	8.8 %			

Kvalitativ behandlingsutvärdering

- **Det som jag är mest nöjd med i min terapi är...**

Av dem som besvarat frågan har merparten uttryckt att den personliga kontakten, främst genom telefonkontakten med terapeuten men även genom diskussionsforumet. En liten grupp har angett att det bästa med terapin varit att de fått sina tankar utmanade.

- **Det som jag är särskilt missnöjd med är...**

Den största gruppen uttrycker inget missnöje alls, någon enstaka person uttrycker dock att behandlingens längd var för kort respektive att slutet blev för abrupt. Utöver detta förekom även några som var missnöjda med sin egen insats.

- **Min terapeut var...**

I princip samtliga var översvallande nöjda med sina terapeuter och den grupp som hade något övrigt att önska hade velat ha mer kontakt med terapeuterna.

- **Om jag hade kunnat påverka eller ändra något i min terapi, skulle det ha varit...**

De som inte var nöjda var en liten grupp, dessa uttryckte önskemål om ytterligare personlig kontakt av olika slag, exempelvis en telefonjour på kvällar/helger samt utökad terapeutkontakt.

- **Vad tyckte du om att få hjälp på detta sätt via Internet och e-post?**

Samtliga som besvarat frågan är positiva till upplägget, merparten uppskattar även anonymiteten och tillgängligheten. Några anger anonymiteten som ett skäl till att man sökte den här behandlingen.

- **Hur stora problem har du haft med tekniken?**

Ingen av de svarande uppger att de haft några problem alls med tekniken. Någon uttrycker en önskan om att ha kunnat skriva mer i textrutorna.

- **Vad tyckte du om sättet att arbeta (moduler med övningar och hemläxor)?**

Den stora gruppen av svarande tycker att upplägget varit bra även om det samtidigt varit jobbigt, några anger att en deadline för slutförande av modulen hjälpt dem att hålla tempot.

- **Vilket ägnade du mest tid till – att läsa på dataskärmen eller i pappersversionen?**

Endast ett fåtal av de svarande har angett att de läst materialet i pappersform, merparten av deltagarna har alltså läst materialet på dataskärm.

- **Vad tyckte du om diskussionsforumet?**

Samtliga svarade att de tyckt att diskussionsforumet varit bra eller mycket bra, någon enstaka person har dock ansett att för få deltagare varit aktiva på forumet och att det därför inte funnits någon aktiv diskussion.

- **Vad tyckte du om telefonsamtalen?**

I princip samtliga har känt sig mycket nöjda med telefonsamtalen, några efterfrågar dock utökad telefonkontakt.

- **Ungefär hur mycket tid har du lagt ner på denna behandling (dels lästid, dels övningar)?**

Svaren varierar mellan 30 minuter och 10 timmar per vecka, flertalet av de svarande anger dock att de spenderat mellan 1 till 3 timmar i veckan till behandlingens genomförande.

- **Vad tyckte du om modulernas omfattning (för mycket/för lite text)?**

Merparten av de svarande säger sig ha haft lätt att ta till sig texten, någon avviker därifrån ifråga om de något mer omfattande modulerna i slutet av behandlingen.

- **Vad tyckte du om textens läsbarhet (lätt/svår att förstå)?**

I princip alla svarande tycker att texten varit lättläst och lättillgänglig.

- **Hur arbetskrävande och omfattande tycker du att projektet varit för dig?**

Övervägande del av svaren anger att behandlingen varit mer krävande med avseende på mental snarare än tidsmässig insats. Arbetet har dock varit positivt laddat eftersom de svarande upplevt stort stöd genom hela behandlingen.

- **Hur värdefull anser du att denna behandling varit för dig?**

Samtliga svarande anger att behandlingen varit mycket betydelsefull. Någon kallar det för en vändpunkt i livet.

- **Vad tycker du var bäst?**

Den allra största svarsgruppen har angett den personliga kontakten, på ett eller annat sätt som det bästa. En mindre grupp anger helheten i programmet som det bästa.

- **Vad var sämst?**

Merparten av de svarande kunde inte urskilja något som skulle ha varit dåligt, en mindre grupp ansåg att vissa moment i programmet inte angått dem och några har svarat att de känt sig pressade av tidsbegränsningen.

- **Är det något du har saknat som du tror skulle passa bra i programmet?**

En mindre grupp har efterfrågat mer personlig kontakt, antingen genom chattforum, stödgrupp eller ytterligare terapeutkontakt.

- **Är det något du vill lägga till, något som inte tagits upp ordentligt?**
På denna fråga lämnas merparten av fälten blanka med undantag för de som skrivit ”tack”.

Delstudie 2

Eftermätning

Vid eftermätning fanns det en signifikant skillnad på samtliga formulär. Deltagarna hade på HADS-Ångest uppnått en signifikant förbättring mellan för- och eftermätning ($t_{242} = 9.7$, $p < .001$). Likaså fanns en signifikant förbättring på HADS-Depression ($t_{242} = 11.1$, $p < .001$) liksom på NODS ($t_{242} = 18.6$, $p < .001$) och QOLI ($t_{242} = 8.4$, $p < .001$).

Uppföljning 6 månader

Av 243 personer var det 175 som svarade på 6-månadersuppföljningen och övriga analyserades enligt intention-to-treat. Här visade beroende t-test att behandlingseffekterna kvarstod med signifikanta skillnader mellan förmätning och 6-månadersuppföljning på samtliga formulär; HADS-Ångest ($t_{242} = 12.0$, $p < .001$), HADS-Depression ($t_{242} = 12.1$, $p < .001$), NODS ($t_{242} = 23.3$, $p < .001$) samt QOLI ($t_{242} = 9.1$, $p < .001$).

Vid en jämförelse mellan eftermätning och 6-månadersuppföljning kunde man se en fortsatt signifikant förbättring på HADS-Ångest ($t_{242} = 3.7$, $p < .001$), HADS-Depression ($t_{242} = 3.3$, $p = .001$) samt NODS ($t_{242} = 3.5$, $p = .001$). Man kunde även se en fortsatt förbättring på QOLI, denna var dock inte signifikant ($t_{242} = 2.2$, $p = .031$).

Sex månader efter avslutad behandling kontaktades samtliga deltagare av två oberoende bedömare som efter en telefonintervju gjorde en klinisk bedömning enligt CGI. Av 243 deltagare kunde 118 personer nås. Telefonintervjun utgick från kriterierna för spelmani enligt DSM-IV.

Vid konservativ datahantering, enligt principen för intention-to-treat, betraktas de deltagare som inte kunde nås ej ha uppnått någon förbättring alls vilket ger följande fördelning på CGI baserat på samtliga 243: Ingen förbättring (55.9 %), liten förbättring (7.3 %), måttlig förbättring (8.6 %) och stor förbättring (28.2 %). Bortfallet uppgick alltså till 51.8 %.

Följande resultat observerades vid CGI baserat på de 118 deltagare som kunde nås: Ingen förbättring (8.5 %), liten förbättring (15.3 %), måttlig förbättring (17.8 %) och stor förbättring (58.5 %).

Skillnad mellan behandlingsgrupperna

Av de 243 deltagarna var det 146 personer (59.0 %) som hade över 21 poäng på MADRS-S och 97 deltagare (40.0 %) hade 21 poäng eller lägre. Mellan för- och eftermätningen för grupperna fanns ingen signifikant skillnad i förändringsvärden på måtten HADS-Ångest ($t_{241} = 1.5$, $p = .123$) och NODS ($t_{241} = 0.9$, $p = .360$) men däremot hade gruppen deprimerade högre förändringsvärden jämfört med den icke-deprimerade gruppen på måtten HADS-Depression ($t_{241} = 3.0$, $p = .003$) och QOLI. ($t_{241} = 2.4$, $p = .017$).

Effektstorlekar

Som framgår av tabell 7 varierar effektstorlekarna (Cohens d); $d = 0.47 - 1.63$ vid eftermätning, så även vid 6-månadersuppföljningen $d = 0.71 - 2.04$. Den genomsnittliga inomgruppseffektstorleken vid eftermätning var $d = 0.83$, vid 6-månadersuppföljningen var motsvarande effektstorlek $d = 1.08$.

Analys av bortfallet vid CGI

Eftersom nästan hälften av deltagarna i delstudie 2 ej kunde nås vid CGI gjordes en bortfallsanalys.

Bortfallsanalysen visade att det inte fanns någon signifikant effekt av kön ($\chi^2 = 0.60$, $p > .10$). Tvåsidigt t -test visade att det inte heller fanns någon signifikant effekt av ålder ($t_{241} = 0.19$, $p = .85$). Vid bortfallsanalysen av förbättringsvärden på utfallsmåtten NODS, HADS-Ångest, HADS-Depression samt QOLI) fanns inte någon signifikant skillnad mellan grupperna (alla $t_{241} = 0.60 - 1.63$, alla $p = .10 - .55$). Det fanns inga signifikanta skillnader mellan grupperna i förmätningens värden på NODS, HADS-Ångest eller QOLI (alla $t_{241} = .67 - .98$, alla $p = .33 - .50$). Däremot fanns det en signifikant skillnad i depressionsgrad vid förmätningen mätt med MADRS-S ($M = 25.1$ vs. $M = 21.1$; $t_{241} = 3.02$, $p = .003$) och HADS-Depression ($M = 9.8$ vs. $M = 8.3$; $t_{241} = 2.72$, $p = .007$). De deltagare som hade något högre grad av depression vid förmätningen var alltså de som i högre utsträckning än de med något lägre grad av depression vid förmätningen inte kunde nås vid uppföljningen med CGI. Skillnaden mellan grupperna, mätt med Cohens effektstorlek, var dock liten för både MADRS-S ($d = 0.39$) och HADS-Depression ($d = 0.36$).

Tabell 7

Medelvärde (standardavvikelse) vid för- och eftermätning samt 6-månadersuppföljning, liksom inomgruppseffektstorlek (Cohens *d*) vid eftermätning och 6-månadersuppföljning i relation till förmätning.

	M	SD	Inomgrupps- effektstorlek
NODS			
Förmätning	8.29	(1.64)	
Eftermätning	3.80	(3.87)	1.63
6-månader	3.23	(3.56)	2.04
HADS			
Ångest			
Förmätning	11.11	(4.41)	
Eftermätning	8.38	(4.95)	0.58
6-månader	7.73	(5.03)	0.71
HADS			
Depression			
Förmätning	9.07	(4.17)	
Eftermätning	6.38	(4.25)	0.64
6-månader	5.87	(4.28)	0.76
QOLI¹			
Förmätning	0.34	(1.58)	
Eftermätning	1.11	(1.71)	0.47
6-månader	1.26	(1.80)	0.81

¹ Ett högre tal indikerar högre grad av livskvalitet

Behandlingsutvärdering

Totalt 175 personer fyllde i en skriftlig utvärdering av behandlingsprogrammets kvalitet. Resultatet presenteras i tabell 8.

Tabell 8

Svar från utvärderingen av behandlingen för delstudie 2, antal (andel)

Hur bedömer du kvaliteten på din terapi?			Hur nöjd är du med terapins tempo?		
Utmärkt	76	31.3 %	Alldeles för kort	22	9.1 %
Bra	78	32.1 %	Lite för kort	56	23.0 %
Hyfsad	15	6.2 %	Lagom lång tid	79	32.5 %
Dålig	1	0.4 %	Lite för lång tid	10	4.1 %
Ej svarat	73	30.0 %	Alldeles för lång tid	3	1.2 %
			Ej svarat	73	30.0 %
Hur nöjd är du med terapins omfattning?			Hur nöjd är du totalt sett med din terapi?		
Ganska missnöjd	1	0.4 %	Mycket nöjd	82	33.7 %
Likgiltig/lätt missnöjd	15	6.2 %	Huvudsakligen nöjd	73	30.0 %
Övervägande nöjd	92	37.9 %	Likgiltig/lätt missnöjd	13	5.3 %
Mycket nöjd	62	25.5 %	Riktigt missnöjd	2	0.8 %
Ej svarat	73	30.0 %	Ej svarat	73	30.0 %
Om en god vän till dig skulle behöva liknande hjälp, skulle du då rekommendera samma sorts terapi som du själv fick?					
Nej, absolut inte	1	0.4 %			
Nej, det tror jag inte	5	2.1 %			
Ja, det tror jag	52	21.4 %			
Ja, absolut	112	46.1 %			
Ej svarat	73	30.0 %			

Kvalitativ behandlingsutvärdering

- **Det som jag är mest nöjd med i min terapi är...**

De flesta av deltagarna nämner kontakten med sin terapeut som det de är mest nöjda med i behandlingen. Att komma till en ny insikt om sig själv och att inse att man har spelproblem samt att personerna som höll i behandlingen var kompetenta inom området spelmani var annat flera deltagare framhöll som bra. Att kunna jobba hemifrån med behandlingen var också mycket uppskattat, bland annat för anonymiteten respektive lättillgängligheten. Att helt ha slutat spela eller minskat sitt spelande lyfts också fram som saker deltagarna känner sig mest nöjda med.

- **Det som jag är särskilt missnöjd med är...**

Ungefär hälften uppger att de inte var missnöjda med någonting. Ett par deltagare uppger att behandlingen inte passade dem utan tror att den passar de med "vanligt spelberoende" bättre. En lite grupp tyckte att vissa frågor var för påträngande och att det var jobbigt att behöva dela med sig i forumet. Vissa fick ett återfall i slutet eller under behandlingen och hade velat ha en

längre behandling. Några har reagerat negativt på att uppföljningen sker under så lång tid.

- **Min terapeut var...**

I stort sett alla deltagare som svarade var mycket positiva till sina terapeuter och använde ord som perfekt, kunnig, stöttande, äkta och lagom provocerande för att beskriva dem. Ett fåtal tyckte inte att samtalen var givande och att det blev lite tillgjort med beröm för minsta sak.

- **Om jag hade kunnat påverka eller ändra något i min terapi, skulle det ha varit...**

Merparten av deltagarna tycker inte att de hade velat ändra någonting förutom i vissa fall där önskemål fanns om längre och fler samtal fanns. En grupp deltagare eftersöker mer stöd vid helger och en boostersession 3-5 månader efter avslutad behandling. Några tyckte inte om forumet utan hade velat avstå från att delta. Önskemål fanns om inriktning på specifika spelformer samt information om humörsvängningar vid återfall och hur man hanterar dessa.

- **Vad tyckte du om att få hjälp på detta sätt via Internet och e-post?**

Nästan samtliga var positiva till anonymiteten och lättillgängligheten; att kunna göra modulerna när det passar just mig menar merparten av deltagarna samt att bättre kunna hantera skamkänslor när man inte behöver sitta i ett väntrum. Telefonsamtalen har gjort behandlingen personlig menar huvudparten som deltagit. Deltagare med social fobi eller agorafobi tyckte att detta upplägg var mycket bra. Att behandlingen var kostnadsfri lyfts också fram som mycket positivt. En deltagare tyckte att behandlingen blev ytlig och opraktisk med detta upplägg. Det går att ljuga om hur mycket man spelar menar ett par deltagare vilket de inte tycker är bra, dessutom är självdisciplinen inte så bra när man mår dåligt menar några deltagare. Flera personer efterfrågar komplementet att träffas personligen i grupp. Att arbeta via Internet betyder tyvärr tillgång till spel menar ett par deltagare.

- **Hur stora problem har du haft med tekniken?**

De flesta av deltagarna tycker att tekniken har fungerat bra och att det har varit enkelt att förstå. En ganska stor grupp efterfrågar att länken till hemsidan finns med i varje e-postmeddelande eftersom de har haft svårt att komma till inloggningen om de använt olika datorer. En något mindre grupp deltagare har tyckt att det varit krångligt med så många olika lösenord samt att inloggningen har misslyckats vid flertalet tillfällen.

- **Vad tyckte du om sättet att arbeta (moduler med övningar och hemläxor)?**

Merparten av dem som besvarat frågan är positiva. En mindre grupp menar att de alltid haft svårt för att göra läxor vilket gjorde det svårt och jobbigt även nu. Flexibiliteten, att kunna plugga när man vill, uppskattas av en stor grupp av deltagarna som också tycker att läxorna ökade motivationen till att arbeta med behandlingen. Några efterfrågar ett mer individanpassat system då en del uppgifter inte var applicerbart på deras spelproblem. En mindre grupp efterfrågar en utvärdering eller paus i mitten för att hinna smälta materialet samt tillgång till fördjupningslitteratur.

- **Vilket ägnade du mest tid till - att läsa på dataskärmen eller i pappersversionen?**

Den absolut största gruppen har läst på dataskärmen, en liten grupp har läst på papper och några har gjort både och.

- **Vad tyckte du om diskussionsforumet?**

Många är positiva och tyckte det hjälpte genom att de kände sig mindre ensam med sitt problem och kunde få tips från de andra deltagarna. En grupp deltagare tyckte att forumet var tråkigt och en del struntade i det. En kvinnlig deltagare hade svårt att känna igen sig i inläggen och tror att det beror på att de flesta deltagarna var män. Flera deltagare efterfrågar ett chattforum för att kunna ”prata” online. En mindre grupp deltagare tyckte att det var svårt att skriva inlägg dels för att det var svårt inspirationsmässigt men även för att de kände obehag.

- **Vad tyckte du om telefonsamtalen?**

Precis som i delstudie 1 ansåg i stort sett alla att telefonsamtalen var ett mycket viktigt inslag i behandlingen och gav projektet den personlighet som kan gå förlorad i en Internetbehandling. Ett par deltagare såg det dock mer som en kontrollfunktion och några tyckte att det var jobbigt att prata med främmande personer.

- **Ungefär hur lång tid har du lagt ner på denna behandling per vecka (dels lästid, dels övningar)?**

Genomsnittlig tid per vecka var 2-3 timmar men en grupp deltagare lade ned 4-6 timmar och ett par personer 10 timmar per vecka. En mindre grupp arbetade 30 minuter till en timme per vecka.

- **Vad tyckte du om modulernas omfattning (för mycket/för lite text)?**

Den stora merparten av de svarande uttrycker att mängden text varit lagom omfattande. En mindre grupp tycker att det varit text i något för stor

utsträckning samtidigt som en ytterligare något mindre grupp önskat mer text än den som ingått i modulerna.

- **Vad tyckte du om textens läsbarhet (lätt/svår att förstå)?**

I princip alla svarande tycker att texten varit lättläst och lättillgänglig. Den lilla avvikande gruppen anger språkliga problem av en eller annan orsak som skäl till detta.

- **Hur arbetskrävande och omfattande tycker du att projektet varit för dig?**

Övervägande del av svaren anger att projektet i sig inte varit så krävande som själva förändringen som det inneburit att genomgå behandlingen. De som anger att arbetet varit krävande uttrycker samtidigt förståelse och glädje över detta.

- **Hur värdefull anser du att denna behandling varit för dig?**

Nästintill samtliga svarande anger att behandlingen varit mycket betydelsefull. Flera av dessa anger att behandlingen räddat deras liv, familj eller karriär. Den lilla grupp som avviker härifrån säger sig ha avbrutit behandlingen.

- **Vad tycker du var bäst?**

Den allra största svarsgruppen har angett samtalen med terapeuten som det bästa inslaget i behandlingen. En grupp anger helheten i programmet som det bästa, några har uppskattat forumet mest och någon har sagt att anonymiteten varit det bästa.

- **Vad var sämst?**

Den stora merparten av de svarande hade inget svar på den här frågan. En liten grupp ansåg dock att det tvingande i att delta i diskussionsforumet varit sämst. En något mindre grupp saknade ytterligare personlig kontakt.

- **Är det något du har saknat som du tror skulle passa bra i programmet?**

En mindre grupp har efterfrågat mer personlig kontakt, antingen genom chattforum, stödgrupp eller ytterligare terapeutkontakt. Någon av de svarande föreslår chattforum för anhöriga i anslutning till dessas behandling. Några angav en rädsla för tomheten efter en intensiv behandlingsperiod och önskade förberedelse inför detta.

- **Är det något du vill lägga till, något som inte tagits upp ordentligt?**

På denna fråga lämnas merparten avfälten blanka med undantag för dem som skrivit "tack". Någon av de svarande skriver dock en önskan om att

stödlinjen skulle hållas öppen även på kvällar och helger eftersom spel finns tillgängligt jämt.

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Delstudie 1

Syftet med föreliggande examensuppsats för delstudie 1 var att undersöka så väl kortsiktiga som långsiktiga behandlingseffekter av en Internetbaserad självhjälpsbehandling med minimal terapeutkontakt via telefon och e-post vid spelmani. Resultaten visade att deltagarna i behandlingsgruppen förbättrades signifikant på samtliga mått jämfört med kontrollgruppen.

Deltagarna i behandlingsgruppen uppnådde signifikanta förbättringar på måtten för spel, generell ångest, depression och livskvalitet. Behandlingseffekten kvarstod vid 6- respektive 18-månadersuppföljningarna. Vid 6-månadersuppföljningen visade måtten för livskvalitet och generell ångest på bibehållen effekt jämfört med eftermätningen medan måtten för depression och spel visade en för deltagarna bibehållen effekt men även att de fortsatt att förbättras. Vid 18-månadersuppföljningen var det två tredjedelar av dem som deltagit i behandlingen som gick att nå för CGI som bibehållit måttlig till stor förbättring enligt författarnas bedömning.

Kontrollgruppens signifikanta förbättring på NODS redan under tiden på väntelistan var överraskande. Denna förbättring kan möjligen bero på att deltagarna i kontrollgruppen redan vid screeningtillfället beslutat sig för att förändra sitt spelbeteende och till viss del klarat av att göra det på egen hand.

Spelmani är inte alltid av kronisk art och det är en relativt stor grupp som spontant tillfrisknar utan en formell behandling (Slutske, 2006). Detta kan möjligen ge sken av ett bättre behandlingsresultat än vad som egentligen föreligger.

En begränsning med delstudie 1 är att väntelistan inte fungerar som kontrollgrupp längre än åtta veckor vilket gör studien metodologiskt svagare, dock får detta uppvägas av de etiska skälen för detta förfarande.

Effektstorlekarna i delstudie 1 är lägre efter avslutad behandling jämfört med de rapporterade i metaanalysen av Pallesen och kollegor (2005); $d = 0.81$ jämfört med $d = 2.01$. De olika effektstorlekarna skulle kunna förklaras som en effekt av att mätinstrument med olika psykometriska kvaliteter användes vilket kan leda

till de större effektstorlekar som återfinns i metaanalysen av Pallesen och medarbetare (2005). De mätinstrument som användes i delstudie 1 har visat sig ha goda psykometriska egenskaper men medför också en mer konservativ mätning som gör det svårare att få stora effektstorlekar. Delstudie 1 visar trots detta på en högre effektstorlek vid 18-månadersuppföljningen jämfört med de 29 studierna i metaanalysen av Pallesen och kollegor (2005); $d = 2.02$ jämfört med $d = 1.59$. Effektstorlekarna för delstudie 1 fortsätter alltså att öka medan effektstorlekarna från metaanalysen (Pallesen et al., 2005) minskar. Föreliggande uppsats har genomgående hanterat bortfall enligt principen intention-to-treat, vilket inte är fallet i metaanalysen (Pallesen et al., 2005). Den konservativa analysen i delstudie 1 har därmed gjort det svårare att erhålla signifikanta resultat men den signifikans som finns blir mer tillförlitlig och kan generaliseras till samtliga deltagare, även de vars svar saknas i uppföljningsmaterialet. Att effektstorlekarna vid 18-månadersuppföljningen är större än de i Pallesen och kollegors (2005) metaanalys kan tala för en fortsatt förbättring över tid vilket ger ytterligare tyngd åt behandlingsprogrammet.

Då ingen i forskningsteamet träffade deltagarna fanns en risk att man skulle komma att inkludera individer med suicidala tendenser. För att minimera den risken exkluderades personer som enligt MADRS-S var suicidala. Detta exklusionskriterium kan ha medfört att urvalet i studien är mindre deprimerade än den verkliga populationen patologiska spelare. Inom ramen för delstudie 1 är det fortfarande oklart vilken effekt behandlingen skulle ha för en mer allvarligt deprimerad grupp spelare. Det var en stor andel som anmälde sig till studie 1 som exkluderades på basis av depressionsgrad enligt MADRS-S, därför gjordes urvalsförfarandet om inför delstudie 2.

Delstudie 2

Syftet med föreliggande examensuppsats var, liksom i delstudie 1 att undersöka så väl kortsiktiga som långsiktiga behandlingseffekter av en Internetbaserad självhjälpsbehandling med minimal terapeutkontakt via telefon och e-post vid spelmani. Deltagarna i delstudie 2 exkluderades inte på basis av depressionsgrad och kunde sålunda ha upp till maximal poäng på MADRS-S. Därför var också syftet i delstudie 2 att dela upp populationen i grupperna deprimerade och icke-deprimerade för en jämförelse av resultaten på självskattningsformulären.

Resultaten visade att deltagarna i behandlingsgruppen förbättrades signifikant på samtliga mått vid eftermätningen. Behandlingseffekterna, jämfört med förmätningen kvarstod vid sexmånadersuppföljningen. Mellan eftermätningen och uppföljningstillfället kunde man på måtten för generell ångest, depression samt grad av spel se en fortsatt signifikant förbättring. Även deltagarnas livskvalitet hade fortsatt förbättrats, dock ej signifikant. Av de deltagare som

kunde nås för CGI var det vid 6-månadersuppföljningen 58.5 % som uppnått stor förbättring samt 17.8 % som uppnått måttlig förbättring.

Då vissa deltagare i delstudie 2 hade en hög eller mycket hög poäng på MADRS-S var det möjligt att det skulle leda till sämre behandlingsresultat för dessa deltagare beroende på nedsatt kognitiv förmåga vid allvarligt depression i form av exempelvis koncentrationssvårigheter. Jämförelsen mellan deprimerade och icke-deprimerade visar att den deprimerade gruppen i vissa avseenden förbättrades mer än de icke-deprimerade, vilket syns på måtten för depression och livskvalitet. Förändringssiffrorna för den deprimerade gruppen är större på dessa mått men denna grupp hade ett sämre utgångsläge och förbättrades ändå inte upp till samma nivå som de som ingått i behandlingen utan påtaglig depression. På måtten för grad av spelmani samt generell ångest kunde inga signifikanta skillnader utläsas mellan de båda grupperna. Intressant med dessa resultat är att behandlingen fungerar även för personer med spelmani och samtidig måttlig till allvarlig depression; den population som exkluderades från delstudie 1.

Även i delstudie 2 är effektstorlekarna lägre efter avslutad behandling jämfört med de rapporterade i metaanalysen av Pallesen och kollegor (2005); $d = 0.83$ jämfört med $d = 2.01$. Trots att effektstorlekarna för delstudie 2 är lägre än i metaanalysen innebär $d = 0.83$ en stor behandlingseffekt enligt Cohens d (Borg & Westerlund, 2006). Precis som i diskussionen i samband med delstudie 1 går det att ifrågasätta de i metaanalysen använda mätinstrumentens psykometriska egenskaper vilka kan ha bidragit till de stora effektstorlekarna i Pallesen och medarbetares metaanalys (2005). För delstudie 2 var den genomsnittliga inomgruppseffektstorleken vid 6-månadersuppföljningen $d = 1.08$ vilket visar på en påtaglig fortsatt förbättring för behandlingsgruppen, trots den konservativa analysen.

En analys av bortfallet vid CGI visade att det fanns signifikanta skillnader i förmättningsvärdena i en av de fyra undersökta domänerna; depression. Frågan är vilken klinisk implikation skillnaden har då effektstorleken var liten för såväl MADRS-S ($d = 0.39$) som för HADS-Depression ($d = 0.36$). Dessutom fanns det inga skillnader i behandlingsutfallet mellan gruppen som kunde nås för CGI respektive gruppen som ej kunde nås för CGI. Bortfallet skulle till viss del även kunna förklaras av att en del deltagare ej kunde nås på grund av att de var bortresta under den tid som intervjuerna för CGI utfördes.

Metoddiskussion

Då det finns många faktorer som kan påverka resultat från delstudie 1 och delstudie 2 följer nedan en diskussion om studiernas validitet och reliabilitet. Validitet kan syfta på dels *intern validitet* vilket innebär med vilken säkerhet det går att uttala sig om att det var förändringarna i den oberoende variabeln som orsakade de förändringar som inträffade i den beroende variabeln; samt *extern validitet* som handlar om studiens generaliserbarhet, exempelvis hur väl det går att applicera studiernas respektive resultat på en annan population eller miljö (Borg & Westerlund, 2006).

Reliabilitet

Diagnostiseringen vid båda delstudierna skedde över Internet och telefon, därför kan den diagnostiska reliabiliteten ifrågasättas. Eftersom målet med studierna var att nå personer som lider av ett patologiskt spelande, en målgrupp som i väldigt liten utsträckning söker behandling, valdes diagnostisering genom personlig intervju bort då detta ansågs vara en hindrande faktor.

Att det var två bedömare som var för sig utförde telefonintervjuerna kan ha påverkat interbedömarreliabiliteten på så sätt att tolkningen av deltagarens svar kan ha blivit olika. För att minska risken för detta borde intervjuerna ha spelats in på band och därefter granskats för att säkerställa kvalitet. Detta gjordes dock inte så för att försöka minimera risken för en låg interbedömarreliabilitet höll sig bedömarna till samma intervjumanual och diskuterade i förväg olika frågeställningar som skulle kunna tänkas uppstå under intervjun. Bedömarna diskuterade sig även fram till konsensus i de fall det fanns oklarheter omkring i vilken mån en deltagare uppfyllde kriterierna för spelmani eller inte.

Validitet

Den externa validiteten handlar om huruvida resultatet från föreliggande studie kan anses vara generaliserbart. Eftersom ett stort antal ($n = 89$) individer i delstudie 1 exkluderades på grund av mer än mild till måttlig depression påverkades studiens generaliserbarhet till en klinisk population negativt då det ej går att uttala sig om hur personer med spelmani och samtidig depression tillgodogör sig behandlingen. Forskning (Jonsson et al., 2003; Petry, 2005) om spelmani visar att det i populationen med spelmani finns en hög förekomst av samtidig depression. Därför beslutades att självhjälpsprogrammet inför delstudie 2 skulle ta hänsyn till detta och inkludera för ett populationen spelmaniska mer representativt urval. På grund av etiska ställningstaganden så beslutades att inte ha någon kontrollgrupp vilket dock minskar den externa validiteten.

Mätinstrumenten, i form av självskattningsformulären, har genomgående varit desamma vid varje mättillfälle vilket minskar risken för felaktiga skillnader i resultatet.

Vidare forskning

Resultaten i de båda delstudierna gav stöd åt Internetbaserad självhjälpbehandling vid spelmani. Efter 6 och 18 månader kvarstod behandlingseffekten i delstudie 1, och i delstudie 2 kvarstod behandlingseffekten efter sex månader. Då det fortfarande samlas in uppföljningsdata i delstudie 2 är det önskvärt att en uppföljning genomförs vid 18 månader för att se hur det går för deltagarna.

Eftersom delstudie 1 saknade en andra kontrollgrupp i form av en annan behandling, kan ingen slutsats dras om vilka som är de verksamma komponenterna i behandlingen därför bör framtida studier undersöka olika komponenters betydelse i Internetbaserade självhjälpprogram i dismantlingstudier. Vidare efterfrågas dismantlingstudier för att öka kostnadseffektiviteten genom kortare och mer intensiva kombinerade behandlingar. Vid en dismantlingstudie skulle exempelvis en standardbehandling med telefonsamtal kunna jämföras med en behandling utan telefonsamtal för att bättre kunna värdera de olika behandlingskomponenternas unika bidrag. Jämförandestudier med standardiserade face-to-facebehandlingar som kontrollgrupp rekommenderas också.

Resultaten i delstudie 2 visar att personer med allvarlig depression kan tillgodogöra sig behandlingen, och då mycket forskning pekar på den höga samsjukligheten mellan spelmani och olika psykiatriska sjukdomar är det av intresse att undersöka om olika kliniska populationer kräver olika spelmanibehandlingar.

I behandlingsutvärderingarna har det framkommit önskemål om behandlingar som är inriktade på mer specifika spelformer vid spelmani vilket är ytterliggare ett forskningsområde att utveckla. Likaså är jakten på snabba spel och kopplingen till spelmani som impuls kontrollstörning relevant att titta närmare på, då det är möjligt att personer som söker snabbheten i spel gagnas av andra interventioner än personer som inte främst söker sig till snabba spel.

Slutord

Undersökningen visade att behandlingseffekten håller i sig över tid. I delstudie 2 framgår att måttligt till allvarligt deprimerade personer kan tillgodogöra sig det åtta veckor långa Internetbaserade självhjälpprogrammet med goda resultat. Avsikten med den undersökta metoden var att nå personer med spelproblem som vanligtvis söker behandling i mycket liten utsträckning. I den kvalitativa

utvärderingen framkom att anonymiteten och lättillgängligheten varit betydelsefull. Eftersom föreliggande uppsats kan påvisa att allvarligt deprimerade individer med spelmani tillgodogör sig behandlingen och uppnår minskad grad av ångest och depression samt ökad livskvalitet, förutom minskad grad av spelmani, kan det åtta veckor långa behandlingsprogrammet erbjudas en bred population.

REFERENSER

Adcock, R. A., Thangavel, A., Whitfield-Gabrieli, S., Knutson, B., & Gabrieli, J. D. E. (2006). Reward-motivated learning: mesolimbic activation precedes memory formation. *Neuron*, 50, 507-517.

Afifi, T. O., Cox, B. J., & Jitender Sareen, M. D. (2006). Gambling-related problems are chronic and persist for the majority of individuals with a lifetime diagnosis of pathological gambling. *American Journal of Psychiatry*, 163, 7.

American psychiatric association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed). Washington DC: American Psychiatric Association.

American psychiatric association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4rd ed-revised). Washington DC: American Psychiatric Association.

Andersson, G., Bergström, J., Holländer, F., Carlbring, P., Kaldo, V., & Ekselius, L. (2005). Internet-based self-help for depression: a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 187, 456-461.

Bienvenu, O. J., Samuels, J. F., Riddle, M. A., Hoehn-Saric, R., Liang, K, Cullen, B. A., Grados, M. A., & Nestadt, G. (2000). The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorders: Results from a family study. *Biological Psychiatry*, 48, 287-293.

Blanco, C., Hasin, D. S, Petry, N., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2006). Sex differences in sub clinical and DSM-IV pathological gambling; results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Psychological Medicine*, 36, 943-953.

Blaszczynski, A. P. & Steel, Z. (1998). Personality disorders among pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 14, 51-71.

Borg, E. & Westerlund, J. (2006). *Statistik för beteendevetare*. Stockholm: Liber AB.

Buhrman, M., Fältenhag, S., Ström, L., & Andersson, G. (2004). Controlled trial of Internet-based treatment with telephone support for chronic back pain. *Pain*, 111, 368-377.

Brené, S. (2006). *Underliggande biologiska orsaker till spelberoende – en kunskapsöversikt*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut; Strömbergs distribution.

- Campbell, F., Simmons, C., & Lester, D. (1998). The impact of gambling on suicidal behaviour in Louisiana. *Omega*, 38, 235–239.
- Carlbring, P. & Andersson, G. (2006). Internet and psychological treatment. How well can they be combined? *Computers in Human Behavior*, 22, 545–553.
- Carlbring, P., Gunnarsdóttir, M., Hedensjö, L., Andersson, G., Ekselius, L., & Furmark, T. (2007). Treatment of social phobia from a distance: A randomized trial of internet delivered cognitive behavior therapy (CBT) and telephone support. *British Journal of Psychiatry*, 190, 123-128.
- Carlbring, P., Brunt, S., Bohman, S., Richards, J. C., Öst, L.-G., & Andersson, G. (2007). Internet vs. Paper and Pencil Administration of Questionnaires Commonly Used in Panic/Agoraphobia research. *Computers in Human Behavior*, 23, 1421-1434.
- Carlbring, P., Furmark, T., Steczkó, J., Ekselius, L., & Andersson, G. (2006). An open study of Internet-based bibliotherapy with minimal therapist contact via e-mail for social phobia. *Clinical Psychologist*, 10, 30-38
- Carlbring, P. et al. (2005). Treatment of Panic Disorder: Live Therapy vs. Self-Help via Internet. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1321-1333.
- Darbyshire, P., Oster, C., & Carrig, H. (2001). The experience of pervasive loss: young children living in a family where parental gambling is a problem. *Journal of Gambling Studies*, 17, 23–45.
- Dodd, M. L., Klos, K. J., Bower, J. H., Josephs, K. A., & Ahlskog, JE. (2006). Pathological gambling caused by drugs used to treat Parkinson disease. *Arch Neurologist*, 62, 1377-1381.
- Dowling, N., Smith, D., & Thomas, T. (2005). Electronic gaming machines. Are they ‘crack-cocaine’ of gambling? *Addiction*, 100, 33–45.
- Evans, L. & Delfabbro, P. H. (2005). Motivators for change and barriers to help-seeking in australian problem gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 21, 133–155.
- Feigelman, W., Gorman, B. S., & Lesieur, H. (2006). Examining the relationship between at-risk gambling and suicidality an a national representative sample of young adults. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 36, 396–408.

First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV Axis I disorders (SCID-I)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.

Frisch, M. B., Cornell, J., Villanueva, M., & Retzlaff, P. J. (1992). Clinical validation of the Quality of Life Inventory. A measure of life satisfaction for use in treatment planning and outcome assesment. *Psychological Assesment*, 4, 92–101.

Fröberg, F. (2006). *Spel om pengar bland unga*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet. Hämtad: 2007-01-12

Tillgänglig via: http://www.fhi.se/templates/Page____8888.aspx

Gerstein, D., Murphy, S., Toce, M., Hoffman, J., Palmer, A., Johnson, R., et al. (1999). *Gambling impact and behaviour study: Report to the national gambling impact study commission*. Chicago: National Opinion Research Center.

Grant, J. E., Potenza, M. N., Hollander, E., Cunningham-Williams, R., Nurminen, T., et al. (2006). Multicenter Investigation of the Opioid Antagonist Nalmefene in the treatment of Pathological Gambling. *American Journal of Psychiatry*, 163, 303–312.

Grant, J. E., Steinberg, M. A., Kim, S. W., Rounsaville, B. J., & Potenza, M. N. (2004). Preliminary validity and reliability testing of a structured clinical interview for pathological gambling. *Psychiatry Research*, 128, 79-88.

Griffiths, M. D. (1990). The cognitive psychology of gambling. *Journal of Gambling Studies*, 6, 31-42.

Guy, W. (1976). *Clinical Global Impressions*. I ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology, US Department of Health and Human Services , pp. 217-222. Rockville: NIMH.

Götestam, K., G. & Johansson, A. (2003) Characteristics of gambling and problematic gambling in the Norwegian context. A DSM-IV based telephone interview study. *Addictive Behaviors*, 28, 189-197.

Jonsson, J., Andrén, A., Nilsson, T., Svensson, O., Munck, I., et al. (2003). *Spelberoende i Sverige: Vad kännetecknar personer med spelproblem? Rapport nr 4 i Folkhälsoinstitutets serie om spel och spelberoende*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet.

Jonsson, J. (2005). *Nät poker*. Rapport till Statens Folkhälsoinstitut april 2005. Stockholm: Folkhälsoinstitutet.

Hämtad: 2006-10-08

Tillgänglig via:

<http://www.fhi.se/upload/ar2005/remisser/jonssonatpoker0504.pdf>

Joukhador, J., Blaszczyński, A., & Maccallum, F. (2004). Superstitious beliefs in gambling among problem and non-problem gamblers: preliminary data. *Journal of gambling studies*, vol 20, 171–180.

Jönsson, M. (2007, 24 mars). Hyckleri på hög nivå av Svenska spel. *Svenska Dagbladet*. Hämtad: 2007-03-25

Tillgänglig via: http://www.svd.se/dynamiskt/blogg/did_12676000.asp?id=3272

Kim, S. W., Grant, J. E., Eckert, E. D., Faris, P. L., & Hartman, B. K. (2006). Pathological gambling and mood disorders: clinical associations and treatment applications. *Journal of Affective Disorders*, 92, 109–116.

Ladouceur, R. & Walker, M. (1998). Cognitive approach to understanding and treating

pathological gambling. Bellack, A. S, & Hersen, M. (ed.). *Comprehensive clinical psychology*, pp. 587–601. New York: Pergamon.

Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., Lachance, S., Doucet, C., & Leblond, J. (2003). Group therapy for pathological gamblers: a cognitive approach. *Behavior Research and Therapy*, 41, 587-596.

Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C. & Doucet, C. (2003). *Understanding and treating the pathological gambler*. Chichester: John Wiley and Sons

Ladouceur, R. (2005). Controlled gambling for pathological gambling. *Journal of gambling studies*, 21, 51–59.

Ladouceur, R., & Shaffer, J. H. (2005). Treating problem gamblers: working towards empirically supported treatment. *Journal of Gambling Studies*, 21, 1-4.

Ledgerwood, D. M. & Petry, N. (2005). What do we know about relapse in pathological gambling? *Clinical Psychology Review*, 26, 216–228.

Lotteriinspektionen (2007). *Spelmarknadens utveckling i Sverige och internationellt 2006* (31/2007). Strängnäs: Lotteriinspektionen. Hämtad: 2007-02-10

Tillgänglig via: <http://www.lotteriinspektionen.se/>

- Lund, I. & Nordlund, S. (2003). *Pengespill og pengespillproblemer i Norge. Rapport NR. 2/2003*. Oslo: Statens institut for rusmiddelforskning.
- Marks, I., Shaw, S., & Parkin, R. (1998). Computer-Aided Treatments of Mental Health Problems. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 151-170.
- Mc Gue, M., Pickens, R. W., & Svikis, D. S. (1992) Sex and age effects on the inheritance of alcohol problems: a twin study. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 3-17.
- Newman, S. C. & Thompson, A. H. (2003). A population based study of the association between pathological gambling and attempted suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33, 80–87.
- Nich, C., & Carroll, K. M. (2002). 'Intention to treat' meets 'missing data': Implications of alternate strategies for analyzing clinical trials data. *Drug and Alcohol Dependence*, 68, 121-130.
- Nilsson, T. (2003). *Jakten på jackpot: en bok om spelberoende*. Stockholm: Fri förl.: Riksförbundet Narkotikafritt samhälle (RNS).
- Nordin, C. & Nylander, P-O. (2007). Temperament and character in pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 23, 113–120.
- Pallesen, S., Mitsem, M., Kvale, G., Johnsen, B.-H., & Molde, H. (2005). Outcome of psychological treatments of pathological gambling: a review and meta-analysis. *Addiction*, 100, 1412-1422.
- Petry, N. M., & Armentano, C. (1999). Prevalence, assesment, and treatment of pathological gambling: A review. *Psychiatric Services*, 50, 1021-1027.
- Petry, N., M. (2001). Pathological gamblers, with and without substance abuse disorders, discount delayed rewards at high rates. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 482-487
- Petry, N., & Steinberg, (2005). Childhood maltreatment in men and women pathological gamblers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19, 226-229.
- Petry, N. M. (2005). *Pathological gambling. Etiology, comorbidity, and treatment*. Baltimore: United Book Press.
- Petry et al. (2006). Cognitive-behavioral therapy for pathological gamblers. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 74, 555–567.

- Phillips, D. P., Welty, W. R., & Smith, M. M. (1997). Elevated suicide levels associated with legalized gambling. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 27, 373–378.
- Rosenthal, R. J. & Rugle, L. J. (1994). A Psychodynamic approach to the treatment of pathological gambling: part I. Achieving abstinence. *Journal of gambling studies*, 10, 21-42.
- Rosenthal, R.J., (1986). The pathological gambler's system of self-deception. *Journal of Gambling Behavior*, 2, 108-120.
- Rönnerberg, S., Volberg, R. A., Abbott, M. W., Lamar Moore, W., Andrén, A., et al. (1999). *Spel och spelberoende i Sverige. Rapport nr 3 i Folkhälsoinstitutets serie om spel och spelberoende*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet.
- Skaug, T. (2001). Spelberoende. *Tidskrift for Norsk Psykologforening*, 99–108.
- Slutske, W. S. (2006). Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: Results of two U.S. national surveys. *American Journal of Psychiatry*, 163, 297–302.
- Specker, S.,M, Carlson, G.A., Edmonson, K.M., Johnson P.E. & Marcotte, M. (1996) Psychopathology in pathological gamblers seeking treatment. *Journal of Gambling Studies*, 12,67-81.
- Statens institut för kommunikationsanalys. (2006). *KOM Den nationella kommunikationsvaneundersökningen (2006:32)*. Hämtad: 2007-04-09
Tillgänglig via: <http://www.sika-institute.se>
- Svenska spel. (2005). *Årsredovisning 2005*. Hämtad: 2006-11-15
Tillgänglig via:
http://www.svenskaspel.se/media/pdf/arsredovisning2005_ver2.pdf
- Svenska spel. (2006). *Årsredovisning 2006*. Hämtad: 2007-04-09
Tillgänglig via:
http://www.svenskaspel.se/media/svspel_ar2006/svensk/svenskaspel2006/svenska_spel_2006.html
- Sylvain, C., Ladouceur, R., & Boisvert, J. M. (1997). Cognitive and behavioral treatment of pathological gambling: a controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 727-732.

Toneatto, T. (2005). A perspective on problem gambling treatment: issues and challenges. *Journal of Gambling Studies*, 21, 75-80.

Toneatto, T., & Ladouceur, R. (2003). Treatment of pathological gambling: a critical review of the literature. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17, 284-292.

TT; Tidningarnas Telegrambyrå. (2007, 20 april). Olagligt spel bra för Svenska spel. *Östgöta Correspondenten*. Hämtad: 2007-05-05

Tillgänglig via: <http://www.corren.se/archive/2007/4/20/j6170jaie12fnn6.xml>

Volberg, R. A., Abbott, M. W., Rönnerberg, S., & Munck, I. M. E. (2001). Prevalence and risks of pathological gambling in Sweden. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 250-256.

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). *The Hospital Anxiety and Depression Scale*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.