



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

Psykoterapeutprogrammet

**I vilken utsträckning kartläggs spelartyp enligt
The Pathways Model inför spelberoendebehandling?**

**En kvantitativ tvärsnittsstudie med behandlares
erfarenheter av behandlingsplanering vid spelberoende**

Terese Farkas

Psykoterapeutexamensuppsats. 2021

Handledare: Anders Håkansson
Examinator: Sean Perrin

Abstract

The Pathways Model of problem gambling suggests three developmental pathways, subtypes, to a gambling disorder and the importance of individualized treatment with different treatment interventions for different subtypes.

The study aimed to investigate to what extent the therapist made considerations related to the Pathways Model and take psychiatric comorbidity into account when planning the treatment. The hypothesis was that therapists assumed to plan treatment in the same way based on directives from above and to small extent take the patient's subtype or psychiatric comorbidity into account.

A cross-sectional study with a self-report questionnaire survey as a data collection method was conducted among three therapist networks. Quantitative data were analysed with SPSS.

The result was based on 47 answers. A minority of the therapists (38%) used Gambling Pathways Questionnaire (GPQ) to a higher extent, to define subtype and thereby psychiatric comorbidity. Furthermore, 17 % lacked knowledge of GPQ. Most of the therapists (96%), in accordance with the National Board of Health and Welfare, offered a treatment based on cognitive behavioural therapy (CBT). Amongst the therapists, 81% relied on a manual-based method which they stated was difficult to individualize.

Directions from above tend to dictate the treatment plans rather than personal factors such as subtype and psychiatric comorbidity.

Keywords: gambling subtypes, gambling disorder, gambling treatment

Sammanfattning

The Pathways Model är en teoretisk modell som påvisar tre olika vägar in i spelberoende, där olika undergrupper och spelartyper särskiljs. Ur ett kliniskt behandlingsperspektiv finns implikationer för olika interventioner avseende olika spelartyper och vikten av individanpassad behandling framhålls.

Studiens syfte var att undersöka i vilken utsträckning spelberoendebehandlarna gjorde överväganden relaterade till pathways-modellen, och tog hänsyn till spelartyp och psykiatrisk samsjuklighet vid planering av spelberoendebehandlingen. Hypotesen var att behandlarna antogs planera behandlingen på samma sätt utifrån direktiv ovanifrån och i liten utsträckning tog hänsyn till den spelberoendes spelartyp eller psykiatriska samsjuklighet.

En tvärsnittsstudie med en enkätundersökning som datainsamlingsmetod genomfördes bland tre behandlarnätverk. Studiens kvantitativa data analyserades med statistikprogrammet SPSS.

Resultatet baserades på 47 svar. En minoritet av behandlarna (38%) använde Gambling Pathways Questionnaire (GPQ), i högre utsträckning, för att identifiera spelartyp och därmed eventuell psykiatrisk samsjuklighet. Av behandlarna saknade dessutom 17% helt kunskap om GPQ. De flesta behandlarna (96%) utförde, i enlighet med Socialstyrelsens rekommendationer en behandling baserad på kognitiv beteendeterapi (KBT). Behandlarna använde i hög utsträckning (81%) en manualbaserad metod som de uppgav var svår att individanpassa. Ovanifrån kommande direktiv tenderade att styra behandlarna i behandlingsplaneringen snarare än karaktäristika hos den spelberoende, såsom spelartyp och psykiatrisk samsjuklighet.

Nyckelord: spelartyp, spelberoende, spelmissbruk, hasardspelsyndrom, spelberoendebehandling

Tack!

Till behandlarna som frikostigt delat med sig av sina erfarenheter från behandlingsplanering vid spelberoendebehandling.

Tack till uppsatshandledare, Anders Håkansson, för entusiasm, expertis, generositet och tålmodighet.

Sist men icke minst vill jag rikta ett hjärtligt tack till min familj för it-support, beräkningar och korrekturläsning!

Innehållsförteckning

Spelberoende och spelberoendebehandling	1
Teori - The Pathways Model	2
Spelartyp 1; Beteendespelaren	3
Spelartyp 2; Känslomässigt sårbara spelaren	3
Spelartyp 3; Impulsiva antisociala spelaren	4
Identifiering av spelartyp och behandlingsprognos	4
Kognitiva avvikelser vid spelberoende	5
Problemformulering	6
Syfte och frågeställningar	6
Metod – En tvärsnittsstudie	7
Datainsamling	7
Analys.....	10
Etiska överväganden	12
Resultat	13
Kvantitativt resultat.....	13
Kvalitativt resultat.....	17
Diskussion	21
Styrkor och svagheter	26
Slutsats	26
Litteraturförteckning	28

Spelberoende och spelberoendebehandling

Problem med spel om pengar, inom befolkningen, varierar från 0,12% till 5,8% beroende på land och mättillfälle (Calado & Griffiths, 2016). Ett förhållande som innebär att för de allra flesta orsakar spel om pengar inte några bekymmer. Trots att endast en minoritet av den svenska befolkningen har problem med spel om pengar, innefattar gruppen med någon grad av spelproblem cirka 340 000 personer (Swelogs, 2018) och risken att någon gång under livet utveckla ett patologiskt spelande om pengar har ökat under senare år (Abbott, Romild, & Volberg, 2014).

Graden av problem varierar och kan ses över ett kontinuum där den allvarligaste formen av patologiskt spelande är kategoriserat i diagnosmanualen DSM-5 och benämns hasardspelsyndrom. Diagnosen klassificeras tillsammans med andra beroendetillstånd. Typiska tecken och tillika diagnoskriterium är upptagenhet av spel, återställande av förluster, lögn för att dölja spel och misslyckanden i försöken att skära ner på spelandet (American Psychiatric Association, 2013).

För ungefär 45 000 svenskar har spel om pengar lett till allvarliga ekonomiska, sociala och hälsomässiga konsekvenser (Swelogs, 2018) och de kan antas uppfylla kriterierna för hasardspelsyndrom eller det som i dagligt tal kallas spelberoende. För diagnosen krävs att den med beroendetillstånd uppfyller minst fyra av DSM-manualens nio kriterier under en 12-månadersperiod. Ju fler uppfyllda kriterier, desto allvarligare beroendetillstånd.

Bland de som lider av beroendetillståndet finns en förhöjd suicidrisk (Karlsson & Håkansson, 2018). Dessutom förekommer ofta psykiatrisk samsjuklighet med substansmissbruk, depression och ångesttillstånd samt personlighetssyndrom (Lorains, Cowlshaw, & Thomas, 2011; Petry, Stinson, & Grant, 2005). Symptomen innebär negativa konsekvenser och ett lidande för såväl spelaren som för dennes familj och närstående (Riley, et al, 2021). I Sverige delar drygt 165 000 personer hushåll med någon som har ett problemspelande, varav 68 000 är barn (Swelogs, 2018). Sjukvård och socialtjänst har sedan den 1 januari 2018 ett ansvar att hjälpa den med problematiskt spelande om pengar och dennes anhöriga. Hälso- och sjukvård och socialtjänst ska erbjuda den med spelberoende såväl utredning som behandling (Widinghoff & Håkansson, 2018).

Olika allvarlighetsgrad av spelberoende och varierande psykiatrisk samsjuklighet illustrerar att spelberoendepopulationen är en heterogen grupp. Dessutom har ett ökat antal studier visat att det finns tydliga etiologiska undergrupper inom spelberoendepopulationen

(Ledgerwood & Petry, 2010; Milosevic & Ledgerwood, 2010; Devos, et al, 2020). Blaszczynski och Nowers (2002) The Pathways Model, är ett sätt att särskilja olika spelartyper i tre olika undergrupper (Allami, et al, 2017). Ur ett kliniskt perspektiv finns implikationer för olika interventioner avseende olika undergrupper (Blaszczynski & Nower, 2002) samtidigt som det behövs studier som visar vilka behandlingsinterventioner som är mest lämpade för olika undergrupper (Ledgerwood & Petry, 2005).

Eftersom spelberoende skapar stort lidande, för såväl den med beroende som för dennes närstående, är det viktigt med lättillgänglig hjälp och effektiv behandling. Folkhälsomyndigheten och internationella studier visar att det, lidandet till trots, är få med spelberoende som söker hjälp (FHI, 2010; Suurvali, Hodgins, & Cunningham, 2010). Ett sätt att uppmuntra till hjälpsökande beteende och minska skamkänslor är att vården avmystifierar behandlingsprocessen (Gainsbury, Hing, & Suhonen, 2013) och transparent beskriver tillståndet samt hur det kan behandlas. Bland hjälpsökanden som erbjuds behandling rapporteras om hög återfallsrisk och att patienter inte svarar på spelberoendebehandlingen (Hodgins & el-Guebaly, 2004; Smith et al., 2015). Ett förhållande som många gånger leder till oplanerade behandlingsavslut (Melville, Casey, & Kavanagh, 2007) och därmed otillfredsställande behandlingsresultat.

Som ett led i att effektivisera vården i Sverige har Socialstyrelsen publicerat ett kunskapsstöd. Enligt Socialstyrelsens (2018) kunskapsstöd för behandling av spelberoende rekommenderas psykologisk och psykosocial behandling, framför allt kognitiv beteendeterapi (KBT). I Socialstyrelsens rekommendationer saknas vägledning över vilka interventioner och behandlingstekniker som är bästa behandlingspraktik avseende de särskilda spelartyper som kan kategoriseras i olika undergrupper av spelberoende.

Teori - The Pathways Model

Trots ett växande antal empiriska studier syftande till att belysa spelproblemets etiologi, är den exakta orsaken till patologiskt spelbeteende fortfarande okänt. Ett flertal forskare har föreslagit teoretiska etiologiska modeller i försök att redogöra för hur problematiskt spelbeteende utvecklas (Shaffer & Martin, 2011). Ingen av teorierna kan självständigt fullt ut förklara vad som leder till spelberoende (Hearn et al, 2021). En empiriskt giltig etiologisk modell av problemspelande är av särskild betydelse vid behandling av beroendetillståndet.

Av de etiologiska modeller som finns har Blaszczynski och Nowers (2002) The Pathways Model blivit mest inflytelserik (Mader, 2017). Pathways-modellen är en teoretisk

modell som redogör för problemspelares heterogena natur med tre relaterade men urskiljbara etiologiska vägar in i spelberoende (Blaszczynski & Nower, 2002), en integrerad modell för att förstå tre separata vägar in i beroende (Hearn et al, 2021). De tre vägarna leder till uppdelning i undergrupper med olika spelartyper. Nedan presenteras dessa undergrupper/spelartyper.

Spelartyp 1; Beteendespelaren

Till följd av förvrängda spelkognitioner (dvs. missförstånd av slumpen) och betingning utvecklas spelbeteendet efter hand till ett problemspelande. Beteendespelaren differentieras genom frånvaron av initialt existerande kliniskt signifikant psykopatologi. Emellertid anförs att beteendespelaren kan utveckla samsjuklighet som depression och ångest till följd av det problematiska spelandet (Blaszczynski & Nower, 2002). Enligt Blaszczynski och Nowers (2002) beskrivning av spelartyp 1 är beteendespelaren känslig för en del egenskaper hos spel. Exempelvis är de extra sårbara då det kommer till snabba spel (Chóliz, 2010) och den visuella likheten mellan vinst och förlust (Sharmana, Aitken, & Clark, 2015) som bidrar till vidmakthållandet av det problematiska spelbeteendet. Problemspelare har i studier uppvisat mer spelrelaterade kognitiva förvrängningar såsom "gambler's fallacy" (en spelares villfarelse att kunna förutse exempelvis vilken siffra tärningen kommer visa utifrån tidigare tärningsslag), jämfört med icke-problemspelare (Myrseth, Brunbord & Eidem, 2010; Leonard & Williams, 2016). Sådana resultat är förenliga med Blaszczynski och Nowers (2002) förslag om att förvrängda spelkognitioner kan bidra till utvecklingen och vidmakthållandet av problematiskt spelbeteende.

Spelartyp 2; Känslomässigt sårbara spelaren

Precis som beteendespelaren antas den känslomässigt sårbara spelaren ha en mängd förvrängda spelkognitioner och felinlärningar. Till skillnad från spelartyp 1, beteendespelaren, antas spelartyp 2, känslospelaren, ha en underliggande depression och ångest. Vidare särskiljs spelartyp 2 därutöver genom mer omfattande dysfunktionell familjehistoria, dåliga livserfarenheter, psykosociala problem, avvikande neurobiologi och begränsad förmåga att lösa problem (Blaszczynski & Nower, 2002). Den känslomässigt sårbara spelaren ägnar sig främst åt spelet som ett sätt att fly eller reglera negativa affekter. I en studie av Wood & Griffiths (2007) fann man, att majoriteten av problemspelare som ingick i studien rapporterade att de var motiverade att spela som ett sätt att reglera negativa affektiva tillstånd, eller som en metod för att fly undan problem. En annan studie har i likhet med Wood och Griffiths (2007) resultat visat att spelandet var en metod för att fly undan eller reglera känslor och som hade ett samband med

problematiska spelbeteenden (Flack & Morris, 2015). Petry och Steinberg (2005) fann att spelberoende som sökte behandling presenterade måttliga till höga poäng på Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). Dessutom framkom att högre poäng på CTQ relaterade till tidigare uppkomst av problemspel, allvarigare spelrelaterade problem och högre frekvens av spelande (Petry & Steinberg, 2005). Flera andra studier ger stöd för förhållandet mellan svårigheter i barndomen och problemspelande (Hodgins et al, 2010; McCormick, Delfabbro, & Denson, 2012; Felsher, Derevensky & Gupta, 2010).

Spelartyp 3; Impulsiva antisociala spelaren

Den tredje spelartypen som beskrivs i pathways-modellen är den impulsiva antisociala spelaren och Blaszczynski och Nower (2002) gör gällande att spelartyp 3 är en person som lider av allvarlig psykopatologi. På samma sätt som med den känslomässigt sårbara spelaren lider spelartyp 3 av känslomässig sårbarhet, förvrängda spelkognitioner, neurobiologisk dysfunktion och psykosociala problem. Spelartyp 3 skiljer sig från de två andra spelartyperna på så sätt att de antas lida av höga nivåer av impulsivitet, premorbid uppmärksamhetsbrist och antisocialt personlighetsdrag (Blaszczynski & Nower, 2002). Spelartyp 3 antas, i högre utsträckning än de andra spelartyperna, kämpa med tristess, självmordstankar och substansmissbruk (Blaszczynski & Nower, 2002). Enligt pathways-modellen har spelbeteendet inletts i tidigare ålder vid jämförelse med de övriga typologierna. Spelartyp 3 föreslås svara i lägre utsträckning på behandlingsinsatser på grund av spelartypens kliniska profil (Blaszczynski & Nower, 2002). I linje med Blaszczynski och Nowers (2002) teoretiska antagande har ålder visat sig vara ett signifikant samband med problematiskt spelbeteende. Jiménez-Murcia et al (2010) fann i överensstämmande med Blaszczynski och Nower (2002) att spelare som påbörjar ett problematiskt spelbeteende i tidig ålder även utvecklar de mest allvarliga spelrelaterade problemen. Ett annat viktigt kännetecken för spelartyp 3, som visats vara förhöjt, är impulsivitet (Mestre-Bach et al, 2020) och belöningsökande (MacLaren et al, 2012).

Identifiering av spelartyp och behandlingsprognos

För att identifiera undergrupp och tillika spelartyp finns ett frågeformulär med 48 frågor, Gambling Pathways Questionnaire (GPQ). Frågeformuläret har utvärderats och visat hög intern validitet ($\alpha = 0.94$) med god tillförlitlighet för att urskilja spelberoende i tre olika undergrupper (Nower & Blaszczynski, 2017). GPQ-instrumentet är avsett att hjälpa behandlare att differentiera spelare för att individualisera behandlingsplaner (Molander, 2021).

Med utgångspunkt i The Pathways Model (Blaszczynski & Nower, 2002), som beskriver patientgruppens heterogenitet, har spelartyp 1 med ett beteendeproblem bäst behandlingsprognos. Däremot är behandlingsprognosen sämre för spelartyp 2, det vill säga den känslomässigt sårbara spelaren som ofta lider av oro och/eller depression och använder spel som en escapistisk aktivitet för att lindra aversiva affekttillstånd. Så även för spelartyp 3 som har svårt att kontrollera sina impulser och vanligtvis har underliggande antisociala personlighetsdrag som spelar för att stimulera spänning och öka upphetsning (Devos, et al, 2020).

Kognitiva avvikelser vid spelberoende

Gemensamt för de tre olika spelartyperna som presenteras i pathways-modellen är att spelarna har förvrängda spelkognitioner. Samtidigt har avvikelser inom den metakognitiva domänen pekats ut som ett forskningsfält som kan förklara mekanismer som ligger bakom ett brett spektrum av psykopatologier (Dimaggio & Lysaker, 2015), inklusive spelberoende (Lindberg, Fernie, & Spada, 2011). Forskarna har därför, under de senaste trettio åren i allt högre utsträckning, börjat uppmärksamma metakognitiva brister (Dimaggio, Semerari, Carcione, Nicolò, & Procacci, 2007) däribland mentaliseringsbrister (Bateman & Fonagy, 2012) vilket legitimerar bristerna som primära psykoteraeutiska behandlingsmål (Dimaggio & Lysaker, 2015).

Cosenza, Ciccarelli och Nigro (2019) har undersökt mentaliseringsbrister hos spelberoende och forskningsresultaten visade signifikanta korrelationer mellan allvarligt spelberoende och mentaliseringsbrister. I en metaanalys av Rogier et al (2021) konstateras att det olyckligtvis är brist på empiriska studier där metakognitiv funktion hos spelberoende undersökts. Däremot finns det mycket som pekar på ett samband mellan metakognitiva brister och att detta skulle kunna vara en central klinisk variabel vid behandlingsinterventioner (Rogier et al, 2021). Brister i mentaliseringsförmågan har visat sig vara sammankopplad med flera olika psykiska störningar, inklusive emotionellt instabil personlighet, antisociala personlighetssyndrom (Bateman et al, 2016) och depression (Bateman & Fonagy, 2012). Att behandla metakognitiva brister som förekommer vid spelberoende anses vara angeläget (Lindberg, Fernie, & Spada, 2011; Spada & Roarty, 2015) och kan vara ett viktigt behandlingsmål i sig.

Problemformulering

Allt fler forskningsresultat indikerar att diagnostiken av spelberoende behöver kompletteras med undergrupp, även kallad spelartyp, så att behandlingen bättre kan individanpassas. All god forskning utgår från existerande kunskapsläge och identifierar problem eller oklarheter på kunskapsområdet (Lundh & Nilsson, 2018). Det finns internationell forskning som tyder på att de som erbjuder behandlingen utgår ifrån att spelberoendepopulationen är en homogen grupp (Blaszczynski & Nower, 2002, Nower & Blaszczynski, 2017) där en teoretiskt driven behandling inte tar hänsyn till den unika patientens kön, etnicitet, spelartyp, utvecklingshistoria eller neurobiologi (Gupta et al., 2012). Dessutom föreligger data som talar för att olika psykologiska tillstånd är av avgörande betydelse vid utvecklandet av ett problematiskt spelbeteende, samtidigt som mycket talar för att behandlaren inte tar hänsyn till dessa olika tillstånd vid behandlingsplanering (Wong et al., 2018). Det saknas forskning huruvida spelberoendebehandlare i Sverige individanpassar behandlingen genom att ta hänsyn till spelberoendets undergrupp vid behandlingsplanering och därmed psykiatrisk samsjuklighet, samt vilka undergrupper som är vanligast förekommande bland vårdsökande.

Syfte och frågeställningar

Syftet med examensarbetet var att kartlägga och undersöka vad som påverkar spelberoendebehandlaren i en behandlingsplanering, i vilken utsträckning spelberoendebehandlaren gör överväganden relaterat till pathways-modellen samt huruvida de tar hänsyn till patientgruppens eventuella psykiatriska samsjuklighet, när innehållet i spelberoendebehandlingen utformas. Det fanns också ett intresse av att kartlägga vilken undergrupp som var vanligast förekommande i behandlingsverksamheten.

I detta examensarbete är hypotesen att spelberoendebehandlare planerar sin behandling i hög utsträckning, likartat utifrån organisatoriska styrmedel och ovanifrån kommande direktiv och i låg utsträckning tar hänsyn till den unika patientens spelartyp och psykiatriska samsjuklighet vid behandlingsplanering.

Nollhypotesen: Spelberoendebehandlare planerar sin behandling på samma sätt och utgår i hög utsträckning från en manualbaserad metod oaktad spelartyp och psykiatrisk samsjuklighet, där $\alpha = 0,05$. Nollhypotesen skall förkastas om hypotesprövningen mellan variablerna manualbaserad behandling och GPQ-användning antar ett lägre värde.

Metod – En tvärsnittsstudie

Den kvantitativa tvärsnittsstudien syftade till att vid en specifik tidpunkt kartlägga och undersöka spelberoendebehandlares hänsynstaganden, vad som påverkade dem vid behandlingsplanering, inför spelberoendebehandling. En tvärsnittsstudie innebär att data samlas in och förhållanden mäts vid ett tillfälle eller en tidpunkt. En metod för att få en uppfattning om prevalensen av olika företeelser och om det finns ett samband mellan olika tillstånd och företeelsen vid det specifika tillfället. Metoden lämpar sig inte för att uttala sig om orsakssamband (Lundh & Nilsson, 2018).

För att pröva studiens hypotes genomfördes en surveyundersökning med elektroniska enkäter som datainsamlingsmetod. En survey innebär att information samlas in på ett systematiskt och standardiserat sätt från ett visst antal individer för att få kunskap om en bredare population ur vilket urvalet gjordes (Lundh & Nilsson, 2018). Den kvantitativa metoden innebär att det på förhand bestäms vilka begrepp som användes för att beskriva de fenomen som studeras, så att operationalisering möjliggörs och därefter mäta dessa numeriskt. Genererade data ska sedan analyseras med hjälp av statistiska metoder (Lundh & Nilsson, 2018). För att exempelvis studera i vilken utsträckning behandlarna tog hänsyn till spelartyp i behandlingsplaneringen, frågades det om kartläggningsinstrumentet GPQ.

Datainsamling

En elektronisk enkät konstruerades i Google Forms. Frågorna formulerades utifrån tidigare forskning på området och med studiens teoretiska ramverk som inspirationskälla. Beslutet att samla in studiens data med en elektronisk enkät, distribuerad via e-post motiverades också av att det var kostnads- och tidseffektivt samt förenklade sammanställningen av data.

Surveyforskaren behöver avgöra vilken population som passar studien (Bryman, 2018). Tre olika nätverk av spelberoendebehandlare utsågs att representera ett urval av spelberoendebehandlarpopulationen. Då det saknas kunskap eller förteckning över antalet verksamma spelberoendebehandlare i Sverige föreligger svårigheter vid bedömning av kvalitén på urvalets representativitet. En väg att komma i förbindelse med spelberoendebehandlare var att söka kontakt via olika spelberoendebehandlarnätverk. Bekvämlighetsurval innebär att respondenterna består av de personer som finns tillgängliga för forskaren. Resultatet av en studie baserad på bekvämlighetsurval kan ifrågasättas i form av hur representativt urvalet är (Lundh & Nilsson, 2018) för spelberoendebehandlare i allmänhet och hotar därmed studiens externa validitet. Bekvämlighetsurval kan vara tillämpligt vid exempelvis pilotstudier för att

utvärdera genomförbarheten inför en större studie på området och för att få kunskap om något som inte tidigare undersökts (Bryman, 2018). Kunskapen som erhålls kan sedan användas som jämförelse med ny kunskap som inhämtas i större studier där urvalet i vidare utsträckning representerar målpopulationen.

De nätverk som ingick i urvalet är ett nationellt nätverk, ett regionalt nätverk samt ett lokalt nätverk. Karolinska institutet och Centrum för psykiatriforskning (CFP) erbjuder utbildning till spelberoendebehandlare. Kopplat till utbildningen på CFP förekommer ett nätverk för spelberoendebehandlare. Det regionala nätverket sammankallas av Öppenvårdhuset Gustav i Malmö. Där fanns spelberoendebehandlare från Region Skåne och behandlare från vissa skånska kommuner. I det lokala nätverket fanns behandlare från sydöstra Skånes kommuner representerade.

Enkäten riktades sålunda till spelberoendebehandlare i tre olika nätverk och distribuerades via e-post till en grupp med kompetens att uttala sig över det studien skulle kartlägga, en omständighet av vikt för studieresultatets tillförlitlighet och interna validitet. Undersökningsdeltagarna skulle utgå från sina egna upplevelser och erfarenheter och via frågeenkätens svar delgavs forskaren. För att metoden ska fungera krävs att deltagarna ärligt och uppriktigt delar med sig av sin erfarenhet och på det sättet innehåller datainsamlingen ett moment av samarbete mellan forskare och respondenter (Lundh & Nilsson, 2018).

Fördelen med en självadministrerande elektronisk enkät är att den kan generera en stor mängd data på kort tid utan att forskare och respondenter möts. Samtidigt som det erbjuder möjlighet för respondenten att besvara enkäten när respondenten har tid och finner det lämpligt. En tänkbar nackdel är att tillvägagångssättet kan medföra en lägre svarsfrekvens eftersom e-posten kan bortprioriteras i en stressig behandlingsvardag eller att deltagarna med lätthet undanhåller viktig information som skulle kunna uppmärksammas vid en intervjustudie. Att studiens respondenter svarat sanningsenligt på enkätfrågorna är av vikt för studiens reliabilitet (May, 2013).

I det nationella nätverkets e-postlista fanns flera adresser till en och samma behandlare samt behandlare som aldrig behandlat spelberoende och icke verksamma nätverksmedlemmar. Ett förhållande som påverkade möjligheten att uppskatta hur många unika spelberoendebehandlare som fick länken till enkäten. Dessutom fanns det spelberoendebehandlare som ingick i fler än ett av nätverken. I enkäten uppmanades behandlare svara endast en gång på enkäten. Innebärande att, oaktat omständigheten att någon/några ingick

i flera olika nätverk och därmed fick mer än ett e-postmeddelande med länk till frågeenkäten, skulle de endast svara en gång. Enkätlänken skickades till ungefär 230 e-postadresser, enkäten besvarades av 49 respondenter. Efter samtal med företrädare för nätverken uppskattades att cirka 100 verksamma och unika spelberoendebehandlare hade möjlighet att svara på enkäten. Denna uppskattning ger en svarsfrekvens på knappt 50 procent. Metodologiskt är det tveksam att uppskatta studiens svarsfrekvens på detta sätt, samtidigt som det redan konstaterats att bekvämlighetsurvalet påverkat generaliserbarheten. Trots osäkerhet kring svarsfrekvensen går det på detta sätt att lära känna en population innan man börjar använda sofistikerade statistiska tekniker för att uppskatta populationens storlek (May, 2013).

Nackdelar med enkäter och kvantitativa data är att den är numerisk. En siffra erbjuder inte fördjupad kunskap vilket innebär att den kan förbise aspekter av forskningsobjektet som inte kan kvantifieras. För att få en djupare förståelse av vad siffrorna innebar förelåg även möjlighet att svara med fritext. Fritextsvaren genererade kvalitativ data. Syftet var att bättre kunna ta reda på vad som försiggick hos respondenterna utifrån deras perspektiv, utan att sätta upp begränsningar i fråga om olika svarsalternativ (Lundh & Nilsson, 2018).

Det fanns en systematik i insamlingsmetoden och enkäten innehöll en samling förutbestämda frågor som följde en förutbestämd ordning. Enkäten inleddes med frågan om respondenten genomfört någon spelberoendebehandling. Vid nekande svar avslutades enkäten eftersom det i denna studie inte fanns intresse för behandlares presumtiva antaganden utan snarare retrospektiva erfarenheter.

Datainsamlingsmetoden är tillämplig när man önskar ett större urval och när man efterfrågar standardiserade data där det kan förväntas att respondenterna är en relativt homogen grupp och tolkar frågeformuläret på likartat sätt (May, 2013).

Den elektroniska enkäten hade olika frågestycken med en förklarande text som ramade in avsnitten. Merparten av enkätfrågorna var skalfrågor. Se figur 1 och figur 2.

Figur 1. Exempel på enkätens skalfrågor.

1. I vilken utsträckning påverkas behandlingsplaneringen av Socialstyrelsens nationella rekommendationer vid spelberoende? *

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Låg påverkansgrad ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ Hög påverkansgrad

Figur 2. Exempel på enkätens skalfrågor.

11. I vilken utsträckning påverkas behandlingsplaneringen av patientens/klientens kognitiva förmågor? *

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Låg påverkansgrad Hög påverkansgrad

Enkäten avslutades med några öppna frågor för att fånga upp det som de slutna frågorna inte besvarade och för att inhämta data som kunde leda till fördjupad kunskap. Här gavs det möjlighet att kombinera och jämföra självskattningen med fritextsvaren. Forskaren kan exempelvis fokusera på diskrepansen mellan hur väl de olika resultaten överensstämmer (Lundh & Nilsson, 2018). Det fanns ett särskilt och fördjupat intresse för manualbaserad behandling och behandling vid spelberoende, där det också fanns psykiatrisk samsjuklighet. Tvärsnittsstudier kan också undersöka områden i djupare detalj, vilket då tenderar att ge en mer detaljrik bild av nuläget men kan även tillämpas vid ett mindre antal deltagare där fritextalternativen syftade till inhämtande av djupare kunskap (May, 2013).

En enkäts tillförlitlighet bestäms av om frågorna representerar det som ska undersökas och om frågorna mäter det som ska mätas. Före utskick testades frågeenkäten för att fånga upp tveksamma formuleringar och för att säkerställa att frågorna kunde generera data för att besvara forskningsfrågorna och testa hypotesen. Studiens validitet förutsätter reliabilitet, vilket innebär att om en mätning inte är reliabel kan den inte heller vara valid (Bryman, 2018). En del av studiens reliabilitet handlar om hur tillförlitlig enkäten är och om den noggrant mäter det den avser mäta.

Inklusionskriterierna var att spelberoendebehandlaren någon gång behandlat spelberoende. Exklusionskriterierna var att spelberoendebehandlaren var osäker på om den någon gång behandlat spelberoende eller om den aldrig behandlat spelberoende. Enkäten gick att besvara under perioden den 30 november 2020 till den 18 december 2020.

Analys

SPSS är en statistisk programvara som används inom samhällsvetenskapen för att behandla och analysera insamlad data (Pallant, 2020). Det insamlade kvantitativa materialet analyserades med SPSS (Statistik 27) och p-värde $<0,05$ ansågs statistiskt signifikant. Studiens

frågeenkäts interna reliabilitet beräknades med Cronbachs alfa-test där Cronbachs alfa koefficienten på skalan den mätte idealt skulle vara $>0,7$ (Pallant, 2020). Chi-två test genomfördes för att testa studiens hypotes. Utöver att studera om olika variabler korrelerade med varandra beräknades medelvärde, median, interkvartilmått och standardavvikelser.

Enkäten besvarades av ($n = 49$) respondenter. En respondent svarade att den aldrig gjort någon spelberoendebehandling, en annan svarade att den var osäker på om den behandlat spelberoende. Dessa ($n = 2$) exkluderades i analysen och det är svaren från övriga ($n = 47$) respondenter som alla uppger att de behandlat spelberoende som analyserats. Studiens svarsfrekvens baseras på uppskattningar vilket gör det svårt att avgöra huruvida svarsfrekvensen är hög eller låg. Ingen bortfallsanalys har gjorts då det inte finns något som tyder på att de som valt att inte svara på enkäten skulle ha en annorlunda uppfattning än de som svarat på enkäten. Stickprovet anses trots allt vara litet med tanke på att det är en kvantitativ tvärsnittsstudie. Detta förhållande medför, utöver bekvämlighetsurvalet och osäker svarsfrekvens, att studiens resultat inte kan användas vid generaliseringar som är giltiga för en större population.

Nya variabler skapades för att kunna jämföra de som uppgav att de i högre utsträckning använde GPQ-instrumentet med de som i lägre utsträckning använde GPQ i sin behandlingsplanering. Dessa grupper jämfördes sedan med studiens andra variabler för att se om det fanns statistiskt signifikanta skillnader mellan låganvändare och höganvändare. Denna analys antogs kunna erbjuda bättre förståelse för vilka sammanhang som motiverade en behandlare att använda GPQ-instrumentet eller inte. Chi-två test genomfördes för att testa nollhypotesen och undersöka eventuella samband mellan behandlare som använde manualbaserad behandlingsmetod i hög och låg utsträckning med variablerna hög och låg användare av GPQ-instrumentet. Det fanns en tanke om att behandlare som kartlade spelartyp kanske inte i lika hög utsträckning skulle erbjuda en behandling utifrån en teoretiskt given ram utan i högre utsträckning skulle styras av behoven som följer utifrån spelartyp.

En del av studiens data har genererats genom respondenternas möjlighet att besvara fritextfrågor. Fritextsvarens kvalitativa data analyserades genom en systematisk kvantitativ innehållsanalys. Kvantitativ innehållsanalys används i studier där man kvantifierar, det vill säga räknar hur vanligt (frekvens) förekommande det är med vissa ord eller fraser i texter (Bryman, 2018). För att på så sätt identifiera egenskaper och ge dessa data meningsinnehåll utifrån teoretiska kategorier som framkommit (May, 2013). I nu aktuell studie förelåg intresse av att

studera vad spelberoendebehandlaren påverkades av i behandlingsplaneringen, för att fastställa om patientens behandlingsbehov eller direktiv ovanifrån var mest styrande i spelberoendebehandlingen.

Genom att läsa fritextsvaren identifierades mönster eller teman som gick att koppla till underkategorier. En underkategori var exempelvis; utgår från patientens specifika behov eller bortser från patientens specifika behov. Vid användande av metoden innehållsanalys intresserar sig oftast forskaren för vissa ord eller specifika uttryck som förekommer i texterna för att identifiera textens utmärkande drag och där innehållet utgör tolkningsgrund för att förstå kulturen (May, 2013). Ofta presenteras resultatet i form av frekvenser samtidigt som May påtalar (2013) vikten av att presentera kodningsproceduren för att slutledningsmetoderna ska begripliggöras. Då fritextsvaren endast var en mindre del av studiens totala data användes inget dataprogram för analys av texten. Texten skrevs ut och lästes upprepat för att identifiera återkommande ord. Frekvensen av dessa ord beräknades och kategoriserades utifrån studiens problemformulering, syfte och frågeställning. Antalet gånger ett ord uppträder i texten uppfattas som en indikator på dess betydelse. Detta är en analysteknik som antas förstärka både validiteten och reliabiliteten hos de data som klassificerats (May 2013). Därmed tas för givet att det finns en försvarbar korrespondens mellan den transformerade redovisningen och informationens ursprungliga innebörd (Garfinkel, 1967).

För att studera tillförlitlighet och bedöma reliabilitet, testades frågeenkätens interna validitet. Olika frågor i syfte att mäta samma sak utgjorde en skala. I frågeenkäten mäter fem frågor betydelsen av den spelberoendes kognitiva förmågor vid planerandet av behandlingen. För en hög reliabilitet skulle dessa frågor mäta samma sak, i detta fall betydelsen av kognitiva förmågor vid behandlingsplanering. Utfallstestet ska i sådant fall hamna över gränsvärdet 0,70 som anses visa på hög tillförlitlighet (Pallant, 2020).

Etiska överväganden

Informationskravet innebär att forskare skall informera de av forskningen berörda om den aktuella forskningsuppgiftens syfte. Deltagarna i en undersökning har rätt att självständigt fatta beslut om de ska medverka i en forskningsstudie och principen kallas samtyckeskrav. Konfidentialitetskravet medför att uppgifter om samtliga ingående personer i en undersökning skall ges största möjliga konfidentialitet. Personuppgifter skall förvaras på betryggande sätt innebärande att obehöriga inte kan ta del av dem. Nyttjandekravet betyder att uppgifter insamlade om enskilda personer endast får användas för forskningsändamål (Eliasson, 1995).

Spelberoendebehandlarna som valde att delta i aktuell studie godkände och samtyckte till deltagande genom att ta del av informationen om studien och klicka sig vidare till en digital enkät. De kunde under enkätens gång välja att avsluta deltagandet fram tills frågan om de fortsatt önskade delta och därmed skicka in sina svar. Inga personuppgifter samlades in och samtliga respondenter var anonyma. Konfidentialitetskravet tillgodosågs därmed, då information från respondenterna inte kan härledas. Då studien inte samlar in några personuppgifter, och därtill alltså inga känsliga personuppgifter såsom information om respondenternas egen hälsa eller liknande, så omfattas studien inte av Etikprövningslagen. Således krävdes ingen forskningsetisk prövning.

Resultat

Resultatredovisning inleds med beräkningen av frågeformulärets reliabilitet, det vill säga hur tillförlitliga frågorna var vid mätning av vad som styr spelberoendebehandlare i behandlingsplaneringen. Sedan presenteras deskriptiva data om urvalsgruppen och studiens kvantitativa resultat. Därefter presenteras de kvalitativa resultaten.

Kvantitativt resultat

Kognitiva förmågor vid behandlingsplanering utgjorde en skala i enkäten och testades. I reliabilitetsanalysen bestämdes Cronbach´s alfa = 0,854 vilket indikerar hög intern validitet. Se tabell 1

Tabell 1. *Variabler över hur kognitiva förmågor påverkar behandlingsplaneringen. Medelvärde, median med standardavvikelse och interkvartilintervall. Samtliga inkluderande i studien (n=47)*

	Kognitiva förmågor	Psykiska symptom	Samsjuklighet beh. innehåll	Samsjuklighet beh. tid	Samsjuklighet beh. mål
Medelvärde	6,79	6,48	6,81	7,10	6,31
Median	7	7	7	7	6,5
Standardavvikelse	1,91	1,86	1,36	1,67	1,80
Interkvartilintervall	6-8	5-8	6-8	7-8	5-8

Studiens resultat baseras på (n = 47) spelberoendebehandlares svar. Behandlarna i studiens stickprov hade varierande utbildningsbakgrund för att behandla spelberoende. Allt från kurser i motiverande samtal (MI) och utbildning i olika KBT-manualer till långa akademiska utbildningar. Ungefär hälften av behandlarna uppgav en akademisk examen. Den vanligaste akademiskt utbildade behandlaren var socionom (15) följt av psykologer (3), sjuksköterskor (3) och beteendevetare (2). Bland de med akademisk yrkesexamen hade även 13 behandlare (28%) psykoterapiutbildning. Av behandlarna uppgav 96 % att de utgick från kognitiv beteendeterapi (KBT) som metod vid behandling av spelberoende och 85% av behandlarna meddelade att de använde motiverande samtal (MI) som en metod för att behandla spelberoende. En majoritet (81%) använde en manualbaserad behandlingsmetod för att behandla spelberoende och en hög andel (83%) av dessa respondenter (n = 39) hänvisade till manualen; *Till spelfriheten!*, (Ortiz, 2006) en behandlingsmanual baserad på kognitiv beteendeterapi. Det var 6 behandlare som svarade att de använder andra KBT-baserade manualer som exempelvis *Återfallsprevention* (Saxon, Wirbing, 2004) eller en manual framtagen av Folkhälsomyndigheten. Endast 2 av behandlarna uppgav att de i liten utsträckning arbetade med manualbaserad behandling och hänvisade inte heller till någon specifik behandlingsmanual i frågeenkäten.

För att redovisa resultatet av vad som styr behandlare då de ska behandla spelberoende beskrivs medelvärden, median och interkvartilmått i stickprovets ställningstaganden beträffande i vilken grad olika påverkansdelar styr behandlaren i behandlingsplaneringen. Behandlaren rangordnade svaren från ett (1) i låg utsträckning till nio (9) i hög utsträckning. Se tabell 2 och 3.

Tabell 2. Variabler, utifrån ovanifrån kommande styrning, som potentiellt påverkar behandlaren i behandlingsplaneringen. Påverkansgrad 1–9. Samtliga inkluderande i studien (n=47).

	Nationella rek.	Rutiner	Chefen	Egen kunskap	Vetenskap. kunskap	Kollegor
Medelvärde	6,75	6,40	4,21	7,80	6,77	4,08
Median	7	7	4	8	7	4
Interkvartilintervall	5-8	5-8	2-6	7-9	6-8	2-6

Tabell 3. Variabler, utifrån patientkaraktäristika, som potentiellt påverkar behandlaren i behandlingsplaneringen. Påverkansgrad 1–9. Samtliga inkluderande i studien (n=47).

	Patientens motivation	Patientens kön	Patientens etnicitet	Patientens personligh.	Patientens kognitiva förmågor	Patientens sociala situation	Patientens psykiska ohälsa
Medelvärde	7,44	1,83	2,48	4,65	6,79	5,29	6,48
Median	8	1	2	5	7	5,5	7
Interkvartilintervall	6-9	1-2	1-4	2,25-6,75	6-8	3-7	5-8

Vid frågor kring påverkansfaktorer associerade med patientkaraktäristika ansåg en hög andel av behandlarna att patientens psykiska ohälsa (85%) och patientens kognitiva förmågor (83%) utgjorde underlag och påverkade behandlingsplaneringen. Då spelberoendebehandlarna skulle ange i vilken utsträckning patientens psykiatriska samsjuklighet påverkade behandlingsplaneringen uppgav 96% av behandlarna att behandlingsinnehållet påverkades i hög utsträckning. Andra delar i behandlingsplaneringen som påverkades i hög grad vid psykiatrisk samsjuklighet var behandlingstiden (94%) och behandlingsmålet (89%).

En liten andel av behandlarna angav att patientens kön (4%) och etnicitet (17%) ägde relevans vid planering av behandlingen. Vid fråga om påverkansfaktorer anknutna till annat än den specifika patienten menade en majoritet av spelberoendebehandlarna att Socialstyrelsens nationella rekommendationer vid spelberoende (89%) och den egna kunskapen (94%) påverkade behandlingsplaneringen. En mindre andel ansåg att chefen (47%) och kollegorna (47%) påverkade behandlingsplaneringen.

Behandlarna ansåg att behandlingsplaneringen i högre grad styrs av en förståelse av spelberoendet så som det yttrade sig hos den unika patienten (96 %) medan en lägre andel ansåg att behandlingsplaneringen styrs av en mer generell förståelse av beroendeproblematik (83 %). En hög andel av behandlarna (96 %) ansåg att behandlingsplaneringen var en viktig del i behandlingsarbetet, då själva planeringen påverkade behandlingsresultatet.

Utifrån studiens syfte undersöktes hur stor andel av behandlarna som kände till kartläggningsinstrumentet, Gambling Pathways Questionnaire, GPQ. Av behandlarna var det

17% som angav att de helt saknade kännedom om GPQ medan resterande andel kände till och använde instrumentet i varierande grad.

GPQ variabeln delades i två grupper; hög- och låganvändare (1–4 på skalan ansågs vara låganvändare och 5–9 ansågs vara höganvändare) och procentandelen av behandlare som i hög utsträckning använde GPQ i behandlingsplaneringen beräknades till 38% innebärande 18 respondenter och de som i låg utsträckning eller inte alls använde GPQ beräknades till 62% innebärande 29 respondenter.

Resultatet av t-test för oberoende stickprov indikerade två variabler som var nära att signifikant skilja sig åt mellan grupperna hög- och låganvändare. Medelvärdet var högre för GPQ höganvändare i frågan om den egna kunskapen $p=0,09$ och vikten av att planera sin behandling $p=0,07$. Då inget p-värde var lägre än 0,05 ansågs gruppernas medelvärden var lika på 95 procents säkerhetsnivå. Det fanns således inga statistiskt signifikanta skillnader mellan grupperna. Spelberoendebehandlaren uppgav att de tar hänsyn till psykiatrisk samsjuklighet och kognitiva förmågor inför en behandlingsplanering i lika hög grad oavsett om behandlaren använder GPQ-instrumentet eller inte.

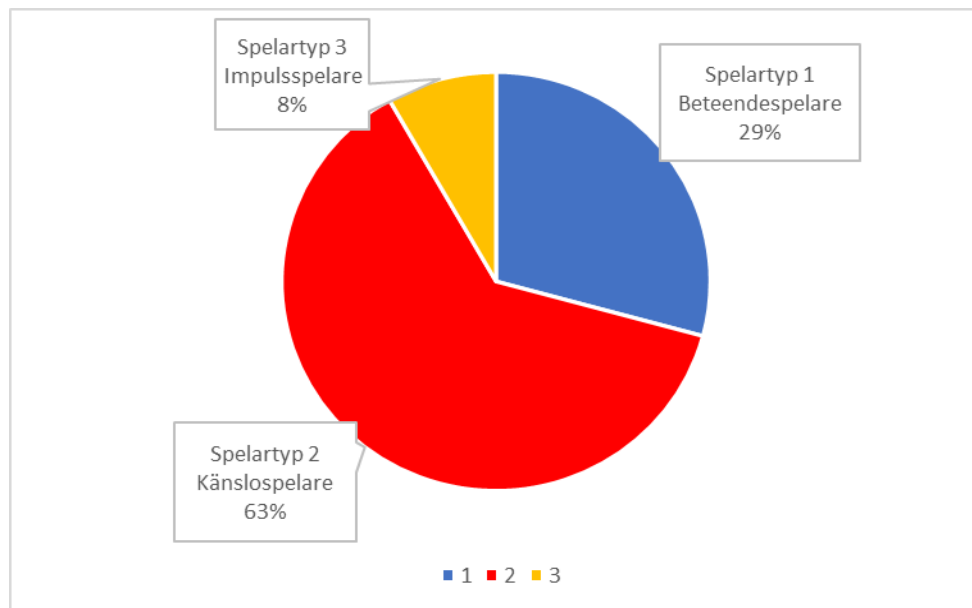
Studiens hypotes prövades med chi-två test och resultatet visade att det inte fanns statistiskt signifikanta samband mellan höganvändare och låganvändare av manualbaserad behandlingsmetod och GPQ-instrumentet. Pearson Chi-två test = 0,236. Se tabell 4

Tabell 4. Korstabell som visar fördelningen mellan höganvändare och låganvändare av GPQ-instrumentet och manualbaserad behandling.

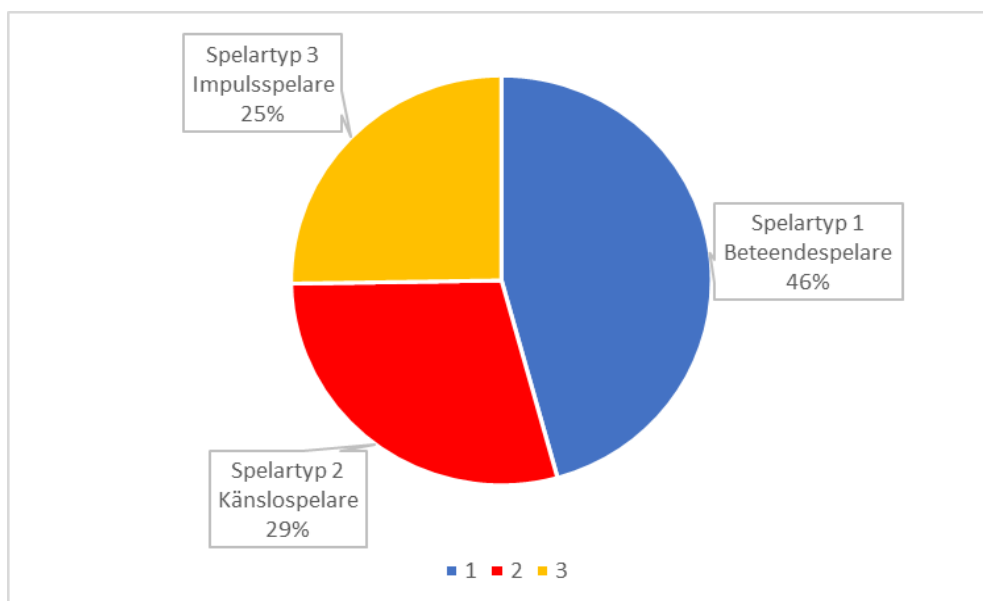
	Manualbaserad behandling Låg	Manualbaserad behandling Hög	Total
GPQ Låg	4 (13,8%)	25 (86,2%)	29 (100%)
GPQ Hög	5 (27,8%)	13 (72,2%)	18 (100%)
Total	9 (19,1%)	38 (80,9%)	47 (100%)

Av de behandlare som använder GPQ-instrumentet ansåg 63% att den vanligaste undergruppen i deras verksamhet var spelartyp 2 medan 46% av behandlarna ansåg att spelartyp 1 var minst förekommande. Se figur 3 och 4.

Figur 3. Cirkeldiagram. Fördelningen av behandlarnas bedömning om vilken spelartyp som var vanligast förekommande i behandlingsverksamheten. (N=24)



Figur 4. Cirkeldiagram. Fördelningen av behandlarnas bedömning om vilken spelartyp som var minst vanligt förekommande i behandlingsverksamheten. (N=24)



Kvalitativt resultat

Det som framträdde vid en innehållsanalys av fritextsvaren avseende för- respektive nackdelar vid användande av ett manualbaserat behandlingsprogram var i första hand att; ett

manualbaserat behandlingsprogram ger struktur, stöd, trygghet och tydlighet samtidigt som manualen anses vara rigid, enformig, tråkig samt svår att individanpassa. Se figur 5

Figur 5. Exempel på innehållsanalysen

Meningsbärande enhet	Kondenserad enhet	Kod	Underkategori	Kategori
Kan bli rigid och tråkigt, man kan missa vart klienten befinner sig. Kan bli så att man pratar om sånt som inte är viktigt bara för att det står i manualen.	Kan bli rigid och tråkigt, man kan missa vart klienten befinner sig.	Negativt med behandlingsmanual	Bortser från patientens behov	Rigid
Lätt att missa något av värde. Kan minska kreativitet, en känsla av att vara fastlåst., tråkigt.	Lätt att missa något av värde.	Negativt med behandlingsmanual	Bortser från patientens behov	Rigid
Enklare att följa och samtidigt är det valbara sessioner som behandlaren har möjlighet att rikta till just den klienten.	Enklare att följa och samtidigt är det valbara sessioner	Positivt med behandlingsmanual	Behandlingsstöd för behandlaren	Struktur
Det är en fördel att en får med många viktiga delar och olika typer av strategier och verktyg utan att behöva hålla koll på själv vad man lyft med vilket patient.	Får med många viktiga delar och olika typer av strategier och verktyg utan att behöva hålla koll	Positivt med behandlingsmanual	Behandlingsstöd för behandlaren	Struktur

Fyra respondenter beskrev följande kring behandlingsmanual:

”Struktur, man glömmet inget, alla får lika behandling och behandlaren styr inte bort sådant som hen anser är tråkigt/oviktigt, stöd för behandlaren så att man inte behöver lägga så mycket energi till att "uppfinna nytt varje gång".

”Fördelarna lutar mer åt att det blir på ett sätt lättare för personalen”

”Är man bokstavstroende manualbaserad kanske man förlorar kreativitet, flexibilitet och spontanitet. Man kan missa andra problem med betydelse för beroendet”

”Att använda manualen utan att undersöka behov är mycket kontraproduktivt. Stor nackdel i att systematiskt gå igenom avsnitt efter avsnitt utan att först lyssna på klientens/gruppens aktuella frågor och behov”

Respondenterna uttryckte att det som å ena sidan är fördelaktigt och till stöd med en manual, är å andra sidan något som sedan kan uppfattas som ett hinder i behandlingen. Ett hinder som av vissa respondenter uppgavs leda till oplanerade behandlingsavslut.

”Programmet jag arbetar efter är många gånger för kognitivt avancerat för den målgrupp jag arbetar med i kommunal öppenvård. Detta leder till att programmet är svårt att fullfölja-genomföra för många. Många avbryter sin behandling i förtid”

Behandlarna underströk vikten av att ”lämna” manualen och individanpassa behandlingen när det fanns behov av detta.

” Klientens motivationsgrad påverkar mig vilket gör att en behandlingssession kan bli tungrodd när klienten inte medverkar, varför jag försöker testa olika sätt: rita, bilder, uppgifter på papper m.m. Känns som att man måste individanpassa nivån på sessionen så att klienten har möjlighet att ta till sig det”

”Jag brukar inte göra en spelbehandling från A-Ö utifrån manualen utan anpassa utifrån individens behov och psykiska status... Jag har haft fördelen att handläggarna som gett mig uppdrag inte varit styrda när det gäller viss behandlingstid utan de har varit frikostiga och beviljat beslut på mellan 3-6 månader med möjlighet till förlängning. Är det gruppbehandling sker den strikt efter manualen men att det alltid gått att boka enskilda "booster"-samtal utifrån behov”

”Jobbar utifrån manual och lektioner men ger möjlighet till att pausa och i mötet ta det som "ligger överst för klienten". Upplever att det under behandlingen behövs krissamtal för situationer som uppstår... ”

Samsjuklighet och kognitiva förmågor var de mest frekventa orden bland de avslutande reflektionerna över vad som styr behandlaren i behandlingsplaneringen. Därefter följt av vikten av att uppmärksamma anhöriga i behandlingsarbetet och att ta patientens ekonomiska situation i beaktande. Nedan återfinns exempel på reflektioner över detta:

”Kognitiv förmåga, i de fall som hen har en samsjuklighet samt även annan beroendeproblematik”

” Då vi är psykologer här så lägger vi lite mer vikt vid personlighet och sorg/depression”

”Aktuellt tillstånd hos klienten. Hur långt man har hunnit i att hantera skulder. Kognitiv förmåga...Det är många faktorer som ligger till grund för planering”

” Viktigt att hjälpa hela familjen att få hjälp med det ekonomiska att lämna över sin ekonomi spelare kan inte ha pengar i början på sin spelfrihet, Spelpaus, att förstå att beroendet är en sjukdom som kan behandlas också att se det i barnperspektiv. barn far väldigt illa i spelberoende”

21 av de 23 avslutande reflektionerna antydde att den specifika klientens situation styr vad behandlingen behöver innehålla. De finns två avslutande reflektioner som bedöms reflektera över organisatoriska utmaningar som påverkar behandlarna i behandlingsplaneringen. En av dessa handlar om samverkan.

”De jag mött har alla en samsjuklighet. Då psykiatrin helt fallerar att möta upp och hjälpa, behöver jag hålla i personen längre och hjälpa den att få rätt kontakter”

En av respondenterna ansåg att det var svårt att svara på enkätfrågorna och kommenterade såhär:

”Det är svårt att svara kategoriskt på en del av frågorna eftersom det alltid behövs en individanpassning och den kan vara närmre eller längre från materialet i manualen. Det är mer av en utmaning med personer som inte är typ1. Inte minst utifrån att vilja arbeta evidensbaserat”

Evidens är för övrigt ett återkommande ord i fritextsvaren rörande fördelar med manualbaserad behandling. Flera respondenter uttryckte en angelägenhet om att arbeta evidensbaserat samtidigt som det förefaller vara oklart vad det innebär att arbeta evidensbaserat. Här redovisas tre svar som handlar om fördelar med manualbaserad behandling och som exemplifierar hur evidensbegreppet används.

”Evidensbaserat, både jag och klienten vet att det fungerar. Säkerställer att alla centrala moment tas med. Översiktligt för klienten”

”Behandling likvärdig för alla. Evidensbaserat. Ramar som ändå går att anpassa individuellt”

”Effektiviserar, evidens, håller röd tråd, lätt att hitta tillbaka när det svävar iväg”

Diskussion

Spelberoende är på intet sätt ett nytt fenomen, medan diagnostik och behandling av detsamma är ett forskningsfält som ännu är förhållandevis obeforskat (Widinghoff & Håkansson, 2018). Det är fortfarande oklart vad som är den exakta orsaken till att en del människor utvecklar spelberoende och hur tillståndet ska behandlas, men det förekommer ett flertal teorier (Shaffer & Martin, 2011).

För att avhjälpa de kunskapsbrister som naturligt följer av ett ungt forskningsfält har Socialstyrelsen bistått med kunskapsstöd i form av rekommendationer beträffande bästa behandlingspraktik. Rekommendationerna anvisar psykologisk och psykosocial behandling i form av kognitiv beteendeterapi (KBT) och kombinationen KBT och motiverande samtal (MI). Vid psykiatrisk samsjuklighet behöver behandlaren uppmärksamma personens sammanvägda behov i behandlingsplaneringen (Socialstyrelsen, 2018). Enligt Widinghoff och Håkansson (2018) är spelberoende ett allvarligt tillstånd med hög psykiatrisk samsjuklighet vilket talar för att behandlaren behöver identifiera dessa tillstånd och ta dessa i beaktande i behandlingsplaneringen.

Ett sätt för behandlaren att närma sig spelberoende och psykiatrisk samsjuklighet är; the Pathways Model, en teoretisk modell som redogör för problemspelarens heterogena natur med tre relaterade men urskiljbara etiologiska vägar in i spelberoende (Blaszczynski & Nower, 2002). Vägar leder till undergrupper med olika spelartyper. Spelartyp 1 särskiljs från spelartyp 2 och 3 genom frånvaron av initialt existerande kliniskt signifikant psykopatologi. Utifrån pathways-modellen har det framtagits ett screeninginstrument, Gambling Pathways Questionnaire (GPQ), som syftar till att kartlägga spelartyp för att behandlaren ska kunna individualisera behandlingen och bättre möta behoven som följer tillhörandet av den specifika undergruppen. Naturligtvis kan spelberoendebehandlare kartlägga psykiatrisk samsjuklighet på flera olika sätt för att öka förståelsen för den spelberoendes sjukdomstillstånd och komplexiteten i det som ska behandlas. Samtidigt argumenteras här för att GPQ är ett

standardiserat instrument som ger behandlaren en ögonblicksbild över det som troligtvis varit en väg eller ursprunget till spelberoendet. Ögonblicksbilden hjälper behandlaren att grovt sortera för att därefter vid behov fördjupat utreda skalor med högre poäng. Detta erbjuder då också behandlaren en indikation på om samordnade insatser med andra vårdgivare bedöms som angelägna.

I aktuell studie förelåg intresse av att undersöka om behandlarna systematiskt utforskade vilken undergrupp den spelberoende tillhörde. Intresset var kopplat till att det ur ett behandlingsperspektiv finns implikationer för olika interventioner för olika undergrupper och tidigare studier har visat att behandlare som erbjuder en teoretiskt driven behandling bortser från spelartyp och samsjuklighet (Blaszczynski & Nower, 2002).

Inga resultat går att generaliseras utifrån att tvärsnittsstudien har ett bekvämlighetsurval och dessutom ett lågt antal respondenter. Därför behöver alla tolkningar av resultatet göras med försiktighet och de tolkningar som görs har som ambition att inspirera till nya forskningsfrågor kring spelberoende och spelberoendebehandling. Det faktum att forskningsfältet är relativt ungt och då det saknas kunskap om vad som styr svenska spelberoendebehandlare i behandlingsplaneringen, av ett beroendetillstånd som också relativt nyligen blivit aktuellt att behandla i en ny behandlingskontext, gör att studiens beskrivande resultat anses ha ett värde.

Studiens resultat tyder på att spelartyp 2, med en underliggande psykiatrisk samsjuklighet, utgör den vanligaste undergruppen som söker behandling medan spelartyp 1, utan underliggande psykiatrisk samsjuklighet, är den minst vanliga. I en studie från Beroendecentrum i Malmö visade Håkansson, Mårdhed och Zaar (2017) att 58 procent av patienterna hade minst en aktuell psykiatrisk diagnos utöver spelberoendet. En majoritet av de med spelberoende som söker behandling tycks således ha psykiatrisk samsjuklighet (Håkansson, Mårdhed, & Zaar, 2017).

I ljuset av tidigare forskning har spelartyp 1 bäst behandlingsprognos medan spelartyp 2 och 3 har en sämre prognos (Devos, et al, 2020). Den spelartyp som har bäst behandlingsprognos är således den som i lägst utsträckning söker hjälp hos behandlarna i aktuell studie. Detta medan spelartyp 2, som antas ha en underliggande depression och ångest, avvikande neurobiologi och begränsad förmåga att lösa problem (Blaszczynski & Nower, 2002) förfaller vara den mest vanligt förekommande bland hjälpsökande.

Resultaten indikerar att spelberoendebehandlarna i aktuell studie i hög utsträckning tar hänsyn till patientens psykiatriska samsjuklighet. Vikten av att individanpassa behandlingen

efter kognitiva förmågor framhålls och att erbjuda en evidensbaserad behandling betonas. Behandlarna arbetar i hög grad efter Socialstyrelsens rekommendationer vid spelberoende och erbjuder behandlingar baserade på kognitiv beteendeterapi (KBT). Framför allt lyfts manualen *Till Spelfriheten!* (Ortiz, 2006) fram, det behandlingskoncept som en majoritet av behandlarna i stickprovet använder sig av.

KBT-behandlingen som majoriteten av behandlarna hänvisade till har kognitiv omstrukturering som behandlingsfokus. Det förefaller finnas olika uppfattningar om behandlingsmanualen då en del behandlare anser att innehållet går att individanpassa efter patientens specifika behov medan de allra flesta menar att behandlingsmanualen är kunskapsförmedling på en avancerad nivå som inte passar alla patienter, vilket i värsta fall leder till oplanerade behandlingsavslut.

Carlbring et al (2010) testade i en RCT-studie effekten av behandling med motiverande samtal (MI) jämfört med KBT-behandling utifrån manualen *Till Spelfriheten!* och jämförde dessa båda behandlingar mot kontrollgrupp utan behandling. Det gick inte att påvisa några signifikanta skillnader mellan de båda behandlingsinterventionerna, men båda interventionerna var framgångsrika då de testades mot kontrollgruppen. Forskarna uttryckte att båda interventionerna var lovande men att det fanns utrymme för förbättring såväl avseende behandlingsresultat som till följsamhet i behandling.

Omständigheten att en majoritet av behandlarna hänvisade till behandlingsmanualen *Till Spelfriheten!* var ett väntat resultat utifrån studiens bekvämlighetsurval. Detta då såväl det nationella som det regionala nätverket har kopplingar till utbildning i spelberoendebehandling vid Centrum för psykiatriforskning (CFP), Karolinska institutet, där utbildning i manualen erbjuds.

I resultatet går att läsa reflektioner där behandlare uttryckt frustration över den manualbaserade behandlingen som är svår att individanpassa till patienter med brister i de kognitiva förmågorna. En tolkning av dessa reflektioner är att den spelberoende tillhör undergrupp 2 eller 3. Det går att förstå att manualen skänker trygghet och tydlighet i behandlingsarbetet samtidigt som det också uttrycks frustration då behandlingen ibland blir svår att genomföra och fullfölja tillsammans med en del patienter. Ett sätt att tolka svårigheterna med att genomföra det manualbaserade programmet kan knytas till spelartyp 2 och 3 med neurobiologiska avvikelser. Brister som kan antas medföra att de har nedsatt möjlighet att tillgodogöra sig behandlingsinnehållet (Luyten & Fonagy, 2015).

Preventionsprogram med fokus på kognitiv omstrukturering har visats effektiva för att minska missuppfattningar kopplat till spelet (Calado et al., 2020) samtidigt som det förekommer forskning som tyder på att metakognitiva interventioner, parallellt med preventionsprogram, skulle kunna vara hjälpsamt för den spelberoende som har psykiatrisk samsjuklighet och brister i mentaliseringsförmågan (Ciccarelli, et al, 2021).

En förklaring till att behandlingsinterventioner inte ger utdelning kan vara att de sätts in alltför tidigt, utan att patienten kartlagts och då patienten saknar förmåga att tillgodogöra sig behandlingen (Eriksson, 2014).

Resultaten indikerar att om behandlaren, ifall då det förekommer kognitiva brister hos patienten, strikt håller sig till manualen ökar risken för oplanerade behandlingsavslut. Tidigare forskningsresultat har visats att en allt för teoretiskt driven behandling där behandlaren bortser från den unika patientens neurobiologi och dennes förutsättningar riskerar att leda till oplanerade behandlingsavslut (Blaszczynski & Nower, 2002).

Ungefär en femtedel av behandlarna saknade kunskap om GPQ-instrumentet som används för att särskilja undergrupp i spelberoendepopulationen. I studien framkom att cirka 38 procent av behandlarna i hög utsträckning använde GPQ-instrumentet för att identifiera undergrupper medan cirka 62 procent avstod från att använda GPQ i högre omfattning. För att förstå vad som styr behandlaren i valet att använda eller inte använda GPQ studerades samband mellan olika variabler. Exempelvis undersöktes om behandlare som i högre utsträckning använder GPQ-instrumentet särskiljer sig från gruppen av behandlare som i lägre utsträckning använder GPQ. Det gick inte att finna några signifikanta skillnader mellan behandlarna i de båda grupperna. Ett tolkningssätt är att det inte ligger på den enskilde behandlaren att besluta om användandet av GPQ utan att det i stället är arbetsplatsens rutiner som avgör huruvida behandlaren använder GPQ eller ej och om det finns kunskap och erfarenheter av att individualisera behandlingen för de olika spelartyperna. I detta sammanhang kan noteras att det var stor variation på behandlarnas utbildningsbakgrund, vilket kan antas påverka kompetensen av att individanpassa en behandling.

18 av 47 behandlare uppgav att de använde GPQ-instrumentet i relativt hög utsträckning och det fanns tankar om att de som faktiskt kartlägger undergrupp också i lägre utsträckning använder en manualbaserad behandlingsmetod, för att i stället individanpassa behandlingen utifrån undergruppens förutsättningar. Trots ett lågt antal respondenter genomfördes en hypotesprövning för att testa studiens nollhypotes. Utifrån chi-två testet går det inte att förkasta

nollhypotesen. Det krävs mer forskning för att studera om individanpassning utifrån spelartyp har samband med manualbaserad behandlingsmetod. Nollhypotesen är sann då det förefaller vara så att behandlarna behandlar beroendetillståndet på samma sätt med en manualbaserad behandlingsmetod utifrån kognitiv beteendeterapi oaktat spelartyp.

Oavsett förhållandet att 96% svarade att de tog hänsyn till den unika patienten vid behandlingsplanering framkom att 81% av respondenterna använder en manualbaserad metod för att behandla spelberoende. En manual som enligt vad som framkommit av studiens fritextdel anses rigid samt svår att individanpassa. Här kan skönjas två svårförenliga storheter då behandlarna å ena sidan hävdar att stor hänsyn tas till den unika patienten i behandlingsplaneringen medan endast en minoritet av behandlarna i högre utsträckning använder GPQ som instrument för att kartlägga vilken undergrupp den unika patienten tillhör. I tidigare forskning har uppmärksamats att spelberoendepopulationen hanteras av spelberoendebehandlare som en homogen grupp (Blaszczynski & Nower, 2002, Nower & Blaszczynski, 2017). Resultatet att en majoritet av behandlarna använder samma manual oavsett spelartyp kan tolkas som att alla behandlas som om de vore en homogen grupp.

Behandlarens egen kunskap och överordnade faktorer såsom Socialstyrelsens rekommendationer vid spelberoende samt en önskan om att erbjuda en utvärderad och därmed evidensbaserad behandlingsmetod tenderar att i högre utsträckning styra behandlarens behandlingsplanering snarare än att individanpassa behandlingsinnehållet efter spelartyp.

Resultaten underbygger därmed vad som visats och framgår av tidigare forskning. Trots redovisade begränsningar av urvalets omfattning föranleder resultatet viktiga reflektioner. En näraliggande tanke är att den brist som den låga nyttjandegraden av GPQ medför är att patienters spelartyp inte fastställs och beaktas vid behandlingsplanering. En omständighet som torde medföra att den individanpassning som behandlarna uppger som eftersträvansvärd uteblir eller att anpassningen görs under behandlingstiden. Uteblir individanpassning, eller kommer försent, ökar risken för oplanerade behandlingsavslut och att patienten inte blir hjälpt med konsekvens att lidandet kvarstår. Något som i sin tur öppnar för fortsatt vårdbehov. Det går att argumentera för att den som inte kan tillägna sig behandlingsinnehållet uppenbart inte blir hjälpt och den evidensbaserade behandlingen blir då en villfarelse. Utifrån såväl tidigare forskningsresultat som resultatet i aktuell studie finns implikationer för såväl verksamhetsansvariga som behandlare att öka individanpassningen på interventionerna utifrån spelartyp, vilket kan kräva utbildningssatsningar.

I ett kortsiktigt perspektiv kan en standardiserad behandlingsmetod som tillämpas avseende alla undergrupper te sig såväl effektiv som försvarbar ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. I de fall där behandling inte möter patientens behandlingsbehov, och leder till oplanerade behandlingsavslut och återfall i spelmissbruk, torde kortsiktiga vinster leda till långsiktiga förluster. Såväl samhällsekonomiskt som i fråga om långvarigt lidande för patienten och dennes närstående. Mot bakgrund av vad som visats i tidigare forskning, nämligen att det finns implikationer för särskilda behandlingsinterventioner avseende specifika spelartyper, finns skäl att ifrågasätta huruvida det är etiskt försvarbart att inte kartlägga spelartyp för att därefter kunna erbjuda en mer individanpassad behandling. Behovet av forskningsstöd för vilken typ av behandlingsinterventioner som passar bäst för de olika undergrupperna är av yttersta vikt så att alternativa behandlingar tillgängliggörs.

Styrkor och svagheter

Studiens resultat går inte att generaliseras utifrån designens bekvämlighetsurval och det förhållandevis låga antalet respondenter (n = 47). Dessutom har undersökningen byggt på självskattningar som kan hota validiteten av de slutsatser som dras (Lundh & Nilsson, 2018). Trots detta finns ett värde i studiens resultat eftersom det pekar i viss riktning och indikerar på en företeelse som kan inspirera till kunskapsutveckling och framtida forskning på området; spelberoendebehandling. Det är möjligt att i framtiden göra undersökningar med oberoende stickprov dragna ur samma population (Lundh & Nilsson, 2018) för att studera hur planeringen av spelberoendebehandling utvecklar sig över tid och om hänsyn tas mer eller mindre till den unika individens spelartyp vid behandlingsplanering.

Slutsats

Tvärsnittsstudiens resultat indikerar att spelartyp 2 (63%), som antas ha en underliggande depression och ångest, avvikande neurobiologi och begränsad förmåga att lösa problem (Blaszczynski & Nower, 2002) är den vanligaste undergruppen i den kliniska verksamheten. Samtidigt som studiens resultat visar att endast en minoritet (38%) av spelberoendebehandlarna använder kartläggningsverktyget Gambling Pathways Questionnaire (GPQ) i högre utsträckning för att kartlägga spelartyp och därmed psykiatrisk samsjuklighet inför behandlingsplanering. En så stor andel som 17% angav att de helt saknade kännedom om GPQ.

De tillfrågade behandlarna följer Socialstyrelsen rekommendationer i mycket hög utsträckning och erbjuder behandling baserad på Kognitiv beteendeterapi (96%) och

Motiverande samtal (85%). Den väg som förefaller vanligast (81%) för att omsätta Socialstyrelsens rekommendationer är att erbjuda en manualbaserad behandling utifrån KBT. Resultatet indikerar att en tydlig majoritet behandlar spelberoende enligt en behandlingsmanual utan att i större utsträckning ta hänsyn till spelartyp, samsjuklighet och neurobiologi. Något som talar för att det som erbjuds är en teoretiskt driven behandling med låg individanpassning.

Trots presenterade osäkerhetsfaktorer förefaller studiens hypotes vara sann, det förefaller som om spelberoendebehandlarnas utgångspunkt tas i att spelberoendepopulationen utgör en homogen grupp som ska behandlas likartat. Oaktat att allt fler forskningsresultat visar att spelberoendepopulationen utgör en heterogen grupp som kräver individanpassad behandling.

Resultatet indikerar att spelberoendebehandlaren i låg utsträckning gör överväganden relaterat till pathways-modellen och därmed bortser från spelartyp vid behandlingsplaneringen. Därmed kan antas att mindre hänsyn tas till patientgruppens eventuella psykiatriska samsjuklighet vid utformning av behandlingsplanering och större hänsyn tas till ovanifrån kommande och organisatorisk styrning.

Litteraturförteckning

- Abbott, M., Romild, U., & Volberg, R. (2014). Gambling and problem gambling in Sweden: Changes between 1998 and 2009. *Journal of Gambling Studies*, 30(4), 985-999.
- Allami, Y., Vitaro, F., Brendgen, M., Carbonneau, R., Lacourse, É., & Tremblay, R. (2017). A longitudinal empirical investigation of the pathways model of problem gambling. *Journal of Gambling Studies*, 33(4), 1153–1167.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of psychiatric disorders, 5th ed. (DSM-5)* Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2012). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Bateman, A., O'Connell, J., Lorenzini, N., Gardner, T., & Fonagy, P. (2016). A randomised controlled trial of mentalization-based treatment versus structured clinical management for patients with comorbid borderline personality disorder and antisocial personality disorder. *BMC Psychiatry*, 16(1), 1-11.
- Blaszczynski, A., & Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97, 487-499.
- Bryman, A. (2018). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber AB.
- Calado, F., & Griffiths, M. (2016). Problem gambling worldwide: An update and systematic review of empirical research (2000–2015). *Journal of Behavioral Addictions*, 5(4), 592–613.
- Calado, F., Alexandre, J., Rosenfeld, L., Pereira, R., & Griffiths, M. (2020). The efficacy of a gambling prevention program among high-school students. *Journal of Gambling Studies*, 36(2), 573–595.
- Carlbring, P., Jonsson, J., Josephson, H., & Forsberg, L. (2010). Motivational interviewing versus cognitive behavioral group therapy in the treatment of problem and pathological gambling: a randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39, 92-103.
- Chóliz, M. (2010). Experimental analysis of the game in pathological gamblers: effect of the immediacy of the reward in slot machines. *Journal of Gambling Studies*, 26(2) 249-256.

- Ciccarelli, M., Nigro, G., 2, F. D., Griffiths, M., & Cosenza, M. (2021). Mentalizing failures, emotional dysregulation, and cognitive distortions among adolescent problem gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 37, 283-298.
- Cosenza, M., Ciccarelli, M., & Nigro, G. (2019). The steamy mirror of adolescent gamblers: Mentalization, impulsivity, and time horizon. *Addictive Behaviors*, 89, 156-162.
- Devos, G., Clark, L., Bowden-Jones, H., Grall-Bronnec, M., Challet-Bouju, G., Khazaal, Y., Maurage, P., Billieux, J. (2020). The joint role of impulsivity and distorted cognitions in recreational and problem gambling: A cluster analytic approach. *Journal of Affective Disorders*, 260, 473-482.
- Dimaggio, G., & Lysaker, P. (2015). Metacognition and mentalizing in the psychotherapy of patients with psychosis and personality disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 71(2), 117-124.
- Dimaggio, G., Semerari, A., Carcione, A., Nicolò, G., & Procacci, M. (2007). Understanding minds, different functions and different disorders? *Psychotherapy Research*, 17(1), 106-119.
- Eliasson, R. (1995). *Forskningsetik och perspektivval*. Lund: Studentlitteratur.
- Felsher, J., Derevensky, J., & Gupta, R. (2010). Young adults with gambling problems: The impact of childhood maltreatment. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 8, 545–556.
- FHI. (2010). *Spel om pengar och spelproblem i Sverige 2008/2009: Huvudresultat från SWELOGS befolkningsstudie*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Flack, M., & Morris, M. (2015). Problem Gambling: One for the money...? *Journal of Gambling Studies*, 31(4), 1561–1578.
- Gainsbury, S., Hing, N., & Suhonen, N. (2013). Professional help-seeking for gambling problems: Awareness, barriers and motivators for treatment. *Journal of Gambling Studies*, 30, 503-519.
- Garfinkel, H. (1967). *Studies in ethnomethodology*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall Inc.
- Gupta, R., Nower, L., Derevensky, J., Blaszczyński, A., Faregh, N., & Temcheff, C. (2012). Problem gambling in adolescents: An examination of the pathways model. *Journal of Gambling Studies*, 29(3), 575-588.

- Hearn, N., Ireland, J., Eslea, M., & Fisk, J. (2021). Exploring pathways to gambling: Proposing the integrated risk and protective factors model of gambling types. *Journal of Gambling Studies*, 37(1), 1-26.
- Hodgins, D., & el-Guebaly, N. (2004). Retrospective and prospective reports of precipitants to relapse in pathological gambling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(1), 72-80.
- Hodgins, D., Schopflocher, D., el-Guebaly, N., Casey, D., Smith, G., Williams, R. & Wood, R. (2010). The association between childhood maltreatment and gambling problems in a community sample of adult men and women. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24(3), 548-554.
- Håkansson, A., Mårdhed, E., & Zaar, M. (2017). Who seeks treatment when medicine opens the door to pathological gambling patients-psychiatric comorbidity and heavy predominance of online gambling. *Front Psychiatry*, 1-6.
- Jiménez-Murcia, S., Álvarez-Moya, E. M., Stinchfield, R., Fernández-Aranda, F., Granero, R., Aymamí, N., & Mónica Gómez-Peña, N. J. (2010). Age of onset in pathological gambling: Clinical, therapeutic and personality correlates. *Journal of Gambling Studies*, 26(2), 235-248.
- Karlsson, A., & Håkansson, A. (2018). Gambling disorder, increased mortality, suicidality, and associated comorbidity: A longitudinal nationwide register study. *Journal of Behavioral Addictions*, 7(4), 1091-1099.
- Ledgerwood, D., & Petry, N. (2005). Psychological experience of gambling and subtypes of pathological gamblers. *Psychiatry research*, 144(1), 17-27.
- Ledgerwood, D., & Petry, N. (2010). Subtyping pathological gamblers based on impulsivity, depression and anxiety. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24(4), 680-688.
- Leonard, C., & Williams, R. (2016). The relationship between gambling fallacies and problem gambling. *Psychology of Addictive Behaviors*, 30(6), 694-704.
- Lindberg, A., Fernie, B., & Spada, M. (2011). Metacognitions in problem gambling. *Journal of Gambling Studies*, 27(1), 73-81.
- Lorains, F., Cowlshaw, S., & Thomas, S. (2011). Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: Systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction*, 106(3), 490-498.

- Lundh, L. G., & Nilsson, A. (2018). *Psykologin som vetenskap. Vetenskapsteoretiska och vetenskapsmetodologiska grunder*. Lund: Studentlitteratur.
- Luyten, P., & Fonagy, P. (2015). The neurobiology of mentalizing. *Personality disorders: Theory, research, and treatment*, 6(4), 366-379.
- MacLaren, V., Jonathan Fugelsang, K. H., & Dixon, M. (2012). Effects of impulsivity, reinforcement sensitivity, and cognitive style on Pathological Gambling symptoms among frequent slot machine players. *Personality and Individual Differences*, 52(3), 390-394.
- Mader, J. (den 13 1 2017). An evaluation of the Pathways Model of problem gambling using the Quinte Longitudinal dataset. *Master of Education Counselling psychology*. LETHBRIDGE, ALBERTA, CANADA: Faculty of Education University of Lethbridge.
- May, T. (2013). *Samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur.
- McCormick, J., Delfabbro, P., & Denson, L. (2012). Psychological vulnerability and problem gambling: An application of Durand Jacobs' General Theory of addictions to electronic gaming machine playing in Australia. *Journal of Gambling Studies*, 28, 665–690.
- Melville, M., Casey, M., & Kavanagh, J. (2007). Psychological treatment dropout among pathological gamblers. *Clinical Psychology Review*, 27(8), 944-958.
- Mestre-Bach, G., Steward, T., Granero, R., Fernández-Aranda, F., Mena-Moreno, T., Vintró-Alcaraz, C., Lozano-Madrid, M., Menchón, J., Potenza, M & Jiménez-Murcia, S. (2020). Dimensions of impulsivity in gambling disorder. *Scientific Reports, Nature Publishing Group*, 10, 1-11.
- Milosevic, A., & Ledgerwood, D. (2010). The subtyping of pathological gambling: A comprehensive review. *Clinical Psychology Review*, 30(8), 988-998.
- Molander, O. (den 12 03 2021). *fbanken.se*. Hämtat från Gambling Pathways Questionnaire GPQ: <https://fbanken.se/form/296/gambling-pathways-questionnaire>
- Myrseth, H., Brunborg, G. S., & Eidem, M. (2010). Differences in cognitive distortions between pathological and non-pathological gamblers with preferences for chance or skill games. *Journal of Gambling Studies*, 26, 561–569.
- Nower, L., & Blaszczynski, A. (2017). Development and validation of the Gambling Pathways Questionnaire (GPQ). *Psychology of Addictive Behaviors*, 31(1), 95-109.

- Ortiz, L. (2006). *Till Spelfriheten!: Kognitiv beteendeterapi vid spelberoende*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Pallant, J. (2020). *SPSS Survival manual - A step by step guide to data analysis using IBM SPSS*. London: Open University Press.
- Petry, N., & Steinberg, K. (2005). Childhood maltreatment in male and female treatment-seeking pathological gamblers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19(2), 226-229.
- Petry, N., Stinson, F., & Grant, B. (2005). Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 5, 564-574.
- Riley, B., Harvey, P., Crisp, B., Battersby, M., & Lawn, S. (2021). Gambling-related harm as reported by concerned significant others: a systematic review and meta-synthesis of empirical studies. *Journal of Family Studies*, 27, 112-130.
- Rogier, G., Beomonte Zobel, S., Morganti, W., Ponzoni, S., & Velotti, P. (2021). Metacognition in gambling disorder: A systematic review and meta-analysis. *Addictive Behaviors*. 112, 1-9.
- Saxon, L., Wirbing, P. (2004) *Återfallsprevention*. Lund: Studentlitteratur.
- Shaffer, H., & Martin, R. (2011). Disordered gambling: Etiology, trajectory, and clinical considerations. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 483-510.
- Sharmana, S., Aitken, M., & Clark, L. (2015). Dual effects of ‘losses disguised as wins’ and near-misses in a slot machine game. *International Gambling Studies*, 15, 212–223.
- Smith, D., Battersby, M., Pols R., Harvey, P., Oakes, J. & Baigent M. (2015). Predictors of relapse in problem gambling: A prospective cohort study. *Journal of Gambling Studies*, 31(1), 299-313.
- Socialstyrelsen. (2018). *Behandling av spelmissbruk och spelberoende - Kunskapsstöd med rekommendationer till hälso- och sjukvården och socialtjänsten*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Spada, M., & Roarty, A. (2015). The relative contribution of metacognitions and attentional control to the severity of gambling in problem gamblers. *In Addictive Behaviors Reports*, 1, 7-11.
- Suurvali, H., Hodgins, D., & Cunningham, J. (2010). Motivators for resolving or seeking help for gambling problems: A review of the empirical literature. *Journal of Gambling Studies*, 26(1), 1–33.

- Swelogs (2018). (den 17 09 2020). *Folkhälsomyndigheten*. Hämtat från spelprevention.se:
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/spelprevention/statistik/spelproblem/>
- Widinghoff, C., & Håkansson, A. (2018). Spelberoende är en högaktuell diagnos.
Läkartidningen, 115, 1-6.
- Wong, D. F., Zhuang, X. Y., Jackson, A., Dowling, N., & Lo, H. H. (2018). Negative mood states or dysfunctional cognitions: Their independent and interactional effects in influencing severity of gambling among chinese problem gamblers in Hong Kong.
Journal of Gambling Studies, 34(3), 631–645.
- Wood, R., & Griffiths, M. (2007). A qualitative investigation of problem gambling as an escape-based coping strategy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80(1), 107-125.