

# **Kognitiv beteendeterapi som intervention för män med spelberoende**

## **Systematisk litteraturstudie**

Maria Laaksonen

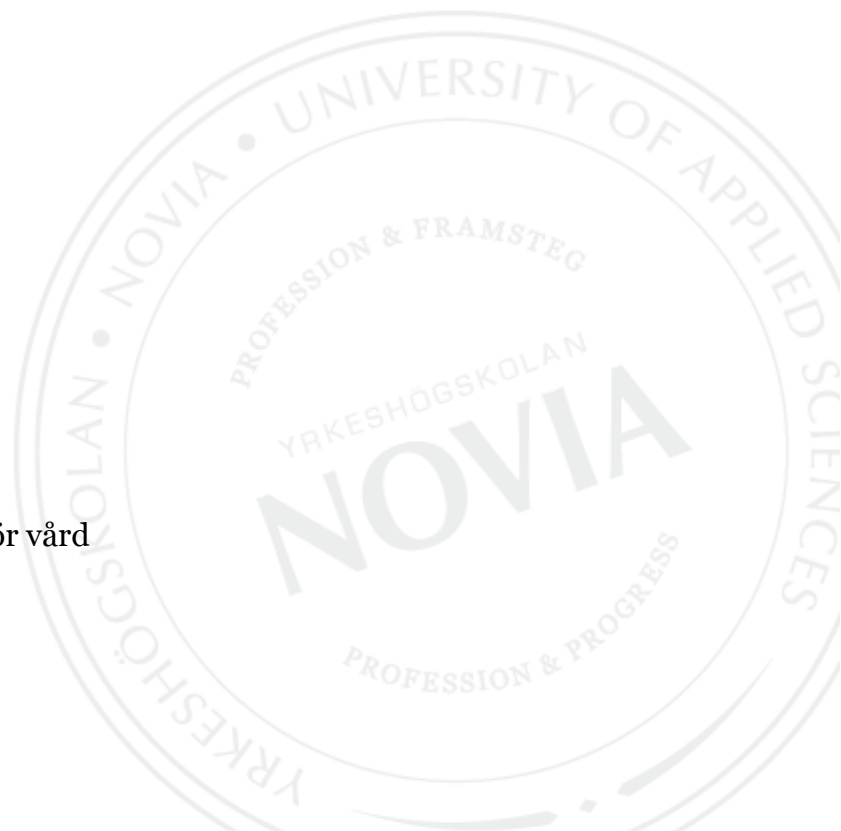
Ida-Maria Rajamäki

Sabina Sjödahl

Examensarbete

Utbildningsprogrammet för vård

Åbo 2014



## EXAMENSARBETE

Författare: Laaksonen, Maria

Inriktningsalternativ/Fördjupning: Vårdarbete/Sjukvård (YH)

Författare: Rajamäki, Ida-Maria

Inriktningsalternativ/Fördjupning: Vårdarbete/Hälsovård (YH)

Författare: Sjödahl, Sabina

Inriktningsalternativ/Fördjupning: Vårdarbete/Hälsovård (YH)

Utbildningsprogram och ort: Utbildningsprogrammet för Vård, Åbo

Handledare: Monica Norrgård, Bodil Julin & Jonathan Westergård

Titel: Kognitiv beteendeterapi som intervention för män med spelberoende

---

Datum 05.05.2014

Sidantal 37

Bilagor 2

---

### Abstrakt

Arbetet är en del av projektet Young Euroman, som skall belysa och utveckla kunskap om den unga mannen inom social – och hälsovården. Projektet påbörjades 2013 och avslutas 2016. Projektet är indelat i tre delar, varav det här arbetet ingår i den första delen.

Arbetet skrivs i form av en systematisk litteraturstudie som grundar sig på systematisk genomgång av forskning utgående från arbetets syfte och forskningsfråga. Syftet är att redogöra för hur kognitiv beteendeterapi (KBT) tillämpas som interventionsmetod för spelberoende män som stöds av forskningsfrågan hur KBT används som intervention för män med spelberoende och hur användbara de olika formerna är av KBT.

Det använda materialet presenteras i form av en tabell som sammanfattar innehållet i artiklarna. Därefter följer en diskussion kring resultaten av vår analys.

Resultatet visar utgående från litteraturen att KBT kan tillämpas som individuell-, grupp- och internetbaserad behandling. Alla tre tillämpningsformer visar goda behandlingsresultat, men behandlingsformen bör väljas enligt patientens individuella behov. Forskningsresultatet visar även att vidare studier behövs specifikt på män och spelberoende.

---

Språk: Svenska

Nyckelord: kognitiv beteendeterapi, män, spelberoende

---

## **BACHELOR'S THESIS**

Author: Laaksonen, Maria

Specialization: Nursing

Author: Rajamäki, Ida-Maria

Specialization: Health care

Author: Sjödahl, Sabina

Specialization: Health care

Degree Programme: Nursing, Åbo

Supervisors: Monica Norrgård, Bodil Julin & Jonathan Westergård

Title: Cognitive Behavioral Therapy as an Intervention for Male Gamblers / Kognitiv beteendeterapi som intervention för män med spelberoende

---

Date 5 May 2014

Number of pages 37

Appendices 2

---

### **Summary**

The thesis is part of the “Young Euroman” project, which will highlight and develop knowledge of understanding the young European man’s position within social and health care. The project began in 2013 and will end in 2016. The project is divided into three parts, of which this work is included in the first part.

Our work is done as a systematic literature review based on a systematic review of research findings based on the aim and research question. The aim is to explain how cognitive behavioral therapy (CBT) is applied as an intervention method for men with gambling problems, the aim is supported by a research question on how CBT is used as an intervention for men with gambling problems and how useful the various forms are.

The thesis contains a table with all referenced literature, its contents and a discussion of the results. The results indicate that CBT can be applied as individual treatment, group treatment, or as an Internet-based treatment. All three application forms show encouraging results, but the form of treatment should be selected according to the individual need of the patient. The research results also show that further studies are needed specifically regarding men and gambling addiction.

---

Language: Swedish

Key words: cognitive behavioral therapy, male, pathological gambling

---

## Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Spelberoende .....	1
3	Kognitiv beteendeterapi .....	3
4	Systematisk litteraturstudie .....	8
5	Sökprocessen .....	9
6	Resultatredovisning.....	12
6.1	Kognitiv beteendeterapi individuellt.....	24
6.2	Kognitiv beteendeterapi i grupp .....	25
6.3	Internetbaserad kognitiv beteendeterapi.....	28
7	Forskningsetik.....	31
8	Hållbar utveckling.....	31
9	Diskussion.....	33
9.1	Tillförlitlighet.....	33
9.2	Metoddiskussion.....	33
9.3	Resultatdiskussion.....	34
10	Slutsats.....	36
	Källförteckning .....	38
	Bilaga 1.....	
	Bilaga 2.....	

## 1 Inledning

Ämnet för examensarbetet är män och spelberoende som berör penningspel. Ämnet intresserar oss för att spelberoende visar sig vara en växande trend bland män. Arbetet görs som en systematisk litteraturstudie och syftet med den är att redogöra för hur kognitiv beteendeterapi (KBT) tillämpas som interventionsmetod för spelberoende män. Det skall fungera som ett underlag för vidare studier inom projektet Young Euroman. Forskningsfrågan för ämnet är, hur KBT används som intervention för män med spelberoende och hur användbara de olika formerna är av KBT. Det används olika begrepp och förkortningar i forskning, och därför finns en ordlista över dessa begrepp som Bilaga 1.

Orsakerna till, samt konsekvenserna av att ett beroende uppstår är många. Spelberoende kan diagnostiseras med flera olika metoder och klassas som en beteendestörning. Spelberoende diagnostiseras i Europa enligt ICD10-klassifikationssystemet. I Finland definieras spelberoendet som ofta återkommande spelperioder som tar kontrollen över en människas vardag. Den spelberoende förklarar sitt beteende som en impuls vars orsak inte är känd. (Heikkilä, Laine & Salokoski 2009 s.38-39).

Enligt THL:s rapport (2009) har forskning påvisat att beteendestörningar i vuxenlivet kopplas ihop med spelberoende, men att även sociala- och livsfaktorer kan orsaka spelberoende. Spelberoendet skiljer sig från substansberoende genom att det är en handling som orsakar beroendet. Det finns olika instrument för identifiering av spelberoende, instrumenten har som uppgift att identifiera spelberoendet men kan inte som sådana skilja på spelandets olika stadier. (Heikkilä m.fl. 2009 s.19, 38-39).

## 2 Spelberoende

I litteraturen används olika begrepp för spelberoende och problemspelande: *pathological gambling (PG)*, *problem gambling* och *disordered gambling (DG)*. DG kan förklaras som ett övergripande begrepp, där PG och *problem gambling* ingår. PG finns i klassificeringssystemet DSM-IV och är den allvarligaste formen av spelberoende. För att få diagnosen för PG, bör fem kriterier av tio uppfyllas i DSM-IV. (Castren, m.fl 2013, s.

2). Kriterierna kan till exempel vara att personen har ett starkt intresse för spelande eller har ett starkt behov av att kontinuerligt spela med större summor pengar för att uppnå eftersträvd spänning. Det kan också handla om att personen har upprepade misslyckade försök att kontrollera, minska på/eller sluta spela. Irritation och rastlöshet kan vara en följd av försök till att minska eller sluta spela. Personen spelar för att fly från verkligheten eller underlätta välbefinnandet. (Heikkilä m.fl. 2009). DSM-IV kan också användas till att identifiera en mildare form av DG, *problem gambling*. För att få diagnosen *problem gambling*, bör tre till fyra kriterier i DSM-IV uppfyllas. (Castren m.fl. 2013 s. 2).

Trots att spelberoende påverkar 0,4 -1,6 % av världens befolkning, upplever en tredjedel av dessa människor ett naturligt tillfrisknande (Grant, Schreiber & Odlaug 2013 s. 253). Nathan (2003) har forskat i naturlig återhämtning ur alkoholism och spelberoende, och påpekar att en stor del av alkoholister och spelberoende tillfrisknar utan behandling, men risken för återfall är betydligt större än hos individer som har genomgått behandling. I forskningen framkommer också att behandling av spelberoende i kombination med ett substansberoende kan vara mer krävande än behandling av enbart spelberoende. Övriga faktorer som kan bidra till spelberoende är kriminalitet (Potenza, Maciejewski, & Mazure 2006; Nelson, LaPlante, LaBrie, & Shaffer 2006) och invandrarbakgrund (Johansson, Grant, Won Kim, Odlaug & Göttestam 2009; Lyk-Jensen 2010).

I Australien har det gjorts en undersökning om skillnader mellan manligt och kvinnligt spelberoende. I undersökningen påstås det att män söker mer frekvent hjälp för sitt spelberoende än kvinnor och att män relateras mer ofta till spelberoende än kvinnor. Enligt DSM-IV uppfyllde 74,7 % av de manliga deltagarna kriterierna för patologisk spelare. Samplet i undersökningen bestod av 1507 spelberoende, varav 813 var män som sökte hjälp för spelberoende. Resultatet av undersökningen visar att männen som sökte hjälp för spelberoende var yngre än kvinnorna (36.1 år vs. 39.6 år), ogifta/ensamstående, inte hade barn, bodde ensamma och fick arbetslöshetsunderstöd. Resultatet visar också att mer manliga än kvinnliga spelberoende hade begått brott för att finansiera sitt spelande samt äventyrat sin karriär, personliga relationer och/eller sina studier på grund av spelande. Männen i studien rapporterade också om flera misslyckade försök än de kvinnliga deltagarna, i att kontrollera eller sluta spelandet. (Crisp m.fl. 2004).

Enligt Grant, Schreiber och Odlaug (2013, s. 253) påbörjas spelande i ung ålder och flera forskningar påpekar att spelberoende relateras till psykiska sjukdomar samt

substansberoende, särskilt hos unga män (Rodgers, Caldwell & Butterworth 2008; Johansson m.fl. 2009; Lahti m.fl. 2012; Grant m.fl. 2013; Castren m.fl. 2013). Det är påvisat att människor i risk för utveckling av ett spelproblem ofta är män (Johansson m.fl. 2009; Lyk-Jensen 2010; Lahti m.fl. 2012; Castren m.fl. 2013). Grant m.fl.(2013) skriver (enligt Chou och Afifi 2011) att människor med spelproblem mer ofta lider av ångest, posttraumatisk stress och bipolär störning. Grant och Kim (2003) påpekar att impulskontrollstörning är vanligt bland patologiska spelare och att det relateras till allvarligare symptom bland med spelare. I Winters och Kushner (2003) forskning framkommer det att spelberoende kan medverka vid utveckling av psykisk ohälsa, men det är också möjligt tvärtom (psykisk ohälsa kan orsaka spelberoende) och de kan ha samma underliggande orsaker. Konstaterandet kan vara betydelsefullt med tanke på individernas respons till behandling, det vill säga att farmakologisk behandling av till exempel depression eller schizofreni i kombination med KBT kan behövas för att uppnå önskat resultat.

### **3 Kognitiv beteendeterapi**

KBT anses vara den mest effektiva icke-farmakologiska behandlingsmetoden för nästan alla psykiska störningar. Behandlingen utförs under en viss tid, främjar patienten till självhjälp och fokuserar endast på problemet. (Stuhlmiller & Tolchard 2009). Då patienten har flera diagnoser än en, bör behandlingsprogrammet skräddarsys för att behandlingen skall vara så effektiv som möjligt (Andersson 2009). Castrén (2013) beskriver ett skräddarsydd virtuellt stödprogram för spelberoende. Programmet tillåter varierande svårighetsgrad av problemet, att det finns flera problem samtidigt och att andra spelrelaterade faktorer tas i beaktan. Det skräddarsydda programmet påbörjas med att kartlägga patientens bakgrundsfaktorer, spelproblemets karaktär och ekonomiska svårigheter. Efter det görs programmet enligt patientens individuella behov. Vid uppkomst av allvarliga symptom av beroende hos patienten, kan hen bli hänvisad till mer omfattande stödformer.

KBT alternativt kognitiva- och beteende inriktade terapier är ett övergripande begrepp för olika terapiformer som härstammar från inlärningspsykologi och/eller kognitionspsykologi. Beteende- och kognitivterapi har genom att utveckla både kognitiva och beteendeinriktade metoder format basen för KBT:s olika tillämpningsformer. (Palmkron Ragnar 2012, s. 3). KBT utgår ifrån att människan är en varelse som själv kan tänka, påverka och förändra sitt

liv. Den är en psykoterapeutisk behandlingsmetod där människan är utgångspunkten. För att kunna ändra ett tanke- och beteendemönster som har orsakat ohälsa måste människan utgå från konkreta problemsituationer så att hen kan känna igen och förändra det. Med andra ord innebär KBT att göra konkreta livsförändringar. För att nå det här krävs det praktisk övning och inte enbart inläsning och reflektion av teori. KBT gör det möjligt att förändra ett beteende som inte har ett ändamål och som förorsakar negativa tankar och känslor. (Palmkron Ragnar 2012, s.17). Alla handlingar som en person gör, är inlärd på något sätt. Det handlar inte bara om praktiska färdigheter så som att skriva eller springa utan även om inre färdigheter som att hantera känslor. Alla lär sig på olika sätt, av att se och lära sig av andra eller genom att göra själv. Ifall personen inte har lärt sig hantera sina känslor under sin livstid är det inte omöjligt att göra det i ett senare skede. För att kunna förändra ett beteende och för att det skall ge en långsiktigt positiv effekt, måste personen bli av med gamla beteenden och lära sig nya. (Palmkron Ragnar 2012, s.18).

Människans tankemönster styrs på tre olika nivåer. Den djupaste nivån för människans tankemönster är grundantagande, som styr vårt sätt att uppfatta och tolka oss själva samt omgivningen. Därpå följande nivå innehåller livsregler och sekundära antaganden som består av attityder och regler om hur hen förväntas vara. Dessa nivåer finns i det undermedvetna. Den yttersta nivån kallas för automatiska tankar som lär oss förstå det egna grundantagande och livsreglerna. Begreppen tankar, känslor och beteenden ligger nära varandra och påverkar hel tiden varandra. Det vill säga förändras en tanke förändras även känslan och beteendet. För att kunna skapa nya känslor och beteenden behövs nya sätt att tänka som i sin tur kräver övning. (Palmkron Ragnar 2012, s.19).

I utövandet av KBT försöker terapeut och patient hitta de situationer som utlöser frestelsen för att spela. Det hjälper patienten att hantera situationerna och att tro på sin förmåga att klara dessa situationer med ett positivt resultat. Centralt i de metoder som använder sig av kognitiv beteendeteori är beteende-eller funktionsanalys. Syftet med funktionsanalys är att avstå från problembeteendet genom att hitta alternativa handlingar. (Forsberg & Magoulas 2006, s.246, 248). Beteendeanalysen beskriver hur ofta, starkt och hur länge problembeteendet varar samt dess funktion i sammanhanget (Palmkron Ragnar 2012, s. 246).

Motiverande samtal kan tillämpas vid olika faser av KBT-behandling, där tyngdpunkten ligger på personens eget initiativ och egen aktivitet. Terapeutens roll i motiverande samtal



är att förstärka självförtroendet hos patienten vid förändring. Förändringen sker genom att terapeuten påverkar patientens inre vilja till förändring. (Forsberg & Magoulias 2006, s.252-253). Forsberg och Magoulias skriver (enligt Johansson och Wirbing 2005, s. 252) att det i korttidsintervention kan tillämpas motiverande samtalsstrategier för att öka effekten av att vilja förändras. Effekten i en kort intervention är lika stor som i en längre behandling. Grundprincipen i den, är att det ger möjlighet för patienten att överväga för- och nackdelar med spelande innan beteendet blir en vana. (Forsberg & Magoulias 2006, s.251-252).

I USA har det gjorts en pilotstudie på om motiverande samtal kan förbättra spelberoendes engagemang i KBT. Då den spelberoende avbryter behandlingen relateras det ofta med en inre klivenhet om att ändra sitt beteende. Det vill säga att den spelberoende ser spelandet som en spännande aktivitet men samtidigt kostnadskrävande. Genom att ta itu med den inre klivenheten med hjälp av motiverande samtal, kan engagemanget i hela behandlingen förbättras. Samplet är litet i undersökningen och bestod enbart av män, endast 9 av 12 deltagare slutförde behandlingen. Syftet med första fasen av behandlingen var att öka deltagarens medvetenhet om sitt problem, minska på deras försvarsställning samt stärka förpliktelsen till förändring. För att motiverande samtal skall vara effektivt bör vissa principer uppfyllas: feedback bör ges på ett empatiskt och reflektivt sätt, individen och terapeuten ska tillsammans gå igenom positiva och negativa faktorer med spelande och terapeuten ska betona individens ansvar i förändringsprocessen. Då individen förpliktar sig till behandlingen, fortsätter behandlingen med KBT och motiverande samtal. Syftet med den andra fasen var att individen skall förstå skillnaden mellan, och känna igen faktorer som utlöser problembeteende, riskfyllda situationer och ändra det felaktiga tankesättet om lycka, skicklighet och slumpmässighet. Ifall individen har blivit van med att spela efter en ångestväckande eller stressande situation, kan beteendemönstret ändras med hjälp av KBT. Tredje och sista fasen av behandlingen koncentrerade sig på prevention av återfall. När individen kan känna igen riskfyllda situationer eller utlösande faktorer, har verktyg till att hantera sitt problem samt känner att hen själv har ansvaret, är risken för återfall mindre. Resultatet av pilotstudien visade att en kombination av KBT och motiverande samtal hade en positiv inverkan på förändring av beteendet, men eftersom samplet var så litet kan det inte påstås att behandlingen skulle ge lika resultat i ett större sampel. (Wulfert, Blanchard, Freidenberg & Martell 2006).

I Danmark har det gjorts en undersökning som jämför grupp KBT med individuell KBT för vuxna patienter med impulskontrollstörning. Deltagarna var indelade i två grupper, varav den ena var grupp KBT och den andra individuell KBT. 13 deltagare hoppade av under behandlingen, nio från den individuella KBT gruppen och fyra från grupp KBT. Grupp KBT var mer effektiv behandling för impulskontrollstörning än individuell KBT. Båda behandlingsformerna minskade symptom av impulskontrollstörning, depression och ångest hos deltagarna. Individuell KBT ansågs vara mer tilltalande bland med patienterna, eftersom den tillät mer tid för terapeuten att koncentrera sig på den enskilda patienten. Grupp KBT ansågs i allmänhet vara mer kostnadseffektivt än individuell KBT, men det beror på praktiska arrangemang av gruppbehandlingstillfället, det vill säga hur många deltagare, terapeuter och sessioner som erbjuds. (Jónsson, Hougaard & Bennedsen, 2011).

I Australien har det undersökts effektiviteten av KBT, i form av individuell och gruppterapi, kombinerad med motiverande samtal. Före undersökningen påbörjades var hypotesen att KBT kombinerad med motiverande samtal är en effektiv behandlingsform, men KBT som individualterapi är mer effektivt i jämförelse med grupp KBT. I forskningen påpekas att KBT som gruppterapi är kostnadseffektivt, men ger möjlighet för spelberoende att lära sig av och stödja andra spelberoende. För individer som vill diskutera djupare kan KBT som individualterapi vara nyttigare. Resultatet av undersökningen visar att KBT kombinerat med motiverande samtal minskade på viljan till att spela, antalet speldagar, använda summan för spelande och förbättrade livskvaliteten hos deltagarna. (Oei, Raylu & Casey 2010).

Under de senaste 15 åren har KBT utvecklats så att den kan utföras via ett interaktivt datorprogram som ger svar på frågor som användaren ställer. Dessa program har gjort det möjligt för patienter att söka hjälp med en röst-svarsteknik metod över internet eller telefon. En bedömning av en läkare rekommenderas före behandlingen påbörjas för att försäkra att behandlingsmetoden är lämplig för patienten. Efter granskning av patient ges motiv för behandlingen, samt instruktioner för hur internetbaserad KBT fungerar. Internetbaserad KBT gör behandlingsformen mer tillgänglig och tillåter mer flexibilitet, speciellt för dem som bor i landsbygden eller för dem som inte vill vara i direkt kontakt med en terapeut. Behandlingsmetoden gör det också möjligt att upprepa sessionerna närsomhelst. Den kräver däremot att patienten utvecklar och tränar färdigheter genom hemuppgifter. Stuhlmiller och Tolchard (enligt Wright m.fl. 2005) skriver att internetbaserad KBT minskar den direkta kontakten som behövs med en terapeut med två

till tre timmar. Metoden gör det möjligt för allt fler personer per år att få hjälp med sitt problem. Stuhlmiller och Tolchard (enligt Marks, Cavnagh och Gega, 2007) påpekar att ny teknologi alltid kostar för leverantören i början, men i längden minskar kostnaderna och effektiviteten ökar i takt med att teknologin utvecklas. Fördelen med behandlingsmetoden är också att den tar tag i problemet i motsats till farmakologisk behandling som inte botar det underliggande problemet, har större risk för återfall och biverkningar. Huvudmålet med internetbaserad behandling är att erbjuda patienten valmöjligheter och öka tillgängligheten av behandlingsmetoder som fungerar. Trots att behandlingsmetoden är internetbaserad så är den uppbyggd enligt patientens specifika behov. (Stuhlmiller & Tolchard 2009).

I Finland används programmet PeliPoikki som är ett kostnadsfritt program på nätet, det är åtta veckor långt och avses för personer med spelproblem. Programmet använder kognitiv beteendeterapi som behandlingsmetod och motiverande samtal som handledningsmetod. Den spelberoende bör vara 18 år och kapabel att självständigt utföra samt följa programmet. Det görs en granskning av den sökande för att säkerställa att personen är lämplig för programmet. Programmet innehåller individuella uppgifter, arbetsmaterial, nätforum och 30 minuters diskussioner per telefon varje vecka med en terapeut. Varje vecka har en ny uppgift som personen ska avklara för att få gå vidare. De fyra första veckorna fokuseras det på motivation och de resterande veckorna på beteendeförändring. Efter att programmet har avslutats görs uppföljningar efter en månad och tolv månader, även 1-3 telefonsamtal kan behövas. (Peli poikki, 2014).

Det har gjorts undersökningar om hur internetbaserad KBT kan användas för olika psykiska sjukdomar, även för PG. Många studier har gjorts och det kan dras en slutsats att KBT som internetbaserad intervention kommer att användas i fortsättningen. Även om internetbaserad KBT kan tillämpas hos en del patienter, så finns det begränsningar. Till exempel patienten bör förstå textmaterialet och kunna hantera datorer. En annan begränsning är att patienten har flera diagnoser och det att evidensbaserad behandling som grundar sig på individuell terapi, inte lämpar sig för självhjälp. Det finns vissa framtida utmaningar för internetbaserad KBT. Till exempel diagnosen hos patienten fattas, innehållet av självhjälpsmaterialet är svårt att gripa och innehållet i behandlingsprogrammet kunde beskrivas bättre. En annan utmaning är att förklara hur lång tid som spenderas med varje enskild patient under behandlingen. Få undersökningar har gjorts om förverkligande av internetbaserad KBT i kliniska situationer. Internetbaserad

KBT kan även kombineras med andra behandlingar, till exempel exponering och responsprevention.(Andersson 2009).

## 4 Systematisk litteraturstudie

En systematisk litteraturstudie grundar sig på tidigare evidensbaserad forskning som har valts noggrant utgående från den valda tematiken och det formulerade syftet. Urvalet av forskningar görs genom inklusions- och exklusionskriterier, det vill säga artiklarna ska uppfylla vissa kriterier för att kunna användas i studien. (Coughlan, Cronin, & Ryan, 2013 s. 32-34). Litteraturen för denna studie har samlats med hjälp av systematisk och osystematisk sökning på vetenskapliga databaser samt manuell sökning. Kriterierna för att forskningar inkluderas i studien är att andelen män i samplet är 100 % eller större än andelen kvinnor. Ålder bör vara 18-år eller äldre, någon övre åldersgräns har inte ställts. Forskningarna handlar om spelberoende eller problemspelande samt har genomgått etisk granskning eller uppfylla kriterierna för god vetenskaplig praxis. De skall vara skrivna på finska eller engelska. Forskningarna är från åren 2001-2014. Målet var att inkludera forskningar som är aktuella, dvs. skrivna under tiden 2008-2014, men efter noggrannare läsning av artiklar beslöts det att ta med äldre forskningar på grund av deras relevans för studien. Forskningar som behandlade farmakologiska interventioner eller KBT i en annan kontext än spelberoende eller spelproblem blev exkluderade.

Planering är en viktig del i en systematisk litteraturstudie. Det blir grunden för studien och det säkerställer att processen följer samma mönster genom hela studien. För att kunna påbörja litteraturstudien är det viktigt att göra några övervägande. Det första kan vara att fundera om studien verkligen är nödvändig att göra, att ge belegg för varför den bör göras. Det här är ofta relaterat till vad betydelsen är att göra den och vilka fördelar den kan ha i klinisk praxis. En viktig aspekt är att forskningsfrågan bör vara tillräckligt snäv för att studien skall vara genomförbar. I en genomförbar studie är det möjligt att identifiera alla relaterade studier. (Coughlan m.fl. 2013, s.32-34). Studien påbörjades med att kartlägga utvecklingsbehovet med hjälp av litteratursökning. Forskningar som har lästs visar att det finns behov för mera forskning specifikt om män och spelberoende. Vid litteratursökning framkommer studier som är gjorda enbart på kvinnor och spelberoende, eller jämförelse studier mellan kvinnor och män.

Beroende på forskningsfrågan, genomförs den systematiska litteraturstudien av flera personer, det kan handla om experter, forskare eller konsumenter. En systematisk litteraturstudie kan även göras individuellt, då är rollen av en handledare viktig med tanke på att forskningsprocessen skall vara så trovärdig och opartisk som möjligt. (Coughlan m.fl. s.32-34). Eftersom studien är gjord av tre studeranden med enbart grundläggande teoretisk kunskap om systematisk litteraturstudie och spelberoende samt begränsad tillgång till forskning, kan det påverka studiens trovärdighet.

## 5 Sökprocessen

Som utgångspunkt för examensarbetet används forskning i ämnet. Arbetsprocessen inleds med att en osystematisk litteratursökning gjordes. Systematisk sökning av vetenskapliga artiklar gjordes på Ebsco/Cinahl, Springer och Google Scholar. Systematisk sökning utförs även på databaserna Swemed, Pubmed, Medic, ABI och JBI COnNECT. Vid sökning av forskning används olika kombinationer av sökorden *male, young, men gambling, gambling problems, treatment, peliriippuvuus, pelaaminen, rahapeli, nuori, mies*. Fyra av tolv forskning har hittats via referenser. I tabell 1 presenteras vilka kombinationer av sökord har använts i vilka databaser, hur många träffar samt hur många artiklar har valts till studien av dessa träffar. Vid urval av forskning till studien har forskningarnas abstrakt lästs för att bestämma dess relevans för studien och efter det har inklusions- och exklusionskriterier använts för att vidare avgränsa materialet. Artikelurvalsprocessen schematiseras i Bilaga 2.

Tabell 1. Systematisk litteratursökning på olika databaser.

Databas	Datum	Sökord	Avgränsningar	Träffar	Valda
Springer Link	17.2.2014	gambling AND male AND Europe NOT female	full text, 2009-2014	58	0
	17.2.2014	gambling AND male AND intervention NOT female	full text, 2009-2014, publicerat I Journal of Gambling Studies	23	0
	17.2.2014	pathological gambling AND intervention	full text, 2009-2014, publicerat I Journal of Gambling Studies	134	1
	24.2.2014	pathological gambler, male	full text, 2009-2014	43	0
Academic Search Elite	24.2.2014	gambling AND young male	full text, 2009-2014, peer reviewed	1	0
	24.2.2014	gambling AND male	full text, 2009-2014, peer reviewed	31	1
	24.2.2014	gambling AND male AND europe	full text, 2009-2014, peer reviewed	0	0
	24.2.2014	gambl* AND intervention	full text, 2009-2014, peer reviewed	65	3
	10.3.2014	gambl* AND young AND male	Full text, 2009-2014, peer reviewed	5	0
	10.3.2014	gambl* AND treatment AND men	Full text, 2009-2014, peer reviewed	8	0
	10.3.2014	gambl* AND male AND cognitive behavior therapy	Full text, 2009-2014, peer reviewed	3	0
	10.3.2014	male gambling	full text, peer reviewed	11	0

Tabell 1. Systematisk litteratursökning på olika databaser.

Google Scholar	17.2.2014	gambling AND male AND Europe AND intervention NOT female	2009-2014	5320	1
	24.2.2014	gambling AND CBT AND male AND finland	2009-2014	177	1
	10.3.2014	gambling AND internet-based intervention AND male	2008-2014	1360	2
	10.3.2014	male gambling	2009-2014	30	0
PubMed	12.1.2014	gambl* AND male AND intervention		224	0
Medic	12.1.2014	peliriippuvuus	full text	27	0
	12.1.2014	peliriippuvuus AND mies	full text	0	0
	12.1.2014	Pelaaminen AND mies	Full text	0	0
SveMed+	12.1.2014	Rahapeli		1	0
	12.1.2014	gambl* AND male	peer reviewed	27	0
ABI	10.3.2014	gambl* AND male AND intervention	peer reviewed, full text, 2009-2014	426	0
JBICConnect	17.2.2014	gambling AND male		0	0
	17.2.2014	gambl* AND male		0	0
Hittade via referenser					3

Litteraturen påvisar vissa särdrag; det handlar om att andra beroendeskop och vissa socio-demografiska faktorer som är kopplade till spelberoende. Litteraturen berättar också att forskningen handlar främst om äldre män och spelberoende, därför vet vi att det inte finns så mycket forskat om unga män med spelberoende. Det är ett utvecklingsbehov inom området.

## 6 Resultatredovisning

Syftet med arbetet är att redogöra för hur kognitiv beteendeterapi tillämpas som interventionsmetod för spelberoende män. I tabell 2 presenteras forskningar som har använts i studien för resultat. Forskningarna är i ordning enligt årtal, den äldsta först och den nyaste sist. I tabellen beskrivs forskningens författare, publiceringsår, syfte och frågeställningar, design, metod, etiskt perspektiv, urval av sampel samt forskningens resultat. Forskningsresultatet presenteras i text enligt olika tillämpningar av KBT, det vill säga individuellt, i grupp och som internetbaserad behandling. Kategorisering av forskningar har gjorts för att dessa tre tillämpningsformer har framkommit i de studier som gjorts på KBT.



Tabell 2. Forskningar som tagits med i systematiska litteraturstudien

Författare & publiceringsår	Syfte & frågeställningar	Design	Metod	Etiskt perspektiv	Urval	Resultat
Ladouceur. R. m.fl. 2001	Undersökte effektiviteten av kognitiv intervention som specifikt baserar sig på att korrigera felaktiga uppfattningar om slumpmässighet, lycka och skicklighet.	Kvantitativ  Kontrollerad studie, experimentel design	Deltagarna var indelade i experimentel- (EG) och kontrollgrupp (KG). EG fick behandling en gång i veckan i 60 minuters sessioner med ett maximalt antal av 20 sessioner. KG fick behandling efter tre månaders väntetid. Uppföljning vid 6 och 12 månader efter behandlingen.	Financiellt stöd framkommer: National Council on Responsible Gaming. Alla deltagare var myndiga. Deltagande i undersökningen var frivilligt.	Inklusionskriterier: spelberoende som primär diagnos, inga tecken på suicidtankar, skitsofreni, bipolär eller mental störning, villighet till randomisering. Substansberoende var ej exklusionskriterie. Andel män: EG 88,6 % KG 76 %  Medelåldern på deltagare 42,1 år.	86% av behandlade patienter mötte inte DSM-IV kriterierna efter interventionen. Behandlade patienterna hade bättre uppfattning om att ta kontroll över sitt spelproblem samt ökad självförtroende i hög-risk situationer där spel är involverat. Vidare studier bör göras gällande kognitiv terapi jämfört med andra interventionsmetoder och mångdimensionellt synsätt med hjälp av anhöriga.

Tabell 2. Forskningar som tagits med i systematiska litteraturstudien

Författare & publiceringsår	Syfte & frågeställningar	Design	Metod	Etiskt perspektiv	Urval	Resultat
Ladouceur, R. m.fl. 2003	Undersökte effektiviteten av kognitiv gruppterapi samt förebyggande av återfall hos patienter med spelberoende. Kognitiv terapi används individuellt med bra resultat, men är den lika effektiv när den utförs i form av gruppterapi?	Kvantitativ  Kontrollerad studie/undersökning, experimentel design	Deltagarna var indelade i experimentella (EG) och kontrollgruppen (KG). EG fick behandling en gång i veckan i 10 veckors tid. Förebyggande av återfall erbjöds. KG fick behandling efter fyra månaders väntetid. Uppföljning vid 6,12 och 24 månader efter behandlingen.	Alla deltagare i undersökningen var myndiga. Deltagande i undersökningen var frivilligt.	Inklusionskriterier: spelberoende som primär diagnos, inga tecken på nuvarande eller förfluten skitsofreni, bipolär, mental störning samt villighet till randomisering. Andel män: EG 73,5 % KG 84 %  Medelåldern på deltagare 43,56 år.	Kognitiv gruppterapi visar sig vara effektivt. Vidare studier om behandling där gruppterapi blandas och jämförs, istället för användning av väntelista för KG samt anhörigas åsikter.

Tabell 2. Forskningar som tagits med i systematiska litteraturstudien

Författare & publiceringsår	Syfte & frågeställningar	Design	Metod	Etiskt perspektiv	Urval	Resultat
Petry, N. m.fl. 2006	Undersökte effektiviteten av kognitiv beteende terapi i ett större sampel samt jämföra dess effektivitet med KBT, KBT workbook och Gamblers Anonymous (GA), lånsiktiga utkomst.	Kvantitativ	Tre olika behandlingsmetoder: endast GA, GA+ KBT workbook  GA+KBT  Deltagare var randomiserade till de olika behandlingarna. Uppföljning vid 1,2,6 och 12 månader efter behandlingen.	Alla deltagare var myndiga. Extern finansiering framkommer: National Institute of Mental Health. Andra samarbetspartner som deltar i studien nämns tydligt. Deltagande var frivilligt	Inklusionskriterier: DSM-IV kriterier för spelberoende, spelat inom de senaste 2 månaderna, ålder: 18 år eller äldre. Andel män:  GA 48,6 %  GA+workbook 57,1 %  GA+KBT 58,3 %  Medelåldern på deltagare 44,8 år.	Spelande minskade hos alla deltagare oberoende i vilken behandling de var med i. Positiva resultat efter KBT framträdde starkast, men endast utförd som individuell behandling. Användning av workbook påvisar små förbättringar vid spelabstinens. Vidarestudier om KBT jämförs med liknande behandlingsmetoder och kostnadseffektiviteten av KBT.

Tabell 2. Forskningar som tagits med i systematiska litteraturstudien

Författare & publiceringsår	Syfte & frågeställningar	Design	Metod	Etiskt perspektiv	Urval	Resultat
Carlbring, P. & Smit, F. 2008	Testade effektiviteten av internet-baserad KBT och stödsamtal via telefon hos människor med spelberoende i jämfört med kontrollgruppen.	Kvantitativ Randomiserad studie	Experimentgrupp, som får internet-baserad KBT och stödsamtal via telefon jämfört med kontrollgruppen. Behandlingen genomfördes på 8 veckor, och den förverkligades i form av 8 olika moduler. Första fyra modulerna har fokus på motiverande samtal och uppbyggnad av motivation till förändring. Resterande fyra veckor baserar sig på KBT. Varje modul innehåller information, övningar samt skriftliga uppgifter. Uppföljning direkt efter samt vid 6,18 och 36 månader efter behandlingen.	Forskningsprotokollet är godkänd av etiska kommittén för medicin, samt skriftligt samtycke erhöles från deltagarna	224 deltagare blev rekryterade till undersökningen, varav dem blev 158 exkluderade utgående från: inte lever i Sverige, för ung ålder, spelar datorspel utan att sätta pengar i spelet, uppfyller inte 5 kriterier i DSM-IV-TR, spelar inte för tillfället, svårt deprimerad. Andelen män 94 %. Medelåldern på deltagare 31,9 år.	Eftersom ingen jämförande behandling gjordes för KG, påverkas resultaten av det. Framtida studier borde utreda frågan om internet-baserad självhjälp samt onlinestöd tillsammans med en terapeutkontakt som finns vid både telefon- och onlinestöd. Internet-baserad KBT bör jämföras med ansikte-mot- ansikte terapi.

Tabell 2. Forskningar som tagits med i systematiska litteraturstudien

Författare & publiceringsår	Syfte & frågeställningar	Design	Metod	Etiskt perspektiv	Urval	Resultat
Carlbring, P. m.fl. 2009	Testade effekten av motiverande samtal, kognitiv gruppterapi (KBGT) hos patienter med spelberoende	Kvantitativ  Randomiserad kontrollerad studie med tre parallella grupper	Den ena gruppen, som fick motiverande samtal som behandling, och den andra gruppen, som fick KBGT som behandling, behandlades för åtta veckors tid, och efter det fick kontrollgruppen, ”wait list”, påbörja behandlingen. Kontrollgruppen delades slumpmässigt in i MI eller KBGT gruppen. Uppföljning vid 6 och 12 månader efter behandlingen.	Studien är godkänd av Karolinska Institutets etiska kommitté och har därefter blivit registrerad i International Standard Randomised Controlled Trial Number Register. Deltagande är frivilligt och alla deltagare är myndiga.	198 personer genomgick pre-intervju på en öppenlinnik för beroendepatienter. 48 personer exkluderades enligt kriterierna: suicidtankar, ovillighet till randomisering, påbörjad medicinering för ångest och/eller depression, pågående behandling för spelberoende, kriterierna för spelberoende inte uppfylls, substansberoende, svår depression, ovillighet att delta, bipolär störning, oförmåga att prata svenska, psykos. Andelen män 83,5 %. Medelåldern på deltagare 40,5 år.	Betydelsefulla skillnader mellan kontrollgruppen och båda behandlingsgrupperna. P.g.a. etiska orsaker blev kontrollgruppen behandlad före resultaten av uppföljning var samlad, förblir det oklart hur det påverkat det slutliga resultatet. Både MI och KBGT visar sig vara effektiva behandlingsmetoder hos spelberoende. På grund av ovillighet till randomisering, bör vidare studier göras på patienter som själv får välja vilken behandling de deltar i.

Tabell 2. Forskningar som tagits med i systematiska litteraturstudien

Författare & publiceringsår	Syfte & frågeställningar	Design	Metod	Etiskt perspektiv	Urval	Resultat
Petry, N. m.fl. 2009	Undersökte effektiviteten av kortvarig intervention i form av KBT och motivationsökande strategier för att reducera spelande bland högskolestuderande.	Kvantitativ Randomiserad studie	Deltagarna var slumpmässigt indelade i fyra grupper: <i>assessment only</i> , <i>brief advice</i> , <i>motivational enhancement therapy</i> (MET), MET+KBT. Efter den inledande bedömningen får deltagarna i <i>assessment only</i> gruppen information om att de skall kontaktas igen vid 6 veckor och 9 månader, deltagarna i <i>brief advice</i> träffade terapeuten omedelbart efter den inledande bedömningen för 10-15 minuter. Deltagare som blir tilldelade i MET fick 50 minuters individuell session efter den inledande bedömningen, såsom också MET+KBT gruppen. MET+KBT gruppen uppmuntras också att delta i tre individuella sessioner en gång i veckan. De individuella sessionerna baseras på KBT. Uppföljning vid 6 veckor och 9 månader.	Samtycke erhöles från deltagarna och godkännande av Universities' Institutional Review Boards.	Efter vidare exklusion, delades 117 deltagare i tre experimentgrupper och en kontrollgrupp. Exklusionskriterier: ovillighet till deltagande, uppfyller inte SOGS kriterier för spelproblem, sällsynt spelande, svåra eller akuta psykiska störningar  Andelen män KG 85,3 % MET 86,7 % MET+KBT 90,5 % BA 78,1%  Medelåldern på deltagare 20,5 år.	<i>Brief advice</i> och MET+KBT visade betydelsefulla effekter på vissa faktorer. Vidare studier behövs om långsiktiga effekt samt hos studerande som har svårare spelproblem, på grund av att studerande som deltog sökte inte hjälp för sitt spelande. Vidare studier bör också innehålla individuella eller objektiva redogörelser för effekterna. I denna studie berättar deltagarna sina upplevelser om behandlingarna.

Tabell 2. Forskningar som tagits med i systematiska litteraturstudien

Författare & publiceringsår	Syfte & frågeställningar	Design	Metod	Etiskt perspektiv	Urval	Resultat
Echeburúa, E. m.fl. 2011	Testade klinisk effektivitet av KBT specifikt anpassat för spelberoende som har schizofreni.	Kvantitativ Pilotstudie, multigroup experimental design	Experimentgrupp och kontrollgrupp användes. Närvaron av vårdaren eller anhöriga har tagits i beaktande i studien. Deltagarna erbjöds exponeringsterapi med responsprevention efter KBT. Uppföljning vid 1,3,6 och 12 månader efter behandlingen.  Vårdaren eller anhöriga deltog med att rapportera spelabstinens/ spelande under studien.	Studien är godkänd av University Ethics Committee. Alla deltagare är myndiga. För etiska orsaker genomgick kontrollgruppen endast två mätningar (prebehandling och 3 månaders uppföljning). Deltagande är frivilligt.	Inklusionskriterier: pågående behandling för kronisk skitsofreni, uppfyller kriterierna för spelberoende enligt DSM-IV-TR eller 4 eller mer poäng i SOGS, ålder 18-65 år och frivilligt deltagande efter att ha blivit väl informerad om studien.  Andelen män 93,2 %.  Medelåldern på deltagare 38,45 år.	Inget bortfall från EG, men vid 6 och 12 månaders uppföljning hade mängden för spelepisoderna samt summan, som användes för att spela, ökat kraftigt. Det här bör tas i beaktande i vidare studier. Kostnadseffektiviteten p.g.a. den naturella omgivningen är en viktig slutsats. Vidare studier behövs om behandling av spelberonende hos patienter med dubbeldiagnos.

Tabell 2. Forskningar som tagits med i systematiska litteraturstudien

Författare & publiceringsår	Syfte & frågeställningar	Design	Metod	Etiskt perspektiv	Urval	Resultat
Larimer, M.E. m.fl. 2011	Utvärderade genomförbarheten och effekten av <i>personalized feedback intervention</i> och KBT vid prevention av spelproblem hos högskolestuderande.	Kvantitativ Randomiserad klinisk studie	6457 andra och tredje års studerande postades en screening enkät, 2719 besvarade enkäten.  2572 deltagare var exkluderade.  Resterande 147deltagare blev slumpmässigt indelade i två experimentella grupper och en kontrollgrupp.	Studien är godkänd av lokal Institutional Review Board. Alla deltagare är myndiga. Deltagande är frivilligt	Inklusionskriterier: Uppfyller mer än 3 kriterier i SOGS, frivilligt deltagande.  Andelen män: 63,5 %.  Medelåldern på deltagare 21,23 år.	KBT visar sig vara mer användbar för individer som frivilligt söker hjälp eller när det är utfört i naturell högskoleomgivning Tidig identifiering av kännetecken samt <i>brief intervention</i> är som nyckel vid förebyggande av alvarligare problem med spelande. Vidare studier angående långsiktiga resultat och annan omgivning.
Jimenez-Murcia, S. m.fl. 2011	Utredning om exponering och responsprevention förbättrar resultaten av gruppbehandling i KBT hos manliga spelberoende.	Kvantitativ Kvasiexperimentell design	Samplet omfattade 502 manliga spelberoende i Spanien. Deltagarna indelades i två grupper: ena gruppen behandlas med KBT + exponering och responsprevention, och den andra gruppen behandlades enbart med KBT. Behandlingen för båda grupperna ges en gång i veckan, sammanlagt 16 gånger.	Studien är godkänd av etiska kommittén av Bellvitge University Hospital.	673 deltagare bedömdes som lämpliga för studien, varav 171 blir exkluderade på grund av att uppgifter saknas, kvinnligt genus och om deltagarna inte har deltagit i gruppbehandling. Andelen män: 100 %  Medelåldern 39,8 år.	Nyttan med att kombinera exponering och responsprevention med KBT, var begränsad på grund av en stor andel bortfall under studien. Första 5 veckorna i behandlingen är de allra kritiska för att uppnå patienternas engagemang i behandlingen.



Tabell 2. Forskningar som tagits med i systematiska litteraturstudien

Författare & publiceringsår	Syfte & frågeställningar	Design	Metod	Etiskt perspektiv	Urval	Resultat
Carlbring, P. m.fl. 2012	Undersökte effektiviteten av Internet-baserad kognitiv beteendeterapi (IKBT) hos icke-deprimerade spelberoende och testa en modell för att förutse deltagarnas respons av behandlingen.	Kvantitativ Icke-komparativ enskild gruppstudie	Endast experimentgrupp, med uppföljning direkt efter behandlingen samt vid 6,18 och 36 månader efter behandlingen. Behandling baserad på KBT men på internet och är i form av åtta kapitel. I de olika kapitlena innehåller information och uppgifter som deltagarna skall besvara och rapportera resultat. Deltagarna måste posta minst ett inlägg på diskussionsforumet utgående från förbestämt tema. Feedback gavs via e-post.	Undersökningsprotokollet är godkänt av en regional medicinsk etisk kommitté. (Vetting the ethics of research involving humans in Sweden) och skriftligt samtycke har erhållits från alla deltagare. Studien är registrerad i Clinical Trials.	Inklusionskriterier: uppfylla DSM-IV-TR kriterier för spelberoende, leva i Sverige, har spelat minst en gång inom den föregående månaden. Exklusionskriterier: ofullständig ansökan, under 18 år, har inte spelat inom de senaste 30 dagarna. Av de 464 deltagarna påbörjade 284 deltagare behandlingen.  Andelen män 81 %.  Medelåldern på deltagare 32,2 år.	Behandlingen gav goda resultat både direkt efter behandlingen och vid 36 månaders uppföljning. Dessutom var det möjligt att förutse vem som har nytta av internet-baserad behandling, både direkt efter behandlingen och vid 36 månaders uppföljning. Modellen som används vid respons förutsägelse är uppbyggd av åtta bakgrundsfaktorer. Vidare studier bör göras med individer som har spelberoende och depression som diagnos samt om resultatet kan upprepas.

Tabell 2. Forskningar som tagits med i systematiska litteraturstudien

Författare & publiceringsår	Syfte & frågeställningar	Design	Metod	Etiskt perspektiv	Urval	Resultat
Gómez-Peña, M. m.fl. 2012	Analyserade sambandet mellan motivation till förändring och KBGT då det gäller bortfall och återfall hos manliga spelberoende.	Kvantitativ Prospektiv design	Sambandet mellan URICA och hur deltagarna påverkades av behandlingen används pre-post design. Motivation till förändring mättes med University of Rhode Island Change Assessment scale (URICA). SOGS användes för att mäta spelbeteende, DSM-IV kriterierna mäter risken för spelberoende. Behandlingen gavs 16 gånger i 90 minuters sessioner en gång i veckan.	Studien är godkänd av etiska kommittén och samtycke erhålls av deltagarna.	191 män inkluderades i studien. Exklusionskriterier: kvinnligt genus, annan störning i självbehärskning än spelberoende, relevant data saknas, patienter som inte fått gruppbehandling.  Andelen män: 100 %  Medelåldern på deltagare 39,6 år.	Motivation för förändring ses som en utmaning för spelberoende samt ett hinder för behandling av spelberoende. Samplet består endast av män, så resultatet kan inte generaliseras på alla spelberoende. Vidare studier behövs för att kunna bestämma nyttan av denna teoretiska modell hos spelberoende.

Tabell 2. Forskningar som tagits med i systematiska litteraturstudien

Författare & publiceringsår	Syfte & frågeställningar	Design	Metod	Etiskt perspektiv	Urval	Resultat
Castrén, S. m.fl. 2013	Undersöker effektiviteten av internetbaserad KBT i PeliPoikki-programmet i praktiken hos spelberoende med alkoholberoende.	Kvantitativ Enkätundersökning	Deltagare rekryterades via PeliPoikki-programmet (471 varav 325 män). Deltagarna genomgick 8 veckors noggrant planerad behandling i PP programmet varefter de uppföljs vid 6 och 12 månader efter behandlingen. Behandlingen genomförs på internet i form av moduler, individuella uppgifter samt max. 30 minuter/vecka telefonstöd. Behandlingen hade varje vecka ett förbestämt tema. Frågeformulär skickades till och besvarades av deltagare. Utvärdering i början, direkt efter samt uppföljning vid 6 och 12 månader efter behandlingen.	Studien är godkänd av etiska kommittén av National Institute for Health and Welfare (THL) före datainsamling påbörjas.	Alla deltagare som sökte hjälp via PeliPoikki-programmet fick delta i studien. Inga andra inklusions- eller exklusionskriterier. Andelen män 69 %.  Medelåldern 34,5 år.	Internet-baserad behandling för spelberoende visar goda resultat. Alkoholkonsumtionen reduceras under studien. Vidare studier bör göras om för vem internet-baserad behandlings metod är effektiv.

## 6.1 Kognitiv beteendeterapi individuellt

Ladouceur m.fl.(2001) beskriver i sin forskning effektiviteten av kognitiv intervention som specifikt baserar sig på att korrigera felaktiga uppfattningar om slumpmässighet och slumpmässiga situationer hos spelberoende. Undersökningen utfördes med hjälp av en experimentell grupp och en kontrollgrupp. Den experimentella gruppen fick behandling en gång i veckan i 60 minuters session med ett maximalt antal av 20 sessioner. Kontrollgruppen fick behandling efter tre månaders väntetid. Uppföljning gjordes vid 6 och 12 månader efter behandlingen. Den experimentella gruppen bestod av 35 deltagare och kontrollgruppen av 29 deltagare.

Petry m.fl. (2006) undersökte effektiviteten av kognitiv beteendeterapi (KBT) i ett större sampel och jämförde dess effektivitet med en arbetsbok baserad på kognitiva metoder och Gamblers Anonymous (GA). 231 deltagare indelades i tre olika behandlingsgrupper, en grupp deltog enbart i GA, den andra gruppen deltog i GA samt KBT individuellt, den tredje gruppen deltog i GA och KBT och arbetade med en arbetsbok.

Petry, Weinstock, Morasco och Ledgerwood (2009) undersökte effektiviteten av kortvariga interventionsstrategier för att minska spelande bland högskolestuderande. Efter en inledande bedömning enligt sociodemografiska och spelrelaterade faktorer togs 117 deltagare med i studien. De delades in i en kontrollgrupp och tre experimentgrupper: enbart bedömning, kort rådgivning, motivationsökande terapi (MET), MET + KBT. Gruppen som fick enbart bedömning informerades om att de skulle kontaktas igen vid sex veckor och nio månader. Deltagarna som fick en kort rådgivning träffade terapeuten omedelbart efter den inledande bedömningen för 10-15 minuter. Deltagare som blev indelade i MET fick 50 minuters individuell terapisesession efter den inledande bedömningen, såsom också MET+KBT gruppen. MET+KBT gruppen uppmuntrades också att delta i tre individuella terapisesessioner en gång i veckan som baserades på KBT. Uppföljning gjordes vid 6 veckor och 9 månader.

Echeburúa, Gómez och Freixa (2011) undersökte den kliniska effektiviteten av KBT specifikt anpassat för schizofrena spelberoende. De indelades i två grupper varav 21 deltagare utgjorde kontrollgruppen och 23 deltagare den experimentella gruppen. Deltagarna i den experimentella gruppen blev också erbjudna exponeringsterapi med

responsprevention. Närvaron av vårdaren eller anhöriga togs i beaktande i det specifikt anpassade KBT- programmet. Vårdaren eller anhöriga deltog med att rapportera om den spelberoendes spelabstinens eller spelande under studien. Uppföljning gjordes vid en, tre, sex och tolv månader efter behandlingen.

Resultatet av Petry m.fl (2006) visade att spelande minskade för de flesta deltagare i studien, vilket även stöds av Ladouceur m.fl. (2001). Resultatet visade också att 86 % av deltagarna inte ansågs vara PG efter behandlingen. De hade även en större uppfattning och kontroll över sitt spelande och kunde påverka spelande mycket bättre i situationer som utgjorde en stor risk för att börja spela. Petry m.fl. (2006) kom fram till att individuell KBT minskade psykiskt illamående. I en senare studie av Echeburúa m.fl. (2011) visade sig KBT vara en lönsam evidensbaserad psykosocial intervention för personer med dubbeldiagnos. Petry m.fl. (2009) resultat visade att motivationsökande terapi + KBT visade signifikanta effekter på ASI (Addiction Severity Index), antalet speldagar och den använda summan för spelande, men det diskuterades också om effekterna är beroende på motivationsökande terapi eller KBT.

## **6.2 Kognitiv beteendeterapi i grupp**

Ladouceur m.fl. (2003) mätte i sin forskning effektiviteten av kognitiv gruppterapi samt förebyggande av återfall hos patienter med spelberoende jämfört med en kontrollgrupp. Frågeställningen i denna forskning är om kognitiv beteendeterapi är lika effektiv i form av gruppterapi som individuellt. Deltagarna är slumpmässigt indelade i en kontrollgrupp som utgjordes av 25 deltagare och en experimentell grupp som utgjordes av 46 deltagare. Den experimentella gruppen fick behandling en gång i veckan i tio veckors tid. Behandlingen var utförd av en erfaren terapeut. Behandlingen baserade sig på att korrigera deltagarnas felaktiga uppfattningar om att spelandet handlar om skicklighet. Kontrollgruppen fick behandling efter fyra månaders väntetid. Uppföljning gjordes vid sex, tolv och 24 månader efter behandlingen.

Carlbring, Jonsson, Josephson och Forsberg (2009) utvärderade effekten av motiverande samtal, kognitiv beteendeterapi i grupp (KBGT) och väntelista hos patienter med spelberoende. 150 deltagare delades in i tre grupper. Den ena gruppen fick motiverande samtal som behandling och den andra fick KBGT som behandling. Grupperna behandlades i åtta veckors tid och efter det fick kontrollgruppen på väntelistan påbörja behandlingen.

Kontrollgruppen delades slumpmässigt in i motiverande samtal (MI) eller KBGT gruppen. Uppföljning görs vid sex och 12 månader efter behandlingen. Betydelsefulla skillnader mellan kontrollgruppen och båda behandlingsgrupperna uppkom.

Larimer m.fl. (2011) utvärderade genomförbarheten och effekten av två lovande behandlingsmetoder, personlig återkoppling och kognitiv beteende intervention, jämfört med att de endast fick en inledande bedömning vid prevention av spelproblem hos högskolestuderande. 147 deltagare delades in i en kontrollgrupp och två experimentella grupper. Den ena experimentella gruppen behandlades individuellt i form av motiverande intervju. Intervjun innehöll personlig återkoppling relaterat till spelbeteendet, normer, konsekvenser och blev givna råd om hur undvika riskfyllda situationer. Den andra experimentella gruppen behandlades i mindre grupper med kognitiv beteendeterapi, som innehöll beteendeanalys, kognitivt tillrättavisande samt identifierande av och alternativa tillvägagångssätt i situationer som utlöste en frestelse till att spela.

Jimenez-Murcia m.fl. (2011) undersökte om exponering och responsprevention förbättrade resultaten av gruppbehandling i kognitiv beteendeterapi hos manliga spelberoende. Samplet omfattade 502 manliga spelberoende i Spanien som kontinuerligt kom för att få professionell hjälp för spelberoende. Deltagarna blev indelade i två grupper: ena gruppen behandlades med KBGT + exponering och responsprevention, och den andra gruppen behandlades enbart med KBGT. Behandlingen för båda grupperna gavs en gång i veckan, sammanlagt 16 gånger.

Gómez-Pena m.fl. (2012) undersökte sambandet mellan motivation till förändring och kognitiv gruppterapi då det gällde bortfall och återfall hos manliga spelberoende. Motivation till förändring mättes med University of Rhode Island Change Assessment scale (URICA). Behandlingen gavs 16 gånger i 90 minuters sessioner en gång i veckan. Motivation för förändring ses som en utmaning för spelberoende samt ett hinder för behandling av spelberoende. Samplet bestod endast av män, så resultatet kan inte generaliseras på alla spelberoende.

Larimer m.fl (2011) kom fram till att effekten av KBT inte förmedlas genom förändringarna på illusion av att kunna kontrollera spelande. KBT var relaterat med mindre konsekvenser av spelande samt uppfyllde inte lika många kriterier i DSM-IV. KBT visade sig vara effektiv då det gällde spelrelaterade konsekvenser, men eftersom antalet

närvarande deltagare i sessionerna var få, kan det tyda på att gruppbehandling är för stort engagemang för unga vuxna som inte är villiga till förändring. Genom att minska på KBT sessioner från sex till fyra ökade inte närvaron av deltagare, vilket tyder på att ännu kortare interventioner kan vara nödvändiga när det handlar om unga vuxna. KBT visade effektivitet på spelfrekvens hos deltagare som deltog i flera sessioner. KBT kan visa bättre resultat hos personer som själv söker hjälp eller om interventionen erbjuds i en bekant miljö.

Resultatet av Ladouceur m.fl (2003) forskning visade att 88 % av deltagarna som behandlas med grupp KBT inte längre uppfyllde DSM-IV kriterierna för PG. Resultatet visade även att majoriteten (över 60 %) av deltagarna inte uppfyllde kriterierna för PG vid uppföljning efter sex och tolv månader. Efter behandlingen kände de spelberoende en bättre självkontroll över sitt spelande samt ökad självkänsla i högrisksituationer. Resultatet stöds även av Gomez-Peña m.fl. (2012).

Ladouceur m.fl (2003) resultat visar att grupp KBT anses vara en kostnadseffektiv metod, eftersom ett större antal av spelberoende kan behandlas samtidigt och behandlingskän minskar snabbare. Grupp KBT visar sig vara lika effektivt som individuell KBT. I forskningens diskussion tas upp att en kombination mellan grupp KBT och individuell KBT skulle kunna vara den effektivaste behandlingen. I diskussionen tas även upp att antalet bortfall var betydligt mindre i grupp KBT jämfört med forskning om individuell KBT.

Såsom Ladouceur m.fl (2003), stöder även Carlbring m.fl (2010) resultat av forskningen att grupp KBT är en positiv behandlingsmetod. Penningsumman samt nedsatta timmar på spelande minskade under behandlingen. Bortfallen i Carlbring m.fl (2010) var större: av deltagarna genomförde 28,8 % hela åtta veckors behandling jämfört med Ladouceur m.fl (2003) genomförde 74 % av deltagarna hela tio veckors behandling. Enligt Jimenez-Murcia m.fl. (2012) visar grupp KBT vara en effektiv behandlingsmetod bland manliga PG, även vid sex månaders uppföljning. I slutsatsen diskuteras att de fem första veckorna är kritiska för att kunna genomgå hela behandlingen.

### 6.3 Internetbaserad kognitiv beteendeterapi

Internetbaserad KBT är diskuterad i flera forskningar. Carlbring och Smit (2008) utvärderar effektiviteten av internetbaserad intervention och stödsamtal per telefon hos människor med spelberoende jämfört med kontrollgruppen. 66 deltagare indelas slumpmässigt i en experimentell grupp och en kontrollgrupp. Experimentella gruppen får internetbaserad KBT och stödsamtal per telefon. Behandlingen genomförs på åtta veckor och förverkligas i form av åtta olika delar. Första fyra delarna har fokus på motiverande samtal och för att bygga upp motivation till förändring. Resterande fyra veckor baserar sig på KBT. Varje del innehåller information, övningar samt skriftliga uppgifter. Uppföljning direkt efter, vid sex, 18 och 36 månader efter behandlingen. Eftersom ingen jämförande behandling gjordes på kontrollgruppen, kan inte resultatet av studien vara pålitliga. Dessutom bör internetbaserad behandling jämföras med ansikte-mot- ansikte terapi.

Carlbring, Degerman, Jonsson och Andersson (2012) skriver i sin forskning om effektiviteten av internetbaserad kognitivt beteendeterapi hos icke-deprimerade spelberoende och testade en modell för att förutse deltagarnas respons av behandlingen. 284 deltagare utgjorde en experimentgrupp med uppföljning direkt efter behandlingen samt vid sex, 18 och 36 månader efter behandlingen. Behandlingen var internetbaserad kognitiv beteendeterapi i form av åtta kapitel, varav varje kapitel behandlade ett visst tema. De olika kapitlen innehöll information och uppgifter som deltagarna skulle besvara och sedan rapportera resultatet av de besvarade uppgifterna. Dessutom krävdes det av deltagarna att publicera minst ett inlägg på diskussionsforumet utgående från ett förbestämt tema. Återkoppling gavs via e-post. Behandlingen gav goda resultat både direkt efter behandlingen och vid 36 månaders uppföljning. Dessutom var det möjligt att förutse vem som hade nytta av internetbaserad behandling, både direkt och efter behandlingen samt vid 36 månaders uppföljning. Modellen som användes vid respons förutsägelse var uppbyggd av åtta bakgrundsfaktorer. Vidare studier bör göras med spelberoende som har en dubbeldiagnos.

Castrén m.fl. (2013) undersökte effektiviteten av Peli Poikki-programmet i praktiken hos spelberoende med alkoholberoende. 471 deltagare, varav 325 män, rekryterades via Peli Poikki-programmet. Deltagarna genomgick åtta veckors noggrann planerad behandling i programmet varefter de uppföljdes vid sex och 12 månader efter behandlingen. Behandlingen genomfördes på internet i form av olika delar, individuella uppgifter samt



telefonstöd max. 30 minuter/vecka. Behandlingen hade varje vecka ett förbestämt tema. Frågeformulär skickades till och besvarades av deltagare i början, direkt efter samt vid sex och 12 månaders uppföljning efter behandlingen. Internetbaserad behandling för spelberoende visade goda resultat. Alkoholkonsumtionen minskade hos deltagare under studien. Vidare studier bör göras om för vem internetbaserad behandlingsmetod är effektiv.

Vid mätning/utvärdering av depression, ångest, spelberoende och livskvalitet visade resultaten betydlig förbättring hos deltagare som hade fått behandlingen. På grund av att deltagarna var diagnostiserade via telefonen, kan det ha äventyrat den diagnostiska tillförlitligheten, men eftersom undersökningen var utformad så att urvalet av deltagare riktar sig åt alla spelberoende, även de som inte sökte vård, kunde diagnostisering på mottagningen ha orsakat att resultatet baserar sig endast på spelberoende som söker hjälp. (Carlbring & Smit, 2008).

Carlbring och Smit (2008) påpekade också att eftersom forskningspersonalen aldrig träffade deltagarna, fanns det en risk för att deltagare med självmordsbenägenhet skulle inkluderas. Därför minskades risken med att exkludera personer som enligt MADRS (Montgomery- Asberg Depression Scale) var självmordsbenägna, men det kan eventuellt ha lett till att resultatet av forskningen baserade sig på ett sampel av spelberoende som inte har svår eller medelsvår depression. Därför blev det också oklart hur personer med svår eller medelsvår depression påverkas av internetbaserad kognitiv beteendeterapi.

Carlbring m.fl.(2012) undersökte om behandlingsresultatet påverkades av hurdant spelberoende deltagarna hade (lotto, penningspel etc.). Deltagarna blev behandlade med internetbaserad KBT. Resultatet visade ingen betydlig relation mellan spelproblemets typ och behandlingsresultat. Däremot visade de deltagare som spelade mest på casino liknande resultat vid mätning av depression. I denna undersökning deltog också personer med svår eller medelsvår depression. Resultatet visade att hos de deltagare som hade svår eller medelsvår depression, minskades ångest och depression efter behandlingen samt vid uppföljning. Dessutom förbättrades livskvaliteten mer hos de deltagare som hade svår eller mellansvår depression, jämfört med de deltagare som hade lindrigare form av depression. Ändringar i dessa faktorer är lika som Carlbring och Smit (2008) har kommit fram till hos spelberoende med lindrigare form av depression.

Carlbring m.fl. (2012) undersökte också vilka faktorer som är relaterade med hur bra deltagarna svarade på internetbaserad KBT som behandling. Sammanlagt åtta olika faktorer undersöktes: hur upplevdes arbetslivet, vilken form av spel spelade personen mest, hade personen skulder på grund av spelberoende, socialt stöd, årsinkomst, alkoholkonsumtion, förändringstillstånd och hur ofta spelandet var dissociativt, det vill säga personens medvetenhet och andra kognitiva funktioner samt verklighet förändras efter till exempel ett trauma och fungerar som en försvarsmekanism. Vid uppföljning framkom det att större konsumtion av alkohol och dissociativt spelande var relaterat till att deltagaren svarade sämre på behandlingen. Andra faktorer som visade negativ koppling med respons till behandlingen är om personen inte hade socialt stöd eller skulder på grund av spelande. Faktorer som var positivt relaterade är bland andra ett tillfredsställande arbetsliv.

I Castrén m.fl. (2013) kom det fram att män börjar spela vid betydligt yngre ålder, 20.1 år och kvinnor vid 30.6 år. Ett relativt högt antal bortfall fanns under undersökningen: 224 deltagare av 471 deltagare genomförde det åtta veckors långa behandlingsprogrammet. Efter behandlingen visade resultatet att, enligt mätning med NODS, minskade risken för PG hos deltagarna. Viljan till att spela mättes i början av undersökningen och därefter direkt efter behandlingen. Resultaten jämfördes och visade minskad vilja till att spela mellan pre och postvärden samt fortsatt minskning vid sex månaders uppföljning. Efter behandlingen ansågs deltagarna ha bättre kontroll över sitt spelande samt minskat på sin alkoholkonsumtion. I undersökningen framkom en relation mellan ålder vid påbörjande av spelande och alkoholkonsumtion: ju yngre personen hade varit då hen hade börjat spela, desto mer drack den alkohol i jämförelse med personer som hade börjat spela senare i livet. Negativa följder av spelproblem i sociala relationer visade sig minska efter behandlingen och vid uppföljningen och män rapporterade mer konsekvenser av spelproblem i sociala relationer än kvinnor. Felaktiga spelrelaterade tankesätt om spelande minskade och relationen mellan åldern vid påbörjande av spelande samt felaktiga tankesätt framkom: om spelandet påbörjades vid ung ålder var det mer sannolikt att personen hade felaktigt tankesätt relaterat till spelandet. Den använda summan för spelande per vecka minskade efter behandlingen, samma trend visades i summan som användes per spelsession och per månad.

Castrén m.fl. (2013) visar liknande resultat, i ändringar på ångest- och depressionsnivån, livskvaliteten samt spelberoende, som Carlbring och Smit (2008) samt Carlbring m.fl

(2012) har kommit fram till i sina forskningar. Utgående från några kommentarer från deltagarna, ansågs PeliPoikki- programmet vara till hjälp och deltagarna var nöjda med terapeutkontakten via telefon. Internetbaserad behandling är en metod med låg tröskel för spelberoende som själv söker hjälp, men det är viktigt att beakta och följa upp den stora andelen av bortfall i behandlingen samt följa upp förfaranden för att bekräfta att behandlingen fortgår.

## **7 Forskningsetik**

Vid genomförande av examensarbetet har forskningsetik beaktats under hela processen utgående från Helsingforsdeklarationens etiska principer för medicinsk forskning. Till exempel i nio av tolv artiklar framkommer det tydligt att den genomgått en granskning av en etisk kommitté. Det framkommer även i artiklarna att deltagande har varit frivilligt och antingen muntligt eller skriftligt samtycke har erhållits (Helsingforsdeklarationen, 2013) Materialsökning har gjorts på tillförlitliga vetenskapliga databaser och urval av forskningar har gjorts enligt noggrant genomtänkta inklusions- och exklusionskriterier samt utvärdering av forskningsresultatens reliabilitet och validitet. Vid utvärdering av forskningsartiklarna har vi beaktat att artiklarna inte motstrider anvisningar för god vetenskaplig praxis.

## **8 Hållbar utveckling**

Genom tiderna har människor spelat penningspel men det har inte varit ett lika stort problem tidigare som det är idag. I dagens samhälle finns det större möjlighet att spela och det har resulterat i att det har blivit ett allvarligt hälsoproblem runt om i världen. I Finland finns allt fler spelautomater och på internet ökar valmöjligheterna för penningspelande. Både de sociala och ekonomiska kostnaderna för DG är stora. (Castrén m.fl. 2013, s. 2). Jónsson, Hougaard och Bennedsen (2011) diskuterar att kostnadseffektiviteten av gruppterapi beror på praktiska arrangemanget av gruppterapin och om det investeras i fel saker, kan det orsaka ineffektiv behandling och bortkastade resurser. Spelberoendet skadar personens sociala, professionella och ekonomiska välbefinnande samt familjära förhållande och värderingar. Det vill säga den spelberoende utövar okontrollerade aktiviteter som orsakar skada för personen själv och sin omgivning. (Heikkilä m.fl. 2009, s. 38-39).



## 9 Diskussion

Utgående från de använda forskningarna, kan det påstås att KBT kan tillämpas i olika former som individuell- och gruppterapi samt internetbaserad behandlingsmetod. Slutsatsen är att det finns för- och nackdelar med alla dessa behandlingsformer. Det visar sig även att KBT kan kombineras med andra behandlingsmetoder, men då kan det påverka effektiviteten positivt eller negativt. Litteraturstudien diskuteras utgående från tillförlitlighet, metod och resultat.

### 9.1 Tillförlitlighet

I arbetet har tillförlitlighet beaktats genom att de valda forskningarnas sampel består av mer män än kvinnor, men eftersom en del forskning är jämförelsestudier drar det i sin tur ner på tillförlitligheten. Eftersom resultatet i forskningarna påverkas av att även kvinnor undersökts, bör det även uttalas att respons för KBT kan variera mellan individer beroende på olika livssituationer, bakgrund etc. Vissa forskning är gjorda för tio år sedan eller mer och en del sampel är snäva, det är en negativ faktor med tanke på tillförlitligheten. Med tanke på den yttre validiteten bör det tas i beaktande att de flesta valda forskning är utförda utanför Europa, vilket kan orsaka att resultatet inte kan generaliseras på grund av möjliga kulturskillnader. Nio av tolv forskning som används i studien är etiskt granskade och det nämns i forskningen. De forskning som inte är etiskt granskade, har granskats enligt kriterierna för god vetenskaplig praxis. Syftet och forskningsfrågorna har besvarats med hjälp av relevant litteratur för studien, vilket i sin tur ökar validiteten. Eftersom forskningarna är skrivna på engelska, kan eventuella misstolkningar ha uppstått vid bearbetning. Vid den systematiska litteratursökningen hittades forskning som skulle ha behövts ta med i denna studie enligt dess abstrakt, men eftersom de var avgiftsbelagda kunde de inte tas med. Det bör tas i beaktande med tanke på studiens trovärdighet.

### 9.2 Metoddiskussion

Systematisk litteraturstudie som metod för examensarbetet var bestämd i förväg, eftersom syftet med Young Euroman- projektets första fas var att kartlägga. Metoden har visat sig vara ett lämpligt verktyg för att samla relevant material samt kartlägga vad som redan finns och om det finns behov för vidare studier.

Den systematiska sökningen påbörjades med att osystematiskt söka material om unga mäns hälsa och spelberoende. Få forskningar hittades om speciellt unga män och spelberoende, därmed ändrades utgångspunkten för syftet och frågeställning från unga män till män generellt. Inklusions- och exklusionskriterier formulerades för att göra sökningen mer systematisk samt för att hitta relevanta forskningar. När syftet för studien omformulerades, påbörjades en systematisk sökning om interventioner vid spelberoende. Eftersom det visade sig att det inte har forskats tillräckligt om alternativa interventionsmetoder, beslöt det att fokusera studien på olika former av KBT. En svaghet med studien är att antalet forskningar som analyserades är få, det för att en stor del av hittade forskningar är avgiftsbelagda eller av annan orsak inte tillgängliga. En annan svaghet med studien är att den använda metoden inte är bekant och därför har mycket tid gått åt att läsa in sig på själva metoden. Styrkor med studien är att lämpligheten av forskningar har gjorts av tre granskare, nio av tolv artiklar har godkänts av en etisk kommitté samt kartläggning av forskningar påvisar att det finns få forskningar specifikt om manliga spelberoende.

### **9.3 Resultatdiskussion**

Resultatet diskuteras utgående från kategorisering av forskning som gjorts på KBT och studiens syfte. Det framkommer i forskningarna att spelberoende drabbar mer män än kvinnor och spelandet börjas i ung ålder. Vid systematisk litteratursökning framkom det även att spelberoende och dess behandling bland kvinnor undersöks mer synligt. När fenomenet är så vanligt bland män, varför undersöks kvinnor mer specifikt? I denna studie har det lyckats få med två forskningar som enbart behandlar manliga spelberoende, men för det mesta består samplen av båda könen.

När nyttan av en psykoterapeutisk behandling i olika former analyseras/utvärderas/undersöks kan resultatet bero på vilken synvinkel det ses från. Mäts effektiviteten med minskat spelande, uppfylls kriterierna för en diagnos eller antalet bortfall från behandlingen? Hur påverkas behandlingsresponsen av olika individers bakgrund, dvs. kan alla behandlingsformer tillämpas på alla spelberoende? Dessa frågor framkom under genomgång av forskningar.

Individuell KBT visar sig vara lika effektiv som gruppterapi, men enligt Oei, Raylu och Casey (2010) kan individuell KBT vara nyttigare för patienter som behöver mer tid med terapeuten och inte har så mycket nytta av kamratstödet som behandling i grupp ger

möjlighet till. I Ladouceur m.fl (2001) och Petry m.fl. (2006) framkommer det att effektiviteten av KBT syns som minskat spelande, bättre kontroll över sitt liv, bättre livskvalitet samt minskat psykiskt illamående. I forskningarna diskuteras det inte om det finns faktorer som kan göra att det inte är möjligt för patienten att delta i gruppbehandling, men utgående från egna erfarenheter kan det vara något som bör beaktas. Det framkommer i Echeburúa m.fl (2011) att schizofrena spelberoende gynnas av individuell KBT parallellt med schizofrenimedicinering, men det förblir oklart om och hur schizofrenidiagnosen påverkar valet av i vilken form KBT genomförs. Det som framkommer är att behandlingsprogrammet kan skräddarsys enligt behov, till exempel då patienten har flera olika diagnoser, vilket också Andersson (2009) påpekar.

Petry m.fl (2009) diskuterar betydelsen av motivationsökande behandling i samband med individuell KBT, och detta stöds av Oei, Raylu och Casey (2010). Forsberg och Magoulias (2006) skriver att terapeutens roll i motiverande samtal är att förstärka självförtroendet hos den beroende vid förändring. Det påpekas även (enligt Johansson och Wirbing, 2005) att det i korttidsintervention kan tillämpas motiverande samtalsstrategier för att öka effekten av att vilja förändras. Dessutom påpekar Wulfert, m.fl (2006) att motiverande samtal kan förbättra manliga spelberoendes engagemang i KBT. Det uppstår även en fråga om behandling av manliga spelberoende kan förstärkas med motivationsökande behandling med tanke på att förebygga avhopp från behandling och stödja till förändring.

Ladouceur m.fl. (2003) och Carlbring m.fl. (2010) framkommer med kostnadseffektiviteten av grupp KBT, eftersom större grupp av beroende kan behandlas samtidigt. Det gäller dock att planera praktiska arrangemang av gruppbehandlingen och använda resurserna rätt (Jónsson, Hougaard & Bennedsen, 2011). Ladouceur m.fl. (2003) påpekar även att KBT i grupp är lika effektivt som individuell KBT, men antalet avhopp från behandlingen är betydligt mindre när behandlingen ges i grupp. Jónsson, Hougaard och Bennedsen (2011) har kommit fram till samma resultat i sin forskning samt Oei, Raylu och Casey (2010) påpekar att en kombination av motiverande samtal och KBT i grupp ger effektiva resultat. Forskningsresultatet i Jimenez-Murcia m.fl. (2012) visar även att KBT i grupp är en effektiv behandlingsmetod för manliga spelberoende, men de första fem veckorna i behandlingen är kritiska för att behandlingen skall lyckas. Ladouceur m.fl. (2003) diskuterar om en kombination av KBT i grupp och individuellt skulle vara den optimala behandlingen av spelberoende.

Vården av patienter med spelberoende utvecklas med tiden men grundprinciperna blir kvar. Utgående från resultatet i Carlbring och Smit (2008), Carlbring m.fl. (2012) och Castrén m.fl. (2013), visar det sig att internetbaserad KBT är en behandlingsmetod med låg tröskel för de som själv söker hjälp men uppföljning av verkan efter behandlingen är viktig för att kunna fastställa behandlingens effektivitet i det långa loppet. Deltagarna i Castrén m.fl. (2013) undersökning om PeliPoikki- programmet ansåg att internetbaserad behandling parallellt med terapeutkontakt via telefon har hjälpt dem hantera sitt beroende. Andersson (2009) skriver att internetbaserad KBT kan tillämpas på en del patienter med spelberoende, men det finns begränsningar. Patienten bör till exempel förstå textmaterialet och kunna hantera datorer. En annan begränsning är om patienten har flera olika diagnoser och det att evidensbaserad behandling, som grundar sig på individuell terapi, inte lämpar sig för självhjälp. Andra utmaningar med internetbaserad KBT är att patienten inte nödvändigtvis har en diagnos på spelberoende och vilken tid för behandling som används, tiden som är utsatt för direkt kontakt med terapeut och de ekonomiska resurserna. Dessa begränsningar behandlas inte tydligt i de lästa forskningarna.

## 10 Slutsats

Alla tre tillämpningsformer av KBT visar goda behandlingsresultat, men vissa saker bör tas i beaktande vid val av tillämpningsform. Till exempel grupp KBT kan ses som ett kostnadseffektivt alternativ men passar inte alltid för patienter med flera diagnoser. Individuell KBT kan ses som ett bra alternativ för de patienter som vill ha direkt och mer personlig kontakt med terapeuten, medan internetbaserad KBT är ett alternativ för patienter som vill ha individuell behandling, men utan direkt kontakt. Internetbaserad KBT kräver dock att patienten har tillgång till dator och internet samt att hen förstår och kan arbeta självständigt med givna uppgifter. Dessutom kan det kräva att effektiviteten av den internetbaserade behandlingen måste bedömas i förhållande till spelberoendets allvarlighet med hjälp av en korrekt fastställd diagnos samt kartläggning av patientens bakgrund och livssituation.

Forskningar som har genomgått i studien rekommenderar vidare studier inom ämnet. Som också tidigare nämnts, kan KBT kombineras med andra behandlingsmetoder, till exempel motivationsökande behandling som även har visat goda resultat i ett mindre sampel av manliga spelberoende. Det bör dock undersökas vidare för att kunna påstå att manliga spelberoende har nytta av motivationsökande behandling som stöd i förändring av



beteendet. Det intressanta är att Gomez-Peña m.fl. (2012) som i sin undersökning har sampel som består endast av män, rekommenderar vidare studier med sampel som består av män och kvinnor. Det väcker en fråga om fenomenet spelberoende relaterat till män är mer en regel än ett undantag och därför anses det inte som ett lönsamt forskningsämne. Till exempel Castrén m.fl. (2013, s.8) påpekar att eftersom DG utvecklas med tiden, kan en ung man som upplever ensamhet, utveckla svårare form av DG om det inte behandlas i tidigt skede. Det kan ses som att professionella inom social- och hälsovården har en viktig roll i identifierande av symptom på mildare form av DG samt vid förebyggande av dess utveckling till spelberoende. Med tanke på vidare studier, skulle det vara både intressant och gynnsamt att se hur spelberoende som berör penningsspel kunde förebyggas, eftersom problemet är dyrt för både den enskilda individen och samhället.

## Källförteckning

Andersson, G. (2009). Using the Internet to provide cognitive behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 175-180.

Carlbring, P. & Smit, F. (2008). Randomized trial of internet-delivered self-help with telephone support for pathological gamblers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1-5.

Carlbring, P., Jonsson, J., Josephson, H. & Forsberg, L. (2009). Motivational Interviewing versus cognitive behavioural Group Therapy in the Treatment of problem and Pathological Gambling: A Randomized Controlled Trial. *Cognitive behaviour Therapy*, 39 (2),92-103.

Carlbring, P., Degerman, N., Jonsson, J. & Andersson, G. (2012). Internet-Based Treatment of Pathological Gambling with a Three-Year Follow-Up. *Cognitive Behavior Therapy*, 41(4), 321-334.

Castrén, S. (2013). Virtuaalituki rahapeliongelmissa: nykytilanne Suomesa ja tulevaisuuden kehityssuunnat. *Duodecim*, 129, 1773-1777.

Castrén, S., Basnet, S., Salonen, A., Pankakoski, M., Ronkainen, J.E., Alho, H. & Lahti, T. (2013). Factors associated with disordered gambling in Finland. *Substance abuse treatment, Prevention and Policy*, 24(8), 1-13.

Castrén, S., Pankakoski, M., Tamminen, M., Lipsanen, J., Ladouceur, R. & Lahti, T. (2013). Internet-based CBT intervention for gamblers in Finland: Experiences from the field. *Scandinavian Journal of Psychology* (54), 230-235.

Coughlan, M., Cronin, P. & Ryan, F. (2013). *Doing a Literature Review in Nursing, Health and Social Care*. Sage Publications: London.

Crisp, B.R., Thomas, S.A., Jackson, A.C., Smith, S., Borrell, J., Ho, W., Holt, T.A. & Thomason, N. (2004). Not the Same: A Comparison of Female and Male Clients Seeking Treatment from Problem Gambling Counselling Services. *Journal of Gambling Studies*, 20 (3), 283-299.

Echeburúa, E., Gómez, M. & Freixa, M. (2011). Cognitive-behavioral treatment of pathological gambling in individuals with chronic schizophrenia: A pilot study. *Behavior Research and Therapy*, 49, 808-814.

Forsberg, L. & Magoulias, E. (2006). Alkohol-, drog- och spelberoende. Ingår i: L.-G., Öst (red.), *Kognitiv beteendeterapi inom psykiatrin* (245-260). Stockholm: Natur & Kultur.

Gómez-Pena, M., Penelo, E., Granero, R., Fernández-Aranda F., Álvarez-Moya, E., Santamaria, J.J., Morages, L., Aymami, M.N., Gunnard, K., Menchón J.M. & Jimenez-Murcia, S. (2012). Correlates of Motivation to Change in Pathological Gamblers Completing Cognitive-behavioural Group Therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 68 (7), 732-744.

Grant, J. E. & Kim, S. W. (2003). Comorbidity of impulse control disorders in pathological gamblers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 203-207.

Heikkilä, J., Laine, J. & Salokoski, T. (2009). *Rahapelien haitta-arviointi* (rapport nr 18). Helsinki: THL.

Helsingforsdeklarationens etiska principer för medicinsk forskning (2013). <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>

Jimenez-Murcia, S., Aymami, N., Gómez-Pena M., Santamaria, J.J., Álvarez-Moya, E., Fernández-Aranda, F., Granero, R., Penelo, E., Bueno, B., Moragas, L., Gunnard, K. & Menchón J.M. (2012). Does exposure and response prevention improve the result of group cognitive-behavioural therapy for male slot machine pathological gamblers. *British Journal of clinical Psychology*, 51, 54-71.

Johansson, A., Grant, J.E., Won Kim, S., Odlaug, B.L. & Götestam, K.G. (2009). Risk factors for problematic gambling: a critical literature review. *Journal of gambling studies*, 25, 67-92.

Jónsson, H., Hougaard, E. & Bennedsen, B.E. (2011). Randomized comparative study of group versus individual cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 123, 387-397.

- Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., Lachance, S., Doucet, C., Leblond, J. & Jacques C. (2001). Cognitive Treatment of Pathological Gambling. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189 (11), 774-780.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., Lachance, S., Doucet, C., Leblond, J. (2002). Group therapy for pathological gamblers: a cognitive approach. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 587-596.
- Lahti, T., Halme, J., Pankakoski, M., Sinclair, D. & Alho, H. (2012). Characteristics of treatment seeking Finnish pathological gamblers: Baseline data from a treatment study. *International Journal of Mental Health and Addiction*, (11), 307-314.
- Larimer, M.E., Neighbors, C., Lostutter, T. W. Whiteside, U., Crouce, J.M., Kaysen, D. & Walker, D.D. (2011). Brief motivational feedback and cognitive behavioural interventions for prevention of disordered gambling: a randomized clinical trial. *Society for the Study of Addiction*, 107, 1148-1158.
- Lyk-Jensen, S.V. (2010). New evidence from the gray area: Danish results for at-risk gambling. *Journal of gambling studies*, 26, 455-467.
- Nathan, P. (2003). The Role of Natural Recovery in Alcoholism and Pathological Gambling. *Journal of Gambling Studies*, 19 (3), 279-286.
- Nelson, S.E., LaPlante, D.A., LaBrie, R.A. & Shaffe, H.J. (2006). The proxy Effect: Gender and gambling problem trajectories of iowa gambling treatment program participants. *Journal of gambling studies*, 22, 221-240.
- Oei, T.P.S., Raylu, N. & Casey, L.M. (2010). Effectiveness of Group and Individual Formats of a Combined Motivational Interviewing and Cognitive Behavioral Treatment Program for Problem Gambling: A Randomized Controlled Trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38, 233-238.
- Palmkron Ragnar, Å. (2012). *Kognitiv beteendeterapi, komma på bättre tankar*. Lund: Grahns tryckeri AB.

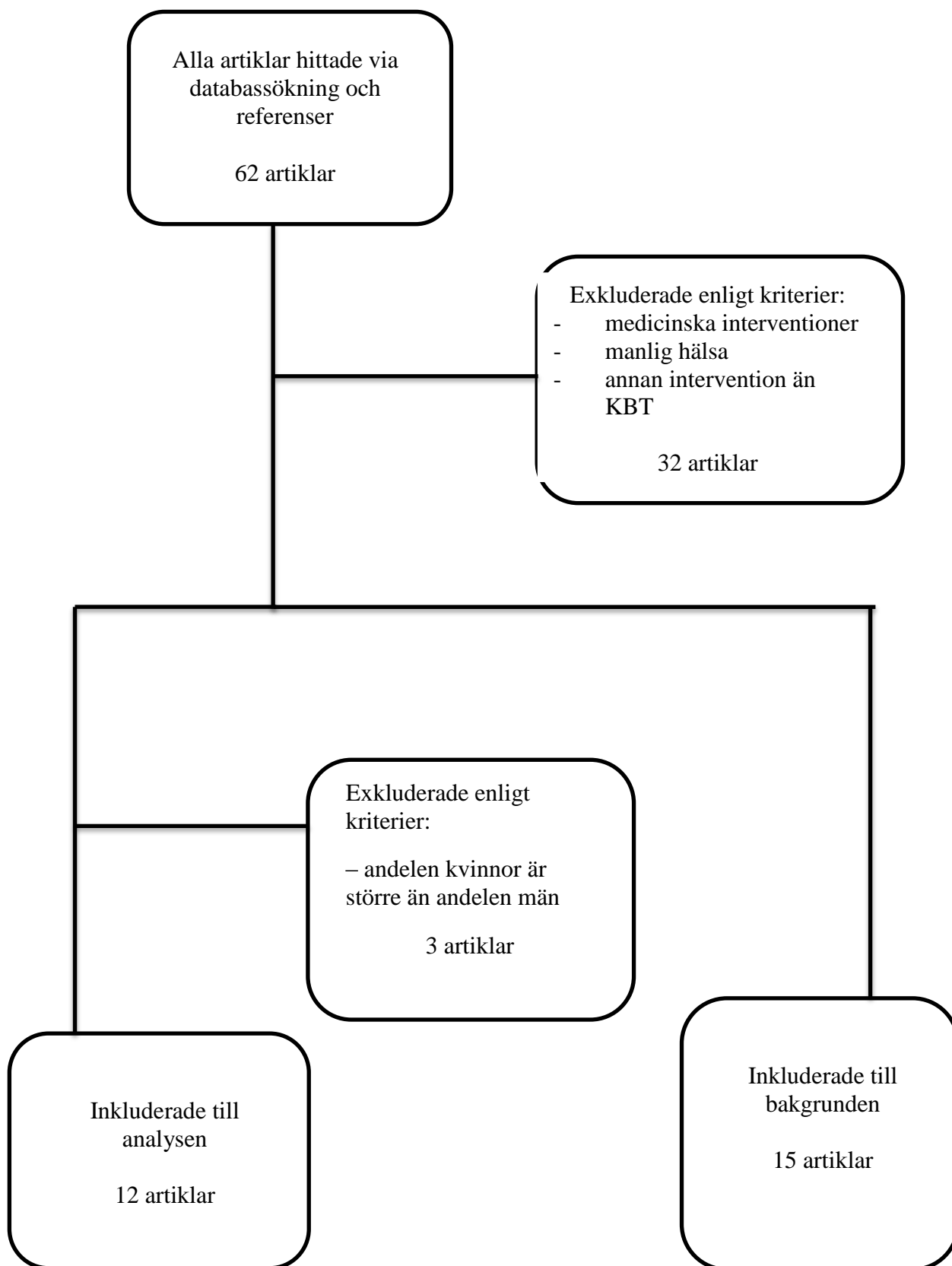
- Petry N. M., Ammerman, Y., Bohl, J., Doersch, A., Gay, H., Kadden, R., Molina, C. & Steinberg, K. (2006). Cognitive-behavioural Therapy for Pathological Gamblers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(3), 555-567
- Petry, N., Weinstock, J., Morasco, B.J. & Ledgerwood, D.M. (2009). Brief motivational interventions for college student problem gamblers. *Addiction, 104*(9), 1569–1578.
- Potenza, M.N., Maciejewski, P.K. & Mazure, C.M. (2006). A gender-based examination of past-year recreational gamblers. *Journal of gambling studies 22* (1), 41-64.
- Rodgers, B., Caldwell, T. & Butterworth, P. (2009). Measuring gambling participation. *Society for the study of addiction, 104*, 1065-1069.
- Stuhlmiller, C. & Tolchard, B. (2009) Computer-Assisted CBT for Depression & Anxiety - Increasing Accessibility to Evidence-Based Mental Health Treatment. *Journal of psychosocial nursing, 47* (7), 32-39.
- Winters, K.C. & Kushner, M.G. (2003). Treatment Issues Pertaining to Pathological Gamblers with a Comorbid Disorder. *Journal of Gambling Studies, 19* (3), 261-277.
- Wulfert, E., Blanchard, E.B., Freidenberg, B.M. & Martell, R.S. (2006). Retaining Pathological Gamblers in Cognitive Behavior Therapy Through Motivational Enhancement. *Behavior Modification, 30* (3), 315-340.

## Bilaga 1

### ORDLISTA

DG	: Disordered Gambling
DSM-IV	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSM-IV-TR	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, “text version”
EG	: Experimentell grupp
ICD-10	: International Classification of Diseases
IKBT	: Internetbaserad Kognitiv Beteendeterapi
KBT	: Kognitiv Beteendeterapi
KBGT	: Kognitiv Beteende Gruppterapi
KG	: Kontrollgrupp
MET	: Motivationsökande Terapi
MI	: Motiverande Samtal
NODS	: National Opinion Research Center DSM Screen For Gambling Problems
PG	: Pathological Gambling
PGSI	: Gambling Severity Index
PP	: PeliPoikki programmet
SCL-90-R	: Symptom Checklist-90-Revised
SOGS	: South Oaks Gambling Screen
URICA	: University of Rhode Island Change Assessment Scale

## Bilaga 2



Figur 1. Schematisering av artikelurvalsprocessen.