

Bilaga 3. Kunskapsunderlag med metodbeskrivning – Behandling av spelmissbruk och spelberoende

Behandling av spelmissbruk och spelberoende.
Kunskapsstöd med nationella rekommendationer
till hälso- och sjukvården och socialtjänsten

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Inledning

I den här bilagan redovisar Socialstyrelsens kunskapsunderlag till de sex rekommendationerna som finns i *Behandling av spelmissbruk och spelberoende. Kunskapsstöd med nationella rekommendationer till hälso- och sjukvården och socialtjänsten*. Kunskapsunderlaget utgörs av SBU:s systemtiska litteraturoversikt *Spel om pengar. Behandling med psykologiska metoder eller läkemedel vid beroende eller problemspelande* och konsensuspanelens bedömning av behandlingsåtgärders nytta för patienter och klienter. Konsensuspanelen har förutom SBU:s studie även som underlag haft den vetenskapliga litteratur som sammanställts av experter i projektgruppen.

Myndigheten har för nästan alla områden som ingår i kunskapsstödet bedömt att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att kunna dra slutsatser om effekterna av behandlingsåtgärderna. Därför inhämtades klinisk och praktisk erfarenhet hos behandlare i ett strukturerat konsensusförfarande som underlag för rekommendationerna och kunskapsstödet.

I metodkapitlet beskriver Socialstyrelsen hur kunskapsstödet med rekommendationer tagits fram. I det följande kapitlet beskrivs kunskapsunderlagen som myndigheten har använt i arbetet med att ta fram kunskapsstödet om behandling vid missbruk eller beroende av spel om pengar. Där ingår även ett avsnitt som beskriver samhällsekonomiska konsekvenser av spelproblem, spelmissbruk eller spelberoende.

Innehåll

| | |
|---|----|
| Inledning..... | 3 |
| Metodbeskrivning..... | 7 |
| Förstudie | 7 |
| Genomförande och arbetsgrupper..... | 7 |
| Kunskapsunderlaget till kunskapsstödet för spelmissbruk och spelberoende..... | 10 |
| SBU:s systematiska litteraturöversikt om behandlingseffekt | 10 |
| Socialstyrelsens litteraturgenomgång om insatser för att upptäcka, stödja och behandla..... | 11 |
| Behandlares erfarenheter..... | 29 |
| Ekonomiska konsekvenser | 34 |
| Referenser | 37 |

Metodbeskrivning

Det här kapitlet beskriver hur kunskapsstödetets områden, kunskapsunderlag och rekommendationer har utarbetats. Centrala för framtagandet har varit en kartläggande förstudie, SBU:s systematiska litteraturöversikt om behandlingsmetoders effekter, den konsensuspanel bestående av behandlare som bidragit med erfarenhetsbaserad kunskap, samt de två expertgrupper som bistått Socialstyrelsen i arbetet. Tillvägångssätten beskrivs närmare nedan.

Förstudie

Framtagningen av kunskapsstödet inleddes 2016 med en förstudie som bestod av flera delar. En del utgjordes av en kartläggning av området ifråga om spelproblem och stöd- och vårdprocesser, som genomfördes av Socialstyrelsen. Syftet var att ge underlag till kunskapsstödet innehåll och utformning genom omvärldsanalys och målgruppsanalys, samt inventering av befintliga kunskapsstöd för området. Informationskällor som användes var:

- litteratursökning
- deltagande vid konferenser
- studiebesök
- referensgrupp med experter
- fokusgrupp med behandlare
- intervjuer med spelberoendeföreningar
- intervjuer medyrkesföreträdare: behandlare och budget och skuldrådgivare
- möten med representanter från myndigheter (Folkhälsomyndigheten och Kriminalvården)
- möten med Sveriges Kommuner och Landsting.

Utöver Socialstyrelsens kartläggning gjordes en sammanställning om utredning och behandling av spelproblem av Centrum för psykiatriforskning (CPF), som drivs av Stockholms läns landsting och Karolinska Institutet. Under samma period tog SBU fram ett underlag åt Socialstyrelsen inom sin serie SBU Bereder, i form av en systematisk litteraturöversikt av behandlingsåtgärder vid problemspelande och spelberoende. Resultaten från förstudien finns publicerade på Kunskapsguidens webbsidor (kunskapsguiden.se) och har utgjort viktiga underlag vid framtagandet av kunskapsstödet.

I det fortsatta arbetet har Socialstyrelsen haft nära samarbete med de externa experter som ingått i arbetsgruppen. Samarbete har ägt rum även med Folkhälsomyndigheten, särskilt vid framtagandet av det material som gemensamt publicerats på Kunskapsguiden.se.

Genomförande och arbetsgrupper

Kunskapsstödet har tagits fram med hjälp av två olika expertgrupper, en arbetsgrupp för sammanställning av vetenskaplig kunskap vars deltagare ingått

i projektgruppen, och en rekommendationsgrupp (för information om deltagare, se kunskapsstödet bilaga 1 Projektorganisation). Kunskap i form av erfarenhet har inhämtats från en konsensuspanel bestående av behandlingsutövare från socialtjänsten, den specialiserade hälso- och sjukvården samt primärvården. Erfarenhetsbaserad kunskap avser här kunskap om de aktuella åtgärdernas nytta för brukare och patienter med spelproblem, spelmissbruk och spelberoende. Grupperna och genomförandet beskrivs i de följande avsnitten.

Den vetenskapliga arbetsgruppens arbete

Gruppen av vetenskapliga experter har tillsammans med Socialstyrelsens medarbetare utgjort projektgruppen för kunskapsstödet. Projektgruppen identifierade följande områden som viktiga att belysa och om möjligt ge rekommendationer om, inom ramen för kunskapsstödet:

- instrument för upptäckt och bedömning av spelproblem, spelmissbruk eller spelberoende
- psykologiska och psykosociala behandlingsmetoder för personer med spelproblem, spelmissbruk eller spelberoende
- psykologiska och psykosociala behandlingsmetoder för personer med spelproblem, spelmissbruk eller spelberoende, med en samtidig samsjuklighet (substansmissbruk eller annan psykiatrisk diagnos)
- involverande av anhöriga och andra närstående i behandlingen
- läkemedelsbehandling.

Projektgruppen har även ansvarat för framtagande av frågeställningar till litteratursökningar, litteraturgenomgång och deskriptiv sammanställning av resultaten, utformning av enkätpåståenden till konsensuspanelen, samt formulering av förslag på rekommendationer till rekommendationsgruppen.

Litteraturgenomgång

Litteratursökningar genomfördes av myndighetens informationsspecialist tillsammans med experterna i syfte att kartlägga områden som inte ingick i SBU:s systematiska litteraturoversikt och för att fånga primärstudier som eventuellt tillkommit sedan SBU genomförde sina litteratursökningar. Experterna gjorde en deskriptiv sammanställning av den litteratur som bedömdes som relevant. Sammanställningen redovisas i kapitlet *Kunskapsunderlaget till kunskapsstödet för spelmissbruk och spelberoende*.

Inhämtande av erfarenhetsbaserad kunskap

Ett trettiotal behandlare av spelmissbruk och spelberoende från socialtjänsten, den specialiserade hälso- och sjukvården samt primärvården tillfrågades om deltagande i konsensuspanelen, varav 27 accepterade att delta. Panelen tog i två enkätomgångar ställning till påståenden om nyttan av olika insatser/åtgärder för de aktuella patient- och klientgrupperna. Paneldeltagarna gjorde individuella bedömningar utifrån sina erfarenheter av kliniskt och praktiskt arbete med de patient- och klientgrupperna. Som stöd fick deltagarna ta del av SBU:s systematiska litteraturoversikt [1] och den deskriptiva

sammanställning av vetenskapliga publikationer som experterna i arbetsgruppen tagit fram. Konsensus om nyttan med en insats eller åtgärd har bedömts föreligga i de fall då majoriteten av deltagarna i konsensuspanelen instämt i patient- och klientnyttan. För enkätpåståenden, tillvägagångssätt och resultat, se kapitlet Kunskapsunderlaget till kunskapsstödet för spelmissbruk och spelberoende/Behandlares erfarenheter.

Rekommendationsgruppens arbete

Rekommendationsgruppen har bestått av sakkunniga från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten med erfarenhet av att behandla personer med spelmissbruk eller spelberoende, där några även haft forskningsbakgrund.

Rekommendationsgruppens uppgift har varit att utifrån kunskapsunderlaget om åtgärdernas nytta för patienter eller klienter ta ställning till de förslag om rekommendationer som projektgruppen formulerat. Kunskapsunderlaget utgjordes av SBU:s systematiska litteraturöversikt, konsensuspanelens enkätresultat, samt den sammanställning av vetenskapliga publikationer som de vetenskapliga experterna i arbetsgruppen tagit fram.

Gruppen enades genom diskussioner om rekommendationerna och deras styrka samt motiveringarna till dessa. Vid diskussionerna beaktades om de eventuella oönskade effekter som en åtgärd kan medföra, inklusive praktiska konsekvenser såsom påverkan på möjligheten att arbeta, kunde bedömas vara acceptabla för de flesta personer med ett spelmissbruk eller ett spelberoende, i förhållande till de förväntade önskade effekterna.

Kunskapsunderlaget till kunskapsstödet för spelmissbruk och spelberoende

I följande kapitel beskrivs kunskapsunderlaget som Socialstyrelsen har haft i arbetet med att ta fram kunskapsstödet om behandling vid missbruk eller beroende av spel om pengar.

Dessa källor redovisas nedan och är följande: SBU:s systematiska litteraturoversikt om behandlingseffekt, kartläggning av litteratur om insatser för att upptäcka, stödja och behandla samt konsensuspanelens erfarenheter av behandlingsåtgärder.

Kapitlet avslutas med ett avsnitt om ekonomiska konsekvenser av spelproblem, spelmissbruk eller spelberoende och ett räkneexempel på kostnader för att erbjuda kognitiv beteendeterapi (KBT).

Det vetenskapliga underlaget för området är generellt begränsat och relativt nytt. Effekterna av behandlingsåtgärder vid spelmissbruk och spelberoende av pengar är i stor utstäckning begränsade och underlaget otillräckligt och behandlingserfarenheter finns hos ett begränsat antal behandlare i landet (både inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten). Detta gör att rekommendationerna som föreslås i kunskapsstödet kan komma att behöva revideras i takt med att resultat från forskningsstudier publiceras och att fler verksamheter både inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuder behandling och därmed får ökad erfarenhet av nyttan med olika behandlingsåtgärder.

SBU:s systematiska litteraturoversikt om behandlingseffekt

SBU har genomfört en systematisk litteraturoversikt för att utvärdera effekter av psykologiska och farmakologiska metoder för att behandla beroende av spel om pengar. Resultatet av deras arbete presenteras i rapporten: *Spel om pengar – Behandling med psykologiska metoder eller läkemedel vid beroende eller problemspelande* [1]. Resultatet av SBU:s systematiska litteraturoversikt sammanfattas nedan och återkommer även i kommande avsnitt (Socialstyrelsens litteraturgenomgång) om psykologiska och psykosociala behandlingsmetoder samt kunskapsläget för farmakologisk behandling.

I översikten har manualbaserade psykologiska metoder och kort rådgivning inkluderats. När det gäller den farmakologiska behandlingen inkluderades studier med läkemedel som används vid; andra beroendediagnoser, antidepressiva, stämningsreglerande, anti-epileptiska och antipsykotiska substanser. Effekterna av behandlingarna eller åtgärderna som studerats var: antal dagar med spelande, total spelinsats, svårighetsgrad av spelproblem och tillfrisknande.

För de inkluderade psykologiska behandlingarna som studerades förbättrades oftast studiedeltagarna över tid oavsett om de fick någon behandling eller stod på väntelista. Åtgärden skriftlig självhjälp och kort rådgivning har begränsat vetenskapligt stöd för att inte ha kliniskt relevant effekt på antal dagar med spelande eller satsade belopp. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt även för att bedöma effekten av skriftlig självhjälp och kort rådgivning på skattade svårighetsgrad eller tillfrisknande [1].

Motiverande samtal (MI), Motivational Enhancement Therapy (MET) och personanpassad normerad återkoppling (PNF) har måttligt starkt stöd för att inte ha kliniskt relevant effekt på antal dagar med spelande, satsade belopp k eller skattade svårighetsgrad i jämförelse med personer på väntelista eller som fått sedvanlig handläggning (bedömningssamtal, kort rådgivning). Inte heller kunde MI, MET eller PNF visa en bättre effekt på tillfrisknande än väntelista eller sedvanlig handläggning [1].

Kognitiv beteendeterapi (KBT) utan hänsyn till förmedlingssätt, har begränsat vetenskapligt stöd för att ha effekt på skattad svårighetsgrad i jämförelse med kontrollinsatser. Det går dock inte att bedöma effekten av KBT på antal speldagar, satsade belopp eller tillfrisknande då det vetenskapliga underlaget var otillräckligt.

Kombinationsbehandlingen av KBT och MET eller mindfulness har möjligen en måttlig effekt på skattad svårighetsgrad jämfört med kontrollinsats. Däremot går det inte att bedöma effekten av kombinationen på antal dagar med spelande, satsade belopp eller tillfrisknande då det vetenskapliga underlaget var otillräckligt [1].

Det vetenskapliga underlaget för att bedöma om interventioner riktade till en spelares partner kan påverka spelbeteendet var otillräckligt.

Inga av studierna som ingick i SBU:s granskning visade att en kombination av flera insatser gav större effekt på spelbeteenden än enstaka insatser.

Resultatet av den systematiska litteraturgenomgången för studier om effekter av farmakologisk behandling var otillräckligt för samtliga läkemedel som ingick i granskningen som naltrexon, amantadin, baklofen, bupropion SR, nalmefen, olanzapin, paroxetin och valproat samt litium. Ytterligare forskning behövs för att kunna studera effekter av farmakologisk behandling vid spelberoende [1].

Socialstyrelsens litteraturgenomgång om insatser för att upptäcka, stödja och behandla

I följande avsnitt redovisas resultatet av den litteraturgenomgång av vetenskapliga studier som gjordes inledningsvis i arbetet med kunskapsstödet. Avsnitten är uppdelade utifrån de områden som bedömdes som relevanta behandlingsåtgärder vid spelmissbruk och spelberoende av pengar.

Screenings- och bedömningsinstrument

Identifiering av spelproblem

Screening i hälso- och sjukvården och socialtjänsten innebär att testa om en person har ett problem, eller inte. Screening sker vanligtvis genom korta frågeformulär som personen själv fyller i, och genererar sammanfattande poäng som tolkas utifrån utvecklarens anvisningar samt befintlig forskning om frågeformuläret. Screening är ett snabbt men relativt trubbigt sätt för behandlare att få information om det finns ett tillstånd hos personen som behöver förändras eller behandlas för att uppnå bättre hälsa och förebygga utvecklingen av ytterligare problem som följer av tillståndet. Screening utgör inte underlag för en diagnos utan indikerar sannolikheten för att en diagnos skulle kunna fastställas genom en strukturerad personlig intervju.

En utmaning med screeninginstrument är att korrekt identifiera sanna positiva fall (personer som identifierats med problemet och faktiskt har det) samt sanna negativa fall (personer som inte identifierats och som faktiskt inte heller har problemet). Psykometriska utvärderingar visar hur väl screeninginstrument sållar fram de som har problemet och sållar bort dem som inte har problemet. Oftast fastställs ett instruments *validitet* genom parallell diagnostik med hjälp av en strukturerad personlig intervju. *Reliabiliteten* fastställs genom statistisk analys av instrumentets inre konsistens (d v s att frågorna handlar konsekvent om samma tillstånd) eller återkommande tester med till exempel 1–2 veckors mellanrum (test-retest reliabilitet). Det övergripande målet med screening och diagnostik är att underlätta för behandlaren att förstå vad klienten eller patienten behöver för att snabbare och kanske lättare ändra det beteende som vållar de problem som ligger till grund för screeningen eller diagnosen [2]. För spelproblem finns flera olika screeninginstrument som utvecklats internationellt. Även om det inte finns svenska normer för något av instrumenten har flera använts under en längre tid i såväl befolkningsundersökningar som i kliniska studier samt i reguljär verksamhet inom beroendevården i Sverige. Instrumenten skiljer sig i längd, huvudsakligt användningsområde och förmåga att identifiera personer med spelproblem. De listas nedan i tre grupper:

- för befolkningsstudier
- för kliniska och praktiska vård- och behandlingssammanhang
- korta instrument, som del av mer omfattande bedömningsinstrument, som omfattar även andra problem än spel.

Eftersom samsjukligheten är hög bland personer med spelproblem kan det vara viktigt att i samband med frågor om spelproblem även ställa frågor om andra beteenden som alkohol- och drogbruk och psykisk ohälsa samt om andra livsomständigheter.

Instrument som använts mest i befolkningsstudier

För befolkningsstudier finns fyra instrument som används mest frekvent och som beskrivs utifrån dess akronymer: NODS, PGSI, SOGS-R och PPGM, med mellan 9 och 20 frågor. Dessa beskrivs kort nedan. Det är viktigt att notera att hur frågeformulären används påverkar utfallet. Om frågeformulären

används tillsammans med andra formulär om den psykosociala hälsan har det visat sig att färre uppfyller kriterierna för spelproblem än om man bara frågar om spelproblem [3]. Svaren kan också skilja sig åt om formulären fylls i av personen själv (det vanliga förfarandet) eller om frågorna ställs av en behandlare.

National Opinion Research Center DSM-IV Screen for Gambling (NODS)

NODS [4] består av 17 frågor och mäter graden av spelproblem utifrån kategorierna riskabla spelvanor, spelproblem samt spelberoende, med tidsrymden livstid samt under det senaste året. På svenska finns också en version för att mäta spel under de senaste 30 dagarna [5]. NODS har internationellt använts både i befolkningsstudier och i kliniska studier, men i Sverige har det framför allt använts i kliniska sammanhang och studier. NODS baseras på DSM-IV och överensstämmer inte helt med DSM-5. NODS har fått kritik för att inte upptäcka alla med spelproblem (lägre andel sanna positiva fall), men är bra på att utesluta personer som inte är problemspelare (bättre träffsäkerhet på sanna negativa fall), till skillnad från PGSI och SOGS-R.

Problem Gambling Severity Index (PGSI)

PGSI [6] består av 9 frågor och mäter förekomsten av spelproblem utifrån kategorierna viss risk för spelproblem, förhöjd risk för spelproblem och spelproblem under det senaste året. PGSI utvecklades för att ta större hänsyn till sociala konsekvenser än vad till exempel NODS och SOGS gör. PGSI har använts i den svenska befolkningsstudien Swelogs för att undersöka förekomsten av spelproblem i befolkningen [7]. PGSI bör användas mer restriktivt i kliniska sammanhang som indikation på eventuell diagnos om hasardspelsyndrom. PGSI har kritiserats för att överskatta förekomsten av spelproblem genom att ha ett för lågt tröskelvärde (lägre andel sanna positiva fall).

South Oaks Gambling Screen-Revised (SOGS-R)

SOGS-R [8] består av 20 frågor och mäter förekomsten av spelproblem utifrån kategorierna problemspel och troligen patologisk spelare. Tidsrymden omfattar personens livstid samt det senaste året. SOGS-R är utvärderat för att användas i befolkningsstudier och bör användas mer restriktivt i kliniska sammanhang för att ställa diagnos. SOGS-R bygger på kriterier från DSM-III, vilket innebär att frågorna inte är anpassade efter DSM-5 kriterierna för diagnos om hasardspelsyndrom. SOGS-R har i flera studier fått kritik för att överskatta förekomsten av spelproblem genom att ha ett för lågt tröskelvärde (lägre andel sanna positiva fall).

Problem and Pathological Gambling Measure (PPGM)

PPGM [3] består av 14 frågor och mäter graden av spelproblem utifrån kategorierna riskspelare, patologisk spelare och problemspelare, där mätningen gäller senaste året. PPGM har använts i några befolkningsstudier och har visat sig ha hög precision både i förmågan att identifiera personer med spelproblem och att utesluta personer utan spelproblem (hög andel sanna positiva och negativa fall). PPGM lägger större vikt vid de konsekvenser spelandet

har fått för närstående, än vad NODS, PGSI och SOGS-R gör. PPGM finns översatt till svenska, men har inte använts i någon svensk studie.

Instrument för vård- och behandlingssammanhang

Speldagbok för självmonitorering

Timeline Followback for Gambling (TLFB-G) eller *speldagbok* är exempel på instrument för självmonitorering. Det finns ett växande forskningsunderlag som pekar på att självmonitorering av ohälsosamma beteenden bidrar till sannolikheten att man ändrar sitt beteende [9]. Självmonitorering, dvs att följa sitt eget beteende, bidrar till att få överblick över själva spelandet. En speldagbok består ofta av en kalender där klienten eller patienten får fylla i vilka dagar och hur mycket han eller hon har spelat för [10]. Man kan välja olika fokus för beteendet som mäts i en speldagbok. I ett forskningssammanhang rekommenderas att personen anger förlorade summor snarare än satsade summor, alternativt förlorade summor i relation till disponibel inkomst, för att undvika möjliga felkällor [11]. TLFB-G är ett flexibelt instrument, som också användas för att klienten eller patienten ange alkoholkonsumtion, hur mycket pengar som var avsett för spelet, typ av spel och tid nedlagt på spel.

Korta frågeformulär

Korta formulär med två till fyra frågor kan användas i samband med mer omfattande formulär om olika typer av problematik. Frågorna i de korta formulärens är tagna från de längre frågeformulärens. Syftet med dessa korta formulär är, att en enda fråga med positivt svar ska kunna indikera ett möjligt spelproblem. I sådana fall bör en mer omfattande kartläggning ske, med längre formulär alternativt strukturerad intervju. Andelen sanna positiva fall är lägre med korta screeninginstrument (andelen personer med spelproblem överskattas), samtidigt som andelen sanna negativa fall är också lägre, dvs att personer som faktiskt har spelproblem inte upptäcks. Följande tre korta frågeformulär finns översatta till svenska.

NODS-PERC

NODS-PERC består av fyra frågor från NODS, där fokus är på DSM-IV-kriterierna upptagenhet, flykt, att jaga förluster och sociala konsekvenser. NODS-PERC har visat positiva resultat vad gäller att upptäcka spelproblem och att korrekt identifiera personer med spelproblem (hög andel sanna positiva fall). NODS-PERC har använts i en svensk studie för att upptäcka spelproblem bland patienter inom primärvården [12] samt i en svensk studie för att upptäcka spelproblem bland klienter inom socialtjänsten [13].

NODS-CLiP

NODS-CLiP består av tre frågor från NODS, där frågorna om upptagenhet, misslyckade försök att sluta och lögner för familj och vänner tagits med. Vid en jämförelse med NODS-PERC och klinikerskattningar som utgick från DSM-IV visade sig att förekomsten av spelproblem överskattas med NODS-CLiP jämfört med NODS-PERC [14].

Lie/Bet questionnaire

Lie/Bet questionnaire [15] består av två frågor som bygger på två DSM-kriterier: *lögner* om spelandets omfattning för vänner och familj samt ett behov av ökade *insatser* för att nå samma tillfredsställelse. Lie/Bet överskattar i allmänhet förekomsten av spelproblem (d v s att den ger lägre andel av sanna positiva fall).

Spelfrågor i andra bedömningsinstrument

I verksamheter där det redan pågår identifiering och kartläggning av substansmissbruk och andra psykosociala problem kan korta frågor om spel läggas till befintliga bedömningsverktyg, för att få med identifiering av spelproblem i befintliga rutiner. För Addiction Severity Index (ASI) [16] har det tagits fram en modul med frågor om spel som finns på socialstyrelsens webbplats. I övrigt kan frågor om spelande läggas till DOK, som bland annat används inom Statens institutionsstyrelse och FIA (Förutsättningar Inför Arbete), som används av socialtjänsten i arbetet med långvariga mottagare av ekonomiskt bistånd.

Att ge återkoppling om resultat från screeninginstrument

Syftet med screeninginstrument är dels att identifiera ett befintligt problem, dels att bidra till beteendeförändring hos klienten eller patienten. Återkopplingen om utfallet bör förmedlas på ett sätt som är förenligt med motiverande samtal (MI), som är respektfullt, icke-dömande och icke-konfrontativt. Att erkänna spelproblem, för sig själv och för en annan person, kan vara förenat med skuld- och skamkänslor och ett förhållningssätt som präglas av medkänsla och strävan efter samarbete med klienten eller patienten kan vara en förutsättning för att förändringstankar och samtal om problemen ska kunna bli möjliga.

För en del personer kan det vara första gången de pratar om sitt spelande och sina spelproblem, medan för andra kan samtalet försvåras av att tidigare möten om spel och spelproblem har varit präglade av konflikt och förnekanden.

Sammanfattning

Flera screenings- och bedömningsinstrument används internationellt för att identifiera graden av spelproblem, men få har översatts till svenska. Formulären PGSI och SOGS-R har i första hand utvecklats för att mäta graden av spelproblem i befolkningen. NODS bygger på de gamla DSM-IV-kriterierna för spelmani och har utvecklats för ett kliniskt sammanhang. Kortformulären NODS-PERC, NODS-CLiP, och Lie/Bet kan användas för att identifiera spelproblem när det är viktigt att begränsa antalet frågor. Screeninginstrumenten kan generellt fungera som ett stöd för att identifiera spelproblem och för att inleda ett samtal med klienten eller patienten om problemen och möjliga vägar till förändring. Instrumenten sammanfattas i tabellen nedan.

Tabell 1. Aktuella screeninginstrument på svenska.

| Namn | Typ | Beskrivning |
|------------------------|------------------------------------|--|
| NODS [4] | DSM-IV-kriterier | 17 ja/nej-frågor med maxpoäng 10. 0 = inga spelproblem, 1–2 = riskabla spelvanor, 2–4 = problemspelare, 5–10 = spelberoende. Test-retest-reliabilitet: 0,98[17] Cronbachs alfa: 0,88[18]; 0,79[19] |
| PGSI[20] | Förekomst i befolkningen | 9 frågor med 4 svarsalternativ med maxpoäng 27. 0 = ej spelproblem, 1–2 = viss risk, 3–7 = moderat risk, 8–27 = spelproblem. Test-retest-reliabilitet: 0,78[20] Cronbachs alfa: 0,84[20]; 0,90[21] |
| SOGS/SOGS-R[22] | DSM-III-kriterier | 20 ja/nej-frågor. 0–2 = inga spelproblem, 3–4 = spelproblem, 5–20 = spelberoende. Test-retest-reliabilitet: $r = 0,71-0,74$ [22] Cronbachs alfa: 0,97[22]; 0,93[18]; 0,78[23] |
| PPGM[24] | Förekomst i befolkningen | 14 ja/nej-frågor. 0 = rekreationsspelare, 1 = riskspelare, 2–4 = spelproblem, 5–14 = spelberoende. Test-retest-reliabilitet: 0,78[24] Cronbachs alfa: 0,81[24]; 89-92[25] |
| Speldagbok[26] | Spelbeteende | Tid nedlagt, typ av spel, pengar satsat, alkoholkonsumtion och pengar förlorat på spelande noteras i dagbok. Test-retest-reliabilitet: 0,73–0,96[26] Cronbachs alfa: – |
| NODS-ClIP[27] | Upptäcka (screena för) spelproblem | Tre frågor tagna från NODS. Vid minst ett jakande svar kan man misstänka spelproblem. Sensitivitet*: 98,4%[28] Specificitet*: 30,3%[28] Negativ prediktiv validitet (NPV)*: 80,0%[28] Positiv prediktiv validitet (PPV)*: 86,9%[28] |
| NODS-Perc[28] | Upptäcka (screena för) spelproblem | Fyra frågor tagna från NODS. Vid minst ett jakande svar kan man misstänka spelproblem. Sensitivitet*: 99,7%[28] Specificitet*: 39,4%[28] Negativ prediktiv validitet (NPV)*: 96,3%[28] Positiv prediktiv validitet (PPV)*: 88,5%[28] |
| Lie/Bef[29] | Upptäcka (screena för) spelproblem | Två frågor om spelande. Vid minst ett jakande svar kan man misstänka spelproblem. Specificitet*: 96,4%[30] Sensitivitet*: 91,7%[30] Negativ prediktiv validitet (NPV)*: 99,9%[30] Positiv prediktiv validitet (PPV)*: 20,4%[30] |

*Jämfört med kriterier från DSM-IV avseende Spelmani.
Sensitivitet = andel av alla med spelmani som upptäcks (indikeras) med screeninginstrumentet.
Specificitet = andel av alla utan spelmani som inte heller indikeras med screeninginstrumentet.
PPV = andel screeningpositiva (indikerade) som vid utredning visat sig uppfylla kriterier för spelmani.
NPV = andel screeningnegativa (ej indikerade) som vid utredning inte heller uppfyllt kriterier för spelmani.

Psykologisk och psykosocial behandling

Denna text syftar till att kort sammanfatta den litteratursökning som har gjorts avseende psykologiska behandlingsmetoder som behandling av spelberoende. Genomgången adresserar framför allt de systematiska översikter som har publicerats det senaste decenniet, och de delvis olika fynd som har framkommit där.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering

Den senaste publicerade systematiska översikten eller meta-analys som finns på spelberoendområdet är SBU:s systematiska översikt över psykologisk behandling av spelberoende och spelproblem, publicerad under hösten 2016 [1]. SBU-rapporten innehöll meta-analyser avseende motiverande samtal (MI) och KBT vid spelberoende/spelproblem, samt även för KBT i kombination med andra interventioner. I rapporten sammanfogades motivational enhancement therapy (MET) och personanpassad normativ feedback (PNF) med MI.

För MI/MET/PNF sågs i meta-analys ingen effekt på speldagar, penningssummor eller skattad svårighetsgrad i spelet, varken direkt efter behandling eller vid uppföljning. Meta-analyserna inkluderade sex studier med speldagar eller penningssummor som outcome-mått, varav fem studier avseende olika MI-interventioner [31-35], och en studie på personlig feedback [36]. Samtliga sex studier inkluderade personer med problematiskt spelande (där även svårare problem, motsvarande spelberoende, kunde ingå). Med endast något undantag var varje separat studie utan signifikanta skillnader på det aktuella utfallet. Meta-analysen avseende svårighetsgrad i spelande inkluderade fyra studier, en studie på MET [37] och tre studier på MI [31, 33, 34]. Samtliga studier avsåg personer med spelproblem. Förutom just i uppföljningsmåttet i en av studierna sågs inga signifikanta effekter i respektive studie, och den sammanvägda meta-analysen visade inte heller någon effekt. Rapporten konkluderade att MI saknar stöd för effekt på antal speldagar (och att det vetenskapliga stödet för denna slutsats är måttligt starkt), att MI saknar stöd för effekt på satsade penningssummor (måttligt vetenskapligt starkt stöd), och att MI saknar stöd för effekt på spelproblemets svårighetsgrad (måttligt starkt vetenskapligt stöd).

I rapporten undersöktes också fem studier där MI-interventioner studerades med tillfriskande som outcome-mått. Här kunde ingen meta-analys göras, och studierna uppvisade ingen effekt på tillfrisknande, men frånvaron av effekt ansågs ha ett begränsat vetenskapligt stöd.

Avseende KBT som ensam behandling kunde SBU-rapporten redovisa en meta-analys för ett av outcome-måtten, spelproblemets svårighetsgrad. Två studier ingick i meta-analysen; en svensk studie där KBT gavs på internet [5] och en amerikansk studie där KBT gavs som individuell face-to-face-behandling i åtta sessioner [38]. Båda studierna inkluderade patienter med spelberoende. Båda studierna visade signifikant positiva resultat, och den sammanvägda effekten på spelproblemets svårighetsgrad var stor, men bedömdes – inte minst till följd av det låga antalet studier – ha ett begränsat vetenskapligt underlag. För samtliga andra utfallsmått – såväl direkt efter behandling som vid uppföljning – inkluderades högst två studier, och för samtliga dessa utfallsmått kunde inga meta-analyser göras, och det vetenskapliga underlaget betraktades som otillräckligt för att dra slutsatser.

KBT studerades också i kombination med annan behandling (i de inkluderade studierna antingen med MI/MET/PNF eller mindfulness). För flera utfallsmått var det vetenskapliga underlaget för litet och därmed otillräckligt, men avseende spelproblemets svårighetsgrad kunde studier sammanföras till meta-analys; fyra studier med utfall direkt efter behandling [34, 37, 39, 40]

och två studier med uppföljning [34, 37]. För två av studierna inkluderades personer med spelproblem, men i två studier [39, 40] inkluderades personer med spelberoende. För det utfall som avser spelproblemets svårighetsgrad var kombinationsbehandling med KBT signifikant bättre än kontrollgruppen, men med ett begränsat vetenskapligt underlag.

Sammanfattningsvis kunde SBU-rapporten sammanfatta att det förelåg ett måttligt starkt vetenskapligt stöd för att MI saknar effekt på studerade utfallsmått vid spelberoende och spelproblem, att det förelåg ett begränsat vetenskapligt stöd för att KBT ensamt och KBT i kombination med annan behandling förbättrar spelproblemets svårighetsgrad, och att det vetenskapliga underlaget för KBT vid andra utfallsmått är otillräckligt. En allmän slutsats från SBU-arbetet var att det finns ett stort behov av ytterligare studier på området.

Övriga systematiska översikter och meta-analyser

Cowlishaw's och medarbetares Cochrane-review från 2012 visade effekt av KBT-behandling med flera olika utfallsmått, men för samtliga utfallsmått var det vetenskapliga underlaget begränsat, enligt GRADE-terminologin i studien av låg eller mycket låg kvalitet, där låg kvalitet innebär att mer forskning behövs och att det är mycket sannolikt att framtida forskning kommer att kunna ändra resultatet. Signifikanta förbättringar i KBT-gruppen, jämfört med kontrollgrupp, sågs avseende spelberoendesymptom (mycket låg kvalitet), ekonomiska förluster (låg kvalitet), spelfrekvens (låg kvalitet), spelberoendediagnos (låg kvalitet), samt depressions- och ångestsymptom (låg kvalitet). Samma Cochrane-rapport undersökte effekt av MI jämfört med kontroll. Här sågs en signifikant positiv effekt avseende ekonomiska förluster (i tre studier) men med GRADE-bedömningen ”mycket låg kvalitet”, och för spelberoendesymptom och spelfrekvens sågs ingen skillnad (i två studier). Samtliga outcome-mått för både KBT- och MI-studierna avsåg 0–3 månader efter behandling [41].

En relativt ny meta-analys av Yakovenko och medförfattare avseende MI mot kontroll [42] visade signifikanta effekter av MI avseende antal speldagar per månad och förlorade penningssummor direkt efter behandling (fem studier). För de här utfallsmåtten var endast en respektive två av studierna signifikant positiva, medan övriga studier inte visade någon signifikant behandlingseffekt, men i meta-analys var den sammanvägda effekten signifikant positiv. Här sågs också en signifikant effekt i meta-analys på antal speldagar per månad vid 6-månadersuppföljning (tre studier, varav en hade en signifikant positiv effekt). Även vid längre uppföljning (9–12 månader) kvarstod en signifikant effekt på båda utfallsmåtten (tre studier, i båda fallen en positiv och två negativa studier).

Trots flera negativa studier ger Yakovenkos sammanställning i metaanalys mer positiva effekter av MI än SBU-rapporten, där fynden avseende MI genomgående är negativa. I SBU:s genomgång av MI-interventioner och Yakovenkos meta-analys var tre artiklar gemensamma. I SBU:s genomgång ingick inte två av de artiklar som fanns med i Yakovenkos genomgång [37, 43], medan däremot en nyligen publicerad artikel hade tillkommit inför SBU-arbetet [35]. SBU inkluderade också en så kallad ”grå rapport”, en rapport från ett

lärosäte i Nya Zeeland som ännu inte var publicerad i referee-granskade tidskrifter men som bedömdes uppfylla övriga krav på studiekvalitet [31], samt Cunninghams studie från 2012 som avser en feedback-intervention [36]. Den studie som var ensam positiv i ett utfallsmått i Yakovenkos metaanalys (och som utgjorde en av två positiva studier i det andra positiva utfallsmåttet i den studien), dvs Hodgins och medarbetares studie från 2001, var en av de studier som i SBU-arbetet exkluderades pga alltför hög risk för systematiska fel (pga oklar randomisering och att bedömare var oblindad).

En sentida systematisk översikt [44] studerade specifikt effekten av personlig feedback. Sex studier inkluderades slutligen. Av dessa studerade fyra universitetsstudenter. Merparten av studierna avsåg risk- eller problemspelare. Här gjordes ingen meta-analys, och författarna drog slutsatsen att personlig feedback uppvisade flera positiva effekter på spelbeteende och spelattityder, men att forskningsområdet ännu är ungt och att fler studier behövs.

En annan systematisk review från 2016 [45] studerade internet-baserade interventioner vid olika typer av beroendetillstånd. Fyra studier på spelberoende inkluderades, varav två studier var svenska, en var norsk och en finländsk. Endast en av studierna var kontrollerad, den randomiserade kontrollerade studien från [5]. Den studien kunde uppvisa signifikant effekt av en internet-behandling med KBT under åtta veckors tid, jämfört med vänteliste-kontroller. Samma studie var också den enda inkluderade studie om spelberoende i en systematisk review från 2014 om mobil- och nätbaserade interventioner vid beroendetillstånd [46].

En litteraturöversikt från 2016 sammanställde de studier där Gamblers Anonymous (GA) har utgjort experimentell intervention eller kontrollgrupp, och konkluderade att stödet för GA som behandling av spelberoende är osäkert och varierar mellan studierna, samt att mer forskning behövs på området [47]. Slutligen har en författare också gjort en litteraturöversikt avseende psykodynamisk behandling av spelberoende, men inte funnit någon kontrollerad studie med denna metod [48].

Även ytterligare systematiska översikter de senaste åren har fastslagit att mer forskning behövs på området. Leibetseder och medarbetare (2011) beskrev att evidensläget för psykologiska metoder vid spelberoende var otillräckligt [49], och en tidigare review/litteraturöversikt kunde konkludera att det förelåg mycket liten dokumentation avseende KBT-behandling av ungdomar med spelberoende [50].

Nyare studier

Här kommenteras de nyaste kontrollerade behandlingsstudier som återfanns i litteratursökningen, och som till följd av deras publikationsdatum inte kunde komma i fråga i ovanstående systematiska översikter. Det ska noteras att det inte är säkert att dessa studier hade kunnat inkluderas i systematiska översikter, såväl baserat på design som på kvalitet.

Casey och medarbetare (2017) studerade, i en randomiserad kontrollerad studie, en internet-baserad KBT-intervention, i jämförelse med en enklare feedback-intervention och en vänteliste-kontroll. Studien inkluderade personer med spelberoende. KBT-interventionen var signifikant bättre än väntelista

avseende spelproblemets svårighetsgrad. Studien hade ett mycket stort bortfall, men analyserade data med en intention-to-treat-approach som omfattade samtliga inkluderade personer [51].

Petry och medarbetare (2016) studerade en population med substansberoendediagnos och problemspelande, som randomiserades till en av tre behandlingsarmar; fyra sessioner KBT plus MET, kort rådgivning (10–15 minuter), eller psykoedukation (10–15 minuter). KBT plus MET gav vissa signifikanta fördelar avseende spelvariabler, jämfört med enbart kort rådgivning. Studien analyserade data för samtliga inkluderade personer och hade acceptabelt hög tillgång till uppföljningsdata [52].

Campos och medarbetare (2016) utvärderade en arbetsbok för problemspelare, som randomiserades till antingen endast arbetsboken för själv-hjälp, eller till samma arbetsbok men med tillägg av vägledning från en terapeut. Studien redovisade vissa fördelar för interventionsgruppen med vägledning av terapeut, men studiens bortfall var mycket stort (50 procent), varför resultaten är mycket svårvärderade [53].

McIntosh och medarbetare (2016) undersökte en mindfulness-baserad intervention och jämförde denna med två olika grupper av KBT-interventioner [54]. Författarna såg likartade förbättringar i samtliga grupper direkt efter behandling, och i uppföljning var bortfallet stort. Författarna hänvisar i bakgrunden till studien till en systematisk översikt och meta-analys avseende mindfulness som behandling av spelberoende, och i den referensen redovisas positiva effekter av mindfulness i tillgängliga studier. Denna översikt och meta-analys [55] har i vår litteratursökning emellertid inte kunnat hittas, och den saknas i PubMed, varför dess fynd inte har beaktats vidare här.

Motiverande samtal

Motiverande samtal eller motivational interviewing (MI), och varianter på detta, t ex MET, studeras i litteraturen som behandlingsmetoder för spelberoende. På samma sätt förekommer MI i behandlingsstudier och i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruk och beroende av alkohol och narkotika [56]. Samtidigt är det tydligt att MI också är ett förhållningssätt och en samtalsteknik [57], även i kliniska behandlingar som utgörs av en annan behandlingsmetod. Detta gör att det finns skäl att se MI både som en potentiell behandlingsmetod vid spelberoende eller spelproblem, och som ett förhållningssätt i behandlingsarbete med patienter och klienter med spelberoende eller spelproblem.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis är KBT den behandlingsmetod som har det tydligaste vetenskapliga stödet, även om även det vetenskapliga underlaget för dessa frågeställningar på sin höjd har beskrivits som begränsat, och med stort behov av ytterligare behandlingsforskning. Det i SBU-rapporten starkaste vetenskapliga underlaget förelåg för slutsatsen att MI-interventioner inte är verksamma på denna indikation. Här skiljer sig slutsatserna från en relativt sentida metaanalys, men inklusion av studier, och exklusion av studier med

hög risk för systematiska fel, skilde sig delvis mellan dessa båda systematiska översikter. För övriga behandlingsmetoder är det vetenskapliga stödet ännu otillräckligt.

Behandling vid samsjuklighet och spelmissbruk eller spelberoende

Spelproblem vid psykiatrisk samsjuklighet och vid substansmissbruk

Få studier rapporterar effekten av behandling för spelproblem med samsjuklighet, även om det har föreslagits att identifiering och behandling av samsjukligheten i sig skulle kunna förbättra utfallet av behandlingen [58]. Problemspelare brukar inte uppstå som ett isolerat problem. Information om samsjuklighet för personer med spelproblem kommer från två typer av studier: studier om personer som sökt behandling respektive studier som undersökt prevalensen i allmänna befolkningen, d v s där deltagarna antas inte ha sökt behandling.

Prevalens av samsjuklighet

Personer som sökt hjälp och diagnostiserats med hasardspelsyndrom har visat sig ha hög prevalens av psykiatrisk samsjuklighet [58, 59]. En metaanalys från 2015, där 36 studier inkluderades, visade att prevalensen av någon form av aktuell samsjuklighet var 74,8 % och prevalensen av samsjuklighet någon gång i livet var 75,5 % när det gäller så kallade Axell 1 störningar [60]. Förekomsten av specifik samsjuklighet var 23,4 % för olika stämningsstörningar och 21,2 % för alkoholberoende, som var de vanligaste samsjuklighetsdiagnoser bland personer med spelproblem som sökt behandling. Förekomsten av ångestsyndrom i denna grupp är 17,6 % och förekomsten av ADHD 9,3 %. I vanliga befolkningen har man identifierat flera samsjuklighetsproblem bland problemspelare, där de vanligaste är nikotinberoende (60 %), substansbrukssyndrom (57 %), stämningsstörningar av olika slag (37,9 %) samt ångestsyndrom av olika slag (37,4 %) [59]. Denna komplexitet i problembilden väcker frågan om vad som ska vara fokus för behandlingen och vad som ska prioriteras. Förslag har lagts fram om att den höga prevalensen av samsjuklighet skulle kunna tyda på en grundtendens till beroendeproblematik hos individen [61], där typen av beroende skulle kunna bytas ut över tid, eller att flera beroendebeteenden samexisterar [62].

Modell för samsjuklighet

Ytterligare ett sätt att se på problemspelare med samsjuklighet är *pathways* modellen, där Blaszczyński och Nower [63] föreslagit tre olika vägar till utveckling problemspelare. En av vägarna är betingat genom den psykosociala miljön (*behaviorally conditioned*) och kännetecknas inte av samsjuklighet, medan de andra två vägarna, den känslomässigt sårbara (*emotionally vulnerable*) och antisociala/impulsiva (*antisocial/impulsivist*) är kopplade till sinnes- eller ångeststörningar respektive substansbruk, neuropsykiatriska syndrom och känslomässigt lidande. Två studier har bekräftat att denna modell kan stämma med verkligheten. Den ena studien visade att det gick att identifiera de tre vägarna bland 229 problemspelare som sökt behandling i

USA, där de sårbara och impulsiva grupperna hade mer allvarligt spelande och mer samsjuklighet [64]. Den andra studien visade att gick att identifiera modellen bland 372 europeiska spelare och att förekomsten var 44 % i den betingade grupp, 30 % i den sårbara gruppen och 26 % i den impulsiva gruppen [65].

Psykologisk behandling där samsjuklighet förekommer

Det saknas behandlingsrekommendationer för hasardspelsyndrom med samsjuklighet, trots att de flesta personer med spelproblem har minst en form av samsjuklighet [58, 59]. Tidigare studier [58] visar att samsjuklighet inte är någon kontraindikation för spelbehandling [66]. Den ovannämnda amerikanska studien om *pathways* modellen visade att personer i de sårbara och impulsiva grupperna hade liknande, positive, behandlingsrespons, men svårighetsnivån i spelproblemen var högre i dessa grupper både vid behandlingens början och dess slut, jämfört med den betingade gruppen utan samsjuklighet, där det var denna grupp som mest sannolikt var helt symptomfri efter behandlingen [64].

Ungefär 30–50 % av personer med hasardspelsyndrom som går i behandling hoppar av i förtid [67], en siffra som är typisk för beroendebehandling, där en studie om patienter i öppenvårdsbehandling för alkoholproblem visade att ca 40 % var kvar efter fyra veckor och där framförallt medicinering bidrog till att öka sannolikheten för att stanna kvar [68]. Samsjuklighet kan ha ett samband med bortfall, och ett sätt att undersöka detta är att utforska vilka faktorer som har samband med positivt eller negativt behandlingsutfall.

En systematisk översikt från 2016 om olika faktorer kopplade till behandlingsutfall för spelproblem visade att *låga* nivåer av depression respektive alkoholkonsumtion hade samband med *positivt utfall*. Samtidigt hade ångest, substansbruk, psykisk oro samt allmän psykiatrisk samsjuklighet inget identifierbart samband med utfall, d v s varken positivt eller negativt [69]. Det betyder att *lägre* samsjuklighet är en positiv faktor för positivt utfall av spelbehandling, men att *högre* samsjuklighet inte nödvändigtvis påverkar utfallet. Forskningsfältet om behandling för samsjuklighet är relativt nytt och en metaanalys från 2016 om möjliga effektiva behandlingar i samband med samsjuklighet visade preliminär evidens för att vissa behandlingskomponenter kan positivt påverka behandlingsutfall i samband med psykiatrisk samsjuklighet [58], såväl för substansbruk samt för depression/ångest. Nedan sammanfattas det aktuella forskningsläget för båda dessa typer av samsjuklighet.

Spelproblem och substansbruk

Vad gäller substansbruk omfattade metaanalysen 11 studier som undersökte effekten av samsjukligheten på behandlingsutfall, där tre studier visade *sämre resultat* för spelbehandlingsutfall avseende KBT, imaginativ desensivering med motiverande samtal (MI) och internetbaserad självhjälp med KBT i samband med denna typ av samsjuklighet, medan de övriga visade *inget samband* med behandlingsutfall avseende KBT, beteendearterad behandling, MI, internetbaserad självhjälp med KBT, tolvstegsbehandling, lösningsinriktad terapi eller läkemedelsbehandling [58]. Tre randomiserade kontrollerade studier riktades specifikt mot problemspelande i samband med problematiskt

alkohol- eller drogbruk. En studie om en 14-veckors behandling med modifierad dialektisk beteendeterapi (DBT) jämfört med sedvanlig specialistbehandling visade mindre spelproblem, substansbruk och ilska 12 veckor efter behandlingens avslut, bland 42 problemspelare [70]. Ytterligare en studie, med 52 problemspelare som hade pågående alkoholmissbruk eller beroende, utvärderade KBT tillsammans med naltrexon jämfört med KBT tillsammans med placebo, och visade förbättringar i alkohol- och spelbeteenden för båda grupperna samtidigt som naltrexon och placebo visade inga effekter; resultatet tillskrivs därför KBT behandlingen [71]. Den tredje studien undersökte om läkemedlet *N*-acetylcysteine förbättrade behandlingsutfallet för 28 problemspelare med samtidigt nikotinberoende, där alla fick 6 veckors tobaksbehandling samt ytterligare 6 veckors spelbehandling med imaginativ desensitisering och (MI); läkemedelsgruppen visade förbättringar i spelbeteende men inte tobakskonsumtion tre månader efter behandlingens avslut, vilket tyder på att läkemedlet kan bidra till vidmakthållande av nya beteendetekniker för problemspelare efter avslutad behandling [72].

Spelproblem samt depression eller ångest

Vad gäller samsjuklighet mellan spelproblem och depression (stämningss störningar, *mood disorders*) omfattade ovan nämnda metaanalysen 12 studier som undersökte effekten av stämningss störningar på behandlingsutfall [58]. Tre studier redovisade resultat där depression negativt påverkade utfallet för KBT- och beteendebaserade behandlingar. De övriga studier visade ingen påverkan av depression på behandlingsutfallet för spelproblem, när det gäller KBT, imaginativ desensitisering med MI, och läkemedlen citalopram, *N*-acetylcysteine, naltrexon eller nalmefen, respektive memantin. Randomiserade kontrollerade studier med direkt fokus på interventioner anpassade för samsjuklighet är sällsynta men en studie, där 44 problemspelare som redan deltog i tolvstegsbehandling lottades till en stressintervention jämfört med väntelista, visade förbättringar i stress, depression, ångestsymtom och bättre livstillfredsställelse i interventionsgruppen, men ingen skillnad i spelproblem [73]. Vad gäller samsjukligheten spelproblem och ångest, identifierades 12 studier som undersökte ångestens effekt på behandlingsutfall, där en visade en negativ effekt men de övriga visade ingen negativ inverkan på behandlingseffekten av KBT, beteendebaserad behandling, imaginativ desensitisering med MI, *N*-acetylcysteine alternativt naltrexon eller nalmefen.

Sammanfattande kommentarer

Sammanfattningsvis är forskningsläget oklart vad gäller samsjuklighetens effekter på spelbehandlingsutfall, där den aktuellt övervägande slutsatsen är att samsjukligheten inte nödvändigtvis påverkar behandlingsutfallet negativt, vare sig det handlar om substansbruk eller depression och ångest. Forskningsfältet betraktas som relativt ungt och framtida forskning bör fokusera på ordningen i interventionskomponenter som riktar sig till problemspelare med samsjuklighet utifrån allvarsgraden i de olika symptombilderna, på samsjukligheten som en moderator av spelbehandlingseffekten, samt utvärdering av interventioner som anpassats efter deltagarnas typ av samsjuklighet [58].

Behandling av spelberoende hos personer med psykossjukdom eller bipolär sjukdom

Spelberoende är vanligare hos patienter med bipolär sjukdom än i resten av befolkningen [74] och förekomsten högre än hos andra psykiatriska patientgrupper [75]. En koppling mellan kronisk psykossjukdom och spelberoende har också uppmärksammats [76].

Denna litteraturgenomgång har syftat till att identifiera behandlingsstudier som avser behandling av spelberoende i patientgrupper med svår kronisk psykiatrisk samsjuklighet inkluderande psykossjukdom eller bipolär sjukdom.

En reviewartikel från 2016 [58] undersökte behandlingsstudier i patientgrupper med spelberoende och ytterligare ett psykiatriskt tillstånd. Ur ett material av 21 studier med olika design drogs slutsatsen att behandlingsmetoder vid spelberoende i allt väsentligt är möjliga att tillämpa även vid samsjuklighet med andra tillstånd. Här inkluderades emellertid all typ av samtidig psykisk ohälsa, inklusive andra beroendetillstånd. Artikeln identifierade sex randomiserade kontrollerade studier som studerade behandling av spelberoende hos personer med annan psykiatrisk sjukdom, däribland annat beroende. En av studierna fokuserade på effekten av litium-behandling vid kombination av spelberoende och bipolär sjukdom. Hollander och medarbetare (2007) undersökte i en randomiserad kontrollerad dubbelblind prövning huruvida behandling med litium förbättrar förloppet i spelberoende hos 40 patienter med spelberoende och bipolär sjukdom, som randomiserades till litium eller placebo. Studien var 10 veckor lång, och 12 aktivt behandlade patienter och 17 patienter i placebo-gruppen fullgjorde behandlingen. Studien visade signifikant förbättring av flera spelrelaterade utfallsmått i den litium-behandlade gruppen, medan förbättringen var korrelerad till förbättringen i manisymptom [77]. En annan studie visade positiv effekt av tillägg av KBT till schizofreni-behandling vid samtidigt spelberoende. Studien inkluderade 44 personer, som randomiserades till standardbehandling för schizofreni plus KBT för spelberoende, jämfört med enbart standardbehandling för schizofreni. Interventionsgruppen svarade signifikant bättre avseende återfall i spel, antal spelepisoder och förlorade penningssummor, men effekten försvagades vid sex- och tolv månadsuppföljningarna [78]. Sammanfattningsvis föreligger ett mycket litet antal studier som har analyserat behandling av spelberoende specifikt hos personer med psykossjukdom eller bipolär sjukdom. Medan fynden från enstaka mindre studier hittills är lovande, är behovet stort av fler och större kliniska behandlingsstudier för att kunna dra mer långtgående slutsatser.

Behandling av spelberoende och samtidigt suicidalt beteende eller suicidrisk

Det är vanligt förekommande att vårdsökande spelberoende patienter i någon grad rapporterar ett suicidalt tankeinnehåll och suicidalt beteende har rapporterats där spelberoende är en underliggande eller utlösande faktor [79, 80]. Det har rapporterats att kausaliteten i förhållande till själva spelbeteendet kan

vara osäker [81, 82], att suicidtankar och suicidförsök har beskrivits vara närmare kopplade till depression respektive substansdiagnos i patientgruppen, och att suicidtankar kan ha förelegat tidigare än livet än speldebuten [83]. Samtidigt finns det också en tydlig dokumentation av hur spelberoende har föregått dödsfall i suicid [81].

Denna litteraturgenomgång syftade till att efterforska behandlingsforskning som ger stöd åt särskilda behandlingsinterventioner vid spelberoende med samtidig suicidalitet. Denna sökning gav emellertid inte upphov till några behandlingsstudier som specifikt har adresserat denna kombination av problemställningar. Således finns inget vetenskapligt stöd som underlag till någon specifik rekommendation av behandling vid denna kombinerade problemställning.

Kunskapsläget för läkemedelsbehandling

Läkemedelsbehandling och spelberoende

Flera olika läkemedelsgrupper och substanser har testats för behandling av spelberoende. Generellt är det dock få och små studier. De läkemedelsgrupper som har testats i studier med placebokontroller är läkemedel som används vid andra former av beroendeproblematik (t.ex. naltrexon, nalmefen, akamprosat), antiepileptika (t.ex. topiramet), neuroleptika (t.ex. olanzapin), litium och antidepressiva (t.ex. paroxetin, sertralin, escitalopram). Sedan finns det ytterligare studier på substanser som inte är registrerade som läkemedel i Sverige (t.ex. amantadin, ecopipam).

Det finns även studier på helt andra läkemedel men inte några RCT med placebo-kontroller vad vi känner till. Inget läkemedel har i Sverige godkänd indikation spelberoende eller spelproblematik.

Nalmefen

Nalmefen är en opioidantagonist som används vid alkoholberoende.

I två studier av samma forskargrupp såg man i den första viss effekt [84] medan man i den andra inte såg någon signifikant effekt [85].

Naltrexon

Även naltrexon används mot alkoholberoende. För naltrexon finns det flera studier men dessa är oftast små och resultaten är motstridiga. Några studier tyder på viss positiv effekt [86, 87] medan andra inte har visat någon effekt [71, 88].

Antidepressiva

Det finns få RCT med placebokontroller. I en liten studie fann man i en studie viss positiv effekt för paroxetin [89] medan man i en annan studie inte visade någon positiv effekt [90]. En studie på sertralin visade inte någon effekt jämfört med placebo [91]. I en studie av escitalopram + KBT fann man ingen positiv effekt jämfört med enbart KBT [92].

Olanzapin

Olanzapin är ett neuroleptikum som används mot schizofreni men även mot bipolär sjukdom. De få studier som finns har inte visat på någon effekt av olanzapin mot spelberoende vid video-poker [93] eller allmän spelproblematik [94].

Övriga läkemedel

För övriga läkemedel finns det enstaka studier för olika läkemedel och effekten av dessa läkemedel går inte att värdera.

Läkemedelsbehandling med opioidreceptorantagonister och biverkningar

Biverkningar av opioidreceptorantagonister har bl.a. sammanfattats i SBU-rapporten, och dessa är betydligt mer väldokumenterade för naltrexon än för det nyare preparatet nalmefene. En minoritet av naltrexon-behandlade patienter avbryter behandlingen pga biverkningar; andelen rapporteras i flera studier vara 5–10 procent, men så hög som 32 procent i en annan studie. Bland annat har mag-tarm-problem (såsom illamående) rapporterats, liksom huvudvärk, muntorrhet och sömnproblem [1]. Även i FASS rapporteras mag-tarm-biverkningar bland de biverkningar som är ”mycket vanliga” (förekommer i mer än var tionde behandlad patient), liksom huvudvärk, rastlöshet, nervositet, ångest, sömnsvårigheter, led-/muskelsmärter och asteni (svår trötthet, www.fass.se). En annan biverkan av naltrexon är påverkade leverprover, vilket har setts i en icke-försumbar andel patienter i en högdosstudie [1], vilket skulle tala för att följa leverenzymerna när en patient behandlas med dessa läkemedel.

Sammanfattning

Det finns inget vetenskapligt stöd för att läkemedel har effekt mot spelberoende eller spelproblematik. I fall av samsjuklighet skulle man vid optimering av behandling av annan sjukdom kunna utfå från att det även har positiva effekter på spelberoende men det saknas vetenskapliga studier.

Det finns i Sverige inga godkända läkemedel för indikation spelberoende eller spelproblematik och med den kunskap vi har idag kan läkemedelsbehandling inte rekommenderas vid spelberoende eller spelproblematik. Det finns ett stort behov av fler och större studier inom området.

Behandling av spelberoende sekundärt till behandling av Parkinsons sjukdom

Det finns i litteraturen en relativt omfattande dokumentation av hur risken för bl a spelberoende kan öka hos individer som genomgår läkemedelsbehandling för Parkinsons sjukdom [95]. En finsk studie har beskrivit en sju gånger högre förekomst av spelberoende hos patienter med Parkinsons sjukdom, jämfört med i resten av befolkningen [96], och en annan studie har angett att så många som fem procent av amerikanska patienter med Parkinsons sjukdom har spelberoende [97]. Det är också känt att behandling med dopaminergt verkande läkemedel vid Parkinsons sjukdom också kan öka risken för andra tillstånd som utmärks av sänkt impuls kontroll, såsom hypersexualitet och överdriven shopping [98]. Möjligen är risken för sådana bieffekter högre hos patienter med svårare Parkinson-sjukdom, och vid kombinationsbehandling med mer än ett läkemedel [99].

Samtidigt har det framförts att sambandet mellan Parkinson-behandling och bl a spelberoende är komplexa, och att personer med spelberoende och Parkinsons sjukdom i själva verket i hög grad delar egenskaper med spelberoende personer i befolkningen i övrigt [100]. Det har också beskrivits att hos

nydiagnostiserade patienter med Parkinsons sjukdom är förekomsten av impulsrelaterade tillstånd inte tydligt högre än hos friska kontroller; i ett material var förekomsten av spelberoende 1,2 procent jämfört med 0,7 procent, vilket stärker hypotesen att utvecklingen av spelberoende hos patienter med Parkinsons sjukdom väsentligen inte beror på sjukdomen i sig, utan på läkemedelsbehandlingen [101]. Det kliniska förloppet hos patienter med utvecklade spelberoende i det här sammanhanget beskrevs i en liten studie, där sex personer med Parkinsons sjukdom utvecklade spelberoende. Hos samtliga blev läkemedelsbehandlingen sänkt, utsatt eller utbytt mot ett annat preparat. Samtliga sex personer hade haft ett rekreationellt spelande innan de utvecklade spelberoende [102].

Tillgängliga behandlingsstudier

Galpern och Stacy (2007) diskuterar för ett decennium sedan möjliga interventioner vid impulskontrollrelaterade tillstånd hos patienter med Parkinsons sjukdom, och framhävde att egentliga behandlingsstudier då inte fanns. Som plausibla interventioner föreslogs reduktion av läkemedelsdos eller byte av läkemedel för behandling av Parkinsons sjukdom, samt andra icke-farmakologiska metoder för behandling av tillståndet. Endast en interventionsstudie har därefter prövat effekten av en psykologisk behandlingsmetod för patienter med Parkinsons sjukdom och spelberoende. Studien var emellertid inte kontrollerad inom gruppen med spelberoende, utan jämförde 15 spelberoende patienter med Parkinsons sjukdom med 45 spelberoende patienter utan Parkinsons sjukdom. Studien visade att svaret på KBT-behandling avseende spelberoende inte var signifikant annorlunda i gruppen som också hade Parkinsons sjukdom, och dess resultat kan försiktigt tolkas som att samma behandling av spelberoende skulle kunna användas som till spelberoende patienter i övrigt. Studien är emellertid liten, och saknar alltså egentlig kontrollgrupp inom den grupp med samsjuklighet som den syftar till att specifikt studera [103].

Läkemedelsbehandling med amantadin har föreslagits för behandling av spelberoende och andra tillstånd som karakteriseras av nedsatt impulskontroll i den här patientgruppen, och det finns stöd i en studie för att preparatet förbättrar impulskontroll generellt i den här gruppen [104]. En klinisk prövning av Thomas och medförfattare har prövat amantadin till personer med spelberoende och Parkinsons sjukdom [105]. Sjutton patienter randomiserades i en dubbelblind crossover-studie till amantadin eller placebo, och spelberoendet förbättrades eller försvann hos samtliga patienter med amantadin-behandling. Studien har emellertid kritiserats för att inte ha klarlagt effekten hos patienter med långvarig Parkinsons sjukdom, och huruvida en eventuell behandlingseffekt av amantadin är varaktig eller endast kortvarig. Kritikerna argumenterar dessutom för att farmakoepidemiologiska data inte ger stöd åt Thomas och medarbetares slutsatser [106].

Sammanfattningsvis är sambandet mellan läkemedelsbehandling av Parkinsons sjukdom och sekundär utveckling av spelberoende väldokumenterat – liksom för flera andra tillstånd som präglas av nedsatt impulskontroll och som ökar hos patienter som erhåller läkemedelsbehandling för Parkinsons

sjukdom. Det vetenskapliga underlaget för behandling av ett etablerat spelberoende i gruppen är emellertid ytterst litet, både avseende psykologisk och farmakologisk behandling. Det finns ett tydligt behov av fler kliniska behandlingsstudier på området.

Anhöriga och andra närstående

Anhöriga och behandling för spelproblem

Beräkningar från Folkhälsomyndigheten visar att 18 % av Sveriges befolkning ser sig som anhörig eller närstående till en person som har spelproblem [107]. De kan i olika grad drabbas av de negativa konsekvenser som beror på en persons spelande. Det kan handla om negativa konsekvenser för den egna ekonomin, i relationen till den som spelar och för den egna hälsan.

Anhörigas förståelse för spelproblemen

Många anhöriga och närstående har en begränsad kännedom om och förståelse för spelandets omfattning och spelproblemen. Det kan i vissa fall leda till att de omedvetet bidrar till att vidmakthålla spelproblemen, genom att till exempel låna ut pengar eller ta över hushållssysslor. För många anhöriga och närstående är mekanismerna bakom spelproblem och beroendeproblematik dessutom relativt okända, vilket kan leda till en oförståelse inför spelarens situation [108]. I vissa fall kan dock anhöriga och närstående identifiera tecken på att det föreligger spelproblem, som till exempel svårigheter att betala räkningar, att humöret påverkas av spelandet och att spelaren verkar vara frånvarande [109].

Att involvera anhöriga och andra närstående i behandling

Att ha en anhörig eller närstående ökar sannolikheten att personer med spelproblem söker behandling och omtanke om anhöriga och närstående brukar anges som en av de viktigaste anledningarna att söka behandling [110]. Att tvärtom sakna betydande socialt stöd eller om spelarens omgivning har en positiv inställning till spel har istället visat sig vara prediktorer för återfall i spelproblem efter avslutad behandling [111, 112].

Studier från Spanien [113] och USA [110, 114] visar också att sannolikheten att behandlingen blir framgångsrik ökar om man involverar en anhörig. Personer som involverar anhöriga eller närstående stannar dessutom kvar längre i behandlingen och har lägre grad av avhopp än de som inte involverar dem. Den spanska studien visade även att spelarna som involverade en partner hade bättre utfall av behandlingen än spelare som involverade andra typer av anhöriga. Det kan vara värt att notera att samtliga spelare i den studien var män. Dessa studier har varit olika typer av KBT-baserade interventioner där anhöriga har involverats i olika grad.

Två mindre studier har undersökt behandlingar som riktats till både spelare och anhöriga och andra närstående, en baserad på Congruence Couples Therapy [115] och en på Adapted Couples Therapy [116]. Båda studierna har uppvisat lovande resultat, men har involverat ett litet antal deltagare vilket gör det svårt att dra några långtgående slutsatser.

Studier och erfarenheter i Sverige

Det pågår forskning i Sverige om hur behandlingsutfallet påverkas av att involvera en anhörig eller annan närstående i behandling för spelproblem [117], men än så länge finns det inga resultat från den studien. Det kan finnas kulturella skillnader i fråga om familjens, anhörigas och andra närståendes roll som gör att studierna från till exempel Spanien och USA ska tolkas försiktigt i en svensk kontext. I den spanska studien, där deltagande från anhöriga var frivilligt, hade 80 % av spelarna en anhörig som deltog i behandling.

Behandlares erfarenheter

I följande avsnitt redovisas resultatet av konsensuspanelen med behandlares erfarenheter av olika behandlingsåtgärder. Dessa resultat baseras på två enkäter och en konferens. Den första enkäten skickades ut till 29 behandlare och av dem valde 27 att besvara den (93 % svarsfrekvens). Deltagarna i konsensuspanelen hade tillgång till det vetenskapliga underlaget, se tidigare avsnitt i kapitlet. Därefter höll Socialstyrelsen en konsensuskonferens tillsammans med de tillfrågade behandlarna för att gå igenom första enkätens resultat och för att modifiera påståenden om behandlingsåtgärders nytta (resultat av åtgärdens effekt) utifrån synpunkter som uppkom. Sedan skickades enkät två ut till panelen med behandlare och då valde 21 av 27 att besvara den.

Rekommendationerna har utgått från en analys av det vetenskapliga underlaget och konsensuspanelens ställningstagande. Resultatet av de båda enkäterna redovisas i Figur 1 (enkät 1) och i Figur 2 (enkät 2).

Konsensuspanelens ställningstagande

Konsensuspanelen tog ställning i enkät 1 till 29 påståenden avseende nyttan av: screeninginstrument, behandling av spelproblem respektive spelberoende, behandling av spelproblem eller spelberoende med samsjuklighet, att involvera en anhörig och annan närstående i behandlingen av spelproblem eller spelberoende, återfall/sekundärprevention vid spelproblem eller spelberoende och läkemedelsbehandling av spelproblem eller spelberoende samt vid samsjuklighet.

Följande påståenden ingick i enkät 1:

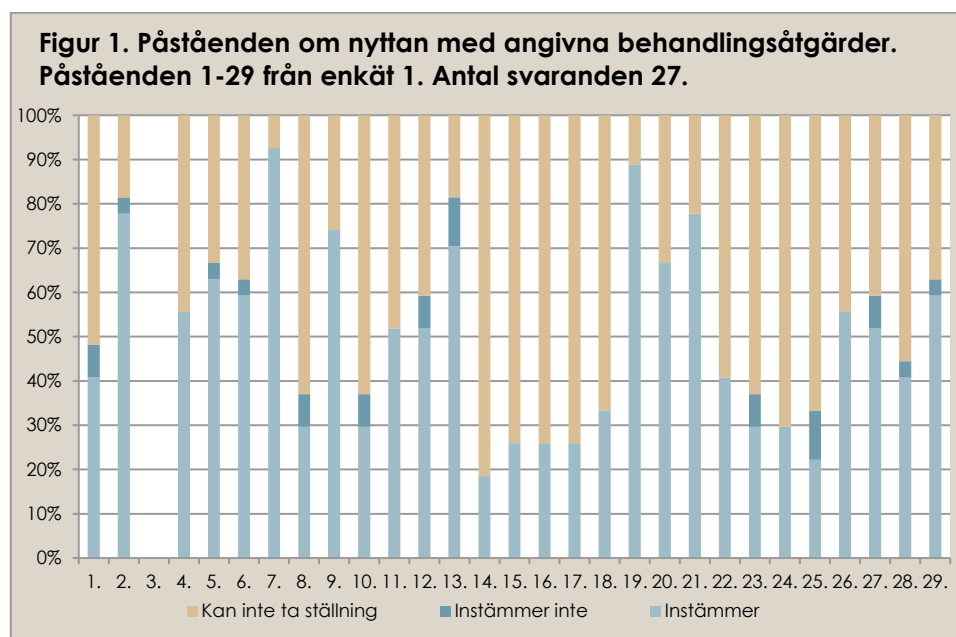
1. När spelproblem eller spelberoende uppmärksammas är det till nytta att göra en utredning med speldagbok
2. När spelproblem eller spelberoende uppmärksammas är det till nytta att göra en utredning med frågeformulär
3. Ange vilka frågeformulär/screeninginstrument som du använder vid utredning av spelproblem eller spelberoende
4. Vid subdiagnostiskt spelproblem har behandling med motiverande samtal nytta för patienter eller klienter
5. Vid subdiagnostiskt spelproblem har behandling med kognitiv beteendeterapi nytta för patienter eller klienter
6. Vid spelberoende har behandling med motiverande samtal nytta för patienter eller klienter

7. Vid spelberoende har behandling med kognitiv beteendeterapi nytta för patienter eller klienter
8. Vid spelproblem eller spelberoende med depression eller ångest har behandling med motiverande samtal nytta för patienter eller klienter
9. Vid spelproblem eller spelberoende med depression eller ångest har behandling med kognitiv beteendeterapi nytta för patienter eller klienter
10. Vid spelproblem eller spelberoende med suicidbenägenhet har behandling med motiverande samtal nytta för patienter eller klienter
11. Vid spelproblem eller spelberoende med suicidbenägenhet har behandling med kognitiv beteendeterapi nytta för patienter eller klienter
12. Vid spelproblem eller spelberoende med alkohol-/narkotika-/ läkemedelsberoende har behandling med motiverande samtal nytta för patienter eller klienter
13. Vid spelproblem med alkohol-/narkotika-/läkemedelsberoende har behandling med kognitiv beteendeterapi nytta för patienter eller klienter
14. Vid spelproblem eller spelberoende hos patienter med läkemedel mot Parkinson sjukdom har behandling med motiverande samtal nytta för patienter eller klienter
15. Vid spelproblem eller spelberoende hos patienter med läkemedel mot Parkinson sjukdom har behandling med kognitiv beteendeterapi samtal nytta för patienter eller klienter
16. Vid spelproblem eller spelberoende hos patienter med läkemedel mot Parkinson sjukdom är det av nytta för patienter eller klienter att modifiera läkemedelsbehandlingen
17. Vid spelproblem eller spelberoende hos patienter med schizofreni har behandling med motiverande samtal nytta för patienter eller klienter
18. Vid spelproblem eller spelberoende hos patienter med Schizofreni har behandling med kognitiv beteendeterapi nytta för patienter eller klienter
19. Det är till nytta för patienter eller klienter med spelproblem att involvera anhöriga i behandlingen
20. Vid sekundärprevention av spelproblem eller spelberoende har behandling med motiverande samtal nytta för patienter eller klienter
21. Vid sekundärprevention av spelproblem eller spelberoende har behandling med kognitiv beteendeterapi nytta för patienter eller klienter
22. Vid spelproblem eller spelberoende har behandling med läkemedel nytta för patienter eller klienter
23. Vid spelproblem eller spelberoende har behandling med antidepressiva läkemedel nytta för patienter eller klienter
24. Vid spelproblem eller spelberoende har behandling med opioidantagonister (naltrexon och nalmefen) nytta för patienter eller klienter
25. Vid spelproblem eller spelberoende har behandling med stämningsstabiliserande läkemedel (t.ex. litium, vissa anti epileptika eller antipsykotiska) nytta för patienter eller klienter
26. Vid spelproblem eller spelberoende och samsjuklighet med depression kan läkemedel ha nytta för patienter eller klienter
27. Vid spelproblem eller spelberoende och samsjuklighet med ångest kan läkemedel ha nytta för patienter eller klienter

28. Vid spelproblem eller spelberoende och samsjuklighet med tvång kan läkemedel ha nytta för patienter eller klienter
29. Vid spelproblem eller spelberoende och samsjuklighet med alkoholberoende kan läkemedel ha nytta för patienter eller klienter

Resultatet för fråga 3 redovisas här, eftersom en uppräknings efterfrågades av frågeformulär eller screeninginstrument som behandlarna hade erfarenhet av att använda i samband med utredning av spelproblem eller spelberoende.

Av de 27 svarande hade 13 erfarenhet av NODS, 1 av NODS-PERC, 1 av NODS-CLiP, 3 använde eget frågeformulär och 9 av behandlarna angav att de inte använder något frågeformulär.



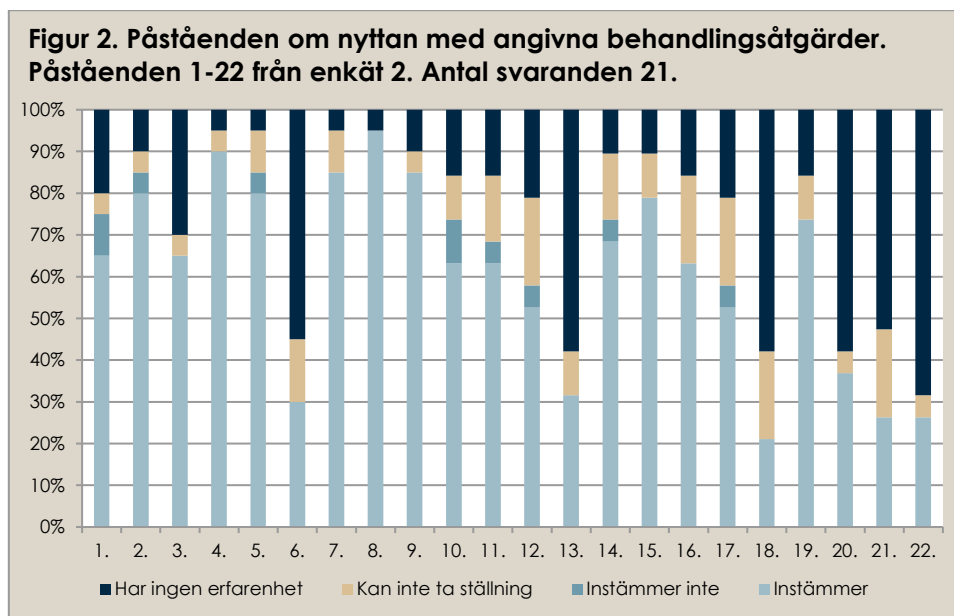
Konsensuspanelen tog ställning i enkät 2 till 22 påståenden avseende nyttan av: screeninginstrument och bedömningsinstrument, psykologiska behandlingsmetoder, behandling av spelproblem respektive spelberoende, behandling av spelproblem eller spelberoende med samsjuklighet och läkemedelsbehandling av spelproblem eller spelberoende samt vid annan sjukdom.

Följande påståenden ingick i enkät 2:

1. Korta frågeformulär exempelvis NODS-PERC, NODS-CLIP eller Lie/Bet questionnaire är till nytta för patienter eller klienter för att uppmärksamma spelproblem.
2. Längre frågeformulär exempelvis NODS, PGSI eller SOGS-R är till nytta för patienter eller klienter vid utredning av spelproblem.
3. Speldagbok vid spelproblem eller spelberoende är till nytta för patienter eller klienter.
4. Ett motiverande förhållningssätt är till nytta för patienter eller klienter som har spelproblem med eller utan spelberoendediagnos.
5. Motiverande samtal (MI) är till nytta för patienter eller klienter som har spelproblem med eller utan spelberoendediagnos.

6. Motivationshöjande behandling (MET) är till nytta för patienter eller klienter som har spelproblem med eller utan spelberoendediagnos.
7. Kognitiv beteendeterapi (KBT) i kombination med motiverande samtal (MI) är till nytta för patienter eller klienter med spelproblem med eller utan spelberoendediagnos.
8. Individuell kognitiv beteendeterapi (KBT) behandling är till nytta för patienter eller klienter med spelproblem med eller utan spelberoendediagnos.
9. Kognitiv beteendeterapi (KBT) i grupp är till nytta för patienter eller klienter med spelproblem med eller utan spelberoendediagnos.
10. Kognitiv beteendeterapi (KBT) är till nytta för patienters eller klienters spelproblem med eller utan spelberoendediagnos även när problematiskt bruk av alkohol, narkotika läkemedel förekommer.
11. Motiverande förhållningssätt är till nytta för patienters eller klienters spelproblem med eller utan spelberoendediagnos även när problematiskt bruk av alkohol, narkotika läkemedel förekommer.
12. Motiverande samtal (MI) är till nytta för patienters eller klienters spelproblem med eller utan spelberoendediagnos även när problematiskt bruk av alkohol, narkotika läkemedel förekommer.
13. Motivationshöjande behandling (MET) är till nytta för patienters eller klienters spelproblem med eller utan spelberoendediagnos även när problematiskt bruk av alkohol, narkotika läkemedel förekommer.
14. Kognitiv beteendeterapi (KBT) och motiverande förhållningssätt är till nytta för patienters eller klienters spelproblem med eller utan spelberoendediagnos även när problematiskt bruk av alkohol, narkotika läkemedel förekommer.
15. Kognitiv beteendeterapi (KBT) är till nytta för patienters eller klienters spelproblem med eller utan spelberoendediagnos även när annan psykiatrisk diagnos förekommer (ej substansproblematik).
16. Motiverande förhållningssätt är till nytta för patienters eller klienters spelproblem med eller utan spelberoendediagnos även när annan psykiatrisk diagnos förekommer (ej substansproblematik).
17. Motiverande samtal (MI) är till nytta för patienters eller klienters spelproblem med eller utan spelberoendediagnos även när annan psykiatrisk diagnos förekommer (ej substansproblematik).
18. Motivationshöjande behandling (MET) är till nytta för patienters eller klienters spelproblem med eller utan spelberoendediagnos även när annan psykiatrisk diagnos förekommer (ej substansproblematik).
19. Motiverande förhållningssätt och kognitiv beteendeterapi (KBT) är till nytta för patienters eller klienters spelproblem med eller utan spelberoendediagnos även när annan psykiatrisk diagnos förekommer (ej substansproblematik).
20. Läkemedelsbehandling med opioidreceptorantagonister (naltrexon och nalmefen) kan vara till nytta för patienters eller klienters spelproblem med eller utan spelberoendediagnos.
21. Annan läkemedelsbehandling än naltrexon och nalmefen kan vara till nytta för patienters eller klienters spelproblem med eller utan spelberoendediagnos.

22. Justering av läkemedelsbehandling är till nytta för patienters eller klienters spelproblem när patienter eller klienter har utvecklat ett spelberoende sekundärt till behandling av Parkinsons sjukdom.



Ekonomiska konsekvenser

Samhällsekonomiska kostnader för spelmissbruk och spelberoende

Spelproblemens samhällsekonomiska kostnader är svåra att uppskatta, och forskningen är oense om hur de ska beräknas¹. I dagsläget saknas vetenskapligt hållbara samhällsekonomiska analyser av spelproblem i Sverige, delvis beroende på bristen av registerdata som gäller spelproblem. Detta gäller exempelvis uppgifter från hälso- och sjukvården, kriminalvård och om hur spelmissbruk eller spelberoende påverkar skuldsättning. Denna typ av kunskap behövs för att skatta spelandets hälsoekonomiska kostnader².

Regeringen konstaterar dock i departementsskrivelsen³ att ett problemspelande kan leda till ett visst produktivitsbortfall och oönskade kostnader för samhällsekonomin, men att storleken är svår att uppskatta. Spelproblem kan även ge upphov till kostnader för samhället i form av till exempel försörjningsstöd, behandlingarkostnader och kriminalitet. Andra former av negativa konsekvenser kan vara skilsmässa och problem med relationer, självmord eller en otrygg uppväxt för ett barn.

Enligt Folkhälsomyndighetens befolkningsstudie från 2015 (Swelogs) är cirka 2 procent av befolkningen i åldergruppen 16-84 år problemspelare, vilket motsvarar cirka två 134 000 personer. Ungefär 31 000 av problemspelarna (0,4 procent av befolkningen i åldergruppen 16-84 år) har så allvarliga spelproblem att de bedöms behöva behandling. Av dem är cirka 6 100 kvinnor och cirka 25 100 män. Ytterligare fyra procent bedöms ha en förhöjd risk för att vara problemspelare. Cirka åtta procent av Sveriges befolkning uppger att de har en närstående som har eller har haft spelproblem. 171 000 personer bor tillsammans med någon som har spelproblem, varav 82 000 barn. Studien visade också att cirka 175 000 personer spelade om pengar på arbetstid eller skoltid. I genomsnitt spenderas 2 600kr per person⁴ på spel varje år i Sverige. Lotteriinspektionen har visat att antalet personer som spelar har minskat något men att spelandet omsätter lika stora summor som tidigare⁵. Detta skulle betyda att färre personer spelar men att de som gör det, spelar för mer pengar.

Direkta kostnader för behandling av spelmissbruk eller spelberoende

Kostnaderna för att behandla spelmissbruk påverkas av antalet personer som behöver och efterfrågar behandling, hur omfattande behandlingen är och hur

¹ Förebyggande och behandling av spelmissbruk (Ds 2015:48), s.115.

² ibid

³ ibid

⁴ <https://www.lotteriinspektionen.se/om-oss/statistik/statistiknytt/varje-australiansare-spenderar-8-500-kronor-pa-spel-om-pengar/>

⁵ <https://www.lotteriinspektionen.se/om-oss/statistik/statistiknytt/111-procent-av-hushallens-inkomst-gar-till-spel/>

den utformas. Hur många som söker hjälp påverkas bland annat av tillgängligheten till vård och behandling, om behandlingsutbudet upplevs som attraktivt och hur framgångsrikt kommuner och landsting arbetar för att identifiera personer med spelproblem⁶. Ett antagande som görs i departementsskrivelsen (Ds 2015:48) är att 10 procent av de som har allvarliga problem på sikt kommer att söka behandling. Andelen av befolkningen i åldersgruppen 16-84 år med allvarliga problem beräknas vara 0,4 procent, eller cirka 31 000 personer (Swelogs).

Enligt Socialstyrelsen expertgrupp omfattar en individuell KBT-behandling i regel 8-10 sessioner à en timme med en behandlare. En KBT-behandling i grupp med 6-8 deltagare omfattar också i regel 8-10 sessioner à två timmar med två behandlare. I dessa beräkningar har inte arbetstid för förberedelser, utbildning, handledning, dokumentation och uppföljning räknats in.

Nedan följer en beräkning av behandlingskostnaden i kommunal och landstingsverksamhet (Tabell 2). Den genomsnittliga månadslönen för en socialsekreterare är 31 600 kr⁷ i kommunal verksamhet. SKL rekommenderar personalomkostnadspålägg (PO-pålägg) om 38,33 procent för kommunal verksamhet vilket ger en lönekostnad om 43 712 kr i månaden. Med en arbetstid om 160 timmar i månaden innebär det en timkostnad om 273 kr. Den genomsnittliga månadslönen för en psykiatrisjuksköterska inom landstinget är 33 800 kr⁸. Motsvarande rekommenderat PO-pålägg för landstingsanställda är 44,50 procent vilket ger en lönekostnad om 48 841 kr per månad och en timkostnad om 305 kr.

Tabell 2. Lönekostnad inklusive PO-pålägg för KBT-behandling i kommunal och landstingsverksamhet

| Personalkategori | Lönekostnad inklusive PO-pålägg för individuell behandling, kr | | Lönekostnad inklusive PO-pålägg för gruppbehandling, kr | |
|----------------------------------|--|----------------------|---|--|
| | 8 träffar a 1 timme | 10 träffar a 1 timme | 8 träffar a 2 timmar och 2 behandlare | 10 träffar a 2 timmar och 2 behandlare |
| Socialsekreterare kommun | 2 186 | 2 732 | 8 742 | 10 928 |
| Psykiatrisjuksköterska landsting | 2 442 | 3 053 | 9 768 | 12 210 |

Om sex personer deltar i KBT-behandling vid 10 tillfällen i grupp blir lönekostnaden hos landstingen 2 035 kr och 1 821 kr hos kommuner per patient, jämfört med 3 053 kr respektive 2 732 kr vid individuell behandling. Resultatet visar att gruppbehandling är mindre kostsamt, men erfarenheter från behandlare visar att det kan förekomma problem med att få ihop tillräckligt många deltagare till gruppbehandling utan långa väntetider liksom problem

⁶ Ds 2015:48 Förebyggande och behandling av spelmissbruk.

⁷ SCB:s lönedatabas, SSYK 266, 2016 års siffror

⁸ SCB:s lönedatabas, SSYK 222, 2016 års siffror

med avhopp från behandling. Detta gör att kostnaderna för individuell behandling ändå kan motiveras. I vilken form behandling ges beror på verksamhetens storlek, upptagningsområde, efterfrågan och organisatoriska förutsättningar. Avgörande är också vilka behov och individuella förutsättningar att delta i behandling de personer med spelmissbruk eller spelberoende som söker behandling har.

Utöver den direkta kostnaden för behandling så kommer det finnas en kostnad till att få ut behandlingskompetensen till hela landet. Denna kostnad är inte medräknad då Socialstyrelsen inte har gjort en skattning om behovet för utbildning av personal.

Anhöriga och andra närstående till spelberoende

Indirekta konsekvenser av problemspelande innefattar också hur familjen påverkas. Enligt Swelogs 2015 lever 21 100 barn (0-18 år) och 27 400 andra personer i samma hushåll som personer med spelproblem. Studien lyfter även fram att 60 900 barn och 61 900 andra personer lever i ett hushåll med en eller flera som har förhöjd risk för spelproblem. Detta innebär sammantaget att 171 300 individer lever i samma hushåll som en person med spelproblem eller med förhöjd risk för spelproblem. Skulder är vanligt förekommande och kan få allvarliga konsekvenser både för personen med spelproblem och för anhöriga och andra närstående. Andra konsekvenser kan till exempel vara relationsproblem, separationer, våld inom familjen eller psykisk ohälsa.

Folkhälsomyndigheten lyfter fram att det finns ett starkt samband mellan att vara närstående till personer med spelproblem och att ha försörjningsstöd, ha svårigheter att betala räkningar, ha riskabla alkoholvanor och uppleva psykisk ohälsa [118]. Detta samband ses oavsett kön, ålder och egna spelproblem. Samma studie visar att närstående kvinnor i högre grad än andra kvinnor uppger att de har varit sjukskrivna från arbetet och att de har ett lägre socialt stöd. Det sambandet går inte att påvisa för närstående män. Däremot finns det en koppling mellan att vara närstående och att vara orolig för sitt arbete bland män som inte återfinns bland kvinnor.

De indirekta kostnaderna som berör de närstående är ej beräknade då dessa är svåra att värdera i ekonomiska termer.

Referenser

1. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Spel om pengar. Behandling med psykologiska metoder eller läkemedel vid beroende eller problemspelande. Stockholm: SBU; 2016.
2. Berman, AH, Wennberg, P, Källmén, H. AUDIT & DUDIT : identifiera problem med alkohol och droger. Stockholm: Gothia fortbildning; 2017.
3. Williams, R. Best practices in the population assessment of problem gambling. Ontario, Canada: Ontario Problem Gambling Research Centre; 2010.
4. Wickwire, EM, Jr., Burke, RS, Brown, SA, Parker, JD, May, RK. Psychometric evaluation of the National Opinion Research Center DSM-IV Screen for Gambling Problems (NODS). *Am J Addict.* 2008; 17(5):392-5.
5. Carlbring, P, Smit, F. Randomized trial of internet-delivered self-help with telephone support for pathological gamblers. *Journal of consulting and clinical psychology.* 2008; 76(6):1090-4.
6. Ferris, J, Wynne, H. The Canadian problem gambling index. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse 2001.
7. Folkhälsomyndigheten. Tabellsammanställning för Swelogs prevalensstudie 2015. Med jämförelser mot prevalensstudien 2008/2009; 2016.
8. Lesieur, HR, Blume, SB. The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *The American journal of psychiatry.* 1987; 144(9):1184-8.
9. Michie, S, Richardson, M, Johnston, M, Abraham, C, Francis, J, Hardeman, W, et al. The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: Building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Annals of Behavioral Medicine.* 2013; 46(1):81-95.
10. Weinstock, J, Whelan, JP, Meyers, AW. Behavioral assessment of gambling: an application of the timeline followback method. *Psychological assessment.* 2004; 16(1):72-80.
11. Walker, M, Toneatto, T, Potenza, MN, Petry, N, Ladouceur, R, Hodgins, DC, et al. A framework for reporting outcomes in problem gambling treatment research: the Banff, Alberta Consensus. *Addiction.* 2006; 101(4):504-11.
12. Nehlin, C, Nyberg, F, Jess, K. Brief intervention within primary care for at-risk gambling: A pilot study. *Journal of Gambling Studies.* 2016; 32(4):1327-35.
13. Dahlberg, M, Anderberg, M. Att upptäcka spelproblem - ett pilotprojekt vid ett socialkontor. *Socialmedicinsk Tidskrift.* 2015; (4):505.
14. Volberg, RA, Munck, IM, Petry, NM. A quick and simple screening method for pathological and problem gamblers in addiction programs and practices. *Am J Addict.* 2011; 20(3):220-7.

15. Johnson, EE, Hamer, R, Nora, RM, Tan, B, Eisenstein, N, Engelhart, C. The Lie/Bet Questionnaire for screening pathological gamblers. *Psychological reports*. 1997; 80(1):83-8.
16. Petry, NM. Validity of a gambling scale for the addiction severity index. *The Journal of nervous and mental disease*. 2003; 191(6):399-407.
17. Gerstein, DR, Hoffmann, JP, Larison, C, Engelman, L, Murphy, S, Palmer, A, et al. Gambling impact and behavior study: Report to the national gambling impact study commission: National Opinion Research Center; 1999.
18. Wickwire Jr, EM, Burke, RS, Brown, SA, Parker, JD, May, RK. Psychometric evaluation of the national opinion research center DSM-IV screen for gambling problems (NODS). *American Journal on Addictions*. 2008; 17(5):392-5.
19. Hodgins, DC. Using the NORC DSM Screen for Gambling Problems as an outcome measure for pathological gambling: psychometric evaluation. *Addictive Behaviors*. 2004; 29(8):1685-90.
20. Ferris, J, Wynne, H. The Canadian problem gambling index. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse. 2001.
21. Orford, J, Wardle, H, Griffiths, M, Sproston, K, Erens, B. PGSI and DSM-IV in the 2007 British Gambling Prevalence Survey: Reliability, item response, factor structure and inter-scale agreement. *International Gambling Studies*. 2010; 10(1):31-44.
22. Lesieur, HR, Blume, SB. The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *Am J Psychiat*. 1987; 144(9).
23. Orford, J, Sproston, K, Erens, B. SOGS and DSM-IV in the British Gambling Prevalence Survey: Reliability and factor structure. *International Gambling Studies*. 2003; 3(1):53-65.
24. Williams, RJ, Volberg, RA. Best practices in the population assessment of problem gambling. 2010.
25. Back, K-J, Williams, RJ, Lee, C-K. Reliability and validity of three instruments (DSM-IV, CPGI, and PPGM) in the assessment of problem gambling in South Korea. *Journal of Gambling Studies*. 2015; 31(3):775-86.
26. Weinstock, J, Whelan, JP, Meyers, AW. Behavioral assessment of gambling: an application of the timeline followback method. *Psychol Assessment*. 2004; 16(1):72.
27. Toce-Gerstein, M, Gerstein, DR, Volberg, RA. The NODS-CLiP: A rapid screen for adult pathological and problem gambling. *Journal of Gambling Studies*. 2009; 25(4):541-55.
28. Volberg, RA, Munck, IM, Petry, NM. A quick and simple screening method for pathological and problem gamblers in addiction programs and practices. *The American Journal on Addictions*. 2011; 20(3):220-7.
29. Johnson, EE, Hamer, R, Nora, RM, Tan, B, Eisenstein, N, Engelhart, C. The Lie/Bet Questionnaire for screening pathological gamblers. *Psychological reports*. 1997; 80(1):83-8.
30. Götestam, KG, Johansson, A, Wenzel, HG, Simonsen, I-E. Validation of the lie/bet screen for pathological gambling on two

- normal population data sets. *Psychological Reports*. 2004; 95(3):1009-13.
31. Abbott, M, Bellringer, M, Hodgins, D, Palmer Du Preez, K, Landon, J, Sullivan, S, et al. Effectiveness of problem gambling brief telephone interventions: A randomised controlled trial. Auckland University of Technology, New Zealand. 2012.
 32. Diskin, KM, Hodgins, DC. A randomized controlled trial of a single session motivational intervention for concerned gamblers. *Behaviour research and therapy*. 2009; 47(5):382-8.
 33. Hodgins, DC, Currie, SR, Currie, G, Fick, GH. Randomized trial of brief motivational treatments for pathological gamblers: More is not necessarily better. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2009; 77(5):950-60.
 34. Petry, NM, Weinstock, J, Morasco, BJ, Ledgerwood, DM. Brief motivational interventions for college student problem gamblers. *Addiction*. 2009; 104(9):1569-78.
 35. Toneatto, T. Single-session interventions for problem gambling may be as effective as longer treatments: Results of a randomized control trial. *Addict Behav*. 2016; 52:58-65.
 36. Cunningham, JA, Hodgins, DC, Toneatto, T, Murphy, M. A randomized controlled trial of a personalized feedback intervention for problem gamblers. *PloS one*. 2012; 7(2):e31586.
 37. Petry, NM, Weinstock, J, Ledgerwood, DM, Morasco, B. A randomized trial of brief interventions for problem and pathological gamblers. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2008; 76(2):318-28.
 38. Petry, NM, Ammerman, Y, Bohl, J, Doersch, A, Gay, H, Kadden, R, et al. Cognitive-behavioral therapy for pathological gamblers. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2006; 74(3):555-67.
 39. Grant, JE, Donahue, CB, Odlaug, BL, Kim, SW, Miller, MJ, Petry, NM. Imaginal desensitisation plus motivational interviewing for pathological gambling: randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2009; 195(3):266-7.
 40. Toneatto, T, Pillai, S, Courtice, EL. Mindfulness-enhanced cognitive behavior therapy for problem gambling: A controlled pilot study. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2014; 12(2):197-205.
 41. Cowlshaw, S, Merkouris, S, Dowling, N, Anderson, C, Jackson, A, Thomas, S. Psychological therapies for pathological and problem gambling. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2012; 11:Cd008937.
 42. Yakovenko, I, Quigley, L, Hemmelgarn, BR, Hodgins, DC, Ronksley, P. The efficacy of motivational interviewing for disordered gambling: systematic review and meta-analysis. *Addict Behav*. 2015; 43:72-82.
 43. Hodgins, DC, Currie, SR, el-Guebaly, N. Motivational enhancement and self-help treatments for problem gambling. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2001; 69(1):50-7.

44. Marchica, L, Derevensky, JL. Examining personalized feedback interventions for gambling disorders: A systematic review. *J Behav Addict.* 2016; 5(1):1-10.
45. Chebli, JL, Blaszczyński, A, Gainsbury, SM. Internet-Based Interventions for Addictive Behaviours: A Systematic Review. *J Gambl Stud.* 2016; 32(4):1279-304.
46. Danielsson, AK, Eriksson, AK, Allebeck, P. Technology-based support via telephone or web: a systematic review of the effects on smoking, alcohol use and gambling. *Addict Behav.* 2014; 39(12):1846-68.
47. Schuler, A, Ferentzy, P, Turner, NE, Skinner, W, McIsaac, KE, Ziegler, CP, et al. Gamblers Anonymous as a Recovery Pathway: A Scoping Review. *J Gambl Stud.* 2016; 32(4):1261-78.
48. Rosenthal, RJ. Psychodynamic psychotherapy and the treatment of pathological gambling. *Revista Brasileira de Psiquiatria.* 2008; 30(Suppl1):S41-S50.
49. Leibetseder, M, Laireiter, A-R, Vierhauser, M, Hittenberger, B. Die Wirksamkeit psychologischer und psychopharmakologischer Interventionen bei pathologischem Glücksspiel - eine Metaanalyse. = Efficacy and effectiveness of psychological and psychopharmacological treatments in pathological gambling--A meta-analysis. *Sucht: Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis.* 2011; 57(4):275-85.
50. Clarke, C, Skokauskas, N. CBT for adolescent pathological gambling — lessons from adult research. *Irish Journal of Psychological Medicine.* 2009; 26(3):140-6.
51. Casey, LM, Oei, TP, Raylu, N, Horrigan, K, Day, J, Ireland, M, et al. Internet-Based Delivery of Cognitive Behaviour Therapy Compared to Monitoring, Feedback and Support for Problem Gambling: A Randomised Controlled Trial. *J Gambl Stud.* 2017.
52. Petry, NM, Rash, CJ, Alessi, SM. A randomized controlled trial of brief interventions for problem gambling in substance abuse treatment patients. *Journal of consulting and clinical psychology.* 2016; 84(10):874-86.
53. Campos, MD, Rosenthal, RJ, Chen, Q, Moghaddam, J, Fong, TW. A self-help manual for problem gamblers: The impact of minimal therapist guidance on outcome. *International Journal of Mental Health and Addiction.* 2016; 14(4):579-96.
54. McIntosh, CC, Crino, RD, O'Neill, K. Treating Problem Gambling Samples with Cognitive Behavioural Therapy and Mindfulness-Based Interventions: A Clinical Trial. *J Gambl Stud.* 2016; 32(4):1305-25.
55. Maynard, BR, Wilson, AN, Labuziński, E, Whiting, SW. Mindfulness-Based Approaches in the Treatment of Disordered Gambling: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Research on Social Work Practice.* 0(0):1049731515606977.
56. Socialstyrelsen. MI (Motiverande samtal). 2015. Hämtad 2017-11-06 från: <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguide/nforsocialarbete/motiverandesamtal>

57. Rollnick, S, Miller, WR. What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 1995; 23(4):325-34.
58. Dowling, NA, Merkouris, SS, Lorains, FK. Interventions for comorbid problem gambling and psychiatric disorders: Advancing a developing field of research. *Addict Behav*. 2016; 58:21-30.
59. Lorains, FK, Cowlshaw, S, Thomas, SA. Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction*. 2011; 106(3):490-8.
60. Dowling, NA, Cowlshaw, S, Jackson, AC, Merkouris, SS, Francis, KL, Christensen, DR. Prevalence of psychiatric co-morbidity in treatment-seeking problem gamblers: A systematic review and meta-analysis. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 2015; 49(6):519-39.
61. Tackett, JL, Krieger, H, Neighbors, C, Rinker, D, Rodriguez, L, Edward, G. Comorbidity of Alcohol and Gambling Problems in Emerging Adults: A Bifactor Model Conceptualization. *Journal of Gambling Studies*. 2016.
62. Konkoly Thege, B, Hodgins, DC, Wild, TC. Co-occurring substance-related and behavioral addiction problems: A person-centered, lay epidemiology approach. *J Behav Addict*. 2016; 5(4):614-22.
63. Blaszczynski, A, Nower, L. A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*. 2002; 97(5):487-99.
64. Ledgerwood, DM, Petry, NM. Subtyping pathological gamblers based on impulsivity, depression, and anxiety. *Psychol Addict Behav*. 2010; 24(4):680-8.
65. Valleur, M, Codina, I, Venisse, JL, Romo, L, Magalon, D, Fatseas, M, et al. Towards a Validation of the Three Pathways Model of Pathological Gambling. *J Gambl Stud*. 2016; 32(2):757-71.
66. Smith, D, Harvey, P, Humeniuk, R, Battersby, M, Pols, R. Effects of Affective and Anxiety Disorders on Outcome in Problem Gamblers Attending Routine Cognitive-Behavioural Treatment in South Australia. *J Gambl Stud*. 2015; 31(3):1069-83.
67. Dunn, K, Delfabbro, P, Harvey, P. A preliminary, qualitative exploration of the influences associated with drop-out from cognitive-behavioural therapy for problem gambling: an Australian perspective. *J Gambl Stud*. 2012; 28(2):253-72.
68. Fonsi Elbreder, M, de Souza e Silva, R, Cristina Pillon, S, Laranjeira, R. Alcohol Dependence: Analysis of Factors Associated with Retention of Patients in Outpatient Treatment. *Alcohol and Alcoholism*. 2011; 46(1):74-6.
69. Merkouris, SS, Thomas, SA, Browning, CJ, Dowling, NA. Predictors of outcomes of psychological treatments for disordered gambling: A systematic review. *Clinical psychology review*. 2016; 48:7-31.
70. Korman, L, Collins, J, Littman-Sharp, N, Skinner, W, McMain, S, Mercado, V. Randomized control trial of an integrated therapy for comorbid anger and gambling. *Psychother Res*. 2008; 18(4):454-65.
71. Toneatto, T, Brands, B, Selby, P. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of naltrexone in the treatment of concurrent

- alcohol use disorder and pathological gambling. *Am J Addict*. 2009; 18(3):219-25.
72. Grant, JE, Odlaug, BL, Chamberlain, SR, Potenza, MN, Schreiber, LR, Donahue, CB, et al. A randomized, placebo-controlled trial of N-acetylcysteine plus imaginal desensitization for nicotine-dependent pathological gamblers. *The Journal of clinical psychiatry*. 2014; 75(1):39-45.
 73. Linardatou, C, Parios, A, Varvogli, L, Chrousos, G, Darviri, C. An 8-week stress management program in pathological gamblers: a pilot randomized controlled trial. *Journal of psychiatric research*. 2014; 56:137-43.
 74. Jones, L, Metcalf, A, Gordon-Smith, K, Forty, L, Perry, A, Lloyd, J, et al. Gambling problems in bipolar disorder in the UK: prevalence and distribution. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2015; 207(4):328-33.
 75. Zimmerman, M, Chelminski, I, Young, D. Prevalence and diagnostic correlates of DSM-IV pathological gambling in psychiatric outpatients. *J Gambl Stud*. 2006; 22(2):255-62.
 76. Potenza, MN, Chambers, RA. Schizophrenia and pathological gambling. *The American journal of psychiatry*. 2001; 158(3):497-8.
 77. Hollander, E, Pallanti, S, Allen, A, Sood, E, Rossi, NB. Does Sustained-Release Lithium Reduce Impulsive Gambling and Affective Instability Versus Placebo in Pathological Gamblers With Bipolar Spectrum Disorders? *The American journal of psychiatry*. 2005; 162(1):137-45.
 78. Echeburua, E, Gomez, M, Freixa, M. Cognitive-behavioural treatment of pathological gambling in individuals with chronic schizophrenia: a pilot study. *Behaviour research and therapy*. 2011; 49(11):808-14.
 79. Bischof, A, Meyer, C, Bischof, G, John, U, Wurst, FM, Thon, N, et al. Type of gambling as an independent risk factor for suicidal events in pathological gamblers. *Psychol Addict Behav*. 2016; 30(2):263-9.
 80. Stein, GN, Pretorius, A, Stein, DJ, Sinclair, H. The association between pathological gambling and suicidality in treatment-seeking pathological gamblers in South Africa. *Annals of clinical psychiatry : official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*. 2016; 28(1):43-50.
 81. Blaszczynski, A, Farrell, E. A Case Series of 44 Completed Gambling-Related Suicides. *J Gambl Stud*. 1998; 14(2):93-109.
 82. Maccallum, F, Blaszczynski, A. Pathological gambling and suicidality: an analysis of severity and lethality. *Suicide & life-threatening behavior*. 2003; 33(1):88-98.
 83. Hodgins, DC, Mansley, C, Thygesen, K. Risk factors for suicide ideation and attempts among pathological gamblers. *Am J Addict*. 2006; 15(4):303-10.
 84. Grant, JE, Potenza, MN, Hollander, E, Cunningham-Williams, R, Nurminen, T, Smits, G, et al. Multicenter investigation of the opioid antagonist nalmefene in the treatment of pathological gambling. *The American journal of psychiatry*. 2006; 163(2):303-12.

85. Grant, JE, Odlaug, BL, Potenza, MN, Hollander, E, Kim, SW. Nalmefene in the treatment of pathological gambling: multicentre, double-blind, placebo-controlled study. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2010; 197(4):330-1.
86. Kim, SW, Grant, JE, Adson, DE, Shin, YC. Double-blind naltrexone and placebo comparison study in the treatment of pathological gambling. *Biological psychiatry*. 2001; 49(11):914-21.
87. Grant, JE, Kim, SW, Hartman, BK. A double-blind, placebo-controlled study of the opiate antagonist naltrexone in the treatment of pathological gambling urges. *The Journal of clinical psychiatry*. 2008; 69(5):783-9.
88. Kovanen, L, Basnet, S, Castren, S, Pankakoski, M, Saarikoski, ST, Partonen, T, et al. A Randomised, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial of As-Needed Naltrexone in the Treatment of Pathological Gambling. *European addiction research*. 2016; 22(2):70-9.
89. Kim, SW, Grant, JE, Adson, DE, Shin, YC, Zaninelli, R. A double-blind placebo-controlled study of the efficacy and safety of paroxetine in the treatment of pathological gambling. *The Journal of clinical psychiatry*. 2002; 63(6):501-7.
90. Grant, JE, Kim, SW, Potenza, MN, Blanco, C, Ibanez, A, Stevens, L, et al. Paroxetine treatment of pathological gambling: a multi-centre randomized controlled trial. *International clinical psychopharmacology*. 2003; 18(4):243-9.
91. Saiz-Ruiz, J, Blanco, C, Ibanez, A, Masramon, X, Gomez, MM, Madrigal, M, et al. Sertraline treatment of pathological gambling: a pilot study. *The Journal of clinical psychiatry*. 2005; 66(1):28-33.
92. Myrseth, H, Molde, H, Stoylen, IJ, Johnsen, BH, Holsten, F, Pallesen, S. A pilot study of CBT versus escitalopram combined with CBT in the treatment of pathological gamblers. *International gambling studies*; 2011. s. 121-41.
93. Fong, T, Kalechstein, A, Bernhard, B, Rosenthal, R, Rugle, L. A double-blind, placebo-controlled trial of olanzapine for the treatment of video poker pathological gamblers. *Pharmacology, biochemistry, and behavior*. 2008; 89(3):298-303.
94. McElroy, SL, Nelson, EB, Welge, JA, Kaehler, L, Keck, PE, Jr. Olanzapine in the treatment of pathological gambling: a negative randomized placebo-controlled trial. *The Journal of clinical psychiatry*. 2008; 69(3):433-40.
95. Molina, JA, Sainz-Artiga, MJ, Fraile, A, Jimenez-Jimenez, FJ, Villanueva, C, Orti-Pareja, M, et al. Pathologic gambling in Parkinson's disease: a behavioral manifestation of pharmacologic treatment? *Movement disorders : official journal of the Movement Disorder Society*. 2000; 15(5):869-72.
96. Joutsa, J, Martikainen, K, Vahlberg, T, Voon, V, Kaasinen, V. Impulse control disorders and depression in Finnish patients with Parkinson's disease. *Parkinsonism & related disorders*. 2012; 18(2):155-60.
97. Weintraub, D, Koester, J, Potenza, MN, Siderowf, AD, Stacy, M, Voon, V, et al. Impulse control disorders in Parkinson disease: a

- cross-sectional study of 3090 patients. *Archives of neurology*. 2010; 67(5):589-95.
98. Moore, TJ, Glenmullen, J, Mattison, DR. Reports of pathological gambling, hypersexuality, and compulsive shopping associated with dopamine receptor agonist drugs. *JAMA internal medicine*. 2014; 174(12):1930-3.
 99. Imamura, A, Uitti, RJ, Wszolek, ZK. Dopamine agonist therapy for Parkinson disease and pathological gambling. *Parkinsonism & related disorders*. 2006; 12(8):506-8.
 100. Olley, J, Blaszczynski, A, Lewis, S. Dopaminergic Medication in Parkinson's Disease and Problem Gambling. *J Gambl Stud*. 2015; 31(3):1085-106.
 101. Weintraub, D, Papay, K, Siderowf, A. Screening for impulse control symptoms in patients with de novo Parkinson disease: a case-control study. *Neurology*. 2013; 80(2):176-80.
 102. Bharmal, A, Lu, C, Quickfall, J, Crockford, D, Suchowersky, O. Outcomes of patients with Parkinson disease and pathological gambling. *The Canadian journal of neurological sciences Le journal canadien des sciences neurologiques*. 2010; 37(4):473-7.
 103. Jimenez-Murcia, S, Bove, FI, Israel, M, Steiger, H, Fernandez-Aranda, F, Alvarez-Moya, E, et al. Cognitive-behavioral therapy for pathological gambling in Parkinson's disease: a pilot controlled study. *European addiction research*. 2012; 18(6):265-74.
 104. Kehagia, AA, Housden, CR, Regenthal, R, Barker, RA, Muller, U, Rowe, J, et al. Targeting impulsivity in Parkinson's disease using atomoxetine. *Brain : a journal of neurology*. 2014; 137(Pt 7):1986-97.
 105. Thomas, A, Bonanni, L, Gambi, F, Di Iorio, A, Onofrij, M. Pathological gambling in Parkinson disease is reduced by amantadine. *Annals of neurology*. 2010; 68(3):400-4.
 106. Lee, JY, Kim, HJ, Jeon, BS. Is pathological gambling in Parkinson's disease reduced by amantadine? *Annals of neurology*. 2011; 69(1):213-4; author reply 4-5.
 107. Svensson, J, Romild, U, Shepherdson, E. The concerned significant others of people with gambling problems in a national representative sample in Sweden—a 1 year follow-up study. *BMC Public Health*. 2013; 13(1):1.
 108. Patford, J. For worse, for poorer and in ill health: how women experience, understand and respond to a partner's gambling problems. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2009; 7(1):177-89.
 109. Bond, KS, Jorm, AF, Miller, HE, Rodda, SN, Reavley, NJ, Kelly, CM, et al. How a concerned family member, friend or member of the public can help someone with gambling problems: a Delphi consensus study. *BMC psychology*. 2016; 4(1):1.
 110. Ingle, PJ, Marotta, J, McMillan, G, Wisdom, JP. Significant others and gambling treatment outcomes. *Journal of Gambling Studies*. 2008; 24(3):381-92.

111. Petry, N, Weiss, L. Social support is associated with gambling treatment outcomes in pathological gamblers. *American Journal on Addictions*. 2009; 18(5):402-8.
112. Ledgerwood, DM, Petry, NM. What do we know about relapse in pathological gambling? *Clinical psychology review*. 2006; 26(2):216-28.
113. Jimenez-Murcia, S, Tremblay, J, Stinchfield, R, Granero, R, Fernandez-Aranda, F, Mestre-Bach, G, et al. The Involvement of a Concerned Significant Other in Gambling Disorder Treatment Outcome. *J Gambl Stud*. 2016.
114. Grant, JE, Kim, SW, Kuskowski, M. Retrospective review of treatment retention in pathological gambling. *Comprehensive psychiatry*. 2004; 45(2):83-7.
115. Lee, BK, Awosoga, O. Congruence Couple Therapy for Pathological Gambling: A Pilot Randomized Controlled Trial. *J Gambl Stud*. 2015; 31(3):1047-68.
116. Bertrand, K, Dufour, M, Wright, J, Lasnier, B. Adapted Couple Therapy (ACT) for pathological gamblers: a promising avenue. *J Gambl Stud*. 2008; 24(3):393-409.
117. Nilsson, A, Magnusson, K, Carlbring, P, Andersson, G, Gumpert, CH. Effects of added involvement from concerned significant others in internet-delivered CBT treatments for problem gambling: study protocol for a randomised controlled trial. *BMJ open*. 2016; 6(9):e011974.
118. Folkhälsomyndigheten. Faktablad om Swelogs, Nr 15, mars 2014.