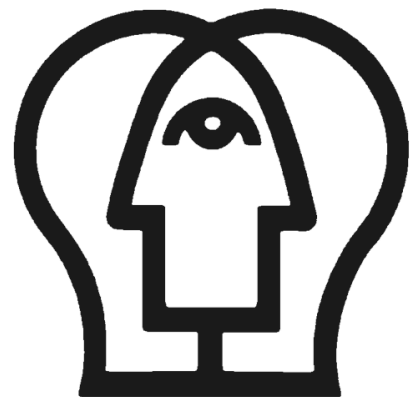


Utvärdering av pilotstudie för internetbaserad behandling av anhöriga till problemspelare – CRAFT-E

Jonas Karlsson



Handledare: Per Carlbring
Biträdande handledare: Kristoffer Magnusson

Examensarbete, 30 poäng
PSYKOLOGPROGRAMMET VT-2015

STOCKHOLMS UNIVERSITET
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

UTVÄRDERING AV INTERNETBASERAD BEHANDLING FÖR ANHÖRIGA TILL SPELMISSBRUKARE – CRAFT-E

Jonas Karlsson

Många personer som har ett spelproblem är ovilliga att söka hjälp för sina spelproblem. Anhöriga till dessa utvecklar ofta psykosociala och somatiska besvär samt får ekonomiska konsekvenser av problemspelarens spelande, samtidigt som det ofta saknas möjligheter för dessa anhöriga att få hjälp. I en pilotstudie inför en kommande fullskalig RCT-studie provas en metod baserad på Community Reinforcement and Family Training (CRAFT) där inslag av andra framgångsrika behandlingar inkorporeras på 20 anhöriga till problemspelare för att undersöka om personer med spelproblem kan förmås söka behandling samtidigt som den anhöriga får en högre livskvalitet och graden av spelproblemen minskas. Resultatet pekar på att anhöriga får en lägre grad av depression och ångest, en högre relationell kvalitet samtidigt som graden av missbruk reduceras, dock var inte resultaten signifikanta. En ITT-analys visar dock signifikant lägre grad av depression och om hänsyn tas till samplets storlek även signifikant lägre grad av ångest. Resultaten indikerar även att om deltagaren och den anhöriga är sammanboende predicerar det bättre resultat än om de inte är sammanboende. Studien gav värdefulla lärdomar hur den fullskaliga studien bör förbättras och resultaten pekar på att behandlingsformen är verksam.

Spelmarknaden i Sverige

Spel för pengar är en vanlig företeelse i Sverige. Enligt Lotteriinspektionen (2014) spelades svenskarna för över 50 miljarder kronor 2013. Statens folkhälsoinstitut beräknade år 2010 dessutom att utöver detta omsätter det oreglerade nätpokerspelandet 15 miljarder kronor per år samt att illegalt spelande (främst på spelautomater och svartklubbar) omsätter mellan 5-15 miljarder kronor årligen. I Sverige är spelmarknaden reglerad, och endast ett fåtal aktörer får tillhandahålla spel. AB Svenska spel är den största aktören och har inklusive Casino Cosmopol ca 43 procent av marknaden. AB Trav och Galopp har 18 procent, folkrörelserna (inklusive bingospel och lokala och regionala lotterier) har 18 procent och kasinospel på restauranter har ca 1 procent av spelmarknaden. Utöver dessa reglerade aktörer finns ett antal utländska oreglerade aktörer verksamma via internet vilka står för 21 procent av spelmarknaden i Sverige (Lotteriinspektionen 2015).

Spelandet har på senare år alltmer flyttat från de traditionella spelbutikerna, travbanorna kasinona och bingohallarna till internetbaserade alternativ (Lotteriinspektionen, 2015;

Statens folkhälsoinstitut, 2010). Dessa internetalternativ ökar tillgängligheten, samtidigt som de lockar med bättre odds, snabbare spel och högre vinster än de gamla traditionella alternativen. Teknikutvecklingen går snabbt och där man för något år sedan var begränsad till att sitta framför en dator kan man idag spela hasardspel på smartphones och surfplattor vilket ökar tillgängligheten ytterligare. Internetspelande bidrar till att många av de traditionella uteslutningsmetoderna för att utesluta vissa målgrupper inte längre är effektiva. Åldersgränser och begränsningar i alkoholservingar samt öppettider har traditionellt använts som en reglerande faktor (Statens folkhälsoinstitut, 2010) men i och med internetspelande kan man sitta i underkläderna drickandes alkohol varsomhelst och närsomhelst samtidigt som man spelar bort hela sin förmögenhet och dessutom snabbt kan skuldsätta sig för att spela mer. Att man i internetspelande använder sig av elektroniska pengar har dessutom en psykologisk inverkan på spelaren vilka tar större risker vid internetspelande än vid traditionellt spel med papperspengar (Derevensky & Gupta, 2007).

Problem med spelande

Spelande för pengar ger många människor underhållning, ett fritidsintresse samt ett sätt att drömma sig bort. Dessa människor får en upplevelse, vare sig de vinner eller förlorar. Men det finns tyvärr också de som fastnar i spelet och utvecklar problem med spelande i form av spelproblem och spelberoende. Statens folkhälsoinstitut gjorde 2010 en översikt och fann att två procent av befolkningen har sådana problem att de klassas som att ha spelproblem. Detta motsvarar ca 130 000 svenskar och av dessa har 40 000 sådana allvarliga problem att de klassas som spelberoende. Utöver dessa har ytterligare fem procent av befolkningen ett riskspelande vilket innebär att ens spelvanor ännu inte är ett problem men att de riskerar att övergå i spelproblem. Statens folkhälsoinstitut (2010) klassificerar spelproblem som att man upplever negativa konsekvenser av sitt spelande genom att det påverkar jobbet, skolan eller andra aktiviteter, leder till känslomässiga eller fysiska hälsoproblem, leder till ekonomiska problem samt har negativa konsekvenser för familj eller andra närstående personer. Spelberoende klassificeras att man uppfyller kraven för spelmani och inte längre har kontroll över sitt spelande och att ekonomi, hälsa och sociala relationer äventyras. Stora skillnader förekommer i fördelning av spelproblem bland befolkningen, spelproblem är mer vanligt förekommande bland unga, personer med låg socioekonomisk status samt etniska minoriteter och spelproblem är vanligast förekommande bland unga män i åldern 18-24 år (Statens folkhälsoinstitut, 2010).

Benämningen spelproblem är ett vanligt begrepp som används för personer som har problem knutet till sitt spelande, det ger dock ingen förklaring till i vilken utsträckning som spelaren har problem. Tidigare har diagnosen spelmani (**F312.31**) funnits i DSM-IV (American Psychiatric Association, 2002) där man om man uppfyllt fem av tio diagnoskriterier kunnat fastställa att spelaren lider av spelmani. I DSM-5 har man ändrat både namnet till hasardspelsyndrom och även diagnoskriterierna till fyra av nio kriterier under samma tolv månadersperiod (Folkhälsomyndighetens hemsida, 2015). Ytterligare

en skillnad mellan spelmani och hasardspelsyndrom är att spelmani klassificerades som en impuls kontrollstörning, medan det nya begreppet hasardspelsyndrom är klassificerat som ett icke substansrelaterat beroende syndrom. Med den nya diagnosen är det lättare att bli diagnostiserad som spelberoende. Graden av spelproblem kan fastställas med hjälp av olika screeninginstrument, ett exempel är PGSI (Problem Gambling Severity Index) som använder sig av nio items som mäter spelproblem och risk för spelproblem under det senaste året (Ferris & Wynne, 2001).

Anhöriga till personer med spelproblem och spelberoende

En person med spelproblem påverkar i snitt mellan åtta och tio anhöriga genom sitt spelande (Lobsinger & Beckett, 1996) och Svensson, Romild och Shephardson (2013) fann att 18,2 procent av Sveriges befolkning kan anses vara anhöriga till en person med spelproblem. Traditionellt har anhöriga till missbrukare, oavsett typ av missbruk, fått lite eller ingen uppmärksamhet eller hjälp utan fokus har legat på den missbrukande och de anhörigas problem har kommit i skymundan. Dessutom kan stigma och skam runt den anhöriges missbruk bidragit till att många har dragit sig för att söka hjälp eller vård för de hälsoproblem som den anhöriges missbruk har bidragit till. Nyligen har dock ämnet anhöriga till missbrukare varit diskuterat i media, bland annat har det lyfts upp tv-serien Djävuldansen i SVT (2014) som beskrev ett antal anhöriga till missbrukare som fick berätta sin historia. Genom att lyfta upp anhöriga till missbrukare som en grupp så har det öppnat upp för mer möjligheter för denna grupp att få hjälp med sina problem.

Spelproblem har ofta förödande konsekvenser för anhöriga (Lorenz & Yaffee, 1988), som i många fall skuldsätter sig själva för att finansiera spelarens spelproblem och kan i värsta fall leda till förlust av egendom som hem, betalningsanmärkningar, att man hamnar hos kronofogden och en djup skuldsättning utan förmåga att kunna betala av under en överskådlig tid (Downs & Woolrych, 2010). Enligt Lorenz och Yaffee (1988) överväger 89 procent av anhöriga att avsluta relationen med spelaren och 29 procent genomför även sina planer.

Anhöriga till personer med spelproblem och spelberoendes hälsa

Anhöriga till personer med spelproblem rapporterar ofta hälsoproblem som ofta har en direkt orsak i de ekonomiska problem som uppstår till exempel depression, förlust av livskvalitet och en del gör även suicidförsök som en följd av ekonomiska svårigheter (Abbott & Volberg, 2001; Lorenz & Shuttlesworth, 1983). Andra hälsoproblem hos anhöriga är ilska och ångest framkallad av problemspelarens spelande (Mathew & Volberg, 2012). Studier har även visat att anhöriga ofta lider av stressrelaterade problem som huvudvärk, tarmproblem, oregelbunden andning, ryggsmärtor, astma, högt blodtryck och sömnstörningar (Lorenz & Yaffee, 1988). Många anhöriga rapporterar att de dessutom ofta känner sig isolerade och o-stödda (Krishnan & Orford, 2002).

Utöver att vara ett socialt problem så kan spelproblem anses vara ett signifikant barnhälsoproblem enligt Darbyshire, Oster och Carrig (2001) som i sin kvalitativa studie av barn till personer med spelproblem funnit att ett genomgående tema är att barnen kände *pervasive loss* (en genomgående förlust av tillit, finansiell stabilitet och ”förlust” av föräldern). Andra studier har visat att barn till personer med spelproblem känner sig övergivna, sårade, ledsna, förvirrade, isolerade, hjälplösa, ångestfyllda, deprimerade och saknar emotionell kontakt med föräldern med spelproblem (Abbott & Volberg, 2012; Lorenz & Yaffee, 1988).

Enligt en undersökning av Muelleman och DenOtter (2002) fann man att hos personer med spelproblem förekommer relationellt våld oftare än bland befolkningen i övrigt och att anhöriga till personer med spelproblem löper 10,5 gånger högre risk att vara utsatt för relationellt våld än genomsnittsbefolkningen. 23 procent av personer med spelproblem har slagit eller kastat saker på deras partner vid minst ett tillfälle och 50 procent av anhöriga säger sig ha blivit psykiskt eller fysiskt misshandlade av deras partner (Bland, Newman, Orn & Stebelsky, 1993). Traditionellt har det inte funnits så mycket stöd för anhöriga att få i Sverige (eller internationellt). Till skillnad från substans-beroende missbrukare har det saknats support-grupper baserade på 12-steps programmen. I Sverige har det funnits spelberoendes riksförbund och stödlinjen för spelproblem och anhöriga till personer med spelproblem (Statens folkhälsoinstitut, 2010).

Få missbrukare i behandling

Ett vanligt förekommande problem med all form av missbruk är att endast ett litet antal (tio procent) av beroende och missbrukare söker hjälp (Ladouceur, 2005) och för personer med spelproblem finns det indikationer att siffran kan vara så låg som tre procent (Cunningham, 2005). Traditionella interventioner som 12-stepsprogram (Kendra, Weingardt, Cucciare & Timko, 2015) och Johnson Institute Intervention/Minnesota modellen (Bodin, 2006) har en relativt låg förmåga att förmå missbrukare att söka behandling, och förmår endast mellan 18 och 30 procent av missbrukare att söka hjälp (Meyers, Smith & Lash, 2005). CRAFT (*Community Reinforcement And Family Training*) utvecklades med ett av huvudsyftena att förmå missbrukare att få vård, men syftar även till att minska missbrukandet och att öka anhörigas livskvalitet. En metaanalys av CRAFT visar att 66 procent av anhöriga lyckades förmå substansmissbrukande att söka behandling efter genomförd CRAFT-behandling (Meyers, Roozen & Smith, 2011).

Beskrivning av CRAFT

Ursprungligen utvecklad för substansmissbruk (Smith, Campos-Melady & Meyers, 2009) har CRAFT visat sig vara mycket effektivt när det kommer till att förmå substansberoende anhöriga in i behandling, även om dessa inte är villiga att söka behandling och motsätter sig detta innan behandlingen. En metaanalys av CRAFT för substansberoende som inte velat söka behandling eller varit motvilliga till behandling genomfördes av Roozen, de Waart och van der Kroft 2010 och fann att ungefär två tredjedelar av alla motvilliga söker

behandling efter fyra till sex behandlingssessioner med CRAFT och anhöriga visar markanta förbättringar både psykosocialt och fysiskt sex månader efter att den missbrukande startat sin behandling oavsett vilken behandlingsform som den missbrukande sökt.

CRAFT är framtaget med principerna från kognitiv beteendeterapi (KBT), en behandlingsform som är mycket starkt förankrad i forskning och har mycket god evidens och effekt (Öst, 2014), framförallt operant betingning (Skinner, 1977) och har sex beståndsdelar:

1. Funktionella analyser av missbruksbeteenden
2. Kommunikationsträning
3. Positiv förstärkning av nyktert beteende
4. Användandet av naturliga negativa konsekvenser
5. Hjälpa anhöriga att berika sina egna liv
6. Lära anhöriga när och hur man inbjuder missbrukaren till behandling

CRAFT vid behandling av spelproblem

CRAFT har modifierats och testats på anhöriga till personer med spelproblem och spelberoende i två RCT-studier (Hodgins Toneatto, Makarchuk, Skinner & Vincent, 2007; Makarchuk, Hodgins & Peden, 2002) dock utan signifikanta resultat. Vissa slutsatser har dock kunnat dras från studierna: personerna med spelproblem uppvisade signifikant mindre spelande. Bägge studierna saknade dock behandlarkontakt, i den första studien gavs CRAFT som självhjälp utifrån en speciellt framtagen manual och i den andra studien gavs minimal telefonkontakt (1-2 samtal).

CRAFT-E

En modifierad variant av CRAFT kallad CRAFT-E (*Community Reinforcement And Family Training – Enhanced*) har tagits fram för behandling av anhöriga till personer med spelproblem i ett samarbetsprojekt mellan Stockholms universitet, Karolinska institutet och Linköpings universitet.

I CRAFT-E har man för att ytterligare stärka CRAFT-behandlingens effektivitet lagt till ett antal olika tekniker och inslag från andra behandlingar. I behandlingen inkorporeras teknik från *Behavioral couples therapy for alcoholism* (BCT; O’Faller & Murphy, 2010) som är en lovande teknik där man arbetar med både missbrukaren och anhörig. BCT har i en metaanalys av Ruff, McComb, Coker och Sprenkle (2010) visat sig kunna minska substansmissbruk och förbättra partnerrelationer efter behandling. Metaanalysen visade även att relationellt våld minskade (även om det var högre än i genomsnittsbefolkningen) och att barn till missbrukare som genomgick BCT hade högre psykosocial funktion och mindre utåtagerande beteende än barn till missbrukande föräldrar som fick annan missbruksbehandling.

Behandlingen har även inslag av kommunikationsträning som har hämtats från *motivational interviewing* (MI; Miller & Rollnick, 2002). MI har visat sig vara en effektiv metod i att minska spelande bland personer med spelproblem. I en metaanalys av Yakovenko, Quigley, Hemmelgar, Hodgins och Ronksley (2014) har man undersökt fem studier där man använt sig av MI för behandling av personer med spelproblem och kommit fram till att det sker en signifikant minskning av tid som spenderas för spel av spelarna men även att det skedde en signifikant minskning av summa pengar som spelarna la på sitt spelande efter genomförd behandling.

CRAFT är utformad för att kunna administreras som självhjälp utan behandlarkontakt men för att förbättra möjligheterna för de medverkande att kunna ta till sig behandlingen har man i CRAFT-E lagt till en minimal terapeutkontakt (ca 15 minuter/vecka) i form av telefonkontakt eller e-post. Carlbring, Degerman, Jonsson och Andersson (2012) genomförde en utvärdering av internetbaserad behandling av personer med spelproblem med uppföljning efter tre år där man i behandlingen använt sig av just minimala terapeutkontakter under behandlingen (ca 15 minuter i veckan) och fann att denna hade varit framgångsrik. Minimala behandlarkontakter har även visat sig varit effektiva i internetbehandlingar av depression och ångest (Newman, Szkodny, Llera, Przeworski, 2010).

Deltagarna i studien fick behandlingen via internet, en form som visat sig framgångsrik för spelmissbrukare i två studier gjorda av samma forskningsgrupp (Carlbring et al., 2012; Carlbring & Smit, 2008) och hade regelbundna telefonkontakter med behandlare en gång i veckan under behandlingen. Genom använda internet som medium kan man öka villigheten och ett av målet med studien är att bryta den skam och det stigma som det är för anhöriga att söka hjälp. Internetbaserade KBT-behandlingar har tidigare visat sig ge god effekt och vara likvärdiga med vanliga terapier (Andersson, 2009).

Syfte och frågeställning

Studien var en pilotstudie som genomfördes med start i oktober 2014 på 20 stycken anhöriga till personer med spelproblem innan en större studie och hade som primärt syfte att testa den internetplattform som tagits fram inför studien för att hitta brister, fel och buggar i plattformen.

Den kommande större RCT-studien är ett samarbetsprojekt mellan Stockholms universitet, Karolinska institutet och Linköpings universitet som planeras att starta under 2015 där man kommer att genomföra en CRAFT-baserad internetbehandling kallad *Anhörigprogrammet* i vilken man planerar att genomföra behandlingen på ca 400 anhöriga till personer med spelproblem.

I både pilotstudien och den kommande större RCT-studien kommer man att använda en modifierad variant av CRAFT kallad CRAFT-E (*Community Reinforcement And Family Training – Enhanced*).

Syftet med studien är att utvärdera om internetlevererad CRAFT-E kan:

1. Förmå personer med spelproblem att påbörja en behandling.
2. Förbättra anhörigas livskvalitet (mätt som lägre grad av depression, generaliserad ångest och förbättrad relationell kvalitet).
3. Minska tid och pengar som personen med spelproblem spenderar på spel.

Metod

Design

Studien var en pilotstudie som genomfördes innan en fullskalig studie primärt för att testa behandlingsplattformen och hitta brister, fel och buggar i denna samtidigt som feedback från deltagarna om upplägget och innehållet på behandlingen. Deltagarna rekryterades via annonser i dagstidningar, genom att information om programmet gavs när en anhörig kontaktade stödlinjen för att få stöd och råd om anhörigs spelproblem, annonser på internet samt genom affischer uppsatta på strategiskt utvalda ställen och fördelades av praktiska skäl på två behandlare. Varje behandlare hade under pilotstudien 10 deltagare och var minst mastersnivå psykologstudenter på sin sista termin.

Undersökningsdeltagare

I pilotstudien deltog 20 stycken anhöriga till en person med spelproblem. Medelåldern var 49,30 år (sd 17,43), medianåldern var 53 år och åldersspannet var mellan 21 och 84 år. Sju av deltagarna var partners till en spelmissbrukare och de övriga 13 var föräldrar eller barn till en spelmissbrukare. Åtta av deltagarna var sammanboende med den aktuella anhöriga och de övriga tolv bodde inte tillsammans med den anhörige. Deltagande i behandlingen var frivilligt och de deltagande fick inte någon ekonomisk kompensation för deltagandet.

Tabell 1. Demografisk beskrivning av patientgruppen.

Demografiska variabler	Frekvens (<i>n</i>)	Procent (%)
<i>Kön</i>		
Kvinna	18	90
Man	2	10
<i>Högsta utbildningsnivå</i>		
Grundskola	0	0
Gymnasial utbildning	8	40
Högskoleutbildning	12	60
<i>Civilstånd</i>		
Gift/sambo/särbo	17	85
Singel	1	5

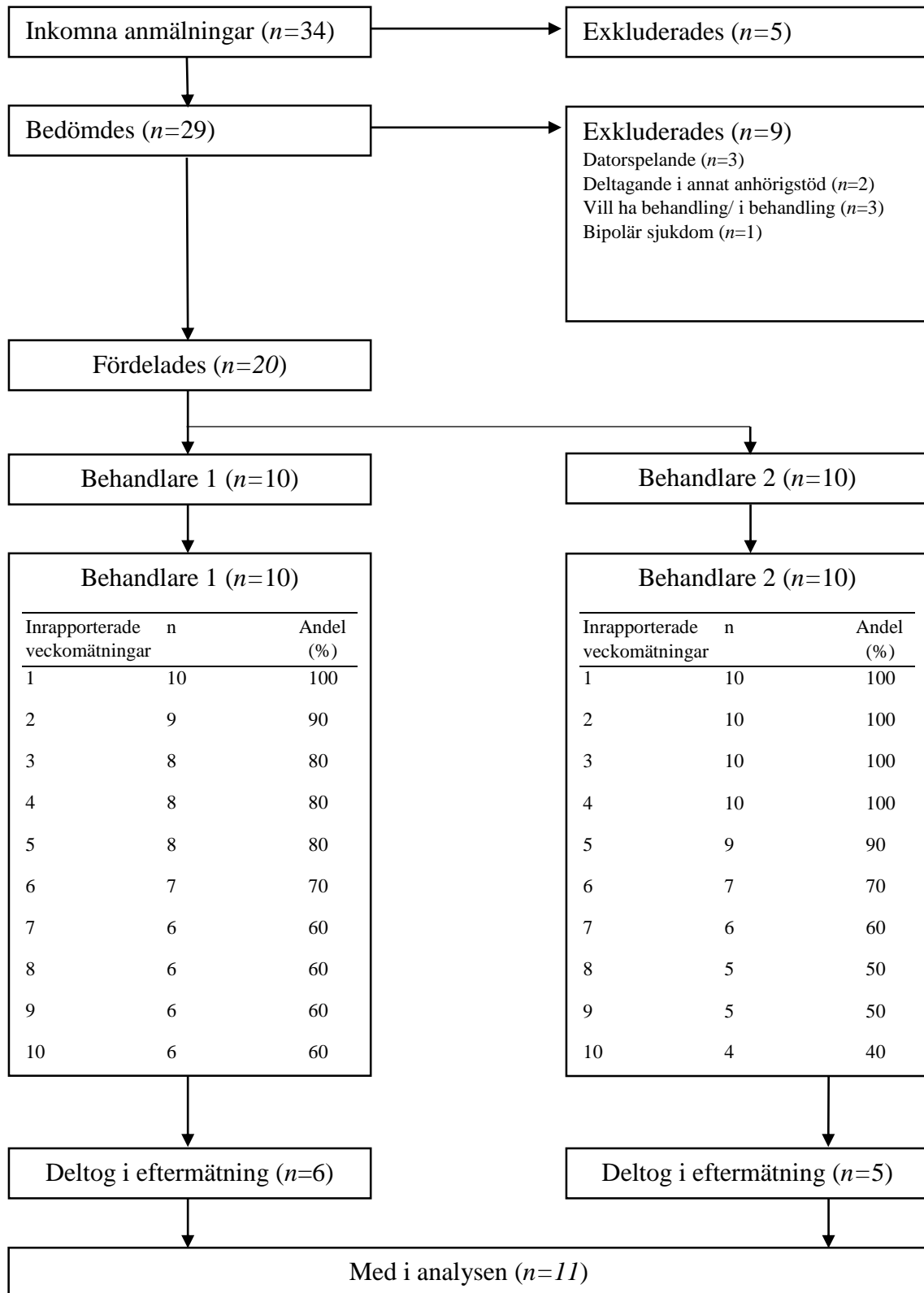
Änka/änkling	2	10
<i>Tidigare psykiatrisk behandling</i>		
Ja	7	35
Nej	13	65
<i>Pågående medicinering med psykofarmaka</i>		
Ja	1	5
Nej	19	95

Initialt hänvisades intresserade till studiens websida (anhorigstudien.se) där de fick lämna en intresseanmälan och lämna bakgrundsinformation, fylla i skattningsformulär och tilldelas ett identifikationsnummer. När dessa var ifyllda fördelades deltagare till en av behandlarna basat på om de tilldelats ett jämt eller udda nummer och behandlaren går igenom uppgifterna för att säkerhetsställa att inklusionskriterierna möttes samtidigt som inget av exklusionskriterierna uppfylldes. Om så var fallet skrevs den intresserade in i programmet. Alla som uppfyllde inklusionskriterierna fick vara med i programmet, de 20 första fick starta direkt i piloten (rekrytering började i oktober 2014 och sista datum för medverkan i pilotstudien var 31/1 2015) medan de övriga fick en plats i den riktiga studien som startade i februari 2015. Deltagarna var anonyma för behandlarna som endast kände till deras tilldelade identifikationsnummer samt telefonnummer och e-postadress.

Inklusionskriterier för att bli med antagen till studien var att både den anhöriga och spelaren minst var 18 år, att de var förälder, barn, syskon, vän eller partner med varandra och att relationen pågått i minst tre månader. Varken den anhöriga eller spelaren ska ha genomgått någon behandling för spelande under de senaste tre månaderna och spelaren måste vägra behandling (eller säga att den ska söka behandling men gör det inte). Deltagande anhörig måste kunna läsa och svara på frågor på svenska och vara villig att prata med en behandlare en gång i veckan. Spelaren måste ha problem enligt Problem Gambling Severity Index (PGSI; Holtgraves, 2009) enligt anhörigs skattning.

Exklusionskriterier var att var spelaren eller den anhöriga hade psykotiska eller bipolära drag, den deltagande anhöriga fick inte heller ha ett pågående spelmissbruk enligt PGSI. Man fick inte heller delta om man gick i någon annan form av anhörigstöd eller samtalsbehandling.

Under rekryteringsperioden sökte 34 personer behandling. Av dessa kunde fem ansökningar exkluderas direkt utan bedömning och 29 gick vidare till bedömning. I bedömningen exkluderades ytterligare nio: tre stycken ansökningar handlade om datorspel, i två fall hade ansökaren redan en annan form av anhörigstöd, i tre fall var den anhöriga spelaren redan villig att söka behandling eller var redan i behandling och i ett fall hade spelaren eller den anhöriga bipolär sjukdom. De 20 stycken som blev inkluderade i studien fördelades på två behandlare. Av de 20 som påbörjade behandlingen genomförde elva deltagare hela behandlingen och ingick i eftermätningen.



Figur 1. Visar ett flödesschema över deltagande i studien.

Behandlingsprocedur

När behandlingen inleddes gavs deltagaren tillgång till en internetsida där den första av nio moduler finns tillgänglig. Behandlaren ringde upp deltagaren för ett inledande samtal under den första veckan och därefter aktiverade behandlaren en ny modul varje vecka samt en ny veckomätning gjordes automatisk tillgänglig för deltagaren. Varje modul bestod av psykoedukation i form av genomgång av teori som deltagaren fick läsa samt övningar som deltagaren fick genomföra och fylla i. Behandlaren ringde sedan upp deltagaren på en överenskommen tid för en 15-minuters genomgång av modulen, feedback på övningarna och svar på frågor. Programmet genomfördes under tio veckor och en ny modul med nya övningar aktiverades en gång i veckan, sammanlagt fanns det nio moduler med övningar som deltagaren gick igenom. Efter avslutad behandling följdes behandlingen upp med att deltagaren fick svara på ytterligare veckomätningar efter två veckor, tre månader samt sex månader efter avslutad behandling (eftermätningar).

Material

All behandling skedde via en hemsida där deltagarna registrerade ett konto i samband med att de lämnade intresseanmälan och sedan kunde logga in när de ville. På hemsidan fanns de aktiverade modulerna att läsa, deltagaren fick via hemsidan genomföra övningar och fylla i veckoformulär där depression och ångestnivå mättes, relationell kvalitet undersöktes och summa pengar som spelaren spelat för skattades.

Depression mättes med *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9; Kroenke, Spitzer & Williams, 2001), ångestnivå mättes med *Generalised Anxiety Disorder 7-item scale* (GAD-7; Kroenke, Spitzer, Williams & Löwe, 2006), relationell kvalitet mättes med *Relationship assessment scale* (RAS; Hendrick, Dicke & Hendrick, 1998). Varje vecka fick deltagarna skatta hur mycket spelaren hade spelat för med hjälp av *Gambling Timeline Followback Method* (G-TLFB; Weinstock, Whelan & Meyers, 2004) för att ge ett estimat om graden av spelmissbruk. Syftet med dessa veckoformulär var se om någon förändring ägde rum under programmet. För att mäta målet med att spelaren sökt behandling är kriteriet definierat som minst en behandlingssession rapporterat av den anhöriga deltagaren.

Instrument

Patient Health Questionnaire (PHQ9) är utvecklat för att underlätta diagnoser av psykiska sjukdomar, framförallt depression, inom primärvården. PHQ-9 har en utmärkt intern konsistens med en Cronbachs α på 0,89 och en hög test-retest reliabilitet med 0,84. PHQ-9 har validerats i två studier med sammanlagt 6000 patienter och består av de nio kriterier som ligger till grund för DSM-IV diagnosen egentlig depression (Kroenke et al., 2001), är snabbt att administrera och är validerat för internetbehandling (Titov, Dear, McMillan, Anderson, Zou & Sunderland, 2011).

General Anxiety Disorder 7-item scale (GAD-7) är ett självskattningsinstrument för screening av generaliserat ångstsyndrom. GAD-7 innehåller 7 items som beskriver symtom på GAD med fyra svarsalternativ. GAD-7 har en hög test-retest reliabilitet ($r=0,83$) och en god intern konsistens med en Cronbachs α på 0,92 och har validerats för internetadministration (Kroenke et al., 2006).

Relationship assessment scale (RAS) är ett självskattningskala för tillfredsställelse med en relation. RAS innehåller 7 items som beskriver tillfredsställelse i en femgradig skala och visar på måttlig till hög korrelation med mätningar av äktenskaplig tillfredsställelse. RAS har en hög test-retest reliabilitet ($r=0,85$) och en god intern konsistens med Cronbachs α på 0,73 (Hendrick et al., 1998).

Gambling Timeline followback method (G-TLFB) är en vidareutveckling av Timeline followback method (TLFB) som är en metod att mäta missbruksbeteende och har anpassats för mäta spelbeteende och utgår från en tidslinje för uppskattning av spelande i sju dimensioner. I studien används G-TLFB för att beräkna hur mycket pengar som spelaren spelat för. G-TLFB har en utmärkt test-retest reliabilitet ($r=0,73$ till $0,96$) och en god intern konsistens med Cronbachs α mellan $0,73$ och $0,96$ (Weinstock et al., 2004).

Problem Gambling Severity Index (PGSI) användes för att screena spelarnas spelmissbruk i ansökan. PGSI består av nio items som mäter spelproblem och risk för spelproblem under det senaste året. PGSI har en hög test-retest reliabilitet ($r=0,78$) och en god intern konsistens med Cronbachs α på 0,84. (Ferris & Wynne, 2001).

Etik

Studien i sin helhet är granskad av etikprövningsnämnden i Stockholm och godkänd i sin helhet. Dock väcks vissa etiska frågor: Visserligen är behandlingen utformad för att ge anhöriga till personer med spelproblem en högre livskvalitet men en del av behandlingen går ut på att försöka påverka en individ som inte är delaktig i behandlingen. Att denne individ har problem förlitar sig behandlingen enbart på deltagande anhörigs ord och även om det kan anses om mindre troligt att deltagarens anhöriga inte har ett spelproblem så finns det en möjlighet att så faktiskt inte är fallet. Att försöka påverka någon annan än deltagarna väcker dock vissa etiska frågetecken som bör tas upp vid all anhörigbehandling, nämligen om det är rätt att försöka manipulera en individ att göra något den inte vill eller att inte göra något den vill. En del personer med spelproblem tycker inte att de har något problem med spelandet, skyller ofta sina problem på otur och vill inte heller sluta (P. Carlbring, personlig kommunikation, 8 oktober 2014). Spelproblem dessutom inte konstanta över tid utan många blir symptomfria utan någon behandling, Statens folkhälsoinstitut (2010) beräknar att tre fjärdedelar av problemspelare bytts ut varje år och även om frågan vilka av problemspelarna som självmant slutar och vilken grad av spelproblem som dessa har (en trolig förklaring är att dessa spelare inte har ett utvecklat spelberoende) väcker det frågan om det alltid är en realitet att försöka få

spelaren i behandling, även om det inte kan uteslutas att spelaren har nytta av en behandling för att slippa återfall till spelproblematik.

Statistisk metod

Data analyserade i programmet SPSS version 22. Alfa-nivån för samtliga analyser sattes till 0,05. Deskriptiva analyser genomfördes för att beräkna medelvärde och standardavvikelse.

För att undersöka om det skedde någon förbättring av deltagarnas skattade depression (mätt med PHQ-9) och generaliserade ångest (mätt med GAD-7), relationen till den spelande (mätt med RAS) och någon reduktion i summa pengar som spelaren spelar för (mätt med G-TLFB) utfördes ett t-test för beroende mätningar ($n=11$). Den initiala mätningen jämfördes med den sista och avslutande veckomätningen för deltagarna som genomfört behandlingen. Då samplet var litet kan det antas att deltagarnas värden inte är normalfördelade och därför utfördes Wilcoxon's-test.

Samplet i studien har varit litet och detta anses ha påverkat resultatet genom att andelen deltagare som valt att inte genomföra hela behandlingen varit relativt högt. Genom att utföra *intention to treat* (ITT) analys med det sista ifyllda värdet (last observation carried forward [LOCF]) undersöktes om det skedde någon förbättring av deltagarnas skattade depression (mätt med PHQ-9) och generella ångest (mätt med GAD-7), relationen till den spelande (mätt med RAS) och någon reduktion i summa pengar som spelaren spelar för (mätt med G-TLFB). Beräkningen utfördes ett t-test för beroende mätningar och då även detta sample var litet kan det antas att deltagarnas värden inte är normalfördelade och Wilcoxon's-test utfördes.

För att undersöka skillnader i resultat beräknat på ITT mellan två grupper genomfördes en *split-file* (delning av datafilen) baserat på om deltagaren varit sammanboende eller inte sammanboende med den anhöriga spelaren under behandlingen och resultatet jämfördes användandes t-test för beroende mätningar.

Resultat

Av de initialt 20 deltagarna har elva deltagare fullföljt programmet och av dessa elva har två deltagare i dagsläget rapporterat att den anhöriga har haft en behandlingssession.

Tabell 2 visar att *per protocol* (PP) finns det inte några signifikanta skillnader mellan deltagarnas skattade depression (PHQ-9: $T=0,74$ $p=0,48$), generaliserad ångest (GAD-7: $T=0,72$ $p=0,49$) relationen till anhörig (RAS: $T= -0,51$ $p=0,69$) eller någon reduktion i summa pengar ($T=0,66$ $p=0,95$) spelade för de deltagare som slutfört behandlingen. Resultatet pekar dock på att det finns en trend att de medverkande har lägre nivåer av depression och generaliserad ångest och en något förbättrad relationell kvalitet men att det inte finns någon reduktion av summa pengar spelmissbrukaren spelade för. Resultatet

av Wilcoxon-testet visar att det inte fanns någon signifikant skillnad även om hänsyn togs till samplets storlek (PHQ-9: $p=0,51$; GAD-7: $p=0,42$; RAS: $p=0,69$; Summa spelad för: $p=0,59$)

Tabell 2 visar även att om man utgår från ITT ($n=20$) med LOCF så uppvisar deltagarna signifikanta förbättringar av självskattad depression ($T=2,28$ $p=0,04$) samt en trend att självskattad ångest är lägre ($T=1,92$ $p=0,07$). Resultatet för relationell kvalitet (RAS: $T=-0,93$ $p=0,36$) tyder på en marginell förändring. Summa spelad för uppvisar ingen signifikant skillnad ($T=0,78$ $p=0,45$) även om summan uppvisar en minskning i kronor (dock är standardavvikelsen hög). Resultatet av Wilcoxons testet visar att om hänsyn tas till det låga samplet finns det en signifikant minskning av depression ($p=0,03$) och generaliserad ångest ($p=0,05$) men inga signifikanta skillnader i relationell kvalitet ($p=0,52$) eller summa spelad för ($p=0,91$).

Tabell 2. Jämförelse av depression och ångest, relationell tillfredsställelse och uppskattad summa pengar spelad för, både PP och ITT samt Wilcoxon-test.

Variabel	Innan behandling	Efter behandling	<i>T</i>	Signifikans	Wilcoxon
PHQ-9, depression (PP, $n=11$)	7,96 (sd=4,34)	6,32 (sd=6,51)	0,74	0,48	0,51
PHQ-9, depression (ITT, $n=20$)	9,13 (sd=5,43)	6,40 (sd=5,23)	2,28	0,04*	0,03*
GAD-7, ångest (PP, $n=11$)	7,77 (sd=4,41)	6,23 (sd=5,91)	0,72	0,49	0,42
GAD-7, ångest (ITT, $n=20$)	8,80 (sd=5,28)	6,30 (sd=5,43)	1,92	0,07	0,05*
RAS, relation (PP, $n=12$)	21,67 (sd=4,29)	22,42 (sd=5,90)	-0,51	0,62	0,69
RAS, relation (ITT, $n=20$)	22,67 (sd=5,13)	22,95 (sd=6,63)	-0,93	0,36	0,52
Summa spelad för (PP, $n=9$)	2033 (sd=2494)	1967 (sd=1536)	0,66	0,95	0,59
Summa spelad för (ITT, $n=19$)	2747 (sd=3177)	2137 (sd=2255)	0,78	0,45	0,91

* = $p < 0,05$

Det fanns anledning att tro att utfallet påverkades om deltagarna var sammanboende eller inte med den anhörige undersöktes om det förekom skillnader i behandlingsutfallet man tog hänsyn till att deltagaren var sammanboende eller inte sammanboende med spelaren.

Tabell 3 visar att om man tar hänsyn till om deltagaren varit sammanboende eller inte sammanboende med den anhöriga spelaren påverkar resultatet. Resultaten indikerar att

behandlingen ger en större minskning av skattad depression (PHQ-9: $T=2,71$ $p=0,03$) och generaliserad ångest (GAD-7: $T=2,70$ $p=0,03$) bland deltagare som är sammanboende med anhörig jämfört med deltagare som inte är sammanboende med anhörig (PHQ-9: $T=2,28$ $p=0,38$; GAD-7: $T=0,50$ $p=0,63$). Wilcoxon-test visar att även om man tar hänsyn till att samplets storlek så är resultaten signifikanta för deltagare som är sammanboende med anhörig gällande depression ($p=0,03$) och generaliserad ångest ($p=0,03$). Ingen signifikant skillnad i relationell kvalitet fanns mellan deltagare som är sammanboende och deltagare som inte är sammanboende med den anhörige.

Tabell 3. Jämförelse av depression, generaliserad ångest, relationell tillfredsställelse för ITT samt Wilcoxon-test

Variabel	Innan behandling	Efter behandling	<i>T</i>	Signifikans	Wilcoxon
PHQ-9, depression Sammanboende (ITT, $n=8$)	9,38 (sd=6,57)	4,75 (sd=3,81)	2,71	0,03*	0,03*
PHQ-9, depression Ej sammanboende (ITT, $n=12$)	8,96 (sd=4,84)	7,50 (sd=5,89)	2,28	0,38	0,31
GAD-7, ångest Sammanboende (ITT, $n=8$)	10,88 (sd=5,72)	5,88 (sd=4,91)	2,70	0,03*	0,03*
GAD-7, ångest Ej sammanboende (ITT, $n=12$)	7,42 (sd=4,36)	6,58 (sd=5,95)	0,50	0,63	0,45
RAS, relation Sammanboende (ITT, $n=8$)	23,13 (sd=5,38)	24,25 (sd=5,95)	-0,66	0,53	0,67
RAS, relation Ej sammanboende (ITT, $n=12$)	21,25 (sd=5,05)	22,08 (sd=7,17)	-0,63	0,54	0,62

* = $p < 0,05$

Diskussion

Syftet med studien var att undersöka om CRAFT-E har en ökad förmåga jämfört med CRAFT att förmå anhöriga med spelproblem till deltagarna att söka behandling för sin spelproblematik samtidigt som deltagarna skattade lägre grad av depression och generaliserad ångest, en förbättrad relation med den spelande anhöriga och att spelproblematiken reduceras mätt i summa pengar som den spelar för. Tidigare forskning har visat att CRAFT inte har samma effektivitet för spelproblem som för substansmissbruk (Hodgins et al., 2007; Makarchuk et al., 2002), något som man hoppades förbättra genom att inkorporera andra framgångsrika metoder för behandling

av spelproblematik i behandlingen, BCT som visat sig vara framgångsrik för behandling av personer med spelproblem (Ruff et al. 2010), MI som visat sig framgångsrik (Yakovenko et al., 2014) att minska spelande bland personer med spelproblematik och minimal behandlingskontakt vilket visat sig öka effektiviteten vid självhjälpsbehandlingar (Carlbring et al., 2012). Resultaten i denna rapport bygger på en pilotstudie och flertalet förändring, förbättringar och förtydliganden har genomförts i behandlingsprogrammet baserat på input från deltagarna och behandlarna samtidigt som en del buggar har hittats och rättats till.

Diskussion av resultatet

Att endast två deltagare rapporterat att spelaren varit villig att söka behandling kan förklaras av att designen av programmet är utformad att underlätta för deltagarna att förmå spelare till behandling först efter avslutad behandling. Det är vid uppföljning efter tre månader som detta är observerbart om behandling förmått spelaren sökt behandling, vilket även tidigare studier har visat (Hodgins et al., 2007).

Endast elva av de 20 deltagarna har fullföljt programmet. Orsakerna till att deltagare valt att inte fullfölja behandlingen är oklart. Någon deltagare har uppgett att den inte vill fylla i övningarna men att den läser och går igenom övningarna, detta innebär dock att framsteg inte syns i den datamodul som finns för deltagaren. Det har inte funnits något krav att man ska fylla i sina övningar i internetmodulen, även om detta innebär att man inte kan få feedback på sina genomförda övningar och deltagare kan ha genomfört hela programmet utan att fylla i övningarna i internetmodulen men räknas som att de inte har fullföljt programmet, även om de har tillgodogjort sig programmet. Den faktiska siffran av deltagare som har genomfört programmet och fått en positiv effekt kan således vara högre då dessa inte räknas med i statistiken. I tidigare studier med CRAFT för behandling av spelproblem (Hodgins et al., 2007) har de som genomfört behandlingen varit högre (78 procent) men det låga deltagarantalet ($n=20$) gör dock att det kan vara statistiskt snedfördelat vilket kan förklara skillnaderna.

De utförda analyserna PP visar att det inte på några signifikanta skillnader hur deltagarna rapporterar depression och generaliserad ångest, relationell kvalitet eller summa som den anhöriga spelaren spelar för efter genomförd behandling, dock finns en icke-signifikant statistisk trend som pekar på att det har skett förbättringar depression och generaliserad ångest efter genomförd behandling. Det låga deltagarantalet ($n=20$) och det ännu lägre antalet som genomförda programmet ($n=11$) innebär dock låg statistisk power vilket kan ha lett till att signifikanta skillnader inte upptäckts. Analyser med ITT med LOCF tyder på att CRAFT-E är verksamt och att deltagare visade lägre mått av depression, generaliserad ångest samt högre relationell kvalitet efter genomförd behandling. Armijo-Olivo et al. (2009) beskriver att ITT-analyser visserligen har blivit guldstandard vid RCT-studier men att det samtidigt ITT har kritiker och att det finns en hel del missförstånd och kontroverser kring metoden, till exempel är det betydligt lättare att få typ-1 fel i analyserna och vid LOCF fanns det flera exempel på att signifikans uppnåddes med enbart

små skillnader i data. Det fanns även stora skillnader mellan deltagarna i den summa pengar som den anhöriga har spelat för, och då samplet varit litet ($n=20$) är det troligt att skillnaderna påverkat resultatet.

Rapporteringen av summa som den anhöriga spelar för har dock varit mycket bristfällig och har enbart rapporterats regelbundet av ett fåtal medverkande, i de flesta fall har det enbart rapporterats sporadiskt. Många av deltagarna har uppgett att de inte har någon insyn i den anhörigas ekonomi och har inte heller någon aning om hur mycket som den anhöriga spelar för. Modulerna går även igenom hur man som anhörig bör agera och spekulativt kan detta ha gett deltagaren det den har varit ute efter från början och att man inte har känt att man behöver gå vidare och genomföra hela programmet. I en metaanalys av Donker et al. (2013) fann man att en moderator för utfall av internetbehandling var hur väl deltagarna tyckte att behandlingen stämde in på deras problem och att utfallet blev sämre och avhoppet fler om deltagarna inte tyckte att behandlingen var signifikant för just deras problem.

Vissa deltagare uttryckte att deras egna mål med behandlingen inte var så mycket att få in den spelande anhöriga i behandling utan att själv komma fram till hur de själva ska agera och om de ska fortsätta stödja och hjälpa spelaren ekonomiskt eller till och med bryta kontakten med den anhöriga. Då information och hjälp från myndigheter och vården riktad till anhöriga till spelmissbrukare är mycket sparsam, bristfällig och kan vara svåråtkomlig (Statens folkhälsoinstitut, 2010) har många anhöriga till spelmissbrukare frågor och funderingar hur de ska agera och vad som kan göras, har kanske programmet mer fungerat som ett slags hjälp till att komma fram till ett beslut och programmets egentliga syfte, vilket har varit att få in spelmissbrukaren i behandling, har inte varit det deltagaren varit intresserad av. Det är inte omöjligt att de deltagare har fått det dom varit ute efter från början, nämligen att de själva har kommit till insikt hur de vill göra.

Metoddiskussion

Initialt visade det sig att det var svårt att rekrytera deltagare till programmet. Trots annonsering i dagstidningar och på internet samt uppsatta affischer så var antalet ansökningar till en början ganska få. Detta kan ha bidragit till att de anhöriga som ansökte om att få delta i projektet kommit med trots att de kanske borde ha sållats bort då varje ansökning fick ett stort värde. Vissa av deltagarna hade inte angett telefonnummer, vilket visade sig problematiskt då det inte fanns något sätt att kontakta dessa deltagare om de inte svarade på mejl, och kunde inte heller bli nådda för att få feedback. Samtliga deltagare som initialt inte uppgett ett telefonnummer har inte genomfört några övningar och inte heller fullföljt programmet vilket öppnar för diskussion inför den framtida studien om det ska vara krav på att man måste lämna telefonnummer för att bli inkluderad i programmet.

Studien har varit öppen för alla anhöriga till spelmissbrukare och kraven för att få medverka i programmet har endast varit att man har haft en relation med den anhöriga i tre veckor. Detta har inneburit att det har funnits en stor variation i relationen till den

anhöriga spelmissbrukaren bland de medverkande. Den vanligaste förekommande deltagaren är en anhörig som är en förälder till ett vuxet icke hemmaboende barn där barnet har ett spelproblem, vilket ligger i riktning med att den vanligaste problemspelaren är en ung man i åldern 18-24 år och att den gruppen är överrepresenterad bland spelmissbrukare (Statens folkhälsoinstitut, 2010). En stor majoritet av deltagarna har varit kvinnor (90 procent) och även om orsakerna till detta är okänt och kan bero på att samplet varit litet och att det har varit snedfördelat har Pedersen och Paves (2014) i en studie funnit att män finner det mer stigmatiskt att söka psykologisk behandling vilket skulle kunna förklara snedfördelningen.

Det faktum att en majoritet av deltagarna varit föräldrar till vuxna icke hemmaboende barn kan ha inneburit att den anhöriga haft svårigheter med vissa av övningarna, en del av övningarna är till exempel inriktade på vardagliga aktiviteter och i vissa fall har det funnits stora geografiska avstånd mellan den medverkande anhöriga och spelmissbrukaren. Detta kan ha påverkat de medverkande anhöriga då dessa inte kunnat genomföra vissa övningar och att man inte har någon daglig kontakt med spelmissbrukaren och i något fall har man endast haft en sporadisk kontakt. Även om det inte varit en av frågeställningarna med studien visar resultatet att deltagare som är sammanboende med spelaren får en större förbättring i depression och generaliserad ångestnivå än deltagare som inte är sammanboende med spelaren. Detta ligger i linje med vad Donker et al. (2013) fann nämligen att behandlingsutfall för internetbehandling påverkas av hur väl deltagaren tycker att behandlingen stämmer in på deras situation. Tidigare studier (Hodgins et al., 2007) har inte funnit några signifikanta skillnader om deltagaren och den anhöriga spelaren är sammanboende eller inte, men dessa studier har inte fått några signifikanta resultat. Detta öppnar för möjligheten för framtida studier för att undersöka hur denna faktor påverkar behandlingen.

Hur situationen med att vara sammanboende eller inte med den anhöriga spelaren eller inte har påverkat deltagarnas motivation kan man endast spekulera i men deltagare som inte är sammanboende har påpekat detta och uttryckt att detta har påverkat deras förmåga att genomföra övningar och dessa deltagare har även uttryckt att det har känts meningslöst att genomföra övningarna då de bott på annan ort än den anhöriga spelaren och inte kunnat genomföra så mycket av övningarna som har gått ut på att genomföra gemensamma aktiviteter. Detta kan ha lett till en frustration och att man har övergivit programmet då man känt att man inte har fått ut det man velat av behandlingen eller kunnat genomföra övningarna.

Ytterligare en faktor att ta i beaktning är att deltagarna får uppskatta den anhöriges spelmissbruk och att detta kan ske godtyckligt, även om PGSI är ett validerat instrument (Ferris & Wynne, 2001) är det inte utformat för att skatta någon annans missbruk. Då det är en uppskattning som görs av hur mycket som den anhöriga spelmissbrukaren spelar är det inte otänkbart att spelarens problem antingen överdrivs eller underskattas och att någon av deltagarnas anhörig egentligen haft större eller mindre problem med spelande

än vad som har uppskattas. Detta är naturligtvis ett större problem när den anhöriga är någon annan än partner och där det är naturligt att man inte haft lika stor inblick i spelarens ekonomi eller privatliv, vilket även har påpekats av föräldrar till vuxna icke-hemmaboende barn. Oavsett om man använder de äldre diagnoskriterierna från spelmani ur DSM-IV (American Psychiatric Association, 2002), eller de nya diagnoskriterierna från DSM-5 för hasardspelsyndrom (Folkhälsomyndighetens hemsida, 2015) ingår det i bägge kriterierna att spelaren ljuger och döljer vidden av sitt spelande och naturligtvis finns det även möjligheten att spelaren har vunnit pengar under perioden som mätningarna har pågått, något som ytterligare försvårar en uppskattning om hur mycket spelaren har spelat för.

Om huruvida det finns andra faktorer bakom spelarens spelande kan vara oklart för anhöriga. Det kan vara så att spelaren till exempel lider av en psykos eller bipolär sjukdom kan detta vara en förklaring till att spelaren helt plötsligt spelar bort en stor summa pengar och försätter sig själv i skuld utan att för den skull lida av ett spelberoende (Quilty, Mehra, Toneatto, Bagby, 2010), studier visar även att medicinering mot bipolär sjukdom kan trigga spelproblem (Gabariau et al., 2014). Bipolär sjukdom och psykosepisoder har visserligen varit ett exkluderingskriterium men det behöver inte vara helt klart för den anhöriga att spelaren lider av någon av dessa sjukdomar. Även andra psykiska tillstånd kan förklara att spelarens spelande. En neuropsykiatrisk funktionsstörning som till exempel någon form av autismspektrumstörning, bristande kognitiv förmåga etc. skulle teoretiskt kunna ligga bakom spelandet och kunna förklara spelandet genom att spelaren kanske inte har haft förståelse för hur mycket pengar spelats bort, detta utan att vara spelmissbrukare enligt den definition som Statens folkhälsoinstitut (2010) har.

Implikationer och framtida forskning

Studien är en pilotstudie inför en större studie och genomfördes primärt för att hitta fel, brister och buggar i den behandlingsplattform som var tänkt att användas inför den större kommande studien och flertalet förändringar, förbättringar och buggfixar har redan implementerats i programmet. Resultatet i studien ligger dock i linje med tidigare forskning (Hodgins et al. 2007) även om det inte finns några signifikanta förbättringar. Dock tyder resultatet på att det finns ett behov bland anhöriga till spelmissbrukare och spelberoende att kunna påverka sin situation och relation till spelaren, oavsett vilka motiven har varit. Att de flesta medverkande har varit kvinnor och många har varit föräldrar till vuxna barn öppnar för att utforska dessa aspekter närmare.

För Anhörigprogrammet kan en bättre utformad ansökning och screeningsprocess med mer djupgående information skulle kunna stärka och förtydliga de förväntningar och förhoppningar de som ansöker till att medverka i Anhörigprogrammet har. Vidare forskning bör undersöka om sammanboende har någon effekt på resultatet och om man bör separera deltagare baserat på detta. I Anhörigprogrammet har man valt att inte exkludera någon för att de enbart har en begränsad kontakt med den anhörige, något som

trots att det är en godhjärtad handling kan innebära att resultatet inte blir representativt för behandlingsmetoden.

Referenslista

- Abbott, M., Volberg, R. (2001). *What do we know about gambling and problem gambling in New Zealand? Report number 7 of the New Zealand Gaming survey*. Department of internal affairs, Wellington, New Zealand.
- Andersson, G. (2009). Using the internet to provide cognitive behaviour therapy. *Behaviour research and therapy*, 47(3), 175-180.
- American Psychiatric Association. (2002). *MINI-D IV Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR*. Pilgrim Press, Danderyd.
- Armijo-Olivo, S., Warren, S., Magee, D. (2009). Intention to treat analysis, compliance, drop-outs and how to deal with missing data in clinical research: a review. *Physical Therapy Reviews* 14. 36-49.
- Bland, R., Newman, S., Orn, H., Stebelsky, G. (1993). Epidemiology of pathological gambling in Edmonton. *The Canadian journal of psychiatry*. 38(2), 108-112.
- Bodin, M. *The Minnesota model treatment for substance dependency: program evaluation in a Swedish setting*. Oppublicerad doktorsavhandling, Karolinska institutet.
- Carlbring, P., Degerman, N., Jonsson, J., Andersson, G. (2012). Internet-based treatment of pathological gambling with a three-year follow-up. *Cognitive behaviour therapy*, 4(4), 321-334.
- Carlbring, P., Smit, F. (2008). Randomized trial of internet-delivered self-help with telephone support for pathological gamblers. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(6), 1090-1094.
- Cunningham, J. (2005). Little use of treatment among problem gamblers. *Psychiatric Services*, 56. 1024-1025.
- Darbyshire, P., Oster, C., Carrig, H. (2001). The experience of pervasive loss: Children and young people living in a family where parental gambling is a problem. *Journal of gambling studies*, 17(1), 23-45.
- Derevensky, J., Gupta, R. (2007). Internet gambling amongst adolescents: a growing concern. *International journal of mental health and addiction* 5(2). 93-101.
- Djävulsdansen – Avsnitt 1 | SVT play (2014). Besökt 19 december 2014 på: <http://www.svtplay.se/video/2329742/djavulsdansen/avsnitt-1>
- Donker, T., Batterham, P., Warmerdam, L., Bennett, K., Bennett, A., Cuijpers, P., Griffiths, K., Christensen, H. (2013). Predictors and moderators of response to internet-delivered interpersonal psychotherapy and cognitive behavior for depression. *Journal of affective disorders*. 343-351.
- Downs, C & Woolrych, R. (2010). Gambling and debt: the hidden impacts on family and work life. *Community, Work & Family*, 13(3), 311-328.
- Ferris, J. & Wynne, H. (2001) The Canadian Problem Gambling Index: Final Report
- Folkhälsomyndigheten (2015). *DSM-5*. Besökt 8:de maj 2015 på: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/spelprevention/spelproblem/om-spelproblem/matinstrument/dsm-5/>
- Gaboriau, L., Victorri-Vigneau, C., Gérardin, M., Allain-Veyrac, G., Jolliet-Evin, P., Grall-Bronnec, M. (2013). Aripiprazole: A new risk factor for pathological gambling? A report of 8 case reports. *Addictive behaviors* 39 (3). 562-565.
- Hendrick, S., Dicke, A., Hendrick, C. (1998). The relationship assessment scale. *Journal of social & personal relationships* 15(1). 137-142.

Kendra, M., Wiengardt, K., Cucciare, M., Timko, C. (2015). Satisfaction with substance use treatment and 12-step groups predicts outcomes. *Addictive Behaviors* 40 (1). 27-32.

Hodgins, d., Toneatto, T, Makarchuk, K, Skinner, W, Vincent, S. (2007). Minimal treatment approaches for concerned significant others of problem gamblers: a randomized controlled trial. *Journal of gambling studies*, 23(2), 215-230.

Kroenke, K., Spitzer, R., Williams, J. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*, 16(9). 606-613.

Ladouceur, R. (2005). Controlled gambling for pathological gamblers. *Journal of gambling studies*, 21(1), 49-59.

Lorenz, V., Shuttlesworth, D. (1983). The impact of pathological gambling on the spouse of the gambler, *Journal of community psychology*, 11(1), 67-76.

Lobsinger, C., Beckett, L. (1996). *Odds on to break even: a practical approach to gambling awareness*. Kingston, Australia: Relationships Australia Inc.

Lorenz, V., Yaffee, R. (1988). Pathological gambling: Psychosomatic, emotional and marital difficulties as reported by the spouse. *Journal of gambling studies*, 4(1), 13-26.

Lotteriinspektionen (2014). *Statistik. Besökt 3:e december 2014 på <https://www.lotteriinspektionen.se/sv/Om-oss/Statistik/>*

Lotteriinspektionen (2015). Spelmarknadens utveckling i Sverige och internationellt 2014. Lotteriinspektionen Strängnäs.

Makarchuk, K., Hodgins, D., Peden, N. (2002). Development of a brief intervention for concerned significant others of problem gamblers. *Addictive disorders & their treatment*, 1(4), 126-134.

Meyers, R., Roozen, H., Smith, J. (2011). The community reinforcement approach: An update of the evidence. *Alcohol research & health*, 33(4), 380-388.

Meyers, R., Smith, J., Lash, D. (2005). A program for engaging treatment-refusing substance abusers into treatment: CRAFT. *International journal of behavioral consultation and therapy*, 1, 90-100.

Miller, W., Rollnick. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York, NY: The Guilford Press.

Muelleman, R., DenOtter, T. (2002). Problem gambling in the partner of the emergency department patient as a risk factor for intimate partner violence. *Journal of emergency*, 23(3), 307-312.

Newman, M., Szkodny, L., LLera, S., Przeworski, A. (2010). A review of technology-assisted self-help and minimal contact therapies for anxiety and depression: Is human contact necessary for therapeutic efficacy?. *Clinical Psychology review* 31(2011). 89-103.

O'Farrell, T.m Murphy, M. (2010). Behavioral family counseling for substance abuse: A treatment development pilot studie. *Addictive behaviors*, 35(1), 1-6.

Pedersen, E., Paves, A. (2014). Comparing perceived public stigma and personal stigma of mental health treatment seeking in a young adult sample. *Psychiatric research* 219. 143-150

Quilty, L., Mehra, P., Toneatto, T., Bagby, M. (2010). Impulsivity and pathological gambling across depressive versus bipolar disorders. *International Gambling Studies* 10 (1). 81-90.

- Roozen, H., de Waart, R., van der Kroft, P. (2010). Community reinforcement and family training: An effective option to engage treatment-resistant substance-abusing individuals in treatment. *Addiction, 105*(10). 1729-1738.
- Ruff, S., McComb, J., Corker, C., Sprenkle, D. (2010). Behavioral couples therapy for treatment of substance abuse: A substantive and methodological review of O'Farrell, Fals-Stewart, and colleagues' program of research. *Family Process 49*(4). 439-456.
- Skinner, B., F. (1977). The experimental analysis of operant behavior. *Annals of the New York Academy of Sciences, 291*. 374-385.
- Smith, J., Campos-Melady, M., Meyers, R. (2009). CRA and CRAFT. *Journal of behavior analysis in health, sports, fitness and medicine, 1*(2). 5-32.
- Spitzer, R., Kroenke, K., Williams, J., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives Of Internal Medicine, 166*(10). 1092-1097.
- Statens folkhälsoinstitut (2010). Spel om pengar och spelproblem i Sverige 2008/2009. Huvudresultat från SWELOGS befolkningsstudie. Östersund.
- Svensson, J., Romild, U., Shephardson, E. (2013). 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, 13*(1087).
- Titov, N., Dear, B. McMillan, D., Anderson, T., Zou, J., Sunderland, M. (2011). Psychometric Comparison of the PHQ-9 and BDI-II for Measuring Response during Treatment of Depression. *Cognitive Behaviour Therapy, 40*(2). 126-136.
- Weinstock, J., Whelan, J., Meyers, A. (2004). Behavioral assessment of gambling: an application of the timeline followback method. *Psychological Assessment, 16*(1), 72-80.
- Yakovenko, I., Quigley, L., Hemmelgarn, B., Hodgins, D., Ronksley, P. (2014). The efficacy of motivational interviewing for disordered gambling: Systematic review and meta-analysis. *Addictive Behaviors 43*. 72-82.
- Öst, L. (2014). *KBT inom psykiatrin*. Stockholm: Natur & Kultur.