



A-terapeutens professionella förmåga att effektivt matcha behandling för spelberoende

Författare Andreas Nordberg

Examensarbete i ATU åk 3
för Dipl. A-terapeut SJI,
alkohol och drogterapeututbildningen

2024 06 15

Bergströms Kunskapsföretag AB
Domherregatan 27
235 37 Vellinge
08-642 42 88
www.bergstroms.se

Titel	A-terapeutens professionella förmåga att effektivt matcha behandling för spelberoende
Författare	Andreas Nordberg Tankegången 12, 25451 Helsingborg 0793544100 / andreasnordberg@bahnhof.se
Utbildning	Diplomerad A-terapeut SJI, ATU, alkohol och drogterapeututbildningen, åk 3
Handledare	Anna Seth
Examinator	Anna Seth
Adress	Bergströms Kunskapsföretag AB, Domherregatan 27, 235 37 Vellinge 08-642 42 88, www.bergstroms.se
Datum	2024-06-15

Sammanfattning

Syftet med denna uppsats var att definiera spelproblematik och att undersöka hur A-terapeuten, genom användning av bl.a. Matchningsmodellen, kan anpassa behandlingen för spelberoende utifrån klientens individuella behov. Metoden utgörs av en hermeneutisk kvalitativ litteraturstudie. Denna studie bidrar till en djupare förståelse av hur A-terapeuten kan använda matchningsmetoder för att effektivt matcha behandling för spelberoende, vilket har viktiga implikationer för både klinisk praxis och framtida forskning inom området.

Nyckelord

Meningsfullhet, insikt, diagnostik, ångest, spelberoende, matchning, behandlingsvetenskap.

Innehållsförteckning

1. Inledning	4
2. Bakgrund	4
2.1 Spelprevention - Spel om pengar i ANDTS-strategin 2022–2025	
2.2 Problem med spel om pengar – olika benämningar	
2.2.1 Spelberoende	5
2.2.2 Spelberoende? Här är de tydligaste tecknen	
2.2.3 Riskfaktorer	6
2.3 Diagnossystem	
2.3.1 Hasardspelsyndrom 312.31 (DSM-5)	7
2.4 Jellineks diagnostik	
2.4.1 Alfa	
2.4.2 Beta	8
2.4.3 Gamma	
2.4.4 Delta	
2.4.5 Epsilon	
2.5 Samsjuklighet	
2.5.1 Personer med samsjuklighet	9
2.6 Matchningsmodellen – effektiv behandling av spelberoende utifrån klientens behov	
2.6.1 Matchningsmodellens vetenskapssyn	10
2.6.2 RePro-konceptet – Matchningsmodellen	11
2.7 Ångest, stress och coping	
2.7.1 ANG COP – modell för ångesthantering	
2.8 Case management – A-Terapeuten som Case Manager	12
3. Syfte	13
4. Frågeställning	
5. Metod	
5.1 Datainsamling	
5.1.1 Inklusionskriterier	
5.1.2 Exklusionskriterier	
5.1.3 Dataanalys	
6. Resultat	
7. Diskussion	
7.1 Metoddiskussion	
7.2 Resultatdiskussion	14
8. Framtida värde	
8.1 Insikter	
8.2 Implikationer	
9. Litteraturlista	16

1. Inledning

Författarens namn är Andreas Nordberg och jag läser en treårig utbildning till A-terapeut på Bergströms kunskapsföretag AB. Ett genuint intresse kring spelproblematik och existentiell hälsa har funnits med mig genom många år. Under utbildningens gång har beroende och behandlingsvetenskap väckt stort intresse. Nyfikenheten kring olika syn på spelmissbruk/beroende och vikten i att återskapa balans i livet har föranlett denna uppsats.

2. Bakgrund

Spelandet har en mycket lång historia (svenskhistoria, 2023). Från tiden kring 2300 f.Kr. har det hittats en nedteckning i Kina som nämner spel om pengar. Men det är sannolikt att det startade tidigare än så. Ett mer organiserat spelande kom lite längre fram i historien. Det första spelhuset sägs ha byggts år 1638 i Venedig. Det var något som liknade ett kasino, även om spelen var annorlunda. Då handlade det om att erbjuda möjlighet till hasardspel under karnevalen och de spel som fanns var kortspel och lotterier. Det var på 1800-talet som kasinoverksamheten växte och spreds till många olika platser, vilket gick hand i hand med att människor nu började resa. Med kolonialismen och den stora utvandringen som skedde från Europa till USA och Kanada spreds spelkulturen även till Amerika under 1800-talet. Kasinon startades där och en del av de spel som vi ser som självklara på kasinon idag fick sin moderna form i 1800-talets USA. Ett exempel är det klassiska bordsspelet blackjack (a.a.). Vadslagning, även dobbel, är att satsa pengar på utfallet av en framtida händelse eller på en redan inträffad men okänd händelse. Att satsa på en viss händelse kallas också för att ingå ett vad. Vad kan träffas för nöjes skull mellan två privatpersoner, men det finns också kommersiella vadslagningsfirmor, bookmakers, som lever på att låta kunder ingå vad mot dem, vanligtvis genom en bettingsida online. Vadslagning, ofta i samband med *hasardspelande* (från franska *hasard*, slump, tillfällighet) kan leda till problemspelande eller spelberoende (wikipedia, 2023).

2.1 Spelprevention - Spel om pengar i ANDTS-strategin 2022–2025

Folkhälsomyndigheten har i uppdrag att stödja politiken inom områdena alkohol, narkotika, dopning, tobak och nikotin samt *spel om pengar* (folkhälsomyndigheten, 2023). Att minska skadeverkningarna av överdrivet spelande har varit ett folkhälsopolitiskt mål sedan 2003 (prop. 2002/03:35). Sedan 2018 är även spel om pengar inskrivet i socialtjänstlagen (SoL) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL), där det framgår att kommunerna ska förebygga och motverka spelmissbruk, på samma sätt som missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel (3 kap. 7§ SoL) samt aktivt motverka att barn och unga spelar om pengar (5 kap. 1§ SoL). Efter lagförändringarna i SoL och HSL fick arbetet med spel om pengar en ökad prioritet på lokal och regional nivå. Länsrapporten 2021 och andra kartläggningar av Folkhälsomyndigheten visar dock att det behövs mer arbete för att leva upp till lagkraven, särskilt vad gäller det förebyggande arbetet. Genom att inkludera spel om pengar i ANDTS-strategin 2022–2025 får det spelförebyggande arbetet bättre förutsättningar. Spel om pengar har inte varit inkluderat i tidigare strategier (2011–2015 och 2016–2020) (a.a.).

2.2 Problem med spel om pengar – olika benämningar

Det finns olika benämningar på problem med spel om pengar: spelproblem, spelberoende, spelmissbruk, spelmani, problemspelare eller hasardspelssyndrom (socialstyrelsen, 2018). Detta beror på att de delvis avser olika saker, men också på att begreppen används olika beroende på sammanhang. Gemensamt för begreppen är att de handlar om ett tillstånd där individen har svårt att kontrollera sitt spelande om pengar, trots uppenbara negativa konsekvenser. *Spelproblem* är en term som ofta används i forskningssammanhang för att beteckna när spelaren har bristande kontroll över sitt spelande och när spelandet ger

upphov till påtagliga negativa konsekvenser. Spelproblem är ingen psykiatrisk diagnos utan ett allmänt begrepp som kan antas innefatta både de som uppfyller kriterierna för hasardspelssyndrom (se nedan) och personer med mindre omfattande problem.

Problemspelande. Begreppet används ofta i rapporter som baserar sig på befolkningsstudier från t.ex. Folkhälsomyndigheten. Kategorin problemspelare består av två delar: de som bedöms ha spelproblem och de som anses ha en moderat risk för att ha spelproblem. *Spelmissbruk.* Termen används ofta för att beskriva negativa konsekvenser av spel, men saknar formell definition. Traditionellt sett har termen missbruk syftat på de negativa sociala konsekvenserna medan beroende har använts för att beskriva biologiska och medicinska aspekter. *Spelberoende.* *Hasardspelsyndrom* är den kliniska diagnosen i den psykiatriska diagnosmanualen Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition (DSM-5) och avser i allmänhet den grupp som har allra störst problem på grund av sitt spelande. Hasardspelssyndrom ingår i kapitlet substansbrukssyndrom och består av nio diagnoskriterier vilka beskrivs nedan under rubriken "2.3.1 Hasardspelsyndrom 312.31" (a.a.).

2.2.1 Spelberoende

Spelberoende, spelmissbruk, patologiskt spelande eller ludomani är ett psykologiskt eller socialt beroende av hasardspel (wikipedia, 2023). Det kallas även hasardspelsyndrom i psykiatriska sammanhang. Spelberoende är en form av impulskontrollstörning, liksom kleptomani och pyromani. I likhet med andra impulskontrollstörningar delar personer med spelberoende en del generella symtom med substansberoende: till exempel är det vanligt att behöva spela med allt större summor för att uppnå samma kick, och en del spelberoende berättar även om abstinensliknande symtom, som rastlöshet och irritabilitet. Att regelbundet ägna sig åt hasardspel är inte nödvändigtvis spelberoende, inte ens om det är ett högriskbeteende, det kan vara en del av en livsstil. Ett spelande är patologiskt, det vill säga sjukt, enligt ICD-10 när det upptar en alltför stor del av personens liv, och personens liv raseras på grund av spelandet. Beroendet kännetecknas också av att personen innan spelet får en prodrom, en förfas som i detta fall kännetecknas av en ökad spänning. Vid spelet upplever den drabbade en kick, och efteråt en lättnad. Hasardspel kan motiveras med att det ger självförverkligande (vid vinst), men för den som har ett spelberoende är spelandet i sig självt viktigare än vinsten. Spelberoendet kan leda till att personen börjar ljuga om skulder och spel för anhöriga, att personen blir aggressiv när spelandet och dess konsekvenser ifrågasätts, och att impulsen att spela inte kan kontrolleras - spelet har övertagit viljan, viljan kan inte kontrollera impulsen att spela. Till skillnad från tvångssyndrom är inte spelberoendet ångestfyllt så länge som personen ger vika för impulsen att spela (ångest kan dock uppkomma för de konsekvenser som spelet leder till). Personer med affektiva störningar kan få liknande manier. För dessa personer är inte spelandet i sig grunden till sjukdomen - när en person med affektiv störning slutar spela letar personen efter en annan mani. För en person med spelberoende däremot, är personen botad när personen slutar spela. Likaså kan personer med antisocial personlighetsstörning spela bort pengar, men dessa saknar den skuldkänsla som personer med spelberoende får inför dem som drabbas av beroendet. I likhet med andra impulskontrollstörningar, kan spelberoende bero på hämmade drifter, till exempel aggression (a.a.). Spelberoende räknas in i gruppen processberoenden. I denna grupp hittar vi personer som är beroende av ett beteende snarare än en substans. Användningen av substanser och spel om pengar är faktiskt så lika varandra, att sjukdomen omklassificerades i den senaste utgåvan av diagnosmanualen DSM-V från en impulskontrollstörning till en substansanvändning och beroendestörning (beroendekliniken, 2023).

2.2.2 Spelberoende? Här är de tydligaste tecknen

Penningspelandet bygger på drömmar och det är mänskligt att hoppas på den stora chansen att ta sitt liv till en annan nivå (folkhälsan, 2023). Samtidigt kan spel också vara ett oproblematiskt tidsfördriv, något kul som man också kan göra tillsammans. Spelberoendet

är lätt att dölja, eftersom det inte luktar eller syns på samma sätt som andra beroenden. Skammen gör det också svårt att prata om. De negativa följderna av spelproblem rör ofta ekonomin, studierna eller arbetslivet och den fysiska och psykiska hälsan.

– Spel är ett intressant beroendeproblem eftersom man måste lära sig det socialt – det är inte en kunskap vi föds med. Vi lär oss logiken i lekar och spel, och det är en viktig del av vad vi är som människor, säger Matilda Hellman. Spel vi tycker är givande ger oss belöning och tillfredsställelse som vi gärna söker oss tillbaka till. Med tiden bygger vi upp ett behov av att göra det mer och mer och oftare och oftare. När behovet och längtan att spela är så stort att vi har svårt att koppla bort det, och det påverkar och skapar problem på andra, viktigare livsområden, kan man börja tala om ett slags beroende. Spelproblem är ett stort område med olika dimensioner: man spelar olika spel och av olika orsaker och folk lider av olika slags problem. Spelens tillgänglighet och synlighet är en faktor som påverkar hur mycket vi spelar. I samband med att också spelindustrin tog klivet ut på internet har tillgängligheten till nätbaserade spel dessutom blivit helt och hållet gränslös. De digitala spelen är tillgängliga så gott som var som helst dygnet runt och appar som plingar och påminner gör dem svåra att motstå. Hur vet du då om du lider av spelproblem eller till och med ett beroende? De första och tydligaste varningstecknen gäller tid och pengar. Penningssummorna kan variera mycket, eftersom olika spelare har olika ekonomi, men i det skede du spelar mer än du hade tänkt dig eller har råd med är det dags att reagera. Om spelandet sväljer så pass mycket pengar att du börjar dra ner på andra nödvändiga utgifter, lånar pengar eller försöker vinna tillbaka de förlorade pengarna kan det också vara ett varningstecken. Tidsanvändningen är en annan tydlig markör. Om du spelar för mycket, kan det hända att arbetet eller studierna lider, eller att du minskar på hobbyer eller umgås mindre med familj eller vänner. Kanske du tänker på spelande så gott som hela tiden eller blir irriterad om någon avbryter ditt spelande, eller så döljer du ditt spelande för andra (a.a.).

2.2.3 Riskfaktorer

Det finns flera riskfaktorer som påverkar om individen utvecklar ett missbruk (skadligt bruk) eller beroende (vårdochinsats, 2024). Generella riskfaktorer för de flesta beroendesyndrom är: ärftlighet, tidig debut, stress som kan orsakas av instabil livssituation, utanförskap, våld/utsatthet, ekonomiska problem, ohälsa etcetera, psykiska problem eller psykisk ohälsa, somatiska sjukdomar, annat missbruk (skadligt bruk) eller beroenden, otrygg psykosocial miljö. Specifika riskfaktorer för missbruk eller beroende av spel är: spel om pengar under skol- eller arbetstid, otrygga uppväxtförhållanden, frekvent TV- eller datorspelande, närstående som spelar om pengar, vänner som tycker att spel om pengar är viktigt, hög impulsivitet och en tro på att spelandet leder till ökad inkomst, stora, omvälvande livshändelser som separation eller dödsfall, tidigare spelproblem, medicinering med vissa typer av läkemedel. Riskspel är snabba spel med kort tid mellan insats och resultat eller spel där skicklighet kan öka chansen att vinna. Även ljud och ljuseffekter under spelet innebär ökad risk. Exempel på riskspel är internetcasinon, spelautomater och livebetting. Att spela på de typer av spel som benämns som riskspel innebär en ökad risk för spelberoende (a.a.).

2.3 Diagnossystem

Med systemets hjälp ska man kunna avgöra vilka diagnoser som kan vara aktuella i de individuella fallen. De tre diagnossystem som används är **ICD** (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems). ICD är Världshälsoorganisationens (WHO:s) klassificeringssystem för olika diagnoser. ICD är den accepterade metoden att klassificera sjukdomar för epidemiologiska, statistiska och diagnostiska syften (wikipedia 2020). **DSM** (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) är en handbok för psykiatri, som innehåller standarddiagnoser för psykiatriska sjukdomstillstånd och störningar (wikipedia, 2022). **Jellineks typologi/diagnostik** som grundar sig på omfattande klinisk erfarenhet och innehåller fem huvuddiagnoser och

benämns *Alfa*, *Beta*, *Gamma*, *Delta* och *Epsilon*. Kriterier och test har sammanställts av bland andra Pedagogisk Konsult Lennart Bergström, Stockholm (1984) (Bergströms, 2015). Mer ingående om Jellineks diagnostik finns nedan under rubriken 2.4. Samtliga DSM-diagnoser och förloppsspecifikationer tillsammans med ICD-diagnoser och Jellineks diagnostik i klientakter och intyg används av allt fler A-terapeuter. Därmed ökar säkerheten i diagnosställandet väsentligt (Bergströms, 2010, 2015).

2.3.1 Hasardspelsyndrom 312.31 (DSM-5)

För att få diagnosen hasardspelsyndrom krävs det att personen har ett ihållande och upprepat problematiskt hasardspel som leder till kliniskt signifikant funktionsnedsättning eller lidande, vilket visar sig i minst fyra av kriterierna under en 12-månadersperiod (folkhälsomyndigheten, 2023). 1. *Upptagenhet*. Tänker ständigt på spel, till exempel är upptagen av att tänka på tidigare spelupplevelser, av att planera nästa speltillfälle eller av att fundera över hur man kan skaffa pengar att spela med. 2. *Tolerans*. Behöver spela med allt större summor för att uppnå den önskade spänningseffekten. 3. *Kontrollförlust*. Har flera gånger misslyckats med att kontrollera, begränsa eller sluta upp med sitt spelande. 4. *Abstinens*. Blir rastlös eller irriterad vid försök att begränsa eller sluta upp med sitt spelande. 5. *Flykt*. Spelar för att slippa tänka på sina problem eller för att söka lättnad från nedstämdhet, till exempel hjälplöshetskänslor, skuld, ångest, depression. 6. *Jagar förluster*. Återvänder en annan dag för att vinna tillbaka bortspelade pengar. 7. *Lögner*. Ljuger för anhöriga, terapeuter eller andra personer för att dölja vidden av sitt spelande. 8. *Sociala konsekvenser*. Har äventyrat eller förlorat någon viktig personlig relation, anställning, utbildnings- eller karriärmöjlighet på grund av sitt spelande. 9. *Ekonomiskt beroende*. Förlitar sig på att andra kan ordna fram pengar för att lösa en ekonomisk krissituation som uppstått på grund av spelandet.

4–5 uppfyllda kriterier = lindrig grad. 6–7 uppfyllda kriterier = medelsvår grad. 8–9 uppfyllda kriterier = svår grad (a.a.).

2.4 Jellineks diagnostik

E.M. Jellinek var en österrikisk-amerikansk psykiater, sociolog och alkoholforskare (Bergströms, 2010, 2015). Han var pionjär inom studiet av alkoholberoende och spelade en viktig roll i att definiera begrepp och modeller för att förstå och behandla alkoholism. Han studerade alkoholismens epidemiologi och skapade *Jellinek kurvan* utifrån intervjuer gjorda med ca 2000 tillnyktrade alkoholister. Kurvan tydliggör att tillståndet har många faser och orsaker, som blir sämre och sämre hos den aktive alkoholisten/spelaren. RePro-konceptet (rubrik 2.6.2) används ofta i samband med Jellineks diagnostik. Utvecklingen psykiskt, socialt och ekonomiskt går nerför. Jellineks diagnostik innehåller fem huvuddiagnoser för missbruk och beroende av alkohol/spel, dessa benämns som *Alfa*, *Beta*, *Gamma*, *Delta* och *Epsilon*. I dessa fem olika diagnoser ser drickes/spelmönstret olika ut för alkoholisten/spelaren. Jellinek diagnostiken har använts sedan början på 1980-talet på tusentals klienter. Om man förutsätter att missbruk och beroende är ångestsyndrom kan förklaringen till bisarra konsumtionsmönster stå att finna i detta förhållande. Genom att jämföra klientens beteende med beskrivningar av olika ångesttillstånd, sedda med matchningsmodellens ögon kan man troligen hitta de korrekta diagnosbeskrivningarna (a.a.).

2.4.1 Alfa

Alfamissbruk är en typ av missbruk som innebär att relativt unga människor dricker/spelar för mycket (Bergströms, 2015). Sociala skador kan uppstå men missbrukaren kan fortfarande ändra på sitt drickes/spelbeteende så att de sociala skadorna avtar eller försvinner helt. Alfamissbrukaren kännetecknas av ett lätt omoget/slarvigt beteende. En alfamissbrukare kan använda alkohol/spel som medicin och lider troligtvis av någon psykisk problematik utan att för den skull vara "sjuk". Man kan med fördel studera personlighetsdiagnostiken som finns i DSM-5 och ICD-10 som klargör kriterierna

ytterligare. Beteckningen “antisocial” eller narcissistisk” personlighetsstörning/syndrom kan ofta förknippas med Alfadiagnosen. Generalkriteriet för Alfa är *psykiska störningar eller obehag* (a.a.).

2.4.2 Beta

Betamissbrukaren är i regel en person med en konsumtion som medför sociala eller medicinska problem (Bergströms, 2015). Personen själv ser sin konsumtion som medicinering mot t.ex. förslitningsskador, värk eller andra handikapp. Typexempel är att betamissbrukaren är en äldre person som oftast är mer socialt etablerad än alfamissbrukaren. Betamissbrukaren kan ändra på sitt drickes/spelbeteende, förslagsvis med hjälp av en A-terapeut som kontrollerar att utvecklingen går på rätt håll. Generalkriteriet för Beta är *medicinska skador eller obehag* (a.a.).

2.4.3 Gamma

Gamma alkoholismen/spelaren delas in i tre faser (Bergströms, 2015). I första fasen finns inget beroende men klienter som diagnostiseras som Gamma I är i en alkoholism/spelkarriär. Vanliga kriterier i Gamma I är *ökad toleransnivå mot alkohol/spel och tankemässig koncentration på alkohol/spel*. I Gammamissbruket kan man oftast se medvetna tankar om alkoholen/spelet och dess positiva verkningar men där de negativa konsekvenserna utelämnas eller minimeras. Om inte klienten ändrar sitt drickes/spelbeteende till minskad konsumtion alternativt avstår från alkohol/spel kommer klienten att fortsätta i karriären. I andra fasen av Gamma etableras beroendet. Missbruket övergår i beroende för en del men tidpunkten kan skifta högst väsentligt, i regel kan det ta 10–15 år innan beroendet är ett faktum. Kriterier i Gamma II är bortförklaringar, aggressioner, känsligt samtalsämne, storslaget beteende, maktlös inför alkohol/spel, använder alkohol/spel som medicin, ond cirkel, självömkan, rädsla, förföljelsetankar, ångest och *kontrollförlust* som är generalkriteriet för Gamma II innan beroende har utvecklats. I Gamma III som avslutar karriären, upplever klienten en osäkerhet i livet och ett ångesttillstånd som klienten inte längre kan dämpa med alkohol/spel. Livet blir mer svårhanterligt och risken i denna fas är stor för suicid eller andra destruktiva handlingar. Kriterier i Gamma III, geografisk flykt, problem på arbetet, moraliskt sammanbrott, ökad tolerans mot alkohol/spel, förlorad motorisk koordinationsförmåga, sjukdomar relaterade till sömnsvårigheter, högt blodtryck, magsår etc. (Bergström, 2015).

2.4.4 Delta

Deltaalkoholism/Deltaspelare karaktäriseras av daglig konsumtion av alkohol/spel, och alkoholisten/spelaren kan inte avstå från att dricka/spela (Bergströms, 2015). Deltaalkoholism/deltaspelare finns på två nivåer; där skillnaden på dessa två nivåer märks i det dagliga livet. Vissa dricker/spelar mer och vissa dricker/spelar mindre. På nivå ett är konsumtionen inte påtagligt hög, dock ställer konsumtionen till det för alkoholisten/spelaren på flera olika områden, såsom medicinskt, psykologiskt, socialt eller existentiellt. På nivå två dricker/spelar alkoholisten/spelaren märkbart mycket mer än på nivå ett och ställer till det för alkoholisten/spelaren inom samma områden som på nivå ett. Generalkriteriet för Delta är *oförmåga att avstå*. Övriga kriterier är ökad tolerans, nedsatt tankeförmåga, försämrat kortminne, förnekande av bruk/missbruk och längre minnesluckor (a.a.).

2.4.5 Epsilon

Epsilonbeteendet “periodare”, påminner om Gamma-alkoholism/spelare och kan vara en sen form av gammaberoende (Bergströms, 2015). Det ändrar dock inte behovet av en särskild diagnos för beteendet då det skiljer sig markant från det övriga gammaberoendetillstånden på en viktig punkt, dödligheten. Epsilonbeteendet kännetecknas av *två till tre drickes/speltillfällen per år*, då med kopiöst mycket drickande/spelande (a.a.).

2.5 Samsjuklighet

Med samsjuklighet menas att en person samtidigt uppfyller diagnostiska kriterier för missbruk eller beroende och för någon annan form av psykisk störning. Psykisk sjukdom är vanligt bland personer med missbruk och beroende (socialstyrelsen, 2019). De vanligaste tillstånden är: depression, ångestsyndrom, bipolärt syndrom, neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, andra beroendesyndrom och personlighetsyndrom. Individer med spelberoende har upp till tre gånger så hög risk att ha en depression och tre gånger så hög risk att ha ångestsyndrom och upp till 15 gånger förhöjd suicidrisk (vårdochinsats, 2024). Flera studier har identifierat impulsivitet som ett mycket vanligt förekommande drag hos personer med spelproblem. Impulsivitet är även kännetecknande för ADHD och det finns ett samband mellan ADHD och spelproblem. Även antisocial personlighetsstörning och tvångssyndrom har i flera undersökningar visat sig vara samsjukligt med spelproblem (socialstyrelsen, 2018).

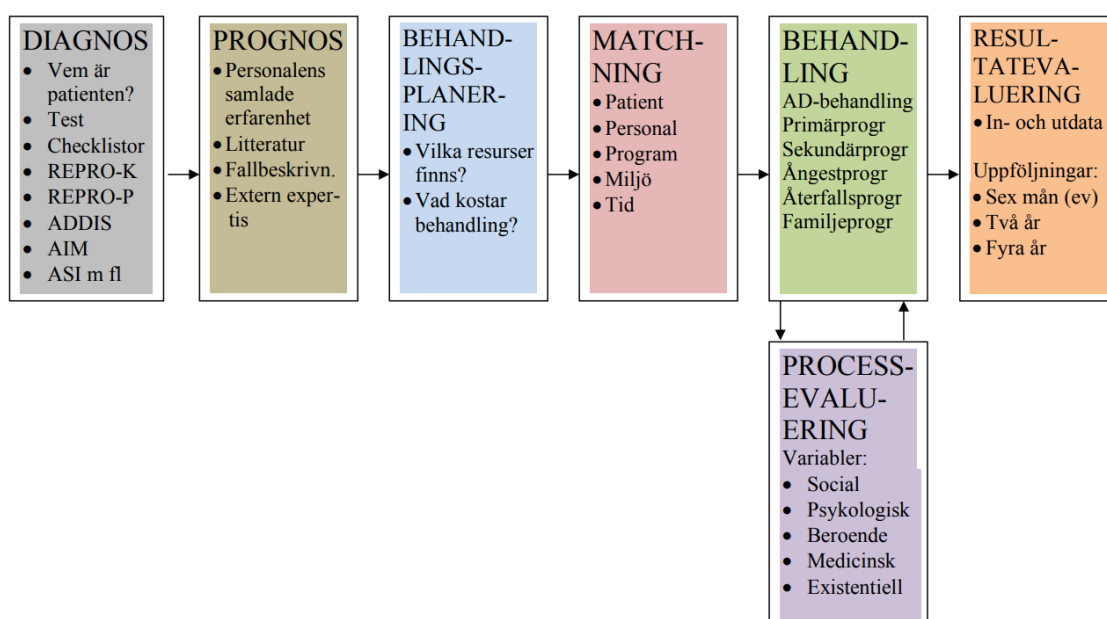
2.5.1 Personer med samsjuklighet

Personer med samsjuklighet utgör en heterogen grupp med varierande svårighetsgrad av missbruket eller beroendet och den psykiska sjukdomen (socialstyrelsen, 2019). Personer med samsjuklighet har en ökad risk för ett sämre förlopp. Även följsamhet till behandling och behandlingsresultat är sannolikt sämre om det också finns en samtidig psykisk sjukdom. Det är därför viktigt att samsjuklighet uppmärksammas och att personer med samsjuklighet får hjälp med båda tillstånden samtidigt. Däremot behöver man vid misstänkt samsjuklighet först utesluta att de psykiska symtomen inte enbart är substansrelaterade (a.a.).

2.6 Matchningsmodellen – effektiv behandling av spelberoende utifrån klientens behov

Matchningsmodellen - ett synsätt och ett förhållningssätt som disponerar insatser och behandlingsprogram avsedda att leda till god och effektiv behandling utifrån klientens behov (Bergströms 2010, 2015). Matchningsmodellen är en behandlingsvetenskaplig strukturerande modell som sträcker sig från första mötet med klienten till fyra år efter behandling.

Matchningsmodellens flödesschema



Matchningsmodellen består av olika faser; **Diagnos**, fem diagnosvariabler: beteende, psykologisk, medicinsk, social och existentiell. Under diagnosfasen kommer klienten i

kontakt med en mängd olika test och checklistor bl.a. RePro-K och RePro-P, (*RePro* = *Resultat-Process*), utförligare beskrivning finns under rubriken "2.6.2 RePro-konceptet". En översikt utgör det första steget i en SRS-behandling (SRS uttyds substansrelaterade störningar), oavsett vilken behandlingsmodell eller vilket program man än väljer. Diagnostik utgör förutsättningen för att behandlingsplanering, matchning och behandling ska kunna utföras framgångsrikt och med goda resultat. Under den diagnostiska processen skapas en relation till klienten, relevant information insamlas och systematiseras. Diagnostik innefattar undersökning, bedömning, igenkännande och beskrivning av ett visst sjukdomstillstånd. Diagnostik utgörs även av funderingar, antaganden eller rena frågeställningar. Diagnostik berör grundläggande och viktiga ämnesområden som fysik, biologi, etik, statistik, testologi och inte minst retorik. En diagnos är dynamisk utifrån hur man tolkar och benämner klientens sjukdomshistoria och/eller lidandeshistoria i samspel med en mängd olika tester och checklistor. I nästa steg delger man och diskuterar med klienten dennes problembeskrivningar och behoven. Diagnosen ska spegla klientens behov och är en förutsättning för riktad terapi och vårdplanering, den möjliggör utvärdering och vägleder i försök att meddela prognos. Diagnostik utgör i sig en hel vetenskap. **Prognos**, fem prognosvariabler: beteende, psykologisk, medicinsk, social och existentiell. Prognos för SRS måste grunda sig på ett multivariabelt förfaringsätt, liksom vid diagnostiseringen. Prognostik betyder "pro" *före* och "gnosis" *att veta*. En prognos är således en förutsägelse om hur klientens tillstånd troligen kommer att utvecklas men också hur slutresultatet blir av vård och behandling. Under prognosfasen beskrivs och utvärderas klientens problembeskrivningar och behov, klientens nuvarande tillstånd, ev. tidigare behandlingar och individuella faktorer. I prognosfasen görs en evidensbaserad bedömning av sannolikheten för att en klient framgångsrikt kan uppnå behandlingsmålen. **Behandlingsplanering**, minst fem planeringsvariabler: beteende, psykologisk, medicinsk, social och existentiell samt ytterligare variabler kan tillkomma. I behandlingsplaneringsfasen jämför man klientens behov med de resurser som finns tillgängliga. Därefter tas beslut om behandling ska ske i slutenvård, öppenvård, eller enskild behandling. Beslut tas även om flera organisationer/institutioner ska väljas. **Matchning**, är den sista delen av det så avgörande förarbetet innan behandlingen/terapin vidtar. I sak innebär matchning val av personal till en diagnostiserad klient vars problem och behov har blivit kända liksom målen för den kommande behandlingen och klientens behov. Dessutom görs en slutgiltig sannolikhetsbedömning om att nå behovstillfredsställelse och måluppfyllelse. **Behandling**, fem behandlingsvariabler: beteende, psykologisk, medicinsk, social och existentiell fördelade på olika parallella och seriella program. I behandlingsfasen tillkommer program-, miljö- och tidsvariabler samt evidens (personalens skicklighet). **Processevaluering och resultatevaluering**, minst fyra evalueringsvariabler: person, social, psykologisk, beroende, medicinsk, samhälls- och existentiell variabel. Avsikten med matchning är att sammanföra två eller flera objekt som passar tillsammans samt effektivisera till exempel ett arbete eller arbetsmoment genom att sammanföra olika kompetenser eller resurser. Arbete med matchning består därför huvudsakligen i problemlösning och resultat/effektstudier. Enligt Bergströms mening är den effektivaste metodiken för att behandla SRS-klienter enligt flödesschema en multivariat metod för diagnostik (syndromtänkande), prognos, behandlingsplanering, matchning, behandling, processevaluering, resultatevaluering samt olika kognitiva och existentiella behandlingar. Man måste veta vad man tänker göra innan man ger behandling. Detta är absolut fundamentalt (a.a.).

2.6.1 Matchningsmodellens vetenskapssyn

Matchningsmodellens vetenskapssyn grundar sig på ett antal med varandra besläktade teorier som visat sig vara värdefulla för det kliniska arbetet (Bergströms 2010, 2015). Idéer hämtade från olika delar av filosofi (inklusive vetenskapsteori) och psykologi. De olika delarna är utvecklingspsykologin och personlighetspsykologin, objektrelationsteorin, personlighetsstörningar, teorin om assimilation och ackommodation, konstruktteorin och

flera kognitiva idéer. Från dessa och angränsade teoribildningar har Matchningsmodellen också hämtat sina idéer om hur människan och individens öde kan beskrivas. God behandling kräver en sådan ingående beskrivning. Vikten ligger i några enkla och effektiva regler som kan spåras till Karl Poppers metavetenskapliga teorier (Karl Popper var en av de mest inflytelserika vetenskapsfilosoferna under 1900-talet, wikipedia 2022). För att få ordning på den teoretiska diskussionen om vilken modell eller vilket synsätt som är det rätta när det gäller SRS-behandling måste man utgå från en metateori. Ett annat från metateori avlett begrepp är metaanalys, man vill med detta åstadkomma kunskap om kunskap. Således hyllar Matchningsmodellen vetenskap och beprövad erfarenhet men också frihet i tolkning. Man kan sammanfatta det hela i en önskan att veta vad klienten tänker om sig själv, om sin omgivning och om sin framtid. Vägen dit består av analyser, metodval och avvägningar och en hel del pedagogiska samtal (Bergströms 2010, 2015).

2.6.2 RePro-konceptet - Matchningsmodellen

RePro är ett program för struktur och analys som använts under flera årtionden. I RePro-konceptets professionella arbetsmetoder finns effektiva verktyg att arbeta med i det dagliga arbetet (Bergströms 2010, 2015). Varje moment i matchningsmodellen bidrar mer eller mindre till att förstå klientens behov, bl.a. med hjälp av *RePro-instrument*. RePro-instrumenten består av inskrivningsblanketter, test- och checklistor, evalueringsprotokoll, arbetsblad med mera som rätt använda visar vilka områden klientens problem omfattar och ger stöd i behandling. Ett RePro-instrument kan innehålla en eller flera variabler som i sin tur innehåller ett antal undervariabler. RePro-konceptet består av cirka 200 instrument och är därmed det mest omfattade frågebatteriet på SRS-området. RePro-konceptet används ofta med Jellineks diagnostik (system för att klassificera och förstå spelmissbruk/beroende). RePro-konceptet är flexibelt och därmed utbyggbart, man kan enkelt kombinera det med andra på marknaden förekommande tester och checklistor (a.a.).

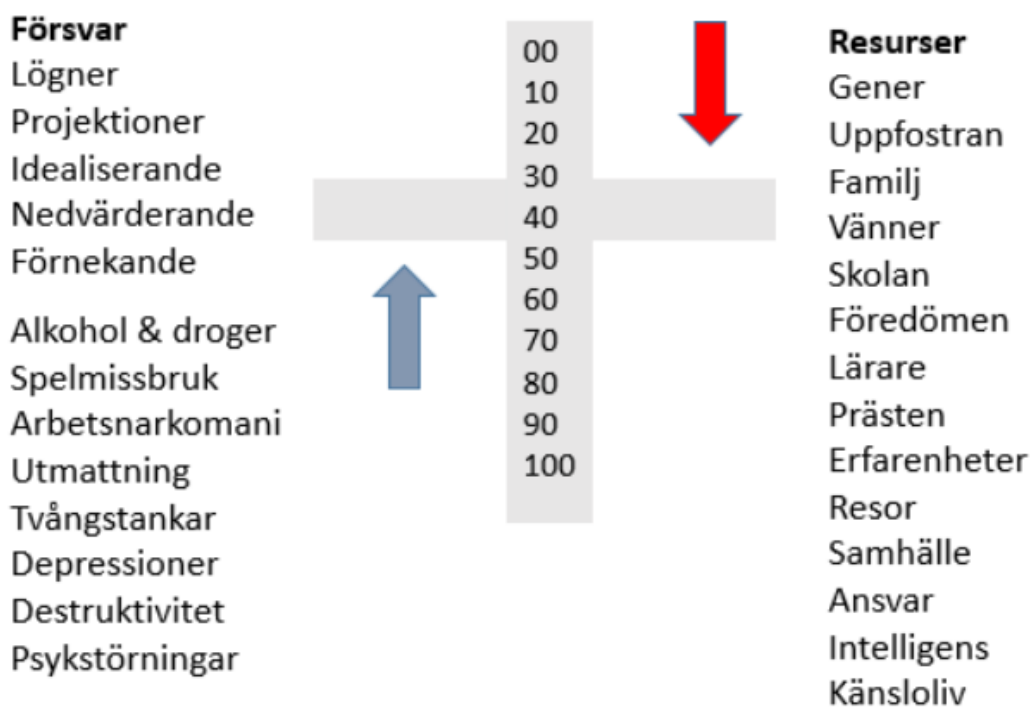
2.7 Ångest, stress och coping

Ångest är enligt behandlingsvetenskapen kort och gott en *signal på förändring* och när det framstår klart är ångest värdeneutralt (Bergströms, 2008, 2010). Den genomgående tanken är att människan triggas eller drivs att handla av ångest. Ångesten utgör en kraft till förändring om man kan hantera den. För att få lindring eller ändring från alltför litet eller alltför mycket ångest skapar människan, medvetet eller omedvetet, olika skydd eller försvar samt triggas för att förändra det aktuella oönskade ångestläget till ett önskat dito. Ångest är en existentiell entitet, inte en känsla. **Stress** är ett uttryck för "belastning". Stress betraktas som den uppvarvning som kroppen uppvisar när en människa ställs inför en utmaning eller ett hot, stress är värdeneutral. Stress kan även uppstå i samspelet mellan individ och omgivning. Stress utgör även ett sent stadium på en potentiell ångestskala och stressreaktionen kan bli skadlig när den är långvarig. Långvarig stress kan leda till flera olika kroppsliga och psykiska besvär som kan behandlas med multifaktoriell, flervariabelbehandling där kognitivt inriktad rådgivning/terapi och/eller existentiella frågor står i centrum för intresset. Om den långvariga stressen övergår till syndrom blir även sjukskrivning eller medicinering aktuellt (a.a.). **Coping** som begrepp betyder att klara av något på ett adekvat och konstruktivt sätt. Coping är att handskas med eller hantera ett problem eller en svårighet vare sig det sker konstruktivt, passivt eller rent av destruktivt. Coping kan även vara fysisk, psykisk och/eller social förmåga att leva med sjukdom eller funktionshinder. Denna betydelse är vanlig i svensk medicin och omvårdnad. Begreppet "coping" i denna betydelse spelar också en viktig roll inom stressforskning och rehabilitering (psykologiguiden, 2023).

2.7.1 ANG COP – modell för ångesthantering

ANGCOP är en modell för analys, behandlingsplanering, behandling och evaluering av ångest (Bergström, 2008, 2010). ANG COP är en sammansättning av orden "ångst", "anxiety" och "coping" och betyder ångesthantering. ANGCOP utgörs av ett antal

psykologiska bedömnings- och behandlingsinstrument som tillsammans utgör en praktisk hjälp för behandlare och klienter att förstå hur klientens ångest, resurser och försvar samverkar. Med hjälp av instrumenten kan klienten påverka sin ångest så att denna blir förstådd och därmed påverkbar och uthärdlig. I ANG COP används en skala från 0 till 100 för att mäta ångest, där 37 till 42 räknas som normal ångest. Med skalans hjälp går det även att gestalta både den existentiella ångesten och den situationella ångesten. Existentiell ångest är beroende av hela tillvaron för den enskilde, medan situationell ångest är mer beroende av vad som händer just nu. Coping innebär hur människan klarar av svårigheterna i livet; en människas samlade resurser för ångestbearbetning och ångesthantering. Coping är nödvändigt att förstås av dem som arbetar professionellt med klienters ångestproblematik. Man kan placera in copingbegreppet i ANG COP-modellen som en sammanställning av resurser och försvar på respektive sida av ångestskalan. På modellens högra sida finns resurser som tillsammans bildar resursbanken som människan förfogar över vid en viss tidpunkt. Till de vanligaste resurserna hör bland annat; kognitionsförmåga, emotionell begåvning, memoreringsförmåga, fysiska resurser, andlig/existentiell förmåga och sociala resurser. På modellens vänstra sida finns försvaren som är det människan tar till när resurserna inte räcker till för att upprätthålla ångestbalansen.



Summan av våra resurser och försvar anger i stort sett vår personlighet. Det finns i ANG COP-modellen fyra kontinuerliga nivåer av försvar; singulära försvar, multipla försvar, syndrom 1/störningsnivå och syndrom 2/sjukdomsnivå. Försvar är i ångestmening sådana argument och handlingar som människan tar till för att rättfärdiga eller förklara ställningstagande eller människans syn på en viss sak. Försvaren används som ett sätt att eliminera hoten mot ångestbalanseringen. Det avgörande vad gäller ångestbearbetning är om människan uppnår balans mellan försvaren och resurserna när den situationella ångesten av yttre eller inre anledningar ökar. I den balansakten kommer fördelningen av resurser och försvar vara av största betydelse. När ett beteende är så frekvent, en tankegång så plågsam eller en känsla så hotande att det psykiska lidandet är etablerat blir det nödvändigt att behandla detsamma. Oftast kan kognitiv eller existentiell psykoterapi rekommenderas (a.a.).

2.8 Case management – A-Terapeuten som Case Manager

Case management är ett samlingsnamn för flera typer av stödmodeller som innebär att insatser från olika aktörer samordnas för att säkerställa att alla arbetar mot klientens

uppsatta mål. I samtliga modeller har en vårdsamordnare, en så kallad Case manager, en koordinerande funktion med ansvar för att utredning, planering och adekvata insatser genomförs och följs upp med individen. Däremot skiljer sig de olika modellerna åt vad gäller intensiteten i kontakten, graden av samordning och Case managers roll i de behandlande och rehabiliterande insatserna (vårdochinsats, 2024). I den kliniska "Case management-modellen" har personen förutom det samordnande ansvaret också en viss behandlande roll, exempelvis vid social träning och familjestöd. I modellen för intensiv Case management är samordnaren ofta en samtidigt kliniskt verksam terapeut som har tät kontakt med ett relativt litet antal klienter (socialstyrelsen, 2019).

3. Syfte

Syftet med uppsatsen är att definiera spelproblematik och att illustrera hur A-terapeuten, genom användning av bl.a. Matchningsmodellen, kan anpassa behandlingar för spelberoende utifrån klientens individuella behov.

4. Frågeställning

Hur kan A-terapeuten, genom användning av Matchningsmodellen och andra strategier, effektivt anpassa behandlingar för spelberoende utifrån klientens individuella behov?

5. Metod

En hermeneutisk kvalitativ litteraturstudie användes för att utforska hur A-terapeuten kan anpassa behandlingar för spelberoende med hjälp av Matchningsmodellen och andra strategier.

5.1 Datainsamling

Data samlades in från vetenskapliga artiklar, böcker och andra relevanta källor som behandlade ämnet spelberoende och användningen av matchningsmetoder i terapeutiska sammanhang. Inklusions- och exklusionskriterier användes för att säkerställa att endast relevant och högkvalitativ litteratur beaktades.

5.1.1 Inklusionskriterier

Litteraturen skulle vara direkt relevant för ämnet spelberoende och användningen av matchningsmetoder i terapi. Endast vetenskapliga artiklar och böcker som genomgått granskning av experter eller akademisk peer review inkluderades. Endast material publicerat inom en specificerad tidsram, vanligtvis de senaste åren, beaktades för att säkerställa att den senaste forskningen tas med.

5.1.2 Exklusionskriterier

Material som inte direkt behandlade ämnet spelberoende och användning av matchningsmetoder exkluderades från studien. Ogranskade källor eller material av tvivelaktig vetenskaplig kvalitet uteslöts för att säkerställa tillförlitligheten och trovärdighet i resultatet.

5.1.3 Dataanalys

Den insamlade litteraturen analyserades och tolkades för att identifiera mönster, teman och insikter relaterade till användningen av Matchningsmodellen och andra strategier för behandling av spelberoende.

6. Resultat

Resultatet av den hermeneutiska kvalitativa litteraturstudien avslöjar en rad centrala teman och mönster relaterade till användningen av Matchningsmodellen och andra (ovan beskrivna) strategier för behandling av spelberoende. Studien ger en fördjupad förståelse

för hur A-terapeuten kan tillämpa matchningsmetoder för att effektivt behandla spelberoende.

7. Diskussion

7.1 Metoddiskussion

Den hermeneutiska metoden valdes för att den tillåter en *djupgående tolkning* av texter, vilket är centralt för att förstå och analysera komplexa fenomen som spelberoende och terapeutiska metoder. Hermeneutiken, med sitt fokus på att förstå mening och kontext, var särskilt lämplig för att utforska hur terapeuter kan anpassa behandlingar utifrån klientens individuella behov. *Holistisk förståelse*: Metoden betonar helheten och delarnas ömsesidiga påverkan, vilket är användbart för att förstå hur olika aspekter av behandlingen kan samverka. *Iterativ process*: Den iterativa tolkningsprocessen bidrar till en kontinuerlig förfining och fördjupning av förståelsen. *Transparens*: En transparent redovisning av forskarens perspektiv ökar studiens trovärdighet. En hermeneutisk analys är *tidskrävande* och kräver en noggrann och systematisk process för att säkerställa trovärdighet och validitet. *Oundviklig subjektivitet*: Forskarens egen förförståelse och subjektivitet är centrala element i hermeneutisk forskning. Det är omöjligt att helt eliminera subjektivitet, vilket kan vara en begränsning och kan påverka studiens objektivitet. Denna metoddiskussion understryker vikten av en systematisk och reflekterande forskningsprocess för att säkerställa studiens trovärdighet och vetenskapliga värde.

7.2 Resultatdiskussion

Efter noggrann analys och tolkning av insamlade data drar denna studie fram följande slutsatser och implikationer: *Flexibel behandlingsanpassning* - Litteraturen betonar A-terapeutens förmåga att skapa skraddarsydda behandlingsstrategier som tar hänsyn till individuella behov och preferenser hos klienten. Genom att integrera Matchningsmodellen kan terapeuten effektivt anpassa behandlingen för att maximera klientens rehabiliteringspotential. *Individuell klientcentrering* - Studien belyser vikten av att utveckla individuella behandlingsplaner som tar hänsyn till varje klients unika bakgrund, symptomatologi och mål. Detta tillvägagångssätt främjar en djupare förståelse för klientens behov och ökar sannolikheten för en lyckad behandling. *Strategisk användning av Matchningsmodellen* - Genom att tillämpa Matchningsmodellen kan A-terapeuten noggrant matcha klientens individuella behov med lämpliga behandlingsmetoder och interventioner. Denna strategiska användning av modellen ökar chanserna för framgångsrika behandlingsresultat och minskar risken för återfall. *Framtida forskningsriktningar* - Denna studie pekar på behovet av ytterligare forskning för att utforska effektiviteten av Matchningsmodellen och andra behandlingsstrategier för spelberoende. Framtida forskning kan bidra till att fördjupa förståelsen för bästa praxis inom detta område.

8. Framtida värde

Denna uppsats har definierat spelproblematik och undersökt hur A-terapeuten, med hjälp av Matchningsmodellen och andra strategier, kan anpassa behandlingar för spelberoende utifrån klientens individuella behov. Genom en hermeneutisk kvalitativ litteraturstudie har flera viktiga insikter och implikationer identifierats.

8.1 Insikter

Vikten av individanpassning - En nyckelinsikt kan vara hur viktigt det är för terapeuten att anpassa behandlingar efter individuella behov och omständigheter. Terapeuter som framgångsrikt matchar behandlingar med klientens unika situationer tenderar att uppnå bättre resultat. *Terapeutens roll och kompetens* - Studien kan belysa specifika kompetenser och förmågor hos en A-terapeut, exempelvis Jellineks diagnostik (sid 7) och ANG COP (sid 11) som kan vara direkt avgörande för en terapeut när det gäller att behandla spelberoende. *Behandlingsstrategier* - Identifiering med hjälp av bl.a. Matchningsmodellen

(sid 9), vilka specifika behandlingsstrategier som är mest effektiva för olika typer av spelberoende och hur dessa kan anpassas för att matcha klientens unika profil.

Intersektionalitet - Hur olika faktorer i kön, ålder, socioekonomisk bakgrund och kulturell kontext spelar roll och påverkar. Insikter om hur dessa faktorer tillsammans med personlighetsstörningar och komplexiteten av samsjuklighet kan integreras i behandlingsplaner för att öka deras effektivitet.

8.2 Implikationer

Utbildning och fortbildning - Betydelsen av att erbjuda omfattande utbildnings- och fortbildningsprogram för terapeuter för att förbättra deras förmåga att individuellt anpassa behandlingsplaner och öka deras förståelse för spelberoende. *Policyskapande* -

Implementering av policys som stöder evidensbaserade och individanpassade behandlingar inom spelberoendevården, inklusive finansiering för specialiserade träningsprogram och forskning. *Klientmedverkan* - Främjande av klientmedverkan i behandlingsprocessen för att säkerställa att behandlingsplanerna är i linje med klientens egna mål och förväntningar, vilket kan öka engagemang och behandlingseffektivitet. *Forskningsfrågor* - Behovet av ytterligare forskning för att bättre förstå de mekanismer som gör att vissa behandlingsstrategier är mer effektiva än andra, samt hur dessa kan implementeras i praktiken.

9. Litteraturlista

Beroendekliniken, 2023, [Spelberoende - Stockholms beroendeklinik \(beroendekliniken.se\)](https://beroendekliniken.se), 2023-07-24.

L Bergström (2008). Strukturell Ångesthantering. Upplaga 3. Bergströms kunskapsföretag AB. Stockholm 2011.

L Bergström (2010). Matchningsmodellen-effektiv behandling av beroendepatienter. Upplaga 1:1. Bergströms Kunskapsföretag AB. Stockholm 2010.

L Bergström (2015). Bot och bättring, Handbok i behandlingsvetenskap. Del I och del II. Bergströms Kunskapsföretag AB. Stockholm 2016.

Folkhälsan, 2023, [Spelberoende? Här är de tydligaste tecknen - Folkhälsan \(folkhalsan.fi\)](https://folkhalsan.fi), 2023-07-25.

Folkhälsomyndigheten, 2023, [ANDTS-strategin 2022–2025 - spelprevention.se \(folkhalsomyndigheten.se\)](https://spelprevention.se), 2023-07-18.

Folkhälsomyndigheten, 2017, [Faktablad: DSM, Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders \(folkhalsomyndigheten.se\)](https://folkhalsomyndigheten.se), 2023-07-21.

Psykologiguiden, 2023, [Slå upp Coping på Psykologiguiden i Natur & Kulturs Psykologilexikon](https://psykologiguiden.se), 2023-07-27.

Socialstyrelsen, 2018, [Case management - Socialstyrelsen](https://socialstyrelsen.se), 2024-06-02.

Socialstyrelsen, 2018, [Behandling av spelmissbruk och spelberoende \(socialstyrelsen.se\)](https://socialstyrelsen.se), 2023-07-21.

Socialstyrelsen, 2019, [Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende \(socialstyrelsen.se\)](https://socialstyrelsen.se), 2023-07-21.

Svensk Historia, 2023, [Hur har spelindustrin utvecklats? - Nättidningen Svensk Historia](https://svenskhistoria.se), 2023-07-15.

Vård och insats, 2024, [Nationella vård- och insatsprogram \(vardochinsats.se\)](https://vardochinsats.se), 2024-06-01.

Vård och insats, 2024, [Nationella vård- och insatsprogram \(vardochinsats.se\)](https://vardochinsats.se), 2024-06-01.

Wikipedia, 2023, [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Wikipedia](https://en.wikipedia.org/wiki/Diagnostic_and_Statistical_Manual_of_Mental_Disorders), 2023-07-22.

Wikipedia, 2020, [ICD – Wikipedia](https://en.wikipedia.org/wiki/ICD-10), 2023-07-22.

Wikipedia, 2023, [Karl Popper – Wikipedia](https://en.wikipedia.org/wiki/Karl_Popper), 2023-07-15.

Wikipedia, 2023, [Spelberoende – Wikipedia](https://en.wikipedia.org/wiki/Spelberoende), 2023-07-24.

Wikipedia, 2023, [Vadslagning – Wikipedia](https://en.wikipedia.org/wiki/Vadslagning), 2023-07-15.