

Katsaus ongelmapelaamisen ja patologisen pelaamisen hoitoa koskevaan vaikuttavuustutkimukseen: tutkimus on vähäistä ja tulokset epävarmoja

Rahapelaamisen liittyvät ongelmat ja niiden hoitaminen ovat viime vuosina nousseet laajan kiinnostuksen kohteiksi Suomessa. Katsauksessa tarkastellaan diagnosoidusta pelaamishäiriöstä eli patologisesta pelaamisesta kärsiville tarkoitettujen hoitojen vaikuttavuutta kansainvälisten meta-analysien ja katsausten perusteella. Katsauksessa tarkastellaan myös aihepiirin peruskäsitteitä. Katsauksen päätulos on, että mitään yhtä peliongelmaisten hoitomuotoa ei nykytiedon perusteella voida nimetä erityisen vaikuttavaksi, joskin kognitiivis-behavioraalisia menetelmiä voidaan pitää lupaavina. Tutkimusten perusteella ei voida kuitenkaan täsmällisesti sanoa, mikä tietty kognitiivis-behavioraalisten menetelmien suuntaus tai hoidon komponentti on vaikuttava. Lääkehoito havaitaan tutkimuksissa vaikuttavamaksi kuin lumehoito, mutta eri lääkeaineilla ei havaita keskimääräisiä eroja vaikutuksessa. Lisäksi peliongelmaisten hoitoon hakeutumisen aste on matala ja omaehtoinen toipuminen suhteellisen yleistä, minkä vuoksi on syytä panostaa myös erilaisten kevyiden interventioiden ja oma-apujärjestelmien kehittämiseen.

JUKKA T. HALME, TUUKKA TAMMI

KATSAUKSEN TEHTÄVÄ, RAJAUKSET JA AINEISTO

Rahapelaamisen liittyvät ongelmat ovat viime vuosina nousseet laajan kiinnostuksen kohteiksi Suomessa (ks. Tammi 2008). Stakes, Kansanterveyslaitos ja muut tahot ovat käynnistäneet aihepiiriin liittyvää tutkimus- ja kehittämistyötä, jonka osana kehitetään myös pelaamisongelmaisten hoitopalveluita sekä koulutetaan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia pelaamisongelmien tunnistamisen ja auttamisen kysymyksissä.

Ongelmapelaaminen voidaan nähdä kansanterveydellisenä huolenaiheena, johon puuttuminen erilaisin ehkäisy- ja rahapelaamisen poliittisen sääntelyn keinoin on ensisijaista. On myös selvää, että useat sosiokulttuuriset tekijät vaikuttavat rahapelaamisen laajuuteen ja luonteeseen ja tätä kautta säätelevät myös ongelmapelaamisen esiintyvyyttä. Tässä katsauksessa rajaudutaan tarkastelemaan psykiatrisesti diagnosoidusta pe-

laamishäiriöstä eli patologisesta pelaamisesta kärsiville tarkoitettuja hoitoja ja niiden vaikutuksia lähinnä meta-analysien ja katsausten perusteella. Katsauksen tavoitteena ei ole tarkastella ongelmapelaamisen ehkäisyä, esiintyvyyttä tai yleisemmin rahapelaamisen erilaisia sosiaalisia, kulttuurisia, taloudellisia tai poliittisia yhteyksiä ja niihin liittyviä näkökohtia (ks. esim. Williams ym. 2007).

Katsauksen rajaus perustuu siihen, että raportoiduissa hoitojen vaikuttavuustutkimuksissa tutkimushenkilöiden on tavallisesti täytettävä patologisen pelaamisen diagnostiset kriteerit. Vaikuttavuustutkimuksissa tulosmittareiden mukaiset vaikutukset mitataan yksilötasolla, joten vaikuttavuustutkimukseen rajautuminen johtaa väistämättä yksilötason korostumiseen.

Tehtävänä on esitellä ja arvioida erilaisia pelaamishäiriön (patologinen pelaaminen) hoito-

muotoja ja niihin liittyviä vaikuttavuustuloksia. Koska tutkimusala on Suomessa uusi, katsauksessa tarkastellaan myös aihealueen peruskäsitteitä. Katsauksen kirjallisuusaineisto on valikoitu e-systemaattisesti englannin, ruotsin ja suomen kielellä julkaistuista artikkeleista ja monografioista. Katsaus on rakennettu lähtien liikkeelle keväällä 2008 tehdyistä tietokantahauista (PubMed, EBSCOhost Academic Search Premier), joista on ensisijaisesti valikoitu systemaattiset katsaukset ja meta-analyysit ongelmapelaamisen ja patologisen pelaamisen hoitojen vaikutuksista. Alan kaksi keskeistä julkaisua, *Journal of Gambling Studies* ja *Journal of Gambling Issues*, on käyty läpi. Lisäksi on käytetty patologisen pelaamisen kliinistä hoitoa käsitteleviä monografioita. Tämä artikkeli on ensimmäinen suomenkielinen katsaus pelaamishäiriön hoitojen vaikutuksista.

RAHAPELAAMISEN, ONGELMAPELAAMISEN JA PATOLOGISEN PELAAMISEN KÄSITTEET

Rahapelaamisella (gambling) tarkoitetaan ”rahan sijoittamista johonkin sellaiseen peliin tai vedonlyöntiin, jolla on ennakoimaton luonne ja jonka tulos riippuu sattumasta” (Bolen ja Boyd 1968). Rahapelaaminen eri muodoissaan (arvontapelit, rahapeliautomaatit, kasinopelaaminen, vedonlyönit, internet-rahapelaaminen) on Suomessa ja monissa muissa maissa suosittua. Valtaosa suomalaisista (73 %) pelaa vuoden aikavälillä jotain rahapeliä (Aho ja Turja 2007).

Rahapelaamiseen voidaan soveltaa samanlaisia jatkumon ajatusta kuin esimerkiksi alkoholin käyttöön. Osa väestöstä ei pelaa lainkaan ja osa on viihdepelaajia, joilla ei ole pelaamisesta aiheutuneita haittoja. Osalle väestöä pelaaminen aiheuttaa terveydellisiä, psykologisia, sosiaalisia ja taloudellisia haittoja, mutta heille ei ole kehittynyt pelaamisen riippuvuushäiriötä. Heitä voidaan kutsua ongelmapelaajiksi. Osa pelaajista kärsii pelaamisen haitoista ja riippuvuushäiriöstä. Heitä voidaan kutsua pelaamishäiriöisiksi eli patologisiksi pelaajiksi. Ongelmapelaaminen muodostaa riskin patologisen pelaamisen kehittymiselle.

Suurin osa erilaisista rahapelaamisen ongelmien seulontatesteistä, kuten South Oaks Gambling Screen (SOGS) (Lesieur ja Blume 1987) tai Canadian Problem Gambling Index (CPGI) (Ferris ja Wynne 2001) luokittavat vastausten piste-määrät asteikolle, joka vastaa jatkumoa lievästä riskipelaamisesta ongelmapelaamiseen ja patologiseen pelaamiseen. Ongelmapelaamisen tai patologisen pelaamisen määrittelyssä ei ole vielä var-

teenotettavaa ehdotusta kultaiseksi standardiksi, joka pätevästi osoittaisi ongelman tai häiriön olemassaoloa. Monessa tutkimuksessa käytetään SOGS-R-testin viiden pisteen rajaa häiriön validoinnin kriteerinä.

Patologinen pelaaminen viittaa mielenterveyden häiriöön, jota elämän aikana esiintyy noin 1–2 prosentilla Yhdysvaltojen ja Kanadan väestöstä (Shaffer ym. 1999, Welte ym. 2001). Suomessa osuuden on arvioitu olevan noin yksi prosentti yli 15-vuotiaasta väestöstä eli noin 40 000 henkilöä (Aho ja Turja 2007). Tämä luku ilmaisee 12 kuukauden prevalenssia SOGS-R-testin viiden pisteen raja-arvolla. On esitetty, että peliteollisuuden kasvuun yhdistyy myös ongelmapelaamisen ja patologisen pelaamisen esiintyvyyden lisääntyminen (Ladouceur ym. 1999).

Patologinen pelaaminen luokituu amerikkalaisessa Diagnostic Statistics Manualissa (DSM IV) (American Psychiatric Association 1994) impulssikontrollin häiriöksi. Impulssikontrollin häiriöt, joiksi luokituvat myös esimerkiksi kleptomania, pyromania sekä pakonomainen ostaminen, ovat tutkimuksen ja kliinisen käytännön suhteen käsitteellisesti eriytymätön ja haastava alue. Grant (2008) tarkastelee impulssikontrollin häiriötä malleissa, joissa painottuvat joko pakko-oireisen häiriön, riippuvuushäiriön (addiktio), mielialahäiriön tai tarkkaavaisuus- ja ylivilkkaushäiriön (ADHD) tunnuspiirteet. Patologisessa pelaamisessa voidaan tunnistaa piirteitä kaikista edellä mainituista häiriöluokista, kuitenkin niin, että pakko-oireisuus ja riippuvuushäiriö korostuvat. Monet tutkijat ja klinikot ymmärtävät patologisen pelaamisen toiminnalliseksi riippuvuushäiriöksi (behavioral addiction; ”addiktio ilman ainetta”), jonka ydinpiirteitä ovat koettu himo tai pakonomainen kiinnostus kyseiseen toimintaan, heikennyt hallinta kyseessä olevan toiminnan suhteen ja toiminnan jatkaminen ilmeisistä haitoista riippumatta (Holden 2001, Orford 2001, Petry 2006).

Rahapelaamisen häiriötä voi pitää ”puhtaan” addiktio muotona niin, että siinä korostuvat psykologisen riippuvuushäiriön tunnuspiirteet (impulsiivinen mielihyvän tavoittelu, kontrollin menetys, pakonomaisuus) ilman ”aineellisiin riippuvuuksiin” (päihteiden käytön häiriöt), ainakaan samankaltaisessa muodossa, kuuluvaa fysiologisen riippuvuuden kehittymistä. Vastaavasti ongelmapelaamisen ja patologisen pelaamisen kohdalla taloudelliset vaikeudet voivat olla paljon vaikeampia ja pakonomainen ”kiintymyssuh-

de” vähintään yhtä vaikea kuin päihderiippuvuuksissa (Orford ym. 1996).

Patologisen pelaamisen ja alkoholi- ja muiden huumeriippuvuuksien kriteerit DSM-IV-luokituksessa ovat toistensa suhteen joiltain osin samankaltaisia (Petry 2007). Patologisen pelaamisen diagnosoissa luetellaan kymmenen kriteeriä, joista viisi on rinnakkaista päihderiippuvuuden diagnoosien kanssa: pelaamiseen ja sen suunnitteluun kuuluva runsas aika, tarve pelata isommilla summillalla tai useammin (sietokyvyn kasvu), toistuvat yritykset vähentää tai lopettaa pelaaminen (kontrollin menetys), rauhattomuus tai ärtyisyys jos ei voi pelata (vieroituisoireet) ja työhön, vapaa-aikaan tai sosiaaliseen elämään kuuluvien asioiden laiminlyönti. Nimenomaisesti patologiselle pelaamiselle tyypilliset kriteerit ovat: yritys voittaa takaisin häviöitä, pelaaminen ongelmien ja kielteisten tunnetilojen välttelyn ja pakenemisen keinona (escape), pelaamisen salailu ja valehtelu, laittomat keinot pelaamisen mahdollistamiseksi sekä lainaaminen rahaa muilta pelaamiseen ja pelaamisesta aiheutuneiden talousvaikeuksien vuoksi.

Suomessa on käytössä International Statistical Classification of Diseases -tautiluokitus (ICD-10), jossa psykiatrinen pelaamishäiriö luokitetaan käytös- ja hillitsemishäiriöihin kuuluvaksi pelihimoksi (F63.0). Pelihimo-diagnoosin kriteereinä ovat: pelaamisjaksoja on vähintään kaksi vuodessa, pelaaminen jatkuu haitoista riippumatta, henkilöllä on voimakkaasta tarpeesta johtuva kyvyttömyys lopettaa pelaamista ja se, että pelaamiseen ja pelaamisympäristöön liittyvät mielikuvat hallitsevat henkilön ajattelua. Tässä katsauksessa käsiteltävissä tutkimuksissa käytetään DSM-IV-luokitusta, joten katsauksessa käytetään ”patologinen pelaaminen” -termiä.

Useat sosiokulttuuriset tekijät vaikuttavat rahapelaamisen laajuuteen ja luonteeseen: pelaamisen hyväksyttävyyden ja yhteiskunnallinen paikka vaikuttavat pelitarjontaan, jonka laajuuden voidaan edelleen olettaa olevan yhteydessä rahapelaamisen määrään ja myös ongelmalliseen pelaamiseen samalla tapaa kuin alkoholin kokonaiskulutuksen ja alkoholi-ongelmien välillä osoitetun yhteyden (Lund 2008). Toisaalta ongelmapelaaminen ja patologinen pelaaminen ovat luonteeltaan psykologisia ilmiöitä, joiden ymmärtämisessä ja myös hoitojen suunnittelussa psykologian tulokset ovat keskeisiä. Suuri osa ongelmapelaamisen ja patologisen pelaamisen hoidoista perustuu oppimisteorioihin ja alun perin psykologien

kehittämiin menetelmiin (esim. motivoiva haastattelu, kognitiivis-behavioraaliset tekniikat ja menetelmät, psykodynaaminen terapia). Ensimmäiset patologisen pelaamisen hoitokokeilut tehtiin jo 1960–70-luvuilla käyttäen yksinkertaista välttämisen oppimismallia: pelaajille annettiin sähköiskuja, jotka assosioitiin pelaamiseen liittyvään materiaaliin (Seager 1970).

Pelaamishäiriön ja muiden impulssikontrollin häiriöiden syytekijöitä on mallitettu neurobiologisista ja psykologisista näkökulmista (Blum ym. 2000, Ladouceur ym. 2003, Potenza 2008, Grant 2008). Neurobiologiaan kuuluu tässä yhteydessä lukuisia tutkimusalueita: aivojen välittäjäaineet, neuroanatomia ja genetiikka. Muun muassa aivojen serotoniini-, dopamiini- ja opioidijärjestelmien on oletettu olevan yhteydessä pelaamishäiriöön. Tutkimustulokset eivät kuitenkaan osoita, että jonkin järjestelmän toiminnan häiriö olisi sellainen yksioikoinen ”syy” pelaamishäiriöön, joka voitaisiin kaikissa tapauksissa ”poistaa” esimerkiksi tietyllä lääkkehoidolla. Dopamiinin vaikutus aivojen mielihyvakeskuksessa on kuitenkin havaittu keskeiseksi altistajaksi toiminnallisten riippuvuushäiriöiden kannalta (Blum ym. 2000). Neurobiologisten tutkimustulosten avulla on mallitettu erilaisia mahdollisia pelaamishäiriön tyyppejä, joista voi olla hyötyä kliinisessä työssä (Iancu ym. 2008). Psykologian näkökulmasta pelaamishäiriön etiologiaa voidaan tarkastella muun muassa erilaisten oppimisteorioiden (positiivinen ja negatiivinen vahvistaminen, jännityksen väheneminen ja tunnesäätely, mallioppiminen), kognitiivisten tekijöiden (kognitiiviset vääristymät ja häiriöt, esim. tarkkaavaisuushäiriö) ja persoonallisuuden (esim. impulsiivisuus) näkökulmista (Ladouceur ym. 2003, Grant 2008). Perinnöllinen alttius yhdistyy arvioiden mukaan noin kolmannekseen patologisen pelaamisen häiriöistä (Eisen ym. 1998, Brewer ja Potenza 2008). Yhtä, yleisesti hyväksyttyä kokoavaa teoriaa tai empiiristä evidenssiä pelaamishäiriön etiologiasta ei tällä hetkellä ole. Kuten edellä on mainittu, sosiokulttuuriset tekijät ja rahapelaamisen sääntely vaikuttavat ongelmapelaamisen esiintyvyyteen ja sitä kautta myös pelaamishäiriön esiintyvyyteen. Yksi tapa tarkastella pelaamishäiriön ja ongelmapelaamisen etiologiaa on huomioida myös pelien ominaisuuksien (esim. nopeus, äänet, panosten koko) merkitys ongelmapelaamisen synnyttäjänä (Wood ym. 2004).

Patologisen pelaamisen ja muiden mielenterveyden häiriöiden, etenkin päihderiippuvuuden

samanaikainen esiintyminen on yleistä. Crockfordin ja el-Guebalyn (1998) mukaan 25–63 prosenttia patologisista pelaajista täyttää elämänsä aikana jonkin päihderiippuvuushäiriön kriteerit ja vastaavasti 9–16 prosenttia päihderiippuvuudesta kärsivistä on patologisia pelaajia. Shafferin ja Kornin (2002) katsauksessa tuodaan esille lisäksi mielialahäiriöiden, ahdistus- ja persoonallisuushäiriöiden, muiden impulssikontrollin häiriöiden ja itsemurha-alttiuden samanaikainen esiintyminen patologisen pelaamisen kanssa. Psykiatristen komorbiditeettien lisäksi pelaamishäiriöön liittyy usein vaikeuksia työmarkkinoilla, perheongelmia, rikollisuutta ja taloudellisia vaikeuksia (Crockford ja el-Guebaly 1998, Petry ja Armentano 1999).

Pelaamishäiriön monimuotoisuus ja monitasoisuus asettaa haasteita hoidoille: mitkä ovat hoidon ensisijaiset kohteet ja tavoitteet? Mistä nähdään, että hoito on onnistunutta ja tuloksellista? Oletuksena on, että hoidon tulisi yksilöllisesti ottaa huomioon ongelmien monitasoisuus ja olla myös monitasoista eli psykologista, sosiaalista ja mahdollisesti neurobiologista. Hoitotutkimuksissa vaikutusten arviointi rajoittuu tiettyjen tulostuttimien mukaisiin analyyseihin tietyissä populaatioissa. Jonkin hoitomenetelmän tai suunnituksen yleisen vaikuttavuuden eli väestötason

vaikutusten arviointi on ilmiö, joka edellyttää väestötason analyyseja. Perustavoitteena pelaamishäiriön kliinisessä hoidossa on oletuksen mukaan oltava yksilötason pelaamiskäyttäytymisen hallinnan paraneminen ja tätä myötä pelaamisen haittojen lieveneminen.

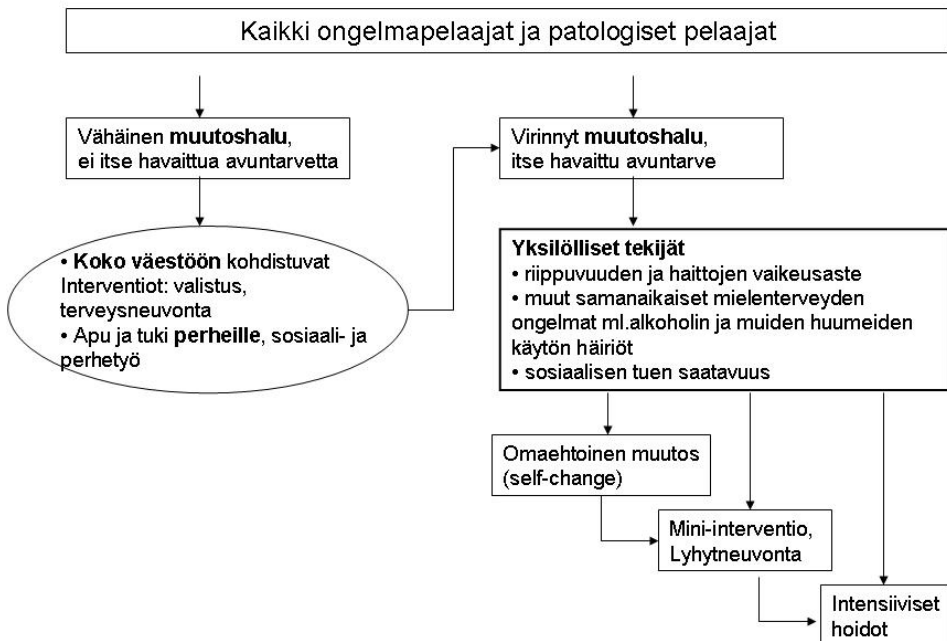
INTERVENTIOIDEN JA TERAPIOIDEN ARVIOINTI

Kun tarkastellaan pelaamisongelman interventiota ja hoitoja/terapiota, voi huomata että (1) pelaamisongelmaisten hoitoon hakeutuminen on vähäistä (7–12 %) (Cunningham 2005, Slutske 2006), (2) omaehtoinen toipuminen (natural recovery) pelaamisongelmasta tai -häiriöstä on yleistä (Hodgins ja El-Guebaly 2000, Slutske 2006, LaPlante ym. 2008) ja (3) pelaamisongelman tai -häiriön vaikeusaste ja monet yksilölliset, väliintulevat tekijät vaikuttavat sekä hoitomuodon valintaan että hoitotuloksiin. Hodginsin (2005) esittämä pelaamisongelmaisten ja patologisten pelaajien ”hoitopolku” (stepped care), havainnollistaa sitä, että hoidollisten väliintulojen tulisi vastata sekä pelaamisongelman vakavuusastetta, itsearviotua hoidon tarvetta että yksilöllisiä eroja. Hodginsin esittämä hoidon porrastus on esillä kuviossa 1.

Erilaisten hoitojen, vaikkapa psykoterapian ja sen eri menetelmien tai erilaisten lääkehoitojen,

Kuvio 1.

Ongelmapelaajien ja patologisten pelaajien askeltava hoitopolku Hodginsia (2005) mukaillen.



tarkastelussa voi lähtökohtana pitää kolmea yksinkertaista kysymystä, jotka Borkovecia ja Castonguaya (1998) mukailleen ovat seuraavat: (1) ”Onko hoito vaikuttavaa?” eli onko hoidolla toivotun suuntaisia tuloksia ja vaikutusta? (2) ”Kuinka vaikuttavaa hoito on?” eli jos hoidolla on havaittua vaikutusta, kuinka iso mitattu vaikutus on? (3) ”Onko jokin hoito vaikuttavampaa kuin jokin toinen tai jotkin toiset hoidot?” eli mitä tuloksia saadaan, kun kontrolloidusti verratetaan erilaisia hoitoja, joiden tulokset pystytään mittaamaan. Ongelmapelaamisen ja pelaamishäiriön tutkimus on toistaiseksi niin nuorta, että tiukkojen tieteellisten standardien (satunnaistetut, kontrolloidut koeasetelmat koe- ja vertailuryhmän välillä, sokkotutkimukset) mukaisesti hankittua tutkimustietoa ei hoitojen arviointiin vielä ole riittävästi. Ongelmapelaamisen ja pelaamishäiriön hoidon osalta on siis tyydyttävä siihen, että varmimmin pystytään vastaamaan vain ensimmäiseen yllä luetelluista kysymyksistä. Lisäksi on syytä pitää mielessä Ladouceurin ja Shafferin (2005) lisäämä neljäs kysymys: (4) ”Onko hoito sellaista, että se kiinnostaa apua tarvitsevaa haikutumaan juuri kyseiseen hoitoon?”

Peliongelmaisille suunnatut hoitopalvelut ovat suhteellisen uusi ilmiö kaikissa Pohjoismaissa. Hoidon saatavuus ja hoidon luonne vaihtelee maittain, mutta yhteinen piirre on, että peliongelmaisten hoitoa harjoitetaan paljolti samoin menetelmin kuin päihdeongelmaisten hoitoa. Usein hoitoa tarjoavat myös samat yksiköt. Yleisimmin hoidossa käytetään kognitiivis-behavioraalisia terapiamenetelmiä, jotka kuitenkin ovat usein keskenään erilaisia pikemmin kuin yksi yhtenäinen menetelmä. Eri maiden välillä on eroja niin hoitojärjestelmissä, -menetelmissä kuin -ideologioissa (Hansen 2006).

Pohjoismaiden ulkopuolella on peliongelmaisten hoito- ja tukipalveluita kehitetty usean vuosikymmenen ajan, mutta silti hoitomenetelmistä on toistaiseksi tehty jokseenkin vähän kontrolloituja tutkimuksia. Tyypillistä on, että olemassa olevissa hoitoevaluaatioissa ja -katsauksissa saatetaan useita hoitomuotoja pitää lupaavina, mutta myös todetaan, että menetelmästä tarvittaisiin lisää tutkimusta. Hoitomenetelmätutkimukset eivät usein kovinkaan hyvin kuvaa hoidon sisältöä, sen yksityiskohtia tai eivät tee eroa yksittäisten terapeuttien vaikutuksesta hoidon tuloksiin. Lääkehoidoissa hoidon sisältö on ymmärrettävästi helpommin kuvattavissa varsinkin silloin, kun lääkehoidon ei liity psykososiaalista komponenttia.

Orford työtovereineen (2003, 226) katsoo, että suurin osa peliongelmaisten hoitopalveluista perustuu edelleen lähinnä kliiniseen kokemukseen ja kokeiluihin, ”yrityksen ja erehdyksen menetelmään”, sekä ideoiden lainaamiseen lähialueilta, erityisesti päihdeongelmien ja -riippuvuuden hoitomenetelmistä: ”Suurin ero on siinä, että ongelmapelaamisen hoito on niistä 20–30 vuotta kehityksestä jäljessä”.

Satunnaistettuja ja kontrolloituja tutkimuksia (randomized controlled trials, RCT) on varsin vähän ja myös niiden johtopäätökset ovat varovaisia. Yleisesti ottaen niiden viesti on, että kognitiivis-behavioraaliset interventiot ovat lupaavia pelaamisongelmaisten hoidossa. Lisäksi monimenetelmäistä otetta pidetään parempana kuin yhden menetelmän varaan rakentuvaa hoitomallia (jo evidenssin niukkuuden vuoksi). Kirjallisuutta löytyy muun muassa seuraavista hoito- tai tukimenetelmistä: behavioraaliset interventiot, kognitiiviset interventiot/kognitiivis-behavioraaliset interventiot, lääkkeelliset hoidot, oma-apupalvelut, perheterapia, motivoiva haastattelu, GA/Gam-Anon ja auttavat puhelimet.

TUTKIMUSKATSAUKSET JA META-ANALYYSIT

Ensimmäiset meta-analyysit patologisen pelaamisen hoitotutkimuksista tehtiin 1990-luvulla (Blaszczynski ja Silove 1995, López-Viets ja Miller 1997, National Research Council 1999): näissä kaikissa todettiin, että ala on tutkimuksellisesti vielä hyvin alussa. Yksittäisiä tapaustutkimuksia löytyi melko runsaasti, mutta usein näihin ei sisällynyt seurantatutkimusta, seurantatiedot olivat epäselviä, tai jos tutkimukseen liittyi riittävä seuranta, tutkimusjoukosta pudonneiden määrä oli niin suuri, ettei luotettavaa arviota hoidon vaikuttavuudesta voitu tehdä.

Vuosituhanen alussa Oakley-Browne työryhmineen (2000) löysi vain neljä satunnaistettua ja kontrolloitua vaikuttavuustutkimusta patologisten pelaajien hoidosta, kun katsauksen mukaan pääsy edellytti Cochrane-kriteereiden täyttämistä eli satunnaistettua ja kontrolloitua tutkimusasetelmaa sekä sitä, että hoito-ohjelmien potilailla oli muodollinen, DSM-IV-kriteerien mukainen, patologisen pelaamisen diagnoosi. Näistä tutkimuksista saattoi vetää ainoastaan sen johtopäätöksen, että patologisen pelaamisen hoidon vaikuttavuudesta ei ole riittävästi evidenssiä. Toisaalta he totesivat, että kognitiivis-behavioraaliset interventiot näyttivät olevan vaikuttavampia kuin muut tutkitut lähestymistavat.

Toneatton ja Ladouceurin (2003) laadullisessa katsauksessa 11 kontrolloidusta hoitotutkimuksesta (McConaghy ym. 1983, 1988 ja 1991, Dickerson ym. 1990, Echeburua ym. 1996 ja 2000, Sylvain ym. 1997, Ladouceur ym. 2001, Hollander ym. 2000, Kim ym. 2001, Hodgins ym. 2001) mukaanoton kriteerinä oli se, että sekä hoito- että koeryhmiin osallistuminen oli satunnaistettu. He toteavat, että monissa tutkimuksissa oli silti merkittäviä menetelmällisiä ongelmia, jotka heikentävät tulosten luotettavuutta. Siten väitteisiin vaikuttavista tai ei-vaikuttavista hoitomuodoista on suhtauduttava varauksella.

Näillä varauksilla Toneatto ja Ladouceur (2003) kuitenkin toteavat, että hoito-ohjelmat, joissa hyödynnettiin kognitiivis-behavioraalisia menetelmiä, näyttävät tutkimusten valossa vaikuttavimmilta. Nämä hoidot olivat ainakin vaikuttavampia kuin hoidotta jättäminen, joka kontrolliryhmän osalta toteutetaan tyypillisesti niin, että ei-hoitoa saavat ovat tutkimuksen aikana vasta jonossa hoito-ohjelmiin. Myös australialainen Gambling research panel (2003, 7) päätyy samaan arviointiin, jota varten oli käyty läpi 64 hoidollisen intervention raporttia (joista suurin osa oli kontrolloimattomia tutkimuksia): lupavimmilta näyttivät kognitiivis-behavioraaliset menetelmät.

Edellä mainituista analyyseistä vain Cochrane-kriteerin mukaan tehty Oakley-Brownen työryhmän analyysissä käytettiin kvantitatiivisia menetelmiä tulosten arvioinnissa. Vuonna 2005 julkaistussa Pallesenin yhdessä työtovereidensa kanssa julkaisemassa artikkelissa raportoidaan toinen kvantitatiivinen psykologisten hoitojen meta-analyysi. Meta-analyysiin oli kelpuutettu 22 tutkimusta, jotka täyttivät seuraavat kriteerit: patologinen pelaaminen oli ensijainen hoidon kohde, hoito oli luonteeltaan psykologista, tutkimus oli raportoitu englanniksi ja tutkimuksessa raportoitiin pelaamiseen liittyviä vaikutustuloksia. Pallesenin ja muiden analyysissä mukaan kelpuutettiin myös tutkimuksia, joista puuttui vertailuryhmä ja/tai tutkimuksia, joihin ei sisällynyt muodollista patologisen pelaamisen diagnosointia. Näiden tekijöiden sekä koasetelman (satunnaistettu vs. ei-satunnaistettu) ja hoitoajan vaikutuksia tutkittiin analyysissä vielä erikseen.

Pallesenin työryhmineen tekemään meta-analyysin tuli mukaan yhteensä 1434 henkilöä, joiden keski-ikä oli 40 vuotta, miesten osuus oli 71.5 prosenttia (vaihtelu 15.8–100 %). Vaikutustulokset ilmaistaan analyysissä Cohenin toivotun

vaikutuksen suuruutta ilmaisevan luvun avulla (Cohen 1992). Luku lasketaan tutkimusryhmän ja vertailuryhmän tulosmittausten keskiarvoista. Tutkimusryhmän keskiarvosta vähennetään vertailuryhmän keskiarvo ja erotus jaetaan ryhmien yhteisellä keskihajonnalla (pooled standard deviation). Jos tutkimuksessa ei ole vertailuryhmää, luku voidaan laskea tutkimushenkilöiden tuloksista ennen ja jälkeen hoidon. Cohenin luku ilmaisee, kuinka suurelta osin tutkittavan ja vertailtavan populaation tulosmittausten jakaumat ovat päällekkäisiä. Jos luku on nolla, jakaumat ovat täysin päällekkäisiä ja eroa ryhmien välillä ei ole lainkaan. Kun luku on positiivinen, hoidolla on ollut vaikutusta. Cohenin mukaan luku 0.80 on tulkittava ison vaikutuksen rajaksi. Käsiteltävässä Pallesenin ja muiden analyysissä efektin suuruus oli hoidon päätyttyä 2.01 eli voidaan tulkita, että psykologisilla hoidolla oli huomattavaa vaikutusta välittömästi hoidon jälkeen. Analyysin tutkimuksiin kuuluvissa seurannoissa, joiden keskimääräinen aika oli 17 kuukautta, havaittiin edelleen korkea efekti (1.59) eli hoidon vaikutukset näyttivät kestävän.

Pallesenin ja muiden analyysin kautta saadaan melko vakuuttavaa näyttöä siitä, että psykologinen hoito patologiseen pelaamiseen yleensä on vaikuttavaa. Tutkijat eivät yksityiskohtaisesti vertaile erilaisia psykologisten hoitojen muotoja. Suuri osa hoidoista kuului behavioraaliin, kognitiivisiin tai kognitiivis-behavioraaliin hoitomuotoihin; mukana oli kuitenkin myös monia lähestymistapoja yhdisteleviä (eklektisiä) hoitoja ja Gamblers Anonymous -kokemukseen ja periaatteisiin perustuvia hoitoja. Mukana oli sekä laitoshoidoja (inpatient) että avohoidoja (outpatient) ja molemmissa näissä sekä ryhmä- että yksilöhoitoja. Näitä hoitojen eroja ei analyysissä eritellä. Pallesenin tutkimusryhmineen näkee tärkeäksi hoidon vaikutusten arvioinnissa käytettävien mittareiden kehittämisen. Heidän meta-analyysinsä keskeinen heikkous ovat vaikeasti vertailtavat tulosmuuttujat, joiden perusteella hoidon vaikutusten arviointi on, kehittyneistä meta-analyysin välineistä huolimatta, kyseenalaista.

KOGNITIIVISET JA BEHAVIORAALISET MENETELMÄT

Kognitiivisia ja behavioraalisia hoitotekniikkoja ovat esimerkiksi retkahduksen ehkäisy (relapse prevention) sekä ongelmanratkaisun ja sosiaalisten taitojen harjoittelu (Kähkönen ym. 2008). Nämä tekniikat ovat esimerkiksi päihdehoidoissa laajasti käytössä. Erityisesti patologisen pelaami-

sen hoitotekniikoiksi on kehitetty muun muassa kognitiivisen restrukturoidiin, altistukseen/herkistämiseen ja mielikuvaharjoituksiin perustuvia hoitotekniikoita (Tavares ym. 2003). Kaikki kognitiiviset ja behavioraaliset tekniikat perustuvat oppimismuutoksille. Behavioraalisiksi tekniikoiksi voidaan lukea myös lähelle omaehtoista toipumista sijoittuvat tavat hallita omaa pelaamista esimerkiksi kontrollin ulkoistamisella. Esimerkiksi määräämälliset itse otetut pelikiellot sekä muut pelaamisen rajoitteet ovat kontrollin ulkoistamista. Pelaamisen luonnetta itseään palkitsevana, helposti riippuvuuteen johtavana toimintana voidaan mallittaa yksinkertaisesti esimerkiksi perinteisen välineoppimisen käsittein (Skinner 1953). Yksinkertaisimmat behavioraaliset oppimismallit eivät kuitenkaan selitä esimerkiksi retkahdustahtumaa, jonka ymmärtämiseen tarvitaan myös henkilön sisäisten prosessien (kognitoiden) mallittamista.

McConaghy työtovereineen (1983, 1988 ja 1991) tutki satunnaistetusti ja kontrolloidusti peliongelmaisille kehittämäänsä ID-terapiaa (ID = imaginal desentization). ID perustuu mielikuvaharjoitteisiin, joissa pelaamisen hallintaongelmista kärsivät ihmiset, rentoutuksen jälkeen, visualisoivat tilanteita, jotka johtavat pelaamiseen ja sitten kehittävät vaihtoehtoisia mielikuvia tilanteen kulusta, so. niin ettei se johda pelaamiseen. Hoitoevaluaatioissa kontrolliryhmät saivat hoitoa muilla menetelmillä. ID todettiin hieman tuloksellisemmaksi kuin muut hoitomuodot, mutta toisaalta tutkittujen ja varsinkin seurantatutkimukseen osallistujien määrä oli pieni. Toneatto ja Ladouceur (2003, 286) katsovat, että tutkimusten perusteella ID:n teho jää epäselväksi.

Echeburua työtovereineen (1996) vertaili satunnaistetussa ja kontrolloidussa tutkimusasetelmassa kolmea hoitomuotoa, joista ensimmäisessä ”altistus-vaste-ehkäisy”-menetelmässä (exposure-response prevention) tutkittavia koulutettiin hilitympään rahankäyttöön, pelaamistilanteiden välttämiseen sekä olemaan tilanteissa joissa pelaamisen riski oli suuri, mutta olemaan silti pelaamatta. Toisessa, kognitiiviseen ryhmäterapiaan perustuvassa hoitomuodossa, haastettiin tutkittavien peliongelmaisten ”kontrollin illuusiota” (illusion of control) ja muita ”muistivääristymiä” (memory biases) uhkapelaamiseen liittyen. Kolmas tutkittu terapiamuoto oli kahden edellisen yhdistelmä. Kaikki kolme hoitomuotoa kestivät kuusi viikkoa, joskin kolmannessa tutkittavat olivat kaksinkertaisen määrän terapiassa. Kontrol-

liryhmässä olivat olivat hoitojonossa. Tutkittavien pelaamista kartoitettiin ennen hoitoa, sen aikana ja välittömästi sen jälkeen sekä yksi, kolme, kuusi ja 12 kuukautta hoidon päättymisestä. Tutkittavat olivat kolikkoautomaattien pelaajia ja hoidon tavoitteena oli abstinenssi eli pelaamisesta kokonaan pidättäytyminen. Kuusi kuukautta hoidon jälkeen kaikki kolme ryhmää olivat pidättäytyneet paremmin pelaamisesta kuin kontrolliryhmä, mutta 12 kuukauden kohdalla erot olivat hävinneet. Yksilöterapia näytti kuuden kuukauden jälkeen vaikuttavan ryhmäterapiaa paremmin. Myös kontrolliryhmässä oli tapahtunut edistymistä kuuden kuukauden kohdalla, jota tutkijat tulkitsevat siten, että myös spontaani toipuminen (natural recovery) on merkittävä tapa selvittää peliongelmaista (Toneatto ja Ladouceur 2003, 287).

LÄÄKEHOITO

Lääkehoidon vaikutusta patologiseen pelaamiseen on tutkittu muun muassa opiaatinsalpaajilla, masennuslääkkeillä ja mielialaa tasoittavilla lääkkeillä (Pallesen ym. 2007). Opiaatinsalpaajat estävät endorfiinien vaikutusta opiaattireseptoreissa ja ehkäisevät dopamiinin vapautumista aivoalueilla, jotka ovat tärkeitä palkkioiden, mielihyvän ja himon/halujen kokemisessa. Masennuslääkkeistä tutkituin ryhmä ovat selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät eli SSRI-lääkkeet. Mielialaa tasoittavina lääkkeinä käytetyt lääkkeet (esim. litium ja varsinaisesti epilepsialääkkeet valproaatti ja topiramaatti) ovat neurobiologisilta vaikutusmekanismeiltaan vaihtelevampi lääkeaineiden ryhmä kuin opiaatinsalpaajat tai SSRI-lääkkeet.

Pallesen työtovereineen raportoi vuonna 2007 julkaistussa laajassa meta-analyysissä eri lääkkeillä toteutettujen hoitojen vaikutusta patologiseen pelaamiseen. Tutkimusten mukaanoton kriteerit olivat samat kuin saman tutkimusryhmän psykologisten hoitojen vaikuttavuutta koskeneessa meta-analyysissä, jota on referoitu edellä (Pallesen ym. 2005). Lääkehoitojen meta-analyysiin sisällytettiin 16 tutkimusta (8 kaksoissokko-, 3 yksöissokko ja 5 avointa tutkimusta). Neljässä tutkimuksessa tutkittiin opiaatinsalpaajien (naltreksoni, nalmefeeni) vaikutuksista pelaamishäiriöön. Lääkehoidon vaikutusta tutkittiin suhteessa lumelääkkeeseen (Grant 2006, Kim ym. 2001), alkumittaukseen (Kim ja Grant 2001) tai asetelmana oli bupropioni (noradrenaliini/dopamiini takaisinotonestäjä) vs. naltreksoni (Dannon ym. 2005a). SSRI-lääkkeistä mukana analyysissä oli

vat sitalopraami (Zimmerman ym. 2002: lääke vs. alkumittaus), essitalopraami (Grant ja Potenza 2006: lääke vs. alkumittaus) fluvoksamiini (Hollander ym. 2000, Blanco ym. 2002, molemmissa:lääke vs. lumelääke), paroksetiini (Kim ym. 2002, Grant ym. 2003, molemmissa: lääke vs. lumelääke), sertraliini (Saiz-Ruiz ym. 2005: lääke vs. lumelääke) ja nefatsodoni (Pallanti ym. 2002: lääke vs. alkumittaus). Loput tutkimukset koskivat mielialaa tasaavien lääkkeiden (litium: Hollander ym. 2005: lääke vs. lumelääke; litium ja valproaatti: Pallanti ym. 2002: lääke vs. alkumittaus), epilepsialääkkeen (topiramaatti vs. fluvoksamiini: Dannon ym. 2005b) tai noradrenaliini/dopamiini takaisinotonestäjän (bupropioni: Black 2004, lääke vs. lumelääke) vaikutuksia pelaamishäiriöön.

Henkilöitä Pallesenin ryhmän (2007) meta-analyysin tutkimuksissa oli yhteensä 597, heistä miehiä 62.8 prosenttia (vaihtelu 33–100 %). Keski-ikä oli 43.3 vuotta. Tutkimusten keskimääräinen vaikutus tulosmittareihin, edellä mainitulla Cohenin suurella ilmaistuna, oli 0.78. Pallesenin ryhmä tulkitsee, että tämä luku osoittaa huomattavaa hoitotulosta. Luku on kuitenkin yli puolet pienempi kuin samojen tekijöiden psykologisten hoitojen analyysissa. Syyksi he esittävät sen, että vertailuasetelmat ovat psykologisissa hoidoissa erilaisia kuin lääkehoidoissa (psykologisissa hoidoissa: hoitoon osallistuminen vs. odotus; lääkehoidoissa: hoitoon osallistuminen vs. lumehoito) ja lume-vaikutus oletettavasti pienentää tutkittujen lääkehoitojen suhteellista vaikutusta. Toinen selittäjä lääkehoidon ja psykologisten hoitojen tulosten erolle ovat erilaiset tulosmitaukset.

Yleisesti kaikkia impulssikontrollin häiriöitä koskeneessa katsauksessa (Dell’Osso ym. 2006) tulkittiin niin, että eniten näyttöä myönteisistä vaikutuksista patologiseen pelaamiseen on SSRI-lääkkeillä, mutta tämä saattaa yhdistyä kaksisuuntaisen mielialahäiriön yleisyyteen patologisilla pelaajilla. Pallesenin ja työtovereiden meta-analyysissa (2007) yksi keskeinen tulos oli se, että eri lääkeaineiden kesken ei havaittu merkitseviä eroja vaikutuksissa. Onkin esitetty, että lääkehoitojen vaikutusta säätelisivät yksilölliset tekijät kuten esimerkiksi samanaikainen geneettinen alkoholiiriippuvuus (Grant ym. 2008) tai yleisemmin tietty pelaamishäiriön alatyppi (impulsiivinen, pakko-oireinen tai addiktiivinen alatyppi) (Iancu ym. 2008).

GAMBLERS ANONYMOUS- JA GAM-ANON -RYHMÄT

Gambler Anonymous eli GA -ryhmä (suom. Nimettömät pelurit, www.nimettomatpelurit.fi) on pisimpään toiminut ja laajimmalle levinnyt patologisen pelaamisen ”hoitomuoto”. Se perustuu 12 askeleen ohjelmaan samoin kuin vastaavat alkoholiiriippuvaisten ja sittemmin myös monen muun riippuvuushäiriön ympärille rakentuneet omaavun ja vertaistuen anonyymit ryhmät. USA:ssa GA on toiminut jo 1950-luvun lopulta lähtien (Lesieur 1990, Ferentzy ja Skinner 2003) ja Suomessakin jo vuodesta 1992. Kansainvälisesti GA toimii kymmenissä maissa. Gam-Anon-tukiryhmät on tarkoitettu pelaajien läheisille.

Mitä tiedetään GA:n tuloksellisuudesta? Orford työtovereineen (2003, 226) toteaa, että GA:sta löytyy kirjallisuudesta positiivisia arvioita ennen muuta siksi, että pelaamisongelmaisia hoitaneet ammattilaiset ovat kliinisen kokemuksensa perusteella kirjoittaneet positiivisesti GA-toiminnasta ja katsovat sen olevan tärkeä komponentti hoidon tukena (esim. Bellringer 1999). Toisaalta hoitoevaluatioissa ollaan GA:n suhteen oltu varovaisempia; siitä on varsin vähän tutkimusta, joka sekin viittaa siihen suuntaan, että GA-toiminnan keskeyttävien osuus on suuri, ja niiden pelaajien osuus, jotka lopulta pidättäytyvät pelaamisesta kokonaan on pieni (Orford ym. 2003). Toisaalta tutkijat ovat huomauttaneet – yleisesti koskien AA-pohjaista vertaistukea – että sen vaikuttavuutta ei ehkä pitäisikään arvioida samoin kriteerein kuin ammatillisia hoito- ja tukimuotoja, sillä niiden tavoitteet ja dynamiikka ovat monin paikoin erilaisia. (Orford 2003).

HOITOJEN INTENSITEETTI: OMA-APU, AVOHOITO, LAITOSHOITO

Toneatton ja Ladouceurin (2003) katsauksessa oma-apuun (self-help) perustuvien interventioiden vaikuttavuudesta ei löytynyt näyttöä, mutta kyse oli pikemmin evaluaatioiden (Dickerson ym. 1990, Hodgins ym. 2001) menetelmällisistä puutteista kuin siitä, että nämä interventiot olisi voitu todeta tehottomiksi. Yhden arvion mukaan vain noin yksi kymmenestä patologisesta pelaajasta diagnosoitu hakeutuu hoitoon (Cunningham 2005). Tästä syystä oma-apujärjestelmien, lyhytneuvonnan ja muiden erilaisten kevyiden interventioiden (esimerkiksi nettineuvonta, telemaattiset hoitopalvelut) kehittämiseen kannattaneen panostaa jatkossakin. Lisäksi koska yksi akuutein rahapelaamiseen haitta on velkaantuminen, tähän liittyviä auttamis- ja neuvontajärjestelmiä lienee syytä kehittää sekä itsenäisesti

että yhteydessä riippuvuushoitoon.

Laitoshoidon osalta Toneatton ja Ladouceur (2003, 291) toteavat, että se on perusteltu ratkaisu pelaamisongelmalliselle lähinnä silloin, kun henkilöllä on muita samanaikaisia elämäntilanteellisia kriisejä ja/tai riippuvuus- tai muita mielenterveysongelmia.

MITÄ TIEDETÄÄN RETKAHDUKSESTA JA SEN EHKÄISEMISTÄ?

Hoitojen vaikutuksia arvioidaan useimmiten itse pelaamisen ja/tai pelaamisen himon vähenemisen tai loppumisen näkökulmasta. Tavoitteena hoidoissa ei automaattisesti ole pelaamisen lopettaminen, se voi olla myös hallittu pelaaminen tai jostain nimenomaisesta pelimuodosta pidättäytyminen. Kun puhutaan retkahduksesta (relapse), se edellyttää joko pelaamisen uudelleen aloittamista edeltänyttä pelaamisabstinenttia (Hodgins ja el-Guebaly 2004) tai kontrolloidun pelaamisen ajanjaksoa (Blaszczynski ym. 1991). Jälkimmäisessä tilanteessa retkahdus tarkoittaa henkilölle pelatessa tulevaa kontrollin menettämisen tunnetta. Hoidon jälkeinen retkahdus voidaan myös määritellä pelaamisesiisidien lukumääränä tietyn ajan kuluessa hoidon jälkeen; esimerkiksi enemmän kuin kaksi episodiä vuodessa hoidon jälkeen (Echeburua ym. 2001). Päihteiden käyttöön vertautuen voidaan myös puhua lipsahduksesta, joka on vähäinen poikkeama tavoitteesta. Lipsahdus voi johtaa retkahdukseen, jota luonnehtii kontrollin menetys ja pelaamisen jatkuminen, mutta välttämättä näin ei tapahdu.

Ledgerwood ja Petry (2006) erittelevät rahapelaamisen häiriön retkahdusta ennustavia tekijöitä ja erilaisten hoitojen mahdollisia vaikutuksia retkahtamisen ehkäisijöinä. Ennustavia tekijöitä ovat henkilöön liittyvät psykologiset (esim. riskitilanteista selviytyminen, kognitiiviset vääristymät pelaamiseen liittyen, impulsiivinen tai elämöshakuinen persoonallisuus), psykolobiologiset (mm. biologinen herkkyys pelaamisärsykeille, joka ilmenee autonomisen vireystilan nousuna, jännityksenä ja pelihimon kokemuksenä) ja sosiaaliset ja ympäristötekijät (esim. pelien saatavuus). Tutkijat löytävät vain harvoja tutkimuksia, joissa erilaisten hoitojen tuloksellisuutta retkahduksen ehkäisemisessä olisi tutkittu. Retkahduksen ehkäisy kuuluu ikään kuin sisään rakennettuna kognitiivis-behavioraalisiin tekniikoihin, joten niiden tutkiminen retkahduksen näkökulmasta olisi lupaavaa. Yhdysvalloissa yleisin tapa etsiä apua patologiseen pelaamiseen ovat GA-ryhmät, joissa käyminen Petryn (2003) mukaan suojaa

muussa avohoidossa olevia pelaamishäiriöisiä retkahduksesta. Tässä vaiheessa varteenotettavaa näyttöä minkään hoitomuodon paremmuudesta retkahduksen ehkäisijänä ei kuitenkaan ole.

YHTEENVETO

Rahapelaamisen ongelmien ja varsinkin niiden hoitojen tutkimus on maailmalla nuorta. Suomessa kaikki rahapelaamisen tutkimus on alkuvaiheissaan. Ongelmapelaaminen voidaan nähdä kansanterveydellisenä huolenaiheena, johon puuttuminen erilaisin ehkäisyn ja rahapelaamisen poliittisen sääntelyn keinoin on ensisijaista. Tässä katsauksessa on tarkasteltu peliongelmiä psykiatrisesta ja psykologisesta yksilötason näkökulmasta. Tästä näkökulmasta pelaamishäiriö eli patologinen pelaaminen on moniulotteinen oireyhtymä, johon usein liittyy muuta samanaikaista mielenterveyden problematiikkaa, erityisesti päihderiippuvuuksia. Pelaamishäiriö voidaan diagnostisesti eriyttää omaksi häiriökseen, jossa keskeistä on pelaamisen hallinnan menettäminen niin, että patologinen pelaaja jatkaa pelaamista ilmeisistä haitoista huolimatta.

Muutokset rahapelitarjonnassa mitä luultavimmin vaikuttavat peliongelmiin esiintyvyyteen. Nykyisten karkeiden arvioiden mukaan pelaamishäiriöstä kärsiviä on noin 1–2 prosenttia väestöstä. Ongelmapelaajia on mahdollisesti ainakin noin kaksi kertaa enemmän. Ongelmapelaamisen ja pelaamishäiriön ennaltaehkäisyn ja hoidon kannalta keskeistä on kartuttaa teoreettista ja empiiristä tietämystä rahapelaamisesta, ongelmapelaamisesta ja pelaamishäiriöstä ja niiden suhteista muihin sosiaalisiin ongelmiin ja mielenterveyden häiriöihin, erityisesti addiktioihin.

Peliongelmaisten hoito- ja auttamisjärjestelmien kehittäminen on käynnistymässä Suomessa. Tämän katsauksen viesti kehittäjille on, että mitään yhtä peliongelmaisten hoitomuotoa ei tähänastisen tutkimustiedon perusteella voida nimetä erityisen vaikuttavaksi, joskin kognitiivis-behavioraalisia menetelmiä voidaan pitää lupaavina. Tutkimusten perusteella ei voida kuitenkaan täsmällisesti sanoa, mikä tietty kognitiivis-behavioraalisten menetelmien suuntaus tai hoidon komponentti on vaikuttava. On myös ongelmapelaamisen ja pelaamishäiriön hoitoa yleisemmin koskien keskustelunalaista, mikä psykologisissa hoidossa on esimerkiksi yksittäisten terapeuttien, terapiasuhteen tai tutkittavana olemisen vaikutus hoidon tuloksellisuuteen. Lisäksi rajallinen tutkimustieto antaa viitteitä siitä, että hoidon pituus

tai intensiivisyys ei olisi tärkeä tekijä hoidon vaikuttavuuden kannalta. Lääkehoito havaitaan tutkimuksissa vaikuttavammaksi kuin lumehoito, mutta eri lääkeaineilla ei havaita keskimääräisiä eroja vaikutuksessa. Peliongelmaisten hoitoon

hakeutumisen aste on matala ja omaehtoinen toimiminen suhteellisen yleistä, minkä vuoksi on syytä panostaa myös erilaisten kevyiden interventioiden ja oma-apujärjestelmien kehittämiseen.

Halme JT, Tammi T. A review of effectiveness studies on the treatment of problem gambling and pathological gambling: Research is scarce and results uncertain

Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2008;45:301–313

Gambling related problems have emerged as a public and professional concern only recently in Finland. As part of this, also the development of treatment services for problem gamblers has evolved. By drawing on international research literature, meta-analyses and reviews on the subject, the article discusses the effectiveness of different treatment approaches for patients' with diagnosed gambling disorder.

The main finding of the review is that currently there is not enough evidence to say which method would be the most effective in the treatment of problem gamblers. Therapies applying cognitive-behavioural methods seem to be promising, although it is not possible to determine which specific type or component of these thera-

pies is effective. It is also questionable, more generally than only with regard to treating problem gamblers, what is the effect of individual therapists or therapeutic relationships to the results. Research on pharmacological treatments shows positive effects in comparison to placebo, but there is no evidence about differences between classes of pharmacological interventions (antidepressants, opioid antagonists, mood stabilizers).

Limited evidence also implies that the length or intensiveness of treatment would not be important factors from the viewpoint effectiveness. Generally, rate of seeking treatment among problem gamblers is low; this gives cause also for brief interventions and self-help programmes.

KIRJALLISUUS

Aho P, Turja T. Suomalaisten rahapelaaminen.

Taloustutkimus Oy. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, Helsinki 2007.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC 1994.

Bellringer P. Understanding Problem Gamblers: A Practitioner's Guide to Effective Intervention. Free Association Books, London 1999.

Black DW. An open-label trial of bupropion in the treatment of pathologic gambling. *J Clin Psychopharmacol* 2004;1:108–110.

Blanco C, Petkova E, Ibáñez A, Sáiz-Ruiz J. A pilot placebo-controlled study of fluvoxamine for pathological gambling. *Ann Clin Psychiatry* 2002;14:9–15.

Blaszczynski A, McConaghy N, Frankova A. A comparison of relapsed and non-relapsed abstinent pathological gamblers following behavioural treatment. *Br J Addict* 1991;86:1485–1489.

Blaszczynski A, Silove D. Cognitive and behavioral therapies of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies* 1995;11:195–219.

Blum K, Braverman ER, Holder JM, Lubar JF, Monastra VJ, Miller D, Lubar JO, Chen TJ, Comings DE. Reward deficiency syndrome: a biogenetic model for the diagnosis and treatment of impulsive, addictive, and compulsive behaviors. *J Psychoactive Drugs* 2000;32: 1–112.

Bolen DW, Boyd W. Gambling and the gambler: A review and preliminary findings. *Arch Gen Psychiatry* 1968;18:617–630.

Borkovec TD, Castonguay LC. What is the scientific meaning of empirically supported therapy? *J Consult Clin Psychol* 1998;66:136–142.

Brewer JA, Potenza MN. The neurobiology and genetics of impulse control disorders: relationships to drug addictions. *Biochem Pharmacol* 2008;75:63–75.

Cohen J. A power primer. *Psychol Bull* 1992;112:155–159.

Crockford DN, el-Guebaly N. Psychiatric comorbidity in pathological gambling: a critical review. *Can J Psychiatr* 1998;43:43–50.

Cunningham JA. Little use of treatment among problem gamblers. *Psychiatr Serv* 2005;56:1024–1025.

- Dannon PN, Lowengrub K, Musin E, Gonopolski Y, Kotler M. Sustained-release bupropion versus naltrexone in the treatment of pathological gambling: a preliminary blind-rater study. *J Clin Psychopharmacol* 2005a;25:593–596.
- Dannon PN, Lowengrub K, Gonopolski Y, Musin E, Kotler M. Topiramate versus fluvoxamine in the treatment of pathological gambling: a randomized, blind-rater comparison study. *Clin Neuropharmacol* 2005b;28:6–10.
- Dell'Osso B, Altamura AC, Allen A, Marazziti D, Hollander E. Epidemiologic and clinical updates on impulse control disorders: a critical review. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006;256:464–475.
- Dickerson M, Hinchey J, England SL. Minimal treatments and problem gamblers: A preliminary investigation. *Journal of Gambling Studies* 1990;6:87–101.
- Echeburua E, Baez C, Fernandez-Montalvo, J. Comparative effectiveness of three therapeutic modalities in the psychological treatment of pathological gambling. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy* 1996;24:51–72.
- Echeburua E, Fernandez-Montalvo J, Baez C. Relapse prevention in the treatment of slot-machine pathological gambling: Long-term outcome. *Behavior Therapy* 2000;31:351–364.
- Echeburua E, Fernandez-Montalvo J, Baez C. Predictors of therapeutic failure in slot-machine pathological gamblers following behavioural treatment. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2001;29:379–383.
- Eisen SA, Lin N, Lyons MJ, Scherrer JF, Griffith K, True WR, Goldberg J, Tsuang MT. Familial influences on gambling behavior: an analysis of 3359 twin pairs. *Addiction* 1998;93:1375–84.
- Ferentzy P, Skinner W. Gamblers Anonymous. A critical review of the literature. *eGambling. The Electronic Journal of Gambling Issues*. 2003;9
- Ferris J, Wynne H. The Canadian problem gambling index: Final report. Canadian Centre on Substance Abuse, Ottawa 2001.
- Gambling research panel. Best practice in problem gambling services. GRP report No 3. GRP, Melbourne 2003.
- Grant JE, Kim SW, Potenza MN, Blanco C, Ibanez A, Stevens L, Hektner JM, Zaninelli R. Paroxetine treatment of pathological gambling: a multi-centre randomized controlled trial. *Int Clin Psychopharmacol* 2003;18:243–249.
- Grant JE, Potenza MN, Hollander E, Cunningham-Williams R, Nurminen T, Smits G, Kallio A. Multicenter investigation of the opioid antagonist nalmefene in the treatment of pathological gambling. *Am J Psychiatry* 2006;163:303–312.
- Grant JE, Potenza MN. Escitalopram treatment of pathological gambling with co-occurring anxiety: an open-label pilot study with double-blind discontinuation. *Int Clin Psychopharmacol*. 2006;21:203–209.
- Grant JE. Impulse control disorders. A clinician's guide to understanding and treating behavioral addictions. W. W. Norton & Company, New York/London 2008.
- Grant JE, Kim SW, Hollander E, Potenza MN. Predicting response to opiate antagonists and placebo in the treatment of pathological gambling. *Psychopharmacology (Berl)*. 2008; 200:521–527
- Hansen M. Treatment of problem & pathological gambling in the Nordic countries: Where we are now and where do we go next? *Journal of Gambling Issues*. 2006;18:91–105.
- Hodgins DC, el-Guebaly N. Natural and treatment-assisted recovery from gambling problems: a comparison of resolved and active gamblers. *Addiction* 2000;95:777–789.
- Hodgins DC, Currie SR, el-Guebaly N. Motivational enhancement and self-help treatments for problem gambling. *J Consult Clin Psychol* 2001;69: 50–57.
- Hodgins DC, el-Guebaly N. Retrospective and prospective reports of precipitants to relapse in pathological gambling. *J Consult Clin Psychol* 2004;72:72–80.
- Hodgins DC. Implications of a brief intervention trial for problem gambling for future outcome research. *Journal of Gambling Studies* 2005;21:13–19.
- Holden C. 'Behavioral' addictions: do they exist? *Science*. 2001;2:980–982.
- Hollander E, DeCaria CM, Finkell JN, Begaz T, Wong CM, Cartwright C. A randomized double-blind fluvoxamine/placebo crossover trial in pathological gambling. *Biol Psychiatry* 2000;47:813–817.
- Hollander E, Pallanti S, Allen A, Sood E, Baldini Rossi N. Does sustained-release lithium reduce impulsive gambling and affective instability versus placebo in pathological gamblers with bipolar spectrum disorders? *Am J Psychiatry* 2005;162:137–145.
- Iancu I, Lowengrub K, Dembinsky Y, Kotler M, Dannon PN. Pathological gambling: an update on neuropathophysiology and pharmacotherapy. *CNS Drugs* 2008;22:123–138.
- Kim SW, Grant JE. An open naltrexone treatment study in pathological gambling disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 2001;16:285–289.
- Kim SW, Grant JE, Adson DE, Shin YC. Double-blind naltrexone and placebo comparison study in the treatment of pathological gambling. *Biol Psychiatry* 2001;49:914–21.
- Kim SW, Grant JE, Adson DE, Shin YC, Zaninelli R. A double-blind placebo-controlled study of the efficacy and safety of paroxetine in the treatment of pathological gambling. *J Clin Psychiatry* 2002;63:501–507.
- Kähkönen S, Holmberg N, Karila I. (toim.) Kognitiivinen psykoterapia. 3., uudist. painos. Duodecim: Helsinki 2008.
- Ladouceur R, Jacques C, Ferland F, Giroux I. Prevalence of problem gambling: a replication study 7 years later. *Can J Psychiatry* 1999;44:802–804.
- Ladouceur R, Sylvain C, Boutin C, Lachance S, Doucet C, Leblond J, Jacques C. Cognitive treatment of pathological gambling. *J Nerv Ment Dis* 2001;189:774–80.
- Ladouceur R, Sylvain C, Boutin C, Doucet, C. Understanding and treating the pathological gambler. John Wiley & Sons, West Sussex 2003.

- Ladouceur R, Shaffer HJ. Treating problem gamblers: working towards empirically supported treatment. *Journal of Gambling Studies* 2005;2:1–4.
- LaPlante DA, Nelson SE, LaBrie RA, Shaffer, HJ. Stability and progression of disordered gambling: lessons from longitudinal studies. *Can J Psychiatry* 2008;53:52–60.
- Ledgerwood DM, Petry NM. What do we know about relapse in pathological gambling? *Clin Psychol Rev* 2006;26:216–228.
- Lesieur HR, Blume SB. The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *Am J Psychiatry* 1987;144:1184–1188.
- Lesieur HR. Working with and understanding Gamblers Anonymous. Teoksessa Powell TJ (toim.) *Working with Self-Help*. NASW Press, Silver Spring, MD 1990, 237–253.
- López Viets VC, Miller WR. Treatment approaches for pathological gamblers. *Clin Psychol Rev* 1997;17:689–702.
- Lund I. The population mean and the proportion of frequent gamblers: is the theory of total consumption valid for gambling? *Journal of Gambling Studies* 2008;24: 247–56.
- McConaghy N, Armstrong MS, Blaszczynski A, Allcock C. Controlled comparison of aversive therapy and imaginal desensitization in compulsive gambling. *Br J Psychiatry* 1983;142: 366–372.
- McConaghy N, Armstrong MS, Blaszczynski A, Allcock C. Behavioural completion versus stimulus control in compulsive gambling: implications for behavioral assessment. *Behav Modif* 1988;12:371–384.
- McConaghy N, Blaszczynski A, Frankova A. Comparison of imaginal desensitisation with other behavioural treatments of pathological gambling. A two- to nine-year follow-up. *Br J Psychiatry* 1991;159: 390–393.
- National Research Council (NRC). *Pathological Gambling: A Critical Review*. National Academy Press, Washington, DC 1999.
- Oakley-Browne MA, Adams P, Moberley PM. Interventions for pathological gambling. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;2.
- Orford J, Morison V, Somers M. Drinking and gambling: a comparison with implications for theories of addiction. *Drug and alcohol review* 1996;15:47–56
- Orford J. Addiction as excessive appetite. *Addiction* 2001;1:15–31.
- Orford J, Sproston K, Erens B, White C, Mitchell L. *Gambling and Problem Gambling in Britain*. Brunner-Routledge, East-Sussex 2003.
- Pallanti S, Quercioli L, Sood E, Hollander E. Lithium and valproate treatment of pathological gambling: a randomized single-blind study. *J Clin Psychiatry* 2002;63:559–64.
- Pallanti S, Baldini Rossi N, Sood E, Hollander E. Nefazodone treatment of pathological gambling: a prospective open-label controlled trial. *J Clin Psychiatry* 2002;63:1034–1039.
- Pallesen S, Mitsem M, Kvale G, Johnsen BH, Molde H. Outcome of psychological treatments of pathological gambling: a review and meta-analysis. *Addiction* 2005;100:1412–22.
- Pallesen S, Molde H, Arnestad HM, Laberg JC, Skutle A, Iversen E, Støylen IJ, Kvale G, Holsten F. Outcome of pharmacological treatments of pathological gambling: a review and meta-analysis. *J Clin Psychopharmacol*. 2007;27:357–64.
- Petry NM, Armentano C. Prevalence, assessment, and treatment of pathological gambling: a review. *Psychiatr Serv* 1999;50:1021–1027.
- Petry NM. Patterns and correlates of Gamblers Anonymous attendance in pathological gamblers seeking professional treatment. *Addict Behav*. 2003;28:1049–62.
- Petry NM. Should the scope of addictive behaviors be broadened to include pathological gambling? *Addiction*. 2006;101:152–160.
- Petry NM. Gambling and substance use disorders: current status and future directions. *Am J Addict*. 2007;16:1–9.
- Potenza MN. The neurobiology of pathological gambling and drug addiction: an overview and new findings. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2008; 12:363:3181–189.
- Saiz-Ruiz J, Blanco C, Ibáñez A, Masramon X, Gómez MM, Madrigal M, Díez T. Sertraline treatment of pathological gambling: a pilot study. *J Clin Psychiatry* 2005;66:28–33.
- Shaffer HJ, Hall MN, Vander Bilt J. Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada. A research synthesis. *Am J Public Health* 1999;89:1369–1376 .
- Shaffer HJ, Korn DA. Gambling and related mental disorders, a public health analysis. *Annu Rev Public Health* 2002;23:171–212.
- Seager CP. Treatment of compulsive gamblers by electrical aversion. *Brit J Psychiat* 1970;117:545–553.
- Skinner BF. *Science and human behavior*. MacMillan, New York 1953.
- Slutske WS. Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: results of two U.S. national surveys. *Am J Psychiatry*. 2006;163:297–302.
- Sylvain C, Ladouceur R, Boisvert JM. Cognitive and behavioral treatment of pathological gambling: A controlled study. *J Consult Clin Psychol*. 1997;65:727–732.
- Tammi T. Yksinoikeus peleihiin, yksinoikeus ongelmiin? Miksi rahapeli-ongelmista tuli yhteiskunnallinen huolenaihe? *Yhteiskunta-politiikka* 2008;2:176–184.
- Tavares H, Zilberman ML, el-Guebaly N. Are there cognitive and behavioural approaches specific to the treatment of pathological gambling? *Can J Psychiatry*. 2003;48:22–27.
- Toneatto T, Ladouceur R. Treatment of pathological gambling: A critical review of the literature. *Psychology of Addictive Behaviors* 2003;17:284–292.

- Welte J, Barnes G, Wieczorek W, Tidwell M, Parker J. Alcohol and gambling pathology among U.S. adults. Prevalence, demographic patterns and comorbidity. *J Stud Alcohol* 2001;62:706–712.
- Williams RJ, West BL, Simpson RI. Prevention of problem gambling: A comprehensive review of the evidence. Report prepared for the Ontario Problem Gambling Research Centre, Guelph, Ontario, CANADA. August 1, 2007.
- Wood RT, Griffiths MD, Chappell D, Davies MN. The structural characteristics of video games: a psycho-structural analysis. *Cyberpsychol Behav* 2004;7:1–10.
- Zimmerman M, Breen RB, Posternak MA. An open-label study of citalopram in the treatment of pathological gambling. *J Clin Psychiatry* 2002;63:44–48.

JUKKA T. HALME

Tutkija, PsM

Kansanterveyslaitos

Mielenterveyden ja alkoholitutkimuksen osasto

Riippuvuushäiriöiden ehkäisyn ja hoidon yksikkö

TUUKKA TAMMI

Tutkimuspäällikkö, VTT

A-klinikkasäätö