

Anna-Marie Paavonen ja Anna-Liisa Salminen

# Raha- ja digipeliongelmaisten kuntoutus

Kartoittava kirjallisuuskatsaus



## **Kirjoittajat**

Anna-Marie Paavonen, tutkija, VTM, sosiaalipsykologi  
Kelan tutkimus  
etunimi.sukunimi@kela.fi

Anna-Liisa Salminen, tutkimusprofessori, tutkimuspäällikkö, PhD, tt  
Kelan tutkimus  
etunimi.sukunimi@kela.fi

© Kirjoittajat ja Kela

[www.kela.fi/tutkimus](http://www.kela.fi/tutkimus)

ISBN 978-952-284-107-0

ISSN 2323-9239

URI <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2020120899892>

Helsinki 2020

# SISÄLTÖ

Tiivistelmä .....	5
1 Tausta ja tavoitteet.....	6
2 Rahapeliongelmat .....	7
2.1 Rahapeliongelman luonne.....	8
2.2 Rahapeliongelman kehittymisen riskitekijöitä.....	9
2.3 Rahapeliongelmat ja hoitoon hakeutuminen.....	12
2.4 Rahapeliongelmiin yleisyys Suomessa.....	12
3 Digipeliongelmat .....	14
3.1 Digipeliongelman luonne ja riskitekijöitä.....	14
3.2 Digipeliongelmiin yleisyys Suomessa.....	16
4 Raha- ja digipeliongelmaisten kuntoutuksessa käytetyt interventiot: tiivistelmä aiemmista systemaattisista kirjallisuuskatsauksista .....	16
4.1 Rahapeliongelmaisten kuntoutus.....	16
4.2 Digipeliongelmaisten kuntoutus.....	18
5 Katsaus raha- ja digipeliongelmaisille suunnattuihin hoito- ja kuntoutuspalveluihin Suomessa.....	19
6 Tutkimustehtävä .....	21
7 Menetelmät ja aineisto .....	21
7.1 Kartoitettava kirjallisuuskatsaus.....	21
7.2 Tiedonhaku, aineiston valinta ja analysointi.....	22
7.2.1 Tiedonhaku.....	22
7.2.2 Aineiston valinta.....	22
7.2.3 Aineiston taulukointi ja analysointi.....	25
7.3 Asiantuntijahaastattelu .....	26
8 Tulokset.....	27
8.1 Rahapeliongelmaisten kuntoutuksessa käytetyt interventiot.....	27
8.1.1 Yleistiedot tutkimuksista .....	27
8.1.2 Tutkimusten kohderyhmät.....	30
8.1.3 Kuntoutusinterventiot.....	32
8.1.4 Kuntoutusinterventioiden hyödyt.....	40
8.1.5 Yhteenveto.....	50
8.2 Digipeliongelmaisten kuntoutuksessa käytetyt interventiot.....	51
8.2.1 Yleistiedot tutkimuksista .....	51
8.2.2 Tutkimusten kohderyhmät.....	52
8.2.3 Kuntoutusinterventiot.....	53
8.2.4 Kuntoutusinterventioiden hyödyt.....	57
8.2.5 Yhteenveto.....	60
8.3 Asiantuntijoiden arvioita suomalaisesta raha- ja digipeliongelmaisille suunnatusta hoito- ja kuntoutuspalvelujärjestelmästä.....	61
8.3.1 Arviot kartoitettavan kirjallisuuskatsauksen alustavista tuloksista.....	61
8.3.2 Raha- ja digipeliongelmaisille suunnatun hoito- ja kuntoutuspalvelujärjestelmän nykytila.....	64
8.3.3 Raha- ja digipeliongelmat ja Kelan toiminta.....	68
8.4 Yhteenvetotaulukko tuloksista.....	69

9	Pohdinta.....	70
9.1	Rahapeliongelma on tärkeä tunnistaa Kelassa.....	70
9.2	Rahapeliongelmaisten tuen tarpeet ovat yksilöllisiä.....	71
9.3	Digipeliongelmaisten kuntoutuksessa käytetyistä interventioista on vielä vähän tietoa .....	73
9.4	Tutkimuksen arviointia.....	75
10	Johtopäätökset .....	78
	Lähteet.....	80

## TIIVISTELMÄ

Rahapelien ongelmapelaaminen voi johtaa pelaajan merkittävään velkaantumiseen ja henkiseen kuormittuneisuuteen, ongelmiin ihmissuhteissa sekä henkilökohtaiseen elämään ja työhön liittyvien velvollisuuksien laiminlyömiseen. Viime vuosina keskustelua on herättänyt myös digitaalisten pelien (esim. tietokone-, mobiili- ja konsolipelit) ongelmapelaamiseen liittyvät haitat. Uusimmassa Maailman terveysjärjestön ICD-11-tautiluokituksessa raha- ja digipelien ongelmapelaaminen luokitellaan toiminnallisiksi riippuvuuksiksi. On mahdollista, että Kelan järjestämällä kuntoutuksella voitaisiin tukea raha- ja digipeli-ongelmista kärsiviä henkilöitä.

Tämän kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli Kelan kuntoutusryhmän toimeksiannosta selvittää, millaisia interventioita raha- ja digipeli-ongelmaisten kuntoutuksessa käytetään ja millaisia niiden hyödyt ovat. Tiedon perusteella on tarkoitus arvioida Kelan mahdollista roolia kuntoutuspalveluiden järjestäjänä raha- ja digipeli-ongelmallisille. Kirjallisuuskatsaus toteutettiin kartoittavana kirjallisuuskatsauksena (*scoping review*). Osana kirjallisuuskatsausta haastateltiin suomalaisen raha- ja digipeli-ongelmallisille suunnatun hoito- ja kuntoutuspalvelujärjestelmän asiantuntijoita.

Kirjallisuuskatsauksessa tarkasteltiin 15:tä rahapeli-ongelmaisten ja viittä digipeli-ongelmaisten kuntoutuksessa käytettyä interventiota tarkastelevaa tutkimusta. Rahapeli-ongelmaisten kuntoutus toteutettiin useimmiten yksilötapaamisina terapeutin kanssa kasvotusten. Myös digipeli-ongelmaisten kuntoutus toteutettiin terapeutin kanssa kasvotusten, mutta yhtä usein yksilö- ja ryhmätapaamisina. Rahapeli-ongelmaisten kuntoutus voidaan toteuttaa myös etäyhteyksien välityksellä. Interventiot perustuivat useimmiten kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan. Muut interventiot perustuivat esimerkiksi motivoivaan haastatteluun, tietoisuustaitojen harjoitteluun ja aerobisen liikunnan harjoitteluun. Kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvilla interventioilla pystyttiin vähentämään tutkittavien rahapelaamista ja rahapeli-ongelman oireita. Myös yhteen neuvontakertaan perustuvista interventioista oli hyötyä tutkittavien rahapelaamisen tai rahapeli-ongelman oireiden vähentämisessä. Kaikista tutkituista interventioista oli hyötyä tutkittavien digipelaamisen tai digipeli-ongelman oireiden vähentämisessä.

Rahapeli-ongelmallisille suunnattujen kuntoutuspalveluiden saatavuudessa on ollut Suomessa alueellisia eroja. Kuntoutuspalveluiden kehittämiseksi on tehty tutkimus- ja kehittämistyötä, jota koordinoi Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Digipeli-ongelmallisille suunnattujen kuntoutuspalveluiden kehittäminen on Suomessa vasta aluillaan.

Suomessa olisi tilaa Kelan järjestämille täydentäville kuntoutuspalveluille, ensisijaisesti paikkaamaan rahapeli-ongelmaisten kuntoutukseen erikoistuneiden palveluiden saatavuuden alueellisia puutteita. Digipeli-ongelmallisille suunnattujen kuntoutuspalveluiden kehittämisessä voitaisiin hyödyntää Kelan kehittämisosaamista. Kuntoutuspalvelut tulisi suunnitella yhteistyössä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ja muiden raha- ja digipeli-ongelmiin erikoistuneiden toimijoiden kanssa.

**Avainsanat:** rahapelit, tietokonepelit, mobiilipelit, konsolipelit, verkkopelit, digitaaliset pelit, pelaaminen, ongelmapelaaminen, riippuvuus, kuntoutus, kuntoutuspalvelut, interventio, interventiohoito, kirjallisuuskatsaukset

# 1 TAUSTA JA TAVOITTEET

Rahapeliin pelaaminen ja pelaaminen digitaalisilla laiteilla on Suomessa yleistä ajanvietettä. Pelaamisesta voi kuitenkin kehittyä ongelma. Rahapeliin ongelmapelaaminen voi johtaa pelaajan merkittävään velkaantumiseen ja henkiseen kuormittuneisuuteen, ongelmiin ihmissuhteissa ja työhön tai opintoihin liittyvien velvollisuuksien laiminlyömiseen. Pelaamista voi olla vaikea hallita ja pelaamiseen liittyvät mielikuvat hallitsevat pelaajan ajatuksia. Pahimmillaan ongelmapelaaminen voi johtaa työpaikan menettämiseen, rikolliseen toimintaan, ihmissuhteiden katkeamiseen ja itsetuhoisuuteen. (Esim. Maailman terveysjärjestö 1999.) Ongelmapelaaminen pyritään usein salaamaan ja muiden riippuvuuksien ja mielenterveyden häiriöiden samanaikainen esiintyminen vaikeuttaa rahapeli-ongelman tunnistamista (Jaakkola 2008). Rahapeliin ongelmapelaaminen on sisällytetty Maailman terveysjärjestön ICD-tautiluokitukseen vuodesta 1979 toimintayllykkeiden hallintaan liittyvänä häiriönä (Nower ym. 2020, 130).

Myös digitaalisten pelien eli esimerkiksi tietokone-, mobiili- ja konsolipelien pelaamiseen (jatkossa digipelaaminen) liittyvät haitat ovat herättäneet hiljattain kansainvälistä keskustelua. Digipeliin ongelmapelaaminen on yhdistetty erityisesti nuorten miesten pelaamiseen. Digipeliin ongelmat on yhdistetty pelaajan heikkoihin ongelmanratkaisutaitoihin ja selviytymiskeinoihin, ystävyys-suhteiden vähyyteen ja ongelmiin ihmissuhteissa (esim. Paulus ym. 2018). Vuonna 2018 julkaistussa Maailman terveysjärjestön ICD-11-tautiluokituksessa raha- ja digipeliin ongelmapelaaminen luokitellaan riippuvuushäiriöiksi toiminnallisina riippuvuuksina (Maailman terveysjärjestö 2018).

Viimeisen vuoden aikana erityisesti rahapelaamisen liittyvät haitat ovat herättäneet Suomessa laajaa yhteiskunnallista keskustelua (esim. Helsingin Sanomat 1.7.2019; YLE 20.8.2019). Kelassa on aiemmin tehty sisäinen selvitys rahapeli-ongelmien esiintymisestä Kelan toimeentulotukiasiakkaiden palveluissa. On mahdollista, että myös Kelan järjestämällä kuntoutuksella voitaisiin tukea ja auttaa raha- ja digipeli-ongelmista kärsiviä henkilöitä. Kelan järjestämällä kuntoutuksella täydennetään muita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. Kuntoutuksen tavoitteena voi olla henkilön työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen tai parantaminen tai hänen itsenäisen selviytymisensä tukeminen (L 566/2005).

Kela järjestää kuntoutuspalveluita vaativana lääkinnällisenä kuntoutuksena, kuntoutuspsykoterapiana, ammatillisena kuntoutuksena ja harkinnanvaraisena kuntoutuksena (L 566/2005). Vaativaa lääkinnällistä kuntoutusta järjestetään alle 65-vuotiaille henkilöille, joilla jokin sairaus, vamma tai toimintakyvyn rajoite vaikeuttaa huomattavasti heidän arjessa selviytymistään ja osallistumistaan. Ammatillista kuntoutusta järjestetään, jos jokin sairaus, vika tai vamma on aiheuttanut tai sen arvioidaan aiheuttavan henkilölle työ- tai opiskelukyvyn ja ansiomahdollisuuksien olennaisen heikentymisen lähivuosina. (L 566/2005.) Kelan järjestämällä harkinnanvaraisella kuntoutuksella täydennetään lakisääteistä lääkinnällistä ja ammatillista kuntoutusta sekä kuntoutuspsykoterapiaa (Kela 2020a, 5). Harkinnanvaraisen kuntoutuksen tavoitteena on tukea henkilön työelämässä pysymistä tai sinne palaamista tukemalla tai parantamalla hänen työ- tai toimintakykyään. Kuntoutuksen tavoitteena voi myös olla työelämän ulkopuolella olevan henki-

lön itsenäisen selviytymisen tukeminen. (Kela 2020a, 3.) Mielenterveyskuntoutusta Kela järjestää kuntoutuspsykoterapiana ja kursseina (Kela 30.8.2017). Psykoterapiaa Kela voi järjestää myös vaativana lääkinällisenä kuntoutuksena (esim. Kela 16.4.2020).

Tämän kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on Kelan kuntoutusryhmän toimeksiannosta selvittää, millaisia interventioita raha- ja digipeli-ongelmaisten kuntoutuksessa käytetään ja millaisia niiden hyödyt ovat. Tiedon perusteella on tarkoitus arvioida, millainen rooli Kelalla voisi tulevaisuudessa olla kuntoutuspalveluiden järjestäjänä raha- ja digipeli-ongelmaisille. Kirjallisuuskatsaus toteutettiin kartoittavana kirjallisuuskatsauksena (*scoping review*; Arksey ja O'Malley 2005; Levac ym. 2010). Osana kirjallisuuskatsausta haastateltiin kahta suomalaisen raha- ja digipeli-ongelmaisille suunnatun hoito- ja kuntoutuspalvelujärjestelmän asiantuntijaa.

Tässä raportissa kuntoutuksella tarkoitetaan kaikkea sellaista tavoitteellista toimintaa, jonka pyrkimyksenä on kuntoutukseen osallistuvan henkilön työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen tai parantaminen tai itsenäisen selviytymisen tukeminen (esim. Autti-Rämö ja Salminen 2016). Kansainvälisessä tutkimuskirjallisuudessa tällaisesta toiminnasta käytetään myös käsitettä hoito. Raportoinnin selkeyden vuoksi raha- ja digipelaamisen tapojen muuttamiseen tähtäävästä toiminnasta ja siihen suunnatuista interventioista käytetään tässä raportissa käsitteitä kuntoutus ja kuntoutusinterventio. Haastatellut asiantuntijat käyttivät käsitteitä hoito ja hoitomuoto.

## 2 RAHAPELIONGELMAT

Arpajaislain mukaan Veikkaus Oy:llä on yksinoikeus toimeenpanna rahapelejä Manner-Suomessa (L 1047/2001). Rahapelaaminen on Suomessa mahdollista niin sanotusti kivijalassa eli esimerkiksi pelisaleissa, kasinolla ja ruokakaupoissa, sekä verkossa. Ulkomaisten peliyhtiöiden tarjoamia pelejä pelataan pääasiassa verkossa. Esimerkiksi korttipelipelejä voi pelata myös yksityisesti rahapanoksin. (Esim. Salonen ym. 2020.) Kaikkia rahapelejä yhdistää se, että niiden lopputulos perustuu ainakin osittain sattumaan ja että niissä on raha- tai rahaan verrattava panos ja palkinto (Kinnunen ja Jaakkola 2015a, 35).

Rahapelien pelaaminen on Suomessa yleistä. Vuonna 2019 mannersuomalaisista 78 prosenttia oli pelannut ainakin yhtä rahapelityyppiä viimeisen vuoden aikana. Tämä vastaa noin kolmea miljoonaa (2 917 000) mannersuomalaista. (Salonen ym. 2020, 3.) Miehet olivat pelanneet rahapelejä useammin kuin naiset (82 ja 75 %). Eniten pelattuja Veikkauksen rahapelityyppejä olivat viikoittaiset lottopelit ja Jokeri, arpapelit ja rahapeliautomaatit muualla kuin kasinolla. (Salonen ym. 2020, 4.) Suomessa ja kansainvälisesti yleisimmät syyt rahapelaamiseen ovat rahan voittaminen ja pelaamiseen liittyvä jännitys, ajanviettäminen tai hauskuus (esim. Salonen ym. 2019, 52–53; Wardle ym. 2011, 115–116).

Tässä raportissa rahapeliongelmallalla tai ongelmapelaamisella viitataan kaikkeen haitalliseen rahapelaamiseen. Käsitettä rahapeli-riippuvuus käytetään käännöksenä tutkimusjulkaisuihin käytetyille termeille *gambling disorder* tai *pathological gambling* tai kun peliongelman vaikeusaste halutaan määritellä tai sitä halutaan korostaa.

## 2.1 Rahapeliongelman luonne

Suomalaisessa sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä käytössä olevassa ICD-10-tautiluokituksessa (Maailman terveysjärjestö 1999) rahapeliengelman ongelmapelaamisesta käytetään diagnostista termiä pelihimo. Pelihimo kuuluu mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden alla käytös- ja hillitsemishäiriöiden luokkaan. Rahapeliengelman ongelmapelaaminen nähdään siis toimintayllykkeiden hallintaan liittyvänä häiriönä.

Pelihimo-häiriön diagnostiset kriteerit on kuvattu tietolaatikossa 1. ICD-10-luokituksen mukaan pelihimo-häiriöön kuuluu usein toistuvia pelaamisjaksoja, jotka hallitsevat henkilön elämää ja jotka vahingoittavat hänen sosiaalisia, ammatillisia, aineellisia ja perheeseen liittyviä arvojaan ja sitoumuksiaan. Häiriöstä kärsivä henkilö voi vaarantaa työpaikkansa, velkaantua huomattavasti tai valehdella tai rikkoa lakia saadakseen rahaa pelaamiseen tai välttääkseen velanmaksun. Henkilöllä on pakottava, vaikeasti hallittava halu pelata, joka voimistuu usein rasittavissa elämäntilanteissa ja pelaamiseen liittyvät mielikuvat hallitsevat hänen ajatuksiaan. ICD-10-luokituksen mukaan häiriön taudinkuvassa olennaista on toistuva pelaaminen, joka jatkuu ja lisääntyy, vaikka seurauksena olisi köyhtyminen, perhesuhteiden huononeminen ja henkilökohtaisen elämän hajaannus. (Maailman terveysjärjestö 1999.)

### Tietolaatikko 1. Pelihimon diagnostiset kriteerit.

- A. Pelaamisjaksoja on vähintään kaksi vuodessa.
- B. Pelaamista jatketaan huolimatta siitä aiheutuvasta ahdingosta ja vaikutuksista henkilön päivittäiseen toimintakykyyn. Pelaaminen ei tuota voittoa tai muuta etua henkilölle.
- C. Henkilöllä on voimakas, vaikeasti hallittava pelaamisen halu eikä hänellä ole tahdonalaista kykyä lopettaa pelaamista.
- D. Pelaamiseen ja pelaamisympäristöön liittyvät mielikuvat hallitsevat ajattelua ja mielikuvia.

Lähde: Maailman terveysjärjestö 1999.

Maailman terveysjärjestön vuonna 2018 julkaisemassa ICD-11-tautiluokituksessa (Maailman terveysjärjestö 2018) rahapeliengelman, kuten myös digipeliengelman, ongelmapelaaminen on siirretty riippuvuushäiriöiden luokkaan toiminnallisena eli johonkin toimintoon tai käyttäytymiseen liittyvänä riippuvuutena. Rahapeliriippuvuuden diagnostiset kriteerit on esitetty tietolaatikossa 2. Diagnoosin asettamiseksi pelaamisen tulee olla jatkunut 12 kuukautta tai kaikkien kriteerien tulee olla täyttyneet lyhytkestoisemman ajan ja oireet ovat olleet vakavia. Rahapeliriippuvuuden alatyyppeinä kuvataan pääasiassa verkossa tapahtuva, pääasiassa verkon ulkopuolella tapahtuva ja tarkemmin määrittämätön pelaamisen tyyppi. On arvioitu, että uusi tautiluokitus tulee Suomessa käyttöön, kun sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus on valmis ja toiminnassa (Lääkärilehti 15.6.2018).

### Tietolaatikko 2. Rahapeliriippuvuuden diagnostiset kriteerit.

1. Pelaamisen hallinnan vaikeus (esim. aloittaminen, useus, intensiteetti, kesto, lopettaminen, konteksti).
2. Pelaamisen asettaminen elämässä etusijalle siinä määrin, että se ohittaa muut kiinnostuksen kohteet ja arkipäivän askareet.
3. Pelaamisen jatkaminen ja lisääntyminen haitoista huolimatta.

Lähde: Maailman terveysjärjestö 2018.



Yhdysvaltojen psykiatriyhdistyksen DSM-tautiluokituksessa (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) rahapelien ongelmapelaaminen luokiteltiin riippuvuushäiriöksi vuonna 2013 julkaistussa viidennessä painoksessa (DSM-5; Yhdysvaltojen psykiatriyhdistys 2013). DSM-luokitusta käytetään kansainvälisesti yleisesti esimerkiksi psykiatrian alan kliinisessä työssä ja tutkimuskirjallisuudessa (esim. Lönnqvist 2019). DSM-kriteereillä rahapeliriippuvuuden toteaminen edellyttää, että henkilöllä tulee olla esiintynyt vähintään neljä määritellystä yhdeksästä kriteeristä edellisen vuoden aikana. Rahapeliriippuvuuden vakavuusaste määritellään lieväksi, keskivaikeaksi tai vaikeaksi sen mukaan, kuinka monta kriteereistä täyttyy. (Yhdysvaltojen psykiatriyhdistys 2013.)

Riippuvuushäiriönä haitallinen rahapelaaminen nähdään aineiden käyttöön liittyvien riippuvuuksien kaltaisena ilmiönä. Toiminnallisissa riippuvuuksissa riippuvuus syntyy välitöntä mielihyvää tuottavaan käyttäytymiseen (esim. rahapelaaminen), kun päihderiippuvuuksissa riippuvuus syntyy mielihyvää tuottavaan aineeseen (esim. alkoholi, nikotiini, kofeiini; esim. Castrén ym. 2014).

Toiminnallisten ja aineisiin liittyvien riippuvuuksien luonne, oirekuva, kehittymistapa ja vaste hoitoon on havaittu samanlaisiksi (Grant ym. 2010; Castrén ym. 2014). Molempiin liittyy aineen saamiseen tai toimintaan liittyvät himon ja hyvän olon kokemukset, sietokyvyn kasvu ja vieroitusoireet. Lisäksi molempiin liittyy alttius käyttää ainetta tai aloittaa esimerkiksi pelaaminen uudelleen käyttäytymisen muutospyrkimysten jälkeen (ns. lipsahdukset ja retkahdukset). Molempiin liittyy myös mahdollisuus ilman hoitoa tapahtuvaan spontaaniin tai luonnolliseen toipumiseen. Lisäksi samankaltaiset muutokset esimerkiksi motivaatiosta ja oppimisesta vastaavissa aivotoinnoissa ja persoonallisuuden piirteet, kuten impulsiivisuus ja elämishakuisuus, on yhdistetty molempiin riippuvuuksiin. (Grant ym. 2010.)

## 2.2 Rahapeliongelman kehittymisen riskitekijöitä

Rahapeliongelman kehittymisen riskitekijät liittyvät muun muassa pelaajan taustatekijöihin, pelaamisen tapoihin ja pelaamisympäristöön. Rahapelaamiseen liittyvät ongelmat ovat yleisempiä miehillä ja ne ovat yhteydessä pelaajan nuoreen ikään ja taloudellisesti tai sosiaalisesti heikompaan asemaan. Kansainvälisissä väestötutkimuksissa ongelmapelaamiseen on yhdistetty pelaajan taustatekijöistä miessukupuoli, nuori ikä, työttömyys, matala tulotaso ja kulttuuriseen vähemmistöryhmään kuuluminen (Wardle ym. 2011; Abbott ym. 2014a; Rockloff ym. 2020). Myös jos rahapelejä on pelattu pelaajan lapsuudenkodissa (Abbott ym. 2014a, 100) tai jos pelaajan perheenjäsenillä on ollut pelaamisen ongelmia (Wardle ym. 2011, 98–99), lisää se rahapeliongelman kehittymisen riskiä. Pelaamisen syistä yksinäisyys, stressin lievittäminen, huomion siirtäminen pois muista asioista ja tylsyys on yhdistetty rahapelien ongelmapelaamiseen (Castrén ym. 2013a; Billi ym. 2014, 36).

Pelaamisen tavoista säännöllinen rahapelien pelaaminen ja usean rahapelityypin pelaaminen on havaittu olevan yhteydessä rahapelien ongelmapelaamiseen. Rahapelityypeistä rahapeliautomaattien, kasinopelien ja nettikasinopelien pelaaminen on yhdistetty ongelmapelaamiseen ja lottopelien pelaaminen matalamman riskitason pelaamiseen. (Wardle ym. 2011; Abbott ym.

2014a; Rockloff ym. 2020; Salonen ym. 2020.) Myös pelaamismahdollisuuksien saatavuus, houkuttelevat pelipaikat ja pelityyppien mainonta on yhdistetty lisääntyneeseen rahapelien pelaamiseen (Clarke ym. 2006).

On arvioitu, että mitä epävarmempi pelaamisen lopputulos on, sitä suurempi pelaamisen aiheuttama jännitys ja sen myötä rahapelityypin koukuttavuus todennäköisesti on. Rahapeliongelman kehittymisen riski on korkeampi, jos pelityyppiin liittyy nopeatempoisuus, mahdollisuus suureen toistojen määrään ja voitonmaksun välittömyys. Todelliset tai kuvitellut mahdollisuudet vaikuttaa pelin lopputulokseen saattavat vielä kannustaa pelaamiseen. (Kinnunen ja Jaakkola 2015, 40–41.) Rahapeliongelman kehittymiseen liittyy usein pelaajan virheelliset uskomukset siitä, että hänellä olisi mahdollisuus vaikuttaa pelin lopputulokseen (esim. Myrseth ym. 2010).

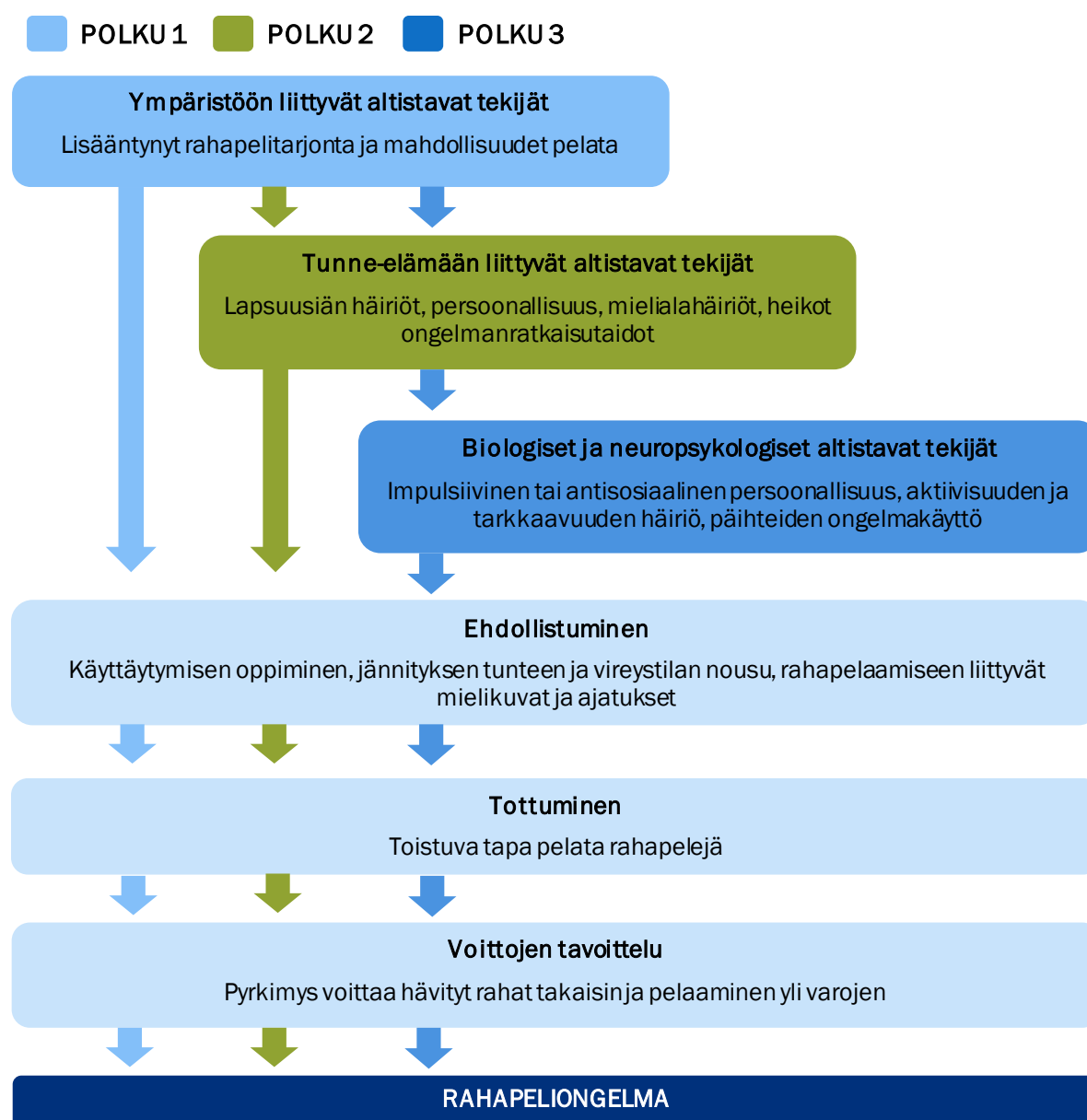
Rahapeliongelman kanssa samanaikaisesti esiintyy usein myös muita riippuvuuksia tai mielen-terveyden häiriöitä. Väestötutkimuksissa rahapeliongelma on yhdistetty nikotiiniriippuvuuden ja muiden päihderiippuvuuksien sekä masennus- ja ahdistuneisuushäiriöiden samanaikaiseen esiintymiseen (Lorains ym. 2011). Ongelmapelaaminen on yhdistetty myös itsetuhoisuuteen, erityisesti jos pelaamiseen liittyy runsasta alkoholin käyttöä (Kim ym. 2016). Suomalaisella aineistolla tehdyssä tutkimuksessa tupakointi ja alkoholin ongelmakäyttö olivat yhteydessä ongelmapelaamiseen. Myös rahapeliiriippuvuuden esiintymiseen oli yhteydessä muiden mielen-terveyshäiriöiden esiintyminen ja alkoholin ongelmakäyttö. (Castrén ym. 2013a.)

Kansainvälisessä tutkimuskirjallisuudessa on eroteltu kolme rahapeliongelman kehitystapaa ja pelaajatyyppejä: ehdollistuneet, tunne-elämältään haavoittuneet sekä biologisten ja neuropsykologiasta johtuvien tekijöiden vuoksi rahapeliongelman kehittymiselle herkistyneet (Blaszczynski ja Nower 2002). Tämän niin kutsutun polkumallin mukaan eri pelaajatyypeillä rahapeliongelman synty tapa, oirekuva ja heidän tarvitsemansa hoito ovat erilaisia. Eri pelaajatyypeillä rahapeliongelmaan liittyy myös erilaisia samanaikaisia mielen-terveyden ongelmia tai muita toimintakykyyn vaikuttavia tekijöitä. (Kuvio 1, s. 11; Blaszczynski ja Nower 2002; Castrén ym. 2015a, 60–62.)

Ensimmäisellä ryhmällä eli ehdollistuneilla pelaajilla (polku 1) pelaamismahdollisuuksien lisääntynyt saatavuus, pelaamisen aiheuttamat jännityksen tunteet, pelaamiseen tottuminen ja taloudellisten menetysten jahtaaminen johtavat rahapeliongelman kehittymiseen (Blaszczynski ja Nower 2002). Ehdollistuneella pelaajaryhmällä on harvoin muita samanaikaisia mielen-terveyden häiriöitä. Ahdistuneisuus- ja masennusoireita saattaa esiintyä rahapeliongelman kehittymisen seurauksena. Ehdollistuneet pelaajat ovat tavallisesti myöntyväisiä hoitoon osallistumiseen ja heille soveltuvat useimmiten kevyemmät hoitomuodot. Tunne-elämältään haavoittuneet pelaajat (polku 2) pyrkivät pelaamisen avulla säätämään tai pakenemaan tunnekokemuksiaan. Heillä on usein heikot ongelmanratkaisutaidot ja selviytymiskeinot ja heillä on saattanut olla lapsuudessaan kielteisiä elämäntapahtumia. Ahdistuneisuus ja masentuneisuus usein edeltää rahapelaamista. Pelaamisen vähentäminen on tämän ryhmän pelaajille usein vaikeampaa kuin ensimmäisessä ryhmässä ja rahapeliongelman hoito vaatii sekä rahapeliongelman että sen taustalla olevien tunne-elämän haavoittuvuuksien huomioon ottamista.

Kolmannen ryhmän pelaajilla (polku 3) rahapeliongelman kehittymisen taustalla on sekä tunne-elämään että biologiaan ja neuropsykologiaan liittyviä altistavia tekijöitä. Tähän ryhmään kuuluvilla pelaajilla on usein impulsiivisuuteen ja antisosiaaliseen persoonallisuushäiriöön liittyviä piirteitä ja tarkkaavuuden häiriöön liittyviä oireita, jotka saattavat heikentää heidän toimintakykyään myös yleisemmällä tasolla. Heillä on usein myös esimerkiksi päihteiden käyttöön liittyviä ongelmia ja he ovat saattaneet syyllistyä rikolliseen toimintaan. Edellisiin ryhmiin verrattuna tämän ryhmän pelaajilla motivaatio avun hakemiseen on heikompi ja he myös hyötyvät hoidosta heikemmin. (Blaszczynski ja Nower 2002.)

**Kuvio 1.** Polkumalli rahapeliongelman kehityspoluista.



Lähde: mukailtu Castrén ym. 2015a, 62; alkuperäinen lähde: Blaszczynski ja Nower 2002.

## 2.3 Rahapeliongelmat ja hoitoon hakeutuminen

Arviolta 7–12 prosenttia rahapeliongelmissa kärsivistä henkilöistä hakee apua ongelmapelaamiseen virallisista hoitopalveluista (Slutske 2006) ja avun piiriin hakeutuneista 14–50 prosenttia keskeyttää hoidon (Melville ym. 2007). On arvioitu, että hoitopalveluihin hakeutuminen saattaa olla viimeinen keino, johon rahapeliongelman kanssa kamppaileva henkilö turvautuu saadakseen apua tilanteeseensa (esim. Evans ja Delfabbro 2005; Bellringer ym. 2008). Hoitoa rahapeliongelmaan haetaan usein vasta silloin, kun pelaaminen on ehtinyt aiheuttaa henkilölle merkittäviä haittoja, kuten työpaikan menetyksen tai ihmissuhteiden katkeamisen (esim. Alho ja Lahti 2015a, 111).

Kansainvälisissä tutkimuksissa on havaittu, että avun hakemista rahapeliongelmaan edeltää useimmiten henkilön merkittävät taloudelliset vaikeudet, terveyteen liittyvät ongelmat, henkinen kuormittuneisuus ja henkilön kokemus siitä, ettei pelaaminen sovi yhteen hänen minäkuvansa tai henkilökohtaisten elämäntavoitteidensa kanssa (Hodgins ja el-Guebaly 2000; Evans ja Delfabbro 2005). Avun hakemisen esteiksi on tunnistettu henkilön halu tai uskomus kyvyistään saada peliongelma hallintaan itse, häpeä, leimaantumisen pelko, ongelman kieltäminen tai sen vähättely. Lisäksi esteiksi on havaittu tietämättömyys saatavilla olevista tuki- ja hoitopalveluista tai niiden sisällöistä sekä hoitoon osallistumiseen liittyvät käytännön ongelmat, kuten ajan järjestäminen ja huoli hoidon kustannuksista. (Bellringer ym. 2008; Suurvali ym. 2009; Gainsbury ym. 2014.)

Rahapelien ongelmapelaaminen olisi tärkeä pystyä tunnistamaan ennakoivasti palvelujärjestelmässä jo ennen merkittävien haittojen kehittymistä. Ongelmapelaaminen ei usein kuitenkaan näy päälle päin ja myös muut samanaikaisesti esiintyvät riippuvuudet tai mielenterveyden häiriöt saattavat vaikeuttaa sen tunnistamista. Pelaaja usein salaa rahapelaamisen ja siihen liittyvät ongelmat läheisiltään ja palvelujärjestelmässä kohtaamiltaan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilta. Taloudelliset vaikeudet saattavat olla ongelmapelaamisen näkyvin merkki. (Jaakkola 2008.)

Suomessa ei ole käytössä kansallista hoitosuositusta rahapeliongelmaisten hoitoon ja kuntoutukseen (esim. Alho ja Lahti 2015a, 112). Luvussa 4.1 kuvataan, millaiset interventiot on todettu vaikuttaviksi rahapeliongelmaisten hoidossa ja kuntoutuksessa aiemmin toteutettujen systemaattisten kirjallisuuskatsausten mukaan.

## 2.4 Rahapeliongelmien yleisyys Suomessa

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen vuonna 2019 toteuttaman väestötutkimuksen mukaan 15–74-vuotiaista mannersuomalaisista kolmella prosentilla oli ollut rahapeliongelma (SOGS  $\geq$  3; *South Oaks Gambling Screen*, Lesieur ja Blume 1987) viimeisen vuoden aikana (Salonen ym. 2020, 8–9). Todennäköinen rahapeliriippuvuus (SOGS  $\geq$  5) oli ollut 1,4 prosentilla vastaajista. (Taulukko 1, s. 13.) Rahapeliongelma oli ollut siis noin 112 000 ja todennäköinen rahapeliriippuvuus 52 000 mannersuomalaisella. Rahapeliongelma oli yleisempi miehillä (miehet: 4,0 %; naiset: 2,1 %) ja iän mukaan tarkasteltuna nuorilla aikuisilla (18–24-vuotiaat: 5,3 %; 25–34-vuotiaat: 4,8 %). (Salonen ym. 2020, 9.)

**Taulukko 1.** Rahapelaamisen ja rahapeliongelmien yleisyys Suomessa.

	%
Ei ole pelannut rahapelejä viimeisen vuoden aikana	21,6
Pelannut ainakin yhtä rahapelityyppiä viimeisen vuoden aikana.	78,4
Pelaaminen riskitasolla (SOGS 1–2)	10,7
Rahapeliongelma (SOGS $\geq$ 3)	3,0
Todennäköinen rahapeli riippuvuus (SOGS $\geq$ 5)	1,4

Lähde: Salonen ym. 2020.

Vuoden 2015 väestötutkimuksen mukaan rahapeliongelma oli yleisin niillä vastaajista, joiden nettopalkka oli kuukaudessa 1 001–1 500 euroa ja 1 500–2 000 euroa (4,9 ja 4,7 %). Ongelmapelaaminen oli yleisempää myös työttömien ja lomautettujen ja työkyvyttömyyseläkkeellä olevien ja pitkäaikaissairaiden vastaajaryhmissä (5,7 ja 6,8 %). (Salonen ja Raisamo 2015, 39.) Vuonna 2015 noin kolmannes (31 %) rahapeleihin käytetyistä varoista tuli eläkeläisiltä, työttömiltä tai lomautetuilta (Salonen ym. 2017).

Pelaamisen tapojen mukaan tarkasteltuna vuonna 2019 rahapeliongelma oli yleisin niillä vastaajista, jotka pelasivat rahapelejä Helsingin kasinolla, pelihoitajan hoitamaa pöytäpeliä pelanneilla ja nettikasinopelejä pelanneilla. Harvinaisempaa ongelmapelaaminen oli lottopelejä ja Jokeria pelanneilla. (Salonen ym. 2020, 11.) Ongelmapelaaminen oli yleisempää, jos rahapelejä pelattiin sekä verkossa että kivijalassa (Salonen ym. 2020, 10). Vuonna 2018 Helsingin Peliklinikan uusilla asiakkailla rahapeliautomaateilla pelaaminen oli yleisin pelaamisen muoto ongelmapelaamisen taustalla (Björkenheim ym. 2019, 10). Peliklinikka on rahapeliongelmiin erikoistunut palvelukonaisuus, joka tarjoaa muun muassa tuki-, neuvonta- ja hoitopalveluita rahapelejä pelaaville ja heidän läheisilleen (Björkenheim ym. 2019, 6). Rahapeliongelmiin erikoistuneeseen auttavaan puhelimeen, Peluuriin, yhteyttä ottaneilla ensisijainen ongelmia aiheuttava pelityyppi oli vuonna 2019 ensi kertaa verkossa pelattavat automaattipelit (Silvennoinen ja Vuorento 2020, 16).

Vuonna 2018 Helsingin Peliklinikan avohoidon uusista asiakkaista 70 prosentilla oli rahapelaamiseen liittyvää velkaa. Keskimäärin pelivelkaa oli noin 34 000 euroa. Viimeisten vuosien aikana keskimääräisen pelivelan määrän on arvioitu nousseen. (Björkenheim ym. 2019, 10.) Peluuriin yhteyttä ottaneista rahapelaajista 60 prosenttia oli rahoittanut pelaamistaan lainarahalla tai pikavipeillä vuonna 2019. Näistä 65 prosentilla pelivelkaa oli yli 10 000 euroa. Neljällä prosentilla pelivelkaa oli yli 100 000 euroa. Lainarahalla pelaamisen ja pikavippien ottamisen on havaittu olevan yhteydessä erityisesti verkossa pelaamiseen. Verkossa pelanneista lainarahalla ja pikavipeillä pelaamistaan oli rahoittanut 70 prosenttia Peluuriin yhteyttä ottaneista rahapelaajista ja kivijalassa pelanneista 34 prosenttia. Myös suuret pelivelat liittyvät verkossa pelaamiseen: 75 prosenttia niistä pelaajista, joilla oli yli 10 000 euroa pelivelkaa, oli pelannut rahapelejä ensisijaisesti verkossa. (Silvennoinen ja Vuorento 2020, 18–19.)

## 3 DIGIPELIONGELMAT

Tässä raportissa digipeleillä tarkoitetaan tietokoneella, mobiililaitteilla ja pelikonsoleilla pelattavia pelejä. Suomalaisen Pelaajabarometri-väestötutkimuksen mukaan digipelejä pelataan Suomessa useimmiten juuri mobiililaitteilla, tietokoneella ja pelikonsoleilla. Suosituimpia digipelejä ovat erilaiset pulma- ja korttipelit sekä seikkailu- ja ammuskelupelit. (Kinnunen ym. 2018, 31–34.) Tilastokeskuksen vuoden 2017 vapaa-aikatutkimuksen mukaan kaikkien digitaalisten pelien pelaaminen on nelinkertaistunut Suomessa 1990-luvun alusta. Digipelaaminen on yleistä kaiken ikäisillä. Aktiivisimpia pelaajia ovat 10–14-vuotiaat pojat. (Tilastokeskus 2019.)

Digipeleissä saatetaan käyttää myös rahaan verrattavia panoksia, joten on arvioitu, että digipelit ovat alkaneet muistuttaa rahapelejä (ns. *gamblification of gaming*; Brooks ja Clark 2019). Esimerkiksi Tilastokeskuksen tutkimuksessa digipeleihin sisällytettiin myös verkossa tapahtuva rahapelaaminen. Tässä raportissa verkkorahapelaamista käsitellään rahapelaamisen yhteydessä.

Tässä raportissa digipeliongelmalla tai ongelmapelaamisella viitataan kaikkeen haitalliseen digipelaamiseen. Käsitettä digipeliriippuvuus käytetään käännöksenä tutkimusjulkaisuissa käytetyille termeille *gaming disorder* tai *internet gaming disorder* tai kun peliongelman vaikeusaste halutaan määrittellä tai sitä halutaan korostaa. Suomalaisessa tutkimuskirjallisuudessa on käytetty myös käsitettä nettipeliriippuvuus (esim. Kosola 2020).

### 3.1 Digipeliongelman luonne ja riskitekijöitä

Maailman terveysjärjestön ICD-11-tautiluokituksessa raha- ja digipeliriippuvuus kuuluvat riippuvuushäiriöiden luokkaan toiminnallisina riippuvuuksina ja niitä kuvataan samoin kriteerein (tietolaatikko 3; Maailman terveysjärjestö 2018). ICD-11-luokituksen mukaan digipeliriippuvuutta kuvaa jatkuva tai toistuva digipelien pelaaminen. Digipeliriippuvuuden diagnostisina kriteereinä kuvataan pelaamisen hallinnan vaikeus, pelaamisen asettaminen elämässä etusijalle siinä määrin, että se ohittaa muut kiinnostuksen kohteet ja arkipäivän askareet sekä pelaamisen jatkaminen ja lisääntyminen sen aiheuttamista haitoista huolimatta. Pelaaminen aiheuttaa henkilölle merkittävää haittaa muilla tärkeillä elämän osa-alueilla, kuten henkilökohtaisessa elämässä, perhesuhteissa, muissa ihmissuhteissa sekä opintoihin ja ammatilliseen elämään liittyen. Diagnoosin asettamiseksi pelaamisen tulee olla jatkunut 12 kuukautta tai kaikkien kriteerien tulee olla täyttyneet lyhytkestoisemman ajan ja oireet ovat olleet vakavia. Myös digipeliriippuvuudelle erotellaan kolme alatyyppeä: pääasiassa verkossa tapahtuva, pääasiassa verkon ulkopuolella tapahtuva ja tarkemmin määrittämätön pelaaminen. (Maailman terveysjärjestö 2018.)

#### Tietolaatikko 3. Digipeliriippuvuuden diagnostiset kriteerit.

1. Pelaamisen hallinnan vaikeus (esim. aloittaminen, useus, intensiteetti, kesto, lopettaminen, konteksti).
2. Pelaamisen asettaminen elämässä etusijalle siinä määrin, että se ohittaa muut kiinnostuksen kohteet ja arkipäivän askareet.
3. Pelaamisen jatkaminen ja lisääntyminen haitoista huolimatta.

Lähde: Maailman terveysjärjestö 2018.

Yhdysvaltojen psykiatriyhdistyksen DSM-5-tautiluokitukseen digipeliriippuvuus lisättiin valmisteilla olevien, lisää tutkimusta vaativien diagnostisten kategorioiden joukkoon (Yhdysvaltojen psykiatriyhdistys 2013). Kansainvälistä keskustelua on herättänyt esimerkiksi se, leimaako digipeliriippuvuuden lisääminen virallisiin tautiluokituksiin nuoria pelaajia, joiden muuten hyvinvoivaan elämään ja elämäntapaan pelaaminen kuuluu (esim. Aarseth ym. 2016). Toisaalta on esitetty, että jo nyt terveydenhuollon palveluissa kohdataan digipelaamisen ongelmista kärsiviä henkilöitä, joten digipeliriippuvuuden lisääminen virallisiin tautiluokituksiin todennäköisesti lisäisi digipeliongelmaista kärsivien henkilöiden mahdollisuuksia saada asianmukaista hoitoa (esim. Griffiths ym. 2017).

Digipeliriippuvuuteen on liitetty samankaltaisia aivotoiminnan muutoksia esimerkiksi oppimiseen ja impulsiivisuuteen liittyen, joita on liitetty rahapeliriippuvuuteen (Fauth-Bühler ja Mann 2017). Digipelaamiseen liittyvät ongelmat ovat yleisempiä miehillä ja nuorella iällä. Ne ovat yhdistetty esimerkiksi pelaajan heikkoihin ongelmanratkaisutaitoihin ja selviytymiskeinoihin, vetäytymistäipumukseen ja heikkoon itsetuntoon. Sosiaalisista tekijöistä digipeliongelmat on liitetty muun muassa perhe- ja ystävyys-suhteiden heikompaan laatuun, ystävyys-suhteiden vähyteen ja ongelmiin ihmissuhteissa. (Paulus ym. 2018.) On arvioitu, että digipelien saatavuus, pelaamiseen käytetty aika sekä pelaamisesta saatavat kyvykkyyden ja yhteisöllisyyden kokemukset lisäävät digipeliongelman kehittymisen riskiä (Kosola 2020).

Pelityypeistä digipeliongelmat on yhdistetty massiivisten monen pelaajan verkkoroolipelien pelaamiseen (*massively multiplayer online role-playing games*, MMORPG-pelit; Paulus ym. 2018). Massiivisten monen pelaajan verkkoroolipelien tai verkkoroolipelien pelaamiseen voi osallistua samanaikaisesti kymmeniätuhansia pelaajia eri puolilta maailmaa. Ne mahdollistavat sosiaalisen pelaamisen riippumatta pelaajien maantieteellisestä sijainnista. Tunnetuin tällainen peli on todennäköisesti seikkailupeli World of Warcraft. (Kuuluvainen ja Mustonen 2019, 14.) Verkkoroolipelien koukuttavuutta on selitetty muun muassa niiden päättymättömällä luonteella sekä niistä saatavilla sosiaalisilla palkkioilla sekä onnistumisen ja kyvykkyyden tunteilla (Paulus ym. 2018). Esimerkiksi yksinäisyyttä ja eristäytyneisyyttä kokevat lapset ja nuoret voivat kokea verkossa pelattavat pelit turvalliseksi tavaksi olla vuorovaikutuksessa vertaisensa kanssa (esim. Haagsma ym. 2012).

Psykososiaalisista ongelmista digipeliongelmat on yhdistetty heikkoon koulumenestykseen, stressiin, yksinäisyyteen, vihamieliseen käyttäytymiseen ja itsetuhoisiin ajatuksiin. Fyysisen toimintakyvyn ongelmista digipeliongelmat on yhdistetty esimerkiksi psykosomaattiseen oireiluun ja uniongelmiin. (Kuss ja Griffiths 2012.) Digipeliongelmien on havaittu olevan yhteydessä myös muiden mielenterveyden häiriöiden, kuten ahdistuneisuuden, masennuksen, aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön, sosiaalisten tilanteiden pelon tai sosiaalisen ahdistuneisuuden ja pakko-oireisen häiriön oireiden, esiintymiseen (González-Bueso ym. 2018).

Luvussa 4.2 kuvataan, millaisia interventioita digipeliongelmaisten hoidossa ja kuntoutuksessa käytetään aiemmin toteutettujen systemaattisten kirjallisuuskatsausten mukaan.

## 3.2 Digipeliiongelmien yleisyys Suomessa

Tietoa digipeliiongelmien yleisyydestä Suomessa on verrattain vähän. Kansainvälisissä tutkimuksissa on arvioitu, että noin 8–12 prosentilla digipelejä pelaavista pelaaminen on jossain määrin haitallista (Kuuluvainen ja Mustonen 2019). Euroopassa ja Pohjois-Amerikassa digipeliriippuvuudesta on arvioitu kärsiviä 1–9 prosenttia digipelejä pelaavista (Kosola 2020). Vuoden 2018 Pelaajabarometrin mukaan aktiivisesti eli vähintään kerran kuukaudessa digipelejä pelaavista 18 prosenttia oli kokenut ajankäyttöön liittyviä ongelmia harvoin tai toistuvasti. Toistuvasti ajankäytön ongelmia oli kokenut kolme prosenttia vastaajista. Useimmiten ajankäytön ongelmia raportoivat 10–19-vuotiaat vastaajat, joista 24 prosenttia oli kokenut ajankäyttöön liittyviä ongelmia harvoin tai toistuvasti ja 2,3 prosenttia toistuvasti. (Kinnunen ym. 2018, 49.) Toisen suomalaisen kyselytutkimuksen mukaan 13–24-vuotiaista nuorista 17 prosenttia raportoi käyttävänsä liikaa aikaa digipelaamiseen (Männikkö ym. 2017).

Pelaajabarometrin mukaan erityisesti verkkoroolipelit, muut verkossa pelattavat monipelit ja strategiapelit liittyivät ajankäytön ongelmiin (Kinnunen ym. 2018, 50–51). Männikön ym. (2017) tutkimuksessa 13–24-vuotiaiden nuorten ja nuorten aikuisten haitallinen digipelaaminen oli yhteydessä juuri sellaisten digipelien pelaamiseen, joihin liittyi roolipelaamista, edistymismahdollisuuksia, toimintaa ja strategian muodostamista. Pelaamisen syistä viihtyminen ja pelissä edistyminen, sosiaaliset syyt ja pelaamiseen pakeneminen olivat yhteydessä ongelmapelaamiseen (Männikkö ym. 2017).

## 4 RAHA- JA DIGIPELIONGELMAISTEN KUNTOUTUKSESSA KÄYTETYT INTERVENTIOT: TIIVISTELMÄ AIEMMISTÄ SYSTEMAATTISISTA KIRJALLISUUSKATSAUKSISTA

Tässä luvussa kuvataan, millaisia interventioita raha- ja digipeliiongelmaisten kuntoutuksessa käytetään aiemmin toteutettujen systemaattisten kirjallisuuskatsausten mukaan ja millaisia hyötyjä niillä on havaittu. Kirjallisuuskatsausten tuloksista raportoidaan psykososiaalisia interventioita koskevat tulokset. Lääkehoitojen hyötyjä kuvaavia tuloksia ei raportoida tässä katsauksessa.

### 4.1 Rahapeliiongelmaisten kuntoutus

Cowlshaw ym. (2012) toteuttivat Cochrane-katsauksen rahapeliiongelmistä ja rahapeliriippuvuudesta kärsivien henkilöiden psykologisista kuntoutusinterventioista. Kirjallisuuskatsaukseen mukaan otetuissa tutkimuksissa tutkitun intervention tuli olla lyhyt (1–4 istuntoa), keskipitkä (5–7 istuntoa) tai intensiivinen (vähintään 8 istuntoa) ja kasvokkain toteutettu. Katsauksen ulkopuolelle jäivät tutkimukset, joissa tutkittu interventio oli liian lyhytkestoinen (terapeuttikontakti alle 30 minuuttia), etäyhteyksien välityksellä toteutettu tai oma-apuohjelma. Mukaan otetut tutkimusartikkelit oli julkaistu marraskuuhun 2011 mennessä.

Kirjallisuuskatsaukseen otettiin mukaan 14 tutkimusartikkelia, joissa interventioiden hyötyjä oli tarkasteltu satunnaistetuilla koeasetelmilla. Yhdessätoista kirjallisuuskatsaukseen mukaan



otetussa tutkimuksessa arvioitiin jonkin kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvan ja neljässä jonkin motivoivaan haastatteluun perustuvan intervention hyötyjä. Kahdessa tutkimuksessa tarkasteltiin jotakin integratiivista interventiota ja yhdessä 12 askeleen ohjelmaan perustuvaa interventiota. Kirjallisuuskatsauksen mukaan kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvilla interventioilla voidaan vähentää kuntoutukseen osallistuvien henkilöiden rahapelaamisen määrää ja muita rahapeliongelman ja -riippuvuuden oireita, kun niiden hyötyjä on mitattu heti kuntoutuksen päättymisen jälkeen. Hyötyjen pysyvyydestä pidemmän ajan kulluttua kuntoutuksen päättymisestä ei ole riittävästi tietoa. On myös alustavaa näyttöä siitä, että motivoivaan haastatteluun perustuvilla menetelmillä voidaan vähentää kuntoutukseen osallistuvien henkilöiden rahapelaamisen määrää, mutta ei välttämättä muita rahapeliongelman ja -riippuvuuden oireita.

Rahapeliongelmaisten hoidossa kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvissa interventioissa keskitytään pelaajan rahapelikäyttäytymisen ja pelaamiseen liittyvien virheellisten uskomusten muuttamiseen. Interventioihin sisältyy tavallisesti tiedon antamista rahapelaamisesta (psykoedukaatio), suurentuneen riskin pelitilanteiden ja pelaamisen aiheuttamien tunteiden käsittelyä, ongelmapelaamista ylläpitävien ajatusten muokkaamista ja ongelmapelaamista tukemattoman käyttäytymisen tukemista (retkahdusten ehkäiseminen; Castrén ja Lahti 2015, 122–124). Motivoivan haastattelun tavoitteena on vahvistaa kuntoutukseen osallistuvan henkilön muutosvalmiutta tukemalla häntä käyttäytymisen muuttamiseen liittyvien vastakkaisten tunteiden ja ajatusten (ambivalenssi) tarkastelemisessa ja ratkaisemisessa. Motivoiva haastattelu tai työote on yhteistyöhön pyrkivä tapa keskustella, jolla pyritään herättämään ja vahvistamaan henkilön omaa motivaatiota ja sitoutumista muutokseen. (Miller ja Rollnick 2013.)

Petry ym. (2017) toteuttivat laajemman systemaattisen kirjallisuuskatsauksen kaikista rahapeliongelmaisten kärsivien henkilöiden kuntoutuksessa käytetyistä psykososiaalisista interventioista. Myös etäyhteyksien välityksellä toteutetut interventiot ja oma-apuohjelmat sisällytettiin katsaukseen. Mukaan otetut tutkimusartikkelit oli julkaistu syyskuuhun 2016 mennessä. Kirjallisuuskatsaukseen otettiin mukaan 21 tutkimusartikkelia, joissa interventioiden hyötyjä oli tarkasteltu satunnaistetuilla koeasetelmilla. Tutkitut interventiot perustuivat kognitiiviseen terapiaan, kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan, motivoivaan haastatteluun ja pelaamiseen liittyvään palautteenantoon. Yhdessätoista tutkimuksessa kuntoutus toteutettiin kasvokkain ja siihen sisältyi useita käyntikertoja. Kymmenessä tutkimuksessa kuntoutus toteutettiin itseohjautuvasti tai siihen sisältyi ainoastaan yksi neuvontakerta. Interventiona oli tällöin ainoastaan työkirja tai työkirja yhdistettynä yhteen neuvontakertaan.

Useimmissa tutkimuksissa kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan (ilman tai yhdistettynä motivoivaan haastatteluun) ja lyhytkestoiseen palautteenantoon tai neuvontaan perustuvista interventioista havaittiin olevan hyötyjä rahapeliongelmaisten kuntoutuksessa. Vain osassa tutkimuksista interventioiden hyötyä mitattiin kuitenkin seuranta-ajan jälkeen. Kirjoittajien mukaan kevyemmät interventiot voivat olla hyödyllisiä rahapeliongelmaisten kuntoutuksessa, jos rahapeliongelman oireet ovat vähemmän merkittäviä. Kontakti terapeuttiin lisää interventioiden hyötyjä verrattuna täysin itseohjautuvasti toteutettuihin oma-apuohjelmiin. Kognitiiviseen

käyttäytymisterapiaan perustuviin interventioihin saattaa olla välttämätöntä sisällyttää jonkinasteinen terapeuttikontakti sellaisten henkilöiden kuntoutuksessa, joiden rahapeliongelma on vaikeampi, jotta kuntoutuksesta olisi heille hyötyä. (Petry ym. 2017.)

Kirjoittajat suosittelivat rahapeliongelmaisten kuntoutukseen kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvaa interventiota, johon sisältyy 6–8 käyntikertaa tai työkirjan lukua. Kuntoutukseen tulisi sisällyttää motivoivaan haastatteluun perustuva osio, jos kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuva osio toteutetaan täysin itseohjautuvasti. Jos rahapeliongelma on vähemmän vakava tai jos henkilö ei halua osallistua kasvokkain toteutettuun, useita käyntikertoja sisältävään interventioon, palautteen antaminen henkilön pelaamisesta saattaa olla riittävä tuen muoto. (Petry ym. 2017.)

## 4.2 Digipeliongelmaisten kuntoutus

Zajac ym. (2017) toteuttivat systemaattisen kirjallisuuskatsauksen digipeliriippuvuudesta ja internetiriippuvuudesta kärsivien henkilöiden kuntoutuksessa käytetyistä interventioista. Katsaukseen sisällytettiin 26 tutkimusartikkelia, joissa interventioiden hyötyjä oli tarkasteltu satunnaistetulla tai ei-satunnaistetulla koeasetelmalla tai ennen-jälkeen-asetelmalla. Interventioon tuli osallistua vähintään 10 tutkittavaa. Mukaan otetuiden tutkimusartikkelien tuli olla julkaistu syyskuuhun 2016 mennessä. Tutkimuksista 13:ssa tarkasteltiin digipeliriippuvuudesta kärsiville henkilöille suunnattuja kuntoutusinterventioita. Viidessä tutkimuksessa tarkasteltiin lääkehoidon, neljässä kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvan intervention ja neljässä jonkin muun intervention hyötyjä. Muina interventioina olivat puhe- ja kirjoituskurssi, terapialeiri sekä perheterapiaan ja usean terapian yhdistelmään perustuva interventio. Katsauksen mukaan digipeliriippuvuudesta kärsivien henkilöiden kuntoutukseen suunnatuista interventioista on toteutettu niukasti laadukkaita vaikuttavuustutkimuksia ja niiden hyödyistä on rajallisesti näyttöä. Tutkimuksissa ei ole myöskään käytetty yhdenmukaista digipeliriippuvuuden määritelmää tai mittaria digipeliriippuvuuden mittaamiseksi.

Zajac ym. (2020) päivittivät edellisen systemaattisen kirjallisuuskatsauksen digipeliriippuvuudesta kärsivien henkilöiden kuntoutuksessa käytetyistä interventioista, jolloin tutkimukseen otettiin mukaan 22 tutkimusartikkelia, jotka oli julkaistu elokuuhun 2019 mennessä. Tutkimuksissa käytettiin satunnaistettua tai ei-satunnaistettua tai ennen-jälkeen-asetelmaa. Interventioihin tuli osallistua vähintään 10 tutkittavaa. Kahdeksassa tutkimuksessa tarkasteltiin jonkin lääkehoidon, seitsemässä kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvan intervention ja seitsemässä jonkin muun intervention hyötyjä. Menetelmällisten puutteiden vuoksi katsauksessa ei voitu tehdä vahvoja päätelmiä interventioiden hyödyistä.

King ym. (2017) toteuttivat systemaattisen kirjallisuuskatsauksen internetiriippuvuudesta ja digipeliriippuvuudesta kärsiville henkilöille suunnatuista kuntoutusinterventioista. Katsaukseen otettiin mukaan 30 tutkimusartikkelia, jotka oli julkaistu vuosina 2007–2016. Digipeliriippuvuudesta kärsivien henkilöiden kuntoutuksessa kognitiivisen käyttäytymisterapian perustuvien interventioiden hyötyjä on tutkittu eniten. Tutkimusten menetelmällisten puutteiden vuoksi interventioiden hyödyistä on kuitenkin haastavaa tehdä päätelmiä. Myös Kingin ym. mukaan digipeli-

riippuvuuden määrittelyyn tulisi tutkimuksissa käyttää yhdenmukaisempia kriteerejä ja interventioiden hyötyjä tulisi tarkastella laadukkaammilla tutkimusasetelmilla. Vaikuttavien kuntoutusinterventioiden kehittämiseksi tarvitaan myös lisää tietoa digipeliongelman syistä ja luonteesta.

## **5 KATSAUS RAHA- JA DIGIPELIONGELMAISILLE SUUNNATTUIHIN HOITO- JA KUNTOUTUSPALVELUIHIN SUOMESSA**

Suomessa rahapeliongelmiin tukea ja hoitoa tarjoavat palvelut on jaoteltu kolmeen, eri tasoista tukea tarjoaviin palveluihin: rahapeliongelmiin erikoistuneet tuki- ja neuvontapalvelut; sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelut sekä rahapeliongelmiin ja riippuvuuksien hoitoon erikoistuneet palvelut (Mustalampi ja Partanen 2015, 131–133). Rahapelien ongelmapelaamiseen usein liittyvän velkaantumisen ja muiden taloudellisten vaikeuksien vuoksi keskeisiä tuen muotoja ovat myös esimerkiksi talous- ja velkaneuvonta (Lattunen 2015a, 153–156), edunvalvonta (Lattunen 2015b, 156–157) sekä Kelan ja kuntien sosiaalipalveluiden myöntämä toimeentulotuki (Lattunen 2015c, 157). (Taulukko 2, s. 20.)

On arvioitu, että rahapeliongelmiin erikoistuneet tuki- ja neuvontapalvelut voivat olla joillekin rahapeliongelmiin kärsiville henkilöille riittävä tuen muoto, niitä voidaan käyttää osana muita palveluita tai ne voivat toimia väylänä muun hoidon piiriin (Pajula ja Sjöholm 2015, 135). Sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa voidaan tarjota rahapeliongelmaisille tukea, jos rahapeliongelma on lievä, esimerkiksi motivoivalla työotteella. Sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa on myös tärkeä pystyä tunnistamaan asiakkaan ongelmapelaaminen, ottaa pelaaminen puheeksi, tehdä arvio asiakkaan hoidontarpeesta ja ohjata asiakas tarvittaessa tarpeenmukaiseen hoitoon tai kuntoutukseen. (Mustalampi ja Partanen 2015, 131–132.)

Rahapeliongelmiin hoitoon erikoistuneita palveluita järjestää Suomessa pääasiassa niihin erikoistuneet järjestöt. Hoitopalveluita on järjestetty myös osana kuntien päihde- ja mielenterveyspalveluita. (Castrén ym. 2015b, 137–138.) Rahapeliongelmiin kärsivä henkilö ohjataan tavallisesti laitoshoitoon silloin, kun rahapeliongelma on vaikea tai henkilöllä on ongelmapelaamisen lisäksi esimerkiksi alkoholin tai muiden päihteiden käyttöön liittyviä ongelmia (Castrén ym. 2015b, 137). Castrénin ym. (2015c) mukaan rahapeliongelmiin hoitoon erikoistuneiden palveluiden järjestämisessä on tähän mennessä ollut Suomessa alueellisia eroja. Sähköisten tuki- ja neuvontapalveluiden sekä vertaistukeen perustuvien palveluiden saatavuus on ollut Suomessa hyvä.

Rahapelaamiseen liittyvien haittojen seurannasta ja tutkimuksesta sekä niiden ehkäisy ja hoidon kehittämisestä vastaa Suomessa sosiaali- ja terveysministeriö (Arpajaislaki 52 §). Kokonaisuuden toteutumista koordinoi Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. (Esim. Mustalampi ja Partanen 2015, 131.) Sosiaali- ja terveysministeriö on linjannut strategiset painopisteet rahapeliongelmiin ehkäisy ja hoidon kehittämiselle vuosille 2020–2023. Strategiset painopisteet ohjaa-

vat muun muassa rahapelaamiseen liittyvien haittojen seurantaa ja tutkimusta sekä rahapeli-ongelmien ehkäisyn ja hoidon kehittämistä Suomessa vuosina 2020–2023. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020.)

**Taulukko 2.** Esimerkkejä rahapeliongelmaisille suunnatuista tuki- ja hoitopalveluista Suomessa.

	Tavoitteet ja sisällöt	Esimerkkejä palveluista	Esimerkkejä palveluiden järjestäjistä
<b>Rahapeliongelmiin erikoistuneet tuki- ja neuvontapalvelut</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riittävä tuki rahapeli-ongelmaan, osa muiden palveluiden käyttöä tai väylä hoidon piiriin</li> <li>• Oma-apumateriaaleja, ohjaus- ja neuvontapalveluita, vertaistukeen perustuvia palveluita (verkossa tai kasvotustentteutettuja)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peluuri (sähköinen palvelukokonaisuus; esim. tietoa rahapeliongelmosta, itsearviointitestejä, keskustelufoorumia, chat-palveluita ja valtakunnallinen auttava puhelin)</li> <li>• Tiltti (tieto- ja tukipiste; esim. avoimet ovet, vertaistapaamisia, ryhmätapaamisia)</li> <li>• Päihdelinkki (verkkopalvelu; esim. tietoa rahapeliongelmosta, itsearviointitestejä, Raipe-rahapelipäiväkirja)</li> <li>• Pelirajat'on-toiminta (esim. vertaistukiryhmiä pelaajille ja heidän läheisilleen)</li> <li>• Nimettömät pelurit-toiminta (Gamblers Anonymous; vertaistukiryhmiä pelaajille)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esim. A-klinikkasäätiö, Sininauhaliitto, Sosped-säätiö</li> </ul>
<b>Sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelut</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rahapeliongelman tunnistaminen, puheeksiotto, lyhytneuvonta ja hoitoon ohjaus</li> <li>• Tuki lieviin rahapeli-ongelmiin (menetelmänä esim. motivoiva työote)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kunnat</li> </ul>
<b>Rahapeliongelmiin ja riippuvuussien hoitoon erikoistuneet palvelut</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oma-apuohjelmat, avohoito, laitoshoido ja vertaistukiryhmät</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oma-apu-ohjelmat: Peli poikki -ohjelma (verkkoperustainen, maksuton)</li> <li>• Avohoito: esim. Peliklinikka, A-klinikat</li> <li>• Laitoshoido: esim. A-klinikka Oy:n päihdesairaala, Kankaanpään A-koti</li> <li>• Vertaistukiryhmät: Pelirajat'on-toiminta, Nimettömät pelurit -toiminta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pääasiallisina järjestäjinä kuntien päihde- ja mielen-terveyspalvelut ja rahapeli-ongelmien hoitoon erikoistuneet järjestöt</li> </ul>
<b>Muut palvelut</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Talous- ja velkaneuvonta</li> <li>• Edunvalvonta</li> <li>• Toimeentulotuki</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esim. kunnat, Takuu-Säätiö, Kela</li> </ul>

Lähteet: Castrén ym. 2015b; Pajula ja Sjöholm 2015; Järvinen-Tassopoulos 2018; jaottelu mukailten Mustalampi ja Partanen 2015, 131–133.

Kosolan (2020) mukaan tukea digipeliongelmiin voi Suomessa saada perheneuvoloista, nuori-soasemilta sekä kouluterveydenhuollosta koulupsykologeilta tai -kuraattoreilta. Myös osa niistä tahoista, jotka tarjoavat tuki- ja hoitopalveluita rahapeliongelmistä kärsiville henkilöille, tarjoavat tukea digipelaamisen ongelmiin. Esimerkiksi Peluurin palvelukokonaisuuteen kuuluu verkkope-rustainen, digipeliongelmiin hoitoon suunnattu Restart-ohjelma (Restart-ohjelma 2020). Sosped-säätiö järjestää 18–29-vuotiaille nuorille aikuisille esimerkiksi digipaastoleirejä ja pelaamisen vä-hentämisessä tukevia toiminnallisia ryhmiä ja keskusteluryhmiä (Digipelirajat'on 2020).

## 6 TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Tämän kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on tuottaa tietoa raha- ja digipeliongelmaisten kun-toutuksessa käytetyistä interventioista ja niiden hyödyistä. Kirjallisuuskatsauksen avulla saa-dun tiedon perusteella on tarkoitus arvioida, millainen rooli Kelalla voisi tulevaisuudessa olla kuntoutuspalveluiden järjestäjänä raha- ja digipeliongelmaisille. Kirjallisuuskatsaus toteute-taan kartoittavana kirjallisuuskatsauksena (Arksey ja O'Malley 2005; Levac ym. 2010).

Kirjallisuuskatsauksella vastataan seuraaviin kysymyksiin:

- Millaisia interventioita raha- ja digipeliongelmaisten kuntoutuksessa käytetään ja mil-laisia niiden hyödyt ovat?
- Millainen raha- ja digipeliongelmaisille suunnatun hoito- ja kuntoutuspalvelujärjestel-män nykytila on palvelujärjestelmän asiantuntijoiden mukaan?
- Millainen rooli Kelan järjestämällä kuntoutuspalveluilla voisi tulevaisuudessa olla osana raha- ja digipeliongelmaisille suunnattua palvelujärjestelmää asiantuntijoiden mukaan?

## 7 MENETELMÄT JA AINEISTO

### 7.1 Kartoittava kirjallisuuskatsaus

Kartoittava kirjallisuuskatsaus toteutettiin noudattamalla Arksey'n ja O'Malley'n (2005) laati-mia ja Levacin ym. (2010) myöhemmin täydentämiä vaiheita kartoittavan kirjallisuuskatsauk-sen toteuttamiselle. Kartoittavan kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan tuottaa tietoa päätök-sentekijöiden tueksi verrattain nopeasti, sillä sen toteuttamiseen ei kuulu esimerkiksi mukaan otettavien tutkimusten menetelmällisen laadun arviointi (Arksey ja O'Malley 2005).

Arksey'n ja O'Malley'n (2005) laatimat kartoittavan kirjallisuuskatsauksen toteuttamisen vai-heet ovat

1. tutkimuskysymyksen määrittäminen
2. kirjallisuuskatsaukseen haettavien tutkimusjulkaisuiden määrittäminen
3. tutkimusten valitseminen
4. aineiston taulukointi
5. tulosten järjesteleminen, tiivistäminen ja raportointi
6. sidosryhmien edustajien konsultointi (ei välttämätön).

Kirjallisuuskatsauksen suunnittelun aluksi määriteltiin, millaiseen tutkimuskysymykseen kirjallisuuskatsauksella pyritään vastaamaan (luku 6). Tutkimustehtävä ohjasi kirjallisuuskatsauksen toteuttamista (Levac ym. 2010). Tämän jälkeen määriteltiin, millaisia hakutermejä tulisi käyttää ja millaiset tutkimusjulkaisut kirjallisuuskatsaukseen tulisi ottaa mukaan, jotta tutkimuskysymykseen olisi mahdollista vastata mahdollisimman tarkoituksenmukaisella tavalla (Arksey ja O'Malley 2005). Kirjallisuuskatsaukseen mukaan otettavien ja siitä poissuljettavien tutkimusten kriteerien muodostaminen oli iteratiivinen prosessi (Arksey ja O'Malley 2005; Levac ym. 2010): kriteerit tarkentuivat sitä mukaa kun ensimmäiset kirjallisuushaut oli tehty, kun oli saatu kokonaiskuva tutkittavaa aihetta käsittelevän tutkimuskirjallisuuden kirjosta ja kun tutkimusjulkaisuiden alustavaa kelpoisuutta kirjallisuuskatsaukseen mukaan ottamiseksi oli arvioitu. Osana kirjallisuuskatsausta toteutettiin asiantuntijahaastattelu (Levac ym. 2010).

Kirjallisuuskatsauksen toteuttamisen vaiheet on kuvattu tarkemmin seuraavissa alaluvuissa.

## 7.2 Tiedonhaku, aineiston valinta ja analysointi

### 7.2.1 Tiedonhaku

Tietohaut kirjallisuuskatsaukseen toteutettiin yhdessä Kelan tietopalveluasiantuntijan kanssa. Kirjallisuuskatsauksen kartoittavan luonteen vuoksi käytetyt hakutermit pyrittiin pitämään mahdollisimman laajoina. Tutkimusjulkaisuiden haussa käytettiin seuraavia tietokantoja: Embase, Medline, PsychArticles ja Cinahl. Hakusanoina käytettiin seuraavia yhdistelmiä:

gambling JA  
 patholog\* TAI problem\* TAI disorder\* TAI addiction JA  
 psychotherapy TAI therapy TAI treatment TAI intervention TAI rehabilitation TAI  
 counsel\*

ja

“game addiction” TAI “game disorder” TAI gaming JA  
 patholog\* TAI problem\* TAI disorder\* TAI addict\* JA  
 psychotherapy TAI therapy TAI treatment TAI intervention TAI rehabilitation TAI  
 counsel\*

### 7.2.2 Aineiston valinta

Kirjallisuuskatsaukseen mukaan otetun kirjallisuuden kriteerit on kuvattu taulukossa 3 (s. 23). Kirjallisuuskatsaukseen haettiin mukaan tutkimusjulkaisut, jotka oli julkaistu vuonna 2016 tai sen jälkeen. Aikarajauksen perusteena oli, että vuonna 2017 oli julkaistu systemaattinen kirjallisuuskatsaus rahapeliongelmaisten kuntoutuksessa käytetyistä psykososiaalisista interventioidista (Petry ym. 2017), johon oli sisällytetty vuoden 2016 syyskuuhun mennessä julkaistut tutkimukset.

**Taulukko 3.** Kartoittavaan kirjallisuuskatsaukseen mukaan otetun kirjallisuuden kriteerit.

	Kirjallisuuskatsaukseen mukaan ottamisen kriteeri(t)
<b>Kohdejoukko</b>	Henkilöt, joilla raha- tai digipeli-ongelma tai -riippuvuus; oma kokemus tai jollakin tarkoitukseen soveltuvalle mittarilla todettu raha- tai digipeli-ongelma
<b>Kuntoutusinterventiot</b>	Psykososiaaliset ja toiminnalliset (esim. liikunnalliseen harjoitteluun perustuvat) interventiot; interventioon tulee sisältyä ainakin yksi terapeutin yhteydenotto
<b>Aineistotyypit</b>	Satunnaistetut vertailututkimukset, kontrolloidut kliiniset tutkimukset, seuranta-tutkimukset, kohorttitutkimukset, tapaustutkimukset, laadulliset tutkimukset
<b>Julkaisutyypit</b>	Vertaisarvioidut tutkimusjulkaisut
<b>Julkaisuajankohta</b>	2016–2020
<b>Julkaisukieli</b>	Englanti
<b>Muut kriteerit</b>	Ainakin yhtä intervention hyötyä mitataan

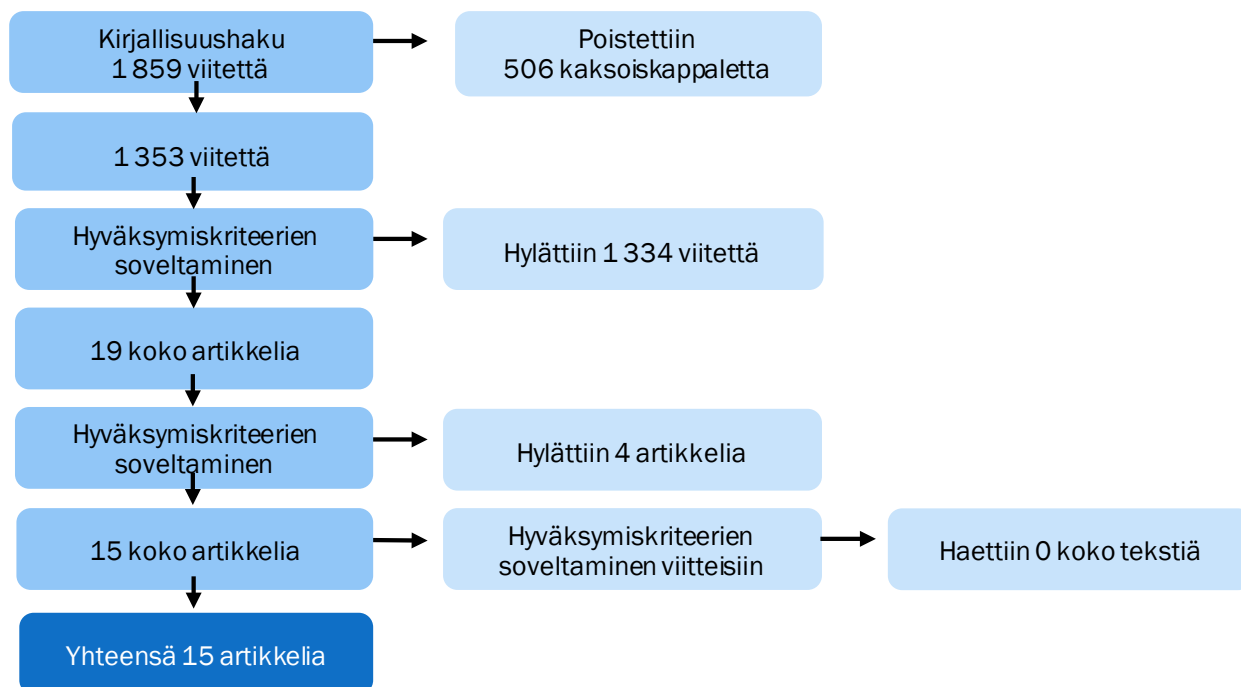
Kirjallisuuskatsaukseen mukaan otetun kirjallisuuden kriteerit täsmentyivät hakutuloksia läpikäytessä (Arksey ja O'Malley 2005; Levac ym. 2010). Tutkimustehtävä eli tutkittujen interventioiden soveltuvuus Kelan mahdollisesti tulevaisuudessa järjestämäksi kuntoutuspalveluksi ohjasi kirjallisuuskatsaukseen mukaan otetun kirjallisuuden valintaa (Levac ym. 2010). Mukaan otetuissa tutkimuksissa kohderyhmänä tuli olla henkilöitä, joilla oli jollakin mittarilla tai diagnostisilla kriteereillä todettu raha- tai digipeli-ongelma tai heillä tuli olla oma kokemus peliongelmaista. Hakukriteerien laajuuden säilyttämiseksi tutkittavien kohderyhmää ei rajattu iän perusteella. Kirjallisuuskatsauksen fokuksen säilyttämiseksi katsauksen ulkopuolelle jätettiin pelaajien läheisille suunnatut kuntoutusinterventiot.

Mukaan otettavissa tutkimusjulkaisuissa tarkastelun kohteena tuli olla jokin raha- tai digipeli-ongelmaisten kuntoutuksessa käytetty interventio. Tutkittujen interventioiden tuli olla psykososiaalisia tai toiminnallisia (esim. liikunnalliseen harjoitteluun perustuva). Katsauksesta poissuljettiin tutkimusartikkelit, joissa tutkittu interventio oli lääkehoito. Katsaukseen otettiin mukaan kuitenkin tutkimukset, joissa tutkittavat saivat lääkehoitoa peliongelman hoitoon esimerkiksi kuntoutuksen alkaessa (myös esim. Petry ym. 2017). Tutkittuun interventioon tuli sisältyä ainakin yksi terapeutin yhteydenotto. Katsauksesta poissuljettiin tutkimukset, joissa tutkittu interventio oli esimerkiksi oma-apuohjelma. Näiden lisäksi mukaan otetuissa tutkimuksissa tuli olla mitattu ainakin yhtä intervention hyötyä. Tutkimusjulkaisu poissuljettiin kirjallisuuskatsauksesta, jos intervention hyötyjä mitattiin pääasiassa aivokuvantamisen avulla.

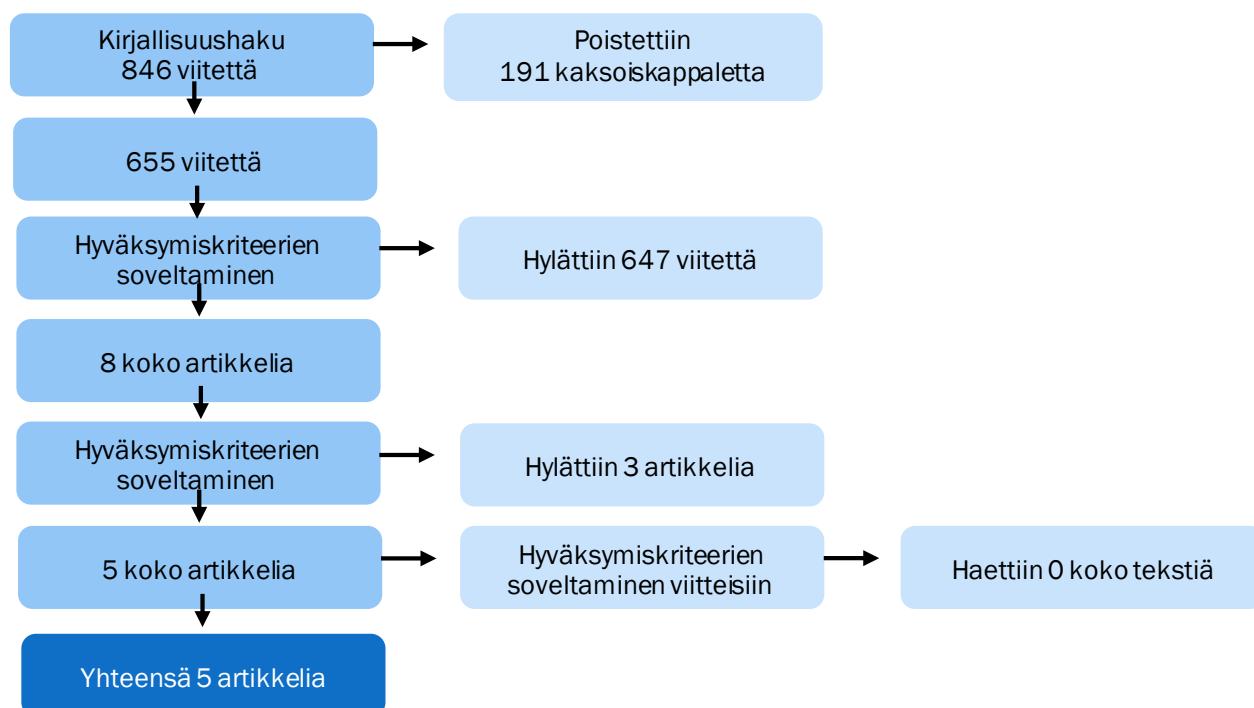
Mukaan otettuiden tutkimusjulkaisuiden julkaisukieli tuli olla englanti. Interventioiden hyötyjä tarkastelevia tutkimusjulkaisuja haettiin myös suomenkielisestä Medic-tietokannasta. Kirjallisuutta haettiin samanaikaisesti rahapeli-ongelmaisten ja digipeli-ongelmaisten kuntoutuksessa käytetyistä interventioista. Medic-tietohaku tuotti yhteensä 50 hakutulosta. Hakukriteerien soveltamisen jälkeen yksikään tutkimusjulkaisuista ei soveltunut mukaan otettavaksi kirjallisuuskatsaukseen.

Kirjallisuushaut englanninkielisistä tietokannoista tuottivat rahapelaamiseen liittyvillä hakusanoilla 1 859 ja digipelaamiseen liittyvillä hakusanoilla 846 hakutulosta (kuviot 2 ja 3). Kaksoiskappaleiden poiston jälkeen tuloksia jäi 1 353 rahapelaamiseen ja 655 digipelaamiseen liittyvillä hakusanoilla. Kaksoiskappaleet poistettiin RefWorks-viitehallintaohjelmalla. Hakutuloksista haettiin abstraktit tai otsikot, minkä jälkeen ne käytiin läpi mukaanottokriteerejä soveltaen.

**Kuvio 2.** Kartoittavan kirjallisuuskatsauksen toteuttamisen vaiheet (rahapelaaminen).



**Kuvio 3.** Kartoittavan kirjallisuuskatsauksen toteuttamisen vaiheet (digipelaaminen).





Raportin ensimmäinen kirjoittaja luokitteli hakutulokset värikoodein mukaan otettaviin, pois suljettaviin ja sellaisiin, joiden suhteen mukaan ottamisen kriteereiden täyttymisestä ei oltu varmoja. Mukaan ottamisen kriteerien täyttymisen suhteen epävarmoista julkaisuista keskusteltiin raportin toisen kirjoittajan kanssa ja ne luokiteltiin tämän jälkeen uudelleen mukaan otettaviin ja poissuljettaviin. Mukaan otettavista tutkimusjulkaisuista haettiin kokotekstikappaleet, minkä jälkeen raportin ensimmäinen kirjoittaja arvioi niiden soveltuvuutta kirjallisuuskatsaukseen mukaan ottamiseksi vielä uudelleen.

Tutkimusartikkelien kokotekstikappaleita haettiin rahapelaamiseen liittyen 19 ja digipelaamiseen liittyen kahdeksan. Kokotekstien perusteella hylättiin neljä rahapelaamiseen ja kolme digipelaamiseen liittyvää artikkelia. Rahapelaamiseen liittyen yhdessä tutkimusjulkaisussa tarkasteltuun interventioon ei sisällynyt yhtäkään terapeutin yhteydenottoa ja kolmessa muussa tutkimuksessa ei mitattu tutkittujen interventioiden hyötyjä (vaan esim. vaikutusmekanismeja). Digipelaamiseen liittyen yksi tutkimusjulkaisu oli konferenssiabstrakti, yksi julkaisu oli tiivistelmä yhdestä jo mukaan otetusta tutkimusartikkelista ja yhden tutkimusartikkelin julkaisukieli oli saksa. Rahapelaamisen osalta kirjallisuuskatsaukseen otettiin mukaan 15 ja digipelaamisen osalta 5 tutkimusartikkelia (liitteet 1 ja 2). Mukaan otettujen tutkimusartikkelien lähdeluettelot tarkistettiin käsin, mutta niiden perusteella ei löydetty yhtään uutta tutkimusartikkelia kirjallisuuskatsaukseen mukaan otettavaksi.

### 7.2.3 Aineiston taulukointi ja analysointi

Mukaan otettujen tutkimusartikkelien sisällöt taulukoitiin ensin yhteen laajaan taulukkoon (Arksey ja O'Malley 2005; liitteet 1 ja 2). Artikkelien sisällöt taulukoitiin ensin karkeasti ja tämän jälkeen mukaan otettuja tietoja tarkennettiin tai niitä poistettiin, kun oli saatu yleiskuva kaikkien artikkelien sisällöistä. Artikkelien sisällöt pyrittiin raportoimaan mahdollisimman yhdenmukaisesti. Taulukointi oli iteratiivinen prosessi: taulukoidut aiheet ja niiden raportointitarkkuus määrittäytyivät ja tarkentuivat aina uudelleen, kun yleiskuva kaikkien julkaisuiden sisällöistä alkoi hahmottua (Levac ym. 2010). Taulukoinnin toteutti raportin ensimmäinen kirjoittaja. Molemmat raportin kirjoittajat olivat mukana taulukoitavien aiheiden määrittelyssä (Levac ym. 2010).

Laajasta taulukosta valittiin tutkimustehtävän kannalta tarkoituksenmukaisimmat aiheet koottavaksi ja analysoitavaksi raporttiin. Tutkimusartikkeleista raportoitiin yleistiedot tutkimuksista, tutkimusten kohderyhmät, tutkittujen interventioiden pääpiirteet ja havaitut hyödyt. Interventioiden pääpiirteinä raportoitiin niiden teoreettinen viitekehys, toteutustapa ja sisällöt. Raportoidut tiedot ovat sekä määrällisiä että laadullisia (Arksey ja O'Malley 2005; Levac ym. 2010). Raportoinnin toteutti raportin ensimmäinen kirjoittaja. Molemmat raportin kirjoittajat olivat mukana raportoitavien aiheiden määrittelyssä.

Interventioiden sisältöjä raportoitaessa interventiot luokiteltiin ensin niiden teoreettisen viitekehysten perusteella. Interventioista raportoitiin niiden teoreettisiin viitekehyksiin perustuvat sisällöt sisällönanalyysin periaatteita noudattaen (esim. Tuomi ja Sarajärvi 2018). Sisällöistä kuvattiin ensin interventioita yhdistävät piirteet ja tämän jälkeen kuvattiin interventioiden muut sisällöt. Tavoitteena oli kuvata sisällöt mahdollisimman kattavasti.

Interventioiden hyötyjä raportoitaessa interventiot luokiteltiin niiden teoreettisen viitekehyksen ja tutkimusten tavoitteiden perusteella. Tavoitteena oli raportoida interventioiden hyödyt suhteessa niiden teoreettisiin viitekehyksiin ja toisaalta suhteessa siihen, millaisia johtopäätöksiä niiden hyödyistä voidaan tehdä tutkimuksissa käytetyiden tutkimusasetelmien perusteella. Tutkimuksissa saatettiin verrata esimerkiksi yhden neuvontakerran hyötyjä pidempikestoisempien interventioiden hyötyihin. Interventioiden hyötyjä raportoitaessa tuotiin esiin tarkastelluissa tutkimuksissa käytetyt tutkimusasetelmat. Hyötyjä raportoitaessa painotettiin niillä tutkimuksilla tehtyjä löydöksiä, jotka olivat tutkimusasetelmaltaan satunnaistettuja kontrolloituja tutkimuksia.

### 7.3 Asiantuntijahaastattelu

Osana kirjallisuuskatsausta toteutettiin suomalaisen raha- ja digipeli-ongelmallisille suunnatun hoito- ja kuntoutuspalvelujärjestelmän asiantuntijoiden haastattelu. Asiantuntijahaastattelun avulla pyrittiin saamaan tietoa raha- ja digipeli-ongelmallisille suunnatun hoito- ja kuntoutuspalvelujärjestelmän nykytilasta ja arvioimaan tutkimuskirjallisuuden perusteella tehtyjen päätelmien luotettavuutta ja soveltuvuutta suomalaisen palvelujärjestelmän kehittämiseen (esim. Levac ym. 2010).

Haastateltaviksi valittiin Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Päihdet ja riippuvuudet -yksikön rahapelitiimin erikoistutkija Sari Castrén ja Peliklinikan kehittämispäällikkö Corinne Björkenheim. Haastateltavien tiedettiin olleen mukana rahapeliongelmaisille suunnatuiden hoito- ja kuntoutuspalveluiden kehittämisessä Suomessa. Haastateltavat antoivat luvan nimiensä käyttämiseen raportissa haastattelun toteuttamisen yhteydessä.

Haastateltaville lähetettiin kutsu haastatteluun osallistumiseen sähköpostitse. Haastattelukutsussa kerrottiin kirjallisuuskatsauksen ja haastattelun tarkoituksesta. Haastattelu toteutettiin puolistrukturoituna teemahaastatteluna niin, että haastattelurunko (liite 3) ohjasi haastattelun toteuttamista, mutta ei määritellyt esimerkiksi haastattelukysymysten esittämisjärjestystä (esim. Hirsjärvi ja Hurme 2000, 47–48). Haastattelu toteutettiin ryhmähaastatteluna Skype-verkkopuhelusovelluksen välityksellä. Haastattelun kesto oli noin tunti. Haastattelu nauhoitettiin ja sen sisältö litteroitiin sisältötarkkuudella. Haastattelukysymykset ja kirjallisuuskatsauksen alustavat tulokset lähetettiin haastateltaville etukäteen tutustuttaviksi. Alustavat tulokset perustuivat tutkimusartikkelien taulukoinnin edetessä tehtyihin havaintoihin raha- ja digipeli-ongelmaisten kuntoutuksessa käytetyistä interventioista ja niiden hyödyistä (Levac ym. 2010).

Tutkimustehtävä ja kartoittavan kirjallisuuskatsauksen toteuttamisen vaiheet ohjasivat haastattelukysymysten muodostamista (Arksey ja O'Malley 2005; Levac ym. 2010). Haastateltavilta kysyttiin heidän arviotaan raha- ja digipeli-ongelmallisille suunnatun hoito- ja kuntoutuspalvelujärjestelmän vahvuuksista ja kehittämistarpeista Suomessa (liite 3). Lisäksi haastateltavia pyydettiin kommentoimaan kartoittavan kirjallisuuskatsauksen alustavia tuloksia ja sitä, millainen rooli Kelalla voisi heidän arvionsa mukaan olla tulevaisuudessa kuntoutuspalveluiden järjestäjänä raha- ja digipeli-ongelmallisille.

Haastattelu analysoitiin sisällönanalyysin periaatteita noudattaen (esim. Tuomi ja Sarajärvi 2018). Haastattelun litteraatti luettiin ensin useaan kertaan läpi. Tämän jälkeen litteraattiin merkittiin värikoodein tutkimuskysymyksen kannalta keskeisimmät asiasisällöt haastattelun teemojen (alustavat tulokset, palvelujärjestelmän nykytila, Kelan rooli) ohjaamana. Asiakokoukset raportoitiin omina alalukuina. Litteraatti luettiin tämän jälkeen vielä useaan kertaan läpi raportoinnin tarkentamiseksi ja tarkistamiseksi. Haastattelun sisällöt pyrittiin raportoimaan mahdollisimman kattavasti, koska haastatteluja toteutettiin vain yksi ja jotta tutkimustehtävään olisi mahdollista vastata haastattelun perusteella mahdollisimman monipuolisesti. Haastatelluille asiantuntijoille annettiin mahdollisuus kommentoida haastattelua koskevaa tulosten luonnosta ja täydentää vastauksiaan sähköpostitse.

## 8 TULOKSET

Tässä luvussa raportoidaan ensin kansainväliseen tutkimuskirjallisuuteen perustuvat tulokset rahapeliongelmaisten ja digipeliongelmaisten kuntoutuksessa käytetyistä interventioista. Tuloksia raportoidaan painotetaan niillä tutkimuksilla tehtyjä löydöksiä, jotka olivat tutkimusasetelmaltaan satunnaistettuja kontrolloituja tutkimuksia. Lopuksi raportoidaan asiantuntija-haastattelun tulokset.

### 8.1 Rahapeliongelmaisten kuntoutuksessa käytetyt interventiot

#### 8.1.1 Yleistiedot tutkimuksista

Kirjallisuuskatsaukseen mukaan otetut tutkimukset oli toteutettu vuosina 2016–2020. Suurin osa tutkimuksista oli julkaistu vuonna 2018 (taulukko 4). Taulukkoon 5 (s. 28) on eritelty kirjallisuuskatsaukseen mukaan otettujen tutkimusten toteutusmaa. Tutkimuksista kuusi (Luquiens ym. 2016; Garcia-Caballero ym. 2018; Maniaci ym. 2018; Nilsson ym. 2018; von Hammerstein ym. 2018; Mooney ym. 2019) oli toteutettu Euroopassa.

**Taulukko 4.** Kirjallisuuskatsaukseen mukaan otettujen tutkimusten julkaisuvuodet (rahapelaaminen).

Tutkimusartikkelin julkaisuvuosi	Tutkimus/tutkimukset
2016	Luquiens ym., McIntosh ym., Smith ym., Toneatto (4)
2017	Rodda ym., Toneatto ym. (2)
2018	Abbott ym., Boudreault ym., Garcia-Caballero ym., Maniaci ym., Nilsson ym., Penna ym., von Hammerstein ym., Zhuang ym. (8)
2019	Mooney ym. (1)
2020	-

**Taulukko 5.** Kirjallisuuskatsaukseen mukaan otetuiden tutkimusten toteutusmaa (rahapelaaminen).

Tutkimuksen toteutusmaa	Tutkimus/tutkimukset
Australia	McIntosh ym. 2016, Roddaym. 2017, Smith ym. 2016 (3)
Brasilia	Penna ym. 2018 (1)
Espanja	Garcia-Caballeroym. 2018(1)
Iso-Britannia	Mooneyym. 2019 (1)
Italia	Maniaci ym. 2018 (1)
Kanada	Boudreault ym. 2018, Toneatto 2016, Toneatto ym. 2017 (3)
Kiina	Zhuangym. 2018 (1)
Ranska	Luquiens ym. 2016, von Hammerstein ym. 2018(2)
Ruotsi	Nilsson ym. 2018 (1)
Uusi-Seelanti	Abbott ym. 2018 (1)

Taulukossa 6 (s. 29) kuvataan tutkimuksissa käytetyt tutkimusasetelmat. Seitsemän tutkimusta oli tutkimusasetelmaltaan satunnaistettuja kontrolloituja tutkimuksia. Kahdessa näistä (McIntosh ym. 2016; Abbott ym. 2018) kontrolliryhmänä oli tavanomaista hoitoa saavien ryhmä ja kahdessa (Luquiens ym. 2016; Boudreault ym. 2018) hoitoa odottavien ryhmä. Yhdessä käytettiin aktiivista kontrolliryhmää (Penna ym. 2018). Kahdessa tutkimuksessa (Toneatto 2016; Nilsson ym. 2018) vertailtiin erilaisiin kuntoutusinterventioihin osallistuneiden ryhmiä.

Viisi tutkimuksista oli kokeenomaisia, joista yhdessä (Zhuang ym. 2018) oli aktiivinen kaltaistettu kontrolliryhmä. Neljässä muussa kokeenomaisessa tutkimuksessa (Rodda ym. 2017; Garcia-Caballero ym. 2018; Maniaci ym. 2018; Mooney ym. 2019) ei käytetty kontrolliryhmää. Kahdessa julkaisussa (Toneatto ym. 2017; von Hammerstein ym. 2018) kuvattu tutkimus oli tapaututkimus. Yhdessä tutkimuksessa (Smith ym. 2016) käytettiin laadullisia menetelmiä.

Viidessä tutkimuksessa intervention vaikutuksia mitattiin ainoastaan heti kuntoutuksen päättymisen jälkeen eli niihin ei sisältynyt seuranta-aikaa. Kymmenessä tutkimuksessa intervention hyötyjä mitattiin jonkin määritellyn seuranta-ajan jälkeen (3–12 kuukautta). Pisin seuranta-aika oli 12 kuukautta. Kahdentoista kuukauden seuranta-aika sisältyi neljään tutkimukseen (Toneatto 2016; Abbott ym. 2018; Boudreault ym. 2018; von Hammerstein ym. 2018).

**Taulukko 6.** Kirjallisuuskatsaukseen mukaan otetuissa tutkimuksissa käytetyt tutkimusasetelmat (rahapelaaminen).

Tutkimusasetelma	Tutkimus	Koe- ja kontrolliryhmä(t)	Mittausajankohdat
Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus (7)	Abbott ym. 2018	Kolme koeryhmää + tavanomaista hoitoa saavien ryhmä	Ennen interventiota ja 3, 6 ja 12 kuukautta intervention päättymisen jälkeen
	Boudreault ym. 2018	Koeryhmä + hoitoa odottavien ryhmä	Ennen interventiota, 11 viikkoa intervention alkamisen jälkeen ja 1, 6 ja 12 kuukautta intervention päättymisen jälkeen
	Luquiens ym. 2016	Kolme koeryhmää + hoitoa odottavien ryhmä	Ennen ja jälkeen intervention ja 12 viikkoa intervention päättymisen jälkeen
	McIntosh ym. 2016	Kaksi koeryhmää + tavanomaista hoitoa saavien ryhmä	Ennen ja jälkeen intervention ja 3 ja 6 kuukautta intervention päättymisen jälkeen + koeryhmissä ensimmäisen interventio-osion ja kontrolliryhmässä 7 ensimmäisen käyntikerran jälkeen
	Nilsson ym. 2018	Koeryhmä + toista hoitoa saavien ryhmä	Ennen ja jälkeen intervention ja 3 ja 6 kuukautta intervention päättymisen jälkeen (+ pelaamiseen hävityt rahat viikoittain intervention aikana)
	Penna ym. 2018	Koeryhmä + aktiivinen kontrolliryhmä	Ennen ja jälkeen intervention
	Toneatto 2016	Neljä koeryhmää	Ennen ja jälkeen (vain rahapelaamisen useus ja rahapelikulutus) intervention ja 12 kuukautta intervention päättymisen jälkeen
Kokeenomainen tutkimus (sisältää kontrolliryhmän) (1)	Zhuang ym. 2018	Koeryhmä + kaltaistettu aktiivinen kontrolliryhmä	Ennen ja jälkeen intervention ja 6 kuukautta intervention päättymisen jälkeen
Kokeenomainen tutkimus (ei sisällä kontrolliryhmää) (4)	Garcia-Caballero ym. 2018	-	Ennen ja jälkeen intervention
	Maniaci ym. 2018	-	Ennen ja jälkeen intervention
	Mooney ym. 2019	-	Ennen ja jälkeen intervention
	Rodda ym. 2017	-	Ennen ja jälkeen intervention
Tapaustutkimus (2)	Toneatto ym. 2017	-	Ennen ja jälkeen intervention ja 6 kuukautta intervention päättymisen jälkeen
	von Hammerstein ym. 2018	-	Ennen ja jälkeen intervention ja 2 ja 6 kuukautta (psykologinen arviointi) ja 6 ja 12 kuukautta (neuropsykologiset testit) intervention päättymisen jälkeen
Laadullinen tutkimus (1)	Smith ym. 2016	-	-

## 8.1.2 Tutkimusten kohderyhmät

Tutkimusten kohderyhmät oli määritelty tutkimusjulkaisuissa usealla tavalla (taulukko 7, s. 31). Tutkittavilla tuli olla joko oma kokemus rahapeliongelma tai rahapeliongelman määrittelyyn käytettiin jotakin mittaria. Viidessä tutkimuksessa rahapeliongelman määritelmänä oli tutkittavien oma kokemus rahapeliongelma tai se, että tutkittavat olivat hakeneet apua ongelmapelaamiseensa. Apua ongelmapelaamiseen oli haettu esimerkiksi auttavasta puhelimesta (Abbott ym. 2018), verkkoapupalvelusta (Rodda ym. 2017) tai rahapeliongelmien hoitoon erikoistuneelta klinikalta (McIntosh ym. 2016).

Kun tutkittavien rahapeliongelma oli määritelty jollakin mittarilla, useimmiten määrittelyyn oli käytetty PGSI-mittaria (*Problem Gambling Severity Index*, Ferris ja Wynne 2001; Currie ym. 2010; neljä tutkimusta), Yhdysvaltojen psykiatriyhdistyksen rahapeli riippuvuuden diagnostisia kriteereitä (DSM-IV, DSM-IV-TR tai DSM-5 -kriteerit; kolme tutkimusta) tai SOGS-mittaria (*South Oaks Gambling Screen*, Lesieur ja Blume 1987, 1993; kaksi tutkimusta).

Matalin PGSI-mittarilla vaadittu pistemäärä oli kaksi (Boudreault ym. 2018) ja korkein kahdeksan (Nilsson ym. 2018). PGSI-mittarilla 1–4 pistettä vastaa alhaista ongelmapelaamisen riskiä ja kahdeksan tai enemmän ongelmapelaamista (Currie ym. 2010). Yhdysvaltojen psykiatriyhdistyksen diagnostisten kriteerien mukaisesti tutkittavilla tuli esiintyä ainakin yksi rahapeli riippuvuuden oire (Toneatto 2016) tai heillä tuli olla diagnostiset kriteerit täyttävä rahapeli riippuvuus (Garcia-Caballero ym. 2018; Penna ym. 2018). Esimerkiksi DSM-5-kriteereillä tämä tarkoittaa vähintään neljän rahapeli riippuvuuden kriteerin täyttymistä (Yhdysvaltojen psykiatriyhdistys 2013). SOGS-mittarilla vaadittu matalin pistemäärä oli kolme (Zhuang ym. 2018) ja korkein viisi (Smith ym. 2016). SOGS-mittarilla 3–4 pistettä vastaa ongelmapelaamista (Abbott ja Volberg 1996) ja viisi pistettä tai enemmän todennäköistä rahapeli riippuvuutta (Lesieur ja Blume 1987, 1993; Abbott ja Volberg 1996).

Viidessä tutkimuksessa tutkittaviksi oli valittu jokin tarkemmin määritelty pelaajien alaryhmä. Kahdessa tutkimuksessa tutkittavina oli henkilöitä, joille kognitiivisella käyttäytymisterapialla ei ollut saavutettu tavoiteltuja hyötyjä rahapelaamisen vähentämisessä. Mooneyn ym. (2019) tutkimuksessa tutkittavina oli henkilöitä, jotka eivät olleet lopettaneet rahapelaamista kognitiivisen käyttäytymisterapian päättymisen jälkeen, joilla oli rahapeli riippuvuuden lisäksi masentuneisuutta ja ahdistuneisuutta, jotka olivat ottaneet esiin vaikeuksia varhaislapsuudessaan ja joilla oli samanaikaista muuta pakonomaista käyttäytymistä (esim. seksiriippuvuus, osto- vimma tai pakko-oireinen häiriö). Von Hammersteinin ym. (2018) tapaustutkimuksessa tutkittavana oli henkilö, joka oli alkanut pelata rahapelejä uudelleen kognitiivisen käyttäytymisterapian päättymisen jälkeen. Myös tässä tutkimuksessa tutkittavalla oli rahapeli riippuvuuden lisäksi taustalla kaltoinkohtelun kokemuksia lapsuus- ja nuoruusiässä, toistuvia masennusjaksoja ja itsetuhoisuutta.

Yhdessä tutkimuksessa (Luquiens ym. 2016) tutkittavina oli verkkopokerinpelaajia, joilla oli rahapeliongelma, mutta jotka eivät olleet hakeneet apua ongelmapelaamiseensa. Tutkittavat oli rekrytoitu suoraan verkkopokerisivustolta. Yhdessä tutkimuksessa (Smith ym. 2016) tutkittavien rahapeliongelman tuli liittyä pääasiassa rahapeliautomaateilla pelaamiseen ja yhdessä

(Zhuang ym. 2018) tutkittaviksi rekrytoitiin ainoastaan miehiä, joilla oli rahapeliongelma. Käytännössä lähes kaikissa tutkimuksista enemmistö tutkittavista oli miehiä, vaikka miessukupuoli ei ollut tutkimusten mukaan ottamisen kriteerinä.

**Taulukko 7.** Kirjallisuuskatsaukseen mukaan otettujen tutkimusten kohderyhmät (rahapelaaminen).

Kohderyhmä	Tutkimus	Aineisto	Aineiston tarkempi määritelmä
Oma kokemus tai hakenut hoitoa (5)	Abbott ym. 2018	n = 462 miehiä 41–55 %	Oma kokemus rahapeliongelmaasta (auttavaan puhelimeen soittaneet)
	Maniaci ym. 2018	n = 28 miehiä 83 %	Rahapeliongelmaan hoitoa hakeneet
	McIntosh ym. 2016	n = 77 naisia 29 %	Rahapeliongelmaan hoitoa hakeneet
	Rodda ym. 2017	n = 229 miehiä 57 %	Oma kokemus rahapeliongelmaasta (verkoapu-palvelusta apua hakeneet)
	Toneatto ym. 2017	n = 1 nainen	Rahapeliongelmaan hoitoa hakenut
PGSI-mittari (4)	Boudreault ym. 2018	n = 62 naisia koe- ja kontrolliryhmässä 38,7 %	Pelaaminen riskitasolla tai rahapeliriippuvuus (PGSI-pistemäärä $\geq 2$ )
	Luquiens ym. 2016	n = 1 122 miehiä 92 %	Verkkopokerinpelaajat, joilla rahapeliongelma (PGSI-pistemäärä $\geq 5$ ) ja jotka eivät ole hakeneet apua rahapeliongelmaansa (rekrytoitu suoraan verkkopokerisivustolta)
	Mooney ym. 2019	n = 72 miehiä 78 %	Rahapeliriippuvuus (PGSI-mittarilla mitattu) sekä masentuneisuutta ja ahdistuneisuutta, joille kognitiivinen käyttäytymisterapia ollut tehoton, jotka ottaneet esiin vaikeuksia varhaislapsuudessa ja joilla samanaikaista muuta pakonomaisia käyttäytymistä
	Nilsson ym. 2018	n = 36 (pelaajat n = 18, miehiä 16)	Rahapeliongelma (PGSI-pistemäärä $\geq 8$ ) (+ läheinen)
DSM-kriteerit (3)	Garcia-Caballero ym. 2018	n = 18 kaikki miehiä <sup>a</sup>	Diagnosoitu rahapeliriippuvuus (DSM-IV-TR-kriteerit) (+ suorittaneet intervention loppuun)
	Penna ym. 2018	n = 59 miehiä 58 %	Diagnosoitu rahapeliriippuvuus (DSM-5-kriteerit)
	Toneatto 2016	n = 99 miehiä 74 %	Rahapeliongelma (ainakin yksi DSM-IV rahapeliriippuvuuden oire)
SOGS-mittari (2)	Smith ym. 2016	n = 8 4 miestä	Rahapeliongelma (SOGS-pistemäärä $\geq 5$ ) ja ongelmapelaaminen liittyy pääasiassa rahapeliautomaateilla pelaamiseen
	Zhuang ym. 2018	n = 84 vain miehiä <sup>a</sup>	Rahapeliongelma (SOGS-pistemäärä $\geq 3$ ) (vain miehiä)
Ei määritelty (1)	von Hammerstein ym. 2018	n = 1 nainen	Rahapeliriippuvuus ja alkanut pelata rahapelejä uudelleen kognitiivisen käyttäytymisterapian päättymisen jälkeen

<sup>a</sup> Ilmaisu "kaikki miehiä" käytetään, kun tutkittaviksi oli valikoitunut ainoastaan miehiä ja "vain miehiä", kun tutkimukseen mukaan ottamisen kriteerinä oli miessukupuoli.

### 8.1.3 Kuntoutusinterventiot

#### Teoreettiset viitekehykset

Tutkitut kuntoutusinterventiot perustuivat useimmiten kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan (taulukko 8). Viidessä tutkimuksessa (Luquiens ym. 2016; Smith ym. 2016; Toneatto ym. 2017; Nilsson ym. 2018; Zhuang ym. 2018) tutkittu interventio perustui ainoastaan kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan. Kolmessa tutkimuksessa (Abbott ym. 2018; Boudreault ym. 2018; Garcia-Caballero ym. 2018) tutkitun intervention teoreettisena viitekehyksenä oli kognitiivinen käyttäytymisterapia ja motivoiva haastattelu. Yhdessä tutkimuksessa tutkitut interventiot perustuivat kognitiivisen käyttäytymisterapian lisäksi tietoisuustaitojen harjoitteluun (*mindfulness*; McIntosh ym. 2016). Yhdessä tutkimuksessa interventiot perustuivat motivoivaan haastatteluun ja kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan sisältyviin terapiasuuntauksiin eli kognitiiviseen terapiaan ja käyttäytymisterapiaan (Toneatto 2016).

Muissa tutkimuksissa tarkastellut interventiot perustuivat aerobisen liikunnan harjoitteluun (Penna ym. 2018), psykodynaamiseen terapiaan (Mooney ym. 2019), funktionaaliseen terapiaan (keho–mieli-terapia; Maniaci ym. 2018) sekä tietoisuustaitojen harjoitteluun ja kognitiiviseen harjoitteluun (von Hammerstein ym. 2018). Yhdessä tutkimuksessa tutkitun intervention teoreettista viitekehystä ei ollut kuvattu (Rodda ym. 2017).

**Taulukko 8.** Kirjallisuuskatsaukseen mukaan otetuissa tutkimuksissa tarkasteltujen kuntoutusinterventioiden teoreettinen viitekehys (rahapelaaminen).

Tutkimus	Intervention teoreettinen viitekehys
Abbott ym. 2018	Motivoiva haastattelu, kognitiivinen käyttäytymisterapia (työkirja)
Boudreault ym. 2018	Motivoiva haastattelu, kognitiivinen käyttäytymisterapia (työkirja)
Garcia-Caballero ym. 2018	Motivoiva haastattelu, kognitiivinen käyttäytymisterapia
Luquiens ym. 2016	Kognitiivinen käyttäytymisterapia (työkirja)
Maniaci ym. 2018	Funktionaalinen terapia (keho–mieli-terapia)
McIntosh ym. 2016	Kognitiivinen käyttäytymisterapia, tietoisuustaitojen harjoittelu
Mooney ym. 2019	Psykodynaaminen terapia
Nilsson ym. 2018	Kognitiivinen käyttäytymisterapia
Penna ym. 2018	Aerobinen liikunta
Rodda ym. 2017	(yksi neuvontakerta)
Smith ym. 2016	Kognitiivinen käyttäytymisterapia (kognitiivinen terapia, altistusterapia)
Toneatto 2016	Kognitiivinen terapia, käyttäytymisterapia, motivoiva haastattelu (+ yksi neuvontakerta)
Toneatto ym. 2017	Kognitiivinen käyttäytymisterapia (työkirja)
von Hammerstein ym. 2018	Tietoisuustaitojen harjoittelu, kognitiivinen harjoittelu
Zhuang ym. 2018	Kognitiivinen käyttäytymisterapia (+ tunteiden säätelyyn keskittyvä osio)



## Toteutustavat

Suurin osa tutkituista interventioista toteutettiin yksilötapaamisina ja terapeutin kanssa kasvotusten (taulukko 9). Kolmessa tutkimuksessa (Penna ym. 2018; von Hammerstein ym. 2018; Zhuang ym. 2018) ainakin yksi tutkituista interventioista oli ryhmämuotoinen. Yhdessä tutkimuksessa (Nilsson ym. 2018) tarkasteltiin kahta interventiota, joista toiseen osallistui ainoastaan pelaaja ja toiseen pelaaja ja hänen läheisensä. Molemmissa interventioissa pelaaja tai pelaaja ja läheinen saivat neuvontaa kuitenkin yksin.

**Taulukko 9.** Kirjallisuuskatsaukseen mukaan otetuissa tutkimuksissa tarkasteltujen kuntoutusinterventioiden toteutustapa (rahapelaaminen).

Intervention toteutustapa		Tutkimus/tutkimukset
Yksilökuntoutus	Kasvokkain toteutettu	Garcia-Caballero ym. 2018, Maniaci ym. 2018, McIntosh ym. 2016, Mooney ym. 2019, Smith ym. 2016, Toneatto 2016 (6)
	Etänä toteutettu	Abbott ym. 2018, Boudreault ym. 2018, Luquiens ym. 2016, Rodda ym. 2017, Toneatto ym. 2017 (5)
Ryhmäkuntoutus	Kasvokkain toteutettu	Penna ym. 2018, Zhuang ym. 2018 (2)
Pari- ja yksilökuntoutus	Etänä toteutettu	Nilsson ym. 2018 (1)
Ryhmäkuntoutus ja yksilöharjoittelu	Kasvokkain toteutettu	von Hammerstein ym. 2018 (1)

Kuudessa tutkimuksessa tarkasteltu interventio toteutettiin etäyhteyksien välityksellä. Näissä interventioissa tukea annettiin puhelimitse (Toneatto ym. 2017; Abbott ym. 2018; Boudreault ym. 2018; Nilsson ym. 2018), sähköpostitse (Luquiens ym. 2016) tai verkkoapupalvelun välityksellä (Rodda ym. 2017; Nilsson ym. 2018). (Taulukko 10, s. 34–35.)

Tutkittujen interventioiden kesto vaihteli. Lyhytkestoisimmat interventiot sisälsivät ainoastaan yhden neuvontakerran. Esimerkiksi Roddan ym. (2017) tutkimuksessa tarkasteltu interventio oli yksi neuvontakerta. Kuntoutus toteutettiin sähköpostin välityksellä ja sen keskimääräinen kesto oli 53 minuuttia (keskimäärin 53 tekstiriviä). Toneatton (2016) tutkimuksessa tarkasteltu kasvokkain toteutettu yhteen neuvontakertaan perustuva interventio oli kestoaltaan 90 minuuttia. Pisin tutkituista interventioista oli kestoaltaan kuusi kuukautta, minkä lisäksi interventioon sisältyi kuuden kuukauden seurantajakso (Garcia-Caballero ym. 2018). Kuntoutuksen kesto voitiin vielä pidentää, jos terapiatavoitetta eli pelaamattomuutta ei ollut saavutettu kuntoutuksen tai seurantajakson aikana.

Myös interventioihin sisältyneiden käyntikertojen tai terapeutin toteuttamien neuvontakertojen määrä vaihteli (1–16). Yhden käyntikerran tai terapeutin toteuttaman neuvontakerran vaikutuksia tarkasteltiin kolmessa tutkimuksessa (Toneatto 2016; Rodda ym. 2017; Abbott ym. 2018). Enimmillään tarkasteltuihin interventioihin sisältyi 16 käyntikertaa (Maniaci ym. 2018; Penna ym. 2018).

**Taulukko 10.** Kirjallisuuskatsaukseen mukaan otetuissa tutkimuksissa tarkastellut kuntoutusinterventiot (rahape-laaminen).

Tiedot tutkimuksesta	Teoreettinen viitekehys	Toteutustapa	Lyhyt kuvaus
<b>* Abbott ym. 2018</b> Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus	Motivoiva haastattelu, kognitiivinen käyttäytymisterapia (työkirja)	Etänä toteutettu yksilökuntoutus	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kolme lyhyttä motivoivaan haastatteluun ja kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan (KKT) perustuvaa puhelimitse toteutettua interventiota (motivoiva haastattelu, motivoiva haastattelu + KKT-työkirja, motivoiva haastattelu + KKT-työkirja + neljä kannustuspuhelinsoittoa). Viimeiselle ryhmälle soitettiin neljä kannustuspuhelinsoittoa viikon, kuukauden sekä kolmen ja kuuden kuukauden jälkeen aloitushaastattelusta.</li> <li>Kontrolliryhmänä tavanomaista hoitoa saavien ryhmä (auttavan puhelimen kautta annettu standardimuotoinen tuki).</li> </ul>
<b>* Boudreault ym. 2018</b> Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus	Motivoiva haastattelu, kognitiivinen käyttäytymisterapia (työkirja)	Etänä toteutettu yksilökuntoutus	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oma-apuohjelma, johon sisältyi kolme puhelimitse toteutettua motivoivaa haastattelua ja kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuva työkirja. Ensimmäinen puhelinsoitto toteutettiin alkuarvioinnin jälkeen ja seuraavat soitot kolme ja kahdeksan viikkoa alkuarvioinnin jälkeen.</li> <li>Kontrolliryhmänä hoitoa odottavien ryhmä.</li> </ul>
<b>Garcia-Caballero ym. 2018</b> Kokeenomainen tutkimus (ei sisälly kontrolliryhmää)	Motivoiva haastattelu, kognitiivinen käyttäytymisterapia	Kasvokkain toteutettu yksilökuntoutus	<ul style="list-style-type: none"> <li>Motivoivaan haastatteluun ja kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuva psykologinen interventio. Käyntikertoja kerran viikossa tai kahden viikon välein. Kuntoutuksen kesto kuusi kuukautta. (Kuntoutuksen päättymisen jälkeen aloitettiin kuuden kuukauden seurantajakso, jonka aikana käyntikertoja oli kerran kuukaudessa.)</li> </ul>
<b>*Luquiens ym. 2016</b> Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus	Kognitiivinen käyttäytymisterapia (työkirja)	Etänä toteutettu yksilökuntoutus	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kolme verkossa toteutettua interventiota (yksilöity palaute pelaamisesta, KKT-työkirja ilman neuvontaa, KKT-työkirja + neuvontaa kerran viikossa). Kaikkien interventioiden kesto yhteensä 6 viikkoa.</li> <li>Kontrolliryhmänä hoitoa odottavien ryhmä.</li> </ul>
<b>Maniaci ym. 2018</b> Kokeenomainen tutkimus (ei sisälly kontrolliryhmää)	Funktionaalinen terapia (keho-mieli-terapia)	Kasvokkain toteutettu yksilökuntoutus	<ul style="list-style-type: none"> <li>Funktionaaliseen terapiaan perustuva ohjelma (keskiössä keholliset menetelmät). Interventioon sisältyi 16 käyntikertaa. Käyntikertoja kaksi kertaa viikossa. Kuntoutuksen kesto kaksi kuukautta.</li> </ul>
<b>McIntosh ym. 2016</b> Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus	Kognitiivinen käyttäytymisterapia, tietoisuustaitojen harjoittelu	Kasvokkain toteutettu yksilökuntoutus	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kolme kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan ja tietoisuustaitojen harjoitteluun perustuvaa interventiota (tietoisuustaitojen harjoittelu + KKT, KKT + tietoisuustaitojen harjoittelu, tavanomainen KKT). Tietoisuustaitojen harjoitteluun ja KKT-interventioon sisältyi molempiin neljä käyntikertaa ja käyntikertoja kerran viikossa.</li> <li>Kontrolliryhmänä tavanomaista hoitoa saavien ryhmä. Tavanomaiseen KKT-interventioon sisältyi maksimissaan 11 käyntikertaa.</li> </ul>
<b>Mooney ym. 2019</b> Kokeenomainen tutkimus (ei sisälly kontrolliryhmää)	Psykodynaaminen terapia	Kasvokkain toteutettu yksilökuntoutus	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lyhytkestoinen psykodynaamiseen terapiaan perustuva terapiaohjelma. Interventioon sisältyi 12 käyntikertaa ja kuntoutuksen kesto 12 viikkoa.</li> </ul>

Tiedot tutkimuksesta	Teoreettinen viitekehys	Toteutustapa	Lyhyt kuvaus
<b>* Nilsson ym. 2018</b> Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus (pilotti)	Kognitiivinen käyttäytymisterapia	Etänä toteutettu pari- ja yksilökuntoutus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verkossa ja puhelimitse toteutettu kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuva yksilöterapia ja pariterapia. Molempien interventioiden kesto 10–12 viikkoa. Interventioihin sisältyi terapeutin antama ohjausta noin 15 minuuttia viikossa.</li> </ul>
<b>Penna ym. 2018</b> Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus	Aerobinen liikunta	Kasvokkain toteutettu ryhmäkuntoutus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Liikuntainterventio, johon sisältyi 10 minuuttia venyttelyä ja 40 minuuttia aerobista liikuntaa (esim. juoksu). Interventioon sisältyi kaksi harjoittelukertaa viikossa. Kuntoutuksen kesto kahdeksan viikkoa.</li> <li>• Aktiivisena kontrolliryhmänä venyttelyyn osallistuva ryhmä (kaksi harjoittelukertaa viikossa, kesto yhteensä kahdeksan viikkoa).</li> </ul>
<b>* Rodda ym. 2017</b> Kokeenomainen tutkimus (ei sisälly kontrolliryhmää)	(yksi neuvontakerta)	Etänä toteutettu yksilökuntoutus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yhden kerran sähköpostin välityksellä annettu neuvonta. Neuvonnan kesto keskimäärin 53 minuuttia.</li> </ul>
<b>Smith ym. 2016</b> Laadullinen tutkimus	Kognitiivinen käyttäytymisterapia (kognitiivinen terapia ja altistusterapia)	Kasvokkain toteutettu yksilökuntoutus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoitokäsikirjoihin perustuvat kognitiivinen terapia ja altistusterapia. Molempiin interventiioihin sisältyi 12 käyntikertaa ja käyntikertoja kerran viikossa. Molempien interventioiden kesto 12 viikkoa.</li> </ul>
<b>Toneatto 2016</b> Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus	Kognitiivinen terapia, käyttäytymisterapia, motivoiva haastattelu (+yksi neuvontakerta)	Kasvokkain toteutettu yksilökuntoutus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kognitiiviseen terapiaan, käyttäytymisterapiaan ja motivoivaan haastatteluun perustuvat interventiot ja yhteen käyntikertaan perustuva interventio. Kognitiiviseen terapiaan, käyttäytymisterapiaan ja motivoivaan haastatteluun perustuviin interventiioihin sisältyi kaikkiin kuusi käyntikertaa ja käyntikertoja oli noin kerran viikossa. Interventioiden kesto yhteensä 8–10 viikkoa. Yhteen käyntikertaan perustuvan intervention kesto 90 minuuttia.</li> </ul>
<b>* Toneatto ym. 2017</b> Tapaustutkimus	Kognitiivinen käyttäytymisterapia	Etänä toteutettu yksilökuntoutus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuva työkirjan ohjaama puhelinneuvonta. Interventioon sisältyi kuusi neuvontakertaa ja neuvontakertoja oli ensin viikoittain ja sitten kahden viikonvälein. Kuntoutuksen kesto 10 viikkoa.</li> </ul>
<b>von Hammerstein ym. 2018</b> Tapaustutkimus	Tietoisuustaitojen harjoittelu ja kognitiivinen harjoittelu	Kasvokkain toteutettu ryhmäkuntoutus+ yksilöharjoittelu (tietokoneella suoritettu)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tietoisuustaitojen harjoitteluun perustuva interventio ja kognitiivinen harjoittelu. Tietoisuustaitojen harjoitteluun sisältyi kahdeksan käyntikertaa ja käyntikertoja oli kerran viikossa. Intervention kesto kahdeksan viikkoa. Kognitiiviseen harjoitteluun sisältyi 12 harjoittelukertaa ja harjoittelukertoja oli kaksi kertaa viikossa. Intervention kesto kuusi viikkoa.</li> </ul>
<b>Zhuang ym. 2018</b> Kokeenomainen tutkimus (sisältyy kontrolliryhmä)	Kognitiivinen käyttäytymisterapia (+ tunteiden säätelyyn keskittyvä osio)	Kasvokkain toteutettu ryhmäkuntoutus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kulttuurisesti sensitiivinen kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuva ryhmäinterventio, johon sisältyi tunteiden säätelyyn keskittyvä osio. Interventioon sisältyi kahdeksan käyntikertaa.</li> <li>• Aktiivisena kontrolliryhmänä sosiaalisiin aktiviteetteihin osallistuvien ryhmä (käyntikertoja kahdeksan).</li> </ul>

\* Tutkimuksessa tarkastellaan etäkuntoutusta.

Kuntoutuksen toteuttajina oli auttavan puhelimen (Abbott ym. 2018; Nilsson ym. 2018) tai verkkoapupalvelun työntekijöitä (Rodda ym. 2017), psykologian jatko-opiskelijoita (McIntosh ym. 2016; Boudreault ym. 2018; Nilsson ym. 2018), psykologi (Luquiens ym. 2016) tai neuro-psykologi (von Hammerstein ym. 2018), eritaustaisia terapeutteja (Smith ym. 2016; Toneatto ym. 2017; Zhuang ym. 2018; Mooney ym. 2019) tai terapeuttiopiskelijoita (Toneatto 2016) tai liikunnanohjaaja (Penna ym. 2018). Kahdessa tutkimuksessa (Garcia-Caballero ym. 2018; Maniaci ym. 2018) ei mainittu kuntoutuksen toteuttajaa. (Liite 1.)

## Sisällöt

Kaikissa tutkimusjulkaisuissa interventioiden sisällöt oli kuvattu verrattain hyvin. Joissakin tutkimuksissa kuvattiin ainoastaan interventioiden sisältöjen pääpiirteet (esim. Abbott ym. 2018) ja joissakin myös intervention kehittämisprosessi (esim. Mooney ym. 2019).

Interventiot luokiteltiin niiden teoreettisen viitekehyksen perusteella kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan, motivoivaan haastatteluun ja tietoisuustaitojen harjoitteluun perustuviin interventioihin sekä muihin interventioihin. Kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuviin interventioihin luokiteltiin myös ne interventiot, joiden teoreettinen viitekehys oli kognitiivinen terapia, käyttäytymisterapia tai kognitiivinen harjoittelu. Interventioiden sisällöt on kuvattu tarkemmin liitteessä 1.

**Kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvat interventiot.** Kymmenessä tutkimuksessa ainakin yksi tarkastelluista interventioista perustui kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan. Kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvien interventioiden tavoitteena oli useimmiten tukea kuntoutukseen osallistuvaa henkilöä rahapelaamiseen liittyvien virheellisten ajatusten ja uskomusten tunnistamisessa ja haastamisessa. Lisäksi kuntoutuksen aikana opeteltiin tunnistamaan pelaamisen laukaisevia tekijöitä, suurentuneen riskin pelitilanteita sekä pelaamiseen houkuttelevia ajatuksia ja tunteita (pelaamisen ansat). Käytettyinä menetelminä mainittiin useimmiten pelaamiseen liittyvien virheellisten ajatusten ja uskomusten uudelleen tulkinnan opettelu (kognitiivinen uudelleentulkinta), pelaamiseen liitettyjen ulkoisten tekijöiden sääteleminen (ärsykekontrolli) ja menetelmät retkahdusten ehkäisemiseksi.

Pelaamiseen liittyviä virheellisiä ajatuksia ja uskomuksia pyrittiin haastamaan esimerkiksi antamalla tietoa rahapeliin voittomahdollisuuksien todennäköisyyksistä ja todennäköisyyden käsitteestä (Smith ym. 2016; Garcia-Caballero ym. 2018). Esimerkiksi Toneatto (2016) tutkimuksessa kognitiiviseen terapiaan perustuvan intervention tavoitteena oli heikentää pelaajan ydinuskomusta pelaamisen lopputuloksen ennustettavuudesta ja hallittavuudesta. Pelaamiseen liitettyjä ulkoisia tekijöitä, joita opeteltiin välttelemään, olivat esimerkiksi pelipaikat tai ajan viettäminen muiden pelaajien kanssa (Toneatto 2016). Joidenkin interventioiden aikana annettiin myös tietoa rahapeliongelmasta ja kognitiivisen käyttäytymisterapian käyttämisestä rahapeliongelman hoidossa (McIntosh ym. 2016). Joihinkin interventioihin sisältyi lisäksi oman pelaamisen seuranta kuntoutuksen aikana pelipäiväkirjan avulla (Smith 2016; Boudreault ym. 2018).

McIntoshin ym. (2016) tutkimuksessa kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvaan interventioon sisältyi lisäksi harjoituksia ajatusten, tunteiden, kehollisten tuntemusten ja käyttäytymisen erottamiseksi toisistaan ja Zhuangin ym. (2018) tutkimuksessa menetelmiä pelihimoon liittyvien kehollisten tuntemusten tunnistamiseksi. Myös Smithin ym. (2016) tutkimuksessa kognitiiviseen terapiaan perustuvan intervention aikana pyrittiin lisäämään kuntoutukseen osallistuvien henkilöiden tietoisuutta heidän oman tiedonkäsittelynsä vaiheista. Toneatton (2016) tutkimuksessa käyttäytymisterapiaan perustuvan intervention aikana pyrittiin lisäksi vahvistamaan kuntoutukseen osallistuvien henkilöiden sellaista käyttäytymistä, joka ei liity pelaamiseen ja heidän pelaamattomuuttaan tukevia sosiaalisia suhteita.

Zhuangin ym. (2018) tutkimuksessa tarkastellussa interventiossa oli huomioitu myös tutkimuksen toteuttamisessa, Kiinassa, rahapelaamiseen liitetyt kulttuuriset uskomukset. Esimerkiksi pelaamiseen liittyviä virheellisiä ajatuksia ja uskomuksia tunnistettaessa pyrittiin nostamaan esiin pelaamiseen liitettyjä kulttuurisesti merkittäviä ajatuksia ja uskomuksia Kiinassa (esim. onnen testaaminen, häviöiden jahtaaminen, kontrolliharha). Lisäksi interventioon sisältyi menetelmiä, joiden tavoitteena oli kuntoutukseen osallistuvien henkilöiden tunteiden säätelemisen tukeminen. Kuntoutuksen aikana esimerkiksi tuettiin kuntoutukseen osallistuvia henkilöitä tunnistamaan heidän kielteisiä tunteitaan ja sitä, miten nämä tunteet ovat yhteydessä heidän pelaamiseensa.

Neljässä tutkimuksessa (Luquiens ym. 2016; Toneatto ym. 2017; Abbott ym. 2018; Boudreault ym. 2018) tarkastellun intervention kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuva elementti oli oma-aputyökirja. Abbottin ym. (2018) tutkimuksessa kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuva oma-aputyökirja oli Hodginsin ja Makarchukin (1998) kehittämä *Becoming A Winner: Defeating Problem Gambling* (suom. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos: Avaimia rahapeliongelman hallintaan. Oma-apuopas rahapeliongelman hallintaan, 2018). Boudreaultin ym. (2018) tutkimuksessa käytettiin kanadalaisen rahapeliongelmiin ehkäisy- ja hoitokeskuksen kehittämää työkirjaa (*JEu me questionne*, CQEPTJ 2012). Työkirja sisälsi viisi lukua, joiden aiheina oli 1) motivaatio muutokseen ja muutoksen hyödyt, 2) suurentuneen riskin pelitilanteet, 3) tavoitteen asettaminen ja pelaamiseen houkuttelevat ajatukset ja tunteet (pelaamisen ansat), 4) pelaamiseen liittyvät ajatukset sekä 5) virheellisten ajatusten ja uskomusten uudelleentulkittaminen ja retkahdusten ehkäiseminen. Työkirjassa myös aiemmin interventioon osallistuneet kuvasivat kokemuksiaan interventioon osallistumisesta. Työkirjan liitteenä oli materiaaleja rentoutustekniikoista ja ongelmanratkaisumenetelmistä.

Luquiensin ym. (2016) tutkimuksessa käytetty työkirja perustui Ladouceurin (2007) kehittämään oma-aputyökirjaan (*Overcoming Your Pathological Gambling: Workbook*). Oma-apuohjelmaan sisältyi kuusi askelta, joiden aiheina oli 1) motivaatio, 2) taloudelliset asiat, 3) pelaamiseen liittyvät virheelliset ajatukset ja uskomukset, 4) pelaamisen laukaisevat tekijät, 5) elämän uudelleenjärjesteleminen ja 6) retkahdusten ehkäiseminen. Myös Toneatton ym. (2017) tutkimuksessa käytetty työkirja sisälsi kuusi hoitoteemaa, joiden aiheina oli 1) tavoitteiden asettaminen sekä pelaamattomuuden ja hallitun pelaamisen hyödyt ja haitat, 2) motivaatio muutokseen, 3) keinot pelaamisen vähentämiseen ja pelihimosta selviytymiseen, 4) pelaamiseen liittyvät virheelliset uskomukset ja niiden haastaminen, 5) läheiset ihmissuhteet sekä 6) suurentuneen riskin pelitilanteet ja retkahdusten ehkäiseminen.

Yhdessä tutkimuksessa (Smith ym. 2016) toinen tutkituista interventioista perustui altistusterapiaan. Siinä kuntoutus rakentui eri asteisten altistusharjoitusten ympärille. Ensimmäiset altistusharjoitukset toteutettiin käyttämällä pelaamiseen liittyviä kuvia ja mielikuvia. Tämän jälkeen altistusharjoituksia siirryttiin tekemään ensin sellaisten pelipaikkojen ulkopuolelle, jotka olivat kuntoutukseen osallistuvalla henkilöllä tuttuja ja tämän jälkeen näihin pelipaikkoihin sisälle. Altistusharjoituksia tehtiin ensin niin, ettei mukana ollut käteistä rahaa ja lopulta niin, että mukana oli pelikoneisiin sopivia kolikoita.

Von Hammersteinin ym. (2018) tutkimuksessa toinen tutkituista interventioista perustui valikoitujen tiedonkäsittelyn vaiheiden harjoitteluun (kognitiivinen harjoittelu) tietokoneperustaisen harjoitteluohjelman avulla (*Let's train* -ohjelma). Harjoittelun tavoitteena oli erityisesti motoristen reaktioiden vastustamisen, tiedonkäsittelyä häiritsevien ärsykkeiden huomiotta jättämisen sekä tiedonkäsittelyn joustavuuden ja työmuistin harjoittelu. Harjoitteluohjelmaan sisältyi kuusi erityyppistä harjoitusta.

**Motivoivaan haastatteluun perustuvat interventiot.** Neljässä tutkimuksessa tarkasteltuun interventioon sisältyi motivoivaan haastatteluun perustuvia sisältöjä.

Useimmiten interventioiden motivoivaan haastatteluun perustuvien sisältöjen tavoitteena oli herätellä ja vahvistaa kuntoutukseen osallistuvan henkilön omaa motivaatiota pelaamisensa vähentämiseen. Motivoivaan haastatteluun perustuvien menetelmien tavoitteena oli usein muutosprosessin käynnistäminen, kun esimerkiksi kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvilla menetelmillä pyrittiin ylläpitämään muutosta (Toneatto 2016; Garcia-Caballero ym. 2018). Abbottin ym. (2018) tutkimuksessa tarkasteltujen interventioiden motivoivaan haastatteluun perustuvien sisältöjen tavoitteena oli tukea kuntoutukseen osallistuvaa henkilöä rakentamaan sitoutumistaan muutokseen ja etsimään syitä pelaamisensa vähentämiselle. Myös Garcia-Caballeron ym. (2018) tutkimuksessa tarkastellussa interventiossa motivoivaan haastatteluun perustuvilla menetelmillä pyrittiin vahvistamaan kuntoutukseen osallistuvan henkilön pelaamisen vähentämiseen liittyvää muutospuhetta ja käyttäytymisen muutoksen aloittamiseen liittyvää pystyvyyden tunnetta.

Toneatton (2016) tutkimuksessa motivoivaan haastatteluun perustuvan intervention tavoitteena oli pyrkiä ratkaisemaan kuntoutukseen osallistuvan henkilön rahapelaamisen vähentämiseen liittämä ambivalenssi. Lisäksi tavoitteena oli selkeyttää hänen elämän ydinarvojaan, lisätä hänen tietoisuuttaan pelaamisen seurauksista ja arvioimaan pelaamisen lopettamiseen ja jatkamiseen liittyviä hyviä ja huonoja puolia.

Boudreaultin ym. (2018) tutkimuksessa tutkittuun interventioon sisältyi kolme motivoivaan haastatteluun perustuvaa puhelinsoittoa. Puhelinsoittojen aikana terapeutti pyrki herätteleämään muutospuhetta kuntoutukseen osallistuvassa henkilössä. Terapeutti pyrki ottamaan puheeksi henkilön pelaamiskäyttäytymisen muuttamista motivoivia tekijöitä ja sitä, millaisia hyötyjä pelaamisen vähentämisellä voisi kuntoutukseen osallistuvalla henkilölle olla. Kuntoutuksen aikana pyrittiin myös arvioimaan ja vahvistamaan pelaamisen vähentämisen ja lopettamisen tärkeyttä kuntoutukseen osallistuvalla ja hänen uskoaan näiden tavoitteiden saavuttami-

seen. Tarvittaessa kuntoutuksen aikana keskusteltiin myös esiin tulleista pelaamisen vähentämiseen liittyvistä vaikeuksista ja tarjottiin keinoja niistä selviytymiseen. Kuntoutukseen osallistuvaa kannustettiin myös asettamaan itselleen realistisia tavoitteita keskustelukertojen välille.

**Tietoisuustaitojen harjoitteluun perustuvat interventiot.** Tietoisuustaitojen harjoitteluun perustuvat interventiot kuuluvat kognitiivisten psykoterapioiden kattokäsitteen alle. Interventioiden tavoitteena on suunnata kuntoutukseen osallistuvan henkilön tarkkaavaisuus käsillä olevaan hetkeen. Terapiasuuntauksessa ei pyritä muuttamaan mieleen tulevia ajatuksia tai muita impulsseja vaan korostetaan, että ne ovat vain mieleen tulevia ajatuksia tai impulsseja. Taustalla on ajatus, että kun haitallisiin ajatuksiin ja muihin mieleen tuleviin impulsseihin ei reagoida, ne alkavat sammua ja niiden vaikutus käyttäytymiseen alkaa heiketä. (Karila 2019.)

Kahdessa tutkimuksessa tarkasteltiin tietoisuustaitojen harjoitteluun perustuvaa interventiota. Tietoisuustaitojen harjoitteluun perustuvien interventioiden tavoitteena oli lisätä kuntoutukseen osallistuvan henkilön yleistä tietoisuustaitojen tasoa tai hänen tietoisuuttaan muun muassa pelaamiseen liittyvistä automaattisista ajatuksista, pelaamisen laukaisevista tekijöistä ja suurentuneen riskin pelitilanteista.

McIntoshin ym. (2016) tutkimuksessa tietoisuustaitojen harjoitteluun perustuvan intervention aluksia annettiin tietoa *mindfulness*-meditaation käyttämisestä rahapeliongelman hoidossa. Lisäksi siihen sisältyi läsnä olevan syömisen ja tietoisesta hengittämisen harjoituksia, harjoituksia tietoisuuden lisäämiseksi automaattisista ajatuksista, meditaatioharjoituksia (*insight meditation*), harjoituksia ajatusten havainnoimiseksi ja nimeämiseksi sekä meditaation aikana heräävien vaikeiden tunteiden käsittelemiseksi. Lisäksi kuntoutuksen aikana tuettiin kuntoutukseen osallistuvaa henkilöä säännöllisen meditaatioharjoittelun aloittamisessa.

Von Hammersteinin ym. (2018) tutkimuksessa tietoisuustaitojen harjoitteluun perustuvan intervention päätavoitteena oli lisätä kuntoutukseen osallistuvan henkilön yleistä tietoisuustaitojen tasoa ja opettaa häntä vastustamaan automaattista reagoititapaumustaan pelihimon kokemuksiin. Ensimmäisellä käyntikerralla keskityttiin automaattisiin ajatuksiin ja retkahdukseen. Toisella käyntikerralla opeteltiin tiedostamaan pelihimon kokemuksia ja pelaamisen laukaisevia tekijöitä. Kolmannella käyntikerralla pyrittiin vahvistamaan tietoisuustaitoja jokapäiväisessä elämässä. Neljännen käyntikerran tavoitteena oli vahvistaa tietoisuustaitoja suurentuneen riskin pelitilanteissa. Viidennellä käyntikerralla harjoiteltiin ajatusten ja tunteiden hyväksymistä ja tietoista toimintaa. Kuudennella käyntikerralla tavoitteena oli oppia näkemään ajatukset vain ajatuksina, ei todellisuutena. Käyntikerroille valittiin sellaisia harjoituksia, joita osallistuja pystyi käyttämään myös itsenäisesti jokapäiväisessä elämässään.

**Muut interventiot.** Muiden tutkittujen interventioiden sisällöt perustuivat aerobisen liikunnan harjoitteluun (Penna ym. 2018), psykodynaamiseen terapiaan (Mooney ym. 2019) ja funktionaaliseen terapiaan (Maniaci ym. 2018). Kahdessa tutkimuksessa tutkittu interventio perustui yhteen käyntikertaan tai neuvontaistuntoon (Toneatto 2016; Rodda ym. 2017).

Aerobisen liikunnan harjoitteluun perustuvassa interventiossa harjoittelukerrat sisälsivät 40 minuuttia aerobista liikuntaa ja 10 minuuttia venyttelyä (Penna ym. 2018). Aerobinen liikunta oli esimerkiksi juoksua. Harjoittelu tuli toteuttaa 70–85 prosentilla osallistujien arvioidusta ikään suhteutetusta maksimisykkeestä. Harjoittelun intensiivisyys pyrittiin pitämään keskivaikeana.

Mooneyn ym. (2019) tutkimuksessa tarkastellun psykodynaamisen terapiaan perustuvan intervention tavoitteena oli, että kuntoutukseen osallistuva henkilö kykenisi muodostamaan kognitiivista viitekehystä syvemmän ymmärryksen siitä, mikä saa hänet pelaamaan. Lisäksi keskeistä oli lämminhenkisen terapeutin suhteen muodostaminen, jonka oli mahdollista toimia korjaavana kiintymyskokemuksena kuntoutukseen osallistuvalla henkilöllä. Kuntoutuksen aikana keskusteltiin muun muassa kuntoutukseen osallistuvan henkilön varhaislapsuudesta, nykyisestä elämäntilanteesta, eksistentiaalisista kysymyksistä, elämäntavoitteista, pelaamisen laukaisevista tekijöistä ja aiemmista epäonnistumisista pelaamattomuus-tavoitteen saavuttamisessa. Kuntoutus toteutettiin kuntoutukseen osallistuvan henkilön tarpeita kuunnellen. Kuntoutuksen edetessä alettiin kuitenkin keskustella yhä syvällisemmin terapiasuhteesta ja kuntoutukseen osallistuvan henkilön elämästä ilman riippuvuutta.

Maniacin ym. (2018) tutkimuksessa tarkasteltu, funktionaaliseen terapiaan perustuva interventio perustui kehollisiin menetelmiin. Kehollisten menetelmien avulla pyrittiin palauttamaan kuntoutukseen osallistuvan henkilön keskeisiä, rahapeli-riippuvuuden myötä muuttuneita minäkokemuksia (*Basic Experiences of the Self*, esim. Rispoli 2008). Kuntoutuksessa keskityttiin rahapelaamisen vähentämiseen ja lopettamiseen useiden kehollisten sekä tunteisiin ja tiedonkäsittelyyn liittyvien menetelmien avulla. Käytettyjä menetelmiä olivat esimerkiksi syvähengitys ja ohjattu mielikuvaharjoittelu sekä itsevarmuuden vahvistamiseen ja pelihimon hallintaan liittyvät menetelmät.

Roddan ym. (2017) tutkimuksessa tarkasteltu yhteen neuvontakertaan perustuva interventio toteutettiin tekstiperustaisena neuvontana verkkoapupalvelun välityksellä. Toneatton (2016) tutkimuksessa yhteen käyntikertaan perustuva interventio toteutettiin terapeutin kanssa kasvotusten. Kuntoutukseen osallistuvalla henkilöllä kerrottiin, millaisia tuloksia hänen tutkimukseen liittyvässä alkuarviossaan oli saatu ja hänelle annettiin esitteitä kognitiiviseen terapiaan, käyttäytymisterapiaan ja motivoivaan haastatteluun perustuvista rahapeliongelmien kuntoutuksessa käytetyistä interventioista. Kuntoutukseen kuuluvassa opetuksellisessa sisällössä korostettiin käytännön neuvojen antamista rahapelaamisen vähentämiseen. Opetuksellinen sisältö oli tiivistetty myös lehtiseen, joka annettiin kuntoutukseen osallistuneille.

### **8.1.4 Kuntoutusinterventioiden hyödyt**

Tutkimuksissa mitattiin useita interventioiden hyötyjä (taulukko 11, s. 42–44). Kaikissa tutkimuksissa tarkasteltiin interventioiden vaikutuksia ainakin tutkittavien rahapelaamisen määrään tai rahapeliongelman vakavuuteen. Rahapelaamisen määrällä tarkoitettiin esimerkiksi pelaamiseen käytettyjen päivien määrää, pelaamiseen käytettyä rahamäärää (rahapelikulutus) tai pelaamiseen hävittyä rahamäärää. Pelaamisen tapoja mitattiin useimmiten avoimilla kysymyksillä (McIntosh ym. 2016; Toneatto 2016; Toneatto ym. 2017; Boudreault ym. 2018; Garcia-



Caballero ym. 2018; Zhuang ym. 2018) tai takautuvalla päiväkirjamenetelmällä (Abbott ym. 2018; Nilsson ym. 2018; von Hammerstein ym. 2018). Rahapeliongelman vakavuutta mitattiin useimmiten PGSI-mittarilla (Luquiens ym. 2016; Rodda ym. 2017; Toneatto ym. 2017; Abbott ym. 2018; Mooney ym. 2019) tai DSM-kriteereillä (McIntosh ym. 2016; Toneatto 2016; Toneatto ym. 2017; Mooney ym. 2019).

Tutkimuksissa mitattiin interventioiden vaikutuksia myös esimerkiksi tutkittavien pelihimoon (Toneatto 2016; Rodda ym. 2017; Penna ym. 2018; von Hammerstein ym. 2018; Zhuang ym. 2018) ja rahapelaamiseen liittyvien virheellisten ajatusten ja uskomusten esiintymiseen (Toneatto ym. 2017; von Hammerstein ym. 2018; Zhuang ym. 2018).

Muita mitattuja hyötyjä olivat interventioiden vaikutukset esimerkiksi tutkittavien ahdistuneisuuteen (Rodda ym. 2017; Toneatto ym. 2017; Garcia-Caballero ym. 2018; Maniaci ym. 2018; Nilsson ym. 2018; von Hammerstein ym. 2018; Zhuang ym. 2018; Mooney ym. 2019), masennoituneisuuden määrään (Toneatto ym. 2017; Garcia-Caballero ym. 2018; Maniaci ym. 2018; Nilsson ym. 2018; von Hammerstein ym. 2018; Zhuang ym. 2018; Mooney ym. 2019), impulsiivisuuteen (Garcia-Caballero ym. 2018; Maniaci ym. 2018; von Hammerstein ym. 2018), stressiin (Maniaci ym. 2018; Zhuang ym. 2018) tai elämänlaatuun tai elämään tyytyväisyyteen (McIntosh ym. 2016; Boudreault ym. 2018; Garcia-Caballero ym. 2018).

**Taulukko 11.** Kirjallisuuskatsaukseen mukaan otetuissa tutkimuksissa tarkasteltujen kuntoutusinterventioiden hyödyt (rahapelaaminen).

Tutkimus	Tutkimus-asetelma	Keskeiset hyödyt
<b>Kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvat interventiot</b>		
<b>McIntosh ym. 2016</b> Kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan ja tietoisuustaitojen harjoitteluun perustuvat interventiot + tavanomaista hoitoa saava kontrolliryhmä	Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus	Kaikkiin ryhmiin osallistuneiden rahapeli-riippuvuuden oireet olivat vähentyneet intervention päättymisen ja kolmen kuukauden seuranta-ajan jälkeen. Myös pelaamiseen käytetty aika ja rahamäärä olivat vähentyneet kaikissa ryhmissä interventioiden päättymisen jälkeen. Kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuva interventio oli tehokkain ongelmapelaamisen vähentämisessä. Tietoisuustaitojen harjoitteluun perustuva interventio (ja tavanomainen hoito) oli tehokkaampi mielen hyvinvoinnin lisäämisessä sekä ajatusten tukahduttamisen ja ruminoinnin vähentämisessä.
<b>Luquiens ym. 2016</b> Yksilöity palaute + työkirja + työkirja ja yksilöllinen neuvonta + hoitoa odottava kontrolliryhmä	Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus	Kaikkien tutkittavien rahapeliongelman vakavuus oli pienentynyt intervention päättymisen jälkeen. Ryhmien välillä ei havaittu eroa rahapeliongelman vakavuutta osoittavissa pistemäärissä eikä pelaamisen tavoissa intervention päättymisen eikä 12 viikon seuranta-ajan jälkeen. (Yksilöityä neuvontaa saaneessa ryhmässä hoidon keskeyttäneiden osuus oli suurin.)
<b>Nilsson ym. 2018 (pilotti)</b> Kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuva yksilöinterventio + pariterapiana toteutettu interventio	Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus	Molemmissa ryhmissä pelaajien häviämä rahamäärä oli vähentynyt merkittävästi jo intervention alussa. Myös rahapeliongelman oireiden sekä masennus- ja ahdistuneisuusoireiden määrä oli vähentynyt molemmissa ryhmissä heti intervention päättymisen jälkeen ja kolmen ja kuuden kuukauden seuranta-ajan jälkeen. Interventioiden hyödyissä ei havaittu eroja.
<b>Zhuang ym. 2018</b> Kulttuurisesti sensitiivinen kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuva ryhmäinterventio + aktiivinen kontrolliryhmä (sosiaaliset aktiviteetit)	Kokeenomainen tutkimus (sisältää kontrolliryhmän)	Koeryhmään kuuluneiden rahapeliongelman vakavuus oli pienentynyt sekä rahapelikulutus ja stressi vähentyneet enemmän intervention päättymisen jälkeen verrattuna kontrolliryhmään. Myös kuuden kuukauden seuranta-ajan jälkeen, koeryhmään kuuluneiden rahapeliongelman vakavuus oli pienentynyt sekä stressi, rahapelikulutus ja pelaamiseen liittyvät tulkintavääristymät vähentyneet enemmän verrattuna kontrolliryhmään.
<b>Garcia-Caballero ym. 2018</b> Motivoivaan haastatteluun ja kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuva interventio	Kokeenomainen tutkimus (ei sisällä kontrolliryhmää)	Tutkittavien ongelmapelaaminen, masennus- ja ahdistuneisuusoireiden määrä, impulsiivisuus (myönteisiin ja kielteisiin tunteisiin liittyvä hätäisyys sekä harkitsevuuden ja sinnikkyiden puute) olivat vähentyneet ja tyytyväisyys joihinkin elämän osa-alueisiin (fyysinen terveys, kotityöt, sosiaaliset suhteet ja elämä yleisesti) parantunut intervention päättymisen jälkeen.

Tutkimus	Tutkimus-asetelma	Keskeiset hyödyt
<b>Toneatto ym. 2017</b> Työkirja ja puhelimitse annettu neuvonta	Tapaustutkimus	Tutkittava pelasi vähemmän ja harvemmin ja hänellä oli vähemmän rahapelaamiseen liittyviä virheellisiä uskomuksia intervention päättymisen ja kuuden kuukauden seuranta-ajan jälkeen. Kuuden kuukauden seuranta-ajan jälkeen myös tutkittavan ahdistuneisuus-, mieliala- ja somatisaatio-oireet olivat vähentyneet.
<b>Smith ym. 2016</b> Kognitiivinen terapia + altistusterapia	Laadullinen tutkimus	Haastateltujen mukaan heidän sosiaalinen toimintakykynsä oli parantunut, he käyttivät pelaamiseen vähemmän rahaa ja heillä oli parantunut hallinnan tunne suhteessa pelaamiseen interventioiden päättymisen jälkeen. Kognitiiviseen terapiaan osallistuneilla terapia oli muuttanut heidän pelaamiseensa liittyvää tiedonkäsittelyään ja heidän tietoisuutta tiedonkäsittelystä. Altistusterapiaan osallistuneet olivat oppineet tunnistamaan ja vähentämään pelaamiseen liittyviä pelihimon kokemuksia.
<b>Lyhytkestoiset interventiot</b>		
<b>Abbott ym. 2018</b> Motivoiva haastattelu + motivoiva haastattelu ja KKT-työkirja + motivoiva haastattelu, KKT-työkirja ja neljä kannustuspuhelinsoittoa + tavanomaista auttavan puhelimen kautta annettua tukea saava kontrolliryhmä	Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus	Kaikissa ryhmissä pelaamiseen käytettyjen päivien määrä kuukaudessa ja pelaamiseen hävitty rahamäärä päivässä oli pienentynyt kolmen kuukauden seuranta-ajan jälkeen ja muutos oli säilynyt kuuden ja 12 kuukauden seuranta-ajan jälkeen. Myös kolmen kuukauden seuranta-ajan jälkeen saavutettu edistyminen rahapelaamisen vähentämiseen liittyvien tavoitteiden saavuttamisessa oli säilynyt 6 ja 12 kuukauden seuranta-ajan jälkeen. Lisäksi ongelmapelaajien osuus kaikista tutkittavista oli pienentynyt 12 kuukauden seuranta-ajan jälkeen. Intensiivisimmillä interventiolla ei saavutettu enemmän hyötyä kuin vähemmän intensiivisillä interventiolla. Intensiivisimmällä interventiolla oli saavutettu kuitenkin enemmän pelaamisen vähentämiseen liittyviä hyötyjä 12 kuukauden seuranta-ajan jälkeen sellaisissa tutkittavien alaryhmissä, joiden peliongelma oli vakavin, joilla oli enemmän ahdistuneisuusoireita ja joiden usko hoidon vaikuttavuuteen oli matalampi intervention alkaessa.
<b>Toneatto 2016</b> Kognitiivinen terapia + käyttäytymisterapia + motivoiva haastattelu + yksi neuvontakerta	Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus	Kaikkiin ryhmiin osallistuneet pelasivat rahapelejä harvemmin ja käyttivät pelaamiseen vähemmän rahaa intervention päättymisen jälkeen. Muutos oli säilynyt 12 kuukauden seuranta-ajan jälkeen. Kaikissa ryhmissä niiden tutkittavien määrä, jotka täyttivät rahapeliriippuvuuden diagnostiset kriteerit, oli vähentynyt 12 kuukauden seuranta-ajan jälkeen.
<b>Boudreault ym. 2018</b> Työkirja ja kolme motivoivaan haastatteluun perustuvaa puhelinsoittoa + hoitoa odottava kontrolliryhmä	Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus	Ainoastaan koeryhmään kuuluneiden rahapeliongelman oireet, pelaamisen useus ja pelaamiseen käytetty aika ja raha sekä jotkin pelaamisen aiheuttamat haitat (sosiaaliseen elämään, taloudelliseen tilanteeseen ja elämänlaatuun liittyvät) olivat vähentyneet ja koettu minäpystyvyys ja jotkin elämään tyytyväisyyden osa-alueet (sosiaaliseen elämään, taloudelliseen tilanteeseen ja psykologiseen hyvinvointiin liittyvät) olivat parantuneet intervention päättymisen jälkeen. Havaitut muutokset koeryhmässä olivat säilyneet 1, 6 ja 12 kuukauden seuranta-ajan jälkeen.

Tutkimus	Tutkimus-asetelma	Keskeiset hyödyt
<b>Rodda ym. 2017</b> Yksi neuvontakerta	Kokeenomainen tutkimus (ei sisällä kontrolliryhmää)	Tutkittavien varmuus siitä, että he kykenisivät hallitsemaan odottamatonta pelihimoaan oli lisääntynyt ja ahdistuneisuus vähentynyt neuvonnan päättymisen jälkeen.
<b>Muut interventiot</b>		
<b>Penna ym. 2018</b> Liikuntainterventio + aktiivinen kontrolliryhmä (venyttely)	Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus	Molemmissa ryhmissä tutkittavien rahapeli riippuvuuden vakavuus oli pienentynyt sekä pelihimo ja muiden mielenterveyshäiriöiden oireiden määrä vähentynyt interventioiden päättymisen jälkeen. Koeryhmään osallistuneilla oli vähemmän muiden samanaikaisten mielenterveyden häiriöiden oireita intervention päättymisen jälkeen verrattuna kontrolliryhmään.
<b>Maniaci ym. 2018</b> Funktionaalinen terapia	Kokeenomainen tutkimus (ei sisällä kontrolliryhmää)	Tutkittavien rahapelaaminen, ahdistuneisuus- ja masennusoireiden määrä sekä impulsiivisuus ja koetun stressin määrä olivat vähentyneet intervention päättymisen jälkeen.
<b>Mooney ym. 2019</b> Psykodynaaminen terapia	Kokeenomainen tutkimus (ei sisällä kontrolliryhmää)	Tutkittavien rahapeli ongelman vakavuus oli pienentynyt sekä masennus- ja ahdistuneisuusoireiden määrä vähentynyt intervention päättymisen jälkeen.
<b>von Hammerstein ym. 2018</b> Tietoisuustaitojen harjoitteluun perustuva interventio ja kognitiivinen harjoittelu	Tapaustutkimus	Interventioiden päättymisen jälkeen tutkittava oli lopettanut pelaamisen. Lisäksi hänen pelihimonsa oli muuttunut vähemmän voimakkaaksi ja sitä ilmeni harvemmin heti intervention päättymisen sekä 6 kuukauden seuranta-ajan jälkeen verrattuna ennen interventiota toteutettuun mittaukseen. Myös tutkittavan rahapelaamiseen liittyvät uskomukset sekä masennus- ja ahdistuneisuusoireiden määrä olivat vähentyneet intervention päättymisen ja kuuden kuukauden seuranta-ajan jälkeen. Tutkittava ei ollut alkanut pelata rahapelejä uudelleen myöskään 12 kuukauden seuranta-ajan jälkeen.

## Kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvat interventiot

McIntoshin ym. (2016) satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa **kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvan intervention havaittiin olevan tehokkaampi rahapelaamisen ja rahapeliongelman oireiden vähentämisessä kuin tietoisuustaitojen harjoitteluun perustuva interventio ja kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuva tavanomainen hoito.** Kaikkiin interventioihin osallistuneiden henkilöiden rahapelaamiseen käytetty aika ja rahamäärä sekä rahapeliriippuvuuden oireet olivat vähentyneet kuntoutuksen päättymisen jälkeen. Rahapelaamiseen käytetty aika ja rahamäärä sekä rahapeliriippuvuuden oireet olivat vähentyneet kuitenkin suuremmalla osuudella kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvaan interventioon osallistuneista kuntoutuksen päättymisen jälkeen verrattuna tietoisuustaitojen harjoitteluun perustuvaan interventioon osallistuneiden ja tavanomaista hoitoa saaneiden ryhmiin. Tutkittavina oli rahapeliongelmiin hoitoon erikoistuneelta klinikalta apua hakeneita henkilöitä.

Boudreaultin ym. (2018) satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa tutkittuun interventioon sisältyi kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuva työkirja ja kolme motivoivaan haastatteluun perustuvaa puhelinsoittoa. Kontrolliryhmänä oli hoitoa odottavien ryhmä. **Tutkitulla interventiolla pystyttiin vähentämään tutkittavien rahapelaamisen määrää, rahapeliongelman oireita ja pelaamisen aiheuttamia haittoja sekä lisäämään tutkittavien tyytyväisyyttä elämään.** Koeryhmään kuuluneiden rahapeliriippuvuuden oireet, rahapelaamisen määrä (pelaamisen useus ja pelaamiseen käytetty aika ja raha) ja pelaamisen aiheuttamat sosiaaliseen elämään, taloudelliseen tilanteeseen ja elämänlaatuun liittyvät haitat olivat vähentyneet 11 viikkoa kuntoutuksen alkamisen jälkeen. Myös koeryhmään kuuluneiden pelaamiseen liittyvä hallinnan tunne sekä tyytyväisyys sosiaaliseen elämään, taloudelliseen tilanteeseen ja psykologiseen hyvinvointiin olivat lisääntyneet 11 viikkoa kuntoutuksen alkamisen jälkeen. Kaikki havaitut **muutokset olivat säilyneet 1, 6 ja 12 kuukauden seuranta-ajan jälkeen.** Sekä koe- että kontrolliryhmässä pelaamisen aiheuttamat avioelämään, perhe-elämään, mielialaan ja uneen liittyvät haitat olivat vähentyneet ja yleiset elämään liittyvät mielihyvän tunteet lisääntyneet 11 viikkoa tutkimuksen alkamisajankohdan jälkeen. Tutkittavina oli henkilöitä, jotka pelasivat rahapelejä riskitasolla tai joilla oli rahapeliriippuvuus (PGSI-pistemäärä  $\geq 2$ ; rekrytoitu mainosten avulla ja aiemmin toteutettuihin tutkimuksiin osallistuneista).

Nilssonin ym. (2018) satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa verrattiin pariterapiaa ja yksilöterapiaa toteutettujen kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvien interventioiden hyötyjä. Molemmista ryhmissä pelaajien häviämä rahamäärä oli vähentynyt merkittävästi jo kuntoutuksen alussa. Myös rahapeliongelman oireiden sekä masennus- ja ahdistuneisuusoireiden määrä oli vähentynyt molemmista ryhmissä heti kuntoutuksen päättymisen jälkeen sekä kolmen ja kuuden kuukauden seuranta-ajan jälkeen. **Interventioiden hyödyissä ei havaittu eroja.** Tutkittavina oli henkilöitä, joilla oli rahapeliongelma (PGSI-pistemäärä  $\geq 8$ ) ja heidän läheisiään (rekrytoitu kansallisen rahapelaajille suunnatun auttavan puhelimen, verkkomainoksen ja terveydenhuollon asiantuntijoiden kautta).

Zhuang ym. (2018) vertasivat kokeenomaisessa tutkimuksessaan kulttuurisesti sensitiivisen, kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvan intervention hyötyjä sosiaalisiin aktiviteetteihin osallistumisen (aktiivinen kontrolliryhmä) hyötyihin. Koeryhmään kuuluneiden rahapeliongelman vakavuus ja pelaamiseen käytetty rahamäärä olivat pienentyneet ja stressi vähentynyt enemmän kuntoutuksen päättymisen ja kuuden kuukauden seuranta-ajan jälkeen verrattuna kontrolliryhmään. Kuuden kuukauden seuranta-ajan jälkeen myös koeryhmään kuuluneiden rahapelaamiseen liittyvät virheelliset tulkinnat olivat vähentyneet enemmän verrattuna kontrolliryhmään. **Kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvalla interventiolla oli enemmän rahapelaamisen, stressin ja rahapelaamiseen liittyvien virheellisten tulkintojen vähentämiseen liittyviä hyötyjä kuin aktiiviseen kontrolliryhmään osallistumisella.** Tutkittavina oli miehiä, joilla oli rahapeliongelma (SOGS-pistemäärä  $\geq 3$ ; rekrytoitu rahapeliongelmiin hoitoon erikoistuneen neuvontakeskuksen kautta).

Luquiensin ym. (2016) satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa tarkasteltiin kolmen sähköpostin välityksellä toteutetun intervention vaikutuksia. Yksi ryhmä sai yksilöityä palautetta pelaamisestaan, toinen ryhmä kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvan työkirjan ja kolmas ryhmä työkirjan sekä yksilöllistä neuvontaa kerran viikossa (kesto yhteensä kuusi viikkoa). Kontrolliryhmänä oli hoitoa odottavien ryhmä. Kaikkien tutkimukseen osallistuneiden rahapeliongelman vakavuus oli pienentynyt kuntoutuksen päättymisen jälkeen. **Ryhmien välillä ei havaittu eroa rahapeliongelman vakavuutta osoittavissa pistemäärissä eikä pelaamisen tavoissa** kuntoutuksen päättymisen eikä 12 viikon seuranta-ajan jälkeen. Kuntoutuksen keskeyttäneiden osuus oli suurin yksilöityä ohjausta saaneessa ryhmässä kuntoutuksen päättyessä ja 12 viikon seuranta-ajan jälkeen. Tutkittavina oli verkkopokerinpelaajia, joilla oli rahapeliongelma (PGSI-pistemäärä  $\geq 5$ ) ja jotka eivät olleet hakeneet apua rahapeliongelmaansa (rekrytoitu suoraan verkkopokerisivustolta).

Garcia-Caballeron ym. (2018) kokeenomaisessa tutkimuksessa tarkasteltiin kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan ja motivoivaan haastatteluun perustuvan intervention hyötyjä. Kuntoutuksen kesto oli yhteensä kuusi kuukautta. Tutkimukseen ei sisällynyt kontrolliryhmää. Kuntoutukseen osallistuneiden rahapeliongelman ja masennus- ja ahdistuneisuusoireiden määrä sekä impulsiivisuus (myönteisiin ja kielteisiin tunteisiin liittyvä hätäisyys sekä harkitsevuuden ja sinnikkyuden puute) olivat vähentyneet kuntoutuksen päättymisen jälkeen. Lisäksi tutkittavien elämänlaatu (tyytyväisyys fyysiseen terveyteen, kotitöihin, sosiaalisiin suhteisiin ja yleisesti elämään) oli parantunut kuntoutuksen päättymisen jälkeen. **Intervention avulla pystyttiin vähentämään tutkittavien rahapeliongelman sekä masennus- ja ahdistuneisuusoireiden määrää ja impulsiivista käyttäytymistä sekä parantamaan heidän elämänlaatuun.** Tutkittavina oli henkilöitä, joilla oli rahapeliiriippuvuus (DSM-IV-TR-kriteerit) ja jotka olivat saavuttaneet terapiatavoitteen (pelaamattomuus) eli he olivat suorittaneet terapian loppuun.

Toneatton ym. (2017) tapaustutkimuksessa tarkasteltiin puhelimitse toteutetun kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvan intervention hyötyjä. Interventio perustui kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvaan työkirjaan. Lisäksi siihen sisältyi kuusi puhelimitse toteutettua neuvontakertaa. Tutkittava pelasi rahapelejä vähemmän ja harvemmin ja hänellä oli vä-

hemmän rahapelaamiseen liittyviä virheellisiä uskomuksia kuntoutuksen päättymisen ja kuuden kuukauden seuranta-ajan jälkeen. Kuuden kuukauden seuranta-ajan jälkeen tutkittava ei ollut pelannut rahapelejä yli viiteen kuukauteen. Lisäksi tutkittavan psykosomaattisten sekä ahdistuneisuus- ja mielialaoireiden määrä oli vähentynyt kuuden kuukauden seuranta-ajan jälkeen verrattuna ennen kuntoutusta tehtyyn mittaukseen. **Interventiolla pystyttiin vähentämään tutkittavan rahapelaamisen määrää, rahapelaamiseen liittyviä virheellisiä uskomuksia ja psykosomaattisten sekä ahdistuneisuus- ja mielialaoireiden määrää. Myönteiset muutokset olivat säilyneet kuuden kuukauden seuranta-ajan jälkeen.** Tutkittavana oli henkilö, joka oli kiinnostunut interventiosta paikallislehden ilmoituksen perusteella ja jolla oli oma kokemus avun tarpeesta rahapeliongelmaan.

Smithin ym. (2016) laadullisessa tutkimuksessa tarkasteltiin kognitiivisen terapiaan ja altistus-terapiaan perustuvien interventioiden sisältöihin ja yleisiin tekijöihin liittyviä hyötyjä. Kaikkien haastateltujen mukaan heidän sosiaalinen toimintakykynsä oli parantunut, he käyttivät pelaamiseen vähemmän rahaa ja heillä oli parantunut hallinnan tunne suhteessa pelaamiseen interventioihin osallistumisen jälkeen. Kognitiiviseen terapiaan osallistuneilla kuntoutus oli muuttanut heidän rahapelaamiseen liittyvää tiedonkäsittelyään ja heidän tietoisuutta tiedonkäsittelystä. Altistusterapiaan osallistuneet olivat oppineet tunnistamaan ja vähentämään pelaamiseen liittyviä pelihimon kokemuksiaan. Yleisinä kuntoutuksen vaikutuksia tukevinä tekijöinä mainittiin terapeuttiin liittyvät tekijät eli esimerkiksi terapeutin allianssi ja kokemus välittämisestä, ja se, että kuntoutuksen fokus oli rajattu juuri rahapelaamiseen liittyvien ongelmien vähentämiseen. Useimmat haastatelluista kuvasivat pelihimon ja tiedonkäsittelyn vääristymien vähentymisen välistä suhdetta ja muutoksia tässä suhteessa riippumatta siitä kumpaan interventioon he olivat osallistuneet. **Molempiin interventioihin osallistuneiden pelaamiseen käyttämä rahamäärä oli pienentynyt sekä pelaamisen hallinta ja sosiaalinen toimintakyky parantunut.** Tutkittavina oli henkilöitä, joilla oli rahapeliongelma (SOGS-pistemäärä  $\geq 5$ ) ja jotka olivat hakeneet apua rahapeliautomaateilla pelaamiseen liittyvään ongelmapelaamiseensa (rekrytoitu rahapeliongelmiin hoitoon erikoistuneesta terapiakeskuksesta apua hakeneista).

### Lyhytkestoiset interventiot

Abbottin ym. (2018) satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa verrattiin kolmen, intensiteetiltään eri asteisen intervention ja tavanomaisen auttavan puhelimen kautta annetun neuvonnan hyötyjä. Ensimmäiseen interventioon sisältyi puhelimitse toteutettu motivoiva haastattelu, toiseen motivoiva haastattelu ja oma-aputyökirja ja kolmanteen edellisten lisäksi neljä kannustuspuhelinsoittoa. Kontrolliryhmänä oli tavanomaista auttavan puhelimen kautta annettua neuvontaa saaneiden ryhmä. Tutkimuksessa havaittiin, että **kevyemmät interventiot** (motivoiva haastattelu + tavanomainen neuvonta) **olivat yhtä hyödyllisiä rahapelaamisen vähentämisessä kuin intensiivisemmät interventiot** (motivoiva haastattelu ja työkirja + motivoiva haastattelu, työkirja ja kannustuspuhelinsoitot). Kaikissa ryhmissä pelaamiseen käytettyjen päivien määrä kuukaudessa ja pelaamiseen hävitty rahamäärä päivässä oli vähentynyt kolmen kuukauden seuranta-ajan jälkeen ja **muutos oli säilynyt kuuden ja 12 kuukauden seuranta-ajan jälkeen.** Myös niiden tutkittavien osuus, joilla oli rahapeliongelma, oli pienentynyt 12 kuukauden seuranta-ajan jälkeen. Interventioiden hyötyjä tarkasteltiin vielä erikseen

erilaisille tutkittavien alaryhmille. Tarkastelun perusteella intensiivisimmällä interventiolla (motivoiva haastattelu, työkirja ja kannustuspuhelinsoitot) saavutettiin enemmän pelaamisen vähentämiseen liittyviä hyötyjä 12 kuukauden seuranta-ajan jälkeen sellaisissa tutkittavien alaryhmissä, joiden rahapeliongelma oli vakavin, joilla oli enemmän ahdistuneisuusoireita ja matalampi usko hoidon vaikuttavuuteen kuntoutuksen alkaessa verrattuna vähemmän intensiivisiin interventioihin. **Intensiivisemmät interventiot saattavat olla hyödyllisempiä rahapelaamisen vähentämisessä, jos rahapeliongelma on vakavampi tai jos rahapeliongelmaan liittyy samanaikaista ahdistuneisuutta.** Tutkittavina oli henkilöitä, joilla oli oma kokemus rahapeliongelmosta ja jotka olivat soittaneet rahapelaajille suunnattuun auttavaan puhelimeen.

Myös Toneatton (2016) satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa tarkasteltiin kognitiiviseen terapiaan, käyttäytymisterapiaan ja motivoivaan haastatteluun perustuvien interventioiden sekä yhteen käyntikertaan perustuvan intervention hyötyjä. Kognitiiviseen terapiaan, käyttäytymisterapiaan ja motivoivaan haastatteluun perustuviin interventioihin sisältyi kuusi käyntikertaa ja niiden kesto oli yhteensä 8–10 viikkoa. **Yhteen neuvontakertaan perustuvan intervention hyödyt eivät eronneet pidempikestoisempien interventioiden hyödyistä.** Kaikkiin ryhmiin osallistuneet pelasivat rahapelejä harvemmin ja käyttivät pelaamiseen vähemmän rahaa kuntoutuksen päättymisen jälkeen. **Muutokset olivatsäilynyt 12 kuukauden seuranta-ajan jälkeen.** Kaikissa ryhmissä myös rahapeli riippuvuuden oireet ja niiden hoitoon osallistuneiden määrä, jotka täyttivät rahapeli riippuvuuden diagnostiset kriteerit, olivat vähentyneet 12 kuukauden seuranta-ajan jälkeen. Tutkittavina oli henkilöitä, joilla oli rahapeliongelma (ainakin yksi DSM-IV-rahapeli riippuvuuden oire viimeisen vuoden aikana; rekrytoitu paikallislehden ilmoituksen kautta).

Rodda ym. (2017) tarkastelivat kokeenomaisessa tutkimuksessaan yhden verkkoapupalvelun kautta toteutetun neuvontakerran hyötyjä. Tutkimukseen ei sisällynyt kontrolliryhmää. **Interventiolla pystyttiin lisäämään tutkittavien rahapelaamiseen liittyvää hallinnantunnetta ja vähentämään heidän kokemaansa ahdistuneisuutta.** Yhden neuvontakerran jälkeen tutkittavien varmuus siitä, että he kykenisivät hallitsemaan odottamatonta pelihimoaan, oli lisääntynyt ja ahdistuneisuus vähentynyt verrattuna neuvontaa edeltävään mittaukseen. Tutkittavina oli henkilöitä, joilla oli oma kokemus rahapeliongelmosta ja jotka olivat hakeneet apua ongelmapelaamiseensa rahapelaajille suunnatusta verkkoapupalvelusta.

### Tietoisuustaitojen harjoitteluun perustuva interventio

McIntoshin ym. (2016) satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa verrattiin kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan ja tietoisuustaitojen harjoitteluun perustuvien interventioiden sekä kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvan tavanomaisen hoidon hyötyjä rahapelaamisen ja rahapeliongelman oireiden vähentämisessä. Kaikkiin interventioihin osallistuneiden rahapeli riippuvuuden oireet olivat vähentyneet kuntoutuksen päättymisen ja kolmen kuukauden seuranta-ajan jälkeen. Kaikissa ryhmissä myös pelaamiseen käytetty aika ja rahamäärä olivat vähentyneet kuntoutuksen päättymisen jälkeen. **Tietoisuustaitojen harjoitteluun perustuvalla interventiolla pystyttiin kuitenkin lisäämään paremmin tutkittavien elämän-**



**laatuun liittyvää mielen hyvinvointia ja vähentämään heidän ajatusten tukahduttamistaan ja murehtimistaan.** Tietoisuustaitojen harjoitteluun perustuvaan interventioon ja tavanomaiseen hoitoon osallistumisen jälkeen tutkittavien elämänlaatu-mittarilla mitattu mielen hyvinvointi oli lisääntynyt ja ajatusten tukahduttaminen ja ruminointi vähentynyt. Vastaavaa muutosta ei havaittu kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvaan interventioon osallistuneilla tutkittavilla.

## Muut interventiot

Pennan ym. (2018) satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa verrattiin liikuntainterventioon osallistumisen hyötyjä venyttelyryhmään osallistumisen (aktiivinen kontrolliryhmä) hyötyihin. Kuntoutuksen päättymisen jälkeen molemmissa ryhmissä tutkittavien rahapeli-riippuvuuden vakavuus oli pienentynyt sekä pelihimo ja muiden mielenterveyshäiriöiden oireiden määrä vähentynyt. **Liikuntainterventioon osallistuneilla oli kuitenkin vähemmän muiden samanaikaisten mielenterveyden häiriöiden oireita kuntoutuksen päättymisen jälkeen verrattuna kontrolliryhmään.** Tutkittavina oli henkilöitä, joilla oli rahapeli-riippuvuus (DSM-5-kriteerit; rekrytoitu yliopistollisesta sairaalasta rahapeli-riippuvuuteen apua hakeneista).

Maniacin ym. (2018) kokeenomaisessa tutkimuksessa tarkasteltiin funktionaaliseen terapiaan perustuvan intervention hyötyjä. Tutkimukseen ei sisällynyt kontrolliryhmää. **Kuntoutuksen osallistumisen jälkeen tutkittavien rahapelaaminen, ahdistuneisuus- ja masennusoireiden määrä sekä impulsiivisuus ja koetun stressin määrä olivat vähentyneet.** Tutkittavina oli henkilöitä, jotka olivat hakeneet apua rahapeli-ongelmaansa (rekrytoitu riippuvuuksien hoitoon erikoistuneesta keskukselta ja psykiatrian poliklinikalta).

Kahdessa tutkimuksessa tarkasteltiin interventioiden hyötyjä sellaisille pelaajien ryhmille, jotka olivat osallistuneet kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan, mutta jotka eivät olleet saavuttaneet pelaamisen vähentämiseen liittyviä tavoitteita terapian avulla. Mooneyn ym. (2019) kokeenomaisessa tutkimuksessa tutkittavina oli henkilöitä, joilla oli rahapeli-riippuvuus (PGSI-mittarilla mitattu), jotka eivät olleet lopettaneet rahapelaamista kognitiivisen käyttäytymisterapian päättymisen jälkeen, joilla oli masennus- ja ahdistuneisuusoireita, jotka olivat ottaneet esiin vaikeita lapsuusajan tapahtumia ja joilla esiintyi muuta samanaikaista pakonomaista käyttäytymistä (esim. seksiriippuvuus, ostovimma tai pakko-oireinen häiriö). **Psykodynaamiseen terapiaan perustuvaan interventioon osallistumisen jälkeen tutkittavien rahapeli-ongelman vakavuus oli pienentynyt sekä masennus- ja ahdistuneisuusoireiden määrä vähentynyt.** Tutkimukseen ei sisällynyt kontrolliryhmää. Von Hammersteinin ym. (2018) tapaustutkimuksessa tarkasteltiin tietoisuustaitojen harjoitteluun ja kognitiiviseen harjoitteluun perustuvien interventioiden hyötyjä henkilölle, joka oli alkanut pelata rahapelejä uudelleen kognitiivisen käyttäytymisterapian päättymisen jälkeen. Tutkittavalla oli rahapeli-riippuvuus, taustalla kaltoinkohtelun kokemuksia lapsuus- ja nuoruusiässä, toistuvia masennusjaksoja ja itsetuhoisuutta. Tutkittava oli lopettanut rahapelaamisen interventioihin osallistumisen jälkeen. Myös tutkittavan rahapelaamiseen liittyvien virheellisten uskomusten sekä masennus- ja ahdistuneisuusoireiden määrä oli vähentynyt kuntoutuksen päättymisen ja kuuden kuukauden seuranta-ajan jälkeen. Tutkittava ei ollut alkanut pelata rahapelejä uudelleen myöskään 12 kuukauden seuranta-ajan jälkeen. **Interventioilla pystyttiin vähentämään tutkittavan**

**rahapelaamista, rahapelaamiseen liittyviä virheellisiä uskomuksia sekä masennus- ja ahdistuneisuusoireiden määrää. Myönteiset muutokset olivat säilyneet 12 kuukauden seuranta-ajan jälkeen.**

### 8.1.5 Yhteenveto

Kirjallisuuskatsaukseen otettiin mukaan 15 rahapeliongelmaisten kuntoutuksessa käytettyä interventiota ja niiden hyötyjä tarkastelevaa tutkimusta. Tutkimuksissa rahapeliongelman määritelmänä oli useimmiten tutkittavien oma kokemus rahapeliongelma tai rahapeliongelma oli määritelty PGSI-mittarilla, DSM-kriteereillä tai SOGS-mittarilla. Tutkittavien rahapeliongelman vaikeusaste vaihteli. Heillä tuli täytyä esimerkiksi ainoastaan yksi rahapeliriippuvuuden DSM-kriteeri tai heillä tuli olla todettu diagnostiset kriteerit täyttävä rahapeliriippuvuus (esim. vähintään neljä DSM-5-kriteeriä).

Suurin osa interventioista toteutettiin yksilötapaamisina ja terapeutin kanssa kasvotusten. Suuri osuus interventioista toteutettiin myös etäyhteyksien välityksellä, jolloin neuvontaa annettiin puhelimitse, sähköpostitse tai verkkoapupalvelun välityksellä. Lyhytkestoisiin interventioihin sisältyi ainoastaan yksi käyntikerta tai neuvontaistunto. Pitkäkestoisiin interventioihin sisältyi 16 käyntikertaa. Pitkäkestoisin interventio oli kestoltaan kuusi kuukautta.

Useimmat tutkituista interventioista perustuivat kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan. Muut tutkitut interventiot perustuivat motivoivaan haastatteluun, tietoisuustaitojen harjoitteluun, kognitiiviseen harjoitteluun, aerobisen liikunnan harjoitteluun, psykodynaamiseen terapiaan ja funktionaaliseen terapiaan.

Kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvien interventioiden tavoitteena oli tukea kuntoutukseen osallistuvaa henkilöä rahapelaamiseen liittyvien virheellisten ajatusten ja uskomusten tunnistamisessa ja haastamisessa. Kuntoutuksen aikana opeteltiin myös tunnistamaan pelaamisen laukaisevia tekijöitä ja suurentuneen riskin pelitilanteita. Interventioihin sisältyi usein myös menetelmiä retkahdusten ehkäisemiseen. Interventioiden motivoivaan haastatteluun perustuvien sisältöjen tavoitteena oli herätellä ja vahvistaa kuntoutukseen osallistuvan henkilön omaa motivaatiota pelitapojensa muuttamiseen. Tietoisuustaitojen harjoitteluun perustuvien interventioiden tavoitteena oli lisätä kuntoutukseen osallistuvan henkilön yleistä tietoisuustaitojen tasoa tai hänen tietoisuuttaan pelaamiseen liittyvistä automaattisesti ajatuksista, pelaamisen laukaisevista tekijöistä ja suurentuneen riskin pelitilanteista.

Kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvilla interventioilla pystyttiin vähentämään tutkittavien rahapelaamista ja rahapeliongelman oireiden määrää. Osaan näistä interventioista sisältyi myös motivoivaan haastatteluun perustuvia sisältöjä. Yhdessä laadullisessa tutkimuksessa havaittiin, että kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvien interventioiden hyödyt liittyivät tutkittavien pelaamattomuutta tukevan tiedonkäsittelyn lisääntymiseen ja pelihimon kokemusten vähentymiseen ja muutokseen näiden välisessä suhteessa.

Myös lyhytkestoisilla interventioilla pystyttiin vähentämään tutkittavien rahapelaamista ja rahapeliongelman oireiden määrää. Kahdessa satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa

yhteen neuvontakertaan perustuvilla interventioilla havaittiin samanlaisia rahapelaamiseen tai rahapeliongelman oireiden vähentämiseen liittyviä hyötyjä kuin pidempikestoisemmilla interventioilla (5–6 neuvontakertaa). Interventiot, joihin sisältyi useampi terapeutin yhteydenottoa, havaittiin hyödyllisemmiksi rahapelaamisen vähentämisessä sellaisissa tutkittavien alaryhmissä, joiden rahapeliongelma oli vakavampi, joiden rahapeliongelmaan liittyi samanaikaista ahdistuneisuutta ja joiden usko kuntoutuksen vaikuttavuuteen oli matalampi tutkimuksen alkaessa.

Tietoisuustaitojen harjoitteluun perustuvalla interventiolla pystyttiin vähentämään tutkittavien ajatusten tukahduttamista ja murehtimista. Myös aerobisen liikunnan harjoitteluun perustuvalla interventiolla pystyttiin vähentämään tutkittavien muiden samanaikaisten mielenterveyden häiriöiden oireita.

Myös muilla interventioilla havaittiin hyötyjä tutkittavien rahapelaamisen tai rahapeliongelman oireiden vähentämisessä. Interventioiden hyötyjä ei ollut tutkittu kuitenkaan satunnaistetuilla kontrolloiduilla asetelmilla.

## 8.2 Digipeliongelmaisten kuntoutuksessa käytetyt interventiot

### 8.2.1 Yleistiedot tutkimuksista

Kirjallisuuskatsaukseen mukaan otetut tutkimukset oli julkaistu vuosina 2017–2020 (taulukko 12). Kaksi tutkimuksista oli toteutettu Itä-Aasiassa (Japani ja Etelä-Korea; Sakuma ym. 2017; Hong ym. 2020) ja kaksi Euroopassa (Espanja ja Saksa/Itävalta; Torres-Rodriguez ym. 2018; Wölfling ym. 2019). Yksi tutkimus (Li ym. 2017) oli toteutettu Yhdysvalloissa.

**Taulukko 12.** Kirjallisuuskatsaukseen mukaan otettuiden tutkimusten julkaisuvuodet (digipelaaminen).

Tutkimusartikkelin julkaisuvuosi	Tutkimus/tutkimukset
2016	-
2017	Li ym., Sakuma ym. (2)
2018	Torres-Rodriguez ym. (1)
2019	Wölflingym. (1)
2020	Hong ym. (1)

Kolme tutkimuksista oli tutkimusasetelmaltaan satunnaistettuja kontrolloituja tutkimuksia (taulukko 13, s. 52). Yhdessä kontrolliryhmä osallistui toisenlaiseen kuntoutukseen (Hong ym. 2020) ja yhdessä muuhun toimintaan (aktiivinen kontrolliryhmä; Li ym. 2017). Yhdessä tutkimuksessa kontrolliryhmänä oli hoitoa odottavien ryhmä (Wölfling ym. 2019).

Yksi tutkimus oli kokeenomainen tutkimus, johon sisältyi kontrolliryhmä (Torres-Rodriguez ym. 2018). Kontrolliryhmänä oli tavanomaista hoitoa saavien ryhmä. Yksi tutkimus oli kokeenomainen tutkimus, johon ei sisällynyt kontrolliryhmää (Sakuma ym. 2017).

Neljässä tutkimuksessa intervention hyötyjä mitattiin määritellyn seuranta-ajan jälkeen (3–6 kuukautta). Kolmessa tutkimuksessa intervention vaikutuksia mitattiin kolme (Li ym. 2017; Sakuma ym. 2017; Torres-Rodriguez ym. 2018) ja yhdessä kuusi (Wölfling ym. 2019) kuukautta kuntoutuksen päättymisen jälkeen. Yhdessä tutkimuksessa intervention vaikutuksia mitattiin ainoastaan ennen ja jälkeen kuntoutukseen osallistumisen (Hong ym. 2020).

**Taulukko 13.** Kirjallisuuskatsaukseen mukaan otetuissa tutkimuksissa käytetyt tutkimusasetelmat (digipelaaminen).

Tutkimusasetelma	Tutkimus	Koe- ja kontrolliryhmä(t)	Mittausajankohdat
Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus (3)	Hong ym. 2020	Koeryhmä + toiseen interventiioon osallistuvien ryhmä	Ennen ja jälkeen intervention
	Li ym. 2017	Koeryhmä + aktiivinen kontrolliryhmä	Ennen ja jälkeen intervention ja 3 kuukautta intervention päättymisen jälkeen
	Wölfling ym. 2019	Koeryhmä + hoitoa odottavien ryhmä	Ennen ja jälkeen intervention ja intervention keskivaiheessa (2 kuukautta intervention alkamisen jälkeen) ja 6 kuukautta intervention päättymisen jälkeen (vain koeryhmässä)
Kokeenomainen tutkimus (sisältää kontrolliryhmän) (1)	Torres-Rodriguez ym. 2018	Koeryhmä + tavanomaista hoitoa saavien ryhmä	Ennen ja jälkeen intervention ja intervention keskivaiheessa ja 3 kuukautta intervention päättymisen jälkeen
Kokeenomainen tutkimus (ei sisällä kontrolliryhmää) (1)	Sakuma ym. 2017	-	Ennen ja jälkeen intervention ja 3 kuukautta intervention päättymisen jälkeen

## 8.2.2 Tutkimusten kohderyhmät

Kaikissa paitsi yhdessä mukaan otetussa tutkimuksessa tutkittavien digipeliongelma oli määritelty DSM-5-tautiluokituksen mukaisilla digipeliriippuvuuden diagnostisilla kriteereillä (taulukko 14). Kolmessa tutkimuksessa (Sakuma ym. 2017; Torres-Rodriguez ym. 2018; Hong ym. 2020) tutkittavilla tuli esiintyä viisi tai useampi digipeliriippuvuuden oiretta ja yhdessä (Li ym. 2017) riitti vähintään kolmen oireen esiintyminen. Kahdessa tutkimuksessa (Sakuma ym. 2017; Torres-Rodriguez ym. 2018) digipeliongelma tuli olla todettu myös jollakin toisella mittarilla (riippuvuuden kuusi komponenttia, Griffiths 2005 tai IGD-20-testi, *Internet Gaming Disorder Test*, Pontes ym. 2014).

Yhdessä tutkimuksessa (Wölfling ym. 2019) tutkittavilla tuli olla klinikon arvioon (*Checklist for the Assessment of Internet and Computer Game Addiction*, AICA-C, Wölfling ym. 2012) ja heidän omaan arvioonsa perustuva (*Assessment of Internet and Computer Game Addiction Self-Report*, AICA-S, Wölfling ym. 2016) internetriippuvuus. Yli puolella (57 %) tutkimukseen osallistuneista internetin käyttöön liittyvät ongelmat liittyivät verkkotietokonepelien ja pienellä osalla (6 %) verkon ulkopuolella pelattavien tietokonepelien pelaamiseen.

Lähes kaikissa tutkimuksissa tutkittavien joukko oli rajattu iän ja sukupuolen suhteen. Kaikissa, paitsi yhdessä tutkimuksessa tutkittavina oli ainoastaan miehiä. Kahdessa tutkimuksessa tutkittavien tuli olla alle 18-vuotiaita. (Taulukko 14.)

**Taulukko 14.** Kirjallisuuskatsaukseen mukaan otetuiden tutkimusten osallistujat (digipelaaminen).

Tutkimus	Aineisto	Aineiston tarkempi määritelmä
Hong ym. 2020	n = 50 vain miehiä <sup>a</sup>	Digipeliriippuvuus (DSM-5-kriteerit) (ikä 13–18 vuotta)
Li ym. 2017	n = 30 miehiä 80 %	Digipeliriippuvuus tai ongelmapelaaminen (≥ 3 DSM-5-kriteeriä) (ikä ≥ 18 vuotta)
Sakuma ym. 2017	n = 10 kaikki miehiä <sup>b</sup>	Digipeliriippuvuus (riippuvuuden kuusi komponenttia, Griffiths 2005 ja DSM-5-kriteerit)
Torres-Rodriguez ym. 2018	n = 31 kaikki miehiä	Digipeliriippuvuus (≥ 5 DSM-5-kriteeriä ja ≥ 71 pistettä IGD-20-testillä) (ikä 12–18)
Wölfling ym. 2019	n = 143 vain miehiä	Internetriippuvuus (AICA-C ja AICA-S-mittareilla) (ikä 17–55 vuotta)

<sup>a</sup> Ilmaisia "vain miehiä" käytetään, kun tutkimukseen mukaan ottamisen kriteerinä oli miessukupuoli.

<sup>b</sup> Ilmaisia "kaikki miehiä" käytetään, kun tutkittaviksi oli valikoitunut ainoastaan miehiä.

### 8.2.3 Kuntoutusinterventiot

#### Teoreettiset viitekehukset

Kaksi interventioista perustui ainoastaan kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan (Sakuma ym. 2017; Wölfling ym. 2019) ja yksi kognitiivisen käyttäytymisterapian lisäksi aerobisen liikunnan harjoitteluun (Hong ym. 2020). Yhden intervention teoreettinen viitekehys oli tietoisuustaitojen harjoittelu (Li ym. 2017). Yhtä interventiota kuvattiin psykoterapeuttiseksi ohjelmaksi, johon sisältyi kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvan osion lisäksi muun muassa itse-tuntemuksen, ihmissuhdetaitojen ja perhesuhteiden vahvistamiseen liittyvät osiot (Torres-Rodriguez ym. 2018). (Taulukko 15.)

**Taulukko 15.** Kirjallisuuskatsaukseen mukaan otetuissa tutkimuksissa tarkasteltujen kuntoutusinterventioiden teoreettinen viitekehys (digipelaaminen).

Tutkimus	Intervention teoreettinen viitekehys
Hong ym. 2020	Kognitiivinen käyttäytymisterapia, aerobinen liikunta
Li ym. 2017	Tietoisuustaitojen harjoittelu (MORE-interventio)
Sakuma ym. 2017	Kognitiivinen käyttäytymisterapia (terapialeiri; <i>Self-Discovery Camp</i> )
Torres-Rodriguez ym. 2018	Psykoterapeuttinen ohjelma (PIPATIC-interventio)
Wölfling ym. 2019	Kognitiivinen käyttäytymisterapia (STICA-interventio)

## Toteutustavat

Kaikki tutkitut interventiot toteutettiin terapeutin kanssa kasvotusten (taulukko 16). Kaksi interventioista toteutettiin yksilötapaamisina (Torres-Rodriguez ym. 2018; Hong ym. 2020) ja kaksi ryhmätapaamisina (Li ym. 2017; Sakuma ym. 2017). Yhteen interventioon sisältyi sekä yksilö- että ryhmätapaamisia (Wölfling ym. 2019).

Pisin tutkituista interventioista oli kestoaltaan kuusi kuukautta (Torres-Rodriguez ym. 2018) ja lyhyin kahdeksan viikkoa (Li ym. 2017). Käyntikertoja interventioihin sisältyi vähintään kahdeksan (Li ym. 2017) ja enintään 22 (Torres-Rodriguez ym. 2018). Yksi interventio toteutettiin leirimuotoisena ja sen kesto oli kahdeksan yötä ja yhdeksän päivää (Sakuma ym. 2017).

Kuntoutuksen toteuttajina oli sosiaalityön opiskelija (Li ym. 2017), kliininen psykologi (Torres-Rodriguez ym. 2018) ja kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan erikoistuneita terapeutteja (Wölfling ym. 2019). Lisäksi Hongin ym. (2020) tutkimuksessa kuntoutuksen toteuttajina oli psykiatri, psykologeja, sosiaalityöntekijä ja muita avustajia ja Sakuman ym. (2017) tutkimuksessa klinisiä psykologeja, lääkäreitä ja kasvatustieteen opiskelijoita.

**Taulukko 16.** Kirjallisuuskatsaukseen mukaan otetuissa tutkimuksissa tarkastellut kuntoutusinterventiot (digipeilaaminen).

Tiedot tutkimuksesta	Teoreettinen viitekehys	Toteutustapa	Lyhyt kuvaus
<b>Hong ym. 2020</b> Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus	Kognitiivinen käyttäytymisterapia, aerobinen liikunta	Kasvokkain toteutettu yksilökuntoutus	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan yhdistetty liikuntainterventio. Kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan sisältyi kahdeksan ja liikuntainterventioon (venyttely, lämmittely, aerobinen liikunta ja palautteenanto) kuusi käyntikertaa. Molemmissa interventioissa käyntikertoja kerran viikossa.</li> <li>Kontrolliryhmänä toista hoitoa saavien ryhmä (kontrolliryhmään kuuluvat osallistuivat kahdeksan kertaa kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvaan interventioon ja saivat kuusi kertaa tukea antavaa neuvontaa).</li> </ul>
<b>Li ym. 2017</b> Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus	Tietoisuustaitojen harjoittelu (MORE-interventio)	Kasvokkain toteutettu ryhmäkuntoutus	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tietoisuustaitojen harjoitteluun perustuva ryhmäinterventio (MORE). Interventioon sisältyi kahdeksan käyntikertaa ja käyntikertoja kerran viikossa. Intervention kesto kahdeksan viikkoa.</li> <li>Aktiivisena kontrolliryhmänä tukiryhmään (<i>support group</i>) osallistuvat (kahdeksan käyntikertaa, käyntikertoja kerran viikossa, kesto yhteensä kahdeksan viikkoa).</li> </ul>
<b>Sakuma ym. 2017</b> Kokeenomainen tutkimus (ei sisällä kontrolliryhmää)	Kognitiivinen käyttäytymisterapia (terapialeiri; <i>Self-Discovery Camp</i> )	Kasvokkain toteutettu ryhmäkuntoutus (terapialeiri)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Terapialeiri (<i>Self-Discovery Camp</i>). Leirillä yövyttiin ja sen kesto oli yhteensä kahdeksan yötä ja yhdeksän päivää.</li> </ul>

Tiedot tutkimuksesta	Teoreettinen viitekehys	Toteutustapa	Lyhyt kuvaus
<b>Torres-Rodriguez ym. 2018</b> Kokeenomainen tutkimus (sisältää kontrolliryhmän)	Psykoterapeuttinen ohjelma (PIPATIC)	Kasvokkain toteutettu yksilökuntoutus	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nuorten digipeliiriippuvuuden hoitoon erikoistunut psykoterapeuttinen ohjelma (PIPATIC). Interventioon sisältyi 22 käyntikertaa ja sen kesto oli kuusi kuukautta.</li> <li>Kontrolliryhmänä tavanomaista hoitoa saavien ryhmä (tavanomainen kognitiivinen käyttäytymisterapia, johon sisältyi 22 käyntikertaa).</li> </ul>
<b>Wölfling ym. 2019</b> Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus	Kognitiivinen käyttäytymisterapia	Kasvokkain toteutettu yksilö- ja ryhmäkuntoutus	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lyhytkestoinen kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuva yksilö- ja ryhmämuotoinen terapiaohjelma. Kuntoutusinterventioon sisältyi 15 ryhmäkertaa ja kahdeksan yksilökertaa ja sen kesto oli 15 viikkoa.</li> </ul>

## Sisällöt

Tutkittujen interventioiden sisällöt oli kuvattu verrattain hyvin. Interventiot on luokiteltu niiden teoreettisen viitekehysten perusteella tässä kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan ja tietoisuustaitojen harjoitteluun perustuviin interventioihin sekä muihin interventioihin.

**Kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvat interventiot.** Kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvien interventioiden tavoitteena oli useimmiten tukea kuntoutukseen osallistuvaa henkilöä digipelaamiseen liittyvien virheellisten ajatusten ja uskomusten tunnistamisessa ja haastamisessa sekä suurentuneen riskin pelitilanteiden tunnistamisessa. Lisäksi opeteltiin keinoja suurentuneen riskin pelitilanteista selviytymiseen. Interventioiden aikana pyrittiin myös vahvistamaan osallistujien itsetuntemusta tai itsetuntoa sekä heidän ongelmanratkaisu- ja vuorovaikutustaitojaan. Yhteen interventioon sisältyi lisäksi perhesuhteita käsittelevä osio (Torres-Rodriguez ym. 2018). Myös kuntoutukseen osallistuvan henkilön perheenjäsenet osallistuivat osaan kuntoutuksen sisällöistä. Kahdessa interventiossa osallistujien tuli lopettaa kaikkien digitaalisten laitteiden käyttö osana kuntoutusta (Wölfling ym. 2019) tai koko kuntoutuksen ajaksi (Sakuma ym. 2017). Kahden intervention aikana pyrittiin myös löytämään kuntoutukseen osallistuvalla henkilöllä pelaamiselle vaihtoehtoisia vapaa-ajanviettotapoja tai kiinnostuksen kohteita (Torres-Rodriguez ym. 2018; Wölfling ym. 2019).

Hongin ym. (2020) tutkimuksessa tarkasteltuihin kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuviin interventioihin sisältyi kahdeksan käyntikertaa. Ensimmäisen käyntikerran aiheena oli muutosmotivaatio ja toisen ja kolmannen käyntikerran aiheena henkilökohtaiset suurentuneen riskin pelitilanteet. Käyntikerroilla 4–6 aiheena oli itsetunnon vahvistaminen. Seitsemännen käyntikerran aiheena oli itsekontrolli ja ongelmanratkaisu- ja päätöksentekotaidot. Kahdeksannen käyntikerran aiheena oli tulevaisuuden suunnittelu.

Wölflingin ym. (2019) tutkimuksessa intervention kolme ensimmäistä ryhmämuotoista käyntikertaa muodostivat kuntoutuksen alkuvaiheen. Ryhmäkertojen 4–12 aiheena oli käyttäytymisen muuttaminen ja 13–15 saavutettujen hyötyjen vakiinnuttaminen kuntoutukseen osallistuvan henkilön elämään ja retkahdusten ehkäiseminen. Kuntoutuksen alkuvaiheessa vahvistet-

tiin kuntoutukseen osallistuvien henkilöiden muutosmotivaatiota ja pyrittiin asettamaan realistisia tavoitteita kuntoutuksella. Käyntikerroilla annettiin myös tietoa yleisistä riippuvuussien kehittymistä ja ylläpysymistä selittävistä malleista. Lisäksi arvioitiin osallistujien stressinhallintakeinoja ja sosiaalisia taitoja, pyrittiin tuomaan pelaamiselle vaihtoehtoisia vapaa-ajanviettotapoja ja kiinnostuksen kohteita osallistujien elämään sekä pyrittiin vahvistamaan osallistujien pystyvyydentunnetta ja tukemaan heidän myönteistä minäkuvaansa. Kuntoutuksen aikana aloitettiin väliaikainen pidättäytyminen kaikesta verkossa tapahtuvasta toiminnasta. Lisäksi toteutettiin digipelaamiseen liittyviä altistusharjoituksia terapeutin avustuksella. Viimeisillä käyntikerroilla keskityttiin uudelleen vaihtoehtoisiin vapaa-ajanviettotapoihin ja kiinnostuksen kohteisiin. Lisäksi pyrittiin tunnistamaan suurentuneen riskin pelitilanteita, kehittämään menetelmiä retkahduksen ehkäisemiseen ja retkahduksista selviytymiseen sekä tuettiin kuntoutuksen aikana käytettyjen menetelmien siirtämistä osallistujien jokapäiväiseen elämään.

Torres-Rodriguezin ym. (2018) tutkimuksessa tarkasteltu psykoterapeuttinen ohjelma (PIPATIC) oli suunnattu nuorille, joilla oli digipeliriippuvuuden lisäksi muiden mielenterveyden häiriöiden oireita. Ohjelma sisälsi kuusi osiota. Ensimmäisen osion aiheena oli psykoedukaatio ja motivaatio. Toinen osio perustui kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan sovellettuna digipeliongelmissa kärsivien henkilöiden kuntoutukseen. Kolmas osio liittyi itsetuntemuksen vahvistamiseen. Siihen sisältyi psykoterapeuttista työskentelyä identiteettiin, itsetuntoon, itsekontrolliin, tunneälyyn sekä ahdistuksen hallintaan liittyen. Neljännessä osiossa keskityttiin ihmissuhteisiin. Siihen sisältyi joustavien vuorovaikutustaitojen ja itsevarmuuden parantamiseen liittyviä sisältöjä. Viides osio liittyi perhesuhteisiin ja siihen sisältyi perheenjäsenten välisen vuorovaikutuksen edistämistä ja rajojen asettamisen opettelua. Viidennen osion aikana käsiteltiin myös perheeseen liittyviä tunteita. Kuudes osio liittyi uuden elämäntavan rakentamiseen. Siihen sisältyi oman edistymisen itsehavainnointiin, vaihtoehtoisiin vapaa-ajanviettotapoihin ja retkahdusten ehkäisemiseen liittyviä sisältöjä. Ohjelmaan sisältyi lisäksi kaksi lisäkäyntikertaa, jotka terapeutin oli mahdollista lisätä johonkin edellisistä osioista kuntoutukseen osallistuvan henkilön tarpeiden mukaisesti. Kuntoutukseen osallistuvien henkilöiden perheenjäsenet osallistuivat osaan ohjelman ensimmäisen osion ja toisen osion käyntikerroista. Lisäksi he osallistuivat kuntoutukseen koko perhesuhteisiin ja uuden elämäntavan rakentamiseen liittyvien osioiden ajan.

Sakuman ym. (2017) tutkimuksessa tarkasteltu interventio oli terapialeiri. Leiri koostui neljästätoista kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvasta käyntikerrasta, kolmesta lääketieteellisestä luennosta, kahdeksasta yksilöllisestä neuvontaistunnosta ja työpajasta ("Suhteemme internettiin"). Lisäksi leiriin sisältyi ruuanlaittoa ulkona, kävelyä, patikointia ja puu- töitä. Osallistujat yöpyivät leirillä, eivätkä he saaneet tuoda leirille mukanaan digitaalisia laitteita. Leiriin sisältyneen toiminnan tavoitteena oli lisätä osallistujien tietoisuutta terveydestä, hyvinvoinnista ja hyvin säännelystä elämästä, antaa heille kokemuksia vuorovaikutuksesta ilman internetiä tai digitaalisia laitteita sekä ongelmien ratkaiseminen ja toimiminen yhteistyössä muiden kanssa. Leirin aikana osallistujilla oli mentoreita, joiden tehtävänä oli motivoida osallistujia leirillä jatkamiseen.



**Tietoisuustaitojen harjoitteluun perustuva interventio.** Yhdessä kirjallisuuskatsaukseen mukaan otetussa tutkimuksessa (Li ym. 2017) tarkasteltiin tietoisuustaitojen harjoitteluun perustuvan intervention hyötyjä. Interventiossa käyntikertojen aiheina oli 1) tietoisuuden lisääminen pelaamiseen liittyvästä automaattisesta, riippuvuutta aiheuttavasta käyttäytymisestä, 2) kielteisten tunteiden käsittely tietoisien uudelleenarvioinnin avulla ja 3) arkisiin kokemuksiin liittyvien myönteisten tunteiden vahvistaminen. Lisäksi aiheina oli 4) tietoisuuden lisääminen pelihimon kokemuksista ja keinojen opetteleminen niistä selviytymiseksi, 5) stressin vähentäminen tietoisien rentoutumisen avulla, 6) ei-toivottujen ajatusten ja ahdistusta herättävien kokemusten hyväksyminen ja 7) ihmissuhteisiin liittyvän stressin lievittäminen rakastavan ystävällisyyden meditaation avulla. Lopuksi 8) laadittiin suunnitelma tietoisuustaitojen harjoittelun jatkamiseksi kuntoutuksen päättymisen jälkeen. Käyntikerroille osallistumisen lisäksi kuntoutukseen osallistuvia henkilöitä pyydettiin harjoittamaan kotioloissa tietoista hengittämistä ja *body scan* -meditaatiota nauhoitteen ohjaamana.

**Muut interventiot.** Hongin ym. (2020) tutkimuksessa aerobisen liikunnan harjoitteluun perustuva interventio koostui venyttelystä, lämmittelystä, aerobisesta liikuntaharjoittelusta ja palautteen antamisesta. Aerobinen liikuntaharjoittelu toteutettiin juoksuna, hyppynarulla hyppelynä ja koripallon pelaamisena. Harjoittelun aikana sykkeeksi tuli tavoittaa 60 prosenttia osallistujien maksimisykkeestä. Osallistujien sykettä arvioitiin ennen harjoittelua ja harjoittelun aikana, jotta harjoittelun intensiteetti säilyi tavoitellulla tasolla.

#### 8.2.4 Kuntoutusinterventioiden hyödyt

Kaikissa tutkimuksissa mitattiin interventioiden vaikutuksia tutkittavien digipelaamiseen tai internet- tai digipeliriippuvuuden oireiden määrään. Digipelaamisen määrää kysyttiin avoimilla kysymyksillä (Sakuma ym. 2017; Torres-Rodriguez ym. 2018) tai lisäksi kliinisen psykologin haastattelulla (Sakuma ym. 2017). Yhdessä tutkimuksessa tutkittavien pelaamisen tapoja arvioi tutkittavien lisäksi myös heidän perheenjäsenensä (Torres-Rodriguez ym. 2018).

Digipeliriippuvuuden oireita mitattiin DSM-5-kriteereillä (Li ym. 2017), IGD-20-testillä (Torres-Rodriguez ym. 2018) tai AICA-S ja AICA-C-testeillä (Wölfling ym. 2019). Internetriippuvuutta mitattiin YIAS-mittarilla (*Young Internet Addiction Scale*, Hong ym. 2020) tai AICA-S- ja AICA-C-testeillä (Wölfling ym. 2019). Yhdessä tutkimuksessa (Wölfling ym. 2019) myös terapeutti arvioi tutkittavien internet- tai digipeliriippuvuutta. Yhdessä tutkimuksessa (Li ym. 2017) mitattiin intervention vaikutuksia myös tutkittavien pelihimoon ja digipelaamiseen liittyviin virheellisiin ajatuksiin ja uskomuksiin.

Interventioiden vaikutuksia mitattiin myös tutkittavien masennusoireiden määrään (Wölfling ym. 2019; Hong ym. 2020), muiden mielenterveyden häiriöiden oireiden esiintymiseen (Torres-Rodriguez ym. 2018; Wölfling ym. 2019) ja ahdistuneisuusoireiden määrään (Hong ym. 2020). Lisäksi vaikutuksia mitattiin tutkittavien aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön oireisiin (Hong ym. 2020), stressiin, selviytymiskeinoihin, tietoisuustaitoihin (Li ym. 2017), pysty-

vyyden tunteeseen (Sakuma ym. 2017) sekä itsetuntemukseen, vuorovaikutustaitoihin, perhesuhteisiin (Torres-Rodriguez ym. 2018) ja yleiseen toimintakykyyn (Torres-Rodriguez ym. 2018; Wölfling ym. 2019). Kaikkien interventioiden hyödyt on kuvattu taulukossa 17.

**Taulukko 17.** Kirjallisuuskatsaukseen mukaan otetuissa tutkimuksissa tarkasteltujen kuntoutusinterventioiden hyödyt (digipelaaminen).

Tutkimus	Tutkimusasetelma	Keskeiset hyödyt
<b>Hong ym. 2020</b> Kognitiivinen käyttäytymisterapia ja aerobinen liikunta + kognitiivinen käyttäytymisterapia ja tukea antava neuvonta (kontrolliryhmä)	Satunnaisesti toteutettu kontrolloitu tutkimus	Koeryhmään kuuluneiden masennus- ja internetriippuvuusasteet olivat vähentyneet enemmän intervention päättymisen jälkeen verrattuna kontrolliryhmään.
<b>Li ym. 2017</b> Tietoisuustaitojen harjoittelu (MORE-interventio) + tukiryhmä (kontrolliryhmä)	Satunnaisesti toteutettu kontrolloitu tutkimus	Molemmissa ryhmissä digipeliriippuvuuden oireet olivat vähentyneet kolmen kuukauden seuranta-ajan jälkeen. Suurempi osuus koeryhmään kuuluneista ei täyttänyt digipeliriippuvuuden diagnostisia kriteereitä ( $\geq 3$ oiretta) intervention päättymisen ja kolmen kuukauden seuranta-ajan jälkeen verrattuna kontrolliryhmään. Myös koeryhmään kuuluneiden pelihimo ja pelaamiseen liittyvät kielteiset ajatukset ja tunteet (yksinäisyys ja masennus) olivat vähentyneet enemmän kolmen kuukauden seuranta-ajan jälkeen verrattuna kontrolliryhmään.
<b>Wölfling ym. 2019</b> Kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuva yksilö- ja ryhmäinterventio + hoitoa odottavien ryhmä (kontrolliryhmä)	Satunnaisesti toteutettu kontrolloitu tutkimus	Koeryhmään kuuluneiden itseraportoidut ja terapeutin arvioimat internetriippuvuuden oireet, verkossa vietetty aika arkipäivinä ja viikoloppuisin sekä masennusoireiden määrä olivat vähentyneet ja psykososiaalinen toimintakyky parantunut enemmän intervention päättymisen jälkeen verrattuna kontrolliryhmään.
<b>Torres-Rodriguez ym. 2018</b> Psykoterapeuttinen ohjelma (PIPATIC) + tavallinen kognitiivinen käyttäytymisterapia (kontrolliryhmä)	Kokeenomainen tutkimus (sisältää kontrolliryhmän)	Digipeliriippuvuutta osoittavat pistemäärät olivat vähentyneet koe- ja kontrolliryhmässä. Muiden mittausten osalta (samanaikaiset muut mielenterveyden häiriöiden oireet, itsetuntemus, vuorovaikutustaidot ja perhesuhteet) tulokset olivat parantuneet enemmän koeryhmään kuuluneilla. Muutokset olivat säilyneet kolmen kuukauden seuranta-ajan jälkeen.
<b>Sakuma ym. 2017</b> Terapialeiri (Self-Discovery Camp) (ei kontrolliryhmää)	Kokeenomainen tutkimus (ei sisällä kontrolliryhmää)	Tutkittavien pelaamiseen käyttämä tuntimäärä päivässä ja viikossa oli vähentynyt kolme kuukautta intervention päättymisen jälkeen. Myös tutkittavien pystyvyydentunne ja pyrkimykset riippuvuusikäytymisen lopettamiseksi olivat lisääntyneet leirin päättymisen jälkeen.

Hongin ym. (2020) satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa koeryhmään kuuluneet osallistuivat kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan ja aerobisen liikunnan harjoitteluun perustuviin interventioihin ja kontrolliryhmään kuuluneet saivat kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvaan interventioon osallistumisen lisäksi tukea antavaa neuvontaa. **Koeryhmään kuuluneiden internetriippuvuuden oireet ja masennusoireet olivat vähentyneet enemmän kuntoutuksen päättymisen jälkeen verrattuna kontrolliryhmään.** Tutkittavina oli nuoria miehiä (13–18 vuotta), joilla oli digipeliriippuvuus (DSM-5-kriteerit).

Lin ym. (2017) satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa verrattiin tietoisuustaitojen harjoitteluun perustuvan intervention (MORE) hyötyjä tukea antavaan ryhmään osallistumisen hyötyihin. Molemmassa ryhmässä digipeliriippuvuuden oireet olivat vähentyneet kolmen kuukauden seuranta-ajan jälkeen. Kuitenkin suurempi osuus koeryhmään kuuluneista ei täyttänyt digipeliriippuvuuden diagnostisia kriteereitä kuntoutuksen päättymisen ja kolmen kuukauden seuranta-ajan jälkeen. Myös koeryhmään kuuluneiden pelihimo sekä pelaamiseen liittyvät kielteiset ajatukset ja tunteet (yksinäisyys ja masennus) olivat vähentyneet enemmän kolmen kuukauden seuranta-ajan jälkeen verrattuna kontrolliryhmään. **Tutkitulla interventiolla pystyttiin vähentämään paremmin tutkittavien digipeliingelman oireita, pelihimoa ja pelaamiseen liittyviä kielteisiä ajatuksia ja tunteita verrattuna kontrolliryhmään. Muutokset olivat säilyneet kolmen kuukauden seuranta-ajan jälkeen.** Tutkittavina oli yli 18-vuotiaita (18–35 vuotta) henkilöitä, joilla oli digipeliriippuvuus tai joiden ongelmapelaaminen oli diagnostisen rajan alittavaa ( $\geq 3$  DSM-5-kriteeriä).

Wölflingin ym. (2019) satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa tarkasteltiin kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvan intervention (STICA) hyötyjä internet- ja digipeliriippuvuuksista kärsivien henkilöiden kuntoutuksessa. Kuntoutukseen osallistuneiden tuloksia verrattiin hoitoa odottavan ryhmän tuloksiin. Koeryhmään kuuluneiden itseraportoidut ja terapeutin arvioimat internetriippuvuuden oireet, verkossa vietetty aika arkipäivinä ja viikonloppuisin sekä masennusoireiden määrä olivat vähentyneet ja psykososiaalinen toimintakyky parantunut enemmän kuntoutuksen päättymisen jälkeen verrattuna kontrolliryhmään. **Tutkitulla interventiolla pystyttiin vähentämään tutkittavien digipeliingelman oireita, verkossa vietettyä aikaa ja masennusoireiden määrää sekä parantamaan heidän toimintakykyään.** Tutkittavina oli miehiä (ikä ka. 26,2 vuotta), joilla oli internetriippuvuus (AICA-C- ja AICA-S-mittareilla).

Torres-Rodriguezin ym. (2018) kokeenomaisessa tutkimuksessa verrattiin psykoterapeuttisen ohjelman (PIPATIC) hyötyjä tavanomaisen kognitiivisen käyttäytymisterapiaan perustuvan kuntoutuksen hyötyihin digipeliriippuvuudesta kärsivien nuorten kuntoutuksessa. Molempiin ryhmiin kuuluneiden digipeliriippuvuutta osoittavat pistemäärät olivat pienentyneet kuntoutuksen päättymisen jälkeen ja muutos oli säilynyt kolmen kuukauden seuranta-ajan jälkeen. Tutkimuksessa mitattiin myös interventioiden vaikutuksia tutkittavien muiden samanaikaisten mielenterveyden häiriöiden oireiden määrään, itsetuntemukseen, ihmissuhdetaitoihin ja perhesuhteisiin. Muiden mittausten osalta koeryhmään kuuluneiden tulokset olivat parantuneet enemmän verrattuna kontrolliryhmään. Havaitut muutokset olivat säilyneet molemmassa ryhmässä kolmen kuukauden seuranta-ajan jälkeen. Esimerkiksi koeryhmään kuuluneiden identiteettiä, itsetuntoa, tunneälyä ja sosiaalisia kykyihin liittyvät pistemäärät olivat parantuneet kaikissa mittausajankohdissa. Kontrolliryhmään kuuluneilla muutos oli tapahtunut ainoastaan tunteisiin liittyvässä tarkkaavuudessa. **Digipeliriippuvuuden oireiden lisäksi tutkitulla interventiolla pystyttiin vähentämään tutkittavien muiden mielenterveyden häiriöiden oireita sekä parantamaan heidän itsetuntemustaan, ihmissuhdetaitojaan ja perhesuhteitaan.** Tutkittavina oli nuoria (12–18 vuotta), joilla oli digipeliriippuvuus ( $\geq 5$  DSM-5-kriteeriä ja  $\geq 71$  pistettä IGD-20-testillä).

Sakuman ym. (2017) kokeenomaisessa tutkimuksessa, johon ei sisällynyt kontrolliryhmää, tarkasteltiin terapialeirin hyötyjä digipeliriippuvuudesta kärsivien henkilöiden kuntoutuksessa. Tutkittavien pelaamisen käytetty aika (tuntimäärä päivässä ja viikossa) oli vähentynyt kolme kuukautta leirin päättymisen jälkeen. Pelaamiseen käytettyjen päivien määrä viikossa oli kuitenkin pysynyt samana. Lisäksi tutkittavien pystyvyydentunne ja pyrkimykset riippuvuuskäyttäytymisen lopettamiseen olivat lisääntyneet leirin päättymisen jälkeen. **Terapialeirin avulla pystyttiin vähentämään tutkittavien digipelaamista ja lisäämään heidän pyrkimyksiään ongelmapelaamisen vähentämiseen.** Tutkittavina oli henkilöitä (iän ka. 16,2 vuotta), joilla oli digipeliriippuvuus (riippuvuuden kuusi komponenttia, Griffiths 2005 ja DSM-5-kriteerit).

### 8.2.5 Yhteenveto

Kirjallisuuskatsaukseen otettiin mukaan viisi digipeliongelman kuntoutuksessa käytettyä interventiota ja niiden hyötyjä tarkastelevaa tutkimusta. Kaikissa paitsi yhdessä tutkimuksessa tutkittavien digipeliongelman määrittelyyn käytettiin DSM-kriteerejä. Kaikissa paitsi yhdessä tutkimuksessa tutkittavilla tuli olla todettu esimerkiksi DSM-5-kriteerit täyttävä digipeli- tai internetiriippuvuus (esim. vähintään viisi DSM-5-oiretta). Yhdessä tutkimuksessa riitti, että tutkittavilla esiintyi vähintään kolme digipeliriippuvuuden oiretta (DSM-5-kriteerit). Kaikissa tutkimuksissa kaikki tai enemmistö tutkittavista oli miehiä. Kahdessa tutkimuksessa tutkittavat olivat nuoria miehiä (alle 18-vuotiaita).

Kaikki interventiot toteutettiin terapeutin kanssa kasvotusten. Kaksi toteutettiin yksilötapaamisina, kaksi ryhmätapaamisina ja yhteen sisältyi yksilö- ja ryhmämuotoisia tapaamisia. Lyhyin tutkituista interventioista oli kestoltaan kahdeksan viikkoa ja pisin kuusi kuukautta. Käyntikerroja interventioihin sisältyi 8–22. Yksi interventio toteutettiin leirimuotoisena ja sen kesto oli kahdeksan yötä ja yhdeksän päivää.

Interventiot perustuivat kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan, tietoisuustaitojen harjoitteluun ja aerobisen liikunnan harjoitteluun. Kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvien interventioiden tavoitteena oli tukea kuntoutukseen osallistuvaa henkilöä digipelaamiseen liittyvien virheellisten ajatusten ja uskomusten tunnistamisessa ja haastamisessa sekä suurentuneen riskin pelitilanteiden tunnistamisessa. Lisäksi kuntoutuksen aikana opeteltiin keinoja näistä suurentuneen riskin pelitilanteista selviytymiseen. Interventioihin sisältyi myös menetelmiä osallistujien itsetuntemuksen tai itsetunnon, ongelmanratkaisutaitojen, vuorovaikutustaitojen ja perhesuhteiden vahvistamiseen. Yhdessä interventiossa myös kuntoutukseen osallistuvan henkilön perheenjäsenet osallistuivat kuntoutukseen. Osassa interventioista pidättydyttiin digilaitteiden käyttämisestä kuntoutuksen aikana ja etsittiin pelaamiselle vaihtoehtoisia vapaa-ajanviettotapoja.

Tietoisuustaitojen harjoitteluun perustuvan intervention aikana pyrittiin esimerkiksi lisäämään kuntoutukseen osallistuvien henkilöiden tietoisuutta heidän riippuvuutta aiheuttavasta käyttäytymisestään ja pelihimon kokemuksista, vahvistamaan heidän myönteisiä tunnekokemuksiaan ja vähentämään heidän ihmissuhteisiinsa liittyvää stressiä.

Kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvilla interventioilla pystyttiin vähentämään tutkittavien internet- tai digipeliriippuvuuden oireita ja verkossa vietettyä aikaa. Yhdellä interventiolla pystyttiin parantamaan myös tutkittavien itsetuntemusta, vuorovaikutustaitoja ja perhesuhteita. Tietoisuustaitojen harjoitteluun perustuvalla interventiolla pystyttiin vähentämään tutkittavien digipeliriippuvuuden oireita, pelihimoa ja pelaamiseen liittyviä kielteisiä ajatuksia ja tunteita. Myös aerobisen liikunnan harjoitteluun perustuvalla interventiolla pystyttiin vähentämään tutkittavien internetiriippuvuuden oireita.

### **8.3 Asiantuntijoiden arvioita suomalaisesta raha- ja digipeliongelmalliselle suunnatusta hoito- ja kuntoutuspalvelujärjestelmästä**

Asiantuntijahaastattelun tulokset raportoidaan teemoittain. Haastattelun aikana käsitellyt teemat olivat kartoittavan kirjallisuuskatsausten alustavien tulosten arviointi, raha- ja digipeliongelmalliselle suunnatun hoito- ja kuntoutuspalvelujärjestelmän nykytilan kuvaus ja arviointi sekä Kelan mahdollinen rooli kuntoutuspalveluiden järjestäjänä raha- ja digipeliongelmallisille tulevaisuudessa.

Haastateltujen kahden asiantuntijan vastauksia ei yksilöidä raportissa. Haastatelluista asiantuntijoista erikoistutkija Sari Castrén keskittyi kuitenkin enemmän kirjallisuuskatsauksen alustavien tulosten arviointiin ja kehittämispäällikkö Corinne Björkenheim palvelujärjestelmän nykytilan kuvaukseen ja arviointiin. Ennen haastattelua asiantuntijat olivat keskustelleet haastattelun teemoista kahden digipeliongelmalliselle suunnatun palvelujärjestelmän asiantuntijan kanssa. Nämä asiantuntijat olivat Sosped-säätiön Digitaaliset riippuvuudet -yksikön päällikkö Terhi Mustonen ja Restart-ohjelman projektipäällikkö Sanni Nuutinen. Sosped-säätiön Digitaaliset riippuvuudet -yksikkö tuottaa tietoa ja tukea ongelmalliseen digipelaamiseen ja sosiaalisen median käyttöön. Restart-ohjelma on palvelu, joka tukee digitaalisten pelien pelaajia ongelmallisten pelitapojen muuttamisessa. Sininauhaliitto järjestää palvelun osana Peluurin palvelualikoimaa.

#### **8.3.1 Arviot kartoittavan kirjallisuuskatsauksen alustavista tuloksista**

Kirjallisuuskatsaukseen mukaan otetut tutkimusjulkaisut olivat haastelluille asiantuntijoille entuudestaan tuttuja. Heidän näkemyksensä mukaan motivoivaan haastatteluun ja kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvat hoitomuodot ovat yleisesti ottaen todettu vaikuttavimmiksi, etenkin rahapeliriippuvuuden hoidossa. Alustavat tutkimustulokset viittaavat siihen, että kognitiivisesta työotteesta on hyötyä myös digipeliriippuvuuden hoidossa. Uudet psykososiaaliset hoitomuodot, joiden vaikuttavuudesta ei vielä ole vahvaa näyttöä, sisältävät asiantuntijoiden mukaan tietoisuustaitoharjoitteita tai pelaamisen motiiveita tarkastelevia interventioita.

Uusia raha- ja digipeliriippuvuuden hoitomuotoja tutkitaan asiantuntijoiden mukaan runsaasti. Uusia innovatiivisia hoitotutkimusten kohteita ovat muun muassa tiedonkäsittelyn ja tarkkaavuuden vääristymien muokkaamiseen, ehdollistumiseen, yleisten tiedonkäsittelyn osien, työmuistin ja valikoivan toimintayllykkeiden estämisen harjoitteluun ja aivostimulaatioon perustuvat hoitomuodot ja lukuisat digitaaliset hoitomuodot.

Asiantuntijoiden mukaan Suomeen olisi tärkeää saada kansallinen Käypä hoito -suositus rahaja digipeliriippuvuuksien hoitoon. Tätä puoltaa erityisesti digipeliriippuvuuden osalta se, että Maailman terveysjärjestön ICD-11-tautiluokituksessa digipeliriippuvuudelle on määritelty diagnostiset kriteerit, kuten jo aikaisemmin rahapeliriippuvuudelle. Tautiluokitus tulee voimaan vuonna 2022. Asiantuntijat toivat esille, ettei kirjallisuuskatsauksessa ollut huomioitu pelaajien läheisille suunnattuja palveluita, joille on suomalaisessa palvelujärjestelmässä havaittu selkeä tarve eikä vertaistukeen perustuvia hoito- ja kuntoutusmuotoja, joista osa rahapeliongelmissa kärsivistä henkilöistä ja heidän läheisistään saattaisi hyötyä.

Haastateltujen asiantuntijoiden mukaan hoitomuotojen kehittäminen ja tutkiminen rahapeli-riippuvuuteen on haastavaa, sillä kyse on biopsykososiaalisesta häiriöstä. Häiriössä on kyse perimän ja neurobiologian yhdistelmästä, joka on yhteydessä myös psykologisiin ja sosiaalisiin tekijöihin. Rahapeliriippuvuudesta kärsivien henkilöiden pelaamisen motiivit ja oirekuva vaihtelevat laajasti. Asiantuntijoiden mukaan vaikuttavien hoitomuotojen kehittäminen on haastavaa myös, koska hoitoon hakeutuvien osuus on varsin pieni. Vain noin 10 prosenttia rahapeliongelmissa kärsivistä henkilöistä hakeutuu hoitoon. Tämän on todettu johtuvan siitä, ettei pelaaja tunnista ongelmaa, hän pelkää leimaantumista tai häpeää ongelmaa, hänellä on alhainen motivaatio pelaamisen lopettamiseksi, hänellä ei ole tietoa saatavilla olevista hoitomuodoista ja niiden laadusta tai hän ei pysty kustantamaan hoitoa.

Asiantuntijat vahvistivat kirjallisuuskatsauksen alustavien tulosten perusteella tehdyn johtopäätöksen siitä, että ”vähemmän voi olla enemmän” rahapeliongelmiensa hoidossa. Pitkäkestoiset terapiat eivät välttämättä syvenny riippuvuusongelmaan tarkoituksenmukaisesti. Suositeltu hoidon kesto on tyypillisimmillään noin 10–12 kertaa ja hoidon sisällöt tulee olla tarkasti määriteltyjä hoitoon osallistuvan henkilön yksilölliset tarpeet huomioiden. Hoidon suunnittelussa on suositeltavaa käyttää yksilöllistä räätälöintiä. Hoidon jälkiarviointiin on syytä kiinnittää huomioita ja tarkastella tilannetta yhdessä asiakkaan kanssa. Rahapeliriippuvuudesta toipuva henkilö, voi asiantuntijoiden mukaan hyötyä pidemmästäkin terapiasta, kun ongelmat rahapelaamiseen liittyen on ensin selvitetty. Asiantuntijoiden mukaan on syytä myös huomioida, että riippuvuushäiriöissä retkahdusriski on korkea ja ajan myötä retkahduksista selviytyminen saattaa vaatia ammattilaisen antamaa tukea.

Haastateltujen asiantuntijoiden mukaan kaikki menetelmät eivät sovellu kaikkien rahapeliongelmissa kärsivien henkilöiden hoitoon. Yhdessä kirjallisuuskatsaukseen mukaan otetussa tutkimuksessa (Mooney ym. 2019) havaittiin, että psykodynaamiseen terapiaan perustuva hoitomuoto saattaa olla hyödyllinen rahapeliongelmiensa hoidossa, kun kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvalla hoitomuodolla ei ole saavutettu tavoiteltuja hyötyjä. Asiantuntijoiden mukaan kansainvälisen tutkimuskirjallisuuden perusteella psykodynaamiseen terapiaan perustuvien hoitomuotojen hyödyistä ei kuitenkaan ole näyttöä rahapeliongelmiensa hoidossa.

Asiantuntijat vahvistivat käsityksen myös siitä, että polkumallia (Blaszczynski ja Nower 2002) voisi olla mahdollista soveltaa rahapeliongelmissa kärsivien henkilöiden hoitopalveluiden kehittämisen pohjana. Ensimmäiselle pelaajaryhmälle (ehdollistuneet pelaajat) voisi soveltaa kevyempi hoitomuoto, johon sisältyisi esimerkiksi rahapeliongelman puheeksi ottaminen, kaksi

motivoivaan haastatteluun ja muutama kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuva käyntikerta. Toiselle ryhmälle (tunne-elämältään haavoittuneet pelaajat) voisi soveltua 10–12 käyntikertaan perustuva hoitomuoto, jonka jälkeen hoitoon osallistuvan tilannetta arvioitaisiin uudelleen ja kolmannelle ryhmälle (biologisten ja neuropsykologisten tekijöiden vuoksi herkistyneet pelaajat) hoitoon voisi lisäksi sisältyä esimerkiksi skeematerapiaan ja traumaterapiaan perustuvia sisältöjä.

Haastateltujen asiantuntijoiden näkemyksen mukaan digipeli ongelmista kärsivien henkilöiden hoidon osalta tarvitaan lisää tutkimusta hoidon vaikuttavista elementeistä. Digipeli ongelmista kärsivien henkilöiden hoitomuotoja tarkastelevista tutkimuksista asiantuntijat nostivat esiin kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvan PIPATIC-hoito-ohjelman, jonka vaikutuksia tarkasteltiin Torres-Rodriguezin ym. (2018) tutkimuksessa. Asiantuntijoiden mukaan PIPATIC-ohjelma on tällä hetkellä todennäköisesti suositelluin malli digipeli ongelmien hoitoon. Hoito-ohjelmaa ei ole kuitenkaan tutkittu vielä Suomessa. Jatkotutkimuksissa tarkastellaan todennäköisesti myös lyhytkestoisemman PIPATIC-hoito-ohjelman hyötyjä. Kirjallisuuskatsaukseen mukaan otetussa tutkimuksessa (Torres-Rodriguez ym. 2018) tarkasteltu PIPATIC-ohjelma saattaa olla tarkoituksettoman pitkä (yhteensä 22 käyntikertaa) eikä siten kustannusvaikeuttava.

Haastatellut asiantuntijat kuvasivat myös, millaisia elementtejä Suomessa nykyisin käytössä oleviin raha- ja digipeli ongelmallisille suunnattuihin hoitomuotoihin sisältyy. Peli poikki -ohjelma perustuu kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan ja motivoivaan haastatteluun. Ohjelma on verkkoperustainen ja valtakunnallisesti saatavilla ja siihen sisältyy itseopiskelumateriaaleja, puhelinkeskusteluja terapeutin kanssa ja keskusteluja vertaisten kanssa. Peli poikki -ohjelma on osa Peluurin palveluvalikoimaa. Restart-ohjelma on suunnattu digipeli ongelmista kärsivien henkilöiden hoitoon ja siihen kuuluu tehtäväkirja ja puhelinkeskusteluja terapeutin kanssa. Tehtäväkirja perustuu motivoivaan haastatteluun ja kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan ja kognitiivisen käyttäytymisterapian alla tarkemmin hyväksymis- ja omistautumisterapiaan (HOT) perustuviin ajattelutapoihin. Puhelinkeskustelut perustuvat motivoivaan haastatteluun.

Peliklinikan avohoito tarjoaa keskustelutukea ja hoitoa raha- ja digipeli ongelmista kärsiville henkilöille sekä heidän läheisilleen. Peliklinikan avohoidossa hoitoprosessi aloitetaan kolmen kerran alkujaksolla, jonka aikana pyritään saamaan asiakkaan kanssa yhteiskuva asiakkaan tilanteesta ja tehdään suunnitelma hoidon tavoitteista, keinoista, kestosta ja arvioinnista. Hoidon perustana on tiedonkeruu asiakkaan tarpeista ja tilanteesta, hoitosuunnitelman laatiminen ja toimiva hoitosuhde, jolle myöhempi työskentely perustuu. Viimeinen keskeinen tavoite alkuvaiheelle on pelaamiseen liittyvän, asiakkaan tilanteen kannalta olennaisen psykoedukaation antaminen. Avohoitopalveluihin on kuulunut myös kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuva Rahapeliriippuvuus hallintaan -hoito-ohjelma vuodesta 2015 lähtien. Ohjelmaan sisältyy 12 hoitokäyntiä ja sen aikana käsitellään rahapelaamiseen liittyviä suurentuneen riskin tilanteita, ajatusten vaikutusta käyttäytymiseen, sattuma- ja taitopelien eroja sekä ongelmapeleihin liittyviä virheellisiä ajatuksia. Lisäksi ohjelmassa käsitellään retkahduksen ehkäisyä. Asiakkaan tilanne arvioidaan diagnostisella haastattelulla ohjelman alussa ja sen päättyessä.

### 8.3.2 Raha- ja digipeliiongelmaisille suunnatun hoito- ja kuntoutuspalvelujärjestelmän nykytila

Sosiaali- ja terveysministeriöllä on lakisääteinen tehtävä seurata ja tutkia arpajaisten eli rahapelien toimeenpanosta aiheutuvia haittoja sekä kehittää niiden ehkäisyä ja hoitoa. Sosiaali- ja terveysministeriö on linjannut strategiset painopisteet ja tulostavoitteet rahapeliongelmiin ehkäisyyn ja hoidon kehittämiseksi vuosille 2020–2023. Sosiaali- ja terveysministeriö on osoittanut kokonaisuuden operatiivisen toimeenpanon Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselle. Haastateltujen asiantuntijoiden mukaan Terveyden ja hyvinvoinnin laitos toimii yhteistyössä useiden tahojen kanssa tavoitteiden toteuttamiseksi.

Asiantuntijoiden mukaan rahapeliongelmaisten hoitoon suunnatut palvelut on järjestetty kunnissa useimmiten osana kuntien mielenterveys- ja päihdepalveluita. Useimmiten hoitopalvelut järjestetään kasvokkain toteutettuna kognitiivisen käyttäytymisterapiaan tai sosiaaliseen tukeen perustuvana hoitona. Asiantuntijoiden mukaan rahapeliongelmaisille suunnatuiden hoitopalveluiden kehittämiseksi on tehty tutkimus- ja kehittämistyötä ja sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten rahapeliongelmiin liittyvää asiantuntemusta on pyritty parantamaan. Ammattilaisten osaamista on vahvistettu erilaisin koulutuksin rahapeliongelman tunnistamisesta, puheeksiottamisesta, lyhytneuvonnasta ja hoidosta. Esimerkiksi riskipelaamisen ja rahapeliongelman tunnistamiseen ja lyhytneuvontaan on luotu Puhutaan rahapelaamisesta -toimintamalli. Rahapeliiriippuvuus hallintaan -hoito-ohjelmaa on alettu toteuttaa Suomessa suomalaisen palvelujärjestelmään soveltuvana versiona. Hoito-ohjelmaa on järjestetty esimerkiksi kunnissa.

Rahapeliongelmaisille suunnatun hoito- ja kuntoutuspalvelujärjestelmän vahvuuksina nähtiin Helsingin Peliklinikka, joka on erityisesti rahapeliongelmiin erikoistunut palvelukokonaisuus sekä Peluurin valtakunnallisesta tarjolla olevat sähköiset palvelut. Peluurin tarjoamiin sähköisiin palveluihin kuuluu muun muassa Peli poikki -ohjelma, jonka on osoitettu auttavan rahapeliiriippuvuudesta kärsiviä henkilöitä. Ohjelman on todettu vähentävän siihen osallistuvien pelihimoa ja pelaamisesta aiheutuvia haittoja sekä parantavan heidän pelaamisensa hallintaa.

Palvelujärjestelmän vahvuutena nähtiin myös se, että Terveyden ja hyvinvoinnin laitos vahvistaa ongelmapelaamista työssään kohtaavien ammattilaisten rahapelaamiseen liittyvää osaamista. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on koonnut sosiaali- ja terveydenhuollon alan oppilaitosten opiskelijoille ja ammattilaisille verkkokursseja, joihin sisältyy muun muassa itseopiskelumateriaaleja rahapelaamisen ilmiöstä, rahapeliongelman puheeksiotosta ja hoitomuodoista. Lisäksi vahvuutena tuotiin esiin se, että palvelujärjestelmässä on toimijoita, jotka järjestävät vertaistoimintaa. Tällaisina toimijoina mainittiin Peluurin lisäksi Nimettömät pelurit, Pelirajat'on-toiminta ja Tiltti. Viime vuosina on käynnistynyt myös kokeilu, jossa yhdistetään rahapeliongelmiin käsittely osaksi yhdyskuntapalvelua. Kokeilun toteuttavat Helsingin ja Uudenmaan yhdyskuntaseuraamustoimistot ja Helsingin Peliklinikka. Kokeilun tavoitteena on luoda pohja valtakunnalliselle toimintamallille. Tällä hetkellä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksessa on tehty myös selvitys siitä, millaisia palveluita kunnissa on tarjolla rahapeliongelmiin hoitoon. Kyselyn tulokset raportoidaan syksyllä 2020.



Rahapeliongelmaisille suunnatussa hoito- ja kuntoutuspalvelujärjestelmässä nähtiin myös useita kehittämistarpeita. Asiantuntijoiden mukaan palvelujärjestelmässä tarvitaan edelleen lisää tietoa rahapelaamisen ilmiöstä ja koulutuksia rahapeliongelman systemaattisen puheeksioton, tunnistamisen ja lyhytneuvonnan tueksi. Tarvitaan tietoa siitä, millaisia yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia raha- ja digipelaamiseen liittyy, miten kevyellä puheeksiotolla voidaan tukea asiakasta muutoksen käynnistämisessä ja minne asiakas voidaan tarvittaessa ohjata hoitoon. Tämän prosessin jalkauttaminen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin on pitkä prosessi. Myös pääkaupunkiseudulla toteutettujen pilottihankkeiden perusteella on todettu, että julkisissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa rahapeliongelmia ja niihin liittyvää työtä kirjaataan tietojärjestelmiin heikosti. Systemaattisen kirjaamisen avulla saataisiin tietoa siitä, kuinka paljon palveluissa kohdataan haitallisesti rahapelejä pelaavia henkilöitä. Kolmantena kehittämistarpeena tuotiin esiin hoitopalveluiden epätasainen saatavuus. Tällä hetkellä rahapeliongelmiin hoitoon suunnatuiden palveluiden saatavuudessa on ollut alueellisia eroja. Myös olemassa olevien palveluiden laadusta ja vaikuttavuudesta tulisi saada lisää tietoa ja niitä tulisi tutkia nykyistä enemmän.

Myös muita kehittämistarpeita nostettiin esiin. Asiantuntijoiden mukaan kuntien tulisi sisällyttää järjestöjen palvelut osaksi palveluvalikoimaansa ja talous- ja velkaneuvonta tulisi liittää nykyistä paremmin osaksi rahapeliongelmiin hoitoa. Peliklinikalla on nähty tarve myös kulttuurisensitiivisen työn kehittämiseksi. Lisäksi nostettiin esiin tarve etsivään työhön perustuvan toimintamallin kehittämiseksi eli toimintamallin kehittäminen sellaisten avun tarpeessa olevien henkilöiden tavoittamiseen, jotka eivät itse hakeudu palveluiden piiriin ja joita ei siten tavoiteta tavanomaisin palvelumenetelmin.

Asiantuntijoiden mukaan tällä hetkellä ongelmallisesti rahapelejä pelaavia henkilöitä kohdataan useissa sosiaali- ja terveysalan palveluissa, esimerkiksi mielenterveystyössä, päihdetyössä, aikuissosiaalityössä, nuorisotyössä, lastensuojelutyössä, vanhustyössä ja maahanmuuttajatyössä. Koska systemaattisia kirjaamiskäytäntöjä ei ole ollut, rahapeliongelmissa kärsivien henkilöiden kohtaaminen palvelujärjestelmässä ei ole tullut näkyväksi ja ongelmallisesti pelaavien henkilöiden kohtaamisen määristä tai palvelupolusta ei ole tutkittua tietoa. Peliklinikan avohoitopalveluita tarkastelevassa selvityksessä on havaittu, että 33 prosenttia avohoidon asiakkaista ei ole asiakkaana tai ei ole hakenut apua muista palveluista. Myös Peli poikki -ohjelmaan on tavallisesti 2–4 kuukauden jono.

Asiantuntijoiden mukaan palvelujärjestelmässä tulisi panostaa siihen, että hoitoon hakeutumiselle olisi matala kynnys ja että rahapeliongelmaan tarjottaisiin apua mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Jos rahapeliongelmaa ei pyritä ottamaan julkisissa palveluissa systemaattisesti esiin, ongelmapelaaminen ei välttämättä tule esille lainkaan eikä läheisten tarpeita pystytä huomioimaan. Esimerkiksi viime vuosina laaja mediassa käyty keskustelu rahapelaamisen haitoista on tehnyt rahapelaamiseen liittyviä ongelmia näkyvämmäksi.

Rahapeliongelmissa kärsiville henkilöille suunnattuja tuki- ja hoitopalveluja järjestää tällä hetkellä useat tahot. Kunnat tuottavat järjestämänsä hoitopalvelut itse tai ostavat ne muilta palvelujärjestelmän toimijoilta. Valtakunnallisesti tukipalveluita tarjoaa pääasiassa järjestöt, kuten Sininauhaliitto (Tiltti, Restart-ohjelma), Sininauhaliitto ja A-klinikkasäätiö yhdessä (Peluuri),

Sovatek-säätiö (Pelituki) ja Sosped-säätiö (Pelirajat'on). Järjestötoimijoiden tukitoimintoja rahoitetaan sosiaali- ja terveysalan järjestötoimijoille tarkoitettulla Stea-rahoituksella ja Peluurin toimintaa rahoittaa Veikkaus.

Asiantuntijoiden mukaan digipeliongelmaisille suunnattujen hoitopalveluiden kehittäminen on Suomessa vasta aluillaan. Haasteena on muun muassa se, ettei sellaista julkistaa toimijaa ole nimetty, jonka vastuulla ja tehtävänä olisi seurata ja tutkia digipelaamisesta aiheutuvia haittoja sekä kehittää niiden ehkäisyä ja hoitoa. Digipeliongelmaista kärsiville henkilöille suunnatun hoidon kehittäminen ei kuulu Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen arpajaislain 52 §:n mukaiseen toimintaan. Digipelaamiseen liittyvät ongelmat on kuitenkin tunnistettu palvelujärjestelmässä enenevässä määrin esiin tulevaksi ongelmaksi.

Asiantuntijoiden mukaan palvelujärjestelmässä on selkeä tarve valtakunnallisille suosituksille ja käytännöille muun muassa digipeliongelman tunnistamiseen, puheeksiottoon ja hoitoon. Tähän mennessä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille on järjestetty muutamia digipeliongelman puheeksioton koulutuksia. Koulutusten järjestäjänä on ollut Sosped-säätiö. Suomessa ei ole myöskään vielä jalkautettu digipeliongelman hoitoon suunnattua mallia eikä tutkittu sitä, minkä mallin käyttöä voitaisiin suositella. PIPATIC-hoito-ohjelman sisältöjä on kuvattu sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille järjestetyissä koulutuksissa, mutta ei laajemmin Suomessa. Keskeinen haaste palvelujärjestelmässä on tällä hetkellä se, ettei digipelaajia työssään kohtaavilla ammattilaisilla ole ongelmapelaamisen ilmiöstä riittävästi tietoa peliongelman tunnistamiseksi ja käsittelemiseksi asiakastyössä.

Asiantuntijoiden mukaan Sininauhaliiton Restart-ohjelmassa on havaittu, että avun hakeminen digipeliongelmiensa kanssa samanaikaisesti esiintyviin liitännäisongelmiin voi olla helpompaa kuin avun hakeminen ongelmalliseen digipelaamiseen. Esimerkiksi uniongelmiin saatetaan hakea apua yleislääkäriltä, opiskeluongelmiin koulukuraattorilta tai parisuhdeongelmiin perheneuvonnasta. Tätä voi asiantuntijoiden mukaan selittää se, ettei avun hakija tiedosta ongelman liittyvän pelaamiseen tai ettei ongelmalliseen digipelaamiseen erikoistunutta tukea löydetä tai ole saatavilla. Kun asiakas itse, tämän läheinen tai hänet kohdannut ammattilainen tunnistaa asiakkaan avun tarpeen liittyvän pelaamiseen, hän voi ottaa yhteyttä Peliklinikan palveluihin. Peliklinikan neuvontapalvelut voivat ohjata henkilön joko avohoitoon tai verkossa toteutettavan Restart-ohjelmaan. Digipelaamisen ongelmista kärsivien henkilöiden palvelupolusta ei ole vielä tutkittua tietoa laajemmin.

Haastateltujen asiantuntijoiden mukaan digipeliongelmiin erikoistuneita tukipalveluita tarjoavat tällä hetkellä pääasiassa järjestöt, esimerkiksi Sosped-säätiö (Digipelirajat'on-toiminta), Sininauhaliitto (Restart-ohjelma) sekä Sovatek-säätiö (Pelituki). Digipelirajat'on tarjoaa tietoa, vertaisuutta ja tukea ongelmalliseen digipelaamiseen, kuten esimerkiksi tuettua ryhmätoimintaa, verkkoryhmiä, digipaastoleirejä, avoimia teemakeskusteluja digipelaajille ja koulutustoimintaa. Pelituki tuottaa ja välittää tietoa raha- ja digipelaamisesta, peliongelmaista ja liiallisesta internetin käytöstä sekä kehittää peli- ja verkkohaittojen ehkäisyä, tunnistamista ja hoitoa Itä- ja Keski-Suomessa. Lisää tutkimustietoa tarvitaan asiantuntijoiden mukaan järjestötoimijoiden ja kuntien tarjoamista tukipalveluista.

Haastateltujen asiantuntijoiden mukaan palvelujärjestelmässä on havaittu tarve myös ongelmallisesti raha- ja digipelejä pelaavien henkilöiden läheisille suunnatuille palveluille ja läheisten huomioimiselle pelaajien palvelupolussa. Selkeää hoitopolkua tai -mallia läheisten tuelle ja hoidolle ei kuitenkaan ole vielä kehitetty. Myös läheisiään työssään kohtaavien ammattilaisten ymmärrystä tulisi lisätä siitä, millaisia vaikeuksia esimerkiksi rahapelaajien läheiset arjessaan kohtaavat. Kun läheiset saavat hoitoa ja tukea, tavoitteena on samaan aikaan usein myös pelaajan hoitoon saattaminen ja kuntoutus. Tärkeää olisi, että pelaajan läheinen pystyy pitämään itsestään huolta ja että pelaajan hoidossa huomioitaisiin myös koko perheen taloudellinen tilanne ja lasten hyvinvointi.

Sekä raha- että digipelaamiseen liittyen suurena haasteena suomalaisessa palvelujärjestelmässä nähtiin myös se, ettei Suomessa ole tähän mennessä ollut rahapelipoliittista ohjelmaa. Rahapelipoliittiseen ohjelmaan olisi haastateltujen asiantuntijoiden mukaan hyvä saada oma osionsa myös digipelaamiselle ja pelaajien läheisille. Asiantuntijoiden mukaan sosiaali- ja terveysministeriö on kuitenkin jo alkanut kehittää ohjelmaa.

**Taulukko 18.** Tiivistelmä: raha- ja digipeli-ongelmallisille suunnatun hoito- ja kuntoutuspalvelujärjestelmän vahvuudet ja kehittämistarpeet haastateltujen asiantuntijoiden mukaan.

	Vahvuudet	Kehittämistarpeet
<b>Rahapeli-ongelmaisten hoitoon ja kuntoutukseen suunnatut palvelut</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tehty tutkimus- ja kehittämistyötä ja pyritty parantamaan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten rahapeli-ongelmiin liittyvää asiantuntemusta (esim. rahapelaamisen ilmiö sekä puheeksioton, tunnistamisen ja lyhytneuvonnan koulutukset)</li> <li>• THL:n verkkokurssit opiskelijoille ja ammattilaisille</li> <li>• Helsingin Peliklinikka, joka on erityisesti rahapeli-ongelmiin erikoistunut palvelukokous</li> <li>• Peluurin sähköiset palvelut</li> <li>• Valtakunnallisesti saatavilla oleva Peli Poikki-ohjelma (hyviä asiakaskokemuksia, maksuton)</li> <li>• Palvelujärjestelmässä toimijoita, jotka järjestävät vertaistoimintaa (esim. Nimettömät pelurit, Pelirajat'on-toiminta, Tiltti)</li> <li>• THL:n vuosina 2019–2020 tekemä selvitys siitä, millaisia palveluita kunnissa on tarjolla rahapeli-ongelmien hoitoon</li> <li>• Sosiaali- ja terveysministeriö linjannut strategiset painopisteet ja tulostavoitteet rahapeli-ongelmien ehkäisyn ja hoidon kehittämiseksi vuosille 2020–2023. THL toimii yhteistyössä useiden tahojen kanssa tavoitteiden toteuttamiseksi.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tarve vahvistaa tietämystä rahapelaamisen ilmiöstä sekä rahapelaamisen puheeksiotosta, tunnistamisesta ja lyhytneuvonnasta muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa ja rikosseuraamusjärjestelmissä</li> <li>• Tarve rahapeli-ongelman systemaattisille kirjaamiskäytännöille sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa</li> <li>• Tietoisuuden lisääminen rahapelaamisen ja digipelaamisen eroista</li> <li>• Alueellinen tasa-arvo palveluiden saatavuudessa</li> <li>• Järjestöiden tarjoamien palveluiden sisällyttäminen osaksi kuntien palveluvalikoimaa</li> <li>• Talous- ja velkaneuvonta osaksi rahapeli-ongelmien hoitoa</li> <li>• Palveluita läheisille ja läheisten palvelupolun kehittäminen</li> <li>• Pelaajien läheisiä työssään kohtaavien ymmärryksen lisääminen siitä, millaisia vaikeuksia rahapelaajien läheiset kohtaavat arjessaan</li> <li>• Kulttuurisensitiivisen työn kehittäminen</li> <li>• Etsivä työ toimintamallina: sellaisten avun tarpeessa olevien henkilöiden tavoittaminen, jotka eivät itse hakeudu palveluiden piiriin ja joita ei tavoiteta tavanomaisin palvelumenetelmin</li> <li>• Käypä hoito-suosituksen laatiminen</li> <li>• Rahapelipoliittinen ohjelma (STM alkanut kehittää)</li> </ul>

	Vahvuudet	Ke hittä mistarpeet
Digipeli-ongelmaisten hoitoon ja kuntoutukseen suunnatut palvelut	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puheeksioton malli ke hitteillä</li> <li>• Tuki- ja hoitopalveluita järjestävät järjestöt (esim. Sinihauhalliitto, Sosped-säätiö, Sovatek-säätiö)</li> <li>• Valtakunnallisesti saatavilla oleva, verkossa toteutettava Restart- ohjelma (maksuton)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoitopalveluiden ke hittäminen aluillaan</li> <li>• Ei riittävästi tietoa digipelaamisen ilmiöstä eikä rahapelaamisen ja digipelaamisen eroista</li> <li>• Palvelupolun ke hittäminen (puheeksiotto, lyhytneuvonta, hoitoon ohjaaminen)</li> <li>• Ei jalkautettua eikä suositeltua hoitomallia</li> <li>• Tarve valtakunnallisille suosituksille ja käytännöille muun muassa digipeli-ongelman tunnistamiseen ja puheeksiottoon</li> <li>• Käypä hoito -suosituksen laatiminen</li> <li>• Ei nimettyä julkista toimijaa, jonka vastuulla ja tehtävänä seurata ja tutkia digipelaamisesta aiheutuvia haittoja sekä ke hittää niiden ehkäisyä ja hoitoa</li> </ul>

### 8.3.3 Raha- ja digipeli-ongelmat ja Kelan toiminta

Haastateltujen asiantuntijoiden mukaan on hienoa, että Kela on alkanut selvittää mahdollista rooliaan osana raha- ja digipeli-ongelmallisille suunnattuja palveluita. Jos Kela tulevaisuudessa alkaa järjestää kuntoutuspalveluita peli-ongelmista kärsiville henkilöille, asiantuntijoiden mukaan olisi tärkeää, että erityisesti Terveyden ja hyvinvoinnin laitos olisi mukana palvelun ke hittämisessä. Palvelujärjestelmän toimijoiden tulisi tietää, millaisia palveluita kukin toimija järjestää. Asiantuntijoiden mukaan Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on verkostoitunut myös muiden toimijoiden kanssa, jotka järjestävät tuki- ja hoitopalveluita haitallisesti pelaaville henkilöille. Tämän vuoksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kautta saataisiin palvelun ke hittämiseen mukaan myös palveluiden tuottajien ja muiden palvelujärjestelmän toimijoiden ääni.

Haastateltujen asiantuntijoiden mukaan olisi hyvä pohtia myös sitä, miten Kelan toiminta kuntoutuspalveluiden järjestäjänä kytkeytyisi sosiaali- ja terveystieteiden linjaamiin rahapeli-haittojen seurannan, tutkimuksen, ehkäisyn ja hoidon ke hittämissä strategisiin painopisteisiin. Painopistealue, jonka alle kuntoutuspalveluiden järjestäminen sijoittuisi, olisi todennäköisesti kohta neljä eli tuen ja hoidon saatavuus ja laatu.

Asiantuntijoiden mukaan Suomessa olisi tilaa sille, että Kela alkaisi järjestää kuntoutuspalveluita rahapeli-ongelmista ja mahdollisesti myös digipeli-ongelmista kärsiville henkilöille. Palvelun tulisi perustua tutkimusnäyttöön. Siihen tulisi sisältyä ongelman arviointi ja 10–12 käyntikertaa ja sen viitekehyksenä tulisi olla kognitiivinen käyttäytymisterapia. Rahapelaamiseen liittyen kuntoutuspalvelu voisi perustua Rahapeli-riippuvuus hallintaan -ohjelmaan (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016; alkup. Ladouceur ja Lachance 2007), jonka hyödyistä on tutkimusnäyttöä.

Haastatellut asiantuntijat toivat esiin myös muita tapoja, joilla Kela voisi toiminnassaan ottaa huomioon raha- ja digipeliiongelmaista kärsivät henkilöt:

- tulisi ottaa selvää, saadaanko raha- ja digipeliiongelmaista riittävästi tietoa, kun Kela kerää diagnostista tietoa (onko rahapeliiongelma ensisijainen vai esimerkiksi toissijainen diagnoosi ja miten tieto digipeliiongelmaista kirjataan)
- tulisi ottaa selvää, onko toimeentulotukiasioita hoitavassa kuntien sosiaalityössä ja Kelan asiakastyössä riittävästi tietoa raha- ja digipelaamisen ilmiöistä ja tarvitaanko niihin liittyen lisää koulutusta
- tulisi arvioida, miten Kela voisi tukea pelaajien läheisiä ja heidän saattamista tuen ja hoidon piiriin matalalla kynnyksellä (läheisten huomioiminen erikseen tai pelaaja ja läheinen pariskuntana)
- laituskuntoutusta tarvitsevilla henkilöillä tulisi olla oikeus kuntoutusrahaan kuntoutuksen ajalla (tulisi tarkistaa, että peliiongelmaista kärsivät henkilöt eivät ole eriarvoisessa asemassa suhteessa esimerkiksi päihdekuntoutujiin)
- sopeutumisvalmennuskurssien järjestäminen
- lisäksi tulisi selvittää tarkemmin peliriippuvuuksista kärsivien henkilöiden läheisille suunnattujen palveluiden nykytila.

## 8.4 Yhteenvetotaulukko tuloksista

Taulukko 19. Yhteenveto tuloksista.

	Rahapeliiongelmaisten kuntoutus	Digipeliiongelmaisten kuntoutus
<b>Kartoittava kirjallisuuskatsaus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventiot perustuvat useimmiten kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan (joista osaan sisältyy motivoivaan haastatteluun perustuvia elementtejä)</li> <li>• Muut interventiot perustuvat motivoivaan haastatteluun, tietoisuustaitojen harjoitteluun, kognitiiviseen harjoitteluun, aerobisen liikunnan harjoitteluun, psykodynaamiseen terapiaan ja funktionaaliseen terapiaan</li> <li>• Kuntoutus toteutetaan useimmiten terapeutin kanssa kasvotusten ja yksilötapaamisina</li> <li>• Kuntoutus voidaan toteuttaa myös etäyhteyksien välityksellä</li> <li>• Kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvilla interventioilla pystyttiin vähentämään tutkittavien rahapelaamista ja rahapeliiongelman oireita</li> <li>• Myös yhteen neuvontakertaan perustuvilla interventioilla pystyttiin vähentämään tutkittavien rahapelaamista ja rahapeliiongelman oireita</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventiot perustuvat useimmiten kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan</li> <li>• Muut interventiot perustuvat tietoisuustaitojen harjoitteluun ja aerobisen liikunnan harjoitteluun</li> <li>• Kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvien sisältöjen lisäksi interventioihin voi sisältyä myös esimerkiksi kuntoutukseen osallistuvan henkilön itsetuntemuksen tai itsetunnon, ongelmanratkaisutaitojen, vuorovaikutustaitojen ja perhesuhteiden vahvistamiseen liittyviä sisältöjä</li> <li>• Kuntoutus toteutetaan useimmiten terapeutin kanssa kasvotusten ja yksilö- tai ryhmätapaamisina</li> <li>• Kaikilla tutkituilla interventioilla pystyttiin vähentämään tutkittavien digipelaamista tai digipeliiongelman oireita</li> </ul>

	Rahapeliongelmaisten kuntoutus	Digipeliongelmaisten kuntoutus
Asiantuntija-haastattelu	<ul style="list-style-type: none"> <li>Haittojen seurannasta ja tutkimuksesta sekä ehkäisyyn ja hoidon kehittämisestä vastaa sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö</li> <li>Kokonaisuuden operatiivinen toimeenpanija Terveyden ja hyvinvoinnin laitos</li> <li>Hoitopalveluiden kehittämiseksi tehty tutkimus- ja kehittämistyötä ja sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten rahapelaamiseen liittyvää asiantuntemusta vahvistettu koulutuksin</li> <li>Hoitopalveluiden saatavuudessa alueellisia eroja</li> <li>Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille tulisi edelleen järjestää lisää koulutusta rahapeliongelman tunnistamisesta, puheeksiotosta, lyhytneuvonnasta ja hoidosta</li> <li>Pelaajien läheisille tulisi suunnata nykyistä enemmän palveluita</li> <li>Jos Kela tulevaisuudessa järjestää kuntoutuspalveluita, erityisesti Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen olisi tärkeää olla mukana palvelun kehittämisessä</li> <li>Kelan järjestämän kuntoutuspalvelun tulisi perustua tutkimusnäyttöön, esimerkiksi Rahapeliriippuvuus hallintaan -ohjelmaan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hoitopalveluiden kehittäminen vasta aluillaan Suomessa</li> <li>Ei nimettyä haittojen seurannasta ja tutkimuksesta eikä ehkäisyyn ja hoidon kehittämisestä vastaavaa julkista toimijaa</li> <li>Ei jalkautettua eikä suositeltua hoitomallia</li> <li>Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa tarvitaan lisää tietoa digipelaamisen ilmiöstä ja esimerkiksi rahapelaamisen ja digipelaamisen yhtäläisyyksistä ja eroavaisuuksista</li> <li>Pelaajien läheisille tulisi suunnata nykyistä enemmän palveluita</li> <li>Kelan järjestämän kuntoutuspalvelun tulisi perustua tutkimusnäyttöön</li> </ul>

## 9 POHDINTA

Kirjallisuuskatsauksen avulla saatiin tietoa raha- ja digipeliongelmaisten kuntoutuksessa käytetyistä psykososiaalisista ja toiminnallisista interventioista, jotka toteutetaan ammattilaisten tuella. Kirjallisuuskatsauksen avulla ei saatu tietoa esimerkiksi oma-apuohjelmien tai vertaisuuteen perustuvien interventioiden (esim. Schuler ym. 2016) hyödyistä. Esimerkiksi oma-apuohjelmat voivat olla yhtä hyödyllisiä rahapelaamisen tapojen muuttamisessa kuin ammattilaisen tuella toteutetut interventiot (esim. Abbott 2019). Kirjallisuuskatsauksen perusteella suomalaisessa sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä tulisi olla saatavilla myös lisää palveluita pelaajien läheisille.

### 9.1 Rahapeliongelma on tärkeä tunnistaa Kelassa

Kirjallisuuskatsauksen perusteella suomalaisissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa tarvitaan lisää tietoa rahapelaamisen ja digipelaamisen yhtäläisyyksistä ja eroavaisuuksista sekä rahapeliongelman tunnistamisesta, puheeksiotosta, lyhytneuvonnasta ja hoidosta (myös esim. Raiki 2011; Castrén ym. 2016). Vain 7–12 prosenttia rahapeliongelmistä kärsivistä henkilöistä hakeutuu virallisen avun piiriin omaehtoisesti (Slutske 2006). Apua ongelmapelaamiseen haetaan usein vasta kun pelaaminen on aiheuttanut merkittäviä haittoja, kuten työpaikan menettämisen tai ih-

missuhteiden katkeamisen (Alho ja Lahti 2015a, 111). Esimerkiksi Helsingin Peliklinikan asiakkailta rahapeliongelman alkamisesta avohoitopalveluihin hakeutumiseen on kulunut keskimäärin kahdeksan vuotta (Björkenheim ym. 2019, 13). Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa olisi tärkeää tunnistaa rahapeliongelma, ottaa ongelmapelaaminen puheeksi ja ohjata rahapeliongelmasta kärsivä henkilö tarvittaessa tuen ja hoidon piiriin ongelmapelaamisesta aiheutuvien merkittävien haittojen ehkäisemiseksi (esim. Jaakkola 2008; Mustalampi ja Partanen 2015, 131).

Rahapeliongelmaa on kutsuttu salatuksi riippuvuudeksi, koska sen tunnistaminen on usein vaikeampaa kuin esimerkiksi muiden riippuvuushäiriöiden (Jaakkola 2008; Derevensky ym. 2011). Ongelmapelaaminen salataan usein läheisiltä ja terveydenhuollon ammattilaisilta. Rahapeliongelman kanssa samanaikaisesti esiintyy usein myös muita riippuvuuksia ja mielenterveyden häiriöitä, mikä voi vaikeuttaa ongelmapelaamisen tunnistamista. (Jaakkola 2008.) Pelaaja itse saattaa myös olla haluton hakeutumaan avun piiriin. Saattaa olla, ettei hän tunnista pelaamisen aiheuttamia haittoja tai hän ei halua myöntää peliongelmaa, hän saattaa hävetä ongelmapelaamista tai ajatella, että peliongelman paljastuminen saa muut ihmiset kohdistamaan häneen kielteisiä, leimaavia asenteita (Bellringer ym. 2008; Suurvali ym. 2009; Gainsbury ym. 2014). Itäpuiston (2011) tutkimuksen mukaan avun hakemista rahapeliongelmaan vaikeuttaa Suomessa myös kielteiset mielikuvat hoidon sisällöistä, halu pärjätä yksin, epäluottamus ulkopuolisia avuntarjoajia kohtaan ja ylisälliva pelaamisen kulttuuri, joka ei kannusta avun hakemiseen.

Taloudelliset vaikeudet saattavat olla ongelmapelaamisen ainoa ulospäin näkyvä merkki (esim. Jaakkola 2008). Kelan ja kuntien sosiaalipalveluiden myöntämä toimeentulotuki on yksi sellainen taloudellisen tuen muoto, johon rahapeliongelma kärsivä henkilö saattaa turvautua esimerkiksi velkaongelmissa. Ongelmapelaaminen saattaa paljastua tiliotteilta, kun tilisiirtoja on tehty esimerkiksi pelitileille tai käteisen rahan peräkkäisinä nostoina. (Lattunen 2015c, 157.) Kelassa on toteutettu sisäinen selvitys rahapeliongelmiensa esiintymisestä toimeentulotuen asiakkailta, joten Kelassa ollaan tietoisia ongelmapelaamisen ilmiöstä ja rahapeliongelmaisten asiakkaiden tuen tarpeista. Olisi hyvä varmistaa, tarvitaanko Kelan asiakas- ja ratkaisutyössä lisää tietoa rahapeliongelman tunnistamisesta, puheeksiotosta sekä ongelmapelaamiseen tukea ja hoitoa tarjoavista palveluista. Esimerkiksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitos järjestää rahapelaamiseen liittyviä verkkokursseja sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille.

## 9.2 Rahapeliongelmaisten tuen tarpeet ovat yksilöllisiä

Tutkimuskirjallisuuden perusteella rahapeliongelmaisten psykososiaalisen kuntoutuksen tulisi perustua kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan. Motivoivaan haastatteluun perustuvan työtöteen käyttöä suositellaan käytettävän osana kuntoutusta. Kuntoutukseen on keskeistä sisällyttää myös taloudellista neuvontaa ja rahapeliongelman kanssa samanaikaisesti esiintyvät terveydelliset ongelmat tulee huomioida osana kuntoutusta. (Alho ja Lahti 2015a, 114; Alho ja Lahti 2015b, 111.) Kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvissa interventioissa keskitytään kuntoutukseen osallistuvan henkilön rahapelikäyttäytymisen ja rahapelaamiseen liittyvien virheellisten ajatusten ja uskomusten muuttamiseen (esim. Castrén ja Lahti 2015, 122–124). Motivoivalla haastattelulla tai työotteella pyritään herättämään ja vahvistamaan pelaajan

omaa motivaatiota ja sitoutumista pelitapojensa muuttamiseen (Miller ja Rollnick 2013). Haastateltujen asiantuntijoiden mukaan rahapeliongelmaisten kuntoutukseen suunnattujen interventioiden kesto on tavallisesti 10–12 käyntikertaa.

Rahapeliongelmaisten tuen tarpeet ovat kuitenkin yksilöllisiä. On myös arvioitu, että noin kolmanneksella rahapeliongelmaisista ongelmapelaaminen vähentyy luonnollisesti, ilman hoitoon osallistumista (Slutske 2006). Rahapeliongelman kehittymistä kuvaavan polkumallin (Blaszczynski ja Nower 2002) mukaan eri pelaajatyypeillä rahapeliongelman syntytaapa, oirekuva ja heidän tarvitsemansa hoito ovat erilaisia. Myös heidän myöntyväisyytensä hoitoon osallistumiseen on tavallisesti erilainen. Polkumallin mukaan kevyemmät kuntoutusinterventiot soveltuvat todennäköisesti henkilöille, joilla ei ole rahapeliongelman lisäksi muita samanaikaisia mielenterveyden häiriöitä ja joiden myöntyväisyys hoitoon osallistumiseen on tavallisesti korkea (ehdollistuneet pelaajat). Jos ongelmapelaamisen taustalla on muita mielenterveyden häiriöitä ja kielteisiä elämäntapahtumia (tunne-elämältään haavoittuneet pelaajat) tai henkilöllä on impulsiivisuuteen ja antisosiaaliseen persoonallisuushäiriöön liittyviä piirteitä tai päihteiden ongelmakäyttöä (biologisten ja neuropsykologisten tekijöiden vuoksi herkistyneet pelaajat), pelitapojen muuttaminen saattaa olla vaikeampaa. (Blaszczynski ja Nower 2002.)

Osalle rahapeliongelmaisista kevyemmät, esimerkiksi yhteen neuvontakertaan perustuvat kuntoutusinterventiot saattavat olla riittävä tuen muoto (Toneatto 2016; Petry ym. 2017; Abbott ym. 2018). Yhteen neuvontakertaan perustuvat interventiot saattavat olla hyödyllisiä esimerkiksi silloin, kun rahapeliongelman oireet ovat vähemmän merkittäviä (Petry ym. 2017; Abbott ym. 2018). Esimerkiksi palautteen antaminen pelaamisesta (Toneatto 2016; Petry ym. 2017), auttavan puhelimen kautta annettu neuvonta tai motivoivaan haastatteluun perustuva puhelinsoitto (Abbott ym. 2018) saattaa olla riittävä tuen muoto. Lyhytkestoisten interventioiden hyötyjen on havaittu säilyneen vielä kolme vuotta intervention päättymisestä (Abbott ym. 2015).

Kun rahapeliongelma on vaikeampi tai sen kanssa samanaikaisesti esiintyy esimerkiksi muiden mielenterveyden häiriöiden oireita, saattavat sellaiset interventiot, joihin sisältyy useampi terapeutin yhteydenotto, olla hyödyllisempiä (Petry ym. 2017; Abbott ym. 2018). Jos henkilöllä on rahapeliongelman lisäksi muita mielenterveyden häiriöitä, kuten ahdistuneisuus- tai masennushäiriöiden oireita, tai itsetuhoisuutta ja taustalla kielteisiä elämäntapahtumia lapsuudessa tai nuoruudessa, kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvat interventiot eivät välttämättä ole riittävä tuen muoto pelitapojen muuttamiseen (esim. von Hammerstein ym. 2018; Mooney ym. 2019). Haastateltujen asiantuntijoiden mukaan jos ongelmapelaamisen taustalla on kielteisiä elämäntapahtumia ja rahapeliongelman kanssa samanaikaisesti esiintyy muita mielenterveyden häiriöitä, kuntoutuksen tarvetta olisi hyvä arvioida uudelleen kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan ja motivoivaan haastatteluun perustuvan intervention päättymisen jälkeen. Jos ongelmapelaamiseen liittyy biologiaan tai neuropsykologiaan liittyviä altistavia tekijöitä, kuntoutukseen voisi sisältyä kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan ja motivoivaan haastatteluun perustuvien sisältöjen lisäksi esimerkiksi skeematerapiaan tai traumaterapiaan perustuvia sisältöjä. (Taulukko 20, s. 74.)



Rahapeliongelmaisten kuntoutukseen soveltuvat myös etäyhteyksien välityksellä toteutetut interventiot. Verkossa saatavilla olevat oma-apumateriaalit ja -ohjelmat saattavat olla ensisijainen avun hakemisen muoto rahapeliongelmaisille, ongelmapelaamiseen liittyvän salailun, häpeän ja leimaantumisen pelon vuoksi (Castrén ym. 2013b). Etäkuntoutus saattaakin olla hyvä vaihtoehto esimerkiksi silloin, kun henkilöllä ei ole halua osallistua kasvokkain toteutettuun kuntoutukseen (Petry ym. 2017). Neuvontaa voidaan antaa esimerkiksi puhelimitse tai verkon välityksellä. Mahdollisuus etäkuntoutukseen myös lisää kuntoutuspalveluiden saatavuutta, sillä ammattilaisen tukea on mahdollista saada riippumatta siitä, mikä on terapeutin tai asiakkaan maantieteellinen sijainti (esim. Salminen ym. 2016).

Myös muiden interventioiden hyötyjä rahapeliongelmaisten kuntoutuksessa on tutkittu. Saattaa olla, että esimerkiksi aerobista liikuntaharjoittelua (esim. Penna ym. 2018) ja tietoisuustaitojen harjoittelua (esim. McIntosh ym. 2016; Maynard ym. 2018) voidaan käyttää lisätukena rahapeliongelmaisten kuntoutuksessa. Menetelmien hyötyjä tulisi kuitenkin tutkia vielä lisää. Aerobisen liikuntaharjoittelun hyötyjä on aiemmin tutkittu päihderiippuvuuksien hoidossa (esim. Brown ym. 2010). On arvioitu, että liikuntaharjoittelulla voidaan vähentää päihderiippuvuuksiin liittyviä vieroitusoireita ja pelihimoa aktiivisella aivojen mielihyväratoja ja lisäämällä dopamiinin vapautumista (Lynch ym. 2013). Tietoisuustaitojen harjoittelu on yhdistetty parantuneeseen tiedonkäsittelyn tiedostamiseen, tarkkaavuuteen, muistin toimintaan ja itsesäätelyyn (Keng ym. 2011). On arvioitu, että tietoisuustaitojen harjoittelulla voidaan vähentää rahapelien ongelmapelaamista muokkaamalla henkilön sellaisia haitallisia ajatusten ja tunteiden käsittelytapoja, kuten ajatusten tukahduttamista ja murehtimista, jotka ovat yhteisiä usealle mielenterveyden häiriölle (ns. transdiagnostiset toiminnot; McIntosh ym. 2016).

Kirjallisuuskatsauksen perusteella myös kulttuuriset tekijät tulisi ottaa huomioon rahapeliongelmaisten kohtaamisessa ja mahdollisesti myös kuntoutuksen suunnittelussa. Rahapeliongelmien esiintymisestä maahanmuuttajataustaisilla henkilöillä ei ole tarkkaa tietoa Suomessa. Kulttuuriseen vähemmistöryhmään kuulumisen on yksi rahapeliongelman kehittymisen riskitekijä (esim. Wardle ym. 2011; Abbott ym. 2014a) ja esimerkiksi Ruotsissa maahanmuuttajataustan on havaittu lisäävän rahapeliongelman kehittymisen riskiä (Abbott ym. 2014b). Maahanmuuttajataustaisilla henkilöillä rahapeliongelman kehittymisen taustalla saattaa olla samanlaisia sosiaalisia tekijöitä kuin muulla väestöllä, kuten yksinäisyyttä, matala tulotaso tai työttömyyttä. Pelaamiseen saatetaan paeta myös esimerkiksi syrjintäkokemuksia. Kulttuuriset käsitykset saattavat vaikuttaa myös esimerkiksi rahapelaamiseen suhtautumiseen, ongelmapelaamisen aiheuttamaan häpeään ja avun hakemiseen. (Raylu ja Oei 2004.)

### **9.3 Digipeliongelmaisten kuntoutuksessa käytetyistä interventioista on vielä vähän tietoa**

Digipelaamiseen liittyviä ongelmia ja digipeliriippuvuutta on vasta viime vuosien aikana alettu pitää kliinisesti merkittävänä mielenterveyteen liittyvänä ongelmana. Digipeliriippuvuuden diagnostiset kriteerit määriteltiin vuonna 2018 julkaistussa Maailman terveysjärjestön ICD-11-tautiluokituksessa (Maailman terveysjärjestö 2018). DSM-tautiluokituksen digipeliriippuvuus lisättiin vuonna 2013 valmistella olevien, lisää tutkimusta vaativien diagnostisten kategorioiden

den joukkoon (Yhdysvaltojen psykiatriyhdistys 2013). Digipeli-ongelmaisille suunnattuja kuntoutusinterventioita ei ole tutkittu vielä riittävästi eikä riittävän laadukkailla tutkimusasetel- milla (King ym. 2017; Zajac ym. 2017; Zajac ym. 2020). Kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvien interventioiden hyödyistä on alustavaa näyttöä (esim. King ym. 2017).

Haastateltujen asiantuntijoiden mukaan PIPATIC-hoito-ohjelma on tällä hetkellä todennäköisesti suositelluin malli digipeli-ongelmaisten kuntoutukseen (esim. Torres-Rodriguez ym. 2018). Ohjel- maan sisältyy muun muassa kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuva osio sekä kuntou- tukseen osallistuvan henkilön itsetuntemuksen, vuorovaikutustaitojen ja perhesuhteiden vahvis- tamiseen liittyvät osiot. Digipeli-ongelman kehittymisen riskitekijöiksi on tunnistettu muun muassa pelaajan heikko itsetunto, heikot ongelmanratkaisutaidot ja selviytymiskeinot, ystävyys- suhteiden vähyys ja ongelmat ihmissuhteissa (Paulus ym. 2018). Saattaa olla, että digipeli-ongel- maisten kuntoutuksessa tulisi keskittyä juuri näihin riskitekijöihin. Kuntoutuksen aikana voidaan etsiä myös sellaisia uusia vapaa-ajan viettotapoja kuntoutukseen osallistuvalla henkilölle, jotka eivät liity pelaamiseen. Koska digipelaamiseen liittyvät ongelmat ovat yleisempiä nuorella iällä (esim. Paulus ym. 2018), myös kuntoutukseen osallistuvan henkilön perheenjäsenten saattaisi olla hyvä osallistua kuntoutukseen (myös esim. Torres-Rodriguez ym. 2018). (Taulukko 20.)

**Taulukko 20.** Yhteenveto raha- ja digipeli-ongelmaisten kuntoutuksessa käytetyistä interventioista ja niiden hyö- dyistä kartoittavan kirjallisuuskatsauksen ja aiemmin toteutettujen systemaattisten kirjallisuuskatsausten perus- teella.

Rahapeli-ongelmaisten kuntoutus	Digipeli-ongelmaisten kuntoutus
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan ja motivoi- vaan haastatteluun perustuvien interventioiden hyödyistä eniten tutkimusnäyttöä</li> <li>• Interventioiden kesto tavallisesti 10–12 käyntiker- tää</li> <li>• Kuntoutuksen suunnittelussa tulisi huomioida yksilölliset tarpeet</li> <li>• Jos rahapeli-ongelman oireet vähemmän merkittä- viä, kevyemmät tuen muodot voivat riittää (esim. palautteen antaminen pelaamisesta, auttavan pu- helimen kautta annettu tuki, motivoivaan haastat- teluun perustuva puhelinsoitto)</li> <li>• Jos rahapeli-ongelman lisäksi esimerkiksi muiden mielenterveyden häiriöiden oireita ja henkilöillä taustalla kielteisiä elämäntapahtumia, kuntoutuksen tarvetta olisi hyvä arvioida uudelleen kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan ja motivoivaan haas- tatteluun perustuvaan interventioon osallistumi- sen jälkeen</li> <li>• Jos ongelmapelaamiseen liittyy esimerkiksi impul- siivista käyttäytymistä ja päihitteiden ongelmakäyt- tää, interventioon saattaisi olla hyvä sisältyä kogni- tiiviseen käyttäytymisterapiaan ja motivoivaan haastatteluun perustuvien sisältöjen lisäksi myös muita sisältöjä (esim. skeematerapiaan ja trauma- terapiaan perustuvia sisältöjä)</li> <li>• Retkahduksista selviytyminen saattaa vaatia am- mattilaisen tukea myös kuntoutuksen päättymisen jälkeen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvien interventioiden hyödyistä alustavaa näyttöä</li> <li>• Kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvien sisältöjen lisäksi interventioon voi sisältyä esimer- kiksi kuntoutukseen osallistuvan henkilön itsetun- temuksen tai itsetunnon, ongelmanratkaisutaito- jen, vuorovaikutustaitojen ja perhesuhteiden vah- vistamiseen liittyviä sisältöjä</li> <li>• Myös kuntoutukseen osallistuvan henkilön per- heenjäsenet voivat osallistua kuntoutukseen</li> </ul>

Kirjallisuuskatsauksen perusteella suomalaisissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa tarvitaan lisää tietoa esimerkiksi digipelaamisen ilmiöstä sekä digipelaamisen ja rahapelaamiseen yhtäläisyyksistä ja eroavaisuuksista. Digipelaamiseen liittyvät ongelmat tulevat usein esiin vasta, kun henkilö hakee apua esimerkiksi opiskelu-, parisuhde- tai uniongelmiin. Koska digipelaamiseen liittyvät ongelmat ovat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa enenevässä määrin esiin nouseva ongelma, olisi hyvä varmistaa, että Kelan asiakas- ja ratkaisutyössä on tietoa digipelaamisen ilmiöstä, digipelaamiseen liittyvistä ongelmista ja digipeli-ongelmiin tukea ja hoitoa tarjoavista tahoista, jotta ongelmapelaamisesta kärsivät henkilöt olisi mahdollista tarvittaessa ohjata tuen piiriin.

## 9.4 Tutkimuksen arviointia

Kartoittava kirjallisuuskatsaus on arvioitu toimivaksi tavaksi tuottaa tietoa päätöksentekijöiden tueksi. Siihen ei sisälly esimerkiksi mukaan otettujen tutkimusten menetelmällisen laadun arviointia, joten tietoa on mahdollista tuottaa verrattain nopeasti. (Arksey ja O'Malley 2005.) Kartoittava kirjallisuuskatsaus soveltui hyvin toteutetun kirjallisuuskatsauksen viitekehyyksiksi, kun tietoa kerättiin verrattain nopealla aikataululla Kelan kuntoutusryhmässä tehtävän päätöksenteon tueksi (Arksey ja O'Malley 2005).

Kirjallisuuskatsaus toteutettiin Arksey ja O'Malleyn (2005) laatimien ja Levacin ym. (2010) myöhemmin täydentämien kartoittavan kirjallisuuskatsauksen toteuttamisen vaiheiden mukaisesti. Seuraamalla näitä aiemmin määriteltyjä vaiheita voitiin vahvistaa kirjallisuuskatsauksen menetelmällistä laatua. Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli selvittää, millaisia interventioita raha- ja digipeli-ongelmaisten kuntoutuksessa käytetään ja millaisia niiden hyödyt ovat. Tiedon perusteella on tarkoitus arvioida, millainen rooli Kelalla voisi tulevaisuudessa olla kuntoutuspalveluiden järjestäjänä raha- ja digipeli-ongelmaisille. Tutkimustehtävä ohjasi kirjallisuuskatsauksen toteuttamista (Levac ym. 2010).

Kirjallisuuskatsaukseen mukaan otetuissa tutkimuksissa tarkasteltiin raha- ja digipeli-ongelmaisten kuntoutuksessa käytettyjä psykososiaalisia ja toiminnallisia interventioita. Kirjallisuushakua toteutettaessa käytetyt hakutermit pyrittiin pitämään laajoina, jotta kirjallisuuskatsauksella oli mahdollista saada kattava kuva näiden interventioiden kirjosta. Tietohakua tehtäessä ei esimerkiksi käytetty ikärajoituksia. Kirjallisuuskatsauksella saatiin kattava kuva erilaisia terapiasuuntauksia soveltavista interventioista, joita on käytetty raha- ja digipeli-ongelmaisten kuntoutuksessa.

Esimerkiksi oma-apuohjelmat (esim. Abbott 2019), vertaisuuteen perustuvat interventiot (esim. Nimettömät pelurit -toiminta; esim. Schuler ym. 2016) ja pelaajien läheisille suunnatut interventiot jätettiin kirjallisuuskatsauksen ulkopuolelle. Kirjallisuuskatsauksen ulkopuolelle jäi useita tutkimuksia, joissa esimerkiksi oma-apuohjelmista havaittiin olevan hyötyä rahapeli-ongelmaisten kuntoutuksessa (esim. Casey ym. 2017; Oei ym. 2018). Kirjallisuuskatsauksessa tarkasteltiin lisäksi vain sellaisia interventioita, joiden hyötyjä oli tarkasteltu vertaisarvioituissa tutkimusjulkaisuissa. Kirjallisuuskatsauksessa tarkasteltujen interventioiden lisäksi raha- ja digipeli-ongelmaisten kuntoutuksessa voidaan siis käyttää myös muunlaisia interventioita.

Osana kirjallisuuskatsausta toteutettiin asiantuntijahaastattelu. Asiantuntijahaastattelun avulla saatiin sellaista tutkimustehtävän kannalta arvokasta tietoa raha- ja digipeliongelmaisille suunnatusta hoito- ja kuntoutuspalvelujärjestelmästä Suomessa, jota ei ollut mahdollista saada kansainvälisen tutkimuskirjallisuuden avulla (esim. Levac ym. 2010). Haastattelun avulla saatiin tietoa myös siitä, millainen rooli asiantuntijoiden mukaan Kelalla voisi tulevaisuudessa olla kuntoutuspalveluiden järjestäjänä raha- ja digipeliongelmaisille. Asiantuntijahaastattelun avulla pystyttiin myös vahvistamaan tutkimuskirjallisuuden perusteella tehtyjen päätelmien luotettavuutta siitä, millaisia ovat raha- ja digipeliongelmaisten hoidossa ja kuntoutuksessa käytettyjen interventioiden hyödyt.

Asiantuntijahaastatteluita toteutettiin vain yksi. Sisällyttämällä kirjallisuuskatsaukseen useampia asiantuntijahaastatteluita, oltaisiin voitu saada kattavampi kuva raha- ja digipeliongelmaisille suunnatun palvelujärjestelmän nykytilasta Suomessa. Haastateltaviksi valituilla asiantuntijoilla tiedettiin kuitenkin olevan laaja kokemus rahapeliongelmaisille suunnattujen hoitopalveluiden kehittämisestä Suomessa. Haastatellut asiantuntijat olivat keskustelleet haastattelun teemoista myös kahden sellaisen asiantuntijan kanssa, joilla oli erityistä tietämystä digipeliongelmaisille suunnatuista tuki- ja hoitopalveluista Suomessa.

Kirjallisuuskatsauksen perusteella saatiin tietoa ensisijaisesti raha- ja digipeliongelmaisten kuntoutuksessa käytettyjen interventioiden kirjosta. Koska kartoittavan kirjallisuuskatsauksen luonteeseen ei kuulu mukaan otettavien tutkimusten menetelmällisen laadun arviointi (Arksey ja O'Malley 2005), tarkasteltujen interventioiden hyödyistä voidaan tämän kirjallisuuskatsauksen perusteella tehdä ainoastaan suuntaa-antavia päätelmiä.

Esimerkiksi useassa kirjallisuuskatsaukseen mukaan otetussa tutkimuksessa käytettyyn tutkimusasetelmaan ei sisällynyt kontrolliryhmää. Näissä tutkimuksissa interventioiden hyödyt voivat olla tarkasteltuun interventioon osallistumisen lisäksi perusteltavissa esimerkiksi tutkittavien luonnollisella toipumisella (esim. Slutske 2006). Myös tutkimusten otoskoko (1–1 122 tutkittavaa) ja tutkittavien raha- tai digipeliongelman määritelmä ja vaikeusaste vaihtelivat. Useaan tutkimukseen ei myöskään sisällynyt seuranta-aikaa. Näitä tutkimusten menetelmälliseen laatuun liittyviä tekijöitä ei huomioitu kirjallisuuskatsauksen tuloksia raportoitaessa kirjallisuuskatsauksen kartoittavan luonteen vuoksi (esim. Arksey ja O'Malley 2005).

Koska kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli tuottaa tietoa myös raha- ja digipeliongelmaisten kuntoutuksessa käytettyjen interventioiden hyödyistä, kirjallisuuskatsauksen tuloksia raportoitaessa pyrittiin tuomaan esiin, kuinka laadukasta tutkimuksilla saatu tieto oli siltä osin kuin se oli mahdollista kartoittavan kirjallisuuskatsauksen viitekehyksessä. Tuloksia raportoitaessa esimerkiksi painotettiin löydöksiä tutkimuksista, joissa käytettiin satunnaistettua kontrolloitua asetelmaa. Lisäksi kirjallisuuskatsauksen tuloksia täydennettiin aiemmin toteutetuissa systemaattisissa kirjallisuuskatsauksissa tehdyillä havainnoilla raportin Pohdinta- ja Johtopäätökset-luvuissa.

Arvioitaessa erilaisten terapiasuuntausten hyötyjä on hyvä ottaa huomioon myös terapeutin ja asiakkaan välisen suhteen ja vuorovaikutuksen yhteys tarkasteltujen interventioiden hyötyi-

hin. Esimerkiksi Smithin ym. (2016) laadullisessa tutkimuksessa tarkasteltiin myös tutkittavien kokemuksia tarkasteltuihin terapiasuuntauksiin (kognitiivinen terapia ja altistusterapia) liittymättömistä tekijöistä ja niiden vaikutuksesta kuntoutuksen hyötyihin. Esimerkiksi terapeutin ja asiakkaan välinen yhteistyösuhde (terapeuttinen allianssi), kokemus välittämisestä ja se, että kuntoutuksen fokus oli rajattu juuri rahapelaamiseen liittyviin ongelmiin, mainittiin sellaisina tekijöinä, jotka tutkittavat olivat kokeneet kuntoutuksessa hyödyllisiksi riippumatta siitä, mikä oli intervention teoreettinen viitekehys. Terapiasuuntauksia yhdistävät tekijät, kuten pyrkimys toimivan yhteistyösuhteen rakentamiseen terapeutin ja asiakkaan välillä sekä empaattiseen vuorovaikutukseen, saattavat siis selittää osan tarkasteltujen interventioiden hyödyistä (esim. Wampold 2015).

Kirjallisuuskatsaukseen mukaan otetuissa tutkimuksissa tarkasteltujen interventioiden tavoitteet olivat pääasiassa hoidollisia eli interventioihin osallistuneiden raha- tai digipeliongelman oireiden vähentäminen. Kirjallisuuskatsausta toteutettaessa lähtöajatuksena oli, että näillä interventiolla voidaan tukea raha- ja digipeliongelmaisten työ- ja toimintakykyä tai itsenäistä selviytymistä. Määritelmällisesti kuntoutuksella tarkoitetaan kaikkea sellaista tavoitteellista toimintaa, jonka pyrkimyksenä on henkilön työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen tai parantaminen tai itsenäisen selviytymisen tukeminen (esim. Autti-Rämö ja Salminen 2016).

Kirjallisuuskatsauksen toteutti pääasiassa raportin ensimmäinen kirjoittaja. Raportin toisen kirjoittajan kanssa määriteltiin kirjallisuuskatsaukseen mukaan otettavan kirjallisuuden kriteerit ja mukaan otetuista tutkimusartikkeleista raportoitavat aiheet sekä keskusteltiin mukaanottokriteerien täyttymisen suhteen epäselvien tutkimusartikkelien sisällyttämisestä kirjallisuuskatsaukseen. Lisäksi kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella tehdyt johtopäätökset ja suositukset Kelalle muodostettiin yhdessä raportin toisen kirjoittajan kanssa. Kartoitettava kirjallisuuskatsaus tulisi toteuttaa systemaattisena tiimityönä (Levac ym. 2010). Jos kirjallisuuskatsauksen kaikki vaiheet olisi toteutettu yhdessä yhden tai useamman tutkijan kanssa, olisi se lisännyt kirjallisuuskatsauksen avulla tehtävien päätelmien luotettavuutta. Kirjallisuuskatsauksen toteuttamisen vaiheet on kuitenkin pyritty kuvaamaan raportissa läpinäkyvästi niin, että ulkopuolisen henkilön olisi mahdollista toteuttaa kirjallisuuskatsaus samalla tavoin raportoituja vaiheita noudattaen.

Kirjallisuuskatsaukseen mukaan otetuissa tutkimuksissa tarkastellut interventiot kuvattiin raporttiin ja raportin liitteinä oleviin taulukoihin mahdollisimman yhtenevästi ja tarkasti, mikä lisäsi kirjallisuuskatsauksen menetelmällistä laatua. Tarkka raportointi lisää myös kerätyn tiedon soveltuvuutta Kelan kuntoutusryhmän käyttöön, mahdollisten uusien kuntoutuspalveluiden suunnittelemisen tukena. Myös muut sellaiset tahot, jotka kehittävät hoito- tai kuntoutuspalveluita raha- ja digipeliongelmallisille voivat hyödyntää raporttiin ja taulukoihin kerättyä tietoa.

Suuressa osassa kirjallisuuskatsaukseen mukaan otetuista tutkimuksista enemmistö tutkittavista oli miehiä. Rahapeliongelmaisten kuntoutuksessa miesten ja naisten tuen tarpeet saattavat olla erilaisia. Miesten rahapeliongelma on yhdistetty impulsiiviseen käyttäytymiseen ja päihteiden käyttöön (Merkouris ym. 2016). Naisille rahapeliongelma kehittyy useammin myöhemmällä iällä ja nopeammin (ns. teleskooppi-ilmiö, esim. Grant ym. 2012) ja naisten rahapeliongelma liittyy useammin työttömyyteen, ahdistuneisuuteen ja lapsuusajan kaltoinkohteluun

(Merkouris ym. 2016). Miesten rahapelaaminen on yhdistetty strategisten pelien pelaamiseen, kun naisten rahapelaaminen on yhdistetty useammin oman ajan tarpeeseen ja niin sanottuun pakopelaamiseen (esim. Svensson 2013; Palmer du Preez ym. 2019). Kirjallisuuskatsauksen tuloksia sovellettaessa tämä on hyvä ottaa huomioon.

Jatkotutkimuksissa tulisi tarkastella, millaisia tuen muotoja raha- ja digipeliongelmaisten läheisille on tällä hetkellä saatavilla ja millaisten palveluiden kehittämiseksi saattaisi olla tarve suomalaisessa palvelujärjestelmässä. Vuonna 2019 noin 790 000 mannersuomalaista (21 %) raportoi, että yhdellä tai useammalla heidän läheisistään oli ollut rahapelaamiseen liittyviä ongelmia (Salonen ym. 2020, 13). Ongelmapelaaminen aiheuttaa läheisille useimmiten huolta pelaajan terveydestä ja hyvinvoinnista sekä tunne-elämän kuormittuneisuutta, kuten stressiä, syyllisyyttä ja ahdistuneisuutta. Pelaaminen voi aiheuttaa myös ongelmia ihmissuhteisiin, kuten erimielisyyksiä ja eristäytymistä tai johtaa ihmissuhteiden katkeamiseen. (Salonen ja Raisamo 2015, 90.) Yhdessä kirjallisuuskatsaukseen mukaan otetussa tutkimuksessa (Nilsson ym. 2018) tarkasteltiin pariterapiana toteutettua kuntoutusinterventiota, johon sisältyi myös pelaajan läheiselle suunnattu osio. Tutkimuksessa todettiin, että ainoastaan ongelmapelaamisen vähentyminen ei ollut riittävä tuen muoto pelaajan läheiselle pelaamisesta aiheutuneista haitoista selviytymiseksi. Myös haastateltujen asiantuntijoiden mukaan raha- ja digipeliongelmaisten läheisille tulisi Suomessa suunnata nykyistä enemmän palveluita.

## 10 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli tuottaa tietoa raha- ja digipeliongelmaisten kuntoutuksessa käytetyistä interventioista. Tiedon perusteella on tarkoitus arvioida Kelan mahdollista roolia kuntoutuspalveluiden järjestäjänä raha- ja digipeliongelmaisille tulevaisuudessa. Kirjallisuuskatsauksen avulla saatiin tietoa raha- ja digipeliongelmaisten kuntoutuksessa käytetyistä, ammattilaisen tuella toteutetuista interventioista ja niiden hyödyistä.

**Rahapeliongelmaisten kuntoutus.** Rahapeliongelmaisten kuntoutuksessa vaikuttavimmiksi todetut interventiot perustuvat kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan ja motivoivaan haastatteluun. Kuntoutuksen kesto on tavallisesti 10–12 käyntikertaa. Useimmiten kuntoutus toteutetaan yksilötapaamisina ja terapeutin kanssa kasvotusten. Kuntoutus voidaan toteuttaa myös etäyhteyksien välityksellä esimerkiksi puhelimitse, sähköpostitse tai verkkoapupalvelun välityksellä. Esimerkiksi pelaamisesta annettu palaute tai auttavan puhelimen kautta annettu neuvonta saattaa olla riittävä tuen muoto, jos rahapeliongelman oireet ovat vähemmän merkittäviä. Jos ongelmapelaamiseen liittyy esimerkiksi impulsiivista käyttäytymistä tai päihteiden ongelmakäyttöä, kuntoutukseen olisi hyvä sisältyä kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan ja motivoivaan haastatteluun perustuvien sisältöjen lisäksi myös esimerkiksi skeematerapiaan ja traumaterapiaan perustuvia sisältöjä.

Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa rahapelaamiseen liittyvien haittojen seurannasta ja tutkimuksesta sekä niiden ehkäisyn ja hoidon kehittämisestä Suomessa. Kokonaisuuden toteuttamista koordinoi Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Rahapeliiongelmaisille suunnattujen hoito- ja kuntoutuspalveluiden kehittämiseksi on tehty Suomessa tutkimus- ja kehittämistyötä. Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten rahapelaamiseen liittyvää asiantuntemusta on pyritty parantamaan koulutuksin. Rahapeliiongelmaisille suunnatun palvelujärjestelmän vahvuutena on rahapelaamiseen erikoistunut palvelukokonaisuus Peliklinikka ja Peluurin sähköinen palvelukokonaisuus. Peluurin sähköiseen palvelukokonaisuuteen kuuluu esimerkiksi verkkoperustainen Peli poikki -ohjelma rahapeliiongelman hoitoon.

Rahapeliiongelmiin erikoistuneiden kuntoutuspalveluiden saatavuudessa on tähän mennessä ollut alueellisia eroja. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille tulisi järjestää edelleen lisää koulutusta rahapeliiongelman tunnistamisesta, puheeksiotosta, lyhytneuvonnasta ja hoidosta. Kun asiakkaalla on rahapeliiongelma, kuntoutuspäätöksen lakiperuste voi vaihdella. Tämä vaikuttaa kuntoutusrahan myöntämisedellytyksiin ja siten saatetaan virheellisesti tulkita epäyhteenväisyyksiksi Kelan tekemissä kuntoutusrahapäätöksissä.

Kirjallisuuskatsauksen perusteella suomalaisessa palvelujärjestelmässä olisi tilaa Kelan järjestämille täydentäville kuntoutuspalveluille, ensisijaisesti paikkaamaan rahapeliiongelmiin erikoistuneiden kuntoutuspalveluiden saatavuudessa olevia alueellisia puutteita. Kuntoutuspalvelun tulisi perustua tutkimusnäyttöön, esimerkiksi Suomessa jo käytössä olevaan Rahapeli-riippuvuus hallintaan -ohjelmaan. Kuntoutuspalvelu tulisi suunnitella yhteistyössä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa.

On tärkeää varmistaa, että Kelan asiakas- ja ratkaisutyössä on riittävästi tietoa rahapeliiongelman tunnistamisesta, puheeksiotosta ja saatavilla olevista tuki- ja hoitopalveluista ongelmapeleihin. Voitaisiin myös tarkistaa, miten rahapeliiongelma kirjataan Kelan asiakastietojärjestelmiin ja voitaisiinko rahapeliiongelmaisten määrää tilastoida Kelassa.

**Digipeliiongelmaisten kuntoutus.** Digipeliiongelmaisten kuntoutuksessa kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvien interventioiden hyödyistä on alustavaa näyttöä. Interventioita ei ole tutkittu vielä riittävän laadukkailla tutkimusasetelmilla, jotta niiden hyödyistä voitaisiin tehdä vahvoja päätelmiä. Interventioihin voi sisältyä kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvien sisältöjen lisäksi muun muassa kuntoutukseen osallistuvan henkilön itsetuntemuksen tai itsetunnon, ongelmanratkaisutaitojen, vuorovaikutustaitojen ja perhesuhteiden vahvistamiseen liittyviä sisältöjä. Kuntoutus toteutetaan tavallisesti terapeutin kanssa kasvotusten yksilö- tai ryhmätapaamisina. Myös kuntoutukseen osallistuvan henkilön perheenjäsenet voivat osallistua kuntoutukseen.

Digipeliiongelmaisille suunnattujen hoito- ja kuntoutuspalveluiden kehittäminen on Suomessa vasta aluillaan. Suomalaisessa palvelujärjestelmässä ei esimerkiksi ole nimetty sellaista julkista toimijaa, jonka vastuulla olisi seurata ja tutkia digipelaamisesta aiheutuvia haittoja sekä kehittää niiden ehkäisyä ja hoitoa. Palvelujärjestelmässä ei ole riittävästi tietoa digipelaamisen ilmiöstä eikä esimerkiksi rahapelaamisen ja digipelaamisen yhtäläisyyksistä ja eroavaisuuksista. Digipelaamiseen liittyvät ongelmat on tunnistettu enenevässä määrin esiin tulevaksi ongelmaksi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa.

Digipeli-ongelmaisten kuntoutuksen kehittämisessä voitaisiin hyödyntää Kelan kehittämisosaamista. Kelassa on kehitetty mielenterveyden edistämiseen tähtäviä kuntoutuskursseja nuorille ja nuorten syrjäytymisen ehkäisyyn suunnattujen palveluiden kehittämiseen on kiinnitetty huomiota (esim. Kela 2020b). Kelan kannattaisikin arvioida mahdollisuutta järjestää kuntoutuspalveluita digipeli-ongelmista kärsiville nuorille, tai tarjota heille tukea osana jo olemassa olevia nuorten kuntoutuskursseja. Mahdollinen uusi kuntoutuspalvelu tulisi kehittää yhteistyössä niiden toimijoiden kanssa, jotka jo nyt järjestävät tuki- ja hoitopalveluita digipeli-ongelmallisille. Kuntoutuspalvelun sisältö tulisi perustua tutkimusnäyttöön. Palveluun voisi sisältyä esimerkiksi nuoren itsetuntemuksen tai itsetunnon, ongelmanratkaisutaitojen, vuorovaikutustaitojen ja perhesuhteiden vahvistamiseen liittyviä sisältöjä.

Lisäksi olisi hyvä varmistaa, että Kelan asiakas- ja ratkaisutyössä on tietoa digipelaamisen ilmiöstä ja digipelaamiseen liittyvistä ongelmista sekä siitä, minne ongelmapelaamisesta kärsivä henkilö voidaan tarvittaessa ohjata tuen piiriin.

## LÄHTEET

Aarseth E, Bean AM, Boonen H ym. Scholars' open debate paper on the World Health Organization ICD-11 Gaming Disorder proposal. *Journal of Behavioral Addictions* 2017; 6 (3): 267–270.

Abbott MW. Self-directed interventions for gambling disorder. *Current Opinion in Psychiatry* 2019; 32 (4): 307–312.

Abbott M, Bellringer M, Garrett N, Mundy-McPherson S. New Zealand 2012 National Gambling Study. Gambling harm and problem gambling (Report number 2). Auckland: Auckland University of Technology, Gambling and Addictions Research Centre, 2014a.

Abbott M, Bellringer M, Palmer du Preez K ym. Randomised controlled trial of problem gambling brief telephone interventions. Three years later. Auckland: Auckland University of Technology, Gambling and Addictions Research Centre, 2015.

Abbott M, Hodgins DC, Bellringer M ym. Brief telephone interventions for problem gambling. A randomized controlled trial. *Addiction* 2018; 113 (5): 883–895.

Abbott MW, Romild U, Volberg RA. Gambling and problem gambling in Sweden. Changes between 1998 and 2009. *Journal of Gambling Studies* 2014b; 30: 985–999.

Abbott MW, Volberg RA. The New Zealand national survey of problem and pathological gambling. *Journal of Gambling Studies* 1996; 12 (2): 143–160.

Alho H, Lahti T. Rahapeliongelman hoitovaihtoehdot. Julkaisussa: Alho H, Heinälä P, Kiiänmaa K, Lahti T, Murto A, toim. Rahapeli-riippuvuus. Helsinki: Duodecim, 2015a: 111–112.

Alho H, Lahti T. Rahapeli-riippuvuuden hoitomuodon valinta. Julkaisussa: Alho H, Heinälä P, Kiiänmaa K, Lahti T, Murto A, toim. Rahapeli-riippuvuus. Helsinki: Duodecim, 2015b: 114.



- Arksey H, O'Malley L. Scoping studies. Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology* 2005; 8 (1): 19–32.
- Autti-Rämö I, Salminen A-L. Kuntoutuksesta kuntoutumisen käsitteeseen. Julkaisussa: Autti-Rämö I, Salminen A-L, Rajavaara M, Ylinen A, toim. Kuntoutuminen. Helsinki: Duodecim, 2016.
- Bellringer M, Pulford J, Abbott M, DeSouza R, Clarke D. Problem gambling. Barriers to help-seeking behaviours. Final Report. Auckland: Auckland University of Technology, 2008.
- Billi R, Stone CA, Marden P, Yeung K. The Victorian gambling study. A longitudinal study of gambling and health in Victoria, 2008–2012. Victoria: Victorian Responsible Gambling Foundation, 2014.
- Björkenheim C, Heiskanen M, Kämppi J ym. Peliklinikka. Toimintakatsaus 2017–2018. Helsinki: Peliklinikka, 2019.
- Blaszczynski A, Nower L. A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction* 2002; 97: 487–499.
- Boudreault C, Giroux I, Jacques C, Goulet A, Simoneau H, Ladouceur R. Efficacy of a self-help treatment for at-risk and pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies* 2018; 34 (2): 561–580.
- Brooks GA, Clark L. Associations between loot box use, problematic gaming and gambling, and gambling-related cognitions. *Addictive Behaviors* 2019; 96: 26–34.
- Brown RA, Abrantes AM, Read JP. A pilot study of aerobic exercise as an adjunctive treatment for drug dependence. *Mental Health and Physical Activity* 2010; 3 (1): 27–34.
- Casey LM, Oei TPS, Raylu N ym. Internet-based delivery of cognitive behaviour therapy compared to monitoring, feedback and support for problem gambling. A randomised controlled trial. *Journal of Gambling Studies* 2017; 33 (3): 993–1010.
- Castrén S, Lahti T. Kognitiivinen käyttäytymisterapia rahapeliriippuvuuden hoidossa. Julkaisussa: Alho H, Heinälä P, Kiiänmaa K, Lahti T, Murto A, toim. Rahapeliriippuvuus. Helsinki: Duodecim, 2015: 122–124.
- Castrén S, Basnet S, Salonen AH ym. Factors associated with disordered gambling in Finland. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 2013a; 8 (24). DOI: 10.1186/1747-597X-8-24.
- Castrén S, Sjöholm M, Lahti T. Virtuaalituoki rahapeliongelmissa. Nykytilanne Suomessa ja tulevaisuuden kehityssuunnat. *Duodecim* 2013b; 129, 1773–1777.
- Castrén S, Salonen AH, Alho H, Lahti T. Rahapeliriippuvuuden diagnostiikka muutoksessa. *Suomen Lääkärilehti* 2014; 7 (69): 469–472.
- Castrén S, Lahti T, Salonen A. Psykologisten tekijöiden vaikutus rahapeliongelman kehittymiseen. Julkaisussa: Alho H, Heinälä P, Kiiänmaa K, Lahti T, Murto A, toim. Rahapeliriippuvuus. Helsinki: Duodecim, 2015a: 60–62.
- Castrén S, Alho H, Lahti T. Hoitopalvelut rahapeliongelmissa. Julkaisussa: Alho H, Heinälä P, Kiiänmaa K, Lahti T, Murto A, toim. Rahapeliriippuvuus. Helsinki: Duodecim, 2015b: 137–138.

Castrén S, Salonen AH, Lahti T, Alho H. Rahapeliongelmaisten hoito on vielä hajanaista. Suomen Lääkärilehti 2015c; 10 (70): 650–655.

Castrén S, Alho H, Salonen AH. Rahapeliongelma sosiaali- ja terveydenhuollossa. Ammattilaisten näkemyksiä. Yhteiskuntapolitiikka 2016; 81 (4): 418–428.

Centre québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du jeu (CQEPTJ). Jeu me questionne. Québec: Université Laval, 2012.

Clarke D, Tse S, Abbott M, Townsend S, Kingi P, Manaia W. Key indicators of the transition from social to problem gambling. International Journal of Mental Health and Addiction 2006; 4 (3): 247–264.

Cowlishaw S, Merkouris S, Dowling N, Anderson C, Jackson A, Thomas S. Psychological therapies for pathological and problem gambling. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, 11. Art. No.: CD008937.

Currie SR, Casey DM, Hodgins DC. Improving the psychometric properties of the Problem Gambling Severity Index. Canadian Consortium for Gambling Research, 2010.

Derevensky JL, Merrick J, Shek DTL. Youth gambling. The hidden addiction. Boston, MA: Walter de Gruyter, 2011.

Digipelirajat'on. [Vertaisryhmät](#). Helsinki: Sosped-säätiö, 2020. Viitattu: 27.8.2020.

Evans L, Delfabbro PH. Motivators for change and barriers to help-seeking in Australian problem gamblers. Journal of Gambling Studies 2005; 21 (2): 133–155.

Fauth-Bühler M, Mann K. Neurobiological correlates of internet gaming disorder. Similarities to pathological gambling. Addictive Behaviors 2017; 64: 349–356.

Ferris J, Wynne H. The Canadian Problem Gambling Index. Final report. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse, 2001.

Gainsbury S, Hing N, Suhonen N. Professional help-seeking for gambling problems. Awareness, barriers and motivators for treatment. Journal of Gambling Studies 2014; 30: 503–519.

Garcia-Caballero A, Torrens-Lluch M, Ramirez-Gendrau I, Garrido G, Valles V, Aragay N. The efficacy of motivational intervention and cognitive-behavioral therapy for pathological gambling. Adicciones 2018; 30 (3): 217–222.

González-Bueso V, Santamaría JJ, Fernández D, Merino L, Montero E, Ribas J. Association between internet gaming disorder or pathological video-game use and comorbid psychopathology. A comprehensive review. International Journal of Environmental Research and Public Health 2018; 15 (4): 668. DOI: 10.3390/ijerph15040668.

Grant JE, Odlaug BL, Mooney ME. Telescoping phenomenon in pathological gambling. Association with gender and comorbidities. Journal of Nervous and Mental Disease 2012; 200 (11): 996–998.

Grant JE, Potenza MN, Weinstein A, Gorelick DA. Introduction to behavioral addictions. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse 2010; 36 (5): 233–241.

Griffiths M. A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use* 2005; 10 (4): 191–197.

Griffiths MD, Kuss DJ, Lopez-Fernandez O, Pontes HM. Problematic gaming exists and is an example of disordered gaming. *Journal of Behavioral Addictions* 2017; 6 (3): 296–301.

Haagsma MC, Caplan SE, Peters O, Pieterse ME. A cognitive-behavioral model of problematic online gaming in adolescents aged 12–22 years. *Computers in Human Behavior* 2013; 29 (1): 202–209.

Helsingin Sanomat 1.7.2019. [Veikkaus rinnastaa rahapelaamisen kahvilla käyntiin: "Olisi kyllä tylikästä, jos Alko mainostaisi, että huikka Leijona-pullosta kuuluu monen päivä-rutiineihin"](#). Kotimaa. Viitattu 7.10.2020.

Hodgins DC, El-Guebaly N. Natural and treatment-assisted recovery from gambling problems. A comparison of resolved and active gamblers. *Addiction* 2000; 95 (5): 777–789.

Hodgins DC, Makarchuk K. *Becoming a winner. Defeating problem gambling*. Calgary: University of Calgary Press, 1998.

Hong JS, Kim SM, Kang KD ym. Effect of physical exercise intervention on mood and frontal alpha asymmetry in internet gaming disorder. *Physical exercise intervention for IGD. Mental Health and Physical Activity* 2020; 18: 100318.

Itäpuisto M. Peliongelmaisen hoitoon hakeutumisen esteet. *Yhteiskuntapolitiikka* 2011; 76 (3): 309–319.

Jaakkola T. Pelihimo. Miten tunnistaa salattu ongelma? *Duodecim* 2008; 124: 504–510.

Järvinen-Tassopoulos J, toim. *Suomalaisen rahapelaamisen tilannekatsaus 2017*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2018.

Karila I. [Kognitiiviset psykoterapiat](#). Julkaisussa: Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, Partonen M, toim. *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim, 2019. Viitattu 8.7.2020.

Kela 16.4.2020. [Vaativa lääkinällinen kuntoutus](#). Helsinki: Kela. Viitattu 14.10.2020.

Kela 30.8.2017. [Mielenterveyskuntoutuksesta tukea toipumiseen](#). Helsinki: Kela. Viitattu 5.8.2020.

Kela. [Harkinnanvarainen kuntoutus](#). Helsinki: Kela. Viitattu 5.8.2020a.

Kela. [NEET-nuorten kuntoutuksen kehittäminen](#). Helsinki: Kela. Viitattu 24.8.2020b.

Keng SL, Smoski MJ, Robins CJ. Effects of mindfulness on psychological health. A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review* 2011; 31 (6): 1041–1056.

Kim HS, Salmon M, Wohl MJA, Young M. A dangerous cocktail. Alcohol consumption increases suicidal ideations among problem gamblers in the general population. *Addictive Behaviors* 2016; 55: 50–55.

King DL, Delfabbro PH, Wu AMS ym. Treatment of internet gaming disorder. An international systematic review and CONSORT evaluation. *Clinical Psychology Review* 2017; 54: 123–133.

Kinnunen J, Jaakkola T. Mikä rahapeleissä koukuttaa? Julkaisussa: Alho H, Heinälä P, Kiiänmaa K, Lahti T, Murto A, toim. Rahapeliriippuvuus. Helsinki: Duodecim, 2015: 40–41.

Kinnunen J, Lilja P, Mäyrä F. Pelaajabarometri 2018. Monimuotoistuva mobiilipelaaminen. Tampere: Tampereen yliopisto, TRIM Research Reports 28, 2018.

Kosola S. Lasten ja nuorten netti- ja peliriippuvuus. Pitääkö olla huolissaan? Lääkärilehti 2020; 6: 324–329.

Kuss DJ, Griffiths MD. Internet gaming addiction. A systematic review of empirical research. Journal of Gambling Studies 2012; 10: 278–296.

Kuuluvainen S, Mustonen T. Digitaalinen viihdepelaaminen ja digipeliriippuvuus. Katsaus pelaamisen eri ulottuvuuksiin (2. painos). Helsinki: Sosiaalipedagogiikan säätiö, 2019.

Ladouceur R, Lachance S. Overcoming your pathological gambling. Therapist manual. Oxford: Oxford Press, 2007.

#### *Lait*

L 1047/2001. Arpajaislaki.

L 566/2005. Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista.

Lattunen K. Talous- ja velkaneuvonta rahapeliongelmienv hoidossa. Julkaisussa: Alho H, Heinälä P, Kiiänmaa K, Lahti T, Murto A, toim. Rahapeliriippuvuus. Helsinki: Duodecim, 2015a: 153–156.

Lattunen K. Edunvalvonta ja rahapeliongelmaan liittyvät vaikeudet. Julkaisussa: Alho H, Heinälä P, Kiiänmaa K, Lahti T, Murto A, toim. Rahapeliriippuvuus. Helsinki: Duodecim, 2015b: 156–157.

Lattunen K. Toimeentulotuen saaminen rahapeliongelmienv aiheuttamassa tilanteessa. Julkaisussa: Alho H, Heinälä P, Kiiänmaa K, Lahti T, Murto A, toim. Rahapeliriippuvuus. Helsinki: Duodecim, 2015c: 157.

Lesieur HR, Blume SB. The South Oaks Gambling Screen (SOGS). A new instrument for the identification of pathological gamblers. American Journal of Psychiatry 1987; 144 (9): 1184–1188.

Lesieur HR, Blume SB. Revising the South Oaks Gambling Screen in different settings. Journal of Gambling Studies 1993; 9 (3): 213–219.

Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies. Advancing the methodology. Implementation Science 2010; 5 (69). DOI: 10.1186/1748-5908-5-69.

Li W, Garland EL, McGovern P, O'Brien JE, Tronnier C, Howard MO. Mindfulness-oriented recovery enhancement for internet gaming disorder in U.S. adults. A stage I randomized controlled trial. Psychology of Addictive Behaviors 2017; 31 (4): 393–402.

Lorains FK, Cowlishaw S, Thomas SA. Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling. Systematic review and meta-analysis of population surveys. Addiction 2011; 106 (3): 490–498.

Luquiens A, Tanguy ML, Lagadec M, Benyamina A, Aubin HJ, Reynaud M. The efficacy of three modalities of internet-based psychotherapy for non-treatment-seeking online problem gamblers. A randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research* 2016; 18 (2): e36.

Lynch WJ, Peterson AB, Sanchez V, Abel J, Smith MA. Exercise as a novel treatment for drug addiction. A neurobiological and stage-dependent hypothesis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 2013. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2013.06.011.

Lääkärilehti 15.6.2018. [ICD-11 ei tule vielä Suomeen](#). Viitattu 10.7.2020.

Lönnqvist J. [Diagnoosiluokitukset ICD ja DSM](#). Julkaisussa: Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, Partonen M, toim. *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim, 2019. Viitattu 9.7.2020.

Maailman terveysjärjestö (World Health Organization, WHO). ICD-10. International statistical classification of diseases and related health problems. Tenth revision. Geneva: World Health Organization, 1999.

Maailman terveysjärjestö. [ICD-11. International classification of diseases for mortality and morbidity statistics \(11th Revision\)](#). Geneva: Maailman terveysjärjestö, 2018. Viitattu 12.8.2020.

Maniaci G, La Cascia C, Ferraro L ym. The efficacy of a functional therapy program for gambling disorder. A pilot study. *Acta Medica Mediterranea* 2018; 34 (5): 1447–1452.

Maynard BR, Wilson AN, Labuziński E, Whiting SW. Mindfulness-based approaches in the treatment of disordered gambling. A systematic review and meta-analysis. *Research on Social Work Practice* 2018; 28 (3): 348–362.

McIntosh CC, Crino RD, O'Neill K. Treating problem gambling samples with cognitive behavioural therapy and mindfulness-based interventions: a clinical trial. *Journal of Gambling Studies* 2016; 32 (4): 1305–1325.

Melville KM, Casey LM, Kavanagh DJ. Psychological treatment dropout among pathological gamblers. *Clinical Psychology Review* 2007; 27 (8): 944–958.

Merkouris S, Thomas A, Shandley K, Rodda S, Oldenhof E, Dowling N. An update on gender differences in the characteristics associated with problem gambling. A systematic review. *Current Addiction Reports* 2016; 3 (3): 254–267.

Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing. Preparing people for change. (2. painos). New York, NY: Guildford Press, 2013.

Mooney A, Roberts A, Bayston A, Bowden-Jones H. The piloting of a brief relational psychodynamic protocol (psychodynamic addiction model) for problem gambling and other compulsive addictions. A retrospective analysis. *Counselling & Psychotherapy Research* 2019; 19 (4): 484–496.

Mustalampi S, Partanen A. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut rahapeliongelmissa. Julkaisussa: Alho H, Heinälä P, Kiiänmaa K, Lahti T, Murto A, toim. *Rahapeli riippuvuus*. Helsinki: Duodecim, 2015: 131–133.

Myrseth H, Brunborg GS, Eidem M. Differences in cognitive distortions between pathological and non-pathological gamblers with preferences for chance or skill games. *Journal of Gambling Studies* 2010; 26: 561–569.

- Männikkö N, Billieux J, Nordström T, Koivisto K, Kääriäinen M. Problematic gaming behaviour in Finnish adolescents and young adults. Relation to game genres, gaming motives and self-awareness of problematic use. *International Journal of Mental Health and Addiction* 2017; 15 (2): 324–338.
- Nilsson A, Magnusson K, Carlbring P, Andersson G, Gumpert CH. The development of an internet-based treatment for problem gamblers and concerned significant others. A pilot randomized controlled trial. *Journal of Gambling Studies* 2018; 34 (2): 539–559.
- Nower L, Mills D, Anthony WL. Gambling disorder. The first behavioral addiction. Julkaisussa: Begun AL, Murray MM, toim. *The Routledge Handbook of Social Work and Addictive Behaviors*. New York, NY: Routledge, 2020.
- Oei TPS, Raylu N, Lai WW. Effectiveness of a self help cognitive behavioural treatment program for problem gamblers. A randomised controlled trial. *Journal of Gambling Studies* 2018; 34 (2): 581–595.
- Pajula M, Sjöholm M. Rahapeliongelmien tuki- ja neuvontapalvelut. Julkaisussa: Alho H, Heinälä P, Kianmaa K, Lahti T, Murto A, toim. *Rahapeli-riippuvuus*. Helsinki: Duodecim, 2015: 133–136.
- Palmer du Preez K, Mauchline L, Paavonen A-M ym. A mixed methods analysis of gambling harm for women in New Zealand. Auckland: Auckland University of Technology, 2019.
- Paulus FW, Ohmann S, von Gontard A, Popow C. Internet gaming disorder in children and adolescents. A systematic review. *Developmental Medicine & Child Neurology* 2018; 60 (7): 645–659.
- Penna AC, Kim HS, de Brito AMC, Tavares H. The Impact of an exercise program as a treatment for gambling disorder. A randomized controlled trial. *Mental Health and Physical Activity* 2018; 15: 53–62.
- Petry NM, Ginley MK, Rash CJ. A systematic review of treatments for problem gambling. *Psychology of Addictive Behaviors* 2017; 31 (8): 951–996.
- Pontes HM, Király O, Demetrovics Z, Griffiths MD. The conceptualisation and measurement of DSM-5 internet gaming disorder: The development of the IGD-20 Test. *PLoS One* 2014; 9 (10): e110137. DOI: 10.1371/journal.pone.0110137.
- Raiski T-L. Osaamistarve rahapeliongelmien ehkäisyssä ja hoidossa. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus, Raportti 3, 2011.
- Raylu N, Oei TP. Role of culture in gambling and problem gambling. *Clinical Psychology Review* 2004; 23 (8): 1087–1114.
- Restart-ohjelma. [Uusi Restart-ohjelma on digipelaajan tukena muutoksessa](#). Helsinki: Sosiaalisen ja terveysministeriön. Viitattu 24.8.2020.
- Rispoli L. The basic experience and the development of the self. Development from the point of view of functional psychotherapy. Bern: Peter Lang, 2008.
- Rockloff M, Browne M, Hing N ym. Victorian population gambling and health study 2018–2019. Melbourne: Victorian Responsible Gambling Foundation, 2020.
- Rodda SN, Lubman DI, Jackson AC, Dowling NA. Improved outcomes following a single session web-based intervention for problem gambling. *Journal of Gambling Studies* 2017; 33 (1): 283–299.

- Sakuma H, Mihara S, Nakayama H ym. Treatment with the Self-Discovery Camp (SDiC) improves internet gaming disorder. *Addictive Behaviors* 2017; 64: 357–362.
- Salminen A-L, Hiekkala S, Stenberg J-H. Etäkuntoutus. Helsinki: Kela, 2016.
- Salonen A, Raisamo S. Suomalaisten rahapelaaminen 2015. Rahapelaaminen, rahapeliongelmat ja rahapelaamiseen liittyvät asenteet ja mielipiteet 15–74-vuotiailla. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 16, 2015.
- Salonen AH, Kontto J, Alho H, Castrén S. Suomalaisten rahapelikulutus. Keneltä rahapeliyhtiöiden tuotot tulevat? *Yhteiskuntapolitiikka* 2017; 82 (5): 549–559.
- Salonen A, Hagfors H, Lind K, Kontto J. Rahapelaaminen ja peliongelmat. Suomalaisten rahapelaaminen 2019. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Tilastoraportti 8, 2020.
- Schuler A, Ferentzy P, Turner NE ym. Gamblers Anonymous as a recovery pathway. A scoping review. *Journal of Gambling Studies* 2016; 32 (4): 1261–1278.
- Slutske WS. Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling. Results of two U.S. national surveys. *American Journal of Psychiatry* 2006; 163 (2): 297–302.
- Smith D, Pols R, Lavis T, Battersby M, Harvey P. Experiences and perceptions of problem gamblers on cognitive and exposure therapies when taking part in a randomised controlled trial. A qualitative study. *Journal of Gambling Studies* 2016; 32 (4): 1243–1260.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. [Sosiaali- ja terveysministeriö linjasi painopisteet rahapeliongelmien ehkäisyyn ja hoidon kehittämiseksi vuosille 2020–2023](#). Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Tiedote 2, 2019. Viitattu 5.8.2020.
- Suurvali H, Cordingley J, Hodgins DC, Cunningham J. Barriers to seeking help for gambling problems. A review of the empirical literature. *Journal of Gambling Studies* 2009; 25 (3): 407–424.
- Svensson J. Gambling and gender. A public health perspective. Östersund: Mid Sweden University, Department of Health Science, Doctoral Thesis 149, 2013.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Rahapeli riippuvuus hallintaan. Terapeutin manuaali. (Alkup. Ladouceur R, Lachance S. Overcoming your pathological gambling, Therapist manual. Suom. Castrén S, Kuronen K.) Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Opas 41, 2016.
- Tilastokeskus. Vapaa-ajan osallistuminen 2017. Digipelaaminen. Helsinki: Tilastokeskus, Suomen virallinen tilasto, 2019.
- Toneatto T. Single-session interventions for problem gambling may be as effective as longer treatments. Results of a randomized control trial. *Addictive Behaviors* 2016; 52: 58–65.
- Toneatto T, Pillai S, Kosky B. Tele-counselling for problem gambling: a case study. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 2017; 47: 191–198.
- Torres-Rodriguez A, Griffiths MD, Carbonell X, Oberst U. Treatment efficacy of a specialized psychotherapy program for internet gaming disorder. *Journal of Behavioral Addictions* 2018; 7 (4): 939–952.

- Tuomi J, Sarajärvi A. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi (1. painos 2002). Helsinki: Tammi, 2018.
- von Hammerstein C, Miranda R, Aubin HJ ym. Mindfulness and cognitive training in a CBT-resistant patient with gambling disorder. A combined therapy to enhance self-control. *Journal of Addiction Medicine* 2018; 12 (6): 484–489.
- Wampold BE. How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry* 2015; 14 (3): 270–277.
- Wardle H, Moody A, Spence S ym. British gambling prevalence survey 2010. London: National Centre for Social Research, 2011.
- Wölfling K, Beutel ME, Müller KW. Construction of a standardized clinical interview to assess internet addiction: first findings regarding the usefulness of AICA-C. *Journal of Addiction Research & Therapy* 2012; S6.
- Wölfling K, Beutel ME, Müller KW. OSV-S—Skala zum Onlinesuchtverhalten. Julkaisussa: Geue K, Strauß B, Brähler E, toim. Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie (Diagnostik für Klinik und Praxis). Göttingen: Hogrefe, 2016.
- Wölfling K, Müller KW, Dreier M, Ruckes C, Deuster O, Batra A, ym. Efficacy of short-term treatment of internet and computer game addiction. A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2019; 76 (10): 1018–1025.
- Zajac K, Ginley MK, Chang R. Treatments of internet gaming disorder: a systematic review of the evidence. *Expert Review of Neurotherapeutics* 2020; 20 (1): 85–93.
- Zajac K, Ginley MK, Chang R, Petry NM. Treatments for internet gaming disorder and internet addiction. A systematic review. *Psychology of Addictive Behaviors* 2017; 31 (8): 979–994.
- Zhuang XY, Wong DFK, Ng TK, Jackson AC, Dowling NA, Lo HH-M. Evaluating the effectiveness of an integrated Cognitive-Behavioural Intervention (CBI) model for male problem gamblers in Hong Kong. A matched-pair comparison design. *Journal of Gambling Studies* 2018; 34: 969–985.
- Yhdysvaltojen psykiatriyhdistys (American Psychiatric Association). Diagnostic and statistical manual of mental health disorders. Fifth edition. DSM-5. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
- YLE 20.8.2019. ["Halusin ostaa perheelleni ruokaa, mutta jo kauppaan mennessä pelotti" – lue mitä peliriippuvainen ja 4 muuta tekisivät peliautomaateille](#). Viitattu 24.8.2020.