

Rahapeli­riippu­vuuden tunnistamiseen kehitetyt mittarit

Artikkelissa kuvataan ja arvioidaan aikuisten rahapeli­riippu­vuuden tunnistamiseen kehitettyjä mittareita. Kansainvälisten katsausten perusteella tarkasteluun poimittiin 14 mittaria tai mittariversiota ryhmiteltyinä pitkiin, keskipitkiin ja lyhyisiin mittareihin. Artikkelissa kuvataan mittareiden taustalla olevia perusteita, mittareiden käyttötarkoitusta, kohderyhmää ja luotettavuutta, sekä rahapeli­riippu­vuuden tarkastelun aikajännettä ja luokittelua.

Mittarin käyttökelpoisuuteen vaikuttavia tekijöitä ovat kohderyhmä, käyttötarkoitus ja asiayhteys. Yleistäen lyhyet mittarit näyttäisivät soveltuvan parhaiten kliiniseen työhön, kun taas pidemmät mittarit ovat usein parhaita vaihtoehtoja tutkimustarkoituksissa.

Katsauksen perusteella pitkistä mittareista luotettavimmiksi osoittautuivat SOGS ja PPGM, keskipitkistä PGSI ja lyhyistä BBS, NODS-Clip ja Lie/Bet. Suomessa käytössä olevat mittarit sijoittuivat mittarivertailussa hyvin, mutta niiden luotettavuudesta suomalaisessa kontekstissa ei ole tutkimustietoa.

ANNE H. SALONEN, SARI CASTRÉN, SUSANNA RAISAMO, HANNU ALHO, TUULI LAHTI

JOHDANTO

Rahapeli­riippu­vuudella tarkoitetaan vakavuudeltaan lievistä vakavaan vaihtelevia rahapelaamisen ongelmia. Rahapeli­riippu­vuuden tunnistaminen on vaikeaa ja luotettaville rahapeli­riippu­vuuden tunnistamisessa käytettäville mittareille on tarvetta sekä kliinisessä että tutkimustyössä. Rahapeli­riippu­vuuden esiintyvyyden tarkastelu väestötasolla tuottaa ehkäisy-, hoito- ja palvelujärjestelmien kehittämistyössä tarvittavaa tietoa liiallisen rahapelaamisen yleisyydestä ja siihen liittyvistä haitoista. Rahapeli­riippu­vuuden varhainen tunnistaminen on keskeistä myös asiakkaiden hoitoonohjauksen ja hoidon onnistumisen näkökulmasta.

Viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana rahapeli­riippu­vuuden tunnistamiseen kehitettyjen mittareiden määrä on lisääntynyt huimaa vauhtia. Ensimmäiset rahapeli­riippu­vuutta arvioivat mittarit kehitettiin 1970-luvulla. Ensimmäisessä näitä mittareita kartoitettavassa katsauksessa tarkasteltiin vain kahta mittaria (Volberg ja Banks 1990). 2000-luvulla rahapeli­riippu­vuutta arvioivien mittareiden määrä nousi pariin kymmeneen

(Neal ym. 2005, Abbott ja Volberg 2006) ja vuoteen 2012 mennessä yksinomaan väestötutkimuksissa on käytetty ainakin 242 erilaista mittaria (Williams ym. 2012).

RAHAPELI­RIIPPU­VUUTTA KUVAAVAT KÄSITTEET JA KRITERIT

Vuosikymmenten kehittämistyön jälkeen yksi keskeisimmistä mittaamisen menetelmällistä haasteista liittyy edelleen rahapeliongelman määrittelyyn ja käytettyjen käsitteiden kirjavuuteen (Abbott ja Volberg 2006, Blaszczynski ym. 2008, PGRTC 2011).

ICD-10-diagnosijärjestelmässä (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) käytetään termiä pelihimo ja se on määritelty hillitsemishäiriöiden ryhmään. Pelihimoa kuvaavat toistuvat henkilön elämää hallitsevat pelaamisjaksot, jotka vahingoittavat hänen sosiaalisia, ammatillisia, aineellisia ja/tai perheeseen liittyviä arvojaan ja sitoumuksiaan.

Kansainvälisesti käytössä olevan DSM-tautiluokituksen (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) eri versioissa (III–IV-TR) puhutaan patologisesta pelaamisesta, jonka syno-

nyyminä on käytetty termiä peliriippuvuus. Toukokuussa 2013 julkaistun DSM-5:n myötä patologisen pelaamisen käsite täsmentyi rahapeliriippuvuudeksi (Gambling Disorder, GD).

DSM-kriteerejä on pidetty rahapeliriippuvuuden seulontamenetelmien kultaisena standardina. DSM-IV-TR -kriteereillä mitataan seuraavia oireita: 1) voimakas kiinnostus pelaamiseen, 2) pelattavien rahasummien kasvattaminen, 3) pelaamisen lopettamisen tai vähentämisen vaikeus, 4) levottomuus ja ärtyneisyys vähennettäessä pelaamista, 5) pelaa paetakseen ongelmia, 6) pelaa tasatakseen tappioita, 7) valehtelee ja salailee pelaamisen määrästä, 8) rikollinen toiminta pelaamisen rahoittamiseksi, 9) tärkeän ihmissuhteen tai työpaikan menetys pelaamisen takia, ja 10) muihin tukeutuminen pelaamisen aiheuttamassa taloudellisessa ahdingossa (APA 1994). DSM-5 -uudistuksessa diagnostisista kriteereistä poistettiin kohta 8.

DSM-5 -diagnoosiin riittää, että 4/9 kriteeriä täyttyy kun DSM-IV-TR -diagnoosi edellytti 5/10 kriteerin täyttymistä (Hodgins ym. 2011, Petry ym. 2012, APA 2013). DSM-5 sisältää myös tarkennukset rahapeliriippuvuuden vakavuudesta (lievä, keskivaikea, vakava), esiintymistiheydestä (jaksoittainen, pitkäkestoinen) ja toipumisvaiheesta (varhainen, pysyvä) (APA 2013).

Termejä ongelmapelaaminen ja rahapeliongelma on puolestaan käytetty sekä eriaisteisten rahapelaamiseen liittyvien ongelmien kattokäsitteinä että kuvaamaan patologista pelaamista ja pelihimoa lievempää tilaa, johon kuitenkin liittyy monia negatiivisia seurannaisvaikutuksia (Castrén 2013).

Tässä artikkelissa käytetään DSM-5:n mukaisesti käsitettä rahapeliriippuvuus ja sillä viitataan sekä ongelmapelaamiseen, ICD-10:n kriteerien mukaiseen rahapelihimoon että DSM-IV-TR -kriteerien mukaiseen patologiseen pelaamiseen (ks. lisätietoja www.thl.fi/pelihaitat). Rahapeliriippuvuus ajatellaan siis jatkumona, jonka vaikeusaste vaihtelee lievästä vakavaan (APA 2013).

RAHAPELIRIIPPUVUUS TOIMINNALLISENA RIIPPUVUUTENA

Aiemmassa DSM-IV-TR -luokituksessa patologisen pelaamisen kuuluu impulssikontrollihäiriöiden ryhmään. DSM-5:ssä patologisen pelaamisen diagnoosi siirtyi riippuvuusdiagnoosien ryhmään nimeltään riippuvuushäiriöt (Addictions and Related Disorders) ja sen alaryhmään toiminnalliset riippuvuudet (Behavioral Addictions). Toiminnal-

lisessa riippuvuudessa toiminta, kuten rahapelaaaminen, synnyttää riippuvuuteen johtavan välittömän mielihyvän tunteen. Luokitusmuutoksen taustalla ovat rahapeliriippuvuuden ja päihderiippuvuuksien syntyvän ja oirekuvan samankaltaisuudet (Grant ym. 2010, Holden 2010).

RAHAPELIKÄYTTÄYTYMISTÄ SELITTÄVIÄ TEKIJÖITÄ

Rahapelien saatavuus ja rahapelikäyttäytyminen vaikuttavat rahapeliriippuvuuden kehittymiseen (Orford 2012). Nopeatempoisia rahapelejä pelaavat (Parke ja Griffiths 2006), useita kertoja viikossa pelaavat (Hansen ja Rossow 2008, Lund 2008) ja useita rahapelityyppejä pelaavat (LaPlante ym. 2009) ovat kaikkein alttiimpia pelaajaryhmiä rahapeliriippuvuuden kehittymiselle. Rahapeliriippuvuuden kehittymiseen liittyy myös pelihimo, jossa henkilön on vaikea kontrolloida pelaamiseen käytettyä rahaa tai aikaa (Blaszczynski ja Nower 2002, Dickerson 2003).

Virheelliset uskomukset tai käsitykset sattuma- ja taitopelien eroista, omista voitonmahdollisuuksista, pelitapahtumien riippumattomuudesta ja toiveesta voittoa häviöt takaisin pelaamalla luovat perustan rahapeliriippuvuuden kehittymiselle ja syvenemiselle (Ladouceur 2002). Taitopeleissä harjoitus ja toisto tekevät mestarin, mutta sattumapeleissä (kuten lotto, raha-automaattipelit, bingo) harjoitus ei paranna voittomahdollisuuksia. Rahapeliriippuvuus aiheuttaa useita kielteisiä psyykkisiä, sosiaalisia ja oikeudellisia seurauksia, niin kutsuttuja rahapelihaittoja, niin pelaajalle, pelaajan läheisille kuin yhteiskunnalle.

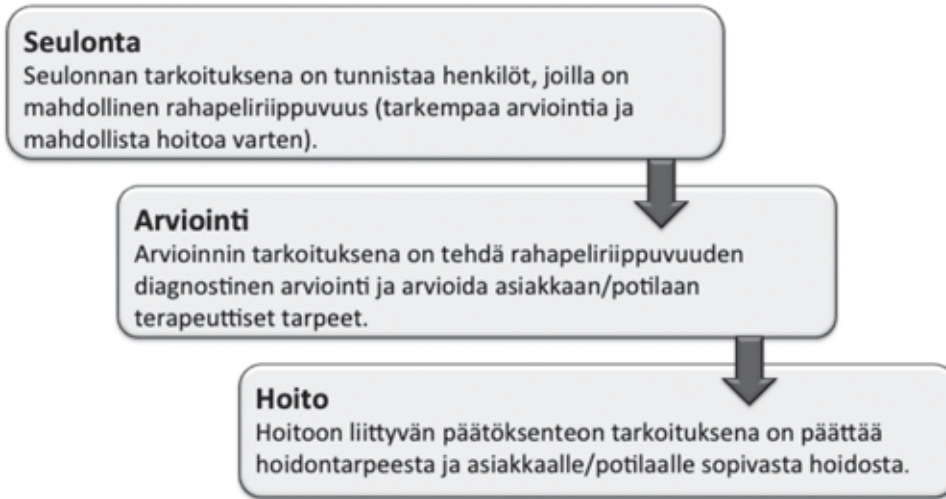
RAHAPELIRIIPPUVUUDEN TUNNISTAMINEN

Seulonnalla pyritään tunnistamaan rahapeliriippuvuudesta kärsivät henkilöt mahdollisimman tehokkaasti (Kuvio 1). Kliinisessä työssä seulonnan jälkeen edetään yleensä siten, että asiakkaan tilanne arvioidaan ja määritellään asiakkaan hoidon tarve ja sopivin hoitomuoto. Arviointi sisältää yksityiskohtaisemman kliinisen arvion ja rahapeliriippuvuutta kuvaavan diagnoosin tekemisen. Väestötutkimuksissa rahapeliriippuvuutta kartoittavilla mittareilla saadaan yleensä vain arvio rahapeliriippuvuuden esiintyvyydestä ja väestötutkimuksia onkin kritisoitu siitä, että rahapeliriippuvuuden kriteerien täyttymistä ei ole yleensä vahvistettu lainkaan kliinisellä haastattelulla (Cox ym. 2004).

Rahapeliriippuvuuden tunnistamiseen kehitettyjen mittareiden käyttöön liittyy useita vaikeuksia: rahapeliriippuvuudesta kärsivä henkilö

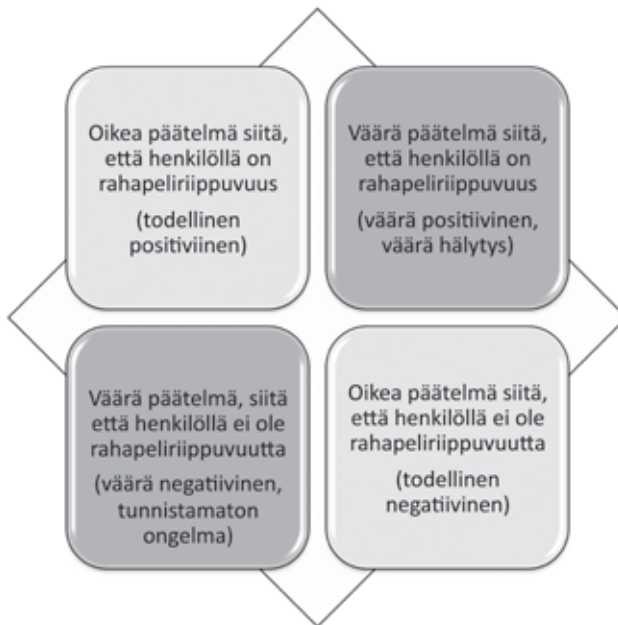
Kuvio 1.

Rahapeliriippuvuuden seulontaan, arviointiin ja hoitoon liittyvä päätöksenteko (PGRTC 2011, 36)



Kuvio 2.

Rahapeliriippuvuuden arviointiin liittyvät päätelmät (PGRTC 2011, 37)



saattaa esimerkiksi jäädä tunnistamatta tai ongelmaton pelaaja saada liian korkeat, rahapeliriippuvuuteen viittaavat pisteet (PGRTC 2011) (Kuvio 2).

Rahapeliriippuvuuden seulontamittareiden luotettavuutta voidaan tarkastella arvioimalla mittarin sisäistä johdonmukaisuutta, mittaustuloksen pysyvyyttä ja sitä miten mittarin tuotta-

mat tulokset vertautuvat muihin rahapeliriippuvuuden seulontamittareiden tuloksiin. Seulonnan näkökulmasta mittarin keskeisimmät ominaisuudet liittyvät kuitenkin mittarin herkkyyteen ja tarkkuuteen. Mittarin herkkyydellä viitataan mittarin kykyyn tunnistaa henkilöt, joilla on rahapeliriippuvuus ja tarkkuudella mittarin kykyyn erottaa ne henkilöt, joilla ei ole rahapeliriippuvuutta

ta. Tehokkaalla mittarilla on korkea herkkyys tunnistaa rahapeliriippuvuudesta kärsivät henkilöt ja alhainen riski saada vääriä positiivisia löydöksiä (Johnston ym. 1997, PGRTC 2011, Shaffer ja Martin 2011.) Seulonnan suurin haaste onkin rahapeliriippuvuudesta kärsivän henkilön mahdollinen tunnistamatta jääminen, jonka vuoksi syventävä haastattelu on ensiarvoisen tärkeää ja suositeltavaa.

KATSAUKSEN TARKOITUS, AINEISTO JA RAJAUKSET

Katsauksen tarkoituksena on kuvata ja arvioida aikuisten rahapeliriippuvuuden tunnistamiseen kehitettyjä mittareita. Katsauksen perustana olevat artikkelit poimittiin englanninkielisistä tieteellisistä artikkeleista. Tietokantahauissa (PubMed) hakutermeinä käytettiin eri sanamuotoja ja yhdistelmiä seuraavista englanninkielisistä termeistä: ”instrument, screen, tool, measure, assessment, problem gambling, pathological gambling, review, systematic review, meta-analysis, meta-synthesis”. Hakujen tuloksena löytyneiden artikkeleiden lähdeluetteloita ja kirjoittajien tuntemia muita katsauksia hyödynnettiin aineiston täydentämisessä.

Tässä artikkelissa mittareiden tarkastelu rajattiin ainoastaan rahapeliriippuvuuden tunnistamiseen liittyviin muuttujiin. Katsauksen ulkopuolelle jätettiin useita mittareita ja mittareiden osia, joiden avulla mitattiin muita käsitteitä kuin rahapeliriippuvuutta, kuten rahapelaamiseen osallistumista, rahapeliriippuvuuteen yhteydessä olevia tekijöitä, muutosmotivaatiota, pelaamisen kontrollia tai rahapelaamiseen liittyviä asenteita, uskomuksia tai käsityksiä. Aineistosta rajattiin pois myös erityisesti hoidon vaikuttavuuden arviointiin kehitettyjä tunnettuja mittareita, kuten Gambling Treatment Outcome Monitoring System (GAMTOMS; Stinchfield ym. 2007) ja Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale Modified for Pathological Gambling (Y-BOCS; Hollander ym. 1998).

Tähän katsaukseen valittiin kuuden kansainvälisen katsauksen (Volberg ja Banks 1990, Neal ym. 2005, Abbott ja Volberg 2006, Lorains ym. 2011, PGRTC 2011, Williams ym. 2012) perusteella 14 eniten käytettyä ja/tai tutkimusten perusteella lupaavimmaksi osoittautunutta mittaria tai mittariversiota (Taulukot 1–3). Mittarit esitellään jaoteltuna niiden laajuuden mukaan kehittämisjärjestyksessä, ensin kuusi pitkää (≥ 13 osiota), sitten neljä keskipitkää (4–12 osiota) ja lopuksi neljä lyhyttä (1–3 osiota) mittaria (PGRTC 2011).

Mittareiden esittelyssä kuvataan mittareiden taustalla olevat teoreettiset perusteet, osioiden määrä ja luokittelu sekä mittareiden alkueräinen käyttötarkoitus, kohderyhmä, ja rahapeliriippuvuuden tarkastelun aikajänne (Taulukot 1–3). Lisäksi katsauksessa arvioidaan mittareiden luotettavuutta kansainvälisen kirjallisuuden perusteella (Taulukko 4). Mittareiden herkkyyden ja tarkkuuden kuvaamisessa käytettiin seuraavaa arviointiasteikkoa: erinomainen ≥ 0.95 , hyvä = 0.90–0.94, kohtalainen < 0.90 ja puuttuva tieto. Sisäisen johdonmukaisuuden ja tuloksen pysyvyyden arviointiasteikko oli: erinomainen ≥ 0.90 , hyvä = 0.85–0.89, kohtalainen < 0.85 ja puuttuva tieto. (PGRTC 2011.) Yksityiskohtaiset mittareiden luotettavuutta kuvaavat tiedot löytyvät mittareiden kehittämiseen ja validointiin liittyvistä artikkeleista sekä erillisistä katsauksista (esim. Neal ym. 2005, PGRTC 2011, Williams ym. 2012).

MITTAREIDEN ESITTELY

PITKÄT MITTARIT (≥ 13 OSIOTA)

Pitkät mittarit mahdollistavat rahapelaamisen ja siihen liittyvien tekijöiden monipuolisen tarkastelun ja ne soveltuvat erityisesti tutkimustarkoitukseen (Abbott ja Volberg 2006, PGRTC 2011). Toisaalta pitkien mittareiden rutiininomaiseen käyttöön liittyy rajoitteita: kliinisessä työssä ne vievät runsaasti aikaa ja väestötutkimuksissa niiden käyttö on erityisen kuormittavaa niille vastaajille, jotka pelaavat vain vähän (Volberg ja Williams 2012).

Gamblers Anonymous Twenty Questions (GA20) on ensimmäinen rahapeliongelmiin ja mahdollisen tuen tarpeen itsearviointiin kehitetty mittari, joka sisältää 20 osiota. Sitä on käytetty laajasti eri puolilla maailmaa, ja sen käyttökokeemukset ovat olleet myönteisiä käytettäessä mittaria sen alkuperäiseen käyttötarkoitukseen. GA20:n kehittämisprosessista ja psykometrisistä ominaisuuksista on kuitenkin saatavilla niukasti tietoa: sitä on käytetty tutkimustarkoituksissa vain harvoin ja sen soveltuvuudesta väestötutkimuksiin tai hoidon vaikutusten arviointiin ei ole näyttöä. Yksittäisiä osioita (esim. riidat puolison kanssa, työelämän häiriintyminen) tarkastelema-la voidaan epäillä GA20:n soveltuvuutta esimerkiksi ilman parisuhdetta elävien, työttömien ja eläkeläisten rahapeliongelmiin arviointiin. (Neal ym. 2005, Abbott ja Volberg 2006.)

Taulukko 1.

Katsauksen valikoituneiden pitkien mittareiden (≥ 13 osiota) esittely

Mittari, kehittämismaa	Alkuperäinen käyttötarkoitus	Validoinnin kohderyhmä	Peruste/rakenne	Aikajana	Osiota	Asteikko	Pisteet; luokitus
GA20, Yhdysvallat	Auttaa yksilöä päättämään onko hänellä pakonomainen tarve pelata ja haluaako hän lopettaa pelaamisen.	GA jäsenet, yksityiskohdat eivät ole tiedossa	GA jäsenten kokemukset / rahapeliongelmat ja tuen tarve	Elinaikainen	20	Kyllä (1) Ei (0)	0–20; ≥ 7 pakonomainen tarve pelata
SOGS, Yhdysvallat	Rahapeliongelman seulonnan kliinisessä työssä loma- tai puhelinkyselyinä.	Diagnostisoidut päihderippuvaiset ja PGt (N=867), GA-jäsenet (N=213), korkeakoulutuksen opiskelijat (N=384) ja sairaalan henkilökunta (N=152)	Empiiriset kokemukset, DSM III/III-R / patologinen rahapelikäyttäytyminen ja sen seuraukset	Elinaikainen	20	Kyllä (1) Ei (0)	0–20; ≥ 5 todennäköinen PG
SOGS-R, Uusi-Seelanti	Rahapelaamiseen liittyvän ongelmallisen käytöksen seulonnan väestötutkimuksissa.	Valtakunnallisesti edustava otos 18 vuotiaista ja sitä vanhemmista väestöstä (N=3933)	Kts. SOGS	Elinaikainen 6 kk	20 20	Kyllä (1) Ei (0)	0–20; ≥ 5 todennäköinen PG, 3–4 = ongelmapelaajaa
NODS, Yhdysvallat	Puhelimitse toteutettava seulonnan väestön rahapeliongelman tunnistamiseksi.	Valtakunnallisesti edustava otos väestöstä (N=2417)	DSM-IV / 1-3 kysymystä jokaista kriteeriä kohti	Elinaikainen 12 kk	17 17	Kyllä (1) Ei (0)	0–10; ≥ 5 PG, 3–4 = ongelmapelaajaa, 1–2 = riskipelaajaa, 0 = alhainen riski
VGS, Australia	Ongelmapelaamisen esiintyvyyden arvioitiin väestötutkimuksissa ja kliinisessä työssä.	Useista eri toimintaympäristöistä rekrytoituihin 260 vastaajaa, joista mukaan valittiin rahapelaajat (N=235)	Kirjallisuus ja asiantuntijoiden kokemustieto / haitat itselle	12 kk	15	Ei koskaan (0)–Aina (4)	0–60 (ei harmia itselle – paljon harmia); ≥ 21 ongelmapelaajaa, ≥ 14 PG, ≥ 9 rajatapausta/ ongelmapelaajaa
PPGM, Kanada	Ongelmapelaamisen ja PG:n arvioitavaine kliiniseen ja yleisväestöön.	Ontarion alueen aikuisväestöltä kerätystä 3028 vastaajan aineistosta pelaajat (N=607) ja koko Kanadan kattavasta 12521 aikuisväestöaineistosta valitut rahapelaajat (N=3464)	Rahapelihaitat, heikentyneet kontrollit ja muut tekijät	12 kk	14	Kyllä (1) Ei (0)	0–14; PG, ongelmapelaajaa, riskipelaajaa, viihdepelaajaa

GA20, Gamblers Anonymous Twenty Questions (Ei tietoa); SOGS, the South Oaks Gambling Screen (Lesieur ja Blume 1987, 1993); SOGS-R, the South Oaks Gambling Screen - Revised (Abbott ja Volberg 1996); NODS, the National Opinion Research Center DSM-IV Screen for Gambling Problems (Gerstein ym. 1999); VGS, the Victorian Gambling Screen (Ben-Tovim ym. 2001); PPGM, the Problem and Pathological Gambling Measure (Williams ja Volberg 2010); PG, patologinen pelaaja / peliriippuvainen; GA, Gamblers Anonymous; DSM, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; kk, kuukausi. Asteikon ja luokittelun käännökset ovat tämän artikkelin kirjoittajien tekemiä.

Taulukko 2.
Katsaukseen valikoituneiden keskipitkien mittareiden (4–12 osiota) esittely

Mittari, kehittämismaa	Alkuperäinen käyttötarkoitus	Kohderyhmä	Peruste/rakenne	Aikajana	Osoita	Asteikko	Pistect; luokitus
EIGHT, Uusi-Seelanti	Lyhyt ongelmapelaamisen seula perhelääkäreiden käyttöön ”esiselukseksi”, ei diagnostiseksi välineeksi / väestötutkimuksiin.	Erikoistuneet kliinikot (=66), perhelääkäreiden potilaat (N=1119), hoitopotilaat (N=246), hoitajat/potilaat (N=65)	Asiantuntijatieto ja olemassa olevat mittarit / rahapelihaitat	Elinaikainen/nykyhetki	8	Kyllä (1) Ei (0)	0–8; 4 ≥ mahdollinen PG
PGSI, Kanada	Ongelmapelaamisen yleisyyden arviointi ja ongelmapelaajien alatyyppien tunnistaminen väestötutkimuksissa.	Valtakunnallisesti edustava satunnaisotos väestöstä (N=3120)	SOGS-R, DSM-IV kokemustieto / rahapelikäyttäytyminen ja rahapelihaitat	12 kk	9	Ei koskaan (0)–Lähes aina (3)	0–27; Alkuperäinen: ≥ 8 ongelmapelaajaa, 3–7 kohtalainen riski, alhainen riski 1–2, 0 = ei riskiä / ei pelaa; Uudistettu*: ≥ 8 ongelmapelaajaa, 5–7 kohtalainen riski, alhainen riski 1–4, 0 = ei riskiä / ei pelaa
SLUGS, Skotlantti	Tunnistaa väestötutkimuksissa heikentynyttä kontrollia omaavat pelaajat, sekä ongelmapelaajat, jotka käyttävät enemmän aikaa/rahaa mitä heillä on varaa, ja joilla on halu hoitoon.	Opiskelijat ja henkilökuunta 37 eri yliopistos- ja korkeakoulussa (N=2069)	DSM-IV / heikentynyt kontrolli, ajan ja rahan kulutuksen epäsuhta, rahapelihaitat, itsearvioitu hoidon tarve	12 kk	7	VAS-jana (0–100)	0–100 skaalataan 0–10; 5 ≥ todennäköinen PG
SOGS-Reduced, Yhdysvallat	Ongelmapelaajien alatyyppien tunnistaminen väestössä ja kliinisessä kontekstissa.	Rahapelejä pelaavat opiskelijat (N=861) ja DSM-IV diagnosti-soitoid PGt (N=144)	RASCH mallinnus alkuperäisestä SOGS:sta	6 kk	6	Kyllä (1) Ei (0)	0–6; 5–6 = äärimmäisiä ongelmia, 3–4 = merkittäviä ongelmia, 2 = todennäköinen ongelmapelaajaa, 1 = mahdollisia ongelmia

EIGHT, the Early Intervention Gambling Health Test (Sullivan 1999); PGSI, the Problem Gambling Severity Index of the Canadian Problem Gambling Index (Ferris ja Wynne 2001, Wynne 2003); SOGS-Reduced, the Reduced South Oaks Gambling Screen (Strong ym. 2003); SLUGS, the Sydney Laval University Gambling Screen (Blaszczynski ym. 2008); * Currie ym. 2010; PG, patologinen pelaaja / pelirippuvainen; GA, Gamblers Anonymous; DSM, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; kk, kuukausi; VAS, Visual Analogue Scale. Asteikon ja luokittelun käännökset ovat tämän artikkelin kirjoittajien tekemiä.

Taulukko 3.

Katsaukseen valikoituneiden lyhyiden mittareiden (1–3 osiota) esittely

Mittari, kehittämismaa	Alkuperäinen käyttötarkoitus	Kohderyhmä	Peruste/rakenne	Aikajana	Osiota	Asteikko	Pisteet; luokitus
Lie/Bet, Yhdysvallat	Lyhyt seulontaväline, joka erottelee peliriippuvaiset ei-riippuvaisista pelaajista.	GA:n miesjäsenet (n=191), verrokina veteraanikeskusten työntekijät (n=171), myöhemmin miehet ja naiset: ongelmapelaajat (n=146), verrokkit (n=277)	DSM-IV ja siihen perustuva laajempi mittari / pelaamisen arviointi	Elinaikainen	2	Kyllä (1) Ei (0)	0–2; ≥ 1 todennäköinen PG
NODS-CLIP, Yhdysvallat	Diagnostinen haastattelun apuväline ongelmapelaamisen ja PG:n tunnistamiseksi väestötutkimuksissa, mutta myös kliinisessä työssä.	Kahdeksan aikuisväestötutkimusta, joiden 17 180 vastaajasta analysoitiin uudelleen kokeneiden pelaajien vastaukset (N=8867)	DSM-IV & NODS / kontrollin menetyk, valehtelu ja pelaamiseen juuttuminen	Elinaikainen	3	Kyllä (1) Ei (0)	0–3; ≥ 1 todennäköinen ongelmapelaaja tai PG
BBGS, Yhdysvallat	Tehokas seula patologisen pelaamisen tunnistamiseen väestössä ja kliinikoiden käyttöön hoitoa hakeville.	Valtakunnallisesta satunnaisotroksesta ≥5 kertaa kuluneen 12 kk aikana pelanneet (n=11027)	DSM-IV-TR & ”Syndrome Model of Addiction” / neuroadaptaatio, psykososiaaliset tekijät ja sosiaaliset haitat	12 kk	3	Kyllä (1) Ei (0)	0–3; ≥ 1 positiivinen seula
Mimi-PGSI, Iso-Brittannia	Ongelmapelaamisen yleisyyden arviointi väestötutkimuksissa.	Väestötutkimus ≥18-vuotiaat (N=11079)	Kts. PGSI	12 kk	3	Ei koskaan (0)–lähes aina (3)	0–9; ≥ 3 rahapeliongelmia

Lie/Bet, the Lie/Bet Screen (Johnston ym. 1997, 1998); NODS-CLIP, a Short Version of the National Opinion Research Center DSM-IV Screen for Gambling Problems (Toce-Gerstlein ym. 2009); BBGS, a Brief BioSocial Gambling Screen (Gebauer ym. 2010); Mimi-PGSI, a Short-Form of the Problem Gambling Severity Index (Volberg ja Williams 2012); PG, patologinen pelaaja / peliriippuvainen; GA, Gamblers Anonymous; DSM, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; kk, kuukausi; VAS, Visual Analogue Scale. Asteikon ja luokittelun käännökset on tämän artikkelin kirjoittajien tekemiä.

Taulukko 4.
Yhteenveto mittareiden luotettavuudesta rahapeliriippuvuuden tunnistamisessa

Lyhenne	Herkkyys (vertailumittari)	Tarkkuus (vertailumittari)	Sisäinen johdonmukaisuus	Tuloksen pysyvyys
GA20	Erinomainen (DSM-IV, SOGS) Kohtalainen-hyvä (Lie/Bet)	Kohtalainen (DSM-IV) Erinomainen (SOGS, Lie/BET)	Hyvä- erinomainen	-
SOGS*/ SOGS-R*	Kohtalainen-erinomainen (DSM-IV, NODS) Kohtalainen-hyvä (DSM-III-R, KA)	Kohtalainen (NODS) Kohtalainen-erinomainen (DSM-III-R, DSM-IV, KA)	Kohtalainen-erinomainen	Kohtalainen
NODS*	Kohtalainen-hyvä (KA) Kohtalainen (SOGS, EIGHT)	Hyvä-erinomainen (KA) Erinomainen (SOGS)	Kohtalainen- hyvä	Erinomainen
VGS	-	-	Hyvä-erinomainen	-
PPGM	Hyvä-erinomainen (KA) Hyvä (PGSI)	Erinomainen (KA)	Kohtalainen	-
EIGHT	Hyvä (DSM-IV) Kohtalainen-hyvä (SOGS) Erinomainen (NODS)	Kohtalainen (DSM-IV) Erinomainen (SOGS) Kohtalainen (NODS)	Erinomainen	-
PGSI*	Kohtalainen-hyvä (KA) Kohtalainen (DSM-IV, SOGS)	Kohtalainen-erinomainen (KA) Erinomainen (DSM-IV, SOGS)	Kohtalainen- erinomainen	Kohtalainen- erinomainen
SOGS-Reduced*	-	-	-	-
SLUGS	-	-	Hyvä	-
Lie/Bet*	Erinomainen (GA20) Kohtalainen (DSM-IV)	Kohtalainen-hyvä (GA20) Erinomainen (DSM-IV)	-	-
NODS-Clip*	Hyvä-erinomainen (NODS)	Kohtalainen-hyvä (NODS)	-	-
BBGS*	Erinomainen (Lie/Bet)	Erinomainen (Lie/Bet)	-	-
Mimi-PGSI*	Kohtalainen (PGSI)	Erinomainen (PGSI)	Kohtalainen	-

Herkkyuden ja tarkkuuden arviointiasteikko: erinomainen = 0.95+, hyvä = 0.90–0.94, kohtalainen <0.90; sisäinen johdonmukaisuuden ja tuloksen pysyvyyden arviointiasteikko: erinomainen = 0.90+, hyvä = 0.85–0.89, kohtalainen < 0.85; -, puuttuva tieto; KA, kliininen arviointi; Lähtre: Neal ym. 2005, 73–89, PGRTC 2011, 102–105, Williams ym. 2012, 21 & mittareiden kehittämisartikkelit; * saatavilla suomeksi.

The South Oaks Gambling Screen (SOGS) arvioi 20 osion avulla koko elämänaikaista rahapelaamista ja sen ongelmallisuutta (Lesieur ja Blume 1987, 1993). SOGS on kehitetty rahapelikäyttäytymisen ja siihen liittyvien ongelmien seulontaan kliinisessä työssä. Mittarin kehittämisessä on hyödynnetty DSM-III- ja validoinnissa DSM III-R -kriteereitä. SOGS on kaksiulotteinen mittari, jolla arvioidaan sekä patologista rahapelikäyttäytymistä että pelaamisen seurauksia. Kriteerivaliditeetiltaan SOGS on hyvä: se korreloi vahvasti rahapelihaittojen ja muiden rahapeliongelmiä arvioivien mittareiden kanssa (esim. DSM-IV ja CPGI).

SOGS:ista on olemassa lukuisia eri kulttuurirympäristöihin validoituja versioita (Wulferft ym. 2005, Abbott ja Volberg 2006). Tunnetuin on Uudessa Seelannissa kehitetty South Oaks Gambling Screen-Revised (SOGS-R), joka mittaa sekä kuluneen kuuden kuukauden aikaista että elinaikaista rahapelaamista (Abbott ja Volberg 1996). SOGS-R validoitiin laajassa väestötutkimuksessa ja 2000-luvulla se on pitkälti korvannut alkuperäisen SOGS:n väestötutkimuksissa. Toisaalta kirjallisuudessa SOGS-R:llä viitataan usein kuuden tai 12 kuukauden aikajännettä hyödyntäviin versioihin (Abbott ja Volberg 2006). Kuuden ja kolmen kuukauden aikajännettä hyödyntävien versioiden psykometristen ominaisuuksien on myös todettu olevan hyviä (Stinchfield 2002, Wulferft ym. 2005, Abbott ja Volberg 2006).

SOGS:n suosio on kääntynyt laskuun vuoden 2001 jälkeen ja syinä lienevät laajentunut mittaritarjonta ja mittariin kohdistettu kritiikki (Williams ym. 2012). Keskeisin kritiikki on kohdistunut siihen, että SOGS:n avulla virheellisten positiivisten löydösten määrä on ollut korkea (Neal ym. 2005, Hodgins ym. 2011, Williams ym. 2012). SOGS:n osiot ovat myös puolueellisia korkeaa sosioekonomista asemaa kohtaan ja sen herkkyyks tunnistaa erityisesti naisten rahapeliongelmiä ja raha-automaattipeleihin liittyviä ongelmia on kyseenalaistettu (Neil ym. 2005, Abbott ja Volberg 2006, PGRTC 2011). SOGS:n sisäisen johdonmukaisuuden arviointiin ei ole aina kyetty ottamaan kaikkia osioita mukaan, sillä eräissä väestötutkimuksissa joihinkin kysymyksiin, kuten rahan lainaamista tai pelivelkojen maksua koskeviin kysymyksiin, ei ole saatu lainkaan myönteisiä vastauksia (Stinchfield 2002).

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

tettiin Yhdysvalloissa valtakunnallista rahapelaamisen väestötutkimusta varten (Gerstein ym. 1999). NODS:n vahvuus perustuu DSM-IV kriteereiden hyödyntämiseen ja sen avulla arvioidaan rahapeliongelmiä sekä koko elämän että kuluneen vuoden aikana. NODS on yksi käytetyimmistä mittareista (Blaszczynski ym. 2008). Mittari on kehitetty tarkoituksellisesti SOGS:aa ja muita DSM-pohjaisia mittareita tiukemmaksi seulaksi (Gerstein ym. 1999). Kolmen mittarin (NODS, SOGS, PGSI) vertailu Kanadassa osoitti, että NODS saavutti näistä korkeimman tarkkuuden, parhaimman ennakoivan voiman ja parhaimman diagnostisen tehokkuuden, minkä lisäksi sen avulla saatu rahapeliongelmiä esiintyvyyttä oli lähimpänä kliinistä arviota. Näiden kaikkien kolmen mittarin heikkous on että ne eivät tunnista 30-vuotiaiden tai sitä nuorempien rahapeliongelmaa hyvin (Williams ja Volberg 2010).

The Victorian Gambling Screen (VGS) on aikaisemman kirjallisuuden ja asiantuntijoiden kokemustiedon perusteella kehitetty mittari, joka muodostuu kolmesta osasta: haitat itselle, haitat puolisolalle ja rahapelaamisesta nauttiminen. Rahapeliongelmiä kuvaava luokittelu tehdään 12 kuukauden aikajänteellä ainoastaan haittoja itselle tarkastelevalla 15 kysymyksellä (Ben-Tovin ym. 2001). Käytettäväksi suosittelun raja-arvon 21 on todettu tuottavan turhan paljon virheellisiä positiivisia löydöksiä ja raja-arvon 15 on todettu olevan SOGS:n tasoa, joten luokittelutarkkuudeltaan VGS ei ole kovin vahva. Kriteerivaliditeetiltaan VGS on kuitenkin erittäin hyvä: se korreloi vahvasti rahapelihaittojen kanssa ja myös muiden rahapeliongelmiä arvioivien mittareiden kanssa (esim. DSM-IV, SOGS ja CPGI). VGS on osoittautunut helppokäyttöiseksi mittariksi sekä väestötutkimuksissa että kliinisessä työssä (Neal ym. 2005), mutta sen validiteetin arviointia on kritisoitu puutteelliseksi (Abbott ja Volberg 2006). VGS:n käyttö on toistaiseksi ollut vähäistä Australian ulkopuolella (PGRTC 2011).

The Problem and Pathological Gambling Measure (PPGM) on vastikään kehitetty 14 osiota ja vuoden aikajänteeseen sisältävä mittari (Williams ja Volberg 2010). PPGM:n osiot tarkastelevat rahapelaamisen aiheuttamia ongelmia laajasti (talous, mielenterveys, terveys, ihmissuhteet, työ/koulu, laki), heikentynyttä kontrollia ja muita tekijöitä. Eri osioiden vastaukset on painotettu eri tavoin. PPGM:n rahapeliongelmiä käsittelevät kysymykset on muotoiltu siten, että niistä ilmenee pelaamisen aiheuttamat haitat sekä itselle että muille.

PPGM:n erityisenä vahvuutena on vahva luokiteltutarkkuus kaikissa ikäryhmissä, myös ikääntyneemmässä väestössä. (Williams ja Volberg 2010, PGRTC 2011.) PPGM:ä ei ole toistaiseksi validoitu kehittämissympäristöstään poikkeaviin kulttuurisiin ympäristöihin (Williams ja Volberg 2012, Williams ym. 2012).

KESKIPITKÄT MITTARIT (4–12 OSIOTA)

The Early Intervention Gambling Health Test (EIGHT) kehitettiin aikaisemmin kehitettyjen mittareiden osioista työvälineeksi perhelääkäreille tarkemman diagnostisen arviointitarpeen tunnistamiseksi (Sullivan 1999). Kahdeksan osiota sisältävän EIGHT:n kehittämisen keskeinen tavoite oli minimoida virheellisten negatiivisten löydösten mahdollisuus, joten sen avulla rahapeliongelmiensa esiintyvyys on tyypillisesti korkea. EIGHT-mittarin on todettu korreloivan vahvasti SOGS:n kanssa. Vaikka EIGHT-mittaria ei ole tarkoitettu käytettäväksi väestötutkimuksissa tai diagnostisena välineenä, sen vahvuutena on mahdollisuus tunnistaa kliinisessä työssä rahapeliongelmiensa kärsiviä asiakkaita ennen kun heidän ongelmansa ovat kehittyneet vakaviksi. (Neal ym. 2005.)

The Problem Gambling Severity Index (PGSI) tarkastelee kuluneen vuoden aikaista rahapelaamista yhdeksän osion avulla. PGSI on osa laajempaa the Canadian Problem Gambling Index (CPGI) -mittaria, jossa arvioidaan rahapelikäyttäytymisen lisäksi rahapelaamiseen osallistumista ja rahapelaamiseen liittyviä tekijöitä väestötasolla. PGSI/CPGI:n kehittäminen käynnistyi olemassa olevia mittareita (SOGS) ja DSM-IV -kriteereitä tarkastelemalla. (Ferris ja Wynne 2001, Wynne 2003.) Vaikka PGSI:n teoreettista perustaa on kritisoitu heikoksi, sitä on pidetty SOGS:a vahvempuna. PGSI:n luotettavuutta on tutkittu kattavasti ja sen kehittämismahdollisuuksia on arvioitu myös laajassa asiantuntijaryhmässä (McCrady ja Adlaf 2006). PGSI soveltuu erinomaisesti väestötutkimuksiin ja se erottelee hyvin myös ongelmallisen pelaamisen eri asteita. Kehittämistyön seurauksena PGSI:n alkuperäistä pisteytystä on kuitenkin muutettu alhaisen riskin ja kohtalaisen riskin raja-arvojen osalta (Currie ym. 2010).

Kriteerivaliditeetiltaan PGSI on erittäin hyvä, ja korreloi voimakkaasti muiden mittareiden kanssa (esim. DSM-IV ja SOGS). Luokiteltutarkkuudeltaan PGSI on SOGS:a konservatiivisempi käytettäessä katkaisukohtana kahdeksaa pistettä (Neal ym. 2005, Williams ym. 2012). PGSI:n on

todettu soveltuvan hyvin sekä väestötutkimuksiin että kliinisen työn apuvälineeksi (Neal ym. 2005, Hodgins ym. 2011). Eri maiden väestötutkimuksissa PGSI on ollut kolmanneksi suosituin ja Euroopassa käytetyin mittari (Williams ym. 2012).

The SOGS-Reduced on SOGS:sta kehitetty kuusi osiota sisältävä kuuden kuukauden aikaista pelaamista arvioiva mittari. Mittarin vahvuutena on rahapeliongelman tarkastelu jatkumona. Keskeisenä heikkoutena voidaan pitää sitä, että kehittämistyössä käytetyn aineiston enemmistö oli nuoria opiskelijamiehiä (Strong ym. 2003.) Mittarin potentiaali on tunnustettu, mutta voimakasta kritiikkiä on kohdistunut siihen, että yksi mittarin osioista on hyvin subjektiivinen (”Oletteko koskaan pelannut enemmän kuin mitä olette alun perin aikonut?”) ja viisi muuta koskevat lähinnä rahan lainaamista ja velkojen maksua. Näin ollen osiot eivät huomioi lainkaan muita henkilökohtaisia ja sosiaalisia tekijöitä, jotka saattavat vaikuttaa yksilön kykyyn kontrolloida pelaamistaan (Volberg ja Williams 2012).

The Sydney Laval University Gambling Screen (SLUGS) on kehitetty DSM-IV -kriteereitä hyödyntäen väestötutkimuksiin ja sen seitsemästä osiosta kolme mittaa rahapelaamiseen liittyvää heikentyntä kontrollia, kaksi ajallisen ja rahallisen kulutuksen ja resurssien välistä epäsuhtaa, yksi rahapelaamisen aiheuttamia haittoja ja yksi itsearvioitua hoidon tarvetta (Blaszczynski ym. 2008). SLUGS:n psykometriset ominaisuudet on arvioitu hyväksi, tosin siihen liittyvät tiedot ovat toistaiseksi rajoittuneet mittarin käytettävyyttä arvioivaan artikkeliin (Blaszczynski ym. 2008, PGRTC 2011). SLUGS korreloi vahvasti SOGS:n kanssa (Blaszczynski ym. 2008), mutta sen herkkyyden ja täsmällisyyden arviointia on kritisoitu puutteelliseksi (PGRTC 2011). Blaszczynski kumppaneineen (2008) nimeää mittarin jatkokäytökseen heikentyneen kontrollin ja rahapelihaittojen tarkemman määrittelyn ja perusteellisemman tarkastelun.

LYHYET MITTARIT (1–3 OSIOTA)

Lyhyiden mittareiden keskeisinä etuina verrattuna laajempiin mittareihin, on niiden helppokäyttöisyys ja sen seurauksena saavutetut korkeat vastausprosentit ja alhaiset kustannukset (Volberg ja Williams 2012). Lyhyet mittarit soveltuvat laajempia paremmin kiireisiin kliinisiin hoitotilanteisiin. Lyhyitä mittareita käytetään tyypillisesti kliinisen työn apuvälineinä, jotta tunnistettaisiin tehokkaasti ne asiakkaat, jotka hyötyisivät raha-

pelikäyttäytymisensä perusteellisemmasta arvioinnista (Abbott ja Volberg 2006, Gebauer ym. 2010).

The Lie/Bet on mittareista lyhin sisältäen kaksi DSM-IV -kriteereihin perustuvaa elämänaikaista pelaamista arvioivaa kysymystä. Kehittämisarikkeliin perusteella Lie/Bet osoittautui päteväksi mittariksi patologisen pelaamisen seulontaan (Johnston ym. 1997, 1998). Norjalaisessa väestötutkimuksessa Lie/Bet-muuttujat ennustivat huonosti patologista pelaamista, mutta myönteinen vastaus vähintään yhteen kysymykseen auttoi tunnistamaan hyvin niitä vastaajia, jotka täyttivät vähintään kolme DSM-IV -kriteeriä (Götestam ym. 2004). Myös Lie/Bet:n psykometrinen ominaisuuksien arviointia on kritisoitu puutteelliseksi (PGRTC 2011). Lie/Bet:n validoinnista alkupe- räisestä poikkeavaan asiayhteyteen tai käyttötarkoituksiin on olemassa vain niukasti tutkimustietoa, joten sen käyttöön tulee suhtautua varauksella (Neal ym. 2005, Volberg ja Williams 2012).

The NODS-CLiP on NODS:sta kehitetty kolme osiota sisältävä mittari, jonka kysymykset mittaavat koko elämänaikaiseen pelaamiseen liittyvää kontrollin menetystä, valehtelua ja pelaamiseen juuttumista. NODS-CLiP:n on todettu soveltuvan vain kliiniseen käyttöön, koska väestötutkimuksissa sen on todettu tuottavan liian paljon virheellisiä positiivisia tuloksia. NODS-CLiP:n erityinen vahvuus on kuitenkin se, että tarvittaessa seulontaa voidaan täydentää NODS:n avulla suoritettulla perusteellisemmalla arvioinnilla (Toce-Gernstein ym. 2009).

The Brief BioSocial Gambling Screen (BBGS) arvioi kuluneen vuoden aikaista pelaamista kolmen laajemmasta riippuvuuksia kartoittavasta väestökyselystä johdetun DSM-IV -kriteereihin perustuvan osiomuuttujan avulla (Gebauer ym. 2010). Tämän lisäksi kehittämistyön taustalla on Shafferin ja kumppaneiden (2004) kehittämä malli nimeltään ”Syndrome Model of Addiction”, johon perustuen muuttujat mittaavat neuroadaptaatiota (esim. vieroitusoireet), psykososiaalisia tekijöitä (esim. valehtelu liittyen pelaamiseen) ja rahapelaamisen aiheuttamia sosiaalisia haittoja (esim. rahan lainaaminen toisilta). BBGS on osoittautunut luotettavammaksi lyhyeksi seulontamittariksi NODS-CLiP:iin verrattuna, koska BBGS mittaa pelaamista kuluneen vuoden aikana ja NODS-CLiP mittaa elinaikaista pelaamista. BBGS soveltuu hyvin käytettäväksi nopeana seulontavälineenä kliinisessä työssä (Shaffer ja Martin 2011).

The PGSI Short-Form (Mini-PGSI) on kehitetty PGSI mittarista ja sisältää kolme osiota, joista yksi arvioi ongelmallista rahapelikäyttäytymistä ja kaksi rahapeliongelmien seurauksia (Volberg ja Williams 2012). Mittari on osoittautunut validiksi kolmessa Iso-Britanniassa toteutetussa osatutkimuksessa, jotka sisälsivät rahapeliriippuvuuden esiintyvyyden vertailun neljän muun mittarin (SOGS, PGSI, DSM, PPGM) kanssa. Tulosten perusteella Mini-PGSI todettiin jokseenkin sopivaksi väestötutkimuksiin, mutta virheellisten positiivisten tulosten minimoimiseksi sen käyttö tulisi rajoittaa ainoastaan niille pelaajille, jotka ovat pelanneet kuluneen neljän viikon aikana ja/tai pelanneet vähintään 12 kertaa kuluneen vuoden aikana. Mini-PGSI ei kuitenkaan soveltunut kliiniseen käyttöön virheellisten negatiivisten vastausten korkean määrän vuoksi. Toisin sanoen sen herkkyys tunnistaa todellisia ongelmapelaajia ei ole nyky muodossaan riittävän hyvä ja sen kehittämistyötä jatketaan edelleen (Volberg ja Williams 2012).

YHTEENVETO JA POHDINTA

MITTAREIDEN PERUSTEET

Suurin osa tämän katsauksen mittareista on kehitetty DSM-kriteerejä hyödyntäen, mutta kehittämisarikkeleista ei kuitenkaan aina selviä miten kriteereitä lopulta hyödynnettiin. Tyypillisesti mittareiden taustalla olevia perusteita on esitelty kuvaamalla lähinnä mittareiden rakennetta ja kehittämistyössä käytettyjä menetelmiä. GA20:ssä pakonomainen pelaaminen on määritelty ennen rahapeliongelmien DSM-kriteerien kehittämistä. Toisaalta DSM-kriteerit muodostettiin alun perin GA-ryhmiin liittyvien kliinisten kokemusten perusteella (Abbott ja Volberg 2006). Vain yhden mittarin (BBGS) teoreettista perustaa on täydennetty aikaisemmin julkaistulla teoreettisella mallilla, joka oli riippuvuutta tarkasteleva malli (Shaffer ym. 2004, Gebauer ym. 2010). SOGS:n, PGSI:n ja VGS:n teoreettiset perustat on arvioitu keskenään samantyyppisiksi, tosin jokseenkin heikoiksi (Neal ym. 2005, PGRTC 2011).

DSM-kriteerit ovat osoittautuneet luotettaviksi rahapeliriippuvuuden arvioinnissa (Stinchfield 2003, Cox ym. 2004). Toisaalta niiden kritiikki on kohdistunut DSM-kriteerien luotettavuuden, validiteetin ja luokittelutarkkuuden vähäiseen tutkimukseen (Abbott ja Volberg 2006, Hodgins ym. 2011). Kritiikki on kohdistunut

myös DSM-kriteerien useisiin versioihin sekä diagnoosiin käytettyjen kriteereiden määrään ja niiden perusteisiin (Abbott ja Volberg 2006). DSM-IV:n viiden kriteerin on uskottu perustuvan lähinnä kokemustietoon, sillä tutkimusten perusteella 3–4 kriteerin täyttyessä pelaajalla saattaa olla kliinisesti merkittävä rahapeliongelma (Stinchfield 2003, Cox ym. 2004). Väestötutkimuksissa rahapeliongelman kriteereiksi onkin tyypillisesti riittänyt 3–4 kriteeriä (Williams ym. 2012). Laittomia tekoja koskevan kysymyksen poisjättämisen ja kriteerien vähentämisen on todettu parantavan DSM-5 kriteerien luotettavuutta (Petry ym. 2012).

PELAAMISEN AIKAJÄNNE

Rahapelaamisen tarkastelu koko elinaikana (elinikäisprevalenssi), edeltävän vuoden (vuosiprevalenssi) ja edeltävän puolen vuoden (puolivuotisprevalenssi) aikana soveltuvat pelaamisen esiintyvyyden tarkasteluun. Näistä kahdesta lyhyemmän aikavälin tarkastelu antaa luotettavamman kuvan arvioitaessa rahapeliriippuvuuteen liittyvää akuuttia ongelmaa ja palvelujen tarvetta nykyhetkellä (PGRTC 2010.) Toisaalta rahapeliriippuvuudesta kärsivien henkilöiden määrä ei ole suoraan yhteydessä palvelujen tarpeeseen, sillä vain noin kymmenesosa heistä hakeutuu avun piiriin (Slutske ym. 2009, PGRTC 2010). Vuosiprevalenssia on yleisemmin käytetty väestötutkimuksissa, kun elinikäisprevalenssia on käytetty enemmän vanhemmissa väestötutkimuksissa ja uusista mittareista lähinnä lyhyissä (Williams ym. 2012).

Elinikäisprevalenssin on todettu olevan noin puolet korkeampi kuin vuosiprevalenssin (Abbott ja Volberg 2006, Williams ym. 2012). Rahapeliriippuvuudelle on tyypillistä, että se on retkahdusaltis ongelma (Slutske 2006, Grant ym. 2010). Elinikäisprevalenssi saattaa paljastaa joidenkin vastaajien taipumuksen kärsiä rahapeliriippuvuudesta, vaikka vuosiprevalenssissa he eivät rahapeliriippuvuudesta kärsiviksi luokituisikaan.

Elinikäisprevalenssi soveltuu parhaiten kliinisen työn tueksi tarkoitettuihin mittareihin. Koko elämää koskevan kovin yksityiskohtaisen tiedon luotettava muistaminen on kuitenkin kyseenalaistettu (Abbott ja Volberg 2006). Pidempi aikajänne soveltuu myös heikosti pelaamisessa tapahtuneen muutoksen arviointiin ja siksi eri mittareista on muokattu versioita myös pelaamisen arviointiin kuluneen kuuden ja kolmen kuukauden aikana (Stinchfield 2002, Wulferft ym. 2005, Abbott

ja Volberg 2006), tosin kuukauden aikajännettä on pidetty liian lyhyenä (Lesieur ja Blume 1993).

KOHDERYHMÄ JA KÄYTTÖTARKOITUS

Osa mittareista on kehitetty rahapeliriippuvuuden seulomiseen väestötasolla, osa rahapeliriippuvuuden tunnistamiseen hoitotilanteissa ja osa molempiin. Keskeinen mittareiden kehittämiseen liittyvä ongelma on ollut, että on pyritty kehittämään useisiin käyttötarkoituksiin yksi yleispätevä mittari (Blaszczynski ym. 2008). Nykyään suositellaan, että mittarin kehittämisvaiheessa kiinnitettäisiin erityistä huomiota siihen, mihin tarkoitukseen mittaria on jatkossa aikomus käyttää (PGRTC 2011). Mittareiden sovellukset alkupeäräisestä poikkeaviin käyttötarkoituksiin, ympäristöihin ja kohderyhmiin muodostuvat ongelmalliseksi erityisesti tilanteissa, joissa mittareita ei ole validoitu kyseiseen käyttötarkoitukseen tai niiden luotettavuutta ei ole arvioitu (Lesieur ja Blume 1993).

Rahapeliriippuvuuden itsearviointia ei ole pidetty kovin luotettavana arviointikeinona, koska pelaaja voi muistaa pelitapahtumiensa useuden virheellisesti ja tulkita kysymykset virheellisesti esimerkiksi peilaten niitä sosiaalisesti hyväksyttäviin vastauksiin (Gebauer ym. 2010). On uskottu, ettei ole olemassa luotettavaa keinoa varmistaa, ettei vastaaja kiellä olemassa olevaa ongelmaansa (Johnston ym. 1997). Toisaalta uudemmissa mittareissa, kuten PPGM:ssa, kysymysten muotoiluun on kiinnitetty erityshuomiota, jotta rahapelaamisen potentiaalisia haittoja tarkastelemalla kyettäisiin tunnistamaan myös vastaajat, jotka kieltävät kärsivänsä rahapeliriippuvuudesta (Williams ja Volberg 2010).

Mahdollisimman lyhyiden mittareiden hyöty väestökyselyissä ja käytännön työkaluna on tunnistettu sekä helppokäyttöisyyden että kustannustehokkuuden näkökulmista (Williams ym. 2012). Lyhyiden mittareiden heikkoudeksi on todettu kuitenkin se, että ne on kehitetty yhdestä alkupeäräismittarista ja validoitu usein samaan mittariin verraten (Volberg ja Williams 2012). Lyhyet mittarit on myös paljolti kehitetty mittareista, joiden vastaavuutta kliiniseen arviointiin on kritisoitu vaatimattomaksi (Ferris ja Wynne 2001, Murray ym. 2005, Williams ja Volberg 2010). Vastaajille, jotka luokituvat lyhyiden seulojen avulla todennäköisestä rahapeliriippuvuudesta kärsiviksi on syytä tehdä perusteellisempi diagnostinen arviointi (Cox ym. 2004, PGRTC 2011).

VÄESTÖTUTKIMUKSISSA HYÖDYNNETTÄVÄT MITTARIT

Väestötutkimuksissa rahapeliriippuvuuden esiintyvyyden tarkasteluun tulisi liittää vähintään kaksi validia mittaria, mutta mielellään jopa useampikin (Williams ym. 2012). PPGM on todettu erittäin lupaavaksi tai jopa lupaavimmaksi mittariksi, mutta sen luotettavuuden arviointi on toistaiseksi rajoittunut kehittämissympäristöönsä (PGRTC 2011, Volberg ja Williams 2011, Williams ja Volberg 2012, Williams ym. 2012). SOGS ja PGSI ovat osoittautuneet luotettavuudeltaan vaihteleviksi ja niiden käyttöön liittyy monia haasteita. Toisaalta molemmat ovat käyttökelpoisia ja olemassa olevista mittareista suosituimpia, joten niiden vertailukelpoisuus on erinomainen (Abbott ja Volberg 2006, Hodgins ym. 2011, Williams ym. 2012). Selkeästi DSM-kriteereihin perustuvien mittareiden soveltuvuus väestötutkimuksiin ei näytä tutkimusten perusteella kovinkaan hyvältä, mutta ne toimivat hyvin vertailumittareina muiden mittareiden validointiprosesseissa (Neal ym. 2005, PGRTC 2011).

Pitkistä tai keskipitkistä mittareista on kehitetty lyhennettyjä versioita, joita on mahdollista hyödyntää myös väestötutkimuksissa niiden kuormittavuuden ja kustannusten vähentämiseksi (Toce-Gernstein ym. 2009). Yhdenkään lyhyen mittarin ei ole toistaiseksi todettu soveltuvan yksinään luotettavaksi seulaksi väestötutkimuksiin, vaan niiden soveltuvuudesta väestötutkimuksiin ja hoidon vaikutusten arviointiin kaivataan lisää tutkimustietoa (Neal ym. 2005, Volberg ja Williams 2012).

KLIINISEEN TYÖHÖN SOVELTUVAT MITTARIT

Seulontatarkoitukseen soveltuvat mittarit, kuten BBGS, NODS-CLiP ja Lie/Bet toimivat mahdollisen rahapeliriippuvuuden puheeksioton välineinä ja esiseulana diagnostiselle arvioinnille. Selkeästi DSM-pohjaiset mittarit toimivat parhaiten lähinnä koulutettujen ammattilaisten käyttäminä kliinisinä diagnoosivälineinä (Neal ym. 2005, Abbott ja Volberg 2006, PGRTC 2011). Tämän artikkelin mittareista selkeästi DSM-pohjaisiin lukeutuu ainoastaan NODS (Gernstein ym. 1999, Abbott ja Volberg 2006). Uusimpia lupaavia kliinisiä työkaluja, kuten BBGS ja NODS-CLiP, ei ole toistaiseksi validoitu lainkaan kehittämissympäristöstään poikkeaviin kulttuurisiin ympäristöihin (Williams ja Volberg 2010, Hodgins ym. 2011, PGRTC 2011). SOGS:n, PGSI:n ja VGS:n käyttöä kliinisessä työssä on kritisoitu, sillä erityisesti syällisyyttä ja pelaamisen kritisointia koskevat

kysymykset eivät toimi kovinkaan hyvin kliinisesti merkittävien ongelmien erottelussa (Neal ym. 2005).

Rahapeliriippuvuuteen liittyy tyypillisesti myös muita liitännäisongelmia kuten päihderiippuvuus (el-Guebaly ym. 2006), nikotiiniriippuvuus (Petry ja Oncken, 2002, Griffiths ym. 2010) ja mielenterveyden häiriöitä (Petry 2005, Petry ym. 2005, Lahti ym. 2012). Näin ollen rahapeliriippuvuuden tarkasteluun on usein hyödyllistä liittää myös muita terveyttä, hyvinvointia ja riippuvuuksia arvioivia mittareita, ja lyhyet mittarit soveltuvatkin erityisen hyvin osaksi laajempia kysymyspatteristoja. Toisaalta myös mielenterveysongelmien ja muiden riippuvuuksia takia hoitoon hakeutuneita saattaa olla hyödyllistä seuloa rahapeliriippuvuuden osalta. (PGRTC 2011.) Osa mittareista (esim. SOGS, PGSI, VGS) on myös kehitetty osana laajempia kokonaisuuksia, mikä mahdollistaa esimerkiksi rahapelaamisen ja siihen liittyvien tekijöiden tarkastelun laajemmin mittarin kehittäjien muodostamilla kysymyspatteristoilla (esim. CPGI).

MITTAREIDEN LUOTETTAVUUS

Useat DSM-versiot ja mittareiden hyvin vaihteleva rakenne kuvaavat hyvin rahapeliriippuvuuden määrittelyyn ja mittareiden vertailukelpoisuuteen liittyviä ongelmia. Mittareiden pisteytyksiä on kritisoitu myös siksi, että tyypillisesti kukin osio saa kokonaispisteitä laskettaessa saman painoarvon, vaikka osiot eivät ole ilmiön tarkastelun näkökulmasta samanarvoisia (Abbott ja Volberg 2006, McCready ja Adlaf 2006). PPGM oli katsauksen ainoa mittari, jossa yksittäiset osiot saavat kokonaispisteitä laskettaessa erilaisen painoarvon (Williams ja Volberg 2010).

Rahapeliriippuvuuden luokittelutapa liittyy niin ikään läheisesti siihen miten häiriö ymmärretään. Rahapeliriippuvuuden seulontamittareissa pelaajat luokitellaan usein joko todennäköisiksi ongelmapelaajiksi tai rahapeliriippuvaisiksi tai luokitellaan tarkemmin häiriön vakavuuden mukaan. Kaksiluokkaisen jaottelun ongelmaksi on nähty, että se sisältää oletuksen että henkilöllä joko on ongelma tai sitten ei, mutta ongelman osittainen olemassaolo ei ole mahdollinen (Abbott ja Volberg 2006). DSM-5:n mukaan rahapeliriippuvuus ymmärretään kuitenkin jatkumona, jonka vakavuus voi vaihdella lievästä vakavaan (APA 2013). Riskipelaaminen taas tuottaa pelaajalle jonkin tai joitakin haittoja, mutta se ei täytä DSM-5:n mukaisia rahapeliriippuvuuden kritee-

reitä. Riskipelaaminen nähdään kuitenkin hälytysmerkkinä, joka ilmentää uhkaa rahapeliriippuvuuden kehittymiselle.

Mittareiden vahvuuksia ja heikkouksia on arvioitu niiden kehittämistärtikkeleissa ja monissa katsausartikkeleissa. Mittareista ei ole kuitenkaan toistaiseksi voitu tehdä näyttöön perustuvia suosituksia. Mittareihin, joiden luotettavuudesta on tietoa vain rajoitetuissa asiayhteyksissä, tulee suhtautua varauksella. Validointiprosesseja on kritisoitu myös siitä jos arvioinnissa on keskitytty vertailemaan kahden erillisen mittarin keskinäistä korrelaatiota ilman että DSM tautiluokituksen, ja erityisesti sen viimeisimmän version, kriteereitä on lainkaan huomioitu (PGRTC 2011).

SUOMESSA KÄYTÖSSÄ OLEVAT MITTARIT

Suomessa on tällä hetkellä käytössä ainakin kuusi erilaista rahapeliriippuvuutta arvioivaa mittaria. Rahapelaamista tarkastelevissa väestötutkimuksissa on käytetty SOGS/SOGS-R:ää (Ilkas ja Turja 2003, Aho ja Turja 2007, Turja ym. 2012) ja PGSI:tä (Turja ym. 2012). Lisäksi PGSI:tä on käytetty Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys (AVTK) -väestökyselyssä (Helakorpi ym. 2011, Castrén ym. 2013) ja juomatapatutkimuksessa (Hakkarainen ym. 2010). Kansainvälisessä nuorten päihteiden käyttöä arvioivassa ESPAD-tutkimuksessa (Hibell ym. 2012) sekä suomalaisten korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimuksessa (Kunttu ja Pesonen

2013) taas käytettiin Lie/Bet:a. Kliinisen työn tukena on käytetty ainakin SOGS:a, PGSI:tä, BBGS:iä ja Lie/Bet:iä ja hoitotutkimuksissa SOGS-R:ia, NODS:a, BBGS:iä ja DSM-IV:ta (ks. lisätietoja www.thl.fi/pelihat, www.pelikklinikka.fi).

Osasta mittareita on olemassa useita erilaisia suomenkielisiä käännösversioita. Tietääksemme mitään tietoja mittareiden takaisinkäännöksistä ei ole julkaistu. Yhdenkään suomennetun mittarin validoinnista tai luotettavuuden arvioinnista ei ole toistaiseksi julkaisuja. Väestötutkimusten ja kliinisen työn tueksi kaivataan edelleen yhä helpokäyttöisempiä ja luotettavampia työkaluja.

JOHTOPÄÄTÖKSET

Mittarin kohderyhmä, yksilöity käyttötarkoitus ja asiayhteys vaikuttavat mittarin käyttökelpoisuuteen rahapeliriippuvuuden tunnistamisessa. Lyhyiden mittareiden uskotaan soveltuvan paremmin kliinisen työn välineiksi ja pidempien tutkimustarkoituksiin. Tämän katsauksen perusteella laajoista mittareista luotettavimmiksi osoitautuivat SOGS ja PPGM, keskipitkistä PGSI ja lyhyistä BBGS, NODS-CLIP ja Lie/Bet. Luotettavimmat mittarit ovat jo käytössä Suomessa. Mittareiden suomenkielisten versioiden validointi, jonka pohjaksi DSM-5 kriteerien julkaiseminen luo hyvät mahdollisuudet on seuraava tärkeä kotimainen tutkimusaihe.

Salonen AH, Castrén S, Raisamo S, Alho H, Lahti T. A review of instruments measuring gambling disorder
Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2014;51: 113–129

The purpose of this article was to describe and evaluate instruments measuring Gambling Disorder in adults. Based on previously published English reviews, 14 instruments or versions of the instruments were included. The grounds, target groups, main categories, and reliability and validity of these instruments were reviewed, as well as the time span used in measuring Gambling Disorder. The selected instruments were classified based on their brevity to the following categories: brief, medium and long.

The target group, the purpose of the use and the context impact on the utility of an instrument: brief instruments seem to work the best in clinical settings and long instruments for research

purposes. According to this review, the most reliable long instruments were the SOGS and the PPGM, the most reliable medium length instrument was the PGSI and the most reliable brief instruments were the BBGS, the NODS-CLIP and the Lie/Bet.

In Finland Gambling Disorder is measured by using internationally recognized instruments; however, currently no research exists on the reliability or validity of the Finnish versions of these instruments. Therefore, further research is recommended in order to validate the Finnish versions of the instruments by using the DSM-5 criteria, which were published in May 2013.

KIRJALLISUUS

- Abbott MW, Volberg RA. The New Zealand national survey of problem and pathological gambling. *J Gamb Stud* 1996;12:143–60.
- Abbott MW, Volberg A. The measurement of adult problem and pathological gambling. *Int Gamb Stud* 2006;6:175–200.
- Aho P, Turja T. Suomalaisen rahapelaaminen 2007. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus. Helsinki 2007. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80298/948b7a38-bd15-4d6c-91ae-c0b565cc3cb9.pdf?sequence=1> [Luettu 1.1.2013]
- APA, American Psychiatric Association. DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth Edition. American Psychiatric Association, Washington DC 1994.
- APA, American Psychiatric Association. Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5. American Psychiatric Association, Arlington, VA 2013.
- Blaszczyński A, Nower L. A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction* 2002;97:487–99.
- Ben-Tovim DI, Esterman A, Tolchard B, Battersby M. The Victorian Gambling Screen. Project Report. Prepared for the Victorian and Casino Gaming Authority. Gambling Research Panel. Melbourne 2001. <http://www.austgamingcouncil.org.au/images/pdf/eLibrary/1007.pdf> [Luettu 1.3.2013]
- Blaszczyński A, Ladouceur R, Moodie C. The Sydney Laval Universities Gambling Screen: preliminary data. *Addict Theory Res* 2008;16:401–11.
- Castrén S. Disordered Gambling in Finland: Epidemiology and a current treatment option. *Akateeminen väitöskirja* 2013:1–73, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Research Series, ISBN: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-964-0>.
- Castrén S, Basnet S, Salonen AH, Pankakoski M, Ronkainen JE, Alho H, Lahti T. Factors associated with disordered gambling in Finland. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 2013;8:24. <http://www.substanceabusepolicy.com/content/8/1/24>.
- Cox BJ, Enns MW, Michaud V. Comparison between the South Oaks Gambling Screen and a DSM-IV-based interview in a community survey of problem gambling. *Can J Psychiatry* 2004;49:258–64.
- Currie RC, Casey DM, Hodgins DC. Improving the psychometric properties of the problem gambling severity index. Canadian Consortium for Gambling Research 2010. <http://www.ccgcr.ca/wp-content/uploads/2013/03/Improving-the-Psychometric-Properties-of-the-Problem-Gambling-Severity-Index.pdf> [Luettu 11.11.2013]
- Dickerson M. The evolving contribution of gambling research to addiction theory. *Addiction* 2003;98:709.
- El-Guebaly N, Patten SB, Currie S, Williams JV, Beck CA, Maxwell CJ, Wang JL. Epidemiological associations between gambling behavior, substance use & mood and anxiety disorders. *J Gamb Stud* 2006;3:275–287.
- Ferris J, Wynne H. The Canadian problem gambling index: Final report. Submitted for the Canadian Centre on Substance Abuse. Canada 2001.
- Gebauer L, LaBrie RA, Shaffer HJ. Optimizing DSM-IV classification accuracy: A brief bio-social screen for gambling disorders among the general household population. *Can J Psychiatry* 2010;55:82–90.
- Gerstein D, Murphy S, Toce M, Hoffman J, Palmer A, Jonston R et al. Gambling impact and behaviour study: report to the national gambling impact study commission. National Opinion Research Center, Chicago 1999. <http://www.norc.org/PDFs/publications/GIBSFinalReportApril1999.pdf>
- Grant JE, Potenza MN, Weinstein A, Gorelick DA. Introduction to behavioural addictions. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2010;36:233–41.
- Griffiths M, Wardle H, Orford J, Sproston K, Brens B. Gambling, alcohol consumption, cigarette smoking and health: Findings from the 2007 British Gambling Prevalence Survey. *Addiction Research and Theory* 2010;18:208–23.
- Götestam KG, Johansson A, Wentzel HG, Simonsen I-E. Validation of the Lie/Bet Screen for pathological gambling on two normal population data sets. *Psychol Rep* 2004;95:1009–13.
- Hakkarainen P, Järvinen-Tassopoulos J, Metso L. Miten alkoholin käyttö, rahapelaaminen ja huumeiden käyttö kytkeytyvät toisiinsa? Teoksessa Mäkelä P, Mustonen H, Tigerstedt C. (toim.) Suomi juo – Suomalaisen alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968–2008. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki 2010, 264–79.
- Hansen M, Rossow I. Adolescent gambling and problem gambling: does the total consumption model apply? *J Gamb Stud* 2008;24:135–49.
- Helakorpi S, Pajunen J, Jallinoja P, Virtanen S, Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytymisen ja terveys, kevät 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki 2011.
- Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S ym. The 2011 ESPAD Report. Substance use among students in 36 European countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN). Stockholm, Sweden 2012.
- Hodgins DC, Stea JN, Grant JE. Gambling disorders. *Lancet* 2011;378:874–84.
- Hollander E, DeCaria CM, Mari E, Wong CM, Mosovich S, Grossman R, Begaz T. Short-Term single-blind fluvoxamine treatment of pathological gambling. *Am J Psychiatry* 1998;155:1781–83.
- Holden C. Behavioral addictions debut in proposed DSM-V. *Science* 2010;327:935.
- Ilkas H, Turja T. Rahapelitutkimus 2003. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus. Helsinki 2003..
- Johnston EE, Hamer R, Nora RM, Tan B, Eisenstein N, Engelhart C. The lie/bet questionnaire for screening pathological gamblers. *Psychol Rep* 1997;80(1):83–8.
- Johnston EE, Hamer R, Nora RM. The Lie/Bet Questionnaire for screening pathological gamblers: a follow-up study. *Psychol Rep* 1998;83:1219–24.

- Kunttu K, Pesonen T. Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2012. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön tutkimuksia 47. Multiprint Oy. Helsinki 2013.
- Ladouceur R, Sylvain C, Boutin C, Doucet C. Understanding and treating pathological gamblers. Wiley, London 2002.
- LaPlante D, Nelson SE, LaBrie Ra, Shaffer HJ. The relationship between disordered gambling, type of gambling, and gambling involvement in the British Gambling Prevalence Survey 2007. *European Journal of Public Health* 2009;1–6.
- Lahti T, Castrén S, Tenhola H, Heinälä P, Alho H. Rahapeliriippuvuutta voidaan hoitaa. *Suomen Lääkärilehti* 2012;6:413–6.
- Lesieur HR, Blume SB. The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *Am J Psychiatry* 1987;144:1184–8.
- Lesieur HR, Blume SB. Revising the South Oaks Gambling Screen in different settings. *J Gambl Stud* 1993;9:213–23.
- Lorains FK, Cowlshaw S, Thomas SA. Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction* 2011;106:490–8.
- Lund I. The population mean and the proportion of frequent gamblers: Is the theory of total consumption valid for gambling. *J Gamb Stud* 2008;24:247–56.
- McCready J, Adlaf E. Performance on enhancement of the Canadian Problem Gambling Index (CPGI): Report and recommendations. Final report. Healthy Horizons Consulting. Prepared for Inter-provincial Funding Partners for Research Into Problem Gambling 2006.
- Murray V, Ladouceur R, Jacques C. Classification of gamblers according to the NODS and a clinical interview. *Int Gambl Stud* 2005;5:57–61.
- Neal P, Delfabbro P, O'Neal M. Problem gambling and harm: a national definition. literature review. South Australian Centre for Economic Studies with the University of Adelaide, Adelaide 2005. <http://www.adelaide.edu.au/saces/gambling/publications/ProblemGamblingAndHarmTowardNationalDefinition.pdf> [Luettu 8.3.2013]
- Orford J. Gambling in Britain: the application of restraint erosion theory. *Addiction* 2012;107:2082–6.
- Parke J, Griffiths MD. The psychology of the fruit machine: The role of structural characteristics (revisited). *International Journal of Mental Health and Addiction* 2006;4:151–79.
- Petry N, Oncken C. Cigarette smoking is associated with increased severity of gambling problems in treatment-seeking gamblers. *Addiction* 2002;97:745–53.
- Petry NM. Pathological Gambling: etiology, comorbidity, and treatment. Washington DC: American Psychological Association 2005.
- Petry NM, Stinson FS, Grant BF. Comorbidity of DSM-IV Pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatr* 2005;66:564–74.
- Petry NM, Blanco C, Stinchfield R, Volberg R. An empirical evaluation of proposed changes for gambling diagnosis in the DSM-5. *Addiction* 2012;108:575–81.
- PGRTC, Problem Gambling Research and Treatment Centre. Guideline for screening, assessment and treatment in problem gambling. Clayton: Monash University 2011. Productivity Commission. Gambling. Final Report. Australia, Canberra 2010.
- Shaffer HJ, LaPlante DA, LaBrie RA ym. A syndrome model of addiction: multiple addictions: multiple expressions, common etiology. *Harv Rev Psychiatry* 2004;12:367–74.
- Shaffer HJ, Martin R. Disordered gambling: etiology, trajectory, and clinical considerations. *Annu Rev Clin Psychol* 2011;7:483–510.
- Slutske, WS. Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: results of two U.S. national surveys. *Am J Psychiatry* 2006;163:297–302.
- Slutske WS, Blaszczynski A, Martin NG. Sex differences in rates of recovery, treatment seeking, and natural recovery in pathological gambling: results from Australian community-based twin survey. *Twin Research and Human Genetics* 2009;12:425–32.
- Stinchfield R. Reliability, validity, and classification accuracy of the South Oaks Gambling Screen (SOGS). *Add Behav* 2002;27:1–19.
- Stinchfield R. Reliability, validity, and classification accuracy of a measure of DSM-IV diagnostic criteria for pathological gambling. *Am J Psychiatry* 2003;160:180–2.
- Stinchfield R, Winters KC, Bozetz A, Jerstad S, Breyer J. Development and Psychometric Evaluation of the Gambling Treatment Outcome Monitoring System (GAMTOMS). *Psychol Addict Behav* 2007;21:174–84.
- Strong DR, Breen RB, Lesieur HR, Lejuez CW. Using the Rasch model to evaluate the South Oaks Gambling Screen for use with nonpathological gamblers. *Addict Behav* 2003;28:1465–72.
- Sullivan SG. The design and validation of a brief screen and resources to assist General Practitioners (GPs) identify early or established problem gambling and to provide brief intervention in GPs' patient population. Academic dissertation. Auckland: The University of Auckland 1999.
- Toce-Gerstein M, Gerstein DR, Volberg RA. The NODS-Clip: A rapid screen for adult pathological and problem gambling. *J Gambl Stud* 2009;25:541–55.
- Turja T, Halme J, Mervola M, Järvinen-Tassopoulos J, Ronkainen J. Suomalaisten rahapelaaminen 2011. Tilastoraportti 14/2012. THL, Helsinki 2012.

- <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80298/948b7a38-bd15-4d6c-91ae-c0b565cc3cb9.pdf?sequence=1> [Luettu 1.1.2013]
- Volberg RA, Banks SM. A review of two measures of pathological gambling in the United States. *Journal of Gambling Behavior* 1990;6:153–63.
- Volberg RA, Williams RJ. Developing a short form of the PGSI. Report to the Gambling Commission 2012. <http://www.gamblingcommission.gov.uk/pdf/Developing%20a%20Short%20Form%20of%20the%20PGSI.pdf> [Luettu 30.1.2013]
- Williams RJ, Volberg RA. Best practices in the population assessment of problem gambling. Report prepared for the Ontario Problem Gambling Research Centre. Guelph, Ontario, Canada 2010.
- Williams RJ, Volberg RA. Population Assessment of Problem Gambling: Utility and Best Practices. Report submitted to the Ontario Problem Gambling Research Centre and the Ontario Ministry of Health and Long Term Care 2012. <https://www.uleth.ca/dspace/bitstream/handle/10133/3094/2012-PAPG-OPGRC.pdf?sequence=1> [Luettu 11.3.2013]
- Williams R, Volberg R, Stevens R. The population prevalence of problem gambling: Methodological influences, standardized rates, jurisdictional differences, and worldwide trends. Report prepared for the Ontario Problem Gambling Research Centre and the Ontario Ministry of Health and Long Term Care 2012. <http://hdl.handle.net/10133/3068> [Luettu 12.1.2013]
- Wulferft E, Hartley J, Lee M, Wang N, Franco C., Sodano R. Gambling screens: does shortening the time frame affect their psychometric properties? *J Gambl Stud* 2005;21:521–36.
- Wynne HJ. Introducing the Canadian Problem Gambling Index. Wynne Resources, Canada 2003.

ANNE H. SALONEN

Terveystieteiden tohtori, erikoistutkija
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Mielenterveys ja päihdepalvelut -osasto
Mielenterveysongelmat ja päihdepalvelut – yksikkö

SARI CASTRÉN

Psykologi, projektitutkija
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Mielenterveys ja päihdepalvelut -osasto
Mielenterveysongelmat ja päihdepalvelut – yksikkö

SUSANNA RAISAMO

Kansanterveyslaitoksen dosentti, erikoistutkija
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Päihde- ja riippuvuus -osasto,
Alkoholi ja huumeet –yksikkö

HANNU ALHO

Päihdelääketieteen professori, tutkimusprofessori
Helsingin yliopisto
Päihdelääketieteen yksikkö
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Mielenterveys ja päihdepalvelut –osasto
Mielenterveysongelmat ja päihdepalvelut – yksikkö

TUULI LAHTI

Neurofysiologian dosentti, erikoistutkija
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Mielenterveys ja päihdepalvelut –osasto
Mielenterveysongelmat ja päihdepalvelut – yksikkö