



TANJA HIRSCHOVITS-GERZ

Suomalaisten riippuvuuksia koskevat mielikuvat



AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Esitetään Tampereen yliopiston
yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikön johtokunnan suostumuksella
julkisesti tarkastettavaksi Tampereen yliopiston Linna-rakennuksen
Väinö Linna -salissa, Kalevantie 5, Tampere,
6. päivänä syyskuuta 2014 klo 12.

TAMPEREEN YLIOPISTO

TANJA HIRSCHOVITS-GERZ

Suomalaisten riippuvuuksia koskevat mielikuvat

English abstract

Acta Universitatis Tamperensis 1963
Tampere University Press
Tampere 2014

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA
Tampereen yliopisto
Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö

Copyright ©2014 Tampere University Press ja tekijä

Kannen suunnittelu
Mikko Reinikka

Myynti:
kirjamyynti@juvenes.fi
<http://granum.uta.fi>

Acta Universitatis Tamperensis 1963
ISBN 978-951-44-9538-0 (nid.)
ISSN-L 1455-1616
ISSN 1455-1616

Acta Electronica Universitatis Tamperensis 1448
ISBN 978-951-44-9539-7 (pdf)
ISSN 1456-954X
<http://tampub.uta.fi>

Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print
Tampere 2014



Esipuhe

Kiinnostukseni riippuvuutta koskevaa tutkimusta kohtaan sai alkunsa runsas kaksikymmentä vuotta sitten osallistuessani Kiskon huumeklinikan oppilaille Lapissa¹ järjestetyille leirille. Kohtaamani huumeriippuvuudesta toipuvat ihmiset, ”elämän oppilaat” jättivät minuun vahvan mielikuvan siitä, miten riippuvuus ilmenee yksilön elämässä. Jäin miettimään, miten riippuvuus syntyy, miten se valtaa ihmisen mielen, ruumiin ja arjen sosiaalisine suhteineen ja mitä tarvitaan riippuvuudesta toipumiseen. Kysymys riippuvuuden olemuksesta on johdattanut minut vapaacheitoiseen huumetyöhön, erilaisille ammatillisille urille sairaanhoitajana kuin myös tämän väitöskirjatutkimuksen pariin sosiaalipsykologina.

Olen mieltänyt itseni aiemmin arjen filosofiksi ja kehittäjäksi, joka pyrki kyseenalaistamaan vallitsevia olosuhteita ja käytänteitä uusien näkemysten ja ammatillisten toimintamallien löytämiseksi. Väitöskirjan kirjoittaminen onkin ollut ”sukellus” tutkimusmaailmaan, siinä vallitseviin lainalaisyksiköihin, rakenteisiin, sääntöihin ja hierarkioihin.

Oma työni Images konsortiohankkeen parissa käynnistyi vuonna 2007, kun sosiaalipsykologian maisteriopintojeni loppuvaiheessa Tampereen yliopiston silloisen sosiologian ja sosiaalipsykologian laitoksen² johtaja, professori Anja Koski-Jännes, tarjosi mahdollisuutta tutkia riippuvuuksia koskevia mielikuvia kyselyaineistojen avulla. Anja toimi tuolloin myös Images konsortiohankkeen osaprojektin johtajana ja lupautui ohjaajakseni. Tartuin tilaisuuteen ja kirjoitin pro gradu -työni (Hirschovits-Gerz 2008) samoin kuin käsillä olevan väitöskirjani Images konsortiossa kerättyjä aineistoja analysoimalla.

Kiitän Anjaa parhaasta mahdollisesta ohjauksesta. Sain häneltä sekä sisällöllistä että tutkimuksen tekemistä koskevaa ohjausta ja kannustusta työn jatkamiseen. Ilman Anjan tukea työ ei olisi koskaan tullut valmiiksi elämäni ruuhkavuosien keskellä purjehtiessani. Hyviä ohjeita artikkelieni työstämiseen sain myös Tampereen yliopiston sosiaalitieteellisen addiktio tutkimusseminaarin toiselta

¹ Kalliolan klinikoiden alainen, huumeongelmallisille tarkoitettu, lääkkeetöntä yhteisöhoitoa tarjonnut yksikkö.

² Laitos vaihtoi organisaatiouudistuksessa sittemmin nimensä Sosiaalitieteiden yksiköksi ja myöhemmin yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksiköksi (YKY).

ohjaajalta, professori Pekka Saarniolta sekä tämän jatkokoulutusseminaarin muilta jäseniltä. Tutkimustyöni etenemistä edisti myös se palaute ja ohjaus, jota sain professori Pekka Sulkusen Helsingin yliopistossa vetämän Images konsortion tutkijoilta. Tilastollisissa ongelmissa sain apua THL:n erikoistutkija Kirsi-Marja Raitasalolta sekä Tampereen yliopiston tilastotieteen yksikön tutkimuspäällikkö Jyrki Ollikaiselta. Lisäksi Tampereen yliopistolta Laura Tohka sekä ohjaajani Anja Koski-Jännes olivat suurena apuna kahden väitöskirja-artikkelini kääntämisessä englannin kielelle. Kiitän myös Suomen Akatemiaa, Tampereen yliopistoa, Alko Oy:tä, Alkoholitutkimussäätiötä sekä Pelitoiminnan tutkimussäätiötä tutkimustyöni taloudellisesta tukemisesta.

Väitöskirjani koostuu neljästä artikkelista, jotka olen kirjoittanut yhteistyössä professori Anja Koski-Jänneksen (artikkelit I, IV), YTM Marjo Pennosen (artikkeli III) ja professori Jan Blomqvistin (artikkeli IV), professori John Cunninghamin (artikkeli IV) ja professori Irina Pervovan (artikkeli IV), erikoistutkija Kirsi-Marja Raitasalon (artikkeli IV) ja sekä YTM Kari Holman (artikkeli IV) kanssa. Kiitän kaikkia hyvästä ja opettavaisesta yhteistyöstä. Kiitän myös kaikkia työelämässä minua läheisesti tukeneita ihmisiä Tampereen yliopistolta, Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitokselta (THL) sekä A-klinikkasäätiöllä. Ilman työelämän joustoa en olisi saanut työtäni valmiiksi.

Lähipiiriäni kiitän suuresti kannustuksesta sitoutua ensisijaisesti elämään ja vasta toissijaisesti tutkimustyöhön, sillä uskon, että vain jalat maassa ja elämän arkeen kiinnittyneenä on mahdollista työstää yhteiskunnallisesti järkeenkäypiä ja mielekkäitä oivalluksia.

Tampereella 30 päivänä kesäkuuta vuonna 2014

Tanja Hirschovits-Gerz

Tiivistelmä

Tanja Hirschovits-Gerz, Tampereen yliopisto, Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö, sosiaalipsykologia, väitöskirja 2014

Tässä väitöskirjassa tarkastelen suomalaisten mielikuvia alkoholi-, huume-, lääke-, nikotiini-, rahapeli- ja internetriippuvuuksista. Selvitän, miten suomalaisten näkemykset riippuvuuksista eroavat toisistaan koskien eri riippuvuuksia ja toisaalta miten näkemykset vaihtelevat eri vastaajaryhmissä. Väitöskirjani koostuu neljästä tutkimusartikkelista ja nyt julkaistavasta yhteenvedosta. Yhteenvedossa luon taustaa tutkimukselleni, kuvaan neljän artikkelini keskeiset tulokset ja suhteutan tulokset vallitsevaan yhteiskunnalliseen todellisuuteen, aiempiin tutkimuksiin ja teoriaan.

Tutkimusaineistona on vuonna 2007 toteutettu, suomalaiselle aikuisväestölle suunnattu kysely (n=740). Lisäksi hyödynnän päihdetyön ammattilaisille suunnattua vastaavaa kyselyä (n=520) sekä kanadalaisille (n=864), ruotsalaisille (n=1098) ja venäläisille (n=1023) suunnattuja kyselyitä. Menetelminä käytän deskriptiivisten tilastollisten menetelmien ohella kovarianssianalyysiä sekä logistista ja ordinaalista regressioanalyysiä. Ryhmittelin vastaajien taustamuuttujat kolmeen tasoon. Yksilötason näkemyseroja tutkin analysoimalla esimerkiksi sukupuolen, iän ja vastaajien oman riippuvuuskokemuksen vaikutuksia heidän näkemyksiinsä riippuvuuksista. Institutionaalista tasoa tutkin vertaamalla väestön mielikuvia päihdetyön ammattilaisten näkemyksiin. Kulttuurista tasoa analysoin puolestaan vertaamalla suomalaisten näkemyksiä alkoholiriippuvuudesta muiden maiden kansalaisten mielikuviiin.

Teoreettisena viitekehyksenä nojaan mielikuvien tutkimuksen perinteeseen ja Serge Moscovicin sosiaalisen representaation teoriaan. Sosiaalisesti jaetut mielikuvat ovat rakentuneet ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa esimerkiksi medianformaation, yksityisten ja jaettujen kokemusten, yleisen asenneilmapiirin sekä tieteellisen tiedon aineksista. Mielikuvat ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa ympäröivän todellisuuden kanssa. Ne rakentavat yhteiskunnallista todellisuutta vaikuttamalla mm. poliittiseen päätöksentekoon ja toisaalta myös yksittäisiin ihmisiin esimerkiksi hoito- ja palvelujärjestelmän sekä kontrollipolitiikan muodossa.

Tutkimustulokseni osoittavat, että huumeita pidettiin kaikilla yksilöä koskevilla mittareilla tarkasteltuna vaikeimpina riippuvuuden muotoina ja toiminnalliset riippuvuudet miellettiin kevyimmiksi riippuvuuden muodoiksi. Yhteiskunnan kannalta vaikeimpana pidettiin alkoholiriippuvuutta. Vaikka suomalaisten riippuvuuksia koskevat sosiaaliset representaatiot olivat pääosin yhteneviä eli hegemonisia, myös eroja eli emansipoitumista oli nähtävissä. Esimerkiksi naiset uskoivat miehiä enemmän hoidon mahdollisuuteen auttaa irti riippuvuuksista ja miehet uskoivat omin avuin toipumiseen naisia vahvemmin. Päihdetyöntekijät taas pitivät lääkkeitä sekä toiminnallisia riippuvuuksia väestöä vaikeammin ja kannabista helpommin itse voitettavina riippuvuuden muotoina. Mielikuvaeroja oli siten havaittavissa suhteessa uusimpiin riippuvuuden muotoihin sekä sellaisiin riippuvuuksiin, jotka poikkeavat hoitoympäristössä julkisuusmielikuvasta. Kansainvälisessä vertailussa suomalaiset uskoivat muiden maiden kansalaisia enemmän alkoholiriippuvuudesta toipumiseen omin avuin ja toisaalta he uskoivat myös hoidon auttavan tarvittaessa irti riippuvuudesta. Suomalaisten suhtautuminen alkoholiin oli monisyinen: riippuvuusriskiä ei pidetty kovin suurena sitä kokeiltaessa, mutta se arvioitiin erittäin vakavaksi yhteiskunnalliseksi ongelmaksi.

Tulokset osoittavat, että mielikuvat vaihtelevat riippuvuuksittain, mutta myös eri vastaajaryhmät ajattelevat asioista eri tavoin. Suomalaisten riippuvuuksia koskevat mielikuvat ovat pääosin linjassa vallitsevan yhteiskunnallisen todellisuuden ja ”pahepolitiikan” kanssa. Väitöskirjani tuotti lisää ymmärrystä eri riippuvuuksista sosiaalisesti ja kulttuurisesti määrittävinä ja muovautuvina ilmiöinä.

Asiasanat: riippuvuus, addiktio, mielikuva, sosiaalinen representaatio, boito

Abstract

Images of addictions in Finland

Tanja Hirschovits-Gerz, University of Tampere, School of Social Sciences and Humanities, Social psychology, Doctoral Thesis 2014

This doctoral thesis examines common images of eight different addictions in the light of a Finnish population survey ($n = 740$) conducted in 2007. Addictions to alcohol, illicit drugs, prescription drugs, nicotine, gambling and internet were selected as the targets of the study. The variation of these images is analysed at the individual level by exploring the effects of such back ground variables as age, sex, and the respondents' personal experience of addictions on these images. The variation at the institutional level is analysed by comparing general population views with those of professionals in substance abuse treatment ($n = 520$), and at the cultural level by comparing the Finnish views on alcohol addiction with those of Canadian ($n = 864$), Swedish ($n = 1098$) and Russian ($n = 1023$) lay people.

Theoretically this study is based on the ideas of Serge Moscovici on social representations and Kenneth Boulding on the role of images in the regulation of human behaviour. The images are built in human interaction. They are based on media information, private and shared experiences, the general attitude "climate" of a society, as well as scientific knowledge. The motivation to study the images of addictions stems from their decisive influence on the political decision-making and on the attitudes toward addicts and addiction problems in the society.

In this summary, the societal background for this study is provided by first describing the position of addictive substances and behaviours in the Finnish society in the light of previous research. The aims, methods and the main results of the four articles included in the doctoral thesis are then described. The methods used in the data analysis include descriptive statistical methods, analysis of covariance, logistic and ordinal regression analysis. The results are here scrutinized by relating them to the existing societal reality, previous studies and theory. The results show that illicit drugs were considered the most difficult forms of addictions for the individuals and the functional or so called non-substance

addictions were perceived as the lightest forms. Alcohol addiction was assessed as the most difficult problem for society. Finnish images were mostly shared or hegemonic. However, the back ground variables also produced some group variation in these images. For example, women believed more in the recovery with treatment compared with men and men believed more in the spontaneous recovery. Substance abuse professionals assessed prescription drug and functional addictions less and cannabis addiction more easy to overcome without treatment compared with lay people. Group differences in the images were connected with more recently found forms of addiction. Finns believed more than the citizens of the comparison countries in spontaneous recovery from alcohol addiction. The results show that the images vary between the different addictions as well as between different groups. The aim of the thesis is thus to increase the understanding about addictions as socially and culturally constructed phenomena.

Keywords: addiction, image, social representation, recovery, treatment

Sisällys

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | Johdanto..... | 15 |
| 2 | Teoreettiset lähtökohdat ja aiempi tutkimus | 18 |
| 2.1 | Tutkimuksen tietoteoreettinen lähestymistapa..... | 18 |
| 2.1.1 | Mielikuvat, sosiaalisen representaation teoria ja lähikäsitteitä | 20 |
| 2.1.2 | Mielikuvien muotoutumisesta eri viiteryhmissä ja kulttuureissa..... | 23 |
| 2.1.3 | Sosiaalisten representaatioiden teoria tutkimuksellisenä lähestymistapana..... | 26 |
| 2.2 | Riippuvuus ilmiönä | 28 |
| 2.3 | Riippuvuusmielikuvia koskevia tutkimuksia..... | 37 |
| 3 | Tutkimuksen lähtökohdat - riippuvuuksille altistavat aineet ja toiminnot suomalaisessa yhteiskunnassa..... | 45 |
| 3.1 | Alkoholi..... | 46 |
| 3.2 | Huumeet | 47 |
| 3.3 | Tupakka..... | 50 |
| 3.4 | Lääkkeet | 51 |
| 3.5 | Rahapelaaminen..... | 53 |
| 3.6 | Internet..... | 54 |
| 3.7 | Yhteiskunnallinen ongelman määrittely, kontrolli ja palvelujärjestelmä..... | 56 |
| 3.8 | Mielikuvat nyky-yhteiskunnan jännitteissä..... | 59 |
| 4 | Tutkimuksen tavoitteet ja hypoteesit..... | 62 |
| 4.1 | Tutkimuksen tavoitteet..... | 62 |
| 4.2 | Tutkimusta koskevat oletukset..... | 63 |
| 4.2.1 | Riippuvuuksien vaarallisuutta ja keskinäisiä suhteita koskevat oletukset | 63 |
| 4.2.2 | Mielikuvien variaatiota koskevat oletukset | 64 |

| | | |
|---------|--|-----|
| 5 | Tutkimusmenetelmät | 67 |
| 5.1 | Kyselyaineiston kokoaminen | 67 |
| 5.2 | Lomakkeen kysymykset ja tutkimuksen muuttujat | 68 |
| 5.3 | Tutkimusaineistot..... | 71 |
| 5.4 | Aineiston analyysi..... | 74 |
| 5.5 | Kirjoittajayhteistyö | 76 |
| 6 | Tutkimuksen tulokset | 77 |
| 6.1 | Tutkimusartikkelit | 77 |
| 6.1.1 | Artikkeli I. Suomalaisten käsityksiä riippuvuuksista | 77 |
| 6.1.2 | Artikkeli II. Suomalaisten mielikuvat riippuvuuksista toipumisen esteistä | 78 |
| 6.1.3 | Artikkeli III. Ammattilaisten ja kansalaisten mielikuvat omaehtoisesta toipumisesta ja hoidon tuottamasta lisäarvosta eri riippuvuuksista toivuttaessa..... | 80 |
| 6.1.4 | Artikkeli IV. Eroavatko suomalaisten alkoholiriippuvuusmielikuvat ruotsalaisten, kanadalaisten ja venäläisten mielikuvista?..... | 80 |
| 6.2 | Mielikuvien vaihtelu riippuvuuksittain..... | 81 |
| 6.3 | Riippuvuudet suhteessa toisiinsa | 85 |
| 6.4 | Mielikuvien variaatiota selittävät taustamuuttujat | 89 |
| 6.4.1 | Yksilökohtaisten taustatekijöiden vaikutus mielikuviin | 90 |
| 6.4.1.1 | Sukupuoli..... | 90 |
| 6.4.1.2 | Ikä | 91 |
| 6.4.1.3 | Oma käyttö- ja riippuvuuskokemus..... | 93 |
| 6.4.2 | Väestön ja ammattilaisten riippuvuusmielikuvien vertailu..... | 96 |
| 6.4.3 | Suomalaisten alkoholia koskevat mielikuvat verrattuna kanadalaisten, ruotsalaisten ja venäläisten näkemysiin..... | 98 |
| 6.5 | Tulosten tulkintaa..... | 99 |
| 6.6 | Tutkimuksen kriittinen tarkastelu | 102 |
| 7 | Yhteenveto | 107 |
| | Lähteet..... | 111 |

Taulukot, kuviot ja laatikot

Taulukot

Taulukko 1. Kansalaisten riippuvuusmielikuvia koskevia tutkimuksia (s. 40)

Taulukko 2. Ammattilaisten ja muiden eri vastaajaryhmien riippuvuusmielikuvia vertailevia tutkimuksia (s.43)

Taulukko 3. Kansainväliset vertailut riippuvuuksia koskevista mielikuvista (s. 44)

Taulukko 4. Kyselylomakkeen kysymykset (s. 70)

Taulukko 5. Tutkimusartikkelit, aineistot ja muuttajat (s.71)

Kuviot

Kuvio 1. Riippuvuuksien vakavuus yksilön ja yhteiskunnan sekä yhteiskunnallisen kontrollin ulottuvuuksina (s.87)

Laatikot

Laatikko 1. Päihde- ja peliriippuvuuden kriteerejä (s. 31)

Laatikko 2. Tutkimuksessa mainitut lait ja asetukset (s. 127)

Luettelo alkuperäisjulkaisuista

I Hirschovits-Gerz, Tanja & Koski-Jännes, Anja (2010) Suomalaisten käsityksiä riippuvuuksista sukupuolen, iän sekä yhteiskunnallisen todellisuuden vaikutuksia mielikuviiin. *Sosiologia* 1:47, 3–21.

<http://elektra.helsinki.fi/se/s/0038-1640/47/1/suomalai.pdf>

II Hirschovits-Gerz, Tanja (2013) How Finns Perceive the Barriers to Recovery from Various Addictions. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 30:1–2, 87–104.

<http://www.degruyter.com/view/j/nsad.2013.30.issue-1-2/nsad-2013-0007/nsad-2013-0007.xml>

III Hirschovits-Gerz, Tanja & Pennonen, Marjo (2012) Ammattilaisten ja kansalaisten mielikuvat omaehtoisesta toipumisesta ja hoidon tuottamasta lisäarvosta eri riippuvuuksista toivuttaessa. *Yhteiskuntapolitiikka* 77:5, 495–510.

<http://www.julkari.fi/handle/10024/103025>

IV Hirschovits-Gerz, Tanja, Holma, Kari, Koski-Jännes, Anja, Raitasalo, Kirsimarja, Blomqvist, Jan, Cunningham, John A., Pervova, Irina (2011) Is there something peculiar about Finnish views on alcohol addiction? - A cross-cultural comparison between four northern populations? *Research on Finnish Society* 4, 41–54.

http://www.finnresearch.fi/rfs_Hirschovits-Gerz_et_al_2011_final.pdf

Lyhenteet

| | |
|--------|--|
| EU | European Union |
| KTL | Kansanterveyslaitos |
| Stakes | Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (nykyinen THL) |
| SVT | Suomen virallinen tilasto |
| THL | Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos (=Stakes+KTL) |
| WHO | World Health Organization |

1 Johdanto

Riippuvuuskäyttäytymisen syntyä ja sen sitkeää luonnetta on pyritty selittämään eri tieteiden piirissä lähtökohdaltaan sosiaalisiksi, psykologiseksi ja neurokemialliseksi sekä geeniperäiseksi häiriötilaksi. Vaikka riippuvuuksia on tutkittu eri tieteenalojen piirissä vuosikymmeniä, ei yhtä yhtenäistä määritelmää riippuvuuden olemuksesta ole toistaiseksi pystytty esittämään. Riippuvuus erilaisista aineista ja toiminnoista on siten ilmiö, josta on esitetty varsin erilaisia näkemyksiä niin eri tieteiden välillä kuin niiden sisälläkin (mm. Spanagel & Heilig 2005; West 2006). Riippuvuuden merkityksellistämisen ja käsitteellistämisen tavoista käydään myös jatkuvaa yhteiskunnallista valtakamppailua. Vaikka lääketieteellä on tällä hetkellä vahva paikkansa medikalisoituneessa riippuvuuden määritys- ja hoitokulttuurissa, ei erilaisia riippuvuuksia koskevaa pysyvää konsensusta ole syntynyt myöskään lääketieteen sisällä. Esimerkiksi toiminnallisten riippuvuuksien paikasta ja kriteereistä kiistellään edelleen ja rahapelaaminen siirtyi vuonna 2013 julkaistussa psykiatrian DSM-V -tautiluokituksessa osaksi aineisiin liittyviä ja muita addiktiivisiä häiriöitä (Substance-Related and Addictive Disorders) (DSM-5 2013). Internetriippuvuuden olemassaolosta kiistellään edelleen (mm. Block 2008; Tao ym. 2010).

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan, millaisina riippuvuudet näyttäytyvät suomalaisten mielikuvissa. Tutkimuksen kohteena on sekä perinteisiä aineriippuvuuksia että toiminnallisia riippuvuuksia. Riippuvuuksia koskevien vallitsevien ja ryhmäkohtaisten mielikuvien tutkiminen on tärkeää, sillä mielikuvillamme on moniulotteisia vaikutuksia esimerkiksi siihen, millä keinoilla riippuvuuksia pyritään hallitsemaan yhteiskunnassa: millaisia lakeja säädetään tai millaisia hoito- ja kontrollijärjestelmiä riippuvuuksien kitkemiseksi rakennetaan. (Room 1978.) Stereotyyppiset mielikuvat voivat myös olennaisesti muovata niiden kohteena olevien ihmisten käyttäytymistä (Rosenthal & Jacobson 1968; Steele & Aronson 1995). Mielikuvilla voi siten olla monenlaisia inhimillisiä, yhteiskunnallisia ja poliittisia seurauksia (Kuussaari 2006; Koski-Jännes 2006; Juhila 2012b).

Riippuvuuksia koskevia mielikuvia ja etenkin niiden keskinäisiä suhteita on Suomessa tutkittu suhteellisen vähän, vaikka alkoholin, huumeiden ja tupakan käyttötapoja ja niihin suhtautumista onkin seurattu systemaattisesti. Tämän

tutkimuksen tarkoituksena on syventää ymmärrystä riippuvuusilmiöistä tarkastelemalla ensisijaisesti suomalaisen aikuisväestön mielikuvia riippuvuudesta strukturoidun kyselyaineiston valossa. Vaikka riippuvuudella on useita lähikäsitteitä (katso luku 2.2) pitäydyn tässä tutkimuksessa kyselylomakkeessa käytetyssä riippuvuus-käsitteessä.

Julkisessa keskustelussa näkemykset riippuvuudesta ovat laajentuneet kattamaan yhä kirjavampaa joukkoa erilaisia käyttäytymisen muotoja. Tässä tutkimuksessa vertailen aineriippuvuuksista tupakka-, alkoholi-, lääke- ja huumeriippuvuuksia sekä toiminnallisista riippuvuuksista rahapeli- ja nettiriippuvuuksia koskevia mielikuvia toisiinsa. Oletan, että uusia riippuvuuksia, kuten rahapeli- ja nettiriippuvuutta koskevat mielikuvat ovat ankkuroituneet jo tutuksi muodostuneen alkoholiriippuvuuden mielikuvaan (Moscovici 1984). Vertailuasetelma auttaa suhteuttamaan vastaajien näkemyksiä eri riippuvuuksien vakavuusasteesta toisiinsa.

Lisäksi tarkastelen mielikuvien variaatiota analysoimalla väestön sosiodemografisten taustamuuttujien vaikutusta mielikuviiin. Vertaan myös väestön näkemyksiä suomalaisten päihdetyön ammattilaisten näkemyksiin hyödyntäen ammattilaisille suunnattua vastaavaa kyselyä. Lisäksi vertaan alkoholin osalta suomalaisten näkemyksiä Kanadasta, Ruotsista ja Pietarin alueelta Venäjältä koottuihin väestöaineistoihin, joissa toteutettiin vastaava kysely. Mielikuvien variaatiota voi siis ilmetä väestössä esimerkiksi iän tai sukupuolen tuottamina näkemyseroina. Toiseksi vaihtelu voi perustua institutionaaliseen vaikutukseen, jota kuvaa päihdetyön ammattilaisuus ja kolmanneksi se voi kytkeytyä kulttuurieroihin suomalaisten ja muiden kansallisuuksien välillä. Luodakseni taustaa tälle tarkastelulle, kuvaan tässä yhteenvedossa myös aineiston keruuvaiheessa Suomessa vallinnutta yhteiskunnallista tilannetta ja asenneilmastoa suhteessa addiktiivisen käyttäytymisen eri muotoihin. Ajallisesti tutkimus sijoittuu 2000-luvun ensimmäisen vuosikymmenen loppupuolelle.

Väitöskirjatutkimukseni on osa Suomen Akatemian vuosina 2007–2010 rahoittamaa kansainvälisestä ”Addiktion teoriat ja addiktiivisen käyttäytymisen mielikuvat” (IMAGES) konsortiohanketta³. Konsortion Tampereen yliopiston osaprojektissa ”Addiktio sosiaalisena representaationa - tutun ja vieraan tulkinat”⁴, tavoitteena oli tutkia kyselyjen ja haastattelujen avulla, millaisia mielikuvia ja sosiaalisia representaatioita eri toimijatahoilla Suomessa ja muutamissa muissa maissa on eri aine- ja toiminnallisista riippuvuuksista.

³ <http://blogs.helsinki.fi/imagesofaddiction/publications-2/>

⁴ <http://www.uta.fi/laitokset/sosio/tutkimus/tutkimus.html>

Tämän yhteenvedon luvussa 2 esittelen työni tietoteoreettista perustaa ja mielikuvatutkimuksen teoriaa. Sen jälkeen tarkastelen erilaisia tieteellisiä määritelmiä riippuvuudesta. Lopuksi tuon esiin, millaisia riippuvuusmielikuvia ja asenteita koskevia tutkimuksia maailmalla ja Suomessa on tehty. Luvussa 3 esittelen eri aineiden ja toimintojen asemaa suomalaisessa yhteiskunnassa ja sen asenneilmastossa. Luvussa 4. kerron tutkimuksen tavoitteet ja oletukset. Luvussa 5. keskityn väitöskirjani empiiriseen osaan kuvaamalla artikkelien tutkimusasetelmat: aineiston, käytetyt tutkimusmenetelmät sekä kirjoittajayhteistyön. Luvussa 6. esittelen keskeiset tutkimustulokset raportoimalla aluksi pääkohdat artikkeleittain, sitten riippuvuuksittain ja tiivistämällä riippuvuuksia koskevien mielikuvien suhteet kuvioon 1. Tämän jälkeen tarkastelen tuloksia mielikuvien variaatiota tuottavien taustamuuttujien valossa. Lopuksi vedän yhteen keskeiset tulokset ja tulkiten niitä aiemman tutkimuksen sekä teorian näkökulmista. Viimeisessä tulososan alaluvussa tarkastelen tutkimusta kokonaisuutena kriittisin silmälasein. Yhteenvetoluvussa 7 nostan esiin joitakin yhteiskunnallisesti ja jatkotutkimuksen kannalta mielenkiintoisia teemoja.

2 Teoreettiset lähtökohdat ja aiempi tutkimus

Tämä sosiaalipsykologian väitöskirja rakentuu monelta osin sosiaali- ja terveystieteiden rajapinnoille. Tietoteoreettisena pohjavireenä hyödynnän Ian Hackingin (1999/2009) ja Erkki Karvosen (2013) näkemyksiä jaetun ymmärryksen rakentumisesta sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. Teoreettisena lähestymistapana nojaan Serge Moscovicin (1984) sosiaalisten representaatioiden teoriaan sekä Kenneth Bouldingin (1956) näkemyksiin mielikuvista ihmisten toiminnan ohjauksessa. Tarkastelen myös riippuvuusilmiötä eri tieteenalojen määritelmien valossa kansalaisten mielikuvien ymmärtämiseksi.

2.1 Tutkimuksen tietoteoreettinen lähestymistapa

Teoreettinen realismi on perinteisesti korostanut todellisuuden kuvaamista ja sen vastakohtana konstruktivismi on painottanut todellisuuden rakentumista. Nämä lähestymistavat eivät kuitenkaan ole välttämättä vastakkaisia. Esimerkiksi kanadalainen filosofi Ian Hacking (2009) käsittelee tiedon dualismia jakamalla todellisuuden ilmiöt vuorovaikutteisiin ja välinpitämättömiin luokkiin. Hän sijoittaa fyysisen maailman ilmiöt, kuten atomit, tähdet tai valoallot välinpitämättömiin ilmiöihin, koska ne eivät ole tietoisia eivätkä vaikutu siitä, miten me niitä luokittelemme. Sosiaalisen maailman ilmiöt käyttäytyvät kuitenkin toisin. Tavoilla, joilla niitä käsitteellistämme ja mitä mielikuvia niistä luomme, on vaikutusta siihen, miten ne toimivat ja päinvastoin. Tämä kahtiajako auttaa ymmärtämään mielikuvien merkitystä, sillä esimerkiksi aineet, kuten alkoholi ei vaikutu siitä, mitä me siitä ajattelemme (välinpitämätön luokka), mutta itse riippuvuutta koskevat mielikuvat elävät ja muovautuvat sosiaalisissa suhteissa vaikuttaen riippuvuusilmiön muovautumiseen sekä riippuvuuden ilmenemiseen arjessa. Ilmiöt tulevatkin ymmärrettäväksi vasta silloin, kun ne sijoitetaan osaksi sosiaalista vuorovaikutusta ja yksilöiden käyttäytymistä, jolloin annamme niille merkityksiä. (Emt. 143–173.)

Informaatiotutkimuksen ja viestinnän tutkija Erkki Karvonen (2013) tarkastelee tiedon rakentumista samansuuntaisesti, mutta ajallisen perspektiivin näkökulmasta. Karvosen mukaan tiedolla on kaksi puolta: todellisuutta kuvaava eli deskriptiivinen

puolensa, joka viittaa menneisyyteen ja (sosiaalista) todellisuutta rakentava eli preskriptiivinen puolensa, joka viittaa tulevaisuuteen. Karvonen käyttää tästä nimitystä perspektiivinen realismi. Lisäksi tieto on aina sidoksissa tiettyyn aikaan, paikkaan ja kulttuuriin. Mennyt edustaa ajattelussa tähän asti kohtaamaamme maailmaa, jonka perusteella syntyy ”odotushorisontteja” siitä, millaisena maailma tulee tulevaisuudessakin tyypillisesti näyttämään. Tulevaisuus on siten läsnä nykyhetkessä tavoitteina, toiveina, aikomuksina ja suunnitelmina. (Emt.) Ihminen tukeutuukin sosiaalisesti konstruoituun todellisuuteen, jotta yhteiskunnallinen elämä, mielekäs arki, toistemme ymmärtäminen, kokemusten jakaminen ja turvallisuuden tunne olisivat mahdollisia (Berger & Luckman 1994). Tieto, samoin kuin kieli syntyy siten palvelemaan aina tietynlaista todellisuuden kohtaamisen tapaa (Karvonen 2013).

Perspektiivisen realismin näkökulma tukee hyvin tämän tutkimuksen teoreettista ymmärrystä todellisuudesta, sillä mielikuvina ilmenevillä representaatioilla on aina jonkin asteinen deskriptiivinen ja preskriptiivinen puolensa tiedon kiertokulussa (Karvonen 2013). Hacking (2009, 56–57) kuvaa tätä kiertokulkua inhimillisten luokkien kehävaikutukseksi. Esimerkiksi riippuvaiset eivät ole vain passiivisia luokittelun kohteita vaan vaikuttavat myös itse itseään koskeviin luokituksiin ja mielikuviiin. Luokitusten funktiona on representoida maailmaa ja tosiasiat ovat seurausta tavoista, joilla representoimme sitä. Kielteiset tai myönteiset representaatiot voivat tuottaa toimintaa, joka on seurauksiltaan kasautuvaa johtaen joko kurjistumisen tai kukoistuksen kierteeseen. (Karvonen 2013.) Vastaavanlaisista päihdeongelmaa syventävistä tai siitä vapauttavista kehävaikutuksista on kirjoittanut myös Koski-Jännes (2004; 2011). Esimerkiksi vapautuminen jostain riippuvuudesta voi tuottaa omat positiiviset kehävaikutuksensa johtaen esim. yksilön terveyden ja sosiaalisten suhteiden kohenemiseen (emt. 2004; 2011). Myös poliittiset päätökset rakentuvat kehävaikutuksille. Esimerkiksi lääkkeitä koskeva arvomaailma vaikuttaa merkittäväällä tavalla poliittiseen päätöksentekoon ja siten lääkkeiden saatavuuteen sekä niiden luokitteluun yhteiskunnassa (Örnberg 2012). Tautiluokitukset ja niiden muutokset (mm. DSM-IV – DSM-V) ovat niin ikään tulosta jatkuvan neuvottelun prosessista, jossa kieli ja suhtautuminen kietoutuvat yhteen. Se, mihin ihmiset uskovat, vaikuttaa siten käytännössä heidän todellisuutta luovaan toimintaansa.

Tässä tutkimuksessa kuvaan, kuinka vaikeina kansalaiset ja päihdetyön ammattilaiset pitävät erilaisia riippuvuuden muotoja. Oletuksena on, että mielikuvat heijastavat yhtäältä mennyttä ja kulttuurisesti rakentunutta todellisuutta ja toisaalta ne vaikuttavat reaali maailman rakentumiseen. Näin kansalaisten mielikuvien

tiedostamisella on vaikutusta tulevaisuuden rakentumiseen. Käsillä oleva tutkimus tarjoaa osaltaan aineksia tulevaisuuden visioiden rakentamiseen.

2.1.1 Mielikuvat, sosiaalisen representaation teoria ja lähikäsitteitä

Käytän tässä tutkimuksessa käsitteitä *mielikuva* ja *sosiaalinen representaatio (tai näkemys)* (Moscovici 1961; 1984; 1988) kuvatessani kyselyaineistoni tuloksia. Sosiaalisen representaation teoria kuuluu osaksi sosiaalisen kognition tutkimusperinnettä (Leyens & Dardenne 1997), jossa yksilön tietoiseen ajatteluun liitetään sosiaalinen ulottuvuus. Doise (1986) luokitteli sosiaalisen kognition neljään analyysitasoon: yksilön sisäiseen, yksilöiden väliseen, ryhmien väliseen sekä kollektiiviseen tasoon. Hänen mukaansa sosiaalisten representaatioiden tutkimusperinteessä operoidaan ryhmien välisellä ja ideologisella tasolla (emt.). Tässä tutkimuksessa tarkastelenkin vastaajien näkemyksiä sosiaalisesti jaettuina mielikuvina.

Sosiaalisten representaatioiden teorian kehittymisen alkuaikoina brittiläis-yhdysvaltalainen filosofi ja taloustieteilijä Kenneth Boulding (1961) kirjoitti mielikuvista, jotka ovat idealtaan sosiaalisiin representaatioihin verrattavia. Bouldingin mukaan kaikki ihmisten toiminta ohjautuu mielikuvien varassa. Aluksi mielikuvat objektista ovat hajanaisia, mutta ne muuttuvat asteittain vuorovaikutuksessa fyysisen ja sosiaalisen ympäristön kanssa selkeämmiksi, pysyvämmiksi ja vastustuskykyisemmiksi konstruktioiksi suhteessa muutoksiin. Niistä voi muodostua myös jossain ryhmässä, organisaatiossa tai kulttuurissa jaettuja yleisiä tai julkisia mielikuvia ”public images” (Boulding 1961, 64–81, 132). Mielikuvilla on myös useita merkityskerrostumia. Ne voivat muodostua yksinkertaisista havainto–motivaatiosuhteista, mutta ne voivat olla myös monimutkaisia, laajan kulttuurisen pääoman sisältämiä representaatioita erilaisine merkityssuhteineen (vrt. Sulkunen 2007). Jaetut mielikuvat saavat usein myös erilaisia muotoja erilaisissa kulttuurisissa konteksteissa ja ne ovat jatkuvan neuvottelun kohteena (emt., Room 1978).

Käsitteet asenne ja uskomus ovat mielikuvan ja sosiaalisen representaation suuntaisia, mutta perinteisesti ne on määritelty yksilötason (yksilön sisäiseksi) tai yksilön ja ympäristön välisiin prosesseihin kuuluviksi käsitteiksi (Stahlberg & Frey 1996). Asenne nähdään usein rajoittuneempana, irrallisempana ja kapea-alaisempana kuin sosiaaliset representaatiot (Fraser 1994; Augoustinos, Walker & Donaghue 2006, 136–140). Asenteilla tarkoitetaan esimerkiksi yksilöiden tunnepitoista, affektiivista suhtautumista johonkin tiettyyn kohteeseen (Jaspars

1978). Myös uskomukset voivat joko vastata todellisuutta tai olla vääristyneitä. Sosiaalisilla representaatioilla taas viitataan jaettuihin näkemyksiin, jotka eivät välttämättä sisällä negatiivista tai positiivista tunnelatausta ja ne voivat vastata todellisuutta, mutta olla niistä myös osin tai jopa kokonaan irrallisia. Sosiaalisten representaatioiden olemukseen liittyy kuitenkin ajatus mielikuvien rakentumisesta ainakin jossain suhteessa reaalityodellisuuden elementeistä. Sosiaalisten representaatioiden voidaankin nähdä asenteita ja uskomuksia sisältävinä tai osittain niistä koostuvina (Fraser 1994; Augoustinos, Walker & Donaghue 2006, 136–140). Sosiaalinen representaatio on lähikäsite myös Durkheimin kollektiivisille representaatioille, mutta sosiaaliset representaatiot ovat kollektiivisia representaatioita spesifimpiä ja dynaamisempia tapoja rakentaa yhteistä ymmärrystä jostakin tietyistä kohteesta (Moscovici 1984; 1988).

Romaniassa syntyneen ranskalaisen sosiaalipsykologin Serge Moscovicin (1984) *sosiaalisen representaation teoria* tarjoaa konkreettisen lähestymistavan mielikuvien ymmärtämiselle. Sosiaaliset representaatiot ovat asenteiden, tiedon, kokemusten sekä arkiarjittelun varaan muodostuneita yhteisesti jaettuja mielikuvia tietyistä asiasta. Ne syntyvät ihmisten sekä ihmisryhmien välisessä vuorovaikutuksessa ja ne muovautuvat ajan kuluessa. Ne ovat arvojen, ideoiden ja käytäntöjen systeemejä, jotka auttavat sosiaalisen maailman hallinnassa luomalla järjestystä, luokittelemalla ja määrittelemällä asioita (emt. 1984). Sosiaalisten representaatioiden funktiona onkin tehdä vieraat asiat tutuiksi (Moscovici 1984, 24) ja edesauttaa jaetun sosiaalisen todellisuuden rakentumista yksilön mielessä. Esimerkiksi jotkut alun perin tieteelliset tai ammattikäsitteet muovautuvat arkisiksi ja tutuiksi kytkeytyessään vallitsevaan arkiymmärrykseen.

Sosiaaliset representaatiot koostuvat suhteellisen pysyvistä ytimistä, jotka linkittyvät kollektiiviseen muistiin, ryhmän yhteiseen historiaan ja ryhmän konsensukseen. Ne ovat koherentteja eivätkä ole kovin herkkiä äkkinäisille kontekstuaalisille muutoksille. Niiden ympärillä on puolestaan reuna-alueita, jotka vaihtelevat yksilöiden historian ja kokemusten myötä, pitävät yllä ryhmän heterogeenisuutta, ovat joustavia, sisältävät ristiriitaisuuksia ja ovat herkkiä muutoksille. Ytimiin sisältyy representaation oleellinen merkitys ja organisoituminen, kun taas reuna-alueiden funktiona on kytkeytyä konkreettiseen todellisuuteen, sisältää eroavuuksia ja toisaalta suojella ydintä. (Abric 1993.) Uusien sosiaalisten representaatioiden rakennusaineita ovat aiemmat sosiaaliset representaatiot, luokitukset, ideat ja konkreettinen todellisuus käytänteineen. Esimerkiksi riippuvuuksia koskevat mielikuvat kiinnittyvät mm. lainsäädäntöön ja sen nykykäytänteisiin, riippuvuuden tuttuuteen, riippuvaisten itsensä tarjoamaan

kuvaan ilmiöstä, hoito- ja palvelujärjestelmästä saatuun ymmärrykseen, median tarjoamiin aineksiin sekä vallitseviin sosiaalisiin representaatioihin. Lisäksi uusi tutkimustieto suodattuu eri kanavia pitkin kansalaisten tietoisuuteen muuntuen usein matkalla kansanomaiseen muotoon, osaksi ihmisten arkiarjatteluja.

Sosiaalisen representaation teorian mukaan yhteiskuntaan ”rantautuvat” uudet ilmiöt, tieto tai esimerkiksi asiantuntijatiedon sisältämät käsitteet siirtyvät kansalaisten (maallikoiden) tietoisuuteen sosiaalisiksi representaatioiksi ainakin kahden eri prosessin, ankkuroinnin ja objektivoinnin avulla (Moscovici 1984; Joffe 2003). Ankkurointi on ilmiön sosiaalista nimeämistä ja luokittelua. Ankkuroinnissa uusi ilmiö sijoitetaan aiemmin luotuihin luokkiin. Esimerkiksi huume-epidemian käsite lainattiin kansanterveystieteestä, jossa epidemian käsitettä käytetään kuvaamaan infektiosairauksien leviämistä. Objektivoinnissa taas vieras ja abstrakti käsite konkretisoidaan yhdistämällä se tuttuun mielikuvaan. Mielikuvan luominen voi tapahtua joko personoimalla mielikuva esimerkiksi johonkin tunnettuun henkilöön, kuten huumeriippuvaisen mielikuva tunnetun rocklaulajan tai rikollisen persoonaan. Toisena objektivoinnin muotona on figuraatio, jossa esimerkiksi huumeiden käyttö kiteytetään huumeruiskun ja neulan käyttöön tai rahapelaaminen peliautomaattiin tai ruletipöytään ja siitä luodaan kyseistä ilmiötä koskeva visuaalinen kokonaisuus. (Leyens & Dardenne 1997.) Mielikuvat voivat vähitellen myös naturalisoitua eli irtautua alkuperäisestä kohteestaan osaksi todellisuutta ja alkaa elää omaa elämäänsä (Moscovici 1984). Riippuvuuden käsitteelle näyttää jossain määrin käyneen näin: arkipuheessa sitä on alettu soveltaa yhä väljemmin mitä erilaisimpiin toistuviin, jollain tavoin koukuttaviin toimintatapoihin (mm. Hellman 2010). Mielikuvat eivät Moscovicin (1984) mukaan ole siten vain epätäydellisiä ilmauksia todellisuuden objekteista, vaan ne voivat elää ja muuntua irrallaan kontekstistaan sekä värittyä uusilla mielikuvilla (Abric 1993). Näin sosiaalisia representaatioita ei ole mahdollista palauttaa sellaisenaan niiden alkuperäiseen ideaan, objektiin tai kontekstiin (vrt. Hacking 2009; Karvonen 2013) ja ne voivat perustua enemmän tai vähemmän todellisuuden objekteihin, mutta myös niitä koskeviin kuvitelmiin.

Joukkotiedotuksella on suuri merkitys sosiaalisten representaatioiden muodostumisessa, sillä media värittää ja ohjaa esimerkiksi otsikoinneilla, käytetyillä kuvastoilla ja painotuksilla, mitä yhteiskunnassa pidetään ajankohtaisena, hyvänä, pahana, toivottavana tai pelottavana. Myös tieteelliset tutkimustulokset värittyvät ja muuntuvat kansalaisten vuorovaikutuksessa uudenaikaisiksi käsitteiksi ja saavat symbolisia ja kulttuurisia merkityksiä. (Joffe 2002; 2003.) Esimerkiksi 1900-luvun alkupuoliskolla heroinin käyttö lääkkeenä oli Suomessa yleisesti hyväksyttyä, kun

taas alkoholin suhteen oli voimassa kieltolaki vuosina 1919–1932 (Ylikangas 2012). Ei kuitenkaan voida sanoa, että kyseiset aineet tai niiden lääketieteellinen riippuvuuspotentiaali olisi noista ajoista muuttunut. Sen sijaan mielikuva aineiden käytöstä ja sen seurauksista on muuttunut. Vain osa ihmisten mielikuvista tai käsityksistä kiinnittyikin aineen tai toiminnan ominaisuuksiin sinänsä. Sen lisäksi ne sisältävät yksilöllisiä ja sosiaalisesti jaettuja kulttuurisia uskomuksia, jotka voivat suunnata käyttäytymistä ja toimia jopa itseään toteuttavina ennusteina. Media välittää myös yksilöiden minä-kokemuksia kuvaillessaan yksilöiden henkilökohtaisia tarinoita. Niistä taas muodostuu me-kokemuksia ihmisten samaistuesssa tarinoiden eri ulottuvuuksiin. Samalla sosiaaliset representaatiot tuottavat ja vahvistavat me- ja he –identiteettejä (”bad others”). (Mm. Joffe 2003.)

Sosiaaliin representaatioihin tietystä aiheesta tulee suhtautua kriittisesti, sillä ensinnäkin niiden todenperäisyyttä ei useinkaan ole kyseenalaistettu ja toiseksi ne elävät osittain tai jopa kokonaan irrallaan alkuperäisestä kohteestaan tai ne voivat olla tiedoiltaan vanhentuneita. Esimerkiksi päihdepoliittinen päätöksenteko ei aina toteudu tiedon, vaan vastavoimaisten intressien, värityneiden asenteiden sekä institutionaalisten normien ja siten paikallisten sosiaalisten representaatioiden nimissä. Siksi onkin tärkeää selvittää, millaisia mielikuvia ihmisillä on riippuvuuksista ja miten ne kytkeytyvät aikamme tieteelliseen tietoon ja arkitodellisuuteen.

2.1.2 Mielikuvien muotoutumisesta eri viiteryhmissä ja kulttuureissa

Sosiaaliset representaatiot voidaan Moscovicin (1988) mukaan jakaa kolmeen luokkaan sen mukaan, miten jaettuja ne ovat yhteiskunnassa. *Hegemoniset* representaatiot ovat kaikkien yhteisesti jakamia sosiaalisia representaatioita, joita voi jossain määrin verrata Durkheimin kollektiivisiin representaatioihin. *Emansipoituneet* representaatiot taas muodostuvat erilaisiksi eri viiteryhmissä ja tarjoavat yksilöille hegemonisia representaatioita enemmän väljyyttä omaan ajatteluun. Ne sisältävät symboleja ja niiden alkuperään kiinnittyneitä tulkintoja. Esimerkiksi mielisairaus kuuluu tähän kategoriaan, sillä lääkärit ja muut alan ammattilaiset tarjoavat erilaisia mielisairautta koskevia näkemyksiä maallikoiden tietoisuuteen. Myös ammattilaisten keskinäiset näkemykset voivat vaihdella (mm. Kuussaari 2006). *Poleemisia* representaatioita taas kehittyi sosiaalisten konfliktien seurauksena. Ne ilmentävät ryhmien välisiä eroja ja ovat keskenään selvästi ristiriitaisia siten, ettei yhteiskunnan tasolla ole yhteistä näkemystä aiheesta. (Moscovici 1988, 221.)

Poleemisia representaatioita voi syntyä esimerkiksi eri etnisten ryhmien välille. Myös kannabisaktivistien ja tavallisten kansalaisten kannabista koskevissa käsityksissä on ilmennyt poleemisten representaatioiden piirteitä (vrt. Kekoni 2007).

Tämän tutkimuksen keskeisenä tavoitteena on tarkastella suomalaisten mielikuvia erilaisista riippuvuuksista. Tutkin myös vastaajien mielikuvien variaatiota selvittämällä, ovatko suomalaisten mielikuvat eri riippuvuuksista hegemonisia vai esiintyykö joissakin viiteryhmissä myös emansipoituneita tai jopa poleemisia näkemyksiä joistakin riippuvuuden muodoista.

Yksittäiset ihmiset nojautuvat sekä yhteiskunnassa yhteisesti jaettuun representaatioihin, että oman viiteryhmänsä keskinäisessä kanssakäymisessä muovautuviin näkemyksiin uusista asioista. Viiteryhmät voivat vaihdella sen mukaan, mitä asiaa tai aihetta sosiaalinen representaatio edustaa. Viiteryhmänä voi toimia esimerkiksi perhe, sukupuoli, ammattiryhmä, oma kokemus, ikäryhmä tai kuuluminen johonkin poliittiseen puolueeseen. Ryhmien sisällä ja ryhmien välillä voi siten esiintyä erilaisia sosiaalisia representaatioita samoista asioista. (Moscovici 1984.) Esimerkiksi *naisten ja miesten* perinteisesti erilaiset roolijaot, työkulttuurit ja asema perheessä vaikuttavat suhtautumiseen ja mielikuviiin asioista huolimatta sukupuolten välisestä tasa-arvoistumisesta. Naisten alkoholin käytön katsotaan ensinnäkin edelleen vaarantavan yhteiskunnan moraalista järjestystä miesten käyttöä enemmän (Nätkin 2006) ja naisten päihteiden ongelmakäyttö tiivistyy mielikuvaan naisten uusintamistehtävästä, sikiövaurioista ja ns. ”päihdeäitiydestä” (Leppo 2012). Toiseksi naiset ovat kvantitatiivisissa tutkimuksissa osoittaneet olevansa systemaattisesti miehiä huolestuneempia erilaisista riskeistä. Kvalitatiiviset tutkimukset osoittavat puolestaan, että naiset ovat miehiä huolestuneempia osin myös eri asioista. Naiset ovat huolissaan mm. ongelmista ja uhista, jotka kohdistuvat perheeseen ja lähipiiriin hyvinvointiin sekä terveyteen. Miehet taas osoittivat huolestumista erityisesti työelämän ja taloudellisten ongelmien vuoksi. (Gustafson 1998.)

Niin sanotut avainvälittäjät vaikuttavat jaettujen ja julkisten mielikuvien muotoutumiseen (vrt. auktorisoitu selittäjä teoksessa Juhila 2012a). Myös institutionaalinen järjestys ja instituutioihin sisältyvät kulttuuriset määritelmät ja kontekstit muovaavat riippuvuuksien käsitteellistämistä (Egerer 2013). *Ammattilaiset* vaikuttavat instituutioiden edustajina ja avaintoimijoina niin ammattikuntansa näkemyksiin, asiakkaisiin kuin julkiseen keskusteluunkin aiheesta. Ammatillinen ja koulutuksellinen asiantuntijuus kuten nimeke ”päihdeterapeutti” antaakin ”pätevyyden” ja työkaluja määritellä riippuvuutta tavallisten kansalaisten

arkitiedosta tai kokemusasiantuntijoiden (Jokinen 2012) näkemyksistä poikkeavalla tavalla. Näin päihdetyön ammattilaisten sosiaaliset representaatiot riippuvuuksista ja riippuvaisista voivat olla sisällöltään erilaisia verrattuna ”tavallisten kansalaisten” mielikuviiin. Ammatillisten instituutioiden toiminta (toimintakulttuuri) perustuu usein sen edustajien yhteisesti jakamiin käsityksiin toiminnan kohteesta. Näin instituutioiden voidaan mieltää ”ajattelevan” organisten olioiden tavoin. Instituution edustajat puolestaan toimivat yhteisesti sovittujen luokitusten kuten tautiluokitukset, pohjalta omien tulkintaresurssiensa puitteissa (Juhila, Jokinen & Suoninen 2012). Vertaamalla tavallisten kansalaisten ja päihdetyön ammattilaisten näkemyksiä toisiinsa, voidaan tarkastella ammatillisten sosiaalisten representaatioiden suhdetta kansalaisten arkitietoon.

Myös *riippuvaiset* itse vaikuttavat sosiaalisten representaatioiden muodostumiseen tietoisesti tai esimerkiksi sosioekonomisen asemansa välityksellä. Esimerkiksi vuosisadan alkupuoliskolla suurin osa opiaattien ja piristeiden ongelmakäyttäjistä oli terveydenhuollon ammattilaisia, taiteilijoita tai ylemmän keskiluokan jäseniä, jolloin ongelma pysyi pääasiassa lähipiirien huolen aiheena (Ylikangas 2009; Jaakkola 1970). Nykyään tyypillinen huumeongelmainen on sen sijaan vähän koulutettu, työtön nuori aikuinen, mikä on olennaisesti vaikuttanut käsityksiimme ongelman luonteesta (Onnela 2001; Törmä & Huotari 2005; Forsell, Virtanen, Jääskeläinen, Alho & Partanen 2010). Rahapeliongelmaisista koskevat mielikuvat voivat perustua tai objektivoidua päihderiippuvuudesta poikkeavaan mielikuvaan, sillä rahapelaaminen on yleisesti hyväksyttyä ja sillä on hyväntekeväisyyden leima.

Riippuvuutta koskevat mielikuvat voivat vaihdella myös *kulttuurista toiseen*, mikä kertoo vallitsevista kulttuurisista ja historiallisista eroista sekä maantieteellisten ja jopa geneettisten tekijöiden tuottamasta variaatiosta kansalaisten arkiajattelussa (mm. Room 2001b; Holma ym. 2011; Cunningham, Blomqvist, Koski-Jännes & Raitasalo 2012; Koski-Jännes, Holma & Hirschovits-Gerz 2013). Koska yksi tutkimuksistani nojaa myös vertailevaan kansainväliseen aineistoon, tarkastelen työssäni riippuvuusmielikuvien vaihtelua paitsi ryhmien myös erilaisten sosiokulttuuristen ympäristöjen välillä.

2.1.3 Sosiaalisten representaatioiden teoria tutkimuksellisenä lähestymistapana

Sosiaalisten representaatioiden tutkiminen sopii erityisesti (myöhäis-) moderneihin yhteiskuntiin, joissa tieteellisten tutkimustulosten terminologia sekoittuu arkiajatteluun (Pirttilä-Backman & Helkama 2005). Sosiaalisten representaatioiden teoriassa yksi keskeinen tutkimuskohde onkin tiedon ja mielikuvien suodattuminen yhteiskunnan eri kerrostumiin, esimerkiksi miten tutkimus- ja asiantuntijatieto välittyy ja muuttuu kansalaisten omaksi tietopohjaksi, mielikuviksi ja siten osaksi arkiajattelua. Sosiaalisen representaation teoria on viite- ja tulkintakehys, jonka sisällä on mahdollista tehdä monenlaisia teoreettisia ja metodologisia valintoja. Sosiaalisten representaatioiden teoriaa on hyödynnetty pääasiassa laadullisessa tutkimuksessa, mutta myös esimerkiksi määrällisissä asennetutkimuksissa, jolloin teorian avulla on pyritty tuomaan esiin aineiston variaatiota (Fraser 1994). Sosiaalisten representaatioiden viitekehystä on käytetty Suomessa ainakin ihmisten sosiaaliseen ja arkitietoon keskittyvissä tutkimuksissa. Pääasiassa tätä tutkimusta on tehty Helsingin yliopistossa professori Anna-Maija Pirttilä-Backmanin johdolla. Esimerkiksi Sakki (2010) tutki Euroopan Unionia koskevia näkemyksiä eri maiden oppikirjoissa. Huotilainen (2005) taas tutki uusia ruokia koskevia sosiaalisia representaatioita ja Mäkinieniemi, Backman ja Pieri (2011) tutkivat eettisen ja epäeettisen ruoan sosiaalisia representaatioita. Marjovuo (2014) taas pureutui vapaaehtoista järjestötyötä koskeviin mielikuviiin Suomessa. Sosiaalisia representaatioita on tutkittu myös Itä-Suomen yliopistossa. Esimerkiksi Rätty, Ikonen & Honkalampi (2006) tutkivat masennusta koskevia arkikäsitteitä ja Saarainen-Kauppinen (2012) tutki sosiaalisia taitoja koskevia käsitteitä tekniikan alalla. Muissa maissa teorian avulla on tutkittu myös mm. hulluutta (Jodelet 1991), uuden tiedon tuottamaa mielikuvien muutosta (Smadar 2003) ja ihmisoikeuksia (Doise, Spini & Clémence 1999).

Moscovicin (1984) teorian erityinen anti on siinä, että se tarjoaa mahdollisuuden tarkastella tiedon muodostumista sosiaalisena, kontekstuaalisena ja situationaalisena ilmiönä. Tarkoitukseni onkin tässä väitöskirjassa tulkita saamiani tutkimustuloksia aineiston keruun aikana vallinneen yhteiskunnallisen todellisuuden, ympäristön ja kulttuurisen maaperän sekä vastaajien sosiodemografisten taustamuuttujien antamin eväin. Näin pyrin etsimään myös näkökulmia siihen, miten ja miksi näkemykset ovat muodostuneet sellaisiksi kuin ne vastaushetkellä olivat. Vaikka tietyllä hetkellä tehty kyselytutkimus ei itsessään tarjoa mahdollisuutta tutkia sosiaalisten representaatioiden syntyä ja muovautumista, tarjoaa se silti

mahdollisuuden sosiaalisten representaatioiden ydinten ympärille muodostuneiden variaatioiden tarkastelun kyselylomakkeen kysymysten avulla. Oletuksena onkin, että riippuvuus-termi muodostaa keskeisen ytimen, jonka variaatioita tässä tutkimuksessa tarkastellaan. Alkoholiriippuvuus oletetaan tutuimmaksi riippuvuuden muodoksi, jolloin muut tutkitut riippuvuuden muodot asettuvat suhteeseen sen kanssa. Riippuvuuksia koskevat lomakkeen kysymykset kuvaavat puolestaan riippuvuuksien eri puolia ja ilmenemistä yksilön elämässä ja yhteiskunnassa. Vastaajaryhmien näkemuserot taas kertovat ytimen ympärillä ilmenevästä variaatiosta.

2.2 Riippuvuus ilmiönä

Koska tutkimukseni kohdistuu erilaisiin addiktioihin tai riippuvuuden käsitteellä kuvattuihin ilmiöihin, tarkastelen seuraavassa, miten eri tieteenaloilla tätä ilmiötä on pyritty käsitteellisesti jäsentämään. Luvun tarkoituksena on lisätä ymmärrystä siitä, miten monimutkaisesta ja eri tieteenaloja koskevasta kokonaisuudesta riippuvuudessa on kyse. Luvun tarkoituksena ei ole määrittellä riippuvuutta tyhjentävästi vaan luoda taustaa riippuvuusmielikuvien tutkimiselle.

Alexanderin ja Schweighoferin (1988) mukaan addiktion käsite pohjaa latinankielen sanaan *addico*, joka merkitsee jonkun omaksi tuomitsemista, *addictus* taas viittaa velkaorjaan. Monissa Euroopan maissa tälle ilmiölle ei ole omaa termiä, vaan latinankielistä sanaa *addictio* käytetään lainasanana (Alexander 2008). Suomenkielessä sen vastineena on alettu käyttää yleiskielistä sanaa *riippuvuus*, joka on käytössä sekä positiivisessa että negatiivisessa merkityksessä. Esimerkiksi lapsen ja vanhemman välinen symbioottinen riippuvuussuhde sisältää hyvin eri merkityksen ja arvolatauksen kuin riippuvuus jostakin tietystä aineesta tai toiminnosta. Riippuvuus-sanaa käytetään myös puhuttaessa muun muassa taloudesta⁵.

Addiktioista puhuttaessa riippuvuus liitettiin aiemmin vain alkoholin ja huumeiden kaltaisiin päihdyttäviin aineisiin, mutta viimeisten 50 vuoden aikana on havaittu, että hyvin samantyyppistä pakonomaista ja hallitsematonta käyttäytymistä voi liittyä myös esimerkiksi hallitsemattoman rahapelaamisen tai syömisen kaltaisiin, nopeasti palkitseviin toimintoihin (mm. Peele 1985; Orford 1985; Orford 2001). Riippuvuuden käsitettä on siten alettu kuvaamaan monenlaisia, eri aineisiin ja toimintoihin liittyviä ongelmakäyttäytymisen muotoja (Koski-Jännes 2001; 2006; Alexander 2008; Hellman 2010). Tämä viime vuosien kehitys on johtanut riippuvuus käsitteen yhä löyhempään ja laajempaan käyttöön myös mediassa (Hellman 2010), mikä puolestaan muovaa yleistä suhtautumista riippuvuusongelmiin.

⁵ Suomi on riippuvainen esimerkiksi Euroopan taloudesta

Lääketieteen piirissä riippuvuus on määritelty tautiluokituksissa (ICD-10 ja DSM-tautiluokitukset⁶) eri tavoin eri vuosikymmeninä. Vielä 1950-luvulla WHO pyrki erottamaan vaarallisemmat riippuvuudet (addiction) tottumusta (habituation) aiheuttavista aineista tietyillä kriteereillä. Nämä olivat viettivoimakkuuden aste, tendenssi annoksen lisäämiseen, fyysinen tai psyykinen riippuvuus sekä mahdolliset haittavaikutukset yksilöön ja yhteiskuntaan. Rajojen määrittelemisen näiden luokkien välillä havaittiin kuitenkin pian vaikeaksi, sillä kriteerit saattoivat olla keskenään ristiriidassa. Niinpä vuonna 1964 luokista luovuttiin ja ne korvattiin dependence-termillä. (Rosenqvist 1970.) Vuonna 2013 ilmestyneessä DSM-V tautiluokituksessa riippuvuus (dependence) termi puolestaan korvattiin addiktioin käsitteellä, sillä dependence termillä viitataan lääketieteessä pelkästään sietokyvyn kasvuun ja vieroitusoireisiin, jos esimerkiksi lääkkeen käyttö lopetetaan äkillisesti (O'Brien 2011). Dependence -käsitteeseen ei siis välttämättä liity addiktioille ominaista käyttöhimoa tai retkahduspaineita pitkienkin raittiiden jaksojen jälkeen. Uudessa DSM-V-luokituksessa riippuvuudet kuuluvat kategoriaan: addiktio ja siihen liittyvät häiriöt. Sen alla on kaksi luokkaa: päihdehäiriöt ja päihteisiin liittymättömät addiktio. Rahapelihäiriö⁷ kuuluu uudessa luokittelussa jälkimmäiseen (mm. Lämsy & Räsänen 2012) (laatikko 1), vaikka aiemmassa DSM-IV tautiluokituksessa se kuului pakkotoimintojen kategoriaan.

ICD 10:ssä päihderiippuvuudet määritellään tietyllä aikavälillä (12kk) ilmenevänä oireyhtymänä (laatikko 1). Peliriippuvuus on ICD-tautiluokituksessa määritelty päihderiippuvuuksista erilliseen kategoriaan, muihin aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöihin kuuluvaksi käytös- ja hillitsemishäiriöksi (F63.0) (ICD-10 2012). Internetriippuvuutta ei toistaiseksi ole sisällytetty tautiluokitukseen lainkaan, vaikka asiasta on keskusteltu (Block 2008; Tao ym. 2010; Korkeila, Kaarlas, Jääskeläinen, Vahlberg & Tamminen 2010). Päihde- ja toiminnalliset riippuvuudet kuvataan tautiluokituksissa oireiltaan hyvin samankaltaisiksi.

Biolääketieteellisesti addiktio määritetään geneettisesti periytyväksi aivosairaudeksi ja neurolääketieteessä addiktioille on etsitty selitystä aivojen välittäjäaineiden tasolta (mm. Salaspuro, Kiianmaa, Seppä & Ahlström 2003).

⁶ DSM eli Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders on Amerikan Psykiatriyhdistyksen laatima psykiatrinen taudinmäärittelyluokitus, jonka tavoitteena on sairauksien laadun ja vaikeusasteen kuvaaminen. ICD eli International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems on Maailman terveysjärjestön julkaisema sairausluokitus. (Lämsy & Räsänen 2012.)

Vaikka riippuvuudesta puhutaan yhtenä käsitteenä, on se todellisuudessa eräänlainen sateenvarjokäsite myös neurotieteiden sisällä. Aivotutkimuksissa on kuitenkin osoitettu samankaltaisia muutoksia aivojen välittäjäainetasolla, oli sitten kyseessä päihde- tai toiminnallinen riippuvuus (mm. Joutsa 2012). Päihderiippuvuuksissa aivotoimintaan vaikutetaan kemialla, kun taas toiminnallisissa riippuvuuksissa stimulaatio saadaan aikaan ihmisen omia keskushermoston välittäjäaineita aktivoimalla. Päihderiippuvuuksista taas tiedetään esimerkiksi, että keskushermostovaikutukset vaihtelevat ainekohtaisesti. Stimulanttien ja kokaiinin on todettu vaikuttavan suoraan dopamiinin eritykseen keskushermostossa, opioidit puolestaan vaikuttavat opioidireseptorien välityksellä, kannabistuotteiden mielihyvävaikutus välittyy kannabinoidireseptorien välityksellä, bentsodiatsepiinien vaikutus gaba-järjestelmän kautta ja nikotiini nikotiinireseptorien välityksellä. Vaikka suurin osan riippuvuutta tuottavista aineista ja toiminnoista vaikuttaa mesolimbisen dopamiiniradan (ns. aivojen mielihyvakeskus) aktivoitumisen välityksellä, niiden riippuvuuspotentiaali vaihtelee (Kiiänmaa 2012) ja elimistö mukautuu niihin eri tavoin.

Laatikko 1. Päihde- ja peliriippuvuuden kriteerit

Alkoholiriippuvuuden kriteerit (ICD tautiluokitus 2011):

1. Voimakas halu tai pakonomainen tarve käyttää alkoholia. 2. Heikentynyt kyky hallita juomisen aloittamista, lopettamista tai käytettyjä määriä. 3. Vieroitusoireita käytön loputtua tai vähennyttyä. 4. Kyky sietää alkoholia (toleranssi) kasvanut. 5. Muut mielihyvän lähteet tai kiinnostuksen kohteet jäävät sivuun, aika menee alkoholinkäyttöön ja käytön vaikutuksista toipumiseen. 6. Alkoholinkäyttö jatkuu haitoista huolimatta.

Diagnoosikriteerit täyttyvät, mikäli vähintään kolme oiretta esiintyy yhtäaikaisesti vähintään kuukauden ajan tai mikäli oirejaksot ovat lyhyempiä, niitä on esiintynyt toistuvasti kuluneen vuoden aikana (mm. Alho 2012; Seppä & Heinälä 2012; Alkoholisuositustyöryhmä 2010.)

ICD-10 -tautiluokituksessa lääkkeiden ja päihteiden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt on jaettu kymmeneen luokkaan: alkoholi F10, opiaatit F11, kannabis F12, rauhoittavat lääkkeet F13, kokaiini F14, muut piristeet F15, hallusinogeenit F16, tupakka F17 ja luotainaineet F18 sekä sekäkäyttö F19 (ICD-10 2012).

Pelihimon ja patologisen pelaamisen kriteerit

”ICD-10: A. Pelaamisjaksoja on vähintään kaksi vuodessa. B. Pelaaminen jatkuu, vaikka seurauksena olisi henkilökohtaista ahdinkoa tai se vaikuttaisi jokapäiväisen elämän toimintoihin. Näistä jaksoista ei kerry voittoa. C. Voimakasta pelaamisen tarvetta on vaikea hillitä niin, että potilas itse pystyisi lopettamaan pelaamisen. D. Pelaamiseen ja pelaamisympäristöön liittyvät mielikuvat hallitsevat ajattelua ja mielikuvia. Olenainen piirre on toistuva pelaaminen, joka jatkuu ja lisääntyy, vaikka seurauksena on sellaisia vastoinkäymisiä kuin köyhtyminen, perhesuhteiden huononeminen ja henkilökohtaisen elämän hajaannus.” (Kansainväliset luokitukset peliriippuvuudelle 2014.)

DSM-V: ”Jatkuva tai toistuva ongelmallinen rahapelikäyttäytyminen, joka aiheuttaa kliinisesti merkittävää haittaa tai kärsimystä. Henkilöllä todetaan neljä (tai enemmän) seuraavista kriteereistä edeltävän vuoden aikana. 1. Tarve pelata jatkuvasti suurenevilla rahasummilla saavuttaakseen haluamansa jännityksen. 2. Yritys vähentää tai lopettaa rahapelaaminen aiheuttaa rauhattomuutta tai ärtyneisyyttä. 3. On toistuvasti epäonnistunut yrityksissään kontrolloida, vähentää tai lopettaa rahapelaamista. 4. Ajatukset pyörivät rahapelaamisen ympärillä (esim. jatkuva tarve elää uudelleen aikaisempia rahapelitapahtumia, miettii tasoitusmahdollisuuksia tai suunnitella seuraavaa rahapeliä ja ajatella pelaamiseen käytettävien rahojen hankintaa). 5. Pelaa usein tuntiessaan olonsa kuormittuneeksi (kokien esim. avuttomuutta, syällisyyttä, ahdistuneisuutta tai masennusta). 6. Hävittyään rahaa palaa usein takaisin pelaamaan tasoittaakseen tappion (häviöiden takaa-ajo). 7. Valehtelee salataakseen rahapelaamiseen osallistumisensa määrän. 8. On vaarantanut tai menettänyt tärkeän ihmissuhteen, työpaikan, tai koulutukseen tai työuraan liittyvän mahdollisuuden rahapelaamisen takia. 9. Tukeutuu muihin rahanhankinnassa helpottaakseen rahapelaamisen aiheuttamaa epätoivoista taloudellista tilannetta.” (Kansainväliset luokitukset peliriippuvuudelle 2014.)

Aineista puhuttaessa riippuvuuskäyttäytyminen sijoitetaan usein yksilötasolla käyttäytymisen jatkumoon, jonka osia ovat raittius, kokeilu-, viihde- ja kohtuu- (hallittu) käyttö, suurkulutus, riskikäyttö⁸, haitallinen tai ongelmallinen käyttö⁹ ja viimeisenä riippuvuuskäyttäytyminen (Hakkarainen 1992; Heyman 2009, 98–99; WHO 2013). Vastaavasti toiminnoista puhuttaessa ongelmaton käyttö voidaan erottaa riski- tai ongelmakäytöstä ja riippuvuudesta. Joidenkin hoitomallien mukaan riippuvuus on lineaarinen prosessi, jossa ongelma kasvaa ja pahenee lieveilmiöineen esimerkiksi niin kutsutun Jellinek-käyrän mukaan (Glatt 1958). AA:ssa ja muissa 12 askeleen hoito-ohjelmissa riippuvuutta kuvataankin kroonisena relapsoivana sairautena (mm. Takala & Lehto 1992; Heyman 2009, 78), sillä raitistumisen ei uskota poistavan itse riippuvuussairautta vaan sen oireet (vrt. ajatus diabeteksestä ja sen hoidosta). Toisaalta riippuvuuskäyttäytymistä on kuvattu syklistenä prosessina, jossa siirtymää voi tapahtua sekä ongelman pahenemisen että helpottumisen suuntaan mm. elämäntilanteen muuttuessa ja elämän hallintakeinojen vaihdellessa (esim. Heyman 2009, 65–88). Ongelmakäyttäytyminen voi myös olla nopean mielihyvän saamiseksi muodostunut toiminnallinen loukku (Koski-Jännes 1992, 20–23).

Kaikki intohimoinen käyttäytyminen tai pinttynyt tapakäyttäytyminen ei ole määritettävissä riippuvuudeksi. Tapa- ja riippuvuuskäyttäytyminen eroavat toisistaan siten, että tapa on jälkimmäistä joustavampi, helpommin korvattavissa toisella käyttäytymisellä, väline jonkin muun tavoitteen saavuttamisessa eikä se syrjäytä muita elintärkeitä tavoitteita ja toimintoja. Riippuvuus taas on tapaa fiksoituneempi, vaikeammin korvattavissa ja muuttuu vähitellen itse omaksi tavoitteekseen syrjäyttäen vähitellen muut elintärkeät toiminnot. (mm. Rosenqvist 1970; Bruun 1970.) Riippuvuuden voi määritellä yksilön toiminnaksi, jolle on ominaista lyhyellä aikavälillä koettu tyydytys tai palkkio (mielihyvä) usein pitkän aikavälin haittojen kustannuksella (mm. terveydelliset haitat) (Ainslie 1986; Koski-Jännes 2011). Se on toimintaa, joka heikentää ihmisen kykyä muuttaa elintottumuksiaan ja tehdä omaa terveyttään edistäviä päätöksiä. Riippuvuutta on

⁸ Yhteisnimitykseksi riskikäytölle, haitalliselle käytölle ja riippuvuudelle on anglosaksisessa kirjallisuudessa ehdotettu termiä epäterveellinen käyttö (Seppä, Alho, Aalto & Kianmaa 2010)

⁹ Ongelmakäyttö-termi on otettu yhteisnimikkeeksi mm. kaikille liikaa alkoholia käyttäville ja riskikäyttö niille, joille ei vielä ole liiallisesta käytöstä huolimatta ilmaantunut haittoja. (Seppä ym. 2010)

kuvattu eri sosiokulttuurisissa yhteyksissä esimerkiksi tahdonvoiman puutteeksi tai kontrollin menettämiseksi, jotka kummatkin liittyvät yksilöllisen itsekontrollin odotuksiin modernissa yhteiskunnassa (Sulkunen 2007). Riippuvuudessa ei siten ole kyse sinänsä vain tietyn aineen tai toiminnon vaikutuksesta vaan elämyksestä, tuntemuksesta tai mielentilasta, jonka aineen tai toiminnan odotetaan tuottavan (Peele 1985, 225). ”Addiktiivisella toiminnalla haetaan vauhtia, jännitystä, äärikokemuksia, helpotusta, unohtusta, vapautusta tai ainakin siedettävää olotilaa” (Koski-Jännes 2001, 24). Toisaalta käyttäytymiseen liittyy usein voimakkaita syyllisyyden ja häpeän tuntemuksia (Tuomola 2012).

Riippuvuus on universaali biofysikaalinen ilmiö siinä määrin, kuin ihmisen kehon toiminnat ovat lajityypillisiä. Toisaalta fysiologiset reaktiot ovat merkittäväällä tavalla kytköksissä mieleen, tunteisiin ja sosiaalisesti sekä kulttuurisesti opittuihin tapoihin reagoida ja käsitellä niitä. Vaikka nykyinen aivotutkimus on johtanut riippuvuuden ymmärtämiseen uudella tavalla, ei se anna lisätietoa mielihyvän kokemiseen liittyvistä merkityssuhteista, eli siitä, miten sosiaaliset, psyykkiset, fyysiset tekijät vaikuttavat ihmisten toimintaan ja säätelyyn. Myös monenlaiset aivojen osat vaikuttavat yhdessä ja erikseen kokemiseen. Kokonaisvaltaista tietoa aivojen aktivaatiosta ja hermoratojen säätelystä tai tumaketason vaikutuksista ei myöskään toistaiseksi ole. Mielisairauksien tai mielenterveysongelmien taustalla arvioidaan yleisesti olevan jonkinasteisia bio-, neuro- tai geneettisiä altistavia tekijöitä. Itse sairauden kehittyminen ja sairastuminen on sen sijaan aina kiinni altistavan tekijän sekä aiheuttavan tai laukaisevan syyn suhteesta (vrt. Hacking 2009, 165–168). Kenestäkään ei perimän pohjalta siten tule riippuvaista, vaan addiktoivaa toimintaa tulee harjoittaa, jolloin toiminnasta jää keskushermostoon muistijälkiä (Küianmaa 2012). Hyvien elinolosuhteiden ja tasapainoisen elämän vallitessa geeniperimän muodostama alttius voi hyvin jäädä aktivoitumatta.

Riippuvuudesta toipumista kuvataan usein vaiheittaiseksi prosessiksi (mm. Prochaska, DiClemente & Norcross 1992). Riippuvuudesta toipumista koskevat tavoitteet voivat vaihdella täysraittiuudesta kohtuukäyttöön tai vähemmän haitalliseen käyttöön. Päihderiippuvuudesta eroon pääsyyn voivat vaikuttaa yksilölliset tekijät kuten ikä, terveys, mieliala, päihteiden tai toiminnon käyttömäärä ja tiheys, riippuvuuden aste, käyttöön tai toimintoon liittyvät odotukset ja himon voimakkuus, muutosmotivaatio, selviytymiskeinojen hallinta ja käsitys riippuvuudesta sairautena. Riippuvuuden voittamista voivat ehkäistä tai edistää myös sosiokulttuuriset tekijät, kuten kulttuuriset normit, asumis- ja työllisyystilanne, riippuvaisen sosiaalinen verkosto ja muu elämäntilanne. (Vrt. Knuuti 2007.) Toipuminen riippuvuudesta voi tapahtua monin eri keinoin. Vain osa riippuvaisista

hakeutuu ammatillisen hoidon piiriin, osa toipuu vertaistoiminnan avulla ja osa omin voimin sekä läheisten tukemana. (Mm. Peele 2004; Heyman 2009, 68–88; Kuusisto 2010.)

Psykologian näkökulmasta addiktiivinen käyttäytyminen voidaan tulkita Banduran sosiaalisen oppimisen teorian (1977) pohjalta opituksi selviytymismalliksi (mm. Marlatt 1985). Esimerkiksi useimmat ihmiset haluavat mieluummin pienemmän palkkion (mielihyvän) heti kuin suuremman myöhemmin (joutuu odottamaan, epävarmaa) (Ainslie 1986). Suuri osa riippuvuuskäyttäytymistä selittävistä mekanismeista toteutuu siten myös muuntuyppisissä kuin riippuvuutta ilmentävissä toiminnoissa. Esimerkiksi englantilainen addiktio tutkija Jim Orford (2001) kuvaa riippuvuuskäyttäytymistä yksilön prosessina, jolle altistavat moninaiset psykososiaaliset tekijät. Hän määrittelee keskeisiksi riippuvuudelle altistaviksi toiminnoiksi syömisen, juomisen, rahapelaamisen ja seksin. Riippuvuus syntyy, kun mieltymys ja himo johonkin aineeseen tai toimintoon kasvaa voimakkaasti oppimisen myötä ja mielikuvat, odotukset ja toimintavihjeet kiinnittyvät toiminnosta saatavaan mielihyvään. Samalla toimintoa ylläpitävät negatiiviset syklit vahvistuvat. Toiminnon jatkuessa käyttäytymisen ristiriidat lisääntyvät, mikä voi johtaa demoralisaatioon, tiedonkäsittelyn vääristymiseen ja käyttäytymisen muodostumiseen pakonomaiseksi. Riippuvuudesta toipumista Orford (2001) pitää luonnollisena prosessina, jossa muutoshalu viriää ja ihminen voi päättää toimia toisin. Muutosyritys voi johtaa joko retkahtamiseen, ongelman uusimiseen tai toipumiseen. Muutoskehitystä edistävät tai jarruttavat yksilön sosiaaliset tai moraaliset ympäristötekijät. Orfordin addiktion käsitteellistämisen tapa on väljä. Hän kritisoikin useita teorioita liian spesifeiksi yrityksiksi määrittellä niin monimuotoinen ilmiö kuin riippuvuus on. (Emt.)

Terveyspsykologi Robert West (2006) puolestaan kuvaa riippuvuuksia motivaatiojärjestelmän kroonisena häiriötilana, jossa yksilö alkaa kohtuuttomasti suosia jotain välittömästi palkitsevaa, mutta seurauksiltaan haitallista käyttäytymistä. Westin mukaan addiktion taustalla voi olla joku siitä riippumaton motivaatiojärjestelmän häiriötila, kuten masennus, ahdistus tai patologiset ympäristötekijät tai itse riippuvuuskäyttäytymisen tuottama häiriö, kuten toleranssi aineelle. Teorian mukaan riippuvaisen henkilön motivaatio on suuntautunut haitallisiin ja terveydelle vaarallisiin toimintoihin ja lisäksi motivaatiojärjestelmän tietoinen ohjaus ja siten kokonaishallinta on häiriytynyt. Ongelmana on, että riippuvainen epäonnistuu yrityksissään suunnata motivaatiotaan, kuten jarruttaa haluaan tai kieltäytyä oikeissa tilanteissa. (Emt. 2006, 167; Sulkunen 2007.)

Psykoanalyttisesta viitekehuksesta riippuvuuskäyttäytymistä on tulkittu mm. itselääkinnäksi, jossa kyseinen toiminto tai aineen käyttö antaa hetkellistä helpotusta psyykkiseen häiriötilaan (Khanzian 1985; Salakari 2001). Myös filosofian piirissä on tutkittu riippuvuutta sairausajattelun ja yksilöllisen valinnan, toimijuuden ja vastuun ristiriitaisena kokonaisuutena. Yhdeksi tahdonvoiman ja kontrollin menettämisen selitysmalliksi on esitetty affektiivisen valinnan mallia: addiktiossa ihminen valitsee, on siis toimija, mutta tekee nopeaan mielihyvään johtavia, riippuvuuskäyttäytymistä ylläpitäviä valintoja tunneperäisen mielihyväkokemuksen saavuttamiseksi. (Uusitalo, Salmela & Nikkinen 2013; vrt. Heyman 2009.) Näin siis filosofien ja psykologien tavat hahmottaa riippuvuutta vaikuttavat varsin samansuuntaisilta.

Riippuvuutta koskevat käsitteet ja näkökulmat vaihtelevat eri tieteiden piirissä, mikä vaikeuttaa konsensuksen löytymistä. Suomessa sosiaalipsykologi ja addiktio tutkija Anja Koski-Jännes on kuitenkin onnistunut luomaan lääke-, psyko- ja sosiaalitieteellisten tutkimusten keskeisiä tuloksia kokoavan addiktion biopsykososiaalisen mallin (Koski-Jännes 2004). Hän kuvaa tässä mallissaan riippuvuutta monitasoisena prosessina, joka voi voimistua itseään vahvistavien syklien (”noidankehä”) (Koski-Jännes 2011) vaikutuksesta. Malli ottaa huomioon sekä riippuvuuden neurokemialliset, psykologiset (tunne- ja kognitio) että sosiokulttuuriset ulottuvuudet. Koski-Jänneksen mallissa riippuvuuden oletetaan sisältävän kontrolliparadoksin, jossa ihminen pyrkii kontrolloimaan sisäistä pahanolon tunnettaan, stressiä ja ärtymystään riippuvuuskäyttäytymisellään. Riippuvuus ilmenee mallissa välittömien palkkioiden hakuna ja toisaalta pidemmän päälle ilmenevinä haittoina, kuten ongelmallisena ajatteluna ja käyttäytymisenä sekä muutoksina aivojen neurofysiologisissa prosesseissa. Riippuvuuskäyttäytyminen vahvistuu, kun ihminen vastoin aikomuksiaan jatkaa käyttöä ilmeisistä haitoista huolimatta. Tämä puolestaan johtaa riippuvuuskäyttäytymistä koskevan kontrollin menettämiseen. Ihminen alkaa toimia vihjeidensä, mielihalujensa ja automaattisten ajatustensa voimalla tietoisten ja pitkäntähtäimen hallintakeinojen ja päätösten jäädessä taka-alalle (Koski-Jännes 2004; 2011.)

Riippuvuutta voidaan tarkastella myös yksilötasoa laajemmin *riippuvuuden sosiokulttuurisista* lähtökohdista käsin. Yhtäältä sosiokulttuuristen tekijöiden voidaan ajatella vaikuttavan riippuvuuteen sitä ennustavina tai siihen vaikuttavina tekijöinä. Toisaalta sosiokulttuuriset tekijät voidaan sijoittaa osaksi riippuvuuden ydintä (Room 1985). Tällöin riippuvuutta tarkastellaan yksilötasoa (psyhyke ja keho) laajemmin ”supraindividuaalisena”, sosiokulttuurisena ilmiönä, joka saa erilaisia paikallisia luonnehdintoja kontekstista ja aikakaudesta riippuen. Tämän ajattelutavan mukaan riippuvuutta ei ole mahdollista määritellä *sosiaalisena*

konstruktiona tarkkarajaisesti ja jos määrittäviä tehdään, vaikuttavat ne vastavuoroisesti riippuvuuden ilmenemismuotoihin.

Esimerkiksi sosiologi Anthony Giddens (1995) esitti yksilöiden riippuvuuskäyttäytymisen olevan reagoitua muuttuneisiin yhteiskunnallisiin olosuhteisiin kuten rakennemuutokseen, yhteisöjen hajoamiseen ja rajattomuuteen, jossa arvot (hedonismi, kulutusorientaatio), uskonnolliset tekijät ja yhteiskunnassa vallitsevat ristiriitaiset normit, traditiot sekä niiden murtuminen ovat keskiössä (emt.). Yhteiskunnan ja yksilön välisellä suhteella näyttäisi siten olevan tärkeä merkitys esim. riippuvuutta tuottavan eksistentiaalisen tyhjyyden ehkäisyssä ja sosiaalisen eksistenssin (Hacking 2009) kokemisessa. Elsterin (1999) mukaan kulttuuri tarjoaa riippuvuudelle kognitiivisen ”nimilapun”, jonka myötä riippuvuus on varustettu lukuisilla merkityksillä. Se tarjoaa kehyksen, jossa jotkut käyttäytymisen muodot ovat mieluisia, toiset taas ei toivottuja. (Emt.) Toivottu tai ihannoitu käyttäytyminen voi muuttua ajan kuluessa kielletyksi ja epätoivottavaksi käyttäytymiseksi ja päinvastoin. Riippuvuus onkin erityinen tutkimuskohde, sillä yhteiskunnassa ”ei ainoastaan reagoida addiktioihin vaan niitä myös muovataan ja tuotetaan sosiaalisesti” (Sulkunen 2013, 7). Sosiaalitieteellisen tutkimuksen yhtenä keskeisenä teemana onkin tarkastella, ”miten yhteiskunta toimii yksilöiden kehossa” (emt., 9).

Riippuvuus voidaan nähdä ristiriitojen tilana maailmassa, jossa peräänkuulutetaan yksilön vapautta, valinnan mahdollisuuksia sekä itsehallintaa ja toisaalta vaaditaan mahdottomia ja tarjotaan houkutusia erilaisiin nopeisiin nautintoihin (esim. ruoka, viini, pelit). (Emt.) Yksilöt ottavatkin tietoisia tai vähemmän tietoisia riskejä itsehallinnan menettämiseksi ja altistuvat näin ongelmallisille toimintamalleille kuten työnarkomania, lääkehäiriöt, syömishäiriöt, rahapelaaminen ja päihteiden käyttö. Näiden päätelmien valossa riippuvuuskäyttäytymistä ei voi erottaa erilliseksi saarekkeeksi, irti muusta yhteiskunnallisesta todellisuudesta ja sen muutoksista. Lisäksi riippuvuuden määrittely on aina sidoksissa tulkintoihin ja siten mielikuvaan siitä, miltä ilmiö näyttää tietystä näkökulmasta. Ei siis ole saman tekevää, mistä riippuvuuden muodosta yksilö erilaisissa ympäristöissä kärsii, sillä toiset ovat suorastaan ihailtuja (kuten ”työnarkomania”), toiset taas vahvasti stigmatisoivia ja johtavat marginalisaatioon (kuten huumeriippuvuus). Tässä tutkimuksessa selvitetään, miten eri riippuvuuden muodot eroavat vakavuudeltaan ihmisten mielikuvissa.

2.3 Riippuvuusmielikuvia koskevia tutkimuksia

Suomessa on tehty lukuisia päihteiden käyttöä ja rahapelaamista koskevia kyselytutkimuksia. Useimmissa kyselyissä on selvitetty ihmisten suhtautumista päihteiden käyttöön, pelaamiseen ja ihmisiin jotka käyttävät tai pelaavat. Vaikka kyselyissä ei ole erityisesti keskitytty riippuvuusongelmiin, antavat ne kuitenkin hyvän kuvan yhteiskunnassa tapahtuneista asennemuutoksista ja suomalaisten suhtautumisesta eri aineisiin ja toimintoihin. Esimerkiksi suomalaisten alkoholin ja huumeiden käyttöä ja päihdeasenteita luotaava Juomatapatutkimus on tehty vuodesta 1968 kahdeksan vuoden välein, viimeksi 2008 (Huhtanen, Hokka & Mäkelä 2009). Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytymistä ja terveyttä koskevassa AVTK-kyselyssä on tutkittu suhtautumista tupakkaan, alkoholiin ja huumeisiin vuodesta 1978 lähtien vuosittain (Helakorpi, Prättälä & Uutela 2008). Kansalaisten mielipiteitä huumeista on selvitetty erityisesti 1990-luvun toisen huumeaallon aikana ja sen jälkeen useissa tutkimuksissa: Huumekyselyt, Juomatapatutkimus, Pohjoismainen juomatapa-kysely, Päihdekysely ja Alkoholipaneeli (Metso, Winter & Hakkarainen 2012). Tupakointia on tutkittu ja raportoitu myös erikseen (Varis & Virtanen 2011), lääkkeisiin suhtautumista on tutkittu lähinnä osana päihdekyselyjä ja huumeita koskevia tutkimuksia (Karjalainen & Hakkarainen 2013). Kouluterveyskyselyn (2013) avulla on puolestaan seurattu nuorten päihdeasenteita ja päihteiden käyttöä ikäryhmittäin. Eurooppalaisten koululaisten alkoholi- ja huumeasenteita koskevat ESPAD (2013) aineistot ovat lisäksi mahdollistaneet nuorten asenteiden kansainvälisen vertailun.

Myös terveydenhuoltoalan ammattilaisille on suunnattu joitakin asennekyselyitä. Kyselyt kertovat, ettei huumeongelmainen ole terveydenhuollossa toivotuin asiakas. Asenteet ovat kuitenkin muuttaneet positiivisemmaksi ja huume- ja lääkeongelmaa pidetään aiempaa vahvemmin sairauksina muiden joukossa (Seppä, Aalto, Alho & Kiianmaa 2012.) Hoitohenkilökunnan asenteisiin vaikuttaa kuitenkin edelleen epäselvyys siitä, luetaanko päihteiden käyttö sairaudeksi vai onko se ”paha tapa” ja ”ihmisen oma vika” (Tuomola 2012). Asennekyselyiden tuloksia on kuvattu joiltakin osin tämän tutkimuksen suomalaista yhteiskuntaa käsittelevässä luvussa sekä tulososassa.

Suurin osa kansainvälisistä riippuvuusmielikuvien tutkimuksista koskee alkoholi- ja huumeriippuvuuksia ja vain pieni osa käsittelee riippuvuusmielikuvia yleisellä tasolla tai eri riippuvuuksien vertailua keskenään. Toiminnallisia riippuvuuksia koskevien mielikuvien tutkimus on noussut mielenkiinnon kohteeksi vasta viime vuosina. Suurin osa tutkimuksista keskittyy vain tietyn

vastaaajaryhmän, kuten kansalaisten, ammattilaisten, opiskelijoiden tai riippuvaisten itsensä näkemyksiin.

Pääosa löytämistäni riippuvuusmielikuvia käsittelevistä tutkimuksista oli *kvantitatiivisia*. Niissä oli käytetty tutkimusaineistoina haastatteluja (Sulkunen 2007; Klingemann 2011), julkisia asiakirjoja, kuten lakeja, suosituksia ja ohjeita (Hakkarainen 2000; Room & Lubman 2010), lehdistömateriaalia (Piispa 1997; Törrönen 2001; 2002; Hellman 2010; Selin 2011), elämäntarinallista kirjallisuutta (Oksanen 2013), rock kulttuuria (Oksanen 2013) ja elokuvia (Herd & Room 1982; Rantala & Sulkunen 2012; Rantala 2013). Elokuvia on käytetty myös ryhmähaastattelujen menetelmäaineistona (Egerer, Hellman & Sulkunen 2012; Egerer 2013). Esimerkiksi Egerer ym. (2012) tutkivat suomalaisten sosiaalityöntekijöiden mielikuvia alkoholi-, rahapeli- ja syömisongelmista RAGI-videoklippimenetelmää käyttäen. Samalla menetelmällä on tehty myös kansainvälistä vertailevaa tutkimusta. Esimerkiksi Egerer (2012; 2013) selvitti suomalaisten ja ranskalaisten lääkäreiden ja sosiaalityöntekijöiden riippuvuuksia koskevia käsityksiä (taulukko 3).

Käsillä oleva tutkimus perustuu *kvantitatiivisiin* aineistoihin, jonka vuoksi esittelen seuraavaksi tarkemmin määrällisillä aineistoilla toteutettuja, eri aineita tai riippuvuuksia koskevia, mielikuvia käsitteleviä tutkimuksia. Olen koonnut nämä tutkimukset kolmeen taulukkoon. Käsillä olevan tutkimuksen kannalta keskeisimpiä tutkimuksia esittelen taulukon sijaan tai lisäksi tekstinä tässä luvussa että osana tulososaa.

Ensimmäinen koskee väestön ja tavallisten kansalaisten mielikuvia eri riippuvuuksista (taulukko 1.). Esimerkiksi Furnham ja Lowick (1984) selvittivät englantilaisten maallikoiden uskomuksia alkoholiriippuvuuden muodostumisesta ja riskikulutuksesta. Myöhemmin Furnham ja Thomson (1996) tutkivat maallikoiden uskomuksia ja teorioita heroiniiriippuvuudesta ja sen hoidosta. Cunningham, Blomqvist ja Cordingley (2007) puolestaan tutkivat kanadalaisten näkemyksiä alkoholiriippuvuudesta ja siitä toipumisesta.

Eri riippuvuuksia vertailevia tutkimuksia on tehty joitakin. Esimerkiksi Griffiths, Duff, Hammersley ja Millar (1993) tutkivat maallikoista koostuvan otoksen näkemyksiä 17 eri riippuvuudesta Englannissa. Myös Brun-Gulbrandsen ja Bergersenin (1970) tutkimuksessa (ks. Christie & Bruun 1986, 83–84) verrattiin maallikoiden eri riippuvuuksia koskevia näkemyksiä.

Käsillä olevan tutkimusaineiston alulle panevana hankkeena voi pitää vuonna 2003 raportoitua “The societal images of natural recovery from addictions (SINR)” (Klingemann H. 2001; 2003) haastattelututkimusta. Siinä verrattiin eri

toimijatahoja edustavien haastateltavien käsityksiä riippuvuuksien vaarallisuudesta Sveitsissä. Vaikka aineisto oli pieni (n=56), oli vastaajien näkemyksissä nähtävissä eroja sen mukaan, mitä ammattia vastaajat edustivat. Osanottajat pitivät heroiinin ja kokaiinin käytön lopettamista omin voimin vaikeana, sen sijaan tupakka- ja kannabistriippuvuudesta eroon pääsyä pidettiin helppona. Alkoholin ja rahapelaamisen lopettamisen vaikeus jäi näiden ääripäiden väliin. Median edustajat suhtautuivat eri riippuvuuksia koskevaan omaehtoiseen toipumiseen optimistisemmin kuin hoitohenkilökunta. Tulokset olivat niin mielenkiintoisia, että pilotin lisäksi Sveitsissä toteutettiin väestökysely vuonna 2000 puhelinhaastattelulla. (taulukko 1., Klingemann H. 2003.)¹⁰

Lähimmäs käsillä olevaa tutkimusta on nostettavissa Jan Blomqvistin (2009; 2012) tutkimus, jossa tarkasteltiin vuonna 2005 kerätyn kyselyaineiston tuloksia koskien ruotsalaisen aikuisväestön näkemyksiä kahdeksasta eri riippuvuudesta ja niiden voittamismahdollisuuksista (taulukko 1.)¹¹. Ruotsalaiset arvioivat huumeiden käytön paljon suuremmaksi ongelmaksi kuin alkoholin käytön, pelaamisen tai tupakoinnin, jotka todellisuudessa ovat moninkertaisesti yleisempiä aktiviteetteja ruotsalaisessa yhteiskunnassa. Pääsääntöisesti riippuvaiset nähtiin vastuullisina sekä riippuvuuden syntymisestä että siitä irrottautumisesta. Tupakointi ja rahapelaaminen arvioitiin lähinnä huonoiksi tavoiksi. Laittomien huumeiden käyttäjät nähtiin useammin syntisinä ja toisaalta huumeiden käytön uhreina. Vastaajat suhtautuivat optimistisemmin omin avuin toipumiseen tutuista aineista, kuten tupakasta ja nuuskasta, kun taas laittomista aineista kuten huumeista eroon pääsyyn omin avuin he suhtautuivat erittäin pessimistisesti. Pelaaminen, alkoholin ja kannabiksen käyttö jäivät tässä suhteessa keskitasolle. Ruotsalaisten luottamus hoitojärjestelmään oli vahva. Blomqvist (2012) jatkoi analyysiä ja tarkasteli toisessa artikkelissaan logistisen ja lineaarisen regressioanalyysin avulla sosiodemografisten taustatekijöiden vaikututusta vastauksiin. Kokonaisuudessaan ruotsalaiset väheksyivät tuttujen riippuvuuksien, kuten alkoholi- ja tupakkariippuvuuden, riskejä ja dramatisoivat vieraampia riippuvuuksia, kuten huumeriippuvuutta. (Blomqvist 2012.) Blomqvistin (2009; 2012) tutkimustuloksia tarkastellaan myös tämän tutkimuksen tulososassa.

¹⁰ Kannabiksen osalta tulos kertoi Sveitsissä tutkimushetkellä vallinneesta prosessista laillistaa kannabis.

¹¹ Kyseisissä artikkeleissa on käytetty lähes samaa lomaketta ja aineistoa, jota on analysoitu myös käsillä olevan tutkimuksen artikkelissa IV (Hirschovits-Gerz ym. 2011).

Taulukko 1. Kansalaisten riippuvuusmielkuvia koskevia tutkimuksia

| Julkaisu | Aihe | Aineisto ja menetelmät | Tulokset |
|---|--|--|--|
| Furnham & Lowick (1984) | Maallikoiden uskomukset alkoholi-riippuvuuden muodostumisesta ja riskikulutuksesta | Väestökysely Englannissa (n=256) | Vastajat painottivat alkoholismiin syntyä koskeissa käsityksissään pikemminkin psykologisia syitä kuin biologisia tai sosiokulttuurisia selityksiä. Naiset sijoittivat miehiä selvemmin riippuvuuden synn sosiaaliseen kyvyttömyyteen ja pelkoihin sekä juomispaineita tuottaviin kulttuurisiin normeihin. Iäkkäämmät selittivät nuorempia useammin alkoholismia alhaisella koulutustasolla, sosiaalisella ja kulttuurisella paineella sekä biologisilla ja geneettisillä mekanismeilla. Tän vaikutus vastauksiin oli kuitenkin kompleksinen eikä selkeitä lineaarisia yhteyksiä voitu kaikilta osin löytää. |
| Furnham & Thomson (1996) | Uskomukset ja teorit heroini-riippuvuudesta ja sen hoidosta | Väestökysely Englannissa (n=144) | Oikeistolaiset määrittivät heroini-riippuvuuden yksilön moraaliseksi ongelmaksi, kun taas vasemmistolaiset suhtautuivat aiheeseen lähinnä sosiaalisena ja psykologisena ongelmana. Myös oma riippuvuuskokemus, ikä ja sukupuoli vaikuttivat käsityksiin. Vanhemmat ikäluokat pitivät perhe- ja ympäristötekijöitä nuorempia merkittävämmässä roolissa heroini-riippuvuuden synnyssä. Miehet painottivat riippuvuuden hoidossa autoritaarisuutta ja huumevapaiden yhteisöhoitojen merkitystä, kun taas naiset painottivat enemmän psykologisten tekijöiden ja neuvonnan merkitystä huumehoidossa. |
| Cunningham ym. (2007) | Näkemykset alkoholiongelman toipumisesta | Väestökysely Kanadassa, puhelinhaastattelu (n=3006) | Enemmistö kanadalaisista suhtautui skeptisesti alkoholiongelman toipumiseen ilman hoitoa. Korkea ikä, naisukupuoli ja naimisissa olo lisäsivät vastaajien uskoa hoidon mahdollisuuksiin auttaa irti riippuvuudesta. |
| Griffiths ym. (1993) | Näkemykset 17 eri riippuvuudesta | Väestökysely Englannissa (n=138) | Toiminnalliset riippuvuudet määriteltiin pääasiassa psykologiseksi ongelmaksi ja moraaliseksi heikkoudeksi, huumausaineet fyysisiksi riippuvuuksiksi ja sairauksiksi ja alkoholi sekä sairaudeksi, fyysisiksi riippuvuuksiksi, moraaliseksi heikkoudeksi että geneettiseksi ongelmaksi. Alkoholi arvioitiin siten muuta riippuvuuksia monimuotoisemmaksi ilmiöksi. |
| Brun-Gulbrandsen & Bergersen (1970, ks. Christie & Bruun 1986, 83–84) | Kahdeksaa eri riippuvuutta koskevat näkemykset | Väestökysely Norjassa (n=1319) | Vastajia pyydettiin arvioimaan eri pähteiden vaarallisuutta. Vaarallisuusjärjestys oli LSD, kannabis, morfiini, piristeet, alkoholi, reseptipohjaiset unilääkkeet, rauhoittavat lääkkeet ja tupakka. |
| Klingemann H. (2003) | Riippuvuuksia koskevat näkemykset | Väestökysely Sveitsissä, puhelinhaastattelu (n=1561) | Heroiinia, kokaiinia ja ekstaasia pidettiin vaarallisimpina riippuvuuden muotoina, alkoholia ja kannabista lähes yhtä vaarallisina ja tupakkaa edellisiä hieman vaarattomampana riippuvuuden muotoina. Toiminnalliset riippuvuudet eivät olleet tutkimuksen piirissä. |
| Blomqvist (2009; 2012) | Ruotsalaisten mielikuvat riippuvuuksista | Väestökysely Ruotsissa (n=1098) | (tekstissä) |

Taulukkoon 2 olen koonnut vertailevia tutkimuksia eri toimijatahojen riippuvuutta koskevista näkemyksistä. Yhdysvalloissa mm. Walters ja Gilbert (2000) vertasivat päihdetyön ammattilaisten ja huume- ja alkoholiriippuvaisten näkemyksiä riippuvuudesta toisiinsa. Suomessa Kuussaari (2006) puolestaan tutki suomalaisia terveydenhuollon, sosiaalitoimen ja nuorisotoimen työntekijöiden käsityksiä huumeiden käyttäjien hoitopalvelujärjestelmästä ja eri riippuvuuksista. Kuussaaren tutkimus osoitti, että näkemysten kirjo oli suuri ja näkemykset erosivat väestön lähes poikkeuksetta tiukoista asenteista (emt.). (talukukko 2)

IMAGES konsortion piirissä on kerätty ammattilaisten riippuvuusmielikuvia koskevaa aineistoa Suomesta, Ruotsista ja Ranskasta, mutta tutkimustuloksia on saatavilla vasta kahdesta ensimmäisestä. Samuelsson, Blomqvist ja Christophs (2013) selvittivät kyselytutkimuksella¹² ruotsalaisten päihdetyön ammattilaisten mielikuvia yhdeksästä eri riippuvuudelle altistavasta aineesta ja toiminnasta riippuvuusriskin, riippuvuuksien yhteiskunnallisen ongelman sekä riippuvuuksista eroon pääsyn vaikeuden näkökulmista. Vastaavasta suomalaisesta ammattilaisaineistosta, jota käytetään myös tämän tutkimuksen artikkelissa III, (Pennonnen & Koski-Jännes 2010) selvisi, että päihdetyön ammattilaisista suurin osa piti aineriippuvuutta opittuna selviytymismallina. Moni arvioi sen myös tunne-elämän häiriöksi ja yhteiskunnallisesti tuotetuksi elämäntavaksi. Ammattilaisista suurin osa piti asiakkaita itse pääasiallisesti vastuullisina sekä riippuvuusongelman kehittymisestä että siitä toipumisesta. Sosiaalialan koulutuksen saaneet vastuuttivat terveydenhuoltoalan koulutuksen saaneita vähemmän riippuvaisia itseään riippuvuuden synnystä ja toipumisesta kannabis-, lääke- ja muissa huumeriippuvuuksissa. Lisäksi vastuumallien¹³ tarkastelu osoitti, että moraalinen malli sai eniten kannatusta koko aineistossa. Tendenssi oli voimakkaampi terveyskuin sosiaalialan edustajien keskuudessa. (Emt.)

IMAGES konsortion aineistoilla on vertailtu myös päihdetyön ammattilaisten, kansalaisten ja hoidossa olevien päihderiippuvaisten näkemyksiä eri riippuvuuksista toisiinsa (Koski-Jännes, Hirschovits-Gerz & Pennonen 2012a; Koski-Jännes,

¹² Vastaava kyselylomake kuin Suomalaisessa aineistonkeruussa.

¹³ Brickmannin ym. (1982) laatima kuvaus neljästä eri hoito- ja selviytymismallista rakentuu ristiintaulukoimalla kysymykset, kenen syystä ongelma syntyi ja kuka on vastuussa siitä toipumisesta: 1. yksilön syy ja vastuu (moraalinen malli), 2. yksilön syy ja muiden / yhteiskunnan vastuu (valistusmalli), 3. Muiden / yhteiskunnan syy ja yksilön vastuu (kompensatorinen malli), 4. muiden / yhteiskunnan syy ja yhteiskunnan vastuu (medikaalinen malli). (Emt.)

Hirschovits-Gerz, Pennonen & Nyssönen 2012b). Riippuvuuksia koskevat näkemykset olivat eri aineistoissa enimmäkseen samansuuntaisia, vaikka myös joitakin eroja oli havaittavissa (Koski-Jännes ym. 2012a.) Väestön ja ammattilaisten osalta tuloksia käsitellään tarkemmin taulukossa 2 sekä tämän yhteenvedon tulososassa.

IMAGES konsortion Helsingin ja Tampereen osaprojekteissa riippuvuuksia koskevia mielikuvia on vertailtu myös *kansainvälisesti* (taulukko 3). Suomalaisten mielikuvia verrattiin kanadalaisten, ruotsalaisten ja venäläisten näkemyksiin koskien riippuvuuksien vaarallisuutta (Koski-Jännes, Holma, Hirschovits-Gerz & Raitasalo 2013) ja niiden yhteiskunnallisen uhan suuruutta (Holma ym. 2011)¹⁴. Aineistoilla on vertailtu myös eri maiden kansalaisten näkemyksiä kannabiksesta (Cunningham, Blomqvist, Koski-Jännes & Raitasalo 2012).

Tähänastiset tulokset osoittivat, että riippuvuutta koskevat mielikuvat voivat vaihdella kulttuurista toiseen (Holma ym. 2011; Cunningham 2012; Koski-Jännes ym. 2013; Egerer 2013), eri vastaajaryhmissä (Pennonen & Koski-Jännes 2010; Koski-Jännes 2012a&b) samoin kuin vastaajien sosiodemografisten taustatekijöiden mukaan (Pennonen & Koski-Jännes 2010; Blomqvist 2009; 2012; Samuelsson ym. 2012). Myös vastaajien oma riippuvuuskokemus ja päihdetyön ammattilaisena toimiminen näyttivät vaikuttavan riippuvuusmielikuviiin.¹⁵ (Koski-Jännes ym. 2012a&b; Samuelsson ym. 2012).

¹⁴ suuruusjärjestyksessä: alkoholi, omaisuus- ja väkivaltarikokset, huumeongelmat, ympäristöongelmat, talousrikokset, köyhyys, suuret tuloerot, tupakointi, vähemmistöjen syrjintä, rahapeli-ongelmat, prostituutio sekä sukupuolten eriarvoisuus.

¹⁵ Kansalaisten ja ammattilaisten näkemuseroja on tarkasteltu tulososassa.

Taulukko 2. Ammattilaisten jaa ja muiden eri vastaajaryhmien riippuvuusmielikuvia vertailevia tutkimuksia

| Julkaisu | Aihe | Aineisto ja menetelmät | Tulokset |
|--------------------------------|--|--|---|
| Walters & Gilbert (2000) | Riippuvuusnäkemysten vertailu | Kysely päihdetyön tekijöille (n=20) ja huume- ja alkoholiriippuvaisille (n=31) Yhdysvalloissa | Riippuvaiset kuvasivat riippuvuutta tarpeiksi, haluiksi ja kontrollin vähentymiseksi, kun taas ammattilaiset pitivät riippuvuutta pakonomaisena käyttäytymisenä ja fyysisenä riippuvuutena. |
| Kuussaari (2006) | Näkemykset huumeiden käyttäjien hoitopalvelujärjestelmästä | Kysely terveydenhuollon, sosiaalihuollon ja nuorisotoimen työntekijöille (n=1170) Suomessa | Vastaajista runsas puolet oli sitä mieltä, ettei minkään huumausaineen kohtuukäyttö ole mahdollista. Kolmasosa piti huumausaineita Suomessa alkoholia suurempana ongelmana, mutta tendenssi oli voimakkaampi erityistason kuin perustason työntekijöille. Huumeiden käyttöä jokaisen omiana asiana piti joka kymmenes vastaaja (täysin tai jonkin verran samaa mieltä). Vajaa puolet sosiaalitoimen edustajista piti huumeiden käyttäjiä itse vähiten syyllisinä omaan tilanteeseensa kun taas terveydenhuollon ja nuorisotoimen edustajista kaksi kolmasosaa oli tällä kannalla. |
| Samuelsson ym. (2013) | Mielikuvat riippuvuudesta ja siitä toipumisesta | Kysely päihdetyön ammattilaisille (n=655) Ruotsissa | Huumeet arvioitiin vaikeimmiksi voitettaviksi ongelmiksi ja tupakkatuotteet aineriippuvuuksista helpoimmin voitettaviksi riippuvuuksiksi verrattuna muihin riippuvuuksiin. Tupakkatuotteiden käyttöä pidettiin lähinnä huonona tapana. Sosiaalitoimen edustajat suhtautuivat kriminaalihuollon ja terveydenhuollon työntekijöitä optimistisemmin itsetoipumiseen ja terveydenhuollon edustajat pitivät hoitoa välttämättömämpänä. |
| Pennonen & Koski-Jännes (2010) | Mielikuvat aineriippuvuuksista | Kysely päihdetyön ammattilaisille (n=520) Suomessa | (tekstissä) |
| Koski-Jännes ym. (2012a) | Mielikuvat riippuvuuskien hallinta-keinoista | Kysely väestölle (n=720), päihdetyön ammattilaisille (n=520) ja hoidossa oleville päihderiippuvaisille (n=78) Suomessa | Moraalisen mallin kannatus oli suurin kaikissa vastaajaryhmissä, kun riippuvuuden syntymistä ja siitä toipumista arvioitiin vastuukysymysten avulla. Jos malleja muodostettaessa otettiin huomioon ihmisen kyky kantaa vastuuta, eniten tukea sai valistusmalli huumeriippuvuudessa, mutta myös muissa riippuvuuksissa valistusmallin osuus kasvoi. Logistisella regressioanalyysillä tarkasteltuna eri mallien kannatusta ennusti parhaiten vastaajien oma riippuvuuskokemus ja sukupuoli. |
| Koski-Jännes ym. (2012b) | Mielikuvat riippuvuuskien vaarallisuudesta | Kysely väestölle (n=720), päihdetyön ammattilaisille (n=520) ja hoidossa oleville päihderiippuvaisille (n=78) Suomessa | Asiakkaat eivät pitäneet laittomuutta tai laillisuutta erityisenä erottavana tekijänä tarkasteltaessa riippuvuuskien vaarallisuutta toisin kuin väestön edustajat. (Artikkelin tuloksia tarkastellaan myös tutkimuksen tulososassa.) |

Taulukko 3. Kansainväliset vertailut riippuvuuksia koskevista mielikuvista

| Julkaisu | Aihe | Aineisto ja menetelmät | Tulokset |
|-------------------------|---|---|---|
| Egerer (2012) | Näkemykset alkoholisteista | Fokusryhmähaastattelut perusterveydehuollon lääkäreille RAGI – menetelmällä Suomessa ja Ranskassa | Suomalaiset lääkärit olivat ranskalaisia kollegoitaan huolestuneempia riippuvaisten omaisista ja perheestä ja hoitivat lähinnä potilaiden fyysisiä oireita. Ranskalaiset kollegat keskittyivät suomalaisia enemmän yksilön kärsimyksen lievittämiseen. |
| Egerer (2013) | Juomista, rahapelaamista ja liiallista syömistä koskevat näkemykset | Fokusryhmähaastattelut sosiaalityöntekijöille RAGI – menetelmällä Suomessa ja Ranskassa | Suomalaiset sosiaalityöntekijät vastuuttivat yksilöitä alkoholi-, rahapeli- ja syömisongelmista toipumisessa ranskalaisia kollegojaan enemmän ja halusivat suojella heidän ympäristöönsä ongelmalliselta käyttäytymiseltä. Ranskalaiset sosiaalityöntekijät pitivät alkoholi- ja rahapeliongelmiä suomalaisia enemmän sosiaalisina ongelmina. |
| Koski-Jännes ym. (2013) | Suomalaisten käsitykset addiktioiden vaarallisuudesta verrattuna ruotsalaisten ja kanadalalaisten näkemyksiin | Väestökyselyt Ruotsista (n=1098), Kanadasta (n=864) ja Suomesta (n=740) | Suomalaisten ja ruotsalaisten melko yhtenäiset arviot eri addiktioiden vaarallisuudesta yksilölle erosivat kanadalalaisten ja venäläisten arvioista. Suomalaiset uskoivat enemmän omaehtoiseen toipumiseen tupakka-rahapeli- ja alkoholiinriippuvuudesta kuin vertailumaiden edustajat. Uhan kokemista ei selittänyt pelkästään aineen/ toiminnon reaalin vaarallisuus tai vieraus vaan useammanlaiset kulttuuriset ja yksilölliset tekijät. |
| Cunningham ym. (2012) | Kannabisriippuvuutta koskevien mielikuvien vertailu Suomessa, Ruotsissa ja Kanadassa | Väestökyselyt Ruotsista (n=1098), Kanadasta (n=864) ja Suomesta (n=740) | Kanadalaiset pitivät kannabista suomalaisia ja ruotsalaisia vähemmän haitallisena riippuvuuden muotona. Heistä myös suurempi osa oli kokeillut kannabista verrattuna verrokkimaihin. |
| Holma ym. (2011) | Suomalaisten, ruotsalaisten, kanadalalaisten ja venäläisten mielikuvat riippuvuuksista yhteiskunnallisina ongelmina | Väestökyselyt Ruotsista (n=1098), Kanadasta (n=864), Venäjältä (n=1023) ja Suomesta (n=740) | Suomalaiset pitivät alkoholia vakavimpana yhteiskunnallisena ongelmana kahdentoista yhteiskunnallisen ongelman joukosta. Kanadassa ympäristöongelmat olivat ensimmäisellä sijalla ja alkoholi viidennellä sijalla. Ruotsissa omaisuus- ja väkivaltarikollisuus olivat ensimmäisellä sijalla ja alkoholi vasta kahdeksantena. Venäjällä vakavimpana pidettiin huumeita ja alkoholi jäi viidennelle sijalle. Suomalaiset ja kanadalaiset pitivät kaikkia ongelmia hieman pienempänä kuin ruotsalaiset ja venäläiset suhtautuivat ongelmiin vaihtelevimmin. Kaksitoista ongelmaa jakautui faktorianalysissä uhka- ja tasa-arvofaktoreiksi. Eri riippuvuudet saivat korkeimmat lataukset rikollisuuden ohella ensimmäisestä faktorista. |

3 Tutkimuksen lähtökohdat - riippuvuuksille altistavat aineet ja toiminnot suomalaisessa yhteiskunnassa

Käsillä olevassa luvussa kuvaan suomalaista yhteiskuntaa riippuvuuksille altistavana kulttuurisena kontekstina, jossa eri aineilla ja toiminnoilla on erilainen asema. Luvun tarkoituksena on ankkuroida riippuvuuksia koskevat mielikuvat, sosiaaliset representaatiot osaksi yhteiskunnallista todellisuutta ja tarjota siten aineksia tulosten ymmärtämiseksi sekä käytännön arjen että teoreettisen viitekehyksen näkökulmista. Vaikka tutkimuksessa on käytetty myös kansainvälistä aineistoa (artikkeli IV), tarkastelen tässä luvussa ainoastaan Suomessa vallinneita olosuhteita. Muita tutkimusmaita (Ruotsi, Kanada, Venäjä) olen tarkastellut väitöskirjani artikkelissa IV.

Suomalainen yhteiskunta on nykyisellään osa länsimaista demokratiaa ja hyvinvointivaltioita. Se on muovautunut puolessa vuosisadassa maatalousvaltaisesta yhteiskunnasta teknologiapainotteiseksi hyvinvointiyhteiskunnaksi. Eri aineita ja toimintoja koskeva yhteiskunnallinen ilmapiiri on vaihdellut ajan myötä (Piispa 1997; Onnela 2001; Tammi 2012). Alkoholia, huumeita ja tupakkaa on luonnehdittu nautinnon, päihtymyksen ja riippuvuuden käsitteiden avulla ja niihin kaikkiin on liitetty lukuisia sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja. Ne kaikki ovat jo pitkään olleet yhteiskunnallisen pohdinnan ja moraalisen arvioinnin kohteena. (Hakkarainen 2000, 168–176.) Samansuuntaista keskustelua käydään myös esimerkiksi rahapelaamisesta (Tammi 2008; 2012).

Viime vuosina riippuvuuksia koskeva julkinen keskustelu on yleistynyt yhdessä muiden, ennen salattujen ilmiöiden rinnalla (mm. Sulkunen 2013). Henkilökohtaisten, aiemmin häpeällisiksi luokiteltujen teemojen, kuten ylipaino-, seksi-, päihde- ja mielenterveysongelmien tarkastelu onkin noussut eräänlaiseksi muotiaiheeksi valtamediassa. Keskustelu näkyy henkilökohtaisten ongelmien puimisenä julkisuudessa, kuten ”tosi TV”-ohjelmissa. Riippuvuusilmiön tarkastelu kytkeytyy keskusteluissa sekä terveysteemaan että terveystriskiajatteluun, mutta edelleen myös vahvasti rikollisuuteen ja paheajatteluun (mm. Hellman 2010). Riippuvuusmielikuvien tutkiminen on siten paitsi ajankohtainen myös yhteiskunnan tilaa havainnollistava teema.

Tarkastelen seuraavaksi väitöskirjani aihepiiriin kuuluvia, riippuvuudelle altistavia aineita ja toimintoja, alkoholia, huumeita (kannabis, amfetamiini ja opiaatit), lääkkeitä, tupakkaa, rahapelejä ja internetin käyttöä.

3.1 Alkoholi

Alkoholi on yleisimmin käytetty päihde Suomessa. Sitä käyttää yhdeksän kymmenestä suomalaisesta aikuisesta ainakin silloin tällöin. Alkoholin käyttö on herättänyt keskustelua ja poliittisia toimia 1800-luvulta lähtien. Sen ongelmakäyttöä pidettiin tuolloin sekä sosiaalisena että medikaalisena ilmiönä (Ruuska 2013). Alkoholin vapautuminen asteittain¹⁶ raittiusliikkeen aikaansaaman kieltolain (1919–1932) jälkeen on merkinnyt totaalista kulutuksen muutosta sitä seuranneena aikakautena. Kokonaiskulutus on noussut 1950 -luvun kahdesta litrasta puhdasta alkoholia nykyiseen runsaaseen 10 litraan vuodessa asukasta kohden (Karlsson & Österberg 2010) huolimatta Alkon monopoliasemasta valistusvastuineen. Alkoholin kulutuksen jakautuminen väestössä on muuttunut 1950-luvulta tähän päivään myös siten, että naisten alkoholin käyttö on kuusinkertaistunut, miesten kaksinkertaistunut ja alkoholin käyttö on laajentunut koskemaan kaikkia yhteiskuntaluokkia sekä yhä laajempaa kirjoa erilaisia sosiaalisia tilanteita. Esimerkiksi naisten ja miesten yhdessä tapahtuva juominen on lisääntynyt. (Mäkelä, Mustonen & Huhtanen 2010.) Myös käyttötiheys on kasvanut ja joidenkin käyttökertojen käyttömäärät pienentyneet toisten pysyessä ennallaan (juhlimiskulttuuri) (mm. Mustonen, Metso & Mäkelä 2010). Aivan viime vuosina on aiempaa hieman suurempi osa väestöstä pidättäytynyt kokonaan juomisesta, toiset taas ovat lisänneet kulutustaan (Mustonen 2010). Suomalaiset ovat myös lisänneet mietojen alkoholijuomien, kuten viinin, siiderin ja oluen kulutusta ja alkoholia käytetään lisääntyvästi myös ruokailun yhteydessä (Mustonen & Österberg 2010; Karlsson & Österberg 2010; Österberg & Mäkelä 2010).

Alkoholin käytön suhde muihin päihteisiin on sekin muuttunut. 2000-luvun päihdetapauslaskennat osoittavat, että noin 60 % päihdetapauksista liittyy pelkkään alkoholiin ja loput sekakäyttöön tai muihin päihteisiin (Nuorvala, Huhtanen, Ahtola & Metso 2008). Myös alkoholia koskevat haitat ovat kasvaneet kulutuksen myötä. Vuonna 2004 Suomessa toteutettu alkoholin hintojen lasku (mm. Helakorpi, Uutela & Puska 2009) ja Viron liittyminen EU:hun, kasvattivat alkoholin kulutusta

¹⁶ Vuonna 1969 astui voimaan keskiolutlaki, joka laajensi keskioluen myynnin elintarvikeliikkeisiin ja kahviloihin. Alkoholilaki (1969) puolestaan alensi alkoholimyynnin ikärajoja ja paransi merkittävästi alkoholijuomien saatavuutta maaseudulla. Vuoden 1995 alkoholilaki poisti muut alkoholimonopolit kuin vähittäismyynnimonopolin, salli alkoholin juomisen julkisilla paikoilla, helpotti alkoholijuomien matkustajatuontia, vapautti mietojen alkoholijuomien mainontaa ja toi siiderin päivittäistavara kauppoihin sekä siiderin ja keskioluen huoltoasemille ja kioskeihin. Vuonna 2004 matkustajien alkoholintuontia rajoittavat kiintiöt muista EU-maista poistettiin ja alkoholiverotusta laskettiin merkittävästi. (Härkönen & Österberg 2010.)

entisestään. Kulutuksen raju kasvu johti tietyissä ryhmissä äkilliseen pikkiin alkoholikuolemissa (mm. Puljula 2012), mikä on virittänyt osaltaan keskustelua alkoholihaittojen vähentämistarpeesta.

Härkösen ja Österbergin (2010) analyysi osoitti, että suomalaisten suhtautuminen alkoholiin on vaihdellut 1950 -luvulta tähän päivään yhteiskunnallisten muutosten ja poliittisten päätösten myötä. Vaikka suhtautuminen alkoholin kohtuukäyttöön on viime vuosikymmeninä muuttunut myönteisemmäksi, suhtautuvat naiset edelleen miehiä kriittisemmin alkoholin käyttöön ja humalajuomiseen. Väitöskirjan tutkimusaineiston keruun aikana ja sen jälkeen suomalaisten asenteet alkoholia ja nykyistä alkoholipolitiikkaa kohtaan ovatkin jälleen tiukentuneet (emt.; Metso ym. 2012; Luhtanen, Tammi & Varamäki 2012). Vaikka suhtautuminen alkoholiin on muuttunut yleisesti ottaen yhä liberaalimmaksi, jännite yksilön itsemääräämisoikeuden ja kansalaisten hyvinvoinnin sekä viattomien suojelun välillä on edelleen olemassa (mm. Piispa 1997; Egerer ym. 2012). Suomalaiset pitävät edelleen vahvasti kiinni mm. alkoholin ”tarvetta” kuvaavista mielikuvista. Tätä kuvaa muun muassa kansansanonta: ”Ilo ilman viinaa on teeskentelyä”. Vaikka siis alkoholia koskeva mielikuva on muodostunut yhä moninaisemmaksi eurooppalaistumisen myötä, suomalaiset alkoholin käyttötottumukset ovat ainakin osin säilyttäneet paikkansa.

3.2 Huumeet

Huumeet eivät muodosta sisäisesti homogeenista ryhmää ja siksi aineiden käyttöä tutkittaessa on välttämätöntä jakaa ne alaryhmiin. Löyhänä yläkäsitteenä huumeet voidaan jakaa esimerkiksi keskushermostoa lamaaviin aineisiin kuten opiaatit (buprenorfiini ja heroïini), keskushermostoa kiihdyttäviin aineisiin kuten amfetamiinit ja sen johdannaiset sekä kokaiini, hallusinogeeneihin kuten LSD sekä kannabistuotteisiin ja päihdyttäviin lääkkeisiin (esim. rauhoittavat lääkkeet) (Dahl & Hirschovits 2002). Tämä jaottelu tuottaa useiden muiden luokittelujen tavoin kuitenkin päällekkäisyyksiä, sillä lääkkeiksi luokitellaan myös useat opioidit ja amfetamiinijohdannaiset ja lääkkeiksi luokiteltavien aineiden luettelo elää jatkuvasti. Huumausaine on puolestaan käsite, joka viittaa ainoastaan huumausainelaisia huumausaineiksi luokiteltuihin aineisiin. Tämä luokittelu sulkee pois esimerkiksi uudet, vasta markkinoille tulleet huumaavat aineet, joita ei ole ehditty lisäämään lakiin.

Vaikka Suomessa on ollut huumeita saatavilla nykyistä helpommin 1800-luvulta aina 1950-luvulle saakka, ei opiaattien tai piristävien aineiden käyttöä ole mielletty yhteiskunnalliseksi ongelmaksi (Ylikangas 2012). Sen sijaan aineita käytettiin moninlaisiin lääkinnällisiin tarkoituksiin¹⁷. Yhteiskunnallinen murros ja kansainvälistyminen vaikuttivat ensimmäisen huumeaallon syntyyn ja 1960-luvun huumeiden käyttöä leimasi aatteellisuus ja kansalaisaktivismi. Huumeaallon seurauksena huumausainepolitiikkaa tiukennettiin myös Suomessa osana kansainvälisiä sopimuksia¹⁸. Huumeiden käyttö lisääntyi huomattavasti aina 1970-luvun alkuun asti, mutta taantui sitten lähes 20 vuodeksi. (Emt.) Toinen huumeaalto (mm. Tammi 2007) alkoi 1990-luvun loppupuolella Suomessa ja huumeekulttuurit monipuolistuivat. Huumeiden tuloon ei liittynyt lääkinnällistä viitekehystä tai poliittisideologista taustaa, mikä teki huume-epidemiasta pelottavan ja ”tarttuvan taudin” (Onnela 2001; Salasuo 2004). Heroiini, amfetamiini ja kokaiini ilmestyivät kadulle ja kannabiksen käyttö kaksinkertaistui (Ylikangas 2012; Hakkarainen, Metso & Salasuo 2011b).

Huumeiden käyttökulttuuri muuttui Suomessa yhä eurooppalaisemmaksi ekstaasin ja muiden design- (muunto-) huumeiden¹⁹ käytön sekä opiaattien käytön lisääntyessä. Alettiin puhua viihdekäytöstä ja viihdekäyttökulttuureista, mikä liitettiin teknokulttuuriin ja konemusiikin mähinnousuun (Seppälä 2001; Salasuo 2004). Heroiini katosi 2000-luvun alussa lähes kokonaan markkinoilta ja opiaattivieroitus- ja korvaushoitohoitolääkkeenä käytetty buprenorfiini valtasi Suomen opiaattimarkkinat. Opiattikysymys ehti kuitenkin nousta vahvasti suomalaisen mediaan ja heroininpelko elää edelleen (Mikkonen 2012). Huumeiden käyttökulttuurit ovat eriytyneet myös osin omiksi alakulttuureikseen. Esimerkiksi kannabiksen käyttö linkittyy huumemaailmaan, mutta muodostaa myös oman käyttäjäkunnan kannabiksen kotikasvatuksen lisääntyneenä 2000-luvulla (Hakkarainen, Perälä & Metso 2011a; Tanhua, Virtanen, Knuuti, Leppo &

¹⁷ Kokaiinia on käytetty ainakin 1900-luvun alusta lähtien Suomessa leikkauspuudutteena (Jaakkola 1970) ja aineen viihdekäyttö levisi 1920-luvulla (Ylikangas 2012, 20–21). Amfetamiinijohdannaisia käytetään edelleen lääkkeenä mm. tarkkaavaisuushäiriön (ADHD) hoitoon. Oopiumi kuului jo 1800-luvun alkuvuosina kotiapteekkien valikoimaan ja morfiini taas on säilyttänyt paikkansa näihin päiviin asti tehokkaana kipulääkkeenä. Heroiini tuli markkinoille vuonna 1898 ja sitä käytettiin mm. yskään, kivun ja masennuksen hoitoon sekä morfinistien vieroitus- ja korvaushoitolääkkeeksi aina 1950-luvulle saakka. (Ylikangas 2012, 17.) Kannabista käytettiin lääkkeenä 1800-luvulla, mutta vasta 1950-luvulla alettiin puhua aineesta ongelmallisena päihteenä (Rosenqvist 1970; Ylikangas 2012, 16).

¹⁸ Huumausaineiden käyttö määriteltiin rikokseksi vuonna 1966 ja huumausainelaki tuli voimaan vuonna 1972 (Ylikangas 2012).

¹⁹ Esimerkiksi vuosina 1997–2010 uusia psykoaktiivisia aineita tuli tietoon 150 (Ylikangas 2012, 22; Seppälä 2012).

Kotovirta 2011). Kannabis ja sen käytön laillistaminen on herättänyt keskustelua jo vuosikymmenten ajan (Rosenqvist 1970; Kontula 1992; Tirkkonen 1992) ja kannabiksen puolestapuhujat vaativat aineen eriyttämistä muista huumeista (mm. Kekoni 2007).

Huumeiden käytön ja tartuntatautien leviämisen myötä toisen huumeaallon harjalla huume politiikkaa jouduttiin uudelleen arvioimaan. Rikosoikeudellisten keinojen rinnalla ryhdyttiin vahvistamaan ehkäisevää huumetyötä, kehittämään uusia hoitomenetelmiä kuten opioidikorvaushoitoa ja kehittämään haittojen vähentämisen työmuotoja kuten terveysneuvontapistetyötä (Päihdetilastollinen vuosikirja 2010, 24; Tammi 2007; Selin 2011, 11).

Huolimatta huumebuumista, suomalaisten huume kokeilut kannabista lukuun ottamatta ovat pysyneet kohtalaisen vähäisenä. Vuonna 2006 15–69 -vuotiaista suomalaisista oli kokeillut kannabista 13 %, amfetamiinia 2 % ja opiaatteja 0,6 % (Hakkarainen & Metso 2007). Vastaavat luvut vuoden 2010 päihdekyselyssä olivat 17 %, 2,1 % ja 1 % (Hakkarainen ym. 2011b), mikä kertoo etenkin kannabiksen käytön lisääntymisestä. Eri huumeiden ja lääkkeiden sekakäyttö on Suomessa yleistä ja yli puolet ongelmakäyttäjistä käyttää ainakin kolmea eri päihdettä (Seppä ym. 2012; Varjonen, Tanhua, Forsell & Perälä 2012). Opiaattien ja erityisesti buprenorfiinin käyttö ensisijaisena päihteenä lisääntyi 2000-luvulla siten, että vuonna 2009 päihdehoitoihin hakeutuneista huumeasiakkaista jo 55 %:lla²⁰ opiaatit olivat ensisijaisena päihteenä. Samana vuonna enää 16 % hakeutui hoitoon ensisijaisesti amfetamiinin tai muun stimulantin käytön vuoksi, kun se vielä vuosituhatvuotien vaihteessa oli suurin hoitoon hakeutumisen syy (Forsell & Nurmi 2013; Seppä ym. 2012). Vuonna 2001 päihdehoitoon hakeutuneista huumeasiakkaista taas viidennes (20 %) hakeutui hoitoon ensisijaisesti kannabiksen vuoksi, kun vuonna 2009 vastaava luku oli enää 10 % (Forsell, Virtanen, Jääskeläinen, Alho & Partanen 2010, 59).

Hakkarainen (1996, 141) kuvasi suomalaisten suhtautumista huume kokeiluihin tiukan kielteiseksi jo 1990-luvulla. Kun vielä 2000-luvun alussa 90 % aikuisväestöstä piti huumeiden käyttöä vähintään melko vakavana ongelmana vuosina 2007, vastaava osuus oli enää 75 % (Piispa, Helakorpi, Laitalainen, Uutela & Jallinoja 2008). Vastaajat pitivät heroïinia, kokaiinia, LSD:tä, amfetamiinia ja ekstaasia kovina huumausaineina ja vain kannabista niitä miedompana. Noin puolet vastaajista torjui kuitenkin huumeiden erottelemisen miedoiksi ja koviksi tai ilmoitti, että ei osaa erottelua tehdä. (Emt. 2008.) Kun henkilökohtaiset huume kokeilut ja huumeiden käyttäjiä tuntevien määrä on kasvanut, ovat asenteet

²⁰ Vuonna 2011 luku oli jo noussut 59 %:n. (Varjonen ym. 2012).

huumeongelmaa ja erityisesti kannabista kohtaan hieman lieventyneet vuosien 1992 ja 2010 välillä (vrt. Metso ym. 2012; Hakkarainen & Metso 2007; Natunen, Jallinoja & Uutela 2006). Vuoden 2006 päihdekyselyn mukaan 18 % vastaajista piti huumeista aiheutuvia yhteiskunnallisia ongelmia alkoholiongelmia suurempana, kun vastaava luku vuoden 2002 kyselyssä oli 32 % (Hakkarainen & Metso 2007).

3.3 Tupakka

Tupakka on ollut Suomessa keskeinen nautintoaine, jolla on useita sosiaalisia ja kulttuurisia merkityksiä (Piispa 1997, 298). Tupakan asema alkoi rapistua 1990-luvulla. Muutos on liittynyt yhtäältä terveyskäyttäytymistä ja tupakoinnin haittoja koskevan tiedon lisääntymiseen ja tiedon monipuoliseen julkistamiseen (media) sekä ongelmien konkretisoitumiseen (mm. keuhkosyövän yleistyminen). Tupakan merkitys vapauden ja elämänhallinnan symbolina sekä nautintoaineena on muuttunut terveysuhaksi, rahvaanomaiseksi ja vanhanaikaiseksi tavaksi (Piispa 1997; Hakkarainen 2000, 9–10, 46; Danielsson ym. 2012). Kehitys on puolestaan johtanut ns. sosiaaliseen tilaukseen tiukentaa tupakkaa koskevia rajoituksia (mm. Örnberg & Sohlberg 2012) ja lainsäädäntöä²¹. Tutkimushetkellä 2007 tupakointia koskevia rajoituksia oli jo tiukennettu ja lakimuutos mm. nikotiinikorvaustuotteiden myynnistä vähittäismyymälöissä oli astunut voimaan edellisenä vuonna. Myös tupakkatuotteita koskevaa mainontaa oli tiukennettu verrattuna esimerkiksi alkoholimainontaan.

Tupakkatuotteiden kulutus maassamme oli väestöön suhteutettuna 1900-luvun alkupuolella maailman korkeimpia. Miesten tupakointi lähti 1970-luvulla laskuun samaan aikaan, kun naisten tupakointi lisääntyi. (Tupakointi Suomessa 2013.) Vuoteen 2011 mennessä tupakointi oli vähentynyt siten, että enää 22 % miehistä ja 15 % naisista tupakoi päivittäin (Varis & Virtanen 2012). Tupakointi ei kuitenkaan ole vähentynyt tasaisesti kaikissa sosiaaliryhmissä, vaan se on yleisempää vähemmän koulutettujen ja alempien sosiaaliluokkien piirissä (Piispa 1997; Helakorpi, Holstila, Virtanen & Uutela 2012, 22). Kataisen (2011) mukaan tupakoinnista onkin tullut luokkaeroja kuvaava symboli. Tupakoinnin lisäksi myös nuuskan käyttöä esiintyy jonkun verran huolimatta sen rajoituksista EU:ssa.

²¹ Lainsäädäntöä on tiukennettu mm. seuraavasti: vuonna 1995 tupakoinnin alaikäraja nostettiin 18 vuoteen ja tupakointi työpaikoilla kiellettiin, vuonna 2006 tupakointia ravintoloissa rajoitettiin merkittävästi ja vuonna 2010 alle 18-vuotiaiden tupakan hallussapidosta tuli laitonta (Laki toimenpiteistä tupakoinnin vähentämiseksi 1731/2009) ja lain tavoitteeksi asetettiin tupakkatuotteiden käytön loppuminen vuoteen 2040 mennessä (www.savutonsuomi.fi).

Esimerkiksi 13–16-vuotiaiden helsinkiläisnuorten nuuskan käyttöä koskevassa tutkimuksessa kävi ilmi, että 9-luokkalaisista pojista 32 % ja tytöistä 5,5 % oli käyttänyt nuuskaa ainakin kaksi kertaa. (Haukkala, Vartiainen & Vries 2006.)

Asennemittausten mukaan kansalaisten asenteet mm. tupakoinnin rajoituksia kohtaan ovat muuttuneet myönteisemmiksi (Helakorpi ym. 2008; Danielsson ym. 2012). Edes rajoitusten vastustajat eivät yritä esittää tupakointia ensisijaisesti myönteisenä ilmiönä (Piispa 1997, 268–270). Esimerkiksi vuoden 2009 tupakkatilaston (2010, 39) mukaan lähes puolet (46 %) päivittäin tupakoivista ilmoitti yrittäneensä lopettaa tupakoinnin viimeisen vuoden aikana ja tupakoinnin terveyshaitoista huolestuneiden tupakoivien osuus oli noussut vuoteen 2007 mennessä 84 prosenttiin. Samansuuntainen kehitys on ollut havaittavissa myös tapakulttuurissa, jossa tupakoinnin ”normaalius” on hiljalleen kadonnut (Piispa 1997; Hakkarainen 2000; Helakorpi, Patja, Prättälä & Uutela 2005; Katainen 2011).

3.4 Lääkkeet

Päihdekäytössä olevat ja riippuvuutta aiheuttavat lääkkeet luokitellaan keskushermostoon vaikuttaviksi aineiksi, niin sanotuiksi PKV-lääkkeiksi²². Ne vaikuttavat valvustilaan ja voivat heikentää mm. huomiokykyä (Seppä & Heinälä 2012). Lääkeaineiden väärinkäyttö saa useissa tapauksissa alkunsa lääkinnällisen käytön yhteydessä. Tämä lääkintään liittyvä riski onkin havaittu jo vuosikymmeniä sitten myös Suomessa (Jaakkola 1970; Holopainen 1992) ja PKV-lääkkeiden ei-lääkinnällistä käyttöä sekä turvallista määräämistä on pyritty ohjeistamaan (Jaakkola 1970; Terveydenhuollon oikeusturvakeskus 2002²³).

Yleisimmin Suomessa väärinkäytetty lääkeaineryhmä on rauhoittavat lääkkeet, lähinnä bentsodiatsepiiniyhdisteet, jotka tulivat markkinoille 1960-luvulla²⁴ (Holopainen 1992). Bentsodiatsepiinien riippuvuuspotentiaali (Seppä ym. 2012) tunnistettiin jo 1960-luvulla, mutta siitä huolimatta niiden lääketieteellistä käyttöä

²² PKV-lääke on lyhenne sanoista pääasiassa keskushermostoon vaikuttava ja on lääkevalmiste, joka on mainittu Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimean vahvistamassa luettelossa PKV-lääkkeistä.

²³ Esimerkiksi Terveydenhuollon oikeusturvakeskus julkaisi vuonna 2002 lääkkeiden käyttöä koskevan työryhmämuistion (Terveydenhuollon oikeusturvakeskus 2002) ja STM Turvallisen lääkehoidon oppaan (Turvallinen lääkehoito 2006).

²⁴ Bentsodiatsepiineja käytetään rauhoittavana lääkkeenä, lääkkeenä ahdistuneisuuteen, jännittyneisyyteen, pelkotiloihin ja unettomuuteen (Henriksson & Tuunainen 2014). Bentsodiatsepiineja käytetään myös mm. akuutin kouristustilan hoidossa sekä alkoholivieroitusoireisiin.

on jatkettu niiden kiistattomien hyötyvaikutusten vuoksi. Suomessa bentsodiatsepiinien käyttö kasvoi erityisesti 1980-luvulla ja samalla myös lääkkeen väärinkäyttö lisääntyi.

PKV-lääkkeiksi määriteltyjä opiaatteja ovat mm. tramadoli, kodeiini ja buprenorfiini. Huumausaineiksi luokiteltuja²⁵ opiaatteja ovat puolestaan mm. fentanyl, morfiini ja metadoni. Buprenorfiinia ja metadonia käytetään myös opiaattikorvaushoitolääkkeenä ja kuten huumeita koskevassa luvussa todettiin, buprenorfiini on korvannut 2000-luvulla perinteiset opiaatit katukaupassa ja siitä on muodostunut primääri opiaattiriippuvuutta aiheuttava aine Suomessa. Kipu- ja rauhoittavien lääkkeiden lisäksi myös monia muita lääkeaineita voi käyttää väärin ja päihdyttävästi. Esimerkiksi ahdistuneisuuteen ja kiputiloihin käytetty pregabaliini sekä tarkkaavaisuushäiriöön (ADHD) käytetyt amfetamiinjohdannaiset, kuten metyyliifenidaatti ovat kulkeutuneet myös katukauppaan kohtalokkain seurauksin. (Seppä & Heinälä 2012.)

Väärinkäytettyjen lääkkeiden repertuaari on suuri ja toisaalta osin päällekkäinen suhteessa huumeisiin, sillä osa lääkkeiden riippuvuuspotentiaalista tulee näkyväksi vasta kliinisessä käytössä. Lääkkeet ovat kulttuurisesti osa päihdeongelmaa ja sekakäyttöä (Vorma 2012), osaksi itsenäinen ongelmaryhmänsä. Vaikka huumeet ja lääkkeet mielletään usein erillisiksi kategorioiksi, eivät ne sitä farmakologisesti aina ole. Kysymys lääkkeiden ja huumeiden välisen eron määrittelystä ei ole uusi, sillä aihetta on pohdittu jo ensimmäisen huumeaallon aikana 1960–1970 luvulla (Taipale 1970).

Kansaneläkelaitoksen tilastojen mukaan uni-, kipu- ja rauhoittavien aineiden käyttäjien määrä kasvaa maassamme. Bentsodiatsepiineja käyttää Suomessa vuosittain noin 6 % väestöstä ja heistä 44 % säännöllisesti ja pitkäaikaisesti. Arviolta puolelle pitkäaikaiskäyttäjistä kehittyi riippuvuus (=1–1,5 % väestöstä) (Seppä & Heinälä 2012). Vuoden 2006 huumeekyselyn mukaan unilääkkeitä, rauhoittavia tai kipulääkkeitä oli ei-lääkinnällisesti käyttänyt 7 % vastanneista (Metso ym. 2012). Mieleen vaikuttavien lääkkeiden, erityisesti niin kutsuttujen serotoniinin takaisin oton estäjien käyttö, on lisääntynyt viime vuosikymmeninä niin Suomessa kuin maailmanlaajuisestikin (mm. Suomen lääketilasto 2007). Kehityssuunta kertoo sekä lääketieteen vallan kasvusta mielenterveyden häiriöiden hoidossa (Helén 2011), mutta myös terveyden ja hyvinvoinnin markkinaehtoistumisesta. Lääkkeiden lisääntyvää käyttöä koskeva kritiikki on kuitenkin jäänyt laimeaksi.

²⁵ Huumausaineiksi luokitellut lääkkeet ovat PKV-lääkkeitä terveydelle vaarallisemmiksi arvioituja aineita (mm. Lääkelaitos 2009).

Lääkeaineisiin suhtautumista koskevia väestökyselyitä on nihkeästi saatavilla ja suuri osan liittyy lääkefirmojen omiin kyselyihin ja tilastointiin. Lääkkeiden väärinkäyttöä on kuitenkin seurattu systemaattisesti osana mm. huume- ja päihdekyselyitä (mm. Metso ym. 2012; Karjalainen & Hakkarainen 2013). Tämä tutkimuksen kannalta kiinnostava kysymys onkin, missä määrin lääkeriippuvuuden riskejä tunnetaan ja miten näkemykset suhteutuvat muihin riippuvuuksiin.

3.5 Rahapelaaminen

Toisin kuin monissa muissa maissa, Suomessa rahapelaaminen on ollut perinteisesti arkista ja jopa suotavaa, sillä suomalaisten monopoliyhtiöiden (Veikkaus ja Raha-automaattiyhdistys) tuotoilla on kustannettu jo 80 vuoden ajan kolmannen sektorin tuottamia sosiaali- ja terveyspalveluita sekä liikunta- ja harrastetoimintaa (Veikkaus 2013; Raha-automaattiyhdistys 2013). Vaikka ongelmallista rahapelaamista on todennäköisesti esiintynyt jo yhtä kauan kuin rahapelaamista, alettiin valtion säätelemä virallinen rahapelaaminen mieltää yksilön terveysriskiksi vasta 1980–1990-luvuilla. Suomalainen valtion säätelemä ja yleisesti hyväksytty rahapelaaminen on ilmiönä erilainen, kun ns. uhkapelaaminen, joka mielletään epäviralliseksi ja usein laittomaksi rahapelaamisen muodoksi. Rahapelaamisen määrittely yhteiskunnalliseksi ongelmaksi käynnistyi voimallisesti 2000-luvun puolivälissä samaan aikaan, kun rahapeliyhtiöt pyrkivät säilyttämään monopoliasemansa kansainvälistyvässä Suomessa. Turvallisuuden, vastuullisuuden ja yleisen hyvän nimissä rahapelimarkkinoita ei siten ole haluttu avata kansainvälisille rahapeliyhtiöille. (Tammi 2008; 2012; Järvinen-Tassopoulos 2012.) Suomalaiset rahapeliyhtiöt ovatkin saaneet pitää asemansa kaksoisroolinsa vuoksi: toisaalta yhtiöt ylläpitävät rahapelimarkkinoita, mutta toisaalta niiden virallisena pyrkimyksenä on suojella rahapelaajia pelaamisen aiheuttamilta sosiaalisilta ja kansanterveydellisiltä haitoilta ohjauksen ja säätelyn keinoin (mm. vastuullisen pelaamisen ohjelmat). Peliyhtiöllä on lisäksi nykyisellään velvollisuus rahoittaa ongelmapelaajien hoitoa ja pelialan tutkimusta. Suomalainen rahapelipolitiikka on tuottanut 2000-luvulla myös muutoksia lainsäädäntöön: arpajaislakia on uudistettu ja vuonna 2010 rahapelaamisen ikärajaksi asetettiin 18 ikävuotta. Kaiken kaikkiaan rahapelaamista koskevat suuret muutokset ajoittuivat tutkimushetken jälkeiseen aikaan, joten ne eivät näy tämän tutkimuksen tuloksissa.

Huolimatta pyrkimyksestä säilyttää vain sisämarkkinat, pelimarkkinat ovat kuitenkin kansainvälistyneet nettirahapelaamisen myötä ja myös suomalaisia

nettirahapelejä alettiin kehittää voimallisesti 2000-luvun puolivälistä eteenpäin (mm. Kinnunen 2010). Muutoksen myötä rahapelaaminen on yleistynyt uusissa pelaajaryhmissä, kuten hyvin toimeen tulevat nuoret, koulutetut miehet nettipokerin pelaajina (mm. Hirschovits-Gerz ym. 2012b).

Rahapelaamista selvitettiin ensimmäisen kerran kyselytutkimusten avulla 1980-luvulla (Järvinen-Tassopoulos 2012), mutta systemaattisia väestökyselyjä alettiin tehdä 2000-luvulla (mm. Aho & Turja 2007). Suomalaisista kolme neljäsosaa pelaa ainakin joskus rahapelejä. Rahapelejä oli kevään 2008 AVTK-tutkimuksen mukaan pelannut 68 % 15–64 -vuotiaista suomalaisista viimeksi kuluneen kuukauden aikana. Yksi kymmenestä oli pelannut vähintään neljää eri peliä kuukauden aikana. Eniten pelattiin lottoa (55 %) raaputusarpoja (28 %) ja peliautomaatteja (26 %). Internetvälitteisiin rahapeleihin oli osallistunut 2–3 % vastaajista. Riskipelaajia on arvioitu olevan 2–3 %. Kaksi prosenttia vastanneista oli kokenut rahapelaamisen aiheuttamia ongelmia, kuten liiallista rahanmenoa, terveyshaittoja tai työn ja opiskelun laiminlyömistä tutkimusta edeltäneen kuukauden aikana. (Piispa ym. 2009.) Varsinaisia rahapeliongelmaisia oli noin prosentti aikuisväestöstä (Aho & Turja 2007). Suomalaiset rahapeliongelmaiset ovat osoittautuneet heterogeeniseksi ryhmäksi niin iältään, sukupuoleltaan, sosioekonomiselta taustaltaan, mielenterveydeltään kuin pelattavien pelienkin näkökulmasta (mm. Murto & Niemelä 1993; Poteri & Tourunen 1995; Aho & Turja 2007; Pajula & Aaltonen 2010; Hirschovits-Gerz ym. 2012b).

Suhtautuminen rahapelaamiseen on muuttunut viime vuosina. Kyselyjen mukaan vuonna 2011 69 % vastaajista piti rahapelien ongelmapelaamista vakavana ongelmana Suomessa, kun vastaava osuus vuonna 2007 oli 63 % ja vuonna 2003 50 %. (Avellan 2012; Tammi 2012; Turja, Halme, Mervola, Järvinen-Tassopoulos & Ronkanen 2012).

3.6 Internet

Nettiriippuvuuden yhteiskunnallinen asema poikkeaa muista tässä tutkimuksessa mainituista riippuvuuden muodoista, sillä internetin käyttö on tässä tutkimuksessa ainoa riippuvuudelle altistava toiminnan muoto, jota ei ainakaan ensisijaisesti ole perusteltua luokitella nautinnoksi, päihteeksi eikä lääkkeeksi vaan kommunikaation välineeksi ja työkaluksi. Verkossa hoidetaan sosiaalisia suhteita, asioidaan viranomaisten kanssa ja tehdään ostoksia (Korkeila 2012). Internetin käytölle ei myöskään ole asetettu muiden toimintojen ja aineiden tavoin esimerkiksi kansallisia

rajoituksia eikä sitä ole toistaiseksi määritelty tautiluokituksissa (ICD ja DSM). Netin käytön ongelmista ja nettiriippuvuudesta käydään kuitenkin aktiivista keskustelua niin Suomessa kuin maailmallakin. (mm. Peltoniemi 2011; Korkeila 2012.) Nettiriippuvuuden oireita ovat mm. ongelmat arjen hallinnassa ja perustarpeista huolehtimisessa. (Luhtala, Silvennoinen & Taskinen 2011).

Internetiin liittyvät riippuvuusongelmat²⁶ ovat usein välillisiä, kuten nettipelaaminen tai nettirahapelaaminen, jolloin itse internetin riippuvuuspotentiaalia ei välttämättä pidetä kovin suurena, mutta netti toimii ongelman synnyn mahdollistajana. (Mustonen 2001.) Riippuvuuspotentiaalia lisää mm. nettipelien kiehtova ulkoasu ja pelien houkutteleva rakenne. Suurimpia nettiriippuvuuden aiheuttajia ovat Internetin erilaiset keskusteluryhmät (bulletin boards), chatit (mm. IRC), roolipelit (MUD), sähköposti ja uutisryhmät. Ne ovat uutisia lukuun ottamatta interaktiivisia toimintoja, joissa ihminen kohtaa muita enemmän tai vähemmän anonyymisti. (Peltoniemi 2011.)

Tilastokeskuksen mukaan vuonna 2009 suomalaisista 82 % oli käyttänyt internetiä päivittäin tai lähes päivittäin viimeisen kolmen kuukauden aikana (Kohvakka 2009) ja vuonna 2008 Suomi kuului Euroopan seitsemän johtavan internetmaan joukkoon. Karvisen ja Mäyrän (2011) pelaajabarometrin mukaan tietokone- tai muita digitaalisia pelejä pelasi kolmen vuoden keskiarvojen perusteella ainakin 73 % väestöstä, mikä on lähellä rahapelaamisen prevalenssia. Digipelaaminen onkin noussut keskeiseksi pelimuodoksi muiden pelimuotojen joukosta. Aktiivisia digipelaajia (pelaavat vähintään kerran kuukaudessa) kaikista pelaajista oli 51 % vuonna 2009 ja 56 % vuonna 2011. Aktiivinen digipelaaminen oli miesten (60 %) keskuudessa hieman yleisempää kuin naisten (48 %). Yli 20 viikkotuntia pelaavia suomalaisia oli 4 % ja nuoret pelaavat digitaalisia pelejä vanhempia aktiivisemmin. (Emt.)

Internetin ongelmallista käyttöä koskevia tutkimuksia on tehty Suomessa vasta vähän. Pelaajabarometrissä (Karvinen & Mäyrä 2011) tarkastellaankin suomalaisten pelaamisaktiivisuutta lähinnä yleisellä tasolla samoin kuin ESPAD –kyselyssä, jossa internetiä koskevat kysymykset käsittelivät yleisesti netin käyttöä tai sen avulla pelattavia rahapelejä (Metso, Ahlström, Huhtanen, Leppänen & Pietilä 2009, 93) eivätkä niinkään internetin ongelmallista käyttöä. Vuonna 2012 internetin käyttöä tutkittiin myös osana opiskelijaterveydenhuoltoa (Björklund, Heiskanen & Kokko

²⁶ Mm. keskusteluriippuvuus (chat, myös kännykällä), nettipeliriippuvuus, nettirahapeliriippuvuus (myös day trade), nettiseksiriippuvuus, nettiseurustelu (dating), verkkoyhteisöriippuvuus, Informaatioriippuvuus, surffailuriippuvuus, mobiiliriippuvuus, yleinen tietokoneriippuvuus (Peltoniemi 2011).

2011). Nettiriippuvuus on kuitenkin riippuvuuden muoto, jota koskeva keskustelu näyttää lisääntyneen mediassa, joten sen suhde muihin ”etabloituneempiin” riippuvuuksiin oli perusteena sen sisällyttämiseen käsillä olevaan kyselytutkimukseen.

3.7 Yhteiskunnallinen ongelman määrittely, kontrolli ja palvelujärjestelmä

Aineiden käytön ja toimintojen yleistyessä myös niistä aiheutuvat ongelmat lieveilmiöineen lisääntyvät. Kun jokin yhteiskunnallinen taho, kuten kansalaisaktivistit, poliisi tai esimerkiksi lääkärinkunta nostaa toiminnan esiin yhteiskunnallisen riskin viitekehyksessä ilmiöiden määrittely sosiaalisiksi ongelmiksi aktivoituu (Douglas & Wildavsky 1983). Yhteiskunnallinen reagointi nostaa puolestaan esiin kysymyksiä siitä, miten ongelmaan tulisi suhtautua, millaisia toimenpiteitä tulisi suunnitella ja toimeenpanna ongelman kontrolloimiseksi tai sen kitkemiseksi.

Tammi (2012) kiteytti yhteiskunnallisen ongelman määrittelyprosessin Blumerin (1971) klassista mallia soveltaen viiteen vaiheeseen: ongelman esiin nostaminen, ongelman hyväksyminen, liikekannallepano, virallisen toimenpideohjelman laatiminen ja toimenpideohjelman toteuttaminen, minkä jälkeen vaihemalli voi käynnistyä alusta, jolloin määrittelyä voidaan muuttaa. Ongelman määrittelyprosessi ja ns. ”pahepolitiikka” (Tammi 2012, 67) on toteutunut ainakin tupakan (Piispa 1997; Hakkarainen 2000, 19), alkoholin (Piispa 1997), huumeiden (Kontula 1992; Kuussaari 2006; Tammi 2007), rahapelaamisen (Tammi 2008; 2012) ja dopingaineiden (Salasuo 2012) suhteen. Kaikkien näiden ilmiöiden ratkaisemiseksi on käytetty jotain seuraavista keinoista: ongelmien ehkäisyä, kuten valistusta ja riskitiedotusta, saatavuuden rajoittamista verotuksen, hintojen säätelyn, ostooikeuksien rajoittamisen sekä kriminalisoinnin avulla (mm. huumeiden käytön ja hallussapidon kieltäminen) sekä hoito- ja palvelujärjestelmän rakentamista ongelmista kärsiville. (Bruun 1970.) Lisäksi työntekijöitä, kuten valvontaviranomaisia sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia on koulutettu kontrolli- ja hoitotehtäviin. Myös ongelmista jo syntyneitä haittoja, kuten väkivaltarikollisuutta, rattijuoppoutta ja liikennerikoksia on pyritty minimoimaan (Päihdetilastollinen vuosikirja 2010, 22–27).

Piispa (1997) tutki alkoholi- ja tupakkapoliittista mielipideilmastoa ja totesi tupakkapoliitiikan kiristyvän ja alkoholipoliitiikan liberalisoituvan jatkuvasti. Myös

Hakkarainen (2000) vertasi tupakan, alkoholin ja huumeiden yhteiskunnallista asemaa ja totesi niillä olevan hyvin erilainen kehitystrendi sosiaalisina ongelmina. Tupakkalainsäädäntöä on jatkuvasti tiukennettu, alkoholiin suhtaudutaan ambivalentisti siten, että sitä koskevaa lainsäädäntöä pyritään ajoittain tiukentamaan, mutta viime vuosikymmeninä sitä on pääasiassa lievennetty. Kontula (1992) taas vertasi alkoholi- ja huumeapolitiikan näkymiä 1990-luvun alussa. Huumeita koskeva politiikka on ollut viime vuosikymmenet tiukkaa, mutta vastarintapuhettakin on esiintynyt koskien mm. kannabiksen laillistamista ja kriminaalipolitiikalla saavutettuja laihaksi jääneitä yrityksiä kitkeä huumeet yhteiskunnasta (emt.).

Eri aineita ja toimintoja koskeva kontrollipolitiikka ja lainsäädäntö ovatkin muovautuneet hyvin erilaisiksi. Tiukimmin yhteiskunnassa suhtaudutaan laittomiin katuhuumeisiin (Rikoslaki luku 50. 1889/39 ja Huumausainelaki 2008/373). Rahapelaamista (Arpajaislaki 2001/1047) ja tupakointia koskevia lakeja (Tupakkalaki 1976/693) on viime vuosina tiukennettu ja alkoholia koskevaa lainsäädäntöä (Alkoholilaki 1994/1143) on pääasiassa höllennetty aina tutkimusajankohtaan saakka. (Finlex 2013.)²⁷

Päihde- ja peliongelmiin hoitaminen on annettu Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon vastuulle²⁸, mutta myös poliisilla on velvollisuus puuttua häiriökäyttäytymiseen²⁹, kasvatustyötä tekeillä on velvollisuus puuttua kasvua ja kehitystä häiritsevään käyttäytymiseen³⁰ ja kansalaisilla on oikeus tulla kohdeluksi tasa-arvoisesti³¹. Lainsäädännön lisäksi suomalaista yhteiskuntaa ohjataan erilaisin kansainvälisin ja valtiollisin ohjelmin ja suosituksin. Esimerkiksi tutkimusajankohdan jälkeen päihdehoitopalveluiden kehittäminen on saanut uuden suunnan Mielen terveys- ja päihdesuunnitelman (2009) seurauksena. Päihde- ja riippuvuusikäyttäytymistä, sen rajoittamista, siihen puuttumista, rankaisemista ja hoitamista säätelevät siten useat eri lait, ohjelmat ja suositukset.

Eri riippuvuuksien hoito muodostuu hoitojatkumosta, jonka osia ovat ainakin katkaisu- ja vieroitus hoito, kuntouttava hoito ja jälkihoito (vrt. Taipale 1970). Hoito

²⁷ Tutkimushetken, vuoteen 2007 saakka.

²⁸ Mm. Lastensuojelulaki (2007/417), mielen terveys- 1990/11116, kansanterveys- 1972/66, terveydenhuolto 1326/2010-, päihdehuolto- 41/1986 ja sosiaalihuoltolaki 1982/710, laki terveydenhuollon asiakkaana asemasta ja oikeuksista 1992/785, laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000/812,

²⁹ Mm. laki päihtyneiden käsittelystä 1973/461 ja Järjestyslaki 2003/612

³⁰ Mm. Perusopetuslaki 1998/628, Lastensuojelulaki 2007/417

³¹ Mm. Suomen Perustuslaki 731/1999.

perustuu vapaaehtoisuuteen joitakin yksittäisiä tilanteita lukuun ottamatta³². Päihdehuollon järjestämisvastuu on lakisääteisesti ollut kunnilla (Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41) ja palvelut on porrastettu perus- ja erityispalveluihin. Pääpaino palvelujärjestelmässä on nykyisellään erilaisissa avopalveluissa, joista keskeisin on A-klinikoiden verkosto (Päihdetilastollinen vuosikirja 2010, 20–21). Virallisen päihdepalvelujärjestelmän lisäksi suomalainen riippuvuuksien hoito nojaa vertaisapuun, kuten A-kiltatoimintaan ja 12 askeleen itseapuryhmiin (AA, NA ja GA, OLGA³³). Riippuvuusongelmien hoidon sisältö voidaan jakaa psykososiaaliseen tukeen perustuviin hoitomuotoihin (Pienimäki 2001³⁴) sekä lääkkeelliseen hoitoon, jota edustaa esimerkiksi erillisellä asetuksella toteutettava opioidikorvaushoito³⁵. Riippuvuuksien hoito onkin muuttunut yhä lääkekeskeisemmäksi (Paakkari, Karonen, Voipio & Forsell 2008; Selin 2011, 15) ja kehitys on johtanut 2000-luvulla joidenkin psykososiaalisten hoitomuotojen, kuten esimerkiksi Kiskon Klinikan alasajoon.

Päihdehuoltolain piiriin kuuluvat kaikki erilaiset päihdeongelman muodot: alkoholi-, lääke- ja huumeongelmat. Lääkeongelmaisten hoito toteutuu nykyisellään pitkälti terveydenhuollossa lääkäreiden ja potilaiden välisessä hoitosuhteessa, mutta sekakäytön (alkoholi, lääkkeet, huumeet) osalta asiakkaat ovat hakeutuneet usein päihdehuollon erityispalveluihin. Huumeongelmaisten hoitaminen toteutui 1980–1990 -luvulla lähinnä huumeongelmaisten hoitoon erikoistuneissa yksiköissä, mutta on siirtynyt avohuollon osalta vähitellen osaksi A-klinikkapalveluita ja perusterveydenhoitoa (Ahonen 2005, 288; Partanen & Holopainen 2012). Erityisesti opioidikorvaushoito on saanut merkittävän aseman päihdehoitoa koskevassa keskustelussa mediassa, vaikka sen tarve väestötasolla on pieni (1300 korvaushoitopotilasta vuonna 2008) (Mikkonen 2012). Murron ja Niemelän (1993) tekemän rahapeliongelmaisia koskevan tutkimuksen saattamana myös toiminnallisten riippuvuuksien hoito sisällytettiin osaksi päihdepalveluita ja A-

³² Päihdehuoltolaki (41/1986), mielensterveyslaki (1116/1990) ja lastensuojelulaki (683/1983) mahdollistavat vastentahtoisen hoidon järjestämisen tietyin ehdoin (mm. Partanen & Holopainen 2012, 80).

³³ AA=anonyymit alkoholitit, NA=anonyymit narkomaanit, GA=anonyymit rahapeliriippuvaiset ja OLGA= anonyymit nettipelaajat

³⁴ Psykososiaalisen hoidon perusta on tukea antava vuorovaikutus potilaan ja hänen läheistensä kanssa ja se voi sisältää yksilö-, pari-, ryhmä-, tai perhetapaamisia, yhteisöhoitoa (Pienimäki 2001; Aalto 2012).

³⁵ Tutkimushetkellä oli voimassa vielä vuoden 2002 asetus opioidiriippuvaisten vieroitus-, korvaus- ja ylläpito-hoidosta. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus 289/2002 opioidiriippuvaisten vieroitus-, korvaus- ja ylläpito-hoidosta eräillä lääkkeillä)

klirikoiden toimintaa.³⁶ Internetin liiallisesta käytöstä aiheutuvia ongelmia on hoidettu lähinnä sähköisissä palveluissa ja nuorisoasemilla, joiden palvelut on tarkoitettu alle 25-vuotiaille (mm. Hirschovits-Gerz ym. 2012b; Ahjoniemi & Peltoniemi 2011).

3.8 Mielikuvat nyky-yhteiskunnan jännitteissä

Sosiaalitieteilijä ja päihdetutkimuksen pioneeri Robin Room (1978) esitti väitöskirjassaan, kuinka aineiden käyttö on vuorovaikutuksellinen ongelma, jonka määrittelemisen on jatkuvassa prosessissa ja yhteiskunnallisen arvioinnin kohteena (ks. Room 2001a). Tämä havainto on edelleen tuore, sillä esimerkiksi kannabiksesta käydään vilkasta mediakeskustelua, suhtautuminen tupakkaan on muuttunut ihannoinnista terveysvaaraksi (Piispa 1997; Hakkarainen 2000; Katainen 2011) ja rahapeliongelmiensa määrittely on murroksessa (Tammi 2012). Roomin (1978) mukaan neuvottelun keskiössä ovat vallitsevat mielikuvat, jotka ovat alttiita moraalisisille ja ideologisille tulkinnoille (Sulkunen 2007). Mielikuvat värittyvätkin aina niin kriminaali-, terveys-, kuin talouspoliittisilla argumenteilla (mm. Kekoni 2007).

Eri riippuvuuksia koskevat mielikuvat tulevat ymmärretyksi oletettavasti kunkin riippuvuuden muodon yhteiskunnallisen aseman kautta huolimatta siitä, että riippuvuudella yleensä viitataan yksilötason kärsimykseen, joka voi oireiltaan olla samansuuntainen huolimatta siitä, mistä riippuvuuden muodosta kulloinkin on kyse.

Suomalainen yhteiskunta riippuvuutta tuottavien aineiden ja toimintojen ympärillä on muuttunut viimeisen sadan vuoden, mutta selvästi myös viimeisen 20 vuoden aikana merkittävällä tavalla³⁷. Muutosta koskevat paineet näyttävät vahvistuvan kehämäisinä sykleinä, joissa reaali- ja tutkimustiedolla voi selittää vain osan vaikutuksesta. Kyse on yksilöiden, ryhmien, kulttuurien ja olosuhteiden

³⁶ Tutkimuksen tiedonkeruun aikaan (2007) rahapelaamista koskevia erityispalveluita oli alettu kehittää osana kolmannen sektorin toimintaa. 2000-luvun puolivälin jälkeen peliongelmaisten hoitoa on alettu rakentaa aiempaa systemaattisemmin lisäämällä peliongelmaisten hoitoa, työnteekijöiden koulutusta ja tutkimusta, kehittämällä netissä tapahtuvaa auttamistyötä sekä tutkimalla rahapeliongelmaisten hoitamista lääkkeillä, kuten naltreksonilla. (Pelihaitat 2013.)

³⁷ Suomen rajat avautuivat 1990-luvulla kansainvälistymiselle (mm. Neuvostoliiton hajoaminen vuonna 1991) ja Suomi liittyi Euroopan unioniin vuonna 1995. Samalla ovet avautuivat aiempaa vapaamman alkoholin ja tupakan tuonnille sekä lieveilmiöille huumeiden salakuljetukselle. Huumeista muodostui erityisesti 1990-luvun ja 2000-luvun taitteessa Christien ja Bruunin (1989) kuvaama ”hyvä vihollinen” (Salasuo 2004, 21–22).

tuottamista kehävaikutuksista (mm. Hacking 2009), jossa mielikuvilla on merkittävä asemansa. Medialla (mm. Törrönen 2001; 2002; Hellman 2010), aineen tai toiminnan saatavuudella ja ”pahepolitiikalla” (Tammi 2012, 67) on omat vaikutuksensa muutoksiin, jotka nekin toimivat mielikuvien rakentajina. Lisäksi esimerkiksi alkoholin ja huumeiden käyttöön liittyy Suomessa vahvasti väkivalta ja huumeiden osalta myös rikollinen alakulttuuri, jotka väistämättä näkyvät myös näitä aineita koskevissa mielikuvissa (Päihdetilastollinen vuosikirja 2009, 88–91). Keskustelua riippuvuuksista ja niitä aiheuttavista aineista ja toiminnoista tarvitaan, sillä niitä koskevilla poliittisilla päätöksillä on suora vaikutus kansantalouteen verotulojen sekä kriminaalitoiminnan, hoito- ja palvelujärjestelmän kustannusten seurauksena (vrt. Kontula 1992; Kuussaari 2006). Esimerkiksi alkoholin- ja tupakan myynti tuovat valtiolle verotuloja, mutta aiheuttavat suuria välittömiä ja välillisiä kustannuksia sosiaali- ja terveystoimen sekä järjestyksenvalvonnan ja kriminaalihuollon näkökulmasta tarkasteltuna. Laittomien huumeiden käyttö tuo pelkkiä haittakustannuksia, koska niistä ei saa verotettavaa tuloa. Lääkkeiden käyttö sekä edistää terveyttä ja työkykyä ja lisää siten välillisesti verotuloja, mutta väärinkäytössä lääkkeitä on muun muassa työkuntoa heikentäviä ja haittakustannuksia aiheuttavia vaikutuksia. Rahapelaamisen tuotoilla kustannetaan puolestaan nuoriso-, sosiaali- ja terveystoimen palveluita, mutta ongelmallinen rahapelaaminen näkyy valtion kassassa mm. hoitokustannuksina. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2010.)

Yksilön ja yhteiskunnan suhde on nykytilassaan jännitteinen. Vallitsevassa hyvinvointimallisissa korostuu elintapasairauksien riskitekijöiden pienentäminen yksilöllisillä elämäntapavalinnoilla (mm. Hellman & Roos 2012). Yksilöllistä valintaa peräänkuulutetaan niin tupakkatuotteiden pakkausmerkinnöissä, huumehaittojen vähentämispoliitikassa, alkoholin mini-interventiossa, kuin vastuullisen rahapelaamisen markkinoinnissakin. Yksilöllä oletetaan olevan suhde sekä tietoon että itseensä ja siten itsensä hallinnan valta (Jauho 2010). Esimerkiksi Wildavskyn ja Daken (1990) näkemyksen mukaan ihmiset ”valitsevat” sen, mitä pelkäävät ja siten millaisia riskejä ovat valmiita ottamaan. Valinnalla tarkoitetaan tässä ihmisten tapaa suodattaa esimerkiksi saamastaan mediatiedosta asioita, jotka tukevat heidän koherenttia näkemystään kulloisestakin aiheesta. Yksilöiden näkemykset taas sisältävät uskomuksia, emootioita, arvoja ja symboleja (Joffe 2003; Sjöberg 2003), jotka vaikuttavat mielikuviin riskeistä. Sosiaalisen representaation teorian valossa yksilöt hengittävät vallitsevan kulttuurinsa ilmaa ja muodostavat pitkälti tiedostamattomia, jaettuina mielikuvia asioista. Mikäli näitä mielikuvia ei tiedosta, voivat ne hallita niin yksilöiden kuin kokonaisten

”kansojenkin” näkemyksiä. Yksilöiden näkemykset elävät siten itsesääntelyn, normatiivisten sopimusten ja sosiaalisen kontrollin sekä hyväksyttävyyden ristiriitaisessa kehityksessä.

Vaikka siis toisaalta ihmiset tekevät tietoisinkin valintoja, yksilöiden ymmärrys kietoutuu yhteisesti jaettuun sosiaalisiin representaatioihin. Hallinnan valta onkin erityinen haaste juuri riippuvuuskykyisissä. Onko riippuvuus pakko-oire, mielenterveyden ”hoitoa”, opittu ja pois opittavissa oleva käyttäytymismalli vai krooninen relapsoiva sairaus? Erilaiset mielikuvat riippuvuuden olemuksesta ohjaavat meidät hyvin erilaisiin päätelmiin esimerkiksi yksilön vastuukykyisyydestä. Voikin kysyä, miten yhteiskunnallinen todellisuus näkyy vastaajien jaettuina mielikuvina eri aineista ja toiminnoista ja kuinka yhteneviä näkemykset ovat eri viiteryhmien välillä?

4 Tutkimuksen tavoitteet ja hypoteesit

4.1 Tutkimuksen tavoitteet

Väitöskirjani tarkoituksena on tutkia, miten suomalaiset suhtautuivat 2000-luvun ensimmäisen vuosikymmenen loppupuolella (2007–2008) tupakka-, alkoholi-, amfetamiini-, opiaatti-, kannabis-, lääke-, rahapeli- ja internetriippuvuuteen. Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisin menetelmin kyselyaineistoja analysoimalla.

Väitökseni koostuu neljästä artikkelista, joissa tarkastelen eri riippuvuuksia koskevia mielikuvia seitsemän valitsemani riippuvuutta koskevan muuttujan avulla. Artikkeleiden tavoitteena oli selvittää:

- I. kansalaisten eri riippuvuuksia koskevia mielikuvia ja niiden keskinäisiä suhteita,
- II. kansalaisten käsityksiä eri riippuvuuksista toipumisen esteistä,
- III. päihdehoidon ammattilaisten ja kansalaisten mielikuvia eri riippuvuuksien voittamismahdollisuuksista ilman hoitoa ja hoidon avulla sekä
- IV. suomalaisten mielikuvia alkoholista ja alkoholiriippuvuudesta verrattuna ruotsalaisten, kanadalaisten ja venäläisten mielikuviiin.

Kahta ensimmäistä artikkelia yhdistää kiinnostus kysymykseen siitä, miten eri riippuvuudet suhtautuvat toisiinsa kansalaisten arkiajattelussa. Kolmannessa artikkelissa kansalaisten käsityksiä vertaillaan päihdehuollon ammattilaisten käsityksiin. Neljännessä artikkelissa vertailu on luonteeltaan kulttuurista ja sen kohteeksi on valittu kansalaisten alkoholimielikuvat Suomessa, Ruotsissa, Kanadassa ja Pietarin alueella Venäjällä. Koska kiinnostukseni kohdistuu myös tekijöihin, jotka tuottavat eroja näihin mielikuviiin, tutkin lisäksi, minkälaisia variaatioita eri viiteryhmiin, kuten ikäryhmään tai sukupuoleen kuuluminen tuottaa.

Tässä yhteenvedossa kokoan yhteen erillisten artikkelieni tulokset tarkastelemalla suomalaisten mielikuvia eri riippuvuuksista ja niiden suhteesta toisiinsa ja peilaamalla mielikuvia maassamme vastaushetkellä vallinneisiin oloihin. Lisäksi selvitan, millaiset vastaajien taustatekijät tuottavat variaatiota

riippuvuusmielikuviiin. Sosiaalisen representaation teoria antaa aineksia tarkastella mm. sitä, kuinka hegemonisia, emansipoituneita tai poleemisia mielikuvat ovat.

Tämän yhteenvedon tavoitteena on vastata tutkimusartikkelieni pohjalta kahteen peruskysymykseen:

1. *Kuinka vaikeina ja vakavina suomalaiset pitävät tutkittuja riippuvuuden muotoja ja miten eri riippuvuudet miellettiin suhteessa toisiinsa?*

2. *Miten vastaajien yksilötason taustatekijät kuten sukupuoli, ikä ja oma riippuvuuskokemus, institutionaalista tasoa edustava päähdetyön ammattilaisuus sekä kulttuurista kontekstia edustava kansalaisuus vaikuttavat mielikuviiin riippuvuuksista?*

4.2 Tutkimusta koskevat oletukset

4.2.1 Riippuvuuksien vaarallisuutta ja keskinäisiä suhteita koskevat oletukset

Riippuvuuksien keskinäistä suhdetta koskevat oletukset olivat erityisesti ensimmäisen artikkelin tutkimuskohteena, mutta niitä tarkasteltiin myös toisessa ja kolmannessa artikkelissa. Näin myös tässä esitetyt hypoteesit koskevat kolmea ensimmäistä tutkimusartikkeliä.

Oletin, että *huumeita* pidetään edelleen sekä yksilön että yhteiskunnan kannalta vaarallisimpina (mm. Christie & Bruun 1986) ja vaikeimmin voitettavina verrattuna muihin riippuvuuksiin. Kannabiksesta käytyyn viime vuosien keskusteluun nojautuen arvioin kuitenkin, että suhtautuminen kannabikseen olisi lievempi kuin suhtautuminen muihin huumeisiin. (Natunen ym. 2006; Rönkä & Virtanen 2007; Hakkarainen & Metso 2007; Piispa ym. 2008, 16–18.) Huumeiden koettua vaarallisuutta lisännee se, että niiden käyttö on enemmistölle kansalaisista vierasta ja mielikuvat huumeista syntyvät pääasiassa median välityksellä (mm. Törrönen 2002; Jallinoja, Piispa & Tigerstedt 2003; Blomqvist 2012). *Alkoholin* oletin ristiriitaiseksi huolen aiheeksi suomalaisessa yhteiskunnassa. Siihen suhtaudutaan yleisesti hyväksyvästi, mutta huoli alkoholin aiheuttamista yksilöllisistä sekä yhteiskunnallisista haitoista oli 2000-luvun alkupuoliskolla hieman kasvanut verrattuna edeltäneeseen vuosikymmeneen (mm. Piispa 1997, 26; Peltovuoma,

Varamäki & Koponen 2006; Härkönen & Österberg 2010). *Nikotiinin* osalta oletin, että se mielletään riippuvuutta aiheuttavaksi aineeksi, mutta yhteiskunnallisesti pieneksi uhkaksi, sillä tupakkaan ei liity laittomuuden ja väkivallan pelkoa, kuten esimerkiksi huumeisiin (vrt. Piispa 1997). *Lääkeriippuvuuden* suhteen oletin, että lääkeongelmia pidetään yksilötason kärsimyksenä (vrt. Jaakkola 1970; Bruun 1970) pikemminkin kuin suurena yhteiskunnallisena ongelmana, sillä lääkkeiden käyttö on maassamme yleistä ja arkista ja haitat jäävät usein piiloon julkisuudelta.

Toiminnallisia riippuvuuksia arvelin pidettävän yksilöille kevyempinä kuin esimerkiksi alkoholia, sillä niissä ei ole kyse ulkopuolisen aineen vaikutuksesta ihmiseen. Toiminnalliset riippuvuudet ovat myös yhteiskunnallisesti ”tuoreemmassa” asemassa kuin esimerkiksi alkoholiriippuvuus ja näin niitä koskevat mielikuvat ovat vasta muotoutumassa. Ongelmallista *rahapelaamista* en uskonut pidettävän yhtä vakavana yhteiskunnallisena ongelmana kuin esimerkiksi alkoholi- tai huumeriippuvuuksia, sillä rahapelaamisella on keskeisesti hyväntekeväisyyden leima ja pelaaminen oli Suomessa monopoliyhtiöiden hallinnassa³⁸. Ongelmallista rahapelaamista ei ollut tutkimushetken mennessä nostettu mediassa alkoholin tai huumeiden tavoin myöskään yksilön ja hänen lähiyhteisönsä laajamittaiseksi ongelmaksi, jota tulisi hoitaa ammattivavun piirissä (mm. Aho & Turja 2007; Turja ym. 2012; Tammi 2012). *Internetriippuvuuden* suhteen oletin, että internetin käyttö mielletään muita ”kevyempänä” ongelmana. Internetiä käytetään pääasiassa kommunikaation välineenä, ei ensisijaisesti viihdykkeenä, kuten rahapelejä tai päihteitä eikä hyvinvoinnin edistäjänä tai sairauksien poistajana, kuten lääkkeitä.

4.2.2 Mielikuvien variaatiota koskevat oletukset

Vastaajien mielikuvissa voitiin olettaa esiintyvän vaihtelua sukupuolen, iän ja oman riippuvuuskokemuksen sekä päihdetyön ammattilaisuuden ja kansalaisuuden perusteella. Tarkastelen kaikkia näitä taustatekijöitä kulttuurisina ja sosiaalisia merkityksiä tuottavina kategorioina eikä pelkästään esimerkiksi ikäkehityksen tai fyysisten tekijöiden tuotoksina. (mm. Wildavsky & Dake 1990.)

Artikkeleissa I, II ja IV oletin, että *naiset* suhtautuvat sosiaalisen sukupuolensa (gender) perusteella ongelmalliseen käyttäytymiseen miehiä vakavammin ja toisaalta pyrkivät hoivaamaan miehiä enemmän riippuvuudesta kärsiviä ihmisiä (mm. Blomqvist 2012). Myös aiemmat suomalaiset tutkimukset (mm. Härkönen &

³⁸ Nettirahapelaaminen oli vasta tuloillaan ”kansan pariin”

Österberg 2010; Hakkarainen & Metso 2007) sekä kansainväliset tutkimukset (mm. Furnham & Lowick 1984; Furnham & Thomson 1996; Cunningham ym. 2007; Blomqvist 2012) ovat osoittaneet sukupuolten välillä olevan näkemuseroja. Tässä tutkimuksessa oletan, että naiset ovat miehiä huolestuneempia riippuvuuskysymyksistä, jotka kuuluvat hyvinvointia ja terveyttä uhkaaviin tekijöihin (Gustafson 1998).

Eri-ikäisten suhtautumista riippuvuuksiin tarkastelin ensimmäisessä ja kahdessa viimeisessä artikkelissani. Koska eri-ikäisten näkemysten on todettu vaihtelevan monissa aiemmissa tutkimuksissa (Furnham & Lowick 1984; Salasuo 2004; Cunningham ym. 2007; Piispa ym. 2008; Härkönen & Österberg 2010; Blomqvist 2012), oletin että eriasteiset kontaktit huumeisiin tulevat esille ikäryhmäeroina myös tässä tutkimuksessa.

Tutkin oman riippuvuuskokemuksen vaikutuksia riippuvuuksia koskeviin mielikuvii artikkelissa II, III ja IV. Arvelin, että näkemykset *riippuvaiseksi itsensä kokevien ja ei-riippuvaisten* välillä poikkeaisivat toisistaan, sillä omakohtainen kokemus vaikuttaa oletettavasti mielikuvii syvemmin kuin pelkkä mediasta tai asuinympäristöstä saatu tieto. Myös attribuutioteorioiden pohjalta on oletettavissa, että toimijan ja tarkkailijan näkökulmat eroavat toisistaan (Jones & Nisbet 1971). Oletus on saanut osittaista tukea myös joissakin muissa tutkimuksissa (mm. Walters & Gilbert 2002; Koski-Jännes ym. 2012a; Blomqvist 2012), mutta tulokset ja tulkinta vaihtelevat.

Kolmannessa tutkimusartikkelissani oletin, että ammattilaiset tuottavat heille ominaisia, jossain määrin eriäviä eli emansipoituneita tai jopa ristiriitaisia eli poleemisia sosiaalisia representaatioita riippuvuuksista toipumisen toipumismahdollisuudesta suodattamalla ja muovaamalla vallitsevasta päihdepolitiikasta, tieteellisistä tutkimuksista, mediasta, vertaiskeskusteluista sekä asiakassuhteista kertynyttä osaamista (Morant 2006). Ammattilaiset toimivat myös osana hoito- ja palvelujärjestelmää ja edustavat siten institutionaalisen hoitokulttuurin tasoa. Ammattilaisten näkemyksiin vaikuttaa mm. se, että vain pieni ja usein moniongelmainen osa riippuvaisista hakeutuu päihdehoitoon, jolloin tietyn tyyppinen asiakasprofiili päihdehoidossa korostuu ammattilaisten arjessa. On myös oletettavaa, että erityisesti päihdetyöstä kiinnostuneet ammattilaiset hakeutuvat alalle. Onkin osoitettu, että erityistason päihdetyön ammattilaisten suhtautuvat päihdeongelmaisii myönteisemmin kuin perustason ammattilaiset (Kuussaari 2006, 214–222).

Neljännessä artikkelissa oletin että edellistä laajemmalla kulttuurisella tasolla, kansalaisuudella on vaikutusta näkemyksiin alkoholiriippuvuudesta. Uskoin, että

ruotsalaisten, venäläisten ja kanadalaisten alkoholiriippuvuusmielikuvat eroavat suomalaisten suhtautumisesta alkoholiin. Aiemmissä tutkimuksissa on todettu suomalaisten alkoholin käytön ja käyttötottumusten eroavan monista muista kulttuureista: suomalaiset juovat rajummin kuin kanadalaiset (Cunningham & Mäkelä 2003) ja suomalaisten ”heroinen juominen” jatkuu eurooppalaistumisesta huolimatta (Tigerstedt & Törrönen 2007). Suomalaiset juovat myös enemmän kuin ruotsalaiset (Leifman & Ramstedt, 2009), mutta vähemmän kuin venäläiset (Lysova & Pridemorde 2010). Oletuksena onkin, että suomalaisten alkoholia koskevat mielikuvat voivat olla jopa ristiriitaisia, poleemisia suhteessa muiden maiden edustajien näkemyksiin siten, että vastaajat eivät muissa tutkimusmaissa ole suomalaisten tavoin kovin huolissaan maansa alkoholitalanteesta, mikä voi liittyä joko kyseisten maiden suhteellisesti pienempään alkoholiongelmaan ja / tai sen näkymiseen mediassa tai yhteiskunnallisessa ongelman määrittelyssä.

5 Tutkimusmenetelmät

5.1 Kyselyaineiston kokoaminen

Väitöskirjani kyselyaineistot pohjaavat professori Jan Blomqvistin Ruotsissa kehittämään kyselylomakkeeseen (Blomqvist 2009). Suomalaisille suunnatun väestötutkimuksen kyselylomakkeen käännös- ja muokkaustyöstä vastasivat professori Anja Koski-Jännes ja YTT Kirsimarja Raitasalo Terveiden ja hyvinvoinnin laitokselta. Yhdyskuntatutkimus Oy keräsi aineiston syksyllä 2007 postikyselyinä, joka lähetettiin väestörekisteritietojärjestelmästä (18–74v) poimitulle 2000 henkilön satunnaisotokselle. Uusintakysely tehtiin kolme viikkoa myöhemmin, mikä nosti vastaajien osuutta vain parilla prosentilla. Yhdyskuntatutkimus Oy vastasi lisäksi aineiston koodauksesta tilasto-ohjelmaan.

Ruotsalaisille suunnatun vastaavan väestökyselyn toteutti professori Jan Blomqvist Tukholman yliopistosta, kanadalaiselle väestölle suunnatun puhelinhaastatteluaineiston (n=864) keruusta ja koodauksesta vastasi professori John Cunningham Toronton Yliopistosta ja Venäjän Pietarista kerätystä puhelinhaastatteluaineistosta (n= 1 023) vastasi professori Irina Pervova Pietarin valtion yliopistosta. Kaikissa osanottajamaissa käytetyt kyselylomakkeet pohjautuvat Blomqvistin (2009) kehittämään lomakkeeseen.

Päihdetyön ammattilaisille suunnatun lomakkeen käännös- ja muokkaustyön toteuttivat Anja Koski-Jännes ja YTM Marjo Pennonen. Pennonen vastasi myös ammattilaisille suunnattujen lomakkeiden postituksesta ja koodaamisesta (n=520) SPSS-tilasto-ohjelmaan. Ammattilaisaineisto kerättiin eri päihdehoidon toimipisteistä eteläisen Suomen alueelta. Myös ammattilaisille suunnattu lomake pohjautui ruotsalaiskyselyyn (Blomqvist 2009).³⁹

Kyselyaineistot kerättiin eri maista vuosina 2005–2009, suomalainen väestöaineisto vuonna 2007 ja ammattilaisaineisto vuosina 2007 ja 2008. Alkuperäiset aineistot on arkistoitu kussakin maassa paikallisten yliopistojen ohjeiden ja käytänteiden mukaisesti. Kaikki informantit osallistuivat tutkimukseen nimettömänä ja vapaaehtoisesti. Ammattilaisaineistoa koskeva tiedonkeruu

³⁹ Ruotsissa kerättiin myös vastaava ammattilaisaineisto (Samuelsson ym. 2013).

toteutettiin lisäksi eettisten toimikuntien luvalla tutkimuseettisiä ohjeita noudattaen. YTT Kirsimarja Raitasalo vastasi yhteistyössä Anja Koski-Jänneksen kanssa eri maiden aineistojen yhdistämisestä samaan tiedostoon. Oma tutkimustyöni aineiston parissa käynnistyi vuonna 2008, jolloin aineistot oli jo kerätty.

5.2 Lomakkeen kysymykset ja tutkimuksen muuttujat

Sekä tavallisille kansalaisille että päihdetyön ammattilaisille suunnattujen lomakkeiden kysymykset, joita oli yhteensä 30, koskivat vastaajien käsityksiä eri aineisiin ja toimintoihin liittyvästä riippuvuusriskistä, vastuukysymyksistä, toipumismahdollisuuksista ja riippuvuuksista yhteiskunnallisena ongelmana. Lisäksi kysyttiin vastaajien omia ja heidän läheistensä kokemuksia erilaisista riippuvuuksista. Tutkimuksen kohteena suomalaisessa lomakkeessa oli alkoholi-, tupakka-, kannabis-, amfetamiini-, opiaatti- ja lääkeriippuvuudet sekä toiminnallisista riippuvuuksista rahapeli- ja internetriippuvuudet. Muiden maiden lomakkeissa oli joitakin eroja suomalaiseen kyselyyn verrattuna⁴⁰, mutta alkoholia koskevat kysymykset olivat yhteneviä ja siten vertailukelpoisia suomalaisen aineistoon kanssa.

Valitsin tutkimukseeni seitsemän kysymystä⁴¹ (taulukko 4), jotka koskivat riippuvuusriskiä, riippuvuudesta toipumisen mahdollisuuksia, toipumisen esteitä, vastuuta riippuvuuden muodostumisesta ja siitä vapautumisesta koskevat kysymykset sekä kysymyksen, joka koski riippuvuusongelmien suuruutta suhteessa muihin yhteiskunnallisiin ongelmiin.

Riskikysymyksen tavoitteena oli selvittää käsityksiä eri aineiden ja toimintojen vaarallisuudesta yksilölle. Suhtautuminen riskiin kuvastaa siten vastaajan mielikuvissa niiden riippuvuuspotentiaalia eli kykyä tuottaa riippuvuutta kenelle tahansa kyseisiä aineita kokeileville. *Ilman hoitoa toipumisen mahdollisuuksia* koskevan kysymyksen ajateltiin ilmentävän toisaalta ongelman vaikeusastetta ja toisaalta luottamusta kansalaisten kykyyn hallita omaa toimintaansa ja selvittää kokemistaan ongelmista. *Hoidon avulla toipumista* koskeva kysymys mittaa toisaalta uskoa hoitojärjestelmän kykyyn auttaa yksilöä ratkaisemaan eri riippuvuusongelmia. Toisaalta se mittaa myös mielikuvia ongelman vaikeusasteesta, sillä hoitojärjestelmä

⁴⁰ Kysymys 6: kansainvälisten aineistojen vertailun mahdollistamiseksi väkivaltaa ja muuta rikollisuutta koskevat kysymykset yhdistettiin ”rikollisuudeksi” ja kannabista sekä ”muuta huumeita” koskeva kysymys huumeiksi.

⁴¹ Kysymykset 1-6, joista kysymys 2 on jaettu tässä kahteen osaan.

pyrkii reagoimaan myös sellaisiin terveysongelmiin, joista ei voi varsinaisesti toipua vaan tehtäväksi jää pelkäästään asioiden lievittäminen tai potilaan / asiakkaan elämän helpottaminen. *Vastuukysymyksillä* pyrittiin selvittämään vastuun sijoittumista yksilölle vs. yhteiskunnalle sekä riippuvuusongelmien syntymisestä että niistä toipumisesta. *Yhteiskunnallisen ongelman vakavuutta* koskeva kysymys puolestaan kuvasi eri päihteiden ja riippuvuutta tuottavien toimintojen vaarallisuutta yhteiskunnalle suhteessa muihin yhteiskunnallisiin ongelmiin.

Osanottajien vastaukset näihin kysymyksiin edustivat tutkimukseni riippuvia muuttujia. Niiden avulla pyrin hahmottamaan, millaisina eri riippuvuudet yleisesti mielletään vaikeusasteeltaan ja miten eri riippuvuuden muodot suhteutuvat toisiinsa.

Riippumattomat muuttujat koostuivat erilaisista sosiodemografisista tekijöistä, jotka voidaan myös ymmärtää vastaajaryhmiksi, joilla on yhteisiä kokemuksia. Taulukkoon 5 olen koonnut kunkin artikkelini riippumattomat ja riippuvat muuttujat. Tässä väitöskirjani yhteenvedossa keskityn kuitenkin vain keskeiseksi osoittautuneiden riippumattomien muuttujien vaikutuksiin ja tarkastelen niitä kolmessa tasossa: yksilökohtaista tasoa edustavat ikä, sukupuoli ja oma riippuvuuskokemus, institutionaalista tasoa edustaa päihdetyön ammattilaisten ja kansalaisten näkemysten vertailu ja sosiokulttuurista tasoa edustaa suomalaisten alkoholiongelmia ja riippuvuutta koskevien näkemysten vertailu kanadalaisten, ruotsalaisten ja venäläisten (Pietari) näkemyksiin.

Taulukko 4. Kyselylomakkeen kysymykset

1. ”Kuinka suuri **riski** mielestäsi on riippuvuuden kehittymiseen, jos kokeilee seuraavia päihkeitä tai toimintoja”: alkoholi, hasis/marihuana, amfetamiini, tupakka, heroini/ muut ns. opioidit, lääkkeet, rahapelit, internetin käyttö? Vastausvaihtoehdot olivat: 1=erittäin pieni riski tai ei lainkaan, 2=melko pieni riski, 3=melko suuri riski, 4=erittäin suuri riski. Lisäksi oli mahdollista vastata ”en osaa sanoa”. Riskikysymystä tarkastelin artikkeleissa I ja IV.

2. ”Kuinka suuri mielestänne on **mahdollisuus päästä eroon** seuraavista riippuvuuksista”: alkoholi, hasis/marihuana, amfetamiini, tupakka, heroini/ muut ns. opioidit, lääkkeet, rahapelit, internetin käyttö

a. ”ilman hoitoa”?

b. ”jonkin hoidon avulla, erilaiset tukiryhmät mukaan lukien (esim. AA, NA)”?

Vastausvaihtoehdot olivat: 1= ei minkäänlaista / erittäin pieni, 2= melko pieni, 3= ei suuri eikä pieni, 4= melko suuri, 5= erittäin suuri. Lisäksi oli mahdollista vastata ”en osaa sanoa”. Kysymys koski seuraavia riippuvuuksia: katso kysymys 1. Toipumisen mahdollisuutta tarkastelin artikkeleissa I ja III.

3. ”Kuinka vaikeasti voitettavia mielestänne ovat seuraavat **esteet toipumiselle** henkilön yrittäessä päästä eroon riippuvuudestaan” (alkoholi, hasis/marihuana, tupakka, lääkkeet, rahapelit, internetin käyttö ja ”muut huumeet”, jossa opioidit ja amfetamiini oli yhdistetty)? A = aineen ominaisuudet, B = ympäristön vaikutus, C = yksilön henkilökohtaiset ominaisuudet, D = vaikeat elinolosuhteet, E = toisten ennakkoluulot / kielteiset odotukset. Vastausvaihtoehdot olivat: 1 = erittäin pieni este, 2 = melko pieni este, 3 = melko suuri este, 4 = erittäin suuri este. Lisäksi oli mahdollista vastata ”en osaa sanoa”. Toipumisen esteitä tarkastelin artikkelissa II.

4. ”Missä määrin seuraavat riippuvuudet mielestänne **johtuvat** henkilöstä itsestään ja missä määrin sellaisista ympäristötekijöistä ja olosuhteista, joihin ei itse voi vaikuttaa?” Vastausvaihtoehdot olivat: 1 = henkilöstä itsestään, 2 = enemmän henkilöstä kuin olosuhteista, 3 = enemmän olosuhteista kuin henkilöstä, 4 = olosuhteista ja ympäristöstä. Lisäksi oli mahdollista vastata ”en osaa sanoa”. Tarkastelin tätä kysymystä artikkelissa IV ja ainoastaan koskien alkoholia.

5. ”Kenen **vastuu** on mielestänne huolehtia siitä, että väärinkäyttöön tai riippuvuuteen päätyneet henkilö voi päästä eroon ongelmastaan? Onko vastuu mielestänne yksilöllä itsellään vai yhteiskunnalla?” Vastausvaihtoehdot olivat: 1 = täysin yksilön vastuulla, 2 = enemmän yksilön kuin yhteiskunnan, 3 = enemmän yhteiskunnan kuin yksilön, 4 = täysin yhteiskunnan vastuulla. Lisäksi oli mahdollista vastata ”en osaa sanoa”. Tarkastelin tätä kysymystä artikkelissa IV ja ainoastaan koskien alkoholia.

6. ”Kuinka **vakavina** pidätte seuraavia yhteiskunnallisia ongelmia Suomessa nykyisin”: väkivaltarikokset, alkoholiongelma, muiden huumeiden käyttö, varkaudet ja omaisuusrikokset, talousrikokset, saasteet/ympäristöongelmat, köyhyys, kannabiksen (hasis/marihuana) käyttö, suuret tuloerot, tupakointi, lääkkeiden väärinkäyttö, vähemmistöjen syrjintä, rahapeliongelmat, naisten ja miesten epätasa-arvo, prostituutio.

”Arvioikaa kutakin erikseen asteikolla: 1 = ei ollenkaan vakava, 10 = erittäin vakava”. Lisäksi oli mahdollista vastata ”en osaa sanoa”. Artikkelissa IV yhteiskunnallisten ongelmien vertailu oli mahdollista vain 12 ongelman osalta (kannabista, lääkeongelmaa ja väkivaltarikollisuutta koskevia kysymyksiä ei voitu vertailla, sillä niitä ei oltu mainittu kaikissa tutkimusmaissa erikseen). Tarkastelin kysymystä artikkeleissa I, IV.

Taulukko 5. Tutkimusartikkelit, aineistot ja muuttajat (ks. taulukko 4)

| Artikkeli | Aineisto | Riippuvat muuttajat (taulukko 4) | Riippumattomat muuttajat |
|---|---|------------------------------------|---|
| I. Suomalaisen käsityksiä riippuvuudesta sukupuolen, iän sekä yhteiskunnallisen todellisuuden vaikutuksia mielikuvain. | Väestöaineisto Suomesta (n=740) | 1, 2 (a+b), 6, kaikki riippuvuudet | ikä ja sukupuoli |
| II. How Finns Perceive the Barriers to Recovery from Various Addictions. (Kuinka suurina suomalaiset pitävät erilaisista riippuvuudesta irtautumisen esteitä?) | Väestöaineisto Suomesta (n=740) | 3, kaikki riippuvuudet | omat riippuvuuskokemukset, riskikäyttö, ikä, sukupuoli, ammatillinen koulutus |
| III. Ammattilaisten ja kansalaisten mielikuvat omaehtoisesta toipumisesta ja hoidon tuottamasta lisäarvosta eri riippuvuuksista toivuttaessa. | Väestöaineisto (n=740) ja päihdetyön ammattilaisista koostuva aineisto (n=520) Suomesta | 2, kaikki riippuvuudet | päihdetyön ammattilaisuus vrt. maallikko, ikä, sukupuoli, ammatillinen koulutus, oma riippuvuuskokemus, suhtautuminen elämään |
| IV. Is there something peculiar about Finnish views on alcohol addiction? - A cross-cultural comparison between four northern populations. (Onko suomalaisten alkoholiriippuvuutta koskevissa mielikuvissa jotakin erityistä? – Neljän pohjoisen populaation näkemysten vertailua.) | Väestöaineistot Suomesta (n=740), Ruotsista (n=1098), Kanadasta (n=864) ja Venäjältä (n=1023) | 1, 2 (a+b), 4, 5, 6 vain alkoholi | kansalaisuus sukupuoli, ikä, onko lapsia, työelämästatus, koulutustaso |

5.3 Tutkimusaineistot

Suomalaiseen *väestökyselyyn* vastasi 740 iältään 17–76 -vuotiasta suomalaista, joista 61 prosenttia oli naisia. Vastaaajien osuus jäi 37 prosenttiin. Kadon syynä oli todennäköisesti keskittymistä vaativa, 10 sivua pitkä kyselylomake, osalle ehkä aiheen vieraus ja toisille taas sen intiimiys. Nuoret olisivat mahdollisesti vastanneet herkemmin nettikyselyyn. Erityisesti alle keski-ikäisten miesten vastausprosentti jäi

alhaiseksi ja toisaalta yli 55-vuotiaiden miesten edustus oli vastaavaan väestönosaan suhteutettuna huomattavan suuri. Miesten keski-ikä aineistossa (51 v.) oli 6 vuotta miesten vastaavan väestöryhmän keski-ikää korkeampi, kun naisten keski-ikä aineistossa (48 v.) ylitti vastaavan väestöryhmän keski-ikä kahdella vuodella (Tilastokeskus 2009).

Koska otos poimittiin väestörekisteristä, jäivät vailla vakinaista asuntoa ja laitoksissa olevat tutkimuksen ulkopuolelle. Tilastollisesti merkitseviä sukupuolieroja ilmeni useimmissa taustamuuttujissa. Miehillä oli enemmän ammattikoulutusoista koulutusta, naisilla taas opisto- ja korkeakoulutusoista koulutusta. Naisista suurempi osa oli joko kotona tai opiskeli. Miesten bruttotulot olivat naisten tuloja korkeammat. Nämä erot vastasivat myös väestötasolla havaittavia eroja (Tilastokeskus 2009). Ammatillinen koulutus oli aineistossa (20–74 vuotta) hieman korkeampaa verrattuna väestön vastaavan ikäryhmän koulutustasoon. Akateeminen tutkinto oli aineistossa 16 prosentilla, kun vastaava luku väestössä oli 9 prosenttia (Tilastokeskus 2009). Tulos ei kuitenkaan ollut täysin vertailukelpoinen erilaisen terminologian vuoksi (vrt. Äikäs 2006, 4). Naimisissa olevien osuus (41 %) oli aineistossa vastaavanikäiseen väestöön nähden hieman matalampi (48 %) (Tilastokeskus 2009). Vajaa neljännes (24 %) vastaajista asui kertomansa mukaan pääkaupunkiseudulla, kun väestön vastaavasta ikäryhmästä asui pääkaupunkiseudulla (Espoo, Helsinki, Vantaa, Kauniainen) viidennes (20 %) (Tilastokeskus 2009). (Hirschovits-Gerz 2008; Hirschovits-Gerz & Koski-Jännes 2010).

Kyselyyn vastanneista suomalaisista alkoholia oli viimeisen vuoden aikana käyttänyt 90 prosenttia miehistä ja 84 prosenttia naisista. Runsas 5 prosenttia miehistä ja 2 prosenttia naisista ylitti kohtuukäytön rajat kuukausikulutuksen perusteella, mutta kertakäytön riskirajat (vrt. Seppä 1998, 54) ylittyivät viidesosalla (21 %) miehistä ja alle kymmenesosalla (8 %) naisista, mikä vastaa muiden tutkimuksen tuloksia (mm. Seppä 1998). Miehistä 18 prosenttia ja naisista 12 prosenttia oli kokeillut laittomia huumeita. Alle 25 vuoden ikäisillä kokeiluja oli ollut joka viidennellä. Yleisimpiä ne olivat nuorilla aikuisilla (26–35 -vuotta), joista 38 prosenttia oli kokeillut huumeita (49 % miehistä). Osuus oli korkeampi kuin muissa tutkimuksissa. Esimerkiksi vuonna 2006 kannabiskokeilujen elinikäisprevalenssi oli vastaavassa ikäryhmässä 25 prosenttia (Rönkä & Virtanen 2007, 23). Lääkkeiden väärinkäyttöä oli runsaalla 5 prosentilla, Hakkaraisen ja Metson (2007) tutkimuksessa osuus oli 7 prosenttia. Neljä viidestä miehestä (80 %) ja kolme viidestä naisesta (57 %) oli pelannut rahapelejä viimeisen vuoden aikana. Kaiken kaikkiaan vähän yli puolet vastaajista ilmoitti nyt olevansa tai aiemmin

olleensa yhdestä tai useammasta aineesta tai toiminnasta riippuvaisia. Miehillä kyseinen osuus oli 62 prosenttia, mutta naisillakin se oli 48 prosenttia. Noin puolella miehistä ja kolmasosalla naisista oli omakohtaista kokemusta nikotiiniriippuvuudesta, mikä vastasi kansallisen Finriski 2007 -terveystutkimuksen tuloksia (Peltonen ym. 2008, 47). Nikotiiniriippuvuudesta vapautuneita oli suhteessa enemmän kuin edelleen riippuvaisia. Nyt tai aiemmin alkoholi- ja nikotiiniriippuvuuksia oli alle viidellä prosentilla koko aineistosta (huume-, lääke- ja toiminnallisia riippuvuuksia sekä ” muita riippuvuuksia”). ”Muiksi riippuvuuksiksi” mainittiin lomakkeen avoimessa osassa mm. suklaa- ja kofeiiniriippuvuus. Vielä useamman lähiomaisilla tai läheisillä ystävillä oli nyt tai aiemmin jokin riippuvuus. Alkoholi-ongelmaisia läheisiä oli ollut 59 prosentilla miehistä ja 69 prosentilla naisista. Nämä osuudet näyttävät suuremmilta kuin Juomatapatutkimuksessa (42 prosenttia miehistä ja 46 prosenttia naisista) (Raitasalo 2004). Vertailua vaikeuttaa se, että lähisukulaisten ja ystäväpiirin rajaa ei kummassakaan määritelty.

Toisena tutkimusaineistona tässä väitöskirjassa on käytetty *päihdetyön ammatilaisista* koostuvaa 520 vastaajan kyselyaineistoa. Ammatilaisista 335 edusti A-klinikasäätiön ja kuntien omistamia A-klinikoita, 26 kristillisiä yksiköitä, 20 myllyhoidollisia yksiköitä, 83 kriminaali- ja vankilatyötä ja 56 Helsingin Diakonissalaitosta sekä muita yksityisiä yksiköitä. Tutkimukseen osallistuneet hoitoyksiköt sijaitsivat Etelä- ja Keski-Suomen alueella. Vastaajat olivat ammatiltaan lääkäreitä (2 %), sairaanhoitajia ja muita terveydenhuollon edustajia (28 %), sosiaalityön edustajia (30 %) sekä ohjaajia ja muita päihdetyöntekijöitä (28 %) (ei virallista ammattinimikettä). Erillisen vastaajaryhmän muodostivat yksiköiden johtajat (12 %). Kyselyn vastausprosentti oli 51. (Pennonen & Koski-Jännes 2010.) Koska koko päihdetyön ammattikuntaa koskevaa kokonaistilastoa ei ole olemassa, ei aineiston kattavuutta voitu yrittää korjata painottamalla. Aineisto oli kuitenkin kohtuullisen suuri ja aineistoja oli kerätty laajalti eri yksiköistä ammatilaisia edustavan kokonaiskuvan saamiseksi.

Ruotsalainen väestöaineisto (n=1098) kerättiin vuonna 2005 ja vastausprosentti oli 55. Ruotsalaista aineistoa analysoitiin painotetulla muuttujalla, jossa oli huomioitu ikä, sukupuoli, siviilisäätö ja tulotaso ja syntymämaa (Blomqvist 2009; Hirschovits-Gerz ym. 2011). *Kanadalainen* väestöaineisto kerättiin puhelinhaastattelulla vuonna 2008 (n=864) ja analyyseissä käytettiin kotitalousyksiköiden ja provinssien koon perusteella painotettua painomuuttujaa. Kanadan vastausprosentti oli 41. *Venäjän Pietarista* kerätty väestölle suunnattu

puhelinhaastatteluaineisto (n= 1 023) oli puolestaan painotettu iän, sukupuolen ja koulutustason mukaan vastaamaan vastaavaa väestöä. Venäläinen aineisto oli kuitenkin ongelmallinen, sillä vastausprosenttia ei ollut saatavilla ja aineisto oli kerätty Pietarista, joka edusti suurta, kansainvälistä yliopistokaupunkia. (Hirschovits-Gerz ym. 2011.)

Analysoin väitöstyössäni viittä eri kyselyaineistoa, jotka on kuvattu taulukossa 5. Vertailuanalyysien toteuttamiseksi kansainväliset aineistot ja suomalainen väestöaineisto yhdistettiin artikkelissa IV ja suomalainen väestöaineisto ja ammattilaisaineisto artikkelissa III.

5.4 Aineiston analyysi

Käytin väitöskirja-artikkeleissani kuvailevia tilastollisia menetelmiä sekä monimuuttujamenetelmiä. Aluksi tarkastelin väestöaineistoa kokonaisuutena ja analysoin myös sukupuolen ja iän vaikutuksia sekä muiden käytettävissä olevien taustamuuttujien vaikutuksia vastaamiseen. Tämän jälkeen laajensin tutkimustyötäni muihin käytettävissä oleviin aineistoihin: ammattilaisaineistoon Suomesta sekä väestöaineistoihin Venäjän Pietarista, Kanadasta ja Ruotsista. Prosenttiosuukien avulla tarkastelin yleisiä vastausjakaumia, keskiarvot auttoivat hahmottamaan mm. eri riippuvuuksien suhdetta toisiinsa ja ristiintaulukoinnit antoivat informaatiota eri vastaajaryhmissä esiintyvistä näkemyseroista. Yksisuuntainen varianssianalyysi toi puolestaan valoa siihen, ovatko näkemyserot ryhmien sisäisiä vai ryhmien välisiä.

Koska tutkimuksen tavoitteena oli tarkastella vastaajien käsityksiä ja ymmärtää niihin vaikuttavia taustatekijöitä, auttoivat logistinen ja ordinaalinen logistinen regressioanalyysi luomaan kokonaiskuvaa eri taustatekijöiden suhteellisesta vaikutuksesta vastaajien näkemyksiin (Jokivuori & Hietala 2007, 56–77). Toteutin analyysit SPSS (15.01–20.00) – ohjelmien avulla ja kuviot muokkasin Excel-ohjelman avulla. Merkitsevyytason ylärajaksi määritin kaikissa artikkeleissa $p < .05$. En osaa sanoa (EOS) -vastauksia ei otettu mukaan varsinaisia vastausjakaumia koskeviin analyyseihin, vaan niitä tarkasteltiin kussakin artikkelissa erikseen. Varsinaisia puuttuvia tietoja ei korvattu analyyseissä, vaan ne jätettiin pois analyyseistä.

Aineiston alustavien tarkastelujen tuloksena valitsin väitöskirja-artikkeliin seuraavat analyysimenetelmät: Ensimmäisessä (I.) artikkelissa analysoin väestöaineistoa kokonaisuutena ja kiinnitin huomioni sukupuolen ja iän vaikutukseen. Jatkuviin muuttujiin, jotka eivät täyttäneet Kolmogorov-Smirnovin

testin mukaan normaalijakauman ehtoja, sovelsin nonparametrisiä testejä (Mann-Whitneyn U-testiä ja Kruskal-Wallisin H-testiä). Ristiintaulukoinnin yhteydessä käytin Khiin neliö (χ^2) – testiä. Toisessa (II.) artikkelissa käytin keskiarvojen vertailussa yksisuuntaista varianssianalyysiä (ANOVA) ja T-testiä sekä ristiintaulukoinnissa Khiin neliö (χ^2) – testiä. Kolmannessa (III.) artikkelissa analysoin aineistoa prosentiosuuksia tarkastelemalla, tekemällä ristiintaulukointeja ja keskiarvovertailuja sekä tarkastelemalla havaintoja ikä- ja sukupuolivakioituina kovarianssianalyysin avulla. Lisäksi tarkastelin iän ja sukupuolen vaikutusta vastauksiin Kruskal-Wallisn varianssianalyysillä. Koska ammattilais- ja väestöaineistot erosivat tilastollisesti taustamuuttujien osalta, toteutin myös ordinaalisen logistisen regressioanalyysin hoidon lisäarvoa koskevien näkemysten selvittämiseksi. Neljännessä (IV) artikkelissa vertasin suomalaisten ja muiden maiden (Kanadan, Ruotsin ja Venäjän) kansalaisten näkemyksiä alkoholiriippuvuudesta. Kuvailuvien tilastollisten analyysien lisäksi tarkastelin maakohtaisia eroja pareittain Post Hoc- testillä ja riippumattomien muuttujien T-testillä. Lisäksi toteutin logistisen regressioanalyysin kansalaisuuden ja muiden taustamuuttujien vaikutuksen samanaikaiseksi selvittämiseksi.

Ensimmäisen (I) ja kolmannen (III) artikkelin analyysit toteutettiin ilman väestöaineiston painottamista. Toisessa (II) neljännessä (IV) artikkelissa käytin väestöaineistossa painomuuttujaa, jossa sukupuoli ja ikä oli painotettu vastaamaan vastaavaa ikä- ja sukupuolijakaumaa. Käytännössä painomuuttujalla ei kuitenkaan ollut suurta vaikutusta, eikä se muuttanut vastausjakaumaa kahta prosenttiyksikköä enempää. Ikää ja sukupuolta koskevan painomuuttujan ulkopuolelle jäi mahdollisia muita aineistoa vinouttavia tekijöitä, joiden painottaminen oli käytännössä mahdotonta. Koska aihe oli tunteita herättävä, saattoi vastaajien joukossa olla keskimääräistä enemmän sellaisia henkilöitä, jotka olivat oman käyttö- tai elämäkokemuksensa vuoksi erityisen kiinnostuneita aiheesta. Aineistossa saattoi myös olla tavallista enemmän päihdeongelmaisten läheisiä (vrt. Raitasalo 2004).

Kansainvälisten aineistojen painottamisesta vastasivat paikalliset tutkijat, samoin aineistojen luotettavuudesta. Pietarista kerätty aineisto poikkesi muista siinä suhteessa, että sieltä ei saatu vastausprosenttia. Lisäksi aineisto oli kerätty vain kaupungissa asuivilta ja vastaajat olivat korkeasti koulutettuja verrattuna venäläiseen valtaväestöön. Ongelmaa pyrittiin korjaamaan painomuuttujalla.

Päädyin artikkeleissa kuvattuihin analyyseihin ja esitysmuotoihin lukuisten kokeilujen ja tarkastelujen seurauksena tutkimuskirjallisuutta hyödyntäen. Vaikka suuri osa kysymyksistä oli järjestysasteikkollisia muuttujia, päädyin tarkastelemaan niitä yhteiskuntatieteelliselle tutkimukselle luonteenomaisesti myös jatkuvina

muuttujina (Jokivuori & Hietala 2007, 9–13; Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 2002, 84–87). Artikkelissa III toteutin kuitenkin ordinaalisen logistisen regressioanalyysin, joka on kehitetty erityisesti järjestysasteikollisten muuttujien analysoimiseksi. Käytännössä tulokset eivät muuttuneet merkittävästi sen mukaan, käytettiinkö analyysissä lineaarista vai ordinaalista logistista regressioanalyysiä.

5.5 Kirjoittajayhteistyö

Väitöskirjatyöni koostuu neljästä artikkelista, joista ensimmäisen kirjoitin yhteistyössä Anja Koski-Jänneksen kanssa ja toisen artikkelin kirjoitin yksin (kronologisesti viimeinen). Kolmannen kirjoitimme yhteistyössä ammattilaisaineistosta väitöskirjaansa kirjoittavan YTM Marjo Pennosen kanssa. Pennonen vastasi ammattilaisaineiston tiedon keruusta ja tarjosi aineiston käyttööni sekä kommentoi artikkelin käsikirjoitusta. Neljännessä artikkelissa vertasin suomalaisten näkemyksiä alkoholista suhteessa kolmen muun maan väestön näkemyksiin. Kyseinen artikkeli syntyi yhteistyössä kansainvälistä aineistoa analysoineen YTM Kari Holman, Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen erikoistutkija Kirsimarja Raitasalon sekä konsortiohankkeessa mukana olleiden kansainvälisten yhteistyökumppaneiden, professori Jan Blomqvistin (SORAD, Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning, Tukholma, Ruotsi), professori John Cunninghamin (Toronton yliopisto, Kanada) sekä professori Irina Pervovan (Pietarin yliopisto, Venäjä) sekä ohjaajani Anja Koski-Jänneksen kanssa. Raitasalo vastasi hankkeessa mm. kansainvälisten aineistojen yhdistämisestä, Kari Holma osallistui analyysivaiheeseen ja kansainväliset tutkijat kommentoivat valmista artikkeleita vastaten oman maansa aineiston luotettavuudesta. Tein kaikissa näissä artikkeleissa tilastolliset analyysit itse ja toimin ensisijaisena kirjoittajana. Anja Koski-Jännes toimi ohjaajana kaikissa neljässä artikkelissa.

6 Tutkimuksen tulokset

Tässä luvussa esitän aluksi neljän tutkimusartikkelini päätulokset. Toiseksi kuvaan tulokset riippuvuuskohtaisesti. Kolmanneksi tarkastelen eri riippuvuusmielikuvien suhdetta toisiinsa ja peilaan tuloksia yhteiskunnassa tutkimushetkellä vallinneisiin oloihin. Neljänneksi kuvaan, millaisia variaatioita vastaajien taustatekijät sukupuoli, ikä, oma riippuvuuskokemus sekä päihdetyön ammattilaisuus ja kansalaisuus tuottivat riippuvuuksia koskeviin mielikuviiin. Viidenneksi tulkitsen tuloksia teoreettisen viitekehukseen valossa. Lopuksi arvioin tutkimuksen kokonaisuutta.

6.1 Tutkimusartikkelit

6.1.1 Artikkelit I. Suomalaisen käsityksiä riippuvuuksista

Ensimmäisessä artikkelissani (Hirschovits-Gerz & Koski-Jännes 2010) käsittelin suomalaisten käsityksiä kahdeksasta eri riippuvuudesta ja analysoin sukupuolen, iän ja yhteiskunnallisen todellisuuden vaikutuksia riippuvuuksia koskeviin mielikuviiin. Riippuvuuksien vakavuutta kuvaaviksi muuttujiksi valitsin riippuvuusriskiä, toipumisen mahdollisuutta (hoidolla ja ilman) sekä yhteiskunnallisen ongelman vakavuutta koskevat kysymykset. Eri riippuvuudet sijoituivat ihmisten näkemyksissä eri tavoin vaarallisiksi. Kovia huumeita pidettiin yksilön kannalta riippuvuusriskin tuottavista aineista ja toiminnoista vaarallisimpina, vaikeimmin itse voitettavina ja yhteiskunnallisesti likimain yhtä uhkaavina kuin alkoholiongelmia. Toiminnalliset riippuvuudet määritettiin kaikilla mittareilla aineriippuvuuksia vähemmän haitallisiksi riippuvuuden muodoiksi. Alkoholit arvioitiin yksilölle vähemmän haitalliseksi riippuvuudeksi kuin lääke- tai huumeriippuvuudet. Vaikka tupakan addiktiopotentiaalia pidettiin suurena, yli puolet tupakkariippuvuuden kokeneista vastaajista oli päässyt irti tupakasta eikä hoidon uskottu auttavan toipumisessa. Tupakointia ei myöskään pidetty merkittävänä yhteiskunnallisena ongelmana, vaikka tupakasta johtuva kuolleisuus on maassamme kaikista päihteistä suurinta.

Artikkelissa tarkasteltiin myös kansalaisten näkemyksiä riippuvuudesta toipumisen mahdollisuudesta ilman hoitoa ja hoidon avulla. Mielenkiintoinen havainto oli, että vaikka ilman hoitoa toipumista koskevat näkemykset vaihtelivat merkittävästi, tasasi hoito vastaajien mielikuvissa irti pääsyn mahdollisuuksia. Toisaalta tämä viittaisi siihen, että hoidolle asetettiin vahvoja odotuksia auttaa irti erityisesti vaikeammista päihderiippuvuuden muodoista. Internet- ja tupakkariippuvuudesta toipumiseen hoidolla ei taas uskottu olevan lainkaan apua. Mielenkiintoista oli myös, että riippuvuusriskiä koskevat vastaukset asettuivat käänteiseen järjestykseen omin avuin toipumisen mahdollisuuksiin nähden, lukuun ottamatta tupakkariippuvuutta. Ne riippuvuudet, joissa uskottiin olevan suuri riippuvuusriski ainetta kokeiltaessa, arvioitiin vaikeasti omin avuin voitettaviksi. Tupakkariippuvuuden suhteen sekä riippuvuuspotentiaali että omin avuin toipumisen mahdollisuus arvioitiin suureksi. Riippuvuuksia tarkasteltiin myös suhteessa muihin yhteiskunnallisiin ongelmiin. Väkipalva, alkoholi- ja huumeongelmat (kovat huumeet) arvioitiin yhteiskunnallisesti vaikeimmiksi ongelmiksi, kun taas kannabisiippuvuus asettui kahdeksanneksi ja tupakointi, lääkeriippuvuus sekä rahapeliriippuvuus asettuivat viiden vähiten vaikean yhteiskunnallisen ongelman joukkoon kaikkiaan viidestätoista ongelmasta. Artikkelin I lopussa esittelen ensimmäisen näkemykseni eri riippuvuuksien suhteesta toisiinsa. Riippuvuusmielikuvien variaatiota tarkastelin analysoimalla sukupuolen ja iän vaikutuksia vastaamiseen. Niitä koskevat tulokset on esitetty mielikuvien variaatiota tarkastelevassa luvussa.

6.1.2 Artikkelii II. Suomalaisten mielikuvat riippuvuuksista toipumisen esteistä

Toisessa artikkelissani (Hirschovits-Gerz 2013) tarkastelin suomalaisten näkemyksiä siitä, kuinka suurina he pitivät eri riippuvuuksista toipumisen esteitä. Koko aineistoa koskevan tarkastelun lisäksi selvitin vastaajien oman riippuvuuskokemuksen sekä riskikulutuksen vaikutuksia näkemyksiin. Huumeita, lääkkeitä ja tupakkaa pidettiin aineina suurimpina toipumisen esteinä kyseisissä riippuvuuksissa. Alkoholi-, internet- ja rahapeliriippuvuuden osalta yksilö arvioitiin itsessään suurimmaksi toipumisen esteeksi. Elinympäristön ja vaikeiden elinolojen vaikutus vaihteli riippuvuuksittain. Toisten ennakkoluulot arvioitiin pienimmäksi esteeksi toipumiselle kaikissa eri riippuvuuden muodoissa ja suurimmaksi ne arvioitiin huumeriippuvuuden suhteen. Tulos heijasti hyvin huumeiden käyttäjien

nykyistä yhteiskunnallista asemaa: käyttö on rikollista ja mielikuvat riippuvaisista kietoutuvat vahvasti alakulttuureihin ja syrjäytymiseen. Kokonaisuutena yksilöllisiä ominaisuuksia ja ainetta tai toimintoa pidettiin suurempina esteinä kuin sosio-kontekstuaalisia esteitä. Tämä kertoo yksilökeskeisestä kulttuuristamme ja ympäristön ja sosiaalisten suhteiden merkityksen jonkin asteisesta vähättelystä. Alkoholia koskevat näkemykset poikkesivat muista riippuvuuksista siten, että alkoholiriippuvuudesta toipumisen esteet arvioitiin muita riippuvuuksia monimuotoisemmin: yksilön, vaikeiden elinolojen ja aineen ominaisuudet arvioitiin jokseenkin samansuuruisiksi esteiksi toipumiselle.

Toimija-tarkkailija vinoumaa (Jones & Nisbet 1971; Augustinos, Walker & Donaghue 2006) koskeva hypoteesi tarjosi aineksia tulosten tulkinnalle. Vinouman mukaan muiden ongelmallista käytöstä arvioidaan enemmän heidän persoonallisilla ominaisuuksillaan, kun taas omaa ongelmallista käytöstä selitetään mielellään ulkoisilla olosuhteilla ja tilannetekijöillä (Jones & Nisbet 1971; Malle 2006). Teorian pohjalta oletin, että henkilökohtaisia ominaisuuksia pidetään suurempana esteenä muutokselle kuin ympäristötekijöitä (Jones & Nisbet 1971). Tämä oletus osoittautui oikeaksi. Ihmisillä oletettiin olevan persoonallisia ominaisuuksia, jotka ylläpitävät riippuvuuskäyttäytymistä. Vaikka yksilön ominaisuuksia pidettiin eri riippuvuuksissa yllättävän samansuuruisina toipumisen esteinä, arvioitiin ne suurimmiksi huume- ja alkoholiriippuvuudesta ja pienimmäksi tupakkariippuvuudesta vapautumisen esteiksi. Tulosta voi selittää sillä, että omakohtainen tupakkariippuvuus oli tuttua noin puolella vastaajista, eivätkä tupakoitsijat halunneet leimata itseään ”tupakkariippuvuuspersooniksi”. Alkoholin suhteen toipumisen esteet arvioitiin monimuotoisesti. Alkoholistien henkilökohtaisten ominaisuuksien ohella yhtä suurina toipumisen esteinä pidettiin huonoja elinoloja. Suurin osa (lähes 90 %) vastaajista kertoi itse käyttävänsä alkoholia kohtuudella, joten itse ainetta ei mielletty kovin suureksi toipumista estäväksi tekijäksi. Tässä artikkelissa tarkasteltiin myös vastaajien oman riippuvuuskokemuksen vaikutusta näkemyksiin toipumisen esteistä. Tämän ryhmän vastaukset eivät vastoin odotuksia kuitenkaan juuri eronneet muista. Oman riippuvuuskokemuksen vaikutuksia tarkastelen mielikuvien variaatiota käsittelevässä luvussa.

6.1.3 Artikkelii III. Ammattilaisten ja kansalaisten mielikuvat omaehtoisesta toipumisesta ja hoidon tuottamasta lisäarvosta eri riippuvuuksista toivuttaessa

Kolmannessa artikkelissa (Hirschovits-Gerz & Pennonen 2012) vertasin väestön ja ammattilaisten näkemyksiä eri riippuvuuksista toipumisen mahdollisuuksista omin avuin ja hoidon avulla. Vertasin myös väestön ja ammattilaisten näkemyksiä toisiinsa suhteessa hoidon tuottamaan lisäarvoon eri riippuvuuksista irtauduttaessa ordinaalisella logistisella regressioanalyysillä. Hoidon lisäarvon tarkastelu auttoi ymmärtämään omaehtoisesta ja hoidon avulla toipumisen eroa. Niissä riippuvuuksissa, joihin on tarjolla hoitoa, myös hoidon lisäarvo arvioitiin suureksi, kun taas esimerkiksi tupakoinnin ja toiminnallisten riippuvuuksien suhteen hoidon lisäarvo jäi pieneksi. Tämän artikkelin tuloksia tarkastelen mielikuvien variaatiota koskevassa luvussa.

6.1.4 Artikkelii IV. Eroavatko suomalaisten alkoholiriippuvuusmielikuvat ruotsalaisten, kanadalaisten ja venäläisten mielikuvista?

Neljännessä artikkelissa (Hirschovits-Gerz ym. 2011) tutkin, onko kulttuurilla vaikutusta alkoholia koskeviin mielikuviin. Vertasin suomalaisten näkemyksiä alkoholista ruotsalaisten, venäläisten ja kanadalaisten näkemyksiin. Väestötason lisäksi tarkastelin sosiodemografisten taustatekijöiden vaikutusta vastauksiin logistisen regressioanalyysin avulla. Suomalaisten suhtautuminen alkoholiin osoittautui ristiriitaiseksi. Yhtäältä he pitivät alkoholiongelmia muiden maiden kansalaisia suurempana yhteiskunnallisena ongelmana suhteessa muihin yhteiskunnallisiin ongelmiin ja keskisuurena riippuvuusriskinä yksilölle. Toisaalta he uskoivat muiden maiden edustajia enemmän ihmisen omaan kykyyn päästä eroon riippuvuudestaan. Ero säilyi, vaikka analyysiin otettiin kansalaisuuden lisäksi mukaan myös muita taustamuuttujia. Myös tämän artikkelin tuloksia tarkastelen enemmän mielikuvien variaatiota käsittelevässä luvussa.

6.2 Mielikuvien vaihtelu riippuvuuksittain

Tässä luvussa tarkastelen riippuvuusmielikuvia yksittäisinä riippuvuuden muotoina. Kuvaan tulokset luettelomaisesti kaikkien riippuvien muuttujien (taulukko 4): riippuvuusriskin, riippuvuuksista toipumisen mahdollisuuksien, toipumista estävien tekijöiden, vastuukysymysten sekä yhteiskunnallisen vakavuuden näkökulmista. Lisäksi suhteutan tulokset kunkin aineen tai toiminnon yhteiskunnalliseen asemaan tutkimushetkellä ja peilaan tuloksia esittämiini oletuksiin. Väitöskirjan artikkeleistani käytän lyhenteitä I-IV.

Huumeet (poislukien kannabis) arvioitiin yksilön kannalta vakavimman laatuiseksi riippuvuutta tuottaviksi aineiksi (I, II, III). Opiattien kokeiluun liittyvä riippuvuusriski arvioitiin suurimmaksi, amfetamiinien toiseksi suurimmaksi ja kannabiksen näitä pienemmäksi. Omin avuin toipumisen mahdollisuutta pidettiin muihin riippuvuuksiin nähden pienimpänä (I, III) ja huumeita itsessään suurimpina toipumisen esteinä (II). Ihmisen henkilökohtaisia ominaisuuksia pidettiin myös suurempana esteenä huumeista toipumiselle verrattuna muista riippuvuuksista toipumiseen (II). Huumeriippuvuudesta toipuminen katsottiin vaikeaksi myös yhteiskunnallisesta perspektiivistä tarkasteltuna: toisten ennakkoluulot ja ympäristötekijät arvioitiin suuremmiksi toipumisen esteiksi kuin muissa riippuvuuksissa (II). Huumeongelmat (ei kannabis) arvioitiin kolmanneksi vakavimmiksi yhteiskunnalliseksi ongelmaksi 15 ongelman joukosta heti rikollisuuden ja alkoholiongelmien jälkeen (I).

Kannabis erosi muista huumeista siten, että se arvioitiin muita huumeita hieman lievemmäksi ongelmaksi riippuvuusriskin näkökulmasta (I). Myös omaehtoinen toipuminen arvioitiin muihin huumeisiin verrattuna helpommaksi (I, III) ja toipumista estävät tekijät hieman pienemmiksi kuin muissa riippuvuuksissa lukuun ottamatta yleisiä ympäristötekijöitä, joiden arvioitiin vaikeuttavan toipumista yhtä paljon kuin muissa huumeriippuvuuksissa (II). Kannabis arvioitiin myös yhteiskunnallisesti vasta kahdeksanneksi suurimmaksi ongelmaksi (I).

Tutkimushetkellä 2007 huumeet olivat jo ehtineet jonkin verran normalisoitua yhdeksi uhaksi tai ongelmaksi muiden yhteiskunnallisten ongelmien joukossa. Huumeongelma oli otettu yhteiskunnallisesti haltuun kehittämällä hoitoa osin alkoholiongelmaisten hoidon rinnalla ja osittain sen kustannuksella. Tämä yhteiskunnallinen kehitys on ollut nähtävissä tämän tutkimuksen lisäksi myös

muissa suomalaistutkimuksissa: niiden suomalaisten osuus, jotka pitävät huumeita vähäisenä ongelmana on hieman lisääntynyt. Kannabiksen, ekstaasin ja amfetamiinin kokeilua vähäisenä riskinä pitävien osuus on kasvanut 2000-luvulla. (Metso ym. 2012, 25–33.) Kaiken kaikkiaan koviin huumeisiin suhtaudutaan jyrkästi, mikä osoittaa kontrollipolitiikan, median ja huumeiden käyttökulttuurin tuomaa yhtenäistä, hegemonista mielikuvaa huumeriippuvuudesta. Kannabikseen suhtauduttiin hieman kevyemmin, mikä kertoo myös mediassa jo vuosia käydystä laillistamiskeskustelusta, mutta myös 2000-luvulla tapahtuneesta kannabiksen kokeilukäytön yleistymisestä ilman esimerkiksi kuolleisuuden tai muiden dramaattisten haittojen kasvua (vrt. heroïiniaalto 1990-luvun lopulla Suomessa). Kuten oletin, huumeita pidettiin yksilön kannalta vakavimpina riippuvuuden muotoina. Yhteiskunnallisina ongelmina kovia huumeita pidettiin alkoholi-ongelmien kanssa liki samansuuruisina ja kannabista niitä kevyempänä riippuvuuden muotona. (Natunen ym. 2006; Hakkarainen & Metso 2007; Rönkä & Virtanen 2007; Piispa ym. 2008, 16–18.)

Lääkkeet arvioitiin aineina riippuvuuspotentiaaliltaan kolmanneksi suurimmaksi huumeiden ja tupakan jälkeen (I). Lääkkeitä itsessään pidettiin kolmanneksi suurimpana toipumista estävänä tekijänä heti kovien huumeiden ja kannabiksen jälkeen (II). Myös lääkeriippuvuudesta toipuminen omin avuin arvioitiin vaikeaksi (I, III). Lääkkeitä ei kuitenkaan arvioitu kovin vakavaksi yhteiskunnalliseksi ongelmaksi (I) eikä erilaisia ympäristötekijöitä pidetty kovin suurina esteinä ihmisen pyrkiessä eroon lääkeriippuvuudestaan (II).

Läakeriippuvuudet olivat tässä ainoa riippuvuuden muoto, josta ei 2000-luvulla ole ilmaistu kovinkaan suurta julkista huolta valtamediassa (vrt. Karjalainen & Hakkarainen 2013). Lääkkeitä koskevat käsitykset osoittautuivat kuitenkin erityisen mielenkiintoiseksi sosiaalisten representaatioiden teorian näkökulmasta. Päihdyttävät lääkkeet arvioitiin tässä tutkimuksessa aineina merkittävästi pienemmiksi toipumisen esteiksi verrattuna koviin huumeisiin, vaikka bentsodiatsepiiniriippuvuuden hoito on osoittautunut suureksi haasteeksi esimerkiksi sekakäyttäjillä (mm. Holopainen 1990). Yksi selitys ongelman ”vähättelylle” on lääkkeiden maine hyvinvoinnin edistäjinä. Kulttuurisesti tarkasteltuna lääkkeillä on yhteiskunnassa positiivinen asema, jonka keskeisinä hallitsijoina ja säätelijöinä toimivat lääkärit. Viimeaikainen lääketieteen ja psykofarmakologian markkinaehtoistuminen ei ole ainakaan heikentänyt tätä suuntausta (vrt. Helén 2011). Kuten oletin, lääkeongelmia pidettiin vähemmän vaikeina yhteiskunnallisena ongelmana ja lääkkeitä pidettiin myös

riippuvuusriskiltään esimerkiksi huumeita ja tupakkaa vaarattomampina. Toipumisen esteiden tarkastelu osoitti, että lääkeongelmia ei liitetty juurikaan huonoihin elinoloihin ja vielä vähemmän ympäristötekijöihin. Esteenä nähtiin itse aine tai käyttäjän henkilökohtaiset ominaisuudet.

Lääkkeitä ja huumeita koskevia yhteiskunnallinen asenneilmasto on siis verraten erilainen huolimatta siitä, että lainsäädännöllisesti osa lääkkeistä määritellään huumausaineiksi ja ne ovat farmakologisesti samaa ainetta kuin katukaupassa olevat aineet (esim. buprenorfiini). Katuhuumeiden ja pkv-lääkkeiden kenttä elää myös jatkuvasti niin yhteiskunnallisen määrittelyn, aseman ja siten niitä koskevien mielikuvien osalta. Esimerkiksi morfiiniriippuvuutta hoidettiin 1920-luvulla heroïnilla (Ylikangas 2009; 2012), heroïniriippuvuutta sittemmin metadonilla ja 1990-luvulta lähtien buprenorfiinilla. Buprenorfiiniriippuvuudesta on puolestaan muodostunut 2000-luvulla opiaattiriippuvuuden muoto. Mielikuvaan riippuvuudesta näyttää vaikuttavan yhteiskunnallisen aseman myötä mm. se, kuka ainetta tai toimintoa tarjoaa (esim. lääkäri, ”katukauppa”, elintarvikeliike vai yritys), missä muodossa sitä on tarjolla (puhtaana aineena, suun kautta, piikittäen tai purukumina vrt. toiminnallisissa riippuvuuksissa netti tai ruokakaupan peliautomaatti) ja miten sen hoito- ja palvelu- sekä kontrollijärjestelmät ovat kehittyneet. On vaikea arvioida kaikkia muutosten syy-seuraussuhteita, mutta lääketieteellisen tutkimustiedon lisäksi mielikuviiin vaikuttavat myös kansalaisten ”katunäkymä” ja siitä kumpuava keskustelu mm. sosiaalisessa mediassa. Esimerkiksi buprenorfiinin ja pregabaliinin riippuvuuspotentiaalia on lääketieteessä jossain määrin vähätelty verrattuna kyseisistä aineista ongelmakäytännössä koituneisiin haittavaikutuksiin (vrt. Joukanen 2011).

Alkoholiin suhtautuminen erosi monella tapaa muista riippuvuuksista. Alkoholiriippuvuuden riskiä pidettiin keskisuurena alkoholia kokeiltaessa (I, IV) ja omaehtoinen toipuminen alkoholiriippuvuudesta arvioitiin hieman helpommaksi kuin esimerkiksi lääkeriippuvuudesta toipuminen (I, III). Yksilöä itseään pidettiin kuitenkin suurena toipumista estävänä tekijänä silloin, kun ihminen yrittää päästä eroon riippuvuudestaan. Sen sijaan itse alkoholin toipumista estävää vaikutusta pidettiin selvästi pienempänä kuin esimerkiksi tupakan tai lääkkeiden vastaavia vaikutuksia kyseisissä riippuvuuksissa (II). Alkoholiongelmat arvioitiin suurimmiksi yhteiskunnallisiksi ongelmiksi 15 erilaisen ongelman joukossa (I, IV) ja sosio-kontekstuaaliset esteet alkoholiongelmissa toipumiselle arvioitiin lähes samansuuruisiksi kuin huumeilla (II). Vaikeita elinoloja pidettiin suurempana toipumisen esteenä kuin missään muussa riippuvuuden muodossa (II).

Tulokset heijastavat alkoholin yhteiskunnallista asemaa tutkimushetkellä. Alkoholinkulutuksen hurjaan kasvuun oli herätty ja suomalainen alkoholikysymys oli otettu vahvasti yhteiskunnalliseen käsittelyyn. Maassamme oli käynnissä myös ensimmäinen valtakunnallinen Alkoholiohjelma (2004) ja kansalaisten asenteet alkoholia kohtaan olivat hieman tiukentuneet. Kehitys näkyi myös asenteita koskevissa tutkimuksissa: alkoholin humalajuomista vähintään kerran viikossa vähäisenä riskinä pitävien osuus oli laskenut. Niiden osuus, jotka uskoivat alkoholista koituvan yhteiskunnalle huumeita enemmän ongelmia, oli myös lisääntynyt siten, että vuonna 2002 (toinen huumeaalto pahimmillaan) oli eniten niitä, jotka pitivät huumeita alkoholia suurempana yhteiskunnallisena ongelmana. Sitä ennen ja sen jälkeen alkoholia on pidetty suurempana tai vähintään yhtä suurena ongelmana kuin huumeet. (Peltovuoma ym. 2006; Hakkarainen & Metso 2007; Härkönen & Österberg 2010; Metso ym. 2012). Alkoholia koskevat käsitykset toimivat esimerkkinä siitä, miten suomalaisten melko yhtenäinen eli hegemoninen alkoholia koskeva sosiaalinen representaatio voi sisältää itsessään ristiriitaisuuksia. Toisaalta suomalaiset ovat tiedostaneet alkoholin vakavuuden yhteiskunnallisena ongelmana, mutta siitä huolimatta se halutaan pitää osana suomalaista arki- ja juhla-kulttuuria mm. uskomalla sen vähäiseen riippuvuuspotentialiin ja sen käytön hallittavuuteen.

Tupakkariippuvuuden riski ainetta kokeiltaessa arvioitiin heti huumeiden jälkeen suurimmaksi verrattuna muihin aineisiin tai toimintoihin (I). Tupakkariippuvuudesta omin avuin irtautuminen arvioitiin kuitenkin helpommaksi kuin muista riippuvuuksista toipuminen ja yhtä helpoksi kuin internetriippuvuudesta eroon pääsy (I, III). Itse tupakkaa pidettiin suurimpana esteenä verrattuna neljään muuhun toipumisen esteeseen ja toiseksi suurimmaksi esteeksi arvioitiin tupakoitsija henkilönä. Yleisten ympäristötekijöiden arveltiin estävän hieman enemmän nikotiiniriippuvuudesta kuin lääkeriippuvuudesta toipumista (II). Tupakointi arvioitiin myös kohtuullisen pieneksi yhteiskunnalliseksi ongelmaksi huolimatta tupakan aiheuttamista suurista kansanterveydellisistä kustannuksista (I).

Suhtautuminen tupakointiin oli alkoholin tavoin muuttunut tiukemmaksi ja tupakkalainsäädäntöä oltiin kiristämässä tutkimusajankohtana. ”Sosiaalinen tilaus” tupakan, mutta myös alkoholin saatavuuden rajoittamiseen oli vahvistumassa, mikä näkyi tutkimustuloksissa. Tupakan osalta asenteet olivat linjassa yhteiskunnallisen kehityksen kanssa ja olivat selvästi tiukentuneet vuodesta 1996 siten, että tupakan polttamista (aski tai enemmän päivässä) on alettu pitää yhä suurempana riskinä.

(Metso ym. 2012.) Tupakointia koskevien mielikuvien muutosagentteina ovat toimineet pääasiassa terveystieteilijät, jotka ovat tehokkaasti suodattaneet tutkimustietoa maallikoille terveyskäyttäytymisen muuttamiseksi. Kuten oletin, tupakka miellettiin riippuvuutta aiheuttavaksi aineeksi, mutta yhteiskunnallisesti keskikokoiseksi uhkaksi, sillä tupakkaan ei liity laittomuuden ja väkivallan pelkoa, kuten esimerkiksi huumeisiin (vrt. Piispa 1997).

Toiminnalliset riippuvuudet arvioitiin kaikista kevyimmiksi riippuvuuden muodoiksi. Rahapeli­riippuvuuden riski arvioitiin toiseksi pienimmäksi ja internetriippuvuuden riski kaikista pienimmäksi toimintoja kokeiltaessa verrattuna muihin riippuvuuksiin (I). Omaehtoinen toipuminen rahapeli­riippuvuudesta arvioitiin lähes yhtä helpoksi kuin internetriippuvuudesta irtautuminen (I, III) ja rahapelaaminen itsessään arvioitiin kaikista pienimmäksi toipumisen esteeksi verrattuna kaikkiin muihin tutkittuihin riippuvuuksiin (II). Rahapelaajien henkilökohtaisten ominaisuuksien arveltiin estävän eniten tästä riippuvuudesta vapautumista. Sen sijaan kaikki sosio­kontekstuaaliset tekijät arvioitiin yhtä vähäisiksi kuin internetriippuvuudessa ja siten pienemmiksi kuin muissa riippuvuuksissa (II). Rahapeli­ongelmat arvioitiin myös muita riippuvuuksia vähäisemmäksi yhteiskunnallisiksi ongelmiksi (I).

Hallitsematon rahapelaaminen oli aineiston keruuvaiheessa osin poliittisista syistä nostettu esiin uutena yhteiskunnallisena ongelmana (Tammi 2008; 2012). Mediakeskustelu rahapelaamisesta oli kuitenkin tutkimushetken aikoihin vasta käynnistymässä. Liiallisesta netin käytöstä oli puhuttu julkisuudessa kytkien se lähinnä nuorten valistukseen ja lieveilmiöihin kuten nettipornoon. Kuten oletin, toiminnallisia riippuvuuksia pidettiin sekä yksilön että yhteiskunnan kannalta kevyimpinä riippuvuuden muotoina.

6.3 Riippuvuudet suhteessa toisiinsa

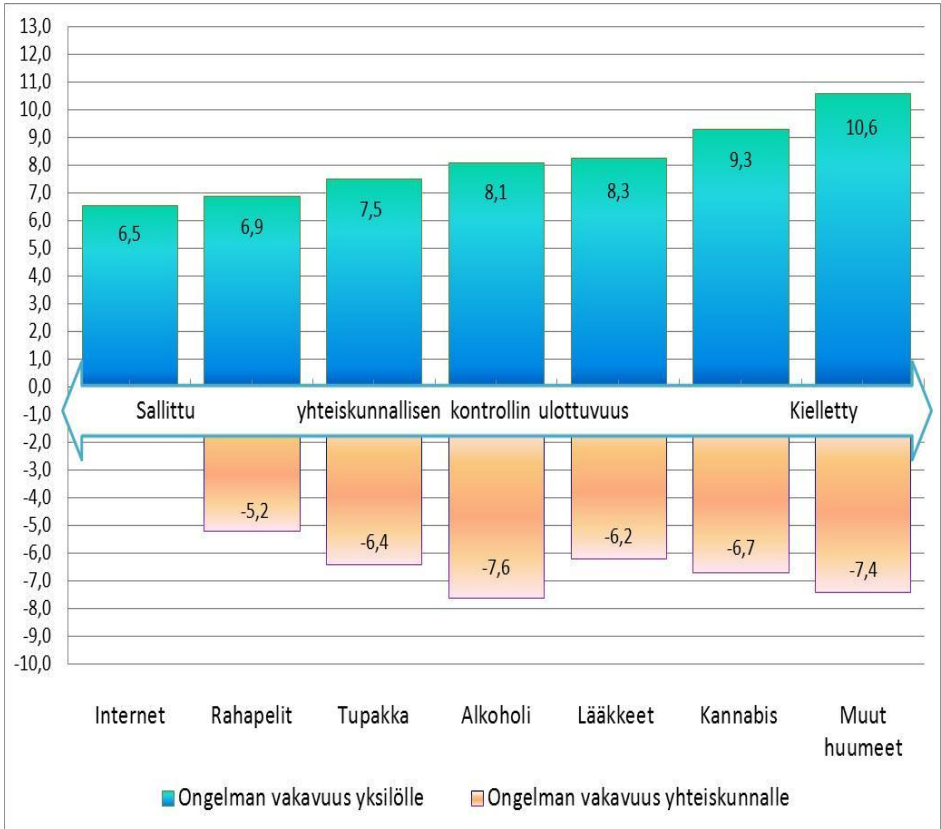
Seuraavassa tarkastelen tutkimuksen kohteena olevien kahdeksan eri riippuvuuden suhdetta toisiinsa suomalaisella väestöaineistolla.

Kuviossa 1. pystyakseli kuvastaa väestön näkemyksiä eri riippuvuuksien ongelmallisuudesta yksilölle ja yhteiskunnalle. Keskiviivasta ylöspäin riippuvuuksia tarkastellaan *yksilön ongelmina* ja keskiviivasta alaspäin *yhteiskunnallisina ongelmina*. Arvioitu ongelmallisuus yksilölle muodostuu summamuuttujasta, joka on rakennettu kysymyksistä: 1) riski tulla riippuvaiseksi ainetta tai toimintoa kokeiltaessa, 2) riippuvuudesta eroon pääsyn vaikeus ilman hoitoa (käännetty

asteikko) ja summamuuttujasta, joka rakennettiin toipumisen esteistä (3A, 3B, 3C, 3D, 3E). Muuttajat ja niiden asteikot on kuvattu taulukossa 4. Yksilön ongelmaa kuvaavan muuttujan arvot vaihtelivat välillä 3= ”ei lainkaan vakava” ja -13 ”erittäin vakava ongelma”. Yhteiskunnallisten ongelmien vakavuutta mitattiin tässä tutkimuksessa ainoastaan yhdellä kysymyksellä ja muuttuja sai arvoja 1= ”ei lainkaan vakava” ja -10 ”erittäin vakava yhteiskunnallinen ongelma” (kysymys 6 taulukossa 4). Internet ei sisällynyt lainkaan yhteiskunnallisia ongelmia käsittelevään kysymyspattertiin, joten sitä koskeva kuvaaja on jätetty tyhjäksi. ”Muut huumeet” vastaavat kuviossa lähinnä amfetamiinia ja opiaatteja.

Tulokset heijastavat ajalle ominaista yhteiskunnallista ilmapiiriä ja kansalaisten näkemysten suhdetta kontrollipolitiikkaan (vaaka-akseli). Huumeet (opiaatit ja amfetamiini) olivat kaikilla yksilöön liittyvillä mittareilla ongelmallisimpia riippuvuuden muotoja. Toinen sija taas oli mielenkiintoinen, sillä eri tarkastelunäkökulmat tuottivat vaihtoehtoisia tuloksia alkoholin, lääkkeiden ja kannabistuotteiden keskinäisistä suhteista. Kannabista pidettiin alkoholia ja lääkkeitä vakavampana ongelmana yksilölle, kun taas alkoholia pidettiin kannabista ja lääkkeitä vaikeampana yhteiskunnallisena ongelmana. Lääkkeet arvioitiin yksilölle vakavammaksi ongelmaksi kuin alkoholi, mutta pienemmäksi yhteiskunnalliseksi ongelmaksi kuin alkoholi ja kannabis. Tupakasta aiheutuva huoli yhteiskunnalle oli lääkkeitä koskevaa huolta hieman suurempi. Toiminnallisia riippuvuuksia pidettiin vähiten ongelmallisina.

Eri riippuvuuden muodot arvioitiin siten hieman eri tavoin vaaralliseksi tai vakavaksi ongelmaksi niin yksilölle kuin yhteiskunnallekin. Toiminnalliset riippuvuudet miellettiin riippuvuusriskiltään pieniksi, helposti itse voitettaviksi riippuvuuksiksi, toipumisen esteiltä pieniksi ja yhteiskunnallisesti vähäisiksi ongelmiksi, kun taas huumeriippuvuudet riippuvuusriskiltään suuriksi, vaikeasti itse voitettaviksi, toipumisen esteiltä suuriksi ja vakaviksi yhteiskunnallisiksi ongelmiksi. Lääke- ja tupakkariippuvuudet asettuivat riippuvuusriskin, toipumisen esteiden, toipumismahdollisuuksien ja ongelman yhteiskunnallisen vakavuuden osalta edellä mainittujen riippuvuuksien välimaastoon. Alkoholi arvioitiin yksilölle vähemmän vaikeaksi, mutta yhteiskunnallisesti huumeita vakavammaksi ongelmaksi.



Kuvio 1. Riippuvuuksien vakavuus yksilön ja yhteiskunnan (pystyakseli) sekä yhteiskunnallisen kontrollin (vaaka-akseli) ulottuvuuksina (n=527–710)

Tulokset olivat pääosin linjassa muiden 2000-luvun puolivälissä tehtyjen suomalaistutkimusten kanssa. Mielikuvat eri riippuvuuksien vaarallisuudesta yksilölle olivat hyvin linjassa myös maassamme harjoitetun kontrollipolitiikan kanssa. Eri riippuvuutta tuottavista aineista ja toiminnoista koettu yhteiskunnallinen uhka sen sijaan poikkesi jonkun verran harjoitetusta ”pahepolitiikasta” (Tammi 2012, 67).

Vertasin tuloksia kansainvälisiin tutkimuksiin eri riippuvuuksien vakavuudesta. Esimerkiksi Nutt, King ja Phillips (2010) tutkivat eri pähteiden vaarallisuutta MCDA-analyyseillä⁴² Englannissa. Asiantuntija-arvioiden perusteella heroïini, crack, kokaiini ja metamfetamiini olivat kaikista vaarallisimpia aineita yksilölle, kun taas alkoholia, heroïinia, crackia ja kokaiinia pidettiin haitallisimpina aineina ympäristölle. Yhteispisteissä alkoholia pidettiin vaarallisimpana aineena, toiseksi eniten haittapisteitä sai heroïini ja kolmanneksi crack ja kokaiini (emt. 2010).

Hollannissa toteutetussa tutkimuksessa taas 19 asiantuntijaa arvioivat 17 päihteen haitallisuutta akuutin ja kroonisen myrkyllisyyden, addiktiivisuuden ja sosiaalisten haittojen näkökulmista. Yhteispisteissä neljä haitallisinta ainetta olivat haitallisuusjärjestyksessä kokaiini, heroïini, tupakka ja alkoholi. Rauhoittavat lääkkeet olivat sijalla 10 ja kannabis sijalla 12. (van Amsterdam, V., Opperhuizen, A. & Koeter, A. 2010.)

Suomalaisten käsitykset kävivät enimmäkseen yksin myös näiden kansainvälisten asiantuntija-arvioiden kanssa. Kannabista pidettiin kuitenkin meillä vaarallisempina kuin yllä mainitussa asiantuntija-arviossa, vaikka Suomessakin on keskusteltu esimerkiksi kannabiksen ja alkoholin haittavaikutusten eroista. Esim. Saarnio (2000) vertasi aineita toisiinsa niiden aiheuttamien myrkytysten, kuolleisuuden, somaattisen sairastavuuden, riippuvuuden, kognitiivisten ja muiden mielenterveyshäiriöiden sekä psykoosin, raskausvaikutusten ja väkivallan osalta. Saarnio tuli siihen tulokseen, että alkoholi on kannabista vaarallisempi (emt.).

Päihdeongelmia on verrattu myös muihin sairauksiin sekä itsessään terveyttä uhkaavina tekijöinä että kroonisten sairauksien aiheuttajina. Esimerkiksi WHO:ssa selvitettiin niin sanottujen tarttumattomien kansantautien (non-communicable diseases, NCD) vaikutuksia ja vaarallisuutta kansanterveyteen. Tupakointi ja liiallinen alkoholin kulutus arvioitiin tutkimuksessa kaikista merkittävimpien kansanterveyttä uhkaavien tekijöiden joukkoon. Muita uhkia olivat muun muassa krooniset sairaudet kuten syövät sekä sydän-, verisuoni- ja hengityselinsairaudet. Tutkimuksessa esitettiin myös keinoja vähentää uhkia muun muassa rajoituksin,

⁴² Multicriteria decision analysis

valistus- ja hoitointerventioin sekä poliittisin toimenpitein. (WHO: Global status report on noncommunicable diseases 2010.)

Mielikuvat näyttävät olevan selvästi kytköksissä vallitseviin olosuhteisiin ja ajan henkeen, sillä 1990- ja 2000-luvulla tehdyissä riippuvuuskäsityksiä koskevissa tutkimuksissa vakavuusjärjestys oli samansuuntainen kuin tässä tutkimuksessa (Griffiths ym. 1993; Klingemann H. 2003; Blomqvist 2009; 2012). Näkemykset poikkesivat kuitenkin esimerkiksi Brun-Gulbrandsen & Bergersen (1970) neljäkymmentä vuotta sitten Norjassa tehdystä kyselystä (Christie & Bruun 1986) siten, että siinä kannabista pidettiin vaarallisempana kuin morfiinia. Onkin huomioitava, että aineita koskeva tieto lisääntyy, muuttuu ja suodattuu kansalaisten arkiarjatteluun ja siten myös mielikuvat, sosiaaliset representaatiot asioista muuttuvat ajan myötä. Suomalaisten mielikuvat alkoholin ja huumeiden osalta kävivät pääpiirteissään yksiin useiden asiantuntija-arvioiden kanssa, mikä viittaa siihen, että aihetta koskeva yhteiskunnallinen keskustelu on ollut monipuolista ja asiallista. Kaiken kaikkiaan erilaisten aineiden ja toimintojen asettaminen vakavuusjärjestykseen on vaikeaa ja edellyttää kriteereiden luomista siitä, mitä vakavuudella tarkoitetaan ja kenelle. Esimerkiksi aineen saatavuus itsessään vaikuttaa siihen, kuinka moni ylipäättään on vaarassa altistua kyseiselle aineelle yhteiskunnassa.

6.4 Mielikuvien variaatiota selittävät taustamuuttajat

Seuraavassa tarkastelen mielikuvien variaatiota keskeisten taustatekijöiden, riippumattomien muuttujien avulla. Tässä tutkimuksessa taustatekijät on jaoteltu yksilötasoon, joita ovat sukupuoli, ikä ja henkilökohtaiset kokemukset riippuvuudesta. Institutionaalista tasoa kuvaa päihdetyön ammattilaisuus ja kulttuurista tasoa edustavat eri maat (Suomi, Ruotsi, Venäjä, Kanada) ja niitä koskeva vertailu. Kaikki nämä vastaajien viiteryhmät toimivat tutkimuksessa variaatiota selittävinä muuttujina.

6.4.1 Yksilökohtaisten taustatekijöiden vaikutus mielikuviiin

6.4.1.1 Sukupuoli

Sukupuolten väliset näkemyserot nousivat odotetusti yhdeksi keskeiseksi mielikuvien variaatiota tuottaviksi taustatekijäiksi. Naiset arvioivat riippuvuusrisikin merkitsevästi suuremmaksi kuin miehet amfetamiini-, kannabis-, lääke-, rahapeli- ja internetiriippuvuuksien osalta (I). Naiset uskoivat myös miehiä merkitsevästi enemmän hoidon mahdollisuuksiin auttaa irti riippuvuudesta etenkin amfetamiiniriippuvuuden kohdalla (I). Miehet taas uskoivat merkitsevästi enemmän omaehtoiseen toipumiseen alkoholi-, lääke- ja rahapeliiriippuvuuksista kuin naiset (I). Samansuuntainen sukupuolten välinen näkemysero tuli näkyviin myös tarkastelemalla vastaajien näkemyksiä hoidon tuottamasta lisäarvosta ordinaalisella logistisella regressioanalyysillä (III). Analyysissä käytettiin väestön ja päihdetyön ammattilaisten yhdistettyä aineistoa (n=1 260). Naiset pitivät hoidon tuomaa lisäarvoa suurempana kuin miehet kaikissa tutkimukseen sisältyneissä riippuvuuksissa. Lisäksi naiset arvioivat yksilön vähemmän syylliseksi alkoholiiriippuvuuden syntyyn ja vastuuttivat yksilöä vähemmän riippuvuudesta toipumisessa kuin miehet (IV).

Naiset pitivät myös kansainvälisessä aineistossa alkoholiiriippuvuuden riskiä harvemmin pienenä kuin miehet ja alkoholia yhteiskunnallisena ongelmana suurempana kuin miehet. Lisäksi he uskoivat vähemmän omin avuin ja enemmän hoidon avulla toipumiseen kuin miehet (IV). Naiset arvioivat myös kaikki yhteiskunnalliset ongelmat Suomea koskevassa väestötöksessä miehiä suuremmiksi lukuun ottamatta talousrikoksia (I). Riippuvuuksia koskevat erot olivat tilastollisesti merkitseviä koskien alkoholi- ja rahapeliongelmaa, kannabiksen ja lääkkeiden käyttöä sekä tupakointia.

Useissa tutkimuksissa on osoitettu, että sukupuoli vaikuttaa päihteisiin suhtautumiseen (mm. Härkönen & Österberg 2010; Hakkarainen & Metso 2007). Esimerkiksi Furnhamin ja Lowickin (1984) tutkimuksissa naiset sijoittivat riippuvuuden miehiä vahvemmin sosiaaliseen kyvyttömyyteen ja pelkoihin sekä juomispaineita tuottaviin kulttuurisiin normeihin. Furnhamin ja Thomsonin (1996) tutkimuksessa naiset taas painottivat miehiä enemmän psykologisten tekijöiden ja neuvonnan merkitystä. Myös Ruotsista saadut tulokset olivat samansuuntaisia. Naiset pitivät riippuvuuksia suurempana riskinä sekä yksilölle että yhteiskunnalle ja uskoivat miehiä vähemmän ilman hoitoa toipumiseen, mutta miehiä enemmän

hoidon mahdollisuuteen auttaa irti riippuvuuksista. Myös Kanadassa naisten usko hoitoon oli miehiä suurempi (Cunningham 2007).

Näkemyseroja on selitetty esimerkiksi naisten hoivavietillä ja sosiaalisen sukupuolen tuottamilla käyttäytymismalleilla (Holmila 2011). Sukupuolten näkemyseroja on selitetty myös sillä, että miehet ovat taipuvaisempia ottamaan erilaisia riskejä ja heille riskikäyttäytyminen on naisia tutumpaa, minkä oletetaan vähentävän ongelman arvioimista vaikeaksi tai vakavaksi (Gustafson 1998). Metson ym. (2012, 32) raportissa näkemysero ilmeni siten, että miehet ja erityisesti nuoret miehet uskoivat naisia useammin siihen, että huumeita voi käyttää kohtuudella. Tässä tutkimuksessa taas naiset osoittivat miehiin verrattuna myös enemmän epäluottamusta selviytyä ongelmista ilman apua.

Naisten ja miesten väliset näkemyserot ovat tutkimusten mukaan sekä määrällisiä (naiset arvioivat useimmat riskit ja ongelmat miehiä suuremmiksi) että laadullisia, sillä vastausten taustalla on usein myös eri aiheisiin liittyviä erilaisia merkityksiä ja emotioita. Naisten ja miesten näkemyserot näyttävät kaiken kaikkiaan liittyvän sekä ideologisiin että myös sukupuolten arkikäyttäytymisestä kumpuaviin näkemyseroihin. (Gustafson 1998.)

Sukupuoli tuotti siis odotetusti variaatiota riippuvuusmielikuviiin. Naisilla näytti olevan ”hoivalasit” silmillään, kun he tarkastelivat ongelmallista käyttäytymistä ja siitä toipumista. He myös selittivät ongelmia sosiaalisen paineen ja psykologisten tekijöiden avulla, kun taas miehet painottivat ulkoisia pakotteita, autoritaarista ohjausta ja yhteisöhoitoa (mm. Furnham & Thomson 1996). Naiset olivat miehiä pessimistisempiä omaehtoisen toipumisen suhteen ja arvioivat lähes kaikki riskit ja vaaratekijät miehiä suuremmiksi, miehet taas uskoivat enemmän omaehtoiseen toipumiseen riippuvuuksista. Tässä aineistossa sukupuolten näkemykset olivat emansipoituneita, mutta eivät polarisoituneita, sillä näkemykset olivat samansuuntaisia ”huolieroa” lukuun ottamatta. Ongelmalliseksi sukupuolten välinen näkemysero voi muodostua silloin, kun naiset eivät tunnista miehistä tapaa suhtautua riippuvuuteen ja siitä eroon pääsyyn (mm. Hietala 2013). Miehisen autonomian tarve voi puolestaan estää ihmisiä hakeutumasta hoitoon ja ottamasta apua vastaan.

6.4.1.2 Ikä

Analysoin iän vaikutusta riippuvuusmielikuviiin artikkeleissani I, III ja IV. Ikä vaikutti ensinnäkin riippuvuusriskiä koskeviin mielikuviiin ainetta tai toimintoa kokeiltaessa (I). Nuoremmat vastaajat arvioivat alkoholin ja kannabiksen kokeilun

pienemmäksi riippuvuusriskiksi kuin vanhemmat ikäryhmät. Rahapelaamisen riippuvuusriskin arvioivat pienimmäksi keski-ikäiset vastaajat. Iän vaikutus näkyi myös siten, että nuoret ja erityisesti 26–35-vuotiaat suhtautuivat muita pessimistisemmin toipumiseen amfetamiini- ja lääkeriippuvuuksista ilman hoitoa, kun taas 36–45-vuotiaat epäilivät muita enemmän mahdollisuuksia toipua kannabisiippuvuudesta ilman hoitoa. Nuoret ja keski-ikäiset aikuiset (26–45-vuotiaat) epäilivät myös hoidon lisäarvon merkitystä kannabis- ja amfetamiiniriippuvuuksiin muita ikäryhmiä enemmän verrattuna itsetoipumiseen. Yli 45-vuotiaat eivät uskoneet hoidon auttavan irti lääke- tai toiminnallisista riippuvuuksista yhtä hyvin kuin sitä nuoremmat. Yhdistetyssä ammattilais- ja väestöaineistossa (III) nuoremmat ikäryhmät uskoivat iäkkäämpiä enemmän hoidon tuottamaan lisäarvoon taistelussa lääke-, opiaatti- ja rahapeliriippuvuuksia vastaan. Tupakointiin nuoret taas suhtautuivat yhtä huolestuneesti kuin muutkin ikäryhmät.

Ikä vaikutti näkemyksiin eri aineista ja toiminnoista yhteiskunnallisina ongelmina (I). Alle 26-vuotiaat pitivät huumeiden käyttöä vähemmän vakavana ongelmana kuin sitä vanhemmat ikäluokat. Rahapeliongelmat arvioitiin sitä suuremmaksi yhteiskunnalliseksi ongelmaksi, mitä vanhemmasta ikäryhmästä oli kyse. Kansainvälisillä aineistoilla tarkasteltuna logistinen regressioanalyysi tuotti joitakin merkitseviä eroja iän suhteen alkoholiongelmia koskevissa mielikuvissa (IV). Yli 60-vuotiaat syyttivät yksilöä enemmän alkoholiriippuvuuden synnystä ja pitivät yksilöä myös enemmän vastuullisena ongelman ratkaisemisesta kuin nuoremmat ikäryhmät. Lisäksi yli 50-vuotiaat arvioivat alkoholin suuremmaksi yhteiskunnalliseksi ongelmaksi kuin nuoremmat ikäryhmät.

Myös muissa tutkimuksissa on havaittu iän vaikutus päihteisiin ja riippuvuuksiin suhtautumisessa. Iäkkäämmät selittivät esimerkiksi nuoria useammin alkoholismia alhaisella koulutustasolla, sosiaalisella sekä kulttuurisella paineella (Furnham & Lowick 1984) ja pitivät perhe- ja ympäristötekijöitä suurempana riskinä heroiniiriippuvuuden synnyssä kuin nuoret (Furnham & Thomson 1996). Lähimpänä tämän tutkimuksen tuloksia ovat Cunninghamin ym. (2007) tulokset, jotka osoittivat iän lisäävän uskoa hoidon mahdollisuuksiin auttaa irti alkoholiriippuvuudesta ja Blomqvistin (2012) tulokset, jotka osoittivat, että nuoremmat ikäryhmät eivät pitäneet riippuvuuksia yhtä vaarallisina kuin vanhemmat ja arvioivat lisäksi riippuvuuksista eroon pääsyn vanhempia helpommaksi. Myös suomalaisissa asennekyselyissä on selvitetty eri-ikäisten mielipiteitä eri aineiden käytöstä (Metso ym. 2012). Erityisesti 15–34 -vuotiaissa oli niitä, jotka pitivät huumeongelmaa vähäisenä ja pitivät huumeiden kohtuukäyttöä

mahdollisena. Kyseisessä tutkimuksessa nuoret pitivät huumeita harvemmin alkoholia suurempana yhteiskunnallisena ongelmana.

Eri-ikäisten asenteet ovat vaihdelleet eri vuosina. Esimerkiksi vuonna 2002 nuoret olivat vähintään yhtä huolissaan huumeista kuin vanhemmat ikäryhmät (Metso ym. 2012, 25–33.) Ilmiötä selitti aineiston keruuvaiheessa käyty laaja mediakeskustelu huumeiden käytön lisääntymisestä lieveilmiöineen. Tässä tutkimuksessa taas nuoret näyttivät pitävän tupakkariippuvuutta yhtä vakavana asiana kuin vanhemmat ikäryhmät, mikä kertoo negatiivisävytteisestä, hegemonisesta suhtautumisesta tupakka (nikotiini)riippuvuuteen eri ikäryhmissä.

Ikä tuotti siis variaatiota joitakin riippuvuuksia koskeviin mielikuviiin. Iän suhteen ilmeni sekä vuosien ja kokemuksen karttumiseen liittyviä eroja että kohorttieroja. Osa näkemyseroista voi johtua eri ikäluokkien kokemusmaailmoilla. Esimerkiksi vanhimmilla ikäryhmillä saattoi olla erilainen perspektiivi esimerkiksi opiaatteihin, koska ne olivat helposti saatavia lääkkeitä aina 50-luvulle saakka. Osa vastaajista oli taas elänyt nuoruutensa ensimmäisen huumeaallon hippikulttuurissa 1960-luvulla ja kokenut alkoholin vapautumisen. Alkoholiongelmat ovatkin muodostuneet merkittäväksi ongelmaksi juuri sodan jälkeisen, määrän sukupolven keskuudessa ja näyttivät vaikuttavan jossain määrin myös kyseisen kohortin muista poikkeaviin näkemyksiin alkoholista. Vuosina 1960–1980 syntyneet näkivät puolestaan 1990-luvun toisen huumeaallon nuoren aikuisen silmin. Heillä näyttikin olevan muita ikäryhmiä pessimistisempi mielikuva huumeriippuvuudesta ja sen hoidosta. Ilmiö voi selittyä joko tämän vastaajaryhmän muita runsaammilla omakohtaisilla tai lähipiirin kokemuksilla huumeista tai 1990-luvun huumevalistuksesta (vrt. Blomqvist 2012). Kaikista nuorin ikäryhmä ei osoittanut vastaavaa huumepelekoa. Yhteiskuntamme lähihistorian pähteisiin liittyvien tapahtumien tarkastelu antoi kuitenkin eväitä eri sukupolvien näkemyserojen ymmärtämiseen.

6.4.1.3 Oma käyttö- ja riippuvuuskokemus

Tässä tutkimuksessa vastaajien oma riskikäyttö- ja / tai riippuvuuskokemus vaikutti vaihtelevasti mielikuviiin. Esimerkiksi ne, joilla ei ollut omakohtaista kokemusta tupakkariippuvuudesta, uskoivat hoidon vähäisempään lisäarvoon kannabisriippuvuudesta toivuttaessa (III). Kansainvälisellä aineistolla toteutettu analyysi antoi kuitenkin myös loogisesti ymmärrettäviä tuloksia: nyt tai aiemmin itsensä alkoholiriippuvaiseksi määritelleet arvioivat alkoholiriippuvuuden riskin harvemmin pieneksi kuin ne, joilla ei ollut omaa kokemusta alkoholiriippuvuudesta

(IV). Toisin sanoen, oma riippuvuuskokemus näytti lisäävän uskoa riskin suuruuteen. Toipumisen esteitä koskeva tarkastelu artikkelissani (II) antoi toimija-tarkkailija-vinouman (Jones & Nisbet 1971) mukaisen tuloksen: huumeita kokeilleet eivät pitäneet riippuvaisten persoonallisuutta yhtä suurena toipumista esteenä kuin ne, joilla ei ollut omaa huumetaustaa. Muiden ongelmallista käytöstä arvioidaankin toimija-tarkkailija vinoumassa heidän persoonallisilla ominaisuuksillaan, kun taas omaa ongelmallista käytöstä selitetään mieluummin ulkoisilla olosuhteilla ja tilannetekijöillä (emt.; Malle 2006).

Koski-Jänneksen ym. (2012 b) tutkimuksessa hoidossa olevat päihdeongelmaiset erosivat joiltakin osin ammattilaisten ja väestön näkemyksistä. He pitivät esimerkiksi heroiiniriippuvuuden ja kannabistriippuvuuden riskiä hieman pienempänä kuin väestön edustajat ja tupakka- ja alkoholiriippuvuuden riskiä ainetta kokeiltaessa suurempana kuin väestön ja ammattilaisten edustajat. Oma kokemus näytti siis heillä vähentävän eroa arvioida kielletyt aineet vaarallisemmiksi kuin sallitut aineet. Toisessa Koski-Jänneksen (ym. 2012a) artikkelissa taas selvisi toimija-tarkkailija vinouman mukaisesti, että hoidossa olevat päihderiippuvaiset syyttivät yksilöä hieman vähemmän esimerkiksi alkoholiriippuvuuden synnystä kuin päihdetyön ammattilaiset ja väestö. Tulos ei kuitenkaan ollut sovellettavissa huumeriippuvuuden syntyä koskeviin mielikuviiin.

Ruotsalaistutkimuksessa (Blomqvist 2012) itse määritelty riippuvuuskokemus näytti suomalaisaineistosta poiketen vaikuttavan vastauksiin väestöaineistossa. Ne, joilla ei ollut omaa kokemusta riski- tai riippuvuuskäytöstä, dramatisoivat kyseisen riippuvuuden vaarallisuutta. Ne, jotka olivat riskikäyttäjiä, pitivät puolestaan yllä ”väärää uskoa” (false hope) suuresta omaehtoisen toipumisen mahdollisuudesta (emt. 2012). Tulos oli siten jossain määrin vastakkainen suhteessa suomalaisiin tuloksiin. Näyttää siltä, että oma riskikäyttäytyminen ei välttämättä vaikuta suoraan siihen, miten asiaan suhtautuu. Keskeistä on se, millaisia merkityksiä ihmiset antavat omalle käyttäytymiselleen ja miten he itsensä kategorisoivat tiettyyn ryhmään (Juhila 2012b). Esimerkiksi riippuvainen henkilö voi todeta olevansa riippuvainen, muttei kuitenkaan määrittele itseään tyyppilliseksi riippuvaiseksi (Nyyssönen 2008). Hän voi myös määritellä ongelmallisen käyttäytymisensä, toipumisen ehtonsa sekä avun antajan roolit hyvin erilaisiksi (Hietala 2013). Waltersin ja Gilbertin tutkimuksessa (2000) taas riippuvaiset kuvasivat riippuvuuden tarpeiksi, haluiksi ja kontrollin vähentymiseksi, kun taas ammattilaiset pitivät riippuvuutta pakonomaisena ja fyysisenä. Tämä vastaajaryhmien näkemysero kuvaa hyvin eriyvää mielikuvaa toimijuudesta ja vastuusta riippuvuuskysymyksissä.

Riippuvaliset mielsivät käyttäytymisen ammattilaisia enemmän halutuksi valinnaksi kuin pakoksi.

Oletus riippuvalisten ja ei-riippuvalisten erilaisista riippuvaluksia koskevista mielikuvista ei saanut tässä tutkimusaineistossa johdonmukaisesti tukea. Oman riippuvaluskokemuksen omaavien näkemykset eivät juuri eronneet muiden vastaajien mielikuvista, mitä voi selittää ainakin sillä, että yksittäisistä riippuvaluksista kärsivien määrät olivat aineistossa kohtuullisen pieniä. Esimerkiksi tutkimushetkellä laitoksessa / sairaalassa hoidossa olleet riippuvaliset jäivät tutkimuksen ulkopuolelle. Toiseksi väestöaineistossa omaa riippuvaluskokemusta kysyttiin vastaajilta itseltään (nyt tai aiemmin riippuvalinen) eivätkä kaikki ehkä sellaista halunneet myöntää tai ilmoittaa. Alustavissa analyyseissä selvisi myös, että nyt tai aiemmin riippuvalisten näkemykset erosivat toisistaan. Vastaajien erottaminen eri ryhmiksi olisi kuitenkin pienentänyt vastaajamääriä niin, ettei luotettavaa arviota erojen merkitsevyydestä olisi voitu tehdä. Analyyssivaiheessa pyrin myös luomaan eri riippuvalisia yhdistäviä kategorioita, kuten päihderiippuvaliset, mutta eri riippuvaluksista kärsivien näkemykset erosivat toisistaan eivätkä analyytit tuottaneet selventäviä tuloksia.

Uskon kuitenkin, että omakohtainen kokemus riippuvaludesta vaikuttaa mielikuviin riippuvaluksista ja riippuvalisista eri tavoin kuin pelkkä mediasta tai asuinympäristöstä saatu tieto (mm. Walters & Gilbert 2000; Koski-Jännes ym. 2012a; Blomqvist 2012). Se, millainen suhde vastaajalla on riippuvaluteen juuri vastaushetkellä saattaa myös vaikuttaa mielikuviin. Esimerkiksi vastaushetkellä vaikeasti riippuvalisella voi olla erilainen suhde ongelmakäyttäytymiseen kuin henkilöllä, joka on päässyt riippuvaludestaan eroon. Myös toipumisen tapa kuten laitoshoido, uskoon tulo tai omin voimin irtautuminen voivat vaikuttaa riippuvalusilmiöön suhtautumiseen (mm. Kuusisto 2010).

Tässä aineistossa riippuvalisten ja ei-riippuvalisten näkemykset olivat yllättävän hegemonisia, mikä kertoo suomalaisen yhteiskunnan yhtenevästä suhtautumisesta riippuvaluteen sekä toisaalta riippuvalisten omaksumista vallitsevista käsityksistä huolimatta omasta henkilökohtaisesta kokemuksestaan. Hoidossa olevien riippuvalisten aineistossa oli kuitenkin nähtävissä emansipoituneita näkemyksiä (Koski-Jännes 2012a), mikä viittaa taas institutionaalisen kontekstin vaikutukseen mielikuvien muokkaajina.

6.4.2 Väestön ja ammattilaisten riippuvuusmielikuvien vertailu

Vertasin kolmannessa artikkelissani (Hirschovits-Gerz & Pennonen 2012) väestön ja ammattilaisten näkemyksiä eri riippuvuuksista toipumisen mahdollisuuksista omin avuin ja hoidon avulla. Vertasin myös näkemyksiä hoidon tuottamasta lisäarvosta eli siitä, missä määrin hoidon uskottiin parantavan mahdollisuuksia päästä eroon riippuvuudesta verrattuna yrityksiin päästä eroon ongelmasta omin avuin. Ammatillaiset pitivät toiminnallisia riippuvuuksia ja lääkeriippuvuutta väestöä vaikeampina voittaa omin avuin ja toisaalta kannabista ja amfetamiinia väestöä helpommin itse voitettavina riippuvuuksina. Päihdetyöntekijät uskoivat myös lääke-, rahapeli- ja internetiriippuvuuksien osalta kansalaisia enemmän hoidon tuottamaan lisäarvoon. Erot säilyivät, vaikka muut taustamuuttajat otettiin mukaan analyysiin.

Ammattilaisten eriäviä, emansipoituneita näkemyksiä kannabis-, rahapeli- ja lääkeriippuvuuksista suhteessa kansalaisten näkemyksiin voi selittää institutionaalisella (tapajärjestelmän mukaisella) vaikutuksella. Tällä tarkoitetaan esimerkiksi päihdetyön hoitokulttuuria, joka ”imeytyy” ammattilaisiin nykyisen päihdetyön koulutuksen ja työkokemuksen myötä päihdehoitoa toteuttavissa yksiköissä. Ammatillisilla oli oletettavasti enemmän tietoa eri aineiden vaikutuksista verrattuna keskivertokansalaiseen sekä maallikoita tarkempi ymmärrys riippuvuushoitojen sisällöistä ja riippuvaisten auttamismahdollisuuksista. Eri vastaajaryhmien näkemykset hoidosta saattoivat siten kiinnittyä erilaisiin hoitomuotoihin avohoidosta suljettuun pakkohoitoon. Väestöomakkeen avovastauksista kävi myös ilmi, että ainakin osa vastaajista ilmaisi uskovansa pitkään suljettuun pakkohoitoon, jollaista Suomessa ei nykyään edes ole.

Peliriippuvuutta koskevaa näkemyseroa selittää se, ettei peliriippuvuuden hoidosta ollut juurikaan julkista keskustelua vielä 2000-luvun puolivälissä. Päihdetyön ammattilaisille peliriippuvuuden hoito oli kuitenkin tuttua, koska sitä oli tarjottu ”vähin äänin” osana päihdehoitoa. Ammatillaiset myös uskoivat kansalaisia enemmän hoidon tuottamaan lisäarvoon peliriippuvuudesta irtauduttaessa, mikä kuvaa myös luottamusta oman työnsä tuloksellisuuteen. Hoitohenkilökunnan vähäistä huolta kannabisriippuvuudesta selittää ehkä se, että vähemmistö päihdehuollon asiakkaista hakeutuu hoitoon ensisijaisesti kannabiksen vuoksi eivätkä kannabiksen fyysiset vieroitusoireet ole yhtä rajuja verrattuna esimerkiksi opiaatti- tai alkoholivieroitusoireisiin. Ammatillisten näkemyksiin vaikutti mahdollisesti myös se, ettei Suomessa ole tarjolla juurikaan kannabisongelmiin erikoistunutta päihdehoitoa (vrt. esimerkiksi opioidikorvaushoito) ja nykyisellään

kannabisriippuvuus hoituu tai jää hoitamatta osana ensisijaista päihdeongelmaa kuten opioidiriippuvuutta. Ammattilaisten kansalaisista poikkeavaa suhtautumista lääkkeisiin selittää se, että ammattilaiset hoitavat usein vaikeasti lääkeriippuvaisia sekakäyttäjiä, kun taas maallikkojen näkemykset lääkeriippuvaisista voivat kytkeytyä esimerkiksi yksittäiseen, yksinomaan lääkkeitä riippuvaiseen henkilöön. Sosiaalisen representaation teorian valossa lääkeriippuvuuden mielikuva on mahdollisesti ankkuroitunut eri viiteryhmissä eri asioihin tai objektivoitunut erilaisiin stereotyyppioihin.

Myös muissa käsillä olevaa tutkimusaineistoa käsittelevissä, väestöä ja ammattilaisia vertailevissa IMAGES konsortion osatutkimuksissa on ilmennyt ryhmien välillä samansuuntaisia eroja. Koski-Jänneksen ym. (2012b) artikkelissa osoitettiin, että ammattilaiset pitivät etenkin kannabiksen kokeilun synnyttämää riippuvuusriskiä pienempänä kuin maallikot, kun taas lääkkeiden suhteen tulos oli päinvastainen. Väestöä, ammattilaisia ja päihdeasiakkaita vertailevassa artikkelissa Koski-Jännes (2012a) havaitsi myös, että ammattilaiset pitivät yhteiskuntaa ja yksilöä eri tavoin vastuullisina riippuvuuksien synnystä ja siitä irtautumisesta verrattuna väestöön. Maallikot vastuuttivat yksilöä ammattilaisia enemmän sekä useimpien riippuvuuksien synnystä että niistä irtautumisesta. Väestön, ammattilaisten ja riippuvaisten mielikuvissa ei esiintynyt selvää poleemisuutta, vaan riippuvuudet mielletään pääosin samansuuntaisesti emansipoitumisesta huolimatta niin ammattilaisten, kansalaisten, mutta myös hoidossa olevien päihdeongelmaisten keskuudessa (mm. Koski-Jännes 2012a).

Nämä Suomesta saadut tutkimustulokset ovat samansuuntaisia kuin vastaavassa ruotsalaistutkimuksessa. Väestö piti Ruotsissa omaehtoista toipumista lääkkeitä helpompana kuin ammattilaiset ja kannabisriippuvuutta vaikeammin itse voitettavana riippuvuutena kuin ammattilaiset. Lisäksi väestön edustajat pitivät alkoholiriippuvuutta päihdetyön ammattilaisia helpommin itse voitettavana. (Samuelsson ym. 2013.) Henkilökuntaryhmien välillä ei kummassakaan maassa esiintynyt suuria ristiriitoja, joskin joitakin merkitseviä eroja voitiin todeta (emt.; Pennonen & Koski-Jännes 2010). Kuussaaren (2006) suomalaisia ammattilaisia koskevassa tutkimuksessa näkemykset erosivat siten, että perustason työntekijät pitivät huumeita alkoholia suurempana ongelmana useammin kuin erityistasolla työskentelevät ammattilaiset. Myös päihdeongelmasta syyllistämistä esiintyi enemmän perus- kuin erityistasolla ja suhtautuminen huumeiden käyttäjiin oli erityistasolla muita useammin myönteistä (emt. 166–76; 214–22).

Kuten eri riippuvuuksia koskevissa oletuksissa todettiin, ammattilaisten näkemykset olivat emansipoituneita erityisesti niiden riippuvuuksien suhteen, jotka

eivät ole kovin tuttuja maallikoiden parissa. Näitä ovat lääkeriippuvuus, jota ammattilaiset tarkastelevat vaikean riippuvuuden ja sekakäytön viitekehuksesta ja toisaalta toiminnalliset riippuvuudet, joista ammattilaisilla on usein enemmän tietoa ja kokemusta kuin maallikoilla. Kannabista koskevia näkemyseroja voi selittää ainakin kahdesta näkökulmasta. Ensinnäkin ammattilaisilla voi olettaa olevan maallikoita enemmän asiantuntijatietoa eri aineista ja riippuvuuksista ja toiseksi ammattilaiset tarkastelevat kannabista instituutiosta, jossa hoidetaan pääasiassa sekakäyttäjiä.

6.4.3 Suomalaisen alkoholia koskevat mielikuvat verrattuna kanadalaisen, ruotsalaisten ja venäläisten näkemyksiin

Neljäs artikkelini osoitti, että myös kulttuurinen konteksti vaikutti vastaajien näkemyksiin. Suomalaiset suhtautuivat alkoholiin jossain määrin ristiriitaisesti. Toisaalta he pitivät alkoholin riippuvuusriskiä pienempänä ja omin avuin toipumisen mahdollisuuksia suurempana kuin ruotsalaiset, kanadalaiset ja venäläiset, samalla kun he pitivät alkoholiongelmia suhteessa muihin yhteiskunnallisiin ongelmiin muita suurempana. Lisäksi suomalaisilla oli ruotsalaisten tavoin vahva usko hoidon mahdollisuuksiin auttaa irti alkoholiriippuvuudesta.

Myös aiemmissa tutkimuksissa on osoitettu, että kulttuurinen konteksti voi vaikuttaa vastaajien näkemyksiin eri aineista ja toiminnoista (Holma ym. 2011; Cunningham ym. 2012; Egerer 2013; Rolando & Katainen 2014). Aina ei kuitenkaan ole selvää, minkä tasoisesta erosta kulttuurien välisessä vertailussa on kyse: onko kyse yhteiskunnassa vallitsevasta poliittisesta aallosta, historiallisista tai uskonnollisista tekijöistä, hoitokulttuureista tai muista ryhmäkohtaisista tekijöistä (Moscovici 1984; Sulkunen 2013). Näyttää siltä, että kunkin maan lainsäädännöllä, palvelujärjestelmällä, medialla (Törrönen 2001; Törrönen & Juslin 2009) ja kansallisella juomakulttuurilla on vaikutuksia alkoholia koskeviin näkemyksiin. Nykyisin globaali media voi kuitenkin pienentää näkemyseroja eri kulttuurien välillä.

Kulttuurisen variaation tarkastelu osoitti, että alkoholia koskevat mielikuvat voidaan tulkita emansipoituneiksi tai jopa poleemisiksi eri maiden edustajien näkemyksissä. Esimerkiksi Suomessa alkoholiongelmien arveltiin 12 yhteiskunnallisesta ongelmasta suurimmaksi heti väkivallan jälkeen, kun taas Ruotsissa alkoholiongelmien sijoittuivat yhteiskunnalliselta vakavuudeltaan vasta

kahdeksanneksi (Holma 2011; Hirschovits-Gerz ym. 2011.) Käytännössä näkemuserot olivat kuitenkin pieniä.

6.5 Tulosten tulkintaa

Käsillä olevan tutkimuksen empiiriset tulokset perustuvat riippuvuutta koskevien kyselyaineistojen tuloksiin. Kaikki kyselyt toteutettiin 2000-luvun ensimmäisen vuosikymmenen loppupuolella ja ne heijastavat kyseistä yhteiskunnallista asenneilmastoa ja ajankuvaa (vrt. Alkula ym. 2002, 67). Vertasin empiirisiä tuloksiani tutkimusajankohdan aikana vallinneeseen yhteiskunnalliseen todellisuuteen ja sitä edeltäneeseen aikaan lukuisten tutkimusten, virallisten asiakirjojen, lakien ja kyselyjen avulla.

Tässä tutkimuksessa riippuvuutta koskevat mielikuvat koostuivat riippuvuusriskiä, toipumista, toipumisen esteitä, riippuvuuden syytä ja vastuuta sekä yhteiskunnallisen ongelman vakavuutta koskevista kysymyksistä. Tulokset heijastavat individualistista kulttuuria (Rolando & Katainen 2014; Hellman & Rolando 2013), jossa korostuu yksilön vastuu käyttäytymisestään ja riskinotostaan. Riippuvuusongelmista toipumiseen omin voimin uskottiin erityisesti tupakka- ja toiminnallisissa riippuvuuksissa, mutta toisaalta yksilö itse arvioitiin suureksi riippuvuuksista toipumista estäväksi tekijäksi. Tulos kuvastaa riippuvuusilmiölle tyyppillistä ristiriitaisuutta: yksilö katsotaan vastuulliseksi käyttäytymisestä, jonka hallinnassa hänellä on vakavia puutteita.

Riippuvuuksien vaarallisuutta koskevia tuloksia voi selittää tuttuuden tai vierauden käsitteiden avulla. Esimerkiksi Blomqvist (2012) päätteli saamiensa ruotsalaistulosten perusteella, että vieraat aineet arvioitaisiin vaarallisemmiksi kuin tutut aineet. Sama päätelmä voitaisiin tehdä myös sosiaalisten representaatioiden teorian pohjalta, joka lähtee siitä, että uudet ja oudot asiat koetaan uhkaavammiksi kuin tutut asiat (Moscovici 1984). Joissakin tutkimuksissa on myös osoitettu, että ne, jotka ovat muita tietoisempia mm. AIDSista arvioivat riskin muita pienemmäksi (Sjöberg 2003). Tässä esitellyt suomalaisia koskevat tulokset tukivat vain osittain Blomqvistin ja Sjöbergin väittämiä, sillä esimerkiksi 1990-luvulla nuoruuttaan eläneillä oli oletettavasti läheisin kokemus huumeista ja huumeiden käytöstä sekä eniten valistusta aiheesta verrattuna muihin ikäryhmiin, mutta he pitivät siitä huolimatta huumeita vähintään yhtä vaikeana ongelmana kuin muut ikäryhmät. Tupakka arvioitiin kaikissa ikäryhmissä suureksi riippuvuusriskiksi huolimatta siitä, että aine oli suurimmalle osalle vastaajista jollain tapaa tuttu. Oma kokemus

riippuvuudesta ei tässä tutkimuksessa tuottanut selkeää eroa ei-riippuvaisten näkemyksiin verrattuna, mutta riippuvuudesta toipuneet suhtautuivat alustavissa analyyseissä riippuvuuksiin kaikista kielteisimmin, mikä puhuisi tuttuuden tuottamaa turvallisuuden tunnetta vastaan. Pelkkä aiheen vieraus, tuttuus tai tieto eivät siten selittäneet näkemyseroja vaan näkemyksiä tulisi tulkita lisäksi ilmiötä koskevan tiedon ja kokemusten laatua arvioimalla.

Tässä tutkimuksessa toiminnalliset riippuvuudet edustivat uusia tai vähemmän tunnettuja riippuvuuden muotoja, kun taas perinteiset riippuvuudet kuten alkoholiriippuvuus arvioitiin tutuksi ja hyvin tunnetuksi riippuvuudeksi. Lähtökohtana tutkimuksessa olikin ajatus, että uudemmat riippuvuuden muodot ovat ankkuroituneet pidempään tunnettujen riippuvuuden muotojen kuten alkoholiriippuvuuden mielikuvaan. Tämä asetelma mahdollisti riippuvuusmielikuvien keskinäisen vertailun tietystä heijastuspisteestä, tässä alkoholiriippuvuudesta käsin. Eri riippuvuuksien tuttuus ja uutuus näkyivät vastauksissa siten, että jopa viidennes valitsi en osaa sanoa -vaihtoehdon jossakin kysymyksessä, erityisesti internetriippuvuutta koskien. Näin osanottajat välttivät vastaamasta kysymyksiin, joista heillä ei mielestään ollut riittävän selkeää näkemystä. Tuttujen riippuvuuksien kuten alkoholiriippuvuuden osalta en osaa sanoa vastausten osuudet jäivät pariin prosenttiin. Osa riippuvuuksista oli vastaajien mielikuvissa siten muita hajanaisempia ja alttiimpia muutokselle kuin toiset (Boulding 1961, 63, 132). Boulding (1961) esitti, että mielikuvat objektista muuttuvatkin asteittain vuorovaikutuksessa fyysisen ja sosiaalisen ympäristön kanssa selkeämmiksi, pysyvämmiksi ja muutoksille vastustuskykyisemmiksi konstruktioiksi (emt. 64, 132). Tässä tutkimuksessa oli nähtävissä, että etenkin huumeisiin ja alkoholiin liittyviä riippuvuuksia pidettiin suhteellisen yksimielisesti vakavina ongelmina, kun taas uusiin riippuvuuksiin suhtauduttiin kevyemmin ja näkemykset erosivat esimerkiksi kansalaisten ja ammattilaisten välillä. Kuten aiemmista asenteita koskevista suomalaistutkimuksista voi havaita, myös tuttuihin riippuvuuksiin kuten alkoholiriippuvuuteen suhtautuminen voi kuitenkin muuttua yhteiskunnallisten olojen muuttuessa (Room 1978; Härkönen & Österberg 2010; Metso ym. 2012).

Sosiaalisten representaatioiden funktiona on tehdä vieraat asiat tutuiksi ja edesauttaa jaetun sosiaalisen todellisuuden rakentumista yksilön mielessä (Moscovici 1984). Tässä tutkimuksessa myös lääkeriippuvuutta koskevat mielikuvat olivat esimerkiksi alkoholiriippuvuutta hajanaisempia. Voidaan silti olettaa, että lääkeriippuvuus ankkuroituu pääasiassa aineriippuvuuksien luokkaan ja siten myös lähelle perinteisen riippuvuusmielikuvan ydintä (Abric 1993). Sen sijaan

toiminnallisten riippuvuuksien paikka osana riippuvuusmielikuvia on epäselvä varsinkin kun internetriippuvuutta ei ole toistaiseksi määritelty tautiluokituksissa. Toiminnalliset riippuvuudet edustavatkin tässä tutkimuksessa uusia, vasta äskettäin ”rantautuneita” ilmiöitä. Vastausten perusteella voisi jopa väittää, että osa päihderiippuvuuksista (alkoholi- ja huumeriippuvuudet) mielletään ”oikeiksi” ja vaarallisiksi riippuvuuksiksi, kun taas toiminnallisia riippuvuuksia koskevia mielikuvia voisi tulosten perusteella luonnehtia lähinnä huonoiksi tavoiksi tai tottumuksiksi (Blomqvist 2009; 2012). Tulos on samansuuntainen kuin Griffithsin ym. (1993) englannista saadut tulokset, joiden mukaan toiminnalliset riippuvuudet miellettiin psykologisiksi ongelmiksi ja moraalisisiksi heikkouksiksi, kun taas huumausaineet fyysisiksi riippuvuuksiksi ja sairauksiksi. Samaisessa tutkimuksessa alkoholi arvioitiin monimuotoisesti kaikkien edellä kuvattujen ongelmien kokonaisuudeksi (emt.). Myös H. Klingemannin (2003) ja Blomqvistin (2009; 2012) tulokset tukevat tässä esitettyjä tuloksia. Rahapelaamisen pitäminen vähäisenä ongelmana on ainakin osittain kulttuurinen ilmiö, sillä esimerkiksi Venäjällä rahapelaaminen arvioidaan selvästi vakavammaksi yhteiskunnalliseksi ongelmaksi kuin Suomessa (Holma ym. 2011). Näyttääkin siltä, että Suomessa pelaamisen mielikuva kiinnittyy laillisiin peleihin, kun taas Venäjällä, jossa esimerkiksi peliautomaatit ovat kielletty, pelaaminen kytketään herkemmin osaksi uhkapelaamista kulttuurisine lieveilmiöineen.

Suomalaisten mielikuvat olivat yllättävän yhteneviä, hegemonisia etenkin tutuimpien riippuvuuden muotojen kuten alkoholin suhteen. Tässä tutkimuksessa näkemysten eriytymistä selittivät parhaiten sukupuoli ja päihdetyön ammattilaisuus sekä kansalaisuus. Myös esimerkiksi ikä ja oma riippuvuuskokemus vaikuttivat joihinkin tuloksiin. Riippuvuusmielikuvien emansipoitumista oli nähtävissä ammattilaisten ja kansalaisten välillä kannabis-, lääke- ja toiminnallisissa riippuvuuksissa.

Ammattilaisten näkemuserot suhteessa kansalaisten mielikuviiin voidaan tulkita siten, että ammattilaiset toimivat niin sanottuina avaintiedon tai ymmärryksen välittäjinä. Heillä oli mahdollisesti käytössään sellaista tietoa ja kokemusta, joka tavalliselta vastaajalta todennäköisesti puuttui. Toisaalta he edustivat tässä ”ajattelevia” instituutioita tarkastellen asioita oman työkontekstinsa viitekehyksestä (Juhila ym. 2012). Sukupuolten väliset näkemyserot liittyivät lähinnä haittojen suuruuteen. Naiset ja miehet arvioivat siis ongelmat samansuuntaisiksi, mutta naiset pitivät ongelmia miehiä suurempina, vaikeampina ja vaikeammin itse voitettavina. Toisaalta naiset uskoivat ”hoivalasien” läpi tarkastellessaan vähemmän yksilön kykyihin selviytyä itse riippuvuusongelmistaan.

Suomalainen ”sisu” näyttäytyi myös jonkinlaisena kulttuurisena vivahteena alkoholia koskevilla kysymyksillä verrattuna ruotsalaisten, kanadalaisten ja venäläisten näkemyksiin. Suomalaistulokset heijastavat yhtäältä yksilökeskeistä kulttuuria, jossa ihminen ottaa tietoisesti riskin käyttäessään alkoholia tai muita riippuvuuksille altistavia aineita tai toimintoja ja on näin ollen itse myös pääosin vastuussa ongelmastaan (Koski-Jännes ym. 2012a&b). Suomalaiset uskoivat muita enemmän riippuvaisten kampeavan itsensä omin avuin irti riippuvuudestaan. Toisaalta he luottivat hoito- ja palvelujärjestelmän kykyyn auttaa silloin, kun oman voimat eivät riitä ja näin päihdehoidolle asetettiin suuria tulosodotuksia. Yhteiskunnallinen tarkastelu taas osoitti, että suomalaiset olivat erityisen huolissaan ”toisten” alkoholi-ongelmista ja sen seurauksina syntyvistä yhteiskunnallisista ongelmista, sillä vain yksi kymmenestä tutkimuksen vastaajasta ei itse käyttänyt alkoholia.

Tässä väitöskirjan yhteenvedossa nostin esille ainoastaan keskeiset näkemyseroja tuottaneet taustamuuttujat. Näiden lisäksi selvitin väitöskirja-artikkeleissani mm. koulutuksen, naimisissa olon, asuinpaikan, lasten ja elämäntilanteen vaikutusta vastauksiin. Nämä tekijät eivät mainittavasti tuottaneet tilastollisia eroja riippuvuusmielikuviiin. Myös tämä tulos tukee suomalaisen yhteiskunnan hegemonisia mielikuvia riippuvuuksista. Aiemmissä tutkimuksissa on selvitetty myös poliittisen suuntauksen ja rodun vaikutusta näkemyksiin. Esimerkiksi oikeistolaiset arvioivat Englannissa heroini-riippuvuuden yksilön moraaliseksi ongelmaksi, kun taas vasemmistolaiset painottivat ongelman psykososiaalisia syitä (Furnham & Thomson 1996). Tässä tutkimuksessa vastaajien poliittista taustaa ei selvitetty.

6.6 Tutkimuksen kriittinen tarkastelu

Tutkimuksen suomalaisaineisto kerättiin satunnaisotannalla postikyselynä strukturoitua lomaketta käyttäen. Jo tutkimuksen alkuvaiheessa oli tiedossa aineiston keruutapaan liittyvät riskit, kuten alhaisen vastausprosentin mahdollisuus ja osin arkaluontoisen kyselylomakkeen vuoksi syntyvä kato sekä vastaajien mahdollisesti eriävät tavot tulkinta kysymyksiä. Toisaalta lomakekyselyllä on myös vahvuutensa. Esimerkiksi mahdollisuus kysyä arkaluonteisia asioita ja saada kustannustehokkaasti väestö- ja viiteryhmätason tietoa tutkittavasta aiheesta ovat lomakekyselyn etuja (Heikkilä 2008, 20). Lisäksi oli tiedossa, ettei tietyn vastauksen antaminen strukturoituun lomakkeeseen kerro siitä, kuinka kiteytyneitä tai hajanaisia

yksittäisten vastaajien näkemykset aiheesta olivat. Myös mahdolliset yksittäiset virheelliset ja puutteelliset tiedot aiheuttavat ”hälyä”, joka on huomioitava tuloksia arvioitaessa. (Alkula ym. 2002, 118–124 ja 91–95.)⁴³ Rajoitusten tiedostaminen loi puitteet tutkimuksen toteuttamiselle ja tulosten analysoinnille. Tutkimuksessa päädyttiinkin tarkastelemaan vastaajien näkemyksiä sosiaalisesti jaettuina mielikuvina ja tutkimuksen tavoitteeksi asetettiin selvittää, mitä ihmiset eri riippuvuuksista keskimäärin ajattelevat.

Suomalaisen väestöaineiston vastausprosentti oli jokseenkin alhainen (37 %) (vrt. emt., 140) ja erityisesti nuorten miesten edustus tutkimuksessa jäi melko vähäiseksi, mikä on yleinen ongelma kyselytutkimuksissa. Aineiston painottamisella iän ja sukupuolen mukaan (artikkelit II ja IV) pyrin korjaamaan vinoumaa, joka ei tosin muuttanut vastausjakaumia paria prosenttiyksikköä enemmän. Myös tutkimusaihe oli erityinen ja siksi vastaajat ovat saattaneet osaksi valikoitua aihetta koskevan kiinnostuksen mukaan. Suurimmalla osalla vastaajista olikin kertomansa mukaan riippuvaisia läheisiä (noin 60 %) ja omaa kokemusta jostakin riippuvuudesta oli yli puolella vastaajista (Hirschovits-Gerz & Koski-Jännes 2010.) Riippuvaisten määrä on voinut olla vastaajien itse ilmoittamaa suurempi, sillä osa riippuvaisiksi itsensä kokeneista vastaajista on voinut arvioida itsensä sosiaalisen hyväksyttävyyden vuoksi ei-riippuvaisiksi (Blomqvist 2012). Toisaalta riippuvuus oli tässä subjektiivisesti mielletty tila eikä lääketieteen kriteerit täyttävä tautiluokitus, mikä todennäköisesti höllensi käsitystä riippuvuudesta.

Aineiston luotettavuuden arvioimiseksi tutkimusaineistoa verrattiin muihin suomalaisiin kyselyaineistoihin. Analyysin perusteella tässä käytettyä aineistoa voi alhaisesta vastausprosentista huolimatta pitää käyttökelpoisena suhteessa asetettuihin tutkimuskysymyksiin ja käytettyihin analyysimenetelmiin (Hirschovits-Gerz & Koski-Jännes 2010). Yksittäisiin, artikkeleissa esitettyihin tilastollisesti merkitseviin tutkimustuloksiin tulee kuitenkin suhtautua kriittisesti ja pohtia, mitä ne kertovat todellisuudesta ja vallitsevista olosuhteista tai niiden eroista (Jokivuori & Hietala 2007, 182–183). Kansainvälisiä aineistoja olen tarkastellut kriittisesti artikkelissani IV.

Tutkimuksessa käytetty kyselylomake oli melko pitkä (30 kysymystä) ja vaati vastaajilta pitkäjänteisyyttä ja mielenkiintoa aihetta kohtaan. Riippuvuuden vaikeusaste voi vaihdella lievästä vaikeaan ja ilmetä eri tavoin eri riippuvuuksissa. Lomakkeessa kysyttiin riippuvuuksista kuitenkin enimmäkseen yleisellä tasolla,

⁴³ ”Huolellisesti suunnitellussa ja toteutetussa surveyssä saadaan yhdeksältä vastaajalta kymmenestä oikea tieto heidän iästään ja ammatistaan. Sen sijaan kysyttäessä esim. asenteisiin liittyviä asioita, saattaa seitsemän vastausta kymmenestä sisältää epätarkkuuksia” (Alkula ym. 2002, 121).

minkä vuoksi myös tulosten analyysissä oli pitäydyttävä yleisiin mielikuviin ja ryhmäkohtaisiin keskiarvoihin. Eri riippuvuuksia koskevien mielikuvien hahmottamiseksi vastaajien näkemyksiä selvitettiin esittämällä kysymyksiä monesta eri näkökulmasta. Kysymyksen asettelussa noudatettiin neutraalia esitystapaa. Lomakkeessa ei esimerkiksi ollut asennetutkimukselle ominaisia, tunteita herättäviä väittämiä eri riippuvuuksista tai suhtautumisesta riippuvaisiin. Vaikka pyrkimyksenä oli tarkastella mielikuvia neutraalisti, on syytä tiedostaa, että ihmisten näkemykset ovat yleisesti joko positiivisesti tai negatiivisesti värittyneitä ja vain harvoin aidosti neutraaleja sekä pelkästään informaatioon perustuvia (Sjöberg 2003).

Kysymysten asettelu lomakkeessa voi myös olla usealla tavalla johdattelevaa. Kun esimerkiksi pyydetään vastaajia arvioimaan alkoholin, kannabiksen tai lääkkeiden käyttöä yhteiskunnallisina ongelmina, lähtökohdan valinta vaikuttaa itsessään vastaamiseen. Kysymysten muotoilu voi vaikuttaa myös eri sukupuolten vastustapoihin. Esimerkiksi Karvinen ja Mäyrä tarkastelivat tietotekniikkaa ja pelikulttuuria ja pitivät niitä edelleen jossain määrin maskuliinisesti sävyttyneinä. Tämän seurauksena on todennäköistä, että naiset vähättelevät ja miehet jopa liioittelevat omaa pelaamistaan (Karvinen & Mäyrä 2011).

Kyselylomakkeissa käytettyjen käsitteiden tulee olla jäsenyntyneitä ja kiteytyneitä sekä yleisesti ymmärrettäviä (mm. Alkula ym. 2002). Riippuvuudella on esimerkiksi yhteisesti sovittuja määreitä, kuten toiminnan pakonomaisuus. Sen sijaan riippuvuuden syntyä ja siitä irtautumista koskevat käsitykset vaihtelevat eri tieteiden piirissä. Lisäksi riippuvuus-termin käyttö on laajentunut ja suodattunut arkiseksi käsitteeksi (Hellman 2010). Käytännössä riippuvuus käsite on siten ameebamainen eikä sen tyhjentävä määrittely ole mahdollista. Tässä tutkimuksessa riippuvuuden käsitettä ei myöskään etukäteen määritely, sillä tutkimuksella pyrittiin selvittämään nimenomaan vastaajien yleisiä näkemyksiä riippuvuuksista. Tässä tutkimuksessa käytettyä käsitettä ”riippuvuus” ei siis pidä tulkita kannanotoksi suhteessa esimerkiksi lääketieteen riippuvuus käsitteeseen.

Joitakin lomakkeen käsitteitä olisi voitu hieman tarkentaa vastausten validiteetin lisäämiseksi. Esimerkiksi omin avuin toipumista ei määritely lainkaan ja hoidon avulla toipumisen osalta mainittiin ainoastaan, että hoito sisältää tässä tutkimuksessa myös itseapuryhmät. Lomakkeessa olisi voinut mainita tarkemmin, mitä hoidolla tässä tutkimuksessa tarkoitetaan (esimerkiksi avo- ja laitoshoido, lääkkeellistä ja lääkkeetöntä hoitoa sekä oma-apuryhmiä). Kuvailu olisi voinut ohjata vastaajat pohtimaan selkeämmin samaa ilmiötä. Kysymys ”muista huumeista” jäi myös hieman epätarkaksi. Sen osalta olisi kenties voitu mainita, että kyse tässä tutkimuksessa on nimenomaan amfetamiinista ja opiaateista.

Kyselylomake perustui Blomqvistin (2009) Ruotsissa laatimaan lomakkeeseen, mikä asetti rajoituksia kysymysten muuttamiselle kansainvälisen vertailun mahdollistamiseksi. Tutkimuksen kohteeksi valittiin tässä tutkitut kahdeksan eri riippuvuuden muotoa. Jos kyse olisi yleisimmistä riippuvuuksista niin seksiin ja syömiseen liittyvät riippuvuudet olisi yhtä hyvin voitu ottaa mukaan (Orford 2001). Kriittiset näkökulmat huomioiden kyselylomake toimi silti hyvin, eivätkä esimerkiksi väestöotoksen vastaajat antaneet avoimessa kommenttiosuudessa kritiikkiä siitä, että kysymykset olisivat olleet vaikeasti ymmärrettäviä. Toiset riippuvuudet osoittautuivat kuitenkin vastaajille vieraammiksi kuin toiset. En osaa sanoa vastaussuudet vaihtelivatkin 3–20 % välillä. Toiminnalliset riippuvuudet olivat vastaajille vieraampia ja tupakka- ja alkoholiriippuvuus tutuimpia riippuvuuden muotoja. Tuloksia yleistettäessä on myös huomioitava ”en osaa sanoa”-vastausten aiheuttama kato analyyseissä.

Tutkimuksen tilastolliset analyysimenetelmät ja tulosten esitystapa valikoitiin lukuisten analyysivaihtoehtojen ja esitystapojen joukosta. Valitut analyysimenetelmät johtivat myös joihinkin heikkouksiin. Esimerkiksi keskihajontojen, keskivirheiden, luottamusvälien ja tarkkojen p-arvojen esittäminen artikkeleissa olisi voinut ryhdittää tuloksia ja tulosten tulkintaa nykyistä paremmin. Keskeiset tutkimuksen tulokset tulivat esiin kuvailevilla tilastollisilla menetelmillä (prosenttijakaumat, ristiintaulukoinnit ja keskiarvovertailut). Erilaiset regressioanalyysit todensivat löydöksiä ja osoittivat eri taustamuuttujien suhteellisen vaikutuksen vastauksiin. Vaikka kyselylomakkeessa oli lukuisia taustamuuttujia, monet niistä eivät tuottaneet variaatiota näkemyksiin. Esimerkiksi vastaajien asuinpaikka (maaseutu tai kaupunki), naimisissa olo, tulotaso ja lapset eivät tuottaneet merkitseviä näkemuseroja vaan toimivat hegemoniaa vahvistavina muuttujina. Sen sijaan esimerkiksi sukupuolten näkemuserot tulivat esiin sekä kuvailevilla menetelmillä että regressioanalyyseissä, eivätkä analyysit tuoneet esiin ns. kolmansia tekijöitä, kuten koulutus, asuinpaikka tai palkka, jotka olisivat vaikuttaneet tai selittäneet merkitsevästi sukupuolten välisiä näkemuseroja (vrt. Gustafson 1998; katso myös Wildavsky & Dake 1990).

Vaikka väitöskirjani perustuu tilastollisiin menetelmiin ja tunnuslukuihin, on tuloksiin suhtauduttava kriittisesti. Tilastolliset tulokset ovat suuntaa antavia, mutta kovin kategorisia päätelmiä niistä ei kannata tehdä, sillä kyse ei ole muuttumattomista luonnon ilmiöistä vaan tulokset kertovat sosiaalisesta ja jatkuvasti muuttuvasta maailmasta (mm. Jokivuori & Hietala 2007, 11). Tuloksia tarkasteltaessa on sen sijaan huomioitava esimerkiksi joitakin vastaamistapoihin liittyviä asioita. Tässä tutkimuksessa vastaajia pyydettiin vastaamaan riippuvuutta

koskeviin kysymyksiin useimpien kysymysten osalta yleisellä tasolla, eikä heitä itseään tai lähipiiriään koskien. Vain vastaajien taustaa sekä käyttö- ja riippuvuuskokemuksia koskevissa kysymyksissä pyydettiin esittämään tietoja tai arvioita omasta käyttäytymisestä. Aiemmissa tutkimuksissa (Sjöberg 2003) onkin osoitettu, että vastaajien näkemykset riskikäyttäytymisestä vaihtelevat sen mukaan, koskevatko kysymykset heitä itseään, heidän lähipiiriään vai yleistä tasoa. Sjöbergin (2003) tutkimuksessa selvisi, että erityisesti päihteitä (alkoholi ja tupakka) koskevaa yleistä riskiä pidettiin huomattavasti suurempana kuin lähipiirille tai itselle aiheutuvaa riskiä. Myös muut tutkitut riskit arvioitiin yleisellä tasolla suuremmiksi kuin niistä aiheutuvat riskit lähipiirille tai itselle (m. AIDS, melanooma, liikenneonnettomuus).

Keskeistä tulosten tulkinnassa oli peilata ja jäsentää riippuvuuksia koskevat mielikuvat tutkimushetkellä vallinneeseen yhteiskunnalliseen ja kulttuuriseen todellisuuteen (Jokivuori & Hietala 2007; 20–25) teoriaa hyödyntäen. Strukturoitu kyselyaineisto asetti tutkimusaineistona tiettyjä rajoituksia sosiaalisen representaation teorian hyödyntämiselle ja soveltamiselle. Keskeisin rajoite oli lomake, joka pakotti vastaajat valitsemaan vastausvaihtoehdon tutkijan laatimasta valikosta. Vastausten perusteella ei siten voinut päätellä, ulottuvatko näkemyserot sosiaalisen representaation ytimeen asti vai heijastelivatko ne vain ”pintatason variaatiota” aiheesta. Koska kustakin riippuvuudesta kysyttiin kuitenkin useita eri kysymyksiä, rakentui niistä kokonaiskuva sen perusteella, kuinka vakaviksi eri riippuvuudet hahmottuivat yksilölle ja yhteiskunnalle. Avoimet kysymykset olisivat lisäksi voineet tarkentaa aineistosta noussutta kuvaa.

Tutkimuksen teoreettinen taustoitus loi ymmärrystä riippuvuuksia koskevan tiedon muodostumisesta osana vallitsevia yhteiskunnallisia oloja (Karvonen 2013; Hacking 2009). Riippuvuuksille altistavien aineiden ja toimintojen historiakatsaus loi puolestaan konkreettisen ympäristön riippuvuusmielikuville: ne syntyvät ajallisesti prosessina ja toimivat perspektiivisen realismin rakennusaineina.

Bouldingin (1956) kuvaukset mielikuvista sekä Moscovicin (1984) sosiaalisten representaatioiden teoria auttoivat tutkimustulosten tulkinnassa. Vastauksia tarkasteltiin sosiaalisesti jaettuina mielikuvina eikä esimerkiksi yksittäisten ihmisten asenteina. Keskeisenä ajatuksena oli, että mielikuvat rakentuvat ja muovautuvat sosiaalisen vuorovaikutuksen myötä suhteessa aiempiin mielikuviiin, luokituksiin, asiantuntijatietoon, vallitseviin olosuhteisiin sekä viiteryhmiin intresseihin. Empiiristen tulosten peilaaminen aiempiin tutkimuksiin ja yhteiskunnassa vallitsevaan todellisuuteen sai sosiaalisten representaatioiden teorian avulla mielekkään ja ymmärrettävän hahmon.

7 Yhteenveto

Väitöskirjani tarkoituksena oli selvittää, miten suomalaiset suhtautuvat erilaisiin riippuvuuksiin ja miten eri riippuvuuksille altistavien aineiden ja toimintojen yhteiskunnallinen asema näkyi vastaajien mielikuvissa. Tutkimus kohdistui kahdeksaan eri riippuvuuden muotoon. Alkoholi- ja tupakkariippuvuudet edustivat tässä perinteisiä riippuvuusmielikuvia, joihin vieraampia riippuvuuden muotoja, huume-, lääke-, rahapeli- ja internetiriippuvuuksia suhteutettiin (emt.; Hacking 2009, 26). Riippuvuuskohtaisen tarkastelun lisäksi tutkin, miten yksilötason taustatekijät kuten vastaajien sukupuoli, ikä ja oma riippuvuuskokemus, institutionaalisen tason muuttuja, tässä päihdetyön ammattilaisuus sekä kulttuurinen konteksti, kansalaisuus, tuottivat variaatiota vastauksiin. Tutkimuksen keskeisenä aineistona käytin väestölle suunnattua strukturoitua kyselyä (artikkelit I–IV). Vertasin väestön näkemyksiä päihdetyön ammattilaisten näkemyksiin artikkelissa III sekä alkoholiriippuvuuden osalta myös ruotsalaisten, kanadalaisten ja venäläisten näkemyksiin artikkelissa IV. Sosiaalisen representaation teoria (Moscovici 1984) tarjosi tulkintakehyksen riippuvuutta koskevien mielikuvien ymmärtämiselle.

Tutkimuksen taustoitus auttoi ymmärtämään, miten eri riippuvuuksille altistavien aineiden ja toimintojen toisistaan poikkeava yhteiskunnallinen asema on muotoutunut lähihistoriassa. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että mielikuvat kytkeytyvät joustavasti yhteiskunnassa vallitsevaan politiikkaan ja reaalitytöön kuten kulutus-, rikos- ja sairaustilastoihin. Eri riippuvuuden muodot arvioitiin yleiseltä vakavuudeltaan erilaisiksi ja eri tavoin vaarallisiksi yksilön ja yhteiskunnan näkökulmista. Aineita pidettiin itsessään vaarallisempina kuin toimintoja niin riippuvuusriskin, toipumisen mahdollisuuksien, toipumista koskevien esteiden kuin yhteiskunnallisen ongelmankin näkökulmista tarkasteltuna. Käytetyillä kemiallisilla aineilla oletettiin siten olevan suurempi vaikutus ihmiseen kuin jonkin toiminnon tuottamalla stimulaatiolla. Ne riippuvuuden muodot, joiden riippuvuuspotentiaalini uskottiin olevan suuri niitä kokeiltaessa, arvioitiin myös vaikeasti itse voitettaviksi riippuvuuksiksi. Poikkeuksena oli tupakka, joka arvioitiin riippuvuusriskiltään suureksi, mutta myös helposti itse voitettavaksi riippuvuudeksi. Eri aineet ja yksilön

persoonalliset ominaisuudet arvioitiin olennaisiksi riippuvuuksista toipumista estäviksi tekijöiksi kaikissa eri riippuvuuksissa siten, että sosio-kontekstuaaliset tekijät miellettiin näitä pienemmiksi. Poikkeuksena oli alkoholi-riippuvuus, jonka suhteen toipumisen esteet kuvattiin monipuolisesti sekä yksilön, aineen että ympäristötekijöiden kompleksisena kokonaisuutena. Huomion arvoista oli myös suomalaisten vahva usko hoidon mahdollisuuksiin auttaa irti etenkin vaikeaksi arvioimistaan päihderiippuvuuksista (alkoholi ja huumeet). Eri riippuvuuden muodot limittyivät 15 yhteiskunnallisen ongelman joukkoon siten, että väkivaltarikollisuus, alkoholi-ongelmat ja huumeet (pois lukien kannabis) arvioitiin vaikeimmiksi yhteiskunnallisiksi ongelmiksi.

Riippuvuusmielikuvat olivat pääosin yhteneviä, hegemonisia heijastaen vallitsevan kontrollipolitiikan mukaisia näkemyksiä eri riippuvuuksien vaarallisuudesta yksilölle. Keskeisimmät vastausten variaatioita tuottavat muuttajat tutkimusaineistossa olivat sukupuoli, päihdetyön ammatillaisuus ja kansalaisuus. Sukupuolten erot liittyivät pääosin ongelmien vakavuusasteeseen. Päihdetyön ammatillinen kokemus muovasi käsityksiä ainakin ”uusista” ja maallikoiden vähemmän tuntemista riippuvuuksista kuten lääke- ja toiminnallisista riippuvuuksista sekä kannabiksesta, jota koskeva näkymä poikkeaa oletettavasti hoitokontekstissa yleisestä mielikuvasta. Suomalaisten alkoholia koskevat näkemykset edustivat verrokkimaita useammin puolestaan suomalaista ”sisua”, jossa yksilön oletetaan hoitavan ongelmansa itse turvautumatta muiden apuun. Toisaalta suomalaiset näyttivät edelleen luottavan hyvinvointivaltion hoito- ja palvelujärjestelmän kykyyn auttaa tehokkaasti irti päihderiippuvuuksista. Kokonaisuudessaan riippuvuusmielikuvien variaatiot olivat lähinnä emansipoituneita, eikä selkeitä ristiriitaisia eli poleemisia ryhmäeroja ollut nähtävissä.

Vaikka suomalaisten mielikuvat eri aineista ja toiminnoista olivat pääosin yhteiskunnassa vallitsevan realitiedon mukaisia, eri aineita ja toimintoja koskevat käsitykset näyttivät perustuvan osin myös sosiaalisiin representaatioihin, jotka elävät irrallaan realitodellisuudesta. Esimerkiksi lääke- ja huumeriippuvuuksien suhde osoittautui osin ristiriitaiseksi, sillä kemiallisina aineina ne ovat osin samoja, mutta eroavat käyttökulttuureiltaan. Riippuvuusilmiö saakin eri aikakausina ja erilaisissa sosiaalisissa konteksteissa vaihtelevia ilmenemismuotoja, merkityksiä ja tulkintoja. Niin sanotuilla totuusinstituutioilla (Karvonen 2013), joita tutkijat edustavat, onkin oma vastuunsa mielikuvien tuottajina ja virheellisten mielikuvien kyseenalaistajana. Mielikuvat luovat myös odotushorisontteja (emt.), joihin on mahdollista ja joskus syytäkin vaikuttaa. Esimerkiksi erilaiset kansalliset

suunnitelmat (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009; Savuton Suomi 2040), tulevaisuuden visiot (Lintonen, Rönkä, Kotovirta & Konu 2012) ja ohjelmat (mm. Alkoholiohjelma 2004; WHO: Global status report on noncommunicable diseases 2010) edustavat tätä mielikuvien avulla toteutettavaa tulevaisuuden rakentamisen konkretiaa. Tämän tutkimuksen keskiössä on kuitenkin lisätä ymmärrystä lähinnä mielikuvien yleisestä vaikutuksesta reaalityodellisuuden rakentumiseen.

Käsillä oleva tutkimus tuotti ymmärrystä siitä, miten riippuvuusmielikuvat rakentuvat ”osamielikuvista”, jotka voivat olla jossain määrin jopa ristiriidassa toistensa kanssa tai joita koskevat selittävät tekijät löytyvät vasta kulttuurisen tarkastelun avulla. Vaikka esimerkiksi tupakka arvioitiin riippuvuuspotentiaaliltaan suureksi, ei siitä vapautumista mielletty kovin vaikeaksi omin avuin. Alkoholista taas ei arvioitu kovin suureksi riippuvuusriskin näkökulmasta, mutta silti se arvioitiin vaikeaksi ja vakavaksi riippuvuudeksi niin yksilön kuin yhteiskunnankin näkökulmista. Toiseksi tutkimus tarjosi näkymän siihen, miten eri riippuvuuksia koskevat mielikuvat rakentuvat suhteessa toisiinsa. Tulokset toivat esiin eräänlaisen ilmakuvan, jossa jokaisella riippuvuuden muodolla on oma kehityshistoriansa yhteiskunnallisena ongelmana. Näin ollen myös jokaisella riippuvuudelle altistavalla aineella tai toiminnalla on myös omanlaisensa odotushorisontti esimerkiksi osana ”päihdepolitiikkaa” (vrt. Karvonen 2013).

Kolmanneksi tutkimus tarjosi ymmärrystä riippuvuuksista tieteellisen tiedon ja maallikkotiedon rajailmiönä. Yhteenvedossa tarkasteltiin riippuvuuksia eri tieteenalojen perspektiivistä, yhteiskunnallisen reaalityodellisuuden näkökulmasta sekä empiirisesti selvittämällä, mitä suomalaiset ajattelevat eri riippuvuuksista. Tutkimuksen taustoitukset ja tulokset osoittavat, ettei riippuvuusilmiön mielikuva ja määrittely ole stabiili tieteiden sisällä, niiden välillä eikä myöskään kansalaisten mielikuvissa. Riippuvuudesta puhuttaessa onkin hyvä jäsentää, mitä riippuvuudella kulloinkin tarkoitetaan ja pohtia, mitä seurauksia tulkinnoilla on. Koski-Jänneksen (2012, luento) mukaan riippuvuuden ymmärtäminen pahatapaisuutena herättää muissa helposti moraalista pahennusta, joka näyttäytyy riippuvaisten voimakkaana syyllisyyden ja häpeän tunteina ja toiminnan salailuna. Sairausajattelu ja biolääketieteellinen näkökulma johtavat puolestaan lääkkeiden kehittämiseen ja elintapasairautena pitäminen taas elämänhallintakeinojen edistämiseen, mutta voi myös ehdollistaa avun saannin. Jos taas riippuvuus nähdään haitallisena selviytymismallina, annetaan ihmiselle tukea mielekkäämpien ajattelu- ja toimintamallien oppimiselle. Käytännössä esimerkiksi lääketieteellinen tautiluokitus tarjoaa kriteerit potilaan oireiden kartoittamiseksi ja tulkittamiseksi. Oirekuvan täyttyessä potilas saa diagnoosin, joka taas mahdollistaa muun muassa palveluihin

ja taloudellisen tuen piiriin pääsyn. Lääketieteelliset tautiluokitukset eivät kuitenkaan jäsennä koko ihmistä, hänen elämäntarinaansa tai anna aiheita luokitella ihmisiä tyhjentävästi. Ne luovat kuitenkin vahvoja mielikuvia ongelmien rakentumisesta ja ongelmista kärsivistä ihmisistä.

Käsillä oleva tutkimus herätti uusia kysymyksiä. Ensinnäkin tämä tutkimus koski vain yhtä ajankohtaa. Jatkotutkimuksena voisi olla mielekästä tarkastella näkemysten muutoksia toistamalla kysely tai joitakin kysymyslomakkeen osioita lähivuosina. Toiseksi käsillä olevassa tutkimuksessa verrattiin kahdeksan eri riippuvuuden mielikuvia toisiinsa. Jatkossa voitaisiin tutkia näkemyksiä myös muista riippuvuuden muodoista kuten läheis-, seksi-, liikunta- ym. riippuvuuksista tai riippuvuuden kaltaisista toiminnoista. Kolmanneksi vastaajien mielikuvia selvitettiin tässä kyselyssä ainoastaan yleisellä tasolla. Yhtenä jatkotutkimusaiheena voisivat olla selvemmin omakohtaiset riippuvuuskokemukset samoin kuin mielikuvat eriasteisista riippuvuusongelmista. Neljänneksi suomalainen hyvinvointiyhteiskunta on murenemassa ja vuosikymmeniä rakennetun palvelujärjestelmän rakenteet ovat uhattuna. Jatkossa voitaisiin myös tutkia, miten ammattilaisten sekä vertais- ja kokemustoimijoiden näkemykset eroavat toisistaan riippuvuutta koskevissa kysymyksissä.

Lähteet

- Aalto, M. (2012) Psykososiaaliset hoidot ja niiden merkitys huume- ja lääkeriippuvuuksien hoidossa. Teoksessa K., Seppä, M., Aalto, H., Alho, K., Kiianmaa (toim.) Huume- ja lääkeriippuvuudet. Helsinki: Duodecim, 121–122.
- Abrie J. C. (1993) Central system, peripheral system, their functions and their roles in the dynamics of social representations. *Papers on Social Representations* 2:2, 75–78.
- Addiktio sosiaalisena representaationa – tutun ja vieraan tulkinnat (2007) Tampere: Tampereen yliopiston hankkeen kotisivusto. <http://www.uta.fi/yky/tutkimus/socru/tutkimusalueet/addiktionteoriatjamielikuvat.html>. Viitattu 1.3.2014.
- Ahjoniemi, H. & Peltoniemi T. (2011) 431 Nettiriippuvuuden hoito. Helsinki: A-klinikkasäätiö, Päihdelinkki. <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/431-nettiriippuvuuden-hoito>. Viitattu 15.8.2013.
- Aho, P. & Turja, T. (2007) Suomalaisten rahapelaaminen 2007. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Taloustutkimus.
- Ahonen J. (2005) Päihdehuoltoa rakentamassa. A-klinikkasäätiö 1955–2005. A-klinikkasäätiö, raporttisarja 51. Jyväskylä: Gummerus.
- Ainslie, G. (1986) Beyond microeconomics. Conflict among interests in a multiple self as a determinant of value. Teoksessa J. Elster (toim.) *The multiple self*. Cambridge, Mas, US: Cambridge University Press, 133–175.
- Alexander, B. & Schweighofer, A. (1988) Defining addiction. *Canadian psychology* 29:2, 156–162.
- Alexander, B. (2008) *Globalization of addiction*. Oxford: Oxford University Press.
- Alho, H. (2012) Huumeiden käytön tunnistaminen ja huumeriippuvuuden tunnusmerkit. Teoksessa K., Seppä, M., Aalto, H., Alho, K., Kiianmaa (toim.) Huume- ja lääkeriippuvuudet. Helsinki: Duodecim, 52–53.
- Alkoholiohjelma 2004–2007 (2004) Yhteistyön lähtökohdat. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, julkaisu 2004:7. <http://pre20090115.stm.fi/aa1082984116271/passthru.pdf>. Viitattu 2.6.2013.
- Alkoholisuositustyöryhmä (2010) Alkoholinkäytön ongelmakäytön määritelmät ja diagnoosit. Helsinki: Duodecim. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../nix00353#s7>. Viitattu 1.4.2013.
- Alkula, T., Pöntinen, S. & Ylöstalo, P. (2002) Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. Helsinki: WSOY.
- Augustinos, M., Walker, I. & Donaghue, N. (2006) *Social Cognition. An integrated Introduction*. London: Sage Publication.
- Avellan M. (toim.) (2012) *Suomalaisen rahapelaamisen vuosikirja 2012*. Helsinki: THL, sisäasian ministeriö, sosiaali- ja terveysministeriö, poliisihallitus. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104422/MUU2013_Suomalaisen%](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104422/MUU2013_Suomalaisen%20)

20rahapelaamisen%20vuosikirja%202012_verkkojulkaisu.pdf?sequence=1. Viitattu 15.1.2014.

- Bandura, A. (1977) *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall.
- Berger, P. & Luckmann, T. (1994) *Todellisuuden sosiaalinen rakentuminen. Tiedonsosiologinen tutkielma. Suomentanut ja toimittanut V. Raiskila*. Helsinki: Gaudeamus. Englanninkielinen alkuteos (1966) *The social construction of reality*.
- Björklund, K., Heiskanen, M. & Kokko, M. (2011) *Opiskelija internetissä – kuin kala verkossa. Korkeakouluopiskelijoiden rahapelaaminen ja internetin käyttö. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö ja THL, raportteja 16*. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/763d6978-cf9b-4c58-aa6c-fd3600c68a19>. Viitattu 22.2.2014.
- Block, J. (2008) *Issues for DSM-V: internet Addiction*. *American Journal of Psychiatry* 165:3, 306–307.
- Blomqvist, J. (2009) *What is the worst thing you can get hooked on? Popular images of addiction problems in Contemporary Sweden*. *Nordisk Alcohol & Tidkrift* 26:4, 373–398.
- Blomqvist, J. (2012) *Perceptions of addiction and recovery in Sweden: The influence of respondent characteristics*. *Addiction Research & Theory* 20:5, 435–446.
- Blumer, H. (1971) *Social problems as collective behavior*. *Social problems* 18, 298–306.
- Boulding, K. (1961) *The Image: Knowledge in Life and Society*. Michigan: University of Michigan Press. Englanninmielinen alkuperäisteos on vuodelta 1956.
- Brickman, P., Rabinowitz, V.C., Karuza, J.Jr., Coates, D., Cohn, E. & Kidder, L. (1982) *Models of Helping and Coping*. *American Psychologist* 37:4, 368–384.
- Bruun, K. (1970) *Järkipäristä huumausainepolitiikkaa kohti*. Teoksessa I. Taipale (toim.) *Huumausainekysymys*. Porvoo: WSOY, 168–178.
- Christie, N. & Bruun, K. (1986) *Hyvä vihollinen. Huumausainepolitiikka pohjolassa*. Espoo: Weilin+Göös.
- Cunningham, J. & Mäkelä, P. (2003) *Comparing drinking patterns in Finland and Ontario (Canada)*. *Contemporary Drug Problems* 30:3, 685–699.
- Cunningham, J., Blomqvist, J. & Cordingley, J. (2007) *Beliefs about drinking problems: Results from a general population telephone survey*. *Addictive Behaviors* 32:1, 167–169.
- Cunningham, J., Blomqvist, J., Koski-Jännes, A. & Raitasalo, KM. (2012) *Societal images of Cannabis use: comparing three countries*. *Harm Reduction Journal* 9:21. <http://www.harmreductionjournal.com/content/9/1/21>. Viitattu 5.5.2013.
- Dahl, P. & Hirschovits, T. (2002) *Tästä on kyse – tietoa päihteistä*. Helsinki: Youth Against Drugs ry.
- Danielsson, P., Ollila, H., Korhonen, T., Broms, U., Laatikainen, T. & Patja, K. (2012) *Tupakkapolitiikka kansalaisasenteissa ja päivänpolitiikassa*. Teoksessa A. Heloma, H. Ollila, P. Danielsson, P. Sandström & J. Vakkuri. *Kohti savutonta Suomea. Tupakoinnin ja tupakkapolitiikan muutokset*. THL, *Teema* 2012:16, 36–51. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90868/URN_ISBN_978-952-245-640-3.pdf?sequence=1. Viitattu 8.3.2013.
- Doise W. (1986) *Levels of explanation in social psychology*. Cambridge: Cambridge university press.
- Doise, W., Spini, D., & Clémence, A. (1999) *Human rights studied as social representations in a cross-national context*. *European Journal of Social Psychology* 29, 1–31.

- Douglas, M. & Wildavsky, A. (1983) Risk and culture. Berkley: University of California Press.
- DSM-5 (2013) Substance-Related and Addictive Disorders <http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf>. Viitattu 27.6.2014)
- Egerer, M. (2012) Alcoholism, brief intervention and the institutional context: a focus-group study with French and Finnish general practitioners. *Critical Public Health* 22: 3, 307–318.
- Egerer, M. (2013) Problem drinking, gambling and eating – three problems, one understanding? A qualitative comparison between French and Finnish social workers. *Nordic studies on alcohol and drugs* 30:1, 67–86.
- Egerer, M., Hellman, M. & Sulkunen, P. (2012) Autonomy and protection in the welfare state Finnish social workers' views on alcohol problems. Teoksessa M. Hellman, G. Roos & J. von Wright. *A Welfare Policy Patchwork - Negotiating the Public Good in Times of Transition*. Nordens Välfärd center, 203–224. <http://www.nordicwelfare.org/Publications/A-Welfare-Policy-Patchwork---Negotiating-the-Public-Good-in-Times-of-Transition/>. Viitattu 13.12.2013.
- Elster, J. (1999) Emotion and addiction: Neurobiology, culture, and choice. Teoksessa J. Elster (toim.) *Addiction: entries and exits*, 239–276. New York, NY: Russell Sage Foundation <http://books.google.fi/books?id=yd6d2jf77Y0C&pg=PA26&dlpg=PA26&dq=ELSTER+1999+ADDICTION&source=bl&ots=Q7fNEsIMFC&sig=wx3yNinAF28l o1DzYWCZSuK5n1o&hl=en&sa=X&ei=I5U0UdSmLoiitAbG34CwDw&ved=0CEkQ6AEwBg#v=onepage&q=ELSTER%201999%20ADDICTION&f=false>. Viitattu 13.2.2014.
- ESPAD (2013) The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. <http://www.espad.org/>. Viitattu 2.4.2013.
- Finlex (2013) Oikeusministeriö. Edita Publishing. www.finlex.fi. Viitattu 25.5.2013.
- Forsell, M. & Nurmi, T. (2013) Päihdehuollon huumeasiakkaat 2012. THL, Tilastoraportteja 2013:21.
- Forsell, M., Virtanen, A., Jääskeläinen, M., Alho, H. & Partanen A. (2010) Huumetilanne Suomessa 2010. Helsinki: THL, raportteja 2010:40.
- Fraser, C. (1994) Attitudes, social representations and widespread beliefs. *Papers on social representations* 3:1, 1–134. http://www.psych.lse.ac.uk/psr/PSR1994/3_1994Fraser1.pdf. Viitattu 10.4.2013.
- Furnham, A. & Lowick, V. (1984) Lay theories of the causes of alcoholism. *British Journal of Medical Psychology* 57:4, 319–332.
- Furnham, A. & Thomson, L. (1996) Lay theories of heroin addiction. *Social Science and Medicine* 43:1, 29–40.
- Giddens, A. (1995) Elämää jälkiteollisessa yhteiskunnassa. Teoksessa U. Beck, A. Giddens & S. Lasch *Nykyajan jäljillä. Refleksiivinen modernisaatio*. Tampere: Vastapaino, 83–152.
- Glatt, M.M. (1958) Group therapy in alcoholism. *British Journal of Addiction* 54:2, 133–148.
- Griffiths, M., Duff, J., Hammersley, R. & Millar, K. (1993) Etiologies of excessive behavior: A study of non-professional peoples' beliefs. *Addiction Research & Theory* 1:3, 199–206.

<http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/16066359309005535?journalCode=art>. Viitattu 12.5.2013.

- Gustafson, P.E. (1998) Gender differences in Risk Perception: Theoretical and methodological perspectives. *Risk analysis* 18:6, 805–811.
- Hacking, I. (2009) Mitä sosiaalinen konstruktioismi on? Suomentanut Inkeri Koskinen. Tampere: Vastapaino. Englanninkielinen alkuteos (1999) *The social construction of what?*
- Hakkarainen, P. & Metso, L. (2007) Huumeekysymyksen muuttunut ongelmakuva. Vuoden 2006 huumeekyselyn tulokset. *Yhteiskuntapolitiikka* 72:5, 541–552.
- Hakkarainen, P. (1992) Huumeaineiden käyttötavat. Teoksessa O. Kontula (toim.) *Huumeiden käyttäjät Suomessa*. Helsinki: Kirjayhtymä, 119–145.
- Hakkarainen, P. (2000) Tupakka, nautinnosta ongelmaksi. Tampere: Vastapaino.
- Hakkarainen, P., Metso, L. & Salasuo, M. (2011b) Hamppuikäpölvä, sekakäyttö ja doping. Vuoden 2010 huumeekyselyn tuloksia. *Yhteiskuntapolitiikka* 76:4, 397–412.
- Hakkarainen, P., Perälä, J. & Metso, L. (2011a) Kukkaa pukkaa – kannabiksen kotikasvatus Suomessa. *Yhteiskuntapolitiikka* 76:2, 148–168.
- Haukkala, A., Vartiainen, E. & de Vries, H. (2006) Progression of oral snuff use among Finnish 13–16-year-old students and its relation to smoking behavior. *Addiction* 101:4, 581–589.
- Heikkilä, T. (2008) *Tilastollinen tutkimus*. Helsinki: Edita.
- Helakorpi, S., Patja, K., Prättälä, R. & Uutela, A. (2005) Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2005. Helsinki: Kansanterveyslaitos, julkaisuja B18/2005.
- Helakorpi, S., Prättälä, R. & Uutela, A. (2008) Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2007. Helsinki: Kansanterveyslaitos, julkaisuja B 6.
- Helakorpi, S., Uutela, A. & Puska, P. (2009) Vuoden 2004 alkoholin hinnan alennus näkyi työikäisten alkoholinkäytössä. *Kansanterveys* 3, 5–6. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/78308/2008b06.pdf?sequence=1>. Viitattu 3.9.2013.
- Helakorpi, S., Holstila, A-L., Virtanen, S. & Uutela, A. (2012). Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2011. THL, julkaisuja 2012:45.
- Helén, I. (2011) Reformin pirstaleet. *Mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen*. Tampere: Vastapaino.
- Hellman, M. (2010) *Construing and Defining the Out of Control - Addiction in the Media 1968–2008*. University of Helsinki: Swedish school of social science 2010:28.
- Hellman, M. & Rolando, S. (2013) Collectivist and individualist values traits in Finnish and Italian adolescents' alcohol norms. *Drugs & alcohol today* 13:1, 51–59.
- Hellman, M. & Roos, G. (2012) The architectural patchwork of the welfare state. Teoksessa M. Hellman, G. Roos & J. von Wright. *A Welfare Policy Patchwork - Negotiating the Public Good in Times of Transition*. Nordens Välfärdcenter 9–17. <http://www.nordicwelfare.org/Publications/A-Welfare-Policy-Patchwork---Negotiating-the-Public-Good-in-Times-of-Transition/>. Viitattu 2.2.2014.
- Henriksson, M. & Tuunainen, A. (2014) Bentsodiatsepiinien määrääminen. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto.

- http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/laakehoito/bentsodiats_eiiniien_maaraaminen_2. Viitattu 9.3.2014.
- Herd, D. & Room, R. (1982) Alcohol images in American film 1909–1960. *Drinking and Drug Practices Surveyor* 18, 24–35.
- Heyman, G. (2009) *Addiction: a disorder of choice*. USA: Library of congress cataloging-in-Publication data.
- Hietala, O. (2013) A-klinikan asiakaskahvilassa – etnografinen tutkimus asiakkaiden juomiselle ja ammattiavulle antamista merkityksistä. Väitöskirja, Helsingin yliopisto, yhteiskuntapolitiikan laitos. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja, A tutkimuksia 37.
- Hirschovits-Gerz, T. & Koski-Jännes, A. (2010) Suomalaisten käsityksiä riippuvuuksista. Sukupuolen, iän sekä yhteiskunnallisen todellisuuden vaikutuksia mielikuviin. *Sosiologia* 47:1, 3–23.
- Hirschovits-Gerz, T. (2008) Suomalaisten käsityksiä riippuvuuksista - sukupuolen, iän sekä yhteiskunnallisen todellisuuden vaikutuksia mielikuviin. Pro Gradutyö. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Hirschovits-Gerz, T. (2013). How Finns Perceive the Barriers to Recovery from Various Addictions. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 29:2, 139–154. <http://versita.metapress.com/content/g163004t23556816/fulltext.pdf> Viitattu 1.6.2013.
- Hirschovits-Gerz, T., Ahonen, J. & Tammi, T. (2012b) Peli, persoona vai tilanne? Rahapeliongelmaisista koskevat tyypittelyt tutkimuskirjallisuudessa ja arjen hoitotyössä. *Janus* 20:3, 110–127.
- Hirschovits-Gerz, T., Holma, K., Koski-Jännes, A., Raitasalo, KM., Blomqvist, J., Cunningham, J. & Pervova, I. (2011) Is there something peculiar about Finnish views on alcohol addiction? – A cross-cultural comparison between four northern populations. *Research on Finnish society* 4, 41–54.
- Hirschovits-Gerz, T., Pennonen, M. & Koski-Jännes, A. (2012a). Ammattilaisten ja kansalaisten mielikuvat omaehtoisesta toipumisesta ja hoidon tuottamasta lisäarvosta eri riippuvuuksista toivuttaessa. *Yhteiskuntapolitiikkalehti* 77:5, 495–510.
- Holma, K., Koski-Jännes, A., Raitasalo, KM., Blomqvist, J., Pervova, I. & Cunningham, J. (2011) Perceptions of alcohol addictions as societal problems in Canada, Sweden, Finland and St. Petersburg, Russia. *European Addiction Research* 17, 106–112.
- Holmila, M. (2011) Perhe, päihteet ja sukupuoli. *Yhteiskuntapolitiikka* 66:1, 55–62.
- Holopainen, A. (1992) Narkomaanin ja ammattiauttajan kohtaamisesta. Teoksessa O. Kontula (toim.) *Huumeiden käyttäjät Suomessa*. Helsinki: Kirjayhtymä, 200–232.
- Huhtanen, P., Hokka, P. & Mäkelä, P. 2009. Juomatapatutkimus 2008. Aineistokuvaus. THL, avauksia 2009:16.
- Huotilainen, A. (2005) Dimensions of Novelty: Social Representations of New Foods. Väitöskirja. Helsingin yliopisto, sosiaalipsykologian ja elintarviketeknologian laitokset. EKT-sarja 1335. Helsinki. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/23503/dimensio.pdf?sequence=3>. Viitattu 24.6.2014.
- Härkönen, J. & Österberg, E. (2010) Miten alkoholiin on suhtauduttu ennen ja nyt? Teoksessa P. Mäkelä, H. Mustonen & C. Tigerstedt (toim.) *Suomi Juo. Suomalaisten alkoholin käyttö ja sen muutokset 1969–2008*. THL, 155–165.

- ICD-10 tautiluokitus (2011) Tautiluokitus. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet. THL 5/2011. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/15c30d65-2b96-41d7-aca8-1a05aa8a0a19>. Viitattu 24.6.2014.
- ICD-10 tautiluokitus (2012) Psykiatrian luokituskäsikirja. Suomalaisen tautiluokitus ICD-10:n psykiatriaan liittyvät diagnoosit. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 1. THL. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90815/URN_ISBN_978-952-245-549-9.pdf?sequence=1. Viitattu 7.9.2013.
- Images-konsortio (2013) <http://blogs.helsinki.fi/imagesofaddiction/publications-2/>. Viitattu 5.5.2013.
- Jaakkola, R. 1970. Huumausaineiden käyttö Suomessa. Teoksessa I. Taipale (toim.) Huumausainekysymys. Porvoo: WSOY, 91–117.
- Jallinoja, P., Püspa, M. & Tigerstedt, C. (2003) Koko totuus huumekampanjasta. Valtakunnallisen hankkeen arviointi. Terveyden edistämisen keskus, julkaisuja, sarja 2003:10. Helsinki: Terveyden edistämisen keskus.
- Jaspars, J.M. (1978) The nature and measurement of attitudes. Teoksessa H. Tajfel & C. Fraser (toim.) The nature and measurement of attitudes. New York: Penguin Books, 256–276.
- Jauho, M. (2010) Michel Foucault ja terveyden tutkimus. Teoksessa U. Ashorn, L. Henriksson, J. Lehto & P. Nieminen (toim.) Yhteiskunta ja terveys. Klassisia teoreettisia näkökulmia. Helsinki: Gaudeamus, 157–173.
- Jodelet, D. (1991) Madness and social representations: Living with the mad in one French community. Berkeley: University of California Press.
- Joffe, H. (2002) Social representations and health psychology. *Social Science Information* 41:4, 559–580.
- Joffe, H. (2003) Risk: From perception to social representation. *British journal of social psychology* 42:1, 55–73.
- Jokinen, A. (2012) Kategoriat, instituutiot ja sosiaalisen järjestyksen tuottaminen. Teoksessa A. Jokinen, K. Juhila & E. Suoninen (toim.) Kategoriat, kulttuuri & moraalit. Tampere: Vastapaino, 227–266.
- Jokivuori, P. & Hietala, R. 2007. Määrällisiä tarinoita. Monimuuttujamenetelmien käyttö ja tulkinta. Helsinki: WSOY.
- Jones, E. E., & Nisbet, R. E. (1971) The actor and the observer: Divergent perceptions of the causes of behavior. New York: General Learning Press.
- Joukanen, S. (2011) Pregabaliinin väärinkäyttö on lisääntynyt. *Suomen lääkärilehti* 66:9, 756–759.
- Joutsa, J. (2012) Neurobiology of pathological gambling. Brain imaging and epidemiological studies. Väitöskirja, Turun yliopisto. <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/77505/Annales%20D%201026%20Joutsala%20DISS.pdf?sequence=1>. Viitattu 24.2.2014.
- Juhila, K. (2012a) Ongelmat, niiden selittäminen ja kategoriat. Teoksessa A. Jokinen, K. Juhila & E. Suoninen. Kategoriat, kulttuuri & moraalit. Tampere: Vastapaino 131–173.
- Juhila, K. (2012b) Poikkeavan kategorian jäsenyyden tuottaminen ja vastustaminen. Teoksessa A. Jokinen, K. Juhila & E. Suoninen. Kategoriat, kulttuuri & moraalit. Tampere: Vastapaino 175–225.

- Juhila, K., Jokinen, A. & Suoninen, E. (2012) *Kategoria-analyysin teesit*. Teoksessa A. Jokinen, K. Juhila & E. Suoninen. *Kategoriat, kulttuuri & moraalit*. Tampere: Vastapaino, 45–87.
- Järvinen-Tassopoulos, J. (2012) *Rahapelaamisen ja ongelmapelaamisen yleisyys Suomessa*. Teoksessa P. Raento (toim.) *Rahapelaaminen Suomessa*. Helsinki: Gaudeamus, 80–98.
- Kansainväliset tautiluokitukset peliriippuvuudelle (2014) DSM-5. Suomentanut S. Castrén, T. Lahti, A. Salonen & H. Alho (2014). THL. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopaketit/pelihaitat/rahapeliongelman_hoitto_ja_tuki/peliriippuvuus/tautiluokitukset. Viitattu 25.2.2014.
- Karjalainen, K. & Hakkarainen, P. (2013) Lääkkeiden väärinkäyttö 2000-luvun Suomessa. Esiintyvyys, käyttäjäryhmät ja käyttötarkoitukset. *Yhteiskuntapolitiikka* 78:5, 498–508.
- Karlsson, T. & Österberg, E. (2010) Mitä tilastot kertovat suomalaisten alkoholinkäytöstä? Teoksessa P. Mäkelä, H. Mustonen & C. Tigerstedt (toim.). *Suomi Juo. Suomalaisten alkoholin käyttö ja sen muutokset 1969–2008*. THL, 13–26.
- Karvinen, J. & Mäyrä, F. (2011) *Pelaajabarometri 2011*. Pelaamisen muutos. Tampereen yliopiston informaatiotieteiden yksikkö, tutkimusraportteja. http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/65502/pelaajabarometri_2011.pdf?sequence=1. Viitattu 3.1.2013.
- Karvonen, E. (2013) Tieto paitsi kuvaa todellisuutta myös rakentaa sitä. *Tieteessä tapahtuu* 31:1, 18–24.
- Katainen, A. (2011) *Tupakka, luokka ja terveyskäyttäytymisen ongelma*. Väitöskirja. Helsingin yliopisto, Sosiaalitieteiden laitos. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/24797/tupakkal.pdf?sequence=1>. Viitattu 5.5.2013.
- Kekoni, T. (2007) *Kannabiksen käyttö, yhteiskunnallinen reagointi ja siihen vastaaminen*. Kannabisaktivistien näkökulma. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, Sosiaalipolitiikan ja sosiaaliväestön laitos <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67793/978-951-44-7151-3.pdf?sequence=1>. Viitattu 5.5.2013.
- Khantzian, E.J. (1985) The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry* 142:11, 1259–64.
- Kiianmaa, K. (2012) *Huumeiden vaikutusmekanismit, riippuvuuden kehittyminen ja periytyvyys*. Teoksessa K. Seppä, M. Aalto, H. Alho & K. Kiianmaa (toim.) *Huume- ja lääkeriippuvuudet*. Helsinki: Duodecim, 23–33.
- Kinnunen, J. (2010) *Verkkorahapelaamisen muodonmuutos*. THL, raportteja 2010:12. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80417/cf7a419f-c795-4f5a-a89a-a6531709cc9c.pdf?sequence=1>. Viitattu 13.5.2013.
- Klingemann, H. (2001) Natural recovery from alcohol problems. Teoksessa N. Heather, T. Peters & T. Stockwell (toim.) *International handbook of alcohol dependence and problems*. John Wiley & Sons Ltd., luku 33. <http://www.og-psykologen.dk/Litteratur-misbrug/03-08-15%20Spontan%20helbredelse%20fra%20alkoholproblemer-klingsmann.pdf>. Viitattu 5.3.2013.
- Klingemann, H. (2003) The societal Images of natural recovery from addictions (SINR). <http://www.tissa.net/archive/2003/KlingemannArticle24-09-03.pdf>. Viitattu 13.6.2013.

- Klingemann, J. (2011) Lay and professional concepts of alcohol dependence in the process of recovery from addiction among treated and non-treated individuals in Poland: A qualitative study. *Addiction Research & Theory* 19:3, 266–275.
- Knuuti, U. (2007) Matkalla marginaalista valtavirtaan. Huumeiden käytön lopettaneiden elämäntapa ja toipuminen. Väitöskirja. Helsingin yliopisto, valtiotieteellinen tiedekunta.
- Kohvakka, R. (2009) Internetin käyttö on yleistä ja arkista. Tilastokeskus, hyvinvointikatsaus 2009:3. www.tilastokeskus.fi/artikkelit/2009/art_2009-09-30_007.html. Viitattu 15.8.2013.
- Kontula, O. (1992) Huumeiden käyttäjät suomalaisessa päihdepolitiikassa. Teoksessa O. Kontula (toim.). *Huumeiden käyttäjät Suomessa*. Helsinki: Kirjayhtymä, 11–31.
- Korkeila, J. (2012) Internetriippuvuus – milloin haitalliseen käyttöön on syytä puuttua? *Duodecim* 128:7, 741–748.
- Korkeila, J., Kaarlas, S., Jääskeläinen, M., Vahlberg, T. & Taiminen, T. (2010) Attached to the web—harmful use of the Internet and its correlates. *European Psychiatry* 25:4, 236–241.
- Koski-Jännes, A. (1992) Alcohol addiction and self-regulation. A controlled trial of a relapse prevention program for Finnish inpatient alcoholics. Väitöskirja, Helsingin yliopisto. Helsinki: Alkoholitutkimussäätiö, julkaisuja 1992:41.
- Koski-Jännes, A. (2001) Riippuvuuden psykologia. *Dosis* 17:1, 22–27.
- Koski-Jännes, A. (2004) In Search of a Comprehensive Model of Addiction. Teoksessa P. Rosenqvist, J. Blomqvist, A. Koski-Jännes & L. Öjesjö (toim.). *Addiction and life course*. Nordic drug and alcohol studies 44.
- Koski-Jännes, A. (2006) Viettelyksiä ja yleisiä uskomuksia - addiktiot kasvuympäristön riskitekijöinä. Teoksessa I. Järventie & M. Lähde & J. Paavonen (toim.) *Lapsuus ja kasvuympäristöt – tutkimuksen kuvia*. Helsinki: Yliopistopaino, 260–276.
- Koski-Jännes, A. (2011) Sosiaalipsykologia ja poikkitieteellisyyden haaste. Esimerkkinä additiivinen käyttäytyminen ja siitä vapautuminen. *Psykologia* 46:1, 38–45.
- Koski-Jännes, A., Hirschovits-Gerz, T. & Pennonen, M. (2012a). Population, professional and client support for different ways of managing addictive behaviours. *Substance Use and Misuse* 47:3, 296–308.
- Koski-Jännes, A., Hirschovits-Gerz, T., Pennonen, M. & Nyssönen, M. (2012b) Population, Professional and Clients Views on Dangerousness of Various Addictions on Individual and Society. *Nordic studies on alcohol and drugs* 29:2, 139–154.
- Koski-Jännes, A., Holma, K. & Hirschovits-Gerz, T. (2013) Kansalaisten käsityksiä addiktioiden vaarallisuudesta: kansainvälinen vertailu. Teoksessa T. Tammi, P. Raento & P. Sulkunen (toim.) *Addiktioyhteiskunta: Riippuvuus aikamme ilmiönä*. Helsinki: Gaudeamus, 51–72.
- Koski-Jännes, A., Riittinen, L. & Saarnio, P. (toim.) (2008) Kohti muutosta. Muutoksen motivointi päihde- ja käyttäytymisongelmissa. Helsinki: Tammi.
- Kouluterveyskysely (2013)
http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/vaestotutkimukset/kouluterveyskysely.
 Viitattu 8.3.2013.
- Kuusisto, K. (2010) Kolme reittiä alkoholismista toipumiseen: Tutkimus muutoksesta hoidon ja vertaistuen avulla sekä ilman professionaalista hoitoa. Väitöskirja, Tampereen yliopisto, sosiaalitutkimuksen yksikkö.

- <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66569/978-951-44-7957-1.pdf?sequence=1>. Viitattu 27.10.2013.
- Kuussaari, K. (2006) Näkemysten kirjo, sirpaloitunut tieto. Terveydenhuollon, sosiaalitoimen ja nuorisotoimen työntekijöiden käsityksiä huumeiden käyttäjien hoitopalvelujärjestelmästä. Väitöskirja, Turun yliopisto. Helsinki: Stakes, tutkimuksia 155.
- Leifman, H. & Ramstedt, M. (2009) Svenska folkets alkoholvanor under senare år med fokus på 2004–2009. Sweden, Stockholm: Stockholm prevents Alcohol and Drug problems and the Centre for Social Research on Alcohol and Drugs, raportti 2009.
- Leppo, A. (2012) Precarious Pregnancies: Alcohol, drugs and the regulation of risks. Väitöskirja, Helsingin yliopisto. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/29236/precario.pdf?sequence=1>. Viitattu 22.4.2012.
- Leyens, J.P. & Dardenne, B. (1997) Basic Concept and approaches in social cognition. Teoksessa M. Hewstone, W. Stroebe & G.M. Stephenson (toim.) Introduction to social psychology (2.painos) Oxford: Blackwell, 109–134.
- Lintonen, T., Rönkä, S., Kotovirta, E. & Konu, A. (2012) Huumeet Suomessa 2020 ennakointitutkimus. Poliisiammattikorkeakoulun raportteja 101.
- Luhtala, K., Silvennoinen, I. & Taskinen, T. 2011. Nuoret pelissä. Tukiaineisto, pelihaitat. THL. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/268fdb96-abe2-4a3d-889a-9b2e3374fa87>. Viitattu 22.4.2013.
- Luhtanen, M., Tamminen, K. & Varamäki, R. (2012) Suomalaisten alkoholisenteet 2012. Helsinki: SOSTE.
- Lysova, A. & Pridemorde, A. (2010) Dramatic problems and weak policy. Nordic Studies on Alcohol and Drugs 27:5, 425–446.
- Läksy, K. & Räsänen, S. (2012) Psykiatrinen diagnostiikka. Teoksessa M. Mäyränpää (toim.) Terapia Fennica.fi. Kandidaattikustannus. http://therapiefennica.fi/wiki/index.php?title=Psykiatrinen_diagnostiikka. Viitattu 21.8.2012.
- Läkelaitos (2009) luettelot pkv-lääkevalmisteista sekä huumausaineita ja Psykotropoppisia aineita sisältävistä lääkevalmisteista. Tiedote. http://www.fimea.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/fimea/embeds/fimeawwwstructure/16975_PKV_ja_huumausaineet_FINAL_050609.pdf. Viitattu 1.7.2014.
- Malle, B. F. (2006) The actor–observer asymmetry in attribution: A (surprising) meta-analysis. Psychological Bulletin, 132: 6 895–919. http://www.academia.edu/655324/The_actor-observer_asymmetry_in_attribution_A_surprising_meta-analysis_2006_. Viitattu 27.10.2013.
- Marjovuuo, A. (2014) Vapaaehtoistyön ytimessä. Järjestömuotoinen vapaaehtoistyö sosiaalisten representaatioiden näkökulmasta. Väitöskirja, Helsingin yliopisto, valtiotieteellinen tiedekunta. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/44979/marjovuuo_v%C3%A4it%C3%B6skirja.pdf?sequence=1. Viitattu 27.6.2014.
- Marlatt, A. (1985) Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the modell. Teoksessa A. Marlatt & JR. Gordon (toim.) Relapse prevention. New York: The Guilford Pres, 3–70.

- Metso, L., Ahlström, S., Huhtanen, P., Leppänen, M. & Pietilä, E. (2009) Nuorten päihteiden käyttö Suomessa 1995–2007. ESPAD-tutkimusten tulokset. Raportti 2009:6.
- Metso, L., Winter, T. & Hakkarainen, P. (2012) Suomalaisten huumeiden käyttö ja huumeasenteet – huumeaiheiset väestökyselyt Suomessa 1992–2010. THL, raportteja 2012:17.
- Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009. Mieli 2009 –työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, selvityksiä 2009:3. <http://pre20090115.stm.fi/pr1233819605898/passthru.pdf>. Viitattu 2.1.2014.
- Mikkonen, A. (2012) Opioidiriippuvuuden hoito. Teoksessa K. Seppä, M. Aalto, H. Alho & K. Kiianmaa (toim.) Huume- ja lääkeriippuvuudet. Helsinki: Duodecim, 85–96.
- Morant, N. (2006) Social representations and professional knowledge: The representation of mental illness among mental health practitioners. *British journal of Social Psychology* 45:4, 817–838.
- Moscovici, S. (1961) *La psychanalyse, son image et son public*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Moscovici, S. (1984) The phenomenon of social representations. Teoksessa: R. Farr & S. Moscovici (toim.). *Social representations*. New York: Cambridge University Press, 3–69.
- Moscovici, S. (1988) Notes towards a description of social representations. *European Journal of Social Psychology* 18:3, 211–250.
- Murto, L. & Niemelä, J. (1993) Kun on pakko pelata. Riippuvuus, persoonallisuuden häiriö, kohtuuton harrastus vai eettinen konflikti? Tutkimus suomalaisen ongelmapelaajan profiilista. A-klinikkasäätiö, raporttisarja 1993:21. Helsinki: A-klinikkasäätiö.
- Mustonen, H. (2010) Miksi on oltu juomatta? Teoksessa P. Mäkelä, H. Mustonen & C. Tigerstedt (toim.) *Suomi Juo. Suomalaisten alkoholin käyttö ja sen muutokset 1969–2008*. THL, 177–193.
- Mustonen, H., Metso, L. & Mäkelä P. (2010) Milloin suomalaiset juovat? Teoksessa P. Mäkelä, H. Mustonen & C. Tigerstedt (toim.) *Suomi Juo. Suomalaisten alkoholin käyttö ja sen muutokset 1969–2008*. THL, 55–69.
- Mustonen, A. (2001) *Mediapsykologia*. Helsinki: WSOY.
- Mustonen, H. & Österberg E. (2010) Missä juodaan? Alkoholin käyttö koti- ja anniskeluympäristössä. Teoksessa P. Mäkelä, H. Mustonen & C. Tigerstedt (toim.) *Suomi Juo. Suomalaisten alkoholin käyttö ja sen muutokset 1969–2008*. THL, 70–84.
- Mäkelä, P., Mustonen H. & Huhtanen P. (2010) Miten Suomi juo? Alkoholin käyttötapojen muutokset 1968–2008. Teoksessa P. Mäkelä, H. Mustonen & C. Tigerstedt (toim.) *Suomi Juo. Suomalaisten alkoholin käyttö ja sen muutokset 1969–2008*. THL, 39–54.
- Mäkinen, J.-P., Pirttilä-Backman, A.-M. & Pieri, M. (2011) Ethical and unethical food. Social representations among Finnish, Danish and Italian students. *Appetite* 56, 459–502.
- Natunen, S., Jallinoja, P. & Uutela, A. (2006) Huumekontaktit ja mielipiteet huumeongelman vakavuudesta – tutkimus työikäisistä suomalaisista. *Yhteiskuntapolitiikka* 71:3, 250–258.

- Nuorvala, P., Huhtanen, P., Ahtola, R. & Metso, L. (2008) Huono-osaisuus mutkistuu – kuudes päihdetapauskanta 2007. *Yhteiskuntapolitiikka* 73:6, 659–670.
- Nutt, D., King, L. & Phillips, L. (2010) Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *The Lancet* 376:6, 1558–1565.
- Nyysönen, M. (2008) Alkoholi- ja huumeaddiktioita koskevat syy- ja vastuutulkinnat päihdekuntoutusasiakkailta. Pro Gradu työ. Tampereen yliopisto: sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos.
- Nätkin, R. (toim.) (2006) Pullo, pillerit ja perhe. Vanhemmuus ja päihdeongelmat. Jyväskylä: PS-kustannus.
- O'Brien, B. (2011) Addiction and dependence in DSM-Vadd_31. *Addiction* 106:5, 866–867.
- Oksanen, A. (2013) Female rock stars and addiction in autobiographies. *Nordic studies on alcohol and drugs* 30:1, 123–140.
- Onnela T. (2001) Johdanto pelon politiikasta haittojen vähentämiseen. Teoksessa T. Onnela (toim.) *Pyhä Huumesota, huume politiikan pelkoja ja utopioita*. Helsinki: Vihreä Sivistysliitto, 9–18.
- Orford, J. (1985) *Excessive appetites: A psychological view of addiction*. New York: Wiley, Chichester.
- Orford, J. (2001) Addiction as excessive appetite. *Addiction* 96, 15–31.
- Paakkari, P., Karonen, T., Voipio, T. & Forsell, M. (2008) Alkoholista ja tupakasta vierottavien lääkkeiden kulutus ja haitat. *Tabu* 16:3, 19–20. http://www.fimea.fi/download/16684_Tabu_3_2008.pdf. Viitattu 13.6.2013.
- Pajula, M. & Aaltonen, A. (2010) Peluurin vuosiraportti 2010. http://www.peluuri.fi/data/liitteet/vuosiraportti_2010.pdf. Viitattu 5.5.2012.
- Partanen, A. & Holopainen, A. (2012) Hoitoon hakeutuminen ja hoitopolut. Teoksessa K. Seppä, M. Aalto, H. Alho & K. Kiianmaa (toim.) *Huume- ja lääkeriippuvuudet*. Helsinki: Duodecim, 77–84.
- Peele, S. (1985) *The meaning of addiction: compulsive experience and its interpretation*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Peele, S. (2004) *Miten voitat riippuvuudet*. Suomentanut Ritva Hellsten. Helsinki: Rasala kustannus. Englanninkielinen alkuteos (2004) *7 Tools to Beat Addiction*.
- Pelihaitat (2013) *Tietoa rahapelaamisesta ja sen haitoista*. THL. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopakettit/peleihaitat. Viitattu 2.6.2013.
- Peltonen, M., Kennet, H., Männistö, S., Saarikoski, L., Peltomäki, P., Lund, L., Sundvall, J., Juolevi, A., Laatikainen, T., Aldén-Nieminen, H., Luoto, R., Jousilahti, P., Salomaa, V., Taimi, M. & Vartiainen, E. (2008) *Kansallinen Finriski 2007 –terveys tutkimus*. Kansanterveyslaitos, julkaisuja B 2008:34.
- Peltoniemi, T. (2011) 413b *Nettiriippuvuus Suomessa*. A-klinikkasäätiö: Päihdelinkki. <http://www.paihdelinkki.fi/tietoisut/413-nettiriippuvuus-suomessa>. Viitattu 15.8.2013.
- Peltovuoma, S., Varamäki, R. & Koponen, J. (2006) *Suomalaisten alkoholiaseenteet*. Terveystieteiden tutkimuskeskus, julkaisuja 2006:8.
- Pennohen, M. & Koski-Jännes, A. (2010) Päihdealan ammattilaisten käsityksiä aineriippuvuuksista. *Janus* 18:3, 208–224.
- Pienimäki, A. (2001) *Päihdeiden ongelmakäytön hoito vuonna 2001: Opas hoitopaikoista ja niissä käytetyistä menetelmistä*. Stakes, oppaita 2001:45.

- Piispa, M. (1997) Valistus, holhous, suojele. Tutkimus alkoholipoliittisesta ja tupakkapoliittisesta mielipideilmastosta. Tampereen yliopisto: Acta Universitatis Tamperensis 564.
- Piispa, M., Helakorpi, S., Laitalainen, E., Uutela & A. Jallinoja, P. (2008) Huumekontaktit ja mielipiteet. Tutkimus työikäisistä suomalaisista 1996–2007. Kansanterveyslaitos, julkaisuja 2008:B5.
- Piispa, M., Laitalainen, E., Helakorpi, S., Halme, J., Alho, H. & Uutela, A. (2009) Rahapelaaminen, pelaamisen aiheuttamat ongelmat ja niiden yhteys elintapoihin. Tutkimus työikäisistä suomalaisista vuonna 2008. THL, raportteja 2009:29.
- Pirttilä-Backman, A-M. & Helkama, K. (2005) Serge Moscovici Sosiaaliset representaatiot. Teoksessa V. Hänninen, J. Partanen, O-H. Ylijoki (toim.) Sosiaalipsykologian suunnannäyttäjiä. Jyväskylä: Gummerus, 253–274.
- Poteri, R. & Tourunen, J. (1995) Asiakkaana ongelmapelaaja. Siniset vihkot. Helsinki: Sininauhaliitto, julkaisusarja 2.
- Prochaska, J., DiClemente, C. & Norcross, J. (1992) In search of how people change. *American Psychologist* 47:9, 1102–1114.
- Puljula, J. (2012) Alkoholiiin liittyvät traumaattiset aivovammat ennen ja jälkeen alkoholin veronalennuksen. Havaintoja Oulun läänin ja Pohjois-Pohjanmaan alueelta. Väitöskirja. Oulun yliopisto: lääketieteellinen tiedekunta.
- Päihdetilastollinen vuosikirja (2009) THL. Suomen virallinen tilasto. <http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2009/paihde/Paihdetilastollinen2009.pdf>. Viitattu 3.11.2013.
- Päihdetilastollinen vuosikirja (2010) THL ja sosiaaliturva 2010. Suomen virallinen tilasto. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/85338d3b-c126-4914-9384-d5847d59d598>. Viitattu 6.4.2013.
- Raha-automaattiyhdistys (2013) www.ray.fi/fi/ray/raytietoa/historia. Viitattu 31.1.2013.
- Raitasalo, KM. (2004) Päihdeongelmaisten läheiset Suomessa. Teoksessa A. Koski-Jännes, V. Hänninen (toim.) Läheiseni on päihdeongelmainen. Helsinki: Kirjapaja, 13–17.
- Rantala, V. (2013) Techniques of the invisible: Cinematic images of being addicted. *Nordic studies on alcohol and drugs* 30:1, 105–122.
- Rantala, V. & Sulkunen, P. (2011) Is Pathological Gambling also an Addiction and not Just a Big Problem? *Addiction Research & Theory* 20:1, 1–10.
- Rolando, S. & Katainen, A. (2014) Images of alcoholism among adolescents in individualistic and collectivistic geographies. *Nordic studies on alcohol and drugs*. 31:2, 189–205.
- Room, R. & Lubman, D. (2010) Politics and science in classifying the dangers of drugs. *Evidence-Based Mental Health* 13:4, 97–109.
- Room, R. (1978) Governing images of alcohol and drug problems: The structure, sources and sequels of conceptualizations of intractable problems. Berkeley: University of California.
- Room, R. (1985) Dependence and society. *British Journal of Addiction*, 80:2 133–139.
- Room, R. (2001a) Governing images in public discourse about problematic drinking. Teoksessa N. Heather, T. J. Peters & T. Stockwell (toim.) *Handbook of alcohol dependence and alcohol-related problems*. Chichester: John Wiley & Sons, 33–45.
- Room, R. (2001b) Intoxication and bad behaviour: understanding cultural differences in the link. *Social Science and Medicine* 53:189–198.

- Rosenqvist, P. (1970) Kannabis. Teoksessa I. Taipale (toim.) Huumausainekysymys. Porvoo, Helsinki: WSOY, 31–45.
- Rosenthal R. & Jacobson L. (1968) Teacher expectations for the disadvantaged. *Scientific American* 218: 4. <http://courses.umass.edu/psyc360/rosenthal.pdf>. Viitattu 24.6.2014.
- Ruuska, A. (2013) Consequences and behaviour problematised: The establishment of alcohol misuse as an object of empirical inquiry in late 18th- and early 19th-century European medicine. *Nordic studies on alcohol and drugs* 30:1, 13–32.
- Räty, H., Ikonen, S. & Honkalampi, K. (2006) Common-sense descriptions of depression as social representations. *International Journal of Social Psychiatry* 52:3, 259–271.
- Rönkä, S. & Virtanen, A. (toimi.) (2007) Huumetilanne Suomessa 2007. Huumevuosiraportti EMCDDA:lle. Stakes, raportteja. <http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/reitox/HuumetilanneSuomessa2007.pdf>. Viitattu 5.3.2013.
- Saaranen-Kauppinen, A. (2012) Käsitukset sosiaalisista taidoista tekniikan alalla. Väitöskirja. Itäsuomen yliopisto, julkaisuja 2012: 41. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0753-0/urn_isbn_978-952-61-0753-0.pdf. Viitattu 27.7.2013.
- Saarnio, P. (2000) Alkoholien ja kannabiksen haittavaikutusten kautta suomalaisen huumausainepolitiikkaan. *Yhteiskuntapolitiikka* 65:2, 159–165.
- Sakki, I. (2010) A Success Story or a Failure? Representing the European Integration in the Curricula and Textbooks of Five Countries. Väitöskirja, Helsingin yliopisto: Sosiaalipsykologia tutkimuksia 2010: 25.
- Salakari, J. (2001) Huumeiden merkityksistä psykiatrian kannalta. Tapio Onnela (toim.) Pyhä Huumesota, huumeiden politiikan pelkoja ja utopioita. Helsinki: Vihreä Sivistysliitto, 97–126.
- Salaspuro, M., Kiiänmaa, K., Seppä, K. & Ahlström, S. (toim.) (2003) Päihdelääketiede. Helsinki: Duodecim.
- Salasuo, M. (2004) Huumeet ajankuvana. Huumeiden viihdekäytön kulttuurinen ilmeneminen Suomessa. Stakes, tutkimuksia 2004: 149.
- Samuelsson, E., Blomqvist, J. & Christophs, I. (2013) Addiction and recovery: perceptions among professionals in the Swedish treatment system. *Nordic studies on alcohol and drugs* 30:1, 51–66.
- Savuton Suomi 2040 (2014). Savuton Suomi 2040 -hanke tupakkalain tavoitteen tukena. <http://www.thl.fi/fi/aiheet/tietopaketit/tupakointi-ja-tupakoinnin-lopettaminen/tupakoimattomuuden-edistaminen/savuton-suomi-2040>. Viitattu 16.6.2014.
- Selin, J. (2011) Hallinnan näkökulmia huumeriippuvuuden hoitoon Suomessa vuosina 1965–2005. Väitöskirja, Jyväskylän yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/36975/Selin_Jani_screen.pdf?sequence=2. Viitattu 14.6.2013.
- Seppä, K. & Heinälä, P. (2012) Lääkkeiden väärinkäytön tunnistaminen ja ehkäisy. Teoksessa K. Seppä, M. Aalto, H. Alho & K. Kiiänmaa (toim.) Huume- ja lääkeriippuvuudet. Helsinki: Duodecim, 61–70.
- Seppä, K. 1998. Alkoholiongelman varhaisstointi. Teoksessa M. Salaspuro & K. Kiiänmaa & K. Seppä (toim) Päihdelääketiede. Duodecim, Helsinki, 54–59.

- Seppä, K., Aalto, M., Alho, H. & Kiianmaa, K. (2012) Huumeiden ja lääkkeiden käyttö sosiaalisena ja kansanterveydellisenä ongelmana. Teoksessa K. Seppä, M. Aalto, H. Alho & K. Kiianmaa (toim.) Huume- ja lääkeriippuvuudet. Helsinki: Duodecim, 7–13.
- Seppä, K., Alho, H., Aalto, M. & Kiianmaa, K. (2010) Suurkuluttajasta riskikäyttäjäksi. Duodecim 126:11, 1249–1251.
- Seppälä, P. (2001) Kielletyt aineet ja niiden merkitys teknokulttuurissa. Teoksessa T. Onnela (toim.) Pyhä Huumesota, huume politiikan pelkoja ja utopioita. Helsinki: Vihreä Sivistysliitto, 199–226.
- Seppälä, T. (2012) Muuntohuumeet. Teoksessa K. Seppä, M. Aalto, H. Alho & K. Kiianmaa (toim.) Huume- ja lääkeriippuvuudet. Helsinki: Duodecim, 35–43.
- Sjöberg, L. (2003) Neglecting the risk: The irrationality of health behavior and the quest for La Dolce vita. *European Psychologist* 8:4, 226–278.
- Smadar B.-A. (2003) Hegemonic, emancipated and polemic social representation: Parental dialogue regarding Israeli Naval Commandos training in polluted water. *Papers on social representations* 12, 6.1–6.12. http://www.psych.lse.ac.uk/psr/PSR2003/12_06Ben.pdf. Viitattu 5.2.2014.
- Spanagel, R. & Heilig, M. (2005) Addiction and its brain science. *Addiction* 100:12, 1813–1822.
- Stahlberg, D. & Frey, D. (1996) Attitudes: structure, measurement and functions. Teoksessa M. Hewstone, W. Stroebe & G. M. Stephenson (toim.) *Introduction to social psychology* (2. painos.) Oxford, Blackwell, 205–239.
- Steele, C. & Aronson, J. (1995) Stereotype threat and intellectual test performance of African Americans. *Journal of Personality and social psychology* 69: 5, 797–811.
- Sulkunen, P. (2007) Images of addiction: Representations of addictions in films. *Addiction Research & Theory*, 15:6, 543–559.
- Sulkunen, P. (2013) Geographies of addiction. *Nordic studies on alcohol and drugs* 30:1, 7–12.
- Suomen lääketilasto 2007. http://www.kela.fi/documents/12099/12170/laaketilasto07_2.pdf. Viitattu 13.6.2013.
- Taipale I. (1970) Huumausaineiden käyttäjien hoito. Teoksessa I. Taipale (toim.) *Huumausainekysymys*. Porvoo, Helsinki: WSOY, 118–148.
- Takala, J-P. & Lehto, J. (1992) Finland: The non-medical model reconsidered. Teoksessa H. Klingemann, J-P. Takala & G. Hunt (toim.) *Cure, care or control: Alcoholism treatment in sixteen countries*. Albany: State University of New York Press, 87–109.
- Tammi, T. (2007) Medicalising Prohibition. *Harm Reduction in Finnish and International Drug Policy*. Väitöskirja, Helsingin yliopisto, tutkimusraportteja 161. <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/23493>. Viitattu 12.6.2013.
- Tammi, T. (2008) Yksinoikeus peleihin, yksinoikeus ongelmiin? Miksi rahapeliongelmista tuli yhteiskunnallinen huolenaihe? *Yhteiskuntapolitiikka* 73:2, 176–184.
- Tammi, T. (2012) Rahapelipolitiikan muoto ja muutos. Teoksessa P. Raento (toim.) *Rahapelaaminen Suomessa*. Helsinki: Gaudeamus, 66–79.
- Tanhua, H., Virtanen, A, Knuuti, U., Leppo A. & Kotovirta E. (2011) Huumetilanne Suomessa 2011. THL, raportteja 2011:62.

- Tao, R., Huang, XW., Wang, J., Zhang, H., Zhang, Y., Li, M. (2010) Proposed diagnostic criteria for internet addiction. *Addiction* 105:3, 556–564.
- Terveystieteiden tutkimuskeskus (2002) PKV-lääkkeiden määrääminen ja ei-lääkinnällinen käyttö. Työryhmämuistio 2002. Helsinki: Edita Prima.
- Tigerstedt, C. & Törrönen, J. (2007) Are Finnish drinking habits changing? In search of a cultural approach. *Addiction Research & Theory* 15:5, 449–464.
- Tilastokeskus (2009) Tilastotietokanta. <http://pxweb2.stat.fi>. Viitattu 8.10.2009.
- Tirkkonen, J. (1992) Pahan olon poistajat. Teoksessa Osmo Kontula (toim.) *Huumeiden käyttäjät Suomessa*. Helsinki: Kirjayhtymä, 53–67.
- Tuomola, P. (2012) Huumeiden ja lääkkeiden ongelmakäyttäjän kohtaaminen. Teoksessa K. Seppä, M. Aalto, H. Alho & K. Kiianmaa (toim.) *Huume- ja lääkeriippuvuudet*. Helsinki: Duodecim, 45–50.
- Tupakkatilasto 2009 (2010). Helsinki: Tilastokeskus, SVT, Terveys 2010. http://tilastokeskus.fi/til/tup/2009/tup_2009_2010-12-22_fi.pdf. Viitattu 1.11.2013.
- Tupakointi Suomessa (2013) Suomen Action on Smoking and Health. <http://allidemo.sitefactory.fi/fi/tupakatuotteet/tupakointi+suomessa/>. Viitattu 12.5.2013.
- Turja, T., Halme, J., Mervola, M., Järvinen-Tassopoulos, J., & Ronkainen, J.-E. (2012) Suomalaisten rahapelaaminen 2011. THL, raportteja 2012:14. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80298/948b7a38-bd15-4d6c-91aec0b565cc3cb9.pdf?sequence=1>. Viitattu 22.11.2013.
- Turvallinen lääkehoito (2006) Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, oppaita 2005:32. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-4090.pdf&title=Turvallinen_laakehoito_fi.pdf. Viitattu 1.6.2013.
- Törmä, S. & Huotari, K. (2005) Sateisten teiden kulkijoita. Huono-osaisimmat ja moniongelmaisimmat päihteiden käyttäjät avun tarvisijoina ja asiakkaina. Helsingin Diakonissalaitos, julkaisuja 2005. Helsinki: Helsingin Diakonissalaitos.
- Törrönen, J. & Juslin I. (2009) Alkoholi naistenlehtien mainonnassa 1960-luvulta 2000-luvulle. *Yhteiskuntapolitiikka* 74:5, 509–522.
- Törrönen, J. (2001) Lehdistön alkoholipoliittinen asemoituminen vuosina 1993–2000. *Yhteiskuntapolitiikka* 67:6, 523–538.
- Törrönen, J. (2002) Lehdistön huumeepoliittinen asemoituminen vuosina 1993–2000. *Yhteiskuntapolitiikka* 67:6, 523–538.
- Uusitalo, S., Salmela, M. & Nikkinen, J. (2013) Addiction, agency and affects – philosophical perspectives. *Nordic studies on alcohol and drugs* 30:1, 33–50.
- Walters, G. & Gilbert, A. (2000) Defining addiction: contrasting views of clients and experts. *Addiction Research* 8:3, 211–220.
- van Amsterdam, V., Opperhuizen, A. & Koeter, A. (2010) Ranking the Harm of Alcohol, Tobacco and Illicit Drugs for the Individual and the Population. *Addiction Research*. DOI: 10.1159/000317249. Viitattu 1.7.2014.
- Varis, T. & Virtanen, S. (2012) Tupakkatilasto 2011. Helsinki: THL ja SVT. www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90752/Tr23_12.pdf?sequence=4. Viitattu 8.6.2013.
- Varjonen, V., Tahua, H., Forsell, M. & Perälä, R. (2012) Huumetilanne Suomessa 2012. THL, raportteja 2012: 75.

- Veikkaus (2013) Veikkauksen ja pelien historiaa. <https://www.veikkaus.fi/fi/yritysTietoa/historia>. Viitattu 31.1.2013.
- West, R. (2006) *Theory of addiction*. Oxford: Blackwell Publishing.
- WHO (2010) *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458_eng.pdf?ua=1. Viitattu 17.6.2014.
- WHO (2013) *Management of substance abuse*. http://www.who.int/substance_abuse/terminology/abuse/en/. Viitattu 2.6.2013.
- Wildavsky, A. & Dake, K. (1990) Theories of risk perception: who fears what and why? *Daedalus* 119:4, 41–60.
- Vorma, H. (2012) Sekakäyttö. Teoksessa K. Seppä, M. Aalto, H. Alho & K. Kiianmaa (toim.) *Huume- ja lääkeriippuvuudet*. Helsinki: Duodecim, 23–33.
- Ylikangas, M. (2009) *Unileipää, kuolonvettä, spiiidiä. Huumeet Suomessa 1800–1950*. Jyväskylä: Ateena kustannus.
- Ylikangas, M. (2012) Huumeiden käytön historia. Teoksessa K. Seppä, M. Aalto, H. Alho & K. Kiianmaa (toim.) *Huume- ja lääkeriippuvuudet*. Helsinki: Duodecim, 15–22.
- Äikäs, T. (2006) *Väestön koulutus rakenne alueittain. Helsingin kaupungin tietokeskus, julkaisuja 2006: 36*. http://www.hel.fi/hel2/tietokeskus/julkaisut/pdf/06_11_24_vj36_aikas.pdf. Viitattu 15.6.2010.
- Örnberg, J.C. & Sohlberg, T. (2012) Swedish tobacco policy. From rational choice to ‘harm to others’. Teoksessa M. Hellman, G. Roos & J. von Wright. *A Welfare Policy Patchwork - Negotiating the Public Good in Times of Transition*. Nordens Välfärdcenter, 65–82. <http://www.nordicwelfare.org/Publications/A-Welfare-Policy-Patchwork---Negotiating-the-Public-Good-in-Times-of-Transition/>. Viitattu 5.6.2013.
- Örnberg, J.C. (2012) The demonopolization of pharmaceuticals in Sweden. Policy, actors and arguments. Teoksessa M. Hellman, G. Roos & J. von Wright. *A Welfare Policy Patchwork - Negotiating the Public Good in Times of Transition*. Nordens Välfärdcenter, 101–122. <http://www.nordicwelfare.org/Publications/A-Welfare-Policy-Patchwork---Negotiating-the-Public-Good-in-Times-of-Transition/>. Viitattu 5.3.2013.
- Österberg, E. & Mäkelä, P. (2010) Kuinka suomalaiset juovat viiniä? Teoksessa P. Mäkelä, H. Mustonen & C. Tigerstedt (toim.) *Suomi Juo. Suomalaisten alkoholin käyttö ja sen muutokset 1969–2008*. THL, 99–113.

Muut lähteet

- Koski-Jännes, A. (2012) Riippuvuus ja addiktio. Mistä on kyse? Luento ”Riippuvuus yksilön ja yhteiskunnan ongelmana” –seminaarissa Tampereen yliopistolla 8.2.2012.

Laatikko 2. Tutkimuksessa mainitut lait ja asetukset

- Alkoholilaki 1994/1143
- Arpajaislaki 2001/1047
- Huumausainelaki 2008/373
- Järjestyslaki 2003/612
- Kansanterveyslaki 1972/66
- Laki päihtyneiden käsittelystä 1973/461
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000/812
- Laki terveydenhuollon asiakkaana asemasta ja oikeuksista 1992/785
- Laki toimenpiteistä tupakoinnin vähentämiseksi 2009/1731
- Lastensuojelulaki 2007/417
- Mielenterveyslaki 1990/11116
- Perusopetuslaki 1998/628
- Päihdehuoltolaki 1986/41
- Rikoslaki luku 50. 1889/39
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus 289/2002 opioidiriippuvaisten vieroitus-, korvaus- ja ylläpito-hoidosta erällä lääkkeillä
- Sosiaalihuoltolaki 1982/710
- Suomen Perustuslaki 1999/731
- Terveydenhuoltolaki 2010/1326
- Tupakkalaki 1976/693

SUOMALAISTEN KÄSITYKSIÄ RIIPPUVUUKSISTA

SUKUPUOLEN, IÄN SEKÄ YHTEISKUNNALLISEN TODELLISUUDEN VAIKUTUKSIA MIELIKUVIIN

*Tanja Hirschovits-Gerz
& Anja Koski-Jännes*

ABSTRAKTI

Artikkelissa kuvataan suomalaisten käsityksiä erilaisista riippuvuuksista ja niiden suhteesta toisiinsa. Aineistona käytettiin rekisteristä syksyllä 2007 poimittua 2000 henkilön (17–74-vuotta) satunnaisotosta, jolle lähetettyyn postikyselyyn vastasi 740 iältään 17–76-vuotiasta suomalaista. Käsitteellisenä viitekehystenä toimi Serge Moscovicin sosiaalisten representaatioiden teoria. Tutkimuksessa tarkastellaan käsityksiä eri aineisiin ja toimintoihin liittyvästä riippuvuusriskistä, toipumismahdollisuuksista ja riippuvuusongelmien suhteesta muihin yhteiskunnallisiin ongelmiin. Keskeiset tutkimustulokset on koottu kuvioksi, jossa eri riippuvuudet suhteutetaan toisiinsa sekä Suomessa tutkimushetkellä vallinneeseen yhteiskunnalliseen ja päihdepoliittiseen ilmastoon. Riippuvuusriskiarviot heijastivat omin avuin toipumisen mahdollisuuksia muissa riippuvuuksissa paitsi tupakointiriippuvuuden osalta. Alkoholia ja huumeita pidettiin jokseenkin yhtä suurina yhteiskunnallisina ongelmina. Naiset pitivät lähes kaikkia ongelmia vakavampina kuin miehet. He myös uskoivat miehiä vähemmän yksilöiden kykyyn selviytyä riippuvuusongelmistaan ilman hoitoa. Nuorten aikuisten suhtautuminen huumeisiin poikkesi muista ikäryhmistä.

Avainsanat: addiktio, päihderiippuvuus, toiminnallinen riippuvuus, sosiaalinen representaatio, mielikuva.

Käsitteellä addiktio on aina 1800-luvun alusta alkaen viitattu alkoholin ja morfiinin kaltaisten kemiallisten aineiden pakonomaiseen käyttöön, joka toistuessaan tuottaa sietokyvyn kasvua ja käytön loppuessa vieroitusoireita. 1960-luvusta lähtien tätä tulkintaa on kuitenkin asteittain jouduttu väljentämään, kun on huomattu, että vastaavatyypistä toistopakkoa voi kehittyä suhteessa muidenkin aineiden käyttöön kuten kokaaiinin, nikotiinin ja erilaisten lääkeaineiden (Milkman & Sunderwirth 1982). Sittemmin on todettu, että pakonomainen riippuvuus

voi muodostua myös moniin toimintoihin, joihin ei liity lainkaan päihdyttäviä aineita. Tyypiesimerkkeinä mainitaan usein rahapelaaminen, erilaiset seksuaaliset toiminnot, syöminen ja median käyttö. (Orford 2001a.)

Jonkinlaisena rajapyykkinä laajemman addiktioikäsiäksen läpilyönnissä voisi pitää vuotta 1985, jolloin ilmestyi Jim Orfordin teos *Excessive appetites* ja Stanton Peelen teos *The meaning of addiction: Compulsive experience and its interpretation*. Sittemmin tämä tutkijoiden lanseraama laaja addiktioitulkinta on vallannut julkisuudessa yhä enemmän alaa. Mitä erilai-

simmista pakonomaisiksi tulkituista mieltymyksistä – läheisriippuvuudesta shoppailuun, sokeriin, television saippuasarjoihin ja vaikkapa pörssikursseihin – on arkikeskusteluissa alettu puhua addiktioina.

Vaikka riippuvuusilmiötä tutkitaan useilla eri tieteenaloilla, yhtenäistä kantaa addiktioon luonteesta, mekanismeista tai edes tämän käsitteen kattavuudesta ei ole onnistuttu luomaan (Orford 2001b; Spanagel & Heilig 2005; West 2006). Riippuvuusoireiden yleisyys herättää kuitenkin huolta ja yhteiskunnallista keskustelua. Useimmilla ihmisillä on jonkinlainen mielikuva asiasta. Näihin mielikuviin vaikuttavat monenlaiset historialliset ja sosiaaliset tekijät, lainsäädäntö, media sekä tutkijoilta, ammattilaisilta ja riippuvaisilta itseltään suodattunut tieto samoin kuin omakohtaiset havainnot. Tässä artikkelissa keskitytään suomalaisessa yhteiskunnassa valitseviin riippuvuusmielikuviiin 2000-luvun puolivälin jälkeen. Tutkimus on osa Suomen Akatemian rahoittamaa addiktion teorioita ja mielikuvia tutkivaa IMAGES-konsortiota ja paikantuu Anja Koski-Jänneksen johtamaan osaprojektiin. Tämä artikkeli perustuu Tanja Hirschovits-Gerzin pro gradu -tutkielman (2008) tuloksiin.

Artikkelin tavoitteena on kuvata, mitä kansalaiset ajattelevat eri aine- ja toiminnallisista riippuvuuksista ja niiden suhteesta muihin yhteiskunnallisiin ongelmiin. Aihetta tarkastellaan vuoden 2007 syksyllä kerätyn surveyaineiston (n=740) avulla. Tarkemmin artikkelissa selvitetään osanottajien suhtautumista seuraaviin kysymyksiin:

- Miten suuri riski on tulla riippuvaiseksi aineesta tai toiminnosta niitä kokeiltaessa?
- Kuinka suuri mahdollisuus yksilöllä on toipua eri riippuvuuksista a) omin avuin ja b) hoidon avulla?
- Kuinka vakavina ongelmina eri riippuvuudet nähdään suhteessa muihin yhteiskunnallisiin ongelmiin?

Näiden kysymysten pohjalta pyritään luomaan yleiskuvaa siitä, miten suomalaiset hahmottavat eri riippuvuudet suhteessa toisiinsa ja missä määrin vastaajien sukupuoli ja ikä vaikuttavat heidän näkemyksiinsä.

TEOREETTINEN VIITEKEHYKS

Tutkimuksen teoreettisena viitekehystenä toimii Serge Moscovicin (1984) sosiaalisten representaatioiden teoria. Sosiaaliset representaatiot ovat kulttuurisesti konstruoituja kokonaisuuksia, jotka edustavat ihmisten arki ajattelua yhteisistä asioista. Ne auttavat sosiaalisen maailman hallinnassa luomalla järjestystä, luokittelemalla ja määrittelemällä asioita ja mahdollistamalla siten yhteisön jäsenten keskinäisen kommunikaation. Sosiaaliset representaatiot rakentuvat ja muuttuvat sosiaalisen toiminnan ja vuorovaikutuksen pohjalta. Muun tiedon puuttuessa ihmiset nojautuvat yleensä oman viiteryhmänsä näkemyksiin uusista asioista. Eri ryhmissä voi siten esiintyä joissakin suhteissa erilaisia sosiaalisia representaatioita samoista asioista. (Moscovici 1981.) Tässä tutkimuksessa oletetaan, että miesten ja naisten keskuudessa riippuvuusilmiöitä tarkastellaan ja niistä puhutaan hieman eri tavoin. Eri-ikäisillä vastaajilla voi olla myös erilaisia kokemuksia ja keskinäistä kommunikaatiota joistakin riippuvuuksista. Näiden erojen oletetaan heijastuvan kyseisten ryhmien sosiaalisissa representaatioissa.

Sosiaalisten representaatioiden tutkiminen sopii erityisesti (myöhäis)moderneihin yhteiskuntiin, jossa tieteellisten tutkimustulosten terminologia sekoittuu arki ajatteluun (Pirttilä-Backman & Helkama 2005, 268). Joukkotiedotusvälineillä on merkittävä rooli prosessissa, jossa asiantuntijoiden ideat muuntuvat kansalaisten vuorovaikutuksessa uudensiksi käsitteiksi kylläntyen samalla kulttuurista ammennetuilla symbolisilla merkityksillä (Joffe 2002, 561).

Asiantuntijapuheen käsitteet siirtyvät ainakin kahden eri prosessin, ankkuroinnin ja objektivoinnin, avulla osaksi maallikkoajattelua. Ankkurointi on ilmiön sosiaalista nimeämistä ja luokittelua. Objektivoinnissa taas vieras ja abstrakti käsite konkretisoidaan yhdistämäl-

lä se tuttuun mielikuvaan, joka voi vähitellen myös luonnollistua osaksi todellisuutta ja alkaa elää omaa elämäänsä (Moscovici 1981, 200–201). Addiktion käsitteelle näyttää jossain määrin käyneen näin. Arkipuheessa sitä on alettu soveltaa yhä väljemmin mitä erilaisimpiin toistuviin toimintatapoihin (vrt. Hellman 2009).

AIEMPIÄ TUTKIMUKSIA

Kansalaisten näkemyksiä eri riippuvuuksista ja niiden keskinäisistä suhteista ei ole aiemmin tutkittu Suomessa. Sen sijaan on tehty paljon tutkimuksia yksittäisten riippuvuutta aiheuttavien aineiden, kuten alkoholin ja huumeiden, käytöstä. Esimerkiksi suomalaisten (15–70-vuotta) alkoholin käyttöä ja alkoholisenteita luotaava Juomatapatutkimus on tehty vuodesta 1968 alkaen kahdeksan vuoden välein, viimeksi 2008, mutta uusimpia tuloksia ei vielä ole raportoitu (Huhtanen, Hokka & Mäkelä 2009). Terveystieteiden tutkimuskeskus on myös tutkinut suomalaisten alkoholisenteita (Peltovuoma, Varamäki & Koponen 2006). Kouluterveyskyselyn avulla on seurattu nuorten päihdesenteita ja päihdeiden käyttöä ikäryhmittäin.

Kansalaisten mielipiteitä huumeista on selvitetty erityisesti 1990-luvun toisen huumeaalton aikana ja sen jälkeen. Piispa, Helakorpi, Laitalainen, Uutela ja Jallinoja (2008) tutkivat 15–64-vuotiaiden huumekontaktien kehitystä vuosina 1996–2007 ja huumemielipiteiden kehitystä vuosina 2001–2007 käyttäen aineistona 5000 suomalaisen satunnaisotos-ta. Suuri enemmistö vastaajista (75 %) piti vuonna 2007 huumeiden käyttöä vähintään melko vakavana ongelmana, ja vain pari prosenttia ennakoivat käytön pian vähenevän. Piispan ja kumppaneiden (2008) mukaan arviot huumeongelman vakavuudesta ovat hieman lieventyneet tutkimusvuosien aikana. Myös Hakkarainen ja Metso (2007, 546) ovat tutkineet suomalaisten suhtautumista huumeisiin ja huumeongelmiin sekä niiden torjuntakeinoihin.

Rahapelaamista on alettu meillä tutkia vasta viime vuosina (mm. Suomalaisten rahapelaaminen -tutkimusraportti vuonna 2007, Aho

& Turja 2007). Tutkimuksen tuloksiin palataan jäljempänä.

Myös muualla on tutkittu pääasiassa yksittäisiä riippuvuuksia. Esimerkiksi Furnham ja Lowick (1984) selvittivät Yhdysvalloissa kansalaisten uskomuksia alkoholiriippuvuuden muodostumisesta ja riskikulutuksesta. Vastajat (n=265) painottivat alkoholismin syntyä koskevissa käsityksissään pikemminkin psykologisia syitä kuin biologisia tai sosiokulttuurisia selityksiä. Naiset sijoittivat miehiä selvemmin addiktion syyn sosiaaliseen kyvyttömyyteen ja pelkoihin sekä juomis-paineita tuottaviin kulttuurisiin normeihin. Iäkkäämmät selittivät alkoholismia alhaisella koulutustasolla, sosiaalisella ja kulttuurisella paineella sekä biologisilla ja geneettisillä mekanismeilla. Iän vaikutus vastauksiin oli kuitenkin kompleksinen, eikä selkeitä lineaarisia yhteyksiä voitu kaikilta osin löytää.

Ruotsissa Abrahamson (2006, 353) käytti tutkimuksessaan sosiaalisen representaation teoriaa. Hän vertasi vanhempien ja nuorten sekä poikien ja tyttöjen näkemyksiä alkoholista ja tupakasta ja totesi eri ryhmissä olevan näkemuseroja esimerkiksi suhteessa alkoholin käytön pitkäaikaisvaikutuksiin.

Griffiths ja Duff (1993) tutkivat enimmäkseen opiskelijoista koostuvan otoksen (n=138) näkemyksiä 17 eri riippuvuudesta Englannissa. Tutkimuksen mukaan toiminnalliset riippuvuudet määriteltiin pääasiassa psykologiseksi ongelmaksi ja moraalisesti heikoudeksi, huumausaineet fyysisiksi riippuvuuksiksi ja alkoholi sekä sairaudeksi, fyysiseksi riippuvuudeksi, moraalisesti heikoudeksi että geneettiseksi ongelmaksi (mt., 203).

Lähemmäs omia tutkimuskysymyksiämme tulee Brun-Gulbrandsen ja Bergersenin tutkimus (1970, sit. Christie & Bruun 1986, 83–84), jossa norjalaisia (n=1319) pyydettiin arvioimaan eri päihdeiden vaarallisuutta. Vaarallisuusjärjestys oli LSD, kannabis, morfiini, piristeet, alkoholi, reseptipohjaiset unilääkkeet, rauhoittavat lääkkeet ja tupakka. Samantyyppinen kysymys sisältyi myös Jan Blomqvistin (2009) väestökyselyyn, jonka tavoitteena oli kartoittaa ruotsalaisten käsityksiä eri riippuvuuksista ja niiden voittamiskeinoista.

Blomqvistin tuloksia verrataan edempänä Suomessa saatuihin tuloksiin.

Tiivistäen voidaan todeta, että myös ulkomaiset tutkimukset ovat keskittyneet pääasiassa vain tiettyihin aine- tai toiminnallisiin riippuvuuksiin. Eri addiktioita vertailevaa, kvantitatiivista, kansalaisten mielikuvia luotaavaa tutkimusta on tehty minimaalisesti. Käsillä olevassa artikkelissa pyritäänkin vastaamaan Suomen osalta juuri tähän haasteeseen.

RIIPPUVUDET YHTEISKUNNALLISENA ILMIÖNÄ – HYPOTEESEJA

Koska tämän tutkimuksen kolme ensimmäistä tutkimuskysymystä toimivat pohjustuksena yleisemmälle kysymykselle siitä, miten eri riippuvuuksiin Suomessa nykyään suhtaudutaan, hypoteeseja laadittiin vain tästä yleisemmästä kysymyksestä. Hypoteesit pohjautuvat maassamme tehtyihin aiempiin tutkimuksiin sekä joukkotiedotusvälineissä esitettyihin tietoihin ja näkemyksiin.

Ensinnäkin oletettiin, että ”kovia” huumeita pidetään edelleen vaarallisina (mm. Christie & Bruun 1986) ja vaikeasti voitettavina, mutta suhtautumisen kannabikseen oletettiin lieventyneen ainakin 90-luvun huumeaalton aikana nuoruuttaan eläneiden vastaajien keskuudessa (Huumetilanne Suomessa 2007; Piispa ym. 2008, 16–18). Huumeiden koettua vaarallisuutta lisännee se, että niiden käyttö on enemmistölle kansalaisista vierasta ja mielikuvat huumeista syntyvät pääasiassa median välityksellä.

Toiseksi, alkoholin uskottiin näyttävävän ristiriitaisena huolen aiheena suomalaisessa yhteiskunnassa. Suhtautuminen siihen on toisaalta hyväksyvää, toisaalta huoli aiheesta on kasvanut. Alkoholin kulutus ja siitä koituvat haitat ovat lisääntyneet poliittisten ratkaisujen seurauksena (Hakkarainen & Metso 2007, 551). Viime vuosina on kuitenkin myös alettu pohtia keinoja, joilla haittoja voitaisiin saada kuriin (Alkoholiohjelma 2004–2007; Hallituksen esitys laiksi alkoholi- ja alkoholijuomaverosta annetun lain liitteen muuttamisesta 2007).

Kolmanneksi oletettiin, että nikotiini nähdään

riippuvuutta aiheuttavana aineena, mutta yhteiskunnallisesti pienenä uhkana. Tupakan asema on julkisessa keskustelussa muuttunut yhä selvemmin nautintoaineesta keskeiseksi terveysriskiksi (Puska 2003; Hakkarainen 2000, 18–92; Tupakkatilasto 2006; Laki toimenpiteistä tupakoinnin vähentämiseksi annetun lain muuttamisesta 2006). Tupakkapolitiikkaa on kiristetty, tupakointi on nostettu sosiaalisesti ongelmaksi, ja siitä eroon pääsyn mahdollisuuksia on parannettu muun muassa siirtämällä nikotiinikorvaustuotteet ravitsemusliikkeisiin.

Lääkeriippuvuudesta oletettiin, että sitä pidetään pikemminkin lieveilmiönä kuin suurena yhteiskunnallisena ongelmana, sillä lääkkeiden käyttö on maassamme yleistä ja arkista. Masennuslääkkeitä käytti vuonna 2006 noin 5 % väestöstä (kaikki ikäluokat yhteensä) (Voipio & Paakkari 2007, 33) ja reseptilääkkeitä noin kaksi miljoonaa suomalaista (Ariinen, Häkkinen, Klaukka, Klavus, Lehtonen & Aro 1998, 57).

Rahapelaamista ei oletettu pidettävän yhtä vakavana yhteiskunnallisena ongelmana kuin aineriippuvuuksia, koska pelaaminen on enimmäkseen yhteiskunnan kontrollissa ja sitä harrastaa kolme neljäsosaa yli 15-vuotiaista suomalaisista. Pelaaminen on siten monelle arkipäiväistä.

Internetriippuvuuden suhteen oletettiin, että se mielletään muita ”kevyempänä” huolen aiheena. Internetiä käytetään pääasiassa kommunikaation välineenä, ei varsinaisena viihdykkeenä kuten esimerkiksi päihteitä. Internetiin liittyvät riippuvuusongelmat näyttävät monelle välillisenä ongelmana, kun varsinainen ongelma voi olla yksinäisyys tai seksiriippuvuus (Mustonen 2001).

Aiemman tutkimuksen pohjalta voitiin myös olettaa, että naiset suhtautuvat pelokkaammin huumeisiin kuin miehet ja että ikäryhmäeroja saattaa ilmetä johtuen erilaisista kontakteista huumeisiin (Piispa ym. 2008).

KYSELYLOMAKE JA AINEISTON KERUU

Kyselylomake laadittiin Ruotsissa työstetyn kyselylomakkeen pohjalta (Blomqvist 2009) yhteistyössä Kirsimarja Raitalon kanssa. Tutkimuksen kohteeksi Suomessa valittiin aineriippuvuuksista heroini, amfetamiini, kannabis, alkoholi ja reseptilääkkeet. Toiminnallisia riippuvuuksia edustivat rahapeli- ja internetriippuvuus. Lomakkeessa oli 30 kysymystä, joista tässä artikkelissa käsitellään 1) riippuvuusriskiarvioita kutakin ainetta tai toimintaa kokeiltaessa, 2) riippuvuuksista irtautumisen mahdollisuuksia ilman hoitoa ja hoidon avulla sekä 3) arviota eri riippuvuusongelmien yhteiskunnallisesta vakavuudesta suhteessa muihin yhteiskunnallisiin pulmakysymyksiin. Lisäksi kerättiin osanottajien taustatiedot ja tietoja heidän omasta suhteestaan tutkimuksen kohteena oleviin aineisiin ja toimintoihin. Kyselyn lopussa vastaajilla oli mahdollisuus esittää omia näkemyksiään lomakkeesta ja sen teemoista.

Yhdyskuntatutkimus Oy keräsi aineiston syksyllä 2007 postikyselyinä, joka lähetettiin väestörekisteritietojärjestelmästä (18–74-vuotta) poimitulle 2000 henkilön satunnaisotokselle. Uusintakysely tehtiin 3 viikkoa myöhemmin, mikä nosti vastaajien osuutta vain parilla prosentilla

TUTKIMUKSEN OSANOTTAJAT

Kyselyyn vastasi kaikkiaan 740 iältään 17–76-vuotiaista suomalaista, joista 61 % oli naisia. Vastaajien osuus jäi 37 %. Kadon syynä oli todennäköisesti keskittymistä vaativa, 10 sivua pitkä kyselylomake ja aiheen intiimiys. Nuoret olisivat mahdollisesti vastanneet herkemmin nettikyselyyn. Erityisesti alle keski-ikäis-

ten miesten vastausprosentti jäi alhaiseksi, ja toisaalta yli 55-vuotiaiden miesten edustus oli vastaavaan väestönosaan suhteutettuna huomattavan suuri. (Liite 1.) Miesten keski-ikä aineistossa (51 vuotta) oli 6 vuotta miesten vastaavan väestöryhmän keski-ikää korkeampi, kun naisten keski-ikä aineistossa (48 vuotta) ylitti vastaavan väestöryhmän keski-ikä kahdella vuodella (Tilastokeskus 2009, väestö 17–74-vuotiaat). Koska otos poimittiin väestön keskusrekisteristä, jäivät vailla vakinaista asuntoa ja laitoksissa olevat tutkimuksen ulkopuolelle.

Taulukossa 1 on kuvattu osanottajien taustatietoja sukupuolen mukaan. Tilastollisesti merkitseviä sukupuolieroja ilmeni useimmissa taustamuuttujissa. Ammatillisen koulutuksen osalta miehillä oli enemmän ammattikoulutusoista koulutusta, naisilla taas opisto- ja korkeakoulutusoista koulutusta. Naisista suurempi osa oli joko kotona tai opiskeli. Miesten bruttotulot olivat naisten tuloja korkeammat. Nämä erot vastaavat myös väestötasolla havaittavia eroja (Tilastokeskus 2008).

Ammatillinen koulutus näyttäisi olevan aineistossa (20–74-vuotta) hieman korkeampaa verrattuna väestön vastaavan ikäryhmän koulutustasoon. Akateeminen tutkinto oli aineistossa 16 %, kun vastaava luku väestössä oli 9 % (Tilastokeskus 2009). Tulos ei ole kuitenkaan täysin vertailukelpoinen erilaisen terminologian vuoksi (ks. myös Äikäs 2006, 4) ja naimisissa olevien määrä (41 %) oli aineistossa vastaavanikäiseen väestöön nähden hieman matalampi (48 %) (Tilastokeskus 2009). Vajaa neljännes (24 %) vastaajista asui kertomansa mukaan pääkaupunkiseudulla, kun väestön vastaavasta ikäryhmästä asui pääkaupunkiseudulla 20 % (Tilastokeskus 2009).

Taulukko 1. Vastaajien taustatiedot sukupuolen mukaan (n=730) *

| | Taustamuuttujat | Miehet % (n=282) | Naiset % (n=448) | p |
|-----------------------|--|---------------------|---------------------|---------------------|
| Sukupuoli | | 39 | 61 | <.001 ^{*1} |
| Ikä | Ikä 18–34-vuotta | 21 | 26 | .027 ^{*2} |
| | Ikä 35–54-vuotta | 29 | 34 | |
| | Ikä 55–74-vuotta | 50 | 40 | |
| Asuinpaikka | Pääkaupunkiseutu | 24 | 24 | ns. |
| | Yli 50 000 asukkaan kaupunki | 29 | 31 | |
| | Pienkaupunki | 22 | 23 | |
| | Maaseutu tai haja-asutusalue | 26 | 21 | |
| Perhesuhde | Naimaton | 21 | 20 | ns. |
| | Parisuhde | 64 | 58 | |
| | Leski tai eronnut | 15 | 22 | |
| Lapsia | Omia lapsia | 66 | 71 | ns. |
| Peruskoulutus | Kansakoulu | 34 | 22 | <.001 ^{*3} |
| | Keskikoulu | 41 | 34 | |
| | Ylioppilas | 25 | 44 | |
| Ammatillinen koulutus | Ei ammatillista koulutusta | 16 | 12 | <.001 ^{*4} |
| | Ammatillinen kurssi tai muu lyhytkoulutus | 20 | 12 | |
| | Ammattikoulu, kouluasteen tutkinto | 24 | 20 | |
| | Opisto tai ammattikorkeakoulu | 28 | 39 | |
| | Yliopisto tai korkeakoulututkinto | 13 | 18 | |
| Työtilanne | Palkansaaja tai yrittäjä | 54 | 51 | .001 ^{*5} |
| | Eläkkeellä | 34 | 28 | |
| | Työtön, opiskelija, vanhempainlomalla, kotona, muu | 12 | 21 | |
| Bruttotulot | <1000€/kk | 18 | 24 | <.001 ^{*6} |
| | 1000–2999€/kk | 60 | 65 | |
| | >3000€/kk | 23 | 11 | |
| | | | | |

*10 osanottajaa ei ilmoittanut sukupuoltaan; ^{*1} (χ^2 (1)=37.7), ^{*2} (χ^2 (2)=7.2), ^{*3} (χ^2 (2)=27.7), ^{*4} (χ^2 (5)=24.4), ^{*5} (χ^2 (3)=15.8), ^{*6} (χ^2 (4)=33,2)

Osanottajien suhde päihteisiin näyttäytyi monimuotoisena. Avoimista vastauksista voidaan nostaa esille seuraavat esimerkit:

Mieheni kuoli liialliseen alkoholinkäyttöön. Äitini pelaa 5 päivänä viikossa bingoa. Huumeidenkäyttäjää en tietävästi tunne. Kerrostalossamme on tupakkasota menossa. Itse poltin tupakkaa teininä, mutta lopetin 1970 keväällä [...] Rahapeli on 5 euroa viikossa vakituiset rivit. (nainen, 61 vuotta)

Olen raitis Suomen kansalainen; nuo huumejutut menivät yli hilseen; en tiedä niistä mitään. Vakaumukseni on pitänyt minut erillään julmasta ja pahasta maailmasta; hyväniin. (mies, 20 vuotta)

Alkoholia oli viimeisen vuoden aikana käyttänyt 90 % miehistä ja 84 % naisista. Runsas 5 % miehistä ja 2 % naisista ylitti kohtuikäytön rajat kuukausikulutuksen perusteella, mutta kertakäytön riskirajat (Seppä 1998, 54) ylittyivät viidesosalla (21 %) miehistä ja alle kymmenesosalla (8 %) naisista. Runsaammin alkoholia käyttävien juomatavat noudattivat siten perinteistä suomalaista harvoin, mutta ”kunnolla” juomista. Poikolainen ja Paalanen (2007, 82) arvioivat, että yli 30-vuotiaista suomalaisista alkoholin suurkuluttajia on 9 %, kun riskirajana pidetään miehillä 24 ja naisilla noin 16 annosta alkoholia viikossa.

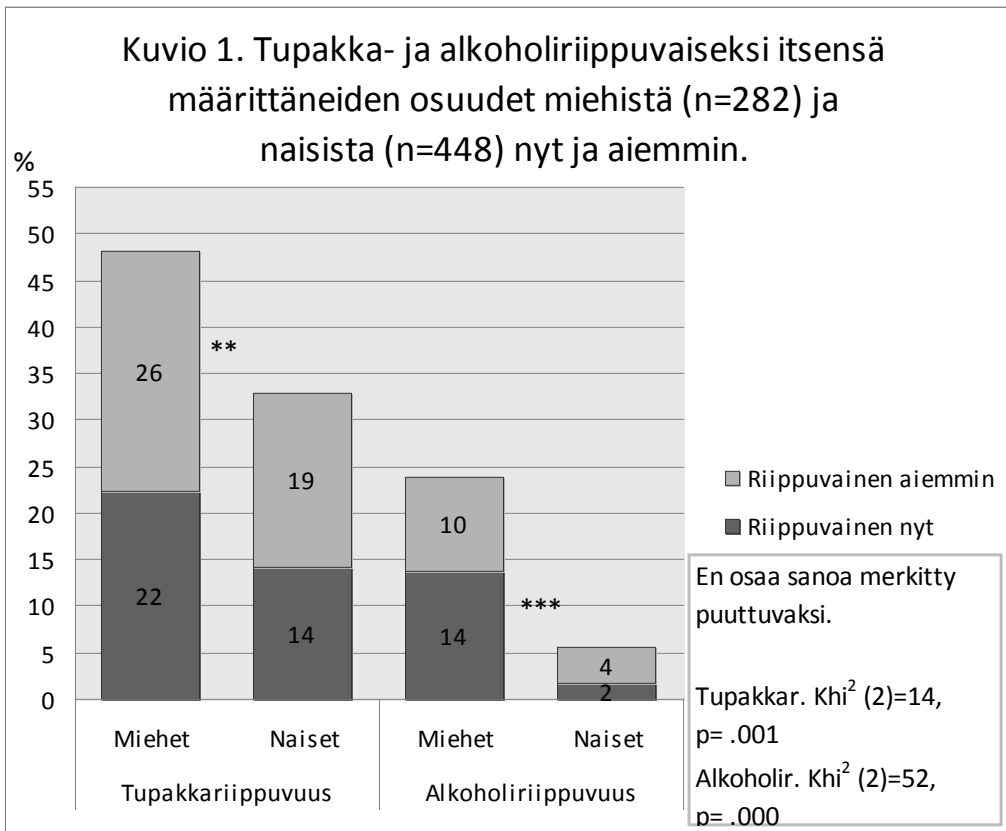
Perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa tehdyssä selvityksessä on arvioitu, että yksi kymmenestä naispotilaasta ja yksi viidestä miespotilaasta on alkoholin riskikuluttajia (Seppä 1998, 54). Tämän tutkimuksen tulokset ovat samansuuntaisia.

Miehistä 40 % ja naisista 28 % tupakoi. Nämä luvut näyttävät suurilta, sillä mukaan on laskettu myös silloin tällöin tupakoivat. Muiden tutkimustulosten mukaan 15–64-vuotiaista suomalaisnaisista tupakoi noin viidennes ja miehistä neljännes. (Helakorpi ym. 2005, 5–12; Tupakkatilasto 2006, 9.) Tupakoinnin oli lopettanut tämän tutkimuksen miehistä 39 % ja naisista 35 %. Tulos on linjassa muiden

tutkimustulosten kanssa: yli puolet säännöllisesti tupakoivista pystyy lopettamaan tupakoinnin 60 ikävuoteen mennessä (Viertola 1998, 316–317).

Kaikki alkoholinkäyttäjät ja tupakoijat eivät ole näistä aineista riippuvaisia. Kuvioista 1 käy ilmi vastaajien käsitys omasta nykyisestä tai jo voitetusta nikotiini- tai alkoholiriippuvuudesta. Alkoholiriippuvuudesta itsensä toipuneiksi kokevia oli suunnilleen saman verran kuin niitä, jotka kokivat edelleen alkoholiriippuvuutta. Miehillä alkoholiriippuvuus oli huomattavasti yleisempää kuin naisilla.

Noin puolella miehistä ja kolmasosalla naisista oli omakohtaista kokemusta nikotiiniriippu-



vuudesta, mikä vastaa kansallisen Finriski 2007-terveystutkimuksen tuloksia (Peltonen ym. 2008, 47). Nikotiiniriippuvuudesta vapautuneita oli suhteessa enemmän kuin edelleen riippuvaisia.

Miehistä 18 % ja naisista 12 % oli kokeillut laitoimia huumeita. Alle 25 vuoden ikäisillä ko-

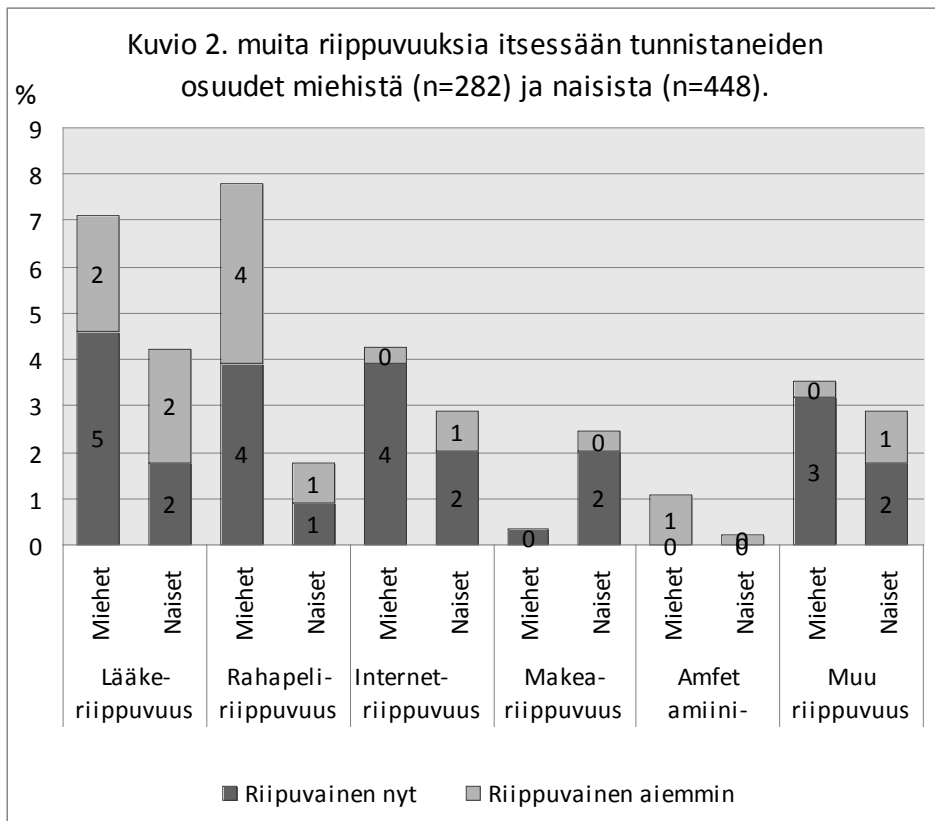
keiluja oli ollut joka viidennellä. Yleisimpiä ne olivat nuorilla aikuisilla (26–35-vuotta), joista 38 % oli kokeillut huumeita (49 % miehistä). Osuus on korkeampi kuin muissa tutkimuksissa. Esimerkiksi vuonna 2006 kannabiskokeilujen elinikäisprevalenssi oli vastaavassa ikäryhmässä 25 % (Huumetilanne Suomessa 2007, 23).

Lääkkeiden väärinkäyttöä ilmeni yhdellä vastaajalla kahdestakymmenestä, mikä on suunnilleen sama osuus kuin Hakkaraisen ja Metson (2007) tutkimuksen 7 %. Neljä viidestä miehestä (80 %) ja kolme viidestä naisesta (57 %) oli pelannut rahapelejä viimeisen vuoden aikana.

Muita kuin alkoholi- ja nikotiiniriippuvuutta ilmoitti kokeneensa alle 5 % koko aineistosta (kuvio 2). Lääke-, rahapeli- ja huumeriippu-

vuutta kokeneiden osuudet vastasivat muiden tutkimusten tuloksia (mm. Hakkarainen & Metso 2007). Huumeriippuvaiseksi itsensä luokitelleita oli vain muutama. Avoimissa vastauksissa naiset mainitsivat lisäksi kärsivänsä makeariippuvuudesta.

Kaiken kaikkiaan vähän yli puolet vastaajista ilmoitti nyt olevansa tai aiemmin olleensa yhdestä tai useammasta aineesta tai toiminnasta



riippuvaisia. Miehillä kyseinen osuus oli 62 %, mutta naisillakin se oli 48 %. Vielä useamman lähiomaisilla tai läheisillä ystävillä oli nyt tai aiemmin jokin riippuvuus. Alkoholi-ongelmaisia läheisiä oli ollut 59 % miehistä ja 69 % naisista. Nämä osuudet näyttävät suuremmilta kuin Juomatapa 2000 -tutkimuksen 42 % miehistä ja 46 % naisista (Raitasalo 2004, 14). Vertailua vaikeuttaa se, että lähisukulaisten ja ystäväpiirin rajaa ei kummassakaan määritelty tarkasti.

AINEISTON ANALYYSI

Analyysit toteutettiin koko aineistoa kuvaamalla sekä tarkastelemalla sukupuolen ja iän vaikutusta vastauksiin. Aineistossa esiintyviä sosiaalisia representaatioita on suhteutettu nykysuomalaisen yhteiskunnan olosuhteisiin. Huolimatta aineiston vinoudesta koskien etenkin vastaajien ikää ja sukupuolta ei tuloksia tässä esitetä painotettuna, koska ne näyttivät muuttuvan painotuksen seurauksena vain

vähän. Poikkeuksen tästä muodostavat nuoret miehet. Huumeekokeiluja oli ollut 26–35-vuotiailla miehillä tässä tutkimuksessa lähes puolella, mikä näyttäisi olevan selvästi suurempi osuus kuin muissa suomalaistutkimuksissa. Aineistossa saattoi myös olla tavallista enemmän päihdeongelmaisten läheisiä.

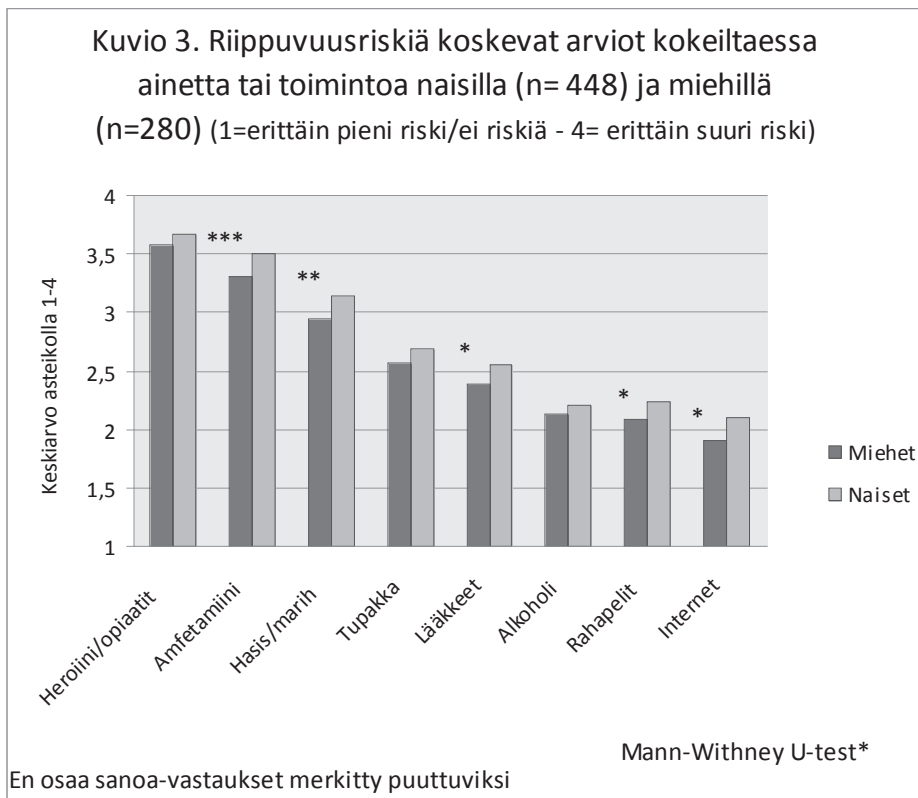
Analyysi toteutettiin kuvailevin tilastollisin menetelmin SPSS (15.01) -ohjelman avulla. Menetelminä käytettiin keskiarvovertailuja ja ristiintaulukointia. Jatkuviin muuttujiin, jotka eivät täyttäneet Kolmogorov-Smirnovin testin mukaan normaalijakauman ehtoja, sovellettiin nonparametrisiä testejä (Mann-Whitneyn U-testiä ja Kruskal-Wallisiiin H-testiä). Ristiintaulukoinnin yhteydessä käytettiin Khiin neliö (χ^2) -testiä. Merkitsevyydystason ylärajaksi määritettiin $p < .05$. Kuvioissa on p:n merkitse-

vyystasoa kuvaavat symbolit tähtinä seuraavasti: *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$.

RIIPPUVUUSRISKIÄ KOSKEVAT ARVIOT

Riippuvuusriskiä tarkasteltiin kysymyksellä: ”Kuinka suuri riski mielestänne on riippuvuuden kehittymiseen, jos kokeilee seuraavia päihteitä ja toimintoja?” Vastajat pitivät riippuvuusriskiä (kuvio 3.) suurimpana huumeita kokeiltaessa, mutta heti seuraavaksi tuli yllättäen tupakka. Pienimmiksi riippuvuusriski arvioitiin internetiä ja rahapelejä kokeiltaessa. Naisten arviot olivat enimmäkseen miesten arvioita suurempia.

Ikäryhmittäin tarkasteltuna (kuvio 4) erot riskiarvioissa olivat erittäin merkitseviä ($p < .001$)

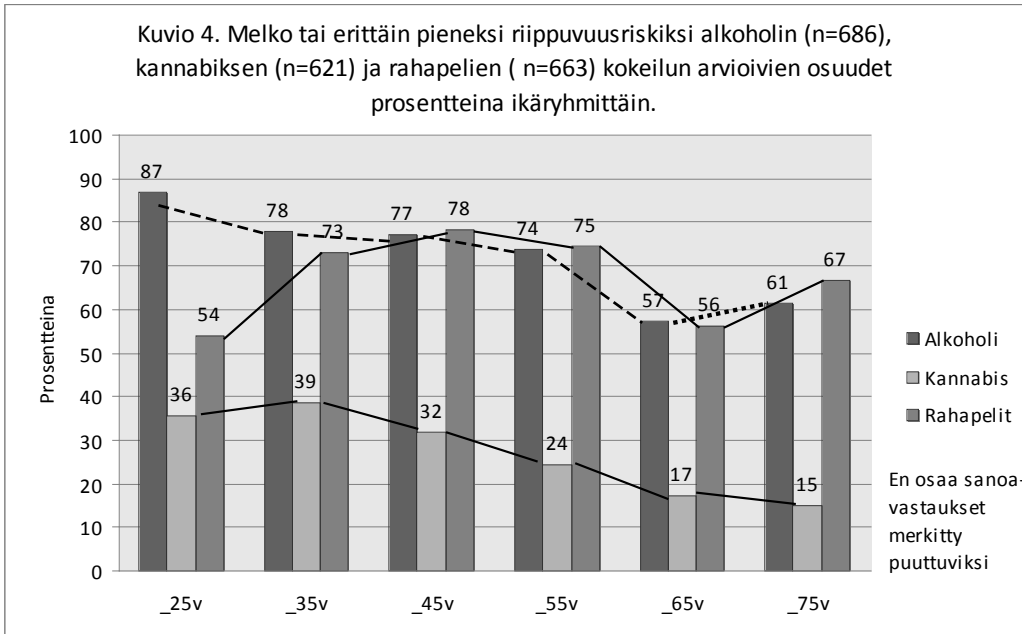


*Amfetamiini (U=39488, $p < .001$), Hasis/marihuana (U=41439, $p = .001$), lääkkeet (U=48245, $p = .017$), rahapelit (U=51608, $p = .035$), Internet (U=46822, $p = .014$).

alkoholin, kannabiksen ja rahapelaamisen osalta. Nuoremmat pitivät alkoholin kokeiluun liittyvää riippuvuusriskiä pienempänä kuin vanhemmat ikäryhmät. Rahapelaamiseen liittyvän riskin arvioivat pienimmäksi keski-ikäiset. Kannabiksen osalta nuoremmat

ja erityisesti nuoret aikuiset (26–35-vuotiaat) arvioivat riippuvuusriskin vanhempia ikäryhmiä pienemmäksi. Muissa riippuvuuksissa iällä ei näyttänyt olevan vaikutusta.

Avovastauksissa osa vastaajista otti voimakkaasti kantaa riippuvuusriskiin:



Tilastollisesti merkitsevät erot ikäryhmittäin: alkoholi ($\chi^2(15)=40.5$, $p<.001$), kannabis ($\chi^2(15)=41.2$, $p<.001$) Rahapelaaminen ($\chi^2(15)=45.9$, $p<.001$).

Miedot huumeet/kannabis ja marihuana ovat vaarattomampia kuin muut kyselyn päihteet; ne eivät aiheuta riippuvuutta. Tupakka aiheuttaa nopeimmin riippuvuuden. Ja se on laillista! Alkoholi on terveys/riippuvuusvaikutuksista myös sieltä pahimmasta päästä. Ja se on laillista! (nainen, 44 vuotta)

RIIPPUVUUSRISKIEN TARKASTELUA

Huumeisiin liitettyä riippuvuusriskiä koskevat tulokset kuvastavat suomalaista ”huumeilmastoa”. Esimerkiksi heroiiniriippuvaisia ei Suomessa ole juuri ollut 2000-luvulla, sillä heroiini on korvautunut lääkkeenä myytävällä buprenorfiinilla (Huumetilanne Suomessa 2007, 4; Hakkarainen & Metso 2007, 550). Vastaajissa oli vain pari opiaatteja kokeillutta tai niistä riippuvaista henkilöä, ja

opiaattiriippuvaisia omaisiakin oli (ollut) vain muutamalla. Huolimatta omien kokemusten puutteesta heroiini ja muut opiaatit arveltiin riippuvuusriskiltään muita aineita ja toimintoja suuremmaksi. Nämä tulokset kuvastavat heroiinin koettua vierautta ja vaarallisuutta. Monille lienee siis yllättävää, että Suomessa oli vielä 1920–1940-luvuilla huomattavasti muita Euroopan maita enemmän heroiinin lääkekäyttöä. Narkomaanit käyttivät kuitenkin tuolloin enemmän morfiinia kuin heroiinia. (Ylikangas 2009, 129.)

Kannabis on nykyään eniten kokeiltu ja käytetty ja siksi myös tutuimmaksi koettu huumeaine. Monien mielestä se eroaa niin sanotuista kovista huumeista. Kannabiksesta on käyty myös vilkasta yhteiskunnallista keskustelua. Hakkaraisen ja Metson mukaan

kannabiskokeilujen vaaran arvioi vuonna 1996 vähäiseksi 26 % ja vuonna 2006 jo 37 % vastaajista. Riskiarviot eivät kuitenkaan ole merkittävästi lieventyneet kannabiksen säännöllistä käyttöä kohtaan. Samoin kuin käsillä olevassa tutkimuksessa naiset arvioivat riskin suuremmaksi kuin miehet. (Hakkarainen & Metso 2007, 549.)

län vaikutus kannabista koskeviin riskiarvioihin myötäili muiden tutkimustuloksia (mm. Huumetilanne Suomessa 2007). Myös Hakkaraisen ja Metson (2007, 549) mukaan nuoret ja erityisesti 24–35-vuotiaat pitivät kannabiksen riskejä muita ikäryhmiä vähäisempinä. Ilmiötä on selitetty sillä, että kyseinen ikäluokka on elänyt nuoruuttaan toisen huumeaallon aikana, jolloin huumekekeilut ja käyttö olivat nuorten parissa muunikäistä väestöä yleisempää. Huumeiden kokeilijoita tietävien ja huumetarjonnan kohteeksi joutuneiden nuorten määrä väheni kuitenkin 2000-luvulla selvästi, mikä Piispan ja kumppaneiden (2007, 188) mukaan kuvastaa sitä, ettei huumeiden käyttö olisi muuttunut aiempaa arkisemmaksi nuorten keskuudessa. Myös käsillä olevassa tutkimuksessa nuorin ikäryhmä arvioi kannabistriippuvuusriskin 25–34-vuotiaita hieman suuremmaksi.

Mielenkiintoisen vertailukohdan suomalaisiin tuloksiin tuo Brun-Gulbrandsenin ja Bergersenin tutkimus vuodelta 1970 (sit. Christie & Bruun 1986, 83–84). Tutkimuk-

nessa selvitettiin norjalaisten käsityksiä siitä, kuinka suuri osa jää eri päihteistä riippuvaisiksi, jos niitä käyttää kuukauden ajan päivittäin. Riippuvuuden uskottiin muodostuvan 60 % marihuanan käyttäjistä, puolelle morfiinin käyttäjistä, 43 % tupakoitsijoista, 28 % unilääkkeiden käyttäjistä ja 27 % alkoholin päivittäisjuojista. Keskeisenä näissä vastauksissa voidaan pitää päihteiden sosiaalisia representaatioita. Tämän päivän Suomessa elää heroiinipelko, 1960-luvulla hallusinogeeninen LSD oli pelottavin aine huolimatta siitä, ettei se juurikaan aiheuta esimerkiksi fyysisistä riippuvuutta.

RIIPPUVUUKSISTA IRTAUTUMISEN MAHDOLLISUUDET

Kansalaisten käsitykset riippuvuuksista irtautumisen mahdollisuuksista ja tavoista ovat sikäli kiinnostavia, että ne voivat vaikuttaa myös avun hakemiseen ja näiden ongelmien voittamiseen. Seuraavassa tarkastellaan osanottajien käsityksiä eri riippuvuuksien voittamismahdollisuuksista hoidon avulla ja ilman hoitoa (kuvio 5). Vastaajilta kysyttiin: ”Kuinka suuri mielestänne on mahdollisuus päästä eroon seuraavista riippuvuuksista ilman hoitoa” ja toisaalta ”jonkin hoidon avulla erilaiset tukiryhmät mukaan lukien (esim. AA ja NA)”.

Tulokset osoittavat, että hoidon uskotaan parantavan toipumismahdollisuuksia merkittävästi suhteessa omin avuin toipumiseen, paitsi nikotiini- ja nettiriippuvuuksissa, joissa hoidon ei katsottu parantavan näitä mahdollisuuksia lainkaan. Päihde- ja erityisesti huumeriippuvuuden voittamismahdollisuutta ilman hoitoa pidettiin vähäisenä.

Naiset epäilivät omaehtoisen toipumisen mahdollisuuksia miehiä enemmän. Erot olivat tilastollisesti merkitseviä alkoholi- ($U=50803$, $p=.004$), lääke- ($U=43305.5$, $p=.001$) ja rahapeli-riippuvuuksissa ($U=43446$, $p=.001$). Sen sijaan naiset uskoivat merkittävästi enemmän hoidon mahdollisuuksiin amfetamiiniriippuvuudesta irtautumisen suhteen. ($U=36637.5$, $p=.007$).

Nuoret ja erityisesti 26–35-vuotiaat suhtautuivat muita ikäryhmiä pessimistisemmin amfetamiinista ($\chi^2(20)=62.1$, $p=.000$) ja lääkkeitä ($\chi^2(20)=35.4$, $p=.018$) vapautumiseen ilman hoitoa. Sen sijaan nuoret uskoivat vanhempia ikäryhmiä enemmän omin avuin irrottautumiseen tupakka- ($\chi^2(20)=35.1$, $p=.020$), rahapeli- ($\chi^2(20)=37.1$, $p=.011$) ja internetiriippuvuudesta ($\chi^2(20)=49.8$, $p=.000$). Kannabisriippuvuudesta vapautumiseen ilman hoitoa suhtautuivat pessimistisimmin 36–45-vuotiaat. Heistä vain 18 % arvioi irrottautumismahdollisuuden melko tai erittäin suureksi, kun muissa ikäryhmissä vastaava osuus oli keskimäärin 28 % ($\chi^2(20)=52.4$, $p=.000$).

Ikä vaikutti myös hoidon mahdollisuuksia koskeviin arvioihin. Ikäryhmäerot olivat tilastollisesti merkitseviä kannabis- ($\chi^2(10)=26.9$, $p=.003$) ja amfetamiiniriippuvuudessa ($\chi^2(10)=26.6$, $p=.003$). Pessimistisimmin hoidon tehoon niissä suhtautuivat 26–35-vuotiaat. Ikäryhmäerot olivat vieläkin suurempia lääke- ($\chi^2(10)=34.8$, $p=.000$), rahapeli- ($\chi^2(20)=69.1$, $p=.000$) ja internetiriippuvuuden ($\chi^2(20)=48.0$, $p=.000$) suhteen. Yli 46-vuotiaat uskoivat vähemmän hoidon mahdollisuuksiin näissä riippuvuuksissa. Lääkeriippuvuudessa hoidon tehoon uskoivat vähiten yli 65-vuotiaat.

Avovastauksissa jotkut toivoivat lisää hoitoa päihdeongelmallisille, toiset taas kannattivat

tyrkkään sävyyn pakkohoitoa:

Alkoholi- ja huumeongelmallisille enemmän hoitopaikkoja. (mies, 60 vuotta)

Narkkareille pakkohoitoa! alkoholinkäyttäjät ovat suurimmaksi osaksi harmittomia itsensä tuhoajia. Mutta narkkarit ryöstää, varastaa jne. Lapset törmää likaisin ruiskuihin. Pakkohoitoon tai saunan taakse! (mies, 34 vuotta)

TOIPUMISMAHDOLLISUUKSIEN TARKASTELUA

Riippuvuudesta eroon pääsyn mahdollisuus joko hoidon avulla tai ilman sitä näyttäytyi pienimpänä suhteessa heroiinin käyttöön ja suurimpana suhteessa tupakointiin. Hoidon uskottiin ”tasaavan” selviytymismahdollisuuksia eri riippuvuuksista. Hoidon tehoon uskottiin erityisesti huumeongelmissa, kun taas tupakka- ja nettiriippuvuudesta eroon pääsyä pidettiin yhtä mahdollisena, saipa henkilö hoitoa tai ei. Alkoholiriippuvuuden voittaminen hoidon avulla arvioitiin kaikkein todennäköisimmäksi.

Naiset uskoivat enemmän hoitoon, kun taas miehet uskoivat enemmän yksilöiden omaan kykyyn selviytyä riippuvuusongelmastaan. Eri ikäryhmistä 26–35-vuotiaat epäilivät eniten ihmisten mahdollisuuksia selviytyä huumeongelmastaan sekä hoidon avulla että ilman sitä, mikä kuvastanee kyseisen ikäryhmän suurempaa altistumista paitsi huumeille myös niitä koskevalle kielteiselle mediajulkisuudelle. Vanhemmat ikäryhmät suhtautuivat peli-, internet- ja tupakkariippuvuudesta eroon pääsyn mahdollisuuteen pessimistisemmin kuin nuoremmat vastaajat.

Ilman hoitoa selviytymisen mahdollisuutta (kuvio 5) ja riippuvuusriskiä (kuvio 3) koskevia kysymyksiä tarkasteltaessa voidaan todeta, että riippuvuusriskiä pidettiin sitä suurempana, mitä vaikeammaksi vastaajat arvioivat riippuvuudesta omin avuin irtautumisen. Poikkeuksen tähän sääntöön toi tupakka, jonka riippuvuusriskiä pidettiin suurena samalla, kun ongelman voittamismahdollisuutta omin avuin pidettiin myös suurena.

Kokonaisuudessaan suomalaiset, kuten myös ruotsalaiset (Blomqvist 2009), vastaajat osoittivat uskovansa hoidon mahdollisuuksiin

päihdeongelmissa. Blomqvist tulkitsee tuloksiaan siten, että ruotsalaiset luottavat edelleen terveydenhuoltojärjestelmäänsä osana hyvinvointiyhteiskunnan rakenteita. Ruotsalaisista 46 % oli tyytyväisiä terveydenhuoltojärjestelmäänsä, kun Suomessa vastaava osuus oli vieläkin korkeampi, 78 % (Suomalaisten tyytyväisyys terveydenhuoltopalveluihin 2001).

Voidaan pohtia, onko riippuvuushoitojen tarjonnalla ja niiden tuntemuksella vaikuttava hoidon tuloksellisuuteen luottamiseen. Esimerkiksi suomalaisaineistossa tupakka- ja nettiriippuvuus näyttäytyivät pulmina, joihin hoidolla ei juurikaan uskottu voitavan vaikuttaa. Tämä saattaa kuvastaa joko sitä, ettei näitä riippuvuuksia pidetä niin vaikeina, tai sitä, ettei vastaajilla ole mielikuvaa siitä, mitä niiden hoitaminen käytännössä olisi. Sen sijaan esimerkiksi alkoholistien hoito A-klinikalla tai huumeiden käyttäjien hoito huumeiklinikalla saattoi olla monille tutumpaa. Blomqvistin (2009) tulokset näyttivät samansuuntaisilta: muiden kuin tupakkariippuvuuden osalta omaehtoiseen muutokseen ei juuri uskottu. Koska alkoholistien hoitamiseksi on rakennettu hoitojärjestelmä, kun taas tupakasta irrottautumiseen ei, omin avuin irrottautumista pidettiin Blomqvistin arvion mukaan luonnollisena.

Vieraus ja vaarallisuus näyttivät Blomqvistin mukaan vähentävän uskoa riippuvuuden voittamiseen omin avuin. Ruotsalaiset suhtautuivat optimistisemmin omaehtoiseen muutokseen tuttuun aineiden, kuten tupakan ja nuuskan suhteen, kun taas laittomista huumeista ja etenkin heroiinista vapautumiseen omin avuin he eivät juuri uskoneet. (Blomqvist 2009.) Vieraus ja vaarallisuus -ajattelu selittää kuitenkin vain osan todellisuudesta, sillä suomalaisaineistossa tutuimmaksi huumeongelman arvioivat 26–35-vuotiaat, jotka kuitenkin suhtautuivat muita ikäryhmiä pessimistisemmin huumeriippuvaisten mahdollisuuden toipua riippuvuudesta.

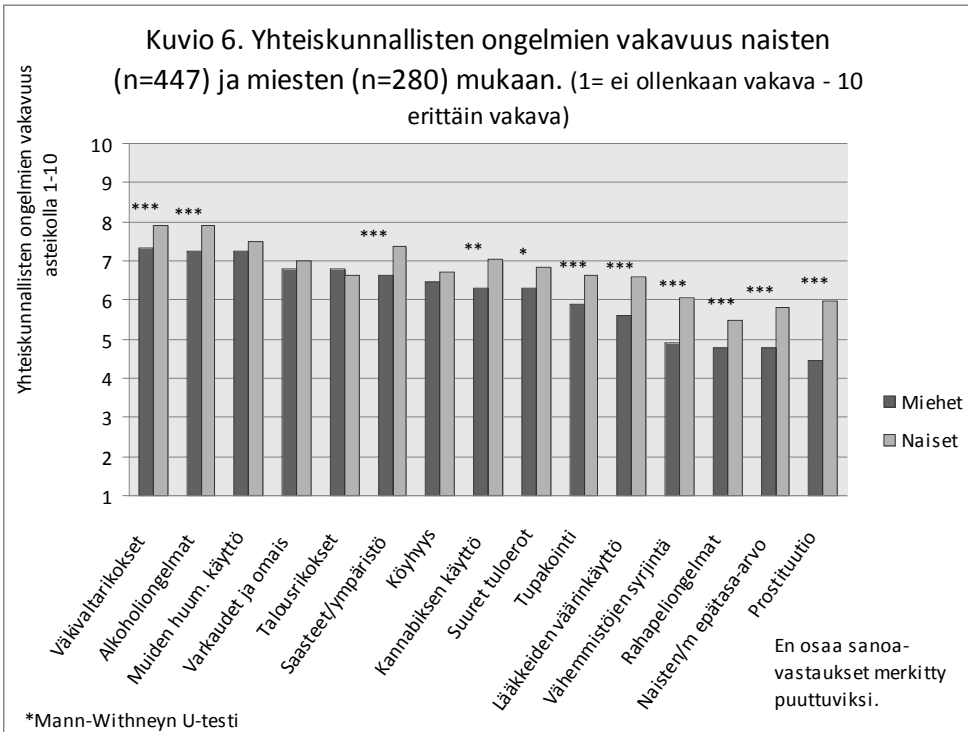
Eri riippuvuudet vaikuttavat eri tavoin ihmisten sosiaaliseen ympäristöön ja elinolosuhteisiin. Koski-Jännes (2004, 60) kuvaa biopsykososiaalisessa mallissaan riippuvuuden ulointa kehää ulkoiseksi olosuhteeksi, keskimmäistä kehää riippuvuutta koskeviksi kognitioiksi

(uskomuksiksi, selityksiksi yms.) ja sen ydintä biologisiksi prosesseiksi. Sen mukaan esimerkiksi tupakointi voi vahvasta riippuvuudesta huolimatta olla asia, jonka ympärille yksilön ei tarvitse luoda voimakkaita puolustusmekanismeja. Tällöin muutokseen ei tarvitse käyttää niin paljon voimavaroja. Myös ne ihmiset, joilla sosiaaliset olosuhteet tukevat muutosta, pääsevät helpommin irti riippuvuudesta, sillä elämänmuutokseen sopeutuminen ei heillä ole niin haastavaa kuin sellaisilla, joilla se koskee totaalidemmin sosiaalisia olosuhteita. Tällainen selitysmalli sopii hyvin kuvaamaan ihmisten sosiaalisia representatioita tupakoinnista verrattuna esimerkiksi huumeriippuvuuden sosiaaliseen representaatioon, jossa ongelma näyttäytyy kokonaisvaltaisena elämänhallinnan menettämisenä ja kurjistuneena arkena. Uskomalla siihen, ettei huumeista voi luopua ilman hoitoa, saatetaan myös käytännössä vaikeuttaa niistä irrottautumista: ”Päihdeistä on seurauksia sen mukaan mitä merkityksiä niille annetaan” (Christie & Bruun 1986, 72).

RIIPPUVUUSONGELMAT SUHTEESSA MUIHIN YHTEISKUNNALLISIIN ONGELMIIN

Tutkimuksessa selvitettiin myös näkemyksiä erilaisten pähteiden käytön ja riippuvuusongelmien vakavuudesta suhteessa muihin yhteiskunnallisiin pulmakysymyksiin (Kuvio 6). Lomakkeessa kysyttiin: ”Kuinka vakavina pidätte seuraavia yhteiskunnallisia ongelmia Suomessa nykyisin? Arvioikaa kutakin (ongelmaa) erikseen asteikolla, jossa 1 = ei ollenkaan vakava, 10 = erittäin vakava.”

Väkivaltarikoksia pidettiin vakavimpana yhteiskunnallisena huolenaiheena. Jaetulle toiselle sijalle tulivat alkoholi-ongelmat ja muiden huumeiden kuin kannabiksen käyttö. Tupakointia ei pidetty kovinkaan merkittävänä ongelmana, vaikka se riippuvuusriskiltään arvioitiin yhdeksi vaarallisimmista aineista (ks. kuvio 3). Lääkkeet jäivät yhteiskunnallisena ongelmana sijalle 11. Rahapeliongelmat arvioitiin riippuvuusongelmista pienimmiksi, mutta sukupuolten eriarvoisuutta ja prostituutiota pidettiin vielä mitättömämpinä yhteiskunnallisina huolenaiheina. Vähäisimpiäkin ongelmia pidettiin silti 1–10-asteikolla vähintään 5 arvoisina.



Päihde- ja muut riippuvuusongelmat: alkoholi-ongelma ($U=47654,5$, $p<.001$), kannabistuotteiden käyttö ($U=42331,5$, $p=.001$), tupakointi ($U=46456$, $p<.001$), lääkkeiden väärinkäyttö ($U=39868,5$, $p<.001$), rahapeli-ongelmat ($U=43657,5$, $p<.001$). Muut ongelmat: Väkivaltarikokset ($U=49646$, $p<.001$), saasteet ja ympäristö ($U=44792$, $p<.001$), naisten ja miesten epätasa-arvo ($U=42667$, $p<.001$), suuret tuloerot ($U=52874$, $p=.046$), prostituutio ($U=35750$, $p<.001$), vähemmistöjen syrjintä ($U=40131$, $p<.001$).

Naiset pitivät lähes kaikkia ongelmia vakavampina kuin miehet. Erot olivat tilastollisesti erittäin merkitseviä ($p<.001$) väkivaltarikoksien, alkoholi-ongelmien, kannabistuotteiden käytön, tupakoinnin, lääkkeiden väärinkäytön ja rahapeli-ongelmien suhteen. Myös Piispan ym. (2008, 16) tutkimuksessa miehet arvioivat huume-ongelman vuodesta toiseen lievemmäksi kuin naiset, joskaan erot eivät kyseissä tutkimuksissa olleet tilastollisesti merkitseviä.

Ikä vaikutti merkitsevästi joidenkin ongelmien arviointiin. Alle 26-vuotiaat pitivät kannabiksen ($\chi^2(5)=43,9$, $p=.000$) ja muiden huumeiden ($\chi^2(5)=24,8$, $p=.000$) käyttöä hieman vähemmän vakavana ongelmana kuin sitä vanhemmat ikäluokat. Sen sijaan tupakointia nuoret pitivät vähintään yhtä vakavana kuin sitä vanhemmat ikäryhmät. Rahapeli-ongelmista kannettiin sitä enemmän

huolta, mitä vanhemmasta ikäryhmästä oli kyse ($\chi^2(5)=20,5$, $p=.001$). Myös Piispan ja kumppaneiden (2007; 2008) tutkimuksissa alle 25-vuotiaat suhtautuivat huume-ongelmiin vähiten vakavasti. Tämä saattaa kuvastaa nuorten mukautumista huumeiden läsnäoloon yhteiskunnassa.

Avovastauksissa tuotiin esille väkivallan ja päihteiden käytön yhteys:

Alkoholista aiheutuu eniten haittoja / ja kuluja yhteiskunnalle; väkivalta ja esim. huostaanotto-kulut ja lasten mielenterveysongelmat. Tulevaisuudessa aiheutuvat kulut mukaan lukien. (nainen, 31 vuotta)

Vahvat huumeet ja lääkkeiden väärinkäyttö aiheuttavat väkivalta- ja rikollista toimintaa lähes eniten. Alkoholi on päätekijänä em. kanssa myös suurimmassa osassa liikenneonnettomuuksia. (nainen, 44 vuotta)

RIIPPUVUUKSIEN TARKASTELU YHTEISKUNNALLISINA ONGELMINA

Kansalaisten sosiaalisia representaatioita eri riippuvuuksista ei voida erottaa sen hetkisestä yhteiskunnallisesta todellisuudesta. Mielikuvat ja käsitykset muuttuvat ajassa, yksilöllisten kokemusten seurauksena, sosiaalisissa suhteissa, ammattilaisilta suodattuneen tiedon, median (Hellman 2009) ja lainsäädännön värittämän asenneilmaston pohjalta.

Tulokset tukivat artikkelin alussa esitettyjä hypoteeseja. Alkoholiongelmia koskevan huolen kasvu huumeiden rinnalle heijastaa viime vuosien alkoholipoliittista keskustelua vuoden 2004 alkoholin hintojen alentamisen seurauksista. Hakkaraisen ja Metson (2007, 547) mukaan vuonna 2002 väestöstä (15–69-vuotta) kolmannes oli sitä mieltä, että huumeet aiheuttavat yhteiskunnalle enemmän ongelmia kuin alkoholi. Vuonna 2006 tällä kannalla oli enää 18 % vastaajista. Käsillä olevassa tutkimuksessa kovat huumeet arvioitiin alkoholiongelmiensa kanssa yhtä vakavaksi yhteiskunnalliseksi ongelmaksi, mikä kuvastaa muutoksen jatkumista edellä mainittujen tulosten suuntaisena.

Kannabiksen käyttö arvioitiin muita huumeita selvästi vähemmän vakavaksi yhteiskunnalliseksi ongelmaksi. Syynä tähän voi olla itse aineen mietous, mutta myös sen kokeilun ja käytön suhteellinen yleisyys. Kannabiksen tutuus muuttaa mielikuvia siitä muita huumeita arkisemmaksi ja vähemmän pelottavaksi. Myös muut tutkimukset tukevat tämän suuntaista tulkintaa (Huumetilanne Suomessa 2007, Hakkarainen & Metso 2007, 548–550).

Vaikka tulokset kuvastavat huumeongelman normalisoitumista, elää suomalaisessa yhteiskunnassa edelleen jonkinasteinen narkofobia (Partanen 2002, 18; Onnela 2001, 11) etenkin osanottajien avovastauksista päätellen. Huumeiden käyttö näyttää siten herättävän enemmän pelkoa ja suojautumistarvetta kuin monet muut merkittäviä haittoja aiheuttavat ilmiöt (Weckroth 2001, 41; Christie & Bruun 1986, 133, 149).

Rahapelaaminen sijoittui tässä tutkimuksessa 13. sijalle. Sitä pidetään siis suhteellisen vähäisenä yhteiskunnallisena ongelmana. Samana vuonna tehdyssä Ahon ja Turjan (2007, 3) ra-

hapelitutkimuksessa (n=5008) kaksi kolmasosaa suomalaisista piti kuitenkin rahapelien ongelmapelaamista vakavana ongelmana. Kyseisessä tutkimuksessa ei mainittu sanaa ”yhteiskunnallinen”, eikä sitä verrattu muihin yhteiskunnallisiin ongelmiin, mikä lienee vaikuttanut vastaajien ongelman määrittelyyn.

Vaikka tupakasta tiedetään aiheutuvan yksilölle ja lähiympäristölle passiivisen tupakoinnin muodossa terveyshaittoja (Hakkarainen 2000, 18–92) ja yhteiskunnalle taloudellisia menetyksiä, ei tupakan haittoja kuitenkaan pidetty yhteiskunnallisesti kovin vakavina. Kymmenes sija kuviossa 6 voi kuvastaa toisaalta sitä, ettei tupakointia nähdä yhteiskunnallisena vaan yksilön ongelmana, tai toisaalta sitä, että tupakointi yhteiskunnallisena ongelmana on saatu hallintaan.

Lääkkeiden väärinkäyttö sijoittui yhteiskunnallisena ongelmana listan loppupäähän huolimatta siitä, ettei lääkkeiden ja huumeiden käyttöä voida suoranaisesti erottaa toisistaan muuten kuin käyttökulttuurin perusteella. Esimerkiksi rauhoittavia lääkkeitä sekä joitakin opiaattipohjaisia lääkkeitä käytetään yleisesti huumeina narkomaanipiireissä (Huumetilanne Suomessa 2007).

Päihteiden käyttöön liittyvät lieveilmiöt, kuten rikollisuus ja väkivalta, kietoutuvat mielikuvissa myös toisiinsa. Voidaankin kysyä, kuinka paljon esimerkiksi väkivallan pelko yhteiskunnallisena ongelmana pitää sisällään päihdeongelmia ja päinvastoin? Esimerkiksi Hakkaraisen ja Metson (2007, 546) mukaan huumeisiin liittyvä väkivallan pelko ei ole laskenut lainkaan samassa määrin kuin kokemus huumeongelman vakavuudesta 2000-luvulla. (Ks. myös Piispa ym. 2008; Simpura 2002, 68.)

Tupakan, alkoholin ja rahapelaamisen kaksijaokoisuutta kuvastaa se, että erityisesti alkoholista ja tupakoinnista syntyy yhteiskunnalle moninaisia kustannuksia, kuten terveydenhuoltomenoja, samalla kun ne ovat myös yhteiskunnallisesti tärkeä tulonlähde. Esimerkiksi alkoholista aiheutuu yhteiskunnalle noin miljardin euron välittömät kustannukset (Mellin, Vihmo & Österberg 2006, 44), mikä on suurin piirtein saman verran kuin alkoholiverotuksen tuotto valtiolle (Lotila 2005). Rahapelien osalta voi-

daan puhua jopa hyvinvointiyhteiskunnan ylläpitämisestä, sillä Raha-automaattiyhdistys lahjoittaa vuosittain noin 300 miljoonaa euroa kolmannelle sektorille muun muassa sosiaali- ja terveystalouden tuottamiseksi.

Eri riippuvuuksien ja huumeiden käytön aiheuttamia yhteiskunnallisia ongelmia on vaikea erottaa yhteyksistään. Ongelmien taloudellinen haitta, laajuus tai yksilölliset haitat eivät yksinään selitä kyselyissä saatuja vastauksia, vaan perusteluja on etsittävä myös yhteiskunnallisista olosuhteista ja mediasta (Hellman 2009) sekä niiden vaikutuksista sosiaalisten representaatioiden muodostumiseen. Vaikuttaakin siltä, että ongelmiksi valikoituvat kunakin ajankohtana ennen kaikkea sellaiset asiat ja ilmiöt, joitten koetaan mahdollisesti uhkaavan kansalaisten turvallisuuden tunnetta – jossain määrin riippumatta uhan reaalista suuruudesta.

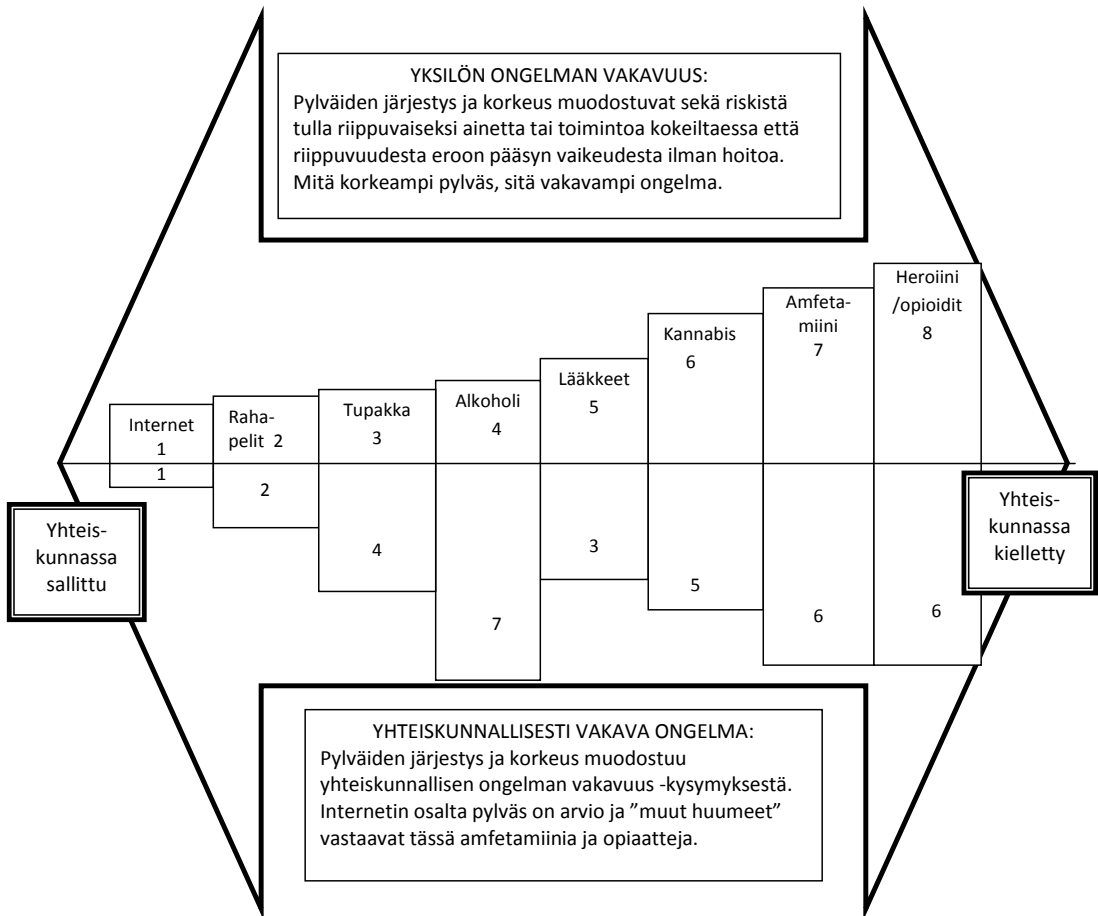
YHTEENVETO JA TUTKIMUKSEN ARVIOINTIA

Tässä artikkelissa on esitetty joitakin tuloksia laajasta riippuvuutta koskevasta kyselytutkimuksesta. Tulokset jäävät herkästi yksittäisiksi luvuiksi, ellei niitä pyritä tiivistämään ja suhteuttamaan yhteiskunnalliseen todellisuuteen.

Tämän artikkelin tulokset on siksi koottu kuvioon 7, joka kuvaa sitä, miten Suomessa hahmotettiin eri riippuvuudet suhteessa toisiinsa vuonna 2007.

Vaakatason akseli muodostuu yhteiskunnallisessa tarkastelussa laillisen ja laittoman ääripään väliin. Jana kuvaa sitä järjestystä, johon riippuvuudet tässä kyselyssä asettuivat yksilön ongelmina. Jana heijastaa myös kyseisenä ajankohtana (2007) yhteiskunnassamme vallinneita normeja, lakeja ja rajoituksia, jotka tässä tutkimuksessa esitetyjen päätelmien perusteella asettuvat samaan järjestykseen kuin yksilönäkökulma.

Karkeasti katsoen eri riippuvuutta tuottavat aineet ja toiminnot voidaan jakaa ihmisten mielisissä kolmeen luokkaan: sallittuihin, ristiriitaisiin ja kiellettyihin. Kiellettyjä ovat etenkin kovat huumeet, mutta myös kannabis. Ristiriitaisesti suhtaudutaan lääkkeisiin, tupakkaan ja alkoholiin. Tupakan ja alkoholin ero pienenee, kun tupakkapolitiikkaa on kiristetty ja samalla kun alkoholipolitiikkaa on höllennetty. Sallituimpia tai ainakin yhteiskunnallisesti vähiten kontrolloituja ovat rahapelien ja internetin runsas käyttö, joskin huoli niiden haitoista näyttää kasvaneen viime vuosina.



Pystyaksella eri riippuvuuksia on kuvattu yksilölle- ja yhteisölle aiheutuvan uhan tai vaarallisuuden mukaan. Keskiviivasta ylöspäin nousevat palkit kuvaavat tämän tutkimuksen tuloksia yksilölle koituvan uhan muodossa. Uhkaa on kuvattu riippuvuusriskin ja omaehtoisen toipumisen vaikeuden keskiarvon perusteella. Näiden arvioiden keskinäinen järjestys oli muuten sama, mutta poikkeuksen muodosti tupakka, jota pidettiin riippuvuusriskiltään lähes huumeiden veroisena, vaikka toisaalta suhteellisen helposti omin avuin voitettavana ongelmana.

Vaaka-akselin alapuoliset palkit kuvaavat vastaajien näkemyksiä eri riippuvuusongelmien yhteiskunnallisesta vakavuudesta (vrt. kuvio 6). Kuvioista 7 voidaan todeta, että esimerkiksi alkoholiriippuvuus arvioitiin kohtalaisen pieneksi riskiksi yksilöille, mutta erittäin vakavaksi yhteiskunnalliseksi ongelmaksi, mikä on

jokseenkin ristiriitaista. Kannabisriippuvuutta taas pidettiin nikotiiniriippuvuutta vakavampana ongelmana huolimatta kannabiksen vähäisemmästä käytöstä ja sen tupakkaa huomattavasti pienemmistä yhteiskunnallisista kustannuksista. Kokonaisuutena näyttäisi siis siltä, että addiktiivista käyttäytymistä arvioidaan muilla kuin rationaalisilla ja realistikustannuksiin perustuvilla argumenteilla.

Sukupuolten välinen ero vastauksissa näkyi siten, että naiset arvioivat yhteiskunnallisia ongelmia ”suurentavien lasien” läpi: he olivat talousrikoksia lukuunottamatta kaikilta osin miehiä huolestuneempia eri ongelmien vakavuudesta. Toiseksi naisilla oli ”hoivalasit”: he uskoivat miehiä enemmän hoidon tehoon auttaa irti riippuvuuksista. Kolmanneksi heillä oli myös ”pessimistin lasit”: he uskoivat miehiä vähemmän ihmisten kykyyn päästä itse, ilman hoitoa eroon riippuvuuksistaan.

Miehet uskoivat vastaavasti naisia enemmän itsekontrolliin, tahdonvoimaan ja spontaanin toipumisen mahdollisuuksiin.

Ikä vaikutti etenkin toipumismahdollisuuksia koskeviin arvioihin. Nuoremmat suhtautuivat vanhempia ikäryhmiä optimistisemmin nikotiini-, rahapeli- ja nettiriippuvuuden voittamiseen omin avuin. Erityisesti 26–35-vuotaiden vastaukset erosivat muiden ikäryhmien vastauksista huumeikysymyksissä. He epäilivät eniten sekä spontaanitoipumisen että hoidon mahdollisuuksia huumeriippuvuuksissa. Ilmiötä voidaan selittää ainakin kahdella tavalla. Ensinnäkin he elivät nuoruuttaan Suomessa toisen huumeaallon aikana 1990-luvulla (ks. Hakkarainen & Metso 2007, 547), jolloin he todennäköisesti altistuivat aktiivisemmalle huumeiden vastaiselle valistukselle kuin muut ikäryhmät. Huumeaiheiden silloinen suuri näkyvyys mediassa (Hellman 2009) saattoi myös vaikuttaa heidän näkemystensä muodostumiseen aikuisiän kynnyksellä. Toiseksi heidän muita ikäryhmiä läheisempi suhteensa huumeisiin on voinut osaltaan vaikuttaa käsityksiin: huumeita kokeilleita oli tässä ikäryhmässä 38 %, kun vastaava osuus koko aineistossa oli 14 %. Jonkin aineen tuttuus ei siis välttämättä vähennä siihen kohdistuvaa huolta, jos suhtautuminen perustuu omiin tai lähipiirin kielteisiin kokemuksiin.

Iän ja sukupuolen erot kuvastavat eri viiteryhmiä näkemuseroja. Vaikka asiantuntijoilta ja mediasta suodattunut tieto eri viiteryhmiä on pääosin samaa, muovautuu se vuorovaikutuksessa jossain määrin erilaisiksi sosiaalisiksi representaatioiksi eri ryhmissä. Näihin eroihin vaikuttavat myös paikallinen kulttuuri (esimerkiksi nuorisokulttuuri) ja lähi-kokemukset.

Tämän tutkimuksen rajoituksena on todettava, että tässä esitetyllä kyselyaineistolla ei päästä vielä täysin hyödyntämään sosiaalisten representaatioiden teoriaa. Riippuvuusmielikuvien rikkaampaan sisällölliseen analyysiin aukeaa enemmän mahdollisuuksia IMAGES-konsortion laadullisissa osatutkimuksissa. Tässä vaiheessa keskeisintä oli kuitenkin kartoittaa yleisellä tasolla kansalaisten käsityksiä eri riippuvuuksista.

Tutkimuksen toinen rajoitus on kyselyn alhainen vastausprosentti (37 %). Ruotsissa vastaavaan postikyselyyn osallistui kaikkiaan 55 %, vaikka lomake oli hieman pitempi (Blomqvist 2009). Suurta katoa selittää kyselyn vaativuus. Vaikka kysymyksiä ei ollut taustatietokysymysten lisäksi kuin 30, niin useat niistä koskivat kahdeksaa eri riippuvuutta, joista osa oli monille enemmän tai vähemmän kaukainen. Eniten katoa esiintyi alle 45-vuotiailla miehillä. Toisaalta yli 55-vuotiaat miehet osallistuivat huomattavasti aktiivisemmin kyselyyn suhteutettuna tämän ikäisten miesten osuuteen väestössä. Nuorten miesten heikko vastaushalukkuus on ilmennyt myös muissa kyselytutkimuksissa (esim. Piispa 2007).

Tulosten tarkastelussa olisi voitu käyttää myös painotettuja arvoja, joka olisi joiltakin osin ehkä antanut tarkemman kuvan suomalaisten käsityksistä. Aineiston vinous iän ja sukupuolen suhteen oli ilmeisesti yhteydessä vastaajien väestöstä hieman poikkeavaan koulutustasoon ja alempaan avioitumisen määrään. Aineiston painottamista iän ja sukupuolen mukaan kokeiltiin, mutta koska tulokset eivät muuttuneet kuin muutaman prosenttiyksikön verran suuntaan tai toiseen, päätimme pitää kiinni painottamattomista arvoista. Vertailtaessa tämän tutkimuksen osanottajien päihdeiden käyttöä muihin Suomessa 2000-luvulla tehtyihin tutkimuksiin ainoa olennainen ero oli tässä tutkimuksessa todettu nuorten aikuisten korkeampi huumeikokeilujen määrä. Osanottajilla oli ilmeisesti myös tavallista enemmän päihdeongelmaisia läheisiä. Onkin ymmärrettävää, että omakohtaiset kokemukset lisäävät kiinnostusta osallistua riippuvuus-kysymyksiä koskevaan tutkimukseen. Joka tapauksessa tulosten yleistämiseen suomalaisiin yleensä on suhtauduttava varauksellisesti.

Yleisesti voidaan todeta, että tutkimuksen osanottajat näkivät riippuvuuksien *keskinäiset suhteet* pääosin samansuuntaisesti. Tämä on perusteltavissa esimerkiksi sillä, että suomalaiset altistuvat yhtenäisenä kieliryhmänä samalle median tuottamalle informaatiolle (mm. TV-uutiset, valtakunnalliset päivälehdet) asuinpaikastaan huolimatta. Erot sukupuolten ja ikäryhmien välillä olivat siten pikemminkin aste-eroja kuin selviä näkemuseroja.

KIRJALLISUUS

- Abrahamson, Maria (2006) Sociala representationer av alkohol och narkotika i fokusgruppintervjuer med 18-åringar och tonåringars föräldrar. *NAT* 23:5, 343–358.
- Aho, Pauliina & Turja, Tuomo (2007) Suomalaisen rahapelaaminen 2007. [WWW-dokumentti, Sosiaali- ja terveysministeriö & Taloustutkimus Oy, Helsinki]. <http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/82EFAC39-7AEC-4EA9-A3C4-BB57D35A07B7/0/Suomalaisten_rahapelaaminen_2007_tekstiraportit5046.pdf> (Luettu 18.12.2009).
- Arinen, Sisko, Häkkinen, Unto, Klaukka, Timo, Klavus, Jan, Lehtonen, Risto & Aro, Seppo (1998) Suomalaisen terveys ja terveyspalveluiden käyttö. Stakesin ja Kelan selvityksiä. *SVT, Terveys* 1998:5.
- Blomqvist, Jan (2009) What is the worst thing you can get hooked on? Popular images of addiction problems in Contemporary Sweden. *NAT* 26:4, 373–398.
- Christie, Nils & Bruun, Kettil (1986) Hyvä vihollinen. Huumausainepolitiikka pohjolassa. Weilin+Göös, Espoo.
- Furnham, Adrian & Lowick, Victoria (1984) Lay theories of the causes of alcoholism. *British Journal of Medical Psychology* 57:4, 319–332.
- Griffiths, Mark & Duff, Jane (1993) Etiologies of excessive behaviour: a study of non-professional peoples' beliefs. *Addiction Research* 1:3, 199–206.
- Hakkarainen, Pekka (2000) Tupakka. Nautinnosta ongelmaksi. Vastapaino, Tampere.
- Hakkarainen, Pekka & Metso, Leena (2007) Huumeekysymyksen muuttunut ongelmakuva. Vuoden 2006 huumeekyselyn tulokset. *Yhteiskuntapolitiikka* 72:5, 541–552.
- Hallituksen esitys laiksi alkoholi- ja alkoholijuomaverosta annetun lain liitteen muuttamisesta (2007) StVL 8/2007 vp - HE 60/2007 vp. Sosiaali- ja terveysvaliokunnan lausunto 8/2007 vp. [WWW-dokumentti]. <http://www.parliament.fi/faktatmp/utatmp/akxtmp/stvl_8_2007_p.shtm> (Luettu 7.7.2008).
- Helakorpi, Satu, Patja, Kristiina, Prättälä, Ritva & Uutela, Antti (2005) Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2005. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 18/2005, Helsinki.
- Hellman, Mathilda (2009) Designation practices and perceptions of addiction - a diachronic analysis of Finnish press material from 1968–2006. *NAT* 26:4, 355–372.
- Hirschovits-Gerz, Tanja (2008) Suomalaisen kansallisuuden riippuvuuksista – sukupuolen, iän sekä yhteiskunnallisen todellisuuden vaikutuksia mielikuviin. Julkaisematon pro gradu -tutkielma. Sosiaalitutkimuksen laitos, Tampereen yliopisto.
- Huhtanen, Petri, Hokka, Päivi & Mäkelä, Pia (2009) Juomatapatutkimus 2008. [WWW-dokumentti, Terveys ja hyvinvoinnin laitos, Avauksia 16/2009]. <<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/a8b2883f-5a53-471d-97a1-0d7e6b3b8aeb>> (Luettu 16.10.2009).
- Huumetilanne Suomessa (2007) [WWW-dokumentti, Reitox, Stakes, EMCDDA, Helsinki 2007]. <<http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/reitox/HuumetilanneSuomessa2007.pdf>> (Luettu 16.1.2008).
- Joffe, Hélène (2002) Social representations and health psychology. *Social Science Information* 41:4, 559–580.
- Koski-Jännes, Anja (2004) In Search of a Comprehensive Model of Addiction. Teoksessa Rosenqvist, Pia, Blomqvist, Jan, Koski-Jännes, Anja & Öjesjö, Leif (toim.) *Addiction and life course*. NAD-julkaisu, nro 44, 49–67.
- Kouluterveyskysely. [WWW-dokumentti, THL, Helsinki] <<http://info.stakes.fi/kouluterveyskysely/FI/index.htm>> (Luettu 15.5.2009).
- Laki toimenpiteistä tupakoinnin vähentämiseksi annetun lain muuttamisesta. [WWW-dokumentti] <<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2006/20060700>> (Luettu 11.6.2008).
- Lotila, Sami (2005) Viro pitää viinan halpana. [WWW-dokumentti]. <http://www.talouselama.fi/docview.do?f_id=714047> (Luettu 16.8.2009).
- Milkman, Harvey & Sunderwirth, Stanley (1982) Addictive processes. *Journal of Psychoactive Drugs* 14:3, 177–192.
- Mellin, Nina, Vihmo, Jouni & Österberg, Esa (2006) Alkoholihaittojen yhteiskunnalliset kustannukset Suomessa vuonna 2003. Stakes Raportteja 10/2006. Valopaino, Helsinki.
- Moscovici, Serge (1981) On social representations. Teoksessa Forgas, Joseph P. (toim.) *Social cognition. Perspectives on everyday understanding*. Academic Press, London, 181–209.
- Moscovici, Serge (1984) The phenomenon of social representations. Teoksessa Farr, Robert & Moscovici, Serge (toim.) *Social representations*. Cambridge University Press, Cambridge, 3–69.
- Mustonen, Anu (2001) *Mediapsykologia*. WSOY, Helsinki.
- Onnela, Tapio (2001) Johdanto: pelon politiikasta haittojen vähentämiseen. Teoksessa Onnela, Ta-

- pio (toim.) Pyhä Huumesota, huume politiikan pelkoja ja utopioita. Vihreä Sivistysliitto, Helsinki, 9–18.
- Orford, Jim (1985) Excessive appetites. A psychological view of addictions. John Wiley & Sons, Chichester, UK.
- Orford, Jim (2001a) Addiction as excessive appetite. *Addiction* 96:1, 15–31.
- Orford, Jim (2001b) Excessive appetites. Second revised edition. John Wiley & Sons, Chichester, UK.
- Partanen, Juha (2002) **Huumeet maailmalla ja Suomessa**. Teoksessa Kaukonen, Olavi & Hakkarainen, Pekka (toim.) Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa. Gaudeamus, Helsinki, 13–37.
- Peele, Stanton (1985) *The Meaning of Addiction: Compulsive Experience and Its Interpretation*. Lexington Books, Lexington, MA.
- Peltonen, Markku, Kennet, Harald, Männistö, Satu, Saarikoski, Liisa, Peltomäki, Päivi, Lund, Laura, Sundvall, Jouko, Juolevi, Anne, Laatikainen, Tiina, Aldén-Nieminen, Helena, Luoto, Riitta, Jousilahi, Pekka, Salomaa, Veikko, Taimi, Marketta & Vartiainen, Erkki (2008) Kansallinen Finriski 2007 -terveystutkimus. Tutkimuksen toteutus ja tulokset. *Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 34/2008*, Helsinki.
- Peltovuoma, Sami, Varamäki, Ritva & Koponen, Jaana (2006) Suomalaisten alkoholisenteet. [WWW-dokumentti, Terveiden edistämisen keskus ry]. <http://www.health.fi/content/files/Suomalaisten_alkoholisenteet.pdf> (Luettu 1.8.2008).
- Piispa, Matti, Helakorpi, Satu, Uutela, Antti & Jallinoja, Piia (2007) Kontaktit vähentyneet, huumehuoli ennallaan. *Kansanterveyslaitoksen kyselyjen tuloksia. Yhteiskuntapolitiikka* 72:2, 187–196.
- Piispa, Matti, Helakorpi, Satu, Laitalainen, Elina, Uutela, Antti & Jallinoja, Piia (2008) Huumekontaktit ja mielipiteet. Tutkimus työikäisistä suomalaisista 1996–2007. *Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B5 / 2008*, Helsinki.
- Pirttilä-Backman, Anna-Maija & Helkama, Klaus (2005) Serge Moscovici Sosiaaliset representatiot. Teoksessa Hänninen, Vilma, Partanen, Jukka & Ylijoki, Oili-Helena (toim.) Sosiaalipsykologian suunnannäyttäjät. Gummerus, Jyväskylä, 253–274.
- Poikolainen, Kari & Paalanen, Laura (2007) **Alkoholi**. Teoksessa Prättälä, Ritva & Paalanen, Laura (toim.) Elintavat ja niiden väestöryhmäerot Suomessa. *Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B2/2007*, Helsinki, 79–83.
- Puska, Pekka (2003) Pohjois-Karjala-projekti. [WWW-dokumentti, Duodecim 2006]. <http://www.terveysportti.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=sae64000> (Luettu 11.6.2008).
- Raitasalo, Kirsimarja (2004) Päihdeongelmaisten läheiset Suomessa. Teoksessa Koski-Jännes, Anja & Hänninen, Vilma (toim.) Läheiseni on päihdeongelmainen. Kirjapaja, Helsinki, 13–17.
- Seppä, Kaija (1998) Alkoholi-ongelman varhaisteaminen. Teoksessa Salaspuro, Mikko, Kiiänmaa, Kalervo & Seppä, Kaija (toim.) Päihdelääketeiede. Duodecim, Helsinki.
- Simpura, Jussi (2002) Päihdehaitat asukkaiden silmin ennen toimintakokeilua ja sen jälkeen. Teoksessa Holmila, Marja (toim.) Asuinalue ja päihdehaitat. Arviointitutkimus ehkäisevästä paikallistoiminnasta Tikkurilassa ja Myllypurossa. *Stakes tutkimuksia* 122, Helsinki, 58–78.
- Spanagel, Rainer & Heilig, Marcus (2005) Addiction and its brain science. *Addiction* 100:12, 1813–1822.
- Suomalaisten tyytyväisyys terveydenhuoltopalveluihin (2001) [WWW-dokumentti, STM:n selvitys, Helsinki]. <<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/tervhuolto/raportti1.htm>> (Luettu 19.7.2008).
- Tilastokeskus (2008) [WWW-dokumentti]. <<http://www.tilastokeskus.fi>> (Luettu 5.5.2009).
- Tilastokeskus (2009) Tilastotietokanta. [WWW-dokumentti]. <<http://pxweb2.stat.fi>> (Luettu 8.10.2009).
- Tupakkatilasto (2006) . [WWW-dokumentti, Terveys, Tilastokeskus, Helsinki 2007]. <http://www.stat.fi/tup/julkaisut/isbn_978-952-467-747-9.pdf> (Luettu 5.9.2008).
- Weckroth, Antti (2001) Päihdeestä huumeeksi, huumeongelman kulttuuriset tulkinnat. Teoksessa Piisi, Ritva (toim.) Huumetyö. Tammi, Helsinki, 30–47.
- West, Robert (2006) *Theory of addiction*. Blackwell Publishing, Oxford.
- Viertola, Hannu (1998) *Tupakkamiehen tietokirja*. Terra Cognita, Helsinki.
- Voipio, Tinna & Paakkari, Pirkko (2007) Masennuslääkkeiden kulutuksesta. *Tabu* 15:6, 31–34.
- Ylikangas, Mikko (2009) Unileipää, kuolonvettä ja spiiidiä. *Huumeet Suomessa 1800–1950*. Atena, Jyväskylä.
- Äikäs, Timo (2006) Väestön rakenne alueittain. [WWW-dokumentti, Helsingin kaupungin tietokeskuksen verkkojulkaisuja 2006/36]. <http://www.hel2.fi/tietokeskus/julkaisut/pdf/06_11_24_vj36_aikas.pdf> (Luettu 15.11.2009).

How Finns perceive obstacles to recovery from various addictions

TANJA HIRSCHOVITS-GERZ

ABSTRACT

AIMS – This article examines how Finns perceive obstacles to overcoming various substance and behavioural addictions. **DESIGN** – A random population survey (n=740) was conducted in the autumn of 2007. The survey included questions on five types of barriers to recovery: the properties of the substance or behaviour, the personal properties of the individual, the significance of the environment, the effect of difficult living conditions, and the prejudices and negative expectations of other people. **RESULTS** – The individual and the substances or behaviours as such were considered bigger obstacles to recovery than contextual factors such as the environment, living conditions or attitudes and prejudices. The substances were considered bigger obstacles to recovery than behaviours not involving psychoactive substances. The personal properties of the individual were considered a moderately big obstacle in all forms of addictions, while prejudices were believed to restrict the recovery possibilities the least. **CONCLUSION** – The result reflects people's overall tendency to explain other people's unpleasant or troublesome behaviour with clear-cut and definable factors. The obstacles to recovery are located in the individual and substances and not so much in socio-cultural factors. The reduction of dependence problems could succeed better if, in addition to the individual factors, attention were directed at the environmental factors that feed and maintain these problems.

KEY WORDS – addiction general, social psychology, Finland

Submitted 26.06.2012

Final version accepted 07.12.2012

Introduction

What prevents people from getting rid of dependences which endanger their physical, mental and social welfare and their health? This question could be studied through concrete obstacles, such as the

severity of dependence, lacking treatment services or information about treatment alternatives. Another way of analysing the question is to investigate the perspectives and images that people have of the

Acknowledgement

This research was funded by the Academy of Finland (2007–2010), the Finnish Foundation for Gaming Research (2010), Alko Inc. (2011–2012) and the Finnish Foundation for Alcohol Studies 2013. I would like to thank Emeritaprofessor Anja Koski-Jännes for supervising me and for leading part of the Images project: “Representations of addiction from inside and outside”. I thank the anonymous reviewers for their valuable comments on this paper and the support of the editorial staff as well as Kirsimarja Raitasalo for working for the project 2007.

obstacles to recovery. This is what I will be doing in this article, concentrating on the examination of *images*. The term “image” refers here to the “subjective knowledge” that governs the way people act in society (Boulding, 1961, p. 6).

Images are built on all past experience of their possessors. With increasing personal knowledge and experience of their objects, the initially diffuse images become ever more distinct and also more resistant to change. In communication, individual images turn into “public images” (Boulding, 1961, pp. 64, 132), a concept which resembles the notion of “social representation” by Moscovici (1984). I chose the concept of “image” instead of the more commonly used attitude because attitudes are usually seen as more related to the individual processes as well as to the tensions between the person and the environment (Stahlberg & Frey, 1996, pp. 217–218). This conceptual choice provided a frame to look at people’s ideas about addictions at structural, cultural and societal levels, as public images that are social in origins and widely shared in society (Jaspars & Frasers, 1984, p. 105; see also Sulkunen, 2007).

The relevance of examining the perceived obstacles to recovery from addictions stems from their potential effects on individual and society. If it is believed, for example, that inherited properties or personality will make the individual addicted, corrective actions are directed at the individual and not at the environment that gives rise to the development of dependence. If, on the other hand, it is thought that the substance has a magic power to keep the person hooked (Koski-Jännes, 2006, p. 261), the main attention is directed at the elimination of the substance

itself and not, for example, at providing prevention or treatment services for those in need or improving their life situation. The smaller the role of the environment is considered, the less attention is directed at changing it. Our images of addictions and obstacles to recovery thus have thus manifold consequences on how individuals and society try to manage these problems (see Boulding, 1961, pp. 97–114; Room, 1978).

This article aims to analyse the common images among Finns about obstacles to recovery from alcohol, tobacco, cannabis, other drugs (opiates and amphetamine), prescription drugs, gambling and Internet addictions. The research questions are: 1. How difficult do lay people in Finland perceive the different obstacles to recovery when individuals try to get rid of the addictions? 2. Do these views vary between different addictions? 3. Do the images of the barriers to recovery vary between people who have a personal experience of addiction or high-risk behaviour (= heavy use/involvement with the target substance or behaviour) and those who do not?

Previous research

Images of addictions have been studied for decades. Robin Room (1978), a pioneer of this field, argued in his doctoral dissertation that substance use is an intractable problem that is in a continual process of negotiation in a society. The major elements of this negotiation are the “governing images” of the problems propounded by moral and other ideological entrepreneurs. (Room, 1978, p. 2; see also Sulkunen, 2007, p. 55). Most of the research in this area has focused on the images of alcohol and drug addictions (Furnham & Lowick, 1984; Furnham & Thom-

son, 1996; Room & Lubman, 2010; Herd & Room, 1982; Room, 2001), and a minority have been concerned with the general images of the addiction (Hellman 2010; Griffiths & Duff 1993). Behavioural addictions are a new interest in the field (Sulkunen & Rantala, 2011)

Although the perceived barriers to recovery have received much less attention from researchers, some previous studies address this theme at least partly. For example, it has been pointed out that people assess diverse addictions with differing dependence potential and a different social status. Drugs are considered the most dangerous addiction and the most difficult to overcome by oneself, while dependence on alcohol and prescription drugs is seen as medium difficult, and cigarette and behavioural dependence the easiest to defeat. (Hirschovits-Gerz, 2008; Hirschovits-Gerz & Koski-Jännes, 2010; Koski-Jännes, Hirschovits-Gerz, & Pennonen, 2012; Koski-Jännes, Hirschovits-Gerz, Pennonen, & Nyyssönen, 2012; Hirschovits-Gerz & Pennonen, 2012; Blomqvist, 2009.) Blomqvist (2009) furthermore observed that drug addicts were seen both as “sinners” who needed to mend their ways and as powerless “victims”, whereas gambling was understood as a relatively harmless “habit”, which is easy to quit by oneself. Furthermore, these images seem to vary between sociocultural contexts (Hirschovits-Gerz et al., 2011; Cunningham et al., 2012; Holma, 2011) and between different socioeconomic backgrounds even in the case of tobacco addiction (Katainen, 2011). The greatest responsibility for creating and solving addiction problems was attributed to the individuals themselves (Hirschovits-Gerz, 2008; Hirschovits-Gerz & Koski-

Jännes, 2010; Hirschovits-Gerz et al., 2011; Blomqvist, 2009). Some support was also found to the so-called actor–observer asymmetry (Jones & Nisbet, 1971), according to which actors tend to see the causes of unwanted behaviour such as addictions in situational factors, while observers attribute them to the personal properties of the individual (Koski-Jännes et al., 2012a). The broadening of personal experiences of drug use or acquaintance with someone who uses drugs in Finland has alleviated fears and relaxed attitudes towards drugs, especially cannabis from 1992 to 2010 (Metso et al., 2012). Then again, Finnish attitudes toward alcohol and gambling have at the same time tightened (Luhtanen et al., 2012; Turja et al., 2011).

The assumption in this research is that in all addictions the personal properties of the individual are considered a more significant obstacle to recovery than environmental factors. This is in line with the actor–observer asymmetry (Jones & Nisbet, 1971). A similar hypothesis can be derived from the general observation that people tend to explain addiction, just like other weaknesses or undesirable behaviours in terms of otherness (us–them), marginalisation (Tew, 2005; Sulkunen 2007, pp. 546–549) or stigmatisation (Goffman 1961, p. 23). When this is the case, those who are addicted will be defined at least to some extent as a stereotypical group (Goffman, 1961, p. 51; Fiedler, 1996, p. 153).

In the light of our previous research (Hirschovits-Gerz & Koski-Jännes, 2010), I will also hypothesise that the substances themselves would be regarded as the biggest obstacles to recovery in substance addictions, because drugs and cigarettes in particular were considered to have a very

big addiction potential. However, recovery without treatment from nicotine addiction was considered easier than from alcohol and drug addictions (Hirschovits-Gerz & Koski-Jännes, 2010; Koski-Jännes, Hirschovits-Gerz, Pennonen & Nyysönen, 2012), which suggests that tobacco would not have as much power to keep the person hooked as do the other substances.

The effect of the prejudices and negative expectations by other people will probably be considered smaller than the other obstacles in all the addictions because only some of the respondents can be expected to have personal experiences of being stigmatised (Goffman, 1961).

Data and methods

Procedures and participants

The general population data were based on a mail survey to a random sample of 2,000 Finns between the ages of 17 and 74 in the autumn of 2007. The data collection method meant that people without a regular address and people in institutions were not included in the sample. The independent survey firm Yhdyskuntatutkimus Oy (Community Research Company) was responsible for mailing the forms and sending reminders three weeks later as well as for the reception of these forms and transforming the data into electric form (SPSS). The respondents answered the survey anonymously and voluntarily.

Altogether 740 people aged 17–78 responded to the survey. The response rate was 37% (Table 1 and 2). Women and 55-year-old or older men were overrepresented in the data. In the age group of 25–35 there were also some more respondents with drug use experiences compared with the results of other studies (Hirschovits-

Gerz & Koski-Jännes, 2010; Hakkarainen & Metso, 2007). According to the population register and in terms of other socio-demographic factors, such as place of residence, marital status and education, the data corresponded well to the population data with comparable age and sex distribution (Hirschovits-Gerz, 2008, Hirschovits-Gerz & Koski-Jännes, 2010). Because the observed bias was related to sex and age the data have been weighted by these two variables to correspond to the distribution of the Finnish general population.

Questionnaire

The questionnaire was based on a previous population survey in Sweden (Blomqvist, 2009). The respondents were asked about their views on the risks of getting hooked, obstacles to and possibilities for recovery, addiction-related responsibility issues, and addiction as a societal problem. In addition, there were questions on the respondents' personal experience of various addictive substances and behaviours.

The views on the obstacles to recovery were investigated by asking about each dependence separately: "In your opinion, how difficult to overcome are the following obstacles to a person's attempts to get rid of addiction? 1. the properties of the substance or the behaviour, 2. the personal properties of the individual, 3. the effects of the environment, 4. difficult living conditions and 5. other people's prejudices or negative expectations." The answering options were 1=very small obstacle, 2=fairly small obstacle, 3=fairly big obstacle, and 4=very big obstacle. The "Don't know" option was also available. These questions helped to establish what people thought about factors preventing recovery from

Table 1. Demographic data on the respondents (%) with and without weights by sex and age.

| | | Without weights (n=740) | With weights (n=740) |
|------------------------|---|-------------------------|----------------------|
| Sex | Women | 61 | 52 |
| | Men | 39 | 48 |
| Age | 17–30 years | 18 | 24 |
| | 31–45 years | 22 | 25 |
| | 46–65 years | 42 | 38 |
| | >66 years | 18 | 14 |
| | Mean age in years | 49 | 46 |
| Place of residence | city with >100,000 inhabitants | 38 | 40 |
| | town with <100,000 inhabitants | 39 | 39 |
| | Countryside: population centre or sparsely populated area | 23 | 22 |
| Basic education | Matriculation exam | 36 | 38 |
| Occupational education | No /courses | 28 | 27 |
| | Vocational school | 21 | 23 |
| | Polytechnic | 35 | 23 |
| | University | 16 | 27 |
| Work situation | Employed | 52 | 56 |
| | Pensioner | 30 | 24 |
| | Unemployed | 6 | 6 |
| | Student, homemaker, other | 12 | 14 |

different addictions. The contents of the questions were not defined more precisely because the main aim was to get an overall picture of the theme.

Analysis methods

The analysis was carried out with the SPSS (17.0) program and the figures were completed with the help of Excel. The statistical significance of differences in discrete variables was examined with the chi-squared test (χ^2) and the differences between continuous variables with the T-test and one-way ANOVA. The upper limit of the significance level was determined as $p < .05$. A sum variable of *contextual obstacles* was formed from the obstacles 3, 4 and 5 to see how these factors are emphasized in each dependence. The views

of respondents who reported having current or previous personal experience of the dependence in question are reported separately in case they significantly differed from the views of the other respondents. The respondent's own high-risk behaviour (heavy use of a substance or heavy involvement in an addictive behaviour) was also compared with those who did not have this experience. The share of "don't know" answers varied between 4–20% depending on the addiction.

Results

The results are first described addiction by addiction on the basis of Figure 1 that displays the averages of the obstacles and Table 3 that presents the percentage distributions of the response options. The effect

Table 2. Respondents' (%) personal relationship with substance use and gambling with and without weights by sex and age.

| | | Without weights (n=740) | With weights (n=740) |
|--|--|-------------------------|----------------------|
| Use of alcohol | Has used alcohol in the last 12 months | 85 | 85 |
| | Has consumed at least 6 portions on one occasion at least once a week (% of all respondents) | 13 | 13 |
| Smoking | Has smoked in the last 12 months | 36 | 37 |
| | Smokes at least one pack of cigarettes per day (% of all respondents) | 9 | 9 |
| Use of prescription drugs | Has used prescription drugs as intoxicants in the last 12 months | 6 | 6 |
| Use of illegal drugs | Has used drugs sometimes (and in the last 12 months) | 17 (2) | 17 (3) |
| Gambling | Has gambled in the last 12 months | 66 | 67 |
| | Has spent at least 100 euro on gambling weekly in the last 12 months (% of all respondents) | 1 | 1 |
| Current or previous dependence on | Alcohol | 14 | 15 |
| | Tobacco | 41 | 42 |
| | Prescription drugs | 6 | 7 |
| | Gambling | 4 | 5 |
| | Internet | 4 | 5 |
| | Cannabis | 0.2 | 0.2 |
| | Other drugs | 1.2 | 1.2 |
| | Any of the above | 45 | 47 |
| Problematic behaviour or substance abuse among relatives | Alcohol problems/addiction | 59 | 60 |
| | Prescription drug abuse/dependence | 14 | 14 |
| | Drug problems/ addiction | 8 | 8 |
| | Gambling problems/addiction | 17 | 17 |
| | Nicotine addiction | 61 | 61 |
| | Excessive use of Internet | 10 | 10 |

of familiarity with the corresponding addiction are also presented in case it was significant. The different types of obstacles and their relation to each other are then compared on the basis of the results in Table 4.

Over three out of four respondents regarded *illegal drugs* as substances as fairly or very big obstacles to recovery (Figures 1 and Table 3). The personal properties of the individual and the effect of the environment were considered big and almost equal barriers to recovery, while difficult

living conditions were regarded as somewhat lower obstacles than the others. Furthermore, about forty percent of respondents felt that other people's prejudices hinder a person's recovery from drug addiction to a fair or very great degree, which was the highest in comparison with all the other addictions (Table 3).

Even though the estimates for cannabis and other drugs were parallel, the respondents' views on all factors preventing recovery differed highly significantly ($p < .001$) with the χ^2 -test. The barriers to

recovery from cannabis addiction were considered slightly smaller than those for other drug addictions (Figure 1).

Drugs were much more foreign intoxicants to the respondents than alcohol and tobacco since 17–20 percent did not know how to answer these questions. Eight percent of the respondents had drug addict relatives, 17% told that they had tried cannabis and three percent had tried some other drug. Only one percent told about a personal drug dependence (Table 1 and 2), which corresponds to another Finnish population study of the same period (Hakkarainen et al., 2011). The statistical comparison between the respondents with and without a personal dependence history was impossible because of the small number of addicted informants. Statistically the views of respondents who had personal experience of drug use (n=91–96) differed from the others only in the question of personal properties. Those who had used drugs regarded this obstacle as small-

er (mean 2.95) than the other respondents (mean 3,13) ($t = -2.01(557)$, $p = .045$). The views on drug addiction were thus mainly based on media information and general beliefs rather than the respondents' personal life experiences.

The *medical drugs* themselves were seen to be the biggest obstacle to recovery from prescription drug dependence (Figure 1 and Table 3). Personal properties were conceived as the second largest and difficult living conditions the third largest obstacle to recovery. Fewer than a third of the respondents regarded other people's prejudices and the environment as a fairly or very big obstacle and the "don't know" responses varied between 10–13 percent.

The images of medical drug dependency seemed to be mostly based on popular or media-related beliefs as with illegal drugs because only 14% of the respondents had prescription drug-dependent relatives and six percent had personally experienced this dependency (Table 1 and 2). The data

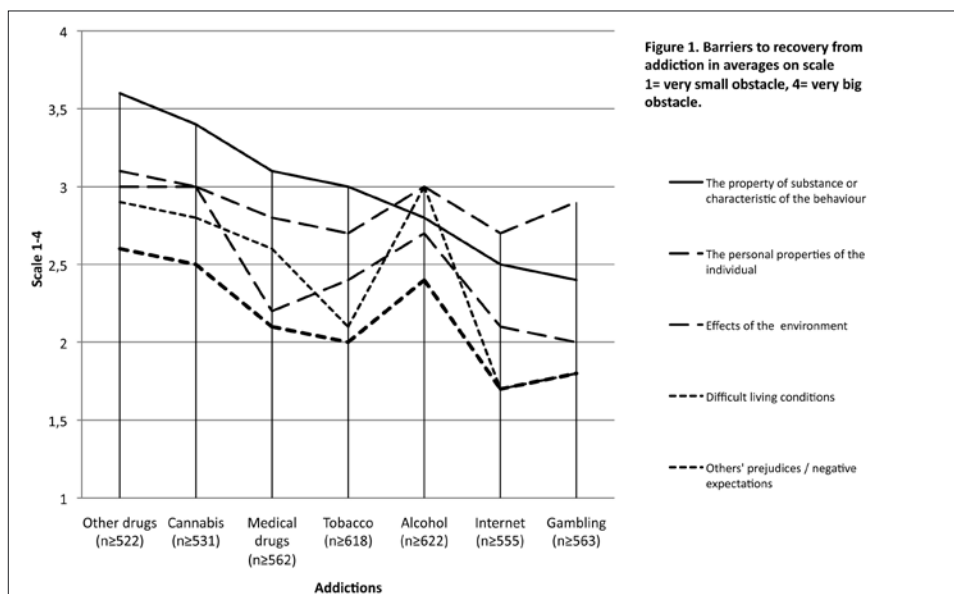


Table 3. Barriers to recovery from different addictions in percentages.

| | | (n) | very small | fairly small | fairly big | very big | Don't know |
|---------------------------|-----------------------------|-------|------------|--------------|------------|----------|------------|
| Alcohol | Others' prejudices | (606) | 14 | 33 | 36 | 9 | 8 |
| | Difficult living conditions | (633) | 5 | 18 | 46 | 27 | 4 |
| | Environmental conditions | (632) | 7 | 25 | 48 | 16 | 4 |
| | Properties of the person | (631) | 5 | 16 | 46 | 30 | 4 |
| | Properties of the substance | (622) | 6 | 23 | 44 | 21 | 6 |
| Tobacco | Others' prejudices | (618) | 32 | 37 | 19 | 6 | 6 |
| | Difficult living conditions | (628) | 28 | 35 | 25 | 7 | 5 |
| | Environmental conditions | (630) | 19 | 33 | 34 | 10 | 4 |
| | Properties of the person | (629) | 10 | 27 | 38 | 21 | 4 |
| | Properties of the substance | (630) | 8 | 16 | 40 | 31 | 5 |
| Cannabis | Others' prejudices | (520) | 13 | 28 | 27 | 12 | 20 |
| | Difficult living conditions | (535) | 7 | 21 | 33 | 20 | 18 |
| | Environmental conditions | (538) | 6 | 15 | 38 | 23 | 17 |
| | Properties of the person | (534) | 4 | 16 | 37 | 25 | 18 |
| | Properties of the substance | (534) | 3 | 8 | 25 | 46 | 18 |
| Hard drugs | Others' prejudices | (522) | 12 | 24 | 26 | 15 | 20 |
| | Difficult living conditions | (534) | 6 | 18 | 36 | 23 | 17 |
| | Environmental conditions | (535) | 4 | 15 | 36 | 28 | 17 |
| | Properties of the person | (536) | 4 | 12 | 38 | 28 | 18 |
| | Properties of the substance | (531) | 3 | 2 | 19 | 58 | 18 |
| Prescription drugs | Others' prejudices | (581) | 25 | 33 | 23 | 6 | 13 |
| | Difficult living conditions | (581) | 11 | 26 | 36 | 16 | 10 |
| | Environmental conditions | (580) | 20 | 40 | 23 | 5 | 11 |
| | Properties of the person | (582) | 5 | 23 | 43 | 19 | 10 |
| | Properties of the substance | (579) | 4 | 14 | 41 | 30 | 11 |
| Gambling | Others' prejudices | (563) | 38 | 33 | 12 | 3 | 14 |
| | Difficult living conditions | (579) | 39 | 30 | 15 | 5 | 12 |
| | Environmental conditions | (582) | 28 | 38 | 18 | 5 | 11 |
| | Properties of the person | (593) | 10 | 16 | 37 | 28 | 9 |
| | Properties of the behaviour | (583) | 17 | 29 | 28 | 14 | 11 |
| Internet | Others' prejudices | (555) | 40 | 30 | 12 | 3 | 16 |
| | Difficult living conditions | (566) | 42 | 29 | 12 | 3 | 14 |
| | Environmental conditions | (568) | 25 | 31 | 25 | 7 | 13 |
| | Properties of the person | (571) | 15 | 20 | 31 | 22 | 13 |
| | Properties of the behaviour | (566) | 18 | 24 | 26 | 17 | 14 |

of Hakkarainen and Metso (2007) showed comparable prevalence (7%) of medical drug dependence in the population. There were no statistically significant differenc-

es between the views of people who were currently or had previously or never been addicted to prescription drugs. Nor was there a difference between the group that

had used medical drugs as an intoxicant (n=61–66) and those who had not.

The substance itself, *tobacco*, was believed to be the biggest obstacle to quit smoking (Figure 1 and Table 3), and the personal properties of the individual were seen as the second biggest barrier to recovery. Fewer than half of the respondents regarded the environment as a big obstacle to quit smoking, while a third thought that difficult living conditions were a big obstacle in getting rid of smoking. In addition, only one fourth estimated that other people's prejudices were at least fairly big obstacles to recovery.

Tobacco addiction was the most common and familiar type of addiction: only 4–6% of the respondents chose the “don't know” option here. Forty-two per cent of respondents said that they were currently or had earlier been dependent on tobacco, and only less than a third said that they had never smoked (Table 1 and 2). Present, former or never tobacco-addicted respondents did not differ statistically from each other. However, people who had previously smoked but were not necessarily addicted (mean 3.1) regarded the substance as a bigger obstacle to recovery than present smokers (mean 2.9) ($F_{3,04}(2)$, $p = .049$).

With *alcohol* dependency, the personal characteristics of the individual, difficult living conditions and the properties of the substance and the environment were all regarded as fairly big obstacles to recovery (Figure 1). The individuals themselves and difficult living conditions were considered slightly bigger impediments than the other factors (Table 3). General environmental factors were seen to prevent recovery slightly less than alcohol as a chemical substance. Nearly half of the respondents

regarded other people's prejudices as a significant barrier to recovery. This result mirrors personal familiarity with the problem through one's own experience or that of their close ones. The share of “don't know” responses was only 4–8 percent here. The great majority of the study participants (85%) told that they used alcohol at least sometimes, as do nine out of ten adults in Finland (Mäkelä et al., 2010). Fifteen percent of the respondents claimed that they had been dependent on alcohol at some point in their lives and about two out of three had alcohol-dependent relatives (Table 2; see also Raitasalo, 2008). However, the groups of current, previous and never addicted respondents did not differ significantly in their views on the barriers to recovery from alcohol addiction and neither did the groups of heavy drinkers differ from less heavy drinkers (drinking alcohol 6 portions or more: 1=at least ones a week, 2=less than ones a week and 3=never).

The personal properties of individuals were clearly regarded as the greatest obstacle to recovery from *gambling and Internet addictions* (Figures 1 and Table 3). The second largest obstacle was attributed to the behavioural properties of these activities. Fewer than one in four believed that the environment was a fairly or very big obstacle to recovery from gambling, and the comparable share was one third in Internet dependency. Difficult living conditions and prejudices were thought to be the smallest impediments to recovery from these behavioural addictions.

The distributions of different obstacles in these two non-substance-based addictions seemed rather similar, even though their differences with the χ^2 -test were

highly significant ($p < .001$) throughout. The personal properties and difficult living conditions were thought to prevent recovery from gambling slightly more than from net addiction. On the other hand, the behaviour itself and the characteristics of the environment were thought to prevent recovery from Internet addiction more than from gambling.

Gambling was familiar to most of the respondents since two out of three respondents admitted gambling at least sometimes, as has also been observed in other research (Aho & Turja, 2007). Problem gambling and Internet addiction were, however, less familiar to the study participants: 9–16% chose the “don’t know” option to these questions. Five percent of respondents said that they were now or had previously been dependent on gambling or Internet use; 17% had relatives addicted to gambling; and 10% conveyed having relatives with Internet addiction.

Former pathological gamblers ($n=27$) regarded the prejudices of other people as a bigger hindrance to recovery than currently or never addicted respondents ($F 5.30(2)$, $p = .005$). Because of the small number of responses the result is only suggestive. Those who gamed with over 99 euro per week did not differ statistically from those who spent less or no money on gambling.

Contextual barriers compared with individual and substance/behaviour-related barriers

Table 4 shows the means of the properties of the substance or behaviour, the personal properties of the individual, and the average of the contextual barriers (other people’s prejudices, environmental factors and difficult living conditions). As can be seen,

the factors connected with the individual or the substance/behaviour were regarded as more serious than the contextual obstacles in all addictions. Table 4 also shows the perceived order of difficulty of overcoming the addictions based on the sum total of all five obstacles. As expected, illegal drug dependence was regarded as the most difficult to overcome, followed by addictions to alcohol, prescription drugs and tobacco. The hindrances to behavioural addictions were estimated to be less hard. Also the individual (personal) factors were regarded as bigger obstacles than the behaviour in behavioural addictions. When examined with the T-test, the averages of the three types of obstacles differed very significantly ($p < .001$) from each other in all other addictions except for gambling and Internet use.

Discussion and conclusions

This article has described how Finns perceive the barriers to recovery from various addictions. As was assumed, other people’s prejudices were believed to be the smallest hindrance to recovery in all the addictions. The environment and difficult living conditions were regarded as relatively great barriers in alcohol and drug addictions but much smaller barriers in the other addictions. The personal properties of the individual were seen to prevent recovery fairly greatly and evenly in all addictions. As expected, the properties of the substance were considered the biggest obstacle in substance addictions with the exception of alcohol. As a whole, the properties of the substance were seen to prevent recovery from substance addictions more than the properties of the behaviours in behavioural addictions. Socio-contextual

Table 4. The means of the properties of the substance or behaviour, personal properties of the individual and contextual factors (scale 1–4) and the sums of all the obstacles (scale 5–20) in the order of difficulty to recover. Weighted values.

| | Property of substance or behaviour | | | Personal properties of the individual | | | Contextual obstacles | | | Sum total of all five obstacles | | | Order of difficulty based on the sum total of obstacles |
|--|------------------------------------|------------|-----|---------------------------------------|------------|-----|----------------------|------------|-----|---------------------------------|-------------|-----|---|
| | N | Mean | SD | N | Mean | SD | N | Mean | SD | N | Mean | SD | Rank order |
| Other drugs (ampheta-mine and opiates) | 568 | 3.6 | 0.7 | 572 | 3.1 | 0.8 | 546 | 2.8 | 0.8 | 529 | 15.2 | 3.1 | 1 |
| Cannabis | 572 | 3.4 | 0.8 | 572 | 3.0 | 0.8 | 547 | 2.7 | 0.8 | 527 | 14.6 | 3.2 | 2 |
| Alcohol | 705 | 3.0 | 1.0 | 705 | 3.0 | 0.8 | 637 | 2.7 | 0.7 | 613 | 14.0 | 2.7 | 3 |
| Prescription drugs | 617 | 3.1 | 0.8 | 617 | 2.8 | 0.8 | 584 | 2.3 | 0.8 | 564 | 12.8 | 3.1 | 4 |
| Tobacco | 672 | 3.0 | 0.9 | 672 | 2.7 | 0.9 | 652 | 2.2 | 0.8 | 642 | 12.2 | 3.0 | 5 |
| Gambling | 619 | 2.4 | 1.0 | 619 | 2.9 | 1.0 | 587 | 1.9 | 0.7 | 577 | 10.9 | 3.2 | 6 |
| Internet | 601 | 2.5 | 1.0 | 601 | 2.7 | 1.0 | 580 | 1.9 | 0.7 | 568 | 10.7 | 3.3 | 7 |

factors were generally estimated as smaller obstacles to recovery than the properties of the substance or behaviour and the personal properties, as hypothesised. The result reflects people’s overall tendency to explain other people’s unpleasant, frightening or troublesome behaviour with clear-cut and definable factors, such as personal properties rather than general environmental factors (Jones & Nisbet, 1971, p. 93; Hewstone & Fincham, 1996, p. 178). The responses on alcohol addiction reflect an understanding of drinking problems as multifaceted individual, social and societal phenomena (Hirschovits-Gerz et al., 2011), which deviates somewhat from the images of the other addictions.

In this article, I have examined the images of different addictions and related obstacles to recovery as products of cer-

tain temporal, cultural and emotional (attitude) factors. The results also give information about the certainty and clarity of these images, and with the analysis of subgroups, their consistency in the population. (Boulding 1961, pp. 47–63 .)

Although the images are related to a *concrete object like a substance*, they can vary because of the varied information, experiences and knowledge about them. One third of the respondents, for example, perceived prescription drugs as a very big barrier to recovery, while the corresponding proportion in hard drugs was almost double. The pharmacological difference between the actual street drugs and medicines is, however, small or non-existent particularly in case of prescription drugs that are used as intoxicants (such as buprenorphine). The difference between the

images of illegal and prescription drugs is thus based on more or less socially constructed contents.

The personal properties of the individual were estimated rather evenly as a great obstacle to recovery in all addictions. Addictions are thus basically seen as the problems of the individual consumer. Because the individual properties were not defined in any way in the questionnaire, the images related to this barrier probably included genetic or biomedical factors as well as factors related to personal responsibility or ability which can actually be seen as very different things. This study did not ask specifically what the respondent thought about co-morbidity which can hinder the recovery from the abuse (Mueser et al., 2006, pp. 115–133). Yet it is possible that some respondents also had this in mind when regarding personal properties as a hindrance to recovery.

Other people's prejudices were regarded as smaller than the other obstacles. They were seen as the least important in behavioural addictions, while their relative role was the largest in relation to alcohol and drugs. Although personal properties were regarded mostly in the same way in all addictions, the views on the role of prejudices varied by addiction. All addictions were thereby not regarded in a similar way as stigmatised behaviours although addicts were classified or categorised as a certain type of people (personal properties were regarded as a quite big obstacle) (Goffman, 1961, p. 51; Fiedler, 1996, p. 153; Carlson, 2006, p. 211; see also Sulkunen, 2007, p. 547). Drug users and alcoholics were felt to have even more than the other addicted people such individual properties that are inborn, learned

or caused by the use of substances. In earlier surveys, Finns have indeed expressed a lack of confidence in drug addicts and a fear of infectious diseases, crime and violence in connection with drug abusers. (Rönkä & Virtanen, 2009, p. 36–37; Kuussaari, 2006, pp. 169–176; Christie & Brun, 1986). The image of a drug addict thus contains at least some kind of negative stigma. While smoking was not considered too stigmatizing, it was nevertheless seen as undesirable behaviour (Katainen, 2011). Also, prejudices were not regarded as a very important impediment to change in prescription drug dependence. The image or stereotype of a medical drug addict therefore differs somewhat from that of “junkies” or “boozers”. It may include less fear and visible abnormal behaviour such as criminal or aggressive behaviour than the images of alcoholics or drug addicts (Sulkunen, 2007, p. 556). The same logic seems to apply to prejudices towards behavioural addictions. It is interesting, though, that even if people are considered highly responsible for excessive gambling and Internet use (Koski-Jännes, Hirscho-vits-Gerz, & Pennonen, 2012), they are not stigmatized by these behaviours. In these behaviours, then, responsibility for the problem and the stigma do not seem to go hand in hand.

The estimated effects of *the environment and difficult living conditions* differed by addiction. They were seen as particular hindrances of recovery from illegal drug and alcohol abuse. General environmental factors on alcohol were probably connected with the easy availability of this substance and the social pressure to use alcohol as a part of celebration and restaurant culture (Maunu & Simonen, 2010;

Virtanen, 1982). The image of general environmental factors on drugs was instead probably connected to the subcultures and criminal behaviour of the drug users (Perälä, 2011; Tanhua et al., 2011, pp. 111–117; Holma et al., 2011).

The medical drug addictions were not thought to involve such social context factors as the pub culture or the criminal subcultures related to the use of illegal drugs. The biggest group of drugs abused, the sedatives, is nevertheless used both as a part of the drug subculture and as an independent form of abuse (Hakkarainen et al., 2011), which implies that illegal drugs and prescription drugs partly share the same context of use (Carlson, 2006, p. 215). The contradiction between the beneficial and detrimental effects of prescription drugs brought by medicalisation (Hautamäki, 2011, pp. 70–110) is thus apparent. Because prescription drug dependency is not perceived as a big threat to the society (Hirschovits-Gerz & Koski-Jännes, 2010), all societal means to reduce this dependency have not been utilised. One example of this is the increased misuse of pregabalin (Lyrica) and benzodiazepine, as some doctors write prescriptions too easily and thereby enable the rise of an illegal market of these prescription drugs.

The social-contextual factors impeding smoking cessation were regarded as relatively low. This seems to reflect the fact that smoking has been limited by recent societal anti-smoking measures. The biggest change has so far mostly involved the well-to-do, which thus makes tobacco smoking an indicator of class differences (Katainen, 2011). Since tobacco as a substance has begun to be perceived as detrimental to health and as undesirable

behaviour, it has been fairly simple to increase the restrictions to smoking through changing legislation, statutes and guidelines. This remarkable societal change was partly realised at the time of this survey. It is therefore probable that not all the effects of the change in images are yet visible in the results of this research.

The effect of the gambling environment was considered surprisingly low given the high availability of gaming in Finland, which could be expected to cause plenty of temptations to play. The gambling environment was probably associated mostly with a typical Finnish gambling place such as the corner store but maybe also with casinos and online gambling environments, all of which create a very different picture of environmental factors and their power to prevent recovery. The result of this population survey deviates from the reports of professionals who treat excessive gamblers. Instead of psychopathology, they regard the situational and environmental factors as central to maintaining the addiction (Hirschovits-Gerz, Ahonen, & Tammi, 2012). In the 2000s, the societal position of gambling has been changing fast mainly due to increased online gambling. The present-day societal actions to decrease problem gambling had not been carried out at the time of the survey, which has to be taken into account when one examines the results of this research.

Generally it seemed that the obstacles to recovery from substance addictions except tobacco were examined from a biopsychosocial frame of reference (Weckroth, 2001). Alcohol addiction was a case in point: the personal properties and difficult living conditions were regarded as equally big barriers, and the effect of alcohol as a fa-

miliar substance was seen as the third biggest barrier to recovery. In other studies, too, alcohol addiction has been regarded as a multidimensional problem compared with other addictions (Griffiths & Duff, 1993). Behavioural addictions, on the other hand, were not associated with socially disadvantage, since all the socio-contextual factors were regarded here as minor impediments to recovery. Our previous studies also show that gambling and Internet addictions were not considered such severe problems for the individual or the society as substance addictions (Hirschovits-Gerz & Koski-Jännes, 2010; Holma et al., 2011).

The study also examined to what extent the personal (self-diagnosed) experience of addiction or high-risk behaviour modified the beliefs about obstacles to recovery. The views of self-diagnosed addicts and never addicted respondents did not differ very much statistically partly because of the small number of addicts. The results were, however, parallel with those of our previous studies (Koski-Jännes, Hirschovits-Gerz, & Pennonen, 2012; Koski-Jännes, Hirschovits-Gerz, Pennonen, & Nyssönen, 2012). This supports the view that the effect of a personal addiction experience is not that great at least among those in treatment, even though a couple of significant differences supporting the actor-observer asymmetry could be observed. Neither did the views of people involved in high-risk behaviours (heavy drinking, gambling, using drugs or smoking) differ too much from those without similar experiences. These results reflect more or less consistent views on these issues among people in Finland.

The percentages of “don’t know” an-

swers varied by addictions. Some images are clearly fuzzier to the general public than others. Alcohol and tobacco addictions were the most familiar addictions with the smallest share of “don’t know” answers, whereas the most confusion involved illegal drugs. The percentage of “don’t know” answers varied also between the different obstacles. The role of prejudices was the most difficult theme to answer with the highest percentage of people who could not say how prejudices impacted on the chances of recovery. This was the case even though the question involved the prejudices and negative expectations of “the others”, which gave the respondents a chance to escape taking a stand on their own potentially undesirable attitudes. Because of the sensitivity of the subject matter, it is also possible that the role of the prejudices was belittled (Tew, 2005; Stahberg & Frey, 1996, pp. 205–209, 212, 215).

While the overall response rate (37%) in this survey was low, the data corresponded well to the Finnish population and was large enough (n=740) to give an overall picture of the common population views in Finland. The bias in the data in regard to age and sex was taken into account by using weighted values in the data analysis. The prevalence of admitted substance addictions was analogous to the results in other studies (Hakkarainen & Metso, 2007; Hakkarainen et al., 2011). In our sample, more people appeared to have a gambling addiction than, for example, in the study by Aho and Turja (2007). However, the assessment was based on the respondents’ own estimates of their addictions instead of more objective diagnostic criteria as in the study of Aho and Turja (2007).

The results reflect the centrality of the individualistic world-view in today's society. This view corresponds to the ethos of social control in modern consumer societies where individuals are expected to exercise self-control and manage their desires with the power of their own will (Margolis, 2002). The current focus on the perceived need to develop "evidence-based practices" also tends to distract attention from what may be called "the social context of recovery" (Blomqvist, 2009, p. 375). As described in connection with the addiction to tobacco, societal actions – concrete political decisions and legislative reforms – can significantly lower the obstacles to recovery from addiction. However, this kind of change has to be prepared for and supported by other social actions, by influencing the public opinion, for example, and by investing in the development of social and societal conditions favouring the change (Hesselbrock & Hesselbrock,

2006, pp. 112–113; Miller & Carroll, 2006, pp. 153–311). The five obstacles to recovery presented in this article are, however, a reminder that addiction and recovery from addiction do not encompass just the individual's battle against a substance or a behaviour. Recovery from addiction is also hindered by various environmental factors, difficult living conditions and other people's prejudices. If the aim is to prevent the development of addiction and to promote the recovery and thereby also the health and welfare of the Finnish population in general, actions have to be targeted in all these groups of factors.

Declaration of Interest None.

Tanja Hirschovits-Gerz, M.Soc.Sc.

School of Social Sciences and Humanities

University of Tampere

E-mail: tanja.hirschovits-gerz@uta.fi

REFERENCES

- Aho, P., & Turja, T. (2007). *Suomalaisten rahapelaaminen 2007* [Finnish gambling 2007]. Retrieved from http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/82EFAC39-7AEC-4EA9-A3C4-B57D35A07B7/0/Suomalaisten_rahapelaaminen_2007_tekstiraporttit5046.pdf
- Blomqvist, J. (2009). What is the worst thing you could get hooked on? Popular images of addiction problems in contemporary Sweden. *Nordic Studies on Alcohol and Ddrugs*, 26(4), 373–397.
- Boulding, K. E. (1961). *The image: Knowledge and life in society*. Ann Arbor, MI: University of Michigan Press.
- Carlson, R. (2006). Ethnography and applied substance misuse research. In W. R. Miller & K. M. Carroll (Eds.), *Rethinking substance abuse: What the science shows, and what we should do about it* (pp. 201–222). New York: The Guildford Press.
- Christie, N., & Bruun, K. (1986). *Hyvä vihollinen: huumausainepolitiikka Pohjolassa* [The good enemy: Drug policy in the north]. Espoo: Weiling+Göös.
- Cunningham, J. A., & Blomqvist, J., & Koski-Jännes, A. & Raitasalo, K. (2012). Societal images of Cannabis use: comparing three countries. *Harm Reduction Journal* 9:21. Retrieved from <http://www.harmreductionjournal.com/content/9/1/21>.
- Fiedler, K. (1996). Processing social information for judgment and decision. In M. Hewstone, W. Stroebe & G. M. Stephenson (Eds.), *Introduction to social psychology*

- (2nd ed.) (pp. 135-166). Oxford: Blackwell.
- Furnham, A., & Lowick, V. (1984). Lay theories of the causes of alcoholism. *British Journal of Medical Psychology*, 57(4), 319–332.
- Furnham, A., & Thomson, L. (1996). Lay theories of heroin addiction. *Social Science and Medicine*, 43, 29–40.
- Goffman, E. (1961). *Stigma*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Griffiths, M., & Duff, J. (1993). Etiologies of excessive behavior: A study of non-professional peoples' beliefs. *Addiction Research*, 1(3), 199–206.
- Hakkarainen, P., & Metso, L. (2007). Huume-kysymyksen muuttunut ongelmakuva: vuoden 2006 huume-kyselyn tulokset [The changing spectrum of drug-related problems. Results of the 2006 drug survey.]. *Yhteiskuntapolitiikka*, 72(5), 541–552.
- Hakkarainen, P., & Metso, L., & Salasuo, M. (2011). Hamppuikäpolvi, sekakäyttö ja doping vuoden 2010 huume-kyselyn tuloksissa. [The hemp generation, mixed use and doping – results from the 2010 Drug Survey.]. *Yhteiskuntapolitiikka*, 76(4), 397–411.
- Hautamäki, L. & Helén, I. & Kanula, K. (2011). Mielenterveyden hoidon lääkkeellistyminen Suomessa. [The medicalisation of mental health care in Finland.] In I. Helén (Ed.), *Reformin pirstaleet. Mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen* [Splinter of reform. politic of mental health after the welfare state.] (pp. 70–110). Tampere: Vastapaino.
- Hellman, M. (2010). *Construing and defining the out of control addiction in the media 1968–2008*. Helsinki: Swedish School of Social Science.
- Herd, D., & Room R. (1982). Alcohol images in American film 1909–1960. *Drinking and Drug Practices Surveyor*, 18, 24–35.
- Hesselbrock, K., & Hesselbrock M. (2006). Developmental perspectives on the risk for developing substance abuse problems. In W. R. Miller & K. M. Carroll (Eds.), *Rethinking substance abuse: What the science shows, and what we should do about it* (pp. 97–114). New York: The Guildford Press.
- Hewstone, M., & Fincham, F. (1996). Attribution theory and research: Basic issues and applications. In M. Hewstone, W. Stroebe & G. M. Stephenson (Eds.), *Introduction to social psychology* (2nd ed.) (pp. 167–204). Oxford: Blackwell.
- Hirschovits-Gerz, T. (2008). *Suomalaisten käsityksiä riippuvuudesta sukupuolen, iän sekä yhteiskunnallisen todellisuuden vaikutuksia mielikuviin* [The influence of gender, age, and societal reality on social representations of different addictions]. (Master's thesis). Tampere: Tampereen yliopisto.
- Hirschovits-Gerz, T., & Koski-Jännes, A. (2010). Suomalaisten käsityksiä riippuvuudesta. Sukupuolen, iän sekä yhteiskunnallisen todellisuuden vaikutuksia mielikuviin. [The influence of gender, age, and societal reality on social representations of different addictions]. *Sosiologia*, 47(1), 3–23.
- Hirschovits-Gerz, T., Ahonen, J., & Tammi, T. (2012). Peli, persoona vai tilanne? Raha-peliongelmiaisten typologiat tutkimuskirjallisuudessa ja peliongelmiaisia hoitavien ammattilaisten näkemyksissä. [Game, person or situation? Gambler typologies in research literature and in Finnish addiction workers' categorisations]. *Janus*, 20(3), 231–248.
- Hirschovits-Gerz, T., Holma, K., Koski-Jännes, A., Raitasalo, K. M., Blomqvist, J., Cunningham, J., & Pervova, I. (2011). Is there something peculiar about Finnish views on alcohol addiction? – A cross-cultural comparison between four northern populations. *Research on Finnish Society*, 4, 41–54.
- Hirschovits-Gerz, T. & Pennonen, M. (2012). Ammattilaisten ja kansalaisten mielikuvat omaehtoisesta toipumisesta ja hoidon tuottamasta lisäarvosta eri riippuvuudesta toivuttaessa [Population and professional images on the recovery from different addictions without help and with the help of the added value of treatment]. *Yhteiskuntapolitiikka*, 77(5), 495–510.
- Holma, K., Koski-Jännes, A., Raitasalo, K., Blomqvist, J., Pervova, I., & Cunningham, J. A. (2011). Perceptions of addictions as societal problems in Canada, Sweden, Finland and Russia. *European Journal of Addictions*, 17, 106–112.

- Jaspars, J. & Fraser, C. (1984). Attitudes and social representations. In R. Farr & S. Moscovici (Eds.), *Social representations* (pp. 101–123). Cambridge: Cambridge University Press.
- Jones, E. E., & Nisbet, R. E. (1971). *The actor and the observer: Divergent perceptions of the causes of behavior*. New York: General Learning Press.
- Katainen, A. (2011). *Tupakka, luokka ja terveystyövästyksen ongelma*. [Smoking, class and the problem of health behaviour]. (Sosiologia no. 2). Helsinki: University of Helsinki.
- Koski-Jännes, A. (2006). Viettelyksiä ja yleisiä uskomuksia – addiktioit kasvu ympäristön riskitekijöinä [Seduction and general beliefs – addictions as a risk in growing up.]. In I. Järventie, M. Lähde & J. Paavonen (Eds.), *Lapsuus ja kasvu ympäristöt – tutkimuksen kuvia*. [Childhood and the environments of growing up – pictures from research.] (pp. 260–276) Tampere: Tampereen yliopisto.
- Koski-Jännes, A., Hirschovits-Gerz, T., & Penonen, M. (2012). Population, professional and client support for different ways of managing addictive behaviors. *Substance Use and Misuse*, 47, 296–308.
- Koski-Jännes, A., Hirschovits-Gerz, T., Penonen, M., & Nyysönen, M. (2012). Population, professional and clients' views on dangerousness of various addictions on individual and society. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 29(2), 139–154.
- Kuussaari, K. (2006). Näkemysten kirjo, sirpaloitunut tieto. Terveystyöhuollon, sosiaalitoimen ja nuorisotoimen työntekijöiden käsityksiä huumeiden käyttäjien hoitopalvelujärjestelmästä. [The spectrum of opinions, splintered knowledge. Conceptions of workers in health care, social welfare and youth work on the treatment service system for drug users]. (Stakes research no. 155). Helsinki: Stakes.
- Luhtanen, M., Tamminen, K., & Varamäki, R. (2012). *Suomalaisten alkoholisenteet 2012*. [Finnish attitudes to alcohol]. Helsinki: SOSTE.
- Margolis S. (2002). Addiction and the ends of desire. In J. F. Brodie & M. Redfield (Eds.), *High anxieties: Cultural studies in addiction* (pp. 19–37). Berkeley: University of California Press.
- Maunu, A., & Simonen, J. (2010). Miksi juodaan? Nuoret, humala ja sosiaalisuus. [Why drink? Youth, drunkenness and sociality.] In P. Mäkelä, H. Mustonen & C. Tigerstedt (Eds.), *Suomi juo* [Finland drinks] (pp. 85–98). Helsinki: National Institute for Health and Welfare (THL).
- Metso, L., Winter, T., & Hakkarainen, P. (2012). *Suomalaisten huumeiden käyttö ja huumeasenteet. Huumeaiheiset väestökyselyt Suomessa 1992–2010*. [Drug use and drug attitudes among Finns – Drug-related population surveys in Finland 1992–2010]. Helsinki: National Institute for Health and Welfare (THL).
- Mäkelä, P., Mustonen, H., & Tigerstedt, C. (Eds.) (2010). *Suomi juo* [Finland drinks]. Helsinki: National Institute for Health and Welfare (THL).
- Miller, W.R., & Carroll, K.M. (Eds.) (2006). *Rethinking substance abuse: What the science shows, and what we should do about it*. New York: The Guildford Press.
- Moscovici, S. (1984). The phenomenon of social representations. In R. Farr & S. Moscovici (Eds.), *Social representations* (pp. 3–69). Cambridge: Cambridge University Press.
- Mueser, K., Drake, R., & McGovern, M. (2006). Comorbid substance use disorders and psychiatric disorders. In W. R. Miller & K. M. Carroll (Eds.), *Rethinking substance abuse: What the science shows, and what we should do about it* (pp. 115–133). New York: The Guildford Press.
- Perälä, J. (2011). “Miksi lehmät pitää tappaa?” Etnografinen tutkimus 2000-luvun alun huume-markkinoista Helsingissä. [Ethnographical study of the drug market in Helsinki in the early 2000s]. Helsinki: National Institute for Health and Welfare (THL).
- Raitasalo, K. M. (2008). *Informal social control of drinking: Finland in the light of international comparison*. Helsinki: University of Helsinki.
- Room, R. (1978). *Governing images of alcohol and drug problems: The structure, sources and sequels of conceptualizations of in-*

- tractable problems*. Berkeley: University of California.
- Room, R. (2001). Governing images in public discourse about problematic drinking. In: N. Heather, T. J. Peters & T. Stockwell (Eds.), *Handbook of alcohol dependence and alcohol-related problems* (pp. 33–45). Chichester: John Wiley & Sons.
- Room, R., & Lubman, D.I. (2010). Politics and science in classifying the dangers of drugs. *Evidence-Based Mental Health*, 13(4), 97–109.
- Rönkä, S., & Virtanen, A. (Eds.) (2009). *Huume tilanne Suomessa 2009*. [Drug situation in Finland 2009]. Helsinki: National Institute for Health and Welfare (THL).
- Stahlberg, D., & Frey, D. (1996). Attitudes: Structure, measurement and functions. In M. Hewstone, W. Stroebe & G. M. Stephenson (Eds.), *Introduction to social psychology* (2nd ed.) (pp. 205–239). Oxford: Blackwell.
- Sulkunen, P. (2007). Images of addiction: Representations of addictions in films. *Addiction Research and Theory*, 15(6), 543–559.
- Sulkunen, P. & Rantala, V. (2011). Is pathological gambling an addiction or just a big problem? *Addiction Research and Theory*, 20(1), 1–10.
- Tanhua, H., Virtanen A., Knuuti, U., Leppo, A., & Kotovirta, E. (2011). *Huume tilanne Suomessa 2011* [Drug situation in Finland 2011]. Helsinki: National Institute for Health and Welfare (THL).
- Tew, J (2005). *Social perspectives in mental health*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Turja, T., Halme, J., Mervola, M., Järvinen-Tassopoulos, J., & Ronkainen, J.-E. (2012). *Suomalaisten rahapelaaminen 2011*. [Finnish gambling 2011.] Helsinki: National Institute for Health and Welfare (THL).
- Weckroth, A. (2001). Päihteestä huumeeksi – huumeongelman kulttuuriset tulkinnat. [From intoxicant to drug – the cultural interpretation of the drug problem]. In R. Piisi (Ed.), *Huumetyö*. [Drug Work.] (pp. 30–47) Helsinki: Tammi.
- Virtanen, M. (1982). *Änkyrä, tuiske, huppeli. Muuttuva suomalainen humala*. [Plastered, tipsy, wasted. Changing Finnish drunkenness]. Juva: WSOY.



Ammattilaisten ja kansalaisten mielikuvat omaehtoisesta toipumisesta ja hoidon tuottamasta lisäarvosta eri riippuvuuksista toivuttaessa

TANJA HIRSCHOVITS-GERZ & MARJO PENNONEN

Johdanto

Riippuvuudella viitataan yleisesti ihmisen ainakin osittaiseen kyvyttömyyteen rajoittaa tai luopua jostain välitöntä tyydytystä, mutta lisääntyvää haittaa tuottavasta, toistuvasta pakonomaisesta toiminnasta. Tämän artikkelin aiheena eivät kuitenkaan ole riippuvuudet sinänsä vaan se, miten tavalliset kansalaiset ja päihdetyön ammattilaiset mieltävät eri riippuvuudet ja niistä toipumisen mahdollisuudet. Artikkelissa kysytään, miten vaikeasti voitettaviksi nämä kaksi vastaajaryhmää arvioivat toipumisen eri riippuvuuksista ilman hoitoa ja hoidon avulla ja millaisena he pitivät hoidon tuottamaa lisäarvoa pyrittäessä irti riippuvuuksista.

Riippuvuusongelmien hoitoa ja niistä toipumista koskevien mielikuvien tutkiminen on tärkeää, koska ne vaikuttavat usein ratkaisevasti yksittäisten ihmisten valintoihin ja jopa palvelujärjestelmän toimintaan. Jos esimerkiksi jotain riippuvuutta pidetään helposti omin avuin voitettavana, hoitoa siihen ei juuri tarjota, vaikka joissakin tapauksissa tarve siihen olisi suuri. Ihmisten arkiajatteluna ilmenevät käsitykset ja mielikuvat vaikuttavat siten väistämättä niiden koh-

teenä oleviin ihmisiin ja joko edistävät tai heikentävät heidän asemaansa palvelujärjestelmässä (mm. Riikonen & Mattila 1994).

Eri toimijaryhmien näkemysten vertailu voi myös paljastaa merkityksellisiä asioita. Jos esimerkiksi maallikkojen ja ammattilaisten näkemyksissä ei ole lainkaan eroa, voi se viitata ammatillisen koulutuksen puutteisiin. Toisaalta liian suuret näkemuserot voivat tuottaa epäsuhtaa joko hoidon tarjonnassa tai palvelujen käytössä ja toimia esimerkiksi hoitoon hakeutumisen tai siinä pysymisen esteenä (Klingemann, J. 2011).

Mielikuvat eri riippuvuuksista toipumisen mahdollisuuksista eivät synny pelkästään tiedon ja rationaalisen ajattelun tuotoksena. Esimerkiksi Hélène Joffe (2002) on tutkinut sairauden mielikuvia todeten niiden sisältävän emotionaalisia ja poliittisia, pikemminkin kuin puhtaasti kognitiivisia merkityselementtejä. Erityisesti mielen-terveyden ongelmiin on liitetty mielikuvia muun muassa toiseudesta ja vaarallisuudesta (Morant 2006, 819). Riippuvuuden osalta näkemykset tulevat esiin esimerkiksi suomalaisille suunnatuissa riippuvuutta koskevissa kyselyissä (Aho & Turja 2007; Hakkarainen & Metso 2007; Sormunen 2007, ref. Rönkä & Virtanen 2009) samoin kuin terveydenhuollon ammattilaisille (mm. Kaivola & al. 2001) tehdyissä selvityksissä, joista välittyä osin kielteinen suhtautuminen päihderiippuvaisia kohtaan.

Ihmisten arkiajattelussa ilmenevät mielikuvat ja käsitykset eli niin sanotut sosiaaliset representatiot (Moscovici 1984) jostain keskustelua herättävästä kohteesta eivät ole myöskään staattisia

Tutkimus on osa addiktio teorioita ja addiktiivisen käytännön mielikuvia tutkivaa Images-konsortiota ja sen piiriin kuuluvaa professori Anja Koski-Jänneksen johtamaa tutkimusprojektia "Addiktio sosiaalisena representatiiona – tutun ja vieraan tulkinnat" (blogs.helsinki.fi/imagesofaddiction). Tutkimusta ovat rahoittaneet Suomen Akatemia, Pelitoiminnan tutkimussäätiö sekä Alko Oy.

ilmiöitä vaan rakentuvat sosiaalisessa vuorovaikutuksessa ammattilaisten, asiantuntijoiden ja median, mutta myös niiden kohteena olevien ihmisten vaikutuksesta. Ne syntyvät ihmisten jäsentäessä havaintojensa kohteita ja luomalla arkiteorioita itselleen merkityksellisistä ilmiöistä (Pirttilä-Backman & Helkama 2001, 264). Serge Moscovicin (1984) mukaan sosiaaliset representaatiot muodostuvat ankkuroimalla uusia objekteja olemassa oleviin kategorioihin, kuten rahapeli-riippuvuus alkoholiriippuvuuden kategoriaan, ja objektivoimalla vieraita käsitteitä tuttuun mielikuvien avulla. Ajan oloon sosiaaliset representaatiot voivat myös naturalisoida osaksi vallitsevaa todellisuutta, jolloin ne alkavat elää omaa elämäänsä (Moscovici 1984, 29). Näin on käynyt esimerkiksi addiktion käsitteelle, jonka avulla esimerkiksi mediassa kuvataan nykyään melkein päitä tahansa välitöntä mielihyvää tuottavaa, toistuvaa toimintaa (Hellman 2010). Tässä artikkelissa esitettyjen empiiristen tulosten avulla luodaan silmäys riippuvuuksien naturalisoituneeseen todellisuuteen. Samalla vastaajien helposti itsestään selvinä pitämiä (Morant 2006, 18) ”keskivertomielikuvia” on mahdollista tarkastella kriittisesti eri riippuvuusmuotoja koskevan yleisen ymmärryksen lisäämiseksi.

Arki- ja tieteellinen ajattelu ovat yhteydessä toisiinsa niin median välittämän tiedon kuin myös ns. avainvälittäjien, kuten päihdetyön ammattilaisten, avulla (Morant 2006, 818–819). Tässä artikkelissa ammattilaisten oletetaan tuottavan heille ominaisia sosiaalisia representaatioita eri riippuvuuksista ja niihin liittyvistä ilmiöistä suodattamalla ja muovaamalla vallitsevasta päihdepolitiikasta, tieteellisistä tutkimuksista, mediasta, vertaiskeskusteluista sekä asiakassuhteista kertyneistä kokemuksista syntyvää tietoa (Morant 2006, 819; Walmsley 2004). Maallikoajattelussa syntyvien sosiaalisten representaatioiden taas voidaan olettaa sisältävän ammattilaisia vähemmän tieteellistä tai ammatillista ymmärrystä aiheesta.

Aiempia tutkimuksia

Riippuvuutta koskevia mielikuvia, mielipiteitä ja näkemyksiä on tutkittu maailmalla vuosia. Suurin osa tutkimuksista keskittyy yhden riippuvuuden muodon, kuten alkoholiriippuvuuden, tai yhden viiteryhmän, kuten väestön tai ammat-

tilaisten, näkemysten tarkasteluun. Esimerkiksi Adrian Furnham ja Victoria Lowick (1984) tutkivat maallikkojen näkemyksiä alkoholismista todeten muun muassa, että naiset pitivät alkoholismia miehiä selkeämmin sosiaalisen paineen tuotoksena ja tuen puutteena. Sukupuolen ohella myös ikä vaikutti käsityksiin. Myöhemmin Furnham ja Louise Thomson (1996) selvittivät maallikkojen näkemyksiä heroini-riippuvuudesta ja sen hoidosta todeten, että oikeistolaiset määrittivät heroini-riippuvuuden yksilön moraaliseksi ongelmaksi, kun taas vasemmistolaiset suhtautuivat aiheeseen lähinnä sosiaalisena ja psykologisena ongelmana. Myös oma riippuvuuskokemus, ikä ja sukupuoli vaikuttivat käsityksiin. John Cunningham, Jan Blomqvist ja Joanne Cordingley (2007) taas selvittivät kanadalaisien näkemyksiä alkoholiriippuvuudesta ja siitä toipumisesta puhelinhaastattelulla (N = 3 006). Tuloksena oli, että enemmistö kanadalaisista suhtautui skeptisesti alkoholi-ongelmasta toipumiseen ilman hoitoa. Korkea ikä, naissukupuoli ja naimisissa olo lisäsivät vastaajien uskoa hoidon mahdollisuuksiin auttaa irti riippuvuudesta.

Käsillä olevaa tutkimusta lähimmäksi vertailukohtaksi voidaan nostaa Jan Blomqvistin (2009 ja 2012) ruotsalaiseen väestöaineistoon (N = 1 098) perustuva tutkimus, jossa käytettiin lähes samaa kyselylomaketta kuin tässä artikkelissa. Tulosten mukaan ruotsalaiset väheksyivät tuttuun riippuvuuksien, kuten alkoholi- ja tupakkariippuvuuden, riskejä sekä vaarallisuutta ja dramatisoivat vieraampia riippuvuuksia, kuten huumeriippuvuutta. Myös sukupuolella ja omalla päihdekäytöllä oli vaikutusta päihderiippuvuudesta toipumista koskeviin näkemyksiin (Blomqvist 2012).

Joitakin ryhmien välisiä näkemyseroja käsitteleviä tutkimuksia on myös löydettävissä. Esimerkiksi Glenn Walters ja Alice Gilbert (2000) vertasivat päihdetyön ammattilaisten ja huume- ja alkoholiriippuvaisten näkemyksiä riippuvuudesta. Riippuvaiset kuvasivat riippuvuutta tarpeiksi, haluiksi ja kontrollin vähentymiseksi, kun taas ammattilaiset pitivät riippuvuutta pakonomaisena käyttäytymisenä ja fyysisenä riippuvuutena. Eduardo Meza, Cunningham, Nady el-Guelbaly ja Linda Couper (2001) tutkivat puolestaan ammattilaisten näkemyksiä alkoholiriippuvuuden olemuksesta todeten mm. alkoholin sairausnäkemystä koskevien mielikuvien vaihtelevan ammattiryhmittäin (sosiaalityö – lääketiede).

Myös Suomessa on tutkittu väestön (Hirschovits-Gerz & Koski-Jännes 2010), ammattilaisten (Pennonen & Koski-Jännes 2010) ja päihdehoidon asiakkaiden (Nyyssönen 2008) näkemyksiä riippuvuuksista sekä verrattu niitä toisiinsa (Koski-Jännes & al. 2012a, 2012b ja 2012c). Tulokset osoittivat, etteivät näiden ryhmien mielikuvat eronneet kovinkaan merkittävästi toisistaan huolimatta ryhmien erilaisesta positioista suhteessa riippuvuuksiin. Kansainvälisiä vertailuja on tehty myös kanadalaisten, suomalaisten, ruotsalaisten ja venäläisten (Holma & al. 2011; Hirschovits-Gerz & al. 2011) sekä suomalaisten ja ranskalaisien riippuvuusmielikuvista (Egerer & Sulkunen 2010). Kulttuurinen konteksti näytti näissä tutkimuksissa vaikuttavan merkittävästi muun muassa siihen, miten vakavina ongelmina eri riippuvuuksia pidetään yhteiskunnassa.

Tutkimuskysymykset

Tässä artikkelissa samoin kuin itse kyselylomakkeissa hoitoa tarkastellaan yhtenä kokonaisuutena erittelemättä sitä eri hoitomalleihin tai muotoihin, kuten esimerkiksi avo- tai laitoshoitoon tai AA:n ja NA:n kaltaisiin itseapuryhmiin. Hoidolla tarkoitetaan tässä siten kaikkia yksilö- tai ryhmämuotoisia vuorovaikutustilanteita, joiden tavoitteena on riippuvuuskäyttäytymisen vähentäminen tai lopettaminen. Omin avuin toipumisella taas viitataan muutoksiin, jotka tapahtuvat ilman varsinaisia hoidollisia toimenpiteitä. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää:

1. kuinka mahdollisena väestön edustajat ja päihdetyön ammattilaiset pitävät eri riippuvuuksista eroon pääsyä ilman hoitoa (= itsetoipuminen, spontaanitoipuminen)
2. kuinka mahdollisena väestön edustajat ja päihdetyön ammattilaiset pitävät eri riippuvuuksista eroon pääsyä hoidon avulla erilaiset tukiryhmät kuten AA ja NA mukaan lukien
3. miten väestön ja ammattilaisten näkemykset hoidon lisäarvosta mahdollisesti eroavat eri riippuvuuksissa
4. mitkä tausta- ja asennetekijät vastaajaryhmän ohella selittävät suhtautumista edellä mainittuihin kysymyksiin.

Aineisto ja tutkimusmenetelmät

Kyselylomake ja aineiston keruu

Tutkimusaineistona käytetään väestölle ja ammattilaisille suunnattua kyselyä, jossa selvitettiin vastaajien käsityksiä ja mielikuvia eri riippuvuuksista. Aineisto kerättiin vuosina 2007–2008.

Tutkimuksen kyselylomake on laadittu Jan Blomqvistin (2009) Ruotsissa kehittämien kyselylomakkeiden pohjalta. Tutkimuksen kohteeksi Suomessa valittiin aineriippuvuuksista opiaatit (heroiini), amfetamiini, kannabis (hasis/marihuana), alkoholi, tupakka ja lääkkeet. Toiminnallisia riippuvuuksia edustivat rahapeli- ja internetriippuvuus. Lomakkeessa kysyttiin vastaajien näkemyksiä riippuvuusriskistä, toipumisen esteistä, toipumisen mahdollisuuksista, riippuvuuksia koskevista vastuista ja riippuvuudesta yhteiskunnallisena ongelmana. Lisäksi kyselyssä selvitettiin vastaajien omaa suhdetta eri riippuvuuksiin. Koska tavoitteena oli saada kuvaa siitä, mitä käsityksiä ja mielikuvia tavallisilla ihmisillä ja päihdetyön ammattilaisilla on eri riippuvuuksista toipumisesta, riippuvuutta ei lomakkeessa määritely, vaan osanottajat saivat vastata kysymyksiin oman arkiarvioitunsa tai käyttäteorioitunsa pohjalta. Myöskään eri riippuvuuksia ei määritely erikseen, mistä johtuen mielikuvat saattavat olla osittain päällekkäisiä. Esimerkiksi osa lääkkeitä luokitellaan käytännössä huumeiksi ja rahapelaamista tapahtuu myös netissä. Oletuksena on kuitenkin, että esimerkiksi rahapelaaminen määritetään rahapelaamiseksi huolimatta pelikontekstista (esim. pokerikerho tai netti). Toisaalta nettipeleminen on addiktoivaa huolimatta siitä, ettei sitä tehdä rahasta. Surveyaineistosta saatavat tutkimustulokset edustavat tietyllä hetkellä otettua ”ilmakuvaa” (Blomqvist 2009) suomalaisessa yhteiskunnassa vallinneista, erilaisia riippuvuuksia koskevista mielikuvista näissä kahdessa vastaajaryhmässä.

Tässä artikkelissa keskitytään kahteen toipumista koskevaan kysymykseen. Ensinnäkin lomakkeessa kysyttiin: ”Kuinka suuri mielestänne on mahdollisuus päästä eroon seuraavista riippuvuuksista ilman hoitoa?” Kysymyksen oletettiin heijastavan vastaajien näkemyksiä riippuvuudesta irtautumisen helppoudesta. Toisena kysymyksenä oli: ”Kuinka suuri mielestänne on mahdollisuus päästä eroon seuraavista riippuvuuksista jonkin hoidon avulla, erilaiset tukiryhmät, kuten AA tai NA mukaan lukien?” Tämän kysy-

myksen oletettiin valottavan vastaajien näkemyksiä tuen ja kontrollin merkityksestä riippuvuudesta irtautumisessa. Kysymysten vastausvaihtoehdot olivat 1 = ei minkäänlaista/erittäin pieni mahdollisuus, 2 = melko pieni mahdollisuus, 3 = ei suuri eikä pieni mahdollisuus, 4 = melko suuri mahdollisuus ja 5 = erittäin suuri mahdollisuus. Kuudes vaihtoehto oli ”en osaa sanoa”, mikä merkittiin analyyseissä puuttuvaksi tiedoksi. Edellisten kysymysten pohjalta luotiin lopuksi uusi *hoidon lisäarvoa* kuvaava muuttujaryhmä vähentämällä hoidon avulla toipumisen mahdollisuus -muuttujasta ilman hoitoa toipumisen mahdollisuus -muuttuja kunkin riippuvuuden osalta erikseen. Tämä muuttuja sai arvoja -4 – $+4$ ja sen uskottiin heijastavan käsityksiä hoidon välttämättömyydestä kyseisessä riippuvuudessa.

Väestöaineisto kerättiin syksyllä 2007 postikyselynä, joka lähetettiin väestörekisteristä poimitulle 2 000:n iältään 17–74-vuotiaan henkilön satunnaisotokselle. Koska otos poimittiin väestön keskusrekisteristä, jäivät vailla vakinaista asuntoa ja laitoksissa olevat tutkimuksen ulkopuolelle. Aineiston keruun toteutti Yhdyskuntatutkimus Oy, joka vastasi lomakkeiden postittamisesta, yhden karhukirjekierroksen toteuttamisesta noin kolme viikkoa myöhemmin ja aineiston tallentamisesta sähköiseen muotoon. (Hirschovits-Gerz & Koski-Jännes 2010.)

Ammattilaisaineistoon pyrittiin saamaan niin edustava otos päihdetyöntekijöitä päihde- ja kriminaalityöhön erikoistuneista hoitoyksiköistä ja eri ammattiryhmistä kuin mahdollista yksinkertaista ryväotantaa soveltaen. A-klinikkasäätiön ja Helsingin Diakonissalaitoksen eettisiltä toimikunnilta sekä palveluiden tuottajilta saatiin ensin tutkimusluvut, minkä jälkeen varsinaisiin hoitoyksikköihin lähetettiin kutsut tutkimukseen osallistumiseksi. Myönteisesti vastanneisiin yksikköihin nimettiin yhteyshenkilöt, jotka huolehtivat lomakkeiden jakamisesta työntekijöille. Työntekijät palauttivat vastaukset suljetussa kuoressa joko yhteyshenkilölle tai suoraan postitse tutkijalle. Lomakekysely toteutettiin vuoden 2007 loppupuolella ja vuoden 2008 ensimmäisten kuukausien aikana. Osallistuminen oli kaikille vapaaehtoista. (Pennonen & Koski-Jännes 2010, 213.)

Tutkimuksen osanottajat

Tutkimukseen osallistuneista 520 päihdetyön ammattilaisesta 335 edusti A-klinikkasäätiön

ja kuntien omistamia A-klinikoita, 26 kristillisiä yksiköitä, 20 myllyhoidollisia yksiköitä, 83 kriminaali- ja vankilatyötä ja 56 Helsingin Diakonissalaitosta sekä muita yksityisiä yksiköitä. Tutkimukseen osallistuneet hoitoyksiköt sijaitsivat Etelä- ja Keski-Suomen alueella. Vastaajat olivat ammatiltaan lääkäreitä (2 %), sairaanhoitajia ja muita terveydenhuollon edustajia (28 %), sosiaalityön edustajia (30 %) sekä ohjaajia ja muita päihdetyöntekijöitä (28 %) (ei virallista ammattinimikettä). Erillisen vastaajaryhmän muodostivat yksiköiden johtajat (12 %). Kokonaisvastausprosentiksi saatiin 51. (Pennonen & Koski-Jännes 2010, 214.)

Väestökyselyyn vastasi 740 henkilöä, joten vastausprosentiksi saatiin 37. Kyselyn vastaajissa naiset ja yli 55-vuotiaat miehet olivat yliedustettuja ja huumeita kokeilleita oli 25–35-vuotiaiden ikäryhmässä hieman enemmän verrattuna muiden tutkimusten tuloksiin (mm. Hakkarainen & Metso 2007). Muutoin väestöaineisto edusti hyvin suomalaista väestöpohjaa, jota on tarkemmin kuvattu aiemmassa julkaisussa (Hirschovits-Gerz & Koski-Jännes 2010).

Kuten taulukosta 1 voidaan nähdä, erosivat aineistot toisistaan tilastollisesti merkitsevästi usean eri taustamuuttujan osalta. Esimerkiksi ammattilaisista yli puolella oli korkeakoulututkinto, kun vastaava luku väestössä oli neljännes. Hieman yli puolet (53 %) väestöaineiston vastaajasta ja 58 prosenttia ammattilaisista koki olleensa ”nyt tai aiemmin” yhdestä tai useammasta aineesta tai toiminnasta riippuvaisia. Riippuvuus oli siten kummallekin vastaajaryhmälle tuttu ilmiö.

Aineiston analyysi ja puuttuvat tiedot

Analyysi toteutettiin SPSS (17.0) -ohjelmalla ja kuviot viimeisteltiin Excelin avulla. Menetelminä käytettiin prosentiosuuksia ja ristiintaulukointia, jonka yhteydessä käytettiin Khiin neliö (χ^2) -testiä. Ammattilaiden ja tavallisten kansalaisten näkemysten yleiskuvan visualisoimiseksi käytettiin keskiarvovertailua (kuvio 1), joka toteutettiin sukupuoli- ja ikävakioiduna kovarianssianalyysinä (taulukko 2).

Väestön ja ammattilaiden otokset erosivat sosiodemografisilta ominaisuuksiltaan monessa suhteessa toisistaan (taulukko 1), minkä vuoksi katsottiin aiheelliseksi selvittää taustamuuttujien vaikutusta. Aluksi sukupuolen ja iän vaikutuksia näkemyksiin tarkasteltiin Kruskall-Wallis testillä (liitetaulukot 1 ja 2).

Taulukko 1. Vastaaajien sosiodemografinen tausta prosentteina.

| | Väestö (n=740) | Ammattilai- set (n=520) | P-arvo |
|---------------------------------------|-------------------|----------------------------|--------|
| Sukupuoli | | | |
| Naiset | 61 | 76 | ***1) |
| Miehet | 39 | 24 | |
| Ikä | | | |
| <25-vuotta | 7 | 3 | ***2) |
| 26–44-vuotta | 31 | 55 | |
| 45–64-vuotta | 42 | 41 | |
| >64-vuotta | 20 | 0 | |
| Asuinpaikka | | | |
| >100 000 asukkaan kaupunki | 38 | 51 | ***3) |
| <100 000 asukkaan kaupunki | 39 | 38 | |
| Maaseutu: taajama tai haja-asutusalue | 23 | 11 | |
| Peruskoulutus | | | |
| Ylioppilaita | 36 | 66 | ***4) |
| Ammatillinen koulutus | | | |
| Ei ammatillista koulutusta/kurssi | 28 | 3 | ***5) |
| Ammattikoulu | 21 | 3 | |
| Opistokoulutus | 25 | 30 | |
| Korkeakoulu-tutkinto | 26 | 55 | |
| Työtilanne | | | |
| Työelämässä | 52 | 100 | |
| Eläkkeellä | 30 | 0 | |
| Työtön tai lomautettu | 6 | 0 | |
| Opiskelija, vanhempain-vapaa, muu | 12 | 0 | |
| Riippuvuuskokemus | | | |
| Alkoholi- (nyt), aiemmin | (7), 7 | (0), 8 | ***6) |
| Tupakka- (nyt) tai aiemmin | (19), 23 | (26), 27 | **7) |
| Lääke- (nyt) tai aiemmin | (3), 3 | (1), 3 | ***8) |
| Rahapelit (nyt) tai aiemmin | (2), 2 | (0), 2 | *9) |

¹⁾ ($\chi^2(1)=30,2$), ²⁾ ($\chi^2(3)=150,0$), ³⁾ ($\chi^2(2)=35,5$), ⁴⁾ ($\chi^2(2)=144,4$), ⁵⁾ ($\chi^2(3)=184,0$),

⁶⁾ ($\chi^2(3)=40,1$), ⁷⁾ ($\chi^2(3)=17,0$), ⁸⁾ ($\chi^2(3)=19,4$), ⁹⁾ ($\chi^2(3)=9,9$).

⁶⁻⁹⁾ Tilastolliset tunnusluvut koskevat skaalaa 1=nyt riippuvainen, 2=aiemmin riippuvainen ja 3=ei koskaan riippuvainen.

Toiseksi vastaajien taustamuuttujia ja elämän-asennetta tarkasteltiin edellistä laajemmin järjestysasteikolle soveltuvalla ordinaalisella logistisella regressioanalyysillä (taulukko 3). Selitettäväksi muuttujaksi valittiin kahdeksanluokkainen hoidon lisäarvoa kuvaava muuttuja, joka luokiteltiin analyysissä kolmiluokkaiseksi (–4–0 = ei apua hoidosta, 1–2 = jonkin verran apua hoidosta ja 3–4 = paljon apua hoidos-

ta). Selittäviksi muuttujiksi valittiin ristiintaulukoinnin ja korrelaatioiden pohjalta sukupuoli (1 = mies, 2 = nainen), ryhmä (1 = tavallinen kansalainen, 2 = päihdetyön ammattilainen), ikä (1 = 17–24-v., 2 = 25–44-v., 3 = 45–64-v. ja 4 = 65–78-v.), ammatillinen koulutus (0 = ei koulutusta tai kurssi, 1 = koulutusta: ammattikoulusta yliopistoon), työasema (0 = työelämässä, 1 = ei työelämässä: eläkkeellä, opiskelee, työ-

tön, kotona), kokemus omasta riippuvuudesta: alkoholi-, tupakka-, huume- (summamuuttuja kannabis, opiaatti- ja amfetamiiniriippuvuuksista), rahapeli- ja internet-riippuvuus (0 = ei kokemusta riippuvuudesta, 1 = on kokemus nyt tai aiemmin) sekä kaksi elämänasennetta kuvaavaa väittämää: ”Loppujen lopuksi kaikki johtuu sattumasta” ja ”Jokin korkeampi voima ohjaa ihmisten elämäntulkua”. Asenneväittämät olivat viisi-luokkaisia (1 = täysin samaa mieltä – 5 = täysin eri mieltä) ja ne merkittiin analyysissä jatkuviksi selittäviksi muuttujiksi, muut muuttujat luokitteleviksi selittäviksi muuttujiksi.

Merkitsevyydystason ylärajaksi määritettiin $p < .05$. ja $p:n$ arvoja tuloksissa on kuvattu tähdillä seuraavasti: *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$. Tässä artikkelissa väestöaineistoa ei painotettu, koska esimerkiksi iän ja sukupuolen mukaan painottaminen ei kokeiltaessa muuttanut tuloksia paria prosenttia enempiä (Hirschovits-Gerz 2008; Hirschovits-Gerz & al. 2011) ja koska painottaminen olisi voinut tuottaa uudentyyppisiä edustavuusongelmia.

En osaa sanoa -vastausosuuksien vaihteluväli oli ammattilaisilla 1–2 prosenttia lukuun ottamatta toiminnallisia riippuvuuksia, joissa se oli 4–10 prosenttia. Kansalaisilla vastaavat osuudet olivat tupakan ja alkoholin osalta 3–6 prosenttia, lääkkeiden ja rahapelien osalta 8–12 prosenttia sekä huumeita ja internetiä koskevissa kysymyksissä 12–17 prosenttia.

Tulokset

Näkemykset toipumisen mahdollisuuksista

Tutkimuksen osanottajilta kysyttiin, kuinka suurena he pitävät eri riippuvuuksista *toipumisen mahdollisuutta ilman hoitoa* (kuvio 1, alemmat viivat ja taulukko 2.). Opiaatti- ja amfetamiiniriippuvuudesta eroon pääsyn mahdollisuutta pidettiin oletetusti kaikista pienimpänä. Kannabis-, lääke- ja alkoholiriippuvuus arvioitiin keskivaikeiksi voittaa itse ja toiminnalliset sekä tupakkariippuvuus puolestaan helpoimmiksi omin avuin voitettaviksi.

Ammattilaiset arvioivat amfetamiini- ja kannabisriippuvuuden väestöä helpommin itse voitettaviksi riippuvuuden muodoiksi ja lääke-, rahapeli- ja internet-riippuvuuden puolestaan vaikeammin itse voitettaviksi riippuvuuksiksi. Suurimmat erot koskivat kannabista ja lääkkeitä.

Väestön edustajissa oli prosentuaalisesti ammattilaisia enemmän niitä, jotka pitivät eri riippuvuuksista toipumisen mahdollisuutta erittäin pieninä, lääkkeiden osalta tulos oli kuitenkin päinvastainen (liitekuvio 1). Vastaavassa ruotsalaista väestöaineistoa koskevassa tutkimuksessa (Blomqvist 2009 & 2012) tulokset olivat samansuuntaisia. Ruotsalaiset pitivät nikotiini- ja toiminnallisia riippuvuuksia helpoimmin itse voitettavina ja huumeita vaikeimmin itse voitettavina riippuvuuksina (Blomqvist 2009, 283; Blomqvist 2012). Ainoa ero Suomeen nähden riippuvuuksien järjestyksessä koski kannabista ja lääkkeitä: ruotsalaiset pitivät lääkeriippuvuudesta toipumista vaikeampana kuin suomalaiset.

Toiseksi vastaajilta kysyttiin, kuinka suurena he pitävät eri riippuvuuksista toipumisen mahdollisuutta hoidon avulla (kuvio 1, ylemmät viivat ja taulukko 2). Hoito tasasi sekä ammattilaisten että kansalaisten mielissä eri riippuvuuksista eroon pääsyn mahdollisuuksia. Käytännössä kansalaiset eivät juuri uskoneet hoidon edistävän vapautumista tupakka-, rahapeli- ja netti-riippuvuuksista. Ammattilaiset sen sijaan uskoivat hoidon lisäävän irtautumisen mahdollisuutta kaikista riippuvuuksista. He uskoivat merkittävästi väestön edustajia enemmän hoidon tehoon auttaa irti opiaatti-, lääke-, rahapeli- ja internet-riippuvuuksista.

Sukupuolen ja iän vaikutus väestön ja ammattilaisten näkemyksiin

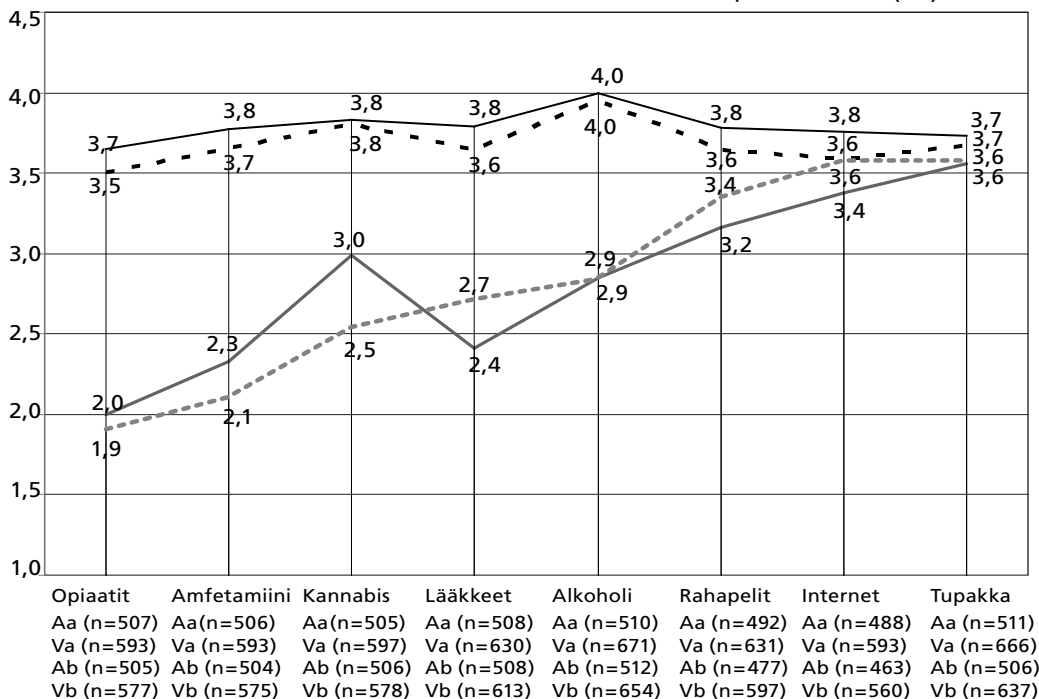
Ammattilaisten ja väestön taustamuuttujat vaihtelivat, minkä vuoksi oli aiheellista tarkastella vastaajaryhmien näkemyksiä toipumisesta erikseen sukupuolen ja iän luokissa. Analyysi toteutettiin Kruskal-Wallis testillä (liitetaulukot 1 ja 2).

Sukupuolten väliset näkemyserot näkyivät sekä väestön että ammattilaisaineiston sisällä. Kummassakin ryhmässä naiset uskoivat miehiä vähemmän ilman hoitoa toipumisen mahdollisuuteen ja miehiä enemmän hoidon avulla toipumisen mahdollisuuteen suurimmassa osassa riippuvuuksista. (Liitetaulukko 1.)

Sekä naisten että miesten näkemykset vaihtelivat myös väestön ja ammattilaisaineiston välillä (liitetaulukko 1). Ammattilaismiehet uskoivat väestön miehiä enemmän omaehtoiseen toipumiseen kannabis-, amfetamiini- ja opiaattiriippuvuudesta ja vähemmän omaehtoiseen toipu-

Mahdollisuus toipua
1=erittäin pieni —
5=erittäin suuri

— Ammattilaiset hoidon avulla (Aa)
- - - Väestö, hoidon avulla (Va)
— Ammattilaiset ilman hoitoa (Ab)
- - - Väestö, ilman hoitoa (Vb)



Riippuvuus

Kuvio 1. Väestön ja ammattilaisten näkemykset eri riippuvuuksista toipumisen mahdollisuuksista ilman hoitoa ja hoidon avulla. Ikä- ja sukupuoliavioitujen keskiarvojen vertailu kovarianssianalyysillä. Toipumisen mahdollisuus asteikolla 1=ei minkäänlaistalerittäin pieni –5=erittäin suuri mahdollisuus toipua. Tilastolliset tunnusluvut esitetty taulukossa 2.

Taulukko 2. Väestön ja ammattilaisten käsitykset toipumismahdollisuuksista ilman hoitoa ja hoidon avulla. Tilastolliset tunnusluvut kovarianssianalyysillä tarkasteltuna (ks. kuvio 1.).

| Riippuvuudet | Ilman hoitoa, kansalaisten ja ammattilaisten näkemysten vertailu | | Hoidon avulla, kansalaisten ja ammattilaisten näkemysten vertailu | |
|--------------|--|--|---|--|
| | F(df=1) ja p-arvot | | F(df=1) ja p-arvot | |
| Opiaatit | 2.0ns. | | 4.45* | |
| Amfetamiini | 9.66** | | 3.38 ns. | |
| Kannabis | 37.74*** | | .22 ns. | |
| Lääkkeet | 24.20*** | | 7.34** | |
| Alkoholi | .009 ns. | | .32 ns. | |
| Rahapelit | 10.0** | | 5.39* | |
| Internet | 7.66** | | 6.90** | |
| Tupakka | 0.11 ns. | | .87 ns. | |

miseen lääke- ja rahapeliriippuvuuksista. Hoidon avulla toipumisen suhteen tilastollinen ero koski lääkeriippuvuutta, josta toipumisen mahdollisuuden ammattilaismiehet näkivät suurempana kuin väestön miehet. Naisten näkemykset poikkesivat siten, että ammattilaiset pitivät omaehtoista toipumista väestön naisia todennäköisempänä, kun kyse oli kannabis- ja amfetamiiniriippuvuudesta, ja pienempänä, kun kyse oli lääke- ja rahapeliriippuvuudesta. Hoidon avulla toipumisen suhteen erot koskivat tupakka-, lääke-, rahapeli- ja internet-riippuvuuksia, joista toipumista hoidon avulla ammattilaiset pitivät väestön naisia suurempana mahdollisuutena.

Ikä vaikutti näkemyksiin koko aineistoa tarkasteltaessa (liitetaulukko 2) siten, että nuoremmat pitivät kannabis-, tupakka-, rahapeli- ja internet-riippuvuuksista omin avuin toipumista vanhempia ikäryhmiä helpompana, opiaattien osalta tulos oli päinvastainen. Lääkkeiden ongelmallisuudesta käytöstä omaehtoiseen toipumiseen uskoi eniten vanhin ikäryhmä ja vähiten 25–44-vuotiaiden ikäryhmä. Hoidon avulla toipumista koskevat ikäryhmittäiset erot näkyivät siten, että nuoremmat uskoivat vanhempia ikäryhmiä enemmän hoidon tehoon auttaa irti tupakka-, lääke-, rahapeli- ja internet-riippuvuuksista (liitetaulukko 2). Tuloksissa tulee huomioda, että kaikki 65 vuotta täyttäneet (n = 138) olivat väestön edustajia. Myös väestön ja ammattiryhmän sisäiset ikäryhmittäiset erot olivat koko aineistoa koskeviin ikäryhmittäisiin eroihin nähden samansuuntaisia (liitetaulukko 2).

Ero ammattilaisten ja väestön välillä säilyi siten sukupuolittaisessa tarkastelussa, ja toisaalta sukupuolella oli itsenäinen vaikutus vastauksiin; naiset katsoivat riippuvuuksia ”hoivalasien” läpi verrattuna miehiin: yksin ei selviä ja hoito auttaa. Iän vaikutus näkemyksiin vaihteli puolestaan riippuvuussittain. Erot ryhmissä kärjistyivät siten, että ammattilaismiehet uskoivat eniten ja väestön naiset vähiten huumeriippuvuuksista toipumiseen omin avuin. Nuoret uskoivat toipumisen mahdollisuuteen iäkkäämpiä enemmän koskien toiminnallisia riippuvuuksia ja tupakkariippuvuutta.

Ammattiryhmän vaikutus ammattilaisten vastauksiin

Koska ammattilaisaineiston vastaajat edustivat eri ammattiryhmiä, selvitettiin myös eri ammattiryhmien näkemuseroja toipumisen mahdolli-

suuksista ristiintaulukoinnilla. Ainoa merkitsevä ero koski opiaattiriippuvuudesta toipumista hoidon avulla (χ^2 30.4(16), $p=$ 0.16); lääkärit pitivät toipumismahdollisuutta hieman pienempänä kuin yksikön johtajat sekä sosiaali- ja terveystieteiden ammattilaiset (muut kuin lääkärit). Pääosin yhtenevä tulos osoitti ammatillisen päihdetyön kentän ainakin jonkinasteista yhteistä näkemystä riippuvuuksista toipumisen mahdollisuuksista.

Näkemykset hoidon lisäarvosta

Lopuksi tehtiin ordinaalinen logistinen regressioanalyysi, jolla selvitettiin, miten vastaajien taustamuuttujat vaikuttavat heidän mielikuviinsa hoidon lisäarvosta verrattuna yrityksiin vapautua ongelmasta omin avuin. Tämä lisäarvomuuttuja kertoo tarkimmin siitä, miten välttämättömänä väestön edustajat ja päihdetyön ammattilaiset pitävät hoitoa kussakin riippuvuudessa.

Kuten taulukosta 3 nähdään, naiset arvioivat hoidon lisäarvon kaikissa riippuvuuksissa suuremmaksi kuin miehet; samanlainen tulos saatiin vastaavassa ruotsalaistutkimuksessa (Blomqvist 2012, 9), jossa selvitettiin väestön näkemyksiä toipumisen lisäarvosta koskien tupakkaa, huumeita ja alkoholia. Nuoremmat ikäluokat arvioivat opiaatti-, lääke ja rahapeliriippuvuuksissa lisäarvon ikääntyneempiä hieman suuremmaksi. Ammattilaiset pitivät hoidon lisäarvoa väestövastaajia suurempana lääke-, rahapeli- ja internet-riippuvuuksissa. Kannabiksen ja amfetamiinin suhteen tilanne näyttäytyi päinvastaisena, mikä selittyi ammattilaisten optimistisemmasta suhtautumisesta itse toipumisen mahdollisuuteen (ks. kuvio 1). Koulutusta saaneet pitivät alkoholiriippuvuushoidon lisäarvoa kouluttamattomia hieman suurempana. Omalla riippuvuuskokemuksella oli vaikutusta arvioihin joissakin riippuvuuksissa. Alkoholiriippuvuuden omakohtaisesti kokeneet arvioivat hoidon lisäarvon muita suuremmaksi toiminnallisten riippuvuuksien ja tupakkariippuvuuden suhteen ja pienemmäksi amfetamiiniriippuvuudesta toivuttaessa. Rahapeliriippuvuuden kokeneet taas epäilivät alkoholiriippuvuuden hoidosta saatua lisäarvoa muita enemmän. Tupakoivat pitivät kannabisriippuvuuden hoidosta saatua lisäarvoa tupakoimattomia suurempana ja oman huumeriippuvuuden kokeneet pitivät alkoholi-, huume- ja lääkeriippuvuuden osalta hoidosta saatua lisäarvoa suurempana kuin muut vastaajat. Näin ollen jokin omakohtainen riippuvuuskokemus ei

Taulukko 3. Sosiodemografisten taustamuuttujien ja elämänsentien yhteydet vastaajien näkemuksiin hoidon lisäarvosta eri riippuvuuksista vapauduttaessa. Ordinaalinen logistinen regressioanalyysi, kumulatiiviset kerroinsuhteet ja tilastolliset merkitsevyydet. Referenssikategoria on 1,00.

| Selittävät tekijät | Alkoholi | Kannabis | Amfetamiini | Tupakka | Opiaatit | Lääkkeet | Rahapeli | Internet |
|--|----------|----------|-------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Sukupuoli | | | | | | | | |
| 0=mies, | 0,59*** | 0,67** | 0,57*** | 0,68* | 0,66*** | 0,48*** | 0,55*** | 0,57** |
| 1=nainen | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Ryhmä | | | | | | | | |
| 0=väestö, | 1,21 ns. | 2,43*** | 1,89*** | 0,86 ns. | 1,11 ns. | 0,73* | 0,66* | 0,56** |
| 1=ammattilaiset | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Ikä | | | | | | | | |
| 17–24v | 1,32 ns. | 0,81 ns. | 1,41 ns. | 0,80 ns. | 1,62* | 2,30* | 2,29* | 1,00 ns. |
| 25–44v | 0,84 ns. | 0,90 ns. | 1,50 ns. | 0,84 ns. | 1,57* | 1,20* | 2,21* | 1,17 ns. |
| 45–64v | 0,98 ns. | 1,05 ns. | 1,52 ns. | 0,86 ns. | 1,56* | 1,64 | 1,97* | 1,34 ns. |
| 65–87v | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Ammatillinen koulutus | | | | | | | | |
| 0= ei koulutusta | 0,60* | ns. | 0,82 ns. | 1,03 ns. | 1,00 ns. | 0,99 ns. | 0,82 ns. | 1,07 ns. |
| 1=on koulutusta | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Alkoholiriippuvuus | | | | | | | | |
| 0= ei | 0,75 ns. | 1,26 ns. | 1,75* | 0,50** | 1,30 ns. | 0,88 ns. | 0,48** | 0,56* |
| 1= on | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Tupakkariippuvuus | | | | | | | | |
| 0= ei | 0,78 ns. | 0,73* | 0,78 ns. | 0,95 ns. | 0,95 ns. | 0,78 ns. | 0,92 ns. | 0,89 ns. |
| 1= on | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Huumeriippuvuus | | | | | | | | |
| 0= ei, | 0,26** | 0,95 ns. | 0,39* | 1,16 ns. | 0,40** | 0,15*** | 0,44 ns. | 0,82 ns. |
| 1= on | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Rahapeliriippuvuus | | | | | | | | |
| 0= ei, | 3,25** | 1,40 ns. | 1,43 ns. | 1,10 ns. | 1,21 ns. | 1,78 ns. | 1,36 ns. | 1,62 ns. |
| 1= on | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Internetriippuvuus | | | | | | | | |
| 0= ei, | 0,82 ns. | 1,05 ns. | 0,81 ns. | 0,96 ns. | 0,62* | 1,20 ns. | 1,10 ns. | 1,34 ns. |
| 1= on | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Jokin korkeampi voima ohjaa ihmisten elämäntapaa (1=samaa – 5=eri..) | 0,88** | 0,88** | 0,92 ns. | 0,98 ns. | 0,98 ns. | 0,93 ns. | 0,85** | 0,92 ns. |
| Loppujen lopuksi kaikki johtuu satumasta (1=samaa – 5=eri..) | 1,36*** | 1,18* | 1,33*** | 1,02 ns. | 1,12** | 1,22** | 1,15* | 1,26** |
| Linkkifunktio | log log | log log | log log | log log | neg log | log log | log log | log log |
| Test of parallel lines | >.05 | >.05 | >.05 | >.05 | <.05 | >.05 | >.05 | >.05 |
| Model fitting | *** | *** | *** | * | *** | *** | *** | *** |
| Mallin selitysaste ¹⁾ | 9 % | 6 % | 7 % | 4 % | 7 % | 12 % | 9 % | 7 % |

Tilastollinen merkitsevyydentaso * = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p < 0,001$

1) (Nagelkerke).

yksioikoisesti lisännyt uskoa hoidon välttämättömyyteen juuri samassa riippuvuudessa. Tulospoikkeksi Blomqvistin (2012, 9) tuoreista tuloksista, joissa oma huumeriippuvuus vähensi uskoa hoidon lisäarvoon.

Myös elämänsenteilla oli vaikutusta vastauksiin. Ne, jotka uskoivat vähemmän sattumaan, pitivät hoidon lisäarvoa useissa riippuvuuksissa suurempana kuin sattumaan uskovat. Sen lisäksi ne, jotka uskoivat korkeamman voiman ohjaavan ihmisen elämäntulkua, uskoivat vähemmän hoidon mahdollisuuksiin auttaa irti riippuvuuksista kuin ne, jotka eivät uskoneet korkeampaan voimaan.

Päihdetyön kokemus ja sukupuoli nousivat kokonaisuudessaan merkittävimiksi hoidon lisäarvoa koskevia käsityksiä selittäviksi muuttujiksi. Elämäntietämys vaikutti myös johdonmukaisesti hoidon hyödyllisyyttä koskeviin näkemyksiin, mikä on havaittu myös aiemmissa tutkimuksissa (Furnham & Thomson 1996). Ordinaalisen logistisen regressioanalyysin suhteen oli nähtävissä kuitenkin yhteiskuntatieteelliselle tutkimukselle ominainen moniselitteisyys, joka ilmeni mm. hoidon lisäarvoa koskevien merkitsevien mallien alhaisena selitysosuutena (6–12 %). Tupakkariippuvuudessa malli oli vain melkein sopiva (model fit*) ja selitysosuus jäi 4 prosenttiin.

Pohdinta ja yhteenveto

Artikkelissa tarkasteltiin väestön ja ammattilaisten mielikuvia eri riippuvuuksista toipumisen mahdollisuuksista ilman hoitoa ja hoidon tuottaman lisäarvon avulla. Vastaajien näkemykset omaehtoisen toipumisen mahdollisuuksista vaihtelivat ruotsalaistutkimuksen tavoin (Blomqvist 2009, 380; Blomqvist 2012) sen mukaan, mistä riippuvuuden muodosta oli kyse. Sekä ammattilaiset että tavalliset kansalaiset pitivät toiminnallisia riippuvuuksia ja tupakkariippuvuutta helpommin itse voitettavina verrattuna päihderiippuvuuksiin. Hoito tasasi vastaajien mielikuvissa eri riippuvuuksista vapautumisen mahdollisuuksia siten, että hoidosta ei nähty olevan lainkaan niin suurta hyötyä pyrittäessä eroon tupakka-, (rahapeli)- ja internet-riippuvuuksista kuin päihdytymyksen aiheuttavista aineriippuvuuksista. Hoidon uskottiin tekevän parhaiten alkoholiriippuvuuteen. Mielikuva hoidon suuresta lisäarvosta päihderiippuvuuksissa verrattuna omin avuin

toipumiseen kertoo hoitoon kohdistuvista korkeista tulosodotuksista.

Riippuvuudet, joihin on tarjolla hoitoa, mielletään enimmäkseen vaikeammiksi kuin sellaiset, joihin hoitoa ei ole juuri järjestetty (Hirschovits-Gerz & Koski-Jännes 2010; Koski-Jännes & al. 2012a). On kuitenkin näyttöä siitä, että osa esimerkiksi peliriippuvaisista ei koe pystyvänsä vapautumaan riippuvuudestaan juuri millään omin avuin (Sulkunen & Rantala 2012), ja toisaalta esimerkiksi alkoholi- ja kannabisiippuvuudesta omin avuin toipuvien osuus on merkittävä (Blomqvist 2012, 8; Dawson & al. 2006). Toipumismahdollisuudet näyttävät käytännössä riippuvan enemmän ongelman vaikeusasteesta kuin sen kohteena olevasta aineesta tai toiminnasta. Koska tässä tutkimuksessa oltiin kiinnostuneita eri riippuvuuksia koskevista yleisistä mielikuvista ja niiden keskinäisistä suhteista, emme voineet ottaa erikseen huomioon niiden eri vaikeusasteiden vaikutuksia mielikuviiin. Silti on syytä muistaa, että myös tässä esitetyjen keskiarvojen taustalla vastaajilla oli väistämättä erilaisia henkilökohtaisia kokemuksia ja mediasta poimittuja mielikuvia aiheesta. Vaikka nämä yksittäisten vastaajien mielikuvat eivät suoraan erotu, muokkaavat ne kukin osaltaan tässä esitettyä kokonaiskuvaa.

Huolimatta siitä, ettei sosiaalisia representaatioita voi palauttaa niiden alkuperäisiin lähteisiin (Moscovici 1984) eikä niiden perustaa voi tyhjentävästi selittää, kertovat tulokset yhteiskunnallisesta todellisuudesta ja siitä, että eri riippuvuuksilla on erilainen yhteiskunnallinen asema, ”positio” (Blomqvist 2012). Osittain tämä asema perustuu aineiden ja pelien saatavuuteen, niitä koskevaan politiikkaan ja lainsäädäntöön sekä käytötapoihin ja käyttökulttuureihin, mutta myös niitä koskeviin mielikuviiin, joilla ei välttämättä ole tämänhetkistä reaalielämää todellisuudessa. Esimerkiksi kipu- ja korvaushoitolääkkeenä käytetty buprenorfini (Subutex) on syrjäyttänyt Suomessa heroinin 10 viime vuoden aikana katukaupassa, jolloin heroininpelko pohjaa vähintäänkin 10 vuoden takaiseen huumeaaltoon (Seppälä & Holopainen 1996) ja median luomiin kauhukuviiin.

Tässä tutkimuksessa väestön ja ammattilaisten näkemykset olivat jokseenkin yhdensuuntaisia koskien ”demonisoitua” *heroiinia* (Christie & Bruun 1986; Blomqvist 2012) ja muita *opiaatteja*. Ikäryhmien väliset erot puolestaan osoittivat,

että heroiinipelko oli suurin 1990-luvulla nuoruuttaan eläneiden ikäryhmässä siten, että he pitivät omin avuin toipumista opiaattiriippuvuudesta muita ikäryhmiä vähemmän mahdollisena.

Väestö ja ammattilaiset olivat yksimielisiä myös *alkoholin ja tupakan* suhteen, mikä selittyi kyseisten riippuvuuksien tuttuudesta ja monien omista kokemuksista. Alkoholi-ongelmiin tiedetään olevan hoitoa tarjolla, vaikka väestön vastaajilla ei välttämättä ollut tarkkaa tietoa hoitojen sisällöistä. Nikotiiniriippuvuuden hoidosta Suomessa ei sen sijaan ole kovin pitkiä perinteitä ja nikotiinikorvaushoitotuotteetkin tulivat ravitsemisliikkeisiin vasta vuonna 2010. Vastaavassa ruotsalaisessa väestötutkimuksessa (Blomqvist 2009, 292; Blomqvist 2012) tupakkariippuvuutta kuvattiin lähinnä huonoksi tavaksi. Siitä uskottiin pääsevän helposti eroon omin avuin, eikä hoidon uskottu juuri parantavan näitä mahdollisuuksia, kuten ei tässä suomalaistutkimuksessaakaan.

Kannabisriippuvuuden suhteen ammattilaiset uskoivat hoidon lisäarvoon merkittävästi vähemmän kuin väestön vastaajat, mikä selittyi kuitenkin ammattilaisten kansalaisia optimisemmasta suhtautumisesta itse toipumiseen. Ammattilaisten näkemyksistä heijastuu hoitoon hakeutuvien huumeongelmaisten jakauma: päihdehuollon erityispalveluihin hakeutuvien huumeriippuvaisten ensisijaisena päihteenä on vain harvoin kannabis. Sen sijaan heistä lähes kaikilla esiintyy kannabiksen ongelmallista tai oheiskäyttöä (Forsell & al. 2010, 53–54). Kannabisongelman vakavuus suhteutuu näin muuhun ongelmakokonaaisuuteen, jossa esimerkiksi muiden huumeiden aiheuttamat akuutit vieroitusoireet hoidetaan ensisijaisina ongelmina ja kannabiksen käsittely jää taka-alalle. Tavallisille kansalaisille kannabis sen sijaan näyttäytyy edelleen huumeena muiden joukossa.

Lääkkeiden osalta ammattilaisten ja kansalaisten näkemykset erosivat toisistaan. Ammattilaiset mielsivät lääkkeitä eroon pääsyn kansalaisia vaikeammaksi ja uskoivat niissä enemmän hoidon mahdollisuuksiin auttaa irti. Lääkkeitä ei heroiinin tavoin ”demonisoitu”, vaikka käytännössä osa lääkkeitä on niin ikään opiaatteja ja niitä käytetään huumaavina aineina myös katukaupassa (Hakkarainen & Metso 2007, 546; Hakkarainen & al. 2011). Väestön ja ammattilaisten mielikuvaerot liittyivätkin oletettavasti siihen, että tavalliset kansalaiset uskovat ensisijaisesti lääkkei-

den parantavaan vaikutukseen, kun taas ammattilaiset kohtaavat useammin myös niiden väärinkäytön seurauksia. Näkemuserot herättävät myös kysymään, onko kansalaisilla riittävästi tietoa lääkeriippuvuudesta ja sen hoitomahdollisuuksista (mm. Huttunen 2010).

Ammattilaiset pitivät *toiminnallisia riippuvuuksia* vaikeammin itse voitettavina kuin kansalaiset, mutta uskoivat heitä enemmän hoidon mahdollisuuteen auttaa niistä irti. Erot saattoivat heijastaa ammattilaisten väestöä syvempää ymmärrystä riippuvuuden yleisestä luonteesta. Ammattilaiset ovat myös uusien riippuvuusilmiöiden hahmottamisen kärjessä tutustuessaan niihin ”avainvälittäjinä” (Morant 2006, 819) niin asiantuntijatiedon kuin asiakaskontaktienkin kautta (Hirschovits-Gerz & al. 2012). Toisin kuin lääkeriippuvuudessa keskustelu toiminnallisista riippuvuuksista on lisääntynyt, hoitoa on kehitetty ja tutkimusta on tehostettu käsillä olevan aineiston keruun jälkeen. Olisikin kiinnostavaa verrata tämän aineiston rahapeliriippuvuutta koskevia tuloksia (vuosilta 2007 ja 2008) nykyhetkeen.

Esimerkiksi ammattilaiset pitivät lääke- ja toiminnallisia riippuvuuksia kansalaisia vaikeammin itse voitettavina ja kannabisriippuvuutta helpommin itse voitettavana riippuvuuden muotona. Lisäksi ammattilaiset uskoivat kansalaisia hieman enemmän hoidon mahdollisuuteen auttaa irti erityisesti opiaatti-, lääke- ja toiminnallisissa riippuvuuksissa.

Väestön ja ammattilaisten vastausten vertailu tuotti ymmärrystä käsitysten ja mielikuvien muodostumisesta osana mm. työ- ja toimintaympäristöä sekä ammatillista koulutusta. Ammattilaiset saattoivat ankkuroida omat riippuvuusnäkönsä maallikkoja tiukemmin kriteerein vastaamaan esimerkiksi ICD-10-tautiluokitusta tai sosiaalitieteellisiä käytännön teorioita (Walmsley 2004). Vaikka kummallakin ryhmällä oli kokemusta eri riippuvuuksista, kokivat ammattilaiset aihealueen keskimäärin kansalaisia tutummaksi ”en osaa sanoa”-vastausten vähäisyyden perusteella. Kun ammattilaiset vastasivat kyselyyn työroolissaan, tavalliset kansalaiset saivat vastata siihen ilman ammatillisia paineita, mikä on voinut osaltaan vaikuttaa vastaustapoihin.

Kruskall-Wallisin varianssianalyysillä ja ordinaalisella logistisella regressioanalyysillä tarkasteltuna myös muilla taustamuuttujilla kuten sukupuolella, iällä, omalla riippuvuuskokemuksel-

la ja elämän asenteella näytti olevan vaikutusta riippuvuutta koskeviin käsityksiin samoin kuin useissa muissakin tutkimuksissa on esitetty (mm. Furnham & Thomson 1996; Blomqvist 2012). Esimerkiksi naiset ovat mieltäneet riippuvuudet suuremmiksi yhteiskunnallisiksi ongelmiksi kuin miehet (mm. Piispa & al. 2008, 16; Blomqvist 2012) ja pitäneet riippuvuusriskiä miehiä harvemmin vähäisenä (Hakkarainen & Metso 2007, 549; Blomqvist 2012). Osa sukupuolten välisistä näkemyseroista selittyi tässä mahdollisesti vastaajien taustatekijöistä: naisilla oli miehiä korkeampi koulutustaso sekä miehiä vähäisempi oma-kohtainen kokemus riippuvuudesta. Toisaalta väestöaineiston naiset tunnistivat miehiä useammin lähipiirissään päihdeiden käyttäjiä ja puutuivat miehiä hanakammin muiden päihdeongelmiin samoin kuin ruotsalaistutkimuksessakin (Blomqvist 2012). Yleisesti tiedetään, että naiset kannattavat miehiä enemmän perinteisiä hyvinvointi-instituutioita (ks. Blomqvist 2012), mikä taas näkyi naisten suurena uskona hoidon mahdollisuuksiin auttaa irti riippuvuuksista. Sukupuolten välistä näkemyseroa voidaan selittää siten taustatekijöillä, naisten ja miesten yleisillä yhteiskunnallisilla roolieroilla sekä myös esimerkiksi hoivarationaliteetin avulla (Waerness 1984). Näkemyksen mukaan hoivatyön kohteena olevilla ihmisillä, kuten riippuvaisilla potilailla, uskotaan olevan kyvyttömyyttä tunnistaa oma avun tarpeensa, ja toisaalta naisilla arvioidaan olevan luonnostaan kyky havaita ja ottaa hoitaakseen hoivan tarpeessa olevia ihmisiä.

Iän vaikutuksen puolestaan voidaan olettaa johtuvan mm. eri ikäkausina nuoruuttaan eläneiden yhteiskunnallisista kokemuksista. Esimerkiksi 1990-luvulla nuoruutta eläneet altistuivat aiempia ikäryhmiä enemmän toisen huumeaallon myötä sekä huumeille kaveripiirissään että myös median huume keskusteluille ja huumevalistukselle mm. koulu- ja opiskelijaympäristöissä.

Arvioita hoidon tarpeesta eri riippuvuuksissa selittivät myös muutamat asenneväättämät, mikä kertoo laajemmin ihmiskäsityksen ja maailmankuvan vaikutuksista näkemysten muodostumiseen (Moscovici 1984).

Tulokset heijastavat sosiaalisen representaation teorian mukaisesti vastaushetkellä vallinnutta yleistä asenneilmastoa tai ”ilmakuvaa” (Blomqvist 2009 ja 2012) maallikkojen ja ammattilaisten riippuvuusmielikuvista ja -käsityksistä, joihin rationaalisen tiedon lisäksi kietoutuu myös

stereotyyppisiä mielikuvia, asenteita ja uskomuksia (Koski-Jännes 2006, 262). Esimerkiksi Blomqvist (2009, 286; 2012) arvioi kansalaisten vähättelevän tuttujien riippuvuuden muotojen (alkoholi- ja tupakka) haittavaikutuksia, millä taas on käytännön vaikutuksia muun muassa palveluiden resursointiin: huumeongelmiin käytetään Ruotsissa suuria resursseja suhteessa yhteiskuntaa vaivaaviin alkoholi- ja nikotiiniriippuvuusongelmiin.

Koska hoitoa ei lomakkeessa jaoteltu sen eri muotoihin, vastaukset hoidosta perustuvat vastaajien yleiseen mielikuvaan hoidosta erotuksena pelkkään omaehtoiseen toipumiseen. Tulokset saattavat heijastaa suomalaisten yleistä luottamusta terveydenhuolto- (Suomalaisten tyytyväisyys terveydenhuoltopalveluihin 2001; Némlander 2011) ja sosiaalihuoltopalveluihin (Muuuri 2007) sekä uskoa hyvinvointivaltion mahdollisuuksiin auttaa kansalaisia erilaisissa ongelmissa, kuten vastaavassa ruotsalaistutkimuksessa (Blomqvist 2009, 285–286; Blomqvist 2012) arveltiin. Toisaalta ainakin kansalaisten mielikuviiin hoidosta ja tuesta sekoittuu professionaalisen hoidon lisäksi näkemyksiä myös kontrollista ja rangaistuksesta, mihin antoivat viitteitä kyselylomakkeen loppuun kirjoitetut vapaat kommentit esimerkiksi huumeongelmaisten rankaisemisesta ja auttamisesta pakkokeinoin. Tässä tutkimuksessa hoitona pidettiin myös itseapuryhmiä, mikä osaltaan selittää suurta uskoa hoidon toimivuuteen. Väestöaineiston keskeinen rajoitus oli aineistossa todettu kato (vastausprosentti 37), joka kohdistui erityisesti alle 55-vuotiaisiin miehiin (ks. tarkemmin Hirschovits-Gerz & Koski-Jännes 2010). Väestöaineiston painottaminen iän ja sukupuolen mukaan muutti kokeiltaessa vastausjakaumia vain vähän, joten aineisto analysoitiin ilman painoja. Ammattilaisaineiston keruussa pyrittiin kattavuuteen, joskaan kokonaisotantaa tai satunnaisotantaa ei voitu toteuttaa päihdetyön kentän hajanaisuuden ja tutkimuslupakäytäntöjen monimutkaisuuden vuoksi. Kaikkia pienempiä palvelun tuottajia ei myöskään voitu ottaa mukaan tutkimukseen (Pennonen & Koski-Jännes 2010, 213). Kokonaisuudessaan tutkimuksessa käytettiin kvantitatiiviselle aineistolle riittävän suuria otoskokoja. Näin ollen artikkelissa esitetyt tulokset voi tietyin varauksin yleistää koskemaan suomalaisten yleisiä näkemyksiä riippuvuuksista irtautumisesta. On kuitenkin huomattava, että tällainen aineisto an-

taa parhaimmillaankin vain karkean yleiskuvan yhteiskunnassa vastaushetkellä vallinneesta ilmapii-riistä ja erilaisia riippuvuuksia koskevista mielikuvista (Blomqvist 2009, 392).

Keskeistä tuloksissa oli riippuvuuksien jakautuminen vastaajien mielikuvissa helposti itse voitettaviin riippuvuuksiin (rahapeli-, netti- ja tupakkariippuvuus), joissa hoito ei tuottanut merkittävää lisäarvoa, ja sellaisiin riippuvuuden muotoihin, joissa hoidon uskottiin olennaisesti parantavan toipumismahdollisuuksia omin avuin yrittämiseen verrattuna (huumeet, lääkkeet, al-

koholi). Hoidolle asetettiin siten etenkin päihderiippuvuuksissa suuria tulosodotuksia. Käytännössä hoitoa on kuitenkin vaikea erottaa erilliseksi tekijäksi siitä kokonaisvaltaisesta prosessista, jossa ihminen pyrkii eroon riippuvuudestaan monia eri keinoja käyttäen (mm. Klingemann & Bergmark 2006; Klingemann & Sobell 2007). Voidaan myös kysyä, miten suureksi hoidon mahdollisuudet voidaan nähdä sellaisissa riippuvuuksissa, joissa hoitoa ei ole saatavilla tai siitä ei tiedetä.

KIRJALLISUUS

- Aho, Pauliina & Turja, Tuomo: Suomalaisten rahapelaaminen 2007. Taloustutkimus Oy:n toteuttama sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu. Helsinki 2007.
- Blomqvist, Jan: What is the worst thing you can get hooked on? Popular images of addiction problems in Contemporary Sweden. *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift* 26 (2009): 4, 373–398.
- Blomqvist, Jan: Perceptions of addiction and recovery in Sweden: The influence of respondents characteristics. *Addiction Research and Theory*. Early online:1–12, 2012.
- Christie, Nils & Bruun, Kettil: Hyvä vihollinen. Huumausainepolitiikka pohjolassa. Espoo: Weilin+Göös, 1986.
- Cunningham, John & Blomqvist, Jan & Cordingley, Joanne: Beliefs about drinking problems: Results from a general population telephone survey. *Addictive Behaviors* 32 (2007): 1, 167–169.
- Dawson, Deborah A. & Grant, Bridget F. & Stinson, Frederic S. & al.: Recovery from DSM-IV alcohol dependence, United States 2001–2002. *Alcohol Research and Health* 29 (2006), 139–142.
- Egerer, Michael & Sulkunen, Pekka: Consequences of alcoholism: A focus group study of Finnish and French general practitioners. *Esitys Images-konsortion seminaarissa Pietarissa 22.4.2010*.
- Forsell, Martta & Virtanen, Ari & Jääskeläinen, Marke & Alho, Hannu & Partanen, Airi: Huumetilanne Suomessa 2010. Raportti 40/2010. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos, 2010.
- Furnham, Adrian & Lowick, Victoria: Lay theories of the causes of alcoholism. *British journal of medical psychology* 57 (1984), 319–332.
- Furnham, Adrian & Thomson, Louise: Lay theories of heroin addiction. *Social Science and Medicine* 43 (1996): 1, 29–40.
- Hakkarainen, Pekka & Metso, Leena: Huumeekäytön muuttunut ongelmakuva. Vuoden 2006 huumeekäytön tulokset. *Yhteiskuntapolitiikka* 72 (2007): 5, 541–552.
- Hakkarainen, Pekka & Metso, Leena & Salasuo, Mikko: Hamppuikäpolvi, sekakäyttö ja doping. Vuoden 2010 huumeekäytön tulokset. *Yhteiskuntapolitiikka* 76 (2011): 4, 397–412.
- Hellman, Matilda: Construing and Defining the Out of Control – Addiction in the Media 1968–2008. University of Helsinki: Swedish school of social science, 2010:28. Helsinki 2010.
- Hirschovits-Gerz, Tanja: Suomalaisten käsityksiä riippuvuuksista – sukupuolen, iän sekä yhteiskunnallisen todellisuuden vaikutuksia mielikuvien. *Pro gradu -työ, Tampereen yliopisto*, 2008.
- Hirschovits-Gerz, Tanja & Koski-Jännes, Anja: Suomalaisten käsityksiä riippuvuuksista. Sukupuolen, iän sekä yhteiskunnallisen todellisuuden vaikutuksia mielikuvien. *Sosiologia* 47 (2010): 1, 3–23.
- Hirschovits-Gerz, Tanja & Ahonen, Jukka & Tammi, Tuukka: Peli, persoona vai tilanne? Rahapeliongelmaisia koskevat tyypittelyt tutkimuskirjallisuudessa ja arjen hoitotyössä. *Janus* 20 (2012): 3 (painossa).
- Hirschovits-Gerz, Tanja & Holma, Kari & Koski-Jännes, Anja & Raitasalo, Kirsimarja & Blomqvist, Jan & Cunningham, John & Pervova, Irina: Is there something peculiar about Finnish views on alcohol addiction? – A cross-cultural comparison between four northern populations. *Research on Finnish society* 4 (2011), 41–54.
- Holma, Kari & Koski-Jännes, Anja & Raitasalo, Kirsimarja & Blomqvist, Jan & Pervova, Irina & Cunningham, John: Perceptions of alcohol addictions as societal problems in Canada, Sweden, Finland and St. Petersburg, Russia. *European Addiction Research* 17 (2011), 106–112.
- Huttunen, Matti: Lääkeriippuvuus ja lääkkeiden väärinkäyttö. *Terveyskirjasto*, 2010. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00388 (luettu 7.12.2011).

- Joffe, Hélène: Social representations and health psychology. *Social science information* 41 (2002): 4, 559–580.
- Kaivola, Taru & Tammisto, Mikko & Ristola, Matti: Interventiomahdollisuudet huumeiden käyttäjien päihdeongelmiin somaattisen sairaalahoidon aikana. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2001:13. Helsinki 2001.
- Klingemann, Harald & Bergmark, Anders: The legitimacy of addiction treatment in a world of smart people. *Addiction* 101 (2006), 1230–1237.
- Klingemann, Harold & Sobell, Linda Carter (eds): *Promoting Self-Change from Addictive Behaviors*. New York: Springer, 2007.
- Klingemann, Justyna: Lay and professional concepts of alcohol dependence in the process of recovery from addiction among treated and non-treated individuals in Poland: A qualitative study. *Addiction Research and Theory* 19 (2011): 3, 266–275.
- Koski-Jännes, Anja: Viettelyksiä ja yleisiä uskomuksia – addiktioit kasvuympäristön riskitekijöinä. S. 260–276. Teoksessa: Järventie, Irmeli & Lähde Mía & Paavonen, Juulia (toim.): *Lapsuus ja kasvuympäristöt -tutkimuksen kuvia*. Helsinki: Yliopistopaino, 2006.
- Koski-Jännes, Anja & Hirschovits-Gerz, Tanja & Pennonen, Marjo: Population, professional and client support for different ways of managing addictive behaviours. *Substance Use and Misuse* 47 (2012), 296–308. 2012a.
- Koski-Jännes, Anja & Holma, Kari & Hirschovits-Gerz, Tanja: Kansalaisten käsityksiä addiktioiden vaarallisuudesta: kansainvälinen vertailu. Teoksessa: Tammi, Tuukka & Raento, Pauliina & Sulkunen, Pekka (toim.): *Likainen tusina. Addiktion politiikka, talous ja kulttuurit*. Helsinki: Gaudeamus (2012 painossa). 2012b.
- Koski-Jännes, Anja & Hirschovits-Gerz, Tanja & Pennonen, Marjo & Nyysönen, Milla: Population, Professional and Clients Views on Dangerousness of Various Addictions on Individual and Society. *NAD* 29 (2012): 2, 139–154. 2012c.
- Meza, Eduardo & Cunningham, John & el-Guelbaly, Nady & Couper, Linda: Alcoholism: Beliefs and attitudes among Canadian alcoholism treatment practitioners. *Canadian Journal of Psychiatry* 46 (2001): 2, 167–172.
- Morant, Nicola: Social representations and professional knowledge: The representation of mental illness among mental health practitioners. *British Journal of Social Psychology* 45 (2006): 4, 817–838.
- Moscovici, Serge: The phenomenon of social representations. P. 3–69. In: Farr, Robert & Moscovici, Serge (eds): *Social representations*. New York: Cambridge University Press, 1984.
- Muuri, Anu: Vaikuttaako palveluiden käyttö mielipiteisiin sosiaalipalvelujärjestelmästä? *Yhteiskuntapolitiikka* 71 (2007): 1, 22–34.
- Nemlander, Anu: Asiakkaat tyytyväisiä terveyskeskusten palveluihin. <http://www.kunnat.net/fi/Kuntaliitto/media/tiedotteet/2011/03/Sivut/Asiakkaat-tyytyvaisia-terveyskeskusten-palveluihin.aspx> (luettu 14.4.2011).
- Nyysönen, Milla: Alkoholi- ja huumeaddiktiota koskevat syy- ja vastuutulkinnat päihdekuntoutusasiakkailla. Sosiaalipsykologian pro gradu -työ. Sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos, Tampereen yliopisto, 2008.
- Pennonen, Marjo & Koski-Jännes, Anja: Päihdealan ammattilaisten käsityksiä aineriippuvuuksista. *Janus* 18 (2010): 3, 208–224.
- Piispa, Matti & Helakorpi, Satu & Laitalainen, Elina & Uutela, Antti & Jallinoja, Piia: Huumekontaktit ja mielipiteet. Tutkimus työikäisistä suomalaisista 1996–2007. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B5, 2008. Helsinki 2008.
- Pirttilä-Backman Anna-Maija & Helkama Klaus: Serge Moscovici: Sosiaaliset representaatiot, s. 253–274. Teoksessa Hänninen, Vilma & Partanen, Jukka & Ylijoki, Oili-Helena (toim.): *Sosiaalipsykologian suunnannäyttäjiä*. Tampere: Vastapaino, 2001.
- Riikonen, Eero & Mattila, Antti: Ovatko psykiatriset ongelmakäsitykset ja -luokitukset masentavia? *Duodecim Lääketieteellinen Aikakauskirja* 110 (1994): 3, 347–362.
- Rönkä, Sanna & Virtanen, Ari (toim.): *Huumeutilanne Suomessa 2009*. Raportti 40/2009. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos, 2009.
- Seppälä, Timo & Holopainen, Antti: Toisen huumeaallon harjalla. *Kansanterveyslehti* 1996: 2.
- Sulkunen, Pekka & Rantala, Varpu: Is pathological gambling an addiction or just a big problem. *Addiction Research and Theory* 20 (2012): 1, 1–10.
- Suomalaisten tyytyväisyys terveydenhuoltopalveluihin. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2001. <http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/tervhuolto/raportti1.htm> (luettu 14.4.2011).
- Waerness, Kari: The Rationality of Caring. *Economic and Industrial Democracy* 5 (1984): 2, 185–211.
- Walmsley, Christopher James: Social representations and the study of professional practice. *International Journal of Qualitative Methods* 3 (2004): 4, 40–55.
- Walters, Glenn & Gilbert, Alice: Defining addiction: contrasting views of clients and experts. *Addiction Research* 8 (2000): 3, 211–220.

Liitetaulukko 1. Ilman hoitoa ja hoidon avulla toipumisen mahdollisuuksia koskevat miesten ja naisten näkemyserot väestö- ja ammattilaisaineistoissa sekä koko aineistossa.

| | Väestö | | Ammattilaiset | | Koko aineisto, naiset | | Koko aineisto, miehet | |
|-------------|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| | Ilman hoitoa χ^2 N<M | Hoidon avulla χ^2 N>M | Ilman hoitoa χ^2 N<M | Hoidon avulla χ^2 N>M | Ilman hoitoa χ^2 AN vrt. VN | Hoidon avulla χ^2 AN vrt. VN | Ilman hoitoa χ^2 VM vrt. AM | Hoidon avulla χ^2 VM vrt. AM |
| Opiaatit | ns. | 4.8* | 13.2*** | 2.4 ns. | | ns. | AM> 8.9** | ns. |
| Amfetamiini | 4.9* | 7.3** | 5.3* | 3.1 ns. | AN> 19.3*** | ns. | AM >7.0** | ns. |
| Kannabis | 4.2* | 6.4** | 1.3 ns. | 2.3 ns. | AN>45.8*** | ns. | AM>10.8** | ns. |
| Lääkkeet | 11.0** | 4.1* | 7.78* | 1.8 ns. | AN< 7.5*** | AN> 9.2** | AM< 9.0** | AM> 4.5* |
| Alkoholi | 8.3** | 3.9* | 0.8 ns. | 10.0** | | Ns. | Ns. | ns. |
| Rahapelit | 12.0** | Ns. | 4.8* | 2.4 ns. | AN< 3.9* | AN> 8.7** | AM<4.8* | ns. |
| Internet | 5.2* | Ns. | 1.4 ns. | 3.8 ns. | | AN> 7.2** | Ns. | ns. |
| Tupakka | ns. | 4.0* | 1.1 ns. | 8.4** | | AN> 3.4* | Ns. | ns. |

N=Naiset, M=Miehet, AN= Ammattilaisnaiset, VN=Väestön naiset, AM= Ammattiamiehet, VM=Väestön miehet

Kruskall-Wallisn varianssianalyysi

Tilastollinen merkitsevyytaso * = p < 0,05, ** = p < 0,12, *** = p < 0,001

Liitetaulukko 2. Ilman hoitoa ja hoidon avulla toipumisen mahdollisuuksia koskevat ikäryhmittäiset näkemyserot erikseen väestö- ja ammattilaisaineistoissa sekä koko aineistossa.

| Riippuvuudet | Väestö | | Ammattilaiset ¹⁾ | | Koko aineisto | |
|--------------|------------------------|--------------------------|-----------------------------|------------------------|---------------------------|------------------------|
| | Ilman hoitoa χ^2 | Hoidon avulla χ^2 | Ilman hoitoa χ^2 | Hoidon avulla χ^2 | Ilman hoitoa χ^2 | Hoidon avulla χ^2 |
| Opiaatit | Nu< 20.4*** | ikä2< 10.2* | Nu< 8.7* | 2.4 ns. | Nu< 18.3*** | 7.1 ns. |
| Amfetamiini | ikä 4> 8.1* | 7.2 ns. | 4.2 ns. | 0.8 ns. | 3.7 ns. | 3.2 ns. |
| Kannabis | ikä3< ja ikä1> 8.6* | 3.5 ns. | 0.4 ns. | 0.3 ns. | Nu> 10.2* | 1.8 ns. |
| Lääkkeet | ikä2< 8.1* | ikä1> ja ikä4< 11.9** | 2.0 ns. | 2.8 ns. | ikä2< ja ikä4> 21.7*** | Nu> 13.4** |
| Alkoholi | 2.1 ns. | 3.7 ns. | 2.0 ns. | 0.4 ns. | 2.1 ns. | 2.3 ns. |
| Rahapelit | 7.1 ns. | Nu> 27.1*** | Nu> 11.3** | Nu> 14.7** | Nu> 15.2** | Nu> 44.2*** |
| Internet | Nu> 25.8*** | Nu> 18.5*** | Nu> 17.6*** | Nu> 16.2*** | Nu> 33.4*** | Nu> 36.1*** |
| Tupakka | Nu> 20.1*** | Nu> 20.8*** | Nu> 8.4* | 5.6 ns. | Nu> 26.5*** | Nu> 28.9*** |

Ikä 1 = 17–24 -v, 2 = 25–44 -v, 3 = 45–64 -v, 4 = 65–78 -v.

Nu=nuoremmat suhteessa vanhempiin ikäryhmiin (lineaarinen yhteys keskiarvorankingissa)

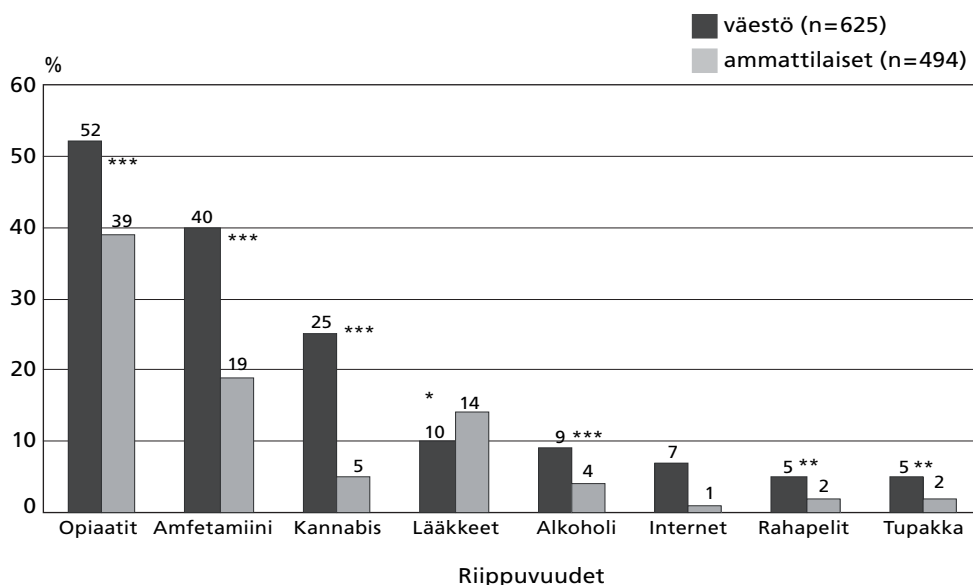
Yksittäiset ikäryhmäpoikkeamat merkitty erikseen ikä X > tai < kuin muut ikäryhmät.

Kruskall-Wallisn varianssianalyysi

Tilastollinen merkitsevyytaso * = p < 0,05, ** = p < 0,12, *** = p < 0,001

¹⁾ Ammattilaisaineistossa verrattu ikäryhmiä 1–3.

Liitekuvio 1. Ilman hoitoa toipumisen mahdollisuutta erittäin pienenä pitävien prosentuaaliset osuudet väestön ja päihdetyön ammattilaisten keskuudessa. Ryhmien välisten erojen merkitsevyystasot merkitty tähdillä * = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p < 0,001$, vapausaste = 1 (df=1). Khi 2-arvot: alkoholi (210.3), kannabis (281.0), amfetamiini (258.4), tupakka (27.2), opiaatit (218.7), lääkkeet (25.5), rahapelit (27.0) ja internet (220.0).



SUMMARY

Professional and lay conceptions of the chances of recovery from addictions with and without help (Ammattilaisten ja kansalaisten mielikuvat omaehtoisesta toipumisesta ja hoidon tuottamasta lisäarvosta eri riippuvuuksista toivuttaessa)

This article compares the views of the general population (n=740) and substance abuse professionals (n=520) in Finland about the prospects of recovering from various addictions with and without active treatment. The questionnaire data for the research were collected in 2007–2008 and analysed by statistical methods.

The two groups had largely similar views. However professionals felt that online gaming, Internet, and prescription drug addictions were harder to overcome without help than did the general population, and they had greater faith in the efficacy of treatment. On the other hand professionals felt that recovery from cannabis addiction without help was easier than did the general population. Professionals had greater faith than lay people in the chances of recovering from

prescription drug and behavioural addictions with the help of treatment. Being a treatment professional and gender had the most consistent effects on the assumed 'added value' of treatment. Women regarded treatment as more necessary for recovery than men in the case of all addictions, and professionals regarded it as more necessary than lay people in prescription drug and behavioural addictions.

Overall addictions seemed to be divided in the minds of the respondents into two categories: those that were easy to overcome without outside help (online gaming, Internet and tobacco addictions) and those that were difficult to overcome without help (drugs, prescription medicines, alcohol). Both groups had high expectations of the efficacy of treatment in resolving substance addictions. The article concludes with a discussion of the potential societal causes and consequences of these views and expectations.

Keywords: Addiction, treatment, recovery, image, survey

Is there something peculiar about Finnish views on alcohol addiction? – A cross-cultural comparison between four northern populations

Tanja Hirschovits-Gerz University of Tampere
Kari Holma University of Tampere
Anja Koski-Jännes University of Tampere
Kirsimarja Raitasalo National Institute of Health and Welfare
Jan Blomqvist Stockholm University
John A. Cunningham University of Toronto
Irina Pervova St. Petersburg State University

Empirical studies have continued to display that Finns get heavily intoxicated more often than other Nordic people. This study asks whether Finnish views on alcohol problems and alcohol addiction differ from those of some other northern populations. This issue is studied by comparing survey results from Finland, Canada, Sweden and St. Petersburg, Russia. The data comprised 3 703 adults and it was analysed with standard descriptive methods and logistic regression analysis. Finnish general population respondents seemed to be at least as concerned about the risk of alcohol dependence as people in the other comparison countries. They also placed higher priority on alcohol problems among other societal problems than the respondents from the comparison countries. In issues of responsibility they were similar to Swedish respondents thus reflecting the common attitudes in Nordic welfare states. Their higher belief in the chances of recovery without treatment seems to reflect the traditional image of Finns as tough and self-sufficient people who can manage their problems on their own without external interference. The logistic regression analysis shows that the country effect still remains although the other sociodemographic variables were taken into account. In addition to this also some other background factors, particularly gender, age and education had some effect on the views. The combination of self-change optimism on the one hand and the general worry about alcohol problems on the other hand suggest that the cultural ambivalence towards alcohol consumption has not been fully resolved. This ambivalence could also be seen to contribute to the tradition of heavy binge drinking in Finland.

Keywords: alcohol, social representations, images, addictive behaviours, cross-cultural, survey research.

Introduction

Sauna, *sisu* (“Finnish guts” = persistence, stamina, will power) and excessive drinking have been some of the most common images of the Finnish culture. While all of them involve affinity to some form of extremism, the last one does it in less complimentary terms for the Finns. The existence of a special Finnish relationship towards alcohol has been the topic of public discussion and research for years (e.g. Kiviranta, 1969; Apo, 2001; Paakkanen & Sulkunen, 1987; Kortteinen & Elovainio, 2003; Tigerstedt & Törrönen, 2007). Empirical studies have continued to display that Finns get heavily intoxicated more frequently and they also die of alcohol poisoning much more often than any other Nordic people (Ramstedt, 2007, 11).

The high tolerance, if not full acceptance, of public drunkenness is also something that has caught the attention of many visitors to this country. These observations are confirmed by the most recent studies on Finnish drinking where the researchers conclude that even though most of the times alcohol is used very moderately by Finns they still do not

hesitate to get drunk at least in special occasions (Maunu & Simonen, 2010).

Many attempts have been made over the years to “civilize” Finnish drinking habits but the traditional binging has stubbornly maintained its share despite otherwise large changes in the level and structure of consumption. Consequently, the question of interest in this paper can be formulated as follows. Since drinking in Finland has continued to grow and many Finns apparently like to get drunk despite the growing concern for its negative consequences (Härkönen & Österberg, 2010), *how do Finns then relate to alcohol addiction which is a rather possible end result of heavy drinking and acceptance of drunken behavior? Is there actually something different about Finnish views on drinking when compared with other cultures?*

Finnish drinking habits have previously been compared with those of several other cultures. One group of studies has focused on the differences between northern and southern European drinking habits and culture (Pyörälä, 1995; Room & Bullock, 2002). In this context the southern countries are described as “wine countries” and the northern countries as

the “spirits countries” (e.g. Norström, 2002). In the last decades Finland has, however, turned more to a “beer country” while still retaining its rather high consumption of spirits (Österberg & Mäkelä, 2010). While alcohol in the wine countries is seen as a part of the nutrition and mainly used with meals, in the spirits countries alcohol is seen as a special commodity mostly connected with socializing and “time out” from everyday life rather than eating. The meaning of drinking is, therefore, somewhat different in these geographically dissimilar regions with diverse cultural and historical traditions. (Österberg & Mäkelä, 2010; P. Mäkelä, Tigerstedt, & Mustonen, 2010, 292)

Finnish drinking habits have also been compared with those of other nations living in more similar environmental conditions. For instance, comparisons have been made with other Baltic countries like Estonia, Lithuania and Latvia (Simpura et al., 1999; Helasoja, 2008), all of which share the common historical and geopolitical experience of the neighboring superpower of Russia. Finnish drinking habits and attitudes have also been compared with those of Canadians (Cunningham & Mäkelä, 2003). The contextual similarity usually reduces chances to hit upon large differences in drinking but it also controls for a number of other explanatory factors if differences are observed.

The latter approach to comparative research was adopted in the paper at hand as the comparison was made between four distinctly northern populations with rather similar climate conditions but differing social histories, cultural traditions and languages. The countries involved in this study include Finland, Sweden, Canada and Russia (St. Petersburg). The comparison of these mostly beer and spirits preferring populations allows us to ask, is there something peculiar about Finns and their relationship towards drinking and alcohol dependence or are their views more generally shared also by other northern people. The reason for includ-

ing just these countries was, however, mainly determined by our funding from a joint research program on substance use and addictions (2007–2010) between Finland, Canada and Russia. Moreover, the Swedish Research Council had just previously funded a related project.

The study at hand belongs to the larger IMAGES Consortium focused on the theories and images of addictions in different societies. Some survey results on comparisons between different addictions have already been published (Samuelsson et al., 2009; Blomqvist, 2009; Hirschovits-Gerz & Koski-Jännes, 2010; Pennonen & Koski-Jännes, 2010; Holma et al., 2011). In the paper at hand we will, however, focus only on alcohol addiction and how it is seen by Finnish, Swedish, Canadian and Russian respondents.

Popular views on alcohol addiction are here conceptualized as social representations. According to Serge Moscovici (1961; 1981; 1988) social representations can be understood as folk beliefs or systems of belief about the important phenomena of everyday life. They are created from our need to make the world around us comprehensible. A new social representation is formed through communication by “anchoring” the new phenomenon to the previous system of classifications and “objectifying” it with concrete imagery. When used frequently in everyday interaction, it is naturalized and starts to live a life of its own. The mass media play an important role in transforming abstract ideas and expert knowledge into lay perspectives (Moscovici, 1961). This role has been studied in Finland for instance by Törrönen (2001) and Hellman (2010). Since social representations reflect the identity, interests and views of groups in which they are used for communication (Moscovici, 1988) it is expected that the views on alcohol addiction will also vary reflecting the cultural-historical traditions, norms and the recent media discussion in each of the populations studied despite their contextual similarities.

In this paper we will compare common beliefs about alcohol and alcohol addiction in four northern populations. These beliefs are analysed on the basis of responses to survey questions on the risk of getting “hooked”, the responsibility for creating and solving alcohol dependence, the chances of recovery with and without treatment, and the societal severity of alcohol problems in comparison to other societal problems. In our view these questions illuminate some core features of the governing images of alcohol addiction in the comparison societies. (For the more detailed theoretical underpinnings of these questions, see Blomqvist, 2009, 376.)

Background data on the societies included in this study

Popular beliefs cannot be separated from the social context in which they have developed. Some background information is thereby needed about the comparison societies and their relationship towards alcohol use and alcohol problems. As this paper is mainly focused on Finland we will first provide some historical information about Finnish drinking habits before presenting more current data about the country. The following description of the other participating countries

Tanja Hirschovits-Gerz, researcher, School of Social Sciences and Humanities, University of Tampere; Kari Holma, researcher, School of Social Sciences and Humanities, University of Tampere; Anja Koski-Jännes, professor, School of Social Sciences and Humanities, University of Tampere; Kirsimarja Raitasalo, researcher, National Institute of Health and Welfare; Jan Blomqvist, Professor, The Centre for Social Research on Alcohol and Drugs, Stockholm University; John A. Cunningham, Professor, The Centre for Addiction and Mental Health, University of Toronto; Irina Pervova, Professor, The School of Sociology, St. Petersburg State University.

Corresponding author: Tanja Hirschovits-Gerz, School of Social Sciences and Humanities, FI-33014, University of Tampere, Finland. E-mail: tanja.hirschovits-gerz@uta.fi.

This project was funded by the Academy of Finland and the Finnish Foundation for Gaming Research, Swedish Research Council, the Russian Science Foundation for Humanities (RGNF), the Canadian Institute for Health Research (CIHR) and the Finnish Foundation for Gaming Research. We thank the anonymous reviewers for their valuable comments on this paper.

and their drinking cultures is somewhat less comprehensive.

Finnish culture has often been defined as an ambivalent alcohol culture since on the one hand alcohol has been forbidden and despised and on the other hand strived for and idealized. This ambivalence has diminished during the last decades, though, because drinking has become more accepted in almost all age and population groups. (P. Mäkelä, Tigerstedt, & Mustonen, 2010, 292.)

In the agrarian period of Finnish society drinking was mainly done by males. A prominent Finnish alcohol researcher Juha Partanen (1992) described the traditional male drinking style with the term “heroic drinking”. With this he referred to “a primordial masculine pattern of alcohol use that combines the quest for another mythical reality with the sociability of drinking” (Ibid 1992, 383). It is “the kind of drinking from which all instrumentality and critical self-reflection are absent” (Partanen, 1991, 238). In his cultural analysis he also combined the study of more current drinking behavior concluding that Finnish drinking patterns had not become more civilized. Instead they had turned more diverse; when people drank to intoxication, they drank spirits, wine and beer along with the new culinary art (Partanen, 1992).

Recently, however, also women have started to use alcohol more freely. The increasing consumption of alcohol by women has changed the masculine drinking culture and brought the use of alcohol more to the homes and social intercourse between men and women (P. Mäkelä, Tigerstedt, & Mustonen, 2010). Also the new middle class has increasingly distanced themselves from the traditional drinking patterns (Sulkunen, 1992). Intoxication-oriented drinking, or the so called “Finnish boozing mentality” (Peltonen, 2000, 265–268) has, however, retained its place on the side of new trends and young women have also learned to drink to intoxication along with young men (Törrönen, 2005; Raitasalo & Simonen, 2011). So, while the consumption of alcohol has decreased during the last decades in many European countries, it has tripled in Finland since the 1960’s (P. Mäkelä, Mustonen, & Huhtanen, 2010).

Yet some research also indicates that Finnish drinking has turned more similar to that of other Europeans (Norström, 2002; Anderson, 2008). Instead of drinking only on weekends Finns now do it more often and more as a part of everyday life. The relative share of strong to mild beverages has also decreased (Tigerstedt & Törrönen, 2007). According to Eurobarometer (2009) Finland was rated the 16th among other European countries in their frequency of consuming five or more servings of alcohol thus presenting only moderate willingness to get intoxicated (see also Anderson, 2008, 102). This middling score is, however, somewhat misleading because the total consumption of alcohol is relatively high in Finland. At the time of this survey the sum of recorded and unrecorded consumption was 12.7 liters of pure alcohol per person 15 years and older (National Institute for Health and Welfare, 2010). Therefore, it makes sense to ask how would these results have changed if the question had been posed as “how often do you drink 10 to 16 servings (rather than 5 or more) at a time”, as suggested by Cunningham and Mäkelä

(2003).

Since Finland with its current population of 5.3 million has previously been a part of both Sweden and Russia it could, in principle, have more or less similar traditions as either of these countries. In the next paragraphs we will tell about these other comparison societies and the ways in which they are similar or differ from the Finnish society.

Our western neighbor, Sweden, is a country with 9 million inhabitants. For a long time it has served as the model of Nordic welfare states to other nations. Sweden has been more open than Finland to refugees and immigrants from other countries. Strict alcohol policies have been maintained there for decades. Like Finland it was, however, forced to abolish many of these restrictions as well as the state monopolies on alcohol, except the one for retail, after joining the EU in 1995. As a reaction to the increasing private import of alcohol, the traditional focus on limiting total consumption lost its power. (Karlsson, 2008, 212.) Consequently, the use of alcohol grew roughly from 8 litres to 10.2 litres of pure alcohol per inhabitant 15 years and older from 1995 to 2005. However, in the past few years the consumption has started to decrease again along with growing support towards alcohol policy restrictions (see Boman et al., 2006; Leifman & Ramstedt, 2009). One reason for this could be that Sweden spends more than any other European nation on alcohol policy and prevention initiatives. The style of drinking is generally more moderate than in Finland as the correlation between consumption and alcohol related mortality is much smaller in Sweden. (Ramstedt, 2010; Rossow et al., 2007.) Alcohol problems have traditionally been understood as social problems. The treatment system is extensive and well developed. It includes both social and health care workers. Compulsory treatment is also used for the most chronic cases whereas in Finland only psychotic alcohol abusers can be treated in closed institutions. Generally there is a relatively high trust in the Swedish substance abuse and health care systems in the population (Blomqvist, 2009).

Canada is the second-largest country of the world in its geographical area after Russia. It has 34 million inhabitants. In distinction from Finland, Canada is a very multicultural society with rather large differences between its ten provinces and three northern territories (Mikkonen & Raphael, 2010). Canadian culture has historically been influenced by British, French, and aboriginal traditions (Canada International, 2009). The total consumption of alcohol per inhabitant 15 years and older was about 10 litres in 2006 (WHO, 2011). According to Cunningham and Mäkelä (2003) Canadian and Finnish drinking patterns appear as fairly similar although heavy episodic drinking by males is more common in Finland. Similar bingeing and related problems are, however, also common among the aboriginal population in Canada (Alexander, 2008, 11–26). The treatment services for people with alcohol problems include both outpatient and inpatient units with psychologists, social workers, and members of medical professions. Recovered (or “recovering”) alcoholics also play a considerable role in the treatment staff across the country (Rush & Osborne, 1992). Canadians seem to be satisfied with the overall state of help

and treatment for substance abuse problems (Minister of Health Canada, 2006, 46).

The total population of *Russia* is 141 million. The form of government changed to Russian Federation after the Collapse of Soviet Union 1991. However, due to financial reasons Russian data for this study could be gathered only from St. Petersburg, which is the largest city in the country after Moscow. There are 4.6 million inhabitants in this city, 89 % are Russians and 55 % are female (St. Petersburg encyclopaedia, 2011). The inhabitants are relatively well-educated since this metropolis is one of the largest cultural, educational and administrative centres in the country.

Russian cultural traditions have favoured the use of alcohol, particularly vodka, in all kinds of festivities, ranging from family events to various work and leisure celebrations with friends. Russian youth drinks beer just like Finnish youth does (Bichkov, 2009). The heavy use of alcohol has raised serious concern also in Russia due to its deleterious effect on family life, health (Kirshjanova, 2008) and particularly the mortality of Russian men (Nemtsov, 2007). The current per capita (15+ years) consumption of alcohol in Russia is very high, 18 litres (recorded + unrecorded consumption), but it varies greatly by area being generally higher in the eastern than western parts of the country. (Lysova & Pridemorde, 2010.) No exact data on drinking in St. Petersburg were available but as in Moscow (Palosuo, 2003) it can be assumed to be somewhat lower than the national average. During the Gorbatshev regime there was an attempt to abruptly reduce the use of alcohol in the Soviet Union but it led to the upsurge in the production of home brew (samogon) as well as the use of surrogates (Pilipas & Miroshnichenko, 2009). As a result the ban on alcohol had to be removed. After the collapse of Soviet Union in 1991 there was absolute lack of alcohol control as well as high societal stress caused by this turmoil. Together these factors lead to a steep increase in drinking, severe alcohol related harms and mortality. In spite of political attempts to restrict alcohol consumption, the results have been meagre. (Levintova, 2007; Leon et al., 2009.)

According to Ivanets et al. (1992) voluntary services for alcohol dependent people include outpatient and inpatient clinics, sobering-up stations, special hospitals as well as treatment-and-labour camps. Compulsory treatment is nowadays limited only to addicts who have actually committed crimes. The decisive role in organizing treatment has been on the so called narcologists with psychiatric education. However, the diagnosis of alcoholism is quite stigmatised and even though new treatment approaches have been introduced there is not much psychotherapy available (Fleming et al., 1994). Suggestion-based methods developed by narcology are dominating treatment modalities in Russia (Raikhel, 2010).

To sum up, Finland is more like Sweden and Canada in terms of its economy, social security and services. In regard to alcohol policies, Finland and Sweden have been in a very similar situation posed by the membership in EU even though some political decisions made on specific issues have varied. The Finnish style of boozing, however, has been claimed to be closer to the Russian style. As in Sweden, the treatment

of alcohol problems is organized by social workers together with health care professionals. In this respect Finland differs more from Canada where there are more psychologists and recovering alcoholics in the treatment staff. It also differs from Russia where the medical profession dominates.

Data and methods

Measures

The questions used in this survey were based on the study by Blomqvist (2009). The survey covered a number of themes concerning various addictive behaviours, the chances of recovery and responsibility issues. The questions involved different substances and behaviours but here we will only focus on alcohol related issues. The main questions addressed by this study are:

1. *How do people regard the risk of getting hooked to alcohol?*
2. *How do they attribute the responsibility for creating alcohol problems?*
3. *How do they attribute the responsibility for solving alcohol problems?*
4. *How do they regard the possibilities of resolving alcohol addiction without treatment?*
5. *How do they regard the possibilities of resolving alcohol addiction with treatment?*
6. *How do people regard the severity of alcohol problems in relation to other societal problems?*

In Sweden and Finland, the questionnaires were mailed to a random sample of 2000 people between the ages of 17–74 drawn from their census data bases. In Sweden, the data were collected by Statistics Sweden in 2005 and in Finland by a private data collection firm in 2007. The response rates were 55 % and 37 % respectively. In the Finnish data, more females than males responded. Moreover, young men were underrepresented and men over 54 years were overrepresented among the responders but other demographic factors corresponded with the Finnish census data quite well (Hirschovits-Gerz & Koski-Jännes, 2010). The Swedish non-response-data have been analyzed by Blomqvist (2009). The biases in responding were taken into account by weighting the data (see Table 1).

In Canada and Russia the surveys were conducted by phone using random digit dialling. Therefore the wording of some questions had to be slightly modified. In Canada 864 people over 17 years responded to the survey between August 2008 and January 2009 (response rate of 41 %). The majority of respondents were females. Interviewing was done in either English or French. The data from St. Petersburg were gathered in 2009 by an independent data collection firm and it included 1 023 respondents 17 years and above. No information has been given about the response rate but the sample was compared with the Russian census (St. Petersburg encyclopaedia, 2011). The most notable deviance was caused by the large proportion of highly educated respondents (see Table 1) in St. Petersburg sample. Weights were used to reduce the bias also in these two phone surveys.

Table 1

Basic background characteristics of the survey respondents in the participating countries - weighted¹ and unweighted² data.

| | <i>Finland</i> | <i>Sweden</i> | <i>Canada</i> | <i>Russia, St. Petersburg</i> | p |
|---|------------------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------------|----------------|
| | (n=727) | (n=1098) | (n=863) | (n=967) | |
| <i>% females</i> | 52 ¹ 61 ² | 50 51 | 58 59 | 55 56 | <.001 <.001 |
| <i>Age M (S.D.)</i> | 45.6 (15.9) 49.1 (15.7) | 44.2 (15.7) 45.8 (15.8) | 46.9 (16.7) 49.0 (17.2) | 44.8 (17.8) 45.1 (17.9) | <.001 <.001 |
| <i>% married or cohabitating</i> | 58.8 60.5 | 43.5 51 | 66.2 58 | 57.7 58.7 | <.001 <.001 |
| <i>% with university degree</i> | 27.5 26 | 29.4 33 | 30.5 30.6 | 32.7 44.8 | <.001 <.001 |
| <i>Occupation %</i> | | | | | |
| Retired, student, homemaker, other | 35 39 | 36 36 | 30 33 | 29 29 | <.001 |
| Unemployed | 6 6 | 5 5 | 3 3 | 5 4 | |
| Fulltime job | 59 55 | 59 59 | 67 64 | 67 67 | <.001 |
| <i>% with children</i> | 63 69 | 34 33 | 72 72 | 69 69 | <.001 <.001 |
| <i>% drinking 5 or more drinks at least once a week</i> | 14 12 | 8 7 | 10 10 | 4 4 | <.001 <.001 |
| <i>% with current (or previous) alcohol addiction.</i> | 9(7) 7(7) | 2(5) 2(4) | 2(6) 2(7) | 3(5) 3(5) | <.001 <.001 |

Analysis

The national data sets were first combined. Comparisons were made by standard descriptive statistical methods. The significance level was set at $p=.05$. In case of nominal dependent variables χ^2 - tests were used for comparisons. Due to the lack of homogeneity of variances nonparametric Kruskal-Wallis tests were used for comparing ordinal dependent variables and pair wise post hoc comparisons between Finland and the other countries were made with independent samples T-test with equal variances not assumed. The effects of country and other background variables on the dependent variables were examined with logistic regression analysis since the dependent variables were not normally distributed.

Owing to the low response rates the data were weighted. Dissimilar populations and patterns of responding in different countries necessitated adjusting the weights to the corresponding population data in each country. Sex and age were used as calibration variables with the Finnish, Swedish and in Russian data. In Sweden also income, marital status and country of origin, and in Russia, the level of education were used as additional calibration variables. Canadian data were weighted by household and province size. Using gender and age in addition would have resulted in less accuracy according to the providers of the Canadian data. Even though the representativeness of the samples was not faultless, several test analyses with data from different countries revealed few and insignificant differences between the results based

on weighted and unweighted data (see also Blomqvist, 2009, 377). Data attrition was, nevertheless, a problem that could not be fully solved by using weights. Therefore some caution should be applied in generalizing the results of this research to the respective general populations.

Study subjects

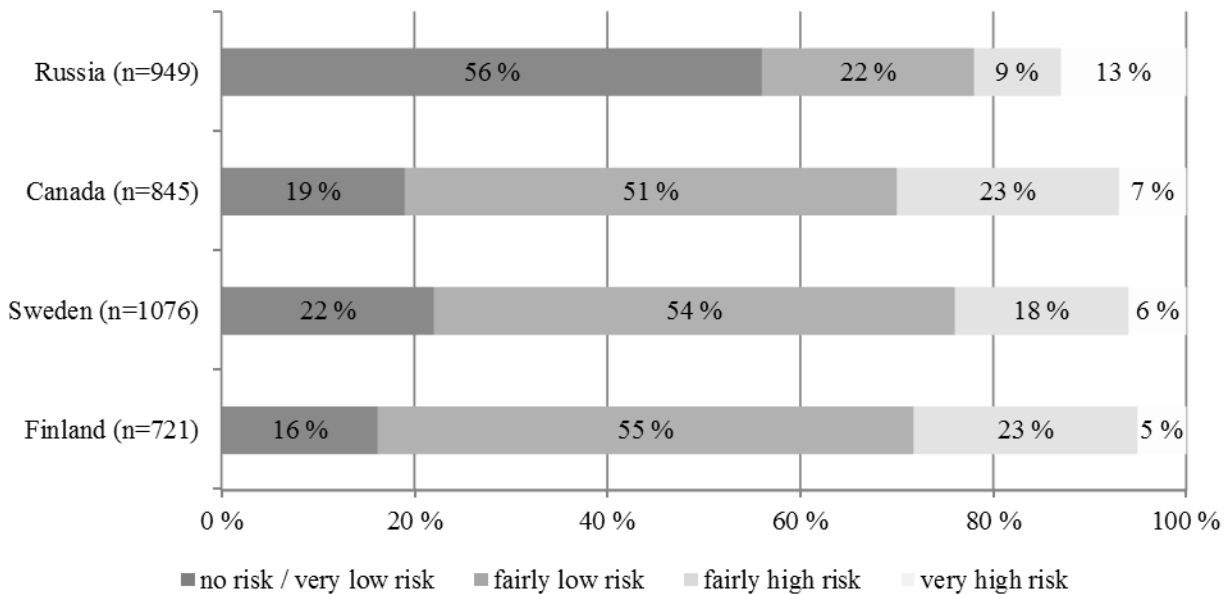
Table 1 displays background information about the respondents with weighted and unweighted data. Due to the large sample sizes all the differences are significant. Females formed the majority in other samples except for Sweden where males and females responded rather evenly. Finnish study participants drank greater amounts and more often than those in other countries. Russians reported less drinking than the others. Possible causes for this could be underreporting, the lack of phones among heavier drinkers, the lower level of drinking in St. Petersburg, or other sample characteristics that were not representative of the country or the city (urban area in the western part of Russia, high education, etc.) (e.g. Levintova, 2007).

Results

The risk of developing alcohol addiction

The participants were first queried how they saw the risk of developing dependence to alcohol while trying it. Figure 1 shows that only 16 % of Finnish respondents saw no or very

Figure 1. Risk of getting addicted to alcohol while trying it – a cross-cultural comparison



low risk of dependence when experimenting with alcohol, which was the lowest percentage among all the comparison countries. However, the main difference here appeared between St. Petersburg, Russia, and the western societies. The Russian respondents were clearly less concerned about the risk of alcohol dependence than the other study populations since more than half of the former regarded the risk as nonexistent or very low.

When the risk question was analyzed as a continuous variable (range 1–4) the countries differed significantly by Kruskal-Wallis test ($\chi^2 = 232.14$, $df 3$, $p < .001$). In pair wise comparisons the Finnish mean (2.2) was significantly higher ($p < .001$) than the Swedish (2.1) and the Russian means (1.8) but similar to the Canadian mean (2.2).

Responsibility for creating and solving alcohol addiction

Our second question concerned the views on the responsibility for creating and solving alcohol dependence. First we asked the respondents, who is responsible for the creation of alcohol problems - the person him or herself or the circumstances beyond the person's control. Figure 2 shows that 29 % of Finnish respondents blamed the individual alone for the onset of alcohol dependence whereas the corresponding proportions were less than one in five in the Swedish and Canadian samples. In pair wise comparisons with χ^2 - tests Finland - Sweden and the Finland - Canada differences were highly significant ($p < .001$). The respondents from St. Petersburg then again blamed the individual more than the others (57 %). The difference between Finnish and Russian respondents was also highly significant ($p < .001$).

We also asked who the respondents regarded as respon-

sible for resolving alcohol problems – the individuals themselves or the society. Figure 3 shows that the attributions of responsibility for solving alcohol problems were quite similar in Finland and in Sweden reflecting the common ideologies of the Nordic welfare states. The respondents in these two countries regarded the individuals significantly ($p < .001$) less responsible for resolving alcohol addiction than the Canadian and Russian respondents who attributed the responsibility clearly more to the individual.

A further point to note is that two out of three Finns (64 %) blamed both the individual and the circumstances for creating the alcohol problem and three out of four (72 %) attributed the responsibility for solving these problems to both the individual and the society. People in Finland thus seem to perceive themselves as partners to their society both as creators of its problems and as recipients of its services when in need, as in Sweden.

Recovering with and without treatment

The respondents were asked how high they rate the probability of recovery from alcohol addiction without treatment and with the help of treatment (including self-help groups). It was expected that the former question would shed light on the perceived ease of self-change, and the latter question would reveal how the study participants saw the need for organized support and control in the process of defeating alcohol dependence. Both answers are presented in Figure 4. The initial scale 1–5 is here recoded into three classes (no or rather low chance = 1, neither low nor high chance = 2, rather high and high chance = 3).

When these responses on perceived recovery possibilities with and without treatment were analyzed as continuous variables (range 1= low chance – 5 = high chance) the countries

Figure 2. The responsibility for the onset of alcohol addiction – a cross-cultural comparison

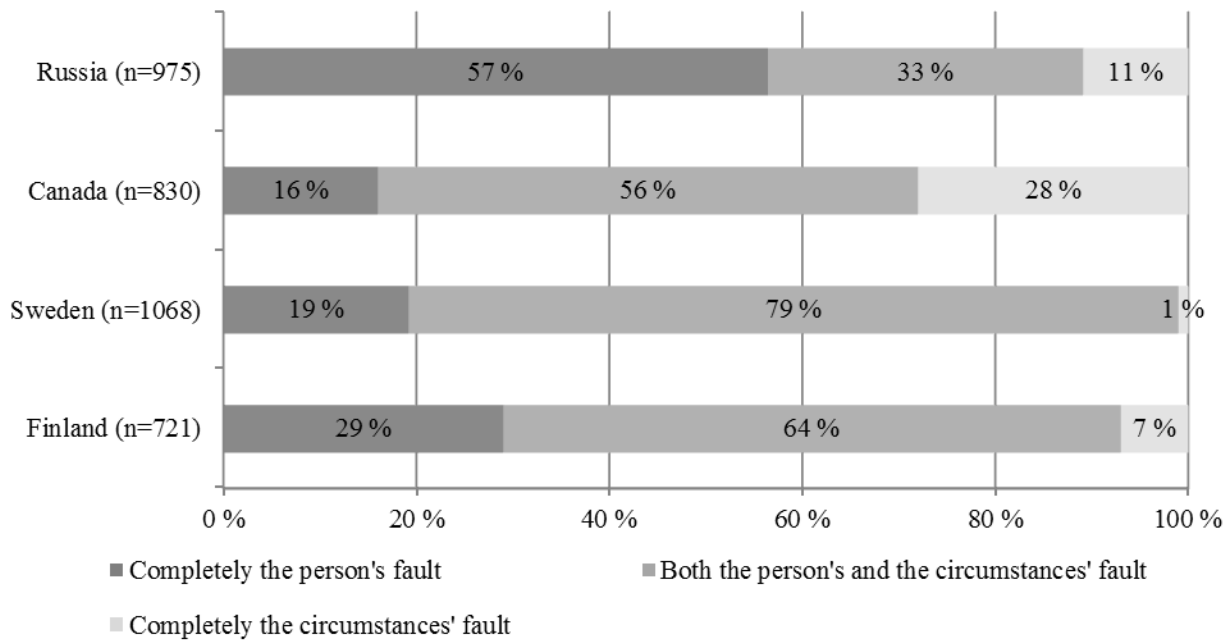


Figure 3. Responsibility for resolving alcohol problems – a cross-cultural comparison

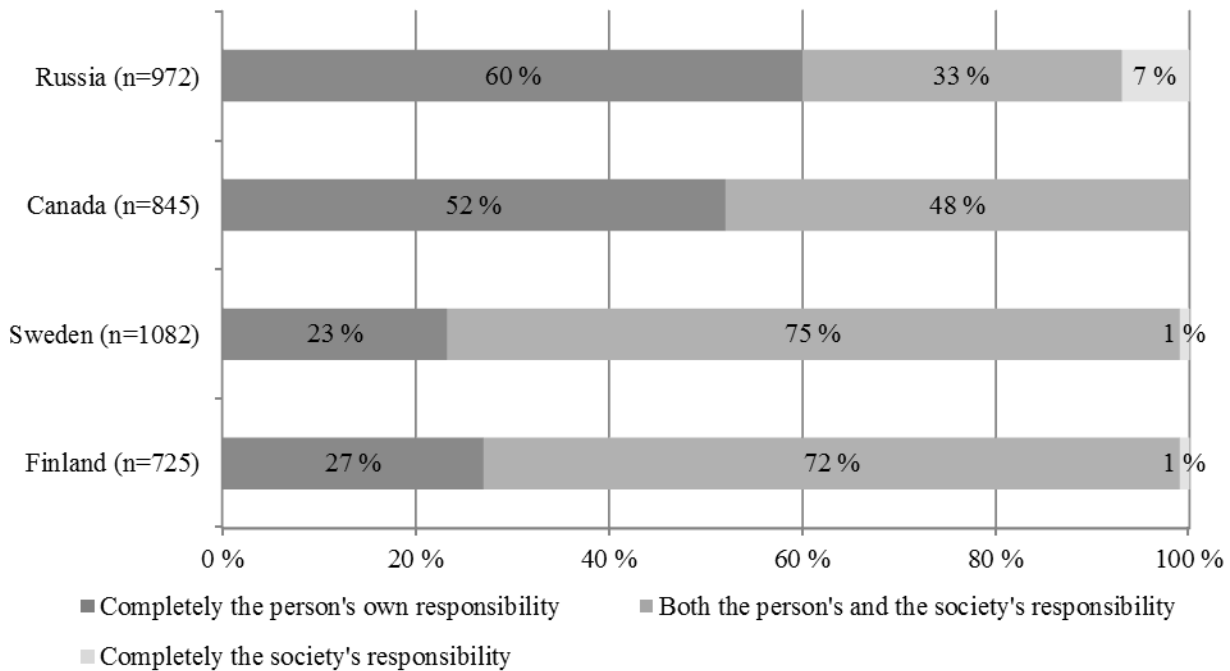
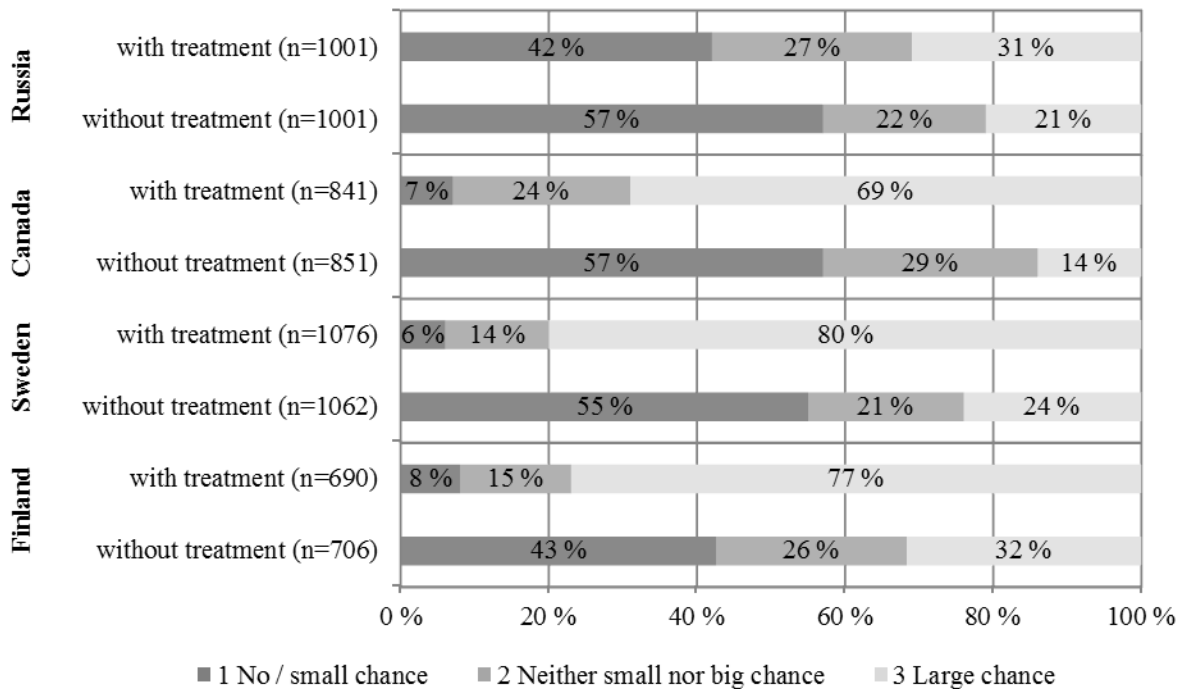


Figure 4. Chance of recovery from alcohol addiction with and without treatment in percentages – a cross-cultural comparison



differed significantly by Kruskal-Wallis test (With treatment: $\chi^2=708.77$, df 3 $p < .001$ and Without treatment: $\chi^2=112.93$, df 3 $p < .001$).

The Finnish respondents (mean 2.9) had clearly higher ($p < .001$) confidence in the chances of self-change in alcohol addiction when compared with the Swedish (mean 2.6), Russian (mean 2.5) and Canadian (mean 2.3) respondents. Finns thus seemed to trust more than the others in the individual's own capacity (cf. "Finnish guts") to manage the alcohol problem without organized help.

When responses concerning the trust in the chances of resolving the problem with treatment were analyzed as a continuous variable the Finnish (mean 3.9) and the Swedish (mean 4.0) samples had equally high confidence in the service system. Canadian respondents (mean 3.8) believed slightly less ($p = .002$) and the respondents in St. Petersburg (mean 2.8) much less ($p < .001$) in the power of treatment. These results seem to indicate that Finns like Swedes and Canadians have rather high trust in the power of treatment.

However, this satisfaction at treatment should be assessed in relation to the beliefs in the chances of self-change. The perceived additional benefit of treatment could be calculated by reducing the chances of recovery without treatment from those with treatment. On the basis of this indicator it was actually Canadians (mean 1.45) and Swedes (1.34) who believed most in the additional benefit of treatment, then came Finns (1.05), whereas the trust in treatment was clearly much

lower among the Russian respondents (.36). The samples differed significantly from each other (Kruskal-Wallis test: $\chi^2 = 362.66$, df 3, $p < .001$) and the major difference was between Russians and all the other samples. However, also Finland differed in pair wise comparisons from all the other countries significantly ($p < .001$).

Perception of alcohol problems as a societal issue

The respondents were also asked to rate the societal gravity of alcohol problems on a 10-point scale from "1=not at all serious" to "10=extremely serious problem". The question about alcohol was one of the 12 different societal problems in the survey, four of which concerned different addiction problems (ethnic discrimination, environmental damage, crime, financial crimes, poverty, large wage differences, prostitution, lacking gender equality, drug problems, alcohol problems, smoking, gambling problems). The respondents in Finland (mean 7.7) regarded alcohol problems less serious than in St. Petersburg (mean 8.1) and about equally serious as in Sweden (mean 7.6) but in Canada it was not seen as such a severe problem (mean 7.0). The differences in means between Canada and Finland as well as Russia and Finland were both highly significant ($p < .001$). It should be noted, however, that Swedish and Russian respondents regarded all problems on the average more serious than Finns and Canadians (Holma et al., 2011).

According to Holma et al. (2011) the Finns ranked al-

cohol problems as the most severe of all the listed societal problems, while the Russians ranked it fourth after the drug problem, financial crimes and environmental damage. In the Canadian ranking alcohol problem was the fifth most serious societal issue after also adding poverty to the same list of more serious problems as above. Finally, the Swedish study participants ranked alcohol to the eighth place regarding furthermore ethnic discrimination and prostitution as more serious than alcohol problems. Due to the scale difference in means between Finns and Canadians on the one hand and Russians and Swedes on the other hand, the rank orders greatly differed even with rather similar mean severity assessments.

Controlling the cross-cultural differences by demographic factors

Because of the wide variation between the demographic data of the studied national samples the data were also studied with logistic regression analysis to control for the demographic factors in country comparisons. All the research questions were selected as dependent variables and were recoded. The risk variable was recoded into low risk (1–2=0) and high risk (3–4=1) in alcohol addiction. The responsibility for creating the alcohol addiction was recoded into both the circumstances' and the person's fault (2–3=0) and only the person's fault (1=1). The responsibility for solving the addiction was recoded into both the society's and person's responsibility (2–3=0) and only the person's own responsibility (1=1). Belief in the recovery with and without treatment was recoded into low trust (1–3=0) and high trust (4–5=1) in self-recovery. Finally, the question of alcohol as a societal problem was recoded into a small problem (1–6=0) and a big problem (7–10=1). The country, gender, age, occupation, education, having children and the respondents' personal experience of alcohol addiction were used as independent variables. Logistic regression analyses were first done with the country alone (Table 2) and then together with all of the selected independent variables (Table 3) to see how much of the country differences were attributable to differences in the demographic composition of the samples.

The results of the logistic regression analyses on all the questions of this study are presented in Tables 2 and 3. Table 2 shows that compared with Finnish respondents Canadian, Swedish and particularly Russian respondents had significantly higher probability to regard the risk of alcohol addiction as low. When the other background factors were added in the model (Table 3) the difference between Finland, Canada and Sweden was no more significant, but the difference with Russians remained the same. The perception of risk was also significantly higher among women than men, among people with own experience of alcohol addiction than those without when all the other factors were controlled for.

The second column of Table 2 shows that Canadian and Swedish respondents had significantly lower probability than Finns to blame the individual rather than the circumstances for the onset of alcohol addiction. Then again, Russian study participants had three times higher odds to blame the in-

dividual than Finns. The same differences remained when the background factors were added to the model in Table 3. However, women were less prone to blame the individual for the onset of alcohol addiction than men and people over 60 years of age were more prone to blame the individual than the youngest age group.

The third column in Table 2 displays that Canadians had about three times and Russians had four times higher odds than Finns or Swedes to attribute the responsibility for resolving alcohol addiction to the individual rather than the society. When the background variables were added to the model (Table 3), the country effects still increased. In addition to this females had significantly lower probability to regard the individual as responsible for resolving alcohol addiction than males; the oldest age group was also significantly more prone to attribute the responsibility to the individual than the youngest age group. Moreover people with vocational education attributed the responsibility to the individual more often than people in the lowest educational group.

The fourth column in Table 2 displays that Finns were significantly more optimistic about self-change than the respondents in the other participating countries. When the other background variables were added to the model in Table 3, this result did not change. Other significant factors were female gender, employment status and education. Females were significantly less optimistic than males, people outside of labour force were less optimistic than employed and even unemployed individuals, and people with university or vocational education were less optimistic than those without.

The fifth column in Table 2 displays that Canadians and Russians were significantly less optimistic about the chances of recovery with treatment than Finns. The difference between Finland and Sweden was non-significant. Adding the other background variables (Table 3) did not change the role of country as a determinant of belief in treatment. In addition to this, women believed in treatment more than men.

The last column in Table 2 shows that Canadians had significantly lower probability to regard alcohol problems as "a big societal problem" than Finns. Russia and Sweden did not differ from Finland on this issue. When all the background variables were added to the model, the difference between Finland and Canada had slightly increased. Also women, people with children and over fifty years old were significantly more prone to regard the alcohol problem as a serious societal problem. Better education lowered the probability to regard alcohol problem as a serious societal problem.

To sum up, the effect of country remained even when the other background variables were included in the models presented above. In addition to country also gender, age, level of education, occupation, personal experience of alcohol dependence and having children also modified the responses of the study participants to some degree. The share of outcome variation explained by these models varied from 6 % in self-change question to 24 % in the trust in treatment question.

Table 2

Logistic regression analyses of all the study questions - odds ratios by country

| | 1. Regarding the risk of alcohol addiction as low | 2. Regarding the person as responsible for the onset of alcohol addiction | 3. Regarding the person as responsible for resolving alcohol problems | 4. High trust in self-recovery | 5. High trust in recovery with treatment | 6. Regarding alcohol as a big societal problem |
|---------------------------------|---|---|---|--------------------------------|--|--|
| Country | | | | | | |
| Sweden | 1.46*** | 0.62*** | 0.84 ns. | 0.70** | 1.19 ns. | 0.81 ns. |
| Canada | 1.17*** | 0.48*** | 2.92*** | 0.34*** | 0.66*** | 0.55 *** |
| Russia | 6.61*** | 3.10*** | 4.09*** | 0.58*** | 0.14*** | 1.01 ns. |
| Finland | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| <i>N</i> | 3592 | 3562 | 3624 | 3618 | 3603 | 3638 |
| <i>Nagelkerke R²</i> | 0.166 | 0.154 | 0.138 | 0.032 | 0.218 | 0.017 |
| <i>Constant/Sig.</i> | 1.94*** | 0.42*** | 0.37*** | 0.46*** | 3.31*** | 3.21*** |

** $p < .01$, *** $p < .001$

Table 3

Logistic regression analyses of the study questions – odds ratios with all background variables in the models.

| | 1. Regarding the risk of alcohol addiction as low | 2. Regarding the person as responsible for the onset of alcohol addiction | 3. Regarding the person as responsible for resolving alcohol problems | 4. High trust in self-recovery | 5. High trust in recovery with treatment | 6. Regarding alcohol as a big societal problem |
|--|---|---|---|--------------------------------|--|--|
| Country | | | | | | |
| Sweden | 1.27 ns. | 0.66** | 0.90 ns. | 0.71** | 1.23 ns. | 0.79 ns. |
| Canada | 1.09 ns. | 0.47*** | 3.22*** | 0.32*** | 0.64*** | 0.45*** |
| Russia | 5.89*** | 3.30*** | 4.69*** | 0.56*** | 0.13*** | 0.83 ns. |
| Finland (ref.) | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Gender | | | | | | |
| Female | 0.76** | 0.84* | 0.83* | 0.66*** | 1.34 *** | 2.10*** |
| Male (ref.) | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Having children | | | | | | |
| Yes | 0.93 ns. | 1.04 ns. | 0.90 ns. | 1.10 ns. | 0.30 ns. | 1.21* |
| No | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Occupation | | | | | | |
| retired, student, homemaker, other unemployment, | 0.89 ns. | 0.90 ns. | 1.14 ns. | 0.76** | 0.92 ns. | 0.90 ns. |
| fulltime job | 0.94 ns. | 1.38 ns. | 0.98 ns. | 1.04 | 0.99 ns. | 0.80 ns. |
| | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Age | | | | | | |
| 60+ | 0.91 ns. | 1.41** | 1.36** | 1.13 ns. | 0.96 ns. | 1.40** |
| 50–59 | 0.87 ns. | 1.16 ns. | 1.13 | 0.93 ns. | 0.86 ns. | 1.48** |
| 40–49 | 0.86 ns. | 1.13 ns. | 1.26 ns. | 0.79 ns. | 0.87 ns. | 1.27 ns. |
| 30–39 | 0.91 ns. | 1.17 ns. | 0.99 ns. | 1.08 ns. | 1.02 ns. | 1.12 ns. |
| 17–29 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Own alcohol addiction | | | | | | |
| now or earlier | 0.60** | 0.95 ns. | 1.00 ns. | 1.24 ns. | 1.06 ns. | 0.88 ns. |
| no | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Education | | | | | | |
| University degree | 1.04 ns. | 0.79 ns. | 1.05 ns. | 0.64** | 1.05 ns. | 0.73* |
| Vocational education | 1.04 ns. | 1.01 ns. | 1.7*** | 0.75** | 1.15 ns. | 0.72** |
| No vocational education | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| <i>N</i> | 3257 | 3242 | 3292 | 3298 | 3287 | 3321 |
| <i>Nagelkerke R²</i> | 0.163 | 0.171 | 0.157 | 0.059 | 0.243 | 0.071 |
| <i>Constant/Sig.</i> | 0.29*** | 0.39*** | 0.26*** | 0.757 ns. | 2.95*** | 2.50*** |

$p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Discussion

This article aimed to explore if Finnish views on alcohol problems and alcohol addiction differ from those of some other northern populations. This question was raised because empirical studies have continued to display that the traditional Finnish type of binge drinking seems to be still alive and kicking even though also new beverages and new styles of drinking have been adopted along with the traditional drinking style. This is displayed by the fact that Finns still get heavily intoxicated more often than most other people in Europe. A prominent Finnish social scientist, Klaus Mäkelä (1999, 76) states: “There are large differences between the drinking habits of different countries and the cultural peculiarities of alcohol use remain persistently alive even through large structural changes. These peculiarities seem to be a part of that ethnic core that is modified by the family and small group interaction. The use of alcohol is structurally superficial but culturally a deep phenomenon.” Some of these cultural phenomena can be seen in the cross-cultural comparisons of this study.

Finnish general population seemed to be at least as concerned about alcohol problems as people in the comparison countries. They regarded the individual risk of getting hooked to alcohol as high as Canadian and Swedish and much higher than Russian respondents. Moreover, they were the only people who ranked alcohol problems as the biggest societal problem when compared with eleven other societal problems (Holma et al., 2011). These results display that Finns are aware of the gravity of alcohol problems in their country. Over the years they have also been warned through various campaigns about the hazards of heavy drinking. The message behind this alcohol education is that while consuming high amounts of alcohol they take a conscious risk of short and long term problems one of them being alcohol dependence. This idea has been rooted in the Finnish culture already by the temperance movement of the 19th century (Sulkunen, 1983, 319–325). Similar kind of information has also been available in Sweden and Canada, which can be seen particularly in their high awareness concerning the individual risk of alcohol dependence. In Russia, however, despite the huge drinking related health problems and some large scale anti-alcohol campaigns the awareness of the individual risk was much lower.

However, despite their high risk awareness Finnish respondents were at the same time more optimistic than the others about being able to recover from alcohol addiction by themselves. To what extent this reflects the “false hope” of people with unresolved problems remains to be further examined. Even though Finns believed even more in the chances of recovery with treatment, the additional value of treatment was not as big in Finland as in Canada and Sweden. Yet it was higher than in St. Petersburg where the trust in the society’s possibilities to help in solving the problem was the lowest. In fact, Russian respondents believed in recovery with treatment even less than Finnish respondents believed in the chances of self-change.

In issues of responsibility Finns were closer to Swedes

than the other nationalities even though Finns attributed somewhat more responsibility on the individual about the onset of alcohol problems. In contrast Russians blamed the individual and Canadians blamed the society more than the others about the onset of alcohol dependence. The great majority of Finns and Swedes regarded the individual as well as the society responsible for solving alcohol problems whereas Canadian and Russian respondents placed more responsibility to the individual.

Despite some significant differences Finns were closer to Swedes in most questions. For instance, they believed in treatment almost as much as Swedish respondents reflecting the general trust in the health care system and the structures of the Nordic welfare state (Blomqvist, 2009). The point at which Finnish and Swedish respondents differed most from each other was in ordering the societal problems. Alcohol problems were ranked as the most serious problem in Finland whereas in Sweden it was regarded as the eighth on the list of twelve. The Swedish respondents used, however, a higher scale thus displaying more worry than Finns about all the societal problems. Thereby this difference did not appear in the logistic regression analysis, where the questions were dichotomised. To sum up, Finnish respondents seemed to resemble their western more than their eastern neighbours in most issues covered by this study – in spite of the fact that the Finnish drinking style is believed to be closer to the Russian style (Leon et al., 2009, 1630–1636; Cunningham & Mäkelä, 2003). Our data from St. Petersburg provided, however, a somewhat different image of drinking in Russia than the official statistics.

The logistic regression analysis showed that in addition to the consistent country effect, also gender had an effect on all the responses. Females were more concerned about the individual and societal risks of heavy drinking; they regarded chances of recovery lower and attributed less responsibility to the individual than males did. Moreover, the oldest age groups were more concerned about the individual and societal risks and they emphasized individual responsibility more than the youngest age group. These results are in line with previous risk perception studies (e.g. Rodionova et al., 2009). Higher education lowered concerns for the individual risk and societal problem severity of heavy drinking. It also lowered the belief in self-chance possibilities. The other significant background variables had an effect on just one of the six questions.

The possibilities to generalize the results of this study to respective populations are limited by the rather low response rates to the surveys, which seem to be an increasingly common problem in substance use surveys (Zhao et al., 2009). The use of weighted data may have improved the representativeness of the samples but it did not solve this problem. It is also known that population surveys usually do not reach homeless people or people in institutions. Moreover, phone surveys only reach people who have phones. (Leifman, 2002, 482). The need to use different data gathering methods (phone vs. mail) and five different languages may have also produced some bias in the results. The difference in the population base of the St. Petersburg and that of the oth-

ers is also a limitation. The decision to include this sample in the comparison could, however, be justified by the geopolitical position and historical ties of St. Petersburg with Finland. A further point to note is that there may also be cultural differences in answering survey questions on drinking. The results of Raitasalo et al. (2005) from a cross-cultural comparison between four European countries suggested cultural variation in cognitive strategies and cultural sensitivity with respect to survey questions on alcohol. For these reasons caution should be applied in generalizing the results of this study to respective general populations.

Previous studies display that the “governing images” (Room, 1978) of addictions vary over time and between different socio-cultural settings. This study gave further support to this notion as well as the theory of social representations according to which our beliefs and images are created in the social reality in which we live; they are continually also modified by the public and interpersonal communication as well as our personal experiences. The differences in the beliefs and images of alcohol addiction presented in this study seem to reflect larger cultural and historical differences between the participating societies. This contains the political and welfare situation as well as the interaction between politicians, professionals and the lay members of society (see a.o. Levintova, 2007).

Some years ago Kortteinen and Elovainio (2003) tried to find an explanation for the Finnish drinking style with the help of statistical analysis of Finnish drinking habits surveys. They concluded that the Finnish drinking style is a behavioural pattern that reflects our culture and the relationship between men and women in this country. The optimism of Finnish study participants - and particularly males - about the chances of self-change seems to reflect the traditional self-image of Finns as tough and self-sufficient people who can manage their own lives without external help. The combination of this self-change optimism and the general worry about alcohol problems -accentuated among females - suggest that the cultural ambivalence of Finnish people towards alcohol consumption has not been fully resolved. This ambivalence could also be seen to contribute to the tradition of heavy binge drinking in Finland.

References

- Alexander, B. K. (2008). *The globalisation of addiction: A study in poverty of the spirit*. New York: Oxford University Press.
- Anderson, P. (2008). *Binge drinking in europe. report of european commission, IAS and DHS*. Available from http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Pathways_for_Health-Project/binge_drinking_and_europe_report.pdf (Accessed 2010-09-28)
- Apo, S. (2001). *Viinan voima: näkökulmia suomalaisten kansanomaiseen alkoholiajatteluun ja -kulttuuriin*. Vammala: Suomalaisen kirjallisuuden seura.
- Bichkov, E. N. (2009). Podrostkovy pivnoy alkogolizm. (Materiali obscherossiyskaoy konferentsii “Vzaimodeistvie spetsialistov v okazanii pomoschi pri psikhicheskikh rasstroystvah”. M. P.290–291.)
- Blomqvist, J. (2009). What is the worst thing you could get hooked on? Popular images of addiction problems in contemporary Sweden. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 26(4), 373–398.
- Boman, U., Engdahl, B., Gustafsson, N., Selin, K. H., & Ramstedt, M. (2006). *Alkoholkonsumtionen i Sverige fram till år 2005. Forskningsrapport nr. 39*. Stockholm: SoRAD.
- Canada International. (2009). Available from http://www.canadainternational.gc.ca/finland-finlande/bilateral_relations_bilaterales/canada-finland-finlande.aspx?lang=eng&menu_id=9&menu=L (Accessed 2010-09-27)
- Cunningham, J., & Mäkelä, P. (2003). Comparing drinking patterns in Finland and Ontario (Canada). *Contemporary Drug Problems*, 30(3), 685–699.
- Eurobarometer. (2009). *Alkoholinkulutus EU:ssa ei ole laskenut*. Available from http://ec.europa.eu/finland/news/press/100421a_fi.htm (Accessed 2010-08-20)
- Fleming, P. M., Meyroyan, A., & Klimovam, I. (1994). Alcohol treatment services in Russia: a worsening crisis. *Alcohol & Alcoholism*, 29(4), 357–362.
- Helasoja, V. (2008). *The social patterning of health, smoking and drinking in Estonia, Latvia, Lithuania and Finland in 1994-2004*. Helsinki: National Public Health Institute.
- Hellman, M. (2010). *Construing and defining the out of control – Addiction in the media 1968–2008*. Helsinki: Swedish School of Social Science, University of Helsinki.
- Hirschovits-Gerz, T., & Koski-Jännes, A. (2010). Suomalaisten käsityksiä riippuvuuksista, sukupuolen, iän sekä yhteiskunnallisen todellisuuden vaikutuksia mielikuviin. *Sosiologia*, 47(1), 3–23.
- Holma, K., Koski-Jännes, A., Raitasalo, K., Blomqvist, J., Pervova, I., & Cunningham, J. A. (2011). Perceptions of addictions as societal problems in Canada, Sweden, Finland and St. Petersburg, Russia. *European Addiction Research*, 17(2), 106–112.
- Härkönen, J., & Österberg, E. (2010). Asennoituminen juomiseen. In P. Mäkelä, H. Mustonen, & C. Tigerstedt (Eds.), *Suomi juo. suomalaisten alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968-2008* (p. 155–193). Helsinki: National Institute for Health and Welfare.
- Ivanets, N. N., Anokhina, I. P., Egorov, V. F., Valentik, Y. V., & Shesterneva, S. B. (1992). Present state and prospects of treatment of alcoholism in the Soviet Union. In H. Klingemann, J. P. Takala, & G. Hunt (Eds.), *Cure, care and control. alcoholism treatment in sixteen countries* (p. 9–22). New York: State University of New York Press.
- Karlsson, T. (2008). Finlands, Norges och Sveriges alkoholpolitiska linjedragningar sedan ”ödesåret” 2004. *Nordisk alkohol & narkotikatidskrift*, 25(3), 205–222.
- Kirshjanova, V. V. (2008). Osnovnie tendentsii uchtenoy zabolvaemosti narkologicheskimi rasstroistvami v rossii v 2006-2007 gg. *Voprosi narkologii*, 6, 53–66.
- Kiviranta, P. (1969). *Alcoholism syndrome in Finland* (Vol. 19). Helsinki: The Finnish Foundation for Alcohol Studies.

- Kortteinen, M., & Elovainio, M. (2003). Sivistyneesti humalassa – suomalainen viinapää vuonna 2000. *Yhteiskuntapolitiikka*, 68(2), 121–130.
- Leifman, H. (2002). The six-country survey of the european comparative alcohol study: Comparing patterns and assessing validity. *Contemporary Drug Problems*, 29, 477–500.
- Leifman, H., & Ramstedt, M. (2009). *Svenska folkets alkoholvanor under senare år med fokus på 2004-2009*. Available from <http://www.sorad.su.se/content/1/c6/05/05/80/StadSoRADnov2009.pdf> (Accessed 2011-03-07)
- Leon, D., Shkolnikov, V., & McKee, M. (2009). Alcohol and russian mortality: A continuing crisis. *Addiction*, 104(10), 1630–1636.
- Levintova, M. (2007). Russian alcohol policy in the making. *Alcohol & Alcoholism*, 42(5), 500–505.
- Lysova, A., & Pridemorde, A. (2010). Dramatic problems and weak policy. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 27(5), 425–446.
- Maunu, A., & Simonen, J. (2010). Miksi juodaan? nuoret, humala ja sosiaalisuus. In P. Mäkelä, H. Mustonen, & C. Tigerstedt (Eds.), *Suomi juo. suomalaisten alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968-2008* (p. 85–98). Helsinki: National Institute for Health and Welfare.
- Mikkonen, J., & Raphael, D. (2010). *Social determinants of health: The Canadian facts*. Toronto: York University School of Health Policy and Management. Available from <http://www.thecanadianfacts.org/> (Accessed 2011-03-07)
- Minister of Health Canada. (2006). *A national survey of Canadians' use of alcohol and other drugs. public opinion, attitudes and knowledge. Canadian addiction survey (CAS)*. Available from http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/adp-apd/cas_opinions-etc/opin_att_knowledge.pdf (Accessed 2010-08-20)
- Mäkelä, K. (1999). *Valtio, väkijuomat ja kulttuuri. Kirjoituksia Suomesta ja sosiologiasta*. Tampere: Tammi.
- Mäkelä, P., Mustonen, H., & Huhtanen, P. (2010). Miten suomi juo? alkoholinkäyttötapojen muutokset 1968–2008. In P. Mäkelä, H. Mustonen, & C. Tigerstedt (Eds.), *Suomi juo. suomalaisten alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968-2008* (p. 39–54). Helsinki: National Institute for Health and Welfare.
- Mäkelä, P., Tigerstedt, C., & Mustonen, H. (2010). Mikä on muuttunut? In P. Mäkelä, H. Mustonen, & C. Tigerstedt (Eds.), *Suomi juo. Suomalaisten alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968-2008* (pp. 281–294). Helsinki: National Institute for Health and Welfare.
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse: Son image et son public*. Paris: Presses universitaires de France.
- Moscovici, S. (1981). On social representations. In J. P. Forgas (Ed.), *Social cognition. perspectives on everyday understanding* (p. 181–209). London: Academic Press.
- Moscovici, S. (1988). Notes towards a description of social representations. *European Journal of Social Psychology*, 18(3), 211–250.
- National Institute for Health and Welfare. (2010). *Yearbook of alcohol and drug statistics 2009. Social protection*. Helsinki: National Institute for Health and Welfare.
- Nemtsov, A. V. (2007). Razmeri i diagnosticheskiy sostav alkogolnoy smertnosti v Rossii. *Narkologia*, 12, 29–36.
- Norström, T. (2002). *Alcohol in postwar Europe*. Available from <http://www.fhi.se/PageFiles/4400/alcohol-in-postwar-europe-ecas1.pdf> (Accessed 2010-09-09)
- Paakkanen, P., & Sulkunen, P. (Eds.). (1987). *Cultural studies on drinking and drinking problems*. Helsinki: ALKO, the Finnish Alcohol Company.
- Palosuo, H. (2003). *Health and well-being in moscow and helsinki*. Helsinki: Stakes.
- Partanen, J. (1991). *Sociability and intoxication: Alcohol and drinking in Kenya, Africa, and the Modern World* (Vol. 39). Helsinki: Finnish Foundation for Alcohol Studies.
- Partanen, J. (1992). Herooinen juominen, myyttinen humala ja suomalainen viinapää. *Alkoholipolitiikka*, 57(6), 377–383.
- Peltonen, M. (2000). Between landscape and language: The finnish national self-image in transition. *Scandinavian Journal of History*, 25(4), 265–280.
- Pennonen, M., & Koski-Jännes, A. (2010). Päihdealan ammattilaisten käsityksiä aineriippuvuudesta. *Janus*, 18(3), 208–224.
- Pilipas, V. E., & Miroshnichenko, L. D. (2009). Voprosi narkologii. *Voprosi narkologii*, 4, 98–118.
- Pyörälä, E. (1995). Comparing drinking cultures: Finnish and Spanish drinking stories in interviews with young adults. *Acta sociologica*, 38(3), 217–229.
- Raikhel, E. (2010). Post-Soviet placebos: Epistemology and authority in Russian treatments for alcoholism. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 34(1), 132–168.
- Raitasalo, K. M., Knibbe, R., & Kraus, L. (2005). Retrieval strategies and cultural differences in answering survey questions on drinking: A cross-national comparison. *Addiction Research and Theory*, 13(4), 359–372.
- Raitasalo, K. M., & Simonen, J. (2011). Alaikäiset juovat ennistä vähemmän, mutta nuorten aikuisten juominen lisääntyy. *Yhteiskuntapolitiikka*, 76(1), 17–29.
- Ramstedt, M. (2007). Variations in alcohol-related mortality in the nordic countries after 1995 – continuity or change? *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 24, 5–15.
- Ramstedt, M. (2010). Change and stability? trends in alcohol consumption, harms and policy: Sweden 1990-2010. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 27, 409–424.
- Rodionova, N., Vionsonneau, G., Riviere, S., & Mullet, E. (2009). Societal risk perception in present day russia. *Human and Ecological Risk Assessment*, 15, 388–400.
- Room, R. (1978). *Governing images of alcohol and drug problems*. Berkeley: University of California.

- Room, R., & Bullock, S. (2002). Can alcohol expectancies and attributions explain Western Europe's north-south gradient in alcohol's role in violence. *Contemporary Drug Problems, 29*, 619–648.
- Rossow, I., Mäkelä, P., & Österberg, E. (2007). Explanations and implications of concurrent and diverging trends. Alcohol consumption and alcohol-related harm in the Nordic countries in 1990–2005. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs, 24*, 83–93.
- Rush, B. R., & Ogborne, A. C. (1992). Alcoholism treatment in Canada: History, current status and emerging issues. In H. Klingemann, J. Takala, & G. Hunt (Eds.), *Cure, care and control. Alcoholism treatment in sixteen countries* (pp. 253–267). New York: State University of New York Press.
- Samuelsson, E., Blomqvist, J., & Christophs, I. (2009). Addiction and recovery – Conceptions among social workers, probation officers, and medical personnel in the Swedish treatment system. Copenhagen. (35th Annual Alcohol Epidemiology symposium of the Kettil Bruun Society, June 1-5, 2009)
- Simpura, J., Tigerstedt, C., Hanhinen, S., Lagerspetz, M., Leifman, H., Moskalewicz, J., et al. (1999). Alcohol misuse as a health and social issue in the Baltic sea region. a summary of findings from the Baltica study. *Alcohol and Alcoholism, 34*(6), 805–823.
- St. Petersburg encyclopaedia. (2011). *St. Petersburg encyclopaedia 2011*. Available from <http://www.ensspb.ru/en/article.php?kod=2804035787> (Accessed 2011-06-15)
- Österberg, E., & Mäkelä, P. (2010). Kuinka suomalaiset juovat viiniä? In P. Mäkelä, H. Mustonen, & C. Tigerstedt (Eds.), *Suomi juo. suomalaisten alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968-2008* (p. 99–113). Helsinki: National Institute for Health and Welfare.
- Sulkunen, P. (1983). Alkoholit ja suomalainen elämänmuoto. *Alkoholipolitiikka, 48*, 319–325.
- Sulkunen, P. (1992). *The European new middle class: Individuality and tribalism in mass society*. Avebury: Aldershot.
- Tigerstedt, C., & Törrönen, J. (2007). Are Finnish drinking habits changing? in search of a cultural approach. *Addiction Research & Theory, 15*(5), 449–464.
- Törrönen, J. (2001). Lehdistön alkoholipoliittinen asemituminen vuosina 1993-2000. *Yhteiskuntapolitiikka, 66*(5), 415–431.
- Törrönen, J. (2005). Nuorten aikuisten humalakokemukset. *Yhteiskuntapolitiikka, 70*(5), 488–506.
- WHO. (2011). *Global status report on alcohol and health 2011*. Available from http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/index.htm (Accessed 2011-03-08)
- Zhao, J., Stockwell, T., & MacDonald, S. (2009). Non-response bias in alcohol and drug population surveys. *Drug & Alcohol Review, 28*(6), 648–657.