



Mielenterveys ja nimby – suomalaisen väestön suhtautuminen mielenterveysongelmiin

Tutkimuksessa tarkastelemme suomalaisen väestön suhtautumista mielenterveysongelmiin sosiaalisen etäisyyden ja Not in my backyard (nimby) -ilmiön näkökulmista. Tutkimme väestön suhtautumista masennusta, skitsofreniaa tai päihdehäiriötä sairastaviin naapureina sekä heille suunnattujen asumisyksiköiden rakentamiseen naapurustoon.

Aineistona on vuonna 2020 kerätty Mielenterveysbarometrikysely, johon vastasi 2231 suomalaista. Aineisto analysoitiin käyttämällä ristiintaulukointia ja siihen liittyvää χ^2 – tai Fisherin eksaktia testiä sekä binääristä logistista regressioanalyysiä.

Väestön suhtautuminen mielenterveysongelmiin paljastui monisyiseksi ja muuttuvaksi ilmiöksi. Asenteet vaihtelivat sairauden ja ongelman mukaan, ja ne olivat yhteydessä erilaisiin sosioekonomisiin tekijöihin, elämäntilanteisiin, elinympäristöihin ja arvoihin. Kielteisiä asenteita selittivät selkeästi oikeistoon sijoittuva arvotausta ja se, ettei yksilöllä ole kokemusta mielenterveysongelmasta.

Tuloksemme korostavat yhteiskunnan polarisoitumisen ja eriarvoistumisen ehkäisyn merkitystä mielenterveysongelmiin kohdistuvan stigman poistamisessa ja sen varmistamisessa, että kuntoutujiille voidaan järjestää heidän tarvitsemansa palvelut. Stigman ja nimby-ilmiö syvempi ymmärtäminen on keskeistä stigman poistamisessa ja palvelujen kehittämisessä.

ASIASANAT: mielenterveys, sosiaalinen etäisyys, nimby, stigma

PÄIVI RISSANEN, SARI JURVANSUU, JANNE JALAVA

YDINASIAT

- Nimby-ilmiötä on selitetty turvallisuuden tunteella ja asuntojen arvon alenemisella.
- Tutkimus osoitti, että mielenterveysongelmiin liittyvä stigma on moniulotteinen ilmiö.
- Asenteita selittävät sosioekonomiset tekijät vaihtelevat mielenterveysongelmien mukaan.
- Oikeistoon suuntautuva arvomaailma on selkeästi yhteydessä kielteisiin asenteisiin.
- On tarjottava paikkoja eri väestöryhmien kohtaamisille ja vuorovaikutukselle.

JOHDANTO

Mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyvään stigmaan on kiinnitetty kasvavaa huomiota viime vuosina. Poliitiikkatason esimerkkejä tästä ovat mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyoh-

jelma vuosille 2020–2030 (1) sekä päihde- ja riippuvuusstrategia (2), joiden yhteisenä teemana on mielenterveys-, päihde- ja riippuvuusongelmiin liittyvän syrjinnän ja leimautumisen vastaisen työn tukeminen (2, 14). Psykkisiin sairauksiin kohdistuvia ennakkoluuloja vastaan on järjestetty kampanjoita, ja ihmiset kertovat mielenterveysongelmistaan yhä avoimemmin. Psykoterapiakeskuksen tietomurtoa koskevassa julkisessa keskustelussa korostettiin sitä, ettei avun hakeminen mielenterveysongelmiin ole hävettävää, päinvastoin. Suuren yleisön lukutaito suhteessa psykkisiin sairauksiin on parantunut ja lisääntynyt tieto mielenterveysongelmista on maldaltanut kynnystä hakea ammattiapua. Tästä huolimatta negatiiviset asenteet ovat säilyneet huolestuttavan samankaltaisina (3,4).

Stigma on perinteisesti määritelty negatiivi-

siksi piirteiksi, jotka erottavat yksilön toisista ihmisistä. Stigmatisoituja ihmisiä pidetään vaarallisina, epämieluisina (5), poikkeavina, moraalittomina tai jopa alempiarvoisina. Näin ollen heihin suhtaudutaan stereotyyppisesti, heidän kohtaamistaan välttellen, heitä kohtaan tunnetaan keskimääräistä vähemmän empatiaa ja auttamishalua ja heitä syrjitään asumisessa ja työelämässä (6–8). Toisaalta stigma voidaan määritellä tiedon puutteeksi, ennakkoluuloiksi ja stereotyyppiseksi ajattelutavaksi, jolloin stigmalla tarkoitetaan yksilön tapaa määritellä toisia ihmisiä (9,10). Kolmanneksi stigmaa voidaan tarkastella sosiaalisena konstruktiona, jolloin stigmatisoivien erottelujen nähdään perustuvan median, kulttuurin ja organisaatioiden luomiin normeihin ja normatiivisiin odotuksiin (11,12). Stigmatisoivat uskomukset rakentuvat sosiaalisessa vuorovaikutuksessa (13,14) ja ovat yhteydessä valtaan ja vallankäyttöön (9).

Mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyvällä stigmalla on monenlaisia kielteisiä seurauksia sairastuneiden elämään ja minäkuvaan. Stigma voi eristää sosiaalisista suhteista, heikentää itsetuntoa ja elämänlaatua, aiheuttaa toivottomuuden tunteita ja itsetuhoisia ajatuksia sekä pahentaa päihdeiden käyttöä ja masennusta (7,8.) Stigman tiedetään vaikeuttavan mielenterveysongelmista kärsivien elämää myös palvelujen tasolla. Ensinnäkin se vaikeuttaa yksilöiden avun piiriin hakeutumista ja toiseksi palvelujärjestelmän tasolla mielenterveys- ja päihdepalvelujen tarpeenmukaista resurssointia ja kehittämistä. Lisäksi se näkyy esimerkiksi kuntoutujille perustettavien hoito- ja asumisyksikköjen kohtaamassa vastustuksessa.

Mielenterveysongelmiin liittyvän stigman tutkimus voidaan jakaa kahteen lähestymistapaan: 1) psyykkisiä sairauksia sairastavien sisäistämisen stigman tutkimukseen ja 2) mielenterveysongelmiin liittyvien yhteiskunnallisten näkemysten tutkimukseen, jolloin tarkastellaan sairauksiin, ongelmiin tai elämäntilanteisiin liittyvän stigman voimakkuutta ja stigmaa selittäviä tekijöitä (16). Artikkelimme asemoituu jälkimmäiseen näkökulmaan. Tarkastelemme suomalaisen väestön suhtautumista mielenterveysongelmista kärsiviin ihmisiin ja heille suunnattuihin asumis- ja palveluihin. Käytämme käsitettä mielenterveysongelmat yleiskäsitteenä niin, että sisällytämme niihin psyykkiset sairaudet, kuten masennuksen ja skitsofrenian sekä päihdehäiriöt.

MIELENTERVEYSONGELMIIN LIITTYVÄ STIGMA AIEMMAN TUTKIMUKSEN VALOSSA

Kansainvälisten tutkimusten perusteella stigman voimakkuus vaihtelee eri sairauksien ja ongelmien välillä. Psyykkisiin sairauksiin kohdistuu voimakkaampi stigma kuin somaattisiin sairauksiin (17), mitä on selitetty esimerkiksi sairauksien luonteella. Psyykkisiin sairauksiin liitetään ennakkoluuloja oudosta, epätavallisesta ja ennakoimattomasta käyttäytymisestä (18), mikä voi lisätä pelkoja ja leimautumista. Stigma ei kuitenkaan edellytä poikkeavaa käyttäytymistä, vaan leimatuksi tulemiseen voi riittää diagnoosi tai hoidon piirissä oleminen. Toisaalta psyykkiset sairaudet ilmenevät käyttäytymisen, kokemuksen ja tunne-elämän alueilla, jolloin sairauden oireita on vaikea erottaa ihmisen persoonallisuudesta. Somaattiset sairaudet eivät määritä yksilöä samalla tavalla.

Päihdehäiriöihin suhtaudutaan erittäin kielteisesti (19–22) ja käytetty päihde vaikuttaa asenteisiin. Erityisen voimakas stigma kohdistuu pistämällä huumeita käyttäviin (23,24). Heihin liitetään usein heikkouden, antisosiaalisuuden, itsekkyuden, hedonistisuuden ja epäluotettavuuden leima (15,25,26). Päihdeidenkäytöstä voi syntyä myös moraalinen kriisi ja keskustelu siitä, kenellä on oikeus käyttää julkisia tiloja ja valita asuinpaikkansa. Asenteisiin vaikuttaa käsitys yksilön vastuusta ja syyllisyydestä suhteessa ongelmaan tai sairauteen. Erityisesti päihdeiden käyttöä pidetään yksilön vapaana valintana ja siihen suhtaudutaan moralisoivasti. Väestön asenteet voivat olla myös ristiriitaisia. Esa Aromaa tutki väitöskirjassaan masennukseen liittyviä asenteita länsisuomalaisessa väestössä. Tutkimuksessa enemmistö ihmisistä ei pitänyt masennusta sairastavia syyllisinä sairastumiseensa, mutta ajattelivat masentuneiden olevan vastuussa omasta toipumisestaan: parantuakseen heidän tulisi ”ryhdistäytyä” (27).

Tutkimuksissa on löydetty väestöryhmien välisiä eroja asenteissa. Esimerkiksi korkeasti koulutettujen, nuorten ja naisten on todettu suhtautuvan mielenterveysongelmiin myönteisimmin (27,28). Toisaalta mielenterveysongelmiin liittyvän stigman on todettu olevan kulttuuriin ja arvoihin sidottu ilmiö, eli ongelmat leimaavat kaikissa kulttuureissa, mutta stereotyyppien luonne ja voimakkuus vaihtelevat (29). Stigmaan vaikuttavia kulttuurisia piirteitä ovat esimerkiksi uskomukset mielenterveysongelmien syistä ja luonteesta, sairastuneiden kohtelu terveydenhuolto-

järjestelmässä sekä kulttuuriset normit ja arvot. (30) Poliittisen arvomaailman merkitystä stigmatisaation elementtinä valottaa ruotsalaistutkimus, jossa löydettiin yhteys konservatiivisten arvojen ja masennusta voimakkaasti stigmatisoivien asenteiden välillä (31,32). Tuloksen voi liittää näkemykseen konservatiiviseen ideologiaan kuuluvista ennakkoluuloista ja liberaaleihin arvoihin liittyvästä ennakkoluulottomuudesta (33,34). Tutkimuksessa korostettiin kuitenkin arvojen yksilöllisyyttä (31,32).

Stigman yhtenä osa-alueena on toiseuttaminen, jossa "meidät" (stigmattomat) erotetaan "heistä". "Me" luomme "heistä" erillisen, stigmatoidun ihmisryhmän, joihin "meillä" on oikeus liittää erilaisia stereotypioita. (9,33.) Sosiologisessa kontekstissa tämä tarkoittaa sitä, että mielenterveys- ja päihdekuntoutujia pidetään muukalaisina, jotka erilaisuudellaan rikkovat paikallisen yhteisön ominaispiirteitä tai tapoja. Heidän erilaisuutensa ja fyysinen läheisyytensä on lähiyhteisölle uutta, jolloin lähiyhteisö ei tunne luottamusta heitä kohtaan. (35.) Zygmunt Bauman (1997) puhuu postmoderniin yhteiskuntaan liittyvästä uudenlaisesta köyhyydestä, joka voidaan ajatuksena rinnastaa muukalaisuuteen. Kyseessä ei ole välttämättä taloudellinen köyhyys, vaan ihmiset jaotellaan byrokraattisessa kontekstissa erilaisiin ryhmiin, joiden piirteitä ovat marginalisaatio ja leimaaminen. (36.) Stigma voidaan hahmottaa myös sosiaalisen kontrollin välineeksi, koska stigmatisoinnin avulla "me" voimme pyrkiä säätelemään ryhmiin ja yhteisöihin osallistumista (5).

Stigman yhteiskunnallinen ulottuvuus tulee erityisen näkyväksi nimby-ilmiössä. Nimby- eli Not in my backyard -ilmiöllä tarkoitetaan omalle asuinalueelle tai naapurustoon sijoitettavaksi suunnitellun laitoksen tai yksikön vastustamista (26). Sitä voi tarkastella sosio-spatiaalisena leimautumisena, jossa yksilöön kohdistuva stigma (spoiled identities) liitetään fyysiseen tilaan tai paikkaan (tainted/outcast spaces) (37). Vastustus kohdistuu usein naapurustoon suunniteltuun mielenterveys- tai päihdehuollon yksikköön (26) tai asunnottomien asuntolaan (38). Vastustusta on selitetty tarpeella suojella asuinalueita ja asukkaita uhilta, kuten vaarallisilta tai haitallisiksi koetuilta ihmisiltä (39) tai turvattomuudelta (40, 41). Muita selityksiä ovat esimerkiksi pelko asuinalueen imagon (42), elämäntavan tai kulttuurin

menettämisestä (41) ja asuntojen arvon alenemisesta (43). Nimby-ilmiössä on usein havaittu etäisyyden ja vastustuksen käänteinen suhde, eli mitä lähempänä asukkaat ovat ei-toivottua laitosta, sen todennäköisemmin he vastustavat sitä (44).

Artikkelissa tarkastelemme mielenterveysongelmiin kohdistuvaa stigmaa kahdesta näkökulmasta:

- 1) haluna pitää sosiaalista etäisyyttä ihmisiin, joilla on mielenterveysongelma (ryhmiä, joita ei haluta naapureiksi) ja
- 2) nimby-ilmiönä (suhtautuminen lähiympäristöön suunniteltuihin asumispalveluihin).

Tutkimuksen tavoitteena on selvittää, millaisena mielenterveysongelmiin kohdistuva stigma näytetään suomalaisessa väestössä ja miten se eroaa väestöryhmittäin sekä erityyppisten ongelmien kohdalla. Mielenterveysongelmiin kohdistuvaa stigmaa ja asenteita on tutkittu erityisesti suhteessa demografisiin ja sosioekonomisiin tekijöihin kuten sukupuoleen, ikään ja koulutustasoon. Väestötasoinen tutkimusaineistomme mahdollistaa asenteiden peilaamiseen laajasti yksilöiden elämäntilanteisiin, asumisympäristöön sekä kokemus- ja arvomaailmaan. Nimby-ilmiöstä on tehty tapaustutkimuksia, mutta väestötason tietoa ilmiöstä ei löydy. Tutkimuksemme tuo uutta tietoa ilmiön yleisyydestä sekä sen mahdollisista erityispiirteistä verrattuna enemmän tutkittuihin naapuruusasenteisiin.

AINEISTO JA MENETELMÄT

Aineistona käytämme Mielenterveyden keskusliiton mielenterveysbarometrikyselyä, joka teetettiin vuoden 2020 marras-joulukuussa Kantar TNS Oy:llä. Kyseessä on verkkopohjainen kuluttajapaneeli, jonka jäsenet on valittu kuntakohtaisena satunnaisotantana edustamaan suomalaista väestöä. Vastaajat edustavat sukupuolen, iän ja maantieteellisen alueen perusteella suomalaista väestöä. Kyselyyn vastasi 2231 15–79-vuotiaasta suomalaista. Tulosten tilastollinen virhemarginaali on koko aineiston tasolla $\pm 2,1$ prosenttiyksikköä. Barometrikysely on toteutettu vuodesta 2005 lähtien vuoden tai kahden välein, mutta se ei ole ollut aiemmin laajemmassa tutkimuskäytössä (ks. 22). Kyselyssä kartoitetaan laajasti suomalaisen väestön mielenterveyskuntoutujiin ja mielenterveyden häiriöihin liittyviä asenteita ja käsityksiä.

Tarkastelemme kyselystä kahta stigmaan liittyvää kysymystä. Halua ottaa sosiaalista etäisyyttä

tä mielenterveysongelmia sairastaviin tarkasteltiin kyselyssä pyytämällä vastaajaa valitsemaan listalta ihmisryhmät, joihin kuuluvia hän ei haluaisi naapurikseen. (Alla on lueteltu erilaisia ihmisryhmiä. Valitse listalta kaikki ne, joita et haluaisi naapuriksesi.) Näistä ihmisryhmistä tarkastelemme masennusta ja skitsofreniaa sairastavia sekä alkoholisteja ja huumeiden käyttäjiä. Nimby-ilmiotä kartoitettiin kysymyksillä: ”Jos kuulisit, että naapurustoosi ollaan suunnittelemassa mielenterveyskuntoutujien/alkoholistien asumisyksikköä, herättäisikö suunnitelma sinussa vastustusta?” Vastausvaihtoehdot olivat kyllä, luultavasti, luultavasti ei ja ei. Yhdistimme vastausvaihtoehdot kahteen luokkaan (kyllä ja ei). Mielenterveysbarometrissä on perinteisesti käytetty termiä alkoholisti ja huumeidenkäyttäjä. Jatkossa käytämme niistä yleiskäsitteenä termiä päihdehäiriö sekä käsitteitä alkoholiriippuvuus ja huumeiden käyttö, sillä tutkimuksessamme on keskeistä erottaa toisistaan asenteet alkoholin ja huumeiden ongelmakäyttöä kohtaan. Asumisyksiköistä

puhuessamme käytämme yhtenäisyyden vuoksi käsitteitä mielenterveys- ja päihdekuntoutujien asumisyksikkö.

Tarkastelemme asennemuuttujia suhteessa vastaajien taustamuuttujiin. Taustamuuttujia ovat vastaajan sukupuoli, ikä (valmiiksi luokiteltu), talouden koko (kuinka monta henkilöä taloudessa asuu) sekä itse määritelty arvotausta. Sen kohdalla vastaajia pyydettiin valitsemaan neliluokkaisella asteikolla suuntautumisensa ”vasemmalle”, ”jonkin verran vasemmalle”, ”jonkin verran oikealle” ja ”oikealle”. Puuttuvat vastaukset luokittelimme ryhmäksi ”ei osaa sanoa”. Lisäksi taustamuuttujina ovat talouden bruttotulot (per vuosi, valmiiksi luokiteltu), vastaajan koulutustaso, omakohtainen kokemus mielenterveysongelmasta (onko itsellä tai läheisellä ollut mielenterveyden ongelma: kyllä/ei) ja asunnon omistussuhde (omistusasunto, vuokra-asunto, muu asumismuoto). Aineiston jakaumat taustamuuttujittain on esitetty taulukossa 1.

Taulukko 1. Aineiston jakaumat taustamuuttujittain.

		n	%
Sukupuoli	nainen	1084	49
	mies	1147	51
Ikäryhmä	30 tai alle	310	14
	31–40	322	14
	41–50	386	17
	51–60	408	18
	yli 60	805	47
Talouden koko (henkilöä)	yksi	696	31
	kaksi	990	44
	kolme	265	12
Arvotausta	neljä tai enemmän	280	13
	vasemmalla	185	8
	jonkin verran vasemmalla	504	23
	ei osaa sanoa	717	32
Talouden bruttotulot/v.	jonkin verran oikealla	581	26
	oikealla	244	11
	alle 20 000	245	13
	20–35 000	297	16
Koulutustaso	35–50 000	426	23
	50–85 000	530	28
	yli 85 000	373	20
	perus-, kansa- tai keskikoulu	184	8
	ammattillinen perustutkinto, ammattikoulu	460	21
Omakohtainen kokemus mielenterveysongelmasta	yioppilas	207	9
	opistoasteen ammatillinen tutkinto	365	17
	ylempi opistoaste, AMK, alempi akat. tutkinto	532	24
	ylempi akat. tutkinto tai korkeampi	468	21
Asunnon omistussuhde	kyllä	1489	67
	ei	742	33
	omistusasunto	1526	68
	vuokra-asunto	579	26
	muu asumismuoto	125	6

Käytämme ristiintaulukointia ja siihen liittyvää χ^2 – tai Fisherin eksaktia testiä kuvatessamme asenteiden esiintyvyyttä ja jakautumista suomalaisessa väestössä ja eri väestöryhmissä. Syvennämme tarkastelua taustamuuttujien vaikutuksista asenteisiin binäärisen logistisen regressioanalyysiin avulla. Jokaiselle selitettävälle muuttujalle muodostettiin erillinen täysin vakioitu mallinsa taaksepäin askeltaen (LR). Sosiaalista asemaa kuvaavat muuttujat korreloivat usein keskenään, mutta valitsemiemme sosioekonomisten taustamuuttujien väliltä ei löytynyt voimakasta korrelaatiota (Spearman rho-arvot alle 0,41). Raportoimme tuloksista vetosuhteet (OR), 95 prosentin luottamusvälin ja p-arvon sekä kunkin mallin Nagelkerken neliön arvon, Hosmer ja Lemeshow testin arvon ja sen merkitsevyyden. Analyysit on laadittu SPSS-ohjelmalla (versio 28).

TULOKSET

Aluksi tarkastelemme suomalaisten naapuruusasenteita suhteessa eri mielenterveysongelmiin (taulukko 2). Huomionarvoista on se, että suhtautuminen vaihteli selvästi. Myönteisimmin suhtauduttiin masennusta sairastaviin (8 % ei haluaisi heitä naapuriksi). Skitsofreniaa sairastaviin suhtauduttiin huomattavasti kielteisemmin (33 % ei haluaisi naapuriksi). Useimmin etäisyyttä haluttiin ottaa huumeiden käyttäjiin, joita valtaosa vastaajista (80 %; alkoholiriippuvuutta sairastavien kohdalla 55 %) ei haluaisi naapurikseen. Tulokset tukevat aiempien tutkimusten havaintoja siitä, että psykoosisairaudet leimaavat voimakkaammin kuin masennus, ja mielenterveysongelmista erityisen voimakas stigma liittyy päihde- ja etenkin huumeriippuvuuteen.

Asenteissa oli suurta vaihtelua vastaajien taustamuuttujien suhteen. Ristiintaulukointien perusteella selvimät yhteydet asennemuuttujiin eivät löytyneet perinteisesti tutkituista demografisista tai sosioekonomisista tekijöistä vaan vastaajan arvotaustasta ja siitä, oliko hänellä omakohtaista kokemusta mielenterveyden ongelmista. Tutkimuksemme keskeinen havainto on arvotaustan voimakas yhteys asenteisiin. Vasemmistoon profiloituvat vastaajat suhtautuivat myönteisemmin kaikkiin tarkasteltuihin ryhmiin verrattuna oikeistoon profiloituviin vastaajiin. Asiaa voisi selittää myös tulojen vaikutus. Kielteinen suhtautuminen sekä masennusta että

skitsofreniaa sairastaviin naapureina lisääntyi jonkin verran bruttotulojen kasvaessa, mutta suhteessa päihdehäiriöihin tulotasolla ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä. Vastaajat, joilla oli itsellään tai jollain lähipiirissään mielenterveysongelma, suhtautuivat kaikkiin ryhmiin myönteisemmin verrattuna heihin, joilla ei ollut kokemuseräistä yhteyttä mielenterveysongelmiin. (Taulukko 2.)

Asenteita selittävät tekijät vaihtelivat tarkasteltujen mielenterveysongelmien välillä. Naiset suhtautuivat miehiä myönteisemmin masennusta ja skitsofreniaa sairastaviin, mutta päihdehäiriöiden kohdalla sukupuolien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa. Myös ikä erotteli vastaajien asenteita eri tavoin suhteessa eri mielenterveysongelmiin. Yli 60-vuotiaat suhtautuivat naapureina masennusta, skitsofreniaa ja alkoholiriippuvuutta sairastaviin muita ikäryhmiä myönteisemmin, mutta alle 30-vuotiaat olivat useimmin valmiita hyväksymään naapurikseen huumeiden käyttäjän. Naapuruusasenteet olivat kriittisimpiä 41–50-vuotiaiden ikäluokassa, jotka elävät usein kiireistä työ- ja lapsiperhe-elämää. Vastaavasti suurimmissa talouksissa asuvat, jotka ovat luultavimmin lapsiperheitä, suhtautuivat kielteisemmin kaikkiin tarkasteltuihin ryhmiin naapureina kuin pienissä talouksissa asuvat. Suhteessa masennusta sairastaviin yhteys ei ollut yhtä selvä kuin muiden ryhmien kohdalla. (Taulukko 2)

Nimby-ilmiöön yhteydessä olevat tekijät olivat pääosin samansuuntaisia kuin naapuruusasenteita selittävät tekijät. Yli kolmannes suomalaisista arvioi vastustavansa varmasti tai luultavasti naapurustoonsa suunnitteilla olevaa mielenterveyskuntoutujille suunnattua asumisyksikköä. Päihdekuntoutujille suunnattua yksikköä vastustaisi useampi kuin kaksi kolmesta suomalaisesta. Useimmin hankkeita vastustaisivat miehet, suurituloiset, arvomaailmansa oikeistolaiseksi arvioivat sekä he, joilla ei ollut omakohtaista tai läheiskokemusta mielenterveyden ongelmista. Nimby-asenteissa selittäväksi tekijäksi nousi myös asunnon omistussuhde. Omistusasunnossa asuvat vastustaisivat hankkeita useammin kuin vuokra-asunnossa asuvat. (Taulukko 2)

Taulukossa 3 esitellyssä regressioanalyysimallissa tarkennetaan taustamuuttujien suhteita asenteisiin. Regressiomalleissa kaikki tausta-muuttujat on vakioitu. Analyysin tulokset vahvistivat

Taulukko 2 Niiden vastaajien osuus (%), jotka eivät haluaisi naapuriksi masennusta, skitsofreniaa tai alkoholiiriippuvuutta sairastavaa tai huumeiden käyttäjää tai vastustaisivat mielenterveys- tai päihdekuntoutujien asumisyksikön sijoittamista naapurustoon, taustamuuttujittain esitettynä.

	Ei haluaisi naapuriksi (%)						Vastustaisi asumisyksikön sijoittamista naapurustonsa (%)					
	Masennusta sairastava	skitsofreniaa sairastava	alkoholiiriippuvuutta sairastava	Huumeiden käyttäjä	Mielenterveyskuntoutujat	Päihdekuntoutujat	Masennusta sairastava	skitsofreniaa sairastava	alkoholiiriippuvuutta sairastava	Huumeiden käyttäjä	Mielenterveyskuntoutujat	Päihdekuntoutujat
	chi ² (df) p	chi ² (df) p	chi ² (df) p	chi ² (df) p	chi ² (df) p	chi ² (df) p	chi ² (df) p	chi ² (df) p	chi ² (df) p	chi ² (df) p	chi ² (df) p	
Yhteensä (n=2231)	7,6	32,5	55,4	80,3	38,5	69,3						
Sukupuoli												
nainen	3,5	30,1	54,3	81,3	31,5	69,4	1,0 (1)					
mies	11,4	34,8	56,3	79,4	45,0	69,4	1,000					
Ikä												
30 vuotta tai alle	7,1	35,5	58,1	76,1	37,3	65,1						
31–40 vuotta	6,5	39,4	53,7	82,0	36,0	62,8						
41–50 vuotta	10,9	39,6	62,4	87,0	41,1	73,7	12,7 (4)					
51–60 vuotta	9,8	36,3	55,9	80,6	35,6	71,0	1,03					
yli 60 vuotta	5,5	23,2	51,3	77,9	40,1	71,0						
Talouden koko (henkilöä)												
yksi	7,8	28,9	53,2	77,6	32,7	63,8						
kaksi	6,1	29,8	54,2	79,2	40,1	70,7	16,3 (3)					
kolme	9,1	37,0	55,1	83,0	43,2	72,2	1,001					
neljä tai enemmän	11,1	46,8	65,0	88,6	42,7	76,1	1,001					
Arvostausta												
vasemmalla	2,7	17,3	40,5	58,4	15,1	41,6						
jonkin verran vasemmalla	4,8	27,0	46,2	72,4	28,9	61,7						
ei osaa sanoa	8,1	31,8	55,6	82,0	39,3	71,2	120,3 (4)					
jonkin verran oikealla	7,7	37,7	62,5	89,3	43,2	75,5	<,001					
oikealla	15,2	45,1	67,6	86,9	62,1	86,8	<,001					
Talouden bruttotulot/v.												
alle 20 000	7,8	27,3	55,5	77,6	28,6	58,6						
20–35 000	5,4	29,6	54,2	79,8	34,0	65,7						
35–50 000	4,5	31,5	54,9	77,7	37,1	67,8	34,9 (4)					
50–85 000	8,1	34,9	54,5	83,4	39,4	69,1	<,001					
yli 85 000	11,0	37,8	60,3	81,5	50,5	80,5	<,001					
Koulutustaso												
perus- tai kansakoulu	11,4	34,8	56,5	79,9	41,8	66,2						
ammattillinen perustutkinto	10,4	35,9	57,0	81,3	45,1	74,8						
ylioppilas	9,7	33,8	51,7	79,2	34,7	63,5						
ammattillinen opistoaste	7,4	31,5	53,4	79,2	40,4	70,7	11,0 (5)					
amk, alempi korkeakoulu	5,3	31,4	56,8	82,1	35,7	68,4	10,52					
ylempi korkeakoulu	5,3	29,3	54,1	78,4	33,8	67,6	1,009					
Omakohtainen kokemus mielenterveysongelmasta												
kyllä	5,6	29,9	52,7	79,0	32,9	66,2	21,4 (1)					
ei	11,5	37,7	60,6	83,0	50,5	76,1	<,001					
Asunon omistussuhde												
omistussuunto	7,9	33,0	55,1	81,3	41,1	73,2	38,2 (2)					
vuokra-asunto	6,6	32,0	55,7	78,1	31,1	58,8	<,001					
mutu asumismuoto	8,8	29,6	55,4	78,4	41,5	72,1	1,001					

osittain edellä kuvatut ristiintaulukointien tulokset. Arvotausta selitti väestön asenteita suhteessa kaikkiin tarkastelemiimme ryhmiin. Selkein ero näkyy suhteessa masennukseen ja huumeiden käyttöön. Arvotaustaltaan oikealla olevien suhtautuminen masennusta sairastaviin naapureina oli kuusi (OR 6,66 95 % CI 2,22–19,97) kertaa todennäköisemmin kielteistä verrattuna arvotaustalta vasemmalla oleviin. Huumeiden käyttäjien kohdalla todennäköisyys on viisinkertainen (OR 5,21 95 % CI 3,07 – 8,87). Oma-kohtaisella kokemuksella oli voimakas myönteinen yhteys suhtautumisessa masennusta ja skitsofreniaa sairastaviin, mutta yhteys hävisi päihdehäiriöiden kohdalla.

Regressioanalyysin tulokset vahvistivat arvomaailman vahvaa yhteyttä myös nimby-asenteisiin. Arvomaailma selitti selkeimmin kummankin asumisyksikön vastustusta, kun kaikki taustatekijät otetaan huomioon. Vastaajat, joiden arvomaailma asettui oikealle arvioivat vastustavansa noin seitsemän kertaa todennäköisemmin sekä mielenterveys- (OR 7,17 95 % CI 4,19 – 12,26, $p < 0,001$) että päihdekuntoutujien (OR 7,44 95 % CI 4,39 – 12,61, $p < 0,001$) asumisyksikköjä verrattuna arvomaailmaltaan vasemmalle oleviin. Toinen selkeä asumisyksikköjen vastustusta selittävä tekijä oli suurituloisuus. Suurituloiset kotitaloudet vastustivat kumpaakin asumisyksikköä noin kaksi kertaa todennäköisemmin kuin pienituloisin ryhmä. Omistusasumisen vaikutus säilyi ainoastaan päihdekuntoutujien asumisyksikön vastustamisen kohdalla sen jälkeen, kun kaikki taustamuuttujat otettiin huomioon. (Taulukko 3.)

POHDINTA

Artikkelissa tarkastelimme suomalaisen väestön mielenterveysasenteita kahdesta näkökulmasta: 1) halu ottaa sosiaalista etäisyyttä mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsiviin naapureina ja 2) nimby (not in my backyard) -ilmiö eli suhtautuminen naapurustoon sijoitettavaksi suunniteltuihin mielenterveys- ja päihdekuntoutujien asumispalveluihin. Tulostemme perusteella stigman voimakkuus vaihtelee mielenterveysongelman mukaan. Ajatukseen masennusta sairastavista naapurina suhtauduttiin myönteisemmin kuin skitsofreniaa ja alkoholiriippuvuutta sairastaviin, kielteisimmän suhtauduttiin huumeiden käyttäjiin. Skitsofreniaa sairastaviin kohdistuvaa kielteistä

suhtautumista voivat selittää psykoosisairauksiin liitetyt ennakoimattomuuden, väkivaltaisuuden ja vaarallisuuden stereotypiat sekä niiden aiheuttama pelko (45,46), jollaisia masennukseen ei liitetä. Ennakkoluuloja voivat voimistaa myös median luoma kuva psykoosisairauksista (47). Lisäksi väestö luultavasti tuntee psykoosisairauksia huonommin kuin masennusta, jota käsitellään usein julkisuudessa myös kertomalla omakohtaisista kokemuksista. Psykoosisairauksiin liittyvä voimakas stigma voi osaltaan vaikeuttaa asian julkituomista. Tulos alleviivaa median vastuuta mielenterveysongelmista ja erityisesti psykoosisairauksista viestimisessä.

Päihdehäiriöt näyttävät olevan vahvasti stigmatisoituja mielenterveysongelmia. Niihin liittyvää stigmaa voivat selittää niiden käsittäminen itseaiheutetuiksi ongelmiksi tai moraaliseksi heikkouksiksi (19). Lisäksi huumeiden käyttöön liittyy rakenteellista stigmaa eli yhteiskunnan kriminalisointi- ja rangaistuskäytäntöjä. Päihdehäiriöihin liittyvä negatiivinen suhtautuminen on pysynyt kansallisesti (48) ja kansainvälisesti tarkasteltuna lähes muuttumattomana (21). Sen sijaan asenteet mielenterveyskuntoutujiin, joilla yleensä viitataan psyykkisistä sairauksista kuntoutuviin, ovat mielenterveysbarometriseuran mukaan muuttuneet suvaitsevaisemmiksi viimeisen 15 vuoden aikana (48). Erityisesti päihdehäiriöihin liittyvän stigman poistamisessa tarvittaneen myös rakenteellisia muutoksia, jotka liittyvät sekä huumeiden käytön laillisuuden pohdintaan että päihdepalvelujärjestelmän kehittämiseen.

Aineistomme tuki aiempien kansainvälisten ja kansallisten tutkimusten luomaa kuvaa eri väestöryhmien suhtautumisesta mielenterveysongelmiin. Uutta näkökulmaa toi tulos asenteita selittävien henkilökohtaisten ja sosioekonomisten tekijöiden vaihtelusta mielenterveysongelmien mukaan, mikä kertoo stigman moniulotteisuudesta. Naiset ja yli 60-vuotiaat suhtautuivat psyykkisiin sairauksiin keskimääräistä suvaitsevammin, mitä voivat selittää esimerkiksi empatiakyky ja iän mukana kertynyt elämäkokemus. Lisäksi tietyt mielenterveysongelmat, kuten ahdistus ja masennus, ovat yleisempiä naisilla kuin miehillä. Naisilla voi olla miehiä todennäköisemmin omakohtaista kosketusta näihin tiloihin sosiaalisten suhteiden kautta. Myös Aroma-an tutkimuksessa korkeammin koulutetuilla väestö-

ryhmillä ja naisilla oli keskimääräistä vähemmän masennukseen liittyviä kielteisiä kaavamaisia ajatuksia (27). Korkea koulutustaso näkyi keskimääräistä myönteisempänä suhtautumisena selkeimmin masennusta sairastaviin. Korkea koulu näytti siis lieventävän kielteisiä asenteita selkeimmin sen mielenterveysongelman kohdalla, johon liittyy nyky-yhteiskunnassamme vähiten negatiivisia mielikuvia ja joka on monelle tuttu (49,50).

Nuoret aikuiset (alle 30-vuotiaat) suhtautuvat ikäryhmistä myönteisimmin huumeiden käyttöön naapureina. Tässä näkyvät nuorten ikäluokkien liberaalimmat päihdeasenteet. Myös termi ”huumeiden käyttäjä” voidaan käsittää monin eri tavoin, eikä sitä määritelty kyselyssä tarkemmin. Vanhemmat ikäluokat saattavat asosoida termin vahvemmin huumeriippuvuuteen tai ongelmakäyttöön, kun taas nuoremmilla se saattaa yhdistyä myös miedomprien huumeiden tai viihdekäyttöön. Nuoret aikuiset ovat myös todennäköisemmin kokeilleet huumeita itse. Esimerkiksi vuonna 2018 kannabiskokeilut olivat yleisimpiä 25–34-vuotiailla. Ikäryhmän miehistä lähes puolet ja naisista 41 prosenttia on elämänsä aikana kokeillut kannabista (51.)

Naapuruusasenteet olivat kriittisimpiä 41–50-vuotiaiden ikäluokassa, jotka elävät usein kiireistä työ- ja lapsiperhe-elämää. Vastaavasti asenteet olivat kielteisimpiä suuremmissa talouksissa asuvilla, jotka ovat luultavimmin lapsiperheitä. Suhteessa masennusta sairastaviin talouden koon yhteys ei ollut yhtä selvä kuin muiden ryhmien kohdalla. Tämä voi kertoa esimerkiksi siitä, että päihdehäiriöihin ja psykoosisairauksiin liitetään usein stereotyyppinen käsitys ennakkoimattomasta käytöksestä ja väkivallan uhasta, jota ei yhdistetä masennukseen. Perhekoon ja asumismuodon tarkastelu syvensi aiempaa tietoa mielenterveysongelmiin liittyvistä asenteista. Perhekoon kasvaessa (eli lapsiperheissä) suhtautuminen kaikkia tarkasteltuja ryhmiä kohtaan muuttui varauksellisemmaksi, mikä voi liittyä huoleen ja mielikuvaan niihin liittyvästä turvallisuudesta. Tämä voi kertoa turvallisuuden tunteen tarpeesta. Lapsiperheissä korostunevat rauhalliseksi ja turvalliseksi koettuun elinympäristöön liittyvät arvot (52). Toisaalta näyttää siltä, että perhekoon sijaan asenteita selittävät paremmin esimerkiksi ikä ja arvomaailma.

Huomionarvoista aineistossamme on, että

kielteisiä asenteita selitti erityisesti omakohtainen kokemus mielenterveysongelmasta. Se näytti lieventävän asenteita myös päihdehäiriötä kohtaan. Asenteita muuttavan ja stigmaa vähentävän kokemuksen ei ehkä tarvitse olla täysin samanlainen, vaan elämäkokemuksilla voi olla empatiakykyä kasvattava vaikutus. On kuitenkin huomattava, että kyselyssä kysyttiin kokemusta mielenterveysongelmasta, jota vastaajat eivät välttämättä yhdistä päihdehäiriöihin, mikä vaikeuttaa tuloksen tulkintaa. Näytti myös siltä, että omakohtaisen kokemuksen sijaan myönteisiä asenteita päihdehäiriötä kohtaan selittivät voimakkaammin ikä ja arvomaailma.

Päihdehäiriöihin liittyvä voimakas stigma näkyi myös nimby-ilmiössä. Päihdekuntoutujien asumisyksikköä vastustettiin useammin kuin mielenterveyskuntoutujien. Kielteisimpiä asenteet kumpaakin asumisyksikköä kohtaan olivat arvomaailmaltaan oikealla olevilla, suurituloisilla ja suurilla kotitalouksilla. Nimby-ilmiötä selittävät tekijät olivat pitkälti samoja kuin sosiaalisuuden etäisyyteen yhteydessä olleet tekijät, vaikka nimby-ilmiön taustalla voi olla myös erilaisia mekanismeja. Yksi näistä näyttää olevan asumismuoto. Omistusasunnossa asuvat vastustaisivat erityisesti päihdekuntoutujien asumisyksiköitä todennäköisemmin kuin vuokra-asunnossa asuvat. Tulos voi kertoa omistusasunnossa asuvien huolesta asuntonsa arvon laskusta naapuruston muuttuessa (vrt. 39) tai vauraiden asuinalueiden imagon tärkeydestä (vrt. 38–40,42,53). Tämä voi liittyä myös päihdekuntoutujien asumisyksikköön liitettyyn voimakkaampaan stigmaan sekä edellä mainittujen tekijöiden lisäksi huoleen ja pelkoon siitä, että yksikkö heikentäisi naapuruston turvallisuutta ja houkuttelisi alueelle vaaralliseksi tai ”haitalliseksi” koettuja ihmisiä (54).

Tulostemme perusteella arvomaailma selittää tulotasoa selkeämmin kielteisiä asenteita. Asiaan viittaa myös Olli Kangas (2019), joka on todennut hyvinvointivaltioasenteita koskevassa tutkimuksessaan, että poliittista suuntautumista kuvaavien tekijöiden tuominen mukaan tarkasteluun söi tulojen yhteyttä vastaajien asenteisiin (55). Nimby-ilmiön kytkeytyminen arvoihin ja tulotasoon voidaan liittää keskusteluun hyvinvointivaltiosta ja palveluja tarvitsevista tai ”ansaitsevista” (11,56). Viimeaikaisissa tutkimuksissa korkea tulotaso on yhdistetty näkemyksiin siitä, että verovaroin kustannetut hyvinvointipal-

velut ja sosiaaliturva aiheuttavat liiallista taloudellista rasitusta ja palvelut tulisi kohdistaa tarkkaan harkituille, niitä ”ansaitseville” ryhmille (57,58). Lisäksi huono-osaisuuden nähdään johtuvan yksilön omista valinnoista eikä rakenteellisena epäkohtana (50). On myös arvioitu, että hyväosaisten on vaikeaa hyväksyä naapurustoonsa normista poikkeavia ihmisiä (42). Tuloksemme korostavat yhteiskuntamme polarisoitumisen ja eriarvoistumisen ehkäisyn merkitystä mielenterveysongelmiin kohdistuvan stigman poistamisesta ja sen varmistamisesta, että kuntoutujille voidaan järjestää heidän tarvitsemansa palvelut.

Nimby-ilmiötä voi tarkastella johdannossa mainitun muukalaisuuden ja luottamuksen kontekstissa, jolloin mielenterveys- ja päihdekuntoutajat voidaan nähdä postmodernin yhteiskunnan muukalaisina. Mielenterveys- tai päihdeyksikön asukkaat leimautuvat diagnoosinsa tai ongelmansa vuoksi eli heihin ei luoteta lähiyhteisössä ja -ympäristössä. Ristiriitaista on se, että hyvinvointivaltio on rakentanut heitä varten asumisyksikön, jonka tavoitteena on kuntouttaa ja saattaa heitä entistä tasa-arvoisempaan asemaan muiden kanssa. Yhteiskunnan stigmatisoivien asenteiden vuoksi postmodernin yhteiskunnan inkluusio ei kuitenkaan aina toimi toivotulla tavalla (35). Toisaalta voimme pohtia sitä, mikä tilanne olisi, jollemme tietäisi ”muukalaisilla” olevasta mielenterveysongelmasta. Samat ihmiset voivat toipuessaan työskennellä esimerkiksi lähikaupan kassalla tai muissa palveluammatteissa, joissa heitä kohdataan päivittäin. Nimby-ilmiön, pelon ja epäluottamuksen näyttää laukaisevan tieto diagnoosista tai ongelmasta. Tutkimuksemme mukaan asenteet voivat myös muuttua kokemusmaailman mukana. Tästä voisi löytyä osaratkaisu stigman poistamiseen. Tutustuminen näihin ”muukalaisiin” voisi poistaa stigmaa ja nimby-ilmiötä, mitä myös kontaktiteoria tukee (ks. 59, 60). Esimerkiksi naapurustotyön integrointi osaksi uusien asumisyksikköjen perustamista on tästä näkökulmasta tärkeää. On myös tärkeä siirtää tarkastelun näkökulma stigmatisoiduista yksilöistä yhteisöön, joka tuottaa stigmaa. Olisiko stigman tuottamisen syyt yhteisön arvomaailmassa ja vierauden pelossa, jossa ei kaivata eikä hyväksytä poikkeavuutta? Suhtautuminen mielenterveysongelmiin on monisyinen ja -ulotteinen ilmiö, jonka ymmärtäminen voi auttaa stigman vastaisen työn toteuttamis-

sa ja palvelujen kehittämisessä yhteiskuntamme haavoittuvassa asemassa oleville ihmisille (61).

Aineistossa ja tutkimuksessamme on syytä huomioida tiettyjä seikkoja. Ensinnäkin vastaajien ikärakenne painottui vanhimpaan ikäluokkaan, joka toisaalta vastaa hyvin suomalaisen väestön ikärakennetta. Toisaalta käytimme arvo-taustan mittarina vastaajan itse ilmoittamaa asettumista vasemmisto-oikeisto-akselille, joka kuvaa arvomaailmaa vain yhdestä näkökulmasta. On otettava huomioon myös se, ettei kotitalouden tulotasossa oteta huomioon talouden kokoa. Lisäksi regressioanalyysin suuret luottamusvälit voivat viitata aineiston ja sen osaryhmien koon pienuuteen eli niiltä osin tulokset voivat olla osaksi satunnaisia. Päihdekysymyksissä on käytetty tiettyjä käsitteitä, esimerkiksi alkoholisti, seurannan mahdollistamiseksi, mutta jatkossa niitä on syytä ajantasaistaa. Käsitteenä alkoholisti leimaa koko ihmisen tietynlaiseksi eli voi osaltaan vahvistaa stigmaa. Tutkimuksen vahvuutena on se, että se antaa väestötason näkökulman asenteiden ja erityisesti nimby-asenteiden tutkimukseen. Tutkimuksen otos edustaa suomalaisen väestön sukupuoli, ikä ja maantieteellistä rakennetta, joten tulokset voi yleistää koskemaan koko väestöä. Tutkimusaineistomme mahdollistaa asenteiden tutkimuksen suhteessa demografisiin ja sosioekonomisiin tekijöihin, elämäntilanteisiin, asumismuotoon sekä kokemus- ja arvomaailmaan. Jatkotutkimusta tarvitaan hyvien hoitokeinojen, toipumismallien ja ruohonjuuritason yhteisötoiminnan sekä asenteiden ja stigman välisestä suhteesta. Toisaalta tarvitaan syvempää tietoa yksilön ja yhteisöjen arvojen merkityksestä, stigman tuottamisen mekanismeista sekä vierauden ja poikkeavuuden pelosta.

Mielenterveysongelmista tulee keskustella nykyistä laajemmin ja mielenterveyttä koskevien viestien tulee olla entistä selkeämpiä. Yhteisöllisyys, läheisyys ja tuttuus voivat auttaa sekä toipumista että ennakkoluulojen ja stigman poistamista. Tässä kolmannen ja neljännen sektorin toimijoilla kuten kylä- tai kaupunginosayhdistyksillä ja ihmisillä yhteen tuovilla järjestötoiminnoilla voi olla tärkeä rooli. Olisi tärkeää, että yhteiskunnassamme tarjottaisiin mahdollisuuksia ja paikkoja eri väestöryhmien luonnollisille kohtaamisille ja vuorovaikutukselle. Stigma rakentuu ja muotoutuu sosiaalisen vuorovaikutuksen

erilaisissa konteksteissa, mutta se voi myös lieventyä niissä. Toisaalta on tärkeää myös todeta, että kuntoutujien aseman parantamiseksi tarvitaan stigman purun lisäksi palvelujärjestelmän tarpeenmukaista resurssointia ja kehittämistä.

RAHOITTAJAT:

Tutkimusta ei ole rahoittanut mikään taho.

KIRJOITTAJIEN KONTRIBUUTIOT:

Rissanen on osallistunut (1) tutkimuksen alkuun saattamiseen ja suunnitteluun, aineiston analysoimiseen ja tulkintaan; (2) artikkelin luonnosteleamiseen ja kirjoittamiseen vaikuttaen merkittävästi sen sisältöön. Rissanen (3) hyväksyy lopullisen julkaistavan version ja (4) ottaa vastuun artikkelin kaikista osa-alueista ja sitoutuu osallistumaan artikkelissa mahdollisesti ilmenevien epäselvyyksien selvittämiseen.

Jurvansuu on osallistunut (1) tutkimuksen suunnitteluun ja aineiston tulkintaan; (2) artikkelin luonnosteleamiseen ja kirjoittamiseen vaikuttaen merkittävästi sen sisältöön. Jurvansuu (3) hyväksyy lopullisen julkaistavan version ja (4) ottaa vastuun artikkelin kaikista osa-alueista ja sitoutuu osallistumaan artikkelissa mahdollisesti ilmenevien epäselvyyksien selvittämiseen.

Jalava on osallistunut (1) tutkimuksen alkuun saattamiseen ja aineiston keräämiseen; (2) artikkelin kirjoittamiseen ja kriittiseen tarkastamiseen vaikuttaen merkittävästi sen sisältöön. Jalava (3) hyväksyy lopullisen julkaistavan version ja (4) ottaa vastuun artikkelin kaikista osa-alueista ja sitoutuu osallistumaan artikkelissa mahdollisesti ilmenevien epäselvyyksien selvittämiseen.

Rissanen, P., Jurvansuu, S., Jalava, J. Nimby and mental health – The attitude of the Finnish population towards mental health disorders. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2024; 61: 61–74.

The study examines the attitudes of the Finnish population towards mental health disorders. Mental Health Barometer data collected in 2020 (answered by 2231 Finnish) is analyzed from two perspectives: social distance and the Not in my backyard (nimby) phenomenon, i.e., how the population view people with depression, schizophrenia or substance abuse as neighbours, as well as the construction of housing units for them in their neighbourhood. We used cross-tabulation, binary logistic regression analysis and related significance tests to map the distribution of views in the Finnish population and in different population groups. Attitudes towards mental disorders were revealed to be a multifaceted and changing phe-

nomenon, linked to a variety of socio-economic factors as well as people's life situations, living environments and values. Negative attitudes were explained particularly by the identification with right wing values and no experience of one's own or a loved one's mental disorder. A deeper understanding of the phenomenon is essential in anti-stigma work and service development.

Keywords: mental health, social distance, nimby, stigma.

Saapunut (16.01.2023)

Hyväksytty (24.08.2023)

LÄHTEET

- (1) Vorma H, Rotko T, Larivaara M, ym. Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:6.; 2020.
- (2) Kotovirta E, Markkula J, Pajula M, ym. Päihde- ja riippuvuusstrategia Yhteiset suuntaviivat vuoteen 2030. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö; 2021.
- (3) Hermaszewska S, Sweeney A, Sin J. Time to change course in stigma research? J Ment Health. 2022;31;1:1–4. doi:10.1080/09638237.2021.2022636
- (4) Schomerus G, Auer C, Rhode D, ym. Personal stigma, problem appraisal and perceived need for professional help in currently untreated depressed persons. J Affect Disord. 2012;139;1:94–97. doi:10.1016/j.jad.2012.02.022
- (5) Goffman E. Stigma: notes on the management of spoiled identity. London: Penguin; 1963.
- (6) Corrigan PW, Larson JE, Kuwabara SA. Mental Illness Stigma and the Fundamental Components of Supported Employment. Rehabil Psychol. 2007;52;4:451–457. doi:10.1037/0090-5550.52.4.451

- (7) Corbière M, Zaniboni S, Lecomte T, ym. Job Acquisition for People with Severe Mental Illness Enrolled in Supported Employment Programs: A Theoretically Grounded Empirical Study. *J Occup Rehabil.* 2011;21;3:342–354. doi:10.1007/s10926-011-9315-3
- (8) Van Den Tillaart S, Kurtz D, Cash P. Powerlessness, marginalized identity, and silencing of health concerns: Voiced realities of women living with a mental health diagnosis. *Int J Ment Health Nurs.* 2009;18;3:153–163. doi:10.1111/j.1447-0349.2009.00599.x
- (9) Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol.* 2001;27;1:363–385. doi:10.1146/annurev.soc.27.1.363
- (10) Thornicroft G, Rose D, Kassam A, ym. Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *Br J psychiatry.* 2007;190;3:192–193. doi:10.1192/bjp.bp.106.025791
- (11) Pescosolido BA, Martin JK, Lang A, ym. Rethinking theoretical approaches to stigma: A Framework Integrating Normative Influences on Stigma (FINIS). *Soc Sci Med.* 2008;67;3:431–440. doi:10.1016/j.socscimed.2008.03.018
- (12) Morison T, Macleod C, Lynch I, ym. Stigma Resistance in Online Childfree Communities. *Psychol Women Q.* 2016;40;2:184–198. doi:10.1177/0361684315603657
- (13) Lester JN, O'Reilly M. The social construction of stigma: Utilizing discursive psychology for advancing the conceptualization of stigma in mental health. *Stigma Heal (Washington, DC).* 2021;6;1:53–61. doi:10.1037/sah0000281
- (14) Gergen KJ. *An Invitation to Social Construction.* Third Edit. London: SAGE Publications Ltd; 2015. doi:10.4135/9781473921276
- (15) Earnshaw V, Smith L, Copenhaver M. Drug Addiction Stigma in the Context of Methadone Maintenance Therapy: An Investigation into Understudied Sources of Stigma. *Int J Ment Health Addict.* 2013;11;1:110–122. doi:10.1007/s11469-012-9402-5
- (16) Perry BL, Pescosolido BA, Krendl AC. The unique nature of public stigma toward non-medical prescription opioid use and dependence: a national study. *Addiction.* 2020;115;12:2317–2326. doi:10.1111/add.15069
- (17) Corrigan PW. Mental Health Stigma as Social Attribution: Implications for Research Methods and Attitude Change. *Clin Psychol Sci Pract.* 2000;7;1:48–67. doi:10.1093/clipsy.7.1.48
- (18) Conrad P, Schneider JW. *Deviance and medicalization : from badness to sickness.* St. Louis: Mosby; 1980.
- (19) Tikkinen KAO, Rutanen J, Frances A, ym. Public, health professional and legislator perspectives on the concept of psychiatric disease: a population-based survey. *BMJ Open.* 2019;9;6:e024265–e024265. doi:10.1136/bmjopen-2018-024265
- (20) Rovamo E, Toikko T. Päihde- ja mielenterveys-työhön kohdistetut negatiiviset asenteet ja assosiatiiivinen stigma. *Yhteiskuntapolitiikka.* 2019;84;3:281–291.
- (21) Schomerus G, Lucht M, Holzinger A, ym. The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: A review of population studies. *Alcohol Alcohol.* 2011;46;2:105–112. doi:10.1093/alcalc/agg089
- (22) Mielenterveysbarometri 2019. Mielenterveysbarometri 2019. Luettu 21.6.2021. <https://www.mtkl.fi/toimintamme/julkaisut/mielenterveysbarometri2019/>. 2019.
- (23) Luoma JB, Twohig MP, Waltz T, ym. An investigation of stigma in individuals receiving treatment for substance abuse. *Addict Behav.* 2006;32;7:1331–1346. doi:10.1016/j.addbeh.2006.09.008
- (24) Tikkinen KAO, Leinonen JS, Guyatt GH, ym. What is a disease? Perspectives of the public, health professionals and legislators. *BMJ Open.* 2012;2;6:e001632. doi:10.1136/bmjopen-2012-001632
- (25) Pickard H. Responsibility without Blame for Addiction. *Neuroethics.* 2017;10;1:169–180. doi:10.1007/s12152-016-9295-2
- (26) Schively C. Understanding the NIMBY and LULU Phenomena: Reassessing Our Knowledge Base and Informing Future Research. *J Plan Lit.* 2007;21;3:255–266. doi:10.1177/0885412206295845
- (27) Aromaa E. Attitudes towards people with mental disorders in a general population in Finland. *Jyväskylän yliopisto, THL Terveyden ja hyvinvoinnin laitos* 69; 2011.
- (28) Aromaa E, Tolvanen A, Tuulari J, ym. Personal stigma and use of mental health services among people with depression in a general population in Finland. *BMC Psychiatry.* 2011;11;1:52. doi:10.1186/1471-244X-11-52
- (29) Cinnirella M, Loewenthal KM. Religious and ethnic group influences on beliefs about mental illness: A qualitative interview study. *Br J Med Psychol.* 1999;72;4:505–524. doi:10.1348/000711299160202
- (30) Abdullah T, Brown TL. Mental illness stigma and ethnocultural beliefs, values, and norms: An integrative review. *Clin Psychol Rev.* 2011;31;6:934–948. doi:10.1016/j.cpr.2011.05.003
- (31) Löve J, Bertilsson M, Martinsson J, ym. Political ideology and stigmatizing attitudes towards depression in Sweden. *Eur J Public Health.* 2016;26. doi:10.1093/eurpub/ckw175.028
- (32) Löve J, Bertilsson M, Martinsson J, ym. Political ideology and stigmatizing attitudes toward depression: The swedish case. *Int J Heal policy Manag.* 2019;8;6:365–374. doi:10.15171/ijhpm.2019.15
- (33) Schomerus G, Angermeyer MC. Blind spots in stigma research? Broadening our perspective on mental illness stigma by exploring ”what matters

- most” in modern Western societies. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2021;30:e26–e26. doi:10.1017/S2045796021000111
- (34) Rieckhof S, Sander C, Speerforck S, ym. Development and validity of the Value-based Stigma Inventory (VASI: a value-sensitive questionnaire for the assessment of mental health stigma. *BMC Psychiatry.* 2021;21:1:570–570. doi:10.1186/s12888-021-03427-4
- (35) Jalava J. Trust as a Decision: The Problems and Functions of Trust in Luhmannian Systems Theory. Helsinki: Faculty of Social Sciences, Department of Social Policy. Research Reports 1/2006; 2006.
- (36) Bauman Z. Postmodernity Its Discontents. Reprint. Cambridge: Polity Press; 1998.
- (37) Takahashi LM. The socio-spatial stigmatization of homelessness and HIV/AIDS: Toward an explanation of the NIMBY syndrome. *Soc Sci Med.* 1997;45:6:903–914.
- (38) Palmer GL. Examining the Effects of Scattered Site Supportive Housing on the Social and Economic Integration of Men Who Are Formerly Homeless and Primarily Black/African American. *J Black Stud.* 2016;47:8:846–868. doi:10.1177/0021934716653351
- (39) Kolla G, Strike C, Watson TM, J, ym. Risk creating and risk reducing: Community perceptions of supervised consumption facilities for illicit drug use. *Health Risk Soc.* 2017;19:1–2:91–111. doi:10.1080/13698575.2017.1291918
- (40) Eisenberg A. “A Shelter Can Tip the Scales Sometimes”: Disinvestment, Gentrification, and the Neighborhood Politics of Homelessness in 1980s New York City. *J Urban Hist.* 2017;43:6:915–931. doi:10.1177/0096144217714762
- (41) Young MG. Necessary but insufficient: NIMBY and the development of a therapeutic community for homeless persons with co-morbid disorders. *Local Environ.* 2012;17:3:281–293. doi:10.1080/13549839.2012.665856
- (42) Kuparinen R. Kehitysvammaiset uusia Marjanimeläisiäkö? Teoksessa: Roivainen I, Nylund M, Korkiamäki R, Raitakari S (toim.) Yhteisöt ja sosiaalityö: kansalaisen vai asiakkaan asialla? Jyväskylä: PS-kustannus; 2016.
- (43) Buckman ST. Upper Middle Class NIMBY in Phoenix: The Community Dynamics of the Development Process in the Arcadia Neighborhood. *J Community Pract.* 2011;19:3:308–325. doi:10.1080/10705422.2011.595306
- (44) Lindell MK, Earle TC. How Close Is Close Enough: Public Perceptions of the Risks of Industrial Facilities. *Risk Anal.* 1983;3:4:245–253. doi:10.1111/j.1539-6924.1983.tb01393.x
- (45) Angermeyer MC, Matschinger H. Labeling - Stereotype – Discrimination: An investigation of the stigma process. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2005;40:5:391–395. doi:10.1007/s00127-005-0903-4
- (46) Björkman T, Angelman T, Jönsson M. Attitudes towards people with mental illness: A cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. *Scand J Caring Sci.* 2008;22:2:170–177. doi:10.1111/j.1471-6712.2007.00509.x
- (47) Reavley NJ, Jorm AF. Stigmatising attitudes towards people with mental disorders: Changes in Australia over 8 years. *Psychiatry Res.* 2012;197:3:302–306. doi:10.1016/j.psychres.2012.01.011
- (48) Jurvansuu S, Rissanen P. Päihdeidenkäyttäjien liittyvä stigma muuttuu hitaasti. *Tiimi.* 2021;3:26–27.
- (49) Kallio J, Kouvo A. Street-level Bureaucrats’ and the General Public’s Deservingness Perceptions of Social Assistance Recipients in Finland. *Soc policy Adm.* 2015;49:3:316–334. doi:10.1111/spol.12094
- (50) Kallio J, Niemelä M. Who Blames the Poor? *Eur Soc.* 2014;16:1:112–135. doi:10.1080/14616696.2013.787435
- (51) Karjalainen K, Pekkanen N, Hakkarainen P. Suomalaisen huumeiden käyttö ja huumeasenteet – Huumeaiheiset väestökyselyt Suomessa 1992–2018. Helsinki: Raportti 2/2020. PunaMusta Oy. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL); 2020.
- (52) Wassmer RW, Wahid I. Does the Likely Demographics of Affordable Housing Justify NIMBYism? *Hous Policy Debate.* 2019;29:2:343–358. doi:10.1080/10511482.2018.1529694
- (53) Hankinson M. When Do Renters Behave Like Homeowners? High Rent, Price Anxiety, and NIMBYism. *Am Polit Sci Rev.* 2018;112:3:473–493. doi:10.1017/S0003055418000035
- (54) Davidson PJ, Howe M. Beyond NIMBYism: Understanding community antipathy toward needle distribution services. *Int J Drug Policy.* 2014;25:3:624–632. doi:10.1016/j.drugpo.2013.10.012
- (55) Kangas O. Asenteet, demografia, yhteiskunnallinen asema ja politiikka. Blogiteksti. Luettu 21.6.2021. <https://www.stn-wip.fi/2019/09/asenteet-demografia-yhteiskunnallinen-asema-ja-politiikka/>. 2019.
- (56) Larsen CA. The Institutional Logic of Welfare Attitudes. *Comp Polit Stud.* 2008;41:2:145–168. doi:10.1177/0010414006295234
- (57) Kantola A, Kuusela H. Huipputulaiset: Suomen rikkain promille. Tampere: Vastapaino; 2019.
- (58) Wass H, Weckroth M, Kantola A, ym. Tulot tai ulos?: Tulotason yhteys suomalaisten asenteisiin tulo- ja varallisuuserojen hyväksyttävyydestä ja sosiaalietuuksien järjestämisestä. *Yhteiskuntapolitiikka.* 2021;86;3:309–322.

- (59) Pettigrew TF, Tropp LR. How does intergroup contact reduce prejudice? Meta-analytic tests of three mediators. *Eur J Soc Psychol.* 2008;38;6:922–934. doi:10.1002/ejsp.504.
- (60) Pettigrew TF, Tropp LR. A Meta-Analytic Test of Intergroup Contact Theory. *J Pers Soc Psychol.* 2006;90;5:751–783. doi:10.1037/0022-3514.90.5.751
- (61) Välimaa M. Sosiaalityön asiakkaat ja nimby-ilmio. Teoksessa: Matthies A-L, Svenlin A-R, Turtiainen K, toim. Aikuissosiaalityö. Tieto, käytäntö ja vaikuttavuus. Helsinki: Gaudeamus; 2021:55–65.

PÄIVI RISSANEN
VTT, erityisasiantuntija
Mielenterveyden keskusliitto

SARI JURVANSUU
YTM, tutkija
A-klinikkasäätiö

JANNE JALAVA
VTT, dosentti Helsingin yliopisto, kehitysjohtaja
Mielenterveyden keskusliitto