

Ketjuuntuvat kehävaikutukset addiktioiden muodostumisessa ja muutoksessa

Addiktion käsite on herättänyt jatkuvia kiistoja siitä, mihin se oikeastaan viittaa, mitkä tekijät sitä selittävät ja miten ongelma voidaan ratkaista (1). Keskeinen syy hämmennykseen on vallitseva tilanne, jossa eri tieteenalat kehittävät tätä ilmiötä koskevia teorioitaan ottamatta huomioon muiden tieteenalojen havaintoja. Tämän artikkelin tavoitteena onkin hahmottaa paremmin integroitua lähestymistapaa tähän ongelmakenttään. Kuvaan ensin lyhyesti, miten addiktiot nykyään ymmärretään eri tieteenalojen piirissä ja esittelen sitten kokonaisvaltaisempaa lähestymistapaa keskitty-mällä eri ilmiötason välisiin ja sisäisiin vuorovaikutusprosesseihin addiktioiden muodostumisessa ja muutoksessa.

Nykyisin vaikutusvaltaisin addiktioteoria on biolääketieteellinen NIDA-paradigma. Sen mukaan addiktio on ”krooninen uusiutuva aivosairaus”, jolle on ominaista hallinnan menetys suhteessa pähteiden käyttöön (2). Sen väitetään olevan uhreistaan täysin kykenemättömiä oman käyttäytymisensä hallintaan. Ratkaisua ongelmaan haetaan ensisijaisesti lääkkeitä (3; 4). Vaikka aivosairausmalli onkin tuottanut paljon arvokasta neurobiologista tutkimusta, sitä on myös kritisoitu laajalti. Se ei esimerkiksi tunnista sosiokulttuuristen ja psykologisten prosessien ratkaisevaa roolia addiktioissa, vaikka yritystä sosiaalisen kontekstin huomioimiseen onkin viime aikoina ilmaantunut (5). Se ei myöskään tunnista ”kroonisen uusiutuvan aivosairausdiagnoosin” toimijuutta heikentäviä ja sosiaalisia ennakkoluuloja voimistavia vaikutuksia, saati että se selittäisi omaehtoista toipumista (6, 7). Ongelmallista on myös se, että aivosairaudeksi tulkitaan ilmiö, jota toiset neurotieteilijät pitävät pelkästään oppimiseen perustuvana neuroadaptaationa (8, 9).

Psykologiset addiktioteoriat lähtevät liikkeelle riippuvuutta aiheuttavien käyttäytymismallien oppimisesta ja niitä tukevien ajatusten ja tunteiden omaksumisesta. Taustalla nähdään usein

lapsuuden ja nuoruuden traumojen vaikutusta yksilön kehitykseen. Riippuvuus nähdään psyko-fyysistä terveyttä heikentävänä keinona sietää ja selvittää elämän ongelmista ja haasteista. Joissakin psykologisissa teorioissa korostetaan yhtä pääsyytä – kuten motivaatiojärjestelmän häiriötä (10) tälle tilalle, kun taas toiset korostavat ilmiön biopsykososiaalista luonnetta (11) ja moniulotteisia syy-yhteyksiä. Yleisesti ottaen psykologit eivät pidä addiktiota vain päihteisiin liittyvänä joko-tai-ilmiönä, vaan jatkumona, joka kuvaa kasvavaa pakonomaista riippuvuutta monenlaisista nopeasti palkitsevista kemiallisista aineista tai toiminnoista.

Riippuvuuksien yhteiskuntatieteellinen tutkimus keskittyy ensisijaisesti sosiaalisiin ja kulttuurisiin olosuhteisiin, jotka edistävät tai ehkäisevät näitä käyttäytymismalleja. Ne valaisevat esimerkiksi perhetaustan, vertaisryhmien, identiteetti-prosessien ja stigman roolia riippuvuudessa (12, 13). Yhteiskuntatieteellisillä tutkimuksilla on siten tärkeä rooli addiktioiden ehkäisyssä. Klassinen esimerkki sosiologisista riippuvuusteorioista on Mertonin (14) paine- tai stressiteoria (strain theory), joka selittää poikkeavuudet sosiaalisista olosuhteista johtuvista turhaumista tai stressistä.

Vaikka suurin osa addiktio tutkimuksista on tehty eritystieteiden piirissä, joitakin integraatio-yrityksiä on toki myös tehty. Esimerkiksi psykiatri George Engel esitti v. 1977 vastakohdan silloin (ja vielä tänään!) hallitsevalle biolääketieteelliselle mallille. Engel puolusti näkemystä, joka pyrkii yhdistämään kaikki terveyteen ja sairauteen vaikuttavat tietämyksen alat biolääketieteestä sosiaalisiin ja subjektiivisiin näkökohtiin saakka, lääkäri-potilassuhdetta ja terveydenhuoltojärjestelmääkään unohtamatta. (15.) Vaikka monet hoitoalan ammattilaiset kannattavat tätä mallia, sitä on myös kritisoitu mm. siitä, ettei se osoita käsitteellisten komponenttinsa välisiä syy-yhteyksiä eikä vuorovaikutusta (16, 17). Siitä puuttuu myös näkemys ongelmien kehittymisestä ja

ryhmien roolista yksilöiden psykologian ja biologian muotoutumisessa (18). Biopsykososiaalinen malli on siksi pysynyt pikemminkin kokonaisvaltaisena asiakaskeskeisen hoidon kehyksenä kuin teoriana, joka selittäisi, miten riippuvuuden kaltaiset erityisongelmat muodostuvat ja miten niitä voitaisiin ratkaista.

Nämä rajoitukset ovat johtaneet uusiin yrittäisiin integroida addiktioita koskevaa monitieteistä tutkimusta (18, 19). Yritän tässä artikkelissa samansuuntaisesti hahmottaa yhtenäisempää näkemystä addiktioista keskittymällä yhteiskunnallisten, psykologisten ja biologisten prosessien dynaamiseen vuorovaikutukseen riippuvuusongelmien muodostumisessa. Havainnollistan esitystäni yksinkertaisen mallin avulla, joka kuvaa sitä miten riippuvuudet kehittyvät keskeisimpien psykososiaalisten tekijöiden ja yksilöllisten haavoittuvuuksien vuorovaikutuksessa ja miten nämä tekijät huomioimalla riippuvuuksista voidaan myös päästä eroon.

LÄHTÖKOHDAT JA KEHÄVAIKUTUKSET

Ihmisen käyttäytymisen säätely kehittyi toiminnallisessa vuorovaikutuksessa sosiokulttuurisen ja fyysisen ympäristömme kanssa sekä sisäistämällä ja ulkoistamalla niitä merkkejä, mielikuvia ja käyttäytymistä, joita käytetään sosiaalisten ja esineellisten toimintojen ohjaamiseen tässä kontekstissa (20, 21). Kehityksemme perustuu siten siihen aineelliseen, sosiaaliseen ja kulttuuriseen ympäristöön, jossa elämme. Tämä on erityisen tärkeää pitää mielessä käsiteltäessä addiktioita, joiden tyypit ja esiintyvyys vaihtelevat niin suuresti sosiaalisten ryhmien, yhteiskuntien ja historiallisten ajanjaksojen välillä.

Addiktio nähdään tässä opittuna, välittömästi palkitsevana ja vähitellen pakonomaiseksi muodostuvana toistuvana käyttäytymismallina, jota yksilön on erityisen vaikea hallita tai lopettaa huolimatta sen tuottamista kiistattomista haitoista. Tälle asteelle kehittynyt riippuvuus voidaan parhaiten ymmärtää paitsi käyttäytymis- myös mielenterveyden häiriöksi, jonka aiheuttavat sosiaaliset, psykologiset ja neurobiologiset tekijät ja niiden vuorovaikutus. Filosofin Ian Hackingin (22) analyysi ”inhimillisten ominaisuuksien kehä- tai silmukkavaikutuksista” tarjoaa hyödyllisiä lähtökohdita näiden vuorovaikutusten tutkimiseen.

Hacking teki eron luonnon ilmiöiden ja sosiaalisten ilmiöiden välillä. Ensimmäiset (esim.

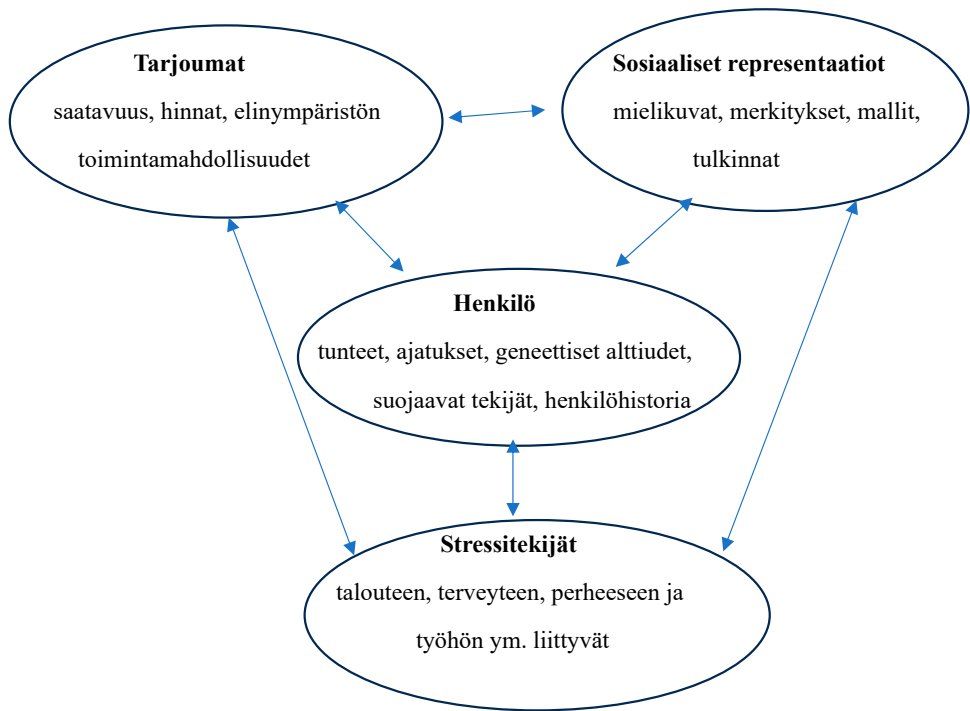
kvarkit, atomit, tähdet) eivät muutu mitenkään siitä, miten ne luokitellaan. Sosiaalisen maailman ilmiöillä on sen sijaan taipumus muuttua niitä koskevien luokittelutapojen seurauksena, ne ovat siten luonteeltaan ”interaktiivisia”. (22.) Esimerkiksi henkilön leimaaminen ”addiktiksi” voi saada hänet mukautumaan tähän nimikkeeseen, jolloin hän ehkä tiedostamattaan omaksuu tapoja, joilla muut suhtautuvat hänen «kaltaisiinsa» ihmisiin ja kokee siksi itsensä tähän kategoriaan kuuluvaksi. Tätä Hacking (22, ss.109-110) kutsuu ”luokittelukehäksi”. Silmukka kiertyy siinä sosiaalisista luokituksista ihmisen kokemuksiin, toimiin ja identiteetteihin, jotka puolestaan muuttavat hänen käyttäytymistään ja tapoja, joilla muut häneen suhtautuvat (23). Myös tieteelliset käsitteet, määritelmät ja diagnoosit, voivat muuttua ulkoisten ja sisäisten tekijöiden vaikutuksesta. Esimerkiksi sellaisten käsitteiden kuin ”mielenterveyshäiriö” tai ”riippuvuus” merkitys on kehittynyt ajan myötä muuttuneiden ulkoisten olosuhteiden, laajenevan tiedon ja käsitteellisten neuvottelujen tuloksena.

Toinen Hackingin (22, ss. 109–110) esittämä termi on ”biokehä tai -silmukka”. Sillä hän viittaa mielen ja kehon väliseen vuorovaikutukseen, kun muutokset ideoissamme muokkaavat fysiologisia tilojamme ja päinvastoin. Luokittelukehät ja biokehät eroavat toisistaan vain siinä, että biokehä on yksilön sisäinen prosessi, kun taas luokittelukehä perustuu yksilöiden väliselle kommunikaatiolle. Psykopatologioissa ne voivat kuitenkin myös ”toimia samanaikaisesti ja vahvistaa toinen toisiaan” (22, s.110).

Monenlaiset tekijät ja vuorovaikutukset osallistuvat riippuvuuksien ja addiktioiden kehitykseen. Keskityn tässä artikkelissa erityisesti sellaisiin kehävaikutuksiin, joilla on taipumus vahvistaa itseään ja tuottaa siten noidankehä. Suotuisissa olosuhteissa kehävaikutukset voivat toisaalta toimia myös vastakkaiseen suuntaan tuottaen siten ”enkelinkehä”.

KESEKESIMMÄT ADDIKTIOIHIN VAIKUTTAVAT BIOPSYKOSOSIAALISET TEKIJÄT

Olen seuraavaan koonnut ne mielestäni keskeisimmät psykososiaaliset tekijät tai tekijäryhmät (ks. Kuvio 1), jotka vaikuttavat yksilöiden ja ryhmien kokemuksen kautta addiktiiiviseen käyttäytymiseen. Nämä tekijät kuvaavat tapaa, jolla yksilö hahmottaa ja tulkitsee ympäristöään ja itseään.



Kuvio 1. Keskeisten toisiinsa vaikuttavien ulkoisten ja sisäisten tekijöiden vuorovaikutteiset suhteet addiktion muodostumisessa (57, s. 501)

Ensimmäinen niistä koostuu yksilön havaitsemien *tarjoumien eli affordanssien* (24) avaamista toimintamahdollisuuksista. Tarjoumiin vaikuttavat esim. päihteiden tuotanto ja saatavuus, yksilöiden koulutukselliset ja taloudelliset toimintamahdollisuudet, ympäristö- ja perheolosuhteet sekä kulttuuriset toimintamallit. Esimerkiksi varattomille avautuvia mahdollisuuksia ratkaista terveys- ja toimeentulo-ongelmiaan on olennaisesti vähemmän kuin varakkailta. Heillä on myös vähemmän varaa valita vapaa-ajan toimiaan. Myös nuorten itselleen mahdollisina pitämät toimintamuodot riippuvat heidän yhteiskunnallisesta asemastaan, asuinpaikastaan sekä nuorisokulttuurin ja toveripiirin malleista.

Toinen keskeinen tekijäryhmä koostuu yksilöiden tulkintoja suuntaavista *sosiaalisista representaatioista* eli sosiaalisessa vuorovaikutuksessa kiteytyneistä mielikuvista, jotka juontuvat median, mainosten, elokuvien ja oman vertaistyhmän malleista ja kokemuksista. Sosiaaliset representaatiot muodostuvat viestinnän kautta ankuroimalla uudet, mahdollisesti uhkaavat ilmiöt vallitsevaan luokittelujärjestelmään ja esineellis-

tämällä niitä konkreettisilla mielikuvilla. Ne edustavat ihmisten yhteisöllisesti jakamia käsityksiä itsestään ja maailmasta. (25.) Tällaisten kiteytyneiden mielikuvien lisäksi ihmisillä on myös monenlaisia vaihtelevia mielikuvia havaitsemistaan ihmisistä ja asioista (26).

Kolmannet keskeiset addiktioiden kehitykseen vaikuttavat seikat muodostuvat psyykkisiä paineita tuottavista *stressitekijöistä* (14). Tällaisia voivat olla esimerkiksi varhain koettu kaltoinkohtelu, sairaus, syrjintä tai kiusaaminen ja aikuisiällä työperäinen ylikuormitus, sosiaaliset, taloudelliset, perhe- ja terveysongelmat.

Yllä kuvatuttuihin pääryhmiin kuuluvat sosiokulttuuriset ilmiöt voivat vaikuttaa suoraan yksilön geneettisiin haavoittuvuuksiin, tunteisiin, ajatuksiin ja käyttäytymiseen. Mutta usein ne vaikuttavat myös toinen toisiinsa kietoutuneina. Esimerkiksi addiktiivisen käyttäytymisen kehitykseen vaikuttaa olennaisesti se, miten kukin kohdallaan tulkitsee elämänsä stressitekijöitä ja ympäristönsä tarjoumia sekä missä määrin hän joko omaksuu tai torjuu itseensä kohdistuvia negatiivisia leimoja.

Addiktioiden muodostumisessa pääasiallinen vaikutussuunta tapahtuu ulkoa sisään, mutta yksilöt ja ryhmät voivat omalla toiminnallaan myös muuttaa näitä ulkoisissa olosuhteissa havaitsemiaan mahdollisuuksia, mielikuvia ja stressin lähteitä. Monenlaiset tekijät ja vuorovaikutussuhteet osallistuvat siten riippuvuuksien kehitykseen. Seuraavassa keskityn erityisesti sellaisiin kehävaikutuksiin, joilla on taipumus vahvistaa itseään ja tuottaa tuhoisia noidankehäjä. Suotuisissa olosuhteissa nämä vuorovaikutukset voivat kuitenkin luoda edellytyksiä myös hyvän kiertelle eli ”enkelinkehille”.

SOSIAALISTEN TARJOUKSIEN VAIKUTUKSET RIIPPUVUUDEN MUODOSTUMISEEN

Sosiokulttuuriset olosuhteet vaikuttavat ratkaisevasti siihen, missä määrin ja millaisia addiktioita niiden piirissä kehkeytyy. ”Liialliseen mielihaluun” (19) vaikuttaviin sosiokulttuuriin olosuhteisiin sisältyy ensinnäkin rakenteellisia tekijöitä, kuten riippuvuutta aiheuttavien aineiden ja käyttäytymismallien laillinen ja laitton tuotanto, mainonta ja niiden myynti. Ne sisältävät myös taloudellisia, uskonnollisia ja kulttuurisia normeja, arvoja ja esikuvia, jotka suosivat tai torjuvat osallistumista tällaiseen käyttäytymiseen. Addiktivisten aineiden ja toimintojen runsaus, saatavuus ja hinta vaikuttavat keskeisesti niiden kysyntään. Ja päinvastoin, vaihtoehtoisten tuotteiden ja toimintamahdollisuuksien heikko saatavuus ja korkeat hinnat estävät tehokkaasti niiden käyttöä varsinkin varattomien keskuudessa. Sosiokulttuuriset tarjoumat vaikuttavat yksilöiden käyttäytymiseen etenkin niiden ryhmien kautta, joihin he kuuluvat tai joihin he samaistuvat. Joissakin yhteyksissä voidaan puhua myös ”ajan hengestä”, joka suosii yhdenlaista käyttäytymistä ja toisaalta torjuu jotain toista.

Sosiokulttuuriset tarjoumat vaikuttavat paitsi suoraan yksilöiden ja ryhmien haavoittuvuuksiin myös välillisesti nostamalla niiden stressitasoa. Vallan epätasa-arvo on näiden paineiden tärkeä yleinen lähde (27). Sosiaalisen tappiostressin on havaittu lisäävän kokaiinin ja alkoholin kulutusta monilla eläinlajeilla (28). Stressiin liittyvä taipumus turvautua psykoaktiivisiin aineisiin on yleistä myös ihmisten keskuudessa. Osattomuus, ulossulkeminen ja erilaiset rakenteellisen huonosuuden muodot tuottavat stressiä, joka altistaa riippuvuusikäytymiselle ja siitä koituille

haitoille paitsi yksilö- myös ryhmätasolla (29, 30). Samanaikaisesti ne voivat lisätä muitakin ongelmia, kuten ahdistuneisuutta ja korkeaa verenpainetta. Kun nämä keholliset häiriöt liittyvät riippuvuusikäytymiseen, yleinen seuraus erityisesti geneettisesti ja/tai kehityksellisesti haavoittuvilla yksilöillä on itseään vahvistava palautesilmukka, joka voimistaa näiden häiriöiden otetta. Sekä yksilöiden väliset että sisäiset kehävaikutukset edistävät tätä kehitystä.

Valaisevan esimerkin tarjoaa Yhdysvalloissa riehuva huume- ja lääkeriippuvuusepidemia. Sitä on selitetty taloudellisesti taantuviissa yhteisöissä havaitulla kasvavalla epätoivolla, joka on lisännyt kiinnostusta oloa nopeasti helpottaviin lääkkeisiin. Häikäilemätön lääkemarkkinointi on tarjonnut siihen omia ”ratkaisujaan”. Palkitsevien vaihtoehtojen puutteessa psykoaktiivisten aineiden helppo saatavuus on johtanut näissä yhteisöissä huumeiden ja lääkkeiden liikakäytön kautta riippuvuusepidemiaan ja sen myötä korkeaan kuolleisuuteen. (31.)

Toisenlainen vuorovaikutuskehä muuttuvien sosiokulttuuristen olosuhteiden ja niissä elävien ihmisten välillä näkyi päihdehäiriöiden valtavana lisääntymisenä toisen maailmansodan jälkeen syntyneessä sukupolvessa Yhdysvalloissa (32, ss. 32–35) ja muissakin länsimaissa. Koska sodanjälkeisen sukupolven geneettiset taipumukset tuskin poikkesivat aiempien sukupolvien vastaavista, tämä äkillinen päihdehäiriöiden nousu johtui todennäköisesti muutoksista sosiokulttuurisissa olosuhteissa ja päihdyttävien aineiden ja toimintojen saatavuudessa. Muissa psyykkisissä häiriöissä ajankohdasta riippuva vaihtelu onkin ollut huomattavasti vähäisempää. Yhteiskuntatieteilijät ovat selittäneet näitä olosuhdemuutoksia nuorisokulttuurin synnyllä, huumeiden lisääntyneellä medianäkyvyydellä (32), perinteiden murtumisella (33) ja vapaiden markkinoiden yhteiskunnissa koettuna henkilökohtaisena pirstoutumisena ja kulttuuristen juurien menettämisellä (34). Nämä dramaattiset sosiokulttuuriset muutokset ovat Alain Ehrenbergin (35) mukaan lisänneet voimattomuuden ja riittämättömyyden tunteita maailmassa, jossa ihanteena on yksilöllinen menestys. Masennus ja addiktio edustavat siten ”saman riittämättömyyden patologian kahta eri puolta”. Tätä riittämättömyyden patologiaa nuorille syöttävät nykyään myös sosiaalisen median mallit.

Kaikki nämä selitykset korostavat vuorovaikutusta yhteiskunnan nopeiden rakenteellisten ja kulttuuristen muutosten, ryhmäkäyttäytymisen ja näihin prosesseihin osallistuvien ihmisten psykologisten taipumusten välillä. Samalla kun ne ovat muuttaneet yksilöiden ja ryhmien yhteiskunnallisia asemia ja toimintamahdollisuuksia, myös heidän eri psykoaktiivisiin aineisiin liittämiensä merkitykset ovat muuttuneet yhdessä heidän kulutuskäyttäytymisensä kanssa. Kaikki tämä on tuottanut väliaikaisia tai pitkäkestoisia muutoksia kehon prosesseissa ja neurobiologiassa biosilmukoiden kautta lisäten taipumusta addiktiiviseen käyttäytymiseen.

SOSIAALISTEN REPRESENTAATIOIDEN JA MERKITYSPROSESSIN VÄLITTÄVÄT VAIKUTUKSET

Sosiokulttuurisen kehityksen myötä moniin nopeasti vaikuttaviin aineisiin ja toimintoihin liittyvät mielikuvatkin ovat muuttuneet. Tämä näkyy niissä sosiaalisissa representaatioissa, jotka joko kannustavat tai ehkäisevät addiktiivista käyttäytymistä. Esimerkiksi kannabiksen ja LSD:n kaltaiset uudet huumeet luokiteltiin 60-luvun nuorisokulttuurissa ”tietoisuutta laajentaviksi” ja rock-and-roll-musiikki välitti mielikuvia niiden vapauttavista ja tajuntaa räjäyttävistä vaikutuksista. Tämä herätti nuorten uteliaisuutta ja kokeiluhalua. Kysynnän kasvaessa myös huumeiden saatavuus lisääntyi huumeekaupan kasvun myötä tuottaen 1960-luvun huumeaallon. Näin representaatiot, joilla kuvaamme todellisuutta, suuntaavat myös niihin liittyvää toimintaa. Ajatuksemme ja mielikuvamme mahdollisista halun kohteista voivat siten muuttua jatkuvasti. Hackingin (22) sanoin ne ovat vuorovaikutteisia toisin kuin kvarkkien ja tähtien kaltaiset luonnonilmiöt, joita mitkään kuvaukset tai uudet luokittelut eivät muuta.

Yhteiskunnallisten olosuhteiden ja sosiaalisten luokitusten välistä vuorovaikutusta havainnollistavat myös muuttuneet mielikuvat heroïnista, jota nykyään pidetään yksilön kannalta kaikkein ”orjuuttavimpana” ja haitallisimpana päihteenä (36). Mikko Ylikangas on kuitenkin osoittanut, että lääkeheroïnin kulutus oli Suomessa vielä 1930-luvulla maailman korkeimpia ja viranomaiset puolsivat tätä tilannetta vetoamalla aineen alhaiseen hintaan ja tehokkuuteen yskän, tuberkuloosin ja muidenkin terveysongelmien hoidossa. Suuresta kulutuksesta huolimatta mer-

kittävää heroïnin väärinkäyttöaaltoa ei silloin ilmeisesti syntynyt. Morfiini oli paljon yleisempi päihde niillä harvoilla potilailla, joita Helsingissä hoidettiin huumeriippuvuuden takia. (37.)

Toisenlaisten ympäristöolosuhteiden, mielikuvien ja addiktiopotentialin vuorovaikutusta kuvaa se, että melkein jokainen viimeisten seitsemänkymmenen vuoden aikana ilmaantunut uusi huumeaalto näyttää virinnee kyseistä ainetta koskevista nuorille tarjotuista kiehtovista uusista mielikuvista ja elämäntavoista, esimerkkeinä 50-luvun jazzmuusikkoihin ja beatnikkeihin liittyvä heroïni, 60-luvun kukkainsanaan liittyvä kannabis ja LSD, sekä 90-luvun rave-sukupolven liitetyt klubihuumeet. Mielikuvilla ja luokituksilla on siis ilmeinen osuus ihmisten alttiudessa addiktiivisiin käyttäytymismalleihin.

Heroïnia koskevien sosiaalisten representaatioiden muutos toimivasta lääkkeestä tehokkaaksi yksilön sisäisen tilan muokkauskeinoksi on vaikuttanut voimakkaasti tämän aineen suosioon. Se lisäsi kyseisen aineen houkuttelevuutta kapinallisille ja uusia vaihtoehtoja etsiville nuorille. Toisaalta se herätti pelkoa varovaisemmissa nuorissa, joilla oli enemmän menetettävää heroïnin käytöstä. Osalle käytön aloittaneista sen merkitys kehittyi kulutuksen lisääntyessä vahvaksi henkilökohtaiseksi vakaumukseksi siitä, että on mahdotonta elää ilman heroïnia. Samoin Bubrenorfinia pidettiin aluksi erinomaisena opiaattiriippuvaisten vieroituskeinona, kunnes käyttäjät keksivät pistoskäytön tehokkaammat psyykkiset vaikutukset ja jäivät siten entistä tiukempaan päihderiippuvuuteen.

Sosiaaliset ja henkilökohtaiset mielikuvat, joita ihmiset liittävät nopeasti palkitseviin aineisiin ja käyttäytymismalleihin, esittävät siten keskeistä välittäjäroolia addiktioiden muodostumisessa. Samanaikaisesti biosilmukan kautta ne vaikuttavat tapaan, jolla heidän aivonsa aktivoituvat ja muodostavat uusia kytkentöjä, mikä johtaa uusiin käyttäytymismalleihin. Sosiaalisen ja kulttuurisen neurotieteen uusi tutkimus hylkääkin perinteisen näkemyksen aivoista kiinteän rakenteen ja kapasiteetin omaavana laitteistona ja korostaa pikemminkin aivojen plastisuutta ja uusien synapsien syntyä (38, 39). Se osoittaa, että kaikinainen toistuva altistuminen tietynlaisille kulttuurisille oppimiskokemuksille olipa kyse sitten uuden kielen tai jongleerauksen oppiminen tai uusien instrumenttien soittaminen (40), tuottaa

vastaavia muutoksia aivoissa, alkaen geenien aktivoitumisen vaikutuksista hermorakenteeseen ja toimintaan aina aivojen arkkitehtuuriin saakka.

Ei siis ihme, että myös päihteiden väärinkäyttäjien aivoja koskevissa neurologisissa tutkimuksissa näkyy muutoksia verrattuna ei-käyttäjiin (4). Näihin kuuluu esimerkiksi palkkiojärjestelmän epäherkistyminen, mikä vähentää mielihyvän tunteita ja motivaatiota hoitaa jokapäiväisiä toimia. Myös päätöksentekoon, ehkäisevään kontrolliin ja itsesäätelyyn osallistuvat aivoprosessit heikkenevät. Osa muutoksista on väliaikaisia, toiset taas kestävämpiä riippuen mm. muodostuneen addiktion voimakkuudesta ja kestosta. Näiden aivomuutosten kyky rajoittaa addiktiivisen käyttäytymisen hallintaa on merkittävä, mutta ei ylipääsemätön.

Leimautuminen tarjoaa toisen tyyppisen esimerkin merkitysprosessien osuudesta yksilöllisen addiktioalttiuden muodostumiselle. Esimerkiksi levottomat tai muuten poikkeavat lapset nousevat usein silmätkuiksi jo alaluokilla. Leimaamisen kohteilla on taipumus sisäistää hylkäämisenä ja oppia tunnistamaan itsensä poikkeavaksi. Ulkopuolisuuden ja torjunnan tunteet lisäävät negatiivisia tunteita kuten masennusta, mikä välittyy etenkin tytöillä myöhempään päihteiden väärinkäyttöön (41). Pojilla ne provosoivat usein uhmakkuutta ja vertaisten seuran etsimistä, esimerkiksi käyttämällä huumeita tai osallistumalla muihin haitallisiin toimintamuotoihin (42). Niitä seuraava sosiaalinen torjunta vahvistaa poikkeavuutta ja tiivistää näiden nuorten siteitä päihteitä käyttävään ja usein myös rikolliseen alakulttuuriin.

Vahvimmin leimautunut ryhmä muodostuu usein kodittomista huumeidenkäyttäjistä. Sen osoitti tutkimus, jossa opiskelijoille esitettiin kuvia eri ryhmiin kuuluvista ihmisistä (43). Näiden opiskelijoiden aivojen funktionaalisista magneettisista resonanssikuvista kävi ilmi, että he pitivät kodittomia huumeidenkäyttäjiä vähemmän kuin ihmisinä. Näihin huumeidenkäyttäjiin kohdistuva julkinen halveksunta ja pelko saa heidät välttämään muita ihmisiä ja työtilaisuuksia vähentäen heidän mahdollisuuksiaan rakentavampaan elämäntyyliin. (43). Luokittelukehien lisäksi myös biokehät voivat heikentää heidän fyysistä kuntoaan, esimerkiksi masennuksen aiheuttaman passivoitumisen takia. Erilaiset kehävaikutukset vahvistavat siten toinen toisiaan.

STRESSITEKIJÖIDEN OSUUS RIIPPUVUUKSIEN MUODOSTUMISESSA

Lapsuuden traumat ja stressit muovaavat bio- ja luokittelukehien muodossa yksilön aivotoimintaa heikentämällä mm. endorfiinin tuottaman aloitteellisuuden ja motivaation normaalia kehitystä (44). Esimerkiksi hoivan puutteen ja lasten kaltoinkohtelun on havaittu vähentävän heidän aivoissaan dopamiinin, serotoniinin ja oksitosiinin kaltaisia hermoston välittäjäaineita. Samantyyppisiä muutoksia on todettu myös nelikuisilla apinoilla, joilla vain 6 päivän ero emosta heikensi näiden tärkeiden välittäjäaineiden tuotantoa aivoissa. Vaille sosioemotionaalista stimulaatiota lapsuudessa jääneiden eläinten on myös osoitettu nauttivan innokkaammin kokaiinia niiden aikuistuttua. (44.) Muutkin stressaavat kokemukset, kuten insesti ja raiskaukset, voivat heikentää ratkaisevasti uhrin minäkuvaa ja aiheuttaa masennusta, päihteiden väärinkäyttöä ja itsemurhayrityksiä (45).

Huumeaddikteja koskevat tutkimukset ovat osoittaneet varhaisten traumojen poikkeuksellisen yleisyyden tässä ryhmässä. Esimerkiksi haitallisia lapsuuskokemuksia koskevassa amerikkalaisessa tutkimuksessa henkilöillä, joilla oli enemmän kuin viisi fyysistä, seksuaalista tai emotionaalista lapsuuden traumakokemusta, oli 7-10 kertainen riski tulla huumeiden väärinkäyttäjäksi (46).

Moni nuori jää nykyään koukkuun myös sähköiseen mediaan. Savolainen ym. (47) osoittivat, että niin Suomessa, Yhdysvalloissa kuin Etelä-Koreassakin nuorten kokema yksinäisyys kytkeytyi erityisesti nettiriippuvuuteen.

Aikuisilla monenlaiset parisuhteeseen, sukupuoli-identiteettiin, terveyteen, toimeentuloon ja työhön liittyvät ongelmat tuottavat usein pitkäaikaista stressiä. Kun näitä stressitiloja pyritään laukaisemaan päihdyttävillä aineilla tai toimintamuodoilla kuten rahapeleillä, syntyy helposti addiktio, joka erilaisten luokittelu- ja biokehien kautta muokkaa myös heidän aivoprosessejaan. Myös Denny Borsboomin (47) verkostonäkökulman mukaan erilaisten mielen terveysthäiriöiden oireet voivat muodostaa keskinäisiä palautesilmukoita, mikä johtaa niiden pitkittyneeseen aktivoitumiskierteeseen. Tyyppillistä on esimerkiksi masennuksen tai ahdistuksen ja riippuvuusongelmien yhteen kietoutuminen, mikä vaikeuttaa niistä toipumista.

YKSILÖKOHTAISET ALTTIUEDET JA SUOJAAVAT TEKIJÄT

Kuitenkin vain vähemmistö niistä, jotka kokeilevat tai käyttävät päihdyttäviä aineita tai harrastavat muita riippuvuutta tuottavia toimintoja, tulevat niistä vakavasti riippuvaisiksi. Asiaan vaikuttavat nimittäin monenlaiset sekä perinnölliset että sosiaaliset, henkilö- ja tilannetekijät, joista monet ovat myös suojaavia (48). Esimerkiksi mitä myöhemmin pähteiden käyttö alkaa, sitä vähäisempi on taipumus addiktoitua. Ulkoisilla ja sisäisillä rajoitteillakin on merkitystä. Ulkoiset rajoitteet viittaavat muodolliseen ja epäviralliseen kontrolliin esimerkiksi uskonnollisista, kulttuurisista ja muista ryhmäsidonnoisuuksiin liittyvistä syistä. Myös raittiiden ystävien ja perheenjäsenien esimerkki samoin kuin addiktiivisen toiminnan tuottamat menetykset toimivat pidäkkeinä. Sisäiset rajoitteet viittaavat esimerkiksi vähäiseen geneettiseen addiktioalttiuteen, raittiutta tukeviin aktiviteetteihin ja ystäväpiiriin sekä oman käyttäytymisen vahvempaan hallintaan ja haluttomuuteen satuttaa läheisiä (19).

Yksilön luonteenominaisuuksillakin on väliä. Yleinen psykologinen taipumus suosia pienempiä, välittömiä palkintoja suurempienviiveellä tulevien palkkioiden sijaan kärjistyy impulsiivisissa yksilöissä, mikä altistaa heitä riippuvuutta aiheuttavien aineiden ja käyttäytymisten tuottamalle välittömälle tyydytykselle (49). Voimakas uutuudenviehätys on toinen merkittävä riskitekijä varhaiselle huumeiden käytön aloittamiselle, pakonomaisen käytön kehitykselle ja taipumukseksi tilan uusiutumiseen (50).

Koska kokemus addiktiivisen toiminnan tuottamasta erityisestä mielihyvästä (fix) on välttämätön edellytys riippuvuuden kehittymiselle, sekä ympäristö- että geneettiset erityispiirteet tässä mielihyvän kokemisessa tarjoavat lisäsyitä yksilöiden eroille haavoittuvuudessa (51, 52). Ratkaiseva tekijä tässä yhtälössä on *aiheen tai käyttäytymisen henkilökohtainen merkitys. Jos se mielletään ainoaksi saatavilla olevaksi keinoksi hyvän tai edes siedettävän tilan saavuttamiseen, tie vaikeaan riippuvuuteen on taattu.*

RIIPPUVUUDEN ANSA

Vaikka muutokset riippuvuuksien esiintyvyydessä ja muodoissa eri väestö- ja ihmisryhmissä saattavat alun alkaen muotoutua ensisijaisesti luokittelukehien kautta, kehon ja mielen välinen vuorovaikutus tulee yhä tärkeämmäksi tekijäksi addiktoiden kehityksessä.

Riippuvuuskäyttäytymisen oppiminen perustuu tapojen muodostumiseen. Oppiminen alkaa siitä, että valittua käyttäytymismallia vahvistaa mielihyvää tuottava dopamiiniryöppy aivoissa, mikä kutsuu toistamaan kokemuksen. Kun alkuperäinen kiinnostus palkitsevaan aineeseen tai käyttäytymiseen on syntynyt, dopamiinia alkaa vapautua jo niitä edeltävistä vihjeistä, jotka luovat organismissa innokasta palkkion odotusta (53). Näiden sisäisten ja ulkoisten vihjeiden sopiva yhdistelmä, esimerkiksi viikonlopun lähestyminen väsyneelle työntekijälle, virittää hänet havaitsemaan, tuntemaan ja toimimaan halunsa mukaisesti. Addiktiivinen toiminta tuottaa aluksi mielihyvää, mutta toiminnan toistuessa sen palkitsevuus muuttuu yhä lyhytaikaisemmaksi. Negatiiviset seuraukset alkavat samalla kasautua hallinnan menetyksien, onnettomuuksien ja terveysongelmien muodossa. Usein nämä käytön kustannukset kuitenkin torjutaan, jotta mielihyvää tuottava kokemus voitaisiin toistaa. Näin siis lyhytnäköinen käsitys ratkaisusta johtaa toimintaan, joka pyrkiessään häiriön korjaamiseen ylläpitää tai vahvistaa sitä. Tuloksena on noidankehä, josta ei näytä olevan ulospääsyä. Brittiläisen psykiatrin Anthony Rylen ehdottama ”ansan” käsite kuvaa tällaista kehämäistä, itseään ylläpitävää häiriötä henkilön toiminnan rakenteessa. Vastaavanlaiset ansat ovat tyypillisiä myös neurooseissa (esim. depressioissa, fobioissa tai pakko-oireisissa) ja luonnepatologioissa. (54.)

Yliopitut tavat ja voimakas alttius addiktiivisen toiminnan vihjeille sabotoivat myös yrityksiä kontrolloida kyseistä toimintaa tai päästä siitä eroon (55). Taipumus valita mieluummin pienempiä välittömiä kuin myöhempiä suuria palkkioita heikentyneen reagoinnin hallinnan ohella vaarantaa muutospyrkimyksiä. Henkilön vääristyneet tarpeisiin liittyvät uskomukset asettavat lisäesteitä muutokselle. Amerikkalainen neurologi Mark Lewis havainnollistaa tätä hienosti kirjassaan ”Memoirs of an addicted brain” kuvaamalla, kuinka tietty huume lopulta tiivistyi hänen ”lämmön, turvallisuuden, vapauden ja omavaraisuuden tarpeidensa monoliittiseksi symbolikseen”. Siitä tuli niin arvokas, että eläminen ilman sitä tuntui mahdottomalta. (56, s. 305.) Monille riippuvuutta aiheuttava aine tai käyttäytyminen ei siis ole ongelma vaan ”ratkaisu” heidän ”todellisiin” ongelmiinsa. Kyseistä toimintaa tukevat ulkoiset olosuhteet ja ihmissuhteet

voivat aiheuttaa vielä lisäesteitä ja pidäkkeitä muutokselle. Riippuvuuskäyttäytymiseen liittyvästä sosiaalisesta verkostosta irtautuminen ei ole helppo tehtävä.

Addiktion noidankehä perustuu siten sosio-kulttuuristen, psykologisten ja neurobiologisten prosessien välisiin itseään vahvistaviin kehä- tai silmukkavaikutuksiin. Niitä voimistavat myös negatiiviset yksilöiden väliset kehävaikutukset, esimerkiksi sosiaaliset konfliktit, yksilöiden negatiivinen leimautuminen ja niiden tuottamat mielenterveysongelmat. Näin syntyneessä umpikujassa yritykset vapautua siitä tuottavat usein uusia vastoinkäymisiä. Sekä liiallisen mielihalun muodostuminen että sen ylläpitäminen perustuvat siten monimutkaiseen ja usein ketjuuntuviin vuorovaikutuskehiin sosiaalisten, psykologisten ja neurobiologisten prosessien välillä. Pelkästään lääkkeillä tällainen ongelma harvoin ratkeaa.

KEHÄN MURTAMINEN

Henkilöt, jotka eivät itse pääse irti addiktioista, tarvitsevat tavallisesti jonkinlaista tuki- tai hoitosuhdetta. Tässä artikkelissa esittämäni jäsenyyttä (ks. Kuvio 1) voi käyttää apuna tilanteen kartoituksessa ja korjaamisessa. Tällöin on ensinnäkin syytä selvittää, mikä on kyseisen henkilön elämäntilanne ja sen tarjoamat mahdollisuusrakenteet. Miten hän viettää päivänsä? Onko hänellä asuntoa, työtä tai muuta toimeentulotukea? Entä perhetilanne ja ystäväpiiri? Näihin elämäntilannetekijöihin on usein tärkeää löytää ratkaisuja ja vaihtoehtoja, jotta asianomaisen energiaa riittäisi riippuvuuskäyttäytymisen muuttamiseen ja parempien toimintamallien omaksumiseen. Tutkimukset ovat toistuvasti osoittaneet, että etenkin ympäristön ja sosiaalisten suhteiden muutokset sekä erilaiset korvaavat toiminnot auttavat irtautumaan addiktiota ylläpitävistä ihmissuhteista, ympäristöistä ja toimintatavoista (58).

Toiseksi on tärkeää tutkia hänen elämänsä stressitekijöitä (esimerkiksi mielenterveys- ja perheongelmat, yksinäisyys, sairaudet ym.). Moni voi tarvita tukea tällaisten akuuttien ongelmien korjaamiseen pystyäkseen paneutumaan riippuvuuskäyttäytymisen suitsemiseen. Sosiaalinen tuki kannustavan läheisen ja itsehoitoryhmien muodossa lievittää ja poistaa tällaisia paineita (59). Toisaalta addiktiivisen toiminnan lopettaminen näyttää myös itsessään parantavan toipuvien elämäntilannetta. Jos stressi, ahdistus tai masennus

kuitenkin juontuu varhaisista traumaista, tarvitaan mielenterveysalan erityisasiantuntemusta ja ehkä myös lääkitystä.

Kolmanneksi on tarpeen tutkia asiakkaan mielikuvia sekä itsestään että riippuvuutta aiheuttavan aineen tai käyttäytymisen vaikutuksista. Kokeeko hän ne itselleen täysin välttämättömiksi, vai onko tilanteita, joissa hän voisi toimia toisin? Onko hänellä oikeaa tietoa addiktiivisista aineista ja käyttäytymisestä sekä niiden biopsykososiaalisista vaikutuksista? Entä millaisena ihmisenä hän itsensä näkee? Mieltääkö hän itsensä ”tuomitukseksi tapaukseksi” joko perinnöllisistä syistä tai ympäristön häneen istuttamien uskomusten takia? Tällaisten omaa identiteettiä koskevien kielteisten mielikuvien haastaminen on välttämätöntä, jotta hän voisi omaksua itsestään rakentavamman mielikuvan toipuvana tai ex-addiktina. Tukihenkilön tai vertaisten kannustus, malli, kokemukset ja havainnot ovat tässä avuksi.

Lisäksi on syytä tähdentää, että vaikka kyvyttömyys hallita pakonomaiseksi koettua tapaa on riippuvuuden keskeinen piirre, vakavastikin addiktoituneet henkilöt ovat onnistuneet toipumaan joko hoidon avulla tai ilman sitä. Hyvän esimerkin omaehtoisesta toipumisesta tarjoaa tutkimus Vietnamin taistelleista amerikkalaisista sotilasta. Monille heistä muodostui sodan aikana opiaattiriippuvuus, mutta palattuaan Yhdysvaltoihin valtaosa heistä onnistui odotusten vastaisesti vapautumaan siitä ilman hoitoa (60). Ympäristöolosuhteiden ja elämäntilanteen radikaali muutos esitti ilmeisesti ratkaisevaa osaa heidän toipumisessaan. Suuret amerikkalaiset ja brittiläiset kohorttitutkimukset ovat nekin osoittaneet, että useimmat kerran alkoholi- tai huumeriippuvuuden kriteerit täyttäneistä henkilöistä, ovat onnistuneet vapautumaan riippuvuudesta myös omin päin (32, 61).

Psykologit ovat kehittäneet monenlaisia tutkimusnäyttöön perustuvia menetelmiä addiktio-ongelmien arviointiin ja hoitoon. Erilaisia nettipohjaisia itsearviointitestejä ja verkko-ohjelmia löytyy mm. A-klinikkasäätiön ylläpitämän Päihdelinkin (www.paihdelinkki.fi) sivuilta. Kansainvälisissä tutkimuksissa toimivaksi todettuja ovat esimerkiksi Minnesotamallille ja vertaistuelle, yhteisövahvistukselle, motivoivalle haastattelulle, seurauksien hallinnalle ja kognitiivisen käyttäytymisterapialle perustuvat hoitomenetelmät (62).

Project Matchin 3-vuotis seurannassa AA-pohjaiseen pitkäaikaiseen vertaistukeen osallistuneilla alkoholiriippuvaisilla osanottajilla täysraittiiden osuus nousi korkeammaksi kuin motivoivaan haastatteluun ja kognitiiviseen terapiaan perustuviin lyhytohjelmiin osallistuneilla, vaikka vuoden seurannassa tulokset olivat yhtä hyviä (63).

Riippuvuudestaan irtautuneet muistavat usein tietyn tapahtuman elämänpolullaan, joka edesauttoi heidän muutostaan (64). Tutkimuksessa, johon osallistui 76 aiemmin eri riippuvuudesta kärsinyttä henkilöä, kolme neljäsosaa pystyi kertomaan jostain ikimuistoisesta emotionaalista tai kognitiivisesta kokemuksesta, jonka he mielsivät käännekohtaksi heidän toipumiselleen. Ne sisälsivät ”pohjanoteerauksia”, pelkoreaktioita, riippuvuuden oivaltamista, tienrysteyskokemuksia, ”carpe diem” -hetkiä, hengellisiä ja muita toivoa herättäviä kokemuksia. Näissä tilanteissa henkilön yliopitut itseä koskevat mielikuvat näyttivät törmäävän johonkin syvästi henkilökohtaiseen uuteen näkökulmaan, joka auttoi heitä arvioimaan uudella tavalla itseään ja omaa elämäänsä. Jotkut haastateltavista totesivat, että heidän halunsa jatkaa addiktiivista käyttäytymistä katosi täysin tällaisen kokemuksen jälkeen. Mitään aivosairautta ei paranneta näin. Silti suurin osa tutkittavista katsoi onnistumisensa johtuneen myös saamastaan sosiaalisesta tuesta toipumiselle. (65.) Samansuuntaisia tuloksia on saatu myös muista tutkimuksista (66-67).

Hoitoalan ihmiset, toipumisryhmät sekä muut raittiutta tukevat läheiset ja ystävät voivat tarjota tällaista tukea puuttamalla loukkua ylläpitäviin välittömiin tilannetekijöihin. He voivat auttaa toipujaa tunnistamaan vihjeitä, jotka laukaisevat hänen käyttöhalujaan, haastamaan toimimattomia uskomuksia sekä helpottaa tuhoisien tapojen korvaamista paremmilla. He voivat myös auttaa löytämään uusia merkityksen lähteitä ja rohkaista riippuvaisia yksilöitä uskomaan kykyynsä muuttua. Pystyvyyduskomukset kuuluvat tunnetusti parhaisiin todellisen muutoksen ennustajiin (68, 69). Tukihenkilöiltä voi saada apua myös retkahdusten jälkeen ja palkintoja vaihtoehtoisesta käyttäytymisestä.

Addiktioista vapautuminen voi olla pitkä ja hankala taival, mutta sen tuottamien terveyshyötyjen, sosiaalisten suhteiden ja elämännäkymien paranemisen vuoksi sen arvo kasvaa. Nämä

rohkaisevat kehityskulut luovat positiivisia takaisinkytkentöjä, jotka tekevät muutoksesta vaakaamman ja auttavat henkilöä luomaan itselleen raittiin minäkuvan.

Positiivisten käyttäytymismuutosten vaikutukset näkyvät myös toipuvien yksilöiden aivoprosesseissa. Esimerkiksi raittiina pysyneiden alkoholi- ja marihuanariippuvaisten nuorten kognitiossa sekä aivojen rakenteessa ja toiminnassa on havaittu kohenemista (70). Itsetutkiskeluun osallistuvilla aivoalueiden positiivisten muutosten on todettu ennustavan parempia hoitotuloksia (71). Ja vaikka vuosien huumeidenkäyttö vähentää harmaan aineen määrää käyttäytymisen hallinnan kannalta kriittisillä aivoalueilla, pysyvämmin toipuneilla on todettu harmaan aineen kasvua itsetarkkailun ja itsehillinnan kannalta merkityksellisillä aivoalueilla. Kokaiiniriippuvaisilla, jotka olivat pysyneet raittiina 35 viikkoa, harmaan aineen määrä jopa ylitti harmaan aineen normaalitason (72). Tällaiset neuraaliset muutokset rakentuvat psyykkisten toimintojen ja aivorakenteiden välisille positiivisille biokehille. Kun ihminen saa tuntumaa yhteenkin hyvään asiaan, uusia ilmaantuu usein sen seurauksena.

Riippuvuuden ansasta vapautumista edesauttavat myös positiiviset luokittelukehät. Pysyvimpiä muutoksia tuottavat usein identiteettimuutokset. Esimerkiksi itsensä mieltäminen ”ex-tupakoitsijaksi” eikä ”tupakoitsijaksi” ennusti menestystä tupakoinnin lopettamisessa puolta vuotta myöhemmin (73). Samoin ”toipuvan addiktiin” tai ”entisen addiktiin” identiteetin omaksuminen ennusti paremmin hyviä hoitotuloksia kuin pitäytyminen ”addiktiin” identiteetissä (74, 75). Mielikuva itsestä auttajana edisti sekin toipumisen todennäköisyyttä. Muiden tukeminen voimaannutti auttajia ja tämä minäkuvan muutos myötävaikutti heidän raitistumiseensa (76).

Erilaisilla elämäntarina- tai kerrontamenetelmillä tuetaan usein toipumista riippuvuuksista. Entisten addiktien kertomukset osoittavat, että toimijuuden (agency) ja yhteisyyden teemat luonnehtivat toipuvien ihmisten identiteettiä (77). Toimijuus viittaa henkilön uskomuksiin ja kykyyn toimia omien tavoitteiden mukaisesti ja yhteisyys tarkoittaa yhteyttä muihin ihmisiin. Rowlandsin, Youngsin ja Canterin tutkimuksessa entiset päihteiden väärinkäyttäjät, joiden elämäntarinoissa ja testituloksissa esiintyivät nämä molemmat teemat, osoittautuivat kuntoutustu-

loksiltaan ja muuttuneiden identiteettiprofilien-
sa suhteen parhaiksi, kun taas vain yhtä teemaa
ilmaisseiden identiteetti oli muuttunut vain osit-
tain ja heidän toipumisensa oli epätäydellistä.
Lopulta ne, joiden tarinoissa ei ollut kumpaa-
kaan teemaa, eivät olleet päässeet eroon riippu-
vuuskäyttäytymisestään. (78.)

JOHTOPÄÄTÖKSIÄ

Ihmisten sopeutuminen ja selviytyminen perus-
tuvat vuorovaikutukseen sosiaalisen ja fyysisen
ympäristömme kanssa. Pääosaa tässä vuorovai-
kutuksessa edustavat ensinnäkin ne toiminta-
mahdollisuudet, joita ympäristö kullekin ihmisel-
le tarjoaa, toiseksi ne mielikuvat, joita liitämme
itseemme ja riippuvuutta tuottaviin aineisiin ja
toimintoihin sekä kolmanneksi ne stressin aiheet,
joihin ihmiset helposti hakevat nopeita ratkaisuja.
Kun nämä tekijät vaikuttavat yhdessä tai erikseen
epäsuotuisasti yksilön geneettisiin, emotionaali-
siin ja kognitiivisiin haavoittuvuuksiin, seurauk-
sena on usein addiktio tai jokin muu mielen-
terveyden häiriö. Tällä hetkellä trendikäs huomion
kiinnittäminen vain aivoihin on siten liian ahdas
pystyäkseen tavoittamaan addiktiivisen käyttäy-
tymisen perussyitä ja prosesseja.

Apua ei myöskään löydy vain listaamalla
kaikki mahdolliset tekijät, jotka aiheuttavat ad-
diktiiivista käyttäytymistä tai edistävät toipumista,
yrittämättä tutkia niiden keskinäisiä yhteyksiä.
Keskittymällä silmukkavaikutuksiin näiden
erilaisten riippuvuuskäyttäytymiseen vaikuttavien
seikkojen välillä yritin tässä artikkelissa
osoittaa, kuinka eri ilmiötasot - sosiokulttuuriset,
psykologiset ja biologiset – vaikuttavat toinen
toisiinsa sekä sitä kautta riippuvuusongelmien
muodostumiseen että niistä vapautumiseen.

LÄHTEET

- (1) West R, Marsden J, Hastings J. Addiction Theories and Constructs: A new series. *Addiction* 2019;114:995–996.
- (2) Leshner. Addiction is a brain disease, and it matters. *Science* 1997;278(5335):45–47.
- (3) Volkow N, Wang G-J, Fowler J ym. Addiction circuitry in the human brain. *Annu Rev Pharmacol Toxicol* 2012; 52:321–336. <https://doi.org/10.1146/annurev-pharmtox-010611-134625>
- (4) Volkow ND, Koob GF & McLellan AT. Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *N Engl J Med* 2016;374:363–371. doi: 10.1056/NEJMra1511480

- (5) Heilig M, Epstein DH, Nader MA ym. Time to connect. Bringing social context into addiction neuroscience. *Nat Rev Neurosci* 2016;17:592–599.
- (6) Wiens TK & Walker LJ. The chronic disease concept of addiction: Helpful or harmful? *Addict Res Theory* 2015;23:309–321. <https://doi.org/10.3109/16066359.2014.987760>
- (7) Loughman A & Haslam N. Neuroscientific explanations and stigma of mental disorder: a meta-analytic study. *Cogn Res Princ Implic* 2018;3:43. <https://doi.org/10.1186/s41235-018-0136-1>
- (8) Lewis M. Brain disease in addiction as learning, not disease. *NEJM AI* 2018;379:1551–1560. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1602872>
- (9) Kalant H. What neurobiology cannot tell us about addiction. *Addiction* 2010;105:780–789. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02739.x>
- (10) West R. Theory of addiction. Oxford, UK: Blackwell Publishing; 2006.
- (11) Marlatt G A Substance abuse: Implications of a biopsychosocial model for prevention, treatment, and relapse prevention. Kirjassa Grabowski J & VandenBos GR (toim.) Master lectures in psychology. Psychopharmacology: Basic mechanisms and applied interventions. American Psychological Association; 1992, 131–162. <https://doi.org/10.1037/10114-004>
- (12) Goffman E. Stigma. Notes on the management of spoiled identity. London: Penguin;1963.
- (13) Weinberg D. Sociological Perspectives on Addiction. *Sociol Compass* 2011;5:298–310, <https://doi.org/10.1111/j.1751-9020.2011.00363.x>
- (14) Merton R. Social Structure and Anomie. *Am Sociol Rev* 1938;3:672–82.
- (15) Engel GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science* 1977;196:126–129.
- (16) Ghaemi SN. The rise and fall of the biopsychosocial model. *BJPsych* 2009;195:3–4. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.063859>.
- (17) Benning TB. Limitations of the biopsychosocial model in psychiatry. *Adv Med Educ Pract* 2015;6:347–52. <https://doi.org/10.2147/AMEPS82937>
- (18) Haslam SA, Haslam C, Jetten J ym. Group life shapes the psychology and biology of health: The case for a sociopsychobio model. *Soc Personal Psychol Compass* 2019;13:8. <https://doi.org/10.1111/spc3.12490>
- (19) Orford J. Excessive appetites: a psychological view on addictions. (Second ed.). Chichester, UK: John Wiley and Sons, Ltd; 2001
- (20) Mead GH. Mind, Self and Society: From the Standpoint of a Social Behaviorist. Chicago, MN: University of Chicago Press; 1934. <https://doi.org/10.1177%2F000271623517900175>
- (21) Vygotsky L S. Mind in society: The development of higher psychological processes. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1987. (Alkuperäinen käsikirjoitus n. 1930–1933).

- (22) Hacking I. *The social construction of what?* Cambridge, MA: Harvard University Press; 1999.
- (23) Seligman R. Mind, body, brain, and the conditions of meaning. *Ethos* 2018;46:397–417. <https://doi.org/10.1111/etho.12207>
- (24) Gibson JJ. Teoria tarjoumista. *Psykologia* 1976;3: Liite 4–23) Suom. T. Järvilehto.
- (25) Moscovici S. The phenomenon of social representations. In Robert M. Farr and Serge Moscovici (Eds.) *Social representations* (pp. 3–69). Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1984.
- (26) Boulding KE. *The Image: knowledge in life and society*. University of Michigan Press, 1961.
- (27) Orford J. *Power, powerlessness, and addiction*. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2013.
- (28) Newman EL, Leonard MZ, Arena DT ym. Social defeat stress and escalation of cocaine and alcohol consumption: Focus on CRF. *Neurobiol Stress* 2018; 9:151–165. DOI: 10.1016/j.ynstr.2018.09.007
- (29) Mäkelä P. Alcohol-related mortality as a function of socioeconomic status. *Addiction* 1999;94:876–86. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1999.94686710.x>
- (30) Acker CJ. How crack found a niche in the American ghetto: The historical epidemiology of drug-related harm. *BioSocieties* 2010;5:70–88. <https://doi.org/10.1057/biosoc.2009.1>
- (31) Rudd R A, Aleshire N, Zibbell JE ym. Increases in drug and opioid overdose deaths, United States, 2000–2014. *Am J Transplant* 2016;16:1323– 1327. <https://doi.org/10.1111/ajt.13776>
- (32) Heyman GM. *Addiction, a disorder of choice*. Harvard, MA: Harvard University Press, 2009.
- (33) Giddens A. *Modernity and self-identity*. Stanford CA, Stanford University Press, 1991.
- (34) Alexander BK. *The Globalisation of Addiction: A study in Poverty of the Spirit*. Oxford: Oxford University Press, 2008.
- (35) Ehrenberg A. *The weariness of the Self. Diagnosing the history of depression in the contemporary age*. McGill-Queen's University Press, 2009.
- (36) Nut, D, King LA, Phillips L. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *Lancet* 2010;376:1558–1565. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61462-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61462-6)
- (37) Ylikangas M. Unileipää, kuolonvettä, spiidiä. *Huumeet Suomessa 1800–1950*. Jyväskylä:Atena, 2009.
- (38) Chiao JY (toim.) *Cultural neuroscience: Cultural influences on brain function*. Progress in Brain Research, Amsterdam: Elsevier Press, 2009.
- (39) Kolstad A. How culture shapes mind, neurobiology, and behavior. *Br J Educ Soc & Beh Sci* 2015;6:255–274. <https://doi.org/10.9734/BJESBS/2015/13241>
- (40) Draganski B, Gaser C, Busch V. ym. Changes in grey matter induced by training. *Nature* 2004;427:311–312. <https://doi.org/10.1038/427311a>
- (41) Luk JW, Wang J, Simons-Morton BG. Bullying Victimization and Substance Use Among U.S. Adolescents: Mediation by Depression. *Prev Sci* 2010;11:355–359. <https://doi.org/10.1007/s11212-010-0179-0>
- (42) Matthews S, Dwyer R & Snock A. Stigma and self-stigma in addiction. *J Bioeth Inq* 2017;14:275–286. <https://doi.org/10.1007/s11673-017-9784-y>
- (43) Harris LT & Fiske S. Dehumanizing the Lowest of the Low: Neuroimaging Responses to Extreme Out-Groups. *Psychol Sci* 2006;17:847–853. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2006.01793.x>
- (44) Maté G. Beyond the medical model. *Addiction as a response to trauma and stress*. Kirjassa: Heather N, Best D, Kawalek A, ym. (toim.) *Challenging the brain disease model of addiction: European launch of the addiction theory network*. London: Routledge; 2022,431–444. Doi: 10.4324/9781003032762-42
- (45) Briere JN, & Elliott DM. Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. *J Sex Abus Child* 1994;4:54–69. <https://doi.org/10.2307/1602523>
- (46) Dube SR, Felitti VJ, Dong M ym. Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: The adverse childhood experiences study. *Pediatrics* 2003;111:564–572. doi.org/10.1542/peds111.3.564
- (47) Borsboom D. A network theory of mental disorders. *World Psychiatry* 2017;16:5–13. <https://doi.org/10.1002/wps.20375>
- (48) Le Moal M. Drug abuse: vulnerability and transition to addiction. *Pharmacopsychiatry* 2009;42, Suppl 1:542–55. doi: 10.1055/s-0029-1216355.
- (49) Ainslie G. The core process in addictions and other impulses: Hyperbolic discounting versus conditioning and cognitive framing. In Ross, D., Kincaid, H., Spurrett, D., & Collins P. (eds.) *What is addiction?* The MIT Press. 2010, 211–245.
- (50) Wingo T, Nesil T, Choi J-S ym. Novelty Seeking and Drug Addiction in Humans and Animals: From Behavior to Molecules. *J Neuroimmune Pharmacol* 2016;11: 456–470. <https://doi.org/10.1007/s11481-015-9636-7>
- (51) Angst MS, Lazzeroni LC, Phillips NG ym. Aversive and Reinforcing Opioid Effects. A Pharmacogenomic Twin Study. *Anesthesiol* 2012;117:22–37. <https://doi.org/10.1097/ALN.0b013e31825a2a4e>
- (52) Chen X, Stacy A, Zheng H ym. Sensations from initial exposure to nicotine predicting adolescent smoking in China: A potential measure of vulnerability to nicotine. *Nicotine Tob Res* 2003;5:455–463. doi:10.1080/14622200307239
- (53) Alcaro A, Huber R & Panksepp J. Behavioral functions of the mesolimbic dopaminergic system: An affective neuroethological perspective.

- Brain Res Rev 2007;56:283–381.
doi:10.1016/j.brainresrev.2007.07.014
- (54) Ryle A. *Psychotherapy. A cognitive integration of theory and practice.* Academic Press, 1982.
- (55) Robinson TE & Berridge KC. *Addiction. Annu Rev Psychol* 2003;54:25–53.
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.54.101601.145237>
- (56) Lewis M. *Memoirs of an addicted brain. A neuroscientist examines his former life on drugs.* Public Affairs, 2011.
- (57) Koski-Jännes A. *Looping processes in the development of and desistance from addictive behaviors.* Kirjassa: Heather N, Field M, Moss A, Satel S (toim.). *Evaluating the brain disease model of addiction.* London and New York: Routledge; 2022, 497–510.
- (58) McGaffin BJ, Deane FP, Kelly PJ ym. *Social support and mental health during recovery from drug and alcohol problems.* *Add Res Theory* 2018;26:386–395.
<https://doi.org/10.1080/16066359.2017.1421178>
- (59) Collinson B & Best D. *Recovery and identity.* Kirjassa Heather N, Best D, Kawalek A. ym. *Challenging the brain disease model of addiction: European launch of the addiction theory network.* London: Routledge; 2022, 511–521.
- (60) Robins L, Helzer JE & Davis DH. *Narcotic use in southeast Asia and afterward. An interview study of 898 Vietnam returnees.* *Arch Gen Psychiatry* 1975;32:955–61.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1975.01760260019001>
- (61) Lopez-Quintero C, Hasin DS, de Los Cobos JP ym. *Probability and predictors of remission from life-time nicotine, alcohol, cannabis or cocaine dependence: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions.* *Addiction* 2010;106:657–669.
<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03194.x>
- (62) Emmelkamp PMV & Verdell E. *Evidence-based treatment for alcohol and drug abuse.* Routledge, 2006.
- (63) Miller WR. *Are alcoholism treatments effective? The Project MATCH data: response.* *BMC Public Health.* 2005;18:76.
doi: 10.1186/1471-2458-5-76.
- (64) Miller WR & C’de Baca J. *Quantum change: When epiphanies and sudden insights transform ordinary lives.* Guilford Press, 2001.
- (65) Koski-Jännes A, Jussila A, Hänninen V. *Miten riippuvuus voitetaan.* Helsinki: Otava; 1998, 240.
- (66) Bond J, Kaskutas LA & Weisner C. *The persistent influence of social networks and alcoholics anonymous on abstinence.* *J Stud Alcohol* 2003;64:579–88.
<http://dx.doi.org/10.15288/jasa.2003.64.579>
- (67) Beattie M & Longabaugh R. *General and alcohol-specific support following treatment.* *Addict Behav* 1999;24:593–606.
[https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(98\)00120-8](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(98)00120-8)
- (68) Bandura A. *Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change.* *Psychol Rev* 1977;84:191–215.
<https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.1>
- (69) Kadden RM & Litt MD. *The Role of Self-Efficacy in the Treatment of Substance Use Disorders.* *Addict Behav* 2011;36:1120–1126.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.07.032>
- (70) Lisdahl KM, Gilbert ER, Wright NE ym. *Dare or delay? The impacts of adolescent alcohol and marijuana use onset on cognition, brain structure, and function.* *Front Psychiatry* 2013;4:3.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2013.00053>
- (71) Feldstein Ewing SW, McEachern AD, Yezhuvath U ym. *Integrating brain and behavior: Evaluating adolescents’ response to a cannabis intervention.* *Psychol Addict Behav* 2013;27:510–525.
<https://doi.org/10.1037/a0029767>
- (72) Connolly CG, Bell RP, Foxe JJ. ym. *Dissociated grey matter changes with prolonged addiction and extended abstinence in cocaine users.* *PLOS ONE* 2013;8:e59645.
doi: 10.1371/journal.pone.0059645
- (73) Tombor I, Shahah L, Herbec A ym. *Smoker identity and its potential role in young adults’ smoking behavior: A meta-ethnography.* *Health Psychol* 2015;34:992–1003.
- (74) Buckingham SA, Frings D & Albery I P. *Group membership and social identity in addiction recovery.* *Psychol Addict Behav* 2013;27:1132–1140.
<https://doi.org/10.1037/a0032480>
- (75) Frings D, Albery IP. *The Social Identity Model of Cessation Maintenance: formulation and initial evidence.* *Addict Behav* 2015 May;44:35–42.
doi: 10.1016/j.addbeh.2014.10.023.
- (76) Pagano ME, Friend KB, Tonigan JS ym. *Helping other alcoholics in Alcoholics Anonymous and drinking outcomes: Findings from Project MATCH.* *J Stud Alcohol* 2004;65:766–773.
<https://doi.org/10.15288/jsa.2004.65.766>
- (77) McAdams DP. *Power, intimacy, and the life story: Personological enquiries into identity.* New York, NY: Guilford Press, 1988.
- (78) Rowlands D, Youngs D & Canter D. *Agency and communion: modeling identity-transformation in recovery from substance misuse.* *J Subst Use* 2020;25:163–172.
<https://doi.org/10.1080/14659891.2019.1672816>

ANJA KOSKI-JÄNNE
*Professori emerita
Tampereen yliopisto*