

Ymmärrystä vailla?

Miespuolisten oikeuspsykiatristen potilaiden sosiaalinen tausta ja yhteiskunnallinen asema ennen syytteenalaista tekoa

Itä-Suomen Yliopisto
Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta
Sociologian pro gradu – tutkielma
Miisa Törölä
maaliskuu 2011

Sisällys

1. Johdanto	1
2 Mielen sairauden syitä tutkimassa	7
2.1 Sosiologian ja psykiatrisen epidemiologian yhteistyön kehityslinjoja	8
2.2 Tutkielman teoreettisia lähtökohtia	11
3 Psykoottisten sairauksien ja sosiaalisen aseman yhteys	12
3.1 Sosiaalinen kausaatio ja sosiaalinen valikoituminen	13
3.2 Mekanismien päällekkäisyys	16
4 Sosiaalinen perimä	18
4.1 Sosiaalinen perimä ja sosiaalinen pääoma.....	19
4.2 Sosiaalisen perimän mekanismi: sosialisaatio	21
4.3 Antisosiaalisuuden ja alkoholismien ylisukupolviset vaikutukset	23
4.4. Sosiaalisen perimän yhteys syrjäytymiseen	26
4.5 Sosiaalisen perimän yhteys sosioekonomiseen asemaan.....	28
5 Tutkittavien sosioekonominen tausta ja sosiaalinen liikkuvuus	30
5.1 Sosioekonomisen aseman määrittely	31
5.2 Sosioekonominen rakenne Suomessa 1960 – 1985.....	32
5.3 Vanhempien sosioekonomisen asemien vertailu ammatissa toimivaan väestöön	34
5.4 Tutkittavien koulutustaso, siviilisääty ja asuinlääni	37
5.5 Tutkittavien sosiaalinen liikkuvuus	39
5.6 Yhteenveto	40
6 Ymmärrystä vailla	41
6.1 Lapsuudenkodin ongelmat.....	42
6.2 Lapsuuden kodin ongelmien kasautuminen.....	46
6.3 Sopeutuminen peruskouluun ja asevelvollisuuden suorittaminen.....	48
6.4 Yhteenveto	51
7 Kohtaamisia	52
7.1 Aiemmat hoitajaksot ja rikollisuus.....	53
7.2 Syytteenalaisen teon piirteet.....	54
7.3 Mielentilatutkimuksen päädiagnoosi	56
7.4 Päihdediagnoosit ja päihteiden käytön aloittamisajankohta	57
7.5 Perhetaustan yhteys aiempaan rikollisuuteen ja päihdeongelmaan	58
7.6 Yhteenveto	61
8 Lopuksi	63
8.1 Löydetyt vastaukset tutkimuskysymyksiin.....	64
8.2 Tutkielman heikkoudet ja vahvuudet.....	68

8.3 Kiitos.....	69
Kirjalliset lähteet.....	70
Lait.....	78
Internet-lähteet.....	79
Liite 1. Sosioekonomisen aseman luokitus, Tilastokeskus	
Liite 2. Skitsofreenikkopotilaiden perheen SES verrattuna koko maan toimivan väestön SES-rakenteeseen (N=79)	
Liite 3. Tutkittavien siviilisääty, lasten lukumäärä ja asuinlääni ennen syytteenalaista tekoa	
Liite 4. Huostaan otetut lapset vuosina 1950 - 1983	
Liite 5 (1/2). Tilastolliset menetelmät: Faktorianalyysi	
Liite 5 (2/2). Tilastolliset menetelmät: Logistinen regressioanalyysi	
Liite 6. Varusmiespalveluksen suorittaneiden prosenttiosuus ikäluokasta vuosina 1964 - 2010. (Lähde: Komentajakapteeni Jyrki Kivelä, Puolustusministeriön henkilöstöosasto)	
Liite 7. Tutkittavien psykiatrinen ja päihdehoito	
Liite 8. Mielentilatutkimuksen kulku ja syyntakeettomaksi toteaminen	
Liite 9 (1/3). Syytteenalaisen teon piirteet	
Liite 9 (2/3). Syytteenalaisen teon piirteet	
Liite 9 (3/3). Syytteenalaisen teon piirteet	
Liite 10. Mielentilatutkimuksen diagnoosit sekä päihteiden käytön aloittamisajankohta	

Kuviot ja taulukot

Kuvio 1. Ammatissa toimivan väestön kerrostumarakenne Suomessa vuosina 1960 - 1985. (Lähde: Toivonen 1988).....	35
Kuvio 2. Perheen sosioekonominen asema verrattuna koko maan ammatissa toimivan väestön sosioekonomiseen rakenteeseen vuosina 1960, 1975 ja 1985. Ryhmä 1 = v. 1949 - 1959 syntyneiden perheet. Ryhmä 2 = v. 1960 - 1967 syntyneiden perheet. Ryhmä 3 = v. 1968 - 1975 syntyneiden perheet (Lähde: Toivonen 1988) (N=102).....	36
Kuvio 3. Työntekijöiden osuus ammatissa toimivasta väestöstä vuonna 1975 sekä vastaavasti tutkittavien sosioekonomisessa rakenteessa. (Lähde: Toivonen 1988) (N=102).....	37
Kuvio 4. Tutkittavien sopeutuminen peruskouluun ja armeijaan. (N=101)	50
Kuvio 5. Sosioekonomisen taustan sekä lapsuudenkodin ongelmien kasautumisen vaikutus tutkittavien aiempaan rikollisuuteen sekä päihdeongelmaan. (N=104)	60
Kuvio 6. Aineiston skitsofreenikkopotilaiden perheiden SES verrattuna koko maan ammatissa toimivan väestön sosioekonomiseen rakenteeseen. Ryhmä 1 = v. 1949 - 1959 syntyneiden perheet. Ryhmä 2 = v. 1960 - 1967 syntyneiden perheet. Ryhmä 3 = v. 1968 - 1975 syntyneiden perheet. (Toivonen 1988) (N= 79).....	86
Kuvio 7. Varusmiespalveluksen suorittaneiden prosenttiosuus ikäluokasta vuosina 1964 - 2010. (Lähde: Komentajakapteeni Jyrki Kivelä, Puolustusministeriö)	91

Taulukko 1. Perheen sosioekonominen tausta ja tutkittavien koulutusaste	38
Taulukko 2. Perheen sosioekonominen tausta / tutkittavien sosioekonominen asema (N=103).....	39
Taulukko 3. Tutkittavien lapsuudenkodin ongelmat (N=104). Vertailuaineistona Pajujan (1995) tutkimusaineiston ymmärrystä vailla (YV), täyttä ymmärrystä vailla (TYV) ja täydessä ymmärryksessä (TY) sekä Elinolotutkimus -86, Tilastokeskus. ...	43
Taulukko 4. Lapsuudenkodin ongelmien kasautuminen (N=104)	46
Taulukko 5. Faktorianalyysin tulokset	47
Taulukko 6 Tutkittavien siviilisäätö syytteenalaisen teon aikana (N=106)	87
Taulukko 7 Tutkittavien lasten lukumäärä (N=106)	87
Taulukko 8 Tutkittavien asuinläänin syytteenalaisen teon aikana (N=106)	87
Taulukko 9 Huostaan otettujen lasten osuus kaikista lastensuojelutapauksista (Lähde: Pulma & Turpeinen 1987, 219)	88
Taulukko 10 Tutkittavien suljetun psykiatrisen hoidon jaksojen lukumäärä (N = 106)	92
Taulukko 11 Tutkittavien psykiatrinen avohoito (N = 106).....	92
Taulukko 12 Tutkittavien päihdehoitajaksojen lukumäärä (N = 106)	92
Taulukko 13 Tutkittavan ja syytteenalaisen teon uhrin suhde (N=106)	94
Taulukko 14 Syytteenalaisen teon tekopaikka (N=106)	94
Taulukko 15 Alkoholin ja päihteiden vaikutuksen alaisuus syytteenalaisen teon hetkellä (N=106)	94
Taulukko 16 Tutkittavan ja syytteenalaisen teon uhrin suhteen ja päihteiden vaikutuksen alaisuuden yhteys (N=105)	95
Taulukko 17 Tutkittavan ja syytteenalaisen teon uhrin suhteen ja syytteenalaisen teon ympäristön yhteys	96
Taulukko 18 Tutkittavien päädiagnoosit verrattuna Pajujan (1995) tutkimuksen Ymmärrystä vailla olleiden päädiagnooseihin	97
Taulukko 19 Tutkittavien päihdeaineisiin liittyvät diagnoosit (N=106)	97
Taulukko 20 Tutkittavien päihdeaineiden käytön aloittamisajankohta (N=90)	97

1. Johdanto

Mielentilatutkimukseen määrittäminen on sitä todennäköisempää, mitä törkeämpään ja vakavampaan tekoon henkilö on syyllistynyt. Myös rikoksen motiivi ja tekijän käyttäytyminen voivat vaikuttaa mielentilatutkimusmääräykseen. Syyntakeisuuden arviointi perustuu tekijän kykyyn kontrolloida käyttäytymistään, ja poikkeuksesta syyntakeettomuuden toteamisen myötä tutkittavalle henkilölle diagnosoidaan psykoottinen sairaus. (Korhonen 2011, 81.) Syytteenalaisen teon aikana ymmärrystä vailla olleeksi tai syyntakeettomaksi todettu henkilö on syyllistynyt kahdenlaiseen poikkeavaan käyttäytymiseen; hän on sekä mieleltään sairas että toiminut lain vastaisesti. Mielen sairaus painaa vaakakupissa enemmän, ja syyntakeeton henkilö saa rangaistuksen sijasta psykiatrista sairaalahoitoa etukäteen määrittelemättömän ajan. Kyse on siis äärimmäisen poikkeavan käyttäytymisen syiden määrittelemisestä lääketieteellisin keinoin. Tutkittavan psyykkisen tilan lisäksi syitä syytteenalaiseen tekoon voidaan etsiä myös henkilön sosiaalisesta taustasta ja hänen yhteiskunnallisesta asemasta käsin. Tällöin huomio kohdistetaan valikoitumisprosessiin, jonka päätepisteenä syyntakeettomaksi toteamisen jälkeinen psykiatrinen pakkohoito on. Potilaiden sosiaalinen tausta ja kokemukset luovat samalla heijastuksen suomalaisesta yhteiskunnasta. Voidaan kysyä, kuinka Suomessa syntynyt henkilö valikoituu kaksinkertaiseen poikkeavuuteen ja määräämättömäksi ajaksi psykiatriseen pakkohoitoon yhteiskunnassa, jossa jokaiselle henkilölle pyritään luomaan tasa-arvoiset mahdollisuudet menestyä elämässään? Miten sosiaaliset ongelmat, rikollisuus ja mielenterveysongelmat mukaan lukien, kehittyvät ja kuinka niiden ilmenemistä voitaisiin ehkäistä?

Jorma Sipilä on tutkinut sosiaalsiin ongelmiin liittyviä sosiaalipoliittisia kysymyksiä. Vuonna 1979 ilmestyneessä teoksessa *Sosiaalisten ongelmien synty ja lievittäminen* korostuu Suomessa kiivaimmin 1960 – ja 1970 – luvuilla tapahtuneen rakennemuutoksen vaikutukset, valtanäkökulma sekä kriittinen ote aiheen problematiikkaan. Se, miten sosiaalisia ongelmia pyritään ratkaisemaan tai lievittämään, riippuu siitä, kuka määrittelee sosiaaliset ongelmat. Sipilä esittelee lyhyesti teoksessaan Per Holmbergin (1976) näkemyksen hallinnon eriytymisen myötä tapahtuneen ongelmien määrittelijän vaihdoksen: määrittelijä on vaihtunut yläluokasta työväestön kautta asiantuntijoihin sekä virkamiehiin. (Sipilä 1979, 17.)

Sipilä (1979, 19 – 23, 25 - 26) tarkastelee sosiaalisen kontrollin ja tuen kehitystä jälkiteollisessa yhteiskunnassa käyttäen termejä *yhteiskunnallistuminen* ja *atomisoituminen*. Yhteiskunnallistuminen tarkoittaa yksilöiden sitoutumista uudella tavalla kanssaihmiin sekä ympäristöstään riippuvaiseksi tulemistä työnjaon eriytymisen myötä. Sellaiset asiat ja toiminnot, jotka hoidettiin aiemmin perhe- tai kyläyhteisöpiirissä, ovat siirtyneet osaksi yhteiskunnallista työnjakoa. Edellä kuvaillun prosessin sisällä on tapahtunut atomisoitumista, johtuen suurimmilta osin lähiyhteisöjen asemien heikkenemisestä. Työn jakautuminen niin sisällöllisesti kuin alueellisesti vaikuttaa työn ja koulutuksen ”perässä” muuttamiseen. Työpaikkojen vaihtuminen taas vaikuttaa sosiaalisiin siteisiin; isovanhemmista, kotipaikkakunnasta, naapureista ja vakituisista työyhteisöistä vieraantuminen asettaa yhteiskunnan yksiköksi ydinperheen. Paikalliset järjestöt ja yhdistykset menettävät vaikutusvaltaansa vallan keskittyessä suuriin organisaatioihin, ja myös heidän roolinsa sosiaalisten verkostojen ylläpitäjinä vähenee. Yhteiskunnallistuminen ja atomisoituminen vaikuttavat myös ihmissuhteiden järjestykseen, jolloin yksilöä ei nähdä omanlaisenaan kokonaisuutena, vaan yksilön arvo lasketaan hänen toimintakykynsä mukaan.

Samansuuntaiseen analyysiin on päätyneet kriittistä marxilaista historiantutkimusta edustava britti Andrew Scull tutkiessaan 1700- ja 1800 – luvulla kehitettyjen suurten instituutioiden, mielisairaalan ja vankilan syntyä. Scull (1980, 39 – 42) nostaa esille mielisairaaloiden perustamiseen liittyvät taloudelliset syyt. Kapitalismin nousulla oli kokonaisvaltainen vaikutus yksilöiden elämään. Sipilänkin mainitsemat ilmiöt, kaupungistumisen ja teollistumisen kiihtyminen, palkkatyön kasvu sekä perhesuhteiden muutos lisäsivät yksilöiden sosiaalista turvattomuutta, jolloin julkisen hallinnon tuli ottaa enemmän vastuuta myös mielisairaista ihmisistä. Mielisairauden virallinen määrittely nimenomaan sairautena on lähtöisin köyhäintaloissa harjoitetusta ihmisten erottelusta työkykyisiin ja työkyvyttömiin. Mielisairaajat, jotka eivät kyenneet sopeutumaan köyhäintalojen kuriin ja näin uhkasivat koko laitoksen toimintaa, haluttiin eristää omiin laitoksiinsa. Täten jokaiselle kapitalistista taloudellista järjestelmää ”uhkaavaa” ihmisryhmää varten löytyi oma laitoksensa: köyhät sijoitettiin köyhäintaloon, rikkolaiset vankiloihin ja ”hullut” mielisairaaloihin.

Tärkeimpänä syynä kunnallisten mielisairaaloiden syntyyn ja huimaan kasvuun Scull (1980, 41 – 42; 1981, 111 - 112) kuitenkin uskoo olleen hulluuden käsitteen muuttuminen: hulluutta ei nähty enää 1800 – luvulla epäinhimillisyytenä, vaan itsekontrollin

puutteena. 1800 – luvulla yleistyneet ”moraaliset hoitokeinot” olivat pyrkimystä kehittää mielisairaiden ihmisten rationaalista ja kontrolloitua käyttäytymistä, jolloin heistä voisi jälleen tulla yhteiskunnan tuottavia jäseniä.

Stanley Cohenin (1985) mukaan 1960 – luvulta eteenpäin kehittyneen ideologisen liikkeen edustajat (*destructuring movement*) kritisoivat 1800 – luvulla syntyneitä sosiaalisen kontrollin periaatteita. Tämän liikkeen oleellisimpia piirteitä ovat pyrkimys pois päin niin valtion, asiantuntijoiden kuin instituutioiden rakenteista sekä välttää sosiaalisten ongelmien selittämistä yksilöllisinä mielenterveyteen liittyvinä häiriöinä. Sosiaalisiin ongelmiin nähtiin olevan ratkaisu muualla kuin suljetuissa instituutioissa: ongelmatapausten integroiminen takaisin yhteisöön sekä panostaminen ennaltaehkäisyyn nähtiin olevan halvempaa, inhimillisempää ja vähintään yhtä tehokasta. Cohen käsittelee teoksessaan lähinnä 1960 – ja 1970 – luvuilla vallinneen suljettua laitoshoidon kritisoivan liikkeen retoriikan ja todellisen kontrollikoneiston toiminnan välisestä kuilusta. Sen sijaan, että kontrollikoneistosta olisi yhteisöajattelun myötä tullut inhimillisempi ja vähemmän leimaavampi, yhteiskunnalliset kontrolliverkostot ovat laajentuneet koskemaan suurempaa osaa väestöstä, ja valvonta on lisääntynyt kaikilla yhteiskunnan sektoreilla. Kontrolliverkoston laajetessa asiantuntijoiden asema on korostunut; he sekä valvovat että hoitavat ongelmatapauksia.

Cohen (1985) näkee sosiaalisen kontrollin muutoksen ja sen laajenemisen koskemaan yhä laajempaa osaa väestöstä olevan askel kohti holhoavampaa ja valvotumpaa yhteiskuntaa. Mielenterveyden hoidon kohdalla suljettujen hoitolaitosten vähentäminen radikaalisti ei kuitenkaan ole välttämättä lisännyt yhteiskuntaan integroitumista helpottavaa avohoidon tai muun avun määrää. Sen sijaan mielenterveysongelmaisiin kohdistuneen sosiaalisen kontrollin painopiste on voinut siirtyä. Yhdysvaltalaisen tutkimuksen (Markowitz 2006) tulokset indikoivat psykiatristen sairaalapaikkojen vähentämisen ja avohoidossa olevien psykiatristen potilaiden pidätysten (ja rikollisuuden) kasvua.

Markowitzin (2006, 49 – 51) mukaan poliisin kontrollin lisääntyminen psykiatristen avohoidokkien kontrolloinnissa johtuu ensiksikin siirtymisestä yhteisöllisyyttä korostavaan avohoitomalliin, jolloin suljettujen psykiatristen laitosten paikkoja on radikaalisti vähennetty viimeisinä vuosikymmeninä. Toisena kehitykseen vaikuttavana suuntauksena voidaan nähdä mielisairausten ”kriminalisointia”: poliisi kohtaa psyykkisesti sai-

raitaa yleensä heidän käyttäytyessään häiritsevästi tai väkivaltaisesti muita ihmisiä kohtaan. Lainvartijana poliisi suhtautuu häiriökäyttäytymiseen kriminaalikäyttäytymisenä, kun taas psykiatri suhtautuisi siihen oireena sairaudesta, jota tulisi hoitaa.

Poikkeavan ja ongelmallisen käyttäytymisen hoitomuotona on käytetty 1900 – luvulla lähinnä joko medikalisaatiota (käyttäytyminen hoidettavana sairautena) tai kriminalisaatiota (käyttäytyminen rangaistavana tekona). Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän rakentumista tutkinut Taina Rintala (1995, 8, 16 - 19) kuvailee niin sanottujen sosiaalisten ongelmien hoitokeinojen siirtymistä yhteiskunnalliselta tasolta yksilötasolle medikalisaation eli lääketieteellistymisen laajenemisen myötä. Rintala näkee medikalisaation ulottuvan myös poikkeavan käyttäytymisen lisäksi kansalaisille tarjottavien hoidon ja kasvatuksen alueille, jolloin eri yhteiskuntaryhmien näkymätön valvonta mahdollistuu, ja toisaalta yksilön elämä jakautuu sektorikohtaisesti eri ammattiryhmien kesken.

Edellä esitellyt tutkimukset ja teoriat piirtävät kuvan lähiyhteisöjen häviämisestä ja niiden korvaamisesta yhteiskunnan ”ylhäältä päin ohjatuilla” palveluilla. Suomen hyvinvointivaltion sosiaaliturva on laajentunut koskemaan eri elämäntilanteita ja elinkaaren vaihetta. Parhaimmillaan sosiaaliturva tasa-arvoistaa yksilöiden mahdollisuuksia sosiaaliseen liikkuvuuteen sekä ehkäisee sosiaalisten ongelmien siirtymistä sukupolvelta toiselle. Kuitenkin byrokratia, asiantuntijuus ja ammatillisuus ovat korvanneet inhimillisempiä, enemmän läheisistä välittämiseen perustuvia toimintatapoja. Sipilän (1979) painottama muutos paikallistason yhteisöllisyyden vähentymisestä ja jopa häviämisestä on myös nostanut ydinperheen tärkeimmäksi sosiaalseksi yksiköksi. Täten yksilön näkeminen kokonaisuutena, eikä vain tietyn ryhmän edustajana tai tietyssä roolissa, on myös painottunut perhepiiriin, tai lähimpien ystävien keskuuteen. Työkyvyn merkitys yhteiskuntaan integroitumisen tekijänä on korostunut kaupungistumisen ja teollistumisen myötä. Viime vuosikymmeninä tapahtunut siirtymä suljetusta laitoshoidosta avohuoltoon niin lastensuojelun piiriin kuuluvien lasten, psyykkisesti sairaiden, kuin myös rikollisten kohdalla on siirtänyt vastuuta selviytymisestä huollon kohteille itselleen tukea antavien lähiyhteisöjen mahdollisesti puuttessa.

Edellä esitetyt sosiaalipoliittiset oletukset tutkielmani suunnanantajina tulen tarkastelemaan oikeuspsykiatrisen sairaalan vuosina 1949 – 1975 syntyneiden mies-

puolisten tuomitsematta jätettyjen kriminaalipotilaiden (N=106) sosiaalista taustaa sekä heihin kohdistuneita yhteiskunnallisia interventioita ennen hoitoon siirtymistä. Aineistoon kuuluvasta henkilöstä tulen käyttämään jatkossa termejä kriminaalipotilas tai tutkittava. Tässä tutkielmassa olen kohdistanut huomion tutkittavien perheiden sosioekonomiseen asemaan sekä mahdollisiin sosiaalisiin ongelmiin perhepiirissä. Lisäksi kartoitan tutkittavien kohtaamia yhteiskunnan instituutioiden ja palvelujen tarjoajien kanssa. Nämä palvelut olen rajannut sosiaaliviranomaisiin, koululaitokseen, armeijaan, poliisiin sekä päihde- ja mielenterveyspalveluihin. Tutkimukseni keskeisiä kysymyksiä ovat:

1. Millainen on tutkittavien henkilöiden sosioekonominen tausta?
2. Millaisia sosiaalisia ongelmia tutkittavien perheissä on ollut?
3. Millaista yhteiskunnan virallista sosiaalista kontrollia tai tukea henkilöihin on kohdistettu ennen pakkohoitoon siirtymistä?
4. Millainen yhteys tutkittavien sosiaalisen taustan ja virallisen sosiaalisen kontrollin tai tuen välillä on?

Tutkimuksen päätavoitteena on tarkastella kriminaalipotilaiden yhteiskuntaan sopeutumisen lapsuuden ajan lähtökohtia sekä vertailla kriminaalipotilaiden päihdeongelmaisuutta ja rikollisuutta sosiaalisen taustan suhteen. Aineiston pienuuden takia tutkimuksen pääpaino on hyvinvointivaltion tarjoamien palvelujen ja sosiaalisen tuen tarkastelussa aineiston yksilöllisten kokemusten kautta. Parhaimmillaan tutkielmani voi valaista kuvaa syyntakeettomiksi todetuista henkilöistä, sekä hälventää heihin kohdistuvaa pelkoa ja ennakkoluuloja. Lisäksi pitkän matkan kriminaalipotilaiksi kulkeneiden miesten sosiaalinen tausta ja sosioekonominen rakenne kertovat oleellisesti suomalaisen hyvinvointivaltion toimivuudesta.

Vaikka käsittelen teorioita, jotka painottavat joko yksilön ominaisuuksia tai ympäristön vaikutusta sosiaalisten ongelmien kehittämisessä, on pidettävä mielessä yksilön ja sosiaalisen ympäristön vuorovaikutus. Ympäristön eli yhteiskunnan rakenteet ovat sekä toiminnan alusta, että toiminnan tulos (Giddens 1984, ref. Scott 2001, 75). Tällöin yksilö voidaan nähdä oman tahdon omaavana toimijana, jonka toimintaa yhteiskunnalliset rakenteet ohjaavat ja kontrolloivat. Sosioekonomisen taustan muokkaama arvomaailma ja toimintamallit vaikuttavat yksilön vuorovaikutukseen yhteiskunnallis-

ten instituutioiden ja organisaatioiden kanssa. Näin sosioekonominen tausta vaikuttaa myös yksilöön kohdistuvan kontrollin määrään ja laatuun.

Tarkastellessani aineistoon kuuluvien potilaiden sosiaalisen taustan vaikutusta heidän saamansa yhteiskunnalliseen tukeen, tulen ottamaan huomioon Suomessa 1960 – ja 1970 – luvuilla tapahtuneen rakennemuutoksen sekä 1980 – luvulta alkaneen konkreettisen siirtymän psykiatristen potilaiden suljetusta mielisairaalahoidosta yhteisöllisyyttä painottavaan avohoitoon sekä lääkityksen lisääntymisen hoitomuotona.

Ensimmäisessä varsinaisessa teoreettisessa luvussa esittelen tiivistetyssä muodossa mielenterveyden sosiologian taustaa, teoreettisia näkökulmia mielenterveyden tutkimiseen liittyen, sekä sosiologian ja psykiatristen epidemiologian yhteistyön kehitystä. Luvun päätarkoitus on pohtia oman tutkielmani teoreettisia lähtökohtia. Luvussa kolme tarkastellaan sosioekonomisen aseman ja psykoottisten sairauksien yhteyttä, sekä debattia mielen sairauksien syistä (perimä vai ympäristö). Yhteiskunta voi välillisesti mahdollistaa tai aiheuttaa rakenteillaan ja toiminnallaan yksilön liikkumisen sosiaalisesta luokasta toiseen. Yhteiskunnan tarjoamat sosiaalipalvelut ja mielenterveysongelmien ehkäisy ja varhainen puuttuminen niihin lisää hyvinvointia ja ehkäisee parhaimmillaan moniulotteista syrjäytymisen prosessia. Luvussa neljä pohditaan sosiaalisen perimän ja syrjäytymisen ilmiöitä sekä niiden keskinäistä suhdetta. Riippuen ideologisesta näkökulmasta, sosiaalinen syrjäytyminen voidaan nähdä yksilön omana valintana, yksilön ja yhteisön sosiaalisen siteen katkeamisena tai valtakulttuurin alistaman ja syrjäyttäneen yksilön toimintana (Jahnukainen & Järvinen 2005). Olen päättänyt käsittelemään mielenterveysongelmien aiheuttamaa syrjäytymistä yksilön ja yhteisön välisen yhteyden heikkenemisenä.

Luvut 5 – 7 esittelevät tutkielman empiirisen osuuden. Luku 5 summaa tulokset tutkittavien sosioekonomisesta taustasta. Luvussa 6 esitellään itse tutkittavien lapsuudessa ja nuoruudessa ilmenneitä ongelmia niin kotona kuin peruskoulun ja asevelvollisuuden suorittamisen suhteen. Luvussa 7 käsitellään kohtaamisia yhteiskunnallisten instituutioiden kanssa, ja siirrytään tarkastelemaan lähinnä kuvailevia lukuja tutkittavien sekä psykiatrisesta hoitohistoriasta, aiemmasta rikollisuudesta, syytteenalaisen teon piirteistä, pää- ja päihdediagnooseista sekä päihteidenkäytön aloittamisajankohdasta. Lopuksi analysoin sosioekonomisen ja lapsuudenkodin ongelmien yhteyttä tutkittavien aiempaan rikollisuuteen sekä päihdeongelmallisuuteen.

2 Mielen sairauden syitä tutkimassa

Sosiologian klassikot ovat suurimmaksi osaksi sivuuttaneet psyykkisen sairauden ilmiöt kehittäessään sosiaalista organisaatiota ja rakennetta koskevia yhteiskuntateorioitaan. Poikkeuksellisesti Émile Durkheimin klassikkoteos *Itsemurha* (1897) käsittelee itsemurhan sosiaalisia syitä. Durkheim ei perustanut psykologiasta tieteenalana, vaan näki ihmisen koostuvan biologispohjaisesta viettipuolesta ja yhteiskunnan muokkaamasta sosiaalisesta puolesta. Ihmisen ja yhteiskunnan välinen suhde rakentuu toisaalta yhteisöllisyydestä (integraatiosta), ja toisaalta yhteiskunnan kollektiivisesta säätelystä (regulaatiosta). Durkheimin teorian mukaan integraation ja regulaation välinen suhde selittää ympäristön vaikutuksen yksilön patologiseen käyttäytymiseen. (Lehto 2010, 30 – 33.) Durkheimin teoreettinen lähtökohdan voi tulkita painottavan enemmän ihmisten välisiä sosiaalisia suhteita sekä yksilön kokemusta omasta hyvinvoinnistaan. Terveiden sosiaalisen kontekstin voi kuitenkin ymmärtää myös materiaaliseksi, kuten Karl Marx ja Friedrich Engels esittäessään sairauden työvälle ominaiseksi vitsaukseksi, joka johtuu työluokan epävarmasta tilasta, elintavoista sekä fyysisistä ympäristötekijöistä (Gerhardt 1989, xiii).

Durkheimin jalanjälkiä seurannut Talcott Parsons julkaisi vuonna 1951 teoksensa *The Social System*, jota pidetään hänen päätyönään sekä terveystieteiden alkuun panevana teoriana. Parsons pohti sairaan roolia osana kulttuurista rakennetta, sosiaalisena instituutiona sekä sosiaalisena toimintana. (Wrede 2010, 61, 67.) 1960 – luvulta eteenpäin mielenterveyttä koskevat sosiologiset tutkimukset ovat käsitelleet mm. mielenterveyspotilaiden leimautumista sekä hoitohenkilökunnan valta – asemaa. Klassikoiden asemaan ovat nousseet mm. (kumpikin) alun perin vuonna 1961 julkaistut Erving Goffmanin (1997) tutkimus mielisairaaloitten potilaiden minuuden muotoutumisesta mielisairaalan sääntöjen ja sosiaalisen järjestelmän kautta, sekä Michel Foucault:n (2007) teos *Madness and Civilization*. Foucault:n teos käsittelee hulluuden länsimaista historiaa tarkastellen käsitteeseen liittyviä ideoita, käytäntöjä, instituutioita ja kirjallisuutta.

Mielen sairauden ongelmat voidaan katsoa lukeutuvan laajempaan poikkeavuuden sosiologian tutkimusalaan, jonka alulle panijana pidetään edellä mainittua Durkheimia ja hänen kehittäemäänsä poikkeavuuden funktionaalista teoriaa. Poik-

keavuuden sosiologian tutkimus pyrkii ottamaan huomioon poikkeavan käyttäytymisen sosiaalisen ja relationaalisen luonteen. Näkökulman siirtyessä biologisista vietti-
taipumuksista sosiaalisiin syihin, poikkeavuuden sosiologian tutkimussuuntaus on vaikuttanut omalta osaltaan hyvinvointipolitiikkaan myös Suomessa. (Pekkarinen 2010, 21 – 22.)

Mielenterveyttä sosiologisena ilmiönä voidaan lähestyä Rogersin ja Pilgrimmin (2006, 12 – 18, 23 - 41) jaottelun mukaisesti viidestä toisiaan täydentävästä näkökulmasta. 1) Sosiaalisen kausaation näkökulma ei lähtökohtaisesti kyseenalaista psykiatrista diagnoosiluokitusta. Tällöin huomio kiinnitetään sosiaalisten tekijöiden ja mielen sairauden yhteyksiin. 2) Frankfurtin koulukuntana tunnettu tutkijayhteisö kehitti mielen-
terveyden kriittisen teorian, joka keskittyy psyyken ja yhteiskunnan väliseen vuoro-
vaikutukseen. Esimerkiksi anti-semitismiä tutkittiin yhteisötason psyykkisenä sairau-
tena Toisen Maailmansodan aikaan (katso myös Gerdhart 1989, xvii – xviii). 3) Sosi-
aalinen konstruktionismi kiinnittää huomion käsitteiden määrittelyyn sekä yhteiskun-
nalliseen valtaan. Se kyseenalaistaa mielen-terveyden ongelmien määrittelyn objektiivis-
uuden. 4) Leimaamisteoria käsittelee mielen-terveyden ongelmista kärsivien ihmis-
ten stereotypoimista, leimaamista sekä sosiaalista syrjäytymistä tai syrjäyttämistä. Lähtökohtana on tutkia yksilön käyttäytymisen ja omakuvan muuttumista muiden ta-
hojen häneen liittyvien näkemysten ja kategorisoinnin vaikutuksesta. 5) Sosiaalinen
realismi suhtautuu mielen-terveyteen liittyvään yhteiskunnalliseen toimintaan omassa
ajassa ja paikassa tapahtuvana sosiaalisena rakenteena, jonka ylläpito edellyttää
subjektiivista ja (päämäärä-)tietoista agenttia.

2.1 Sosiologian ja psykiatrisen epidemiologian yhteistyön kehityslinjoja

Mielen-terveyden häiriöiden ja matalan sosiaalisen aseman yhteys on tiedostettu to-
dennäköisesti niin kauan kuin mielen-terveyden ongelmat on koettu sairaudeksi. Doh-
renwend (1998, 222) on jakanut 1800 – ja 1900 – lukujen psykiatrisen epidemiologi-
an tutkimussuuntaukset kolmeen sukupolveen, ja tarkastellut niiden suhdetta tervey-
den sosiologiaan. Tutkimuksen ensimmäistä ja toista sukupolvea leimaa psykiatristen
häiriöiden identifioinnin ja luokittelun konsensuksen puute. Tutkimukset ovat pyrki-
neet luomaan omia metodeja ja tapoja identifioida tapauksia, eikä validiteetin ongel-
maan juuri ole kiinnitetty huomiota. Ensimmäisen sukupolven tutkimukset 1800 –
luvulta lähtien hakivat syytä mielen-terveyden ongelmiin perimästä. Perimän nähtiin

aiheuttavan sekä köyhyyden että mielen sairaudet. Mielenterveystyö oli tuolloin moraalisesti latautunutta ja köyhään kansanosaan suuntautunutta. Hoitomuotona käytettiin muusta yhteisöstä eristävää laitoshoidoa. (Rogers & Pilgrim 2003, 34; tarkemmin 1800 – luvun länsimaisista mielisairaaloista, katso esim. Scull 1980 ja Jones 1993.)

Vasta vuoden 1929 suuren pörssiromahduksen myötä alettiin ymmärtää, että yksilön köyhtyminen ja köyhyydessä eläminen ei ole välttämättä kiinni geeneistä. Toisen Maailmansodan jälkeen todisteita stressaavan ympäristön vaikutuksesta mielenterveyteen saatiin mm. taistelutilanteissa ja keskitysleireillä olleiden yksilöiden kokemusten myötä. Toisen sukupolven tutkimukset painottivat sosiaalisen ympäristön vaikutusta mielenterveyteen. Yksinkertaistaen ja kärjistäen ilmaistuna, tutkijat olettivat sairaiden ja sekavien yhteiskuntien tuottavan sairaita ja sekavia yksilöitä. (Dohrenwend 1998, 224.) Psykiatrisen epidemiologian kolmas sukupolvi on keskittynyt diagnoosien tarkentamiseen validiteetin ja reliabiliteetin varmistamiseksi, mielenterveyspalveluiden tarpeen kartoittamiseen sekä psyykelääkkeiden käytön kehittämiseen (Rogers & Pilgrim 2003, 36; mielenterveyden mittareiden kehitymisestä: katso Horwitch 2002).

Psykiatrisen epidemiologisen tutkimuksen toisen sukupolven aikana yhteistyö sosiologisen tutkimuksen kanssa oli tiivistä ja hedelmällistä (Rogers & Pilgrim 2003, 37). Yksi ensimmäisistä sosiologisista tutkimuksista sosiaalisen taustan ja yksilölle diagnosoidun psyykkisen sairauden välisestä yhteydestä on vuonna 1939 julkaistu Robert E. L. Faris:n ja H. Warren Dunhamin tutkimus *Mental Disorders in Urban Areas: An Ecological Study of Schizophrenia and Other Psychoses*. Jo aiemmin, 1930 – luvun alussa, Robert Faris oli esittänyt hypoteesinsa skitsofrenian ja sosiaalisen eristymisen yhteydestä. Faris (1934, 157 – 159) esitti sairauden puhkeamisen syiksi yksilön sosiaalisia kokemuksia. Yksilön pitempiaikainen, vapaaehtoinen tai olosuhteiden pakottama eristyminen sosiaalisista suhteista aiheutti Faris:n mukaan skitsofreniaan kiinteästi liittyvän poikkeavan käyttäytymisen. Eristymisen kautta yksilö on ns. vapaa informaalista sosiaalista kontrollista, joka määrittelee myös normien mukaisen käyttäytymisen sekä ajatusmaailman logiikan.

Sosiaalinen isolaatio teoreemanaan Faris ja Dunham kartoittivat Chicagon julkisiin ja yksityisiin psykiatrisiin sairaaloihin sisään otettujen potilaiden asuinalueita. Tutkimuksessa selvisi, että skitsofreniaan sairastuneet sekä päihdeongelmaiset ihmiset asuivat joko kaupungin keskustassa tai köyhtyneissä kaupunginosissa, kansalaisuudesta

tai rodusta riippumatta. Samanlaista asuinalueisiin liittyvää yhtäläisyyttä ei ollut havaittavissa esimerkiksi bipolaarisen häiriö- tai depressio-diagnoosin saaneiden yksilöiden kohdalla. Faris ja Dunham päättelivät, että yhteisöllisyyden puute sekä sosiaalisesti pirstaloitunut ja asukeiltaan taajaan vaihtuva ympäristö vaikeuttaa intiimien sosiaalisten suhteiden luomista ja ylläpitämistä, joka taas aiheuttaa sosiaalisen eristymisen. Sosiaalisesti organisoitumaton asuinalue on myös omiaan mahdollistamaan päihteiden saatavuuden ja käytön. (Faris & Dunham 1939, ref. Silver, Mulvey & Swanson 2002, 1457; ks. myös Cochrane 1983, 18 – 20.)

Edellä esille tuotu äärimmäinen sosiaalisen ympäristön painottaminen, ja teoria sosiaalisesta eristymisestä skitsofrenian puhkeamisen syynä on myöhemmin kyseenalaistettu (Kohn & Clausen 1955; Silver ym. 2002). Skitsofrenian ilmenemistä juuri köyhillä kaupunkialueilla sekä yleisemmin mielenterveysongelmien ja sosiaalisen aseman välistä suhdetta on kuitenkin tutkittu edelleen. Sosiologisen tutkimuksen yhteys psykiatriseen epidemiologiaan on heikentynyt. Sosiologisen koulukunnan sisällä mielenkiinto on suunnattu mm. symboliseen interaktioon, etnometodologiaan ja sosiaaliseen konstruktivismiin. Teoriat mielenterveyspotilaiden leimaantumisesta sekä psykiatrisen hoidon ja koko ammattikunnan uskottavuuden kyseenalaistaminen on edelleen vienyt sosiologiaa substantiaalisesti kauemmaksi psykiatriasta. (Rogers & Pilgrim 2003, 38 – 39.)

Sosiologisen ja psykiatrisen epidemiologian yhtymäkohta, sosiaalipsykiatrinen tutkimus, on vähentynyt viimeisen kolmen vuosikymmenen aikana. Psykiatrisen epidemiologian kannalta tämä on käytännössä tarkoittanut yhteistyön suuntautumista neurotieteisiin, kliiniseen tutkimukseen sekä julkisiin terveystalouteihin. Lisäksi Yhdysvalloissa käytössä oleva DSM-luokitus (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) on kehittynyt verrattuna vuonna 1968 käyttöön otetusta DSM II-luokituksesta tämän hetkiseen DSM IV-TR-luokitukseen subjektiivisuuden ja sosiaalisen kontekstin huomioonottavasta diagnosoinnista enemmän mielenterveyden häiriöiden kliinisten ominaisuuksien kuvailuun. (Rogers & Pilgrim 2003, 41 – 42; katso myös Pajuoja 1995, 161; Wahlbeck 2009.) Suomessa DSM-luokitusta on käytetty vuoteen 1996 asti, jolloin otettiin käyttöön WHO:n (World Health Organization) ICD-luokitus (Kansanterveys 1996).

2.2 Tutkielman teoreettisia lähtökohtia

Edellä esitettyjen mielenterveyden sosiologisen tutkimuksen lähtökohtien pohjalta omaa tutkielmaani tarkastellen, työni lähtökohdissa painottuu lähinnä Rogers & Pilgrimmin (2006) mukainen sosiaalisen kausaation perspektiivi. Tulen tutkimaan tilastollisin menetelmin sosioekonomisen taustan muuttujan jakautumista tutkittavien keskuudessa, sekä tarkastelemaan sosiaalisten ongelmien esiintymistä tutkittavien lapsuudessa. Lähtöoletuksena on, että kriminaalipotilaaksi valikoituminen on prosessi, johon vaikuttavat omalta osaltaan sosiaalinen tausta sekä elämäkokemukset. Vaikka tutkielma käsittelee määrällisesti pientä ihmisryhmää, ja vaikka koen jokaisen aineistooni päätyneen henkilön yksilönä, tutkittavien omien valintojen vaikutus ei tutkielmassani korostu.

Tutkielmassani pyrin lähestymään sosiaalista realismia. Sosiaalisten taustatekijöiden ja tutkittavien elämäntilanteen tarkastelu asettaa henkilöt historialliseen ja yhteiskunnalliseen kontekstiin. Tutkittavien ikäluokittainen tarkastelu ja keskinäinen vertailu voi paljastaa yhteiskunnallisia muutoksia. Tarkoitukseni on tarkastella kriminaalipotilaaksi päätyneen materiaalisia taustatekijöitä yhdistettynä toisaalta yksilön kokemaan yhteisöllisyyteen, ja toisaalta hänen kokemaansa kollektiiviseen sosiaaliseen tukeen ja kontrolliin. Sipilän (1979) näkemys lähiyhteisöjen häviämisestä lähtöoletuksena, rajoittuu yhteisöllisten kokemusten käsittely lapsuudenperheessä mahdollisesti ilmeneisiin ongelmiin. Psykiatriseen diagnostiikkaan suhtaudun työväliseenä, joka pyrkii kuvaamaan todellista asiointilaa mahdollisimman objektiivisesti ja systemaattisesti oman tieteenalansa näkökulmasta. Diagnostiikka kuitenkin palvelee tutkielmani tavoitteita rajoittuneesti, eikä sen tarkastelulle ole varattu paljon tilaa.

3 Psykoottisten sairauksien ja sosiaalisen aseman yhteys

Sosiaalitieteiden ja psykiatrisen epidemiologian eriytyminen, sekä sosiaalisen kontekstin merkityksen väheneminen psykiatrisessa epidemiologisessa tutkimuksessa vaikuttavat osaltaan mielenterveyden häiriöiden ja sosiaalisen liikkuvuuden välisen yhteyden tutkimukseen. Tietyn diagnosoidun mielen sairauden ja sosiaalisen liikkuvuuden välisen yhteyden mekanismien päättely ei ole yksioikoista, koska diagnoosi on lähtökohtaisesti irrallaan mielen sairauden sosiaalisesta kontekstista. Tässä luvussa esittelen tämän hetken keskeiset käsitteet liittyen mielenterveyden häiriöiden ja sosiaalisen aseman yhteyden tutkimukseen. Lisäksi tarkastelen tutkimuksen keskeisiä klassikoita sekä uusimpia tutkimustuloksia. Tutkimukseni aineistoon kuuluvista potilaista 97 prosentille on diagnosoitu päädiagnoosiksi psykoottinen mielen sairaus. Lopulla kolmella prosentilla päädiagnoosi on elimellinen mielenterveyden häiriö (kuuluu ICD-10- luokituksen kategoriaan F00-F09). Noin $\frac{3}{4}$ aineiston potilaista sairastaa jotakin skitsofrenian muotoa (diagnooseista tarkemmin luvussa 7). Tämän takia olen kohdistanut huomion suurilta osin nimenomaan skitsofrenian ja sosioekonomisen liikkuvuuden tutkimuksiin.

Eri sosioekonomisten väestöryhmien väliset terveyserot ovat sinällään ihmisiä eriarvostavia tekijöitä. Käytännössä mitä ylemmälle sosioekonomisella tasolla nousee, sitä terveempiä ihmiset näyttävät keskimääräisesti olevan (esim. Power & Matthews 1997). Sosioekonomisen aseman ja terveyserojen välisen yhteyden lisäksi myös sosioekonomisen liikkuvuuden ja terveyserojen välistä yhteyttä on mahdollista tutkia. Erolan (2009) mukaan terveyserotutkimus ja sosioekonomisen liikkuvuuden tutkimus on kuitenkin pääasiallisesti pysytellyt erossa toisistaan. Ihmisten välisenä tasa-arvokysymyksenä em. yhteys on kuitenkin merkittävä, koska vanhempien terveyden-tila voi vaikuttaa lapsen sosiaalisen aseman ylisukupolviseen määräytymiseen. Käytännössä lapsi voi periä vanhempien terveyden, jolloin se voi vaikuttaa lapsen tulevaan yhteiskunnalliseen asemaan, toisaalta taas sosiaalinen liikkuvuus voi vaikuttaa tavalla tai toisella lapsen terveyteen. Kolmas vaihtoehto on, että joko vanhempien tai lasten terveys voi olla seurausta edellisen sukupolven sosiaalisesta eriarvoisuudesta.

McKenzie, Harpham & Wilkinson (2006, 29 - 30) ovat koonneet tutkimustuloksia koskien mielen sairauksien syntyperää. He esittelevät mielenterveyteen vaikuttavien te-

kijöiden yksilöllisen ja yhteisöllisen tason. Yksilöllisiä mielenterveyden ongelmien riskiä lisääviä asioita ovat mm. vähäinen syntymäpaino, oman vanhemman mielen sairaus, somaattinen sairaus, päihteiden käyttö, matala koulutus- ja työllisyystaso, vähäinen itsemääräämismahdollisuus työpaikalla, kaupungissa syntyminen ja asuminen, sekä traumaattiset elämäkokemukset. Mielenterveyden ylläpitämiseen yksilöllisellä tasolla taas vaikuttavat sosiaalinen tuki, koulutus ja korkea työasema, etenkin miesten kohdalla avioliitto, sekä itsemääräämisen mahdollisuus työpaikalla.

Yhteisön tasolla mielenterveyden ongelmien riskiä lisääviä tekijöitä taas ovat mm. yhteisön hajautuneisuus, ennalta - arvaamattomuus, vähäisen luottamuksen, korkean ahdistuneisuuden ja valppauden tarpeen yhteisvaikutus, korkeat maahanmuuttajien sekä rikollisuuden määrät, sekä vähäiset turvaverkostot. Yhteisöllisen tason mielenterveyttä edistäviä asioista taas ovat yhteisön pysyvyys, vähäinen rikollisuus, pienet tuloerot, riittävät sosiaaliset turvaverkostot sekä investointi inhimilliseen pääomaan. (emt., 29 – 30.)

Täysin biologisten tekijöiden vaikutus mielen sairauden puhkeamiseen on tässä asetelmassa vähäinen. Eri tekijät ovat kietoutuneet usein toisiinsa, ja McKenzien ynnä muiden (2006) näkemyksen mukaan ne ovat nimenomaan syitä eivätkä seurauksia. Suurin osa edellä mainituista yksilön tason tekijöistä on yhteydessä yksilön sosioekonomiseen asemaan sekä pysyvien sosiaalisten suhteiden tärkeyteen. Yhteisön tason tekijöissä taas korostuu yhteisöllisyyden ja luottamuksen puutteen vaikutus mielenterveyteen, sekä suomalaiselle hyvinvointivaltiolle ominaiset tuloerojen pienuus ja sosiaaliturva.

3.1 Sosiaalinen kausaatio ja sosiaalinen valikoituminen

Tutkimukset viimeisen seitsemän vuosikymmenen ajalta osoittavat erittäin vahvan yhteyden skitsofrenian ja matalan sosioekonomisen taustan välille (Rogers & Pilgrim 2006, 47; Wolinsky 1980, 229). Skitsofreniaan sairastuneet ihmiset kokevat yleensä alaspäin suuntautuvaa sosioekonomista liikkuvuutta omiin vanhempiinsa nähden (Turner 1968, 201). Tutkittaessa mielenterveyden ongelmien ja sosioekonomisen aseman yhteyttä, suurinta teoreettista debattia käydään edelleen siitä, aiheuttavatko mielenterveyden ongelmat yksilön aseman yhteiskunnassa, vai onko mielen sairaus sosiaalisen aseman seurausta. Ensiksi mainittu selitysmalli edustaa sosiaalisen ajautumisen tai sosiaalisen valikoitumisen teoriaa (eng. *social selection / social drift*), jäl-

kimmäinen taas sosiaalisen kausaation teoriaa (engl. *social causation*). Valikoitumis-teoriasta on englannin kielessä käytetty myös termiä *natural selection*, joka viittaa mielenterveysongelmien ja sosiaalisen taustan yhteyksien tutkimista eugeniikan eli rotuhygienian kannalta (Katso Perry 1996, 18). Tällöin yksilön geeniperimällä on nähty olevan suurin vaikutus sekä mielenterveysongelmiin että matalaan sosiaaliseen asemaan (Wolinsky 1980, 229 – 230, katso myös edellinen luku).

Sosiaalisen valikoitumisen määritelmän lähtökohtana on yksilön sosiaalisen aseman heikentyminen joko oman työuransa aikana tai verrattuna omiin vanhempiin. Useat tutkimukset skitsofrenian ja sosioekonomisen aseman yhteydestä paljastavat, ettei todisteita perhetaustaltaan alempiin sosioekonomisiin luokkiin kuuluvien henkilöiden korkeammasta riskistä sairastua skitsofreniaan ole löytynyt, vaikka skitsofreniaa sairastavat henkilöt itse valikoituvat useimmiten alempiin sosioekonomisiin luokkiin (esim. Timms 1998; Byrne, Agerbo, Eaton & Mortensen 2004; Mulvany, O'Callaghan, Takei, Byrne, Fearon & Larkin 2004). Sen sijaan hoidon aloittamisen ajankohdalla ja sosioekonomisella taustalla näyttäisi olevan yhteys: ylimmistä sosioekonomisista ryhmistä tulevien henkilöiden psykiatrinen hoito alkaa keskimäärin aikaisemmin kuin alemmista sosioekonomisista ryhmistä tulevien henkilöiden (Mulvany ym. 2001, 1399). Syynä tähän on tulkittu olevan korkeasti koulutettujen vanhempien taipumus hakea nopeammin apua lapselleen kuin koulutusta vähemmän saaneet (Byrne ym. 2004, 94). Sosiaalisen valikoitumisen mekanismiksi on esitetty mielen sairauksien alttiuden periytyvyyttä. Skitsofrenian periytyvyydelle on saatu tukea laajoista perhe-, adoptio- ja kaksoistutkimuksista niin Suomessa kuin kansainvälisesti (Kaprio & Lönnqvist 1997, 2589 - 2590).

Sosiaalisen kausaation määritelmässä oletusta yksilön sosiaalisen aseman heikentymisestä ei välttämättä ole, vaan asema on voinut olla heikko jo lähtökohtaisesti. Sosioekonomisen statuksen mielenterveyteen suorasti tai epäsuorasti vaikuttavista mekanismeista on esitetty useita vaihtoehtoja, ja sosiaalisen kausaation teoriaa tukevat tutkimukset käsittelevät mielenterveysongelmia elämänhallintaan liittyvänä ilmiönä. Henkisesti kuormittavien tapahtumien tai elämäntilanteen vaikutusta mielenterveyteen on tutkittu laajasti (esim. Dohrenwend & Dohrenwend 1984).

Dohrenwend (2000) summaa mielenterveyden ongelmien ja ympäristötekijöiden yhteyden tutkimuksen kolmeen alalajiin: epidemiologisiin tutkimuksiin sosioekonomisen

statuksen ja mielenterveyden häiriöiden yhteydestä, kvasikokeellisiin sosiaalisen kausaation ja sosiaalisen valikoitumisen hypoteeseja testaaviin tutkimuksiin, sekä psykiatriin tutkimuksiin äärimmäiselle tilanteelle altistuneista yksilöistä. Yhteiseksi tekijäksi sekä yleisemmällä tasolla yhteiskunnassa ilmeneville mielenterveyden ongelmille että yksittäisen, traumaattisen tapahtuman myötä tapahtuvalle mielenterveyden heikkenemiselle Dohrenwend nimeää vastoinkäymisen kokemuksesta selviytymisen laadun. Dohrenwendin (2000, 12) hypoteesi kuuluu: mitä suurempia negatiivisen tapahtuman seurauksena ilmenneet kontrolloimattomat negatiiviset muutokset ovat, sitä todennäköisempää mielenterveyden ongelmien kehittyminen on.

Edelleen sosioekonomiseen asemaan yhteydessä olevien sosiaalisten ja psykologisten selviytymiskeinojen rajoittuneisuutta sekä ammatillisen suuntautumisen, hallinnan ja suunnitelmallisuuden puutetta on esitetty mahdollisena mielenterveyden heikkenemisen mekanismina (Miech, Caspi, Moffitt, Wright & Silva 1999, 1099). Power, Stansfeld, Matthews, Manor & Hope (2002) ovat brittiläisessä kohorttitutkimuksessaan löytäneet tukea sosiaalisen kausaation vaikutukselle mielenterveysongelmien kehittymiseen. Samasta aineistosta aiemmin tehdyt tutkimukset osoittavat sekä psykiatrisen että sosioekonomisen statuksen siirtymisen vanhemmalta lapselle. Tutkijat nostavat yhdeksi tärkeäksi tekijäksi lapsuudessa koetun kyvykkyyden tunteen, joka on yhteydessä sekä sosiaaliseen asemaan että aikuisena koettuun mielenterveyden ongelmiin. Tutkijat eivät juuri pysty täsmentämään kyvykkyyden käsitettä, mutta pitävät todennäköisenä, että kyvykkyys vaikuttaa lapsen kokemukseen oman tekemensä hallintaan sekä itsetuntoon, ja tätä kautta hyvinvointiin kokonaisuudessaan.

Myös sosioekonomisen statuksen myötä mahdollisesti tulevat materiaaliset puutteet vaikuttavat mielenterveyteen. Israelilainen kohorttitutkimus (Werner, Malaspina & Rabinowitz 2007) on ottanut tarkastelun alle sekä yksilön perheen sosioekonomisen aseman että perheen asuinalueen sosioekonomisen statuksen, ja niiden yhteyden skitsofreniaan sairastumiseen. Tutkimus lähtee siten etsimään yhteyttä yksilö- tai ryhmätasolta, ja nostaa esiin tärkeän näkökulman: Asuinalueen puitteet ja palvelut vaikuttavat omalta osaltaan mielenterveyteen (katso myös McKenzie ym. 2006). Esimerkiksi neuvolapalvelujen, terveydenhuollon, koulutuksen ja liikuntamahdollisuuksien tasa-arvoinen tarjoaminen edistää hyvinvointia sekä ehkäisee eriarvoistumista (esim. Esping-Andersen 2004).

3.2 Mekanismien päällekkäisyys

Sosiaalisen kausaation ja valikoitumisen teorit ovat osittain päällekkäisiä. Siinä missä sosiaalisen kausaation teoriaan ei sisälly oletus mielenterveyden ongelmien johtumisesta puhtaasti ympäristötekijöistä, ei sosiaalisen valikoitumisen teoriaan sisälly vastaavasti oletusta geeniperimän tyhjentävästä selitysvoimasta (Rogers ja Pilgrim 2003, 23). Näin ei oleteta tällä hetkellä vallalla olevan lääketieteellisen teoriakaan mukaan (katso s. 61 päädiagnoosi).

Sosiaalisen kausaation ja valikoitumisen teorioiden testaaminen ja tieteellisten tutkimusten vertailu on ollut vaikeaa aiheeseen liittyvien pitkittäistutkimuksien vähyyden takia, ja koska mielenterveyden häiriöiden standardoidun diagnoosiluokittelun puutteessa eri tutkimuksissa on käytetty keskenään yhdenpitämättömiä mittareita (Miech ym. 1999, 1099; Rogers & Pilgrim 2003, 23 – 24). Miech ym. (1999) ovat tarkastelleet tutkimuksessaan ei-psykoottisten mielenterveyden häiriöiden yhteyttä sosioekonomiseen asemaan, sekä sosiaalisen kausaation ja sosiaalisen valikoitumisen yhteisvaikutusta. Tulokset tukivat jo aiemmin esitettyä näkemystä sosioekonomisen statuksen ja mielenterveyden häiriöiden diagnoosikohtaisista mekanismeista: skitsofrenian nähdään istuvan paremmin valikoitumisnäkökulmaan, kun taas esimerkiksi masennus sosiaalisen kausaation malliin (esim. Dohrenwend ym. 1992; 2000, 4).

Kohn (1972) on esittänyt oman näkemyksensä kahden näkökulman mahdollisesta yhdistymisestä. Hänen mukaansa geenitutkimuksen ja sosiaalitieteiden skitsofreniaan liittyvän tutkimuksen kumuloituneiden tulosten perusteella eri sosiaalisissa luokissa ilmenevä geneettinen altistuminen, stressin kokeminen ja vaihtelu oman elämän kontrolloinnin tunteessa selittävät skitsofrenian yleisyyden alemmissa sosiaalisissa luokissa. Sosiaaliluokkien välinen ero oman elämänsä hallitsemisen kokemuksissa liittyy olennaisesti ajatukseen eri sosiaaliluokkien eroavaisuuksista arvoissa ja uskomuksissa (erityisesti Suomessa: esim. Järvinen & Kolbe 2007). Kohnin mukaan mitä alempaan sosiaaliluokkaan yksilö kuuluu, sitä enemmän häneen kohdistuu ulkoista valvontaa ja määräämisvaltaa, ja sitä vähemmän hän kokee pystyvänsä vaikuttamaan työhönsä, ympäristöönsä tai muuhun elämänsä osa-alueeseen. Stressaavan elämäntilanteen yhdistyminen vähäisiin selviytymiskeinoihin ja – resursseihin voi käynnistää prosessin, joka geneettisesti skitsofrenialle altistuneilla yksilöillä voi johtaa skitsofreniaan sairastumiseen.

Sosiaalisen kausaation ja valikoitumisen mekanismit eivät ole toisistaan irrallisia, ja debatti näiden kahden mekanismin välillä vaikuttaa osin keinotekoiselta. Tutkimukset antavat puolin ja toisin tukea poliittiseen keskusteluun siitä, miten lopulta mielenterveysongelmia voisi ehkäistä ja hoitaa. Toisaalta voisi olettaa, että rikollisuuden tapaan, kehittyneissä hyvinvointivaltioissa yksilöiden ominaisuuksilla on enemmän merkitystä mielenterveyden ongelmiin (vrt. Kivivuori 2008, 119, 201 – 202). Tämä tarkoittaisi sosiaalisen kontekstin selitysvoin vähenemistä elinolojen ollessa tyydyttävällä tasolla. Jos riski sairastua skitsofreniaan ei ole alemmissa sosioekonomisissa luokissa suurempi kuin muissa, aineiston potilaiden taustan tulisi vastaavasti olla heterogeeninen ja suhteellisen tasaisesti jakaantunut eri sosioekonomisiin ryhmiin.

Sosiaalisen kausaation tutkimukset nostivat esille lapsuuden perheen sosioekonomisen aseman vaikutuksen yksilön selviytymiskykyyn ja – keinoihin stressaavan tilanteen edessä. Seuraavassa luvussa käsitellään lähemmin henkisten voimavarojen ja ns. sosiaalisten ongelmien ylisukupolvisen siirtymisen mekanismia.

4 Sosiaalinen perimä

Sosiaalinen perimä tarkoittaa ylisukupolvista hyvä- tai huono – osaisuuden jatkumista. Perimä ei viittaa genetiikkaan, vaan ongelmien siirtymismekanismeina voivat toimia joko oppiminen tai kasvua ja kehitystä haittaavat lapsuudenkokemukset (Holmila, Bardy & Kouvonen 2008, 421). Sipilä (1979, 14 – 15) määrittelee sosiaaliset ongelmat köyhyydeksi (aineellinen puute), avuttomuudeksi (tietojen ja taitojen puute, tai fyysinen kyvyttömyys) ja poikkeavaksi käyttäytymiseksi (epäsosiaalisuus). Nämä kaikki sosiaalisten ongelmien ulottuvuudet ovat yhteydessä sekä sosiaaliseen perimään että yhteiskunnasta syrjäyttämiseen tai syrjäytymiseen (katso Vilhula 2007, 14; vrt. Röngän (1999) kolmeen syrjäytymisen väylään).

Tutkimuksia sosiaalisesta perimästä on ilmestynyt koskien mm. päihderiippuvuusiin, mielenterveysongelmien, väkivaltaisuuden, rikollisuuden ja sosiaalisen syrjäytymisen ilmenemisestä useammassa sukupolvessa samassa perheessä. Skitsofreniaa sinällään ei ole mielekästä selittää sosiaalisella perimällä, tosin taudin puhkeamiseen liittyen ”keskeinen etiologinen teoria korostaa perinnöllisen alttiuden ja ympäristötekijöiden yhteisvaikutusta: kliininen häiriö puhkeaa vasta usean tekijän summautumisen jälkeen” (Huttunen 2010a). Sosiaalisen perimän mekanismina pidetään yksilön sosialisatioprosessia. Sosialisatio itsessään jatkuu yksilön koko elämän ajan, mutta nykytutkimuksen valossa ensimmäiset elinvuodet aina noin 7-vuotiaaksi asti ovat oleelliset yksilön persoonallisuuden rakentumisessa. Perheen sisäinen kommunikaatio ja toiminta sekä lapsen kasvuolosuhteet vaikuttavat lapsen kehitykseen, sekä siihen kuinka vankka perusturvallisuuden tunne lapselle syntyy. (Vilhula 2007, 15; Giddens 1992, 63 – 69.)

Sosiaalisen perimän käsite herättää herkästi mielle yhtymiä yksilön perimän aiheuttamaan elämän ennalta-arvattavuuteen ja joissakin tapauksissa elämässä epäonnistumisen deterministisyyteen. Käsitteeseen kohdistuva kritiikki on varmasti oikeutettua, jos käsitettä käytetään mustavalkoisesti esimerkiksi arvioidessa ns. huonosta perheestä tulevan lapsen selviytymismahdollisuuksia vaikeassa elämäntilanteessa. Henkilökohtaisesti pyrin ko. käsitteen kautta tarkastelemaan joitakin mahdollisia lapsuuden perhepiirin kokemuksia, jotka ovat osaltaan vaikuttaneet tutkittavien toimintaan ja persoonallisuuden kehitykseen. Lapsuudessa koetut perheen jäsenten mielenterveysongelmat, alkoholi-ongelmat, perheväkivalta, kodin ulkopuolelle sijoittami-

nen ja vain yhden biologisen vanhemman läsnäolo ovat muokanneet yksilöiden näkemystä elämän kulusta, sekä heidän elämäntaloutta ja vuorovaikutustaitojaan.

Yhden biologisen vanhemman läsnäolo sinällään ei ole ongelmallista esimerkiksi perheessä, jossa vanhemmat ovat samaa sukupuolta. Oleellisempaa on se, miksi toista biologista vanhempaa ei ole. Yksinhuoltajaperheessä lapsen kasvatusta on usein haasteellisempaa esimerkiksi pienemmän tulotason ja vanhempien keskinäisen veritustuen puutteen takia. Avioerotilanteissa myös lapset käyvät läpi perherakenteen ja laajemmin elämäntavan muutoksen. Toisen vanhemman kuolema taas tuottaa menetyksen tuomaa surua ja muutosta lapsen henkiseen ja fyysiseen elämäntilanteeseen. Lapsuuden perheen ongelmien tarkastelun mukaan sosioekonomisen taustan rinnalle voi parhaimmillaan lisätä ymmärrystä perheen sosioekonomisen aseman ja sosiaalisten ongelmien välisestä yhteydestä.

4.1 Sosiaalinen perimä ja sosiaalinen pääoma

Tuulikki Kärkkäinen (2004, 32) jakaa sosiaalisen perimän käsitteen yksilö- ja yhteisötasolle, ja edelleen nämä kaksi tasoa suppeaa ja laajaa sosiaalista perimää edustavaksi. Yhteisötasolla sosiaalinen perimä voidaan käsittää kollektiivisen sosiaalisen pääoman muuttumisena yhteisön kulttuuriksi, tai laajemmassa merkityksessä sosiaalisten suhteiden kautta periytyvinä elämäntalouden voimavaroina. Yhteisötason sosiaalisen pääoman periytymisessä voi kuulla kaikuja Robert Faris:n (1934) teoriasta skitsofrenian ja asuinalueen solidaarisuuden yhteydestä (aiemmin luvussa 2.1, s. 13). Tästä näkökulmasta tarkastellen sosiaalisen pääoman niukkuus aiheuttaisi pahoinvoivan yhteisön ja oireilevat yksilöt. Yksilötasolla sosiaalisen perimän suppea käsite kattaa perheen sosiaalisten pääomien periytyminen lapselle. Laajemmassa merkityksessä perimään viitataan niin sosiaalisten, henkisten kuin aineellistenkin voimavarojen siirtymisessä sukupolvelta toiselle perheen sosiaalisten suhteiden kautta.

Sosiaalisen perimän termin käyttöönottajana on pidetty ruotsalaista lastenpsykiatri Gustav Jonssonia, joka kehitti 1970 – luvulla sosiaalisen perimän teorian lastenkoti-taustaisten poikien kanssa työskennellessään. Jonsson havaitsi työssään, kuinka samanlaiset huostaan otettujen lasten, sekä heidän vanhempiansa lapsuuden kasvuolosuhteet olivat. Perheiden taloudellinen tilanne, vanhempien koulutustaso sekä

työkyky näyttivät säilyvän samantasoisena sukupolvelta toiselle. Näiden ulkoisten tekijöiden lisäksi kodin ilmapiiri, sekä esimerkiksi päihteidenkäyttö, avioerotilanteet ja lasten syntyminen avioliiton ulkopuolelle näyttivät toistuvan myös jälkeläisten perhe-elämässä. (Jonsson 1976, 45.) Tämän huono-osaisuuden periytymisprosessin alkutilanne on vanhempien oman lapsuudenperheen ”syrjäytynyt elämäntapa”, johon ovat kuuluneet esimerkiksi köyhyys ja sosiaaliset ongelmat. Tästä lähtökohdasta vanhemmat ovat siirtyneet elämään omillaan yhteiskunnan jäsenenä, ja Jonssonin mukaan kutakuinkin epäonnistuneet siinä niin aviopuolisoina, kasvattajina, perheensä elättäjinä kuin myös sosiaalisessa elämässä. Jonssonin teorian mukaan vanhempien suhtautuminen lapsiinsa on niin ikään perittyä, ja muistuttaa hyvin pitkälle seuraavassa alaluvussa mainittua, Meadin teorian mukaista, merkittävien ihmisten suhtautumisen tärkeyttä socialisaatioprosessissa. Lapsi ns. eristyy omasta elinpiiristään, joka johtuu kodin ulkoisten ja sisäisten tekijöiden aiheuttamasta perusturvan tunteen puutteesta. (Jonsson 1976, 45 – 47.) Jonsson näkee juuri perusturvallisuuden tunteen aiheuttavan huonon vanhemmuuden syklin, joka taas aiheuttaa puutteellisten elämänhallinnan taitojen siirtymisen jälkeläisille.

Myös sosiaalisen pääoman käsite alkoi ilmestyä sosiologiseen teoriaan 1970 – ja 1980 – luvuilla. Käsitteen on ottanut ensimmäisenä käyttöön Pierre Bourdieu. Hänen määritelmänsä mukaan sosiaalinen pääoma tarkoittaa sosiaalisten verkostojen jäsenyyden kautta kertyvää positiivista kokonaisuutta. Amerikkalainen Glen Loury (1977, 1981) kiinnitti tahollaan huomion taloustieteiden teorioiden yksipuoliseen näkemykseen yksilön inhimillisen pääoman vaikutuksesta omaan asemaansa ja toimintaansa yhteiskunnassa (eli ns. rationaalisen valinnan teoriaan). Lourya kiinnosti köyhyyden periytyminen sekä eri etnisten ryhmien erilaiset mahdollisuudet menestyä; esimerkiksi tummaihoisten lähtökohtaisesti huonommat kontaktit työmarkkinoille sekä heidän vähäinen tietonsa eri mahdollisuuksista. (Portes 1998, 1 – 5.)

Portesin (1998, 15 – 17) mukaan sosiaalisista verkostoista saatavaa vaikutusta käsitellään ylipäättänsä positiivisena ilmiönä. Negatiivisena sosiaalisena pääomana käsitellään välillisiä vaikutuksia, jotka voivat aiheutua tietyn ryhmän vahvoista keskinäisistä siteistä. Tiivisti yhtä pitävät ryhmät voivat aiheuttaa ryhmän ulkopuolisten henkilöiden eksklusiota. Ryhmän vahvat normit voivat myös kaventaa jäsenten toimintamahdollisuuksia. Joissakin tilanteissa taas vahvat sosiaaliset siteet omaava ryhmä saa voimansa valtavirtavastaisuudestaan, jolloin elämässään menestyvät yksilöt vä-

hentävät ryhmän koheesiota. Kärkkäinen (2004, 30) taas tulkitsee Pierre Bourdieun sosiaalisen pääoman voivan tarkoittavan niin resurssien runsautta kuin niiden vähäisyyttä tai puutetta. Bourdieun teoriassa keskeisessä asemassa ovat yksilön elämäntapa, arvostukset sekä niiden vaikutus elämässä tehtäviin valintoihin. Keskeisimmät erot Jonssonin sosiaalisen perimän ja Bourdieun sosiaalisen pääoman käsitteiden välillä ovat Jonssonin keskittyminen tiettyjen voimavarojen periytymisen lähtökohtiin Bourdieun tarkastellessa itse ko. voimavarojen sisältöä. Huono-osaisuuden ylisukupolvisuus tasa-arvoa ja oikeudenmukaisuutta vähentävänä tekijänä kuvastaa selvästi Pohjoismaiseen hyvinvointivaltioon liittyviä pyrkimyksiä, kun taas bourdieulainen sosiaalisen pääoman tavoittelun ihanne heijastaa enemmän ranskalaisen yhteiskuntamallin yksilöllisyyttä ja valinnanvapautta korostavia tekijöitä. (Emt., 29, 34.)

4.2 Sosiaalisen perimän mekanismi: sosialisatio

Sosialisatio, eli yksilön kasvuprosessi yhteisön jäseneksi on hyvä- ja huono – osaisuuden ylisukupolvisen jatkumisen väylä. Vanhemmat sosialisatioteoriat ovat lähtökohtaisesti käsitelleet sosialisatiota prosessina, jonka tulos on ennalta-asetettu. Uudempien sosialisatioteorioiden mukaisesti ko. prosessi on yksilön ja ympäristön välinen vuorovaikutustapahtuma, jonka kehitys ja tulos on vaihteleva. Sosialisatiota voidaan tarkastella antropologian näkökulmasta suhteellisen luonnollisena sopeutumisen prosessina, jonka aikana lapsi syntymästään lähtien imee itseensä ympäröivän kulttuurinsa vaikutteita. Psykoanalyttisesta näkökulmasta sosialisatio taas on prosessi, jonka aikana yksilö oppii ja opetetaan saavuttamaan tarvittava, sosiaalisesti hyväksyttävän toiminnan edellyttämä itsekontrolli. Rooliteoreettisesta näkökulmasta yksilö koulutetaan yhteisönsä hyväksytyyn rooliin. (Savela 2003, 60 – 61, 65 – 66.)

Sosialisatioteoriat keskittyvät suurelta osin lapsuuden ja nuoruuden kehitykseen ja siihen liittyvään primaarisosialisaatioon. Primaarisosialisaatio ajoittuu lapsen ensimmäisiin elinvuosiin, jolloin lapsi oppii mm. kielen sekä jakamaan ihmiset eri kategorioihin esimerkiksi sukupuolen tai iän mukaan. Lapsi sisäistää itselleen merkityksellisten ihmisten, yleensä vanhempien ja muiden perheenjäsenten, välityksellä ympäröivän sosiaalisen maailman, ja omaksuu sen arvot ja käyttäytymismallit. Samankaltaisista sosialisatioympäristöistä tulevat yksilöt eivät kuitenkaan käyttäydy välttämättä samalla tavalla tai pyri samoihin tavoitteisiin. Primaarisosialisaatiota seuraavan se-

kundaarisosialisaation aikana yksilö omaksuu jonkin uuden roolin ”perusminän” päälle, esimerkiksi vanhemman tai työntekijän roolin. (Pirskanen 2007, 114 - 115.)

Sosialisaatioteorioiden yksi keskeisistä kysymyksistä on yksilön käyttäytymiseen vaikuttavien tekijöiden, oman tahdon ja valinnan sekä ympäröivän sosiaalisen maailman, välinen tasapaino. Esimerkiksi Michael Gottfredsonin ja Travis Hirschin (1990) kehittämä rikollisuuden itsekontrolliteoria voidaan tulkita psykoanalyttiseen sosialisaatioteoriaan pohjautuvaksi. Tiivistetysti ilmaisten, teorian mukaan yksilö toimii positiivisten ja negatiivisten kausaatio-oletusten varassa. Gottfredson ja Hirschi määrittelevät rikollisille teoille tyypilliseksi ominaisuuksiksi teon seurauksen välittömyyden sekä suunnittelemattomuuden, jolloin rikolliset teot johtuvat joidenkin yksilöiden huonosta itsekontrollista. Syynä huonon itsekontrollin kehittymiselle itsekontrolliteorian mukaan on lapsuudessa liian vähälle jäänyt yritys muokata lapsen itsekontrollia. Lapset ovat syntyessään eri lähtökohdissa itsekontrollin muokkautumiseen: toiset ovat jo alkutekijöiltään ”huonommassa asemassa”. Lapsen hoitajan kyky tunnistaa mahdollinen itsekontrollin puute ja sen seurauksena hoitajan tahto ja taito parantaa itsekontrollia vuorovaikutuksen keinoin vaikuttaa itsekontrollin kehittymiseen. Kasvatustajien epäonnistuminen lapsen itsekontrollin kehittämisessä aiheuttaa yksilön ongelmat niin koulussa kuin aikuisiällä yhteiskunnan eri sektoreilla yleisesti.

Hyvä tai huono itsekontrolli on yksilön pysyvä ominaisuus, jota ei ainakaan Gottfredsonin ja Hirschin mukaan pystytä kriittisten varhaislapsuusvuosien jälkeen muuttamaan. Rooliteoreettisesta näkökulmasta yksilö taas koulutetaan sosiaaliseen käyttäytymiseen, ja painopiste on yksilön oppimisprosessissa. Kognitiivisen teorian kehittäjä, Jean Piaget perusti näkemyksensä sosialisaatioprosessista välttämättömiin, eri ikäkausiin mukaisiin kehitystehtäviin, joiden kautta lapsi oppii uusia sosiaalisia taitoja. Se, miten lapsen taidot kehittyvät, riippuu edellisten kehitysasteiden onnistumisesta. Korkeimmassa kehitysvaiheessa, johon kaikki ihmiset eivät edes aikuisena välttämättä yllä, yksilö kykenee Piagetin mukaan monipuoliseen, abstraktiin ja rationaaliseen ajatteluun. (Giddens 1992, 72 – 75; Pirskanen 2007, 117 – 118.)

G.H. Mead lähestyy sosialisaation teoriaa prosessina, jonka aikana yksilö tiedostaa itsensä olemassaolon kanssaihmissen kautta. Hänen mukaansa pienet lapset kehittyvät sosiaalisiksi olennoiksi matkimalla ympärillään olevia ihmisiä. Noin 5 – vuotiaana lapselle on kehittynyt kyky nähdä itsensä ja ominaisuuksiaan muiden ihmisten

vuorovaikutuksen kautta. 8- tai 9- vuotiaasta lähtien lapsi oppii edelleen yleiset arvot ja moraalisaännöt. (Giddens 1992, 71 – 72.) Meadin teoriassa korostuu yksilön identiteetin yhtenä rakennuspalikkana muiden ihmisten näkemykset siitä, millainen ihminen hän on.

Kaikki sosiaaliset organisaatiot, joihin yksilö elämänsä aikana kuuluu, ovat jossain määrin häntä sosiaalistavia ympäristöjä. Tärkeimpänä yksittäisenä tekijänä, etenkin lapsen ensimmäisinä elinvuosina, pidetään kuitenkin perhettä. Moderneissa yhteiskunnissa perheen muodostavat usein yksi tai kaksi aikuista ja sisarukset. Sosiaalistava ympäristö voi siis olla suhteellisen pieni. (Helkama ym. 1998, 84; Giddens 1992, 77; Rönkä 1992, 26 – 28.) Muita tärkeitä sosialisaatiotekijöitä ovat perheen asuinalue sekä sosioekonominen status, päiväkotijärjestelmä, koululaitos ja työpaikka. Myös media nähdään yksilöä sosiaalistavana tekijänä. (Helkama ym. 1998, 84.)

Sosialisaatiota sosiaalisen perimän välittäjänä perhepiirissä on tarkasteltu kohdistuen tutkimus lapsen ja vanhemman väliseen suhteeseen, kasvatusilmapiiriin, vanhempien kasvatuskäyttäytymiseen, vanhempien asenteisiin (esimerkiksi lapsen tehtävän suorittamista tai koululaitosta kohtaan) tai vanhempien avioerotilanteisiin. (Kärkkäinen 2004, 89 – 91.) Kuten jo aiemmin on mainittu, sosialisaatio on jokaisen yksilön kohdalla ainutlaatuinen tapahtuma, jonka ”lopputuloksena” on jokaisella oman näköisensä. Yksilöt reagoivat lapsuudessaan esiintyneisiin ongelmiin eri tavoin. On kuitenkin todennäköistä, että ongelmallinen lapsuus tuottaa ongelmallisempia aikuisia, kuin ns. normaali lapsuus. Lisäksi henkilöt, joilla on mahdollisesti geneettinen alttius mielen-terveysongelmiin, oireilevat voimakkaammin stressaavassa kasvuympäristössä.

4.3 Antisoziaalisuuden ja alkoholismien ylisukupolviset vaikutukset

Tutkimustulosten perusteella sekä antisoziaalisesti käyttäytyvien että ongelmallisesti alkoholia käyttävien vanhempien lapsilla on suurempi riski samantyyppiseen ongelmakäyttäytymiseen. Vanhempien ongelmallinen alkoholinkäyttö jälkeläisen varhaisina elinvuosina voi vaikuttaa negatiivisesti lapsuuden kokemuksiin, kun taas vanhempien aikaisempi, oman lapsuuden ja nuoruuden aikainen niin sanottu antisoziaalinen käyttäytyminen nostaa riskiä jälkeläisen antisoziaalisuuteen omassa elämässään. Vanhempien sekä antisoziaalisuuden että alkoholismien vaikutukset jälkeläisiin tuntuvat olevan laaja-alaisia. Etenkin antisoziaalisuuden tutkimisessa on havaittavissa tietynlainen arvolataus ja kulttuurisidonnaisuus. Tutkijat ikään kuin asettavat sosiaalisen

käyttäytymisen rajat, joiden ”ylittäjiä” tutkitaan. Itäpuisto (2005, 28) on arvioinut alkoholismien periytymisen ajatuksen kehittyneen yleiseksi totuudeksi, vaikka kaiken kaikkiaan tutkimustulokset periytyvyydestä ovat ristiriitaisia. Joissakin tutkimuksissa on pyritty kehittelemään jopa alkoholistivanhempien aikuisille lapsille erityinen syndrooma, mutta jälkeläisten joukko ei missään nimessä ole heterogeeninen, eikä eroa oleellisesti ominaisuuksiltaan omaksi riskiryhmäkseen (Harter 2000, 332). Viimeisimmät tutkimukset kuitenkin ovat ottaneet huomioon esimerkiksi päihdeongelmien yhteyden mielenterveysongelmaisuuteen (esim. Dube, Anda, Felitti, Croft, Edwards & Giles 2001) sekä ongelmien ylisukupolvisen siirtymismekanismin monitahoisuuden (esim. Christoffersen & Soothill 2003, 112; Harter 2000, 332).

Antisoziaalisuudeksi määritellään mm. rikollisuus, päihteidenkäyttö, käyttäytymis- tai sopeutumisoongelmat, eli sosiaalisia normeja ja yhteiskunnan lakeja rikkova käyttäytyminen. (Johnson, Smailes, Cohen, Kasen & Brook 2004; Smith & Farrington 2004; Thornberry, Freeman – Gallant & Lovegrove 2009.) Antisoziaalisuuden ylisukupolvisen jatkuvuuden tutkimuksessa on siirrytty etsimään käyttäytymismallin jatkuvuuden (ja katkeamisen) mekanismeja. Laajan suosion näyttäisi saaneen hypoteesi vanhempien kasvatustyylin vaikutuksesta lapsen käyttäytymiseen, vaihtoehtoisten mekanismien ollessa esimerkiksi geneettinen ja biologinen perimä, sekä asuinalueen, puolison tai ystäväpiirin vaikutus käyttäytymiseen. (Smith & Farrington 2004, 231.) Kasvatustyyliä on mitattu tunnesiteiden vahvuutena (Johnson ym. 2004; Thornberry ym. 2009), lapsen valvomiseen käytettynä aikana (Johnson ym. 2004; Thornberry ym. 2009 Smith & Farrington 2004), kasvatuseriaatteiden ja kurinpidon pysyvyytenä (Johnson ym. 2004; Thornberry ym. 2009; Smith & Farrington 2004), fyysisenä tai henkisenä aggressiivisuutena lasta tai muita perheenjäseniä kohtaan (Johnson ym. 2004), sekä kodin siisteyden huolehtimisena (Johnson ym. 2004). Itse kasvatustyylin periytymisestä sukupolvelta toiselle on ristiriitaisia tuloksia, mutta kasvatustyyli sinällään vaikuttaa jälkeläisen antisoziaalisuuden ilmenemiseen.

Alkoholismien sekä sosiaalista että biologista periytymistä on tutkittu kansainvälisesti laajasti. Myös alkoholismien ylisukupolvisuuden tutkimuksessa fokus on siirtynyt ominaisuuden välittymisen mekanismin tutkimukseen. Bailey, Hill, Oesterle & Hawkins (2006, 273 - 275) päätyivät hypoteesiin, jonka mukaan ylisukupolvisuuden välittäjänä näyttää toimivan lapsen ongelmallisen käyttäytymisen kehitys vanhempien päihteiden käytön myötä. Ongelmakäyttäytyminen taas lisäisi riskiä jälkeläisen oman päih-

teidenkäytön aloittamiseen ja edelleen ongelmallisemmaksi kehittymiseen nuorena ja aikuisena. Pitkittäistutkimuksissa alkoholistivanhempien lapsilla on todettu olevan suurempi riski ongelmalliseen päihteidenkäyttöön, antisosiaalisuuteen, masentuneisuuteen, ahdistuneisuuteen, matalaan itsetuntoon, perhesuhteiden ongelmallisuuteen, ja sopeutumattomuuteen yleisemmällä tasolla verrattuna henkilöihin, joiden vanhemmilla ei ole ollut alkoholiongelmaa. (Harter 2000, 332). Alkoholistiperheiden keskuudessa lapsen laiminlyönti sekä fyysinen ja seksuaalinen väkivalta on yleisempää kuin muissa perheissä. Ongelmia esiintyy myös mm. lapsen itsetunnossa, tunne-elämässä sekä myös somaattisessa ja mielen terveydessä. Alkoholistiperheiden lapset myös kokevat useimmin vanhempiansa välistä väkivaltaa ja avioeron muiden perheiden lapsiin verrattuna. (Dube ym. 2001; Christoffersen & Soothill 2003.) Tanskalaisen kohorttitutkimuksen (Christoffersen & Soothill 2003) tulokset osoittavat, että vanhempien alkoholinkäytön aiheuttamat vaikutukset voivat seurata jälkeläisiä pitkälle aikuisuuteen. 15 – 27 – vuotiaana alkoholistiperheistä tulleiden keskuudessa kuolleisuus ja itsetuhoinen käyttäytyminen on ollut yleisempää kuin ei-alkoholistiperheistä tulleilla. Alkoholismi näyttää liittyvän myös jälkeläisen väkivallasta johtuviin sairaalahoitoihin, teiniraskauden lisääntyneeseen riskiin sekä työttömyyteen.

Lapsuuden eläminen alkoholistiperheessä näyttäisi vaikuttavan laaja-alaisesti yksilön hyvinvointiin ja tulevaan käyttäytymiseen. Kuten jo edellä mainittiin, samankaltaisessa sosialisatioympäristössä kasvaneet yksilöt eivät kuitenkaan välttämättä käyttäydy ja reagoi ympäristöönsä samalla tavoin. Voidaan kuitenkin summata, että alkoholiongelmainen perheympäristö aiheuttaa herkemmin lapselle käyttäytymisongelmia. Kyse ei ole kuitenkaan pelkästään vain alkoholin kulutuksesta, vaan siihen liittyvistä, ajan mittaan kasautuvista ongelmista, kuten esimerkiksi avioerosta, mielenterveysongelmista, talousvaikeuksista tai vanhempien kykenemättömyydestä huolehtia lapsistaan. Jonssonin (1976) käyttämää termiä lainaten, sekä antisosiaalisten että ongelmallisesti päihteitä käyttävien vanhempien lapset näyttäisivät omaksuvan helpommin ”syrjäytyneen elämäntavan”. Seuraavassa alaluvussa käsitellään lyhyesti joitakin syrjäytymiseen liitettyjä mekanismeja yksilön tasolla.

4.4. Sosiaalisen perimän yhteys syrjäytymiseen

Sipilä (1985, 73) määrittelee syrjäytymisen prosessiksi, jossa yksilöä yhteiskuntaan liittävät sidokset heikentyvät. Huono-osaisuuden ylisukupolvinen jatkuvuus voi aiheuttaa tilanteen, jossa yksilön sidokset yhteiskuntaan ovat lapsuudesta asti niin sanottusti heikentyneet ja riski syrjäytymiseen on suuri. Syrjäytymistä voidaan tarkastella joko poikkileikkausmaisesti, jolloin huomio kiinnittyy yksilön suhteeseen ympäröivään yhteiskuntaan. Tällöin syrjäytymisen käsite voidaan jakaa esimerkiksi koulutuksellisen, työmarkkinallisen, sosiaalisen, vallankäytännöllisen ja normatiivisen ulottuvuuden osa-alueiksi (Jyrkämä 1986, ref. Lämsä 2009, 32). Ajan funktion huomioonottamisella syrjäytyminen hahmottuu prosessina, jossa sosiaaliset ongelmat pitkittyvät ja kasautuvat, yksilö menettää elämänhallintansa ja vieraantuu yhteiskunnasta (Lämsä 2009, 39).

Kautta aikojen samantyyppiset ongelmat ovat ikään kuin kulkeneet käsi kädessä, Tällaisia kasautuvia ongelmia ovat esimerkiksi puutteellinen koulutus, työläisammatti ja työttömyys, huono asumistaso, yksinäisyys, yksinhuoltajuus, päihteiden käyttö, epäsosiaaliset elämäntavat, perheväkivalta sekä mielenterveysongelmat. (Kärkkäinen 2004, 130 – 131.) Ongelmien kasautumista ja pitkittymistä pidetään nykytutkimuksen valossa kytkeytyneenä yksilöiden aiempiin sukupolviin (Kainulainen 2006, 383). Sosiaalisen perimän kautta saatujen elämänhallintakeinojen lisäksi myös yhteiskuntaan integroitumisen aste vaikuttaa yksilön selviytymisessä etenkin stressaavista tapahtumista tai tilanteista (esim. Myers, Lindethal & Pepper 1975; Eaton 1978). Huono-osaisuus kasautuu niin ryhmittäin kuin alueittain. Sosiaalisen pääoman ja mielenterveyden yhteyden tutkimusta aina vuoteen 2004 asti kokoavassa teoksessa *Social Capital and mental health* yhteenvetomaisesti todetaan, että alueilla, joissa on paljon (positiivista) sosiaalista pääomaa on myös vähemmän mielenterveyden ongelmia. Köyhillä kaupunkialueilla yhteisön ulkoisilla tekijöillä, kuten aineellisella köyhyydellä, yleisemmällä pelon ja vihamielisyyden ilmapiirillä sekä vallan ja resurssien hallinnan luonteella voi olla enemmän vaikutusta mielenterveyden häiriöiden kehittymiseen, kuin mitä sosiaalisella pääomalla on. Viimeisin johtopäätös tukee käänteisesti ajatusta siitä, että hyvinvointivaltiolla on yksilöiden marginalisoitumista vähentävä vaikutus. Mitä enemmän valtio sitouttaa yksilöitä hyvinvointivaltiollisten järjestelyjen kautta ja lisää tasa-arvoa ihmisryhmien välillä, sitä enemmän yksilölliset ominaisuudet korostuvat ns. poikkeavan käyttäytymisen aiheuttajina. (vrt. Kivivuori 2008, 119, 201 – 202.)

Psykologian alalla Anna Rönkä on tutkinut sosiaalisten ongelmien kasautumista ja siihen liittyviä sopeutumisongelmia. Rönkä (1997, 159 – 161; 1999a, 10; 1999b, 36) esittää ongelmien kasautumisen edistäviksi mekanismeiksi kolmea eri väylää: ulkoista, sisäistä sekä käyttäytymisen haavoittuvuuden väylää. Ulkoista ongelmien kasautumisen väylää on tarkasteltu teoreettisesti esimerkiksi kriminologian puolella. Tuolloin sopeutumisongelmat nähdään johtuvan ulkoisten, huonojen olosuhteiden ketjuuntumisesta ja yksilön ja yhteiskunnan välisen siteiden heikkenemisestä. Kun yhteiskunnassa hyväksytyjen normien mukaiset selviytymiskeinot vähenevät, voi yksilö turvautua ei-hyväksyttävien keinojen käyttöön. (Katso myös Berthoud 1976, 107 – 108: sosiaalisen syrjäytymisen kierre)

Sisäinen ongelmien kasautumisen väylä taas tarkoittaa yksilön kognitiivisten prosessien kautta syntyvästä selviytymismahdollisuuksien kapenemisesta (Rönkä 1997, 159 – 161; 1999a, 10; 1999, 36). Pidemmälle kouluttautuneilla ihmisillä näyttäisi olevan paremmat mahdollisuudet nähdä useampia selviytymiskeinoja ja arvioida niitä keskenään kriisitilanteen tullessa kohdalle. Korkeasti kouluttautuneilla on myös todennäköisemmin suhteita ihmisiin, jotka voivat auttaa ja neuvoa heitä erilaisissa tilanteissa. Koulutus myös vaikuttaa luottamukseen työpaikan pysyvyydestä, sekä yleiseen tulotason. (Myers ym. 1975,426.)

Ulkoisen ja sisäisen väylän teoreettiset kehykset ovat tunnistettavissa, joskin yhdistettyinä, Kohnin (1972) teoriassa geeniperimän ja sosiaalisen aseman yhteisvaikutuksesta skitsofrenian puhkeamiseen (luku 3.3, s. 21 - 22). Myös Dohrenwendin (2000, 12; esitetty aiemmin luvussa 3.3) yleinen teoria mielenterveydellisten ongelmien kehitysprosessista yhdistää sekä ulkoisen että sisäisen väylän elämänhallintaan:

The greater the uncontrollable negative changes in the ongoing situation (in terms of the centrality and proportion of usual, goal-directed activities affected) following the occurrence of a negative event, the greater the likelihood that disorder will develop.

Kolmatta ongelmien kasautumisen mekanismin väylää Rönkä (1997, 159 – 161; 1999a, 10) kutsuu käyttäytymisen haavoittuvuudeksi. Tämä viittaa yksilön ongelmia aiheuttavaan käyttäytymistyyliin, joka on usein kehittynyt vaikeiden kasvuolosuhteiden myötä. Esimerkiksi jo edellä esitetyn Gottfredsonin ja Hirschin (1990) itsekontrol-

liteorian mukaan ongelmien kasautumisen ilmiö johtuu heikon itsekontrollin omaavan yksilön taipumuksesta toimia lyhyellä aikajänteellä mahdollisimman paljon itselleen nautintoa tuottaen, tai vastaavasti eliminoiden nopeasti kärsimystä tuottavan tekijän. Nopean nautinnon tuoma käyttäytyminen ilmenee esimerkiksi päihteiden käyttönä, irtosuhteina, tai vaikkapa työskentelynä lyhyissä työsuhteissa.

Kaikki kolme ongelmien kasautumisen väylää painottaa yksilön ja ympäristön välistä vuorovaikutusta syrjäytymisprosessissa. Edellä esitelty ulkoinen ongelmien kasautumisen väylä edustaa erityisesti ns. solidaarisen näkemyksen mukaista syrjäytymistä, jossa painotetaan koulutuksen ja työn merkitystä yksilön kiinnittymisessä yhteiskuntaan. Vertailututkimukset ongelmanuorten elämänsuhteista ovat osoittaneet, että ”selviytyjän” ja ”syrjäytyneen” erottavia käännekohtia ovat koulutuksen, työelämään kiinnittymisen, parisuhteeseen sitoutumisen ja päihdeongelman voittamisen lisäksi armeijan suorittaminen (Jahnukainen & Järvinen 2007; Laub & Sampson 2003).

4.5 Sosiaalisen perimän yhteys sosioekonomiseen asemaan

Sosiaalinen perimä on kiinteästi yhteydessä sosiaaliseen liikkuvuuteen. Suomessa ja yleisesti Pohjoismaissa poliittiset instituutiot ovat pitäneet huolen yksilöiden mahdollisimman tasa-arvoisista toimintamahdollisuuksista liittyen esimerkiksi terveyteen, työhön, toimeentuloon, kouluttautumiseen sekä lasten kasvattamiseen. Negatiivisen sosiaalisen perimän tarkastelu nostaa esiin kysymyksen yhteiskunnan järjestämien palvelujen ja tulonsiirtojen ajantasaisuudesta. (Vilhula 2007, 17.)

Sosiaalisen kausaation mukaisesti ajateltuna tutkittavien lapsuuden olojen mahdollinen ongelmallisuus voidaan nähdä aiheuttaneen ne olosuhteet, jotka ovat vuorovaikutuksessa tutkittavien yksilöllisen alttiuden kanssa edesauttaneet mielenterveysongelmien kehittymisen. Tällöin sosiaalisen kausaation teorian mukaisesti suurimmalla osalla kriminaalipotilaista voisi odottaa olleen ongelmallinen perhetausta. Sosiaalisen valikoitumisen mekanismin mukaisesti myös tutkittavien vanhemmilla tulisi olla taipumus mielenterveysongelmiin, koska kyseessä on peritty ominaisuus. Tällöin tutkittavien vanhemmilla todennäköisesti voi olla ongelmallista käyttäytymistä, joka näyttäytyy esimerkiksi alkoholiongelmana. Mahdollinen sosiaalisten ongelmien kasautuminen tiettyyn perheeseen ei siis välttämättä sulje pois kumpaakaan liikkuvuuden mekanismin teoriaa.

Sosiaaliset ongelmat eivät lähtökohtaisesti ole tiettyyn ammattiryhmään tai sosioekonomiseen kerrostumaan kiinnittyneitä. Esimerkiksi vanhempien alkoholismia esiintyy lähtökohtaisesti kaikissa kerrostumissa (Wiles, Lingford – Hughes, Daniel, Hickman, Farrell, Macleod, Haynes, Skapinakis, Araya & Lewis 2007). Mielenterveysongelmien jakautumisesta eri sosiaalisiin kerrostumiin käsiteltiin edellisessä luvussa. Erityisesti skitsofrenian kohdalla sairastuneet yksilöt näyttäisivät olevan peräisin suhteellisen tasaisesti kaikista sosiaalisista kerrostumista, mutta heidän oma sosiaalinen liikkuvuutensa on säännönmukaisesti alaspäin. Etenkin väkivaltarikollisuus on yhteydessä sosioekonomiseen asemaan: väkivaltaiset rikosten tekijät tulevat useammin alemmistä sosiaalisista kerrostumista (esim. Kivivuori & Lehti 2006).

Miten sosioekonominen tausta ja perheen ongelmat ovat yhteydessä toisiinsa, ja kummalla tekijällä on suurempi merkitys tarkasteltaessa kriminaalipotilaiden aiempaa rikollisuutta ja päihdeongelmallisuutta? Tähän kysymykseen lähdetään hakemaan vastausta tarkastelemalla ensin tutkittavien vanhempien sosioekonomista asemaa tutkittavien ollessa alaikäisiä.

5 Tutkittavien sosioekonominen tausta ja sosiaalinen liikkuvuus

2000 – luvun alussa mielentilatutkimuksia on suoritettu Suomessa vuosittain noin 200 kappaletta, joiden perusteella joka vuosi 40 – 45 henkilöä on todettu syyntakeettomaksi. Kokonaisuudessaan kriminaalipotilaita oli psykiatrisessa sairaalahoidossa Suomessa vuonna 2004 427kpl. (STM 2005, 18, 23.) Niuvanniemen Oikeuspsykiatriassa sairaalassa hoidossa olevien, miespuolisten kriminaalipotilaiden kokonaismäärä maaliskuussa 2010 (eli aineistonkeruun ajankohtana) oli 140 kpl, joista vuosina 1950 – 1975 syntyneitä oli 87 kpl. Näistä 87 potilaasta aineistoon päätyi 51 kpl (48 % aineistosta). Aineiston kokonaismäärä on 106 tapausta. Loput aineistosta on kerätty hoitopaikasta poistuneiden potilasasiakirjoista, joita säilytetään sairaalan arkistossa.

Aineistoa kerättäessä valintakriteerit olivat miessukupuoli, kriminaalipotilaan status, syntymävuosi vuosilta 1950 – 1975, sekä Suomessa syntyminen ja eläminen lapsuus- ja nuoruusvuosina. Suomalaisten elämäntilanne näyttää vakiintuvan saavuttaessa 30 ikävuoden rajapyykin (Kainulainen 2006,382; Erola 2009,5). Aineistoon päätyneet kriminaalipotilaat on valittu sillä tavoin, että vuosina 1950 – 1975 syntyneitä on pyritty saamaan aineistoon tasaisesti. Lähtökohtaisesti jokaiseen syntymävuoteen on kerätty vähintään 4 tapausta. Potilastietojen valinta aineistoon on aloitettu vuoden 2010 ja 2009 poistuneiden sekä vielä hoidossa olevien listoista. Lopullinen aineisto kertyi vuosina 2004 – 2010 poistuneista, sekä vielä hoidossa olevista potilaista. Lisäksi on kerätty kahden vuonna 1949 syntyneen kriminaalipotilaan tiedot, koska valintakriteerit täyttyviä, vuonna 1950 syntyneitä tapauksia ei löytynyt.

Aineistoon kerättiin tutkittavan vanhempien päätoiminen ammatti tutkittavan ollessa 0 – 18-vuotias. Tilanteessa, jossa jompikumpi vanhemmista ei huolehtinut tutkittavan perheen toimeentulosta, ammatti on jätetty merkitsemättä kyseisen vanhemman kohdalla. Aineiston vanhimmat potilaat ovat täyttäneet 18 vuotta vuonna 1967, ja nuorimmat vuonna 1993. 1990 – luvun alun laman korkea työttömyys ei todennäköisesti näy mielentilatutkimuslausuntojen kautta saatujen vanhempien ammattiasemien tiedoissa (työttömiä vanhemmista oli yksi, ja sekin kahden vanhemman taloudessa). Sen sijaan 1960 – ja 1970 – luvulla tapahtunut rakennemuutos tulee ottaa huomioon vertailtaessa potilaiden vanhempien sosioekonomisia taustoja.

Suomen elinkeinoelämän rakennemuutos alkoi myöhemmin kuin muissa Pohjoismaissa tai Länsi-Euroopassa. Ollessaan muita teollisuusmaiden kehitystä jäljessä, Suomi hyötyi ottaessaan suoraan käyttöön teollisuuden uusimman teknologian. Tästä syystä aiemmin maa- ja metsätaloudessa työskennellystä työväestöstä suurempi osa siirtyi suoraan palvelualalle. Lisäksi teollisuuden työväen osuus koko ammatissa toimivasta väestöstä ei koskaan noussut yhtä korkeisiin lukemiin, kuin useissa Länsi – Euroopan maissa. Maa- ja metsätaloudesta teollisen ja palvelualan töihin siirtynyt väestö muutti luonnollisesti maaseudulta kaupunkeihin. Tämä johti etenkin Itä – ja Pohjois- Suomen kylien tyhjenemiseen, ja työikäisen väestön kasautumiseen etelän taajamiin. Samanaikaisesti koulutustaso yleisesti oli nousussa, ja myös naiset siirtyivät yhä enenevässä määrin työelämään. Muuttoliike suuntautui myös Ruotsiin naapurivaltion poistettua viisumipakon ja osallistuttua vapaiden pohjoismaisten työmarkkinoiden luomiseen. (Meinander 1999, 358, 362, 364.)

1970 – luvulla tehdyssä Pohjoismaisessa hyvinvointitutkimuksessa Suomen sosiaalisen liikkuvuuden taso oli korkeinta heti Norjan jälkeen. Tähän vaikutti suurelta osin edellä kuvattu rakennemuutos. (Pöntinen, Alestalo & Uusitalo 1983, 3.) Moision ja Erolan tutkimus (2002) tarkastelee sosiaalisen liikkuvuuden kehitystä vuodesta 1970 vuoteen 1995. Suomi on edelleen osoittautunut suhteellisen korkean sosiaalisen liikkuvuuden yhteiskunnaksi. Miesten kohdalla sosiaalinen liikkuvuus kohdistuu oman perheen sosioekonomista asemaa eli lähtöasemaa lähellä oleviin sosiaaliluokkiin, kun taas naisilla on taipumus hakeutua palveluammatteihin lähtöasemasta riippumatta.

5.1 Sosioekonomisen aseman määrittely

Tutkittavien sosioekonomisen taustan selvittämisen perimmäisenä päämääränä on kartoittaa tutkittavien lähtökohtaisia asemia yhteiskunnan rakenteellis-toiminnallisissa osajärjestelmissä (ks. Tilastokeskus: Sosioekonomisen aseman luokitus 1989, 4). Moderneissa yhteiskunnissa sosiaaliset luokat tai asemat ovat yhteiskunnallisia kerrostumia, joiden rajat eivät ole tarkasti määriteltävissä. Vaikka yksilö syntyykin tiettyyn sosiaaliseen luokkaan kuuluvaan perheeseen, hänellä on periaatteessa mahdollisuus saavuttaa parempi asema koulutuksensa ja oman työpanoksensa avulla. Sosiaalisten luokkien tärkein määrittelijä ovat taloudelliset erot luokkien välillä. (Giddens 1992, 208; ks. myös Kainulainen 1998, 45.)

Luokkateorioiden vaikuttavimmat teoriasuuntaukset ovat olleet marxilainen sekä weberiläinen. Marxin mukaan sosiaaliluokat, kapitalistit ja työväestö, muodostuvat sen mukaan, mikä suhde kullakin ryhmittymällä tuotantovälineisiin on. Marxin jaottelu perustui oleellisesti taloudelliselle epätasa-arvolle. Max Weber erotteli omistussuhteiden lisäksi luokkien määritteleviksi tekijöiksi sosiaalisen statuksen sekä (poliittisen) vallan. (Giddens 1992, 210 – 213, Kainulainen 1998, 52.) Tässä vaiheessa työtäni ei ole tarkoituksenmukaista syventyä sosiaaliluokkien jaottelun eroavaisuuksiin eri tutkimussuuntausten välillä. Oleellista kuitenkin on, että sekä marxilaisessa että weberiläisessä jaottelussa työväestö on taloudellisesti ja materiaalistien elinolojen suhteen huonoimmassa asemassa (Kainulainen 1998, 49 – 50).

5.2 Sosioekonominen rakenne Suomessa 1960 – 1985

Suomen ensimmäinen väestötilasto on koottu vuonna 1749. Tämän jälkeen tietoa väestöstä on kerätty pitkälti papiston toimesta. Ensimmäinen luokkatutkimus suomalaisesta yhteiskunnasta on tehty vuonna 1913. (Toivonen 2010, 188 – 189.) Myöhemmin Suomen väestön luokkarakennetta koskevaa tutkimusta ovat tehneet muun muassa Alestalo (1986;2007), Pöntinen ym. (1983), Toivonen (1988) ja Moisio & Erola (2002; 2007; katso myös Erola 2010). Tilastokeskus on koonnut tietoa suomalaisesta työvoimasta viiden vuosikymmenen ajan (Pärnänen & Okkonen 2009).

Tutustuin edellä mainittuihin tutkimuksiin ja artikkeleihin etsiessäni omaan aineistooni sopivaa vertailuaineistoa ja luokkajakoa. Alestalo (1986) on tutkinut luokkajakoa Suomessa vuosina 1950 – 1980 käyttäen weberiläisittäin kolmea eri jakoperiaatetta: taloudellista, sosiaalista ja poliittista. Näissä kolmessa vaihtoehdossa painottuvat vuorollaan luokkajaon eri ulottuvuudet. Toivonen (1988) on koonnut julkaisunsa otsikon mukaisesti aineistoa toimiala-, luokka- ja kerrostumarakenteen tutkimukseen vuosilta 1930 – 1985. Vertailtaessa Toivosen ja Alestalon käyttämiä luokkajakoja ja niiden jakaumia, ammatissa toimivan väestön rakenne eroaa lähinnä työntekijöiden ja alempien toimihenkilöiden osuuksissa. Todennäköisesti ero syntyy siitä, että Alestalo (1986, 64) on laskenut työntekijöiden ryhmään esimerkiksi kaupan myyjät, jotka taas Tilastokeskuksen sosioekonomisen jaottelun mukaan kuuluvat alempiin toimihenkilöihin. Alestalon jaottelussa löytyy myös tuntemattomien kategoria, joiden osuus jakaumasta vaihtelee vuodesta 1970 vuoteen 1980 yhdestä neljään prosenttiin. Tätä luokkaa Toivolan luokkajaossa ei ole.

Erolan ja Moision (2002, 2007) suosima Erikson & Goldthorpen sosiaaliluokkajaottelun kriteereinä ovat asema työmarkkinoilla, asema tuotantoyksikössä ja tieto työsuhteesta. Vertailuaineistoa löytyy ainakin vuosilta 1950, 1975 ja 2000 sekä Seppo Pöntisen ym. (1983) samalla sosiaaliluokkajaottelulla keräämä vuoden 1980 aineisto miesten sosiaaliluokka-asemasta. Vertailuaineistoksi päädyin valitsemaan Toivosen (1988) materiaalin, koska se oli vaihtoehdoista selkein ja helposti muokattavissa vertailua varten.

Käytän tutkittavien sosioekonomisen aseman tarkastelussa Tilastokeskuksen luokitusta. Tilastokeskuksen sosioekonomisen aseman luokitus jakaantuu kahteen pääryhmään: ammatissa toimiviin ja ammatissa toimimattomiin. Ensimmäinen pääryhmä on jaettu edelleen yrittäjiin, ylempiin toimihenkilöihin, alempiin toimihenkilöihin ja työntekijöihin. Ammatissa toimimattomiin kuuluvat opiskelijat, eläkeläiset ja pitkäaikaistyöttömät. (Tilastokeskus 1989, 5 – 6).

Itse luokitus voi vaihdella hyvinkin hienojakoisesta tasosta karkeampaan luokitteluun (emt., 8). Tutkimuksen otosmäärän suhteellisen pienuuden sekä saadun tiedon laadun vuoksi tutkittavien vanhempien sosioekonominen tausta on jaoteltu karkeasti em. ammatissa toimivien ja toimimattomien ryhmiin. Yrittäjät on jaoteltu maatalousyrittäjiin ja muihin yrittäjiin. Työttömät on jaoteltu heidän entisen ammatin mukaisiin ryhmiin, jos ammattinimike on tiedossa. Tapaukset, joiden kummankaan vanhemman ammatia ei ole mainittu, on luokiteltu ryhmään 7. tuntematon. (Vertaa Tilastokeskuksen sosioekonomisen aseman luokitteluun, liite 1.) Olen käyttänyt seuraavaa ryhmäjaottelua sekä tutkittavien vanhempien sosioekonomisen aseman vertailussa ammatissa toimivaan väestöön, että tarkasteltaessa tutkittavien sosiaalista liikkuvuutta vanhempiinsa nähden.

1. yrittäjä
2. maatalousyrittäjä
3. ylempi toimihenkilö
4. alempi toimihenkilö
5. työntekijä
6. ammatissa toimimattomat
7. tuntematon

Lähtökohtaisesti olen merkinnyt perheen sosioekonomiseksi statuksen isän ammattiryhmän mukaan, koska isän ammatti oli mainittu useammin kuin äidin ammatti. Poikkeuksen tekevät yksinhuoltajaäidit. Tällöin olen luonnollisesti merkinnyt sosioekonomisen statuksen äidin ammattiryhmän mukaan. Erotilanteissa on aineistonkeruuvaiheessa jo tarkasteltu ensisijaisesti niiden kasvattajien ammattiryhmiä, joiden kanssa tutkittavat ovat eläneet. Niissä perheissä, joissa tutkittavan vanhemmat ovat eronneet, toinen vanhemmista on kuollut, tai isää ei lähtökohtaisesti ole ollut, olen merkinnyt aineistoon huoltajan mahdollisen uuden puolison ammattiryhmän. Yhden tutkittavan kohdalla on merkitty sijaisvanhempien ammatti, koska potilas oli siirtynyt asumaan heidän luokseen ollessaan noin 2-vuotias

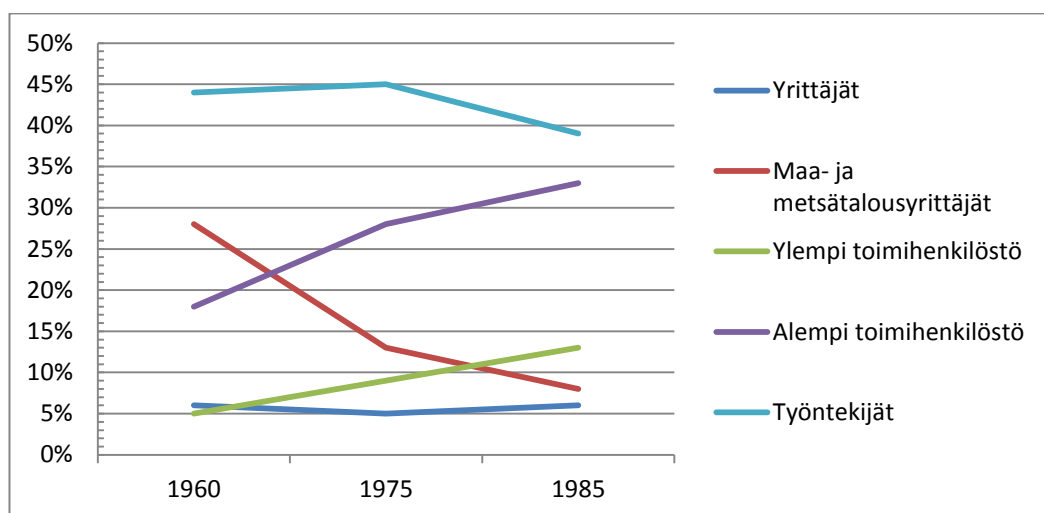
Vanhempien asemat ovat aineistossa hyvin pitkälle samantasoisia. Tutkittavan syntymästä lähtien yksinhuoltajia aineistossa oli seitsemän (7 %). Saman sosioekonomisen aseman saavuttaneita pareja oli 47 (44 %). Näiden lisäksi perheitä, joissa äiti ei ole ollut kodin ulkopuolella töissä oli 17 (16 %). Alempien toimihenkilöiden ja työntekijöiden erottamista toisistaan on kritisoitu rajan keinotekoisuudesta ja häilyväisyydestä (esim. Giddens 1992, 233). Perheitä, joissa toinen vanhemmista työskenteli alempana toimihenkilönä, ja toinen oli työntekijä, oli aineistossa yhteensä 15 (14 %). Selvästi eri sosioekonomista luokkaa edustavia pareja oli yhteensä 10 (9 %). Loput kymmenen paria koostui vanhemmista, joista toinen oli joko sairaseläkkeellä tai jommankumman, tai kummankaan, ammattiasemaa ei ollut mainittu.

5.3 Vanhempien sosioekonomisen asemien vertailu ammatissa toimivaan väestöön

Timo Toivonen (1988, 15, 26, 28, 34) on koonnut vuodesta 1930 vuoteen 1985 tilastollista aineistoa luokkarakenteen tutkimukseen väestölaskentojen pohjalta. Toivosen mukaan väestölaskennan tiedot ovat luotettavia vuodesta 1950 lähtien. Toivosen tutkimuksessa käsitellään ammatissa toimivaa väestönosaa. Toivonen on päätenyt eri vuosikymmenten aikana vaihdellun luokittelun yhteensovittamiseksi käyttämään kolmea kerrostumaa: yrittäjät, toimihenkilöt ja työntekijät. Vuonna 1960 lähtien on otettu käyttöön sosioekonomisen aseman luokitus, jossa on eritelty ylemmät ja alemmat toimihenkilöt. Tuolloin ylempi toimihenkilö on erotettu alemmasta akateemisen loppu-tutkinnon, tietyn palkkaluokan ja esimiesaseman vaatimuksella. Potilaiden vanhempien sosioekonomisen aseman vertailemiseen ammatissa toimivaan väestöön on valittu vuodet 1960, 1975 ja 1985.

Kolmen vuoden vertailukohtat on valittu 1960 – 1970 – luvuilla rajuimmin kehittyneen rakennemuutoksen takia. Vuonna 1960 tutkimuksen aineiston vanhimmat ovat olleet 11 vuotta vanhoja. Kuten kuviosta 1 voi havaita, tuolloin maa- ja metsätalouden osuus työllistävänä alana on vielä ollut suuri. Ylempien ja alempien toimihenkilöiden osuus on ollut vaatimaton. Työntekijöiden määrä on ollut melkein jo huipussaan. Vuonna 1975 rakennemuutoksen kehitys on taittunut useammalla elinkeinoalalla. Työntekijöiden osuus on tuolloin ollut korkeimmillaan, jonka jälkeen se on vähitellen laskenut. Pääpiirteissään maa- ja metsätalouden osuus on vähentynyt kaiken aikaa, mutta vuoden 1975 jälkeen lasku ei ole enää ollut yhtä jyrkkää. Toimialoittain jaoteltuna palvelualan osuus on kasvanut, joka näkyy etenkin alempien toimihenkilöiden määrän nousuna. 1970 – luvun puolivälissä teollisen alan osuus toimialarakenteessa oli huipussaan, jonka jälkeen se on vähitellen laskenut. (Toivonen 1988, 67.)

Vuonna 1985 lama ei ollut vielä iskenyt, ja aineiston nuorimmat potilaat olivat tuolloin 10 – vuotiaita. Ylempien ja alempien toimihenkilöiden yhteenlaskettu prosentiosuus ammatissa toimivasta väestöstä on ollut tuolloin 46. Työväestön osuus on laskenut 1970 – luvun puolen välin huippulukemista kuusi prosenttiyksikköä, ja maa – ja metsätalouden yrittäjien osuus on lähes yhtä paljon kuin muiden yrittäjien osuus.

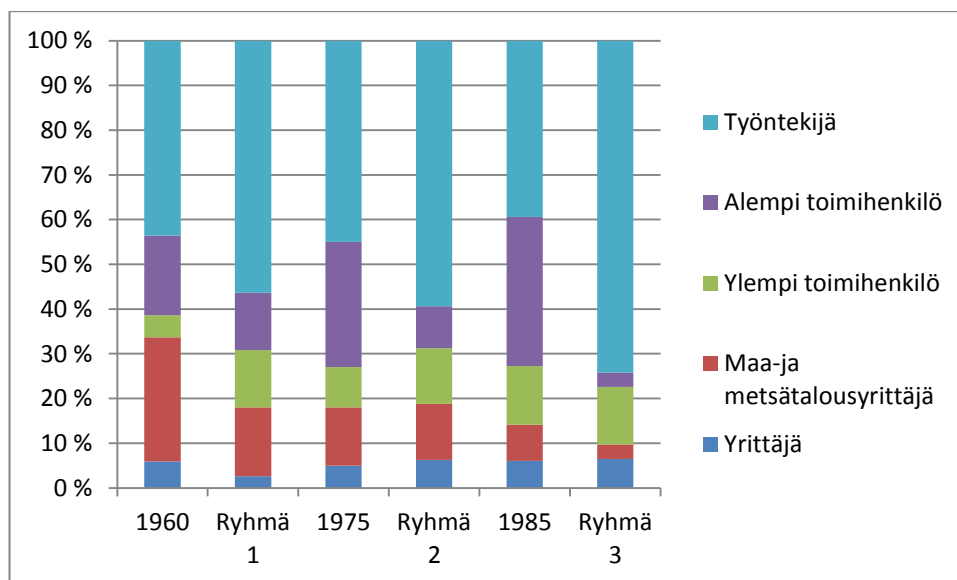


Kuvio 1. Amatissa toimivan väestön kerrostumarakenne Suomessa vuosina 1960 - 1985. (Lähde: Toivonen 1988)

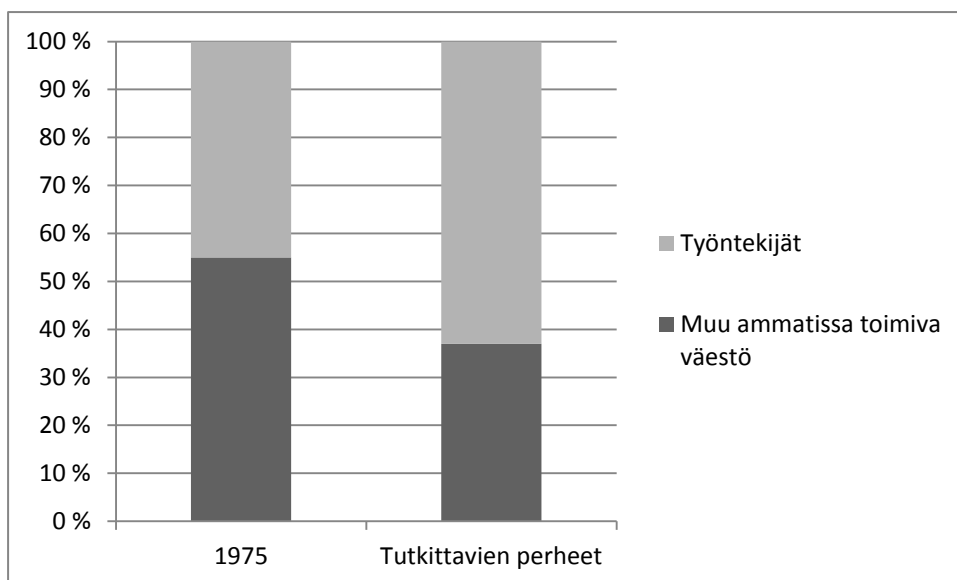
Aineistosta on karsittu pois ne vanhemmat, joilla kummallakaan ei ollut mainittu ammattia (3kpl), tai jotka olivat ammatissa toimimattomia (1kpl). Aineiston lukumäärän vähyyden takia kuviossa 2 esiintyvät prosenttiluvut eivät ole täysin luotettavia, mutta kuviosta tulee selvästi ilmi, että tutkittavien perheet ovat useammin työläistäustaisia,

kuin koko maan ammatissa toimivat ovat olleet. Siinä missä koko ammatissa toimivan väestön rakenteessa työntekijöiden osuus on laskenut tultaessa 1980 – luvulle, tutkittavien perheet ovat lisääntyvässä määrin työläistaustaisia.

Verrattaessa tutkittavien sosioekonomista taustaa (N=102) vuoden 1975 sosioekonomiseen rakenteeseen (katso kuvio 3), jolloin työväestön osuus on ollut korkeimmillaan, ero työntekijöiden osuudessa tutkittavien perheiden ja koko ammatissa toimivan väestön ryhmissä on huomattava. Vuonna 1975 työntekijöiden osuus ammatissa toimivista oli 45 %. Tutkittavissa työläistaustaisia oli kokonaisuudessaan 63 %. Työläistaustaisten osuuden tilastollisen todennäköisyyden merkittävyyttä voidaan testata epäparametrisellä testillä. Testi antoi p - arvoksi, 001 (tilastollisesti merkitsevä). Tarkasteltaessa vain niitä potilaita, jolle on diagnosoitu skitsofrenia (N=79), työntekijöiden osuus perheissä laski hieman (osuus = 59,5 %). Työläisperheiden osuus jäi kuitenkin merkittävästi keskimääräistä suuremmaksi koko ammatissa toimivaan väestöön verrattaessa ($p < 0,01$). Sosioekonominen kerrostumarakenne noudatteli kuvion 2 mukaista rakennetta eri syntymävuosiryhmittymissä (katso liite 2).



Kuvio 2. Perheen sosioekonominen asema verrattuna koko maan ammatissa toimivan väestön sosioekonomiseen rakenteeseen vuosina 1960, 1975 ja 1985. Ryhmä 1 = v. 1949 - 1959 syntyneiden perheet. Ryhmä 2 = v. 1960 - 1967 syntyneiden perheet. Ryhmä 3 = v. 1968 - 1975 syntyneiden perheet (Lähde: Toivonen 1988) (N=102)



Kuvio 3. Työntekijöiden osuus ammatissa toimivasta väestöstä vuonna 1975 sekä vastaavasti tutkittavien sosioekonomisessa rakenteessa. (Lähde: Toivonen 1988) (N=102)

5.4 Tutkittavien koulutustaso, siviilisääty ja asuinlääni

Taulukossa 1 on koottu tiedot tutkittavien sosioekonomisen taustan ja koulutusasteen yhteydestä. Havaintojen määrän pienuuden vuoksi yrittäjät ja maa- ja metsätalousyrittäjät sekä ylempien ja alempien toimihenkilöiden ryhmät on yhdistetty. Tutkittavista yhteensä noin 60 prosenttia on joko käynyt pelkästään peruskoulun tai jättänyt peruskoulun kesken (62 henkilöä). Joko lukion, ammattikoulun tai – opiston kesken jättäneitä on 24 henkilöä (23 %). Lukion, ammattikoulun tai – opiston suorittaneita tutkittavista on 33 kpl (31 %). Tutkittavista seitsemän (7 %) on suorittanut korkeakouluopintoja valmistumatta, ja neljällä (4 %) on korkeakoulututkinto.

Taulukko 1. Perheen sosioekonominen tausta ja tutkittavien koulutusaste

Perheen SES	Tutkittavien koulutusaste				
	Peruskoulu kesken	Perusaste	Keskiaste	Korkeakoulutus	Yhteensä
Yrittäjät					
N	4	3	7	2	16
%	25,0	18,8	43,8	12,5	100,1
Toimihenkilöt					
N	4	7	10	1	22
%	18,2	31,8	45,5	4,5	100
Työntekijät					
N	7	34	22	1	64
%	10,9	53,1	34,4	1,6	100
Ei työelämässä / tuntematon					
N	0	3	1	0	4
%	0	75	25	0	100
Yhteensä					
N	15	47	40	4	106
%	14,2	44,3	37,7	3,7	100

Syytteenalaisen teon hetkellä 86 prosenttia olivat naimattomia. Kymmenesosa tutkitavista oli eronneita, ja neljä prosenttia avioliitossa. Noin neljänneksellä tutkitavista oli lapsia. Lapsien lukumäärä vaihteli yhdestä neljään. Suurimmalla osalla lasten lukumäärä oli yksi. (katso liite 3.) Jussi Pajuojaan (1995) oikeussosiologinen tutkimus käsittelee vuosina 1987 – 1989 henkirikoksen tehneiden mielentilatutkittavien sosiaalista taustaa. Pajuojaan tutkimuksessa jopa 38 prosenttia ymmärrystä vailla (nyk. syyn-takeettomat) olleista tutkitavista olivat joko avo- tai avioliitossa. Prosenttiosuus oli samaa tasoa sekä täydessä ymmärryksessä että täyttä ymmärrystä vailla olleiden luokissa. Tilastokeskuksen elinolotutkimuksessa 1986 (ELO-86) avio- tai avioliitossa elävien osuus oli 63 %.(1995, 146, 151; Pajuojaan tutkimuksesta tarkemmin luku 6, s.44). Pajuojaan ja oman aineiston välisen eroon voi vaikuttaa se, että Pajuojaan aineistossa on myös alle 35 – vuotiaita. Pajuoja toteaaakin oman aineistonsa pohjalta, että sosiaalisten suhteiden osalta aineisto poikkeaa valtaväestöstä sitä selvemmin, mitä vanhemmasta ikäluokasta on kysymys: yli 30-vuotiaissa nimenomaan ei-parisuhteessa eläminen on selvästi erottuva ilmiö. (emt., 151.) Yli puolet (57 %) tutkitavista asui syytteenalaisen teon hetkellä Etelä-Suomen läänin alueella. Itä-Suomen läänin alueelta tutkitavista oli 18 %. Länsi-Suomen alueelta oli 15 %, ja Oulun läänistä 7 %. Lapin läänistä tutkittavia oli 4 %. (Katso liite 3.)

5.5 Tutkittavien sosiaalinen liikkuvuus

Ristiintaulukoimalla tutkittavien perheiden ja tutkittavien omat (ennen syytteenalaista tekoa) sosioekonomiset asemat, saatiin seuraavanlaisia havaintoja: Ainakin toinen vanhemmista oli työssäkäyvä potilaan lapsuudessa. Vain yhdessä perheessä päätoiminen toimeentulo saatiin sairaseläkkeestä. Suurin osa potilaista tulee työläistäustaisesta perheestä (62,14 %, ero taulukossa 1 olevaan vastaavaan prosenttilukuun johtuu ammatissa toimimattomien mukaan lukemisen). Potilaat itse ovat kasautuneet ammatissa toimimattomien luokkaan (90,93 %), joista työttömien osuus on koko aineistosta 24,53 %. Loput työelämän ulkopuolelle jääneistä ovat olleet joko sairauseläkkeellä, opiskelijoita tai esimerkiksi istumassa tuomiota vankilassa. Noin joka kymmenes potilaista on pysytellyt työelämässä, joista suurin osa työntekijänä. Olen jättänyt taulukosta 3 pois niiden tutkittavien tiedot, joiden kohdalla mainintaa vanhempien ammasteista ei ollut.

Taulukko 2. Perheen sosioekonominen tausta / tutkittavien sosioekonominen asema (N=103)

Perheen SES	Tutkittavien SES			
	Yrittäjä	Työntekijät	Ammatissa toimimattomat	Yhteensä
Yrittäjä N %	1 0,97	0 0	4 3,88	5 4,85
Maatalous- yrittäjä N %	0 0	1 0,97	10 9,71	11 10,68
Ylemmät toi- mihenkilöt N %	1 0,97	1 0,97	11 10,68	13 12,62
Alemmat toi- mihenkilöt N %	0 0	0 0	9 8,74	9 8,74
Työntekijät N %	0 0	6 5,88	58 56,31	64 62,14
Ammatissa toimimattomat N %	0 0	0 0	1 0,97	1 0,97
Yhteensä N %	2 1,94	8 7,77	93 90,29	103 100,0

Jo edellä mainitussa Pajujan (1995) tutkimuksessa kaikki mielentilatutkittavat mukaan lukien, aineistossa työssä käyviä on 35 %, työttömiä 46 % ja työikäisiä eläkeläisiä 19 %. Eritellessään ymmärrystä vailla todettujen tutkittavien työmarkkina-asemaa, aktiiviväestöä on 36 %, työttömiä 26 % ja eläkeläisiä 38 %. Työttömien määrä vastaa oman aineistoni työttömien prosenttiosuutta. Sen sijaan työssä käyvien määrä on pienempi kuin Pajujan aineistossa. Syy työssä käyvien osuuksien eroon voi olla Pajujan aineiston laajemmasta ikähaarukasta, tai 1980 – luvun paremmasta työllisyys-tilanteesta.

5.6 Yhteenveto

Tässä luvussa pyrittiin kartoittamaan tutkittavien lähtökohtaisia asemia taloudellisten ja koulutuksellisten näkökulmien kautta. Kriminaalipotilaiden perheiden sosioekonomisia asemia vertailtaessa koko ammatissa toimivan väestön ryhmiin työntekijöiden osuus potilaiden perheissä on huomattavasti suurempi. Tulos ei suoraan tue sosiaalisen valikoitumisen hypoteesia, jota pidetään uskottavana mekanismina nimenomaan skitsofrenian kohdalla. Tutkittavista suurin osa (n. 58 %) on käynyt korkeintaan peruskoulun. Koulutuksen yleisen arvostus ja tärkeys etenkin työelämään siirtäessä on kasvanut, joten tämä voi viitata siihen, että aineiston nuoremmat potilaat ovat jääneet tai jättäytyneet varhaisemmassa vaiheessa yhteiskunnan ”oravanpyörästä”. Suurin osa, yhdeksän tutkittavaa kymmenestä, on jäänyt tai jättäytynyt työelämän ulkopuolelle ennen syytteenalaista tekoa. Perheiden sosioekonomisten asemien vaikutusta työelämässä pysymiseen ei voi tällä aineistolla tarkastella, koska työelämässä olleiden määrä on niin pieni. Tutkittavista suurin osa on naimattomia (86 %) tai eronneita (10 %) ennen syytteenalaista tekoa. Aineistosta saatava kuva suurimmasta osasta tutkittavista matalasti kouluttautuneina, työelämästä pois jääneinä ja yksin elävinä miehinä tukee luvussa 4.4 (s. 27 – 28) esitettyjä Myers ym. (1975) sekä Laub & Sampsonin (2003) teoriaa yhteiskuntaan integroitumisen vaikutuksesta mielenterveydellisiin ongelmiin tai rikolliseen käyttäytymiseen. Työelämästä pois jääminen on todennäköisesti seurausta mielenterveyden heikkenemisestä, ja jo aiemmin alkaneesta syrjäytymisen prosessista. Seuraavissa luvuissa siirrytään tarkastelemaan tutkittavien negatiivisia lapsuudenkokemuksia, sekä perheen ongelmien mahdollista siirtymistä sukupolvelta toiselle prosessina, joka asettaa yksilöt lähtökohtaisesti eri asemaan verrattuna muihin (tässä aineistossa) psykoottisia sairauksia poteviin.

6 Ymmärrystä vailla

Tässä luvussa siirrytään tarkastelemaan tutkittavien lapsuutta ja nuoruutta. Sosiaalista perimää käsittelevässä luvussa käytiin läpi sosialisoinnin prosessia, sosiaalisten ongelmien ylisukupolvisia vaikutuksia sekä ongelmien kasautumisen ilmiötä. Sosiaalisen perimän ilmiötä tarkastellakseni olen koonnut lapsuudenkodissa ilmenneitä ongelmia tutkittavien ollessa alaikäisiä. Sosiaaliset ongelmat on rajattu koskemaan alkuikäisiin käyttöä, perheen rakenteeseen liittyviä muutoksia, taloudellisia vaikeuksia, sekä perheen sisällä ilmennyttä väkivaltaisuutta ja mielenterveysongelmia tutkittavien ollessa 0 – 18 – vuotiaita. Ko. ongelmien kasautuneisuutta on tutkittu tarkemmin faktorianalyysin avulla. Luvun viimeisessä osiossa tarkastelen tutkittavien integroitumista peruskouluun sopeutumisen sekä asevelvollisuuden suorittamisen näkökulmasta.

Jussi Pajuoja (1995) on tutkinut syyntakeisuussäännöksiä Suomessa käyttäen aineistonaan vuosien 1987 – 1989 henkirikoksien mielentilatutkimuksia. Pajuojan aineistosta (N=267) 47 henkilön on todettu olleen ymmärrystä vailla syytteenalaisen teon hetkellä. Aineistoon on kerätty 15 – 64 – vuotiaiden naisten ja miesten tietoja, ja rikoslajiksi on rajattu henkirikos. Vaikka Pajuojan aineisto on rajautunut hieman eri tavalla kuin omassa tutkimuksessani, aineistolta on kysytty samantapaisia kysymyksiä etenkin liittyen lapsuuden kodin mahdollisiin ongelmiin. Pajuoja on luokitellut lapsuudenkotia kuvaavat muuttajat soveltaen Tilastokeskuksen tekemän ELO-86 - tutkimuksen kysymysrunkoa. Vuoden 1986 Elinolotutkimus on pääosin haastatteluin toteutettu, koko maan kattanut tutkimus, jossa kerättiin tietoa yli 15-vuotiaiden kansalaisten hyvinvointiin liittyvistä osa-alueista (Sauli ym. 1989).

Vertailujen teko niin oman, Pajuojan kuin ELO-86-tutkimuksen aineiston välillä on soveltaen mahdollista. Suurin eroavaisuus aineistojen välillä on ikäjakaumat Pajuojan tutkimuksessa sen ollessa 15 – 64, ELO – 86 – tutkimuksessa yli 15 – vuotiaat, ja omassa aineistossa 35 – 61 – vuotiaat. On myös otettava huomioon, että mielentilatutkimukset ovat alun perin laadittu eri tarkoituksia varten, kuin mihin ne Pajuojan tutkimuksessa sekä tässä tutkielmassa ovat käytössä (Pajuoja 1995, 117).

6.1 Lapsuudenkodin ongelmat

Tiedot tutkittavan lapsuudenkodin mahdollisista ongelmista on yleensä saatu tutkittavan omaisille tehdyn kirjallisen kyselyn tai tutkittavalle tehdyn subjektiivisen anamneesin (tutkittavan oma kertomus itsestään ja elämäkulusta) kautta. Tietoa on kerääntynyt myös mahdollisesti sosiaaliviranomaisten asiakirjoista tai tutkittavan perusasteen koulun tiedoista ja / tai opettajilta. Ennen tämän tutkielman aineiston keruuta tiedot lapsuudenkodin ongelmista ovat jo suodattuneet mielentilatutkimuslausunnon laatijan käyttäessä omaa harkintaansa ja erityisosaamistaan kootessaan tietoa ja arvioidessaan sen totuudellisuutta. Potilasasiakirjoille esittämäni kysymykset ovat olleet:

1. Oliko tutkittavan lapsuudenkodissa runsasta tai ongelmallista alkoholin käyttöä potilaan ollessa 0 – 18 – vuotias?
2. Erosivatko tai muuttivatko tutkittavan vanhemmat erilleen, kuoliko toinen vanhemmista, tai elikö tutkittava yksinhuoltajaperheessä alle 18 – vuotiaana?
3. Esiintyikö tutkittavan lapsuudenkodissa pitempiaikaisia taloudellisia vaikeuksia?
4. Kokiko potilas lapsuudessaan perheväkivaltaa? Perheväkivallaksi olen tulkinut tutkittavan kokeneen fyysisen tai henkisen väkivallan, tai altistumisen fyysiselle tai henkiselle väkivallalle esimerkiksi isän käyttäytyessä väkivaltaisesti äitiä kohtaan. Henkiseksi väkivallaksi olen tulkinut esim. jatkuvan kovaäänisen riitelyn, tai räikeän lasten epäjohdonmukaisen kohtelemisen kokonaisuudessaan tai sisarusten välillä, esim. poikalapsen täydellisen poissulkemisen perheestä toisen vanhemman toimesta.
5. Oliko potilaan lapsuudenkodissa jollakin tai useammalla perheenjäsenellä mielenterveysongelmia?
6. Onko potilas sijoitettu kodin ulkopuolelle sosiaalihuollon toimesta lapsuudessaan?

Tiedot perheen mahdollisista taloudellisista vaikeuksista voivat olla osin tulkinnanvaraisia, joten kyseisen muuttujan tuloksiin tulee suhtautua varauksella. Osassa mielentilatutkimuslausuntoja löytyi suora maininta taloudellisista vaikeuksista, mutta osassa ko. tiedon pystyi tulkitsemaan ”rivien välistä”. Jos lausunnossa on mainittu suurin osa sosiaalisten ongelmien muuttujista, tällöin sellaiset muuttujat, joista tietoa ei ole erikseen mainittu, on tulkittu siten, ettei ko. ongelmaa ole koettu tutkittavan

perheessä. Kahden tutkittavan kohdalla yhdenkään sosiaalisen ongelman muuttujan tietoa ei mainittu, joten nämä kahden tutkittavan tiedot on jätetty pois analyysistä. Heistä toinen on syntynyt 1960- ja toinen 1970 – luvulla. Loppujen 104 tutkittavan kohdalla lapsuudenkodin ongelmien jakauma on nähtävissä taulukossa 3.

Taulukko 3. Tutkittavien lapsuudenkodin ongelmat (N=104). Vertailuaineistona Pajuoja (1995) tutkimusaineiston ymmärrystä vailla (YV), täyttä ymmärrystä vailla (TYV) ja täydessä ymmärryksessä (TY) sekä Elinolotutkimus -86, Tilastokeskus.

	oma aineisto	Pajuoja 1995 YV	Pajuoja 1995 TY, TYV, YV	ELO - 86
Alkoholin runsas / ongelmallinen käyttö	47 %	34 %	47 %	14 %
vajaaperheys	39 %	19 %	41 %	20 %
taloudelliset ongelmat	34 %	43 %	33 %	27 %
Perheväkivalta	40 %	17 %	30 %	9 %
Mielenterveysongelmat	34 %	17 %	16 %	-
Kodin ulkopuolelle sijoittaminen	24 %	-	-	-

Verrattuna vuoden 1986 elinolotutkimuksen tuloksiin, sosiaaliset ongelmat ovat olleet suhteellisen yleisiä tutkittavien lapsuudenkodeissa. Tämän tutkielman aineiston henkilöiden keskuudessa alkoholin ongelmallista käyttöä on esiintynyt 47 prosentilla tutkittavien perheissä. Osuus on reilusti kolme kertaa enemmän kuin vuoden 1986 aineistossa (14 %). Prosenttiosuus vastaa Pajuoja aineiston kaikkien kolmen ryhmän keskiarvoista lukua (47 %). Pajuoja aineiston syyntakeettomiksi todettujen joukossa alkoholin ongelmallista käyttöä on esiintynyt 34 prosentilla tutkittavista. Vertaillessa ns. vajaaperheyden lukuja, 39 % tutkittavista on elänyt vain toisen biologisen vanhempansa kanssa. Luku on kaksi kertaa enemmän verrattuna sekä ELO-86-tutkimuksen että Pajuoja tutkimuksen syyntakeettomien ryhmän vastaavaa lukua (ELO-86 20 %, Pajuoja 19 %). Pajuoja koko aineiston luku (41 %) täsmää edelleen tämän tutkielman aineiston vastaavaan lukuun.

Tutkittavista 40 % on kokenut perheväkivaltaa. Luku on huomattavasti suurempi kuin Pajuoja syyntakeettomien luokassa (17 %) tai ELO-86-raportissa (9 %). Myös perheväkivallan osuudessa Pajuoja aineiston kokonaiskeskiarvo on lähinnä tämän tutkielman tulosta. ELO – 86 – tutkimukseen ei ole raportoitu tietoja mielenterveysongelmista tai kodin ulkopuolelle sijoittamisesta. Tulen vertailemaan kodin ulkopuolelle sijoittamisen prosenttilukuja tuonnemmin. Pajuoja tutkimukseen verrattuna mielen-

terveysongelmia on esiintynyt oman tutkielman aineistossa kaksi kertaa enemmän (Pajuojaan YV 17 % ja koko aineisto 16 %, tässä tutkielmassa 34 %).

Verrattuna Jussi Pajuojaan tutkimuksen ymmärrystä vailla todettuihin tutkittaviin oman aineistoni luvut eroavat huomattavasti. Tähän voi vaikuttaa kysymyksen asettelun eroavaisuudet, tulkinnan eroavaisuudet esimerkiksi siitä, mikä lasketaan alkoholiongelmaiseksi, tai Pajuojaan ko. aineiston osan pieni lukumäärä.

Pajuoja kirjaa lapsuudenkodin alkoholiongelmien tietoja esiintyneen tutkittavien itse, lähipiirin tai viranomaisten antamista tiedoista. Tulkinat alkoholiongelmaisuudesta näyttäisi olevan Pajuojaan tutkimuksessa ja omassa tutkielmassa hyvin yhteneväisiä.

Myös ns. vajaaperheyden standardit ovat olleet yksiselitteiset:

Vajaaperheisyyden tärkeimmät kriteerit – vanhempien avioero, asumusero, kuolema tai au-lapsen asema – ovat kaikki määritelmällisesti selkeitä. (Pajuoja 1995, 120)

Taloudellisten vaikeuksien esiintyminen näyttäisi olevan samalla tasolla Pajuojaan koko aineiston sekä ELO-96-tutkimuksen prosenttilukujen kanssa. Pajuoja (1995, 123) toteaa, että toisin kuin muut tässä lapsuudenkodin ongelmien muuttajat, taloudelliset toimeentulovaikeudet ovat ikäluokkasidonnainen ilmiö: mitä nuorempi tutkittava on ollut, sitä epätodennäköisemmin hänen perheellään on ollut taloudellisia vaikeuksia. Tämä pätee myös oman aineistoni kohdalla. Tarkasteltaessa lapsuudenkodin ongelmien muuttujia iän suhteen, taloudelliset vaikeudet ovat ainoa muuttuja, jossa ilmenee iän mukaista, tilastollisesti merkitsevää vaihtelua (Khi²-arvo 7,18 vapausasteella 2, $p < 0,05$). Taloudellisten vaikeuksien muuttujaan tulee omassa tutkielmassani suhtautua varauksella, koska suorien mainintojen lisäksi taloudellisiksi vaikeuksiksi olen aineistonkeruuvaiheessa tulkinnut tilanteet joissa esimerkiksi vanhemmat ovat eronneet tai toinen vanhemmista on kuollut, ja lapsi on jäänyt esimerkiksi psyykkisesti sairaan tai alkoholistin vanhemman hoidettavaksi. Täten osa tämän muuttujan saaneista arvoista on riippuvaisia muista lapsuudenkodin ongelmien muuttujista.

Perheväkivallan kohdalla luvut eroavat epäilemättä eniten. ELO -86 – tutkimuksessa 9 prosenttia vastaajista ilmoitti olevansa lähtöisin perheestä, jossa tunsu pelkoa jota-kuta perheenjäsentä kohtaan (Pajuoja 1995, 125). Pajuojaan omassa tutkimuksessa aineistoon perheväkivallaksi oli tulkittu fyysinen väkivalta, fyysisen väkivallan välitön uhka, tai henkiselle tai fyysiselle väkivallalle ”altistuminen” ilman, että oli itse välittömänä uhrina. Koska tilastollisesti merkittävää eroa lapsuuden perheen väkivaltaisuu-

nessa ei ole nähtävissä iän mukaan, kyseessä ei todennäköisesti ole muutoksesta mielentilatutkimuksen laadinnassa tai perheväkivallan käsitteen laajenemisesta ajan myötä. Prosenttiosuuksien erot voivat johtua aineistonkerääjien erilaisesta käsitteen tulkinnasta. Varovasti voisi harkita myös vaihtoehtoa skitsofreenikkopotilaiden omien lapsuudenkodin muistikuvien tai kokemusten vääristymisestä sairauden takia, jolloin väkivallan subjektiivinen kokemus korostuu.

Pajujoja on käyttänyt tutkimuksessaan mielenterveyden häiriöiden kriteerinä vanhempien mielisairaalahoitoa tai psykiatrista avohoitoa. Omassa tutkielmassa mielenterveyden häiriöt on tulkittu laajemmin, esimerkiksi mielentilatutkimuslausunnon laati-
neen lääkärin toteamus jommankumman vanhemman mielenterveydellisistä ongelmista on riittänyt standardiksi. Itselläni ei ollut käytettävissä virallisia papereja tutkittavan vanhempien mielenterveyteen liittyvistä hoitajaksoista, joten omaiskyselyjen kautta saatu tieto, tai lääkärin tulkinta tilanteesta on riittänyt. Erot luvuissa ovat siis todennäköisesti syntyneet käytettyjen mielenterveyden ongelmien kriteerien erilaisuudesta.

Vertailukelpoista materiaalia mahdollisesta kodin ulkopuolelle sijoittamisesta löytyy Terveiden ja Hyvinvoinnin laitoksen tilastoista sekä lastensuojelun historiaa käsittelevistä teoksista. Lasten kodin ulkopuolelle sijoittaminen määritellään avohuollon tukitoimena, kiireellisenä sijoituksena, huostaan otettuna tai jälkihuoltona tapahtuvana 0 – 18 – vuotiaan lapsen sijoittamisena. Tämän päivän Suomessa lapsi voidaan sijoittaa perhehoitoon sijaisperheeseen, ammatilliseen perhekotiin, laitoshoitoon tai esimerkiksi itsenäiseen tuettuun asumiseen. (Lastensuojelulaki 417/2007.) Aineiston vanhimmat henkilöt ovat syntyneet aikana, jolloin tämän päivän lapsille jo itsestään selväksi koetut neuvolapalvelut vasta aloittelivat toimintaansa. Ensimmäinen kasvatuseuvola perustettiin Helsinkiin jo vuonna 1925. Neuvolaverkosto alkoi laajentua vasta vuodesta 1950 maan suurimpiin asutuskeskuksiin. Vuonna 1957 Suomen suurimmissa kaupungeissa toimi 21 kasvatuseuvolaa. Vuonna 1983 neuvoloiden määrä oli kasvanut jo 52 yksikköön. (Pulma & Turpeinen 1987, 224 – 225.)

Vielä vuonna 1950 käytännössä kaikki lastensuojelun piiriin joutuneet lapset otettiin huostaan vanhemmiltaan. Huostaan otettujen lasten lukumäärä oli vielä vuonna 1965 samalla tasolla, mutta prosentuaalisesti se vastasi seitsemää lasta kymmenestä lastensuojelun palvelujen piirissä. Avohuollon tukitoimia lisättiin vuosikymmenien saa-

tossa. 1970 – luvun alkupuolelta lähtien lasten-, vastaanotto- ja nuorisokotien määrää alettiin pienentää. Vuoden 1973 päivähoitolain myötä kunnallisen päivähoidon määrä kasvoi rajusti, ja päivähoito syrjäytti lastenkodit niin työntekijöiden palkoissa, yleisessä arvostuksessa että valtionavun osuudessa. Vuonna 1983, jolloin myös asetettiin uusi avohuollon palveluita parantava Lastensuojelulaki, 40 prosenttia lastensuojelun piirissä olevista lapsista olivat huostaan otettuja. (Pulma & Turpeinen 1987, 219, 224, 238; Katso liite 4). Kodin ulkopuolelle sijoitettujen alle 18-vuotiaiden lasten suhteellinen osuus samanikäisestä väestöstä laski vuoden 1970 0,9 prosentista 0,7 prosenttiin vuoteen 1983 mennessä. 1990 – luvun alusta suhteellinen osuus on kääntynyt nousuun, ja vuonna 1998 vastaava luku oli 1,1. (Muuri 1999, 8.) Edellä mainitut luvut ovat kuitenkin huomattavasti pienempiä kuin kodin ulkopuolelle sijoitettujen osuus omassa aineistossa.

6.2 Lapsuuden kodin ongelmien kasautuminen

Taulukon 3 sosiaalisten ongelmien muuttujista on tehty summamuuttuja, joka helpottaa näkemään mahdollisen ongelmien kasautumisen (taulukko 4). Noin viidesosalla tutkittavista näyttäisi olleen ns. normaalit perheolot tämän mittapuun mukaisesti tarkasteltuna. Melkein yhtä suurella osalla on esiintynyt jokin ongelma kuudesta. Lopulla vajaalla 60 prosentilla ongelmia on esiintynyt 2 tai useampi. Kuten taulukosta 4 voi havaita, ongelmilla näyttäisi olevan taipumusta kasautua. Sosiaalisten ongelmien keskinäinen asema ei kuitenkaan ole samantasoinen, vaan ongelmien välillä on yhteyksiä sekä mahdollisesti syy – seuraus – suhteita.

Taulukko 4. Lapsuudenkodin ongelmien kasautuminen (N=104)

Ongelmien lkm	N	%
0	22	21
1	24	23
2	15	14
3	19	18
4	10	10
5	9	9
6	5	5
yht.	104	100

Faktorianalyysin avulla voidaan selvittää, mikä ongelmista mittaa parhaiten lapsuudenkodin ongelmien kasaantumisen ilmiötä. Faktorianalyysin mallissa muuttujat ovat indikaattoreita tietyille faktorille. Faktorit vaikuttavat siihen, mitä arvoja muuttujat saa-

vat. Lähtökohtaisesti faktorit muodostuvat kuitenkin laskemalla muuttujien välisiä korrelaatiokertoimia. Faktori eli muuttujia selittävä tekijä ei periaatteessa tunneta etukäteen, ja indikaattoreiden ja faktorin välistä suhdetta voidaan pitää joko vaikutussuhteena tai käsitteellisenä suhteena. (Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 1994, 268, 270; ks. liite 5.) Analyysiin sisällytettiin kaikki kuusi lapsuudenkodin ongelmallisuutta kuvaavaa muuttujaa. Faktori, jota nämä edellä esitetyt muuttujat kuvaavat ovat luvussa 4 esitettyjen huono-osaisuuden pitkittymiseen liittyvän teoriakehyksen pohjalta käsiteltävissä ongelmien kasaantumisen ilmiöksi. Tarkoitus on siis tarkastella, mikä tai mitkä muuttujat mittaavat eniten ko. ilmiötä.

Taulukko 5. Faktorianalyysin tulokset

Muuttuja	Faktori "ongelmien kasautuminen"	Kommunaliteetti
ongelmallinen alkoholin-käyttö	0,723	0,523
vajaaperheys	0,741	0,548
taloudelliset vaikeudet	0,679	0,461
perheväkivalta	0,532	0,283
mielenterveysongelmat	0,350	0,123
kodin ulkopuolelle sijoittaminen	0,686	0,470
Ominaisarvo	2,41	
Selitysosuus	40,1 %	

Kuten taulukosta 5 voidaan havaita, analyysi tuotti yhden komponentin. Kaikki kuusi muuttujaa mittaavat samaa piilomuuttujaa, eli tulkintani mukaan sosiaalisten ongelmien kasautumista. Tämän faktorin ominaisarvo on 2,41 ja selitysosuus on n. 40 %. Faktori pystyy siis selittämään noin kaksi viidesosaa analyysissä mukana olleiden muuttujien hajonnasta. Käytännössä sekä alkoholiongelman että ns. vajaaperheyden muuttujat mittaavat eniten komponenttia. Heikoimmin komponenttia taas mittaa perheen mielenterveysongelmien muuttuja. Tulkintani on, että tekijät, jotka vaikuttavat ongelmien kasautumiseen eniten, ovat vanhemman tai vanhempien ongelmallinen alkoholin käyttö sekä toisen biologisen vanhemman poissaolon aiheuttamat vaikutukset perheen hyvinvointiin.

Millainen vanhempien ongelmallisen alkoholin käytön ja vajaaperheyden muuttujien suhde sitten on? Luvussa 4 koottiin tutkimustietoa alkoholismien vaikutuksesta perheiden hyvinvointiin. Alkoholistiperheissä koetaan suhteessa enemmän avioeroja kuin perheissä, joissa ko. ongelmaa ei kummallakaan vanhemmalla ole (Dube ym. 2001; Christoffersen & Sothill (2003). Todennäköisesti myös vanhemman ennenaikaisia kuolemantapauksia esiintyy enemmän alkoholistiperheissä. Alkoholin ongelmallinen käyttö aiheuttaa todennäköisemmin ns. vajaaperheyttä, kuin päinvastoin.

6.3 Sopeutuminen peruskouluun ja asevelvollisuuden suorittaminen

Peruskouluun sopeutumisen tiedot on kerätty omaiskyselyistä, kouluille suunnatuista kyselyistä sekä subjektiivisesta anamneesista. Tietoa asevelvollisuuden suorittamisesta on saatu Puolustusvoimilta.

Suurin osa tutkittavista on sopeutunut peruskouluun hyvin tai kohtalaisen hyvin (73 %). Hyvin sopeutuviksi on luokiteltu ne tutkittavat, joiden käyttäytymisestä ei ole ollut valittamista, he ovat tulleet toimeen opiskelijatovereidensa kanssa, ja käyneet koulun loppuun siihen "varatussa" ajassa ilman luokalle jäämisiä sekä ilman siirtoa esim. koulukotiin. Lopuilla 26 prosentilla tutkittavista sopeutuminen kouluun on ollut vaikeaa, tai he eivät ole sopeutuneet ollenkaan. Vaikeasti sopeutuviksi on luokiteltu ne tutkittavat, joilla on paljon merkintöjä esim. lintsauksesta, aggressiivisesta käyttäytymisestä, toisaalta tutkittavaan kohdistuvasta runsaasta koulukiusaamisesta, koulusta erottamisesta tai koulun kesken jättämisestä. Pajuoja on luokitellut kouluongelmien ilmenemismuodoiksi "rekisteröidyt viranomaistoimenpiteet, laitos- ja tarkkailuluokkasi-joitukset, kasvatusneuvolaan, psykiatriseen hoitoon tai päihdehuoltoon ohjaamisen yms." (1995, 134). Ymmärrystä vailla olleiden ryhmässä muuttujan arvot jakautuvat sopeutumisongelmien suhteen 26 – 74 (ei sopeutunut – sopeutunut), ja täten vastaavat oman aineiston jakaumaa. Sitä vastoin täydessä ymmärryksessä ja täyttä ymmärrystä vailla todettujen ryhmässä sopeutumisongelmaisten osuus on huomattavasti korkeampi (41 % ja 50 %). (Emt., 138.)

Asevelvollisuuden suorittamisella tarkoitetaan tässä yhteydessä yleensä n. 17 – 19 – vuotiaana suoritettavaa asepalvelusaikaa. Tutkittavista 36 % on suorittanut asevelvollisuuden, 60 % taas ei ole. 4 %:lla ko. asiaa ei ole ilmaistu asiakirjoissa. Noin puolet niistä, jotka eivät ole suorittaneet asevelvollisuutta, ovat vapautuneet asevelvollis-

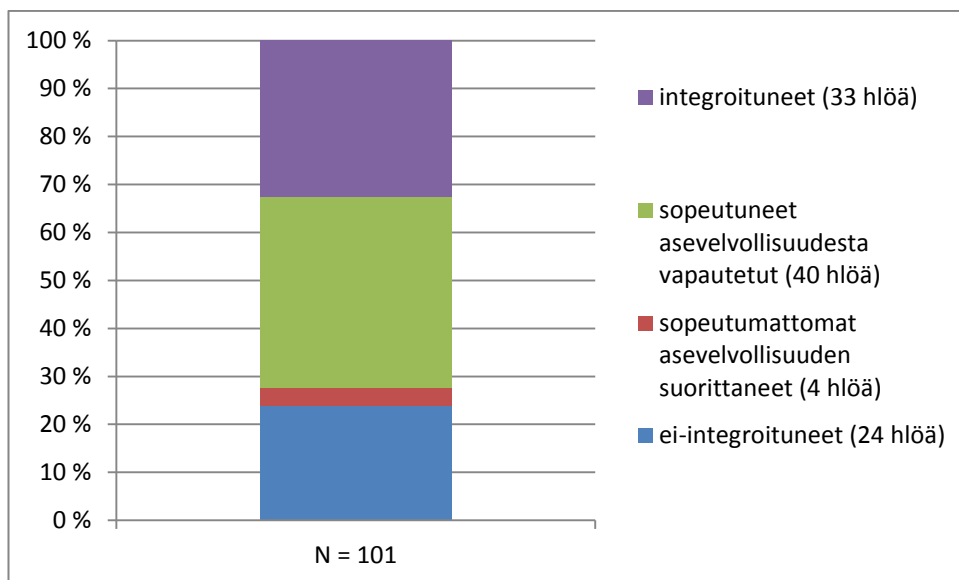
suuden suorittamisesta mielenterveyssyistä. Fyysisiä lääketieteellisiä ongelmia on taas ollut vain 7 %:lla. Antisosiaalisen käyttäytymisen, rikollisuuden tai päihdeongelman takia asevelvollisuudesta on vapautettu 19 tutkittavaa (28 %).

Pajujan (1995, 138 – 139) tutkimuksessa ongelmia asevelvollisuuden suorittamisessa on ollut ymmärrystä vailla todenneiden keskuudessa vain 35 prosentilla. Ongelmiksi Pajuoja on luokitellut asevelvollisuudesta vapautuksen, keskeyttämisen tai asevelvollisuuden aikana rangaistusten ilmenemisen. Tarkasteltaessa ymmärrystä vailla olleiden ryhmää täydessä ymmärrystä tai täyttä ymmärrystä vailla olleiden ryhmiin, ensimmäiseksi mainitut eivät erotu jakauman suhteen. Omassa aineistossa armeijan suorittaneiden osuus on huomattavasti pienempi. Tarkasteltaessa tutkittavia ikäryhmittäin (samat ikäryhmät kuin sosioekonomisen taustan tarkastelussa s. 43), nuorempien ikäryhmästä (syntyneet vuosina 1968 – 1975) selvästi pienempi osa oli suorittanut asevelvollisuuden (18 %) verrattuna vuosina 1960 – 1967 tai 1950 – luvulla syntyneisiin, joiden vastaavat osuudet olivat 48,4 % ja 44,4 % (Khi²-testin arvo 7,712, p < 0,05).

Puolustusministeriöllä ei ole koottua tietoa keskeyttäneiden määrästä, sitä vastoin varusmiespalveluksen suorittaneiden osuuksia eri vuosikymmenillä voidaan vertailla. 1960 – luvun puolesta välistä aina 1970 – luvun puoleen väliin asevelvollisuuden suorittaneiden osuus ikäluokasta on ollut noin 95 prosentin luokkaa. Tämän jälkeen suorittaneiden osuus on pienentynyt alittaen 90 prosentin 1980 - luvun alussa. Prosenttiosuus on kuitenkin pysytellyt 88 ja 89 pinnassa 1990 – luvun puoliväliin asti, jonka jälkeen se on taas lähtenyt laskemaan. 2000 – luvun puolella asevelvollisuuden suorittaneiden osuus on laskenut noin 80 prosenttiin. (J. Kivelä, henkilökohtainen tiedonanto 10.2.2011; katso liite 6.)

Olettaen, että varusmiespalvelus suoritetaan yleensä noin 20 vuoden iässä, aineiston vanhimmat tutkittavat ovat suorittamisiässä 1960- ja 1970 – lukujen taitteessa. Nuorimmat tutkittavat taas ovat olleet 20-vuotiaita 1990 – luvun puolessa välissä. Vertaillessa vuosina 1960 – 1967 syntyneiden ikäluokkaa vuosina 1968 – 1975 syntyneiden ikäluokkaan asevelvollisuuden suorittamisosuus ei ole muuttunut koko väestön tasolla. Pajujan (1995, 139) aineistossa samansuuntaista suuntausta ei ole nähtävissä. Päinvastoin, ymmärrystä vailla todetuista jopa 65 % olivat suorittaneet asevelvollisuuden.

Kuviossa 4 esitetään tutkittavien yhteiskunnallinen integroituminen peruskouluun sopeutumisen ja asevelvollisuuden suorittamisen näkökulmasta. Tutkittavat on jaettu kahteen alaryhmään sen mukaan, ovatko he sopeutuneet peruskouluun. Näiden ryhmien sisällä tutkittavat on jaoteltu vielä ryhmiin asevelvollisuuden suorittamisen perusteella. Vajaa neljäsosa tutkittavista ei ole sopeutunut peruskouluun, eivätkä he ole suorittaneet asevelvollisuutta. Puolet tästä ei-integroituneiden alaryhmästä ovat vapautuneet armeijasta mielenterveydellisistä syistä (50 %). Noin kahdella viidestä vapautuksen syy on ollut päihteiden käyttöön, antisosiaalisuuteen tai asevelvollisuuden aikana tehtyyn rikokseen liittyvä (37,5 %). Toinen osa peruskouluun sopeutumattomista ovat kuitenkin suorittaneet asevelvollisuuden. Näitä henkilöitä aineistosta löytyy 4 kpl. Näistä henkilöistä yksi oli myöhemmin menestynyt myös työelämässä.



Kuvio 4. Tutkittavien sopeutuminen peruskouluun ja armeijaan. (N=101)

Peruskouluun sopeutuneista 40 henkilöä ei ole suorittanut asevelvollisuutta. Kahdeksasosa tämän ryhmän henkilöistä oli vapautettu armeijasta lääketieteellisten ongelmien (12,5 %), ja reilu puolet (52,5 %) mielenterveysongelmien takia. Neljäsosalla syy vapautukseen liittyi antisosiaaliseen käyttäytymiseen tai päihteiden käyttöön. Tutkittavista 33 henkilöä ovat sopeutuneet peruskouluun ja suorittaneet asevelvollisuuden. Heistä yhdeksän on menestynyt myös työelämässä.

6.4 Yhteenveto

Tämän luvun tulokset lyhyesti kerraten, tutkittavien lapsuudenkodeissa on ilmennyt keskimääräistä enemmän vanhempien ongelmallista alkoholin käyttöä, syntymistä yksinäiselle vanhemmalle tai kuolemasta tai avioerosta johtuvaa toisen biologisen vanhemman puuttumista, taloudellisia vaikeuksia, perheväkivaltaa, yhden tai useamman perheenjäsenen mielenterveysongelmaisuuutta ja tutkittavan kodin ulkopuolelle sijoittamista. Ongelmilla on ollut taipumus kasautua, ja vain viidenneksellä tutkittavista oli lapsuudessaan ns. ongelmattomat kotiolot. Faktorianalyysin tulos antaisi ymmärtää, että ongelmien kasautumista parhaiten selittävät tekijät ovat vanhempien ongelmallisen alkoholin käytön ja ns. vajaaperheyden muuttajat.

7 Kohtaamisia

Suomen hyvinvointivaltion tietoinen rakentaminen on aloitettu 1940 – luvulla. Sodan jälkeen sosiaalinen liikkuvuus lisääntyi, ja valtio alkoi avustaa erityisryhmiä lähinnä tulonsiirroin. Resursseja lisättiin myös terveydenhuoltoon, ja etenkin mielisairaalo-
koston rakentaminen käynnistettiin. Psykkisesti sairaat eroteltiin muista sairaista sekä vanhuksista. 1960 – luvulta lähtien tulonsiirtojen lisäksi hyvinvointipalveluja kehitettiin yksilöllisemmiksi sosiaalisten ja terveydellisten ongelmien monimuotoistues-
sa. Huomio kiinnitettiin enenevässä määrin epäaktiivien kansalaisten huollon yhteis-
kunnallistamiseen. Valtion ja yksilöiden välinen vuorovaikutus kasvoi entisestään, ja yksilöt tulivat riippuvaisemmiksi valtion tarjoamista palveluista. 1980 – luvulle tultaes-
sa hyvinvointivaltion palvelut kattoivat periaatteessa koko elämän kaaren. (Rintala 1995, 141 – 171, vrt. Pulma & Turpeinen 1987, 238.)

1950 – luvulta 1960 – luvun lopulle Suomessa rakennettiin runsaasti erityisesti pitkä-
aikaispotilaille tarkoitettuja mielisairaaloita. Vuoteen 1969 mennessä mielisairaaloita
oli Suomessa yhteensä 71 kappaletta, joista pitkäaikaispotilaille tarkoitettuja oli kaksi
kolmasosaa. Vuoden 1978 lakiuudistuksen myötä myös mielisairautta lievempiastei-
sia mielenterveyden häiriöiden hoitamista sekä niiden ehkäisyä pyrittiin kehittämään
tutkimuksella sekä uusilla hoito- ja kuntoutusmuodoilla. Mielisairaanhoidon siirtämiseen
avohuoltopainotteisemmaksi lisäämällä yleissairaaloitten psykiatrisia sai-
raansijoja. 1980 – luvulla mielisairaaloitten sairaansijoja vähennettiin edelleen ja suu-
remmalla mittakaavalla. (Rintala 1995, 39, 48.) Psykiatristen palvelujen rakennemu-
utos jatkui 1990 – luvulla, jolloin sairaansijoja edelleen vähennettiin. Psykiatristen hoi-
tojaksojen pituus on lyhentynyt merkittävästi 1980 – luvulta 2000 – luvulle. Myös pit-
käaikaishoidossa (yli vuoden hoitojaksolla) olevien määrä on romahtanut. Tämä on
lisännyt paineita kunnallisia avohoitopalveluja kohtaan, jotka eivät ole kyenneet vas-
taamaan lisääntyneeseen hoidon tarpeeseen. Rakennemuutosta on kuvailtu voima-
varojen hallitsemattomaksi alasajoksi, joka on johtanut kestävämpään tilanteeseen
psykiatristen potilaiden ja heidän läheistensä kannalta. (Lehtinen & Taipale 2005, 2 –
4.)

Pakkohoidon kritiikki kohdistui myös kriminaalihuoltoon. Erityisesti usko rikollisten
paremmiksi ihmisiksi muuttamisesta laitossairaaloilla kyseenalaistettiin. Vielä

1970 – luvulla Suomen vankiluvut olivat Euroopan korkeimpia, ja paine yhdenmukaisempaan kriminaalipolitiikkaan muiden Pohjoismaiden kanssa oli suuri. Suomen rangaistusjärjestelmän tarjoama ”koppihoito” ei ehtinyt kehittymään Tanskan tai Ruotsin yhdyskuntaseuraamuksia ja hoidollisia toimia sisältäväksi järjestelmäksi ennen siihen kohdistuvaa arvostelua. Kuitenkin myös Suomessa vankilukuja on pyritty maltillisesti vähentämään, ja tarjoamaan kuntouttavia toimenpiteitä tuomituille yksilöille. (Lappi-Seppälä 2006, 157 – 158; Lappi – Seppälä, Hakamies, Koskinen, Majanen, Melander, Nuotio, Nuutila, Ojala & Rautio 2009, 81 – 82.)

Terveystieteiden ja kriminaalihuollossa tapahtuneen kehityksen myötä psykisesti sairaiden yksilöiden saama tuki ja kontrolli on muuttunut. Tässä luvussa tarkastellaan tutkittavien psykiatrisen hoidon, päihteiden käytön ja rikollisuuden jakaumia, sekä syytteenalaisten tekojen piirteitä uhri-suhteen, tapahtumapaikan sekä tutkittavien päihteiden vaikutuksen alaisuuden suhteen. Viimeisessä osiossa analysoidaan sosiaalisen taustan vaikutusta tutkittavien aiempaan rikollisuuteen sekä päihdeongelmaan.

7.1 Aiemmat hoitajaksot ja rikollisuus

Psykkisen sairauden hoitajaksot, avohoidon ja päihdekuntoutusjaksot on merkitty uusimman tiedon mukaan; eli jos mielentilatutkimus on tehty aiemmin, tutkittava on todettu syyntakeettomaksi, päässyt pakkohoidosta, ja lopulta tullut uudelleen vaikeahoitoisena potilaana hoitoon, hoitajaksot lasketaan viimeisempien tietojen mukaisesti. Yksi käytetty mielenterveysongelmien alkamisen ajankohdan mittari on ensimmäisen psykiatrisen hoitajakson ajankohta. Tätä tietoa en ole itse kerännyt, ja se vaikuttaa osin analyysin tekoon. Tutkielman aineistossa niiltä henkilöiltä, joilla mielenterveyden ongelmat ovat oirehtineet jo lapsuudessa, löytyy tieto mielenterveysongelmien alkamisen ajankohdasta.

Pajuojan (1995, 155) aineistossa ymmärrystä vailla todetuista 60 % on ollut aiemmin hoidettavana mielisairaalassa. Pajuoja arvioi aiempien tutkimusten perusteella, että juuri ymmärrystä vailla todettujen henkilöiden diagnoosit edustavat perinteisiä mielen sairauksia, joiden sairaalahoito ei ole riippuvainen suljettujen hoitopaikkojen vähentämisestä. Tämän tutkielman aineiston henkilöistä jopa 88 prosenttia on ollut aiemmin psykiatrisessa sairaalahoidossa. Yli puolet (55 %) tutkittavista on käyttänyt eri-

koissairaanhoidon avohoidon palveluja. 30 % tutkittavista ei ole käyttänyt, tai ei ole sitoutunut avohoitoon. Lopuista tapauksista (15 %) selvää merkintää avohoidon käytöstä ei ollut. Useimmissa tapauksissa avohoidon onnistumisesta ei ole mainintaa. (katso liite 7.)

Päihdehuoltojaksot limittyivät joillakin tutkittavista psykiatristen hoitojaksojen kanssa. Usein tutkittavan päihdehoitojaksot ovat tapahtuneet psykiatrisilla osastoilla mielen-terveyden häiriöiden hoidon lomassa. Jos tutkittavalle on diagnosoitu jokin psyykinen häiriö, on tällainen päihdehoitojakso laskettu psykiatriseksi hoitojaksoksi. Jos tutkittavalle on diagnosoitu esimerkiksi alkoholismi hoidon syyksi, on kyseessä päihdehoitojakso. 28 prosentilla tutkittavista oli tietävästi ”puhtaasti” päihdehoitoon liittyviksi luokiteltuja hoitojaksoja. Pajuojan (1995, 156) aineistossa ymmärrystä vaikka todettujen ryhmästä 34 % on ollut hoidossa alkoholin ongelmallisen käytön vuoksi. Luku siis vastaa tämän tutkielman aineiston jakaumaa (28 %). Kahdeksan tutkittavaa eivät olleet käyttäneet avohoidon palveluja eivätkä olleet aiemmin psykiatrisessa sairaalahoidossa. Heistä kukaan ei ollut myöskään ollut päihdehoitojaksolla. (Ks. tarkemmin liitteestä 7.)

Aiemman rikosrekisterimerkinnän jakauma tutkielman aineistossa oli 37 % – 63 % (ei rikosrekisteriä – rikosrekisteri), kun taas Pajuojan (1995, 158) tutkimuksessa ymmärrystä vailla olleiden tutkittavien jakauma aikaisemman rikosrekisterimerkinnän suhteen on 51 % - 49 %, joka vastaa myös muiden Pajuojan aineistossa olevien ryhmien (*täyttä ymmärrystä vailla ja täydessä ymmärryksessä*) jakaumia.

7.2 Syytteenalaisen teon piirteet

Aineistoon ei ole lähtökohtaisesti nimetty tietoa itse syytteenalaisesta teosta, koska se ei ole oleellinen asia tutkimuksen näkökulmasta. Tarkoitus on tarkastella valikointumisprosessia yhteiskunnan interventiodien kautta. Tässä mielessä riittää tieto siitä, että aineistoon kuuluvat henkilöt ovat toimineet lain vastaisesti ja sillä tavoin, että heidän on joko katsottu tarvitsevan mielentilan arviointia tai he itse ovat sitä pyytäneet. Kuvaus mielentilatutkimuksen kulusta ja syyntakeettomaksi toteamisesta löytyy liitteessä 8. Tarkemmat tiedot syytteenalaisen teon piirteistä löytyy liitteestä 9.

Syytteenalaisista teoista 58 % kohdistui tekijälle jo ennestään tuttuun ihmiseen. Neljäsosa tekojen uhreista kuului tekijän perheeseen tai sukuun. Kolmasosa teoista kohdistui tekijän tuttavaan tai ystävään. 16 % tapauksista teolla ei ollut välitöntä uhria, vaan se kohdistui materiaan (autovarkaus, tuhopoltto tms.). 8 % tapauksista teko kohdistui virantoimituksessa olleeseen henkilöön (esim. poliisi, sosiaaliviraston työntekijä). Tekijälle ennestään tuntemattomia 18 % uhreista. Yhdessä tapauksessa tietoa tekijän ja teon uhrin suhteesta ei mainittu.

Lähes 2/3 (60 %) syytteenalaisista teoista tapahtui yksityisasunnoissa. Kaupunkiympäristössä, julkisella paikalla teoista tapahtui lähes viidennes tapauksista (18 %). Eri-laisissa yhteiskunnallisia palveluja tarjoavissa paikoissa (esim. sairaala, vankila tai asuntola) tapauksista tapahtui noin joka kymmenes (11 %). Lopuista tapauksista 9 % tapahtui ravintola- tai kauppaympäristössä, ja 2 % tapauksista luonnon helmassa.

Syytteenalaisen teon hetkellä 41 % tekijöistä oli alkoholin vaikutuksen alaisena. Yhdeksän tutkittavan (8,5 %) asiakirjoista ei ollut mainintaa ko. asiasta. Huumeiden vaikutuksen alaisena tekijöistä oli noin viidennes (19 %). Noin 2/3 kohdalla huumeiden käyttö ei liittynyt tekoon (63 %). Lopuista 18 prosentista tutkittavista tietoa huumaus-aineiden vaikutuksen alaisuudesta ei ollut. Sekä alkoholin että muun päihdeaineen vaikutuksen alaisena syytteenalaisen teon hetkellä oli 14 %. Pajuoja tutkimuksessa ymmärrystä vailla todetuista tutkittavista 55 prosenttia on ollut alkoholin vaikutuksen alaisena. Sen sijaan sekä täydessä ymmärryksessä että täyttä ymmärrystä vailla teon hetkellä olleista noin 90 prosenttia olivat nauttineet alkoholia. (Pajuoja 1995, 180.)

Tarkastellessa tekijän ja uhrin suhdetta sekä tekijän päihteiden vaikutuksen alaisuutta syytteenalaisen teon hetkellä, on havaittavissa erityinen piirre perheenjäseniin tai sukulaisiin kohdistuvissa teoissa. Tällöin vain neljässä tapauksessa (26 tapauksesta) tutkittava on ollut päihteiden vaikutuksen alainen. Uhrin ollessa tuttava tai ystävä, 21 tekoa 35 tapauksesta on tehty päihteiden vaikutuksen alaisena (tiedot neljästä tapauksesta puuttuu). Uhrin ollessa tuntematon tai virantoimituksessa, tai teon vahingon ollessa aineellinen, päihteiden vaikutuksen alaisuus on jakautunut tasaisemmin. Uhrin ollessa tuntematon, tai teon vahingon ollessa aineellinen, tieto päihteiden vaikutuksen alaisuudesta puuttuu seitsemässä tapauksessa. Tällöin tekijä on todennäköisesti saatu kiinni vasta myöhemmin, jolloin päihteiden vaikutuksen alaisuutta ei ole voitu todentaa. Vastaavasti teko, joiden uhrina olivat olleet tutkittavan perhe tai suku-

lainen, tapahtui 25 tapauksessa (26 tapauksesta) joko tutkittavan kotona tai yksityisasunnossa. Myös uhrin ollessa tuttava tai ystävä teko tapahtui suurimmassa osassa tapauksista tutkittavan kotona tai yksityisasunnossa (26 tapauksessa 35 tapauksesta). Viimeksi mainitut rikostilanteet näyttäisivät edustavan tyypillistä suomalaista henkirikostilannetta, jossa sekä tekijä että uhri ovat alempiin sosioekonomisiin ryhmiin kuuluvia, miespuolisia henkilöitä, ja alkoholilla on osuutta tilanteen kehittymiseen (Kivivuori & Lehti 2006).

7.3 Mielentilatutkimuksen päädiagnoosi

Suomessa vuodesta 1996 käytössä ollut ICD-10-luokituksen mukaan luokkiin F20 – F29 lukeutuvat skitsofrenia, skitsotyyppinen häiriö sekä harhaluuloisuushäiriöt (Tautiluokitus ICD-10, THL). Aineiston tutkittavien päädiagnooseista 97 prosentille on diagnosoitu psykoosipiirteinen sairaus, joka kuuluu em. luokkaryhmään. Lopulla kolmella prosentilla päädiagnoosi on elimellinen mielenterveyden häiriö (kuuluu ICD-10-luokituksen kategoriaan F00-F09). Suurin osa, noin $\frac{3}{4}$ (79 henkilöä) tutkittavista on diagnosoitu sairastavan skitsofreniaa. (Katso liite 10.)

Skitsofrenia on yleisimmin nuorella iällä puhkeava psyykinen sairaus. Tyypillisiä oireita ovat aistiharhat, harhaluulot, ajatustoiminnan häiriöt, tunteiden latistuminen sekä puheen häiriöt. Oireet ovat yksilöllisiä, ja myös skitsofrenian hoito tulisi räätälöidä yksilöllisesti. Suomessa noin 50 000 henkilöä sairastaa skitsofreniaa. Suurimmalla osalla sairaus on krooninen, mutta oireiden laatu ja voimakkuus voivat vaihdella vuosien mittaan. Tällä hetkellä skitsofrenian puhkeamisen syyksi nähdään perinnöllisen alttiuden ja ympäristötekijöiden yhteisvaikutusta. Perimällä nähdään olevan vaikutusta sairastumisalttiuteen, ja sairaus voi puhjeta helpommin sisäisen tai ulkoisen stressitekijän vaikutuksesta niillä henkilöillä, joiden suvussa on esiintynyt skitsofreniaa. Riski sairastua skitsofreniaan on kymmenkertainen, jos yksi yksilön sisaruksista tai vanhemmista sairastaa kyseistä tautia. (Katso esim. Poliklinikka; Isohanni & Joukamaa 2010; Huttunen 2010a.)

Aineistossa 52 (49 %) henkilöä sairastaa paranoidista skitsofrenian tyyppiä, jonka diagnostisia piirteitä vainoharhaisuus ja kuuloharhat. Hebefreenistä skitsofreniaa, jonka taudin kuvaan ominaista ovat hallusinaatiot, deluusiot ja toimintakyvyn taantuminen, sairastaa 7 henkilöä (7 %). Katatoninen skitsofrenia, johon erityisesti liittyvät

stupor- ja kiihtymystilojen vaihtelu, oli diagnosoitu kahdelle henkilölle (2 %). Nämä kolme edellä mainittua ovat skitsofrenian päätyypit. Oma diagnoosinsa on erilaistumaton skitsofrenia, jossa skitsofrenian yleiset kriteerit täyttyvät, mutta häiriö ei joko täytä yhden tai siinä yhdistyy useamman päätyypin kriteereitä. Ko. skitsofrenia oli diagnosoitu 17 aineistoon kuuluvalla henkilölle (16 %). Yhdelle henkilölle oli diagnosoitu erityisosatekijätön skitsofrenia, josta käytetään myös termiä erityispiirteetön skitsofrenia (1 %). Kyseiseen tautiin liittyy tyypillisesti ”vetäytyminen pois sosiaalisista suhteista, omituinen käyttäytyminen, toimintakyvyn heikkeneminen ja kyvyttömyys selviytyä erilaisista yhteiskunnan edellyttämistä toiminnoista. Avoin psykoottisuus on vähäistä tai puuttuu.” (Huttunen 2010a.)

Loppuneljännes tutkittavista sairastaa skitsoaffektiivista häiriötä (14 %), harhaluuloisuus-häiriötä (7,5 %), elimellistä mielenterveyden häiriötä (3 %) ja kaksisuuntaista mielialahäiriötä (1 %). (Ks. liite 10.) Skitsoaffektiivisen häiriön taudinkuvaan kuuluu sekä skitsofrenialle tyypillinen psykoottisuus että kaksisuuntaiselle mielialahäiriölle tyypillisiä masennus- ja maniajaksoja. Harhaluuloisuushäiriö eroaa skitsofreniasta lähinnä henkilön toimintakyvyn ja käyttäytymisen suhteellisen normaalina säilymisenä henkilön kuitenkin kokiessa harhaluuloisuuden jaksoja. Elimelliset mielenterveyden häiriöt ovat sananmukaisesti jäljitettävissä aivojen rakenteelliseen vikaan. (Huttunen 2009, 2010b.)

7.4 Päihdediagnoosit ja päihteiden käytön aloittamisajankohta

ICD-10-luokittelun mukaisesti päihdediagnoosit on luokiteltu sekä ainekohtaisesti että mahdollisesti kliinisen tilan mukaisesti (WHO, ICD-10-luokitus). Tutkittavista 62 prosentille on diagnosoitu päihdeongelma. 26 prosentilla tutkittavista on alkoholiperäinen päihdeongelma, yhdeksällä prosentilla jonkin toisen aineen kuin alkoholin aiheuttama päihdeongelma, ja 27 prosentilla sekä alkoholi- että jonkun muun aineen aiheuttama päihdeongelma. (Katso liite 10). Mielentilalausuntoihin ei ole systemaattisesti kerätty tietoa päihteiden käytön aloittamisesta. Yleensä päihteiden käyttöä on kuvailtu tarkemmin, jos käyttö on ollut ongelmallista tai aloitettu ennen täysi-ikäisyyttä. Noin kaksi viidestä (39 %) tutkittavasta on aloittanut alkoholin käytön alaikäisenä. Noin kymmenes on juonut alkoholia jo ala-asteikäisenä. Reilu kolmannes (35 %) ei käytä tietävästi alkoholia ongelmallisesti. Tämän lisäksi kymmeneltä prosentilta tutkittavista tietoa alkoholin käytön aloittamisesta ei mainittu, vaikka heillä on alkoholiperäinen

päihdediagnoosi. Noin neljännes (24 %) tutkittavista on alkanut käyttää jotakin muuta päihdeainetta kuin alkoholia alaikäisenä. 57 prosentilla ei ollut muiden päihteiden käyttöä, ja edelleen kymmenesosalta tieto alkamisen ajankohdasta puuttuu. 28 prosenttia tutkittavista olivat aloittaneet käyttämään sekä alkoholia että muita päihteitä alaikäisenä.

Kuten jo luvussa 6 todettiin, lapsuudenkodin ongelmiin liittyen vain taloudellisten vaikeuksien muuttujan arvot ovat sidoksissa tutkittavan ikään. Myös tutkittavien alkoholin käytön aloittamisen ajankohta on riippuvainen tutkittavien ikäluokasta. Tarkasteltaessa tutkittavia ikäryhmittäin (samat ikäryhmät kuin sosioekonomisen taustan tarkastelussa s. 43), nuorempien ikäryhmästä (syntyneet vuosina 1968 – 1975), nuoremmat tutkittavat erosivat tilastollisesti merkitsevästi alkoholin käytön suhteen. Alle 18 – vuotiaana alkoholin käytön oli aloittanut nuorimmassa ikäryhmässä 62 %, kun vastaavat osuudet vuosina 1960 – 1968 sekä 1950 – luvulla syntyneillä olivat 35,5 % ja 34,3 % (khi²-arvo 6,095, $p < 0,01$).

7.5 Perhetaustan yhteys aiempaan rikollisuuteen ja päihdeongelmaan

Seuraavaksi tarkastelen logistisen regression avulla sosioekonomisen aseman sekä lapsuudenkodin ongelmien vaikutusta aiempaan rikollisuuteen ja päihdeongelmaan. Tieto aiemmasta rikollisuudesta on kerätty aineistoon yksinkertaisesti merkitsemällä mahdollisen aiemman rikosrekisterinmerkinnän tai -merkintöjen olemassaolo kyllä -ei-vaihtoehdoilla. Niin ikään dikotominen päihdeongelmallisuuden muuttuja on koottu päihdediagnoosi- sekä päihdehoitajaksetiedoista. Muuttujan ”katvealueeseen” jää siis ne henkilöt, joilla on ollut aiemmassa elämänvaiheessaan päihdeongelma, mutteivät ole olleet sen takia päihdehoitajaksolla.

Selittävät eli riippumattomat muuttujat ovat:

- Sosioekonominen status: Kuuluuko tutkittavan perhe työntekijöiden ryhmään?
- Lapsuudenkodin ongelmallinen alkoholinkäyttö
- Lapsuudenkodin mahdollinen vajaaperheys (toisen biologisen vanhemman poissaolo tutkittavan lapsuudessa)
- Lapsuudenkodin pitempiäaikaiset taloudelliset vaikeudet
- Lapsuudenkodissa koettu perheväkivalta
- Yhden tai useamman perheenjäsenen mielenterveysongelmat

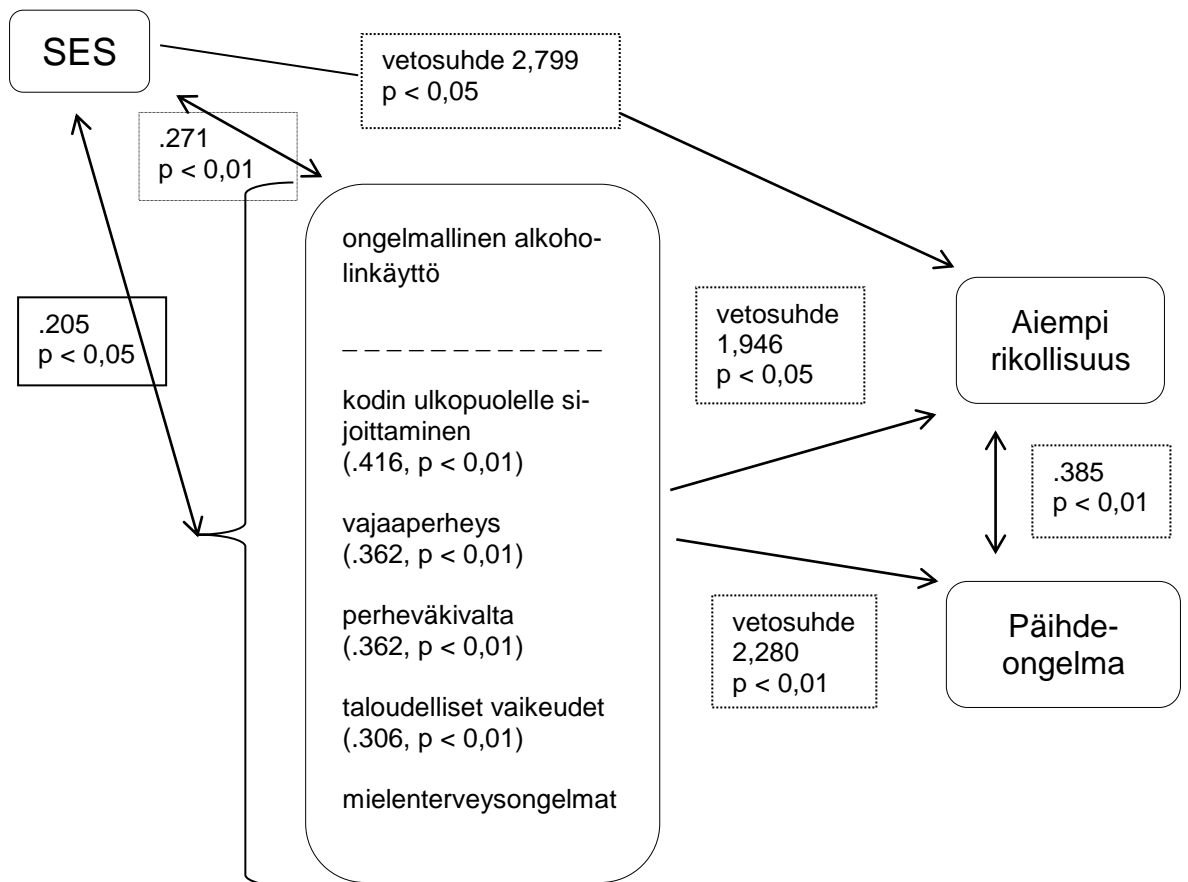
- Tutkittavan kodinulkopuolelle sijoittaminen lapsuudessa

Kuvio 5 esittää riippumattomien muuttujien keskinäisiä yhteyksiä sekä vaikutusta tutkittavien aiempaan rikollisuuteen sekä päihdeongelmaan. Ajallisesti selittävät ja selitettävät muuttujat mahdollisesti limittyvät hieman. Tutkittavat ovat olleet 16 – 57 vuotta vanhoja tullessaan viimeisimpään mielentilatutkimukseen, keskiarvoisen iän ollessa 35 vuotta (keskihajonta = 8,763). Lapsuudenkodin mahdollisten ongelmien muuttujista vain kodin ulkopuolelle sijoittaminen on sellainen, johon tutkittavan oma käytös on voinut vaikuttaa suhteellisen yksipuolisesti. Muiden kuviossa esitettyjen riippumattomien muuttujien arvoihin on vaikuttanut enemmän tutkittavien vanhempien käyttäytyminen. Analyysia tehdessä lapsuudenkodin ongelmamuuttujien mahdollista vaikutusta tutkittavien aiempaan rikollisuuteen sekä päihdeongelmaan on tarkasteltu sekä yksi muuttuja kerrallaan, että muodostamalla kaikista kuudesta muuttujasta ns. summamuuttuja, jossa eri ongelmamuuttujat painottuvat samassa suhteessa, kuin faktorianalyysissä saadut kommunaliteettiluvut.

Kuten kuviosta 5 voidaan havaita, perheen sosioekonominen status korreloi vahvemmin vanhemman tai vanhempien ongelmallisen alkoholin käytön kanssa kuin faktorianalyysin kautta saadun ”painotetun” summamuuttujan kanssa. Ongelmallisen alkoholin käytön muuttujan valitseminen ns. tärkeimmäksi ongelmien kasautumista selittäväksi tekijäksi on perusteltu faktorianalyysin yhteydessä sivulla 48. Ongelmallisen alkoholin käytön rinnalla eniten ongelmien kasautumisen ilmiötä selittävällä lapsuuden kodin vajaaperheydellä ja perheen sosioekonomisella taustalla taas ei näytä olevan tilastollisesti merkitsevää yhteyttä (ei esillä kuviossa 5). Vajaaperheyden muuttuja korreloi voimakkaimmin taloudellisten vaikeuksien (.441, $p < 0,01$) ja kodin ulkopuolelle sijoittamisen (.434, $p < 0,01$) muuttujien kanssa. Lisäksi korrelaatiokerroin perheväkivalta-muuttujaan nähden on .276 ($p < 0,01$). Yhden tai useamman perheenjäsenen mielenterveysongelmien ilmeneminen ei korreloi muiden analyysissä olleiden sosiaalisten ongelmien eikä työntekijöiden ryhmään kuulumisen kanssa.

Kuviossa 5 on esitetty tilastollisesti merkitsevät ($p < 0,01$) korrelaatiokertoimet ongelmallisen alkoholin käytön ja analyysiin otettujen lapsuudenkodin ongelmien välillä. Vahvin yhteys ko. muuttujalla on tutkittavien kodin ulkopuolelle sijoittamisen kanssa (.416). Kodin ongelmallisen alkoholin käytön korrelaatiokerroin on sekä vajaaperhey-

den että perheväkivallan muuttujien välillä .362. Lisäksi ongelmallisen alkoholinkäytön ja taloudellisten vaikeuksien väliltä löytyy yhteys (korrelaatiokerroin .306).



Kuvio 5. Sosioekonomisen taustan sekä lapsuudenkodin ongelmien kasautumisen vaikutus tutkittavien aiempaan rikollisuuteen sekä päihdeongelmaan. (N=104)

Logistisen regressioanalyysin perusteella sekä sosioekonominen tausta että lapsuudenkodin ongelmien kasautuminen vaikuttavat rikolliseen käyttäytymiseen selitysosuuden ollessa 20,2 % (Nagelkerke R Square 0,202; $p < 0,05$). Vetosuhte työn tekijöiden ja ei-työntekijöiden ryhmien välillä on 2,799, kun lapsuuden kodin ongelmien vaikutus ovat vakioitu. Kun taas sosioekonomisen taustan muuttujan vaikutus on vakioitu, lapsuudenkodin sosiaalisten ongelmien kasautumisen vetosuhte on 1,946 siirryttäessä ei-ongelmaisten ryhmästä lapsuudenkodin yhden ongelman ryhmään, tai siirryttäessä yhden ongelman ryhmästä kahden ongelman ryhmään, jne.

Tarkasteltaessa tutkittavien päihdeongelmallisuutta, sosioekonomisen taustan vaikutus vakioituna, lapsuudenkodin sosiaalisten ongelmien kasautumisen vetosuhte on 2,280 siirryttäessä ei-ongelmaisten ryhmästä lapsuudenkodin yhden ongelman ryhmään, tai siirryttäessä yhden ongelman ryhmästä kahden ongelman ryhmään, jne. selitysosuuden ollessa 21,9 % (Nagelkerke R Square 0,219; $p < 0,05$). Lapsuuden-

kodin ongelmamuuttujan vaikutus ollessa vakioitu, sosioekonomisella taustalla ei näyttäisi olevan tilastollisesti merkitsevää vaikutusta tutkittavien päihdeongelmallisuuteen. Tutkittavien syytteenalaista tekoa edeltävä rikollisuus ja päihdeongelmallisuus korreloivat myös voimakkaasti keskenään (kerroin .385).

Kuten alempien sosioekonomisten asemien ja mielenterveyden ongelmien välisen yhteyden mekanismista väitellään, myös ongelmallisen alkoholin käytön yhteys työntekijöiden ryhmään kuulumisen kanssa voidaan nähdä joko sosiaalisen kausaation tai sosiaalisen valikoitumisen ilmentymänä (Wiles ym. 2007, 1547). Sekä työntekijöiden ryhmään kuulumisella että sosiaalisten ongelmien ilmenemisellä näyttää olleen vaikutusta tutkittavien mielentilatutkimusta edeltävään rikollisuuteen. Vaikka perheen sosioekonomisella asemalla ja perheessä ilmenevällä ongelmallisella alkoholinkäytöllä on yhteys, samanlaista vaikutusta sosioekonomisella taustalla ei näyttäisi olevan tutkittavien omaan päihdeongelmallisuuteen.

Regressioanalyysin tulosten valossa loogisin tutkittavien perhetaustan vaikutusta kuvaava mekanismi on: Lapsuuden perheen työntekijöiden ryhmään kuulumisen ja vanhempien ongelmallisen alkoholinkäytön vaikutuksesta perheen huono-osaisuus pitkittyy ja kasautuu, sekä ongelmat monipuolistuvat. Tämä vaikuttaa lasten socialisaation kulkuun ja elämänhallintaan liittyvien ominaisuuksien saavuttamiseen, joka manifestoituu sopeutumattomuutena, päihdeongelmallisuutena ja rikollisuutena.

7.6 Yhteenveto

Tutkittavien psykiatrisen laitoshoitotietojen perusteella vain pieni osa (12 %) on ollut mahdollisten mielenterveyden ongelmiansa kanssa niin sanotusti näkymättömissä yhteiskunnalta. Sitä vastoin alle puolet niistä tutkittavista, joille oli diagnosoitu päihdeongelma, olivat hakeutuneet päihdehoitoon. Noin kaksi kolmasosaa tutkittavista oli syyllistynyt rikokseen tai rikoksiin ennen syytteenalaista tekoa.

Syytteenalaiset teot voidaan jakaa omiin ryhmiinsä uhri-suhteen ja tekopaikan perusteella. Enemmistö teoista (31 tekoa, eli noin 1/3) kohdistui tutkittavan ystävään tai tuttuun ihmiseen ja tapahtui yksityisasunnossa. Tuolloin reilusti yli puolet teoista (21 tekoa) oli tehty päihteiden vaikutuksen alaisena. Toisena erillisenä ryhmänä nousivat esiin lähes aina selvin päin tehdyt, omaan perheeseen kohdistuvat teot (26 tekoa,

eli noin 1/4 tapauksista). Tuolloin tekopaikkana oli joko tutkittavan lapsuudenkoti jokin muu yksityisasunto.

Tutkittavista 62 prosentilla on annettu päihdediagnoosi. 26 prosentilla tutkittavista on alkoholiperäinen päihdeongelma, ja 27 prosentilla sekä alkoholi- että jonkun muun aineen aiheuttama päihdeongelma. Yhdeksälle prosentille on diagnosoitu jonkin muun aineen kuin alkoholin aiheuttama päihdeongelma. Noin kaksi viidestä (39 %) tutkittavasta on aloittanut alkoholin käytön alaikäisenä. Noin kymmenes on juonut alkoholia jo ala-asteikäisenä. Noin neljännes (24 %) tutkittavista on alkanut käyttää jotakin muuta päihdeainetta kuin alkoholia alaikäisenä. Aineiston nuorimmalla ikäryhmällä (syntyneet v. 1968 – 1975) alkoholin käytön aloittaminen alaikäisenä oli tilastollisesti merkitsevästi yleisempää kuin muilla tutkittavilla. Vaikka päihteidenkäytön kokeilu ja aloittaminen alaikäisenä on suhteellisen yleistä Suomessa, osa tutkittavista on aloittanut päihteidenkäytön jo ala-asteikäisenä. Tämä viittaa vakaviin perheen sisäisiin ongelmiin.

Edellisessä alaluvussa (7.5) kuvaamani mekanismi lapsuuden perheen työntekijöiden ryhmään kuulumisen ja vanhempien ongelmallisen alkoholinkäytön yhteydestä ongelmien kasautumiseen ja monipuolistumiseen saa tukea päihteidenkäytön ja rikollisuuden yleisyydestä tutkittavien joukossa.

8 Lopuksi

Aloittaessani Pro Gradu – työni teorian kokoamista ensimmäisiä pohdinnan aiheita oli se, että kumpaan kategoriaan aineiston henkilöt vahvemmin lukeutuvat: rikollisiin vai psyykkisesti sairaisiin? Koska olin aiemmin suorittanut työharjoittelun Niuvanniemen oikeuspsykiatrisen sairaalan sosiaalityön yksikössä, minulla oli jonkinlainen tuntuma kriminaalipotilaiden yleisprofiilista. Näkemykseni mukaan ja karkeasti luokitellen osa kriminaalipotilaista näyttäisi ajautuneen päihteiden käytön kautta rikolliselle polulle, jolloin vankilat ovat tulleet tutuksi. Psyykkiset ongelmat ovat näyttäneet vasta pitemmän ajan päihteiden käytön ja yhteiskunnallisista normeista irtaantumisen jälkeen. Toinen ryhmä koostuu potilaista, joiden oireilu on tulkittu psyykkiseksi sairaudeksi jo lapsena tai nuorena. Näillä tutkittavilla syytteenalainen teko on useimmin kohdistunut perheenjäseneseen. Pieni osa kriminaalipotilaista taas on elänyt elämäänsä ennen syytteenalaista tekoa muodollisesti normaalisti. Heidän psyykinen hyvinvointinsa on voinut olla heikkoa jo pitemmän aikaan, muttei se ole juuri aiheuttanut ongelmia, tai ongelmat eivät ole näyttäneet kanssaihmisille.

Ennakkokäsitykseni kriminaalipotilaista, sekä toisaalta syyntakeettomuuden määrittely ovat vaikuttaneet tutkielmani teoreettiseen viitekehykseen. Pitkällisen rikollisuuden syihin ja ilmiöön liittyvien teorioiden tutustumisen jälkeen päädyin lopputulokseen, että kriminologiset teoriat olettavat lähtökohtaisesti ihmisen käyttäytyvän rationaalisesti. Johtui rikollinen käyttäytyminen sitten turhautumisesta, itsekontrollin puutteesta tai köyhyydestä, tilannekohtainen syy on palautettavissa kollektiiviseen sosiaaliseen todellisuuteen. Skitsofreniaa sairastavien yksilöiden kohdalla rikollista tekoa ei voida välttämättä käsitellä rationaalisena toimintana, täten kriminologisen kirjallisuuden osuus on pieni työssäni sen vaikeaksi kokemani soveltumisen vuoksi.

Tutkimukseni empiirinen materiaali koostuu tutkimukseen valittujen oikeuspsykiatristen potilaiden mielentilatutkimusasiakirjoista. Mielentilatutkimuslausunto on tiivistetty kuvailu syytteenalaisesta teosta sekä syytetyn elämän vaiheista. Tiedot on kerätty virallisista asiakirjoista ja ns. omaiskyselyistä. Myös syytetyille on annettu mahdollisuus kertoa omasta elämästään. Yleensä sosiaalityöntekijöiden tekemä sosiaaliamneesi kartoittaa syytetyn elämää aina syntymästä mielentilatutkimuksen ajankohtaan. Mielentilatutkimuslausunnon laatijan harkinnassa on, kuinka oleelliseksi hän

arvioi kyselyjen ja haastattelun sisältöä. Mielentilatutkimuslausunnon voi nähdä siis kliinisenä ja virallisena elämäkertana, mutta sen perimmäinen tehtävä on kuitenkin arvioida tutkittavan mielentilaa syytteenalaisen teon aikana. Tämä on voinut vaikuttaa tutkielman tutkimuskysymyksiin saatavien vastausten luotettavuuteen. Asiakirjoista on voinut puuttua tietoja, jotka olisivat voineet olla olennaisia tutkielman tuloksiin nähden, muttei niinkään mielentilatutkimukseen liittyen. Myös esimerkiksi omais- tai viranomaiskyselyjen perusteella saatu tieto voi olla tulkinnanvaraista.

Aineistonkeruu toteutettiin yhden kuukauden aikana, joten mielentilatutkimusasiakirjat on käyty läpi samalla rutiinilla. Ennen tutkielman tekoa aineiston keruuta oli harjoiteltu samantyyppisen, mutta pienimuotoisemman aineiston keruun kautta. Jo edellä mainittu ennakkokäsitys kriminaalipotilaiden jakautumisesta eri ryhmiin esimerkiksi rikollisuuden ja päihteidenkäytön perusteella on voinut periaatteessa vaikuttaa esimerkiksi sosiaalisten ongelmien ilmenemisen tulkintaan.

8.1 Löydetyt vastaukset tutkimuskysymyksiin

1. Millainen on tutkittavien henkilöiden sosioekonominen tausta?

Luvussa 5 tarkasteltiin tutkittavien vanhempien sosioekonomista taustaa tutkittavan ollessa alaikäinen. Kriminaalipotilaiden perheiden sosioekonomisia asemia vertailtaessa koko ammatissa toimivan väestön ryhmiin työntekijöiden osuus potilaiden perheissä on huomattavasti suurempi. Tutkittavista suurin osa (n. 58 %) on käynyt korkeintaan peruskoulun, ja noin 90 prosenttia tutkittavista on jäänyt tai jättäytynyt työelämän ulkopuolelle ennen syytteenalaista tekoa. Tutkittavista suurin osa on ollut naimattomia (86 %) tai eronneita (10 %) ennen syytteenalaista tekoa.

Tulosten perusteella tutkittavat ovat tulleet useammin taloudellisesti heikommassa asemassa olevista perheistä. Ottaen huomioon myös tutkittavien lapsuuden kodeissa ilmenneiden ongelmien korkean määrän sosiaalisen kausaation teoria saa tutkielman tuloksista tukea. Kausaatiota tukevat myös luvussa 3 esitettyjen, aikaisempien tutkimusten tulokset skitsofrenian ilmenemisen jakautumisesta tasaisesti eri sosioekonomisiin ryhmiin. Tutkittavien matala koulutustaso voi olla osaltaan perua ns. periytyvästä sosioekonomisesta asemasta. Matala koulutustaso on edelleen vaikeuttanut työelämään pääsyä ja siihen kiinnittymistä. Toisaalta koulutuksen ja työpaikan puute suurimmalla osalla tutkittavista kertoo myös varhaisessa vaiheessa alkaneista on-

gelmistä. Huomionarvoista on myös se, ettei koulutustaso ole noussut siirryttäessä aineiston vanhempien ikäryhmästä nuorempiin. Yhteiskunta ei myöskään ole kyennyt tulemaan vastaan tutkittavien integroimiseksi yhteiskunnalliseen toimintaan. Kuten tutkielman johdannossa todettiin, työ on noussut tärkeimmäksi tekijäksi yksilön yhteiskuntaan integroitumisen kannalta.

2. Millaisia sosiaalisia ongelmia tutkittavien perheissä on ollut?

Luvussa 6 tarkasteltiin tutkittavien lapsuudenkodissa ilmenneitä sosiaalisia ongelmia. Melkein puolella tutkittavista (47 %) oli lapsuudessaan kokemusta yhden tai kummankin vanhemman ongelmallisesta alkoholin käytöstä. Myös taloudelliset vaikeudet, perheväkivalta, yhden biologisen vanhemman läsnäolo, mielenterveyden ongelmien sekä kodin ulkopuolelle sijoittaminen on ollut keskimääräistä yleisempää tutkittavien lapsuudessa. Ongelmat ovatkin kasautuneet, ja jopa 56 prosentilla tutkittavista ongelmia on ilmennyt lukumääräisesti kaksi tai enemmän. Vain noin viidenneksellä tutkittavista oli ns. normaalit kotiolot lapsuudessaan. Lähtökohdat yhteiskunnalliseen elämään kiinnittymiseen ovat olleet monella heikot. Faktorianalyysi tuotti tuloksen, jonka mukaan ns. vajaaperheyden ja ongelmallisen alkoholin käytön muuttujat mittaivat parhaiten ongelmien kasautumisen ilmiötä. Tutkittavien yhden tai useamman perheenjäsenen mielenterveysongelmat eivät näyttäisi vaikuttavan ongelmien kasautumiseen.

Tutkittavien lapsuuden kotien ongelmallisuus paljastaa sosiaalisten ongelmien ylisukupolvisen siirtymisen ja kasautumisen ilmiötä. Suomalaisille niinkin arkipäiväinen ongelma kuin alkoholin suurkulutus tai alkoholismi tuntuu aiheuttaneen moniulotteisia ongelmia lapsiperheissä. Moniongelmainen perheympäristö itsessään voi laukaista mielenterveyden ongelmia. Lähiyhteisön tehtävien siirtyminen toisaalta ydinperheelle, ja toisaalta yhteiskunnan palvelurakenteeseen on korostanut vanhempien vastuuta lapsistaan. Yhteiskunnan palvelut eivät voi ”korjata” vahinkoja, joita ongelmallinen lapsuuden ympäristö on voinut aiheuttaa.

Aineiston nuorimpien tutkittavien (syntyneet v. 1968 – 1975) lapsuudenkodeissa on ilmennyt vähemmän taloudellisia vaikeuksia kuin vanhemmissa ikäryhmissä. Suomen Virallisen Tilaston mukaan vuosina 1966 – 1990 pienituloisuus on vähentynyt, ja tuloerot aidosti kaventuneet. Vuodesta 1990 pienituloisuusaste on kasvanut noin viisi prosenttiyksikköä. Suomessa vuonna 2009 kansainvälisesti hyväksytyn köyhyysriski-

rajan alapuolella (kotitalouden vertailukelpoiset tulot ovat alle 60 % mediaanikotitalouden tuloista) eli noin 690 000 ihmistä. (SVT.) Käytännössä tuloerojen kasvu voi kurjistaa jo vaikeassa tilanteessa elävien lapsiperheiden taloudellista tilannetta, ja mahdollistaa ylisukupolvisen huono-osaisuuden jatkumisen.

3. Millaista yhteiskunnan virallista sosiaalista kontrollia tai tukea henkilöihin on kohdistettu ennen pakkohoitoon siirtymistä?

Kohtaamiset yhteiskunnallisten instituutioiden kanssa heijastavat kuvan, joskin hataran, yhteiskunnan sosiaalistavasta toiminnasta. Suurin osa tutkittavista sopeutui peruskouluun (73 %), kun taas asevelvollisuus on jäänyt suorittamatta melkein 2/3 tutkittavista. Noin puolet asevelvollisuuden suorittamatta jättäneistä oli vapautettu mielenterveydellisistä syistä. Tämän lisäksi vapautuneista tai keskeyttäneistä 28 prosentilla syy suorittamatta jättämiseen oli ongelmallinen päihteiden käytön tai rikollisuus. Vain kymmenesosa on kyennyt vastaamaan työelämän velvollisuuksiin. Luvut kuvaavat hyvin Röngän (1999) ulkoista ongelmien kasautumisen väylän toteutumista tutkittavien elämässä.

Melkein 90 % tutkittavista on ollut aiemmin psykiatrisessa sairaalahoidossa. Tiedot avohoidon käytöstä ovat hajanaiset, mutta yli puolet (55 %) tutkittavista on tietävästi käyttänyt erikoissairaanhoidon avohoidon palveluita. Mielenterveyden ongelmia on täten tunnistettu ainakin jossain määrin ennen syytteenalaista tekoa. Vaikka 63 % tutkittavista on päihdeongelma, vain 28 %:lla tutkittavista oli tietävästi ”puhtaasti” päihdehoitoon liittyviksi luokiteltuja hoitojaksoja. Tähän vaikuttaa päihdehoidon palvelujen pohjautuminen pitkälle vapaaehtoisuuteen, jolloin hoidettavalta täytyy löytyä tarpeeksi motivaatiota hakea apua. Tutkittavien aiemman rikollisuuden määrä (63 %) kertoo tutkittavien marginaalisesta asemasta yhteiskunnassa.

Ottaen huomioon asevelvollisuuden suorittamatta jättäneiden suuren osuuden sekä mielenterveyden ongelmien, päihteidenkäytön sekä rikollisuuden osuuden vapautumisen tai keskeyttämisen syinä, suuri osa tutkittavista on käyttäytynyt ongelmallisesti jo varhaisessa vaiheessa elämäänsä. Lähes kaikki tutkittavista ovat olleet suljetussa psykiatrisessa hoidossa jossain vaiheessa elämäänsä ennen syytteenalaista tekoa. Suomalainen hyvinvointivaltio on tietyllä logiikalla toiminut oikealla tavalla kohdistessaan sosiaalista tukea ja kontrollia tutkittavia kohtaan sosiaaliviranomaisten interventioiden, psykiatrisen hoidon, päihdehuollon ja rikosseurannan kautta.

4. Millainen yhteys sosiaalisen taustan ja virallisen sosiaalisen kontrollin tai tuen välillä on?

Sosioekonomisen aseman sekä lapsuudenkodin ongelmien vaikutusta aiempaan rikollisuuteen ja päihdeongelmallisuuteen tarkasteltiin logistisen regressioanalyysin avulla. Logistisen regressioanalyysin perusteella sekä sosioekonominen tausta että lapsuudenkodin ongelmien kasautuminen vaikuttavat rikolliseen käyttäytymiseen. Tarkasteltaessa tutkittavien päihdeongelmallisuutta, sosioekonomisen taustalla ei näyttäisi olevan vaikutusta. Sen sijaan lapsuudenkodin sosiaalisten ongelmien kasautumisen vetosuhte on 2,627 siirryttäessä ei-ongelmaisten ryhmästä lapsuudenkodin yhden ongelman ryhmään, tai siirryttäessä yhden ongelman ryhmästä kahden ongelman ryhmään, jne.

Lapsuuden perheen työntekijöiden ryhmään kuulumisen ja vanhempien ongelmallisen alkoholinkäytön vaikutuksesta perheen huono-osaisuus pitkittyy ja kasautuu, sekä ongelmat monipuolistuvat. Tämä vaikuttaa lasten sosialisointiin ja elämänhallintaan liittyvien ominaisuuksien saavuttamiseen, joka manifestoituu marginalisoitumisena, päihdeongelmallisuutena ja rikollisuutena. Sosiaalisen perimän sekä yleisemmällä tasolla sosiaalisen kausaation mekanismien teorit saavat siis tukea tutkielman tuloksista.

Vertailua ikäluokittain on tehty koko tutkielman tulososion ajan. Nuorimmat ikäluokat (syntyneet vuosina 1968 – 1975) erosivat tilastollisesti merkitsevästi vanhemmista ikäluokista perheessä koettujen taloudellisten vaikeuksien, asevelvollisuuden suorittamisprosentin sekä alaikäisenä alkoholin käytön aloittamisen suhteen. Nuorimpien ikäluokkien perheissä ei koettu suhteellisesti yhtä usein taloudellisia vaikeuksia kuin vanhimmissa ikäluokissa, joka viittaa selvästi sosiaaliturvan paranemiseen ajan myötä. Nuorimpien tutkittavien joukossa oli suhteellisesti enemmän henkilöitä, jotka eivät ole suorittaneet asevelvollisuutta. Nuorimassa ikäluokassa alkoholin käytön aloittaminen alaikäisenä on suhteellisesti yleisempää kuin vanhimmissa ikäluokissa. Toisaalta alkoholin saatavuus on parantunut, toisaalta lasten ja nuorten oireilu ja ongelmakäyttäytyminen on voinut lisääntyä ja alkaa yhä nuorempana.

Johdannossa esitetty ajatus lähiyhteisöjen katoamisesta saa tukea tutkielman tuloksista. Maanpuolustuksen tehtävien täyttämisen lisäksi armeijan tehtävänä voidaan

pitää eräänlaisena lähiyhteisönä toimiminen, jossa nuoret ihmiset sosiaalistuvat armeijan arvoihin ja toimintatapoihin. Viimeisinä vuosikymmeninä asevelvollisuuden suorittaminen ei ole ollut yhtä itsestään selvää kuin vielä 1960 – luvulla. Varusmiespalvelun pääsykriteerien voimistuminen on vienyt tämän lähiyhteisöllisyyden kokemuksen mahdollisuuden pois yhä useammalta nuorelta mieheltä. Myös aineiston nuorimmassa ikäluokassa yleistynyt alkoholin käytön aloittaminen alaikäisenä viestii tietynlaisen epävirallisen kontrollin vähentymisestä. Vastuu lapsien ja nuorten käyttäytymisestä on pääasiallisesti edelleen vanhemmilla, eikä esimerkiksi koulu yhteisön aikuiset pidä asianaan valvoa nuorten tekemisiä kouluajan ulkopuolella.

8.2 Tutkielman heikkoudet ja vahvuudet

Aineistonkeruussa otosmäärää olisi voinut kasvattaa. On kuitenkin pidettävä mielessä pro gradu – työn laajuus ja siihen käytettävän ajan rajallisuus. Itse aineistoon liitettyissä tiedoissa huomiota olisi pitänyt kiinnittää tutkittavien ensimmäisen psykiatrisen laitoshoidon ajankohdan ylöskirjaamiseen. Ko. tietoa olisi voinut käyttää vertailtaessa ikäryhmiä tai eri sosioekonomisista asemista tulevia henkilöitä.

Tutkielmasta olisi tullut monipuolisempi, jos analyysiin olisi otettu mukaan vertailujoukoksi esimerkiksi tuomionsa saaneista, mielentilatutkimuksen läpi käyneistä ja syyn takeellisiksi todetuista henkilöistä. Kuten Kainulainen (2006, 384) toteaa, ongelmaryhmän tarkastelu retrospektiivisesti on rajoittunut tutkimustapa, koska tällöin on taipumus etsiä syitä nykytilanteeseen. Kuitenkin ihmisen hyvinvointiin ja käyttäytymiseen vaikuttaa niin yhteiskunnan rakenteen kehittyminen, yksilön oma valinta kuin yksilön taustatekijät. Lisäksi myös vanhempien rikostaustan tuominen analyysiin olisi luonut valoa ns. antisosiaalisen käyttäytymisen ylisukupolvisuuteen.

Tutkielmani ansioiksi luen kriminaalipotilaiden sosiaalisten taustatietojen systemaattisen kokoamisen. Tutkittavien sosiaalinen tausta valaisee omasta näkökulmastaan heidän valikoitumisestaan syyn takeettomiksi rikoksentekeijöiksi, ja toivon mukaan hälventää vääriä ennakkokäsityksiä koskien vaikeasti käsitettäviä tekoja tehneitä kriminaalipotilaita kohtaan: Yleistäen kyseessä on joukko ihmisiä, joilla on ollut keskimääräistä vaikeammat lapsuuden olosuhteet, psyykinen sairaus yhdistettynä päihdeongelmaan, ja jonka syytteenalaiset teot ovat kohdistuneet hänen omiin läheisiinsä.

8.3 Kiitos

Kiitokset pro gradu – työn ohjaajille professori Juho Saarelle sekä sosiologian lehtori Kari Saarelle ohjauksesta, kannustuksesta ja rehellisyydestä. Kiitokset myös Niuvanniemen oikeuspsykiatrisen sairaalan vastaavalle ylilääkärille Eila Tiihoselle tutkimusmahdollisuudesta. Lisäksi suuret kiitokset Niuvanniemen sairaalan sosiaalityön yksikön työntekijöille: on ilo kuunnella teitä ja seurata työskentelyänne. Erityiskiitokset vastaavalle sosiaalityöntekijälle Tuula Juvoselle ohjauksesta ja tuesta.

Kirjalliset lähteet

Alestalo, M. 1986. *Structural change, classes and the state. Finland in an historical and comparative perspective*. Research reports / Research group for comparative sociology, University of Helsinki, no. 33

Alestalo, M. 2007. *Rakennemuutokset ja sukupolvet*. Yhteiskuntapolitiikka 72:2, s. 146 – 157

Alkula, T., Pöntinen, S. & Ylöstalo, P. 1994. *Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät*. WSOY, Helsinki

Bailey J. A., Hill, K. G., Oesterle, S. & Hawkins, J. D. 2006. *Linking Substance Use and problem behavior across three generations*. Journal of Abnormal child psychology 34:3, s. 273 – 292

Berthoud, R. 1976. *The Disadvantages of inequality: a study of social deprivation*. MacDonald and Jane's, London.

Byrne, M., Agerbo, E., Eaton, W. W. & Mortensen, P. B. 2004. *Parental socio-economic status and risk of first admission with schizophrenia. A Danish national register based study*. Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology 39, s. 87 – 96

Christoffersen, M. N. & Soothill, K. 2003. *The Long-term consequences of parental alcohol abuse: a cohort study of children in Denmark*. Journal of Substance abuse Treatment 25, s. 107 – 116

Cochrane, R. 1983. *The Social Creation of Mental Illness*. Longman, New York.

Cohen, S. 1985. *Visions of Social Control*. Blackwell, Cambridge.

Dohrenwend, B. P. 1998. *A Psychosocial Perspective on the Past and Future of Psychiatric Epidemiology*. American Journal Of Epidemiology 147:3, s. 222 – 231

Dohrenwend, B. P. 2000. *The Role of Adversity and Stress in psychopathology: Some evidence and its implications for theory and research*. Journal of Health and Social Behavior 41, s. 1 - 19

Dohrenwend, B. & Dohrenwend, B. P. (ed.) 1984. *Stressful life events & their contexts*. Series in psychosocial epidemiology; 2. New Brunswick, NJ : Rutgers University Press.

Dohrenwend, B. P., Levav, I., Shrout, P.E., Schwartz, S., Naveh, G., Link, B.G., Skodol, A.E. & Stueve, A. 1992. *Socio-economic status and psychiatric disorders: the causation – selection issue*. Science 255, s. 946 – 952

Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Croft, J. B., Edwards, V. J. & Giles, W. H. 2001. *Growing up with parental alcohol abuse: exposure to childhood abuse, neglect, and household dysfunction*. Child Abuse & Neglect 25, s. 1627 - 1640

Eaton, W. W. 1978. *Life events, social supports, and psychiatric symptoms: A re-analysis of the New Haven Data*. Journal of Health and Social Behavior 19, s. 230-234

Erola, J. 2009. *Sosiaalisen aseman periytyvyys ja terveys — tulokset, teorit ja tulevaisuus*. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 46:1.

Erola, J. (toim.) 2010. *LUOKATON Suomi? : yhteiskuntaluokat 2000-luvun Suomessa*. Gaudeamus Helsinki University Press, Helsinki

Esping – Andersen, G. 2004. *Untying the Gordian knot of Social Inheritance*. Research in Social Stratification and Mobility 21, s. 115 – 138

Faris, R. E .L. 1934. *Cultural isolation and the schizophrenic personality* The American Journal of Sociology 40:2, s. 155-164

Foucault, M. 2007. *Madness and Civilization*. Routledge, London

Gerhardt, U. 1989. *Ideas about Illness*. New york university Press.

Giddens, A. 1992. *Sociology*. Polity Press

Goffman, E. 1997. *Minuuden riistäjät : tutkielma totaalisista laitoksista*. Suomennos Auli Tarkka & Riitta Suominen. 2. painos. Mielenterveyden keskusliitto, Riihimäki

Gottfredson, M. R. & Hirschi, T. 1990. *A General Theory of crime*. Stanford University Press, California.

Harter, S. L. 2000. *Psychosocial adjustment of adult children of alcoholics: A review of the recent empirical literature*. *Clinical Psychology Review* 20:3, s. 311 - 337

Helkama, K., Myllyniemi, R. & Liebkind, K. 1998. *Johdatus Sosiaalipsykologiaan*. Edita, Helsinki

Holmila, M., Bardy, M. & Kouvonen, P. 2008. *Lapsuus päihdeperheessä ja kielteisen sosiaalisen perimän voittaminen*. *Yhteiskuntapolitiikka* 73, s. 421 – 432

Horwitz, A. V. 2002. *Outcomes in the sociology of mental health and illness: Where have we been and where are we going?* *Journal of Health and social behavior* 43, s. 143 – 151

Itäpuisto, M. 2005. *Kokemuksia alkoholiongelmaisten vanhempien kanssa eletystä lapsuudesta*. Kuopion yliopiston julkaisuja E. *Yhteiskuntatieteet* 124

Jahnukainen, M. & Järvinen, T. 2005. *Risk Factors and survival routes: social exclusion as a life-historical phenomenon*. *Disability & Society* 20:6, s. 669 – 682

Johnson, J. G., Smailes, E., Cohen, P., Kasen, S. & Brook, J. S. 2004. *Anti – social parental behavior, problematic parenting and aggressive offspring behaviour during adulthood. A 25 – year longitudinal investigation*. *British Journal of Criminology* 44:6, s. 915 - 930

Jones, K. 1993. *Asylums and After: A Revised History of the Mental Health Services - From the Early 18th Century to the 1990s*. Athlone Press

- Jonsson, G. 1976. *Det Sociala Arvet*. Tiden-Barnängen Tryckeries AB, Stockholm
- Järvinen, K. & Kolbe, L. 2007. *Luokkaretellä hyvinvointiyhteiskunnassa : nykysukupolven kokemuksia tasa-arvosta*. Kirjapaja, Helsinki
- Kainulainen, S. 1998. *Elämäntapahtumat ja elämään tyytyväisyys eri sosiaaliluokissa*. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 62
- Kainulainen, S. 2006. *Huono-osaisuuden kasautuminen ja pitkittyminen Suomessa 1970 – 2000*. Yhteiskuntapolitiikka 71:4, s. 373 – 386
- Kivivuori, J. & Lehti, M. 2006. *The Social Composition of Homicide in Finland, 1960–2000*. Acta Sociologica 49:1, s. 67 - 82
- Kivivuori, J. 2008. *Rikollisuuden syyt*. Kustannusosakeyhtiö Nemo, Helsinki
- Kohn, M. L. & Clausen, J. A. 1955. *Social isolation and schizophrenia* American Sociological Review 20:3, s. 265 – 273
- Kohn, M. L. 1972. *Class, Family and schizophrenia: a reformulation*. Social Forces, 50, s. 295 – 304
- Lappi – Seppälä, T. 2006. *rikollisuus ja kriminaalipolitiikka*. Helsingin yliopiston oikeustieteellisen tiedekunnan julkaisuja
- Lappi – Seppälä, T., Hakamies, K., Koskinen, P., Majanen, M., Melander, S., Nuotio, K., Nuutila, A – M., Ojala, T. & Rautio, I. 2009. *Rikosoikeus*. WSOYpro, Helsinki
- Laub, J. H. & Sampson, R. J. 2003. *Shared beginnings, divergent lives. Delinquent boys to age 70*. Harvard university Press, Cambridge
- Lehto, J. 2010. *Émile Durkheimin sosiologinen patologioteoria*. Teoksessa Ulla Ashorn, Lea Henriksson, Juhani Lehto & Paula Nieminen (toim.) *Yhteiskunta ja Terveys. Klassisia teoreettisia näkökulmia*. Gaudeamus, Helsinki. s. 28 – 44

- Lämsä, A – L. 2009. *Tuhat tarinaa lasten ja nuorten syrjäytymisestä. Lasten ja nuorten syrjäytyminen sosiaalihuollon asiakirjojen valossa*. Oulu University Press
- Markowitz, F. E. 2006. *Psychiatric Hospital Capacity, Homelessness, and Crime and Arrest Rates*. *Criminology* 44:1, s.45 - 72
- McKenzie, K., Harpham, T. & Wilkinson, R. 2006. *Social Capital and Mental Health*. Jessica Kingsley Publishers.
- Meinander, H. 1999. *Tasavallan tiellä. Suomi Kansalaissodasta 2000 – luvulle*. Suomenno Paula Autio. Schildts Kustannus Oy, Espoo.
- Metsämuuronen, J. 2008. *Monimuuttujamenetelmien perusteet*. Metodologia – sarja 7. Gummerrus, Jyväskylä.
- Miech, R. A., Caspi, A., Moffitt, T. E., Wright, B. R. & Silva, P. A. 1999. *Low Socioeconomic Status and Mental Disorders: A Longitudinal Study of Selection and Causation during Young Adulthood*. *American Journal of Sociology* 104:4, s. 1096–1131
- Moisio, P. & Erola, J. 2002. *Jähmettyikö Suomi? Sosiaalinen liikkuvuus ja pitkäaikais-työttömyys Suomessa 1970 – 1995*. *Sosiologia* 3, s. 185 – 199
- Moisio, P. & Erola, J. 2007. *Social Mobility over Three Generations in Finland, 1950–2000*. *European Sociological Review* 23:2, s.169 –183
- Mulvany F., O'Callaghan E., Takei N., Byrne M., Fearon P. & Larkin C. 2001. *Effect of social class at birth on risk and presentation of schizophrenia: case-control study*. *British Medical Journal* 323, s. 1398 – 1401
- Muuri, A. 1999. *Lastensuojelu 1998*. Stakesin tilastoraportti 33/1999

Myers, J. K., Lindethal, J. J. & Pepper, M. P. 1975. *Life Events, Social Integration and Psychiatric Symptomatology*. Journal of Health & Social Behavior 16:4, s. 421–427

Nummenmaa, L. 2009. *Käyttäytymistieteiden tilastolliset menetelmät*. Tammi, Helsinki

Pajuoja, J. 1995. *Väkivalta ja mielentila. Oikeussosiologinen tutkimus syyntakeisuus-säännöksistä ja mielentilatutkimuksista*. Suomalaisen lakimiesyhdistyksen julkaisuja A-sarja N:o 201

Pekkarinen, E. 2010. *Stadilaispojat, rikokset ja lastensuojelu. Viisi tapaustutkimusta kuudelta vuosikymmeneltä*. Nuorisotutkimusseuran julkaisuja 102.

Perry, M. J. 1996. *The Relationship between social class and mental health*. The Journal of Primary Prevention 17:1, s. 17 - 30

Pirkanen, H. 2007. *Sosialisaatio ja yksilön sosiaalinen kehitys*. Teoksessa Pekka Kuusela (toim.) *Sosiaalipsykologia. Yksilöstä yhteiskuntaan*. Unipress Oy. s. 111 – 147

Portes, A. 1998. *Social Capital: Its origins and applications in modern sociology*. Annual Review of Sociology 24, s. 1 – 24

Power, C. & Matthews, S. 1997. *Origins of health inequalities in a national population sample*. Lancet 350, s. 1584 – 1589

Power, C., Stansfeld, S.A., Matthews, S., Manor, O. & Hope, S. 2002. *Childhood and adulthood risk factors for socio-economic differentials in psychological distress: evidence from the 1958 British birth cohort*. Social Science & Medicine 55, s. 1989 – 2004

Pulma, P. & Turpeinen, O. 1987. *Suomen lastensuojelun historia*. Lastensuojelun keskusliitto, Helsinki.

Pärnänen, A. & Okkonen, K – M. (toim.) 2009. *Työelämän suurten muutosten vuosikymmenet*. Tilastokeskus, Helsinki.

Pöntinen S., Alestalo M. & Uusitalo M. 1983. *The Finnish Mobility Survey 1980: Data and first results*. Suomen Gallupin julkaisusarja. Julkaisu nro 9

Rintala, T. 1995. *Medikalisaatio ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän rakentuminen 1946 – 1991*. Stakes. Sosiaali- ja terveystalouden tutkimus- ja kehittämiskeskus 1995, Tutkimuksia 54.

Rogers, A. & Pilgrim, D. 2003. *Mental health and inequality*. Palgrave Macmillan, New York.

Rogers, A. & Pilgrim, D. 2006. *A Sociology of mental health and illness* (3rd ed.) Open University Press

Rönkä, A. 1992. *Nuoren aikuisen sosiaalinen selviytyminen: katsaus kirjallisuuteen*. Jyväskylän Yliopiston psykologian laitoksen julkaisuja 319

Rönkä, A. 1997. *Kun ongelmat kasautuvat..* Teoksessa Pulkkinen, Lea (toim.) *Lapsta aikuiseksi*. Atena, Jyväskylä s. 158 – 170

Rönkä, A. 1999a. *Sosiaalinen selviytyminen lapsuudesta aikuisuuteen. Ongelmien kasautumisen kolme väylää*. Teoksessa Kuorelahti, Matti & Viitanen, Reijo (toim.): *Holtittomasta hortoilusta hallittuun harhailuun. Nuorten syrjäytymisen riskit ja selviytymisen keinot*. NUORAn julkaisuja, Helsinki, s. 9 – 15

Rönkä, A. 1999b. *The accumulation of problems of social functioning. Outer, inner, and behavioral strands*. Jyväskylä studies in education, psychology and social research 148

Sauli, H., Ahola, A., Lahelma, E. & Savolainen, J. 1989. *Elinolot numeroina. Vuoden 1989 elinolotutkimus*. Tilastokeskus, Helsinki

Savela, E. 2003. *Ammattitaidon ylläpitäminen apteekissa- farmaseuttien ja proviisoreiden kouluttautuminen normiteorian viitekehyksessä*. Kuopion Yliopiston julkaisuja A. Farmaseuttiset tieteet 62. Väitöskirja

Scott, R. W. 2001. *Institutions and Organizations* (2nd ed.). Sage Publications, London.

Scull, A. 1980. *A Convenient place to get rid of inconvenient people: the Victorian lunatic asylum*. Teoksessa Anthony King (ed.): *Buildings and Society. Essays on the Social Development of the Built Environment*. Routledge, Lontoo. s. 39 – 45

Scull, A. 1981. *Madhouses, Mad-doctors and madmen: the social history of psychiatry in the Victorian era*. Athlone, Lontoo.

Silver, E., Mulvey, E. P. & Swanson, J. W. 2002. *Neighborhood structural characteristics and mental disorder: Faris and Dunham revisited* *Social Science & Medicine* 55, s. 1457–1470

Sipilä, J. 1979. *Sosiaalisten ongelmien synty ja lievittäminen*. Tammi, Helsinki.

Sipilä, J. 1985. *Sosiaalipolitiikan tulevaisuus*. Tammi, Helsinki

Smith, C. A. & Farrington, D. P. 2004. *Continuities in antisocial behavior and parenting across three generations*. *Journal of Child Psychology* 45:2, s. 230 - 247

Thornberry, T. P., Freeman – Gallant, A. & Lovegrove, P. J. 2009. *Intergenerational linkages in antisocial behavior*. *Criminal Behaviour and mental health* 19, s.80 - 93

Timms, D.W.G. 1998. *Gender, social mobility and psychiatric diagnoses* *Social Science & Medicine* 46:9, s. 1235 - 1247

Toivonen, T. 1988. *Rakennemuutos 1930 – 1985. Aineistoa toimiala-, luokka- ja kerrostumarakenteen tutkimukseen*. Turun kauppakorkeakoulun julkaisuja. Sarja A – 1

Toivonen, T. 2010. *Viralliset tilastot suomalaisen yhteiskunnan luokkarakenteen kuvaajina*. Teoksessa Jani Erola (toim.) *Luokaton Suomi? Yhteiskuntaluokat 2000 – luvun Suomessa*. Gaudeamus, Helsinki. s. 187 – 210

Turner, J. R. 1968. *Social Mobility and Schizophrenia* *Journal of Health and Social Behavior* 9:3, s. 194 - 202

Vilhula, A. (toim.) 2007. *Sosiaalinen perimä. Ylisukupolviset kohtalot tutkimuskirjallisuuden valossa*. Suomen Mielenterveysseuran julkaisuja. Gummerus Kirjapaino Oy, Vaajakoski

Werner, S., Malaspina, D. & Rabinowitz, J. 2007. *Socioeconomic status at Birth is associated with risk of schizophrenia: Population-based multilevel Study*. *Schizophrenia Bulletin* 33:6, s. 1373 – 1378

Wiles, N. J., Lingford – Hughes, A., Daniel, J., Hickman, M., Farrell, M., Macleod, J., Haynes, J. C., Skapinakis, P., Araya, R. & Lewis, G. 2007. *Socio – economic status in childhood and later alcohol use: a systematic review*. *Addiction* 102, s. 1546 - 1563

Wolinsky, F. D. 1980. *The Sociology of Health. Principles, Professions, and Issues*. Little, Brown and Company, Toronto.

Wrede, S. 2010. *Talcott Parsons ja sairaan rooli*. Teoksessa Ulla Ashorn, Lea Henriksson, Juhani Lehto & Paula Nieminen (toim.) *Yhteiskunta ja Terveys. Klassisia teoreettisia näkökulmia*. Gaudeamus, Helsinki. s. 61 – 76

Lait

Laki valtion mielisairaaloista 31.12.1987/1292

Lastensuojelulaki 13.4.2007/417

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116

Internet-lähteet

Huttunen, M. 2010a. *Skitsofrenia*. Saatavilla www-muodossa:

<URL: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00148>.

Luettu 8.4.2010

Huttunen, M. 2010b. *Harhaluuloisuushäiriö*. Saatavilla www-muodossa:

<URL:http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00373>.

Luettu 29.11.2010

Huttunen, M. 2009. *Skitsoaffektiivinen häiriö*. Saatavilla www-muodossa: <URL:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00487>.

Luettu 29.11.2010

Isohanni, M. & Joukamaa, M. *Skitsofrenia ja muut psykoosit*.

Saatavilla www-muodossa:

<URL: http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Skitsofrenia_ja_muut_psykoosit>.

Luettu 8.4.2010

Kansanterveys 1996/2. *ICD-10-tautiluokitus ja tartuntatautien ilmoittaminen*.

Saatavilla www-muodossa:

<URL:http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_1996/2_1996/icd-10-tautiluokitus_ja_tartuntatautien_ilmoittaminen/>. Luettu 15.11.2010

Kaprio, J. & Lönnqvist, J. 1997. *Onko skitsofrenia perinnöllinen sairaus?* Duodecim 113:24, s. 2589- 2591. Saatavilla www-muodossa:

<URL: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo70570.pdf>>. Luettu 8.4.2010

Kivelä, J. 2011. Henkilökohtainen tiedonanto. *Varusmiespalveluksen suorittaneet*. jyrki.kivela@mil.fi. 10.2.2011

Korhonen, P. *Syytetyn mielentilan tutkiminen*. [www-dokumentti] Saatavilla www-muodossa: <URL: <http://www.oikeus.fi/uploads/gdnp2cdlt.pdf>>. Luettu 1.2.2011

KvantiMOTV. Yhteiskuntatieteellinen tietoarasto, menetelmäopetuksen tietovaranto.
[WWW-dokumentti]

Saatavilla www-muodossa:

<URL: <http://www.fsd.uta.fi/metelmaopetus/intro.html>>. Luettu 1.2.2011

Kärkkäinen, T. 2004. *Koulutuksen ja lapsi-vanhempisuhteen yhteys elämässä selviytymiseen. Sosiaalinen perimä ja koulutuskulttuurisen pääoman periytyminen sukupolvesta toiseen*. Väitöskirja. Helsingin yliopisto, käyttäytymistieteellinen tiedekunta, soveltavan kasvatustieteen laitos. Saatavilla www-muodossa:

<URL: <http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/kay/sovel/vk/karkkainen/koulutuk.pdf>>.

Luettu 16.3.2011

Lehtinen, V. & Taipale, V. 2005. *Mielenterveystyö ja psykiatrinen sairaanhoito*.

Saatavilla www-muodossa:

<URL: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00054>.

Luettu 4.3.2010

Skitsofrenia. Poliklinikka. Saatavilla www-muodossa:

<URL: <http://www.poliklinikka.fi/?page=4691144&id=6953677#>>.

Luettu 8.4.2010

Sosioekonomisen aseman luokitus 1989. Tilastokeskuksen käsikirja nro 17.

Saatavilla www-muodossa:

<URL: http://www.stat.fi/meta/luokitukset/sosioekon_asema/001-1989/kasikirja.pdf>.

Luettu 18.10.2010

STM 2005. *Rikos- ja mielenterveystieteen yhteensovittaminen*.

Kriminaalipotilaita koskevat säännökset. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2005:20. Saatavilla www-muodossa:

<URL: <http://pre20090115.stm.fi/pr1138779839986/passthru.pdf>>.

Luettu 15.1.2011

Suomen virallinen tilasto (SVT): Tulonjakotilasto [verkojulkaisu].

ISSN=1795-8121. Pienituloisuus 2009. Helsinki: Tilastokeskus.

Saatavilla www-muodossa:

<URL: http://www.stat.fi/til/tjt/2009/02/tjt_2009_02_2011-01-26_tie_001_fi.html>.

Luettu 17.2.2011

Suomen virallinen tilasto (SVT): Tulonjakotilasto [verkkojulkaisu].

ISSN=1795-8121. Pienituloisuus 2009, 1. Pienituloisuuden kehitys Suomessa 1987–2009 . Helsinki: Tilastokeskus.

Saatavilla www-muodossa:

<URL: http://www.stat.fi/til/tjt/2009/02/tjt_2009_02_2011-01-26_kat_001_fi.html>.

Luettu 17.2.2011

Tautiluokitus ICD-10. THL (Terveyden ja Hyvinvoinnin Laitos).

Saatavilla www-muodossa:

<URL: <http://sty.stakes.fi/FI/koodistopalvelu/koodisto.htm>>. Luettu 15.11.2010

Vanhan Vaasan sairaala [www-dokumentti]. Saatavissa www-muodossa:

<URL: http://www.vvs.fi/index_vvs.phtml?kieli=fi>. Luettu 28.9.2010

Wahlbeck, K. 1.12.2009. *Sosiaalipsykiatrisen tutkimuksen tulevaisuuden haasteet*. Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos.

Saatavilla www-muodossa: <URL:http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/DF0EAC04-323A-4DEF-B1AB-A4017B6BB447/0/sosiaalipsykiatria_Wahlbeck.pdf>.

Luettu 3.12.2010

World Health Organization, ICD-10. Saatavilla www-muodossa:

<URL: <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>>

Luettu 28.10.2010

Liite 1. Sosioekonomisen aseman luokitus, Tilastokeskus

1 Yrittäjät

- 11 Maataloustyönantajat
- 12 Maatalouden yksinäisyrittäjät
- 21 Pientyönantajat
- 22 Muut työnantajat
- 23 Yksinäisyrittäjät
- 24 Vapaiden ammattien harjoittajat
- 29 Yrittäjät, erittelemätön

3 Ylemmät toimihenkilöt

- 31 Johtotehtävissä toimivat ylemmät toimihenkilöt
- 32 Suunnittelu- ja tutkimustehtävissä toimivat ylemmät toimihenkilöt
- 33 Opetustehtävissä toimivat ylemmät toimihenkilöt
- 34 Muut ylemmät toimihenkilöt
- 39 Ylemmät toimihenkilöt, erittelemätön

4 Alemmat toimihenkilöt

- 41 Työnjohtotehtävissä toimivat alemmat toimihenkilöt
- 42 Itsenäistä toimistotyötä tekevät alemmat toimihenkilöt
- 43 Epäitsenäistä toimistotyötä tekevät alemmat toimihenkilöt
- 44 Muut alemmat toimihenkilöt
- 49 Alemmat toimihenkilöt, erittelemätön

5 Työntekijät

- 51 Maataloustyöntekijät
- 52 Teollisuustyöntekijät
- 53 Muut tuotantotyöntekijät
- 54 Jakelu- ja palvelutyöntekijät
- 59 Työntekijät, erittelemätön

6 Opiskelijat

- 60 Opiskelijat ja koululaiset (ei peruskoulu)

7 Eläkeläiset

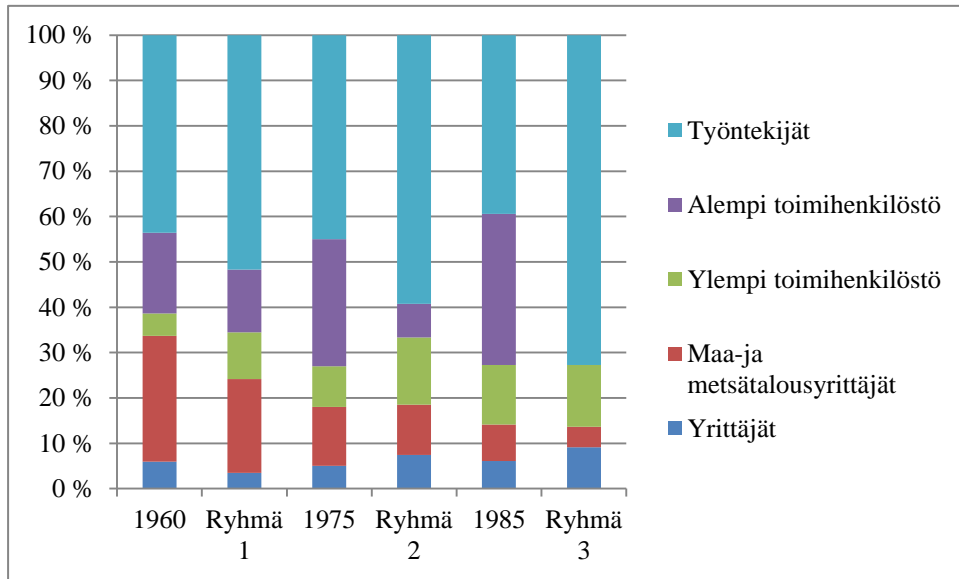
- 71 Eläkkeellä olevat yrittäjät
- 72 Eläkkeellä olevat ylemmät toimihenkilöt
- 73 Eläkkeellä olevat alemmat toimihenkilöt
- 74 Eläkkeellä olevat työntekijät
- 79 Muut eläkeläiset

8 Muut

- 81 Pitkäaikaistyöttömät
- 82 Muualla luokittelemattomat

99 Sosioekonominen asema tuntematon

Liite 2. Skitsofreenikkopotilaiden perheen SES verrattuna koko maan toimivan väestön SES-rakenteeseen (N=79)



Kuvio 6. Aineiston skitsofreenikkopotilaiden perheiden SES verrattuna koko maan ammatissa toimivan väestön sosioekonomiseen rakenteeseen. Ryhmä 1 = v. 1949 - 1959 syntyneiden perheet. Ryhmä 2 = v. 1960 - 1967 syntyneiden perheet. Ryhmä 3 = v. 1968 - 1975 syntyneiden perheet. (Toivonen 1988) (N= 79)

Liite 3. Tutkittavien siviilisäätö, lasten lukumäärä ja asuinlääni ennen syytteenalaista tekoa

Taulukko 6 Tutkittavien siviilisäätö syytteenalaisen teon aikana (N=106)

SIVIILISÄÄTY	LKM	%
Naimaton	91	85,8
Naimisissa	4	3,8
Eronnut	11	10,4
Yhteensä	106	100

Taulukko 7 Tutkittavien lasten lukumäärä (N=106)

LASTEN LUKUMÄÄRÄ	LKM	%
0	81	76,4
1	14	13,2
2	9	8,5
4	2	1,9
Yhteensä	106	100

Taulukko 8 Tutkittavien asuinlääni syytteenalaisen teon aikana (N=106)

ASUINLÄÄNI	LKM	%
Etelä-Suomen lääni	60	56,6
Länsi-Suomen lääni	16	15,1
Itä-Suomen lääni	19	17,9
Oulun lääni	7	6,6
Lapin lääni	4	3,8
Yhteensä	106	100

Liite 4. Huostaan otetut lapset vuosina 1950 - 1983

Taulukko 9 Huostaan otettujen lasten osuus kaikista lastensuojelutapauksista (Lähde: Pulma & Turpeinen 1987, 219)

Vuosi	Lastensuojelun piiriin joutuneita lapsia	Huostaan otettuja lapsia	%
1950	15355	15355	100
1955	18619	16285	87
1960	19900	16157	81
1965	21193	15127	71
1970	18577	12327	66
1975	18992	10585	56
1980	21205	8276	39
1983	21294	8537	40

Liite 5 (1/2). Tilastolliset menetelmät: Faktoriansalyysi

Faktoriansalyysi on tilastollinen menetelmä useiden muuttujien samanaikaisen yhteisvaihtelun tarkasteluun. Sen tarkoitus on tiivistää muuttujia yksinkertaisempaan muotoon. Faktorit voidaan ajatella olevan aineistossa piilevinä yhdistelmämuuttujina. Faktoriansalyysia on käytetty mm. älykkyyden ja asenteiden tutkimisessa. (Nummenmaa 2009, 397; Alkula ym. 2002, 268.) Otokseen riittävyyden sääntönä on pidetty kutakin muuttujaa kohden vähintään viisi havaintoa (Metsämuuronen 2008, 42).

Faktoriansalyysin keskeisiä termejä ovat faktorien lataukset, ominaisarvot sekä kommunaliteettiluvut. Faktorien lataukset ovat eräänlaisia regressiokertoimia, jotka ilmaisevat, kuinka paljon mikin faktori selittää kunkin muuttujan vaihtelua. Jokin muuttuja latautuu faktorille, jos muuttujan ja faktorin välinen lataus on itseisarvoltaan suuri suhteessa muihin latauksiin. Faktorien latausten suuruuden tarkastelussa tutkijan on latauksia vertaillessaan luotettava omaan intuitioon ja järkeen. (Nummenmaa 2009, 402 – 403.) Faktorilataukset saavat arvon $[-1, 1]$ välillä (KvantiMOTV). Eräänlaisena nyrkkisääntönä on pidetty, että alle 0,5:n suuruiset lataukset eivät anna pohjaa tulkinnalle ilman korkeampien latausten antamaa tulkinta-apua (Alkula ym. 2002, 273).

Faktorien ominaisarvot kertovat, kuinka paljon kukin faktori pystyy selittämään koko aineiston vaihtelusta. Kommunalteetti mittaa sitä, kuinka hyvin yksittäisen muuttujan vaihtelua pystytään kuvaamaan yhdessä kaikkien faktorien avulla. Kommunalteettiluvut saavat arvon välillä $[0, 1]$. Mitä lähempänä ykköstä muuttujan kommunalteetti on, sitä enemmän mallin avulla voidaan selittää kyseisen muuttujan vaihtelua. (Nummenmaa 2009, 403.)

Faktoriansalyysin kaksi erinäistä analyysimenetelmää ovat eksploratiivinen sekä konfirmatorinen faktoriansalyysi. Kumpikin em. analyysimuoto soveltuu myös mittarin rakentamiseen (Metsämuuronen 2008, 25). Ns. faktoripistemäärämuuttujassa analyysiin mukaan eri osioita painotetaan analyysin tuloksena syntyneiden pistemääräkertoimien avulla (Alkula ym. 2002, 100). Eksploratiivisessa faktoriansalyysissä etsitään muuttujien kombinaatiosta selitettävää mallia eli eksploroidaan. Se soveltuu tilanteeseen, missä tutkijalla on ajatus siitä, millainen teoria yhdistää tutkittavia muuttujia. Konfirmatorisen eli pääkomponenttiansalyysin avulla taas tutkitaan valmista mallia ja varmistetaan antaako se tukea mallille. (Metsämuuronen 2008, 25, 42, 61; KvantiMOTV.)

Liite 5 (2/2). Tilastolliset menetelmät: Logistinen regressioanalyysi

Logistinen regressioanalyysi on lineaarisen regressioanalyysin epäparametrinen vastike (Nummenmaa 2009, 343). Logistista regressioanalyysia käytetään selitettävän muuttujan saadessa vain kaksi arvoa (arvot 0 tai 1). Tällöin selitettävä muuttuja on kategorinen, jolloin ennustetaan todennäköisyyttä havaintojen jakautumiselle luokkiin (Nummenmaa 2009, 337; Metsämuuronen 2008, 114 – 115). Analyysin tulokset kertovat, vaikuttavatko selittävät muuttujat tapahtuman todennäköisyyteen ja kuinka suuri selittävien muuttujien vaikutus tuolloin on (KvantiMOTV).

Logistisen regressioanalyysimallissa selitettävänä muuttujana on tutkittavan tapahtuman tai ilmiön riskin logaritmi. Tapahtuman riski tai ”vedonlyöntisuhde” (*odds*) saadaan suhteuttamalla tapahtuman todennäköisyys siihen todennäköisyyteen, ettei se tapahdu. Logistisen regressiomallin kaava voidaan ilmaista seuraavalla tavalla:

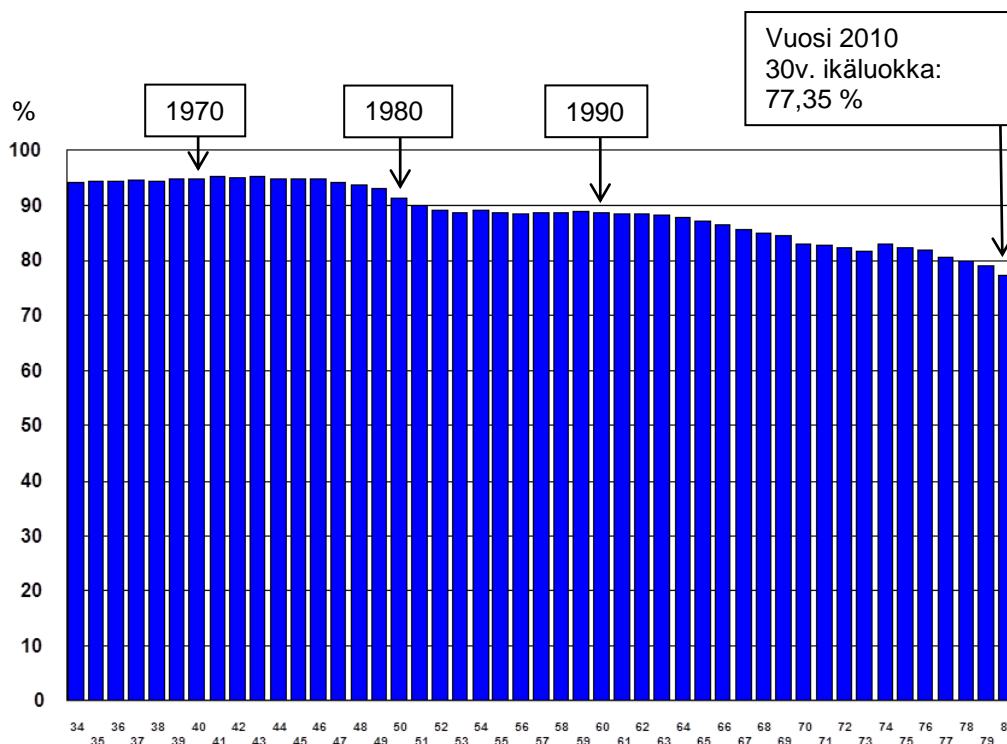
$\ln [P(Y=1) / 1-P(Y=1)] = a+bx$, jossa

a = vakiotekijä, b = regressiokerroin ja x = selittävän muuttujan arvo. (KvantiMOTV.)

Nummenmaa (2009, 343) arvioi analysoitavan aineiston vähimmäismääräksi 50 – 100 havaintoa. Tämän lisäksi Metsämuuronen (2008, 115 – 117) listaa analyysin teon edellytyksiksi: 1. Valittavien muuttujien on oltava oleellisia selitettävään ilmiöön nähden 2. Ryhmien välillä on oltava risteäviä havaintoja 3. Havaintojen määrän on oltava kohtuullinen malliin otettavien muuttujien lukumäärään nähden. 4. Ei multikollineaarisuutta eli selittävien muuttujien liiallista keskinäistä korrelaatiota 5. Ei outliereitä eli poikkeavia tapauksia 6. Mallin selittämättä jäänyt osa eli residuaalit on oltava normaalisti jakautuneita ja hajonnaltaan tasaisia (eli homoskedastisia) 7. Mittausvirheet ovat toisistaan riippumattomia

Mallin sopivuutta testataan khii toiseen - testillä, jossa mahdollisimman pienet p-arvot tarkoittavat sopivaa mallia. Niin sanotut *Pseudo R²*- kertoimet ilmaisevat mallin sopivuuden. Yksi käytetyimmistä kertoimista on *Nagelkerke Pseudo R²*.(Nummenmaa 2009, 337.)

Liite 6. Varusmiespalveluksen suorittaneiden prosenttiosuus ikäluokasta vuosina 1964 - 2010. (Lähde: Komentajakapteeni Jyrki Kivelä, Puolustusministeriön henkilöstöosasto)



Kuvio 7. Varusmiespalveluksen suorittaneiden prosenttiosuus ikäluokasta vuosina 1964 – 2010. (Lähde: Komentajakapteeni Jyrki Kivelä, Puolustusministeriö)

Liite 7. Tutkittavien psykiatrinen ja päihdehoito

Taulukko 10 Tutkittavien suljetun psykiatrisen hoidon jaksojen lukumäärä (N = 106)

HOITOJAKSOJEN LKM	LKM	%
0	13	12,3
1 - 3	24	22,6
4 - 6	17	16,0
7 - 9	12	11,3
10 - 12	11	10,4
13 - 15	4	3,8
16 - 20	7	6,6
yli 20	18	17,0
Yhteensä	106	100,0

Taulukko 11 Tutkittavien psykiatrinen avohoito (N = 106)

	LKM	%
ollut avohoidossa	58	54,7
ei ole ollut avohoidossa	32	30,2
ei tietoa	16	15,1
Yhteensä	106	100,0

Taulukko 12 Tutkittavien päihdehoitojaksojen lukumäärä (N = 106)

HOITOJAKSOJEN LKM	LKM	%
0	73	68,9
1 - 3	21	19,8
4 - 6	1	0,9
7 tai enemmän	7	6,6
ei tietoa	4	3,8
Yhteensä	106	100,0

Liite 8. Mielen­tilatutkimuksen kulku ja syyntakeettomaksi toteaminen

Virallisen määritelmän mukaan kriminaalipotilaat ovat rikoksen tai rikoksia tehneitä, mielen­tilatutkimuksessa syytteenalaisen teon aikana syyntakeettomiksi todettuja ja täten tuomitsematta jätettyjä henkilöitä. Mielen­terveyslain 15 §:n mukaisesti mielen­tilatutkimus tehdään tuomioistuimen määräyksestä. Jos edellytykset tuomitsematta jättämiselle ja tahdosta riippumattomalle hoidolle ovat olemassa, Terve­yden ja hyvinvoinnin laitos määrää rikoksesta syytety­n tahdosta riippumattomaan hoitoon (Mielen­terveyslaki 15 §). Tuomitsematta jätetyt potilaat saavat psykiatrista sairaalahoitoa hoidon edellyttämän valmiuden ja erikoisasiantuntijuuden omaavassa sairaalassa, ja heidän hoidontarpeensa arvioidaan kuuden kuukauden välein (Mielen­terveyslaki 17§ ja 17 a §). Mielen­tilatutkimuksia suoritetaan Helsingin vankilan psykiatrisella osastolla, Lapinlahden, Kellokosken, Vanhan Vaasan ja Niuvan­niemen sairaaloissa, Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatrisessa yksikössä, Tampereen yliopistollisen sairaalan oikeuspsykiatrian klinikalla sekä vankimielisairaalassa (Vanhan Vaasan www-sivut). Käytännössä tuomitsematta jätetyt potilaat ovat hoidossa valtion mielisairaloissa, joita ovat Niuvan­niemen sairaala sekä Vanhan Vaasan sairaala (Laki valtion mielisairaloista 1 §).

Mielen­tilatutkimukseen voidaan määrätä henkilö, joka on vangittu tai jonka syytteenalainen rikos on sen verran vakava, että siitä on mahdollista saada yli vuoden vankilatuomio. Rikoksesta syytetylle voidaan suorittaa mielen­tilatutkimus myös hänen omasta pyynnöstään, vaikkeivät edellä mainitut ehdot täytyisikään. Mielen­terveyslain (16 § 2 mom.) mukaisesti mielen­tilatutkimuksen tekoon varataan kaksi kuukautta. Psykiatrisen tutkimuksen lisäksi tutkittavaa arvioidaan psykologisin teste­in, tarvittaessa neuropsykologisin tutkimuksin, osastoseurannan ja hoitohenkilökunnan havaintojen avulla, somaattisen, laboratoriotutkimuksen sekä mahdollisten erityistutkimusten (esim. kromosomitutkimus) avulla. Tietoa tutkittavasta kerätään myös viranomaistietojen kautta mahdollisesti tutkittavan asioimista terveydenhuollon ja päihdehoitoyksiköistä, vankilasta ja kriminaalihuoltoyhdistykseltä, sosiaalitoimistosta, Kelasta, eläketurvakeskuksesta, kouluista ja oppilaitoksista tai puolustusvoimilta. Lisäksi kirjallisia kyselyjä voidaan lähettää tutkittavan omaisille, työnantajille ja ystäville. (Vanhan Vaasa.)

Jotta tutkittavan psyykkisen tilan poikkeavuudella olisi merkitystä syyntakeisuusarviossa, tulee mielen­tilatutkimuksessa tulla esiin tutkittavan mielen­tilan syy-yhteys syytteenalaiseen tekoon. Mielen­tilatutkimuksesta lähetetään lausunto Valviran (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto) oikeuspsykiatristen asioiden lautakunnan käsiteltäväksi. Lopullisen päätöksen tutkittavan syyntakeisuudesta tekee oikeus. (Emt.)

Liite 9 (1/3). Syytteenalaisen teon piirteet

Taulukko 13 Tutkittavan ja syytteenalaisen teon uhrin suhde (N=106)

UHRI	LKM	%
Lähisukulainen	16	15,1
Sukulainen	2	1,9
nykyinen tai entinen seurustelukumppani, tai avo- tai aviopuoliso	8	7,5
Tuttava / Ystävä	35	33,0
Aineellinen vahinko / Ei välitöntä uhria	17	16,0
Virkavallan/virkatoimen/hoitohenkilökunnan tms. edustaja	8	7,5
Ennestään tuntematon henkilö	19	17,9
Ei tietoa	1	0,9
Yhteensä	106	100,0

Taulukko 14 Syytteenalaisen teon tekopaikka (N=106)

TEKOPAIKKA	LKM	%
Tekijän koti	38	35,8
Yksityisasunto	26	24,5
Kaupunkiympäristö, julkinen paikka	19	17,9
Yhteiskunnallisia palveluja tarjoava laitos	12	11,3
Ravintola, kauppa tms. julkinen, suljettu ympäristö	9	8,5
Luonto	2	1,9
Yhteensä	106	99,9

Taulukko 15 Alkoholin ja päihteiden vaikutuksen alaisuus syytteenalaisen teon hetkellä (N=106)

		Huumeiden vaikutuksen alaisuus			Yhteensä
		ei	kyllä	ei tietoa	
Alkoholin vaikutuksen alaisena	ei				
	N	47	5	2	54
	%	44,3	4,7	1,9	50,9
kyllä	N	19	15	9	43
	%	17,9	14,2	8,5	40,6
	ei tietoa				
Yhteensä	N	1	0	8	9
	%	0,9	0	7,5	8,5
	N	67	20	19	106
%	63,2	18,9	17,9	100,0	

Liite 9 (2/3). Syytteenalaisen teon piirteet

Taulukko 16 Tutkittavan ja syytteenalaisen teon uhrin suhteen ja päihteiden vaikutuksen alaisuuden yhteys (N=105)

Tutkittavan ja syytteenalaisen teon uhrin suhde	Päihteiden vaikutuksen alaisuus		Yhteensä	Tieto puuttuu
	ei	kyllä		
lähisukulainen N %	14 14,7	2 2,1	16 16,8	0
sukulainen N %	2 2,1	0 0,0	2 2,1	0
avio- tai avopuoliso tai seurustelukumppani (nykyinen tai entinen) N %	6 6,3	2 2,1	8 8,4	0
tuttava / ystävä N %	10 10,5	21 22,1	31 32,6	4
tuntematon N %	7 7,4	10 10,5	17 17,9	2
aineellinen vahinko / ei välitöntä uhria N %	6 6,3	7 7,4	13 13,7	4
virikavallan, virkatöiden, hoitohenkilöstön tms. edustaja N %	3 3,2	5 5,3	8 8,4	0
Yhteensä N %	48 50,5	47 49,5	95 100,0	10

Liite 9 (3/3). Syytteenalaisen teon piirteet

Taulukko 17 Tutkittavan ja syytteenalaisen teon uhrin suhteen ja syytteenalaisen teon ympäristön yhteys

Tutkittavan ja syytteenalaisen teon uhrin suhde	Syytteenalaisen teon ympäristö					Yhteensä
	Tutkittavan koti	Yksityisasunto	kaupunkiympäristö	Yhteiskunnallisia palveluja tarjoava laitos	Luonto	
perheenjäsen tai sukulainen						
N	20	5	1	0	0	26
%	18,9	4,7	0,9	0	0	24,5
tuttava / ystävä						
N	14	12	4	4	1	35
%	13,2	11,3	3,8	3,8	0,9	33,0
tuntematon						
N	0	5	11	2	1	19
%	0	4,7	10,3	1,9	0,9	17,9
aineellinen vahinko / ei välitöntä uhria						
N	3	2	9	3	0	17
%	2,8	1,9	8,5	2,8	0	16,0
virravallan, virkatoimen, hoitohenkilöstön tms. edustaja						
N	1	1	3	3	0	8
%	0,9	0,9	2,8	2,8	0	7,5
ei tietoa						
N	0	1	0	0	0	1
%	0	1,9	0	0	0	0,9
Yhteensä						
N	38	26	19	12	9	106
%	35,8	24,5	17,9	11,3	8,5	100,0

Liite 10. Mielentilatutkimuksen diagnoosit sekä päihteiden käytön aloittamisajankohta

Taulukko 18 Tutkittavien päädiagnoosit verrattuna Pajuoja (1995) tutkimuksen Ymmärrystä vailla olleiden päädiagnooseihin

DIAGNOOSI	LKM	%	(Pajuoja 1995) LKM	(Pajuoja 1995) LKM
Skitsofrenia	79	74,5	29	62
Skitsoaffektiivinen häiriö	15	14	8	17
Harhaluuloisuushäiriö	8	7,5	4	9
Muut psykoottiset häiriöt	1	1	3	6
Elimellinen mielen-terveyden häiriö	3	3	1	2
Muut pääluokat	0	0	1	2
Ei diagnoosia	0	0	1	2
Yhteensä	106	100	47	100

Taulukko 19 Tutkittavien päihdeaineisiin liittyvät diagnoosit (N=106)

		Päihdediagnoosi, muu kuin alkoholiperäinen		Yhteensä
		EI	KYLLÄ	
Alkoholiperäinen päihdediagnoosi	EI N %	40 37,7	9 8,5	49 46,2
	KYLLÄ N %	28 26,4	29 27,4	57 53,8
	Yhteensä N %	68 64,2	38 35,8	106 100,0

Taulukko 20 Tutkittavien päihdeaineiden käytön aloittamisajankohta (N=90)

		Muiden päihteiden (kuin alkoholin) käytön aloittaminen alaikäisenä		Yhteensä
		EI	KYLLÄ	
Alkoholin käytön aloittaminen alaikäisenä	EI N %	50 55,6	0 0	50 55,6
	KYLLÄ N %	15 16,7	25 27,8	40 44,4
	Yhteensä N %	65 72,2	25 27,8	90 100,0