

Kolme polkua huono-osaisuuteen — oikeuspsykiatristen potilaiden laitosurat, yhteiskunnallinen asema ja paranoidisuus

Tutkimuksessa selvitettiin 1) millaisiin ryhmiin oikeuspsykiatriset potilaat jakautuvat hoito- ja rikosrekisterihistoriansa perusteella, 2) millaisia eroja näiden ryhmien välillä on lapsuuden ja aikuisuuden huono-osaisuudessa sekä paranoidisuuden diagnosoinnin yleisyydessä ja 3) onko lapsuuden ja aikuisuuden huono-osaisuuden indikaattoreiden välisissä yhteyksissä ryhmäkohtaisia eroja. Aineiston (n=218) lähteinä ovat 2000-luvulla mielentilatutkimuksessa olleiden ja tahdosta riippumattomaan hoitoon määrättyjen henkilöiden 1) mielentilatutkimuslausuntoja, 2) Terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisterin psykiatristen sairaalahoitajakojojen tietoja ja 3) aiempien rikosten ja rangaistusjaksojen tietoja. Laitoshoitourat ja niihin liittyvät tilastolliset yhteydet on analysoitu latentin luokittelun ja polkumallianalyysin avulla. Potilaat jakautuvat kolmeen ryhmään aikaisemman psykiatrisen hoidon ja rikosseuraamusten perusteella. Mielenterveyspotilaiden ryhmä (n=79) profiloituu työmarkkinoiden ulkopuolella oleviksi ja aikaisemmin psykiatriseen sairaalahoitoon tukeutuneiksi henkilöiksi. Rikostaustaisten ryhmän (n=79) muodostavat toistuvasti rikosseuraamusjaksoilla ja psykiatrisessa sairaalahoidossa olleet henkilöt. Ryhmän jäsenyys on yhteydessä pitkittyneeseen huono-osaisuuteen ja paranoidiseksi arvioimiseen. Näkymättömien ryhmän (n=60) muodostavat henkilöt, joiden mahdollinen psykiatrinen hoito on rajautunut avohoitoon. Noin kolmannes oikeuspsykiatristen potilaista on elänyt jo lapsena huono-osaisessa asemassa, ja heidän käyttäytymistään on arvioitu poikkeavaksi sekä rikosoikeudellisin että lääketieteellisin kriteerein.

Avainsanat: Oikeuspsykiatriset potilaat, laitosura, yhteiskunnallinen asema, latentti luokka-analyysi

MIISA TÖRÖLÄ, PERTTI TÖTTÖ

JOHDANTO

Artikkelissa tarkastellaan oikeuspsykiatrisessa hoidossa olevien henkilöiden erilaisia laitospolkuja ja polkuja huono-osaisuuteen. Oikeuspsykiatriset potilaat ovat valikoituneet rikollisen teon/tekojen myötä mielentilatutkimukseen, todettu syynta-keettomiksi ja arvioitu tarvitsevan tahdosta riippumatonta hoitoa mielisairaudesta, syvän älyllisen kehitysvammaisuuden tai vakavan psyykkisen häiriön vuoksi (1). Vuosina 2006–2015 keskimääräisesti 32 henkilöä 120 mielentilatutkimuksessa

olleesta rikoksenteijästä siirtyi vuosittain oikeuspsykiatriseen hoitoon (2) kokonaispotilasmäärän ollessa noin 400 (3). Oikeuspsykiatrista potilasryhmää koskeva tutkimustieto on kertynyt pääosin biolääketieteellisestä näkökulmasta, ja tieto yksilötasoisien tekijöiden ja hoitokeinojen merkityksestä heidän hyvinvointinsa kannalta on korostuneessa asemassa (esim. 4,5). Yhteiskuntatieteellisen näkökulman vähyys näyttäytyy elämäntilanteen, huono-osaisuuden kumuloitu-

missen ja sosiaalisten olosuhteiden mahdollisten viivästyneiden vaikutusten ymmärryksen puutteena (ks. 6). Mielenterveyden sosiaalisen rakenteen tarkastelemisen tavoitteena on lisätä ymmärrystä poikkeavaksi määritellyn käyttäytymisen taloudellisista olosuhteista sekä yksilön yhteiskunnallisen aseman ja hänen toimivaltansa yhteydestä (7,8).

Aikaisemman tutkimuskirjallisuuden perusteella tiedetään, että mielentilatutkimukseen henkirikoksen takia joutuneet henkilöt erottautuvat koko väestöstä matalammalla koulutustasollaan ja työmarkkina-asemallaan. Verrattuna muihin mielentilatutkimuksessa olleisiin, useimmat syyntakeettomiksi arvioidut ovat olleet työmarkkinoiden ulkopuolella, aiemmin psykiatrisessa sairaalahoidossa ja ovat rikosoikeudellisesti ensikertalaisia. (9.) Kuitenkin noin puolella oikeuspsykiatrian potilaista on ollut merkintä rikosrekisterissä jo ennen mielentilatutkimukseen johtanutta tekoa (10,11). Suuri osa oikeuspsykiatrian potilaista näyttäisi tukeutuneen vahvasti hyvinvointipalveluihin ja olleen huono-osaisessa asemassa ennen siirtymistään valtiolliseen sairaalahoitoon. (10, 12).

Artikkelissa erityistapauksenaan tarkasteltava paranoisuus on yksilötasoisesti määriteltyä poikkeavaa epäluuloisuutta, jonka diagnosointiin vaikuttavat monet aikaan ja paikkaan sidotut tekijät. Kiinnostus tarkastella paranoisuutta psyykkisenä oireena perustuu aikaisempiin tutkimustuloksiin paranoisuuden sekä huono-osaisen aseman ja toistuvien eriarvoisuuden ja ulkopuolisuuden kokemusten välisestä yhteydestä (13,14). Suomessa käytössä olevan mielenterveyden tautiluokituksen diagnostiset kriteerit sisältävät tietoa vuorovaikutussuhteesta sosiaalisen ympäristön kanssa, jonka ongelmalliseksi osapuoleksi oletetaan diagnosoimalla saava yksilö (15,16,17). Ymmärrämme paranoisuuden elämänhallintaan ja tiedonkäsittelyyn liittyvänä sopeutumisen muotona.

Tämän tutkimuksen tavoitteena on selvittää, 1) millaisiin ryhmiin oikeuspsykiatriset potilaat jakautuvat hoito- ja rikosrekisterihistoriansa perusteella, 2) millaisia eroja näiden ryhmien välillä on lapsuuden ja aikuisuuden huono-osaisuudessa sekä paranoisuuden diagnosoinnin yleisyydessä ja 3) onko lapsuuden ja aikuisuuden huono-osaisuuden indikaattoreiden välisissä yhteyksissä ryhmäkohtaisia eroja. Hypoteesina

on aiemman tutkimuskirjallisuuden perusteella, että 1) lapsuuden ajan matala taloudellinen asema on yhteydessä aiempaan rikolliseen käyttäytymiseen, psykiatrisen laitoshoidon ja matalaan koulutukseen, että 2) kodin ongelmalliset sosiaaliset olosuhteet ovat yhteydessä aikuisiän laitostumiseen/suureen laitoshoidon käyttöön ja että 3) paranoiseksi arviointi on yhteydessä pitkittyneeseen/ lapsuudesta lähtöisin olevaan huono-osaiseen asemaan.

Artikkelin aluksi käsittelemme Mertonin sosiaalisen integraation teoriaa ja sen suhdetta lääketieteelliseen poikkeavuuden määrittelyyn. Kansainvälisen tutkimustiedon soveltumattomuuden ja suomalaisen oikeuspsykiatrian potilaita koskevan yhteiskuntatieteellisen tutkimuksen vähyden vuoksi teoreettisessa taustoituksessa käytetään määrällistä tutkimusta vankien ja mielenterveysongelmista kärsivien lapsuuden ja aikuisuuden aikaisesta sosioekonomisesta asemasta (7,18–22). Lisäksi käsittelemme paranoisuuden diagnoosin asettamista, sen kontekstuaalisuutta ja tietosisältöä. Empiirisessä osassa keskitymme oikeuspsykiatristen potilaiden laitosten, paranoisuuden sekä lapsuuden ja aikuisiän huono-osaisuuteen viittaavien olosuhdetekijöiden yhteyteen latentin ryhmä- ja polkumallianalyysin avulla. Tulokset vahvistavat aiempaa ymmärrystä siitä, että psykiatriset ja rikosoikeudelliset väliintulot kohdistuvat osittain samaan ihmisjoukkoon (23). Tutkimuksen tuloksia tulkitaan Mertonin (24,25) yhteiskunnalliseen sopeutumiseen ja poikkeavaan käyttäytymiseen liittyvien näkemysten pohjalta ja elämäntilanteesta viitekehystä.

POIKKEAVUUS JA YHTEISKUNNALLINEN ASEMA

Artikkelin empiirisessä osassa tarkasteltavat potilaiden aikaisemmat rikosseuraamukset ja psykiatrinen hoito ovat osa normeista poikkeavan toiminnan ongelmanratkaisua rikosoikeudellisiin ja lääketieteellisiin keinoin. Miten poikkeavuus ja sen syyt määritellään, vaikuttaa ”sopeuttamisprosessin” sisältöön ja päämääriin. Lääketieteen näkökulmasta poikkeavuus on yksilötason ilmiö, ja sitä lähestytään normaaliuden ja epänormaaliuden kategorisoinnilla mm. tilastollisin määritelmien (16) ja selittämällä yksilön toimintaa aivorakenteen, -kemian ja genetiikan pohjalta. Lääketieteellisessä ja rikosoikeudellisessa poikkeavuuden määrittelyissä yksilön käyttä-

tymiseen liittyvät piirteet limittyvät osittain. Esimerkiksi suuri osa vangeista on arvioitu olevan persoonaltaan antisosiaalisia tai huumausaineriippuvaisia (21).

Merton (25) määrittelee poikkeavan käyttäytymisen sopeutumiseksi ympäröivään yhteiskunnalliseen tilanteeseen tavoilla, joilla yksilö ei omaksu yhteisön päämääriä, keinovalikoimaa tai kumpiakaan. Kulttuurisesti määrittyneet ja institutionalisoituneet normit säätelevät keinovalikoimaa, joka voi yhteiskunnan sosiaalisen rakenteesta riippuen olla joillekin sosiaalisille ryhmille tavoittamattomissa. Keinovalikoiman kapeutuminen ja käytön rajoittuminen vain tietyille yhteiskunnallisille ryhmille, toisin sanoen sosiaalinen eriarvoisuus, aiheuttaa osalle yhteiskunnan jäseniä anomiaa eli suhteellista normittomuutta. Toisin kuin lääketieteellinen epänormaalius on yksilötasoista, sosiaalista ryhmää koskeva normittomuus näyttäytyy yhteiskunnallisena osattomuutena ja valtaväestöön nähden sopeutumattomuutena.

Sopeutumiseen vaikuttavia tekijöitä on painettu lapsuuden ja aikuisiän ajan suhteelliseen asemaan yhteiskunnassa. Matala sosioekonominen asema on vahvasti yhteydessä rikolliseen käyttäytymiseen (20,21). Lyhytaikaisvangeille tehdyn kyselyn perusteella vankien lapsuuden perheessä koettiin enemmän taloudellisia vaikeuksia kuin vertaisryhmässä, ja suurella osalla vangeista myös aikuisiän sosioekonominen asema on matala (18). Vanhempien matala koulutustaso ja asuminen vain toisen biologisen vanhemman kanssa lapsen ollessa 8-vuotias ennustavat itsenäisesti nuorisorikollisuutta (19). Lapsuuden olojen ja aikuisiällä todettujen mielenterveysongelmien välistä suhdetta on tarkasteltu mielenterveysongelmista kärsivien eri sosioekonomisiin luokkiin jakautumisen (7,26,27) ja yhteiskunnallisten valtasuhteiden näkökulmista (28). Matalan sosioekonomisen aseman ja mielenterveyden häiriöiden välillä on todennettu yhteys tutkimuksissa jo usean vuosikymmenen aikana (7,22). Erityisesti nuorten itsenäistymiseen ja peruskoulun jälkeiseen koulutukseen liittyvät tekijät näyttäisivät vaikuttavan mielenterveyden sosioekonomisten eroavaisuuksien syntymiseen (27,29).

Sairauden ja sosioekonomisen aseman välisen kausaalisuhteen suunta ei ole yksiselitteinen (30). Sosiaalisen eriarvoisuuden kokemuk-

set ovat yhteydessä mielenterveyden häiriöihin (7,13,14,31–34), mutta myös huono-osaisuuden periytymisen ongelmaa voidaan tarkastella rakenteellisesti tuotettuna ja/tai yksilön oppimis- ja sopeutumiskykyyn liittyvänä ilmiönä (35). Vaikka väestötason tarkasteluissa Suomi on osoittautunut suhteellisen avoimeksi yhteiskunnaksi sosiaalisen liikkuvuuden perusteella (36) kolmen sukupolven ketjuja tarkastelemalla on nähtävissä sosiaalisen liikkuvuuden jähmettymistä taloudellisesti kaikista huonoimmassa asemassa olevien perheissä (37).

PARANOIDISUUS

Valtaosa oikeuspsykiatrisista potilaista sairastaa skitsofreniaa, ja erityisesti sen paranoidista muotoa. Seuraavaksi yleisin mielentilatutkimuksessa asetettu diagnoosinimike on harhaluuloisuushäiriö (3,10). Paranoidisuuteen kytkeytyvät diagnoosinimikkeet sijoittuvat paranoidisten ajatusten vakavuutta, harhaisuutta ja toimintakykyyn vaikuttamisen tasoa kuvaavalle skaalalle epäluuloisen persoonallisuuden edustaessa sen lievintä ja paranoidisen skitsofrenian sen vakavinta muotoa (38). Paranoidiseksi määriteltävissä olevien suomalaisten henkilöiden määrästä ei ole kattavaa tutkimustietoa, vaan tietoa on kerätty lähinnä mielenterveyspalveluita käyttäneistä henkilöistä. Paranoidisuus on kuitenkin yleinen psykoosisairauksien oire (39). Arviolta 0,87% suomalaisista diagnosoitu skitsofreniaa sairastaviksi (40).

Psykiatrian kansainvälisessä diagnoosiluokituksessa paranoidisuus on määritelty voimakkaaksi, irrationaaliseksi ja pysyväksi epäluottamukseksi tai epäluuloisuudeksi muita ihmisiä kohtaan ja taipumukseksi tulkita muiden henkilöiden toimintaa itsen kohdistuvaksi, uhkaavaksi ja pahansuopaiseksi (15,38). Se on määritelmältään ja etiologialtaan moniselitteinen oire. Esimerkiksi medikaalisen mallin mukaisesti paranoidisuuden syyt ovat kykenemättömyydessä tehdä oikeaa tulkintaa sosiaalisesta vuorovaikutustilanteesta sosiaalisten vihjeiden perusteella ja samalla kontrolloida omien sisäisten ja ulkoisten tunneärsykkeiden vaikutusta tilanteen tulkintaan (41). Psykodynaamisen psykologian alueella paranoidisuus taas käsitetään psykoottisen mielen rakenteen yhtenä muotona. Tautiluokitusten näkyviä oireita painottavaan kuvaukseen verrattuna se käsittelee paranoidisuutta syvällisemmin

yksilön omaa sisäistä logiikkaa seuraavana ajatusmaailmana (17,42).

Paranoidisuus voidaan käsitteellistää sosiologisesti sopeutumisenä ympäristöön tilanteessa, jolloin hyväksytyt keinovalikoima yksilölliseen tiedon- ja elämänhallintaan on yksilön huonosuuden kumuloitumisen myötä kaventunut. Tätä keinovalikoimaa ovat esimerkiksi koulutus, päihdeongelmaisuus, taloudellinen varakkuus sekä sosiaalinen pääoma, joka rakentuu esimerkiksi perhesuhteiden, sosioekonomisen taustan ja työssä käynnin kautta. Hyvin toimeentuleviin ja vaikutusvaltaisiin henkilöihin verrattuna suhteellisesti huonommassa asemassa olevalla ei ole samankaltaisia mahdollisuuksia toimia omien uskomustensa mukaisesti tai vaikuttaa muihin ihmisiin. Yksilön sosiaalinen asema ja eriarvoisuuden kokemukset ovat yhteydessä paranoidisuuden diagnosointiin kahden eri mekanismin kautta. Ensiksikin suhteellisesti voimattomassa asemassa olevat henkilöt pyrkivät paranoidisiksi arvioitujen ajatusmallien kautta järjeistämään elämäntilannettaan. Toisaalta yksilön sosiaalinen tausta voi vaikuttaa siihen, miten vakuutavasti yksilö osaa ajatuksiaan jakaa ja kuinka uskottavina hänen pelkojaan pidetään. (32.)

Epäluuloisuuden, harhaluuloisuuden ja paranoidisuuden oirekuvauksissa oleelliseksi erottavaksi tekijäksi nousee henkilön kokemusten totuudellisuus (42). Psykiatri arvioi, ovatko henkilön kokemukset tai ajatukset harhaisia. Mutkikkaaksi arvioinnin voi tehdä pelkojen ja luulojen suuntautuminen tulevaisuuteen ja rajalliset resurssit todentaa henkilön esille tuomat asiat. Diagnostisten kriteereiden lisäksi diagnoosin tekemiseen vaikuttavat tapauskohtaiset ja sosiaaliset tekijät, kuten psykiatrin ammatilliset kiinnostusten kohteet, potilaan yhteiskunnallinen asema, aikaisemmin kerätty tieto potilaan käyttäytymisestä, organisaatiokulttuuriset tekijät sekä aikaan ja talouteen liittyvät resurssit (43,44). Käyttämämme paranoidisuus-muuttuja indikoi yhtäältä yksilön sosiaaliseen piiriin ongelmallisesti vaikuttavaa epäluuloista käyttäytymistä ja toisaalta sitä, onko yksilön kokemisen muoto arvioitu paranoidisuuden kriteereillä sairaalloiseksi. Irrallista diagnoosinimikettä ei voida palauttaa yksi yhteen diagnostisiin kriteereihinsä, eikä yksistään sen perusteella voida tehdä johtopäätöksiä paranoidiseksi arvioitujen henkilön toiminnan sosiaalisesta kontekstista.

AINEISTO JA MENETELMÄT

Empiirinen aineisto on muodostettu 2000-luvulla mielentilatutkimuksessa olleiden ja tahdosta riippumattomaan hoitoon määrättyjen henkilöiden mielentilatutkimuslausunnoista, Terveystieteiden tutkimuskeskuksen psykiatristen sairaalahoitojaksojen tiedoista sekä Oikeusrekisterikeskuksen ja Rikosseuraamuslaitoksen aieman rikollisuuden ja rangaistusjaksojen tiedoista. Aineisto (n=218) on kerätty syys-marraskuussa 2012 THL:n oikeuspsykiatrian yksikön arkistossa. Tutkimuksen perusjoukko kattaa kaikki mielentilatutkimuksia tekevien yksiköiden mielentilatutkimuslausunnot. Aineiston poiminnassa valintakriteereinä olivat oikeuspsykiatrisen potilaan status, syntymävuosi 1950–1982 sekä syntyminen ja eläminen lapsuus- ja nuoruusvuosina Suomessa. Mielentilatutkimuksessa käyneiden henkilöiden iästä ei ole tilastoitua tietoa, joten poimintaa ei voinut tehdä perusjoukon ikäjakamaa noudattaen.

Mielentilatutkimus rikoksen tekijän syyntaiteisuuden arvioimiseksi rakentuu psykiatrin, psykologin, sosiaalityöntekijän ja tarvittaessa neuropsykologin laatimista osioista. Tietolähteinä käytetään valtion, kunnan ja muun julkisoidellisten yhteisöjen viranomaisia, tutkittavan omia ja tutkittavaa itseään. (45.) Mielen-tilatutkimuslausunto sisältää tietoa tutkittavan menneisyydestä diagnoosin tekemisen kannalta oleellisista asioista, kuten lapsuuden olosuhteista, tutkittavan vuorovaikutussuhteista sekä toimintakyvystä koulussa ja työelämässä. Tietoa löytyy myös tutkittavan lapsuuden ja aikuisiän taloudellisista olosuhteista. Analyysissa käytettävien muuttujien valinta on tehty ensisijaisesti teoreettinen viitekehyksen nojalla, mutta aineiston sanelemien reunaehtojen mukaisesti. Esimerkiksi tieto lapsuuden kodin taloudellisista vaikeuksista on jätetty pois, koska tätä tietoa ei ole raportoitu lähdeasiakirjoissa systemaattisesti.

Aiemman psykiatrisen hoidon tietoja on kerätty kunkin tutkittavan osalta 18-vuotiaasta lähtien eli vuosilta 1969 – 2011. Tietojen vertailtavuuteen vaikuttavat diagnoosi- ja toimenpitekoodien vaihtumiset ja kerättävän tietosisällön muutokset (46). Aiemman rikollisuuden tiedot ovat saatavilla Oikeusrekisterikeskuksesta rekisterimerkintöjen poistosäännön mukaisesti (47). Rikosseuraamuslaitoksen vankitietojärjestelmässä on löydettävissä tiedot henkilöistä, jotka ovat

suorittaneet tuomiota vankilassa vuonna 1992 tai sen jälkeen. Tutkimukseen saatu tieto vastaa marraskuun alussa 2012 ollutta tilannetta. Aineistosta mahdollisesti puuttuvat niiden tutkittavien rikostiedot, 1) jotka ovat tuomittu ja jotka ovat suorittaneet tuomioita ennen vuotta 1992, mutta eivät sen jälkeen, sekä niiden 2) joiden (kaikki) lain vastaiset teot on poistettu rikosrekisteristä poistosäännön mukaisesti.

Potilaiden ryhmittely heidän laitosuraansa kuvaaviin luokkiin (tyyppeihin) tehtiin latentin luokitteluanalyysin (latent class analysis, LCA) avulla Mplus7-ohjelmistolla. Latentti luokitteluanalyysi on klusterianalyysin kaltainen menetelmä, jossa havaintoyksiköitä ryhmitellään keskenään mahdollisimman samankaltaisiksi osapopulaatioiksi useamman nominaaliasteikollisen muuttujan arvojen perusteella. Menetelmän etuna klusterianalyysiin verrattuna pidetään sitä, että luokkien lukumäärä voidaan määrittää tilastollisen testin avulla, kun klusterianalyysissa se tapahtuu puhtaasti subjektiivisilla perusteilla (ratkaisun tulkittavuuden nojalla).

LCA perustuu faktorianalyysin kaltaiseen mittamalliin, jossa oletetaan, että nominaaliasteikollisten indikaattorien havaitut arvot otoksessa ovat mittausvirhettä sisältäviä ”heijastumia” havaintoyksiköiden kuulumisesta ryhmiiin, joiden profiilit näitä indikaattoreita vastaavilla latenteilla jatkuvilla muuttujilla ovat populaatioissa samanlaiset. Mallin parametreina estimoidaan jokaiselle havaintoyksikölle ehdollinen todennäköisyys kuulua kuhunkin latenttiin ryhmään, kun indikaattoreiden ”profiili” on tunnettu. Näiden todennäköisyyksien perusteella havaintoyksiköt voidaan sijoittaa enemmän tai vähemmän yksikäsitteisesti yhteen ryhmistä. Erotettavien ryhmien lukumäärä ei ole mallin parametri, mutta tilastollisesti paras ryhmien lukumäärä saadaan selville estimoimalla peräkkäin malli kahdelle, kolmelle, neljälle jne. latentille ryhmälle ja valitsemalla näistä erottelukykyisin ratkaisu. Kriteerinä käytetään joko mallin absoluuttista osumatarkkuutta mittaavia testejä tai mallien suhteellista osumatarkkuutta kuvaavia informaatiokriteerejä. Tilastollisesti parhaan luokittelun tulee toki olla myös tulkinnallisesti järkevä. (48.)

Luokitteluanalyysin tuloksena saatiin kolme latenttia ryhmää, joista yhteen kukin havaintoyksikkö sijoitettiin. Aineistoon muodostettiin

kunkin ryhmän jäsenyyttä osoittavat kolme dikotomista muuttujaa, joita käytettiin vuorolleen jatkoanalyysissa, kun tutkittiin potilaiden lapsuuden ja aikuisuuden huono-osaisuutta kuvaavien tekijöiden välisten yhteyksien mahdollisia eroja ryhmien välillä. Analyysissa estimoitiiin Mplus7-ohjelmistolla kolme polkumallia, joiden kaikki endogeeniset muuttujat ovat dikotomisia 0/1-muuttujia. Mitattujen muuttujien väliset riippuvuudet eivät tällaisessa mallissa ole lineaarisia, joten tavanomaiseen polkumalliin verrattuna joudutaan tekemään joitain lisäoletuksia, jotta suorien, epäsuorien ja kokonaisvaikutusten estimointi on mahdollista (49, 50). Ohjelmisto käyttää tällaisessa tapauksessa WLSMV-estimaattoria (mean and variance-adjusted weighted least squares), joka estimoi muuttujien väliset tetrakoriset korrelaatiot ja sovittaa sitten tähän korrelaatiomatriisiin tutkijan määrittämän polkumallin, ikään kuin kyseessä olisivat jatkuvat muuttujat ja niiden väliset lineaariset riippuvuudet. Näin polkukertoimille saadaan helpommin tulkittavat standardoidut estimaatit ja endogeenisille muuttujille selitysasteet. Sisällöllisesti tämä edellyttää sitä, että käytetyt dikotomisat muuttujat voidaan tulkita latenttien jatkuvien muuttujien (puutteellisiksi) indikaattoreiksi.

Polkumalleissa testataan iän, sukupuolen, lapsuuden kodin työläistäustaisuuden, yksinhuoltajuuden ja huostaanoton vaikutusta rikosseuraamushistorian ja aiemman psykiatrisen laitoshoidon perusteella muodostuneeseen laitoshoitoprofiiliin ja edelleen laitostaustan yhteyttä yhteiskunnalliseen sopeutumiseen. Lisäksi tarkastellaan lapsuuden olosuhteiden suoria ja epäsuoria vaikutuksia aikuisiän koulutustasoon, työmarkkina-asemaan ja paranoideksi arvioitiin ryhmäkohtaisesti.

TULOKSET

Taulukossa 1 on esitetty analyysissa käytettyjen muuttujien jakaumat. Aineiston naisten ja miesten osuudet noudattavat syynakeettomiksi todettujen henkilöiden sukupuolijakaumaa 2000-luvulla (vuosina 2011–2013 n. 82–85% tutkitavista miespuolisia; 51,52). Kolmasosa aineiston henkilöistä on elänyt ainakin osan lapsuudestaan yhden vanhemman taloudessa. Lisäksi noin puolet henkilöistä on työntekijätaustaisia. Huomattavan suuri osa aineiston henkilöistä on otettu huostaan tai sijoitettu kodin ulkopuolelle

Taulukko 1. Analyseissä käytettyjen muuttujien selitteet ja jakaumat

Nimi	Selite	% (N=218)
nuori	Syntymävuosi (jatkuva muuttuja)	
	1950–1959	24,8
	1960–1969	32,1
	1970–1982	43,1
nainen	1 = nainen (0 = mies)	17,4
duunari	1 = Henkilö on elänyt lapsuutensa työntekijäperheessä (vanhempien ammattinimikkeiden perusteella jako sosioekonomisiin luokkiin on tehty Tilastokeskuksen määritelmien mukaisesti (53)) (0 = ei ole)	46,8
huostaan	1 = Henkilö on otettu huostaan/sijoitettu lapsuuden kodin ulkopuolelle (0 = ei ole)	17,1
koulutus	1 = Henkilö on suorittanut enemmän kuin perusasteen koulutuksen (vanhempien henkilöiden kohdalla perusastetta vastaa kansalaiskoulu ja keskikoulu) (0 = ei ole)	54,6
tyomarkk	1 = Henkilö on ollut työelämässä tai työttömänä työnhakijana rikollisen teon aikoihin (0 = ei ole)	26,1
paranoid	1 = Henkilölle on diagnosoitu jossain vaiheessa psykiatrista hoitopolkua paranoidinen skitsofrenia (ICD-10: F20.0; ICD-9: 295.3C, 295.3E, 297.1A; ICD-8: 295.30), harhaluuloisuushäiriö (ICD-10: F22; ICD-9: 297.0, 297.1, 297.2, 297.8, 297.9; ICD-8: 301.0A) tai epäluuloinen persoonallisuushäiriö (ICD-10: F60.0/F60.9 epäluuloisin piirtein; ICD-9: 301.0; ICD-8: 301.2C) (54, 55) (0 = ei ole)	65,6
u1	1 = Henkilö on tuomittu rikoksesta aikaisemmin (0 = ei ole)	44,9
u2	1 = Henkilö ollut rikosseuraamusjaksolla alle 21-vuotiaana (0 = ei ole)	18,3
u3	1 = Henkilö ollut psykiatrisen avo- tai sairaalahoidon piirissä alle 21-vuotiaana (0 = ei ole)	31,2
u4	1 = Henkilö on ollut alle 7 vrk:n hoitojaksolla psykiatrisessa sairaalahoidossa (0 = ei ole)	40,4
u5	1 = Henkilö on ollut 7–365 vrk:n hoitojaksolla psykiatrisessa sairaalahoidossa (0 = ei ole)	27,5
u6	1 = Henkilö on ollut yli vuoden hoitojaksolla psykiatrisessa sairaalahoidossa (0 = ei ole)	9,6
potilas	1 = Kuuluu <i>mielenterveyspotilaiksi</i> nimettyyn LCA:n avulla muuttujista u1-u6 muodostettuun luokkaan (0 = ei kuulu)	36,2
nakumato	1 = Kuuluu <i>näkymättömiksi</i> nimettyyn LCA:n avulla muuttujista u1-u6 muodostettuun luokkaan (0 = ei kuulu)	27,5
rikos	1 = Kuuluu <i>rikostaustaisiksi mielenterveyspotilaiksi</i> nimettyyn LCA:n avulla muuttujista u1-u6 muodostettuun luokkaan (0 = ei kuulu)	36,2

alaikäisenä. Noin neljäsosa on ollut työmarkkinoilla mielentilatutkimukseen johtaneen syyteenalaisen teon aikoihin, ja puolet tapauksista on saavuttanut korkeintaan peruskoulutason koulutuksessaan. Suunnilleen puolet henkilöistä on ollut määräaikaisella tai pysyvällä työkyvyttömyyseläkkeellä tai sairaslomalla. Kaikkiaan kaksi kolmesta potilaasta on arvioitu paranoidiseksi jossakin vaiheessa heidän psykiatrista hoitopolkuaan.

KOLME LAITOSURAA

Latentin luokka-analyysin tarkoituksena on tutkia, voidaanko otoksesta mitattujen kategoristen muuttujien arvojen kombinaatioiden perusteella päätellä, että perusjoukko jakaantuu useampaan toisistaan erottuvaan, mutta sisäisesti homogeeniseen osajoukkoon. Analyysissä käytettiin kuutta henkilön rikoshistoriaa sekä psykiatrisen hoidon ajoittumista ja kestoa kuvaavaa muuttujaa (u1 – u6, Taulukko 1). Näillä estimoitujen mal-

Taulukko 2. Latentin luokitteluanalyysin (LCA) luokkien lukumäärän määrittäminen mallien absoluuttista ja suhteellista osuvuutta kuvaavien indeksien ja tilastollisten testien avulla.

	2 luokkaa	3 luokkaa	4 luokkaa	5 luokkaa
Entropia	0,741	0,811	0,816	0,862
Likelihood Ratio Chi-Square p-arvo	0,0020	0,9978	0,9999	1,0000
Pearson Chi-Square p-arvo	0,0129	0,9989	1,0000	1,0000
Akaike (AIC)	1346,929	1298,570	1303,314	1310,925
Bayesian (BIC)	1390,928	1366,260	1394,695	1425,997
Sample-Size Adjusted BIC	1349,732	1302,882	1309,134	1318,254
LMR LR testin p-arvo[1]	0,0000	0,0004	0,0428	0,0751
ALMR LR testin p-arvo[2]	0,0000	0,0004	0,0458	0,0792
BLRT p-arvo[3]	0,0000	0,0000	0,3100	0,4400

[1] Vuong-Lo-Mendell likelihood ratio test

[2] Lo-Mendell-Rubin Adjusted LRT test

[3] Parametric bootstrapped likelihood ratio test

lien 2–5 luokan mallien osuvuutta kuvaavat luvut on esitetty taulukossa 2.

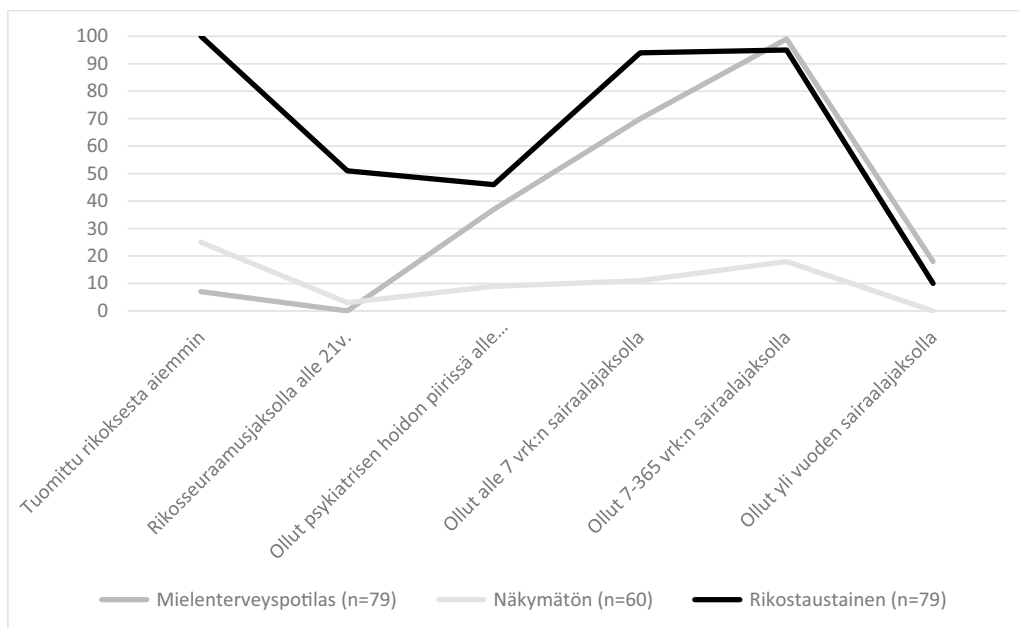
LCA-mallin osuvuus on sitä parempi mitä lähempänä arvoja 1 ja 0 mallin tuottamat ehdolliset todennäköisyydet kunkin havaintoyksikön kuulumiselle k kappaleeseen luokkia ovat. Kun luokkia on yhtä paljon kuin havaintoja, saadaan aina täydellinen osuma; kun luokkia vähennetään, luokkien sisällä alkaa tulla tapausten välille eroja. Entropiaksi (termin tavanomaiseen merkitykseen nähden käänteisesti) nimetty luku kuvaa tätä luokkien sisäistä samankaltaistumista, kun luokkien määrää lisätään. Riittäväksi arvoksi mainitaan kirjallisuudessa 0,80 (48). Kaksi khin neliöjakaumaan perustuvaa tilastollista testiä testaavat sitä, onko mallin tuottamien todennäköisyyksien poikkeama täydellisestä ratkaisusta tulkittavissa otantasattuman tuottamaksi. Tässä sekä entropia että nämä testit puoltavat kolmen luokan ratkaisua.

Jos nämä absoluuttista osuvuutta kuvaavat luvut osoittaisivat kaikilla käytetyillä k:n arvoilla tilastollisesti merkitsevää eroa mallin ja aineiston välillä, sopiva k:n arvo ratkaistaisiin taulukossa 2 esitettyjen informaatiokriteereiden sekä malleja keskenään vertailevien likelihood ratio -testien avulla. Tässä kaikki kolme informaatiokriteeriä puoltavat kolmen luokan ratkaisua. Jos riskitasona pidetään 5 prosenttia, kaksi kolmesta

testistä puoltaa niukasti neljän ryhmän ratkaisua. Luotettavimpana pidetty BLRT-testi sen sijaan hylkää selkeästi hypoteesin, että neljän luokan ratkaisu olisi tilastollisesti merkitsevästi parempi kuin kolmen.

Kolmen luokan ratkaisu voidaan tulkita kuvion 1 avulla. Siinä on kuvattu prosentteina mallin laskemat todennäköisyydet sille, että kuhunkin latenttiin luokkaan sijoittuvalla satunnaisella perusjoukon alkiolla olisi muuttujilla $u_1 - u_6$ arvo 1. Kaksi suurinta luokkaa erottuvat toisistaan rikostaustaa kuvaavien muuttujien osalta: ”mielenterveyspotilaiksi” nimetyllä joukolla (N=79) ei juuri ole aikaisempaa rikoshistoriaa, ”rikostaustaisilla” mielenterveyspotilailla (N=79) sellainen taas on poikkeuksetta. Molemmat ovat olleet yhtä todennäköisesti psykiatrisen hoidon piirissä jo alle 21-vuotiaina, ja heidän sairaalajaksojensa pituudet ovat suunnilleen identtiset.

”Näkymättömiksi” nimetty ryhmä (N=60) erottuu matalamman profiilinsa nojalla kaikilla muilla muuttujilla paitsi aikaisemman tuomion todennäköisyydessä, jossa ryhmä on hieman mielenterveyspotilaita korkeammalla tasolla. Noin kymmenyksellä näkymättömistä on ollut kontaktia psykiatriseen hoitoon nuorella iällä, ja ilmeisesti tässä luokassa olevat ovat niitä, joiden mahdollinen psykiatrinen hoito aikuisiällä on ollut avohoitomallista.



Kuvio 1. Latentin luokitteluanalyysin estimoidut ehdolliset todennäköisyydet (%) sille, että kuhunkin luokkaan kuuluvalla on arvo 1 luokittelun perustana olevilla kuudella muuttujalla.

POLKUJA HUONO-OSAISUUTEEN

Polkumallien rakenne määritettiin edellä asetetun hypoteesin nojalla seuraavasti: Sukupuoli, ikä ja työläisperheeseen syntyminen ovat kausaalisesti perimmäisinä tekijöinä mallin eksogeeniset muuttajat, jotka voivat selittää periaatteessa kaikkien muiden muuttajien vaihtelua. Yksinhuoltajaperheessä kasvaminen on todennäköisemmin huostaottoa edeltävä syy kuin sen vaikutus, ja nämä kumpikin puolestaan voivat vaikuttaa siihen, millaiselle laitosalalle henkilö on joutunut. Paranoidisuus sekä se, jatkuiko henkilön koulutus perustasteen jälkeen ja oliko hän työmarkkinoilla syytteenalaisen teon aikana, voivat periaatteessa olla sekä laitosaluran syitä että sen vaikutuksia. Näiden osalta tehtiin niin, että kullekin latentille ryhmälle estimoitiiin malli A, jossa nämä kolme ovat laitosaluraa selittäviä tekijöitä, sekä malli B, jossa ne ovat laitosaluran vaikutuksia. Lopullisiksi malleiksi valittiin mahdollisimman yksinkertaiset, mutta aineiston kanssa yhteensopivat mallit. Lisäksi edellytettiin, että kaikissa kuudessa mallissa on sama määrä estimoituja parametreja sekä sama vapausasteiden määrä.

Taulukossa 3 on esitetty mallien osumaluvut. Mallit ovat testaamisen näkökulmasta varsin rohkeita, sillä niissä on enemmän vapausasteita kuin estimoitavia parametreja (niiden falsifioitavuuden aste (56) on $27/(21+27) = 0,56$). Silti mallit sopivat hyvin yhteen aineiston kanssa: kaikki yksittäiset osumaluvut ylittävät tai alittavat niille tavallisesti asetettavat tiukimmatkin raja-arvot. Mielenterveyspotilaita muihin vertaavan mallin vaihtoehdot A ja B ovat empiirisesti ekvivalentteja malleja, rikostaustaisia ryhmää muihin vertaavan mallin vaihtoehdoista B sopii aineistoon marginaalisesti paremmin kuin A, ja näkymättömien malleista B on selvästi A:ta osuvampi. Kahden jälkimmäisen ryhmän tapauksessa tulkinnallisesti järkeviä empiirisesti ekvivalentteja malleja ei löytynyt.

Vaikka tällainen mallien empiirisen osuvuuden vertailu ei lopullisesti ratkaisekaan sitä, ovatko koulutus, työmarkkina-asema ja paranoidisuus laitosaluran syitä vai sen vaikutuksia, esitämme ja tulkitsemme seuraavassa vain B-mallit (kuvio 2, ks. myös liitetäulukko 1). Kaikille malleille yhteinen rakenne ulottuu iästä,

Taulukko 3. Vaihtoehtoisten (A ja B) polkumallien osumaluvut kullekin latentille luokalle (kaikissa malleissa N=218).

Tunnusluku	Rikostaustainen		Mielenterveyspotilas		Näkymätön	
	A	B	A	B	A	B
Vapaita parametreja	21	21	21	21	21	21
χ^2	25,812	25,606	26,509	26,509	30,113	21,760
Vapausasteet	27	27	27	27	27	27
P-arvo	0,5291	0,5405	0,4905	0,4905	0,3091	0,7495
RMSEA	0,000	0,0000	0,000	0,000	0,023	0,000
CFI	1,000	1,000	1,000	1,000	0,097	1,000
TLI	1,012	1,014	1,012	1,012	0,963	1,063
WRMR	0,681	0,676	0,707	0,707	0,760	0,616

sukupuolesta ja työläistäustaisuudesta yksinhuoltajaperheessä asumisen kautta huostaanottoon. Ikä, sukupuoli ja työläistäustaisuus ovat toisistaan riippumattomia, ja ne selittävät yksinhuoltajaperheessä asumista suunnilleen yhtä vahvasti. Myöhempi syntymävuosi, miessukupuoli ja työläistäustaisuus lisäävät mallien mukaan todennäköisyyttä, että henkilö on asunut yksinhuoltajaperheessä. Yksinhuoltajaperheessä asuminen taas on ainut huostaanoton todennäköisyyttä suoraan selittävä tekijä. Kun se on vakioitu, on huostaanoton todennäköisyys riippumaton sukupuolesta, iästä ja työläistäustaisuudesta. Malleissa näillä kolmella tekijällä on kuitenkin epäsuorat vaikutukset huostaanoton todennäköisyyteen.

Mallien antamat standardoidut estimaatit näiden vaikutusten suuruudelle poikkeavat hie-man toisistaan, mikä johtuu siitä, että rakenneyhtälömallit estimoidaan kokonaisuuksina, jolloin yhdenkin muuttujan ero (tässä laitosuraa indikoiva muuttuja) vaikuttaa jonkin verran kaikkiin estimaatteihin.

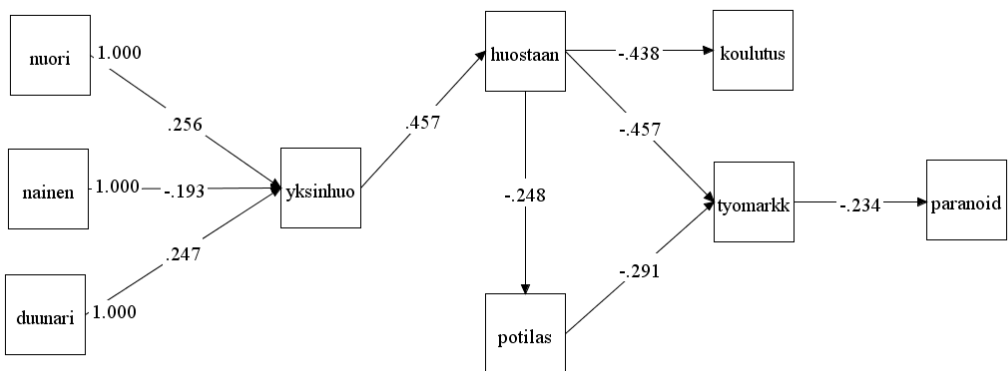
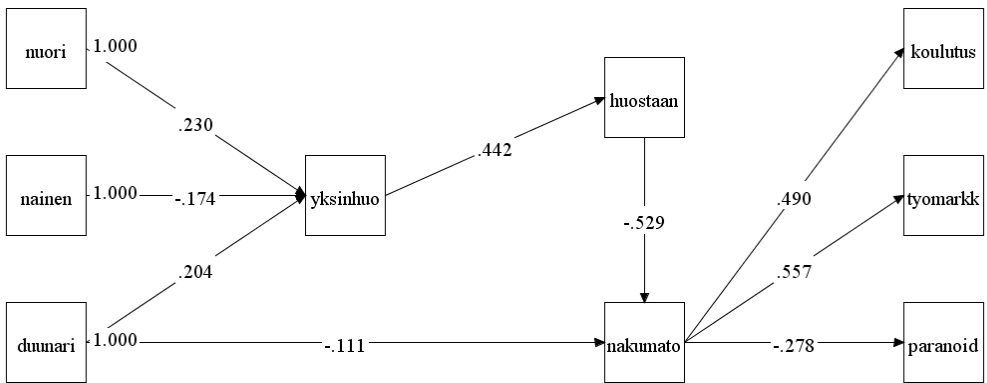
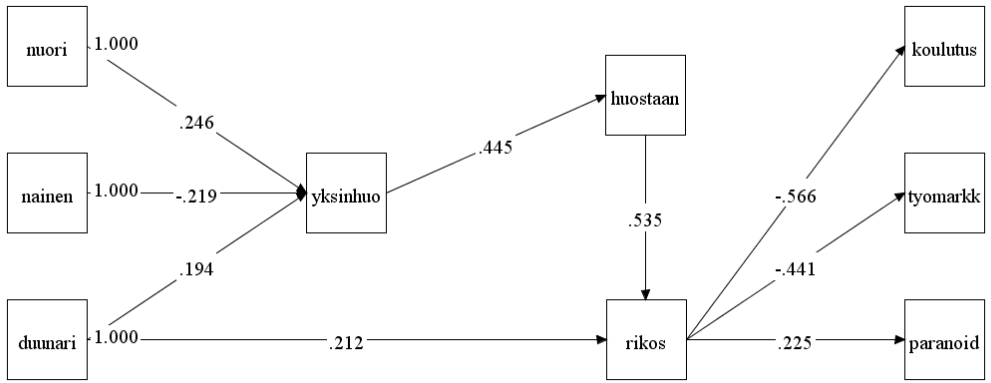
Huostaanotto on puolestaan tärkein laitosuraa suoraan selittävä tekijä. Huostaanotto lisää rikostaustaisiin kuulumisen todennäköisyyttä ja vastaavasti vähentää todennäköisyyttä kuulua kahteen muuhun ryhmään. Lisäksi työläistäustaisuus lisää todennäköisyyttä kuulua rikostaustaisiin ja vähentää todennäköisyyttä kuulua näkymättömiin, kun huostaanoton vaikutus on vakioitu. Koulutus, työmarkkina-asema ja paranoidisuus ovat näkymättömien ja rikostaustaisen malleissa toisistaan riippumattomia, kun niiden yhteiseksi syyksi määritetty laitosura on

vakioitu. Rikostaustaisiin kuulumisen vähentää todennäköisyyttä olla perusastetta pidemmälle koulutettu ja työmarkkinoilla ja lisää paranoidisuuden todennäköisyyttä. Näkymättömiä muihin vertaavassa mallissa vaikutukset ovat samaa suuruusluokkaa, mutta päinvastaiset. Mielenterveyspotilaiden tapauksessa laitosura ei ole yhteydessä koulutukseen lainkaan, kun huostaanotto koulutusta negatiivisesti selittävänä tekijänä on vakioitu. Mielenterveyspotilaisiin kuulumisen vähentää työmarkkinoilla olon todennäköisyyttä, kun huostaanotto on vakioitu, ja lisää epäsuorasti paranoidisuuden todennäköisyyttä.

Kaikissa edellä tulkituissa B-malleissa paranoidisuus on määritetty muiden tekijöiden potentiaaliseksi vaikutukseksi. Huono-osaisuutta indikoiva työläistäustaisuus ei kuitenkaan ole yhdessäkään mallissa paranoidisuuteen suoraan vaikuttava tekijä, vaan sillä on ainoastaan epäsuoria vaikutuksia. Näistä kertyy vähintään yhtä vahva standardoitu kokonaisvaikutus paranoidisuuteen kuin iällä ja sukupuolella: se on mielen-terveyspotilailta 0,010 (sukupuoli 0,008, ikä 0,011), rikostaustaisilla 0,058 (sukupuoli 0,012, ikä 0,013) ja näkymättömillä 0,044 (sukupuoli 0,011, ikä 0,015).

POHDINTA

Artikkelissa avattiin oikeuspsykiatrisiksi potilaiksi päätyvien henkilöiden laitosuria ja polkuja huono-osaiseen asemaan. Latentti luokka-analyysi selventää oikeuspsykiatrian potilaiksi päätyvien henkilöiden hoito- ja rikosrekisterihistorian moninaisuutta. Potilaat jakautuvat laitosurien mukaisesti ensimmäistä kertaa psykiatrisessa



Kuvio 2. Standardoiduin kertoimin estimoidut polkumallit (1) rikostaustaisiin mielenterveyspotilaisiin vs. jompaankumpaan muuhun ryhmään kuulumisen (ylin), (2) näkymättömiin vs. jompaankumpaan muuhun ryhmään kuulumisen (keskimmäinen) ja (3) mielenterveyspotilaisiin vs. jompaankumpaan muuhun ryhmään kuulumisen (alin) oletettujen syiden ja vaikutusten yhteyksille.

laitoshoidossa oleviin, pitkäaikaisiin psykiatrian potilaisiin ja rikostaustaisiin mielenterveyspotilaisiin. Tulokset ovat linjassa aiemman vankien ja psykiatristen potilaiden sosioekonomista asemaa koskevan tutkimuksen kanssa. Mielenterveyspotilaiden ja rikostaustaisten potilaiden ryhmässä työelämän ulkopuolisuus on yleistä. Erityisesti rikostaustaiset mielenterveyspotilaat erottautuvat matalasti kouluttautuneena ryhmänä.

Lapsuuden taloudellisten ja sosiaalisten olosuhteiden vaikutus laitosten muodostumiseen vaihtelee ryhmittäin. Hypoteesit lapsuuden ajan matalan taloudellisen aseman ja ongelmallisten sosiaalisten olosuhteiden yhteydestä suureen laitoshoidon käyttöön toteutuvat rikostaustaisten mielenterveyspotilaiden ryhmässä. Työntekijätaustaisuus ja huostaanotto alaikäisenä lisäävät todennäköisyyttä kuulua em. ryhmään. Sitä vastoin mielenterveyspotilaiden ryhmässä työntekijätaustaisuus ei selitä ko. ryhmään kuulumista. Potilaiden keskuudessa sijoittaminen kodin ulkopuolelle selittää matalaa koulutustasoa, mutta vähentää todennäköisyyttä kuulua ko. ryhmään.

Hypoteesi paranoidiseksi arvioinnin yhteydestä pitempiäaikaiseen huono-osaiseen yhteiskunnalliseen asemaan saa tukea tuloksista mielenterveyspotilaiden ja rikostaustaisten mielenterveyspotilaiden ryhmässä hieman eri tavoin. Työmarkkinoilla olo vähentää paranoidiseksi arviointia mielenterveyspotilaiden ryhmässä, kun taas rikostaustaisten mielenterveyspotilaiden ryhmässä ei löydy suoraa yhteyttä aikuisiän huono-osaisuuteen ja paranoidisuuteen. Rikostaustaisten ryhmään kuulumisen itsessään kuitenkin selittää matalaa koulutustasoa, työmarkkinoiden ulkopuolisuutta ja arvioitua paranoidisuutta.

Vankein- ja psykiatrisen sairaalahoitoon toistuvasti päätyneet henkilöt ovat olleet usein jo lapsuudessaan asemaltaan heikommassa asemassa kuin muut aineistoon kuuluvat henkilöt. Pitkittänyt huono-osaisuus, lapsuudesta asti omaksuttu varuillaanolo ja tulevaisuuden näköalattomuus voivat altistaa pysyvämpään epäluottamuksen ja – luuloisuuden kokemukseen. Yhtäältä paranoidisuus on mielisairauden oire, mutta toisaalta ”heikosti hoitosuhteisiinsa sitoutuvia” arviotaneen herkemmin paranoidisiksi. Paradoksaalisesti hoitotahoa kohtaan koettu epäluottamus voi selittää toistuvaa sairaalahoi-

tojaksoilla käyntiä: potilas ei sitoudu hoitoonsa, suhtautuu epäluuloisesti hoitohenkilökunnan tarjoamaan tukeen eikä välttämättä edes koe olevansa sairas. Lapsuuden huono-osaisuus voi näkyä primääriperheen sosiaalisen ja taloudellisen tuen riittämättömyydessä edelleen aikuisiällä. Ilman läheisten tukea kouluttautuminen, työllistyminen, avun hakeminen ja ylipäättään elämässä pärjääminen on hankalampaa etenkin henkilöillä, joilla on pitkittyneitä psyykkisiä ongelmia.

Tutkimus tuottaa kansallisesti kattavan ja suhteellisen laajan aineiston pohjalta aikaisemmasta suomalaisesta tutkimuksesta puuttuvaa tietoa oikeuspsykiatrian potilaiden elämäntapojen moninaisuudesta. Tutkimuksen rajoitukset liittyvät käytetyn aineiston sekundääriseen luonteeseen. Laadullisten tekijöiden vuoksi analyysin tulokset voivat olla hieman vääristyneitä etenkin vanhimmassa ikäryhmässä. Tiedot lapsuuden aikaisista kotiolosuhteista ovat yleensä tutkittavan ja hänen lähipiiriinsä muistin varassa tuotettua tietoa, jos tutkittavan perheellä ei ole ollut kontaktia esimerkiksi lastensuojeluun tai lastenpsykiatriseen hoitoon. Sisäistä eroavaisuutta mielentilatutkimusraporttiin sisällytetyistä lapsuuden perheolojen tiedoista voi lisätä raportin diagnostinen lopputulos: esimerkiksi persoonallisuushäiriöiseksi arvioitun henkilön mielentilatutkimuslausunnossa todennäköisesti nostetaan enemmän esille lapsuuden ja nuoruuden tekijöitä, joiden perusteella diagnoosin asettamiseen on päädytty. Lisäksi etenkin rekisteriaineiston diagnooseihin tulee suhtautua ensisijaisesti hyödyllisinä työkaluina hoitohenkilökunnalle, ja varauksellisemmin kuvaamaan yksilön ja ympäristön vuorovaikutussuhdetta.

Jatkotutkimusaiheeksi nousee oikeuspsykiatristen potilaiden subjektiiviset näkemykset psykiatrisen sairaalahoidon ja rikosseuraamusjaksojen vaikutuksesta heidän hyvinvointiinsa ja toimintamahdollisuuksiinsa.

KIRJOITTAJIEN KONTRIBUUTIOT

MT osallistui tutkimuksen suunnitteluun ja toteutukseen sekä oli vastuussa artikkelin kirjoittamisesta. PT osallistui artikkelin kirjoittamiseen. Kumpikin kirjoittaja luki ja hyväksyi käsikirjoituksen viimeisimmän version.

The objectives is to examine 1) the profiles of institutional care prior to admission for forensic psychiatric inpatient treatment 2) the associations between the following factors: the profile groups, the economic and social circumstances in childhood, and social status and paranoia in adulthood 3) the differences of social disadvantage between the profile groups. The data sources (n=218) consisted of the mental state examination reports and the records of prior psychiatric hospital care, criminal sanctions and terms of punishment. Latent Class Analysis was utilised to identify profile groups. Path analysis provided information on the associations between the groups and the foregoing factors. Patients form three separate groups. The first group (n=79) consists

of ex-psychiatric patient service users who have been out of the labour market. The characteristics of the second group (n =79) include repeated incarcerations and psychiatric admissions. A significant number have been socially disadvantaged, and assessed as paranoid through psychiatric evaluation. The third group (n=60) have not received psychiatric inpatient treatment. One third of the patients, who come from disadvantaged backgrounds, were also considered deviant based on clinical diagnostic criteria and the criteria set by the criminal justice system.

Keywords: Forensic psychiatric patients, institutional profile, social status, Latent Class Analysis

LÄHTEET

- (1) Rikoslaki 19.12.1889/39. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1889/18890039001>
- (2) THL. Oikeuspsykiatristen asioiden lautakunnassa käsitellyt asiat 2006–2015. Luettu 2.5.2016 <https://www.thl.fi/documents/974282/1449788/THL+tilasto+2006-2015.pdf/cb4a2a06-f291-44dc-8d28-e9faf3e4252c>
- (3) Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2005:20. Luettu 2.5.2016 <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71934/TRM200520.pdf?sequence=1>
- (4) Putkonen A. Mental Disorders and Violent Crime. Epidemiological Study on Factors Associated with Severe Violent Offending. Kuopion yliopiston julkaisuja. Kuopio: Kopijyvä; 2007.
- (5) Aho-Mustonen K. Group psychoeducation for forensic long-term patients with schizophrenia. Publications of the University of Eastern Finland Dissertations in Education, Humanities, and Theology No 10. Joensuu: Kopijyvä; 2011.
- (6) Rogers A, Pilgrim D. Mental Health and Inequality. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2003.
- (7) Rogers A, Pilgrim D. A Sociology of mental health and illness. 3. p. Berkshire: Open University Press; 2006.
- (8) Rauhala L. Filosofin näkemys mielitautien myytistä. *SUOM LÄÄKÄRIL* 2002;57:318–323.
- (9) Pajuoja J. Väkivalta ja mielentila. Oikeussosiologinen tutkimus syyntakeisuus-säännöksistä ja mielentilatutkimuksista. Suomalaisen lakimiesyhdistyksen julkaisuja, A-sarja N:o 201;1995.
- (10) Törölä M. Oikeuspsykiatristen potilaiden hoito- ja rikoshistoria. Kirjassa Linderborg H, Suonio M, Lassila T. (toim.) Sosiaalityö ja sosiaalinen tuki rikosseuraamusalalla. Rikosseuraamuslaitoksen julkaisusarja 01/2014; 2014, 275–292.
- (11) Repo E, Hellbom E. Kriminaalipotilaiden avohoito keskeytyy liian nopeasti. *SUOM LÄÄKÄRIL* 1995;50:2340–4
- (12) Törölä M. Oikeuspsykiatristen potilaiden sosiaalinen tausta. Kirjassa Niemelä M, Saari J. (toim.) Huono-osaisten hyvinvointi Suomessa. Helsinki: Kelan tutkimusosasto; 2013, 80–107.
- (13) Freeman D, Freeman J. Paranoia: The 21st Century Fear. Oxford, UK: Oxford University Press; 2008.
- (14) Cromby J, Harper DJ. Paranoia. *A Social Account. THEOR PSYCHOL* 2009;19:335–361.
- (15) THL. ICD-10 tautiluokitus. Suomalainen 3. uudistettu painos Maailman terveysjärjestön (WHO) luokituksesta.
- (16) Verhaeghe P. Normaaliudesta ja muista mielenhäiriöistä. Suomentanut Kurki J. Vantaa: Apeiron Kirjat; 2009.
- (17) Leader D. What is madness? Lontoo: Penguin Books; 2012.
- (18) Kivivuori J, Linderborg H. Lyhytaikaisvanki. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimuksia 248; 2010.
- (19) Elonheimo H. Nuorisirikollisuuden esiintyvyys, taustatekijät ja sovittelu. Turun yliopiston

- julkaisuja, *Annales Universitatis Turkuensis*, C 299; 2010.
- (20) Aaltonen M, Kivivuori J, Martikainen P. Social determinants of crime in a welfare state: Do they still matter? *ACTA SOCIOLOGICA* 2011;54:161–181.
- (21) Joukamaa M ja työryhmä. Rikosseuraamusasiakkaiden terveys, työkyky ja hoidontarve. Perustulosraportti. Rikosseuraamuslaitoksen julkaisuja 01/2010
- (22) Perälä J. Epidemiology of psychotic disorders. Academic dissertation. University of Helsinki; 2013.
- (23) Lintonen T, Joukamaa M. Suomalaisen vankien sairastavuus ja terveyspalvelujen käyttö. Kirjassa Niemelä M, Saari J (toim.) Huono-osaisten hyvinvointi. Kelan tutkimusosasto. Jyväskylä: Juvenes Print; 2013, 62–79.
- (24) Merton R K. Social structure and anomie. *AM SOCIOLOGICAL REV* 1938;3:672–682.
- (25) Merton R K. Sociological Ambivalence and Other Essays. London: Collier Macmillan Publishers; 1968/76.
- (26) Benzeval M, Dilnot A, Judge K, ym. Income and health over the lifecourse: evidence and policy implications. Kirjassa: Graham H.(toim.) Understanding health inequalities. Philadelphia: Open University Press; 2003, 96–112.
- (27) Ostamo A, Huurre T, Talala K ym. Mielenterveys. Kirjassa: Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, ym. (toim.) Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja; 2007, 23, 87–103.
- (28) Tew J. Social approaches to mental distress. Basingstoke, Hampshire : Palgrave Macmillan; 2011.
- (29) Manderbacka K, Gissler M, Husman K, ym. Väestöryhmien välinen eriarvoisuus terveyspalvelujen käytössä. Kirjassa: Teperi J, Vuorenkoski L, Manderbacka K, ym. (toim.) Riittävät palvelut jokaiselle. Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Hyvinvointivaltion rajat – hanke. Helsinki: Stakes; 2006, 42–55.
- (30) Kristensen P, Gravseth HM, Bjerkedal T. Influence of early life factors on social inequalities in psychiatric outcomes among young adult Norwegian men. *EUR J PUBLIC HEALTH* 2010;20:517–523.
- (31) Wickham S, Taylor P, Shevlin M, ym. The Impact of Social Deprivation on Paranoia, Hallucinations, Mania and Depression: The Role of Discrimination, Social Support, Stress and Trust. *PLOS ONE* 2004;9:1–9.
- (32) Harper DJ. Social Inequality and the diagnosis of paranoia. *HEALTH SOCIOLOGICAL REV* 2011;20:423–436.
- (33) Pickett KE, Wilkinson RG. Inequality: an underknolwedged source of mental illness and distress. *BRIT J PSYCHIATRY* 2010;197:426–428.
- (34) Pickett KE, Wilkinson RG. Income inequality and health: A causal review. *SOC SCI MED* 2015;128:316–326.
- (35) Kortteinen M, Elovainio M. Millä tavoin huono-osaisuus neuvii? Kirjassa Myllyniemi S (toim.) Monipolvinen hyvinvointi. Nuorisobarometri 2012. Opetus- ja Kulttuuriministeriö. Nuorisotutkimusverkosto. Nuorisosaian neuvottelukunta; 2012.
- (36) Erola J, Moisio P. Jähmettykö Suomi? Sosiaalinen liikkuvuus ja pitkäaikaistyöttömyys Suomessa 1970 – 1995. *Sociologia* 2002;185–199.
- (37) Erola J, Moisio P. Social Mobility over Three Generations in Finland, 1950–2000. *EUR SOCIOLOGICAL REV* 2007;23:169–183.
- (38) Fenigstein A. Paranoia. Kirjassa: Ramchandran VS (toim.) Encyclopedia of Human Behavior. 2. p. Lontoo: Elsevier/Academic Press; 2012, 14–20.
- (39) Combs DR, Waguspack J, Basso MR 2012. Schizophrenia. Kirjassa Ramchandran VS (toim.) Encyclopedia of Human Behavior 2.p. Lontoo: Elsevier/Academic Press; 2012, 295–301.
- (40) Perälä J, Suvisaari J, Saarni S, ym. Lifetime Prevalence of Psychotic and Bipolar I Disorders in a General Population. *ARCH GEN PSYCHIATRY* 2007;64:19–28.
- (41) Hooker CI, Tully LM, Verosky SC, ym. Can I trust you? Affective priming influences social judgments in schizophrenia. *J ABNORMAL PSYCHOLOGY* 2011;120:98–107.
- (42) THL. Psykiatrian luokituskäsi kirja. Suomalaisen tautiluokitus ICD-10:n psykiatriaan liittyvät diagnoosit. 2. p.
- (43) Berg M. The construction of medical disposals. Medical sociology and medical problem solving in clinical practice. *SOCIOLOGICAL HEALTH ILL* 1992;14:151–180.
- (44) Harper DJ. The professional construction of "paranoia" and the discursive use of diagnostic criteria. *BRIT J MEDICAL PSYCHOLOGY* 1994;67:131–143.
- (45) THL. Mielentilatutkimus- ja vaarallisuusarviolausuntojen laatimissuhteet. 4/2011.
- (46) THL. Terveydenhuollon hoitotulokset. Rekisteriseloste. Luettu 3.9.2015. <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tietoa-tilastoista/rekisteriselosteet/terveydenhuollon-hoitotulokset#tietosisältö>
- (47) Rikostietokeskus. Rikostietokeskus. 20.8.1993/770. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1993/19930770>
- (48) Wang J, Wang X. Structural equation modeling. Applications using Mplus. Chichester, West Sussex: Wiley; 2012.
- (49) Winship C, Mare RD. Structural Equations and Path Analysis for Discrete Data. *AM J SOCIOLOGICAL* 1983;89:54–110.

- (50) Muthén B. Applications of Causally Defined Direct and Indirect Effects in Mediation Analysis using SEM in Mplus. October 28, 2011. Luettu 28.3.2016.
<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/summary?doi=10.1.1.298.4810>
- (51) THL. Psykiatrinen erikoissairaanhoido 2011. Tilastoraportti 04/2013. Luettu 3.9.2015.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104346/Tr04_13.pdf?sequence=1
- (52) THL. Psykiatrinen erikoissairaanhoido 2013. Tilastoraportti 02/2015. Luettu 24.6.2015.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125570/Tr02_15_fi_sv_en.pdf?sequence=8
- (53) Tilastokeskuksen verkkojulkaisu. Sosioekonominen asema 1989. Luettu 6.7.2015.
http://www.stat.fi/meta/luokitukset/sosioekon_asema/001-1989/index.html
- (54) Tiihonen E. Johtava lääkäri, Niuvanniemen sairaala. Henkilökohtainen tiedonanto 5.6.2014
- (55) The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Conversion Tables Between ICD-8, ICD-9 and ICD-10. Division of Mental Health. World Health Organization. Geneva 1994.
- (56) Mulaik S. Linear Causal Modeling with Structural Equations. London, New York: CRC Press; 2009.

MIISA TÖRÖLÄ
YTM, nuorempi tutkija
Itä-Suomen yliopisto
Yhteiskuntatieteiden laitos, Kuopio

PERTTI TÖTTÖ
YTT, professori
Itä-Suomen yliopisto
Yhteiskuntatieteiden laitos, Kuopio

Liitetaulukko 1. Analyysissa käytettyjen muuttujien ja paranoidisuuteen viittaavien diagnoosinimikkeiden jakaumat latenteissa laitosuraryhmissä. (Pearson χ^2 * <0.05 , ** <0.01 , *** <0.000)

	rikostaustainen (n=79)		mielenterveyspotilas (n = 79)		näkömätön (n=60)	
	n	%	n	%	n	%
nainen*	7	9	20	25	11	18
duunari**	49	62	30	38	23	38
yksinhuo	31	41	27	36	15	26
huostaan***	24	31	9	12	3	5
koulutus***	24	30	49	62	46	77
tyomarkk***	10	13	16	20	31	52
paranoid*	59	75	53	67	31	52
Paranoidinen skitsofrenia (1)	42	53	42	53	24	40
Harhaluuloisuushäiriö** (2)	28	35	18	23	7	12
Epäluuloinen persoonallisuus (3)	8	10	2	3	1	2

(1) Paranoidinen skitsofrenia: ICD-10: F20.0; ICD-9: 295.3C, 295.3E, 297.1A; ICD-8: 295.30

(2) Harhaluuloisuushäiriö: ICD-10: F22; ICD-9: 2989X, 2988A

(3) Epäluuloinen persoonallisuus: ICD-10: F60.0 / F60.9 epäluuloisin piirtein; ICD-9: 3010A; ICD-8: 30100