

SUOMALAISEN LAKIMIESYHDISTYKSEN JULKAISUJA
A-sarja N:o 201

Jussi Pajuoja

VÄKIVALTA JA MIELENTILA

SUOMALAISEN LAKIMIESYHDISTYKSEN
JULKAISUJA

A-sarja N:o 201

SUOMALAISEN LAKIMIESYHDISTYKSEN JULKAISUJA
A-sarja N:o 201

JUSSI PAJUOJA

VÄKIVALTA JA MIELENTILA

Oikeussosiologinen tutkimus syyntakeisuussäännöksistä
ja mielentilatutkimuksista

English summary

VÄKIVALTA JA MIELENTILA

Oikeussosiologinen tutkimus syyntakeisuussäännöksistä
ja mielentilatutkimuksista

KIRJOITTANUT
JUSSI PAJUOJA

Yliopistollinen väitöskirja, joka Helsingin
yliopiston oikeustieteellisen tiedekunnan
suostumuksella esitetään julkisesti
tarkastettavaksi Porthanian luentosalissa III
lauantaina huhtikuun 8 päivänä 1995 klo 10.

SUOMALAINEN LAKIMIESYHDISTYS

© 1994 Suomalainen Lakimiesyhdistys
ja Jussi Pajuoja

ISSN 0356-7206

ISBN 951-855-147-2
Verkkokirjan ISBN 978-951-855-668-1

Gummerus Kirjapaino Oy
Jyväskylä 1995

ALKUSANAT

Usein on kysytty, mikä on rikollisuutta, huono-osaisuutta, syrjäytyneisyyttä ym. yhteiskunnallisia ilmiöitä koskevan tutkimuksen perimmäinen tiedonintressi. Halu tirkistellä, tehdä sosiaalipornoa, mässäillä toisten kurjuudella, kokea ylemmyyden-sekaista tyydytystä heidän epäonnistumisestaan? Omasta näkökulmastaan asian ovat pelkistäneet amerikkalaiset tutkijat, joiden mukaan: "Crime does not pay, criminology does."

On aivan selvää, että tämän tutkimuksen kirjoittaminen on edellyttänyt taloudellisel- lisellä, sosiaalisella ja henkilökohtaisen turvallisuuden tasolla olosuhteita, joita siinä käsitellyillä henkilöillä ei yleensä ole ollut. Nyt tutkimuksen lopuksi haluan kiittää niitä henkilöitä ja tahoja, joiden ansiota kyseiset olosuhteet ovat.

Tutkimus on ollut pitkä prosessi, jonka kulussa piirtyy voimakkaimmin esiin kaksi hyvin erilaista vaihetta. Ensiksi vuosi Uudessa Meksikossa 1990–1991. Tut- kijan kannalta se oli ihanteellinen tilanne, aika jolloin tutkimusta saattoi kehittää kaikessa rauhassa ja samalla saada etäisyyttä omaan lähtöpisteeseensä, suomalai- seen kulttuuriin. Tältä osin haluan kiittää erityisesti professori H. Laurence Rossia, joka yllytti matkaan, professori Gary LaFreetä, joka ystävällisesti isännöi, professo- ri Eric Monkkosta, joka auttoi suunnittelemaan ja järjestämään eri projekteja sekä Suomen Akatemiaa, joka maksoi.

Toisaalta vuosi 1993 oli eri tavalla tärkeä. Päällisin puolin se oli perheellisen tutkijan painajaisuni. Kolme suurta tutkimusta kesken, palkat saatu, ennakot käytet- ty, mutta tutkimukset kirjoittamatta. Perheen kasvaessa oli hankittava suurempi asunto, mahdollisimman suuri, huonokuntoinen ja halpa. Remontti lattiasta kattoon, asuntovelkaa vähintään riittävästi. Työsuhtedekin oli katkeileva, palkanmaksaja oli kuitenkin löydettävä joka kuukaudelle.

Tässä tilanteessa, kuten niin usein muutoinkin, oli merkittävä vanhempieni Sinikka ja Reijo Pajuojan kaikenpuolinen tuki. Elähdyttävänä kuvana jäi mieleeni se, kuinka he yhdessä appeni Erkki Hyttisen kanssa vetivät asunnon korjauspro- jektia eteenpäin silloin, kun erilaisia projekteja tuntui olevan liian monta päällekkäin.

Itse tutkimuksen suhteen haluan erityisesti kiittää sen esitarkastajia, professori Raimo Lahtea, professori Jouko Lönnqvistiä ja professori Paavo Uusitaloa. Heidän ansiostaan hajanaisista harjoitelmista syntyi yhtenäinen tutkimus.

Tutkimusprosessin kuluessa suuri merkitys on ollut veljelläni Heikki Pajuoja, joka on opastanut minua tietokoneiden ja tilastollisen käsittelyn parissa ja usein joutunut tekemään työn lopulta itse. Lisäksi haluan kiittää väitöskirjan epävirallisia esitarkastajia, oikeusneuvos Mikko Tulokasta, dosentti Anna Maria Viljasta ja johtava lääkäri Kyösti Väisästä, jotka ovat ystävällisesti lukeneet käsikirjoituksen ja antaneet palautetta työn eri vaiheissa.

Väitöskirjan aineistoa kerätessäni ja käsitellessäni olen saanut pyyteetöntä, virkavelvollisuudet huomattavasti ylittävää apua ylilääkäri Kerstin Kronqvistilta terveydenhuollon oikeusturvakeskuksessa ja yliaktuaari Tuomo Niskaselta tilastokeskuksessa. Nykyistä työpaikkaani, rikos- ja prosessioikeuden sekä oikeuden yleistieteiden laitosta kiitän erityisesti siitä, että siellä katto on korkealla ja seinät kaukana toisistaan. On ajattelun vapaus ja helppo hengittää.

Kaikkein tärkeintä on kuitenkin se, että olen saanut elää puolisoni Kirsin ja lapsiemme Laurin ja Maijan kanssa. Tuntuu hyvältä ajatella, että muutaman kuukauden kuluttua pääsen täysipainoisesti koti-isäksi.

Helsingissä, Kannelmäessä ystävänpäivänä 1995.

Jussi Pajuoja

SISÄLLYS

ALKUSANAT	V
SISÄLLYS	VII
LÄHTEET JA KIRJALLISUUS	XV

OSA 1: MIELENTILASÄÄNNÖSTEN KEHITYS

I	JOHDANTO	3
II	MIELISAIRAS RIKOKSENTEKIJÄ VARHAISISSA EUROOPPALAISISSA OIKEUSJÄRJESTELMISSÄ	7
	2.1. Antiikin Kreikka	7
	2.2. Antiikin Rooma	10
III	KESKIAJAN EUROOPPALAINEN OIKEUS	15
IV	RUOTSIN KESKIAIKAINEN OIKEUSKEHITYS	19
	4.1. Ruotsin keskiaikaiset maakuntalait	19
	4.2. Ruotsin keskiaikaiset maan- ja kaupunkilait	21
	4.3. Ruotsin keskiaikaisiin lakeihin perustuva oikeuskäytäntö	23
V	TRADITIONAALISEN JÄRJESTELMÄN MURTUMINEN	29
	5.1. Eristyslaitosten synty	29
	5.2. Ruotsissa 1600- ja 1700-luvulla tapahtuneet muutokset mielisairaiden rikoksentekijöiden asemassa	32
VI	OIKEUSTIETEEN JA PSYKIATRIAN KOHTAAMINEN	37
	6.1. Uuden ajan alun lääketiede	37
	6.2. Psykiatrian synty	39
	6.3. Pierre Rivieren tapaus	42

VII	VAPAAN TAHDON PROBLEMATIIKKA	46
	7.1. Vapaa tahto rikoksentekijän mielentilan kriteerinä	46
	7.2. Vain rikoshetkellä ilmenevä mielisairaus	52
VIII	MIELISAIRAITA RIKOKSENTEKIJÖITÄ KOSKEVAT LAIN- MUUTOKSET 1800-LUVUN SUOMESSA JA RUOTSISSA	56
	8.1. Suomen ja Ruotsin rikoslakiuudistukset	56
	8.2. Varhainen mielentilatutkimuskäytäntö Suomessa ja Ruotsissa	59
IX	KESKUSTELU DETERMINISMISTÄ JA INDETERMINISMISTÄ	62
X	ALENTUNUT SYYN TAKEISUUS	66
	10.1. Eurooppalainen oikeuskehitys	66
	10.2. Suomalaisen säännösten syntyhistoria	68
	10.3. Alentuneesti syyn takeisille tarkoitetut hoitolaitokset	70
	10.4. Yhteenveto ja alentunutta syyn takeisuutta koskevan tutkimus- tehtävän määrittely	72
XI	SUOMALAINEN MIELENTILATUTKIMUSPROSESSI	74
	11.1. Mielentilatutkimusten määrällinen kehitys	74
	11.2. Mielentilatutkimusten rikosjakautuma	78
	11.3. Mielentilatutkimuksen kulku	80
	11.4. Mielentilatutkimuksen sisältö	83
OSA 2: EMPIIRINEN TUTKIMUS SUOMALAISESTA MIELENTILA-AINEISTOSTA		
XII	TUTKIMUSKOHTEN RAJAUS	91
	12.1. Henkirikosten määrittely	91
	12.2. Tutkimusaineiston edustavuus suhteessa kaikkiin alioikeuksissa käsiteltyihin henkirikoksiin	93
	12.3. Miksi pahoinpitelystä aiheutuneet kuolemantuottamukset eivät tule mielentilatutkimukseen	95
	12.4. Tutkimusaineiston alueellinen edustavuus	97
XIII	TUTKIMUSAINESTON KRIMINOLOGINEN MERKITYS	100

13.1.	Kansainvälisessä vertailussa	100
13.2.	Suomalaisen väkivallan historiallinen perspektiivi	102
13.3.	Suomalaisen väkivallan erityispiirteiden kartoittaminen	104
XIV	TUTKIMUSAINEISTON ANALYYSI	110
14.1.	Tutkimusaineiston sukupuolijakautuma	111
14.2.	Tutkimusaineiston ikäjakautuma	112
XV	HENKIRIKOLLISTEN KOTI JA LAPSUUS	117
15.1.	Lapsuudenkodin alkoholiongelmät	118
15.2.	Vajaaperheet	120
15.3.	Taloudelliset toimeentulovaikkeudet	122
15.4.	Perheväkivalta	125
15.5.	Lapsuudenkodin mielenterveyden häiriöt	127
15.6.	Yhteenveto henkirikollisten lapsuudenolosuhteista	129
XVI	KOULUTUS	132
16.1.	Koulutustaso	132
16.2.	Sopeutumisongelmät koulussa	134
16.3.	Asevelvollisuuden suorittaminen	138
XVII	HENKIRIKOLLISTEN ELÄMÄNTILANNE	140
17.1.	Työmarkkina-asema	140
17.2.	Perhesuhteet	145
17.3.	Sosiokulttuurinen ympäristö	151
XVIII	TUTKITTAVIEN HOITO- JA RANGAISTUSHISTORIA	154
18.1.	Aikaisempi mielisairaalahoito	154
18.2.	Alkoholiongelmien hoitohistoria	156
18.3.	Aikaisempi rikollisuus	158
18.4.	Yhteenveto	159
XIX	PSYKIATRINEN DIAGNOOSI	161
19.1.	Ymmärrystä vailla olevat	163
19.2.	Täydessä ymmärryksessä ja täyttä ymmärrystä vailla olevat	171
19.3.	Älykkyyssosamäärä	177
XX	RIKOSTILANNETTA KUVAAVAT MUUTTUJAT	179
20.1.	Alkoholin käyttö rikoksen tekohetkellä	179
20.2.	Rikoksenteijän ja uhrin suhde	181

20.3. Muut rikostilannetta kuvaavat muuttujat	186
XXI MIELENTILALAAUSUNNON PERUSTELUT	188
XXII EMPIIRISEN TUTKIMUKSEN YHTEENVETO JA JOHTO- PÄÄTÖKSET	192
OSA 3: MIELENTILASÄÄNNÖSTEN KANSAINVÄLINEN VERTAILU JA TULEVAISUUS	
XXIII RUOTSIN MIELENTILASÄÄNNÖKSET	199
23.1. Ruotsissa 1900-luvulla tapahtunut kehitys	199
23.2. Vuoden 1992 lainmuutokset	201
23.3. Mielisairaalasta uloskirjoittaminen	203
23.4. Uusi mielentilatutkimusjärjestelmä	205
23.5. Uuden järjestelmän kritiikki	208
XXIV MUIDEN POHJOISMAIDEN JA SAKSAN MIELENTILA- SÄÄNNÖKSET	210
24.1. Muut Pohjoismaat	210
24.2. Saksan mielentilasäännökset	212
XXV ANGLOSAKSINEN MIELENTILAJÄRJESTELMÄ	215
XXVI MIELENTILASÄÄNNÖSTEN TULEVAISUUS	219
SUMMARY	227
LIITE 1	231

TEKSTISSÄ ESITETYT TAULUKOT, KUVAT JA KARTAT

Taulukko 1.	Mielentilatutkimusten rikosjakautuma päärikoksen mukaan vuosina 1925–1992	78
Taulukko 2.	Rikosjakautuma mielentilalausunnoissa ja niissä ali-oikeuksien ratkaisuissa, joissa syytetyn todettiin olleen ymmärrystä tai täyttä ymmärrystä vailla vuonna 1991	79
Taulukko 3.	Mielentilatutkimusten suorituspaikat ja määrät vuonna 1993 ...	81
Taulukko 4.	Mielentilatutkimuksen tekijän, terveydenhuollon oikeus-turvakeskuksen ja alioikeuden syyntakeisuusratkaisu tutkimusaineistossa	83
Taulukko 5.	Henkirikoksissa tehdyt syyntakeisuusratkaisut rikos-tyypeittäin vuosina 1987–1989	94
Taulukko 6.	Murhasta, taposta sekä pahoinpitelystä ja kuoleman-tuottamuksesta alioikeuksissa tuomittujen vankeus-rangaistusten pituudet vuosina 1987–1989	95
Taulukko 7.	Henkirikosten jakautuminen suuralueittain vuosien 1987–1989 poliisitilastossa ja tutkimusaineistossa	98
Taulukko 8.	Pahoinpitelystä aiheutuneiden kuolemantuottamusten ja muiden henkirikosten jakautuminen suuralueittain vuosien 1987–1989 poliisitilaston mukaan	98
Taulukko 9.	Henkirikokset Länsi- ja Pohjois-Euroopassa	101
Taulukko 10.	Henkirikokset Itä-Euroopassa	101
Taulukko 11.	Henkirikokset Pohjois-, Keski- ja Etelä-Amerikassa	102
Taulukko 12.	Henkirikollisuus lääneittäin vuosina 1945–1989	104
Taulukko 13.	Henkirikollisuus lääneittäin vuosina 1990–1993	105
Taulukko 14.	Sukupuolijakautuma eri syyntakeisuusryhmissä	112
Taulukko 15.	Lapsuudenkodin alkoholiongelmat	120
Taulukko 16.	Viettänyt lapsuutensa molempien biologisten vanhempiensa luona	122
Taulukko 17.	Lapsuudenkodin taloudelliset vaikeudet	124
Taulukko 18.	Lapsuudenkodissa perheväkivaltaa	127
Taulukko 19.	Vanhempien mielenterveydelliset häiriöt	129
Taulukko 20.	Lapsuudenkodin ongelmat tutkimusaineistossa ja keski-	

	määräisväestössä	130
Taulukko 21.	Yhteenveto lapsuudenkodin ongelmista ja niiden tilastollisesta merkitsevyydestä eri syyntakeisuusryhmissä	130
Taulukko 22.	Peruskoulutus tutkimus- ja ELO-86 -aineistossa	132
Taulukko 23.	15–29-vuotiaiden peruskoulutus tutkimus- ja ELO-86-aineistossa	133
Taulukko 24.	Yli 30-vuotiaiden peruskoulutus tutkimus- ja ELO-86-aineistossa	134
Taulukko 25.	Sopeutumisongelmia koulussa	138
Taulukko 26.	Ongelmia asevelvollisuuden suorittamisessa	139
Taulukko 27.	Työmarkkina-asema ikäryhmissä 15–64-vuotiaat	143
Taulukko 28.	Siviilisäätynä avio- tai avoliitto	151
Taulukko 29.	Rikoksenteikijän asuinpaikka suuralueittain	152
Taulukko 30.	Rikoksenteikijän asuinpaikkana haja-asutusalue	153
Taulukko 31.	Aikaisempi mielisairaalahoido	155
Taulukko 32.	Alkoholiongelmien hoitohistoria	156
Taulukko 33.	Diagnoosina alkoholiriippuvuus	157
Taulukko 34.	Tutkittavalla rikosrekisteri	158
Taulukko 35.	Yhteenveto henkirikollisten elämäntilanteesta, hoito- ja rangaistushistoriasta eri syyntakeisuusryhmissä ja muuttujien tilastollinen merkitsevyys	160
Taulukko 36.	Päädiagnoosit ymmärrystä vailla, täyttä ymmärrystä vailla ja täydessä ymmärryksessä olevilla	164
Taulukko 37.	Päädiagnoosit täydessä ymmärryksessä ja täyttä ymmärrystä vailla olevilla	172
Taulukko 38.	Persoonallisuushäiriö päädiagnoosina täydessä ymmärryksessä ja täyttä ymmärrystä vailla olevilla	173
Taulukko 39.	Älykkyysosamäärien jakautuminen	177
Taulukko 40.	Rikoshetkellä alkoholin vaikutuksen alaisena	180
Taulukko 41.	Rikoksenteikijän ja uhrin suhde	182
Taulukko 42.	Mielentilatutkimuksen perustelussa viitattu mielenterveyden häiriön ja rikoksen väliseen syy-yhteyteen	190
Taulukko 43.	Tutkijoiden ehdottamat ja terveydenhuollon oikeusturvakeskusten päättämät syyntakeisuusarviot vuosina 1987–1993	222
Taulukko 44.	Persoonallisuushäiriö päädiagnoosina täydessä ymmärryksessä ja täyttä ymmärrystä vailla olevilla vuosina 1987–1989 ja 1992–1993	223

Kuva 1.	Murhat, tapot ja pahoinpitelystä aiheutuneet kuoleman- tuottamukset Suomessa vuosina 1749–1993 kymmenvuotis- kausittain	103
Kuva 2.	Ikäjakautuma tutkimusaineistossa ja koko väestössä ikä- ryhmissä 15–64-vuotiaat	113
Kuva 3.	Ikäjakautuma tutkimusaineistossa ja tuomioistuimissa tuomituilla henkirikollisilla vuosina 1987–1989	114
Kuva 4.	Ikäjakautuma tutkimusaineistossa täydessä ymmärryksessä, täyttä ymmärrystä vailla ja ymmärrystä vailla olevilla	115
Kuva 5.	Työmarkkina-asema tutkimusaineistossa ja 15–64-vuotiaassa väestössä	141
Kuva 6.	Työikäiset eläkeläiset ikäryhmittäin tutkimus- ja ELO-86- aineistossa	142
Kuva 7.	Siviilisäätyjakautuma tutkimus- ja ELO-86-aineistossa	146
Kuva 8.	15–29-vuotiaiden siviilisäätyjakautuma tutkimus- ja ELO-86-aineistossa	147
Kuva 9.	Yli 30-vuotiaiden siviilisäätyjakautuma tutkimus- ja ELO-86-aineistossa	148
Kuva 10.	Rikoksenteijän ja uhrin suhde ikäryhmissä 15–29-vuotiaat ja yli 30-vuotiaat	184
Kartta 1.	Henkirikokset Suomessa 1980-luvulla	106

LÄHTEET JA KIRJALLISUUS

Julkaisemattomat lähteet:

Helsingin raastuvanoikeuden arkisto 1987–1989.
Keskusrikospoliisi: atk-rekisteri 1987–1989.
Terveystenhuollon oikeusturvakeskus: henkilökortisto.
Terveystenhuollon oikeusturvakeskus: mielentilatutkimuslausunnot 1987–1989.
Terveystenhuollon oikeusturvakeskus: työtilastot 1986–1993.
Tilastokeskuksen tietokanta: Elinolotutkimus 1986, pohja-aineisto. Tiedot toimittanut Hannele Sauli 1992.
Tilastokeskuksen tietokanta: Poliisin tietoon tullut rikollisuus 1980–1989. Tiedot toimittaneet Risto Lähtilä ja Pentti Soninen 1991.
Tilastokeskuksen tietokanta: tuomioistuinten tutkitut rikokset 1987–1989. Tiedot toimittanut Tuomo Niskanen 1992.
Valtionarkisto: Lakikodifikaatiokokoelmat.

Kirjallisuus:

Achté Kalle: Satakolmekymmentä vuotta psykiatriaa: Lapinlahden sairaalan historia. Helsinki 1974, Otava.
Achté Kalle, Alanen Yrjö ja Tienari Pekka: Psykiatria 1. Porvoo 1990, WSOY.
Achté Kalle, Alanen Yrjö ja Tienari Pekka: Psykiatria 2. Porvoo 1991, WSOY.
Alamainen ehdotus Suomen suuriruhtinaanmaan rikoslainsiksi. Helsinki 1884.
Alanen Aatos: Lex Aquiliaan perustuva vahingonkorvaus roomalaisen yksityisoikeuden mukaan. Helsinki 1940.
Almqvist Jan Eric: Vår äldsta kommentar till landslagen. Uppsala 1927, Uppsala Universitet.
Almqvist Jan Eric: Svensk juridisk litteraturhistoria. Stockholm 1946, P. A. Norstedt.
Ammattiluokitus ja ammattiluokituksen hakemisto. Tilastokeskus, käsikirjoja No 14, Helsinki 1987.
Amundsen Darrel ja Ferngren Gary: The Physician as an Expert Witness in Athenian Law. Bulletin of the History of Medicine 1977, vol. 51, No 2.
Anttila Inkeri: Säilytettäväksi kaiken varalle. Lakimies 1975, s. 774–786.
Archer Dane ja Gartner Rosemary: Violence & Crime in CrossNational Perspective, New Haven 1984, Yale University Press.
Arenella Peter: Reflections on Current Proposals to Abolish or Reform the Insanity Defense. American Journal of Law & Medicine, 1982, vol. 8.
Aromaa Kauko: Vähentynyt syyntakeisuus. Kriminologinen tutkimuslaitos M:18. Helsinki 1972.

- Asiakirjat valtiopäiviltä Helsingissä vuonna 1888. Ensimmäinen osa. Helsinki 1889.
- Baker Jerry*: Nonimputability in Soviet Criminal Law: The Soviet Approach to the Insanity Plea. *Law & Psychology Review* 1987, vol. 11.
- Von Bar, Carl Ludwig*: A History of Continental Criminal Law. Boston 1916. Little, Brown and Co.
- Barras Vincent ja Bernheim Jacques*: The history of Law and Psychiatry in Europe. Kirjassa *Bluglass Robert ja Bowden Paul* (toim.): Principles and Practice of Forensic Psychiatry. Edinburgh 1990, Churchill Livingstone.
- Belfrage Henrik*: Psykiskt störda brottslingar. Linköping 1989, Universitetet i Linköping.
- Bender Jeanne*: After abolition: The present state of the insanity defense in Montana. *Montana Law Review*, vol 45, No 1, 1984.
- Blomstedt Yrjö*: Rikoslakireformin ensimmäiset vaiheet vuoden 1866 osittaisuudistuksiin saakka. Historiallinen Arkisto 59. Turku 1964.
- Calisse Carlo*: A History of Italian Law. Boston 1928. Little, Brown and Co.
- Calhoun George*: The Growth of Criminal Law in Ancient Greece. Westport 1973. Greenwood Press.
- Carlén Richard*: Kommentar öfver strafflagen. Stockholm 1866.
- Castel Robert*: The Doctors and Judges. Kirjassa *Foucault Michel* (ed.): I, Pierre Riviere. Norwich 1978, Peregrine Books.
- Daly Martin ja Wilson Margo*: Homicide. New York 1988, Aldine de Gruyter.
- Dagens Nyheter 11.12.1994.
- Dödsorsaker 1988. Statistiska Centralbyrån. Stockholm 1991.
- Eduskunnan oikeusasiamiehen kertomus toiminnastaan vuonna 1967. Helsinki 1968.
- Edgeby Eva*: Avvita, galen, sinnesvag – något om synen på mentalsjukdomar och de mentalsjuka under 1700- och 1800-talet. Historiska Tidskrift utgiven av Svenska historiska föreningen 1993, s. 538–581.
- Ehdotus uudeksi rikoslaiksi. Helsinki 1922.
- Ehrström Karl Gustaf*: Föreläsningar över straffrättens allmänna läror. Helsingfors 1994, Helsingfors universitet.
- Erkkilä Sven*: Katsaus mielisairaiden rikosoikeudellisen aseman kehitykseen. *Duodecim* 1938, s. 801–806 (1938a).
- Erkkilä Sven*: Klinisch-statistische Untersuchung über die Gerichtspsychiatrisch untersuchten Verbrecher in Finnland in der Jahren 1885–1919. Helsinki 1938 (1938b).
- Erkkilä Sven*: Mitenkä oikeuspsykiatrian opetus ja alaan kuuluva toiminta meillä olisi järjestettävä. Suomen Lääkäriliiton Aikakauslehti 1939, s. 317–324.
- Eronen Markku, Tiihonen Jari, Ylitapio Jan, Hakola Panu*: Uusimpia tutkimushavaintoja syytettyjen henkilöiden oikeuspsykiatrisista mielentilatutkimuksista. Käsikirjoitus 5.1.1995.
- Forsman Jaakko*: Nyky-ajan erisuuntaiset käsitykset rangaistuksen tarkoituksesta. Helsinki 1883, J.C. Frenckell.
- Forsman Jaakko*: Sveitsin uusi rikoslakiehdotus. *Tidskrift utgifven af Juridiska Föreningen i Finland* 1898, s. 177–192.
- Forsman Jaakko*: Straffrättens allmänna läror. Helsingfors 1914, Juridiska studentfakultetens förlag.
- Foucault Michel* (toim.): I, Pierre Riviere. Norwich 1978, Peregrine Books.
- Foucault Michel*: Madness and civilization. New York 1973, Vintage Books.
- Friedreich J. B.*: Systematisk handbok i juridiska psykologien. Örebro 1839.

- Förslag till strafflag för Storfurstendömet Finland. Helsingfors 1875.
- Gagarin Michael*: Early Greek Law. Berkeley 1986, University of California Press.
- Gardner Jane*: Being a Roman Citizen. London 1993, Routledge.
- Gaylin Willard*: The Killing of Bonnie Garland. New York 1983, Penguin Books.
- Geis Gilbert ja Meier Robert*: Abolition of the Insanity Defense in Idaho: A Case Study. The Annals of The American Academy of Political and Social Science. Volume 477, January 1985. Sage publications, Beverly Hills.
- Greene James*: State v. Korell. Montana Sees No Insanity in the Constitution. Willamette Law Review, vol 21, No 4, 1985.
- Gottfredson Michael ja Hirschi Travis*: A General Theory of Crime. Stanford 1990, Stanford University Press.
- Gottlieb Peter, Kramp Peter ja Gabrielsen Gorm*: The Practice of Forensic Psychiatry in Cases of Homicide in Copenhagen, 1959 to 1983. Acta psychiatr. scand. 1987, vol. 76.
- Granfelt Otto Hjalmar*: Bör för grovt brott åtalad persons sinnessällstånd alltid undersökas av sakkunnig? Tidskrift utgifven av Juridiska Föreningen i Finland 1915, s. 13–86.
- Hakola Panu*: Psykiatrisen hoidon organisaatiosta Suomessa. Kirjassa Hakola Panu (toim.): Soome ja Eesti psühhiaatriate sümposium oiguspühhaatriast. Kuopio 1991.
- Hakola Panu*: Väkivaltaisuuden ennustettavuuden ongelmia. Duodecim 1992, s. 311–318.
- Hamilton John*: Manslaughter: assessment for court. Kirjassa Bluglass Robert ja Bowden Paul (toim.): Principles and Practice of Forensic Psychiatry. Edinburgh 1990, Churchill Livingstone.
- Harris Ruth*: Murders and Madness. Oxford 1989, Clarendon Press.
- Heikkilä Matti*: Köyhyys ja huono-osaisuus hyvinvointivaltiossa. Sosiaalihuollituksen julkaisu 8/1990, Helsinki 1990.
- Helsestatistikk 1989. Norges offisielle statistikk NOS B966. Statistikk Sentralbyrå. Oslo 1991.
- Holmberg Gunnar*: Forensic Psychiatric Investigations in Sweden. The National Board of Forensic Medicine. Information 1. Stockholm 1994, (1994a).
- Holmberg Gunnar*: Rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet 1991–1993. Rättsmedicinalverket-rapport 1994:2. Stockholm 1994, (1994b).
- Holmbäck Åke ja Wessen Elias*: Magnus Erikssons landslag. Rättshistoriskt bibliotek, sjätte bandet. Lund 1962, Ab Nordiska Bokhandeln.
- Holmbäck Åke ja Wessen Elias*: Magnus Erikssons stadslag. Rättshistoriskt bibliotek, sjunde bandet. Lund 1966, Ab Nordiska Bokhandeln.
- Holmbäck Åke ja Wessen Elias*: Svenska landskapslagar. Första serien. Uppsala 1933, Hugo Gerbers förlag.
- Holmbäck Åke ja Wessen Elias*: Svenska landskapslagar. Femte serien. Uppsala 1946, Hugo Gerbers förlag.
- Honkasalo Brynolf: Suomen rikosoikeus, yleiset opit 2 osa. Helsinki 1949, Suomalainen Lakimiesyhdistys.
- Howell David*: Fundamental Statistics for the Behavioral Sciences. Boston 1989, PWS-Kent Publishing Company.
- Howells Kevin*: Mental Disorder and Violent Behaviour. Kirjassa Feldman Philip (toim.): The Developments in the Study of Criminal Behaviour, vol. II. Chichester 1982, Wiley & Sons.
- Huttunen Mikko*: Psykiatria ja syyntakeisuus. Oikeushistorian tutkielma, Helsingin yliopisto 1991, oikeuden yleistieteiden laitos.

- The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. WHO, Geneve 1992.
- Ihalainen Olli*: Vuoden 1986 mielentilatutkimukset Suomessa, tilastotietoja. Kirjassa Hakola Panu (toim.): Soome ja Eesti psühhiaatrite sümposium oiguspühiaatriast. Kuopio 1991.
- Ihalainen Olli ja Miettinen Raili*: Mielentilat. Vankeinhoidon koulutuskeskuksen julkaisuja 3/1991. Helsinki 1991.
- Ingleby David*: Mental Health and Social Order. Kirjassa Cohen Stanley ja Scull Andrew (toim.): Social Control and the State. Oxford 1986, Basil Blackwell Ltd.
- Johnson Philip*: The Turnabout in the Insanity Defense. Kirjassa Tonry Michael ja Morris Norval (toim.): Crime and Justice. An Annual Review of Research, vol. 6. Chicago 1985, The University of Chicago Press.
- Joukamaa Matti*: Suomalaisen vankien terveys. Kansanterveystieteen julkaisuja M 107/91, Turku 1991.
- Joukamaa Matti ja Tuovinen Matti*: "Suomalainen mielentila-aineisto." Oikeuspsykiatrian päivillä 27.3.1981 pidetty alustus, sen käsikirjoitus ja kalvot.
- Jänes Valdur*: Väkivalta ja yhteiskunnallinen muutos Virossa. Moniste 19.5.1994, Suomen lääkäriliitto, Helsinki.
- Järventie Irmeli, Perä-Rouhu Esa, Palonen Kirsti ja Lönnqvist Jouko*: Elämää ennen kuolemaa? Lääkintöhallituksen tutkimuksia 54, Helsinki 1990.
- Kaila Martti*: Käsitteistä täyttä ymmärrystä vailla. Lakimies 1934, s. 71–112.
- Kaila Martti*: Mielisairauksien ja sielullisten vajavuustilojen yleisyydestä rikoksiin syyllistyneiden joukossa. Lakimies 1941, s. 555–592.
- Kaila Martti*: Onko murhaan syyllistyneiden pakollinen mielentilan tutkiminen suotavaa ennen tuomion langettamista? Lakimies 1942, s. 410–445.
- Kaila Martti*: Psykiatrian historia lääketieteen yleiskehityksen ja kulttuurihistorian valossa. Porvoo 1966, WSOY.
- Kaila Martti*: Psykiatrinen oikeuslääketiede. Kirjassa Uotila Unto (toim.): Oikeuslääketiede. Porvoo 1961, WSOY.
- Kaila Martti*: Skitsofrenia ja rikollisuus. Duodecim 1940, s. 212–227 ja 301–331.
- Kant Immanuel*: Anthropology from a Pragmatic Point of View. Lontoo 1978, Carbondale & Edwardsville.
- Kaplan Harold ja Sadock Benjamin*: Synopsis of Psychiatry. Baltimore 1988, Williams & Wilkins.
- Kaser Max*: Roomalainen yksityisoikeus. Porvoo 1968, WSOY.
- Keisu Pirjo ja Wagner-Prenner Marianne*: Syyntakeettomuus ja mielentilalausunnat vuosina 1925–1980. Kirjassa Raimo Lahti (toim.): Syyntakeettomuuden määräytyminen ja kriminaalipotilaat. Lääkintöhallituksen julkaisuja 97. Helsinki 1987.
- Kelstrup Anders*: Psykiatrisk behandling i historisk perspektiv. Kirjassa Abrahamsen Pal ja Skårderud Finn (toim.): Galskap pa rett vei. Oslo 1985, Universitetsforlaget.
- Keskusrikospoliisin vuosikertomukset 1970–1979.
- Kinberg Olof*: Aktuella Kriminalitetsproblem i Psykologisk Belysning. Stockholm 1930, Natur och Kultur.
- Kinberg Olof*: Har ett på empirisk-psykologisk grund uppbyggt straffsystem användning för ett tillräcklighetsbegrepp. Svensk Juristtidning 1929, 5. 229–244.
- Kinberg Olof*: Lagen och de psykiskt sjuka. Stockholm 1952, Albert Bonniers Förlag.
- Kircko-Laki ja Ordningi 1686. Helsinki 1986, Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- Klami Hannu Tapani*: Roomalaisen oikeuden järjestelmä. Helsinki 1978, Helsingin yliopiston lainopillisen tiedekunnan kustannustoimikunta.

- Kloot Claudio*: Then swenska lagfarenhets spegel. Göteborg 1676.
- Kocourek Albert ja Wigmore John*: Primitive and Ancient Legal Institutions. Volume 2. Boston 1915. Little, Brown and Co.
- Koivula Jutta ja Pajuoja Heikki*: Metsätyövoiman rakenteellinen muutos. Metsäntutkimuslaitoksen tiedonantoja 335. Helsinki 1989.
- Kowalski Gregory ja Duffield Don*: The Impact of the Rural Population Component on Homicide Rates in the United States. Rural Sociology 1990, vol 55, No 1.
- Kramp Peter*: Danish Forensic Psychiatry. Kirjassa Buglass Robert ja Bowden Paul (toim.): Principles and Practice of Forensic Psychiatry. Edinburgh 1990, Churchill Livingstone.
- Kramp Peter ja Gabrielsen Gorm*: Udviklingen i antalet af tilsynsklienter idömt psykiatriske saerforanstaltninger fra 1977 til 1993. Nordisk tidsskrift for kriminalvidenskab 4/1994.
- Kriminologi, kriminalvård och psykiatri. Rättsmedicinalverket, information 2/1994. Stockholm 1994.
- Kronqvist Kerstin, Noreik Kjell, Kramp Peter, Sigurbergsson Gretar ja Holmberg Gunnar*: Utredning och omhändertagande av psykiskt störda lagöverträdare i ett nordiskt perspektiv. Underlag för diskussion om lagstiftning och organisation m.m. det nordiska rättspsykiatriska symposiet i Helsingör 14–16 september 1994. Käsikirjoitus 1994.
- Kuolinsyytilastot 1945–1989. Tilastokeskus, Helsinki 1946–1990.
- Kääriäinen Juha*: Seikkailijasta pummiksi. Helsinki 1994, Painatuskeskus.
- Lagförslag i Carl den niondes tid. Handl. rörande Sveriges historia II:1. Stockholm 1864.
- Lahti Raimo*: Straffrättsliga reaktioner för psykiskt störda lagöverträdare – ett korreferat. Nordisk Tidsskrift for Kriminalvidenskab 1989, s. 166–169.
- Lahti Raimo*: Syyntakeisuus rikosoikeudellisena ja kriminaalpoliittisena kysymyksenä. Lakimies 1979, s. 221–242.
- Laitinen Jorma*: Lääketieteen mallit psykiatriassa. Turku 1994, Turun yliopisto.
- Langbein John*: Torture and the Law of Proof. Chicago 1977, University of Chicago Press.
- Lehtinen Ville, Joukamaa Matti, Jyrkinen Teela, Lahtela Kari, Raitasalo Raimo, Maatela Jouni ja Aromaa Arpo*: Suomalaisten aikuisten mielenterveys ja mielenterveyden häiriöt. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:33, Turku ja Helsinki 1991.
- Lehtinen Ville, Veijola Juha, Lindholm Tomi, Väisänen Erkki, Moring Juha ja Puukka Pauli*: Mielenterveyden pysyvyys ja muutokset suomalaisilla aikuisilla. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL 36, Turku 1993.
- Leps Ando*: Crime in Estonia and its Comparison with that in the other Baltic countries and Scandinavia. Nordisk Kriminologi Nr 1, 1992.
- Letto-Vanamo Pia*: Luettiin kärkeillä lakia vai luotiin oikeutta. Lakimies 1993, s. 993–1007.
- Lintott A. W.*: Violence in Republican Rome. Oxford 1968, Clarendon press.
- Loccenius Johannes*: Synopsis Juris Privati. Göteborg 1673.
- Loranger Armand, Sartorius Norman, Andreoli Antonio, Berger Peter, Buckheim Peter, Channabasavanna S. M., Coid Bina, Dahl Alv, Diekstra Rene, Ferguson Brian, Jacobson Lawrence, Mombour W., Pull Charles, Ono Yutaka ja Regier Darrel*: The International Personality Disorder Examination. Archives of General Psychiatry 1994, vol. 51, March 1994.
- Lubin Martin*: Good Guys, Bad Guys. New York 1982, McGraw-Hill Book Co.
- Lääkintöhallituksen ohjekirje 8187, diaarinumero 1549/02/87
- Löfström Theodor*: Oikeuslääketieteellinen käsikirja Suomen lääkäreille. Helsinki 1901, Duodecim-seura.

- Lönnqvist Jouko, Achte Kalle ja Waloranta Orvokki:* Suicidal tentencies in violent individuals. *Psychiatria Fennica* 1982, s. 143–150.
- MacDowell Douglas:* The Law in Classical Athens. Ithaca, New York 1978, Cornell University Press.
- Maeder Thomas:* Crime and Madness. New York 1985, Harper & Row.
- Marschner Rolf:* Mandatory Institutionalization and Treatment in the Mental Health and Institutionalization Laws. Kirjassa David N. Wiesstüb (toim.): Law and mental health. International Perspectives, Volume 5. New York 1990, Pergamon Press.
- Marshall James:* Intention – In Law and Society. New York 1968, Funk & Wagnalls.
- Mattila Juhani:* Altiudesta syyllystä toistamiseen väkivaltarikokseen. *Psychiatria Fennica* monografiasarja No 15, Helsinki 1988.
- Mawson David:* Specific defenses to a criminal charge: assessment for court. Kirjassa Bluglass Robert ja Bowden Paul (toim.): Principles and Practice of Forensic Psychiatry. Edinburgh 1990, Churchill Livingstone.
- Melkas Jussi:* Ihmisten väliset suhteet. Kirjassa Ahola Anja, Melkas Jussi ja Sauli Hannele (toim.): Nuoruus, terveys, ihmissuhteet – suomalaista elämänlaatua? Tilastokeskus, elinolot 1990:1, Helsinki 1990.
- Melton Gary, Petrila John, Poythress Norman ja Slogobin Christopher:* Psychological evaluations for the courts. A handbook for mental health professionals and lawyers. New York 1987, The Guildford Press.
- Mielenterveyden häiriöiden diagnostinen ja tilastollinen ohjeisto DSM-III-R. Helsinki 1989.
- Mielentilatutkimus ja siitä annettava lausunto. Sosiaali- ja terveyshallitus, oppaita 14. Helsinki 1992.
- Minkkinen Panu:* Kriminaalipotilas vuosina 1970–1979: Kontrollipoliittinen näkökulma ymmärryksen puutteeseen. Kirjassa Raimo Lahti (toim.): Syyntakeettomuuden määräytyminen ja kriminaalipotilaat. Lääkintöhallituksen julkaisuja 97. Helsinki 1987.
- Mittermaier Anton:* Det så kallade minskade tillräknandets mildringsgrund efter de nyaste psykiatriska forskningarna samt de legislativa och juridiska förhandlingarna. Juridiskt Arkif. utgifvet af Carl Schmidt 1859.
- Mommensen Theodor, Krueger Paul ja Watson Alan (toim.):* The Digest of Justinian. Pennsylvania 1985, University of Pennsylvania Press.
- Moore Michael S.:* The Determinist Theory of Excuses. *Ethics*, July 1985.
- Moore Michael S.:* Law and Psychiatry. Cambridge 1984, Cambridge University Press.
- Moulin Patricia:* Extenuating Circumstances. Kirjassa Foucault Michel (toim.): I, Pierre Riviere. Norwich 1978, Peregrine Books.
- Munktel Henrik:* Straffrätt och sinnessjuka. *Svensk juristtidning* 1943, s. 111–118.
- Munktel Henrik:* Två straffrätthistoriska studier. Uppsala 1940.
- Nedopil Norbert ja Otterman Bernd:* Treatment of Mentally Ill Offenders in Germany. *International Journal of Law and Psychiatry* Vol. 16, 1993.
- Nehrman-Ehrenstråle David:* Inledning til then Swenska Jurisprudentialiam criminalem efter Sverige rikes lag och stadga, Stockholm 1756.
- Nemec Jaroslav:* Highlights in Medicolegal Relations. Washington 1976. U.S. Department of Health, Education, and Welfare.
- Nousiainen Kevät:* Prosessin herruus. Helsinki 1993, Suomalainen Lakimiesyhdistys.
- Nuutila Ari-Matti:* Syyllisyydestä vastuullisuuteen? Turku 1991, Turun yliopisto.
- Oikeustilastollinen vuosikirja 1924–1993. Helsinki 1925–1994, Tilastokeskus.

- Om värden af sinnessjuke manliga fångar i Finland. Suomen vankeinhoitomiesten yhdistyksen muistiinpanoja XXI. Turku 1904.
- Pajujoja Jussi*: Itsemurhat ja laki. Kirjassa Achte Kalle, Lindfors Olavi, Lönnqvist Jouko ja Salokari Markku (toim.): Suomalainen itsemurha, Helsinki 1989, Yliopistopaino.
- Pajujoja Jussi*: Väkivaltainen nuoriso? Kirjassa Tommi Hoikkala (toim.): Törmäävät tulkinat. Helsinki 1991, Gaudeamus.
- Parker Graham*: The Evolution of Criminal Responsibility. Alberta Law Review 1971, vol. 9, No. 1.
- Picquet Cheryn ja Best Reba*: The Insanity Defense: A Bibliographical Research Guide. Norcross 1985, The Harrison Company.
- Picquet Cheryn ja Best Reba*: The Insanity Defense, Supplement 1990. Norcross 1990, The Harrison Company.
- Pihlajamäki Heikki*: Legaalinen todistusteoria Suomessa – mitä se oli? Lakimies 1994, s. 607–626.
- Pihlajamäki Heikki*: Pakkolaitokseen eristäminen 1971–1986. Helsinki 1987, Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos.
- Platon*: Teokset III. Helsinki 1979, Otava.
- Platon*: Teokset VI. Helsinki 1986, Otava.
- Platt Anthony ja Diamond Bernard*: The Origins of the "Right and Wrong" Test of Criminal Responsibility and Its Subsequent Development in the United States: An Historical Survey. California Law Review 1966, vol. 54.
- Poliisin tietoon tullut rikollisuus 1928–1993. Suomen virallinen tilasto XXIII. Helsinki 1929–1994.
- Pollock Frederick ja Maitland Frederic William*: The History of English Law I–II. Cambridge 1968, Cambridge University Press.
- Pöytäkirja tehty Suomen lakimiesten ensimmäisessä yleisessä kokouksessa Helsingissä elokuun 29–31 p:nä 1907.
- Quensel Stephan*: Administration of Corrective and Protective Institutionalization, Drug Therapy and Sociotherapeutic Institutions. Kirjassa David N. Wiesstub (toim.): Law and mental health. International Perspectives, Volume 5. New York 1990, Pergamon Press.
- Qvarsell Roger*: Utan vett och vilja. Stockholm 1993, Carlsson Bokförlag.
- Raamattu. Suomennos vuodelta 1992. Pieksämäki 1992.
- Rasch Wilfried*: Criminal Responsibility in Europe. Kirjassa Bluglass Robert ja Bowden Paul (toim.): Principles and Practice of Forensic Psychiatry. Edinburgh 1990, Churchill Livingstone.
- Ranta Mauri*: Vankimielisairaalan historiikki. Helsinki 1979, oikeusministeriön vankeinhoito-osasto.
- Renvall Pentti*: Suomalainen 1500-luvun ihminen oikeuskatsomustensa valossa. Turku 1949, Turun yliopisto.
- Rikollisuustilanne 1991. Helsinki 1992, Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos.
- Rikosoikeuskomitean mietintö 1976:72. Helsinki 1976.
- Riot Philippe*: The Parallel Lives of Pierre Riviere. Kirjassa Foucault Michel (toim.): I, Pierre Riviere. Norwich 1978, Peregrine Books.
- Rosen George*: Madness in Society. Chicago 1980, University of Chicago Press.
- Ruggiero Guido*: Excusable Murder: Insanity and Reason in Early – Renaissance Venice. Journal of Social History 1982, vol. 16, No 1.
- Ruotsin valtakunnan laki 1734. Helsinki 1896.

- Rålamb Clas*: Observationes juris practicae. Stockholm 1674.
- Sadoff Robert*: Legislation in the United States. Kirjassa Buglass Robert ja Bowden Paul (toim.): Principles and Practice of Forensic Psychiatry. Edinburgh 1990, Churchill Livingstone.
- Salo Markku*: Luonnosta laitoksiin. Helsinki 1992, Sosiaali- ja terveyshallitus.
- Salokangas Raimo*: Skitsofrenian hoito ja ennuste. Kansanterveystieteen julkaisuja M 89/85, Tampere 1985.
- Sariola Heikki*: Lasten väkivalta- ja seksuaalikokemukset. Helsinki 1990, Lastensuojelun keskusliitto.
- Sarvilinna A*: Mielisairaanhoidon kehityksestä Suomessa vuoteen 1919. Uusikaupunki 1938.
- Sauli Hannele, Ahola Arja, Lahelma Eero ja Savolainen Jukka* (toim.): Elinolot numeroina. Vuoden 1986 elinolotutkimus. Elinolot 1989:1. Helsinki 1989.
- Schlaug Rudolf*: Psykiatri, lag och samhälle. Stockholm 1989, Askelin & Hägglund.
- Schorsch Eberhard*: Problems of Psychiatric Expert Witnessing in Court. Kirjassa David N. Wiesstüb (toim.): Law and mental health. International Perspectives, Volume 5. New York 1990, Pergamon Press.
- Schüler-Springorum Horst*: Quantifying the Degree of Guilt. Kirjassa David N. Wiesstüb (toim.): Law and mental health. International Perspectives, Volume 5. New York 1990, Pergamon Press.
- Scull Andrew*: Museums of Madness. London 1979, Allen Lane.
- Serlachius Allan*: Henkisesti vaja-arvoisten henkilöiden rikosoikeudellinen käsittely. Tidskrift utgifven af Juridiska Föreningen i Finland 1907, s. 269–284.
- Serlachius Allan*: Suomen rikosoikeuden oppikirja. Helsinki 1909, Otava.
- Sivenius Hannu*: Pierre Rivieren päättymätön oikeudenkäynti. Kirjassa Kosonen Pekka ja Levo-Kivirikko Anneli (toim.): Vapaus, veljeys ja vallankäyttö. Helsinki 1989, Helsingin yliopisto.
- Sjögren Wilhelm*: Förarbetena till Sveriges Rikes Lag II. Lagkommissionens protokoll 1694–1711. Uppsala 1901.
- Sjögren Wilhelm*: Förarbetena till Sveriges Rikes Lag IV. Lagkommissionens protokoll 1686–1697. Uppsala 1902.
- Skrzeczka*: Sinnessjukdomarne i förhållande till tillräkninsläran. Tidskrift utgifven af Juridiska Föreningen i Finland 1873, s. 214–240 ja 320–347.
- Smith Dwayne ja Parker Robert*: Type of Homicide and Variation in Regional Rates. Social Forces 1980, vol. 78:2.
- Sonden Torsten*: De sinnesjukas straffrättsliga ställning i Sverige. Supplementshefte til Nordisk Tidskrift for Strafferet 1930. Köbenhavn, 1930, Kandrups & Wunsch.
- Spierenburg Pieter*: The Broken Spell. London 1991, Macmillan.
- Steadman Henry, Callahan Lisa, Robbins Pamela ja Morrissey Joseph*: Maintenance of an Insanity Defense Under Montana's "Abolition" of the Insanity Defense. American Journal of Psychiatry 1989, vol. 146.
- Stiernhöök Johan*: De jure Sveonum et Gothorum vetusto. Holmiae 1672.
- Stroud Ronald*: Drakon's Law on Homicide. Berkeley 1968, University of California Press.
- Suomen tilastollinen vuosikirja 1990, Helsinki 1991, Tilastokeskus.
- Svrakic Dragan, Whitehead Cynthia, Przybeck Thomas ja Cloninger Robert*: Differential Diagnosis of Personality Disorders by the Seven-Factor Model of Temperament and Character. Archives of General Psychiatry 1993, vol. 50, December 1993.
- Szasz Thomas*: Law, Liberty, and Psychiatry. New York 1963, The Macmillan Company.

- Szasz Thomas: *Insanity. The Idea and Its Consequences*. New York 1987, John Wiley & Sons.
- Tamm Ditlev: *Retshistorie*. Bind 2: Romerret og europæisk retsudvikling. København 1991, Gentofte Tryk.
- Terveysturvallisuuden oikeusturvakeskuksen lausunto 30.6.1994. Diaarinumero 3726/01/94.
- Thesleff Holger: *Platonin Lait, esittely ja selitykset*. Platon teokset VI, Helsinki 1986, Otava.
- Thomas Lynn: *Breaking the Stone Tablet: Criminal Law Without the Insanity Defense*. Idaho Law Review, Vol. 19, No 2, Spring 1983.
- Tillämpning av lagen om rättspsykiatrisk vård. Allmänna råd från socialstyrelsen 1991:10. Stockholm 1991.
- Tuovinen Matti: *Ajatuksia mielentilatutkimustyöstä psykiatrin kannalta*. Kirjassa Arento Veli-Matti (toim.): *Potilaslaista, oikeuspsykiatriasta, depressiosta ja ryhmäpsykoterapiasta*. Helsinki 1993.
- Tuppurainen Jukka: *Mielentilatutkimuksen juridisesta taustasta ja mielentilalausunnon laatimisesta*. Kirjassa Hakola Panu (toim.): *Soome ja Eesti psühhiaatrite sümposium õiguspühhiaatriast*. Kuopio 1991.
- Ulkuniemi Martti: *Kuningas Kristoferin maanlaki 1442*. Vaasa 1978, Vaasan kauppaopistokoulu.
- Utriainen Terttu: *Syyllisyys muuttuvana käsitteenä*. Vammala 1984.
- Wahlberg C. J.: *Åtgärder för lagförbättring 1633–1665*. Upsala 1878.
- Walker Nigel: *Crime and Insanity in England*, 1. Edinburgh 1968, Edinburgh University Press.
- Walker Nigel: *The Insanity Defense before 1800*. The Annals of The American Academy of Political and Social Science, Volume 477, January 1985. Sage Publications, Beverly Hills.
- Vankeinhoidon vuosikertomus 1987. Helsinki 1988, oikeusministeriön vankeinhoito-osasto.
- Wasik Martin: *Insanity, diminished responsibility and infanticide: legal aspects*. Kirjassa Bluglass Robert ja Bowden Paul (toim.): *Principles and Practice of Forensic Psychiatry*. Edinburgh 1990, Churchill Livingstone.
- Watson Alan: *Rome of the XII Tables*. Princeton, New Jersey 1975, Princeton University Press.
- Weiner Barbara: *The Insanity Defense: Historical Development and Present Status*. Behavioral Sciences & the Law. Vol. 3, Number 1. Winter 1985.
- Verkko Veli: *Lähimmäisen ja oma henki*. Jyväskylä 1949, Gummerus.
- Westermarck Edvard: *Moraalin synty ja kehitys I*. Porvoo 1933, WSOY.
- Whitlock Anthony: *Criminal responsibility*. Kirjassa Bluglass Robert ja Bowden Paul (toim.): *Principles and Practice of Forensic Psychiatry*. Edinburgh 1990, Churchill Livingstone.
- Viljanen Anna Maria: *Psykiatria ja kulttuuri*. Helsinki 1994, Stakes.
- Viljanen Terhi: *Henkirikokset Suomessa vuosina 1970–1979*. Helsinki 1983, Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos 60.
- Volckart Bernd: *The Significance of the Benefit of the Doubt for the Institutionalization of the Mentally Ill*. Kirjassa David N. Wiestub (toim.): *Law and mental health. International Perspectives*, Volume 5. New York 1990, Pergamon Press.
- World Health Statistics Annual 1970–1992. WHO, Geneve 1971–1993.
- Vuori Hannu: *Lääketieteen historia*. Jyväskylä 1979, Gummerus.
- Väestölaskenta 1985. Kunnittaiset tiedot. Suomen virallinen tilasto VI C:107. Helsinki 1988, Tilastokeskus.

Väestörakenne kunnittain 31.12.1992. Väestö 1990:1. Helsinki 1990, Tilastokeskus.

Ylikangas Heikki: Käännekohtat Suomen Historiassa. Porvoo 1986, WSOY.

Ylikangas Heikki: Mennyt meissä. Porvoo 1990, WSOY.

Ylikangas Heikki: Miksi oikeus muuttuu. Porvoo 1988, WSOY.

Zahn Margaret ja Sagi Philip: Stranger Homicides in Nine American Cities. The Journal of Criminal Law & Criminology 1987, vol 78:2.

Julkaisemattomat alustukset ja tiedonannot:

Hellbom Eira: "Mielentilatutkimuspyynnön käsittely sosiaali- ja terveyshallituksessa."

Alustus sosiaali- ja terveyshallituksen seminaarissa "Rikoksesta syytetyn mielentila" 17.11.1992.

Hellbom Eira: Alustus terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen ja vankeinhoidon koulutuskeskuksen seminaarissa "Onko mielentilassa mieltä" 24.11.1994.

Joukamaa Matti: Alustus terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen ja vankeinhoidon koulutuskeskuksen seminaarissa "Onko mielentilassa mieltä" 24.11.1994.

Lappi-Seppälä Tapio: Alustus terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen ja vankeinhoidon koulutuskeskuksen seminaarissa "Onko mielentilassa mieltä" 24.11.1994.

Lehtinen Ville: Tiedonanto 7.2.1995.

OSA 1: MIELENTILASÄÄNNÖSTEN KEHITYS

I JOHDANTO

Ajatus siitä, että mielisairaita rikoksenteikijöitä on kohdeltava lievemmin kuin muita, on universaali. Mielentiläsäännöksiä on kirjattu jo vanhimpiin länsimaisiin lakeihin ja niitä esiintyi erittäin varhain myös Euroopan ulkopuolisissa kulttuureissa. Moderneihin lakeihin mielentiläsäännökset kuuluvat olennaisena osana kautta maailman.¹

Se että mielentiläsäännökset ovat yleismaailmallisia ja ylihistoriallisia, ei kuitenkaan merkitse, että niitä olisi sovellettu aina samalla tavoin. Merkittäviä ajallisia ja alueellisia vaihteluita on ilmennyt siinä, minkätyyppisiä mielenterveyden häiriöitä on pidetty säännösten soveltamisalaan kuuluvina. Kriteerit ovat saattaneet olla erittäin tiukkoja niin, että vain harvat rikoksenteikijät ovat tulleet erityiskohtelun piiriin. Toisaalta säännösten piiri on saattanut muodostua niin laajaksi, että mielenterveydeltään häiriintyneet ja psykiatriseen hoitoon sijoitetut rikoksenteikijät ovat eräissä rikostyypeissä muodostaneet jopa enemmistön.²

Vastaavasti mielisairaisiin rikoksenteikijöihin sovelletut seuraamukset ovat eronneet erilaisissa yhteiskunnallisissa tilanteissa. Kun mielisairaana rikoksenteikijän seuraamuksena on nykyisin yleensä mielisairaalahoidon muodossa tapahtuva eritys, antiikin ja keskiajan kehittyneimmät oikeuskulttuurit – antiikin Kreikka ja Rooma sekä myöhemmin Pohjois-Italian kaupunkivaltiot – saattoivat kohdella mielisairaita rikoksenteikijöitä vielä lievemmin. Törkeissäkin rikoksissa mielisairas saattoi vapautua kaikista virallisista seuraamuksista.

Sen lisäksi että mielentiläsäännösten soveltamisala ja mielisairaisiin rikoksenteikijöihin kohdistuneet seuraamukset ovat vaihdelleet, mielentiläsäännösten rakenne ei sekään ole ollut vakio. Kun Suomessa nykyisin edellytetään, että mielenterveyden häiriön tulee ilmetä rikoshetkellä ja olla syy-yhteydessä tekoon, säännös on myös voitu muotoilla aivan toisin. Esimerkiksi varhaisessa ruotsalaisessa oikeudessa ei pantu mitään painoa rikoshetken mielentilalle. Ratkaisevaa mielentiläsäännöksen soveltamisen kannalta oli se, oliko rikoksenteikijä aikaisemmin virallisesti to-

¹ Westermarck, s. 303–312, jossa luetellaan myös poikkeuksia pääsäännöstä, oikeuskulttuureita joissa rikoksenteikijän mielenterveyden häiriöt eivät ole johtaneet seuraamusta lieventävään lopputulokseen.

² Holmberg (1994b), s. 46–48.

dettu mielisairaaksi. Lain mukaan mielentiläsäännöksiä voitiin soveltaa vain henki-
löön, jonka sairaudesta oli kiistaton aikaisempi näyttö.

Tutkimuksen ensimmäisen, historiallisen osan tarkoituksena on antaa nykyisin
käytössä oleville lainsäädäntöratkaisuille ajallista syvyyttä. Samalla se kertoo siitä,
että mielentiläsäännöksissä ei ole vain yhtä mahdollista vaihtoehtoa, vaan ratkaisu-
malleja ääripäästä toiseen. Merkittävintä historiallisessa osassa on kuitenkin kah-
den samaan aikaan syntyneen käsitejärjestelmän, klassisen rikosoikeuden ja tieteel-
lisen psykiatrian välinen jännite. Nämä kumpikin alkoivat vaikuttaa oikeudelliseen
ajatteluun 1700- ja 1800-luvun vaihteen molemmin puolin.

Klassisen rikosoikeuden ytimenä oli ajatus tahdonvapaudesta, jonka kautta
konstruoitiin koko rikosoikeudellinen järjestelmä. Ristiriita psykiatria-
nähden aiheutui siitä, että psykiatria on alusta alkaen pyrkinyt soveltamaan empiiristen
tieteiden metodeja. Siksi psykiatrian puolella on myös katsottu, että tahdonvapautta
koskevaan kysymykseen on mahdotonta tieteellisesti vastata. Suomessa tämä risti-
riita nousi esiin voimassa olevaa vuoden 1889 rikoslakia säädettäessä.

Psykiatrisen lähestymistavan ja vapaan tahdon ristiriitaa on kuvattu seuraavalla
tavalla:

”Psykiatria on pyrkinyt saavuttamaan tieteen kunnianarvoisan aseman. Tä-
män toteuttaakseen psykiatrien on ollut pakko omaksua deterministinen
asenne suhteessa käyttäytymisen syy-yhteyksiin. Kaikilla teoilla on syynsä,
jotka ovat (vähintäänkin periaatteessa) tunnettavissa. Määrittelemättömyys
on vain tämänhetkisen tietämättömyyden tuotetta ... Se mitä ammattikunta
on ollut vastahakoinen tunnustamaan on se, että kuvatu-
nlaisessa maailman-
katsomuksessa ei ole tilaa kysymykselle tahdonvapaudesta, siitä olisiko hen-
kilö voinut toimia toisin.”³

Kun tuomioistuin tekee päätöstä syyntakeisuudesta, se siis lähtee pohtimaan sitä,
oliko tekijällä toisin toimimisen mahdollisuus. Oikeustieteen ja psykiatrian on
kuitenkin nähty ratkaisevasti eroavan juuri tässä:

”Sekä tavallisille ihmisille että juristeille vastuullisuus merkitsee valintaa
tekojen välillä ja mahdollisuutta toimia toisin. Asian ydin on syyntakeisuus,
eli itseasiassa moraalinen käsite. Jos kunnioitetaan psykiatrien vaatimusta
olla tiedemiehiä, heillä ei ole mitään etuoikeutta lausua jotakin syyntakeisuu-
desta – eli siis mitään siitä, kuinka vastuunalainen henkilö on teoistaan.
Parhaimmillaan he voivat sanoa jotakin näiden tekojen syistä, mutta se on eri
asia. Tämän vuoksi myös monet psykiatrit ovat sitä mieltä, että heillä ei ole
mitään tehtävää tuomioistuimissa.”⁴

³ Daly ja Wilson, s. 264.

⁴ Daly ja Wilson, s. 264.

Lääketieteellinen tutkimus syytetyn mielentilasta – mielentilatutkimus – tehdään sen selvittämiseksi, miksi rikoksenteikijä toimi niin kuin toimi. Tätä koskeva psykiatrinen selitys on deterministinen ja kausaalinen, syy-seuraussuhteille rakentuva. Kun asia myöhemmin tulee tuomioistuimen lopullisesti ratkaistavaksi, tuomioistuimessa pohditaan kysymystä syyntakeisuudesta ja tahdonvapauden asteesta. Usein on kuitenkin katsottu, että näihin kysymyksiin ei voida vastata mielentilatutkimuksen perusteella, koska mielentilatutkimuksessa ovat mukana kaikki ne kausaalisuhteet, jotka psykiatrian näkökulmasta ovat merkittäviä ilman minkäänlaista oletusta tahdonvapaudesta. Siksi on myös pidetty epäkohtana sitä, että mielentilatutkimuksessa käytetty deterministinen selitysmalli muuttuu tuomioistuimessa indeterministiseksi, tahdonvapaudelle rakentuvaksi.⁵

Kysymys oikeus- ja lääketieteen välisestä jännitteestä nousee keskeiseen asemaan tutkimuksen toisessa osassa. Tutkimuksen toinen osa on empiirinen tutkimus suomalaisesta mielentila-aineistosta. Tällöin pyritään selvittämään, mitkä ovat ne lääketieteelliset kriteerit, joihin psykiatrisen asiantuntijan syyntakeisuutta koskeva kannanotto perustuu.

Suomalaisessa mielentilatutkimuksessa rikoksenteikijät luokitellaan kolmiportaiselle psyyken tilaa kuvaavalle asteikolle: täydessä ymmärryksessä olevat, täyttää ymmärrystä vailla olevat ja ymmärrystä vailla olevat. Tässä järjestyksessä myös lain määrittämä rangaistusuhka lievenee. Täydessä ymmärryksessä oleville rangaistus tuomitaan käyttäen tavanomaista rangaistusasteikkoa, täyttää ymmärrystä vailla oleviin sovelletaan alennettua asteikkoa ja ymmärrystä vailla olevat jätetään rangaistukseen tuomitsematta. Lähes poikkeuksetta ymmärrystä vailla olevien kuitenkin todetaan olevan tahdosta riippumattoman psykiatrisen hoidon tarpeessa, joten käytännössä ymmärrystä vailla olevat sijoitetaan mielisairaalahoitoon.

Mielentilatutkimuksen yhteydessä selvitetään koko syytetyn elämänhistoria: perhetausta, lapsuus, koulutus, rikoshetken elämäntilanne, hoito- ja rangaistushistoria, syytteenalainen teko, psykiatrinen status jne. Tutkimuksen toisessa osassa mielentilatutkimuksen asiakohdat käydään systemaattisesti lävitse. Perimmäisenä tarkoituksena on tutkia, erottuvatko eri syyntakeisuusryhmät toisistaan lääketieteellisten kriteerien perusteella.

Tutkimuksen kolmannen osan muodostaa mielentilasäännösten kansainvälinen vertailu. Tässä yhteydessä on tarkoitus selvittää sitä, millä tavoin ulkomaisissa mielentilajärjestelmissä on ratkaistu eräitä suomalaisen järjestelmän ajankohtaisia ongelmia. Kysymys on lähinnä ymmärrystä vailla olevista rikoksenteikijöistä. Suomessa heidät on sijoitettu mielisairaaloihin vetoamalla yksinomaan hoidollisiin perusteisiin ts. heidän todetaan olevan tahdonvastaisen hoidon tarpeessa. Kun mie-

⁵ Melton, Petrila, Poythress ja Slogobin, s. 7.

lisairaaloissa hoitoajat ovat viime vuosina voimakkaasti lyhentyneet, tilanteesta on kuitenkin muodostunut ongelmallinen. Ymmärrystä vailla olevilla rikoksentekijöillä hoitoajat ovat olleet samaa tasoa kuin vastaavissa rikoksissa tuomitut ehdottomat vankeusrangaistukset. Törkeimmissä rikoksissa hoitoajat ovat liikkuneet vuosissa,⁶ mutta vastaavista mielenterveyden häiriöistä kärsivien potilaiden hoito siviilisairaaloissa – silloin kun rikosta ei ole tapahtunut – on huomattavasti lyhyempi. Keskimääräinen hoitajakso mielisairaalassa on vain muutamien kuukausien luokkaa.⁷ Kysymys kuuluukin: miten on hoidollisin syin perusteltavissa se, että samojen mielenterveyden häiriöiden hoito kestää rikostapauksessa vuosia, muutoin vain muutamia kuukausia?

Em. kysymysten lisäksi kansainvälinen vertailu luo myös pohjaa tutkimuksen päätösosalle, jossa pohditaan sitä, olisiko oikeus- ja lääketieteen rajanveto mahdollista suorittaa nykyisestä poikkeavalla tavalla. Kysymys on ajankohtainen erityisesti siksi, että käynnissä olevassa rikoslain kokonaisuudistuksessa ovat parhaillaan valmisteltavana juuri mielentiläsäännökset. Tämän tutkimuksen perimmäisenä sosiaalisena tilauksena onkin ollut juuri rikoslakiuudistus. Kun voimassa olevaa säännöstöä lähdetään uudistamaan, on olennaista tietää, miten käytössä olevaan järjestelmään on päädytty, miten se käytännössä toimii ja millaisia vaihtoehtoja ulkomaiset ratkaisumallit näyttäisivät sen nykyisiin ongelmiin tarjoavan.

⁶ Minkkinen, s. 158.

⁷ Tiedonanto Stakes/Ville Lehtinen 7.2.1995.

II MIELISAIRAS RIKOKSENTEKIJÄ VARHAISISSA EUROOPPALAISISSA OIKEUSJÄRJESTELMISSÄ

2.1. Antiikin Kreikka

Vanhimmissa länsimaisissa laeissa mielentiläsäännökset esiintyivät yleensä lyhyenä mainintana siitä, että mielisairaaseen rikoksentekijään kohdistuva seuraamus oli tavanomaista lievempi.¹ Varhaisin yksityiskohtainen kuvaus mielisairaaseen rikoksentekijän asemasta on kirjattu Platonin (427–347 eKr) teokseen ”Lait”. Tässä noin vuodelle 350 eKr ajoitetussa teoksessa Platon hahmotteli ideaalisen kaupunkivaltion lainsäädäntöä.² Platonille mielisairaaseen rikoksentekijät olivat osa laajempaa problematiikkaa, kysymystä siitä, miten mielisairaiden suhteen tulisi kaupunkivaltiossa menetellä. Mielisairaasta Platon sääti yleisesti seuraavaa:

”Mielisairas älköön näyttäytykö kaupungissa. Omaisten on pidettävä hänet kotona kaikin käytettävissään olevin keinoin. Muussa tapauksessa heidän on maksettava sakot. Korkeimpaan omaisuusluokkaan kuuluvan on maksettava sata drakhmaa, olipa hänen silmälläpitonsa alainen orja tai vapaa, toiseen omaisuusluokkaan kuuluvan neljä viidesosaa minaa, kolmanteen kuuluvan kolme viidesosaa minaa ja neljänteen kuuluvan kaksi viidesosaa minaa. Hulluutta on montaa laatua. Nyt mainitsemissamme tapauksissa se on sairautta ...”³

¹ Maeder, s. 3.

² Platonin Lakien käyttöön historiallisena lähteenä on joskus suhtauduttu hyvinkin torjuvasti. Esimerkiksi Carl Ludvig von Bar on lähtenyt siitä, että ”on hyvin vaikea arvioida, koskeeko keskustelu todellisia ja olemassaolevia olosuhteita vai ideaalia, jota ei koskaan saavuteta” (von Bar, s. 386). Toisaalta Holger Thesleff on katsonut, että Lait ”on arvokas muun muassa siksi, että se sisältää laajimman ja täydellisimmän antiikin Kreikasta säilyneen lakikokoelman, olkoonkin, että se jäi pelkäksi ehdotukseksi jota ei sellaisenaan voitu toteuttaa”. Thesleffin mukaan Laeissa oli kysymys aikakaudelle tyypillisestä ilmiöstä: uutta kaupunkia tai siirtokuntaa perustettaessa oli tapana antaa jollekulle viisaan maineessa olevalle tehtäväksi laatia uudelle valtiolle alustavat lait. Yleensä nämä lait laadittiin jotakin vanhempaa esikuvaa noudatellen. Platonilta oli pyydetty ehdotusta mm. Megalopoliksen laeiksi ja uuden kaupungin perustamistilanne oli myös Lakien kirjallisena lähtökohtana (Thesleff, s. 390–391).

³ Platon (1986), s. 342.

Platonin säännös oli luonteeltaan preventiivinen. Mielisairaiden vapaata liikkumista rajoitettiin, jotta he eivät vaarantaisi yleistä järjestystä ja turvallisuutta. Omaisten tehtävänä oli valvoa mielisairasta. Tätä valvontavollisuutta tehostettiin sakon uhalla. Perimmiltään menettely vain vahvisti sen, mikä oli sisäänrakennettu suhteellisen kehittymättömän kaupunkivaltion luonteeseen. Kun suljettuja hoitolaitoksia ei ollut, mielisairaita kyettiin valvomaan ainoastaan heidän omaistensa toimenpitein. Äärimmäisenä ratkaisuna oli se, että omaiset sitoivat tai kahlehtivat mielisairaani tai hänet teljettiin suljettuun tilaan.⁴

Toisella tavalla kiinnostava on Platonin säännöksen loppuosa, jonka mukaan ”hulluutta on montaa laatua. Nyt mainitsemissamme tapauksissa se on sairautta”. Antiikin aikana käsitys mielisairaudesta oli monitasoinen. Arkiajattelussa mielisairautta pidettiin demonien, pahojen henkien tai yliluonnollisten voimien aiheuttamana. Toisaalta lääketieteessä torjuttiin yliluonnollisiin voimiin viittaavat selitykset. Nyt kysymyksessä oleva katkelma edustaa jälkimmäistä, lääketieteellistä selitysmallia. Platonin ajan johtava lääketieteellinen suuntaus oli Hippokrateen (n. 450–355 eKr) perustama humoraalipatologinen koulukunta. Humoraaliteorian mukaan mielen terveyden häiriöt aiheutuivat ruumiin nesteiden – veren, liman, keltaisen ja mustan sapen – välisestä epätasapainosta elimistössä. Jonkin ulkoisen tai sisäisen tekijän vaikutuksesta ruumiin nesteiden erityys muuttui. Esimerkiksi masentuneisuuden uskottiin aiheutuvan liman ylierityksestä ja melankolian mustan sapen liiallisesta määrästä. Hysteria taas oli seurausta kohdun liikkeistä, jotka aiheuttivat naisille harhaluuloja, maniaa, itsemurha-alttiutta jne.⁵

Toisaalta Platonilla esiintyi myös ajatus, että mielisairaus saattoi olla jumalallista laatua. Faidros-dialogissa kuvataan jumalaista hulluutta, johon ei sisältynyt mitään kielteistä. Päinvastoin, Platonin mukaan ”entisajan miehet, jotka antoivat asioille nimiä, eivät pitäneet hulluutta, maniaa, mitenkään häpeällisenä tai alentavana ... he pitivät hulluuden tilaa arvokkaana silloin kun se oli jumalien aiheuttama”.⁶ Platon erotti neljä jumalaisen hulluuden muotoa: profeettallisen, visionaarisen, poeettisen ja eroottisen. Lääketieteessä jumalaista hulluutta ei luettu mielisairauksiin kuuluvaksi.⁷ Myöskään nyt kysymyksessä olevassa Platonin säännöksessä ei tarkoitettu tätä hulluuden muotoa.

Siinä tapauksessa että mielisairas syyllistyi rikokseen, Platonin mukaan oli meneteltävä seuraavasti:

⁴ Rosen, s. 129–130, 136; Spierenburg, s. 167; Walker (1968), s. 30.

⁵ Erkkilä (1938a), s. 802; Qvarsell, s. 15; Rosen, s. 33, 73–74; Salo, s. 14; Spierenburg, s. 168; Vuori, s. 244.

⁶ Platon (1979), s. 164–165.

⁷ Rosen, s. 102.

”Olkoon hän muista rangaistuksista vapaa, paitsi jos on tappanut toisen ihmisen eikä ole puhdistanut käsiään verivelasta. Tässä tapauksessa hän lähteköön toiseen paikkaan ja maahan ja asukoon siellä yhden vuoden ajan. Jos hän palaa ennen lain säätämää määräaikaa tai jalallaan astuu kotimaahansa, suljettakoon hänet kahdeksi vuodeksi valtion vankilaan lainvartijoiden valvottavaksi älköönkä päästettävä vankilasta ennen sanottua määräaikaa.”⁸

Mielisairas rikoksentekijä siis yleensä vapautui rangaistuksesta. Vain henkirikoksissa seurauksena oli vuoden karkotus. Karkotus oli varhaisille oikeusjärjestelmille tyypillinen seuraamus. Alkujaan karkotuksella pyrittiin estämään välittömän verikoston kohdistaminen rikoksentekijään. Mielisairaita rikoksentekijöitä koskeva karkotussäännös sisältyi jo vuosien 1400–1200 eKr välillä kirjattuun Mooseksen lakiin. Mooseksen lain mukaan tahattomasti tai vahingossa henkirikokseen syyllistyneiden – joihin kuuluivat myös mielisairaat rikoksentekijät⁹ – oli henkensä säilyttääkseen paettava turvakaupunkiin.¹⁰

Platonin karkotussäännöksessä käsiteltiin myös tilannetta, jossa karkotettu palasi takaisin ennen määräajan päättymistä. Platonin mukaan mielisairas rikoksentekijä oli tällöin suljettava kahdeksi vuodeksi valtion vankilaan lainvartijoiden valvottavaksi. Tämä kohta tuskin vastasi aikakautensa kreikkalaista oikeustodellisuutta. Kyseisenä aikana vangitsemista käytettiin lähinnä tutkintavankeuden luontoisesti: joko ennen oikeuskäsittelyä, jotta varmistettaisiin syytetyn läsnäolo itse oikeudenkäynnissä tai oikeudenkäynnin jälkeen odotettaessa rangaistuksen täytäntöönpanoa, esimerkiksi kuolemantuomiota. Pituudeltaan vangitsemiset olivat muutamien päivien luokkaa. Sellaista pitkälle organisoitua rangaistusjärjestelmää, joka olisi voinut toteuttaa Platonin määräämän kahden vuoden vankeuden, ei kuitenkaan ollut.¹¹

Mielisairauden suhteen Kreikassa – kuten muissakin varhaisissa kulttuureissa – lähdettiin siitä, että kysymyksessä oli krooninen, pitkäkestoinen ja pysyvä sairaustila. Tähän viittasi jo ensiksi käsitelty Platonin säännös, jonka tarkoittamat turvallisuusjärjestelyt kohdistuivat nimenomaan kroonikoihin. Mielisairauden tunnusmerkkeinä pidettiin erilaisia harhaluuloja ja -aistimuksia, päämäärätöntä kuljeskelua, aggressiivisuutta, eristäytyneisyyttä, synkkyyttä, ihmisvihaa ym.¹² Siitä millä tavoin rikoksentekijän mielisairaus käytännössä todettiin, ei antiikin Kreikasta ole tietoa. Lääketieteellistä asiantuntemista tuskin käytettiin. Antiikin lähteissä esiintyy

⁸ Platon (1986), s. 260.

⁹ Qvarsell, s. 14.

¹⁰ Viidennessä Mooseksen kirjassa (4:41–42) turvakaupungeista säädettiin: ”Niihin aikoihin Mooses valitsi Jordanin itäpuolelta kolme kaupunkia, jotta jokainen, joka tahattomasti tai vailla aikaisempaa kaunaa surmaa toisen ihmisen, voisi paeta johonkin niistä ja näin säilyttää henkensä.”

¹¹ Gagarin, s. 114; MacDowell, s. 256–257.

¹² Rosen, s. 63, 97–98.

kyllä mainintoja siitä, että fyysisiä vikoja ja vammoja arvioitaessa tuomioistuimet ovat turvautuneet lääketieteen apuun, mutta merkkejä psyyken alaa koskevan asian-tuntemuksen käytöstä ei lähteissä ilmene.¹³

Edellä esitettyjen säännösten lisäksi Platon kirjasi määräyksen siitä, kuinka mielisairaana rikoksesta aiheutunut vahinko tuli korvata:

”...sellaiseen tuskin kukaan ryhtyy, ellei ole hullu tai jollakin tavoin sairas, vanhuudenhöperö tai palannut lapsen asteelle, mikä on aivan sama asia. Jos tämä tulee valittujen tuomarien tietoon joko tekijän itsensä tai hänen puolustusasianajajansa esityksestä ja jos katsotaan, että hän lakeja rikkoessaan oli edellä kuvatussa mielentilassa, hänen on joka tapauksessa korvattava aiheut-
tamansa vahinko täysimääräisenä, mutta ei enempää.”¹⁴

Platon siis sääti mielisairaalle rikoksenteikijälle henkilökohtaisen vahingonkor-
vausvelvollisuuden. Näin taloudellinen vastuu mielisairaana rikoksenteikijän kohdal-
la jakautui kahtia: mielisairas itse vastasi tekojensa seurauksista, omaiset taas sakon
uhalla siitä, että valvonta oli tapahtunut asianmukaisesti.¹⁵ Tietoa siitä, noudatettiin-
ko antiikin Kreikassa todella kyseistä vastuunjakoa, ei kuitenkaan ole.¹⁶

2.2. Antiikin Rooma

Toisin kuin antiikin Kreikassa, antiikin Roomasta on säilynyt mielisairaita rikok-
senteikijöitä koskevia yksittäisiä asiakirjoja. Eräs merkittävimmistä on Rooman
keisari Marcus Aureliuksen (121–180 jKr) maaherra Scapula Tertullukselle osoitta-

¹³ Amundsen ja Ferngren, s. 202–204, 210–213; Rosen 136. Tässä yhteydessä on myös todettu, että rikoksenteikijän mielentilaa koskeva asiantuntijatodistelu olisi soveltunut huonosti Kreikan arkaai-
seen rikosoikeusjärjestelmään. Alun perin rikoksia pidettiin yksityisten perheiden ja sukujen välisi-
nä loukkauksina, joiden tutkinta, oikeuteen saattaminen ja syyttäminen olivat yksinomaan loukatun
osapuolen vastuulla. Esimerkiksi 620-luvulla eKr kirjattu Drakonin henkirikoslaki, joka Ateenassa
julkaistiin uudelleen vuoden 409 eKr vaiheilla, ei tuntenut julkista syyteoikeutta. Drakonin lain
mukaan syyteoikeus oli vain uhrin omaisilla, joista kaukaisimpina laissa mainittiin uhrin serkkujen
pojat. Arkaaisessa järjestelmässä, jossa julkisen vallan rooli oli vähäinen, psyyken asiantuntijan
käytölle ei sanottavasti jäänyt tilaa (Calhoun, s. 11; MacDowell, s. 120; Stroud, s. 39).

¹⁴ Platon (1986), s. 260.

¹⁵ Rosen, s. 124–125, 129.

¹⁶ On ilmeistä, että Lakien suomenkielinen käännös korostaa Platonin säännöksen modernia luonnetta,
koska ainakaan Douglas MacDowellin mukaan antiikin Kreikassa ei ollut yksiselitteistä vastinetta
nykyiselle vahingonkorvauksen käsitteelle eikä näin ollen erottelu sakon ja vahingonkorvauksen
välillä käsitteellisesti ollut yhtä selvä kuin suomenkielisestä käännöksestä voisi päätellä. Tämä ei
kuitenkaan merkitse sitä, etteikö Platonin mainitsemia sakon ja vahingonkorvauksen luonteisia
sanktioita olisi lainkaan tunnettu (MacDowell, s. 124 ja 257).

ma keisarillinen kirje, jossa Marcus Aurelius antoi yksityiskohtaisia ohjeita siitä, kuinka mielisairaana rikoksentehtäjän suhteen oli meneteltävä. Kysymyksessä oli henkirikostapaus, jossa Aelius Priscus -niminen mies oli surmannut äitinsä:

”Jos selvästi näet, että Aelius Priscus oli pysyvässä hulluuden tilassa, jonka seurauksena hänen järkensä oli pysyvästi kadonnut ja jos ei ole mitään syytä uskoa, että hän äitinsä surmaamisen aikana teeskenteli hullua, voit vapauttaa hänet rangaistuksesta, koska hulluus on itsessään rangaistus; kuitenkin sinun on pidettävä häntä tarkasti silmällä ja jos pidät sitä soveliaana, pidettävä hänet vangittuna, niin että täten rankaisit häntä, suojelet häntä häneltä itseltään ja varjelet hänen ympäristöään. Mutta jos hänellä ilmenee selkeämpiä kausia, kuten usein tapahtuu, on sinun tarkoin tutkittava, onko hän tehnyt rikoksen sellaisessa tilassa, niin ettei hänen hulluutensa tulisi hänen eduksien. Jos havaitset, että näin on asianlaita, sinun on kysyttävä meiltä neuvoa ja meidän on tutkittava, ansaitseeko hän tulla tuomituksi kuolemaan törkeästä rikoksestaan, mikäli hän on tehnyt sen hetkenä jolloin oli järjissään. Me havaitsemme kirjeestäsi, että kysymyksessä oleva henkilö on sellaisessa tilassa, että hänen omaisensa voivat säilyttää häntä omassa talossaan. Teet oikein kutsuessasi luoksesi ne, joiden tehtävänä oli valvoa häntä silloin kun rikos tapahtui ja tutkiessasi syyn sen kaltaiseen huolimattomuuteen. Sinun on tuomittava jokainen sen mukaan, näyttääkö hänen virheensä sinusta lievältä tai raskauttavalta; sillä hulluille ei panna hoitajaa vain siksi, etteivät he tekisi itselleen pahaa, vaan myös siksi että halutaan estää heitä vahingoittamasta muita. Jos näin menetellään, on täysi syy tehdä vastuullisiksi ne, jotka ovat laiminlyöneet silmälläpitotehtävänsä.”¹⁷

Marcus Aureliuksen perustelu mielisairaana rangaistuksesta vapauttamiselle oli lyhyt, ”hulluus on itsessään rangaistus” (cum satis furore ipso puniatur). Myöhemmin tätä perustelua täydensi Rooman viimeisenä merkittävänä oikeusoppineena pidetty Modestinus, joka noin vuodelle 230 jKr ajoitetuissa kirjoituksissaan esitti, ettei mielisairasta tullut rangaista hänen ”onnettoman kohtalonsa” (infelicitas fati) vuoksi. Näiden periaatteiden rationa oli kohtuus ja sääli. Marcus Aureliuksen ja Modestinuksen periaatteet päätyivät myöhemmin roomalaisen oikeuden suureen kodifikaatioon, vuosina 528–534 jKr koottuun Corpus Juris Civilikseen.¹⁸

Roomalaisessa oikeudessa mielisairaana rikoksentehtäjän rangaistuksesta vapautuminen oli nimenomaisesti todettu murhaa, majesteettirikosta, herjausta ja vahingon tekoa koskevien säännösten yhteydessä.¹⁹ Marcus Aureliuksen kirjeen perusteella

¹⁷ Sondén, s. 4–5, jossa latinankielinen alkuteksti ja sen ruotsinkielinen käännös. Tekstissä esitetty kirje ei ole laadultaan ainoa. Vastaavansisältöinen keisarillinen kirje tunnetaan myös keisari Antoninus Piuksen (86–161 jKr) ajalta (Rosen, s. 100).

¹⁸ Mommsen, Krueger ja Watson, s. 821; Pollock ja Maitland (I), s. 2; Walker (1968), s. 27; Walker (1985), s. 26.

¹⁹ Sondén, s. 5.

todennäköisin vaihtoehto oli se, että Aelius Priscus vapautui rangaistuksesta ja että hänet määrättiin edelleen omaisten valvontaan. Täysin itsestäänselvää rangaistuksesta vapautuminen ei kuitenkaan ollut. Siinäkin tapauksessa että Aelius Priscus havaittiin mielisairaaksi, maaherra Scapula Tertullukselle annettiin valta pitää ”häntä vangittuna, niin että täten rankaiset häntä, suojelet häntä häneltä itseltään ja varjelet hänen ympäristöään”. Vangitseminen saattoi kuitenkin olla vain väliaikainen ratkaisu, koska modernilla tavalla organisoitua rangaistusjärjestelmää ei Roomassa kyseisenä aikana ollut.²⁰ Kysymys oli tilapäisluontoisesta turvaamistoimenpiteestä.

Myös mielisairaiden hoidon ja valvonnan suhteen lähtökohdat olivat Roomassa samat kuin Kreikassa. Vuodelle 449 eKr ajoitetussa XII taulun laissa määrättiin, että mielisairas oli lähiomaisten, yleensä isän tai lähimmän isänpuoleisen sukulaisen vastuulla.²¹ Roomassa tämän rinnalle nousi myöhemmin toinen menettely. Mielisairaalle vahvistettiin virallisesti valvoja (curator furiosi) kuten Aelius Priscuksen kohdalla oli tapahtunut. Kyseiseen tehtävään saatettiin määrätä joko mielisairaana omainen tai joku ulkopuolinen henkilö.²²

Tarve valvojan määräämiselle syntyi yleensä silloin, kun se taloudellisten syiden, esim. omaisuusjärjestelyjen takia katsottiin välttämättömäksi. On ilmeistä, että virallisesti vahvistettuja valvoja määrättiin antiikin Roomassa vain suhteellisen harvoin. Kun omaisuutta ei ollut, valvojan määräämisellä ei ollut merkitystä. Valtaosaa mielisairaista ei koskaan vahvistettu virallisesti sairaiksi.²³

Vaikka valvojan vahvistaminen oli perimmiltään siviilioikeudellinen toimenpide, rikoksen suhteen se loi selvän presumtion siitä, että sairaustila oli myös rikoshetkellä olemassa. Ehdoton tämä presumtio ei kuitenkaan ollut. Marcus Aureliuksen kirjeessä puhuttiin selkeistä kausista, joiden aikana tehdystä rikoksesta mielisairaaksi julistettu henkilö oli tuomittava kuten muutkin rikoksenteekijät.²⁴ Mielisairaana rikoksenteekijän lievän kohtelun periaatetta ei siis sovellettu kausiluontoisesti mielisairaaseen, jos hän ei tekohetkellä ollut psykoottisessa tilassa.

Viimeksi mainitulla säännöksellä oli kaksinainen funktio. Toisaalta sillä oli ja on lääketieteellinen perusta, ts. mielisairauden kulussa saattaa esiintyä hyvinkin erilaisia vaiheita. Toisaalta säännöksellä oli myös preventiivistä merkitystä. Jos rangaistuksesta vapautuminen olisi tapahtunut suoraan mielisairaaksi julistamisen perusteella, Aelius Priscus olisi voinut surmata äitinsä luottaen siihen, että virallisesti

²⁰ Kinberg (1952), s. 23–24.

²¹ Alanen, s. 116–122; Gardner, s. 169; Kaser, s. 209–210 ja 257; Klami, s. 64; Kocourek ja Wigmore (II), s. 296–300; Rosen, s. 126; Watson, s. 47–51 ja 71–80.

²² Kinberg (1930), s. 19; Kinberg (1952), s. 23; Rosen, s. 127.

²³ Gardner, s. 168–172; Rosen, s. 128–129.

²⁴ Rosen, s. 128.

mielisairaaksi luokiteltuna hän olisi välttänyt rangaistuksen. Näin säännös, joka edellytti mielisairauden ilmenemistä rikoksen tekohetkellä, muodosti preventiivisen kontrollimekanismin, joka esti sen, ettei aikaisemmin tapahtunut mielisairaaksi julistaminen automaattisesti johtanut rangaistuksesta vapautumiseen.

Lisäksi Marcus Aurelius edellytti kirjeessään sitä, että oli eliminotava simulaation mahdollisuus – eli estettävä se, että psyykeltään terve rikoksenteikijä mielisairautta teeskentelemällä välttyisi rangaistuksesta. Käytännössä simulaation vaara oli varsin vähäinen Aelius Priscuksen kaltaisissa tapauksissa, joissa henkilö oli aikaisemmin julistettu mielisairaaksi. Silloin kun tämänkaltaista aikaisempaa näyttöä mielisairauden olemassaolosta ei ollut, tilanne luonnollisesti oli toinen.²⁵

Kyseiset säännökset olivat siis kontrollikeinoja, joilla estettiin rangaistusvastuusta vapautumisen väärinkäyttö. Ensin mainittu säännös esti sen, ettei mielisairaaksi julistamisesta tullut valtakirjaa tehdä rikoksia ilman pelkoa rangaistuksesta. Toinen taas karsi mielisairaiden rikoksenteikijöiden joukosta terveet rikoksenteikijät, jotka koettivat esittää sairasta.²⁶

Siitä minkätasoisista ja -laatuista sairaustilaa rangaistuksesta vapautuminen edellytti, kertoi Modestinuksen periaate, jossa mielisairautta kuvattiin ”onnettomaksi kohtaloksi”. Tämä viittasi pysyvään ja pitkäaikaiseen sairaustilaan. Oikeudellisissa asiakirjoissa mielisairaista käytettiin yleensä nimityksiä ”furiosus”, ”demens”, ”insanus” ja ”mente captus”. Käsitteiden sisältö ja keskinäiset suhteet ovat kuitenkin kiistanalaisia ja epäselviä, joten niiden perusteella ei voida muodostaa tarkkaa kuvaa kulloinkin kysymyksessä olevan sairauden laadusta.²⁷

Perustaltaan roomalainen mielisairauskäsitys oli samalla tavoin kaksijakoinen kuin antiikin Kreikassa. Kansan keskuudessa hallitsivat demonologiset käsitykset ts. mielisairaita pidettiin pahojen henkien riivaamina. Lääketieteessä johtava suuntaus oli humoraalipatologia, joka torjui yliluonnolliset selitykset. Vaikka eräät lääkärit koettivat hoitaa myös mielisairaita, näyttöä siitä, että lääketieteen asiantuntijat olisivat osallistuneet mielisairaita rikoksenteikijöitä koskevaan päätöksentekoon, ei Roomasta ole. Tässäkin tapauksessa lääketieteen käyttö tuomioistuimissa on jäänyt fyysisten seikkojen todistamiseen.²⁸

Ylipäätään on todettava, ettei Marcus Aureliuksen kirjeessä esitetty ratkaisumalli välttämättä ollut kovin edustava. Rooman varhaisvaiheen ankarassa, pitkälti yksityiseen koston perustuvassa rangaistusjärjestelmässä suhtautuminen mielisai-

²⁵ Sondén, s. 5–6.

²⁶ Suurin merkitys mielisairauden kausiluontoisuudella ja simulaatiolla oli roomalaisessa siviilioikeudessa, jossa näihin vetoamalla pyrittiin muuttamaan ja manipuloimaan oikeustoimien sisältöä. Tästä tarkemmin Gardner, s. 170–172.

²⁷ Gardner, s. 168–172; Sondén, s. 6–7.

²⁸ Barras ja Bernheim, s. 104; Kinberg (1952), s. 26; Rosen, s. 73–74, 132.

raisiin rikoksentekijöihin tuskin oli niin lievää kuin mitä edellä on kuvattu.²⁹ Toisaalta Marcus Aureliuksen ja Modestinuksen aikanakin mielisairaiden rikoksentekijöiden rangaistuksesta vapautuminen saattoi koskea vain rajoitettua ryhmää. Roomassa kuten muutoinkin antiikin maailmassa mielisairaiden kohtelu vaihteli olennaisesti heidän sosiaalisen asemansa mukaan. Suhtautuminen varsinkin köyhiin mielisairaisiin oli vieroksuva ja torjuva. Sen sijaan varakkaat perheet saattoivat palkata mielisairaille omat palvelijat ja hoitaa heitä kotona.³⁰ Lähteiden puuttuessa jää kuitenkin avoimeksi, kuinka yleistä mielisairaiden rikoksentekijöiden rangaistuksesta vapautuminen Roomassa lopulta oli ja koskiko se todella kaikkia mielisairaita vai vain pientä mielisairaiden eliittiryhmää.³¹

²⁹ Lintott, s. 14, 25–26 ja 89.

³⁰ Rosen, s. 64.

³¹ Qvarsell, s. 19.

III KESKIAJAN EUROOPPALAINEN OIKEUS

Mielisairaita rikoksenteijöitä koskevia säännöksiä tunnetaan jo varhais- ja sydän-keskiajalta kautta Euroopan. Tämänkaltaisen säännös sisältyi Pohjois-Italiassa 643 jKr julkaistuun lakikokoelmaan ”*Edictum Rothari*”,¹ 700-luvun anglosaksiseen oikeuteen² sekä myöhemmin ranskalaiseen,³ saksalaiseen⁴ ja pohjoismaiseen oikeuteen. Pohjoismaissa vanhin mielisairasta rikoksenteijää koskeva lainkohta on kirjattu islantilaiseen Gracás -kokoelmaan. Kyseinen kokoelma ajoittuu vuosille 1117–1118.⁵ Ruotsissa varhaisin mielisairaana rikoksenteijän mainitseva lainkohta on peräisin sata vuotta myöhemmältä ajalta. Se esiintyi 1220-luvulla kootussa Länsi-Götan maakuntalaissa.⁶

Oikeuslähteiden puuttuessa on kuitenkin epäselvää, missä määrin näitä lainkohtia sovellettiin. Varmoja tietoja mielisairaita rikoksenteijöitä koskevien säännösten käytöstä on vasta myöhäiskeskiajalta, 1200- ja 1300-luvulta alkaen. Kuten yleensä keskiajan oikeuskehityksessä, edelläkävijänä toimivat Pohjois-Italian kaupunkivaltiot.⁷ Seuraava vuodelta 1349 oleva oikeustapaus kertoo siitä, miten mielisairaiden rikoksenteijöiden suhteen meneteltiin keskiajan Venetsiassa:

Vuonna 1349 Giovanni surmasi Venetsiassa kaksi miestä. Kun tekijä saatiin kiinni, hänet todettiin mielisairaaksi, ”*insane mentis et furiosus*”. Tavanomaiseen tapaan rikosta ryhdyttiin käsittelemään kolmen aatelismiehen muodostamassa tuomioistuimessa. Tuomioistuin ei kuitenkaan ratkaissut asiaa, koska vallitsi epätietoisuutta siitä, miten tapauksessa olisi toimittava. Asia siirrettiin kaupunkia hallitsevan ruhtinaan ja hänen neuvonantajiansa päätettäväksi.

Myös ruhtinas ja hänen neuvonantajansa pitivät tapausta epäselvänä ja mielipiteet sen suhteen jakautuivat. Eräät neuvonantajista kannattivat vaihtoehtoa, jonka mukaan rikoksenteijä oli tuomittava eliniäksi vankeuteen. Vas-

¹ Calisse, s. 41, 245–246; Nemec, s. 12.

² Walker (1968), s. 15.

³ Von Bar, s. 153.

⁴ Kinberg (1930), s. 20–23; Mittermaier, s. 500–501.

⁵ Nemec, s. 14.

⁶ Holmbäck ja Wessén (1946), s. 26.

⁷ Mittermaier, s. 498–499; Ruggiero, s. 110–113; Tamm, s. 233–244; Walker (1968), s. 19–27.

taehdotuksen mukaan rikoksentekijä olisi sijoitettava omaisten huostaan. Kun asiasta ei päästy yksimielisyyteen, hankittin asiantuntijalausunto Rainerio da Frauli-nimiseltä lakimieheltä. Frauli perusti lausuntonsa Corpus Juris Civiliksen Digesta-osaan. Digestaan nojautuen hän ehdotti, että mielisairas rikoksentekijä määrättäisiin vanhempiensa hoitoon. Kyseinen ratkaisu oli Fraulin mukaan mielekäs, koska elinikäinen vankeus aiheuttaisi kaupungille pysyviä kustannuksia ”eikä Venetsian kaupungin kannalta ole järkevää pitää tällaista mielipuolta omassa valvonnassaan”. Lisäksi Frauli perusteli kantansa Digestan kohdalla, jonka mukaan vankilaa voitiin käyttää vain tilapäisenä säilytyspaikkana, ei varsinaisena rangaistuslaitoksena.

Ruhtinas ja hänen neuvonantajansa hyväksyivät äänestyksen jälkeen Fraulin ehdotuksen. Koska rikoksentekijä oli syntyperältään saksalainen, omaisten hoitoon määrääminen merkitsi samalla sitä, että hänet lähetettiin kotiseudulle Saksaan.⁸

Tapauksessa sovellettiin perinteistä menettelyä, omaisten hoitoon määräämistä. Ratkaisu oli toimiva varsinkin maalaisyhteisöissä, joissa sukuverkostot ja -siteet olivat voimakkaita. Myöhäiskeskiajalla omaisten varaan rakentuneelta järjestelmältä alkoi kuitenkin pudota pohja. Kaupunkien kasvun ja muuttoliikkeen myötä traditionaaliset sukusiteet murtuivat. Toisaalta tilahtauden yms. käytännön syiden vuoksi mielisairaita ei kaupunkioloissa voitu aina muutenkaan hoitaa kotona.⁹

Kaupungeissa yleiseksi ratkaisuksi muodostui mielisairaiden rikoksentekijöiden karkotus. Karkotus ei välttämättä merkinnyt mielisairaam ajamista metsään petojen joukkoon, vaan se saattoi olla hyvinkin kontrolloitu toimenpide. Jos karkotetut olivat muualta kaupunkiin muuttaneita, heidät yleensä lähetettiin kotiseudulle kuten edellä olevassa tapauksessa meneteltiin. Näin karkotus osaltaan täytti traditionaalisen järjestelmän aukkokohtia. Mielisairas rikoksentekijä palautettiin sinne missä hänen sukusiteensä olivat, useimmiten kaupunkia ympäröivälle maaseudulle.

Myöhäiskeskiajalla karkotusta sovellettiin laajalti kaikkiin mielisairaisiin, ei vain mielisairaisiin rikoksentekijöihin. Esimerkiksi Nürnbergissä tilastoitiin vuosina 1377–1500 yhteensä 120 mielisairasta, joista 69 karkotettiin kaupungista. Syyksi karkotukseen riitti jo se, että he olivat sairaita eikä heillä ollut hoitajaa. Vastuu siitä että mielisairas toimitettiin määränpäähensä, oli viranomaisilla, kuten vanginkuljettajalla, pyövelin apulaisella, erikseen määrättyllä saattajalla tai mielisairaam omaisilla. Kustannukset suoritettiin usein kaupunkien varoista. Joissakin tapauksissa saattaja ei määrätty, vaan mielisairaalle osoitettiin vain matkarahat.¹⁰

Puhtaasti humanitaarisesta toiminnasta ei karkotuksessa mielisairaiden rikoksentekijöiden kohdalla ollut kysymys. Kuten asianajaja Rainerio da Frauli edellä esite-

⁸ Ruggiero, s. 110–113.

⁹ Spierenburg, s. 182–183.

¹⁰ Foucault (1973), s. 8; Rosen, s. 140–141; Salo, s. 17.

tyssä tapauksessa totesi, kaupunkien kannalta kallein vaihtoehto olisi ollut se, että ne olisivat joutuneet pysyvästi eristämään mielisairaita rikoksenteijöitä ja huolehtimaan heidän elättämisestään. Myöhäiskeskiajalla kaupungit saattoivat jopa maksaa omaisille tai muille mielisairaahan hoitajille korvausta hoidosta, jotta sairasta ei kaupungin toimenpitein olisi tarvinnut eristää.¹¹

Omaisten hoitoon määräämisen ja karkotuksen ohella keskiaikaisissa oikeustapauksissa esiintyy mainintoja mielisairaiden rikoksenteijöiden ruoskimisesta. Tällöin kysymyksessä oli rangaistuksenluontoinen toimenpide, joka määrättiin siksi, ettei tavanomaisia seuraamuksia pidetty riittävinä. Mm. Englannissa katsottiin, että käskyjä ja kieltoja voitiin ruoskalla saada iskostettua mielisairaahan tajuntaan (”beaten home”).¹²

Siitä millä tavoin rikoksenteijän mielisairaus käytännössä todettiin, keskiajan oikeuslähteet kertovat varsin vähän. Guido Ruggieron mukaan ratkaisevia olivat syytetystä oikeudenkäynnin aikana tehdyt havainnot ja todistajalausunnot, joissa syytetyn tunteneet henkilöt todistivat hänen sairaudestaan.¹³

Kuten antiikin Roomassa, myös keskiajan suhteen on ilmeistä, että aikakauden kehittyneintä oikeuskäytäntöä kuvaavat lähteet antavat liian myönteisen kuvan mielisairaiden rikoksenteijöiden asemasta. Keskiajalla suhtautuminen mielisairaisiin saattoi olla hyvinkin kielteistä, mihin eräänä syynä olivat teologiset opinkappalet. Erityisesti kirkkoisä Augustinuksen (354–430 jKr) vaikutuksesta levisi oppi, jonka mukaan sairaudet olivat perisynnin seurausta ja niistä paraneminen saattoi tapahtua vain Jumalan armosta.¹⁴ Tämä ajatus heijastui myös mielisairaita rikoksenteijöitä koskevaan lainsäädäntöön. Vuonna 643 jKr julkaistu Edictum Rothari lähti siitä, että mielisairas oli aiheuttanut tilansa ja sai sairaudestaan syyttää itse aikaisemmin tekemiään syntejä. Näin perimmäinen vastuu mielisairaudesta siirrettiin asianomaiselle itselleen.¹⁵

Mielisairaiden rikoksenteijöiden osalta tämä ajattelutapa vahvistettiin Wormsin kirkolliskokouksessa vuonna 868. Kirkolliskokouksen päätöksellä mielisairaajat rikoksenteijät velvoitettiin katumusharjoituksiin, koska sairaus aiheutui heidän omasta syystään. Varsinkin EteläSaksassa oli yleistä, että rikoksenteijän mielisairautta ei seuraamusta määrättäessä otettu huomioon, vaan heidät tuomittiin kuten muutkin rikoksenteijät.¹⁶

¹¹ Rosen, s. 143.

¹² Rosen, s. 140–141.

¹³ Ruggiero, s. 113.

¹⁴ Vuori, s. 92.

¹⁵ Rosen, s. 28. Teologisena perusteena käytettiin mm. viidennen Mooseksen kirjan kohtia (28:15 ja 28), joiden mukaan: ”Jos ette tottele Herraa, Jumalaanne, ettekä tarkoin noudata kaikkia hänen käskyjään ja säädöksiään ... Herra lyö teitä sokeudella ja hulluudella, ja te joudutte pois tolaltanne.”

¹⁶ Kinberg (1930), s. 20–23.

Keskiajalla suhtautuminen mielisairaisiin rikoksentekijöihin saattoi siis vaihdella äärimmäisen lievästä seuraamuksesta mahdollisimman ankaraan. Tässä suhteessa tilanne oli ilmeisesti yhtä vakiintumaton kuin mielisairaiden kohdalla muutoinkin.¹⁷ Vaikka mielisairaita rikoksentekijöitä koskevat erityissäännökset oli yleensä kirjattu lakiin, tämä ei automaattisesti merkinnyt sitä, että niitä olisi käytännössä noudatettu. Systemaattista kuvaa oikeuskäytännössä on lähdetietojen puutteellisuuden vuoksi kuitenkin vaikea saada.

¹⁷ Rosen, s. 67; Salo, s. 17.

IV RUOTSIN KESKIAIKAINEN OIKEUSKEHITYS

4.1. Ruotsin keskiaikaiset maakuntalait

Ruotsissa varhaisin maininta mielisairaista rikoksenteijöistä esiintyi 1220-luvulla kootussa Länsi-Götan maakuntalaissa. Myöhemmin vastaavia säännöksiä kirjattiin Länsi-Götan maakuntalain uudempaan versioon, Helsinglannin, Södermannin, Taa-lainmaan, Upplannin ja Västmanlannin maakuntalakeihin sekä Tukholman vanhaan kaupunkioikeuteen. Vain kahdesta maakuntalaista, Itä-Götan ja Gotlannin laista puuttui tämänkaltainen säännös.¹

Sanamuodoltaan varhaisten maakuntalakien säännökset olivat niukkoja, yleensä ne sisälsivät vain lyhyen toteamuksen siitä, että mielisairaahan rikoksenteijän tapauksessa oli sovellettava normaalia lievempää menettelyä. Sanamuodoltaan niukkojen säännösten joukossa teki kuitenkin poikkeuksen vuonna 1296 vahvistettu Upplannin maakuntalaki. Upplannin lain neljänteen kaareen, jonka otsikkona oli ”Manhelgdsbalken”, oli kirjattu pitkä ja perusteellinen selvitys siitä, miten mielisairaahan rikoksenteijän suhteen oli meneteltävä. Tästä säännöksestä tuli myös myöhemmän oikeuskehityksen tärkein esikuva ja malli:²

”Jos joku menettää järkensä, hänen lähimpien sukulaistensa on kuulutettava siitä naapureille, pitäjäläisille ja käräjillä sekä pantava hänet kahleisiin. Jos tällainen mies tai nainen pääsee kahleista ja tappaa ihmisen tai polttaa rakennuksen, maksettakoon rakennuksesta tapaturman sakkoa seitsemän markkaa. Nämä sakot eivät ole suuremmat, vaikka palaisi sekä rakennus että ihmisiä. Jos tällainen mies tai nainen tappaa tai haavoittaa, maksettakoon haavasta tapaturman sakkoa kolme äyriä ja taposta seitsemän markkaa. Näin tulee miehen tai naisen perillisen sekä maksaa että ottaa vastaan sakot hänen puolestaan. Ellei edellä sanotun kuuluttamisen todistajia ole, olkoon hänen tekonsa tahallisenä rangaistava sekä hänelle itselleen että niille jotka rikkovat häntä vastaan.”³

¹ Munktel (1940), s. 6; Sondén, s. 18.

² Qvarsell, s. 78.

³ Holmbäck ja Wessén (1933), s. 88–89. Käännöksessä on käytetty Ulkuniemen käännösratkaisuja niissä kohdin, joissa Upplannin lain ja Kristoferin maanlain alkutekstit ovat identtiset.

Upplannin lain soveltamisala jäi mielisairaiden rikoksentekijöiden osalta erittäin suppeaksi. Lain tiukan sanamuodon täyttivät vain tilanteet, joissa mielisairaaksi kuulutettu, kahleissa pidetty henkilö oli päässyt pakenemaan ja tehnyt pakomatkaltaan rikoksen. Modernissa maailmassa tämä rinnastuisi lähinnä tilanteeseen, jossa henkilö on mielisairauden vuoksi toimitettu tahdosta riippumattomaan hoitoon (mielisairaaksi kuuluttaminen), hänet on sijoitettu mielisairaalaan (kahlehtiminen), mutta hän on karannut mielisairaalasta (päässyt irti kahleista) ja tehnyt rikoksen ollessaan vapaalla jalalla.

Vaikka meidän näkökulmastamme Upplannin laki ilmentää varsin arkaaista ja julmaa suhtautumista mielisairaisiin, säännöksen etuna oli formaalinen selkeys ja tulkintaongelmien eliminointi. Lain tiukkojen muotovaatimusten ansiosta aikalaisille ei jäänyt epäselvyyttä siitä, keitä lain tarkoittamat mielisairaajat rikoksentekijät olivat. Tässä suhteessa Upplannin laissa tehtiin kaksi keskeistä linjanvetoa: toisaalta laki kertoi ne muodolliset vaatimukset, joita mielisairaahan rikoksentekijän tapauksessa edellytettiin, toisaalta laki sulki pois sen mahdollisuuden, että kukaan muu kuin nämä formaalit kriteerit täyttävä voisi olla mielisairas rikoksentekijä.⁴

Syytä siihen, miksi Upplannin laissa omaksuttiin kuvatuunlainen formaali ratkaisumalli, voidaan vain arvailla. Ruotsin keskiaikaisten maakunta- ja myöhempien maanlakien syntytaustaa ei tarkasti tunneta. Lakien valmisteluun liittyviä asiakirjoja tai muita vastaavia oikeudellisia lähteitä ei ole säilynyt.⁵ Tästä johtuen myös mielisairaita rikoksentekijöitä käsittelevien säännösten ratiota ja perimmäisiä tarkoituksia koskevat tulkinnat on tutkimuskirjallisuudessa jouduttu perustamaan lähes yksinomaan lakien sanamuotoon.⁶

Upplannin laki sääti, että mielisairas rikoksentekijä vapautui rangaistuksesta. Lain rangaistusuhka kohdistui vain rikoksentekijän omaisiin. Heidät velvoitettiin suorittamaan uhrin omaisille sakko, joka samalla oli vahingonkorvaus. Kun rikoksentekijä oli mielisairas, seuraamus lieveni niin, että tavanomaisen henkirikoksen 40 markan sakko laski 7 markkaan, joka suoritettiin yksinomaan uhrin omaisille. Tavanomaisessa henkirikoksessa sakko meni nk. kolmijakoon. 40 markan sakko jaettiin tasan asianomistajan, kihlakunnan ja kuninkaan kesken, jolloin kukin sai runsaat 13 markkaa. Mielisairaahan tekemässä rikoksessa kuninkaalle ja kihlakunnalle maksettavat sakot jäivät pois ja uhrin lähiomaisille maksettava korvaus aleni noin puoleen. Mainitut summat merkitsivät keskiajalla huomattavaa omaisuutta, sillä on arvioitu, että tavanomaisesta henkirikoksesta tuomittu 40 markan sakko vastasi hyvin toimeentulevan talonpojan koko varallisuutta.⁷

⁴ Qvarsell, s. 81.

⁵ Letto-Vanamo, s. 996–1000; Ylikangas, s. 129.

⁶ Qvarsell, s. 77.

⁷ Holmbäck ja Wessén (1933), s. 120; Holmbäck ja Wessén (1946), s. 42.

Upplannin laissa mielisairasta rikoksenteijää koskeva lainkohta päättyi monipolviseen lauseeseen: ”Ellei edellä sanotun kuuluttamisen todistajia ole, olkoon hänen tekonsa tahallisenä rangaistava sekä hänelle itselleen että niille, jotka rikkoivat häntä vastaan.” Tällä lauseella viitattiin ensinnäkin siihen, että riski mielisairauden kuuluttamisesta oli hänen omaisillaan, jotka kuulutuksen laiminlyödessään joutuivat vastaamaan tavanomaista tappoa koskevien säännösten mukaisesti. Toiseksi lause kertoi siitä, että mielisairaahan surmannut tuomittiin samaan korvaukseen kuin mitä mielisairaahan omaiset olisivat joutuneet suorittamaan mielisairaahan surmatessa jonkun muun henkilön. Vaikka mielisairaahan hengestä muodostui näin halvempi kuin henkirikosten uhreista yleensä, tarkoituksena tuskin oli vähätellä mielisairaahan hengen arvoa. Pikemminkin kysymys oli vastavuoroisuusperiaatteesta. Esimerkiksi tapauksessa, jossa mielisairas tappelussa surmasi toisen henkilön, mutta tämä samalla haavoitti häntä kuolettavasti, olisi pidetty kohtuuttomana, että mielisairaahan omaiset olisivat joutuneet maksamaan selvästi alemman korvauksen kuin mitä he olisivat vastapuolelta saaneet.⁸

4.2. Ruotsin keskiaikaiset maan- ja kaupunkilait

Upplannin lain säännökset kopioitiin lähes sellaisenaan ensimmäisiin yleisvaltakunnallisiin lakikokoelmiin, Maunu Eerikinpojan maan- ja kaupunkilakiin noin vuodelta 1350. Koska Maunu Eerikinpojan maan- ja kaupunkilaki olivat sanamuodoltaan Upplannin lain kanssa lähes identtisiä, on syytä todeta vain niiden ja Upplannin lain väliset erot toistamatta säännöksiä kokonaisuudessaan. Maunu Eerikinpojan maan- ja kaupunkilaissa edellytettiin mielisairaudesta kuulutettavaksi vain naapureille ja pitäjäläisille, mutta ei erikseen käräjillä. Myös sakkosummat jonkin verran muuttuivat. Mielisairaahan tekemässä henkirikoksessa sakko kohosi Upplannin lain 7 markasta Maunu Eerikinpojan maanlain 9 markkaan ja kaupunkilain 20 markkaan.

Lisäksi Maunu Eerikinpojan kaupunkilaissa oli nähtävissä eräs lainsäädännöllinen erikoisuus – kaupunkilaki oli sanamuodoltaan suora kopio maanlaista. Kaupunkilaissa vaadittiin, että mielisairaudesta oli kuulutettava ”pitäjäläisille” sekä puhuttiin muutenkin ”kylästä” ja ”talonpojasta”. Kaupunkilakiin olisivat sopineet paremmin esimerkiksi termit kaupunki, kaupunkilaiset ja porvarit. Kaupunkilain agraari-set ilmaiset kertoivat siitä, ettei lain säännöksiä erikseen valmisteltu.⁹

Maunu Eerikinpojan maanlakia seuranneen, vuonna 1442 annetun Kristoferin maanlain säännökset noudattivat pääosin edellä kuvattua linjaa. Lain sanamuodossa

⁸ Sondén, s. 22.

⁹ Holmbäck ja Wessén (1962), s. 245–246; Holmbäck ja Wessén (1966), s. 254–255; Sondén, s. 24.

ilmeni vain yksi olennainen muutos. Mielisairauden kuuluttamista koskevista tiukoista muotovaatimuksista osaksi luovuttiin. Mielisairauden kuuluttamisen laiminlyönti ei enää automaattisesti johtanut siihen, että mielisairaahan tekoa olisi pidetty tavanomaisena henkirikoksena. Siinä tapauksessa, että tekijä oli mielisasiras, mutta tätä ei oltu asianmukaisesti kuulutettu, sakkosumma (18 markkaa) nousi korkeammaksi kuin se, mihin mielisairauden kuuluttamisen kautta olisi päädytty (9 markkaa). Mielisairauteen vetoamalla kuitenkin vältettiin tavanomainen henkirikossakko, joka oli 40 markkaa.¹⁰

Mielisairauden kuuluttamisen suhteen Kristoferin maanlaki siis merkitsi askelta realistisempaan suuntaan. Laissa otettiin huomioon se, että mielisairaus yleensä oli paikallisten ihmisten tiedossa ilman minkäänlaista virallista tiedottamista. Käytännössä Kristoferin maanlain säännökset tarkoittivat sitä, että tieto sairaudesta voitiin näyttää toteen vielä oikeuskäsittelyn aikana. Jotta rikosentekijä olisi voitu todeta mielisairaaksi, hänen mielisairautensa tuli olla yleisesti tunnettu tosiasia jo ennen rikosta. Siinä tapauksessa ettei mielisairauden kuuluttamista ollut tapahtunut, oikeudessa oli todistettava se, että asia oli muutoin ollut paikkakuntalaisten tiedossa. Sinänsä Kristoferin maanlaissa omaksuttu ratkaisu ei ollut uusi. Samaa menettelyä oli aikaisemmin sovellettu Helsinglannin maakuntalaissa.¹¹

Aikakauden lakikommentaareissa mielisairaita rikosentekijöitä käsiteltiin niukasti. Yleensä tyydyttiin toteamaan keskeiset lainkohdat ja antamaan joitakin satunnaisia tulkintaohjeita. Olaus Petrin vuonna 1530 julkaisemassa Maunu Eerikinpojan kaupunkilain kommentaarissa ja Benedictus Crusiuksen Kristoferin maanlain kommentaarissa ei lainkaan mainittu mielisairaita rikosentekijöitä.¹² Hans Olofssonin kirjoittamassa täydennysosassa Johan Skytten alun perin vuonna 1608 laatimaan kaupunkilain kommentaariin esiintyi muutama ylimalkainen viittaus mielisairaita rikosentekijöitä koskeviin pykäliin.¹³

Vuonna 1672 valmistuneessa teoksessaan ”De jure sveonum et gothorum vetusto” Johan Stiernhöök esitteli Ruotsin keskiaikaisten lakien pääsisällön.¹⁴ Johannes Loccenius teoksensa ”Synopsis juris privati” vuonna 1673 ilmestyneessä painoksessa piti rangaistusvastuuta alentavana mielisairautena raivotilaa (furor) ja melankoliaa. Loccenius käsitteli myös kysymystä simulaatiosta ja katsoi, että mielisairautta teeskentelevää tulee rangaista ruumiinrangaistuksella ja karkotuksella, raskauttavissa tapauksissa kuolemalla.¹⁵ Vuonna 1676 julkaistussa kommentaarissaan

¹⁰ Ulkuniemi, s. 138–139 ja 149.

¹¹ Sondén, s. 24–25.

¹² Julkaistu Jan Eric Almquistin toimittamana vuonna 1927 otsikolla ”Vår äldsta kommentar till landslagen”.

¹³ Munktel (1940), s. 11–12, jossa Olofssonin tekstiä referoiti.

¹⁴ Stiernhöök, s. 357.

¹⁵ Almquist (1946), s. 24; Loccenius, s. 676 ja 687.

”Then swenska lagfarenhets spegel” Claudius Kloot korosti kuuluttamisen keskeistä merkitystä rangaistusvastuun alentamisessa.¹⁶ Clas Rålamb käsitteli vuonna 1679 painosta tulleesta teoksessaan ”Obversationes juris practiae” kunnianloukkaukseen syyllistynyttä mielisairasta. Rålambin mukaan mielisairasta oli pidettävä poissaolevana ja kuolleena, eikä hän voinut syyllistyä kyseiseen rikokseen.¹⁷

Aivan samoin kuin aikakauden lakikommentaarit, myös myöhemmät tutkimukset ovat jättäneet Ruotsin keskiaikaisten lakien perimmäisiä tarkoituksia koskevat kysymykset mielisairaiden rikoksenteekijöiden osalta avoimiksi. Tässä yhteydessä kiinnostavin kysymys on se, miksi Ruotsin keskiaikaisessa lainsäädännössä asetettiin niin tiukat kriteerit rikoksenteekijän mielisairaudesta todistamiselle.

Eräs selitys voisi olla se, että säännöksillä haluttiin tehostaa omaisten valvontavelvoitetta. Lakien formaalit vaatimukset takasivat sen, että mielisairaiden valvonassa tapahtuneet laiminlyönnit koituivat heidän omaistensa, eivät ulkopuolisten vahingoksi. Toisaalta uhrin omaisten kannalta merkittävää oli se, että heidän saamansa sakkosumma oli samalla myös vahingonkorvaus. Tällä saatettiin turvata muun muassa uhrin lasten elatus. Kun rikoksenteekijä oli mielisairas, saatu korvaus olennaisesti laski. Siksi uhrin omaisten kannalta oli tärkeää, että saatiin selvä ja kiistaton näyttö siitä, että rikoksenteekijä todella oli mielisairas.

Näin ollen Ruotsin keskiaikaisia lakeja voidaan pitää eräänlaisena kompromissina: toisaalta mielisairaiden rikoksenteekijöiden erityisasema tunnustettiin, toisaalta tälle asetettiin tiukat ehdot. On ilmeistä, että viimeksi mainittu seikka oli ainakin osaksi seurausta sakkojärjestelmän luonteesta. Mielisairaana rikoksenteekijän tapauksessa ei ollut kysymys vain yhteiskunnallisen rangaistusvaateen toteuttamisesta, vaan myös siitä, miten suojattiin uhrin omaisten asema.

4.3. Ruotsin keskiaikaisiin lakeihin perustuva oikeuskäytäntö

Ruotsin keskiaikaisten lakien soveltamisaika muodostui erittäin pitkäksi. Kaupunkikeja koskeva Maunu Eerikinpojan kaupunkilaki, joka oli peräisin 1350-luvulta, pysyi voimassa olevana oikeutena aina vuoden 1734 yleisvaltakunnalliseen lakiin asti. Maaseudulla sovellettiin aluksi rinnakkain maakunta- ja maanlakeja, mutta 1500-luvun loppuun mennessä Kristoferin maanlaista oli tullut maaseudulla hallitseva oikeuslähde. Kristoferin maanlain aseman vakiinnutti lopullisesti se, että maanlaki kuningas Kaarle IX:n aikana julkaistiin painettuna vuonna 1608. Kristoferin maanlaki väistyi vasta vuoden 1734 yleisvaltakunnallisen lain myötä.¹⁸

¹⁶ Kloot, s. 278–279.

¹⁷ Rålamb, s. 119.

¹⁸ Letto–Vanamo, s. 996–997.

Varhaisimmat esimerkit Ruotsin keskiaikaisten lakien soveltamisesta ovat peräisin aivan keskiajan lopulta, 1470- ja 1480-luvun taitteesta. Seuraava oikeustapaus, jossa kysymys oli kunnianloukkauksesta, on kirjattu Tukholman raadin pöytäkirjaan vuodelta 1480. Kyseistä rikostapausta Tukholman raati käsitteli kahtena eri istuntopäivänä, joiden välillä kului runsaan kahden kuukauden aika:

”Toukokuun 15 päivänä, lähimpänä päivänä ennen pyhän Erik kuninkaan ja marttyyrin juhlaa, todisti ja vannoi Jennis Japsson, että hän oli Danzigissa kuullut, kuinka mainittu Gerd Degentow oli kutsunut kaikkia Tukholman miehiä ryssiksi, kerettiläisiksi, pettureiksi ja konniksi ...

26 päivänä heinäkuuta, toisena päivänä ennen Pyhän Olavin juhlaa, tuli oikeuden eteen Erik Tydekesson, porvari Danzigista, ja todisti, että Gerd Degentow oli ollut Danzigissa raadin edessä kuultavana. Raati oli todennut hänet hulluksi mutta antanut sitten mennä. Samoin todisti Claus Berend. Lisäksi todistivat ja vannovat Erik Tydekesson ja Claus Berend, että Gerd Degentow oli Danzigissa ollut raivotilassa. Vielä Erik Tydekesson ja Claus Berend lupasivat Tukholman raadille, että he pikaisesti toimittaisivat kirjeen Danzigin raadilta, joka todistaisi, että Gerd Degentow oli hullu sekä että hän turhaan panetteli näitä Tukholman hyviä miehiä. Tämän jälkeen Gerd Degentow vannoi valan, ettei hän enää suututa, vaivaa tai kiusaa Tukholman porvareita, heidän palvelijoitansa tai omaisuuttansa. Täten hänen tulee antaa turmeltumattomana poistua kaupungista.”¹⁹

Mielisairauden todistamisen osalta Gerd Degentowin tapauksessa noudatettiin lähes kirjaimellisesti Maunu Eerikinpojan kaupunkilain määräyksiä. Tässä suhteessa keskeiseksi kysymykseksi nousi se, oliko syytetty aikaisemmin julistettu mielisairaaksi. Kahden todistajan, Erik Tydekessonin ja Claus Berendin mukaan Danzigin raati oli todennut Degentowin hulluksi. Todistajat myös lupasivat, että he toimittavat kirjalliset todisteet Danzigissa tapahtuneesta mielisairaaksi julistamisesta Tukholman raadille.

Gerd Degentowin tapaus oli kuitenkin poikkeuksellinen juuri siksi, että lain formaaleja vaatimuksia noudatettiin. Vaikka Ruotsin keskiaikaisiin lakeihin perustuvassa oikeuskäytännössä esiintyi tapauksia, joissa vedottiin mielisairauden kuuluttamiseen – yleensä se oli tapahtunut kirkonmenojen yhteydessä – nämä jäivät selväksi vähemmistöksi. Tavallisesti mielisairauden kuuluttamista ei tuomioistuimissa edellytetty. Siinäkin tapauksessa että kuuluttamista vaadittiin, vaatimukset sen suhteen saattoivat jäädä huomattavasti lakiin kirjattua lievemmiiksi. Ruotsalaisessa oikeuskäytännössä mm. katsottiin, että omaisilla oli kuulutusvelvollisuus vain siinä tapauksessa, että mielisairas aikaisemmin oli aiheuttanut ympäristölleen vakavaa vaaraa tai vahinkoa.²⁰

¹⁹ Sondén, s. 29–30.

²⁰ Munkell (1940), s. 13 ja 29.

Vielä vähemmän oikeuskäytännössä esiintyi merkkejä siitä, että olisi vaadittu mielisairaahan kahlehtimista. Vain harvoissa tapauksissa ylipäätään viitattiin siihen, että mielisairasta olisi pidetty kiinni tai kahleissa. Tätä edellytettiin vain poikkeuksellisesti, silloin kun mielisairas todella tiedettiin vaaralliseksi. Myöskään Gerd Degentowin tapauksessa lain vaatimuksia kahlehtimisesta ei noudatettu. Päinvastoin, suhtautuminen häneen oli huomattavan liberaalia. Vaikka Degentow oli aikaisemmin julistettu mielisairaaksi, hänen sallittiin vapaasti liikkua Tukholmassa, eikä mielisairaus estänyt häntä harjoittamasta elannokseen liiketoimintaa.²¹

Pääsääntönä Ruotsin keskiaikaisiin lakeihin perustuvassa oikeuskäytännössä oli siis se, että lain muotovaatimukset sivuutettiin. Formaalia näyttöä mielisairaudesta kuulluttamisesta ja sairaan kahlehtimisesta ei vaadittu. Yleensä tilanne mielisairaudesta todistamisen suhteen oli se, että tuomioistuimien välittömästi omien havaintojensa perusteella totesi rikoksentehtäjän mielisairaudesta ilman että asiasta tehtiin minkäänlaista tutkimusta tai selvitystä.

Silloin kun näyttöä mielisairaudesta hankittiin, turvauduttiin Kristoferin maanlain mukaiseen menettelyyn. Kristoferin maanlain mukaan se, että mielisairaus oli ollut paikkakunnalla yleisesti tiedossa, voitiin näyttää toteen vielä oikeudenkäynnin aikana. Käytännössä rikoksentehtäjän mielisairautta koskevia lausuntoja antoivat tuomioistuimille papit tai käräjille kokoontunut kansa, ”koko seurakunta” tai ”rahvas”.²² Suomalaisten 1500-luvun tuomioistuinpöytäkirjojen mukaan painavia todisteita rikoksentehtäjän mielisairaudesta olivat aikaisemmat tiedot syytetyn mielenhäiriöistä ja toistuvista raivonpuuskista. Joskus relevanttina tietona pidettiin myös sitä, että syytetyn vanhemmat olivat olleet mielisairaita. Pentti Renvallin mukaan mielisairaudesta oireet antoivat asianomaiselle kokonaisvaltaisen ”leiman, joka liittyi kaikkeen, mitä hän teki. Eikä tämä leima muodostunut vain hänen oman käyttäytymisensä erikoisuuksista, vaan siihen vaikutti yhtä hyvin sellaisten henkilöiden – esim. vanhempien – leima, joiden yhteyteen asianomaisen katsottiin kuuluvan”. Kysymyksessä oli siis eräänlainen syytetyn elämänkaaren kokonaiskartoitus. Toisaalta rikoshetken mielentilalle ei mielisairautta selvitetäessä pantu painoa. Renvallin sanoin, 1500-luvulla ”ei punnittu vajaamielisyyden käytännöllistä merkitystä kysymyksessä olevan rikoksen kannalta”.²³

Gerd Degentowin tapauksessa väljää suhtautumista lain kirjaimen osoitti se, että mielisairasta rikoksentehtäjää koskevia säännöksiä sovellettiin kunnianloukkausrikoksessa. Maunu Eerikinpojan kaupunkilaissa samoin kuin keskiaikaisissa maanlaissa mielisairaudesta mahdollisuus oli mainittu vain tapon ja murhapolton

²¹ Sondén, s. 29–31.

²² Munktel (1940), s. 29; Qvarsell, s. 84.

²³ Renvall, s. 74.

yhteydessä.²⁴ Se, että erityiskohtelua sovellettiin laajemmin kuin lain sanamuoto edellytti, muodostui kuitenkin varsin yleiseksi käytännöksi. Kysymys oli lähinnä omaisuus- ja seksuaalirikoksista.²⁵ 1600-luvun alussa ns. Rosengrenin ehdotuksessa laajentavaa tulkintakäytäntöä ehdotettiin kirjattavaksi lakiin.²⁶ Ehdotus kuitenkin raukesi. Muodollisen vahvistuksen laajentava tulkinta sai vasta vuonna 1705 annetussa kuninkaallisessa kirjeessä.

Kiinnostava piirre Gerd Degentowin tapauksessa oli myös se, että seuraamukseksi käytettiin karkottamista. Tämä oli selvä poikkeus Ruotsin keskiaikaisten lakien kirjaimesta. Maan- ja kaupunkilaeissa omaisiin kohdistunut sakko esiintyi melko usein rikoksentehtyjän tapauksessa ainoana rangaistusmuotona, kun taas mielisairas itse vapautui lakien mukaan kaikista seuraamuksista. Oikeuskäytännössä lakien säännöksiä ei tässä tapauksessa kirjaimellisesti noudatettu. Sakon ohella tai sen sijasta käytettiin muita rangaistusmuotoja, jotka kohdistuivat välittömästi itse rikoksentehtyjään.

Varsinkin 1400- ja 1500-luvulla paikkakunnalta tai maasta karkotus muodostui yleiseksi. Gerd Degentowin tapaus oli kuitenkin sikäli poikkeuksellinen, että Degentow oli syntyperältään ulkomaalainen, joten Tukholmasta karkotus merkitsi lähes samaa kuin täydellinen rangaistuksesta vapautuminen. Vaikka Ruotsin kansallaisiin sovellettuna kotipaikkakunnalta tai maasta karkotus oli tuntuvampi seuraamus, karkotusta pidettiin ylipäättään hyvin lievänä rangaistuksena. Törkeissä rikoksissa karkotusta saatettiin tehostaa sillä, että rikoksentehtyjää uhattiin esimerkiksi kuolemanrangaistuksella, jos hän vastoin karkotuspäätöstä palaisi paikkakunnalle.²⁷

Karkotusten määrä laski 1600-luvulla jyrkästi ja 1700-luvulla ne katosivat kokonaan. Tämä oli yhteydessä kahteen eri tekijään: toisaalta siihen, että Ruotsissa karkotus muutoinkin väistyi rangaistusjärjestelmästä ja toisaalta siihen, että 1500-luvun lopulla käynnistynyt rikoslain ankaroitumiskehitys näyttää kiristäneen myös mielisairaiden rikoksentehtyjien kohtelua. Näin ollen karkotuksen väheneminen oli mielisairaiden rikoksentehtyjien kohdalla sekä rangaistusjärjestelmän yleisen muutoksen että rikoslain ankaroitumisen seurausta.

Ruotsissa rikosoikeuden ankaroitumisen on katsottu alkaneen Eerik XIV:n aika-

²⁴ Näiden rikosten lisäksi mielisairasta rikoksentehtyjää koskevat säännökset ulottuivat myös itsemurhaan. Kristoferin maanlaissa itsemurha kriminalisoitiin, eikä itsensä surmannutta saatu haudata kristillisin menoin. Lain mukaan pyövelin oli kuljetettava itsemurhaajan ruumiis metsään ja pollettava roviolla. Jos itsemurhan tehnyt todettiin mielisairaaksi, ruumis voitiin kuitenkin haudata hiljaisesti syrjäiseen paikkaan. On ilmeistä, että itsemurhissa tekijä todettiin varsin helposti mielisairaaksi, koska kysymys oli vain häpäisevän hautaustoimituksen välttämisestä (Munktell 1940, s. 7 ja 30; Pajujoja 1989, s. 127–139).

²⁵ Renvall, s. 73–74.

²⁶ Lagförslag i Carl den niondes tid, s. 514.

²⁷ Munktell (1940), s. 7–20.

na. Eerik XIV:n vuonna 1563 antama julistus törkeistä rikoksista vetosi Mooseksen lain mukaiseen verivelkaoppiin. Julistuksen mukaan törkeät rikokset oli sovitettava kuolemalla, jotta taivaan kosto ei lankeasi yhteisön päälle ”ruton, nälän, kalliin ajan tai muun vastoinkäymisen” muodossa. Verivelkaopin nimissä edellytettiin ankarien rangaistusten kirjaimellista toteuttamista. Tämä kehitys vahvistui edelleen Kaarle IX:n aikana, kun vuonna 1608 osia Mooseksen laista julistettiin Ruotsissa toissijaiseksi oikeuslähteeksi.²⁸

Rikoslain ankaroitua nousi 1500-1600-luvun Ruotsissa esiin kysymys siitä, olisiko mielisairaita rikoksenteijöitä koskevaa lainsäädäntöä muutettava jyrkemmän suuntaan. Tähän oli päädytty mm. Tanskassa. Tanskassa vahvistettiin vuonna 1634 Raamatun tulkinta, jonka mukaan henkirikokseen syyllistynyt mielisairas oli surmattava. Kuolemanrangaistuksen käyttöä perusteltiin Mooseksen lain kohdalla, joka kuului: ”Jos härkä puskee miehen tai naisen kuoliaaksi, härkä kivitettäköön hengiltä.”²⁹ Tanskalaisen tulkinnan mukaan mielisairaita voitiin pitää eläinten kaltaisina järjettöminä luontokappaleina, minkä vuoksi myös mielisairaita rikoksenteijöitä tuli rangaista kuolemalla.³⁰

Samaa kysymystä käsiteltiin Ruotsin yleisvaltakunnallista lakia valmistelleessa komissiossa vuonna 1695. Komissiossa tehtiin tanskalaista lainsäädäntöä mukaileva ehdotus siitä, että henkirikokseen, eläimeen sekaantumiseen ja vastaavanlaisiin törkeisiin rikoksiin syyllistyneitä mielisairaita olisi rangaistava kuolemalla. Tätä kuitenkin vastustettiin vetoamalla mm. siihen, että mielisairas saattoi myöhemmin tervehtyä, tulla synnin tuntoon, katua ja näin saada sielulleen rauhan. Tämän katumusprosessin hänen surmaamisensa estäisi. Muutoinkin ehdotus mielisairaita rikoksenteijöitä koskevan lainsäädännön ankaroitamisesta sai lakikomissiossa vähän kannatusta eikä johtanut lainsäädäntötoimiin.³¹

Vaikka lainsäädännön tasolla muutoksia ei tehty, ruotsalaisessa oikeuskäytännössä esiintyi 1600-luvun aikana joitakin ankaria rangaistuksia. Törkeissä rikoksissa – murha, lapsenmurha, eläimeen sekaantuminen ja sukurutsa – mielisairaille tuomittiin jopa kuolemanrangaistuksia. Tuomioistuinasikirjoissa saatettiin mm. todeta, että ”vaikka nainen on järjiltään, hänen ei voida sallia elää” tai ”vaikka on tunnettua, että rikoksenteijä on hullu, rangaistus kohdistetaan hänen kaulaansa”. Kysymys ei siis ollut rajatapauksista vaan siitä, että ilmiselvää mielisairautta ei otettu huomioon seuraamusta määrättäessä. Kuolemanrangaistusten käyttö ei kuitenkaan jäänyt pitkäaikaiseksi ilmiöksi. Viimeinen merkintä mielisairaaseen rikok-

²⁸ Sondén, s. 34–35; Ylikangas (1986), s. 58; Ylikangas (1988), s. 154–155.

²⁹ Toinen Mooseksen kirja 21:28.

³⁰ Sondén, s. 34–35.

³¹ Munktel (1940), s. 33–34; Sjögren (1901), s. 53.

sentekijään kohdistetusta kuolemanrangaistuksesta on ruotsalaisessa ylioikeuskäytännössä peräisin vuodelta 1710.³²

Kuolemanrangaistusta selvemmin rikoslain ankaroituminen ilmeni kuitenkin ruumiinrangaistusten yleistymisenä. Vaikka mielisairaita rikoksentekejiä koskevat keskiaikaiset lait eivät maininneet lainkaan ruumiinrangaistuksia, niitä sovellettiin yleisesti 1600- ja 1700-luvulla. Ruumiinrangaistuksia (vitsa- ja raipparangaistus sekä kujanjuoksu) käytettiin joko vaihtoehtona kuolemanrangaistukselle tai sakon muuntorangaistuksena. Tässä yhteydessä tuomioistuimet saattoivat myös vedota suoraan Raamatun tekstiin.³³ Mielisairaalle rikoksentekejälle tuomittua raipparangaistusta perusteltiin oikeuskäytännössä kahdella Vanhan testamentin Sananlaskujen kirjan kohdalla, joiden mukaan: ”Röyhkeää odottaa rangaistus, tyhmyrin selkää raippa”³⁴ sekä toisessa kohdassa: ”Hevoselle piiskaa, aasille ohjat, tyhmyrin selässä soikoon keppi.”³⁵

Se että Ruotsissa mielisairaisiin rikoksentekejiin alettiin enenevässä määrin soveltaa ruumiinrangaistuksia, ei ollut millään tavoin ainutlaatuista. Uuden ajan alussa mielisairaita rikoksentekejiä ruoskittiin varsin yleisesti mm. Englannissa. Aikakauden englantilaisilla juristeilla olikin tapana sanoa, että mielisairauteen ei kannattanut vedota muissa kuin törkeissä, kuolemanrangaistukseen johtavissa rikoksissa. Lievissä rikoksissa mielisairaudella ei ollut merkitystä, koska seuraamus sekä tavallisessa tapauksessa että mielisairaana tekemässä rikoksessa oli käytännössä sama, ruoskiminen.³⁶

Rikoslain ankaroitumista merkittävämpänä seikkana Henrik Munktell on kuitenkin pitänyt sitä, että mielisairaita rikoksentekejiä koskeva oikeuskäytäntö ylipäättään vaihteli erittäin voimakkaasti. Yleensä Ruotsin ensimmäisten hovioikeuksien perustamisen – Tukholma 1614, Turku 1623, Tartto 1630 ja Jönköping 1634 – jälkeistä aikaa aikaa on pidetty lainkäytön voimakkaan keskittymisen ja yhdentymisen kautena. Mielisairaiden rikoksentekejien tapauksessa näin ei kuitenkaan ollut. Oikeuskäytännössä ratkaisut vaihtelivat tapauksesta toiseen ilman, että mielisairauden tai rikoksen laatu olisi tätä selittänyt. Käytäntö oli sattumanvaraista aina ylimpiä oikeusasteita myöten. Jopa kaikkein törkeimmissä rikoksissa mielisairaisiin rikoksentekejiin sovellettiin laajaa rangaistusasteikkoa, jonka ääripäät ulottuivat kuolemanrangaistuksesta lieviin sakkoihin ja rangaistuksesta vapautumiseen saakka.³⁷

³² Munktell (1940), s. 15–16; Qvarsell, s. 80.

³³ Munktell (1940), s. 18–19; Qvarsell, s. 80; Sondén, s. 32.

³⁴ Sananlaskujen kirja 19:29.

³⁵ Sananlaskujen kirja 26:3.

³⁶ Spierenburg, s. 181–182.

³⁷ Munktell (1940), s. 12–13; Munktell (1943), s. 112–113.

V TRADITIONAALISEN JÄRJESTELMÄN MURTUMINEN

5.1. Eristyslaitosten synty

Myöhäiskeskiajalla traditionaalinen, omaisten varaan rakentunut mielisairaanhoidojärjestelmä joutui erityisesti kaupungeissa kriisiin. Paineita helpotti aluksi karkotusmenettely. Karkotus oli kuitenkin keino, jonka varaan nopeasti kehittyvät kaupungit eivät voineet pysyvästi perustaa mielisairaiden kontrollia. Tässä tilanteessa otettiin ratkaiseva askel: suljettuihin laitoksiin perustuva järjestelmä sai alkunsa. Sen sijaan että mielisairaajat olisi karkotettu kaupunkien ulkopuolelle, heitä ryhdyttiin eristämään kaupunkien sisällä.

Suljettujen laitosten kehityksessä keskeinen merkitys oli katolisen kirkon ja luostareiden ylläpitämällä hospitaaleilla, joista keskiajan Ruotsissa käytettiin nimitystä ”pyhänhengenhuoneet”. Ne toimivat köyhien, orpojen, vammaisten, sairaiden ja muuten heikossa asemassa olevien sijoituspaikkoina. Näin pyhänhengenhuoneet täyttivät samanaikaisesti sairaalan, parantolan, lastenkodin, vanhustentalon ja mielisairaalan tehtävät. Englannissa tunnetuin tämänkaltaisen laitos oli vuonna 1247 perustettu Bedlam (alun perin ”The Hospital of St. Mary of Bethlehem”), jossa vuodesta 1377 alkaen hoidettiin myös mielisairaita. Samoin 1300-luvulla oli myös Pariisin Hotel Dieussa ja Saksassa mm. Elbingin ja Erfurtin hospitaaleissa erityinen huone tai osasto mielisairaille. Toiminnan mittasuhteet jäivät kuitenkin vaatimattomiksi. Esimerkiksi Bedlamissa oli 1400-luvun alussa hoidettavana kuusi mielisairasta potilasta.¹

Varhaisimmat yksinomaan mielisairaille tarkoitettut laitokset ovat syntyneet aivan keskiajan lopulla. Ensimmäisenä mielisairaala on usein pidetty Valenciaan 1410 perustettua sairaalaa. Tämän laitoksen luonteesta ei kuitenkaan ole olemassa varmaa tietoa. Alankomaissa ensimmäinen varsinainen mielisairaala on perustettu Den Boschiin vuonna 1442, toinen kaksikymmentä vuotta myöhemmin Utrechtin. Näissä laitoksissa oli paikkoja 5–10 hoidettavalle. Laitokset oli tarkoitettu väkivaltaisten ja vaikeahoitoisten mielisairaiden säilytykseen.²

¹ Rosen, s. 139–140, 159–160; Walker (1968), s. 43.

² Spierenburg, s. 183–185.

Toisaalta Euroopassa oli tavallista, että rutto- ja spitaalisairaaloita alettiin käyttää mielisairaiden sijoituspaikkana. Kysymys oli eräänlaisesta uusiokäytöstä. Kyseisten tautien muuttuessa harvinaisemmiksi sairaalatilat muutettiin vähin erin mielisairaalatarkoituksiin. Tämä kuitenkin tapahtui vasta uudella ajalla, 1500-luvulta alkaen. Prosessia edisti luonnollisesti se, että tilojen olemassaolo teki eristämiskäytöstä helpon.³

Varsinkin Saksassa oli myös yleistä, että mielisairaita eristettiin linnantorneihin, vankityrmiin ja muihin vankilan kaltaisiin olosuhteisiin. Hampurista on vuodelta 1375 tieto siitä, että mielisairaita säilytettiin linnoituksen tornissa. Vastaavasti Lyypekiissä ja Braunschweigissa mielisairaita sijoitettiin kaupungin muurissa oleviin, eläintarhan häkkejä muistuttaviin selleihin.⁴

Mielisairaiden rikoksentekijöiden kohdalla noudatettiin mielisairaanhoidon yleistä kehitystä. Tieto siitä, että mielisairas rikoksentekijä on sijoitettu kirkon ylläpitämään hospitaaliin, on Englannin Norwichista olemassa niinkin varhaiselta ajalta kuin vuodelta 1270.⁵ Laitosten rajoitetun kapasiteetin ja eristämisestä aiheutuvien kustannusten vuoksi eristämismenettely jäi kuitenkin keskiajalla harvinaiseksi.

Ruotsissa kehitys seurasi yleiseurooppalaisia päälinjoja. Ruotsissa kirkon ylläpitämiä hospitaaleja toimi 1100-, 1200- ja 1300-luvulla muun muassa Lundissa, Uppsalassa ja Malmössä. Suomessa vanhin sairaanhoitolaitos oli Turkuun perustettu Pyhän Yrjänän hospitaali, josta varhaisin maininta on vuodelta 1355. Kyseinen laitos toimi lähinnä spitaalisairaalana. Myöhemmin se liitettiin vuonna 1396 perustettuun Turun pyhänhengenhuoneeseen. Lisäksi keskiajalta on peräisin Viipurin pyhänhengenhuone. Asiakirjoissa siitä esiintyy mainintoja vuodesta 1445. Tietoa siitä, hoidettiinkö näissä laitoksissa keskiajalla myös mielisairaita, ei kuitenkaan ole.

Ruotsi-Suomessa katolisen kirkon perustamat hospitaalit siirtyivät uskonpuhdistuksen myötä maallisten viranomaisten valvontaan. Tästä eteenpäin pyhänhengenhuoneiden toimintaa sääntelivät yhtenäiset, Kustaa Vaasan vuonna 1533 antamat määräykset. Puiteiltaan toiminta pysyi kuitenkin vielä 1500-luvulla vaatimattomana. Esimerkiksi Turun pyhänhengenhuoneessa tiedetään 1560-luvulla olleen vain 18 hoidokkia. Hoidokkien joukossa oli ilmeisesti myös mielisairaita. Kun laitosten kapasiteetti oli vähäinen ja hoidettavat olivat yleensä muita kuin mielisairaita – lähinnä vanhuksia ja erilaisia invalideja – mielisairaanhoido jäi 1500-luvulla käytännössä yhä omaisten vastuulle.⁶

³ Foucault (1973), s. 3–7.

⁴ Foucault (1973), s. 68; Rosen, s. 139; Sarvilinna, s. 12.

⁵ Spierenburg, s. 183.

⁶ Eggeby, s. 541; Kaila (1966), s. 165–166; Salo, s. 100–101; Sarvilinna, s. 24–29; Schlaug, s. 11–17.

Kuten hallinnon osalta muutoinkin,⁷ vasta 1600-luku merkitsi Ruotsi-Suomessa keskitetysti organisoidun mielisairaanhoidon alkupistettä. Lainsäädännön tasolla merkittävimmät säännökset olivat vuoden 1642 kerjuujärjestys ja vuoden 1686 kirkkolaki. Vuoden 1642 kerjuujärjestyksen 3 §:ssä säädettiin, että jokaisen kaupungin ja pitäjän tuli vastata omista köyhistään, näiden joukossa mielisairaaita. Siinä tapauksessa, että mielisairas itse tai hänen omaisensa eivät kyenneet kustantamaan tarvittavaa hoitoa, kustannusvastuu kuului viime kädessä mielisairaahan kotikaupungille tai -pitäjälle. Vastaavasti sairaalat velvoitettiin ottamaan vastaan myös mielisairaita.⁸

Nämä määräykset siirsivät mielisairaanhoidon painopistettä selvästi julkisen vallan ja -instituutioiden suuntaan. Ruotsissa ensimmäinen pelkästään mielisairaisiin erikoistunut sairaalayksikkö perustettiin Danvikenin sairaalan yhteyteen vuonna 1638. Suomessa mielisairaita ryhdyttiin samaan aikaan sijoittamaan spitaaalisairaaloihin. Vuonna 1623 Turun pyhänhengenhuoneen hoidokit siirrettiin Nauvon saarelle Seilin hospitaaliin. Seilin hospitaalissa oli 1600-luvulla yleensä yli 50 hoidokkia, joista valtaosa oli spitaaalisia. Vuonna 1633 pidetyssä tarkastuksessa lueteltiin spitaaalisten lisäksi mm. 12 sokeaa, kaksi mielisairasta, kaksi epileptikkaa, joista toinen oli myös mielisairas, kaksi kuuroa, yksi kuuromyykkä, yksi liikuntavammainen ja yksi täysin liikkumaton hoidokki.

Seilin ohella mielisairaita sijoitettiin Kruunupyyn spitaaalisairaalaan, johon vuonna 1687 annetulla määräyksellä perustettiin erityisiä "houriinhuoneita". Spitaalinvähetyksellä Seilin ja Kruunupyyn sairaalat jäivät vähitellen pelkästään mielisairaala-käyttöön. Näihin sairaaloihin sijoitettiin yleensä vain parantumattomana pidettyjä sairaita. Huonosta hoitoennusteesta kertoi mm. se, että maksu sairaalapaikasta oli elinikäinen.⁹

Ruotsi-Suomessa 1600-luvulla käynnistyneessä mielisairaanhoidon uudelleen organisoinnissa oli perimmiltään kysymys siitä, että traditionaalinen omaisten varaan rakentunut järjestelmä oli alkanut horjua. Alusta alkaen järjestelmä oli toiminut heikosti niissä tapauksissa, joissa mielisairaalla ei ollut omaisia tai he eivät kyenneet mielisairaasta huolehtimaan. 1600-luvun uusi lainsäädäntö kuvasti prosessin kiihtymistä. Perinteisten sukuverkostojen ja -siteiden rapautuessa mielisairaiden hoitovastuu irtaantui yhä selvemmin sukulaisuudesta.¹⁰

⁷ Ylikangas (1986), s. 50–51.

⁸ Kirko-Laki ja Ordningi 1686, s. 55–57; Munkell (1940), s. 24–25; Sondén, s. 43–44. Ruotsalainen järjestelmä ei sinänsä ollut mitenkään ainutlaatuinen. Esimerkiksi Englannissa ensimmäinen mielisairaiden eristämistä koskeva laki vuodelta 1714 rakentui pitkälti samoille periaatteille (Salo, s. 38).

⁹ Achté, s. 14; Eggeby, s. 541; Kaila (1966), s. 166–171; Salo, s. 100–101; Sarvilinna, s. 62–63, 72, 141–142; Schlaug, s. 17–23.

¹⁰ Omaisiin perustuvan järjestelmän heikentymisestä Englannissa, ks. Salo, s. 61; Scull (1979), s. 71–72.

Eräs ratkaisu syntyneisiin ongelmiin olivat suljetut laitokset. 1600- ja 1700-luvulla niiden merkitys jäi Ruotsi-Suomessa kuten muuallakin Euroopassa kuitenkin vähäiseksi.¹¹ Käytännössä huomattavasti oleellisempi tekijä oli kylänkierto. Kylänkierrossa mielisairaahan hoitovelvoite siirtyi kyläkunnan sisällä vuorotellen talosta toiseen. Koska kylänkierto oli suljettua laitossijoitusta selvästi edullisempi vaihtoehto, sitä käytettiin aina kun mielisairaahan tila ja käytännön olosuhteet sen sallivat.¹²

5.2. Ruotsissa 1600- ja 1700-luvulla tapahtuneet muutokset mielisairaiden rikoksentekijöiden asemassa

Aivan kuten mielisairaiden kohdalla yleensä, omaisten roolin heikentyminen näkyi myös mielisairaita rikoksentekijöitä koskevissa lakiehdotuksissa. Ruotsin keskiaikaisiin lakeihin kirjattuja säännöksiä alettiin ensi kertaa uudistaa Kaarle IX:n (1550–1611) hallitsijakaudella 1600-luvun alussa. Tuolloin julkaistussa Rosengrenin ehdotuksessa mielisairaahan rikoksentekijän ja hänen omaistensa välinen kytkentä haluttiin rangaistuksen osalta katkaista. Ehdotuksen mukaan omaiset eivät enää olisi automaattisesti vastuussa mielisairaahan teosta. Sakot olisi suoritettava mielisairaahan omista varoista sikäli kun näitä oli. Lisäksi olisi poistettu mielisairaahan omaisilla ollut sairauden kuuluttamisvelvoite.¹³

Vaikka Rosengrenin ehdotus ei lainsäädännön tasolla toteutunut, se kuvasti hyvin sitä sekavaa tilannetta joka oikeuskäytännössä vallitsi. Keskiaikaisten maan- ja kaupunkilakien mukaan oli selvää, että omaisten oli suoritettava mielisairaahan rikoksesta aiheutuvat sakot. Oikeuskäytännössä tätä säännöstä ei kuitenkaan systemaattisesti noudatettu. Eräissä tapauksissa sakot langetettiin vain rikoksentekijälle itselleen, toisissa tekijälle ja omaisille yhteisesti, kolmansissa taas lain edellyttämällä tavalla omaisille.¹⁴

Rosengrenin ehdotus siis pyrki muuttamaan lain mukaista järjestelmää reaali-lannetta paremmin vastaavaksi. Sen sijaan ko. ehdotusta seuranneissa lakihankkeissa, lakikomission ehdotuksessa vuodelta 1643 ja vuoden 1696 lakiehdotuksessa, palattiin takaisin Kristoferin maanlain säännöksiin.¹⁵ Näistä erityisesti viimeksi mainittu oli merkittävä ja kiinnostava siksi, että se oli ensimmäinen osa sitä pitkää lainsäädäntöprosessia, joka lopulta johti Ruotsin keskiaikaisten lakien kumoami-

¹¹ Salo, s. 17 ja 33.

¹² Kaila (1966), s. 166–171; Schlaug, s. 17–23.

¹³ Lagförslag i Carl den niondes tid, s. 514; Munktell (1940), s. 10.

¹⁴ Munktell (1940), s. 14.

¹⁵ Wahlberg, s. 160.

seen ja vuoden 1734 lain säätämiseen. Vuoden 1696 ehdotuksessa toistettiin Kristoferin lain sanamuoto lähes sellaisenaan. Mielisairaana rikoksenteikijän osalta ehdotus kuului:

Luku 14. Kun mielisairas surmaa jonkun.

1 §. Kun mies tai nainen tulee mielisairaaksi, on hänen lähimpien sukulaisensa niin pian kuin saavat siitä tietää, kuulutettava asiasta naapureille ja pitäjäläisille ja pidettävä häntä kahleissa.

2 §. Jos mielisairas pääsee kahleista ja surmaa jonkun, maksettakoon siitä tapaturman sakkoa 20 taaleria ja jos sukulaiset eivät ole asiasta kuuluttaneet, olkoon sakko kaksinkertainen.

3 §. Minkä teon mielisairas sitten tekeekin, jos perilliset tiesivät että hän oli mielisairas. Jos mielisairas surmataan tai saa haavan tai muuta vahinkoa, olkoot sakot puolta pienemmät.¹⁶

Kun siis vuoden 1734 yleisvaltakunnallista lakia alettiin valmistella, lähtökohtana oli keskiaikainen lainsäädäntö. Varsin pian lakia valmistellut komissio kuitenkin totesi, että oikeuskäytäntö oli ajanut keskiaikaisten säädösten ohi. Myöhemmin vuonna 1696 tekemässään uudessa ehdotuksessa komission kanta oli ratkaisevasti muuttunut. Se esitti, että mielisairaana valvontavelvollisuus ei rajoittuisi vain omaisiin, vaan valvontavelvollisia olisivat kaikki ne henkilöt, jotka olivat mielisairaudesta tietoisia. Käytännössä ehdotus tarkoitti sitä, että mielisairaana rikoksenteikijän tapauksessa omaisia ei enää automaattisesti pidetty maksuvelvollisina, vaan sakon maksuvelvollisuus kytkettiin hoitovastuuseen. Tällöin ei ollut merkitystä sillä, oli ko mielisairaana hoitaja hänen omaisensa vai joku muu henkilö.¹⁷

Vaikka viimeksi mainittu ehdotus ei välittömästi johtanut lainsäädäntötoimiin, siinä esitetty kanta vahvistui asteittain oikeuskäytännön myötä. Oikeuskäytännön muutosta ilmensi mm. Svean hovioikeuden vuonna 1722 käsittelemä oikeustapaus. Kysymys oli henkirikoksesta, joka oli tapahtunut siirrettäessä mielisairasta kylän-kierrossa hoitopaikasta toiseen. Svean hovioikeuden mukaan vastuu rikoksesta oli talonisännän, joka oli lähettänyt saattomatkalle liian nuoren ja kokemattoman ren-gin. Koska isännän menettelyä ei pidetty asianmukaisena, hänet velvoitettiin mak-samaan se sakkosumma, joka keskiaikaisten lakien mukaan oli säädetty omaisten maksettavaksi.¹⁸

Näin mielisairaasta vastuullisten piiri laajeni omaispiiriin ulkopuolelle. Toisaalta myös virallinen sanktio, sakonmaksuvelvollisuus muutti luonnettaan. Ruotsin kes-

¹⁶ Sjögren (1902), s. 411. Lakiehdotuksen epälooginen jäsenitys ja epätäydellinen kieliasu johtuvat alkuperäistekstin puutteellisuuksista. Varsinkin siirtymä 2 §:stä 3 §:ään on lakiehdotuksessa kömpelö.

¹⁷ Sjögren (1902), s. 422.

¹⁸ Sondén, s. 37.

kiaikaisten maan- ja kaupunkilakien lähtökohtana oli ns. ankara vastuu. Lain mukaan omaiset olivat aina korvausvelvollisia, mutta sakot muodostuivat alhaisemmiksi silloin, kun omaiset olivat huolehtineet mielisairauden kuuluttamisesta ja sairaan kahlehtimisesta lain määräämällä tavalla. Vuonna 1713 annetussa kuninkaallisessa kirjeessä tästä periaatteesta kuitenkin irtauduttiin. Kyseisen kirjeen mukaan mielisairaahan valvojalle ei tuomittu sakkoa muutoin kuin siinä tapauksessa, että valvonnassa oli ilmennyt huolimattomuutta tai laiminlyöntejä.¹⁹

Kuvattu kehityskulku kiteytyi vuoden 1734 lain sanamuodossa. Vuoden 1734 lain 32 luvun 1 §:ssä säädettiin mielisairaasta rikoksenteikijästä lakonisesti seuraavaa:

”Jos mieliapuoli jonkun tappaa, vetäköön ne, joiden hoidettava hän olisi ollut, sakkoja kaksikymmentä talaria, asianomistajalle yksinänsä.”²⁰

Vuoden 1734 laissa kirjattiin lyhyesti pitkän kehityskulun lopputulos. Kun keskiaikainen lainsäädäntö oli lähtenyt siitä, että mielisairaata rikoksenteikijät olivat omaistensa valvottavina ja että omaiset myös kantoivat kaikki rikoksen johdosta syntyvät velvoitteet, 1600-luvun ja 1700-luvun aikana oltiin vähin erin siirretty kohti sitä ratkaisumallia, joka vuoden 1734 laissa vahvistettiin. Tämä merkitsi siirtymistä omaisten vastuusta mielisairaahan hoitajan vastuuseen.

Toisaalta keskiaikaisissa maan- ja kaupunkilaeissa mielisairaiden sukulaisille säädetty hoitovastuu oli merkinnyt sitä, että omaiset vastasivat mielisairaahan tekemästä rikoksesta riippumatta siitä, olivatko he syyllistyneet valvonnassa huolimattomuuteen tai laiminlyöntiin. Tästä ankaran vastuun periaatteesta oli 1700-luvun alussa vähin erin luovuttu, mikä kehityskulku myös vahvistettiin vuoden 1734 laissa. Oikeuskäytännössä vuoden 1734 lakia tulkittiin niin, että vain mielisairaahan valvonnassa tapahtunut huolimattomuus tai laiminlyönti aiheutti rangaistusvastuun.

Se että mielisairasta rikoksenteikijää koskevat säännökset vain vahvistivat tapahtuneen kehityksen, vastasi hyvin sitä, mitä Yrjö Blomstedt on esittänyt vuoden 1734 laista kokonaisuudessaan: ”Vuoden 1734 laki ei varsinkaan rikosoikeudellisilta säännöksiltään merkinnyt mitään suurta mullistusta voimassaolevaan lainsäädäntöön, vaan sen rikoskaareen ja muihinkin kaariin oli pääasiassa koottu ja kodifioitu 1600-luvun tekemät paikoittain drakonisetkin muutokset maanlain rikosoikeudellisiin pykäliin. Voidaan sanoa, että tuossa laissa oli paljon enemmän karoliinisen itsevaltiuden ajan kuin vapauden ajan henkeä ja että se näin ollen ei teoreettisesti katsottuna merkinnyt minkään uuden aikakauden alkua; päinvastoin laki oli erään kehityskulun päätepiste.”²¹

¹⁹ Sondén, s. 37.

²⁰ Vuoden 1734 laki, suomennos vuodelta 1896.

²¹ Blomstedt, s. 421.

Kehityskulun päätepiste vuoden 1734 laki oli myös sikäli, että myöhemmän oikeuskehityksen kannalta mielisairasta rikoksenteikijää koskevasta säännöksestä muodostui kuollut kirjain.²² Tunnetaan erittäin harvoja tapauksia, joissa hoitovuorossa ollut henkilö olisi tuomittu 1734 lain mukaisesti. Eräässä 1770-luvulle ajoittuneessa tapauksessa tuomittiin Vadstenan mielisairaalan vahtimestari. Kyseinen vahtimestari oli jättänyt sairaalan välioven auki, jolloin potilas oli päässyt sairaalan ulkoeteiseen, löytänyt sieltä kirveen ja surmannut sillä toisen potilaan. Oikeus velvoitti virkavelvollisuutensa laiminlyöneen vahtimestarin maksamaan vuoden 1734 lain mukaiset sakot.²³

Suurin puute vuoden 1734 laissa oli se, että se ei ohjannut myöhempää oikeuskäytäntöä. Laki ei sisältänyt mitään säännöksiä siitä, miten mielisairaalan rikoksenteikijän suhteen tuli menetellä. Näiltä osin ratkaisut jäivät yleisen yhteiskuntakehityksen ja oikeuskäytännön varaan. Oikeuskäytännöstä muodostuikin varsin kirjava. Vuoden 1734 lain säätämisen jälkeen tuomioistuimet valitsivat yleensä yhden kolmesta seuraamusvaihtoehdosta: mielisairas rikoksenteikijä tuomittiin vankeuteen, hänelle langetettiin ruumiinrangaistus (vitsa- tai raipparangaistus) tai hänet määrättiin mielisairaalaan.²⁴

Syynä erilaisten seuraamusvaihtoehtojen käyttöön oli ensiksi se, että mielisairaalapaikkoja oli vähän ja niihin jouduttiin usein pitkään jonottamaan.²⁵ Suomessa toimi 1700-luvun lopulla kaksi mielisairaala, Seilin ja Kruunupyyn hospitaalit, joissa kummassakin oli vain muutamia kymmeniä sairassijoja.²⁶ Pelkästään resurssikysymysten vuoksi mielisairaiden rikoksenteikijöiden mielisairaaloihin sijoittaminen oli siis vaikeaa.

Toisaalta merkille pantavaa oli se, että keskenään samankaltaisissa rikoksissa lopputulos saattoi arvaamattomasti vaihdella. Tätä kuvaavat seuraavat henkirikostapaukset. Svean hovioikeudelle 1764 osoittamassaan kirjelmässä hänen kuninkaallinen majesteettinsa määräsi, ”että BA, joka oli mieleltään häiriintynyt ja surmannut sisarensa kuusi viikkoa vanhan lapsen, oli sijoitettava Uppsalan sairaalaan, johon hänen oli loppuiäkseen jätävä tarvitsemaansa hoitoon ja huolenpitoon”. Vuonna 1787 kuninkaallinen majesteetti taas päätti, ”että sotilaanvaimo CN, joka oli surmannut piika AH:n kymmenen viikkoa vanhan lapsen, joka hänen huostaansa oli kasvatettavaksi uskottu, oli teon hetkellä ollut poissa mielentasapainosta, eikä häntä näin ollen voitu rangaista. Häntä tuli kuitenkin lopun elämänsä pitää kuritushuo-

²² Munktell (1940), s. 36.

²³ Sondén, s. 46.

²⁴ Munktell (1940), s. 37–39.

²⁵ Sondén, s. 43–44.

²⁶ Kaila (1966), s. 166; Sarvilinna, s. 75 ja 141.

neessa sellaisessa työssä, joka hänen mielen- ja ruumiinvoimilleen oli sopivaa.”²⁷

Kyseiset henkirikokset olivat jokseenkin identtiset. Kummassakin tapauksessa lapsenhoitaja surmasi hänen hoitoonsa uskotun lapsen. Ensin mainitussa tapauksessa seuraamuksena oli sairaalahoito, jälkimmäisessä kuritushuone. Kuitenkin myös jälkimmäisessä tapauksessa tuomioistuimien nimenomaisesti totesi, että rikoksentehtyjä oli sairaustilan vuoksi vapautettava rangaistuksesta (”icke kunde någon straff åläggas”).²⁸

Torsten Sondénin mukaan selityksenä sille, miksi keskenään samanlaisissa tapauksissa tuomittiin erilainen seuraamus, oli se että eri seuraamusvaihtoehdot eivät käytännössä juuri eronneet toisistaan. Mielisairaalat olivat olosuhteiltaan vankiloiden kaltaisia. Mitään hoidollisia tavoitteita niillä ei ollut.²⁹

Tässä suhteessa Ruotsi ei ratkaisevasti poikennut aikakauden yleiseurooppalaisesta tilanteesta. Kautta Euroopan mielisairaalat olivat vankiloiden kaltaisia eristyslaitoksia, joiden ainoana tarkoituksena oli pitää mielisairaattomia ulkomaailmasta. Vankilankaltaisuus oli niin ilmeistä, että Englannissa ja Alankomaissa mielisairaaloiden hoidokkeja kutsuttiin vangeiksi ja mielisairaita vankiloiksi. Mielisairaala ja vankila saattoivat myös toimia samassa rakennuksessa tai -rakennusryhmässä, pahimmillaan niin, että mielisairaattomia ja vangit olivat sekaisin.³⁰

Varhaisten mielisairaaloiden luonteesta ja hoidollisten tavoitteiden puutteesta kertoi osaltaan se, että sairaaloiden toiminnasta vastasivat lääketieteellisesti koulutamattomat tai vain vähän koulutusta saaneet henkilöt. Koulutetut lääkärit kävivät mielisairaaloissa vain ajoittain, lähinnä tarkistamassa potilaiden fyysisistä terveydentilaa. Tyypillistä oli, että suomalaisessa Seilin hospitaalissa, johon vuodesta 1622 lähtien oli toimitettu mielisairaita, vieraili ensimmäisen kerran lääkäri vuonna 1689. Vakinainen lääkäri Seiliin nimitettiin vasta vuonna 1819.³¹

²⁷ Sondén, s. 61–62.

²⁸ Munktel (1940), s. 39; Sondén, s. 61–62.

²⁹ Sondén, s. 61–62.

³⁰ Salo, s. 40; Spierenburg, s. 185 ja 189.

³¹ Achte, s. 14; Salo, s. 102; Sarvilinna, s. 100–101.

VI OIKEUSTIETEEN JA PSYKIATRIAN KOHTAAMINEN

6.1. Uuden ajan alun lääketiede

Uuden ajan alussa mielisairauskäsitys oli kaksijakoinen. Siinä sekoittuivat antiikin lääketieteestä alkunsa saaneet humoraalipatologiset käsitykset ja teologian piirissä voimakkaina eläneet demonologiset näkemykset. Lääketieteessä mielisairaudet pyrittiin yleensä selittämään luonnollisista syistä johtuviksi. Ongelmana oli kuitenkin se, että luonnontieteellisten termien käyttö loi vastakkainasettelun teologian suuntaan ja ainakin välillisesti uhkasi kirkon valta-asemaa. Teologiassa omaksutun demonologisen käsityksen mukaan mielisairaudet johtuivat yliluonnollisista syistä, sielunvihollisen valtaan joutumisesta. Selittämällä mielisairaudet luonnontieteellisin termein lääkärit samalla kiistivät demonologiset käsitykset. Kirkon hallitsevan aseman vuoksi lääketiede joutuikin keski- ja uuden ajan taitteessa tekemään pitkälle meneviä myönnytyksiä teologian suuntaan. Aatteellisen kompromissin ilmaisi ehkä selkeimmin portugalilainen lääkäri Rodrigo de Castro todetessaan: ”Paholainen on olemassa, mutta suhteessa mustan sapen määrään.”¹

Rodrigo de Castron lausunnossa humoraalipatologinen ja teologinen sairauskäsitys elivät vielä rinnakkain. Niin oli myös käytännön praktiikassa, jossa lääkärit usein vetosivat korkeampiin voimiin ainakin silloin, kun luonnollista syytä mielisairaudelle ei löytynyt. 1500-luvun lopulla teologisista kytkennöistä alettiin kuitenkin irtautua. Tätä ilmensi mm. Riolan vanhemman (1538–1606) lausunto, jonka mukaan ”ei ole tarpeen viitata paholaiseen tietämättömyyden viimeisenä linnakkeena, koska sairauksille on olemassa luonnollinen syy”.²

Lääketieteen piirissä Johannes Weyerä (1515–1588) on pidetty ensimmäisenä, joka yhdisti toisiinsa humoraalipatologisen lääketieteen ja oikeudelliset kysymyksenasettelut. Weyerin vuonna 1563 julkaistussa teoksessa ”De Praestigiis Demonum” käsiteltiin niitä tekijöitä, jotka aiheuttivat naisille melankolisia tiloja. Hippokrateen traditiota noudattaen Weyer piti pääsyynä mustaa sappea, joka vaikutti naisten mielikuvitukseen ja jonka liiallinen määrä johti henkiseen sairaustilaan.

¹ Barras ja Bernheim, s. 105–106, jossa lainaus alkuperäistekstistä.

² Rosen, s. 145–147, jossa lainaus alkuperäistekstistä.

Tältä pohjalta Weyer esitti, että naisten rikoksissa lääkäreiden tehtävä oli selvittää, oliko rikoksen syynä psyyken sairaus. Silloin kun näin oli, lääkärin oli myös määrättävä asianmukaisesta hoidosta.³

Oikeuspsykiatrian varsinaisena perustajana on kuitenkin pidetty Paulus Zachias-ta (1584–1659). Teoksessaan *Quaestiones Medico-Legales* Zachias vaati, että nimenomaan lääkäreiden, ei pappien tai juristien tuli selvittää se, oliko rikoksente-kijä mielisairas.⁴ Zachias myös loi mentaalisten tilojen luokitusjärjestelmän, jolla hän pyrki yhdistämään toisiinsa eri psyyken häiriöt ja niiden oikeudelliset vaikutuk-set.

Järjestelmänsä Zachias rakensi vanhalle roomalaiselle pohjalle. Perusajatuksena oli, että kuhunkin mielisairauteen voitiin kytkeä tarkoin ennalta määritellyjä oikeu-dellisia rajoituksia ja vaikutuksia. Zachias jakoi mielisairaudet kahteen pääluok-kaan, *”fatuitas”* ja *”insania”*. Ensin mainittuun pääluokkaan kuului kolme alaryh-mää. Poikkeavuudeltaan lievin ryhmä oli *”ignorantes”*. He eivät voineet periä maata tai toimia muiden holhoojina, mutta saattoivat mennä naimisiin ja osallistua uskon-nollisiin menoihin. He olivat myös rikosoikeudellisesti vastuunalaisia. Toisessa alaryhmässä, *”fatui”*, psyyken poikkeavuus oli syvempi ja oikeudet vastaavasti rajoitetummat. He eivät saaneet avioitua tai tehdä testamenttia muutoin kuin poik-keustapauksissa. Kolmanteen alaryhmään, *”stolidi”*, kuuluivat henkilöt, jotka Zachiaksen mukaan olivat kuin kivet. He eivät voineet olla osallisina siviilioikeu-dellisissa oikeustoimissa eivätkä he myöskään olleet rikosoikeudellisesti vastuun-alaisia.

Toiseen pääluokkaan, *”insania”*, Zachias sijoitti mielenhäiriöt, joihin ei liittynyt kuumetilaa. Nämä häiriötilat saattoivat aiheutua mm. voimakkaista tunteista kuten suuttumus tai pelko. Zachias katsoi, että kyseisissä tapauksissa tuomioistuim oli oikeutettu lieventämään rikosoikeudellista seuraamusta ja vastaavasti toteamaan siviilioikeudelliset oikeustoimet pätemättömiksi.⁵

Varhaisin Euroopassa tunnettu todistajalausunto, jossa lääkäri on tuomioistui-men pyynnöstä selvittänyt syytetyn mielentilaa, ajoittui Zachiaksen aikakaudelle, tarkemmin sanoen vuoteen 1629.⁶ Tämän jälkeen kehitys oli kuitenkin hidasta. Vaikka monissa Euroopan maissa lääkäreitä esiintyi asiantuntijoina tuomiois-tuimissa jo 1600- ja 1700-luvulla – Ruotsissa tietävästi ensimmäisen kerran vuon-na 1710⁷ – mistään vakiintuneesta käytännöstä ei voida puhua. Lääketieteellisten asiantuntijoiden käyttö jäi pitkään satunnaisilmiöksi.

³ Barras ja Bernheim, s. 105–106; Qvarsell, s. 23–24.

⁴ Kaplan ja Sadock, s. 3.

⁵ Barras ja Bernheim, s. 105–106.

⁶ Nemec, s. 45.

⁷ Munktel (1940), s. 29.

Sytä hitaaseen kehitykseen oli monia. Kuten aikaisemmin on todettu, mielisairaalasijoitus ei 1600- ja 1700-luvulla merkinnyt vaihtoehtoa, jolla olisi ollut lääketieteellinen sisältö. Mielisairaaloissa ei yleensä ollut lääkäreitä. Lääkäreillä ei ollut mitään välitöntä intressiä osallistua mielisairaita rikoksentekijöitä koskevaan päätöksentekoon, koska kysymys ei ollut heidän hoidettavakseen tulevasta potilasryhmästä. Toisena syynä mielentilalausuntojen hitaaseen kehitykseen oli lääketieteen piirissä 1600- ja 1700-luvulla tapahtunut pysähdys. Uuden ajan alussa lääketiede oli ollut tieteellisen vallankumouksen eturintamassa, mutta lupaavan alun jälkeen kehitys jäi muita luonnontieteitä hitaammaksi. Lääketiede oli teoreettisesti heikkoa eivätkä keskenään kilpailevat koulukunnat kyenneet tarjoamaan selitysmalleja, jotka olisivat merkittävällä tavalla valaisseet mielisairauksien sen enempää kuin muidenkaan sairauksien problematiikkaa. On sanottu, että lääketiede vasta 1800-luvun puolivälissä saavutti tason, jolla fysiikka oli noin vuonna 1650 ja kemia vuonna 1775. Jälkeenjääneisyytensä vuoksi lääketiedettä kutsuttiinkin ”tieteen kuivuneeksi käsivarreksi”.⁸

Tätä taustaa vastaan on myös ymmärrettävissä se kriittinen suhtautuminen, jota mm. Immanuel Kant (1724–1804) lääketieteeseen nähden edusti. Teoksessaan ”*Anthropologie in pragmatischer Hinsicht*” Kant arvosteli lääketieteellisten asiantuntijalausuntojen käyttöä tuomioistuimissa. Kant kirjoitti: ”... vaikka fyysisistä syistä johtuvat ongelmat ehkä toisinaan aiheuttavat luonnottomia poikkeamia moraalilaista (joka on meissä jokaisessa), lääkärit ja fysiologit eivät yleensä ole edenneet tarpeeksi pitkälle nähdäkseen niin syvälle ihmisen sisällä vaikuttaviin mekanismeihin, että kykenisivät päättämään, liittyykö rikos sairaustilaan vai pystytäänkö sitä arvioimaan ilman anatomian apua.”⁹

Vaikka siis lääketieteellisiä asiantuntijalausuntoja esiintyi tuomioistuimissa jo varsin varhain, tilanne tällä sektorilla – kuten yleensä lääketieteessä – oli jokseenkin pysähtynyt 1600- ja 1700-luvun ajan. Tämän pysähtyneisyyden katkaisi vasta tieteellisen psykiatrian synty.

6.2. Psykiatrian synty

Psykiatrian kehityksessä eräänä merkkipaaluna on pidetty vuotta 1808, jolloin termi ”psychiaterie” esiintyi ensimmäisen kerran saksalaisen Johann Reilin kirjoituksessa.¹⁰ Psykiatrian varhaisvaiheen merkittävimpana tieteellisenä suuntauksena on

⁸ Vuori, s. 94, 97–98.

⁹ Kant, s. 110–111.

¹⁰ Baker, s. 57–58; Barras ja Bernheim, s. 107.

yleensä pidetty Ranskassa 1810- ja 1820-luvulla kehittynyttä somatistista koulukuntaa. Sen johtava hahmo oli Jean-Etienne-Dominique Esquirol (1772–1840), jolta aikakauden eurooppalainen psykiatria haki laajalti vaikutteita.¹¹

Somatistisen koulukunnan lähtökohtana olivat 1800-luvun alun lääketieteelliset löydökset, joiden myötä selitettävissä olevien psyyken ilmiöiden piiri huomattavasti laajeni. Tällöin mm. pellagra ja sen mentaaliset oireet selitettiin, alkoholista aiheutuva delirium erotettiin muista houretiloista, havaittiin mielisairauden ja asteittaisen halvaantumisen välinen yhteys ja todistettiin motorisen ja sensorisen hermojärjestelmän erillisyys. Viimeksi mainittu havainto oli neurologisen teorian ja myöhemmän assosiaatiopsykologian kannalta merkittävä kehitysaskel. Nämä saavutukset eivät sinänsä todistaneet sitä, että mielenterveyden häiriöt olisivat aina – tai edes useimmiten – orgaanista perua, mutta ne olivat luomassa optimistista ilmapiiriä, jossa uskottiin myös mielisairauksien mysteerien ratkeavan ja alkupe- räisten syiden löytyvän.¹²

Eräänä esimerkkinä siitä, kuinka mentaalisia ilmiöitä koskeva tutkimusprosessi voi ideaalitapauksessa edetä, pidettiin pellagran selvittämistä. Pellagra on b₂-vitamiinin puutteesta aiheutuva sairaus, joka aliravitsemustilanteessa ilmenee iho- ja hermosto-oireina sekä mentaalisina häiriöinä. Erilliseksi sairaudeksi pellagra tunnistettiin vuonna 1735, kun Gaspar Casal havaitsi fyysisen sairaustilan ja mentaalisten häiriöiden olevan saman sairauden oireita. Casalın kuvauksen pohjalta kyettiin yleismaailmallisesti tunnistamaan tämä sairaus, joka selitti aikaisemmin käsittämättömiksi jääneet mentaaliset häiriöt. Kliiniseltä pohjalta kerätty tutkimustieto teki mahdolliseksi myös sen, että pellagraa kyettiin kontrolloimaan ja hoitamaan jo ennen sen perimmäisen syyn löytymistä.

Tästä tutkimusprosessin ideaalimallista lähti myös somatistinen psykiatria. Perusaksioimana oli se, että mielisairaudet ovat aivosairauksia. Kun orgaanista selitystä mielisairauksille ei tunnettu, lähdettiin liikkeelle sairauksien kuvauksista. Kliinisten kuvausten pohjalta mielisairauksien esiintymisestä – niihin liittyvistä tilastollisista, biokemiallisista, sosiologisista, psykologisista yms. seikoista – pyrittiin hankkimaan lisää tietoa. Tämä loi perustan myös sille ajatukselle, että mielisairaudet saattoivat olla hoidettavissa (aivojen kiihtymys- ja ärsytystilat laukaistavissa) ilman että niiden perimmäisiä syitä tunnettiin.¹³

Parantamiseen tähtäävä psykiatrinen hoito oli osa valistuksen suurta projektia. Sen konkreettisena alkupisteenä on pidetty vuotta 1751, jolloin William Battie (1704–1776) perusti Lontooseen Pyhän Luukkaan sairaalan.¹⁴ Aikakauden refor-

¹¹ Achte, Alanen ja Tienari, s. 18–19; Salo, s. 74.

¹² Kaplan ja Sadock, s. 5; Salo, s. 74.

¹³ Rosen, s. 258–262; Salo, s. 72–73.

¹⁴ Achte, Alanen ja Tienari, s. 18–19; Salo, s. 46; Scull (1979), s. 25.

misteja yhdisti kaksi seikkaa: aikaisemman mielisairaanhoidon kritiikki ja ajatus uudenlaisesta psykiatrisesta hoidosta. Reformistit kritisoivat vanhojen mielisairaaloiden kahleita, ketjuja ja maanalaisia sellejä, kylmää, kovaa ja ankaraa kohtelua, löyhkää, likaa ja huonoa ravintoa sekä lääkärinhoidon puutetta. Tämän sijaan he tarjosivat lääketieteelle perustuvaa, sairaiden parantamiseen tähtäävää vaihtoehtoa.¹⁵

Mielisairaanhoidossa tapahtunutta paradigman muutosta on David Ingleby luonnehtinut seuraavasti: ”Vanhan paradigman mukaan mielisairaus poisti uhrinsa ihmisten kategoriasta raakalaisten kategoriaan: siten raaka käsittely oli vain luonnollista, ja kaikki muu olisi ollut yhtä absurdia kuin varustaa maatilojen eläimet höyhenpatjoilla. Uuden paradigman mukaan kaikki luonto – joko inhimillinen tai eläimellinen – oli muokattavissa: mielisairaajat voitiin siten ohjelmoida uudelleen, tai kuten me sanomme, saada toimimaan yhteiskunnan hyödyllisinä jäseninä.”¹⁶

Reformistien suurena lupauksena oli idea siitä, että psykiatrinen hoito parantaisi sairaita ja olisi samaan aikaan inhimillistä, tehokasta ja halpaa. Tälle pohjalle rakentui myös Pyhän Luukkaan sairaala. Toisin kuin vanhoissa mielisairaaloissa, toiminta-ajatuksena oli potilaiden nopea parantaminen. Kun aikaisemmin mielisairaalasijoitukset muodostuivat usein elinikäisiksi, tässä laitoksessa hoitoaika vain poikkeustapauksessa saattoi olla vuotta pitempi. Sairaalan toiminta perustui hyvän-
tekeväisyyteen ja lahjoitusvaroihin, mikä teki mahdolliseksi sen, että ensimmäisen vuoden ajan potilaita hoidettiin ilmaiseksi. Maksuttomalla hoidolla samoin kuin lupauksella lyhyestä hoitoajasta pyrittiin alentamaan psykiatrisen hoidon kynnystä, edistämään varhaista hoitoon hakeutumista ja estämään mielisairauksien kroonistuminen. Toisaalta hoidon yksilöllistä puolta korostettiin. Sairaalassa jokaisella potilaalla oli mm. oma huone ja ruokavalio.¹⁷

Pyhän Luukkaan sairaalan perustamisen jälkeen Englannissa syntyi nopeasti joukko yksityisiä, potilaiden parantamiseen tähtääviä mielisairaaloita. Nämäkin sairaalat valikoivat potilaansa ja keskittyivät niihin joiden uskottiin parantuvan. Myös lainsäädännön alalla englantilainen kehitys alkoi varhain. Jo niinkin aikaisin kuin vuonna 1744 julkaistuun mielisairaslakiin kirjattiin maininta siitä, että eristämisen aikana mielisairaita olisi pyrittävä parantamaan.¹⁸ Ranskassa vastaava uudistusprosessi on tavallisesti ajoitettu vallankumouksen yhteyteen 1790-luvulle, Saksassa 1800-luvun taitteeseen, Pohjoismaissa 1800-alkupuolelle ja Venäjällä 1800-luvun keskivaiheille.¹⁹

¹⁵ Salo, s. 75 ja 102.

¹⁶ Ingleby, s. 151–152.

¹⁷ Salo, s. 44–45.

¹⁸ Salo, s. 39, 44–46.

¹⁹ Ingleby, s. 145–149; Kelstrup, s. 26.

Ruotsissa ensimmäiset merkit mielisairaanhoidon modernisoitumisesta ilmeni-
vät 1820-luvulla. Vuonna 1823 Ruotsin valtiopäivät päättivät, että maahan perustet-
taisiin uudenaikainen psykiatrinen sairaala, jossa sovellettaisiin alan viimeisimpiä
hoitomuotoja. Kolme vuotta myöhemmin kokeilu käynnistyi Vadstenan sairaalassa
ja vuonna 1832 se laajeni edelleen Danvikenin sairaalaan.²⁰

Suomessa mielisairaiden parantamisajatus ilmeni – tosin vielä varsin hämärästi –
professori Josef Pippingin (1760–1805) laatimassa komiteanmietinnössä vuodelta
1810. Kuten reformistit kautta Euroopan, Pipping lähti siitä, että mielisairaanhoi-
don tuli perustua lääketieteeseen ja hoidon tuli tapahtua lääkärin johdolla. Pipping
ehdotti myös parannettavien ja parantumattomien mielisairaiden erottamista toisis-
taan, jotta parannettavissa olevien hoito voisi onnistua. Kuitenkin vasta 1830-
luvulla yleistyi Suomessa näkemys, jonka mukaan lääkärit kykenivät parantamaan
mielisairaita.²¹

Suomessa parantamisajatus sai virallisen vahvistuksensa vuoden 1840 mielisai-
raanhoitoasetuksessa. Kahden keskusmielisairaalan, Lapinlahden sairaalan ja Seilin
hospitaalin välillä tehtiin tässä suhteessa ero. Silloin kun toivoa paranemisesta
näytti olevan, vuoden 1840 mielisairasasetus määräsi, että potilas oli toimitettava
Lapinlahden sairaalaan. Vastaavasti Seilin hospitaaliin jäivät parantumattomat ta-
paukset. Näistä uudistuksista huolimatta vuoden 1840 asetuksessa eli kuitenkin
vielä varsin voimakkaana ajatus siitä, että mielisairaus oli pysyvä tila, josta parantu-
misen mahdollisuudet olivat heikot.²²

6.3. Pierre Rivieren tapaus

Mielisairaiden rikoksentekijöiden suhteen psykiatrian lähtökohdat olivat selvät jo
silloin, kun tieteenala 1700- ja 1800-luvun taitteessa syntyi. Markku Salo on kuvan-
nut psykiatrian perusaksioomaa seuraavasti: ”Koko somatistinen psykiatriaahan läh-
tee liikkeelle siitä, että mielen sairauksissa on kysymys keskushermoston häiriöistä
tai sairaudesta, jolloin häiriöistä kärsivä a) ei ole vastuussa häiriöistään b) eikä voi
omatoimisesti suuremmin vaikuttaa häiriön olemassaoloon ja sen hänelle aiheutta-
miin haittoihin.”²³

Psykiatrian ongelmana oli kuitenkin se, että valtaosaa mielisairauksista ei voitu
selittää organiselalta pohjalta, vaikka niitä pidettiinkin perimmiltään aivosairauksi-
na. Ratkaisu tähän ongelmaan oli mielisairauksia kuvaileva ja luokitteleva, ei niitä

²⁰ Qvarsell, s. 86–88.

²¹ Salo, s. 102; Sarvilinna, s. 73–74.

²² Salo, s. 103; Sarvilinna, s. 198.

²³ Salo, s. 77.

selittävä metodi. Kyseinen metodi puolestaan johti siihen, että mielisairauksien piiri aikaisempaan verrattuna laajeni, koska mielisairauksia oli mahdollista konstruoida deskriptiivisesti, kuvaamalla uusia oireyhtymiä.²⁴

Uudet mielisairauden määritelmät synnyttivät erityisesti oikeustieteen suhteen ongelmia. Mielisairaiden rikoksentehtäjäiden kohdalla ne johtivat oikeustieteen ja psykiatrian väliseen vastakkainasetteluun.²⁵ Toisaalta tuomioistuimissa vastakkainasettelua herätti jo se, että psykiatrit saattoivat yksittäistapauksessa arvioida rikoksentehtäjän mielentilaa eri tavoin kuin tuomioistuin ilman että uusiin mielisairauksiin olisi välttämättä vedottu.

Mielisairaita rikoksentehtäjiä koskevaan keskusteluun osallistuivat monet 1700- ja 1800-luvun vaihteen johtavat psykiatrit. Eräs heistä oli somatistisen koulukunnan johtohahmo Jean-Etienne-Dominique Esquirol. Kuuden muun pariisilaisen psykiatrin kanssa Esquirol laati asiantuntijalausannon mm. Pierre Rivieren oikeudenkäyntiin vuonna 1835. Kysymyksessä oli henkirikos, jossa 20-vuotias normandilainen talonpoika oli surmannut äitinsä, sisarensa ja veljensä. Psykiatrian kehityksen kannalta tapaus oli merkittävä siksi, että vireillä olleiden lainsäädäntöuudistusten vuoksi johtavat psykiatrit osallistuivat aktiivisesti yksittäisiin oikeudenkäynteihin. Pierre Rivieren tapaus oli eräs oikeudenkäynneistä, joiden kautta psykiatrit pyrkivät osoittamaan tieteenalansa merkityksen tuomioistuimissa.²⁶

Pierre Rivieren tapauksessa Esquirol kollegoineen päätyi eri lopputulokseen kuin tuomioistuin. Toisin kuin tuomioistuin, psykiatrit katsoivat syytetyn olevan mielisairas. Tätä kantaa mielentilalausunnossa perusteltiin seuraavasti:

”Ottaen huomioon että Pierre Riviere aina etsi yksinäisyyttä, että hänen oli usein nähty puhuvan itsekseen tai keskustelevan näkymättömien olentojen kanssa, ulvovan naurusta ilman järkevää syytä, käyvän kaalinpäiden kimp-
puun ja katkoneen niitä kuin hän olisi taistellut vihollisten kanssa, sanoneen
että hän näki paholaisen ja keskusteli tämän kanssa, eikä hän uskaltanut
lähestyä naisia, ei edes omaan perheeseensä kuuluvia koska pelkäsi, että
saastuttaisi heidät eritteillä joita uskoi virtaavan ruumistaan, että hän kidutti
eläimiä eri tavoin, kantoi vasaraa ja nautoja taskussaan voidakseen ristiinau-
lita niitä ja teki niin lukuisia poikkeavia tekoja, että jo nelivuotiaasta lähtien
häntä oli kutsuttu Rivieren imbesillisiksi, hulluksi tai pedoksi;

Ottaen huomioon että edellä mainittu Riviere tulee perheestä, jossa on
esiintynyt lukuisia mielisairaita (yksi hänen enonsa kuoli mielisairaana osoit-
taen samanlaisia oireita; kahdessa hänen serkussaan esiintyi mielisairauden
merkkejä; hänen äitinsä luonne oli äärimmäisen omalaatuinen; eräs hänen
veljistään lähes täysin idiootti);

²⁴ Salo, s. 74–76; Scull (1979), s. 233–238.

²⁵ Foucault (1978), s. IX.

²⁶ Castel, s. 265–269.

Ottaen huomioon motiivit, jotka saivat Pierre Rivieren surmaamaan äitinsä, sisarensa ja veljensä, jotta vapauttaisi isänsä kotiridoista, maailman naisten vallasta sekä saavuttaakseen kuolemattomuuden tällä urotyöllä kuten Chatillon, Eleazar tai Laroche-Jacquelin ja uhraamalla itsensä kuten Jeesus Kristus ihmisten pelastamiseksi, osoittavat täydellistä arvostelukyvyn puutetta.”²⁷

Mielentilalausunnon argumentaatio oli rakenteeltaan selkeää. Lausunnossa todettiin, että jo varhaisesta iästä lähtien Pierre Riviereä oli paikkakunnalla pidetty mielisairaana, mitä käsitystä psykiatrit pitivät myös lääketieteellisin perustein oikeana. Lausunnossa lueteltiin yksityiskohtaisesti ne Rivieren aikaisempiin elämänvaiheisiin liittyvät seikat, joita pidettiin merkinä mielisairaudesta ja toisaalta todettiin, että rikoksen motiivit osoittivat Rivieren olleen myös rikoksen tekohetkellä samassa tilassa.

Tuomioistuimen näkökulma asiaan oli kuitenkin toinen. Tuomioistuin painotti itse rikoshetkeä ja siihen välittömästi liittyviä seikkoja. Rivieren aikaisempiin elämänvaiheisiin liittyvää näyttöä tai paikkakuntalaisten mielisairautta koskevia lausuntoja ei juuri kommentoitu. Rikoshetken suhteen tuomioistuin korosti Rivieren rationaalisuutta – mm. sitä että Riviere oli mielessään suunnitellut rikoksen, muisti sen tarkasti ja kykeni kirjoittamaan siitä yksityiskohtaisen selvityksen – ja katsoi hänen olevan täysin vastuussa rikoksestaan.²⁸ Tuomioistuin päätyi näin samalle kannalle kuin syyttäjä, jonka mukaan ”lain silmissä häntä voidaan pitää vain julmana olentona, joka on seurannut pahan houkutusta, koska hän muiden paheellisten rikollisten tavoin hiljensi omantuntonsa äänen eikä taistellut riittävän voimakkaasti pitääkseen hallinnassa pahaan taipuvaisen luonteensa”.²⁹

Vaikka tuomioistuin tarkasteli asiaa nimenomaan rikoksen tekohetken näkökulmasta, sen argumentaatio tapahtumahetken suhteen oli niukkaa. Kuten usein henkirikoksissa, rikoshetken mielentilan arvioiminen oli Pierre Rivieren tapauksessa ongelmallista jo siksi, että se jouduttiin perustamaan lähinnä rikoksenteikijän omiin lausuntoihin. Niiden tulkinnassa tuomioistuin ja psykiatrit asettuivat vastakkaiselle kannalle. Siinä missä tuomioistuin korosti Rivieren sisäisessä päätöksentekoprosessissa ilmenevää suunnitelmallisuutta ja rationaalisuutta, psykiatrit kyseenalaistivat tämän. Psykiatrien mukaan rationaalisuudesta ei voitu puhua tapauksessa, jossa tekijä kertoi tehneensä rikoksen taivaallisesta käskystä, isä Jumalan enkeleidensä kanssa ilmestyttyä hänelle.³⁰

²⁷ Foucault (1978), s. 163–164.

²⁸ Riot, s. 230–238.

²⁹ Foucault (1978), s. 40.

³⁰ Foucault (1978), s. 19–24.

Tässä yhteydessä ei ole kovinkaan oleellista se kumman osapuolen, tuomioistuimen vai psykiatrien kanta Rivieren mielisairauden suhteen oli oikea. Sen sijaan olennaista on todeta, mistä lähtökohdista osapuolet argumentaatiotaan lähtivät rakentamaan. Psykiatrien tarkastelutapa oli kokonaisvaltainen, rikos oli yksi Rivieren elämänprosessin osa. Sen sijaan tuomioistuin tarkasteli asiaa nimenomaan rikoksen tapahtumahetken näkökulmasta.³¹

Tuomioistuimen omaksuma tarkastelutapa – poikkileikkaus yhdestä tilanteesta – poikkesi siitä, mitä mielisairaista rikoksentekijöistä on edellä todettu. Varhaisessa oikeudessa rikoksentekijän mielisairautta tarkasteltiin yleensä kokonaisvaltaisesti, ei nimenomaan tekohetkeen liittyvänä ilmiönä. Keskeisin kysymys onkin se, miten Rivieren tapauksessa ilmenevään argumentaatiomalliin, tekohetken korostamiseen oli oikeustieteen puolella päädytty.

³¹ Riot, s. 230–238.

VII VAPAAN TAHDON PROBLEMATIIKKA

7.1. Vapaa tahto rikoksenteikijän mielentilan kriteerinä

Rikoksenteikijän mielentilan suhteen käänteentekevänä teoksena on pidetty Henry de Bractonin 1200-luvun keskivaiheilla julkaisemaa kokoelmaa ”De legibus et consuetudinibus angliae”. Teoksessaan Bracton lähti siitä, että rikoksen yhteydessä oli keskityttävä arvioimaan itse tekotapahtumaa ja rikoksenteikijän siihen liittyvää tarkoitusta. Jotta teko ylipäättään voisi olla rikos, rikoksenteikijällä oli oltava subjektiivinen, tietoinen intentio ja vapaa tahto. Bractonin mukaan mielisairailta ja lapsilta tämänkaltaisen tahdonmuodostus puuttui, minkä vuoksi heitä ei myöskään tullut tuomita rangaistukseen.¹

Bractonin lähtökohdat ilmenivät selvästi siinä tavassa, jolla hän tulkitsi Modestinukselta peräisin olevia roomalaisen oikeuden säännöksiä. Modestinus oli perustellut mielisairaiden rikoksenteikijöiden rangaistuksesta vapauttamista sillä, että mielisairasta ei tullut rangaista hänen ”onnetoman kohtalonsa” vuoksi (infelicitas fati). Bractonilla tämä periaate muutti muotoaan. Bracton esitti, että mielisairasta ei tullut rangaista ”onnetoman tekonsa” tähden (infelicitas facti). Nigel Walkerin mukaan kysymyksessä oli enemmän kuin pelkkä yhden kirjaimen väärintulkinnasta aiheutuva käännösvirhe (infelicitas fati – infelicitas facti). Muutos oli sisällöllinen.²

Walkerin mukaan syy Bractonin käännösvirheeseen oli se, että Bracton pyrki tietoisesti kehittämään uutta oikeudellista ajattelutapaa. Walker kirjoittaa: ”... Bracton ei kuvannut vallinnutta oikeuskäytäntöä vaan kehitti periaatteita. Tässä tapauksessa keskeinen periaate oli se, että tarkoitus (intentio) oli rikoksen olennaisin ainesosa. Tätä käsitystä Bracton yritti yhdistää siihen lievään kohteluun jota mielisaira – ja lapset – olivat oikeuskäytännössä saaneet osakseen rikkoessaan lakia. Ne argumentit, joiden avulla hän pyrki tämän yhdistämisen tekemään, oli lainattu roomalaisesta oikeudesta, alalta, jolla hän oli niin oppinut. Bractonin argumentit eivät kuitenkaan sellaisenaan sopineet anglosaksiseen oikeuskäytäntöön, vaikka oikeuttivatkin sen lopputuloksen – mielisaira – vapauttamisen rangaistuksesta.”³

¹ Qvarsell, s. 19.

² Walker (1968), s. 26.

³ Walker (1968), s. 26.

Kysymys oli siis siitä, että Bracton halusi antaa olemassaoleville käsitteille ja ajattelutavalle uuden sisällön. Kun Modestinus perusteli mielisairaana rikoksentekijän rangaistuksesta vapauttamista hänen ”onnettomalla kohtalollaan”, tämä viittasi ilmiöön (mielisairauteen), joka pysyvällä tavalla leimasi henkilön koko elämänprosessia. Sen sijaan ”onneton teko” merkitsee ajallisesti selvästi rajattua, lyhytkestoista tapahtumaa. Painotus oli olennaisesti erilainen. Onnettoman kohtalon toteen näyttäminen merkitsee ennen muuta sitä, että osoitetaan mielisairauden olemassaolo. Bracton taas halusi sitoa mielisairaana rikoksentekijän rangaistuksesta vapauttamisen tiukasti rikollisen teon ja sen intentioiden analyysiin. Mielisairaana rikoksentekijän poikkeavaa tahdonmuodostusta oli tarkasteltava vain rikoshetkeä silmällä pitäen.⁴

Kuten Nigel Walker edellä toteaa, tämä lähtökohta ei vastannut aikakauden englantilaista oikeuskäytäntöä. Keskiaikaisessa englantilaisessa oikeudessa suhtauduttiin varsin epäilevästi siihen, että rikoksentekijän tahdonmuodostusta tai intentioita olisi ryhdytty yksityiskohtaisesti analysoimaan. Tämän epäilyn pelkisti myöhäiskeskiajalla elänyt ylioikeustuomari Brian toteamukseen: ”Ihmisten ajatuksista ei pidä käydä oikeutta, koska niitä ei tiedä pirukaan” (The thought of man shall not be tried, for the devil himself knoweth not the thought of man). Fredrick Pollockin ja Frederic Maitlandin mukaan ”nämä sanat voisivat hyvin olla mottona koko varhaiselle rikosoikeuden historialle. Rikosoikeus ei voinut mennä näkyvien tosiasioiden taakse”.⁵

Brianin esittämällä periaatteella oli kaksinainen merkitys: se merkitsi sitä, että ajatuksista ei rangaistu, mutta myös sitä, että näkyvien tosiasioiden takana oleviin mielensisältöihin ei pitänyt vedota. Juuri tässä oli suurin ero englantilaisen oikeuden perinteisen ajattelutavan ja Bractonin kannanottojen välillä. Bracton halusi mennä pitemmälle rikoksentekijän tahdonmuodostusta, intentioita ja mielentilaa koskevassa analyysissa kuin mihin oli totuttu.

Ylipäättään Bracton noudatti aikakautensa oppineille tyypillistä strategiaa. Hän tukeutui roomalaisen oikeuden auktoriteettiin ja yhdisti siihen teologisia käsitteitä. Tällöin Bracton – monien muiden aikakautensa kirjoittajien tavoin – siirsi teologiasta viitekehyksestä roomalaisen oikeuden säännökseen vapaan tahdon käsitteen: ajatuksen siitä, että ihminen on moraalisesti ja rationaalisesti vapaa, itsenäisesti päätöksiä tekevä ja teoistaan henkilökohtaisesti vastuussa oleva yksilö.⁶

Vapaalle tahdolle rakentuvassa käsitejärjestelmässä mielisairaajat saivat erityis-

⁴ Walker (1968), s. 15, 26–27, 40.

⁵ Pollock ja Maitland (I), s. 129; Pollock ja Maitland (II), s. 474–475.

⁶ Marshall, s. 12–25; Parker, s. 57; Platt ja Diamond, s. 1231–1232; Walker (1968), s. 26–27.

aseman, koska he muodostivat perustermin negaation. Mielisairaat ja lapset olivat kaksi merkittävintä ryhmää, joilta tahdon vapauden katsottiin puuttuvan. Näiden ryhmien asemaa teologisperäisessä käsitejärjestelmässä kuvastaa seuraava 1300-luvun Englannista säilynyt fragmentti:

”Ensimmäinen on vapaa tahto, jonka avulla ihminen voi vapaasti valita, tekeekö hän hyvää vai pahaa. Valinnan vapauden ihminen on saanut Jumalan armosta niin, että kukaan ei voi pakottaa häntä tekemään pahaa eivätkä kaikki helvetin paholaiset yhdessäkään saa häntä tekemään syntiä oman tahtonsa vastaisesti. Sillä jos ihminen tekee syntiä vastoin tahtoaan, kysymyksessä ei ole synti. Ihminen ei tee syntiä silloin kun ei voi paeta. Kuten pyhä Augustinus sanoo: kaikki ihmiset ovat vapaita valitsemaan, tämä vapaus puuttuu vain lapsilta ja mielipuolilta, joilla ei ole kykyä erottaa hyvää pahasta.”⁷

Samalta teologiselta pohjalta kehittyi myös ensimmäinen rikoksenteikijän mielentilaa koskeva testi, testi siitä, erottiko rikoksenteikijä toisistaan hyvän ja pahan (”good and evil test”). Testin nimi ja perusajatus oli peräisin Vanhan Testamentin syntiinlankeemuskertomuksesta. Samalla kun hyvän ja pahan tiedon puusta poimittu heledmä oli erottanut ihmiset taivaallisesta viattomuudesta ja tuominut heidät kuolevaisten elämään, ihmiset olivat saaneet kyvyn erottaa toisistaan hyvän ja pahan.⁸

Hyvän ja pahan erottamiskykyä koskevaa testiä käytettiin englantilaisessa oikeudessa ensi kerran vuonna 1313. Sitä sovellettiin aluksi lapsiin, myöhemmin myös mielisairaisiin rikoksenteikijöihin.⁹ Kyseisestä testistä puhuttaessa on kuitenkin huomattava eräs olennainen seikka. Vaikka englantilaiset tuomioistuimet ryhtyivät soveltamaan testiä, jonka pohja oli teologisessa ajattelutavassa, ne toisaalta pitivät voimakkaasti kiinni englantilaisen oikeuden traditionaalisista lähtökohdista. Mitään syvällistä tunkeutumista rikoksenteikijän intentioiden ja tahdonmuodostuksen alueelle testin käyttöönotto ei merkinnyt. Tätä kuvasti vuonna 1338 käsitelty oikeustapaus, jota on pidetty keskeisenä ennakkotapauksena. Kyseisessä tapauksessa tuomioistuin katsoi, että rikoksenteikijä kykeni erottamaan hyvän ja pahan. Tuomioistuimen mukaan tämä ilmeni siinä, että tekijä oli yrittänyt kätkeä uhrin ruumiin.

⁷ Platt ja Diamond, s. 1233.

⁸ Maeder, s. 7.

⁹ Platt ja Diamond, s. 1233–1236. Hyvän ja pahan erottamiskykyä koskevaa testiä käytettiin myös manner-Euroopassa. Saksalaisessa Richtsteig Landrechtissä puhuttiin henkilöstä ”joka tylsyytensä takia ei osaa erottaa hyvää ja pahaa” ja jolle ”Jumala on antanut heikon pään ja riistänyt selvän järjenjuoksun” (”dat it is sie von dorheit nicht vorstan kan arges unde gudes, odder na dem dat god geplaget heft an sine hovede unde heft eme benomen sine redelike vornuft, also dat he sie boses noch gutes verstan kan”). Kinberg (1930), s. 20–23.

Näin hän oli ilmaissut olleensa tietoinen siitä, että syyllistyi rikolliseen tekoon.¹⁰

Ruotsalaisessa oikeudessa rikoshetken mielentilaa koskevan argumentaation esiintuloa saatiin odottaa pitkään. Vielä 1600-luvun lopun oikeuskirjallisuudessa mielisairaana rikoksenteikijän problematiikkaa lähestyttiin keskiaikaisten lakien pohjalta. Muun muassa Stiernhöök ja Kloot katsoivat, että mielisairaudesta toteennäyttämisen tuli tapahtua kuulutukseen ym. formaaleihin kriteereihin vedoten.¹¹ Vastavasti vuoden 1734 lakia valmistelleen komission ensimmäinen, vuonna 1696 tehty ehdotus lähti Kristoferin maanlain kuulutussäännösten pohjalta.¹² Myös oikeuskäytännössä saatettiin vielä 1700-luvun alussa vedota formaaleihin kriteereihin ja katsoa, että tekijä ei voinut olla mielisairas, koska sairaudesta ei aikaisemmin oltu kuulutettu.¹³ Kuulutussäännökset estivät näin teko hetken mielentilaan vetoamisen.

Toisaalta jo 1600-luvun oikeuskäytännössä esiintyi tapauksia, joissa viitattiin rikoshetken mielentilaan ja puhuttiin rikoksenteikijän vapaasta tahdosta. Aivan kuten Englannissa, Ruotsissa katsottiin, että rikoksen salaaminen – esimerkiksi ruumiin kätkeminen – tai oman syyllisyyden kiistäminen olivat merkkejä siitä, että tekijä oli tietoinen tekonsa rikollisesta ominaislaadusta. Tästä syystä hänen ei katsottu olevan mielisairas.¹⁴

Mielisairaita rikoksenteikijöitä koskevassa argumentaatiossa vapaata tahtoa korostavan katsantokannan läpimurto osui Ruotsissa vuoden 1734 lain säätämisajankohdan vaiheille. Itse laissa tai sen valmisteluasiakirjoissa tämä ei kuitenkaan ilmene. Kuten aikaisemmin on todettu, vuoden 1734 laki oli vanhakantainen ja teoreettisesti köyhä. Mielisairaiden rikoksenteikijöiden kohdalla pitkälle meneviin pohdintoihin ei lakia valmisteltaessa menty. Heidät sivuutettiin nopeasti ja todettiin, ettei ollut syytä käyttää liiemmästi aikaa tämänkaltaisiin harvinaisiin poikkeustapauksiin (*”casus mere specialis, och the, som sällan hända”*).¹⁵

Sen sijaan aikakauden johtavan rikosoikeuden auktoriteetin, David Nehrmanin (1695–1769) tuotannossa doktriinin murros oli nähtävissä. Vuonna 1723 Lundissa pitämillään luennoilla Nehrman käsitteli Ruotsin keskiaikaisten lakien säännöksiä,

¹⁰ Platt ja Diamond, s. 1233–1236; Walker (1968), s. 28, 100, 111 ja 114. Uuden ajan Englannissa käytettiin myös toista, lähinnä nykyisiä älykkyydestejä vastaavaa testaustapaa. Tuomioistuimessa syytettyä tiedusteltiin esim. sitä, mitkä olivat hänen isänsä ja äitinsä nimet, kuinka vanha hän itse oli, osasiko hän elehtimällä tai liikkeillä kuvata mitä hänen isänsä teki ammatikseen, osasiko hän laskea kaksikymmentä penniä jne. Tällä testillä voitiin erotella lähinnä heikkolahjaiset ja kehitysvammaiset muista rikoksenteikijöistä (Walker 1968, s. 36).

¹¹ Kloot, s. 278–279; Stiernhöök, s. 357.

¹² Sjögren (1902), s. 411.

¹³ Munktel (1940), s. 13.

¹⁴ Munktel (1940), s. 25–29.

¹⁵ Sjögren (1901), s. 278.

jotka tuolloin yhä olivat voimassa. Mielisairaiden rikoksenteekijöiden suhteen Nehrmanin tulkinta ei ollut täysin irtautunut keskiaikaisista säännöksistä, vaikka ei ollut suorastaan niiden mukainenkaan.¹⁶

Sitävastoin vuonna 1756 julkaisemassaan teoksessa ”Inledning til the swenska jurisprudentiam criminalem” Nehrman–Ehrenstrålen¹⁷ kanta mielisairaiden rikoksenteekijöiden suhteen oli selvä. Hän kirjoitti: ”Tuomarin täytyy todeta mielisairauden olemassaolo ... Selvittää, onko sairaus todellinen vai näytelty; onko se jatkuva vai haitallinen vain tiettyinä aikoina; ja mikä tila oli silloin kuin teko tapahtui: näin hän voi tehdä päätöksen siitä, oliko teko mielisairaana tekemä vai ei.”¹⁸

Tämä Nehrman–Ehrenstrålen kannanotto ilmensi vapaalle tahdolle rakentuvaa ajattelutapaa, jossa rikoksenteekijän mielentilaa koskeva tarkastelu painottuu rikoksen tekohetkeen. Lopullisesti kyseisen ajattelutavan sinetöi kuitenkin vasta Ruotsiin 1700- ja 1800-luvun taitteessa levinnyt klassinen rikosoikeus. Klassisessa rikosoikeudessa tahdonvapaus muodosti yläkäsitteen, josta lähtien määriteltiin kaikki muut rikoksen elementit. Tämä koski sekä tahallisuutta, tuottamusta että syyntakeisuutta.¹⁹

Mielisairaiden rikoksenteekijöiden osalta ruotsalaisen oikeuskehityksen on päähänkuoressa tiivistänyt Torsten Sondén. Hänen mukaansa vapaalle tahdolle rakentuva ”selitysmalli on jotakin sellaista, joka on vasta suhteellisen myöhään tullut ruotsalaiseen oikeustieteeseen. Vanhalle ruotsalaiselle oikeudelle tämä ajattelutapa olisi ollut täysin vieras, ja vasta 1800-luvulla se alkoi näytellä todellista osaa ruotsalaisessa kehityksessä. Tällöin ruotsalaiseen kehitykseen vaikutti voimakaimmin saksalainen oikeustiede.”²⁰

Viittaus saksalaiseen oikeustieteeseen tarkoittaa tässä yhteydessä klassista rikosoikeuskoulua. Tämän keskeinen hahmo oli Paul Johann Anselm Feuerbach (1775–1833). Feuerbach aloitti uransa filosofina ja lukeutui Kantin seuraajiin. Rikosoikeudellisessa ajattelussaan hän lähti liikkeelle Kantin kategorisen imperatiivin käsitteestä. Kategorisen imperatiivin asemaan Feuerbach asetti järkeen ja ihmisluontoon palautuvan, universaalisti pätevän oikeuslain.²¹

Tähän filosofiseen maailmankatsomukseen pohjautuivat myös Feuerbachin käsitykset rikoksen rakenteesta ja syyllisyydestä. Lähtökohtana Feuerbachilla oli lainvastainen teko, ”Handlung”. Jotta tällaisella teolla olisi rikosoikeudellista merkitystä, sen tuli olla vapaa. Vapaan tahdon fiktiolle rakentuivat Feuerbachilla kaikki

¹⁶ Munktel (1940), s. 25–26.

¹⁷ Kaksiosainen nimi oli Nehrmanin vuonna 1756 tapahtuneen aateloinnin seurausta.

¹⁸ Nehrman–Ehrenstråle (1756), s. 92.

¹⁹ Qvarsell, s. 85; Utriainen, s. 9–11, 16–17.

²⁰ Sondén, s. 154.

²¹ Nousiainen, s. 184.

rikoksen keskeiset elementit. Tahdonvapauden käsitteen avulla Feuerbach selitti sekä tahallisuuden, syyntakeisuuden että tuottamuksen. Näin käsitys henkilökohtaisesta syyllisyydestä kytkeytyi erottamattomasti tahdonvapauteen.²²

Feuerbachin mukaan teosta ei tullut rangaista silloin kun tahdonmuodostus ei ollut vapaata. Tällainen tapaus oli kysymyksessä kun tekijä oli 1) lapsi, 2) vanhuudenheikko, 3) syntymäkuuro tai -mykkä (ellei tekijää yksittäistapauksessa pidetty syyntakeisena), 4) tekijä oli tilapäisessä mielenhäiriössä, 5) tekijällä oli mieli- tai muu sairaus, joka on aiheuttanut sen, ettei tekijä voinut vastustaa halua lainvastaisen teon tekemiseen, 6) tekijä piti tekoaan sallittuna (syyllisyyttä vailla oleva erehdys), 7) tekijään kohdistui voittamaton fyysinen pakko, 8) tekijään kohdistui henkeä ja ruumiillista koskemattomuutta uhkaava väistämätön pakko sekä 9) tekijä oli tiedottomassa tilassa (unitila, voimakas humala- tai affektitila tms.).²³

Mielisairaana rikoksentekijän tapauksessa Feuerbach lähti siis siitä, että tekijä ei sairautensa vuoksi voinut vastustaa halua tekonsa tekemiseen. Samalla Feuerbach liitti mielisairauman saumattomasti itse tekoon, siihen kausaalisesti vaikuttavaksi osatekijäksi. Jos rikoksentekijä ei olisi ollut mielisairas, hän olisi kyennyt torjumaan tekoon johtaneen impulssin.

Feuerbachin luettelemia poikkeustapauksia laajemmalti ei rikoksentekijän elämänolosuhteita klassisen rikosoikeuden mukaan tarvinnut, pitänyt eikä saanut huomioida. Tekoja tarkasteltiin idealistisesti ja niiden rikosoikeudellisesta arvioinnista sulkeistettiin pois taustamotiivit ja -olosuhteet. Jäljelle jäi idealistinen käsitys ihmisestä, joka voi poikkeustilanteita lukuunottamatta toimia fenomenaalisessa maailmassa edellytyksettömästi, vailla kausaliteetin toiminnalle asettamia rajoituksia. Tästä syystä klassisessa rikosoikeudessa myös sai erittäin suuren merkityksen se rajalinja, joka erotti teoistaan vastuulliset niistä, jotka eivät tätä olleet.²⁴

Klassisen rikosoikeuden rikoskäsitys on nähty osana sitä yhteiskunnallista tilannetta, jossa se syntyi. Klassinen rikosoikeus toteutti aikakautensa vallankumouksellisen porvariston ihanteita. Rikoksen rakennetta hahmoteltaessa otettiin lähtökohdaksi liberalismien perusajatukset yksilön vapaudesta, tasa-arvosta ja turvallisuudesta. Valtion tehtävänä oli taata yksilölle vapaa toimintapiiri ja vastaavasti sillä oli oikeus ja myös velvollisuus rangaista niistä teoista, jotka loukkasivat muiden yksilöiden oikeuksia.²⁵

Hyvin yleisellä tasolla rikosoikeuden kehitys oli yhdenmukainen aikakautta hallinneen vaihdannan logiikan kanssa. Kummassakin tapauksessa lähdettiin siitä,

²² Utriainen, s. 7–9.

²³ Utriainen, s. 16.

²⁴ Nuutila, s. 125–126; Qvarsell, s. 42.

²⁵ Utriainen, s. 4–9.

että subjektit olivat itsenäisesti valitsevia ja tahtovia olentoja. Kummassakin tapauksessa oikeudelta myös edellytettiin tälle ajatukselle rakentuvaa puhdasta ja universaalia muotoa. Taloudellisessa toiminnassa kyseinen ajattelutapa edisti yhdenmukaisesti käyttäytyvien markkinoiden luomista. Markkinat ajoivat universaaleja sopimus- yms. konstruktioita, joiden avulla voitiin syrjäyttää partikulaariset, vaihdannan kannalta ongelmalliset piirteet.²⁶

Rikosoikeudessa pyrkimys universaalisuuteen lähti siitä, että rikosta tarkasteltiin vapaan ja tahtovan yksilön tekona. Vastaavasti myös rikosoikeudessa partikulaariset piirteet koettiin universaalisuuden esteeksi. Ongelmana eivät olleet poikkeukset sinänsä – rikosoikeusjärjestelmä ei kieltänyt mielisairauden tai muiden samankaltaisten poikkeusten olemassaoloa – mutta ongelmallisia olivat tapaukset, joissa olisi edellytetty muuta kuin itse rikoshetkeen keskittyvää tarkastelutapaa. Tämänkaltaiset tilanteet eivät olleet tervetulleita järjestelmässä, jossa pyrittiin yhdenmukaiseen ja universaaliin rikoksen rakenteeseen. Kun koko järjestelmä rakentui ajatukselle rikoksen tekohetkellä ilmenevästä vapaasta tahdosta, myös mielisairaiden rikosten tekijöiden tapauksessa universaalisuuden vaatimukset oli toteutettava. Samalla kysymys rikosentekijän mielisairaudesta muuttui kysymykseksi mielisairaasta teosta.

7.2. Vain rikoshetkellä ilmenevä mielisairaus

Se että klassisessa rikosoikeudessa tarkastelu tapahtui poikkileikkauksenomaisesti, vain rikoksen tapahtumahetkeä koskevana, ei vastannut aikakauden psykiatrien lähtökohtia. Psykiatrian uranuurtajat pyrkivät kokonaisvaltaiseen tarkasteluun. Tätä lähestymistapaa kuvasti edellä käsitelty Pierre Rivieren tapaus. Siinä Esquirol kollegoineen analysoi Rivieren koko elämänkaaren. Mielisairauden todettiin ilmeneen monella tavoin jo Rivieren varhaisvaiheista alkaen. Itse rikosta psykiatrit pitivät vain yhtenä tapahtumana sairauden pitkässä prosessissa.²⁷

Psykiatrian puolelta tiedostettiin toisaalta myös se, että vapaalle tahdolle rakentuva käsitejärjestelmä oli empiirisesti ongelmallinen. Mielisairauden todistaminen yhdessä poikkileikkaustilanteessa oli vaikeaa, koska tällöin ei periaatteessa voitu vedota rikosentekijän mielisairautta koskevaan yleiseen informaatioon. Kun aikaisemmin rikosoikeusjärjestelmässä mielisairauden todistaminen oli tapahtunut varsin väljästi, nyt argumentaatio siirtyi kohti pistemäistä tilaa.

Tässä tilanteessa psykiatrian suuri oivallus oli se, että se käänsi klassisen rikosoi-

²⁶ Nousiainen, s. 27–28, 171–175 ja 187–188.

²⁷ Riot, s. 230–238.

keuden perusaksioomat sitä itseään vastaan. Psykiatrian piirissä luotiin uusi käsite, vain rikoksen tapahtumahetkellä ilmenevä mielisairaus. Tällöin lähdettiin ajatuksesta, että rikosentekijä saattoi olla rikoshetkellä mielisairas ilman että sairaus millään tavoin ilmeni hänen ulkoisessa olemuksessaan tai käyttäytymisessään ennen rikosta tai rikoksen jälkeen. Koska mielisairaus saattoi olla hetkittäinen tai osittainen, oli mahdollista, että rikos aiheutui sairaustilasta, vaikka syytetty näytti olevan täysin normaali mielentilatutkimuksen ja oikeudenkäynnin aikana. Monet oikeuspsykiatrit katsoivat, että pelkästään se tapa, jolla rikos oli tehty, oli merkinä tekijän mielisairaudesta.²⁸

Ajatus vain rikoksen tekohetkellä ilmenevästä mielisairaudesta nousi esiin leipzigilaisen lääkärin Ernst Platnerin vuonna 1797 ilmestyneessä teoksessa, jossa hän esitteli uuden käsitteen ”*amentia occulta*”. Se oli sairaus, jolle Platnerin mukaan oli tyypillistä tunteeton psyykinen tila tai kohtaus, jonka aikana henkilö syyllistyi väkivaltarikokseen. Koska sairauden ainoa oire oli rikos, nimenomaan lääkärin tuli päättää siitä, oliko kysymys mielisairaasta rikosentekijästä vai ei.²⁹ Samaa ajatusta kehitti Philippe Pinel. Vuonna 1801 ilmestyneessä teoksessaan ”*Traite medico-philosophique*” Pinel käsitteli tilaa, josta hän käytti joko nimitystä ”*manie sans deliere*” tai ”*mania sine delirio*”. Pinelin mukaan kysymyksessä oli kohtaus, jonka myötä muutoin normaalilta vaikuttava henkilö joutui hallitsemattomaan raivotilaan ja teki sen aikana rikoksen.

Kyseistä sairaustilaa kuvaavaksi termiksi vakiintui monomania. Saksalaisen Johann Hoffbauerin mukaan monomaaneja olivat henkilöt, jotka ”enemmän aikaa olivat täysin järkeviä, tarkastelivat asioita tasapainoisesti ilman jälkeäkään virhearvioista, mutta jotka kuin vastustamattoman voiman vallassa ovat pakotetut näihin tekoihin”. Samaa ilmiötä käsitteli Esquirol teoksissaan ”*De la folie*” (1816) ja ”*Des maladies mentales*” (1838). Esquirolin mukaan henkirikokset saattoivat johtua pakottavasta ja äkillisestä impulssista, joka tyhjentyi vain väkivallanteon kautta. Esquirol kirjoitti: ”Kun monomaani on saanut intohimonsa tyydytettyä, hänen mielenä on tyhjä; hän on surmannut, kaikki on hänen kohdallaan ohitse, hän on saavuttanut tavoitteensa ... Myöhemmin surmatyön jälkeen hän palaa järkiinsä ja hänen tunteensa heräävät uudelleen.” Monomaniä vastaan ilmiön Esquirol tunnisti myös muissa kuin henkirikoksissa. Tätä kautta syntyivät ja kehittyivät sellaiset käsitteet kuin kleptomania, pyromania ja erotomania.³⁰

Esquirolin mukaan monomania saattoi aiheutua harhautuneista käsityksistä, mielikuvituksen liikajännityksestä, väärästä päättelystä, harhaisista intohimoista tai –

²⁸ Qvarsell, s. 34; Castel, s. 259.

²⁹ Barras ja Bernheim, s. 106–108.

³⁰ Barras ja Bernheim, s. 106–108, jossa lainaukset alkuteksteistä; Qvarsell, s. 30.

jos mitään järjen tai affektien heikentymistä ollut havaittavissa – sokeasta vaistosta, vastustamattomasta taipumuksesta tai jostakin tarkasti määrittelemättömästä (siitä mitä rikolliset kutsuivat ”ääniksi”, ”pahaksi hengeksi”, ”joksikin joka ajoi minut tekemään sen”). Esquirolille monomaniat olivat ilmausta aikakauden sairaudesta: häiriöitä joissa ihmiset ajautuivat äärimmäisyyksiin, yksipuolisuuteen, kääntyvät liiaksi ulospäin. Seurauksena oli vieraantuminen ihmisluonnosta. Esquirolille monomaniat olivat nimenomaan sivilisoitumisen mielisairaus.

Monomanian kautta Esquirol laajensi mielisairauden käsitettä. Mielisairaus ei enää ollut vain järkeen liittyvää, vaan se saattoi olla myös tunteiden tai tahdon patologiaa ilman vakavaa järjen häiriötä. Tältä pohjalta Esquirol erotti kolme monomanian päätyyppiä: järjellisen, jossa yksi virheellinen periaate hallitsee ihmisen toimintaa; tunteellisen, jossa sopimaton käyttäytyminen perustuu emotionaaliseen häiriöön; vietillisen, jossa tahtomisen häiriintyminen johtaa ihmisen pakkotoimintaan.³¹

Ajatusta vain rikoshetkellä ilmenevästä mielisairaudesta kehittivät myöhemmin mm. englantilainen James Cowles Prichard (1786–1848) vuonna 1835 julkaisussaan kirjassaan ”A Treatise on insanity and other disorders affecting mind” ja USA:ssa Isaac Ray (1807–1881) teoksessaan ”A Treatise on the medical jurisprudence of insanity”. Viimeksi mainittu oli erityisesti kiinnostunut henkirikoksesta, joka tehtiin ilman että ympäristö saattoi ymmärtää motiivia tai sitä ei ylipäätään näyttänyt olevan. Myös Rayn mukaan kysymyksessä oli sairaus, ei rikos, eikä tällaisen rikoksen tekijöitä voitu pitää vastuullisina teoistaan.³²

Samoja teemoja käsiteltiin myös saksalaisessa kriminaalipsykologiassa. Kyseinen oppisuunta sai alkunsa J. C. G. Schaumanin (1768–1821) teoksesta ”Ideen zu einer Criminalpsychologi” vuodelta 1792. Myöhemmin suuntauksen merkittävin edustaja oli Johannes Friedreich (1796–1862), jonka teos ”Systematische Handbuch der gerichtlichen Psychologie, für Medicinalbeamte, Richter und Verteidiger” julkaistiin vuonna 1835.³³

Friedreichin lähtökohtana oli vapaan tahdon aksioomaan liittyvä suuri ongelma: rikoksen suhteen se oli empiirisesti tyhjä niin kauan kun ei tarkasti määritelty, miten rikoksentekijän mielisairaus saattoi rikoksessa ilmetä. Siksi Friedreich pyrki systemaattisesti luokittelemaan ne oireet ja kriteerit, joiden avulla oli mahdollista ratkaista, oliko rikos tehty mielisairauden vallitessa vai ei. Friedreichin kriteerit koskivat henkirikoksia. Ne kuvasivat toisaalta rikoksen luonnetta, toisaalta sitä tapaa, jolla tekijä rikoksen yhteydessä käyttäytyi. Friedreichin mukaan tärkeimpinä merk-

³¹ Castel, s. 254–257; Salo, s. 75.

³² Qvarsell, s. 27–31.

³³ Qvarsell, s. 34–37.

keinä mielisairaudesta olivat seuraavat seikat: rikos oli kohdistunut lähiomaisiin, se oli luonteeltaan poikkeuksellisen raaka tai törkeä, rikoksentekijä vahingoitti teon yhteydessä myös itseään tai tekijä tunsu rikoksen myötä vapautuvansa sisäisestä pakosta.³⁴

Kaiken kaikkiaan ajatus vain rikoshetkellä ilmenevästä mielisairaudesta on usein nähty vain psykiatrian silmänkääntötemppuna, yrityksenä valloittaa lisää alaa. Suuntaus katosikin nopeasti. Pysyvimmän seuraamuksensa se sai siinä, että pyromanian ja kleptomanian käsitteet vakiintuivat yleiseen kielenkäyttöön.³⁵ Toisaalta on huomattava, ajatus rikoshetkellä ilmenevästä mielisairaudesta oli alunperin vain yksi sivujuonne kehittäjiensä ajatusmaailmassa. Päälinja oli kokonaisvaltaisessa psykiatrisessa tarkastelussa. Klassiseen rikosoikeuteen nähden suuntaus oli kuitenkin muistutus siitä, että rikoshetkeen keskittyvä käsitejärjestelmä on empiirisesti heikko. Käytännössä tilanne on usein se, että itse rikostapahtumaa ei kyetä luotettavasti rekonstruoimaan. Tunnetaan vain tekijä ja lopputulos. Jos rikostapahtuman ulkopuolisia argumentteja ei sallita, tyhjäksi jäävälle sektorille (rikoshetkeen) on yhtä mahdollista sijoittaa hetkellinen mielisairaus kuin terve tahdontoimintakin.

³⁴ Friedreich, s. 226–252.

³⁵ Barras ja Bernheim, s. 106–108; Skrzeczka, s. 229–230.

VIII MIELISAIRAITA RIKOKSENTEKIJÖITÄ KOSKEVAT LAINMUUTOKSET 1800-LUVUN SUOMESSA JA RUOTSISSA

8.1. Suomen ja Ruotsin rikoslakiuudistukset

Suomen ja Ruotsin historiallinen yhteys katkesi vuonna 1809, kun Suomi siirtyi Venäjän vallan alle. Kummassakin maassa oli kuitenkin 1800-luvun jälkipuolelle asti voimassa sama rikoslaki, Ruotsin vuoden 1734 laki. Maiden lainsäädännöllinen kehitys lähti siis yhteiseltä pohjalta, vaikka valtiollinen irtautuminen oli tapahtunut.

Ruotsissa vuoden 1734 lakia alettiin uudistaa välittömästi vuoden 1808–1809 sodan jälkeen. Hävitty sota aiheutti Ruotsissa poliittisen kriisin, jonka eräs seuraus oli rikoslain uudistustyön käynnistyminen. Valtiopäivät antoi rikoslain uudistamista valmistelevalle komitealle toimeksiannon, jonka mukaan uuden rikoslain tuli tähdätä ”valistukseen, ihmisarvoon ja rikollisen parantamiseen”. Vuonna 1811 työnsä aloittaneen rikoslakikomitean sisällä ilmeni kuitenkin alusta alkaen voimakkaita linjaerimielisyyksiä. Kysymys oli siitä, tuliko rikoslakireformi perustaa vuoden 1734 lain pohjalle niin, että vanhaa säännöstöä täydennetään ja kodifioidaan vai oliko luotava täysin uusi rikoslaki ulkomaisten esikuvien mukaisesti. 1820-luvulle tultaessa jälkimmäinen kanta oli perinyt voiton. Ruotsin uutta rikoslakia lähdettiin kehittämään klassisen rikosoikeuden pohjalle. Malliksi otettiin Feuerbachin kuuluisa Baijerin rikoslaki vuodelta 1813.¹

Ruotsissa ensimmäinen ehdotus uudeksi rikoslaiksi julkaistiin vuonna 1832. Vuoden 1834–35 valtiopäivillä kyseinen ehdotus sai osakseen ankaraa kritiikkiä. Sitä moitittiin liiasta tieteellisyydestä, itsetarkoituksellisista uudistuksista, Baijerin rikoslain orjallisesta seuraamisesta ja huonosta kielestä. Mielisairaita rikoksentekijöitä käsitteleviä säännöksiä kyseinen kritiikki ei kuitenkaan sanottavasti koskettanut. Jo vuoden 1832 ehdotuksessa säännökset olivat lähes valmiissa muodossaan. Myöhemmin muutettiin lähinnä sanavalintoja ja -järjestystä. Kesti kuitenkin vuosikymmeniä, ennen kuin mielisairaita rikoksentekijöitä koskevat säännökset tulivat Ruotsin vuoden 1864 rikoslain myötä voimaan.²

¹ Blomstedt, s. 423; Sondén, s. 72–73.

² Qvarsell, s. 102–104.

Suomessa uuden rikoslain valmistelu käynnistyi huomattavasti myöhemmin kuin Ruotsissa. Venäjän vallan alkuaikoina suomalainen lainsäädäntökehitys pysähtyi paikoilleen, koska vuosien 1809–1863 välillä valtiopäiviä ei kutsuttu koolle. Ainoan poikkeuksen lainsäädännöllisessä hiljaiselossa tekivät ns. kodifiointikomiteat. Niistä ensimmäinen asetettiin vuonna 1814, jälkimmäinen 1835. Viimeksi mainitun komitean työn tuloksena valmistui vuoden 1842 rikoslakiehdotus. Kyseisen ehdotuksen tarkoituksena ei kuitenkaan ollut vuoden 1734 lain sisällöllinen muuttaminen – tämä olisi edellyttänyt valtiopäivien myötävaikutusta – vaan vanhojen säännösten systematisointi. Keisarin antaman toimeksiannon mukaan Suomen lainsäädännöstä oli luotava venäläisen systematiikan mukainen esitys. Vuoden 1842 rikoslakiehdotuksessa suomalainen lainsäädäntö oli keisarillista käskyä noudattaen järjestetty venäläisen lakikokoelman Svod Zakonovin mukaiseksi.

Vaikka kodifikaatiohanke ei sinänsä olisi merkinnyt sisällöllistä muutosta Suomen lainsäädäntöön, siihen liittyi pelko, että lainsäädännön systemaattinen yhdenmukaistaminen olisi myöhemmin helpottanut venäläisen lainsäädännön tuloa Suomeen. Kodifiointihankkeen kariutuessa tämä pelko luonnollisesti hälveni.³

Mielisairaiden rikoksentekijöiden osalta kodifiointihanke ei olisi tuonut mukanaan oleellisia muutoksia. Vuoden 1842 rikoslakiehdotuksen 269 § toisti muutoin sanatarkasti vuoden 1734 lain säännöksen, paitsi että mielisairaana valvonnan laiminlyöneelle henkilölle määrätty 20 taalerin sakko oli muutettu Venäjän rahan mukaisesti 9 ruplaksi 60 kopeekaksi.⁴

Suomen lainsäädäntökehityksen yleisestä lamasta huolimatta jonkinlaista oikeudellista keskustelua ja teorianmuodostusta Suomessa kuitenkin jo 1800-luvun alkupuolella esiintyi. Tällöin seurattiin ennen muuta saksalaisia ja ruotsalaisia esikuvia. Näiden ajatusten välittäjänä ja kehittäjänä toimi mm. Wilhelm Gabriel Lagus (1786–1859). Lagus noudatteli klassisen rikosoikeuden suuntaviivoja. Laguksen mukaan vain se, jolla oli vapaa tahto, saattoi tehdä rikoksen. Samoin kuin Feuerbach, Lagus katsoi, että poikkeuksellisessa asemassa olivat lapset, nuoret henkilöt, vanhuudenheikot (jotka olivat palautuneet lapsen asteelle), syntymästään kuuromykät (ellei heitä yksittäistapauksessa pidetty syyn takeisina), mielisairaajat tai muutoin ymmärrystä vailla tai tiedottomassa tilat olevat.⁵

Myöhemmin klassisen rikosoikeuden pohjalta lähti mm. Karl Gustaf Ehrström. Siinä tapauksessa että tahdonmuodostus ei ollut adekvaattinen suhteessa seuraukseen, kysymyksessä oli Ehrströmin mukaan pelkkä ”gärning” eli luonteeltaan moto-

³ Blomstedt, s. 425–430.

⁴ Valtionarkisto: Lakikodifikaatiokomiteat.

⁵ Utriainen, s. 16, 20–22.

minen tapahtuma, jossa normin loukkaukseen suuntautunut tahto ei enää ollut teon hallitseva periaate. Tähän kategoriaan sijoittuivat Ehrströmillä myös mielisairaana rikoksentehtäjien teot.⁶

Suomessa uuden rikoslain valmistelu käynnistyi vuonna 1865. Tällöin asetettuun rikoslakikomiteaan tulivat mukaan senaatin oikeusosaston varapuheenjohtaja Otto af Schulten, hovioikeudenneuvos Nils Grotenfelt, senaattori J. D. Dahl, asessori Adolf Grotenfelt ja professori Karl Gustaf Ehrström. Varsinainen työ jäi kolmen viimeksi mainitun tehtäväksi.⁷ Tämän vuonna 1865 asetetun ja 1875 työnsä valmiiksi saaneen ns. Ehrströmin komitean mukaan rikosten rangaistavuus perustui klassisen rikosoikeuden mukaisesti siihen, että tekijä oli vapaasta tahdostaan ("af fri vilja") päättänyt ryhtyä rangaistavaan tekoon. Mielisairailta ja lapsilta tämä kyky puuttui, minkä vuoksi heitä ei voitu asettaa vastuunalaisiksi teoistaan. Ehdotettuja mielentilasäännöksiä komitea perusteli seuraavasti:

"Kuten tiedetään voi kumminkin sattua niin, ettei kriminaalinen vastuunalaisuuden kyky muutamassa henkilössä ole kehittyneenä edes kahdeksantoista vuoden iässäkään, syystä että tämä henkilö on kehnopäinen, taikka on kuuro-mykkä eikä ole saanut nauttia opetusta; ja samalla voi sattua niin, että sellaisen vastuunalaisuuden kyky, minkä joku on jo saavuttanut, jälleen katoaa heikkomielisyyden taikka vanhuuden tylsyyden takia, taikka vain vähän aikaa on kadoksissa kuumehourauksen, taikka muun siihen verrattavan syyn tähden. Näitä tapauksia varten on 85 §:ssä sanottu, että sellaisen henkilön toiminta, joka muuten olisi rangaistava, on edesvastaukseton. Vaan koska ihmiset myöskin sattumalta, ilman omaa syytään, saattavat joutua sellaiseen mielenhämmentykseen, että heidän kriminaalisen vastuunalaisuutensa kykynsä sen aikana on hetkeksi kadoksissa, esimerkiksi unenhorroksissa, äkkikipaisessa säikähdyksessä ym., niin äskenmainittu vapaus rangaistuksesta on 86 §:ssä pantu ulottumaan myöskin tällaisiin ilman omaa syytä syntyneen mielenhämmentyksen sattumiin."⁸

Merkille pantavaa on se, että rikoslain valmistelun myöhemmissä vaiheissa mielisairaita rikoksentehtäjiä koskevia säännöksiä ei tämän jälkeen tarkemmin perusteltu tai edes juuri käsitelty. Seuraavassa, vuoden 1884 rikoslakiehdotuksessa niihin tehtiin vain joitakin sanamuotoa koskevia muutoksia.⁹ Vuoden 1888 valtiopäiväasiakirjoissa kyseisiä lainkohtia ei erikseen kommentoitu.¹⁰

Vuoden 1889 rikoslain 3 luvun 3 §:ssä mielisairaista rikoksentehtäjiä säädettiin seuraavaa:

⁶ Ehrström, s. 84–95; Utriainen, s. 29–31.

⁷ Utriainen, s. 46.

⁸ Förslag till strafflag 1875 för Storfurstendömet Finland, s. 170–171.

⁹ Alamainen ehdotus Suomen suuriruhtinaanmaan rikoslaiksi, s. 9.

¹⁰ Asiakirjat valtiopäiviltä Helsingissä vuonna 1888, s. 21–27.

Mielipuolen teko, taikka semmoisen, joka ikäheikkouden tahi muun samankaltaisen syyn takia on ymmärrystä vailla, jääköön rankaisematta.

Jos joku on joutunut sellaiseen satunnaiseen mielenhäiriöön, ettei hän ole tunnossaan; jääköön teko, jonka hän tässä tunnottomassa tilassa tekee, niinkään rankaisematta.

Syy siihen, miksi mielisairaita rikoksenteijöitä koskevat säännökset jäivät suomalaisessa lainvalmistelutyössä vähälle huomiolle, oli ilmeinen. Kun asetetaan rinnakkain Ruotsin vuoden 1864 rikoslain ja Suomen vuoden 1889 rikoslain mielisairasta rikoksenteijää koskevat säännökset ruotsinkielisessä asussaan, voidaan todeta, että mistään itsenäisestä lainsäädäntöratkaisusta ei voida puhua. Tekstit ovat lähes identtiset. Näiltä osin Suomen ja Ruotsin oikeudellinen yhteys siis jatkui, vaikka valtiollinen kehitys olikin eriytynyt.¹¹

8.2. Varhainen mielentilatutkimuskäytäntö Suomessa ja Ruotsissa

Moderni mielentilatutkimuskäytäntö syntyi sekä Suomessa että Ruotsissa jo ennen rikoslakiuudistuksia, vuoden 1734 lain voimassaoloaikana. Tässäkin tapauksessa edelläkävijänä toimi Ruotsi. Ruotsissa käännekohtan muodosti vuonna 1826 julkaistu kuninkaallinen kirje. Kyseisellä kirjeellä luotiin formaali, yksityiskohtaisesti säännelty mielentilatutkimusmenettely. Kirjeen mukaan:

”... kuninkaallinen majesteetti on katsonut aiheelliseksi määrätä, että silloin kun syytetty henkilö ilmeisesti on tai teon tapahtuessa on ollut mielisairas ja nousee kysymys siitä, pitäisikö hänet vapauttaa rangaistusvastuusta, tuomioistuimen on hankittava lääkärintodistus syytetyn mielentilasta ja toimitettava tämä todistus yhdessä tutkinta-asiakirjojen kanssa lääkintöhallituksen tarkastettavaksi. Tuomioistuimella ei ole lupa tehdä päätöstä asiassa, ennen kuin se on saanut lääkintöhallituksen lausunnon. Siinä tapauksessa että rikokseen

¹¹ Ruotsin vuoden 1864 rikoslain 5 luvun 4 § kuului: ”Gerning, som begås af den, som är afwita, eller hwilken förståndets bruk, genom sjukdom eller ålder domssvagheter, är beröfwdadt, vare strafflös.” Suomen vuoden 1889 rikoslain 3 luvun 3 §:n 1 momentti on seuraava: ”Gerning, som begås af den, hwilken är afwita, eller af ålderdomssvagheter eller annan orsak saknar förståndets bruk, vare strafflös.”

Tätä säännöstä täydensi Ruotsissa rikoslain 5 luvun 5 §: ”Har någon, utan egen skuld, råkat i sådan sinnesförvirring, att han ej till sig wiste; were gerning, den han i det medvetlösas tillstånd föröfwar, strafflös.” Saman asian Suomen vuoden 1889 rikoslain 3 luvun 3 §:n 2 momentti ilmaisee seuraavasti: ”Har någon råkat i sådan tillfällig sinnesförvirring, att han ej vetat till sig; vare ock gerning, som han i det medvetlösas tillstånd föröfwar, strafflös.”

syyllistynyt havaitaan mielisairaaksi, tuomioistuimen ei tule tarkemmin määrittää hänen vastaisesta hoitopaikastaan vaan ainoastaan todeta hänen olevan hoidon tarpeessa.”¹²

Vuoden 1826 kuninkaallinen kirje merkitsi sitä, että mielisairasta rikoksenteikijää koskevassa päätöksenteossa edellytettiin aina lääkärin ja lääkintöhallituksen (Kongliga Sundhets-Collegium) myötävaikutusta. Näiden asiantuntijoiden tuli ottaa kanta siihen, oliko syytetty mielisairas vai ei, ennen kuin lopullinen päätös asiasta voitiin tuomioistuimessa tehdä. Vaikka sen enempää mielentilatutkimuksen suorittaneen lääkärin kuin lääkintöhallituksenkaan lausunto ei ollut tuomioistuinta sitova, mielisairaana rikoksenteikijän tapauksessa ne oli kuitenkin hankittava.

Kuninkaallinen kirje poisti myös vuoden 1734 lain aiheuttaman epätietoisuuden siitä, miten mielisairaiden rikoksenteikijöiden suhteen oli meneteltävä. Siinä tapauksessa, että tuomioistuin totesi rikoksenteikijän mielisairaaksi, rikoksenteikijä oli vapautettava rangaistuksesta. Asia oli siirrettävä maaherran käsiteltäväksi, joka määräsi mielisairaahan hoitopaikan. Enää ei ollut mahdollista, että tuomioistuin olisi tuominnut mielisairaalle rikoksenteikijälle vankeus- tai muun rangaistuksen.¹³

Käytännössä vuoden 1826 kuninkaallinen kirje vaikutti kuitenkin hitaasti. Kaksi vuotta säännöksen voimaantulon jälkeen lääkintöhallitus käsittelee ensi kertaa asiaa, joka koski rikoksenteikijän mielentilaa. Tämä jälkeen kului neljä vuotta, ennen kuin seuraava tapaus tuli käsitteilyyn. 1830-luvun lopulla tapauksia esiintyi 1–2 vuodessa, 1840-luvulla jo hieman runsaammin. Vuosina 1826–1846 Ruotsin lääkintöhallituksen käsiteltävänä oli yhteensä 31 mielisairasta rikoksenteikijää koskevaa tapauksia.

Tuomioistuinten tyytymättömyys lääkärin lisääntyneeseen vaikutusvaltaan ilmeni alkuvaiheessa siinä, etteivät tuomioistuimet aina toimittaneet asiakirjoja tutkiville lääkäreille. Oli myös yleistä, että alioikeudet tekivät päätöksensä ennen kuin lääkintöhallituksen lausunto oli tullut. Tällöin lausunto voitiin ottaa huomioon vasta ylemmässä oikeusasteessa. Näiltä osin tilanne korjautui vasta sen jälkeen, kun vuonna 1842 annetussa kuninkaallisessa kirjeessä epäkohdista virallisesti huomautettiin.¹⁴

Ruotsin kaltaista keskitettyä, lääkintöhallituksen ohjauksessa olevaa järjestelmää ei Suomessa vielä 1800-luvulla luotu. Suomessa tuomioistuimet pyysivät mielentilalausuntoja joko mielisairaala- tai vankilälääkäreiltä. Näitä lausuntoja lääkintöhallitus ei kontrolloinut muutoin kuin epäselvissä tapauksissa, lähinnä silloin kun lausunnon hankkinut tuomioistuin piti mielentilatutkimusta puutteellisena tai logiikal-

¹² Qvarsell, s. 87; Sondén, s. 51.

¹³ Munktel (1940), s. 36–37; Qvarsell, s. 87; Sondén, s. 51–52.

¹⁴ Qvarsell, s. 94–95.

taan ristiriitaisena ja saattoi sen edelleen lääkintöhallituksen tarkastettavaksi.¹⁵

Varhaisimmat yksittäiset maininnat mielentilatutkimuksista ovat Suomessa peräisin 1830-luvulta. Tuolloin tutkimusten laatijoina toimivat vankilalääkärit. Ensimmäinen mielisairaalassa suoritettu mielentilatutkimus ajoittui vuoteen 1841. Tutkimus tapahtui samana vuonna toimintansa aloittaneessa Lapinlahden mielisairaalassa.¹⁶ Sairaalan vuosikertomuksessa vuodelta 1844 ylilääkäri L. Fahlander ilmoitti, että Lapinlahdessa oli ollut tutkittavana useita mielentilatutkimuspotilaita ja myös jatkohoidossa muutamia mielisairaita rikoksentekejiä. Ylilääkäri L. Fahlanderin mukaan hoidossa olleet kolme miespuolista ja kaksi naispuolista murhaajaa olivat osoittautuneet oletettua rauhallisemmiksi. Vain yksi mieshenkilö oli ollut vaikea ja erikoisvalvonnan tarpeessa.¹⁷

Mielentilatutkimusten kannalta rikoslain muutoksilla oli Suomessa ja Ruotsissa vain vähän merkitystä. Mielentilatutkimusprosessi oli syntynyt käytännön kautta, vanhentuneesta laista huolimatta. Kummassakin maassa uutta rikoslakia sovellettiin sen ensimmäisinä vuosikymmeninä jokseenkin samalla tavoin kuin vuoden 1734 lakia ennen lainmuutosta. Rikoslain muutos ei siis välittömästi vaikuttanut mielisairaita rikoksentekejiä koskevien säännösten soveltamiskäytäntöön.¹⁸

Toisaalta on kuitenkin huomattava, että vaikka syyntakeisuussäännökset Suomessa ja Ruotsissa olivat sisällöltään samat, niitä sovellettiin aivan eri tavoin. 1800- ja 1900-luvun vaihteessa mielisairaiden rikoksentekejiä osuus oli Ruotsissa 10–20-kertainen Suomeen verrattuna.¹⁹ Kun rikollisuuden ja mielisairauksien kokonaistason suhteen yhteiskunnat olivat huomattavasti yhdenmukaisempia, eron syytä saattoi olla vain samansisältöisen lain erilainen soveltaminen.

¹⁵ Ehrström, s. 89.

¹⁶ Keisu ja Wagner–Prenner, s. 54.

¹⁷ Achté, s. 57; Sarvilinna, s. 244.

¹⁸ Sondén, s. 154–155.

¹⁹ Granfelt, s. 47; Qvarsell, s. 189–190.

IX KESKUSTELU DETERMINISMISTÄ JA INDETERMINISMISTÄ

Vuoden 1889 rikoslain valmistelun loppuvaiheessa keskeisenä vaikuttajana toiminut ja myös ”rikoslain isäksi” luonnehdittu Jaakko Forsman¹ kirjoitti lain valmistuttua tyytyväisenä, että ”rikoslaki oli alkuperäisessä muodossaan kauttaaltaan ns. klassisen rikosoikeuskoulun hengen ja periaatteiden läpitunkema”. Forsmanin mukaan rankaisuoikeuden ehdottomana perustana oli ”inhimillisen tahdon vapaus”² Tässä yhteydessä Forsman kuitenkin halusi varoittaa eräästä oikeustiedettä uhkaavasta vaarasta. Vaaran muodosti kausaalilaeille rakentuva luonnontieteellinen tiedekäsitys. Forsmanin mielestä deterministinen tiede julisti ”suoraa perikatoa niille perusaatteille, joille tieteemme oikeusopin haarana perustuu”. Sikäli kun ihmisen tahto oli tavallisten kausaalilakien alainen, ”vapaa tahto ja tietysti siihen perustuva syyntakeisuus on olematonta kalua”. Tällöin rangaistus ei Forsmanin mukaan voinut enää perustua syyllisyyteen, koska ”semmoisesta oikeimmiten ei saata olla puhetta”. Forsman jatkoi:

”Kuka ei huomaa, että nämä tämmöiset opit julistavat sotaa ei ainoastaan kriminaalitiedettä, vaan myöskin siveellistä maailmanjärjestystä vastaan? Ilman todistuksetta lienee selvää, että jos ihmisen siveellinen syyntakeisuus lakkaa olemasta, niin lakkaa samalla eroitus hyvän ja pahan välillä, kumminkin niiden siveellisessä merkityksessä.”³

Perimmiltään Forsmanin huolenaiheena oli Cesare Lombroson (1835–1909) alulle panema kriminologinen suuntaus. Lombroson mukaan monet ihmiselämään liittyvät tekijät saattoivat johtaa rikollisuuteen: ilmasto, ravinnon saanti, kasvatusta, siviilisääty, uskonto, perinnölliset ja biologiset seikat. Ajatuksena oli, että jos rikollisuus aiheutui sairaustilasta tai muista rikoksentekijän perusuuloon rakentuneista tekijöistä, tiedon tästä tuli myös vaikuttaa siihen, kuinka rikoksentekijöiden moraalista vastuuta arvioitiin. Samaa tematiikkaa kehitti edelleen Enrico Ferri (1856–1929). Ferrin mukaan rikollisuus oli luonnonilmiö, ei moraalinen ongelma. Ferri kritisoi

¹ Ylikangas (1990), s. 131.

² Forsman (1898), s. 177–178.

³ Forsman (1883), s. 41.

voimakkaasti ajatusta siitä, että ihmisen vapaa tahto olisi rikosoikeuden peruselementti. Sen sijaan hän korosti ihmistä ja yhteiskuntaa koskevan tieteellisen tiedon merkitystä. Vain tämän kautta voitaisiin poistaa rikollisuus tai ainakin lieventää sen haittavaikutuksia.

Lombroson ja Ferrin edustaman tieteellisen kriminologian perusajatus oli analoginen lääketieteen kanssa. Psykiatria oli antanut mielisairauksille lääketieteellisen selityksen ja luokitellut ne sairauksien kategoriaan. Vastaavasti kriminologia pyrki selvittämään rikollisuuden perimmäiset syyt. Se halusi korvata rikosoikeuden periaatteet syy-seuraussuhteita koskevilla analyyseilla ja osoittamaan perinteisen rikosoikeuden vanhentuneisuuden.⁴

Suomessa Forsmanin ohella myös toinen rikosoikeuden suuri oppi-isä, Allan Serlachius käsitteli 1900-luvun alussa julkaistuissa kirjoituksissaan tahdonvapauden liittyviä kysymyksiä. Toisin kuin Forsman, Serlachius ei jyrkästi torjunut kausaalilaeille perustuvaa tiedekäsitystä. Päinvastoin, hän ilmoitti rikosoikeuden perustuvan illuusioon, joka koski juuri tahdonvapautta:

”Tämä oikeudellissiveellinen paheksuminen rikkonutta kohtaan, joka sisältyy syyllisyysarvosteluun, perustuu sielulliseen illusioniin, kuvitteluun yksilön tahdon vapaudesta. Aivan niin kuin yksilö itse katuu tahi häpeää tekojaan sen nojalla, että hän luulee voineensa toimia toisin, vaan vapaasta tahdostaan tehneensä pahaa, niin otaksuu hän toistenkin ihmisten tahdon vapaaksi ja paheksuu heitä, kun ovat valinneet pahan, vaikka olisivat voineet valita hyvän. Syynä tähän kuvitteluun, joka on ja luultavasti aina tulee olemaan vastustamaton luonnon välttämättömyys, on se, että ihminen ei tarpeeksi tunne kaikkia niitä edellytyksiä, joista hänen omat, enempää kuin niitäkään, joista toisten ihmisten toimet riippuvat, voidakseen varmuudella seurata niiden syy-suhteisuutta, ja sen vuoksi käytännössä ei tunnusta tätä syy-suhteisuutta vaan kuvittelee toimensa vapaiksi, kaikista edellytyksistä riippumattomiksi.”⁵

Serlachius teki pitkälle meneviä myönnytyksiä modernille tieteelle, mutta aivan loppuun asti hän ei tässä suunnassa mennyt. Vaikka tahdonvapaus oli illuusio, Serlachiuksen mukaan ei myöskään voitu lähteä siitä, että tapahtumat kehittyvät luonnon välttämättömyydellä. Rangaistuksen tehtävä olisi toivoton, jos emme itse voisi vaikuttaa tapahtumien kulkuun. Serlachius päätyikin siihen, että koko olemassaolo perustuu antinomiaan. Toisaalta ihmistahdon kuten kaiken muunkin tulee olla kausaalilain alainen, sillä muuten emme voisi vaikuttaa siihen. Mutta samalla ihmisen täytyy tuntea itsensä vapaaksi. Työssään ja toiminnassaan hänen täytyy

⁴ Qvarsell, s. 41–42, 50–56.

⁵ Serlachius (1909), s. 113–114.

lähteä siitä kuvitellusta edellytyksestä, että kukin itse on oman onnensa seppä.⁶

Syy siihen, miksi tahdonvapauskeskustelu liittyi nimenomaan mielisairaisiin rikoksenteijöihin, oli ilmeinen. Tämä ryhmä oli kahden maailman välissä. Rikos-oikeudessa rajanvetoa determinismin ja indeterminismin välillä käytiin juuri tässä ryhmässä. Mielisairaate rikoksenteijat olivat tahdonvapaudelle rakentuvassa rikos-oikeusjärjestelmässä poikkeusasemassa, ryhmä jonka yhteydessä oikeudellinen ja lääketieteellinen doktriini kohtasivat konkreettisesti toisensa.

Oikeustieteen ja psykiatrian erilainen lähetymistapa oli myös Suomessa selvästi nähtävissä. Yhtä innokkaasti kuin oikeustieteessä julistauduttiin vapaan tahdon kannattajiksi, yhtä päättäväisesti ajatus psykiatrian puolelta torjuttiin. Ensimmäisessä suomen kielellä v. 1901 julkaistussa oikeuspsykiatrian oppikirjassa Theodor Löfström lähti kategorisesti siitä, ettei tahdonvapauden käsite ollut sovellettavissa oikeuspsykiatriseen tutkimukseen. Päinvastoin, määritellessään mielentilatutkimukselle asetettavia vaatimuksia Löfström yksikantaan ilmoitti, ettei kyseistä epäselvää käsitettä tule käyttää oikeuspsykiatrisissa lausunnoissa. Löfströmin mukaan hyvän mielentilalausannon perusedellytyksenä oli se, että ”ainakin tuo monien väärinkäsitysten ja ristiriitaisuuksien aihe, tahdonvapauskäsite on siitä pois jätettävä”.⁷

Tahdonvapautta torjuvaa kantaansa Löfström perusteli sillä, että kyseinen käsite perustui dualistiseen maailmankuvaan, joka lääketieteen näkökulmasta oli kestämaton. Perusteettomana Löfström piti myös sitä lakimiesten käsitystä, että syällisyys- ja rangaistuskäsitteet ja näiden myötä koko rikoslaki kaatuu ilman tahdonvapautta.⁸

Sitä näkökulmaa, josta psykiatria tarkasteli mielisairaate rikoksenteijän ongelmaa, kuvaavat hyvin rikoslain säätämisaikaan Suomessa julkaistut professori Skrzeczkan kirjoitukset. Nämä teoksessa ”Handbuch des deutschen Strafrechts” ilmestyneet artikkelit K. G. Ehrstöm käänsi vuonna 1873. Skrzeczkan mukaan rikoksen tekohetkeen painottuvaa tarkastelutapaa voitiin vain harvoissa tapauksissa pitää lääketieteen kannalta mielekkäänä. Sen sijaan hän korosti kokonaisvaltaisen tarkastelun merkitystä:

”... on välttämätöntä pyrkiä selvittämään koko ihmisen fyysinen ja psyykinen rakenne kaikista suunnista, niin ettei vain selvitettäisi mitä hän silloin on, vaan myös kuinka hänestä on tullut sitä mitä hän on. Voidaan pitää ilmeisenä, että kun mielentilaa epäselvissä tapauksissa arvioidaan, tehdään monia virheitä vain siksi, että tekijän lääketieteellistä anamneesia ei tehdä tyydyttävällä tavalla. Mielisairauteen perinnöllisen taustan selvittäminen, onko syytetyllä

⁶ Serlachius (1909), s. 115–116.

⁷ Löfström, s. 460.

⁸ Löfström, s. 456–457.

aikaisemmin ilmennyt tämänkaltaista sairautta tai kohtauksia, hänen henkinen kehityksensä lapsuudesta alkaen, fyysiset sairaudet sekä muiden seikkojen selvittäminen, joilla etiologisessa mielessä voi olla merkitystä mielisairauden kehityksessä, saa monissa tapauksissa ratkaisevan painon ja asettaa epäselvän mielentilan oikeaan valoon.”⁹

Skrzeczka kritisoi voimakkaasti ajatusta siitä, että mielisairaus voisi ilmetä vain tekohetkellä. Oli todellisuudelle vierasta, että normaalina pidetty henkilö voisi rikoksen tapahtuessa olla hetkellisesti mielisairas, mutta palaisi rikoksen jälkeen nopeasti normaalitilaan. Skrzeczkan mukaan aivan toinen kysymys oli se, että mielisairaus oli ollut olemassa jo pitkään, mutta ympäristö ei ollut sitä havainnut. Tyypillistä oli mm. se, mielisairas henkilö oli asunut suurkaupungissa eristäytyneenä asuntoonsa ilman, että hänellä oli ollut kontakteja muihin ihmisiin. Toisaalta Skrzeczka piti mahdollisena – vaikkakin suhteellisen harvinaisena – että teko liittyi tapahtuma-aikana puhkeamassa olevaan mielisairauteen tai kulminaatiopisteen saavuttaneeseen masennustilaan. Tällöinkin näyttöä sairaustilasta voitiin yleensä saada myös tapahtuma-ajankohtaa edeltävältä ajalta.¹⁰

Kaiken kaikkiaan Skrzeczka siis painotti rikoksentekijän elämänprosessin kokonaisvaltaista tarkastelua. Kysymystä mielisairaudesta ei voitu lääketieteellisesti mielekkäällä tavalla käsitellä vain yhdessä pisteessä, rikoksen tekohetkellä, vaan ”selville saatujen anamnestisten (edeltävien) olosuhteiden tulee pääasiallisesti olla diagnoosin perustana”, Skrzeczka kirjoitti.¹¹

Tutkimuksen jatkon kannalta keskeinen kysymys on se, miten oikeustiede ja psykiatria ovat kyenneet ratkaisemaan erilaisista lähestymistavoista aiheutuvan ongelman. Silloin kun tieteenalat kohtaavat mielentilaprosessissa toisensa, saako ratkaisevan painoarvon lääketieteen näkökulma vai oikeustieteen korostamat, rikoksen tekohetkeen liittyvät seikat.

⁹ Skrzeczka, s. 335–336.

¹⁰ Skrzeczka, s. 229–230 ja 234.

¹¹ Skrzeczka, s. 337–338.

X ALENTUNUT SYYNTAKEISUUS

10.1. Eurooppalainen oikeuskehitys

Alentunut syyntakeisuus on alun perin kuulunut suureen rikosoikeudelliseen kokonaisuuteen, jota on kutsuttu nimityksellä ”poena extraordinaria”, harkinnanvarainen rangaistus. Kun varhainen oikeus lähti yleensä siitä, että rikoksella saattoi olla vain yksi mahdollinen seuraamus, harkinnanvaraisuus merkitsi sitä, että tuomioistuinsaattoi erityisistä syistä käyttää jotakin muuta kuin laissa nimenomaan mainittua rangaistusta. Tällä oli suuri merkitys ankaran rikosoikeuden lieventäjänä. Keski- ja uuden ajan alun jäykän formaalissa rikosoikeusjärjestelmässä, jossa lakiin kirjatut rangaistukset olivat poikkeuksellisen kovia, poena extraordinaria toimi lieventämisperusteena, jonka myötä tuomioistuimet kykenivät reagoimaan vaihteleviin olosuhteisiin ja tilanteisiin. Koska laissa ei ollut mahdollista ennakoida kaikkia rikoksiin liittyviä asianhaaroja, tuomioistuimille annettiin harkintavaltaa sen suhteen, mitä kussakin yksittäistapauksessa voitiin edellyttää.

Poena extraordinaria sai alkunsa keskiajan italialaisista kaupunkivaltioista, mistä se uuden ajan alkuun mennessä oli levinnyt kautta Euroopan. 1600- ja 1700-luvun Euroopassa oli yleistä, että tuomareiden käsikirjat sisälsivät pitkiä luetteloja tapauksista, joissa kyseistä menettelyä voitiin käyttää. Harkinnanvaraisuus saattoi perustua joko rikoksentekijään, tekoon tai sen todistamiseen liittyviin seikkoihin. Alentuneen syyntakeisuuden lisäksi harkinnanvaraisuus tuli kysymykseen mm. silloin kun tekijän syyllisyyttä pidettiin selvänä mutta täysi näyttö puuttui, kun teko oli tuottamuksellinen, jäänyt yritysasteelle tai kun teko oli rangaistava, mutta nimenomaista rangaistusta ei laissa oltu määrätty. Vaikka alentuneen syyntakeisuuden tapauksessa poena extraordinaria oli lieventämisperuste, tuomioistuimille annettu harkintavalta saattoi toisaalta johtaa myös päinvastaiseen, rangaistusta koventavaan suuntaan.¹

Ruotsissa poena extraordinaria toteutui 1600- ja 1700-luvulla joko kuninkaan armahdusoikeuden tai hovioikeuksien harjoittaman leuteraation, tuomioiden lieventämisen kautta.² Alentunutta syyntakeisuutta koskevasta harkintavallasta kertoo seuraava esimerkki vuodelta 1786:

¹ Langbein, s. 45–47; Pihlajamäki (1994), s. 613.

² Sondén, s. 79–80.

”Sen jälkeen kun Götan hovioikeus oli tuominnut aviovaimo HH:n, koska hän oli kirveellä lyönyt 13-vuotiaasta tytärtään päähän ja näin surmannut hänet, menettämään oikean kätensä, mestattavaksi ja roviolla poltettavaksi, katsoi kuninkaallinen majesteetti, että kun tutkimuksen kautta oli saatu selville, että kyseinen HH, sen jälkeen kun hänen miehensä elinkeino ja päivittäiset tulot olivat vähentyneet ja huvenneet, oli ollut levoton ja huolestunut siitä, millä tavoin he tulisivat toimeen ja koska hänen rikoksensa ei sisältänyt ilkeyttä, vihaa tai pahansuopuutta tätä lasta kohtaan, joka hänen yhdestätoista lapsestaan oli ollut hänelle kaikkein rakkain, aviovaimo HH, joka muuten oli viettänyt hiljaista ja kunnollista elämää, mutta joka sen vuoksi että hänen miehensä omistama maatila oli täytynyt myydä, oli ollut hätääntynyt, ajatuksiinsa vaipunut sekä menettänyt mielenrauhansa, mikä huoli köyhyyden lisääntyessä oli yhä enemmän kasvanut ja lopulta tullut siihen määrään, että hän raskasmielisyyden ja epätoivon vallassa teki rikoksen, niin aviovaimo HH suosiollisesta armosta säästetään kuolemanrangaistukselta ja sen sijasta, sitten kun hän on saanut ripin ja synninpäästön, lähetetään Tukholman kuritushuoneeseen pidettäväksi kuusi vuotta sellaisessa työssä, johon hänen ruumiinvoimansa ja mielentilansa soveltuu, minkä kautta hänet kohdannut huoli ja raskasmieliset ajatukset tulisivat lieventymään ja aikaa myöten katoamaan.”³

Kyseiseen henkilöön ei siis sovellettu mielisairasta rikoksentekijää koskevaa säännöstä, mutta hänen syvä masennustilansa otettiin huomioon rangaistusta alentavana seikkana. Menettely vastasi näin myöhempää alentuneen syyntakeisuuden kategoriaa.

Euroopassa ensimmäiset merkit siitä, että poena extraordinaria pyrittiin korvaamaan alentunutta syyntakeisuutta koskevilla lainsäädännöksillä, ovat peräisin uuden ajan alusta. Eräs tämän kehityssuunnan varhainen edustaja oli George Mackenzie, joka teoksessaan ”The Laws and Customs of Scotland in Matters Criminal” kirjoitti:

”Koska laki vapauttaa kokonaan rangaistuksesta ne, jotka ovat mielisairaita, siksi sen suhteellisuusperiaatetta noudattaen olisi lievennettävä myös niiden rangaistuksia, jotka olematta mielisairaita ovat kiihkeitä tai melankolisia siinä määrin, että se himmentää heidän järkeään.”⁴

Eurooppalaiseen lainsäädäntöön alentunut syyntakeisuus tuli 1700-luvun keskivaiheilla. Vuonna 1751 tätä koskeva lainkohta kirjattiin Baijerin rikoslakiin, hieman myöhemmin se tuli Itävallan rikoslakiin ja Preussin maanlakiin. Varsinaisen läpimurtonsa alentunutta syyntakeisuutta koskevat säännökset tekivät kuitenkin vasta 1800-luvulla, jolloin ne levisivät eri puolille Eurooppaa. Ruotsissa vuoden 1830

³ Sondén, s. 57–58.

⁴ Walker (1968), s. 139, jossa lainaus alkuperäistekstistä.

rikoslakiehdotus lähti siitä, että lievempi rangaistus olisi tuomittava tapauksissa, joissa rikoksentehtäjän kasvatus ja koulutus oli laiminlyöty tai kun rikos oli tehty voimakkaan mielenliikutuksen aikana. Ruotsin vuoden 1864 rikoslaissa säännös sai kuitenkin tätä yleisemmän muodon.⁵

10.2. Suomalaisten säännösten syntyhistoria

Suomessa alentunutta syyntakeisuutta koskevasta keskustelusta muodostui vuoden 1889 rikoslain valmistelun aikana erittäin vaiherikasta ja kiihkeää. Ensimmäiseen, vuonna julkaistuun 1875 rikoslakiehdotukseen otettiin Ruotsin 1864 rikoslain alentunutta syyntakeisuutta koskeva säännös lähes sellaisenaan. Kyseinen säännöseh-dotus kuului:

”Jos joku, joka on tehnyt rangaistavan toiminnan, nähdään tehneeksi sen taudin, vanhuudenheikkouden, hämmennyksen, johon hän ilman omaa syy-tään oli joutunut, tahi muun hänen tahtonsa vapautta rajoittavan syyn vaiku-tuksesta, vaikkei häntä voida 85 ja 86 §:n mukaan voida pitää rangaistuksesta vapaana, rangaistusta vähennetään ...”⁶

Tätä säännöseh-dotusta vuoden 1875 rikoslakikomitea perusteli seuraavasti:

”Siltä varalta taas, että joku 85 tahi 86 §:ssä mainituista syistä ei kokonaan lakkautta ihmisen vapaata tahdon käyttämistä, mutta jossakin määrässä kuitenkin siihen vaikuttaa, ja koska hänen toimintansa sen vuoksi vaatii lempeämpää arvostelua, on 87 §:ssä myönnetty, että rikoksia varten yleensä määrättyjä rangaistuksia sopii asianhaaran mukaan vähentää. Tässä on kum-minkin pantu ehdoksi, ettei rikoksentehtijä itse ole synnyttänyt mielen-hämmennystensä, eikä sitä muunlaista syytä, joka hänen tahtonsa vapautta rajoitti.”⁷

Sen sijaan seuraavassa, vuoden 1884 rikoslakiehdotuksesta alentunutta syynta-keisuutta koskeva lainkohta poistettiin kokonaan. Komitean mielestä ei voitu puhua syyntakeisuuden eri asteista. Syyntakeisuuden suhteen oli vain kaksi vaihtoehtoa, syyntakeinen tai syyntakeeton. Toisaalta komitea kyllä totesi, että rangaistusta määrättäessä voitiin ottaa huomioon sellainen tila, joka ”heikontaa sielun toimi-misen pontevuutta”, esimerkiksi vanhuus, yksinkertaisuus ym. Komitea ei kuiten-

⁵ Qvarsell, s. 103; Sondén, s. 81–82.

⁶ Förslag till strafflag för Storfurstendomet Finland, s. 23.

⁷ Förslag till strafflag för Storfurstendömet Finland, s. 170–171.

kaan katsonut olevan perusteita sille, että rangaistusta olisi tällöin alennettu laissa määrätyn rangaistusasteikon alle. Kyseinen seikka saattoi vaikuttaa lieventävästi vain laissa määrätyn asteikon sisällä.⁸

Vuoden 1884 rikoslakiehdotuksen olivat allekirjoittaneet J. D. Dahl, Richard Idenstam, K. W. Sulin ja Jaakko Forsman. Heistä varsinkin viimeksi mainittu halusi poistaa alentunutta syyntakeisuutta koskevan lainkohdan. Vastakkaista kantaa edusti komitean puheenjohtajana toiminut J. D. Dahl. Hän jätti mietintöön eriyvän mielipiteensä ja olisi säilyttänyt alentuneen syyntakeisuuden.⁹

Vuoden 1884 rikoslakiehdotuksessa omaksuttu kanta sai rikoslain valtiopäiväkäsitteilyn yhteydessä osakseen ankaraa kritiikkiä. Vuoden 1888 rikoslakivaliokunta esitti mietinnössään, että alentunutta syyntakeisuutta koskeva säännös oli palautettava rikoslakiehdotukseen. Kantaansa valiokunta perusteli seuraavasti:

”Uudempi lääkintäopillinen sielutiede on nimittäin kieltämättömäksi näyttänyt, että on olemassa muutamia joko synnynnäisiä tahi saatuja sielutauteja, jotka ilmestyvät muun muassa siinä, että henkilön voima aistillisten vaikutteiden vastustamiseen on suurin määrin alentunut, tahi hänen arvostelmäkynsä himmentynyt, vaikk’ei häntä kuitenkaan vielä voi katsoa syyntakeettomaksi. Mutta yhtäläisiä ilmauksia voidaan huomata myöskin henkilössä, jonka sielunelämä muutoin on säännöllinen, kun mielteiden tasapainotila on mielenliikutuksesta tahi muista satunnaisista syistä tullut yleisesti häiriytyksi. Normaalisien sielunvapauden ja luonnon välttämättömyydestä riippuvan sielunelon välillä löytyy siis monta välityskohtaa.”¹⁰

Tämä alentuneen syyntakeisuuden hyväksyvä kanta sai vahvistuksensa vuoden 1889 rikoslaissa. Rikoslain 3 luvun 4 §:ssä alentuneesta syyntakeisuudesta säädettiin lopulta seuraavaa:

”Jos jonkun harkitaan rikosta tehdessään olleen täyttä ymmärrystä vailla, vaikkei häntä 3 §:n mukaan voida syyhyn mahdottomaksi katsoa; olkoon yleistä lajia oleva rangaistus se, mikä 2 §:ssä on säädetty.

Älköön tässä tapauksessa päihtymystä taikka muuta senkaltaista mielenhäiriötä, johon rikoksenteikijä on itsensä saattanut, yksinään pidettävä syynä tällaiseen rangaistuksen vähentämiseen.”

Alentunutta syyntakeisuutta koskevassa keskustelussa kysymys oli ennen muuta kahdesta seikasta: toisaalta rangaistusasteikoista, toisaalta rikosoikeusteoriaan liittyvistä kysymyksistä. Vuoden 1889 rikoslaissa irtauduttiin lopullisesti vanhasta

⁸ Alamainen ehdotus Suomen suuriruhtinaanmaan rikoslaiksi, s. 165–166.

⁹ Alamainen ehdotus Suomen suuriruhtinaanmaan rikoslaiksi, s. 201–202.

¹⁰ Asiakirjat valtiopäiviltä Helsingissä vuonna 1888, s. 25–26.

rikosoikeudellisesta periaatteesta, jonka mukaan rikoksella saattoi olla vain yksi mahdollinen rangaistus ja siirryttiin rangaistusasteikkoihin eli ns. latitudijärjestelmään. Tiukasta formalismista vapautumista pidettiin merkittävänä edistysaskeleena, mutta uudistuksen kääntöpuolena oli pelko siitä, että rangaistuskäytännöstä tulisi liian vaihteleva tai lievä. Tämä pelko kirjattiin myös vuoden 1888 valtiopäivän rikoslakivaliokunnan tekstiin. Valiokunnan mukaan alentunutta syyntakeisuutta ei voitu ottaa huomioon lain määrittelemässä rangaistusasteikossa, koska ”vähimmät rangaistusmäärät säännöksessä silloin olisivat asetettavat liian alhaisiksi, josta taas saattaisi seurata liian lievä tuomio tavallisissa tapauksissa”.¹¹

Tässä mielessä ongelma siis oli lainsäädäntötekniinen: kirjataanko lakiin laaja rangaistusasteikko, jonka puitteissa voitaisiin ottaa huomioon myös alentunut syyntakeisuus vai suppeampi asteikko, jolloin alentunut syyntakeisuus oli seikka jonka perusteella asteikon määrittelemä minimirangaistus voitiin poikkeuksellisesti alittaa.¹² Valtiopäiväkasittelyssä päädyttiin jälkimmäiseen liian laajaksi muodostuvien rangaistusasteikkojen pelossa.

Toisaalta alentunutta syyntakeisuutta pidettiin teoreettisesti ongelmallisena käsitteenä. Mm. Forsman edusti kantaa, jonka mukaan alentunut syyntakeisuus oli käsitteellinen anomalia. Ajatuksenkulku oli Forsmanilla seuraava: kun syyntakeisuus on edellytys sille, että teko voidaan lukea tekijän syyksi, tämä edellytys on joko olemassa tai puuttuu. Jos syyntakeisuuden ja syyntakeettomuuden välillä olisi välitila, täytyisi Forsmanin mukaan olla väliaste myös syyksiluettavuuden ja syyksilukemattomuuden välillä, mikä ei ole mahdollista.¹³

Vastaavaa periaatteellista keskustelua oli hieman aikaisemmin käyty Suomen oikeustieteellisissä esikuvamaissa Ruotsissa¹⁴ ja Saksassa¹⁵. Kysymys oli ennen muuta juridisen käsitejärjestelmän sisäiseen logiikkaan liittyvistä ongelmista.

10.3. Alentuneesti syyntakeisille tarkoitetut hoitolaitokset

Alentunutta syyntakeisuutta koskevaan lainkohtaan sisältyi myöhemmän kehityksen kannalta eräs suuri ongelma. Vaikka alentuneen syyntakeisuuden käyttöönottoa perusteltiin vuoden 1889 rikoslain valmisteluvaiheessa psykiatrisilla syillä, säännöksen soveltamisella ei käytännössä ole ollut mitään psykiatrista seurausvaikutusta. Alentuneesti syyntakeiset on sijoitettu tavanomaisiin rangaistuslaitoksiin, joissa

¹¹ Asiakirjat valtiopäiviltä Helsingissä vuonna 1888, s. 26.

¹² Rangaistusasteikkoihin siirryttäessä samaa keskustelua kautta Euroopan. Vrt. Moulin, s. 214.

¹³ Forsman, s. 64–65; Honkasalo, s. 71.

¹⁴ Qvarsell, s. 103.

¹⁵ Mittermaier, s. 512–514.

he ovat saaneet samat mielenterveyspalvelut kuin muutkin rangaistuslaitoksiin tuomitut. Alentunut syyntakeisuus on siis vain alentanut rangaistusasteikkoa, mutta se ei ole indikoinut mitään psykiatrisen hoidon suhteen.

Keskustelun erityisistä hoitolaitoksista, jotka olisi tarkoitettu nimenomaan alentuneesti syyntakeisille, käynnisti Allan Serlachius vuonna 1907 julkaistussa kirjoituksessaan. Serlachiuksen mukaan perusongelma oli se, että alentunut syyntakeisuus vaikutti rangaistuksen määrään, vaikka sen olisi pitänyt pikemminkin vaikuttaa sen muotoon. Serlachius kirjoitti:

”Heitä varten on keksittävä rangaistusmenettely, joka on sovitettu heidän erityislaatuunsa mukaan ja siten tekee rangaistuksen erityisestävän tehtävän heihin nähden mahdolliseksi mutta samalla pitää sen yleisestävänkin merkityksen silmällä. Sellainen rangaistus olisi mielestäni jonkinmoiseksi sairaalan tahi hoitolan ja vankilan välimuodoksi ajateltava. Se eroaisi tavallisesta sairaalasta tahi hoitolasta ennen kaikkia sen kautta, että se olisi yksinomaan niitä rikollisia varten, jotka tuomioistuimissa on sinne määrännyt, ja toiseksi sen kautta, että tuomioistuimissa saisi määrätä maksimi- ja minimiajan potilaitten siellä ololle. Tavallisesta rangaistuslaitoksesta eroaisi se tietysti sen kautta, että se olisi psykiatriassa koulutetun lääkärin ja lääkinnöllisten periaatteiden mukaan johdettava sairaala tahi hoitola, jonka tehtävä on parantaa parannettavissa olevat ja hoitaa parantumattomat hoidokkaistaan ja jossa hoidokkaan parantumisesta riippuu, milloin hän pääsee sieltä. Että tällainen laitos, joka kuten näkyy faktillisesti on paljoa lähempi sairaalaa kuin vankilaa, täyttäisi erityisestävän tehtävänsä, sitä tuskin voinee epäillä. Jos tuomioistuimen määräämät ääriajat potilaitten siellä ololle, kuten asian luonto vaatii, ovat tarpeeksi väljät, on tällaisella laitoksella aivan samat edellytykset onnistua tehtävässään kuin tavallisella sairashuoneella.”¹⁶

Uusiin hoitolaitoksiin sijoitettavia rikoksentekijöitä Serlachius kuvaili värikkäästi. Ensiksi laitoksiin oli sijoitettava niitä, jotka ”olematta täydellisiä idiootteja olivat jääneet henkissään kehityksessään keskenkasvuiksi”. Serlachiuksen mukaan jokainen tuomari tunsikin kokemuksestaan tämän ihmistyyppin: huutolaisena alkanut, paimenpoikana jatkanut ja sitten lopun elämänsä kulkurielämää viettänyt. Toinen hoitolaitoksiin sijoitettava rikollisryhmä olivat krooniset alkoholistit, ”ne jotka ovat ryypänneet järkensä”.¹⁷

Tälle pohjalle Serlachius myös rakensi vuonna 1922 tekemänsä rikoslakiehdotuksen. Kyseisen ehdotuksen 4 luvun 5 §:n mukaan hoitolaan voitiin määrätä henkilö, tekoa tehdessään oli ”pysyvaisen henkisen vajavaisuuden johdosta täyttä ymmärrystä vailla, vaikkei häntä voida pitää mielipuolena”. Toisaalta niihin rikok-

¹⁶ Serlachius (1907), s. 280–283.

¹⁷ Pöytäkirja tehty Suomen lakimiesten ensimmäisessä yleisessä kokouksessa Helsingissä elokuun 29–31 p:nä 1907, s. 114.

sentekijöihin, jotka tilapäisen mielenhäiriön vuoksi olivat rikosta tehdessään täyttäneet ymmärrystä vailla, olisi sovellettu alennettua rangaistusasteikkoa vastaavalla tavalla kuin vuoden 1889 rikoslaissa.¹⁸

Serlachiuksen perusajatus oli näin ollen looginen ja selkeä: jos alentunut syyntakeisuus aiheutui rikoksentekijän persoonallisuuteen liittyvistä pysyvistä tai pitkäaikaisista ongelmista, seurauksena oli hoitola. Jos taas rikoksentekijöiden syyntakeisuus oli alentunut ohimenevän syyn vuoksi, hoidon tarvetta ei ollut. Tällöin syyntakeisuuden alentuminen kuitenkin otettiin huomioon rangaistusasteikkoa lieventämällä.¹⁹ Toisin kuin muissa Pohjoismaissa, hoitolajärjestelmä ei Suomessa kuitenkaan koskaan toteutunut.²⁰

10.4. Yhteenveto ja alentunutta syyntakeisuutta koskevan tutkimustehtävän määrittely

Suomen lainsäädäntöön alentuneen syyntakeisuuden kategoria tuli vuoden 1889 rikoslaissa. Samoin kuin mielisairaiden rikoksentekijöiden tapauksessa, kehityskulku oli tässäkin tapauksessa se, että historiallisesti vanhalle instituutiolle pyrittiin antamaan uusi, moderniin rangaistusjärjestelmään soveltuva sisältö. Vuoden 1889 rikoslakia säädettäessä alentuneen syyntakeisuuden käyttöönottoa perusteltiin lähinnä lääketieteellisillä seikoilla. Lainsäätäjien mukaan psykiatria tunsu suuren joukon mielenterveyden häiriöitä, jotka sijoittuivat mielisairauksien ja ns. normaali-tilan väliin.

Alentuneesti syyntakeisten ryhmään liittyi kuitenkin kaksi suurta ongelmaa. Ensiksi se, että vaikka ryhmän erottelua perusteltiin lääketieteellisin kriteerein, seurauksena oli vain rangaistusasteikon lieventyminen. Alentuneesti syyntakeiset sijoitettiin yleensä tavanomaista lyhyemmäksi ajaksi rangaistuslaitoksiin, mutta käsitteen käyttö ei indikoinut psykiatrista hoitoa missään muodossa. Tähän ongelmaan puuttui Suomessa mm. Allan Serlachius, joka ajoi erityisten hoitolaitosten perustamista alentuneesti syyntakeisille. Toisin kuin läntisissä naapurimaissa, Suomessa nämä hoitolaitokset eivät toteutuneet.

Toinen suuri ongelma vuoden 1889 rikoslain alentuneesti syyntakeisen käsitteessä liittyi tätä perusteleviin lääketieteellisiin argumentteihin. Lainsäätäjien mukaan alentuneesti syyntakeisten kategoriaa tarvittiin siksi, että mielisairauksien ja

¹⁸ Ehdotus uudeksi rikoslaiksi, s. 8, 10–11.

¹⁹ Tässä muodossa Serlachiuksen esittämä ratkaisumalli oli ollut esillä jo vuoden 1907 lakimiespäivillä (Pöytäkirja Suomen lakimiesten ensimmäisessä yleisessä kokouksessa Helsingissä elokuun 29–31 p:nä 1907, s. 124–125).

²⁰ Anttila, s. 779–780; Pihlajamäki (1987), s. 5.

ns. normaalitilan väliin sijoittui suuri joukko psyykkisiä häiriötiloja. Tämä käsitys oli sinänsä oikea, mutta jo Martti Kaila toi esiin siihen liittyvän keskeisen ongelman. Se tosiasia, että mielisairauksien ja normaalitilan välillä sijoittuu erilaisia mielenterveyden häiriöitä, ei kerro vielä mitään siitä, voidaanko näitä psykiatrisia tiloja käyttää kriteerinä eroteltaessa syyntakeisuuden asteita.

Martti Kailan mukaan täyttä ymmärrystä vailla olevien ryhmä voitiin määritellä kahdella teoreettisesti yhtä pätevällä tavalla:

”1) Teot, jotka ovat ilmaisuna etupäässä psykopaattisen henkilön luonteen poikkeavaisuudesta. Nämä teot ovat yhdenmukaisia hänen koko elämäntapansa kanssa ja hänen yleisen suhtautumistapansa kanssa yhteiskuntaan.

2) Teot, jotka ovat ilmaisuina siitä, että erikoislaatuiset olosuhteet, psykopaattisellekin henkilölle poikkeava joko sisäisten määrättyjen elämysten ja affektien synnyttämä sielullinen jännitystilä tai erikoislaatuiset ulkoiset olosuhteet, aivan erikoisesti ovat vedonneet hänen psykopaattisiin ominaisuuksiinsa ja sen takia ovat vieneet hänet poikkeavaan tekoon.”²¹

Kailan mukaan ongelmana oli siis se, että on kaksi teoreettisesti yhtä pätevää tapaa erotella täyttä ymmärrystä vailla olevat. Ensimmäisessä tapauksessa määritellään ne mielenterveyden häiriöt ja diagnoosit, joita alentunut syyntakeisuus vastaa. Toinen mahdollisuus on se, että mielenterveyden häiriön ohella vaaditaan rikokseen liittyviä lisäkriteerejä. Tällöin pelkkä häiriö ei riitä, vaan sen edellytetään olevan syy-yhteydessä rikolliseen tekoon. Tässä Kailan jaottelussa onkin jatkotutkimuksen avain. Kysymys on sen tutkimisesta, mitä kriteerejä käyttäen erot eri syyntakeisuusryhmien välillä mielentilatutkimuksissa tehdään.

²¹ Kaila (1934), s. 79.

XI SUOMALAINEN MIELENTILATUTKIMUSPROSESSI

11.1. Mielentilatutkimusten määrällinen kehitys

Vuoden 1889 rikoslakiuudistus ei merkittävästi lisännyt mielentilatutkimusten määriä. 1800- ja 1900-luvun vaihteessa tutkimuksia tehtiin alle 10 vuodessa,¹ joten mistään yleisestä käytännöstä ei voida puhua. Mielentilatutkimusten alhainen määrä ei kuitenkaan kertonut mielenterveysongelmien vähäisyydestä vaan seulonnan heikkoudesta. Rangaistuslaitoksista jouduttiin jatkuvasti siirtämään mielisairaita vankeja Lapinlahden, Niuvanniemen, Käkisalmen, Pitkäniemen ja Seilin sairaaloihin. Myös viranomaiset myönsivät, että monet näistä rikoksentekeijöistä olisi alun alkaen tullut sijoittaa mielisairaalaan.² Lyhyesti sanottuna: järjestelmä vuoti.

Ruotsissa ongelmaa lähdettiin korjaamaan pakollisten mielentilatutkimusten kautta. Vuonna 1908 Olof Kinberg ehdotti, että kaikkein törkeimmissä rikoksissa olisi aina suoritettava mielentilatutkimus. Pakollinen mielentilatutkimus tuli Kinbergin mukaan kysymykseen: 1) kun syyte koski patologisia rikoksia, joita murha, tappo, lapsenmurha, väkivalta- ja siveellisyysrikokset, väärä ilmianto ja kunnianloukkaus, ryöstö, tuhopoltto ja muu vahingonteko, 2) kun kysymyksessä olivat rikosten uusijat, 3) alle 18-vuotiaat tai yli 60-vuotiaat rikoksentekeijät, 4) sosiaalista kuntoisuutta vailla olevat rikoksentekeijät, 5) tapaukset, joissa rikoksen laatu viittasi tekijän persoonallisuuden muutokseen tai teon motiivi on silmiinpistävän poikkeava.³

Pakollista mielentilatutkimusta koskevat ehdotukset johtivat lopulta Ruotsin mielisairaslain uudistamiseen vuonna 1929. Ruotsin vuoden 1929 mielisairaslaki edellytti mielentilatutkimusta aina kun kysymys oli joko uusintarikollisten eristämisestä, murhasta tai murhapoltosta, silloin kun viimeksi mainittu ei ollut vakuutuspeutos. Lisäksi edellytettiin, että tapauksissa joissa rikoksentekeijä oli aikaisemmin ollut mielisairaanhoidossa, oli hankittava lääkärintodistus hänen mielentilastaan tekohetkellä. Nämä määräykset nostivat voimakkaasti Ruotsissa tehtyjen mielentilatutkimusten määrää.⁴

¹ Erkkilä (1938b), s. 84–86; Granfelt, s. 76; Huttunen, s. 15.

² Granfelt, s. 19, 52–56; Om värden af sinnessjuka manliga fångar i Finland, s. 35; Ranta, s. 8.

³ Erkkilä (1939), s. 320.

⁴ Qvarsell, s. 214 ja 222.

Myös Suomessa tehtiin 1900-luvun alkupuolella useita samansuuntaisia ehdotuksia. Ensimmäisen ehdotuksen teki Otto Hjalmar Granfelt vuonna 1915 julkaisussa tutkimuksessaan ”Bör för groft brott åtalad persons sinnessillstånd alltid undersökas av sakkunnig”. Granfeltin mukaan rikoksenteikijän mielentila oli tutkittava aina silloin, kun kysymyksessä oli murha, siveellisyysrikos, joka johtui patologisesta sukurvutistista, tuhopoltto tai törkeämpi vahingonteko, joka aiheuttaa yleistä vaaraa, uusittuna sama tai samankaltainen rikos kuin aikaisemmin, nuoren henkilön tekemä rikos ja lapsenmurha.⁵ Suomen lakiin säännöstä pakollisista mielentilatutkimuksista ei kuitenkaan tullut, ilmeisesti resurssien niukkuuden vuoksi.

Suomalaisen järjestelmän vuotokohtia korjasi osaltaan vuonna 1911 avattu vankimielisairaala. Tämän jälkeen vankipotilaiden virta mielisairaaloihin katkesi. Toimivaltajaoksi eri instituutioiden välillä muodostui se, että mielisairaajat rikoksenteikijät sijoitettiin valtion mielisairaaloihin, vankeusaikana sairastuneet ja lievemmistä mielenterveyden häiriöistä kärsivät rikoksenteikijät vankimielisairaalaan. Käytännössä jako ei kuitenkaan muodostunut täysin selväksi. Mielisairaita rikoksenteikijöitä sijoitettiin vuosikymmenien ajan myös vankimielisairaalaan.⁶ Koska hoidon kynnys oli mielisairailla rikoksenteikijöillä korkea, monet niistä rikoksenteikijöistä, jotka nykyisin sijoitettaisiin mielisairaalahoitoon, olivat joko vankilassa tai vankipotilaina hoidettavana vankimielisairaalassa.

Suomen itsenäistyessä mielentilatutkimusten määrä oli erittäin alhainen. Tällöin liikuttiin 30–50 mielentilatutkimuksen vuotuisella tasolla. Kehitys oli kuitenkin nopeaa sen jälkeen kun ensimmäinen mielentilatutkimuksiin erikoistunut lääkärinvirka perustettiin Lapinlahden sairaalaan vuonna 1918. Itsenäisyyden ajan alkuvuosikymmeninä mielentilatutkimusten määrä lisääntyi niin, että sadan mielentilatutkimuksen taso ylitettiin 1930-luvun keskivaiheilla. Toisen maailmansodan jälkeen päästiin jo hetkellisesti yli 200:n.⁷

Kehitys vastasi mielisairaanhoidon resurssien yleistä kasvua. Vuosien 1920–1950 välillä mielisairaalapaikkojen kokonaismäärä lähes kolminkertaistui 3000:sta noin 9000:een. Nousu johtui lähinnä uusien piirimielisairaaloiden perustamisesta.

Vuoteen 1950 asti mielentilatutkimusten ja mielisairaanhoidon resurssit siis kasvoivat samansuuntaisesti, mutta tämän jälkeen kehityssuunnat eriytyivät. Yleisessä mielisairaanhoidossa resurssit lisääntyivät 1950-luvulla erittäin voimakkaasti, kun maahan luotiin uusi kunnallisten mielisairaaloiden, ns. B-mielisairaaloiden verkosto. 40 uutta B-mielisairaala nosti mielisairaalapaikkojen kokonaiskapasiteetin vuosina 1950–1970 lähes kaksinkertaiseksi, noin 9000:sta yli 17000:een.⁸

⁵ Erkkilä (1939), s. 321; Granfelt, s. 43; Kaila (1942), s. 418–420.

⁶ Ranta, s. 20, 39–44.

⁷ Huttunen, s. 16–21; Kronqvist, Noreik, Kramp, Sigurbergsson ja Holmberg, s. 7.

⁸ Salo, s. 104–107.

Samaan aikaan mielentilatutkimusten määrä jäi polkemaan paikoilleen. Vuosittain mielentilatutkimuksia tehtiin 100–150.⁹

Mielentilatutkimusten kehityksen pysähtyminen ei johtunut niinkään lainsäädännöllisistä kuin tuomioistuinkäytäntöön liittyvistä syistä.¹⁰ 1940- ja 1950-luvun vaihteeseen asti tilanne oli se, että tuomioistuimet eivät yleensä tehneet syyntakeisuusratkaisua toimittamatta rikoksentehtäjiä ensin mielentilatutkimukseen.¹¹ Tämä vastasi ruotsalaista käytäntöä, jonka mukaan tuomioistuimet saattoivat kyllä päätyä syyntakeisuuskysymyksissä eri tulokseen kuin lääketieteelliset asiantuntijat, mutta ratkaisua tehdessään ne säännönmukaisesti konsultoivat asiantuntijaa.¹²

Tässä käytännössä tapahtui 1950-luvulta alkaen selvä muutos. Samaan aikaan kun mielentilatutkimusten määrällinen kasvu pysähtyi, tuomioistuimissa tehtiin entistä enemmän syyntakeisuusratkaisuja ilman mielentilatutkimusta. Vuoteen 1970 mennessä ero oli kasvanut suureksi: kun mielentilatutkimuksissa 116 syytettyä todettiin joko ymmärrystä tai täyttä ymmärrystä vailla olevaksi, tuomioistuimissa vastaavia syyntakeisuusratkaisuja tehtiin yhteensä 353.

Samaan aikaan kritisoiitiin voimakkaasti mielentilatutkimusjärjestelmän resursipulaa. Muun muassa eduskunnan oikeusasiamies kiinnitti vuonna 1968 huomiota järjestelmän puutteisiin ja piti erityisesti pitkiä tutkimusjonoja ongelmana. Pahimmillaan jonot olivat 6–12 kuukautta. Merkittävä muutos asiassa tapahtuikin jo vuonna 1969. Enää ei edellytetty, että mielentilatutkimus oli tehtävä sairaalassa, vaan niitä voitiin tehdä myös vankiloiden psykiatrisilla osastoilla. Mielentilatutkimusten kokonaiskapasiteettia kasvattivat 1970-luvun alussa perustetut uudet yksiköt ja virat: Helsingin keskusvankilan psykiatrinen osasto, Lapinlahden sairaalaan perustettu erillinen mielentilatutkimusosasto ja uudet virat Vanhan Vaasan sairaalassa.¹³

Mielentilatutkimusten määrä alkoi vuoden 1970 jälkeen voimakkaasti kasvaa niin, että 100–150:n tasolta siirryttiin nopeasti 250–300:n vuotuisen tutkimuksen tasolle. Ennätysvuotena 1987 mielentilatutkimuksia tehtiin yhteensä 317.¹⁴ Viime vuosina mielentilatutkimusten määrä on kuitenkin kääntynyt laskuun.

Karkeasti kehitys voidaan siis tyypitellä kolmeen kauteen. Ensimmäisellä kau-

⁹ Huttunen, s. 20.

¹⁰ Aromaa, s. 14–17.

¹¹ Keisu ja Wagner-Prenner, s. 99, jossa syyntakeisuusratkaisut vuosina 1925–1980. Oikeustilastossa on vuosina 1924–1937 tilastoitu alentuneesti syyntakeisten määrät, vuodesta 1938 alkaen ymmärrystä vailla olevat. Vuodesta 1970 eteenpäin oikeustilastossa esiintyvät kummatkin ryhmät. Tässä ja jatkossa oikeustilastolla tarkoitetaan oikeustilastollista vuosikirjaa ja sitä vastaavia aikaisempia tilastojulkaisuja.

¹² Qvarsell, s. 87; Sondén, s. 51–52.

¹³ Eduskunnan oikeusasiamiehen kertomus vuodelta 1967, s. 17–23; Huttunen, s. 22; Kronqvist, Noreik, Kramp, Sigurbergsson ja Holmberg, s. 7.

¹⁴ Hakola (1991), s. 4.

della, joka kesti rikoslain säätämisestä 1940-luvulle, syyntakeisuusratkaisuja ei tehty ilman mielentilatutkimusta. Mielentilatutkimusten määrä oli kuitenkin aluksi erittäin alhainen. Vasta Suomen itsenäistyttyä tässä alkoi tapahtua kasvua. Ajallisesti kasvukausi osui yhteen suomalaisen mielisairaalamverkoston voimakkaan ekspansiokauden kanssa. Toinen selvästi erottuva jakso sijoittuu vuosien 1950–1970 väliin. Tällöin mielentilatutkimusten määrä jähmettyi paikoilleen. Kun 1940-luvun lopulla oli ylitetty 200:n mielentilatutkimuksen vuotuinen taso, samoihin lukemiin päästiin uudelleen vasta 1970-luvulla. Kolmas periodi käsittää 1970- ja 1980-luvut. Tänä aikana mielentilatutkimusten määrä kasvoi tasaisesti ylittäen enimmillään 300:n rajapyykin.

Kahdella viimeksi mainitulla kaudella mielentilatutkimusten kehitys on poikennut selvästi mielisairaalamjärjestelmän yleislinjasta. 1950- ja 1960-luvulla mielisairaalampaikat lisääntyivät voimakkaasti, mutta mielentilatutkimukset eivät. Vuoden 1970 jälkeen mielisairaalamverkostoa alettiin voimakkaasti ajaa alas, mutta samaan aikaan mielentilatutkimusten määrä kasvoi selvästi. Viime vuosina trendi kummasakin tapauksessa on taas vienyt samaan laskevaan suuntaan.

Syy siihen, miksi mielentilatutkimusten kehitys eriytyi mielisairaalampaikkojen kehityksestä, on varsin ilmeinen. Mielentilatutkimusten alkuvaiheessa ongelmana Suomessa oli se, että mielisairaita rikoksentekejiä ei saatu tehokkaasti seulottua. Tilanne korjautui vasta itsenäisyyden ajan ensimmäisinä vuosikymmeninä mielentilatutkimusten määrän kasvaessa. Tässä vaiheessa enemmistö mielentilatutkimukseen määrättyistä todettiin ymmärrystä vailla oleviksi.¹⁵

Vielä sen jälkeen kun ymmärrystä vailla olevien seulonta oli saatu tyydyttävälle tasolle, mielentilatutkimusten määrällinen kasvu kuitenkin jatkui. Tämä merkitsi sitä, että yhä suurempi osa tutkimuksista tehtiin sen selvittämiseksi, oliko rikoksentekejiä täyttä ymmärrystä vailla. Kehityksen kulminaatiopiste saavutettiin toisen maailmansodan jälkeisinä vuosina. Mielentilatutkimusten määrää ei enää voitu kasvattaa, jostakin oli luovuttava. Tällöin luovuttiin siitä ajatuksesta, että syyntakeisuusratkaisu edellytti aina mielentilatutkimusta. Tällä oli merkitystä erityisesti alentuneesti syyntakeisten kohdalla.

Kehityksen pohjavirran muodosti juuri alentuneesti syyntakeisten kasvava tulo mielentilatutkimuksiin. Toisin kuin ymmärrystä vailla olevat, tämä ryhmä ei suoraan rinnastunut mielisairaalampopulaatioon. Ongelma syntyi siitä, että mielentilatutkimuksia käytettiin enenevässä määrin sellaisen juridisen erottelun tekemiseen, jolla ei ollut välitöntä mielisairaalamhoidollista merkitystä. Alentuneesti syyntakeiset sijoitettiin muiden vankien tavoin rangaistuslaitoksiin. Näin ollen oli kysymyksenalaista, missä määrin tämän ryhmän erotteluun oli mielekästä käyttää mielisairaalamoiden resursseja.

¹⁵ Huttunen, s. 43.

Ongelma ratkesi 1960- ja 1970-luvun taitteessa, jolloin mielentilatutkimuksia alettiin enenevästi tehdä vankeinhoitolaitoksen yksiköissä. Vankiloissa tapahtuvissa mielentilatutkimuksissa kysymys oli ennen muuta alentuneesti syyntakeisten erottelusta.

Kytkeä mielisairaanhoidon yleisen kehityksen ja mielentilatutkimusten määrän välillä katkesi siis siksi, että mielentilatutkimuksien alkuperäinen seurantatehtävä – mielisairaiden rikoksenteekijöiden erottaminen – saatiin aikalaisia tyydyttävällä tavalla toteutettua. Samanlaista välitöntä intressiä mielisairaanhoidolla ei ollut alentuneesti syyntakeisten kohdalla. Näiltä osin patoutunut kehitys laukesi vasta sitten, kun mielentilatutkimuksia alettiin entistä enemmän suorittaa myös vankiloissa.

11.2. Mielentilatutkimusten rikosjakautuma

Taulukko 1 kuvaa sitä, mihin rikoksiin suomalaiset mielentilatutkimukset ovat painottuneet vuosina 1925–1992.¹⁶

Taulukko 1. Mielentilatutkimusten rikosjakautuma päärikoksen mukaan vuosina 1925–1992 (%).

Rikostyyppi	Vuosi					
	1925	1935	1955	1965	1975	1992
Henkirikokset	44	35	39	35	43	38
Muut väkivaltarikokset	6	5	6	11	16	30
Seksuaalirikokset	3	11	10	9	4	4
Murhapoltot	13	9	6	6	6	23
Omaisuusrikokset	31	35	32	33	22	4
Muut rikokset	3	5	8	6	10	1
Yhteensä	N=32	N=102	N=114	N=119	N=234	N=291

Taulukko 1 kertoo mielentilatutkimusten rikosjakautuman sisäisestä muutoksesta. Pääsuuntauksena on ollut se, että väkivaltarikosten suhteellinen osuus on kasvanut tutkimusten yleistyessä. Tällä hetkellä henki- ja muut väkivaltarikokset kattavat yhteensä lähes 70 % kaikista mielentilatutkimuksista. Sen sijaan omaisuusrikosten kohdalla trendi on ollut päinvastainen. Kun omaisuusrikoksia 1950-luvulle asti oli mielentilatutkimuksista noin kolmasosa, tällä hetkellä omaisuusrikosten osuus on

¹⁶ Keisu ja Wagner-Prenner, s. 62 ja 87; terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen työtilasto 1992. Taulukossa esitettyihin lukuihin sisältyvät kussakin rikosryhmässä sekä täytetyt rikokset että niiden yritykset.

pudonnut alle 5 %:in. Nykyisille mielentilatutkimuksille on siis leimallista se, että ne keskittyvät erittäin voimakkaasti henki- ja väkivaltarikoksiin.

Taulukko 1 ei kuitenkaan kerro eräästä olennaisesta seikasta – siitä mikä on mielentilatutkimusten ja tuomioistuimissa tehtyjen syyntakeisuusratkaisujen suhde. Taulukossa 2 on verrattu vuoden 1991 mielentilalausuntojen rikosjakautumaa tuomioistuinten samana vuonna tekemien syyntakeisuusratkaisujen jakautumaan.¹⁷

Taulukko 2. Rikosjakautuma mielentilalausunnoissa ja niissä alioikeuksien ratkaisuissa, joissa syytetyn todettiin olleen ymmärrystä tai täyttä ymmärrystä vailla vuonna 1991 (%).

Päärikos	Mielentilalausunnot	Alioikeusratkaisut
Henkirikokset	38	11
Muut väkivaltarikokset	30	13
Seksuaalirikokset	4	1
Murhapoltot	16	8
Omaisuusrikokset	8	41
Muut rikokset	5	25
Yhteensä	N=303	N=825

Vuonna 1991 alioikeuksissa tehtiin yhteensä 825 ratkaisua, joissa rikoksentehtäjän todettiin olleen ymmärrystä tai täyttä ymmärrystä vailla. Suurimpana ryhmänä olivat omaisuusrikokset (41 %) ja ryhmä muut rikokset (25 %), joissa ratkaisuja oli kaikkiaan yli 500. Mielentilatutkimuksia samoissa rikosryhmissä tehtiin kuitenkin vain muutamia kymmeniä. Syynä mielentilatutkimusten vähäiseen esiintymiseen on se, että omaisuusrikoksissa ja ryhmässä muut rikokset lievien rikosten osuus on suuri. Tämä näkyy tuomioistuintilastossa sakkoon ja ehdolliseen vankeuteen tuomittujen korkeana prosenttimääränä. Toisaalta lieville rikoksissa mielentilatutkimuksen käyttöä on rajoitettu jo suoraan laissa. Oikeudenkäymiskaaren 17 luvun 45 §:n mukaan:

”Sellaisen tutkimuksen alaiseksi älköön syytettyä kuitenkaan määrättäkö vastoin tahtoaan, ellei häntä pidetä vangittuna tai ellei rikoksesta, josta häntä syytetään, voi seurata ankarampaa rangaistusta kuin yksi vuosi vankeutta.”

Lieville rikoksissa mielentilatutkimusta ei siis voida toimittaa vastoin syytetyn tahtoa. Tämän rajoituksen lisäksi mielentilatutkimusten käyttöön vaikuttavat myös

¹⁷ Oikeustilastollinen vuosikirja 1992, tuomioistuinten tutkitut rikokset, taulukot 6.7. ja 6.12.; Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen työtilasto 1991.

käytännön näkökohdat. Sairaalassa suoritettuna mielentilatutkimus kesti vuonna 1992 keskimäärin 46 vuorokautta ja sen hinta kohosi 89000 markkaan.¹⁸ On luonnollista, että tämänkaltaiseen aikaa ja rahaa vaativaan tutkimukseen tuomioistuimet turvautuvat vain painavista syistä ja erityisen harvoin silloin, kun rikos on lievä.

Vielä on huomattava, että vaikka omaisuusrikoksissa ja ryhmässä muut rikokset – joka suurelta osin muodostuu liikennerikoksista ja liikennejuopumuksesta – tuomioistuimet tekevät runsaasti syyntakeisuusratkaisuja, niiden merkitys jää vähäiseksi verrattuna kyseisten rikostyyppien koko volyymiin. Koska kysymyksessä ovat ns. massarikokset, tuomioistuinten vuosittain tekemien muutaman sadan syyntakeisuuspäätöksen osuus kaikista näistä rikoksista on alhainen. Vaikka otettaisiin huomioon vain vakavat, ehdottomaan vankeuteen johtavat rikokset, omaisuusrikoksissa ja ryhmässä muut rikokset ymmärrystä tai täyttä ymmärrystä vailla olevien osuus jää 0–5 % tasolle kaikista rikoksista.¹⁹

Tilanne on aivan toinen henkirikoksissa. Taulukossa 2 henkirikosten poikkeuksellisesta asemasta kertoo se, että ainoastaan henkirikoksissa mielentilatutkimusten määrä on suurempi kuin niiden tuomioistuinratkaisujen määrä, joissa syytetyn todettiin olevan ymmärrystä tai täyttä ymmärrystä vailla. Tämä kertoo siitä, että henkirikoksissa mielentila-aineisto on poikkeuksellisen edustavaa suhteessa rikosten kokonaismäärään. Nykyisin ainoastaan henkirikoksissa tilanne on se, josta Suomen itsenäisyyden alkuaikoina lähdettiin liikkeelle: lähes poikkeuksetta niissä henkirikostapauksissa, joissa rikoksentekijä todetaan ymmärrystä tai täyttä ymmärrystä vailla olevaksi, rikoksentekijä on käynyt lävitse mielentilatutkimuksen. Tämän lisäksi mielentilatutkimuksessa on tutkittu osa täydessä ymmärryksessä olevista rikoksentekijöistä.

11.3. Mielentilatutkimuksen kulku

Menettelymuodoiltaan mielentilatutkimus on varsin selkeä ja pelkistetty prosessi. Menettelyllisesti mielentilatutkimuksen perustana on oikeudenkäymiskaaren 17 luvun 45 §, jonka mukaan tuomioistuin voi määrätä rikoksesta syytetyn mielentilatutkimukseen ”milloin se katsotaan tarpeelliseksi”. Mielentilatutkimukseen määrääminen voi tapahtua missä oikeusasteessa tahansa. Tilanne on kuitenkin pysyvästi ollut se, että noin 90 % mielentilatutkimukseen määrätystä tulee alioikeuksista, vajaa 10 % hovioikeuksista ja muutama tapaus korkeimmasta oikeudesta.²⁰

¹⁸ Terveysturvan oikeusturvakeskuksen työtilasto 1992, jossa on eritelty sairaaloissa tehtyjen mielentilatutkimusten määrät ja hinnat.

¹⁹ Oikeustilastollinen vuosikirja 1992, taulukot 6.7. ja 6.12; Rikollisuustilanne 1991, s. 155.

²⁰ Keisu ja Wagner-Prenner, s. 68 ja 72.

Kun tuomioistuin määrää rikoksesta syytetyn mielentilatutkimukseen, se mielen-terveyslain 16 §:n mukaisesti toimittaa rikosta koskevat asiakirjat terveydenhuollon oikeusturvakeskukseen. Terveydenhuollon oikeusturvakeskus on 1.12.1992 perustettu sosiaali- ja terveysministeriön alainen itsenäinen yksikkö, joka mielentilatutkimusten ohella käsittelee mm. raskauden keskeytyksiä ja sterilointeja. Ennen terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen perustamista vastaavia tehtäviä on suorittanut vuoteen 1991 asti lääkintöhallituksen, vuosina 1991–1992 sosiaali- ja terveyshallituksen organisaatioon kuulunut yksikkö. Yhdenmukaisuuden vuoksi kyseisestä yksiköstä käytetään jatkossa nimitystä terveydenhuollon oikeusturvakeskus myös silloin kun viitataan sen edeltäjiin.²¹

Mielenterveyslain 16 §:n nojalla terveydenhuollon oikeusturvakeskus tekee päätöksen siitä, missä mielentilatutkimus suoritetaan. Suorituspaikan osalta päävaihtoehtoja on kolme: yliopistolliset keskussairaalat (erityisesti Helsingin yliopistollisen keskussairaalan psykiatrian klinikka), valtion mielisairaalat (Niuvanniemen ja Vanhan Vaasan sairaalat) ja vankeinhoitolaitoksen alaiset yksiköt (vankimielisairaala ja Helsingin keskusvankilan psykiatrinen osasto). Vuonna 1993 mielentilatutkimusten suorituspaikat olivat määrällisessä järjestyksessä seuraavat:²²

Taulukko 3. Mielentilatutkimusten suorituspaikat ja määrät vuonna 1993.

Suorituspaikka	(N)
Helsingin yliopistollisen keskussairaalan psykiatrian klinikka	84
Niuvanniemen sairaala	64
Vanhan Vaasan sairaala	25
Kuopion lääninvankilan oikeuspsykiatrinen yksikkö ²³	14
Vankimielisairaala	12
Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian klinikka	12
Tampereen yliopistollinen keskussairaala	6
Helsingin keskusvankilan psykiatrinen osasto	4
Kellokosken sairaala	2
Yhteensä	223

²¹ Kronqvist, Noreik, Kramp, Sigurbergsson ja Holmberg, s. 7.

²² Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen työtilasto 1993. Taulukossa 3 mainittujen mielentilatutkimusten lisäksi terveydenhuollon oikeusturvakeskus käsittelee asiakirjojen perusteella 20 tapausta.

²³ Kuopion lääninvankilan oikeuspsykiatrisen yksikön toiminta on päättynyt vuonna 1994.

Tutkimuspaikkoihin sijoittaminen ennakoii usein mielentilatutkimuksen lopputulosta. Valtion mielisairaaloihin on perinteisesti pyritty sijoittamaan tutkittavia, jotka todennäköisesti jatkavat mielisairaalahoidossa. Toisaalta vankeinhoitolaitoksen alaisiin yksiköihin lähetetään vaarallisia tai karkaamisalttiita tutkittavia. Tutkimuspaikkaan sijoitukseen vaikuttaa lisäksi syytetyn sukupuoli. Esim. Helsingin yliopistollisen keskussairaalan psykiatrian klinikalla ja vankeinhoitolaitoksen yksiköissä tutkitaan vain miehiä. Eräs keskeinen on kriteeri on se, onko syytetty rikoksen vuoksi vangittuna vai odottaako hän oikeudenkäyntiä vapaalla jalalla. Jälkimmäisessä tapauksessa pyritään siihen, että mielentilatutkimuspaikka on lähellä syytetyn kotipaikkaa. Samanlaista alueellista painotusta ilmenee vangittujen osalta sikäli, että mielentilatutkimuspaikkaan vaikuttaa myös sijoitusvankilan sijainti.²⁴

Mielenterveyslain 16 §:n mukaan mielentilatutkimusta suorittavan lääkärin on laadittava lausunto kahden kuukauden kuluessa tutkimuksen alkamisesta ja toimitettava se terveydenhuollon oikeusturvakeskukseen. Mielentilalausunto toimii oikeusturvakeskuksen päätöksenteon pohjana, mutta ei ole sen päätöksentekoa sitova. Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksessa mielentilapäätös tehdään kolmijäsenisessä erityisistunnossa, johon osallistuvat oikeusturvakeskuksen johtaja tai apulaishohtaja sekä psykiatrissa ja oikeudellista asiantuntemusta edustava jäsen. Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksesta mielentilalausunto toimitetaan takaisin tuomioistuimeen. Oikeusturvakeskuksen päätös ei juridisesti sido tuomioistuinta.

Taulukossa 4 on verrattu eri syyntakeisuusryhmien prosenttiosuuksia mielentilatutkimuksen tehneen lääkärin lausunnossa, terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen päätöksessä ja alioikeuden mielentilaa koskevassa ratkaisussa. Tarkastelun kohteena on tutkimuksen empiirisen osan aineisto, joka käsittää yhteensä 276 vuosina 1987–1989 henkirikoksiin syyllistynyttä rikoksenteikijää (tutkimusaineiston valintaa ja rajausta käsitellään tarkemmin luvussa 12).²⁵

²⁴ Eira Hellbom 17.11.1992 sosiaali- ja terveyshallituksen seminaarissa "Rikoksesta syytetyn mielentilatutkimus" ja 24.11.1994 terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen ja vankeinhoiton koulutuskeskuksen seminaarissa "Onko mielentilassa mieltä".

²⁵ Vuosina 1987–1989 mielentilatutkimukseen määrättiin 276 henkirikoksesta syytettyä. Näistä 260:ssä tapauksessa voitiin tilastokeskuksen tietokannasta tai terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen seurantakortistosta selvittää alioikeuden ratkaisu. Puuttuvat tapaukset (yhteensä 16) tulivat joko hovi- tai korkeimmasta oikeudesta tai sijoituivat alioikeuksiin, jotka liittyivät tilastokeskuksen tietokantaan vasta tutkimusperiodin 1987–1989 aikana tai sen jälkeen (alioikeuksien tietokantaan liittyminen tapahtui asteittain 1980-luvun lopulla ja 1990-luvun vaihteessa). Hovioikeustasolla vastaavaa seurantaa ei ole voitu systemaattisesti toteuttaa, koska tilastokeskuksen tietokanta ei vuosien 1987–1989 osalta ole täydellinen. Tiedot tilastokeskuksen tietokannasta on toimitanut Tuomo Niskanen.

Taulukko 4. Mielentilatutkimuksen tekijän, terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen ja alioikeuden syyntakeisuusratkaisu tutkimusaineistossa (%).

	Tutkimuksen tekijä	Terveydenhuollon oikeusturvakeskus	Alioikeus
Täydessä ymmärryksessä	34	32	35
Täyttä ymmärrystä vailla	49	51	48
Ymmärrystä vailla	17	17	17
	N=276	N=276	N=260

Syyntakeisuusarvioiden jakautuma pysyi siis kautta linjan lähes muuttumattomana. Näin on ollut myös aikaisemmissa tutkimuksissa.²⁶ Taulukon 4 kaltainen tarkastelu ei kuitenkaan anna aivan täydellistä kuvaa syyntakeisuusarvioissa tapahtuneista muutoksista, koska siinä eivät näy päinvastaisiin suuntiin tapahtuvat muutokset, joiden vaikutukset prosenttilukuja laskettaessa kumoavat toisensa. Käytännössä näidenkin merkitys jäi tutkimusaineistossa vähäiseksi. Kaikkiaan 91 %:ssa tapauksista (236 tapausta 260:stä) tutkimuksen tehneen lääkärin, terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen ja alioikeuden kanta syyntakeisuuskysymyksessä oli sama. Vaikka prosenttiluku oli jonkin verran alempi kuin Joukamaan ja Tuovisen tutkimuksessa (96 %), yksimielisyyden astetta voidaan joka tapauksessa pitää erittäin korkeana.²⁷

11.4. Mielentilatutkimuksen sisältö

Mielentilatutkimuksessa kohtaavat toisensa oikeudellinen ja psykiatrinen tarkastelutapa. Oikeudelliselta kannalta mielentilatutkimus on väline, jonka avulla voidaan selvittää syytetyn mielentilaa rikoksen tekohetkellä. Tällöin kuten muutenkin oikeusprosessissa tarkastelukohteena on tapahtunut rikos. Tarkoituksena on rikokseen liittyvien olosuhteiden selvittäminen: milloin, missä ja miten syytteenalainen teko on tapahtunut. Rikoksen tapahtumahetkeä koskevan tiedon valossa luodaan oikeudellisissa päätöksenteossa myös kuva siitä, mikä on ollut syytetyn mielentila ja syyntakeisuuden aste.

Oikeudellinen näkökulma edustaa tyypillistä poikkileikkaustarkastelua. Tarkastelun kohteena on rikollinen teko, ajallisesti ja paikallisesti tarkasti määritelty osa tapahtumien virtaa. Sen sijaan psykiatrinen näkökulma asiaan on toinen. Diagnosti-

²⁶ Ihalainen, s. 47; Joukamaa ja Tuovinen, s. 21 ja kalvo 20.

²⁷ Joukamaa ja Tuovinen, s. 21 ja kalvo 20.

sessä järjestelmässä eräänä keskeisenä kriteerinä on mielenterveyden häiriöiden ajallinen kesto. Tämä tuo poikkileikkaustarkastelun rinnalle ilmiöiden pitkittäistarkastelun. Mielentilatutkimusten kiinnostavuus ja merkitys perustuukin nimenomaan tähän näkökulmien eroon. Mielentilatutkimuksissa kohtaavat toisensa kaksi erilaista tiedon kenttää ja kaksi erilaista tapaa jäsentää tapahtumien konteksti.

Mielentilalausunnon laatimisesta annettujen ohjeiden mukaan lausuntoon on kirjattava seuraavat seikat:

1) Johdanto-osassa ilmoitetaan, mikä tuomioistuin, milloin ja kenestä on määrännyt mielentilatutkimuksen tehtäväksi sekä missä tutkimuspaikassa ja mistä alkaen tutkimus on suoritettu. Edelleen todetaan, onko asianomainen vangittuna.

2) Henkilötieto-osassa tutkittavan nimi, henkilötunnus, siviilisääty, ammatti ja kotipaikka kirjataan virkatodistuksen mukaisesti. Samassa yhteydessä todetaan rikosrekisteritiedot.

3) Mielentilalausunnon laatimisoheissa edellytetään, että oikeudenasia-kirjoista tehdään referaatinomainen suppea ja tiivistetty yhteenveto. Rikoksesta ilmoitetaan sen otsikointi, tekoaika sekä esitetään lyhyt teon kuvaus. Lisäksi virallisoheissa edellytetään ilmoitettavaksi se, onko tutkittavalle tehty veren alkoholitutkimusta tai puhalluskoetta sekä hänen oma käsityksensä humalatilasta.

4) Mielentilatutkimuksessa tutkittavan kasvuoloista, elämänvaiheista, ihmissuhteista, sosiaalisesta sopeutumisesta, päihteiden käytöstä yms. seikoista hankitaan tietoja sekä yksityishenkilöiltä että viranomaisilta. Yksityishenkilöistä tulevat kysymykseen omaiset, tuttavat, työnantajat jne. Heiltä tiedot kootaan kysely- ja haastattelumenetelmällä. Viranomaistietoja saadaan mm. terveydenhoito-, koulu-, sosiaali-, lastensuojelu-, poliisi- ja vankeinhoitoviranomaisilta sekä asevelvollisuuden osalta puolustuslaitokselta.

5) Mielentilatutkimuksessa tutkittavan elämänvaiheita ja olosuhteita kartoitetaan hänen oman kertomuksensa perusteella. Tällöin päähuomio kiinnitetään tutkittavan omaan kokemusmaailmaan. Henkilöhistorian ohella mielentilatutkimuksessa selvitetään tutkittavan käsitys syytteenalaisesta rikoksesta, siihen johtaneista syistä sekä hänen suhtautumisestaan rikokseen ja sen seurauksiin.

6) Somaattisen tutkimuksen ja mahdollisten lisätutkimusten tulokset selostetaan mielentilalausunnossa lyhyesti. Mielentilalausunnon laatimisoheiden mukaan tällöin ei ole syytä kirjata esim. normaaleja laboratorioarvoja. Jos tavanomaisesta poikkeavia somaattisia löydöksiä ilmenee, näitä on mielentilalausunnossa selostettava niin, että asiaa myöhemmin käsittelevillä viranomaisilla on mahdollisuus pohtia löydösten merkitystä.

7) Mielentilatutkimuksessa yhteydessä tehtyjen psykologisten tutkimusten tuloksista esitetään psykologin lausunto. Virallisoheiden mukaan psykologin lausunnosta tulee käydä selkeästi ilmi psykologin saama kuva tutkittavan keskeisestä ongelma-alueesta ja persoonallisuudesta. Lausunnossa tulee erityisesti arvioida, missä määrin tutkittavan persoonallisuutta on pidettävä poikkeavana.

8) Mielentilalausuntoon kirjataan myös hoitohenkilökunnan havainnot tutkittavan yleisestä selviytymisestä ja käyttäytymisestä eri tilanteissa sekä suhteesta muihin tutkittaviin, omaisiin jne.

9) Psykiatriset havainnot voidaan kuvata joko erikseen tai tutkittavan haastattelun yhteydessä. Psykiatrisessa osassa kiinnitetään huomiota tutkittavan olemukseen ja käyttäytymiseen, psyykkisiin oireisiin, mielialan ja tunne-elämän häiriöihin, älylliseen tasoon, sairautentuntoon, asenteisiin, kykyyn oivaltaa ongelmiaan, asennoitumiseen tutkimusta ja tutkijaa kohtaan jne.

10) Yhteenveto-osassa tutkimuksen suorittaja kiteyttää tutkimuksen aikana esiin tulleet keskeiset seikat. Näiden pohjalta tutkimuksen päätelmäosassa asetetaan rikosentekijään soveltuvat psykiatriset diagnoosit – mikäli tällaisia voidaan määrittää – sekä esitetään arvio rikosentekijän syyntakeisuudesta. Tällöin mielentilatutkimuksen suorittavan lääkärin tulee esittää perusteltu käsityksensä tutkittavan psyykkisestä tilasta rikoshetkellä sekä siitä, mikä tutkittavan psyykkisen tilan suhde on ollut kyseessä olevaan tekoon. Päätelmäosassa otetaan myös kantaa siihen, onko tutkittava psykiatrisen sairaalahoidon tai kehitysvammaishuollon tarpeessa

11) Lopuksi mielentilalausunto vahvistetaan lääkärintoimen harjoittamisesta annetun lain 12 §:n 1 momentin mukaisella vakuutuksella, ”minkä kunniani ja omantuntoni kautta vakuutan”, päivätään, allekirjoitetaan ja varustetaan nimen selvennyksellä sekä maininnalla tutkivan lääkärin oppiravasta ja virka-asemasta.²⁸

Kaiken kaikkiaan mielentilalausunnon sisältö kertoo siitä, että mielentilatutkimus painottuu muuhun kuin itse rikostapahtumaa koskevaan informaatioon. Käytännössä ainoa tapa, jolla mielentilatutkimus lisää rikostapahtumaan liittyvää tietoa, ovat tutkittavan haastattelut. Muutoin rikoshetkeä koskevaa lisäinformaatiota ei mielentilatutkimuksessa yleensä hankita. Kuten laatimisohjeissa todetaan, mielentilalausunnossa esitetty kuvaus syytteenalaisesta teosta on lähinnä vain tiivistelmä oikeudenkäyntiasiakirjoista.²⁹

Seuraava esimerkkitapaus kertoo siitä, kuinka niukasti rikoshetkeä koskevaa informaatiota mielentilalausuntoon saattaa sisältyä. Käsiteltävän mielentilalausunnon kaikki rikosta koskeva informaatio on koottu seuraaviin katkelmiin. Kysymyksessä ovat suorat lainaukset, joissa kuitenkin henkilönimet on korvattu termeillä tutkittava, rikoskumppani ja uhri. Lausunnon alussa tehdään seuraava tiivistelmä oikeudenkäyntiasiakirjoista:

”Tutkittava on puukolla uhkaamalla pakottanut uhrin luovuttamaan tupakkaa ja syyttimen itselleen. Tämän jälkeen tutkittava oli rikoskumppanin pidellensä kiinni puukottanut häntä sata kertaa, jonka jälkeen uhri oli välittömästi kuollut vammoihinsa. Teon jälkeen tutkittava oli itse pyytänyt ohikulkijoita ilmoittamaan tapauksesta poliisille.

²⁸ Mielentilatutkimus ja siitä annettava lausunto, s. 12–19.

²⁹ Vrt. Tuppurainen, s. 25–30.

Kuulusteluissa oli ilmennyt, että tutkittava oli jo aikaisemminkin puhunut ihannoivasti väkivaltaisuuksista. Ennen syytteenalaista tekoa tutkittava ja hänen rikoskumppaninsa olivat sopineet 'maineen säilyttämiseksi' tappavansa tai ryöstävänsä ensimmäisen ohikulkijan kadulla tai läheisessä valintamyymälässä. Syytteenalaisten tekojen aikoihin tutkittava oli ollut noin yhden promillen humalatilassa."

Psykiatrin tekemän haastattelun yhteydessä todettiin lisäksi seuraavaa: "Syytteenalaisista teoistaan tutkittava ei erityisemmin halua keskustella. Hän pitää niitä jollakin tavoin tarkoituksenmukaisina eikä tunne minkääläistä katumusta tai ahdistusta niistä." Tätä täydensi psykologin lausunto: "Haastattelussa tutkittava ei osaa sanoa mitään syytä rikokseen, kertoo sen hyvin tarkkaan ja toteaa, ettei se tuntunut miltään. Tutkittava toteaa, ettei ao. henkilöä olisi halunnut tappaa, vaan ehkä jonkun muun. 'Oli vaan fiilis, pitää päästä rassaan'."³⁰

Näin ollen mielentilalausunnon rikostapahtumaa kuvaavat jaksot käsittävät niukimmillaan vain lyhyen tapausselostuksen ja muutamia rikosentekijän haastatteluista poimittuja hajahuomioita. Lainatusta tapausselostuksesta saadaan mm. tietää, että tekijä oli jonkin verran päihtynyt ja että uhri oli sattumanvaraisesti valittu ensimmäinen ohikulkija. Mitään sen eksaktimpaa ei rikoshetken kuvauksesta ilmene.

Miksi mielentilatutkimuksessa ei sitten laajasti käsitellä rikostilannetta? Selitys on oikeudellisen ja psykiatrisen lähestymistavan erossa. Oikeudellisesta näkökulmasta katsoen keskeistä on teko, poikkileikkaus tapahtumien virrasta. Oikeudelliselta kannalta merkittävänä pidetään vain sitä, millainen rikosentekijän psyyken tila oli rikoksen tapahtumahetkellä. Sitävastoin psykiatrian perspektiivistä tilanne on toinen. Rikollista tekoa tarkastellaan osana tutkittavan yleistä elämänprosessia, joka nähdään ajallisenä jatkumona.

Suomessa käytössä olevassa diagnostisessa järjestelmässä, DSM-III-R-luokituksessa voidaan erottaa kaksi erilaista aikaulottuvuutta. DSM-III-R-luokituksen I-akselille kirjataan päädiagnoosi. Jo tässä esiintyy aikaulottuvuus. Esimerkiksi skitsofreniassa välttämättömänä ehtona on ns. 6 kuukauden kriteerin täyttyminen. Diagnoosi edellyttää, että jatkuvat löydökset on todettavissa vähintään 6 kuukauden ajan, mihin jaksoon tulee kuulua vähintään yhden viikon kestoinen aktiivinen vaihe, jonka aikana on esiintynyt psykoottisia oireita.³¹

Vaikka aikaulottuvuus onkin melko lyhyt, yhden tilanteen poikkileikkauksesta ei ole kysymys. Skitsofreniaan liittyvää diagnostista problematiikkaa on psykiatrian johtavassa oppikirjassa kuvattu seuraavalla tavalla:

³⁰ Mielentilatutkimus 9958.

³¹ Laitinen, s. 50; Mielenterveyden häiriöiden diagnostinen ja tilastollinen ohjeisto DSM-III-R, s. 7 ja 22–23.

”Skitsofrenian suhteen on huomioitava kolme keskeistä seikkaa. Ensiksi se, ettei ole olemassa mitään kliinistä oiretta tai merkkiä, joka olisi ominainen skitsofrenialle; kaikki ne oireet tai merkit, jotka voidaan nähdä skitsofrenias-
sa, esiintyvät myös muissa psykiatrisissa ja neurologisissa häiriöissä. Näin on huolimatta siitä usein esitetystä kliinisestä käsityksestä, että olisi olemassa skitsofrenialle tyypillisiä oireita. Tästä syystä ei myöskään ole mahdollista diagnosoida skitsofreniaa tarkastelemalla pelkästään tutkimushetken men-
taalista tilaa; skitsofrenian diagnoosin kannalta olennaista on selvittää poti-
laan aikaisempi historia. Toiseksi potilaan oireet vaihtelevat ajan myötä. Esimerkiksi potilaalla voi olla ajoittaisia aistiharhoja ja hänen sosiaalinen
toimintakykynsä saattaa vaihdella. Kolmanneksi on ehdottoman välttämätön-
tä ottaa huomioon potilaan koulutustaso, älylliset kyvyt sekä hänen kulttuuri-
nen ja alakulttuurinen taustansa. Esimerkiksi abstraktien käsitteiden heikko
ymmärryskyky saattaa olla seurausta koulutukseen tai älykkyyteen liittyvistä
seikoista.”³²

Vielä tätä selvemmin aikaulottuvuus ilmenee DSM-III-R-luokituksen II-akselilla, jossa tarkastelu tapahtuu tyypillisesti pitkäikäisyyteen. II-akselille luokitellaan erilaiset persoonallisuushäiriöt (aikuisilla) ja spesifiset kehityshäiriöt (lapsilla). II-akselilla aikaperspektiivi ulottuu lapsuuteen ja nuoruuteen asti. Esimerkiksi mielen-
tilatutkimuksissa erittäin yleisen persoonallisuushäiriön, asosiaalisen persoonalli-
suuden diagnoosi edellyttää, että tutkittavalla on esiintynyt käytöshäiriöitä jo ennen
15 ikävuotta. Jos näitä varhaisia käytöshäiriöitä ei voida todeta, diagnostiset kritee-
rit eivät täyty.

Tämä selittää myös sen, miksi mielentilatutkimuksissa kerätään niin runsaasti taustatietoa, joka oikeudellisesta näkökulmasta tarkasteltuna ei vaikuta relevantilta. Psykiatrian kannalta tällainen taustainformaatio on kuitenkin välttämätöntä, koska varsinkin persoonallisuushäiriöitä koskevat diagnoosit edellyttävät, että tunnetaan perusteellisesti tutkittavan koko elämänhistoria. Tästä syystä myös mielentilatutki-
muksissa painopiste on pitkäikäistarkastelussa, ei itse rikoshetkessä.

³² Kaplan ja Sadock, s. 259.

OSA 2: EMPIIRINEN TUTKIMUS SUOMALAISESTA MIELENTILA- AINEISTOSTA

XII TUTKIMUSKOHTEN RAJAUS

Tämän tutkimuksen kohteeksi on valittu henkirikoksista tehdyt mielentilatutkimukset. Tutkimuskohteen valintaan on johtanut neljä seikkaa: 1) Henkirikokset ovat olleet pysyvästi suurin mielentilatutkimuksissa esiintyvä rikosryhmä. 2) Henkirikokset erottuvat muista rikoksista siinä, että niissä tuomioistuimet erittäin harvoin tekevät syyntakeisuusratkaisua ilman mielentilatutkimusta. 3) Koska henkirikoksista syytetyt määrätään poikkeuksellisen usein mielentilatutkimukseen, tutkimusaineisto on henkirikosten kokonaismäärän nähden edustava ts. se kuvaa hyvin myös henkirikollisuutta yhteiskunnallisena ilmiönä. 4) Lisäksi henkirikosten valintaa puoltavat historialliset syyt. Mielentilasäännökset on alun perin kirjattu juuri henkirikoslakeihin.

Tutkimuskohteena ovat henkirikoksissa tehdyt mielentilatutkimukset vuosina 1987–1989. Tutkimusaineisto on rajattu niin, että mukana ovat vain täytetyt henkirikokset. Henkirikosten yritykset on jätetty tutkimuksen ulkopuolelle niihin liittyvien tilastointi- ja määrittelyongelmien vuoksi.¹ Tutkimusaineistoon sisältyy yhteensä 276 rikoksentekijää.

12.1. Henkirikosten määrittely

Tutkimuksessa henkirikoksiin on luettu murha, tappo, yksin teoin tehty pahoinpitely ja kuolemantuottamus sekä lapsentappo. Vastaavaa henkirikosten määritelmää on Suomessa aikaisemmin käytetty sekä mielentilatutkimuksia että väkivaltarikoksia koskevissa tutkimuksissa.²

¹ Henkirikosten yrityksiin liittyviä tilasto-ongelmia ovat käsitelleet mm. Daly ja Wilson, s. 13–14. Heidän mukaansa henkirikosten ja niiden yritysten toisiinsa yhdistämistä voidaan pitää jopa pitää tilastollisena virheenä silloin, kun pyritään selvittämään väkivallan tasoa. Täytettyjen rikosten määrittely ja tilastointi on varsin yhdenmukaista ja luotettavaa, yritysten kohdalla ilmenee ongelmia.

² Viljanen T, s. 1–4 ja 10; Keisu ja Wagner-Prenner, s. 60 ja 83. Tosin Keisun ja Wagner-Prennerin käyttämä määritelmä oli vielä tekstissä mainittuakin laajempi, sillä se käsitti kaikki kuolemantuottamukset, ei vain pahoinpitelystä aiheutuneita.

Henkirikosten törkein muoto, murha on rikoslain 21 luvun 2 §:ssä määritelty seuraavalla tavalla:

”Jos toisen surmaaminen tapahtuu vakaasta harkinnasta, omanvoitonpyynnöstä, erityistä raakuutta tai julmuutta osoittaen tai yleistä vaaraa aiheuttavalla tavalla, taikka jos virkamies surmataa hänen ollessaan virkansa puolesta ylläpitämässä järjestystä tai turvallisuutta tai virkatoimen vuoksi, ja surmaamista on edellä mainituissa tai muissa tapauksissa, huomioon ottaen rikokseen johtaneet ja siitä ilmenevät seikat kokonaisuudessaan, pidettävä erityisen törkeänä, tuomittakoon rikoksenteijä murhasta ... elinkaudeksi.”

Murhaa osoittavina esimerkkeinä on siis RL 21 luvun 2 §:ssä mainittu vakaa harkinta, omanedun tavoittelu, erityinen raakuus tai julmuus, yleisesti vaarallinen tekotapa ja virkamiehen surmaaminen hänen ollessaan virkansa puolesta järjestyksenpitotehtävissä tai virkamiehen surmaaminen virkatoimen vuoksi. Näiden tunnusmerkkien esiintyminen ei kuitenkaan automaattisesti tee teosta murhaa, vaan RL 21 luvun 2 §:n mukaan henkirikoksen arvioinnin kannalta ratkaisevaa on se, onko tekoa kokonaisuudessaan pidettävä erityisen törkeänä. Tällöin otetaan huomioon sekä tekoon johtaneet että siitä ilmenevät seikat.

Rikoksena murha on suhteellisen harvinainen. Tutkimusvuosina 1987–1989 murhasta tuomittiin alioikeuksissa 11 % henkirikollisista (43 rikoksenteijää).³

Murhaa lievemman henkirikosten pääryhmän muodostaa tappo, joka rikoslain 21 luvun 1 §:ssä on määritelty seuraavasti:

”Joka tahallaan surmaa toisen, tuomittakoon taposta ... määrääjäksi, vähintään kahdeksaksi vuodeksi, tai jos asianhaarat ovat erittäin lieventävät, vähintään neljäksi vuodeksi.”

Tapot ovat ylivoimaisesti suurin henkirikosryhmä. Tutkimusvuosina tappoja oli 64 % henkirikoksista (249 rikoksenteijää).

Murhan ja tapon lisäksi kolmannen merkittävän henkirikosryhmän muodostaa yksin teoin tehty pahoinpitely ja kuolemantuottamus, joka aikaisemmin tunnettiin nimikkeellä kuolemaan johtanut pahoinpitely. Kyseisessä rikosyhdistelmässä tahalliseen pahoinpitelyyn yhdistyy tuottamuksellisesti aiheutettu kuolema. Perusrikoksena on pahoinpitely joko tavanomaisessa tai törkeässä muodossaan. Tavanomaisesta ja törkeästä pahoinpitelystä on säädetty rikoslain 21 luvun 5 ja 6 §:ssä:

³ Tässä jaksossa (12) tuomioita koskevat tiedot ovat peräisin tilastokeskuksen alioikeuksia koskevasta tietokannasta. Tiedot on toimittanut Tuomo Niskanen.

”Joka tahallaan aiheuttaa toiselle ruumiinvamman tai sairauden, tuomittakoon pahoinpitelystä vankeuteen enintään kahdeksi vuodeksi tai sakkoon.” (RL 21:5)

Jos 5 §:ssä mainitulla rikoksella tahallisesti aiheutetaan toiselle vaikea ruumiinvamma, vakava sairaus tai hengenvaara tahi jos rikos tehdään erityistä julmuutta tai raakuutta osoittavalla tavalla taikka siinä käytetään asetta tai muuta hengenvaarallista välinettä, ja pahoinpitelyä on edellä mainituissa tai muissa tapauksissa, huomioon ottaen rikokseen johtaneet ja siitä ilmenevät seikat kokonaisuudessaan, pidettävä törkeänä, tuomittakoon rikoksenteikijä törkeästä pahoinpitelystä. ... enintään kymmeneksi vuodeksi.” (RL 21:6)

Yksin teoin tehdyn pahoinpitelyn ja kuolemantuottamuksen toisen puolen muodostaa tuottamuksellisesti aiheutettu kuolema, jota koskeva säännös on rikoslain 21 luvun 9 §:ssä:

”Joka huolimattomuudellaan tai varomattomuudellaan aiheuttaa toiselle kuoleman, tuomittakoon kuolemantuottamuksesta vankeuteen tai sakkoon taikka, jos rikosenteikijä on osoittanut törkeätä huolimattomuutta tai varomattomuutta ... enintään neljäksi vuodeksi.”

Tutkimusvuosina 1987–1989 tekoyhdistelmä pahoinpitely ja kuolemantuottamus muodosti henkirikoksista 24 % (93 rikosenteikijää).

Neljäntenä henkirikosryhmänä tutkimusaineistossa ovat lapsentapot, joita koskeva säännös on kirjattu rikoslain 21 luvun 4 §:ään:

”Nainen, joka synnyttäessään tai sen jälkeen, ollessaan vielä synnytyksen aiheuttamassa ruumiillisen tai henkisen uupumuksen tilassa, tahallaan surmaa lapsensa, tuomittakoon lapsentaposta ... enintään kahdeksaksi vuodeksi ...”

Vuosien 1987–1989 henkirikoksista lapsentappoja oli 1 % (4 rikosenteikijää).

Murhan, tapon, pahoinpitelystä aiheutuneen kuolemantuottamuksen ja lapsentapon lisäksi erittäin harvinaisen henkirikosryhmän muodostaa pyynnöstä surmaaminen (rikoslain 21 luvun 3 §). Tutkimusperiodina 1987–1989 tätä rikosta ei poliisitalostossa esiintynyt. Toisaalta oikeustilaston mukaan syytettyjä oli kaksi. Tutkimusaineistossa näitä tapauksia ei ollut.

12.2. Tutkimusaineiston edustavuus suhteessa kaikkiin alioikeuksissa käsiteltyihin henkirikoksiin

Törkeimmissä henkirikoksissa, murhissa, tapoissa ja lapsentapoissa tutkimusaineiston edustavuus oli korkea, se käsitti 84 % kaikista alioikeuksissa vuosina 1987–1989 käsitellyistä henkirikoksista. Tekoyhdistelmässä pahoinpitely ja kuoleman-

tuottamus luku jäi huomattavasti alemmas, 30 %:iin. Koko tutkimusaineiston edustavuus suhteessa alioikeuksissa käsiteltyihin henkirikoksiin oli 71 %.⁴

Tutkimusaineiston edustavuus oli suoraan verrannollinen siihen, mikä syyntakeisuusarvion merkitys eri henkirikosryhmissä on. Taulukko 5 kuvaa alioikeuksien eri henkirikoksissa tekemien syyntakeisuusratkaisujen jakautumaa vuosina 1987–1989.⁵

Taulukko 5. Henkirikoksissa tehdyt syyntakeisuusratkaisut rikostyypeittäin vuosina 1987–1989 (%).

Syyntakeisuus	Murha	Tappo	Pahoinpitely ja kuoleman- tuottamus
Täydessä ymmärryksessä	33	45	85
Täyttä ymmärrystä vailla	47	43	12
Ymmärrystä vailla	21	13	3
Yhteensä	N=43	N=249	N=93

Taulukko 5 kertoo selvästä trendistä: mitä törkeämpi henkirikos, sen suurempi on ymmärrystä tai täyttä ymmärrystä vailla olevien rikoksenteekijöiden osuus. Murhissa ymmärrystä vailla olevia oli 21 %, tapoissa 13 %, tekoyhdistelmässä pahoinpitely ja kuolemantuottamus 3 %. Vastaavasti täyttä ymmärrystä vailla olevien osuus murhissa oli 47 %, tapoissa 43 %, tekoyhdistelmässä pahoinpitely ja kuolemantuottamus 12 %.

Toisaalta taulukko 5 vahvistaa aikaisemmin esitettyä tietoa siitä, että henkirikoksissa ymmärrystä tai täyttä ymmärrystä vailla olevista ei yleensä tehdä päätöstä ilman mielentilatutkimusta. Tutkimusvuosina 1987–1989 niiden tapausten määrä, jotka mielentilatutkimuksissa todettiin ymmärrystä tai täyttä ymmärrystä vailla oleviksi ja alioikeuksissa tehtyjen syyntakeisuusratkaisujen määrä vastasivat toisiaan. Tutkimusaineistossa ymmärrystä vailla oleviksi todettiin 47 rikoksenteekijää, tuomioistuimissa luku oli myös 47. Täyttä ymmärrystä vailla olevia tutkimusaineis-

⁴ Tässä yhteydessä on huomattava, että tuomioistuintilasto perustuu alioikeuksista saatuihin tietoihin. Toisaalta osa mielentilatutkimuksista määrätään toimitettavaksi vasta ylemmissä oikeusasteissa. Mielentila-aineiston edustavuustarkastelun kannalta sillä, missä tuomioistuinportaassa tutkimukseen määrääminen tapahtuu, ei kuitenkaan käytännössä ole merkitystä. Alioikeustilasto kertoo tuomioistuinlaitokseen tulevien tapausten kokonaisvirran, josta keskimäärin sama osa määrätään ylemmistä oikeusasteista mielentilatutkimukseen (Keisu ja Wagner-Prenner, s. 68 ja 72).

⁵ Taulukosta 5 on tapausten vähäisyyden vuoksi jätetty pois lapsentappo. Neljästä rikoksenteekijästä kolme oli ymmärrystä vailla, yksi täyttä ymmärrystä vailla.

tossa oli 141, tuomioistuimissa 138. Sen sijaan täydessä ymmärryksessä olevien kohdalla erot muodostuivat suuriksi. Tutkimusaineistossa täydessä ymmärryksessä olevia oli 88, tuomioistuimissa 204.

Tarkastelu kertoo näin ollen kahdesta seikasta: 1) Henkirikoksissa ymmärrystä ja täyttä ymmärrystä vailla olevien määrä kasvaa rikoksen törkeysasteen myötä. 2) Kun rikoksentehtäjä on ymmärrystä tai täyttä ymmärrystä vailla, mielentilatutkimus lähes poikkeuksetta tehdään.

12.3. Miksi pahoinpitelystä aiheutuneet kuolemantuottamukset eivät tule mielentilatutkimukseen?

Edellä olevan jakson perusteella syntyvä luonnollinen jatkokysymys on, miksi pahoinpitelystä aiheutuneet kuolemantuottamukset jäävät niin usein mielentilatutkimusten ulkopuolelle. Vastaus kysymykseen on rangaistusasteikkoihin liittyvä. Lähtökohtana on se, että murhan ja tapon rangaistusasteikko on erittäin ankara, normaaliasteikolla minimirangaistus on murhasta elinkautinen ja taposta kahdeksan vuotta vankeutta. Murhatapauksissa vähentynyt syyntakeisuus alentaa rangaistusasteikon 2–12 vuodeksi vankeutta, tapon osalta kahdeksan vuoden vähimmäisrangaistus laskee vankeuden yleiseen minimiin rikoslain 3 luvun 2 §:n mukaisella tavalla. Sen sijaan pahoinpitelyn ja kuolemantuottamuksen kohdalla alentuneella syyntakeisuudella ei ole samanlaista rangaistusasteikon minimiä laskevaa vaikutusta. Rangaistusasteikko jo perusmuodossaan sallii lyhyiden vankeusrangaistusten, lievissä tapauksissa jopa sakkorangaistuksen käytön.

Taulukossa 6 on vertailtu normaaliasteikon mukaisia ja alentuneesti syyntakeisten rangaistuksia eri henkirikoksissa.⁶

Taulukko 6. Murhasta, taposta sekä pahoinpitelystä ja kuolemantuottamuksesta alioikeuksissa tuomittujen vankeusrangaistusten pituudet 1987–1989. Rangaistukset kuukausina, suluissa rangaistujen määrä (N).

	Normaali- asteikko	(N)	Alentunut syyntakeisuus	(N)
Murha	Elinkautinen	(12)	113.5	(20)
Tappo	103.0	(110)	80.5	(106)
Pahoinpitely ja kuolemantuottamus	30.8	(76)	45.4	(11)

⁶ Tilastokeskuksen tietokannan mukaan tekoyhdistelmästä pahoinpitely ja kuolemantuottamus tuomittiin vuosina 1987–1989 sakkoon yhteensä kaksi henkilöä. Tiedot tietokannasta on toimittanut Tuomo Niskanen.

Taulukon 6 mukaan alentunut syyntakeisuus laskee selvästi murhan ja tapon rangaistusta. Murhassa keskimääräiset rangaistukset alenivat elinkautisesta 9 vuoteen 5 kuukauteen. Tapon normaalirangaistus (8 vuotta 7 kuukautta) laski 6 vuoteen 8 kuukauteen. Kummassakin tapauksessa alentuneen syyntakeisuuden kautta päästiin huomattavasti normaaliasteikon alle. Pahoinpitelystä aiheutuneissa kuolemantuottamuksissa rangaistukset jäivät yleensä alle puoleen murhan ja tapon rangaistuspiituuksista. Toisaalta erikoisuutena oli se, että pahoinpitelystä aiheutuneissa kuolemantuottamuksissa normaaliasteikolta mitatut rangaistukset (2 vuotta 6 kuukautta) olivat keskimäärin lyhyempiä kuin alentuneesti syyntakeisilla (3 vuotta 9 kuukautta). Tässä tapauksessa alentuneesti syyntakeisten kokonaismäärä (N=11) oli kuitenkin niin alhainen, että mitään pitkälle meneviä johtopäätöksiä ei voida tämän perusteella tehdä.

Asianajotyössä on hyvin tiedostettu se, että murhissa ja tapoissa alentunut syyntakeisuus on käytännössä yleisin tapa päästä rangaistusasteikon minimin alle. Samasta syystä asianajajat tekevät aktiivisesti aloitteita asiakkaan mielentilatutkimukseen määrittämisestä. Vaikka päätösvalta mielentilatutkimuksen suhteen on yksinomaan tuomioistuimella, oikeudenkäynnin osapuolet tavallisesti toimivat aloitteentekijöinä. Ihalaisen ja Miettisen tutkimuksen mukaan eniten mielentilatutkimusta koskevia aloitteita tekevä ryhmä olivat syytetyn asianajajat (42 %:ssa tapauksia). Tämän lisäksi aloitteentekijöinä esiintyivät tuomioistuin (15 %:ssa tapauksia), lääkäri, poliisi tai tutkittava itse (15 %), useat eri tahot yhdessä (11 %) ja syyttäjä (4 %). 13 %:ssa tapauksia mielentilatutkimukseen määrätty ei tiennyt, kuka aloitteen oli tehnyt tai ei vastannut tutkijoiden esittämään kysymykseen.⁷

Seuraava tapausesimerkki kertoo siitä, millaisiin juridisiin tausta-ajatuksiin mielentilatutkimusta koskeva aloitteenteko saattaa murha- ja tappotapauksissa liittyä. Esimerkkitapauksessa rikoksen kulku oli seuraava:

NN ja RR ryypäsivät jälkimmäisen asunnolla. Miehillä tuli tuntemattomasta syystä riitaa, jolloin molemmat ottivat käteensä leipäveitsen. NN iski veitsellä RR:ää kolme kertaa rintaan ja kahdesti ylävatsaan, mihin iskuihin RR menehtyi. Kuulustelussa NN ilmoitti, ettei hän kiellä puukotusta, mutta hänellä ei ole mitään muistikuvaa asiasta.

Oikeuskäsittelyn alussa syytetyn oikeudenkäyntiavustaja kiisti syytteen ja ilmoitti: ”Päämieheni avustajana kiistan syytteen niin kauan, kunnes päämieheni sormenjäljet on löydetty kuoleman aiheuttaneesta puukosta.” Syytteen kiistävästä lausunnosta huolimatta oikeudenkäyntiavustaja viittasi kahteen muuhun ratkaisuvaihtoehtoon. Ensiksi hän teki ehdotuksen mielentilatutkimukseen määrittämisestä: ”Mikäli päämieheni sormenjäljet löytyvät rikok-

⁷ Ihalainen ja Miettinen, s. 29.

sentekovälineestä ... tulen pyytämään, että oikeus ottaisi vankilalääkäriltä lausunnon mahdollisen mielentilatutkimuksen tarpeellisuudesta päämieheni kohdalla.” Toisaalta syytetyn oikeudenkäyntiavustaja vetosi siihen, että rikos ei ollut tappo vaan pahoinpitelystä aiheutunut kuolemantuottamus: ”Mikäli sormenjäljet puukosta löytyvät, myönnän päämieheni puolesta kuolemantuottamuksen.”⁸

Tässä tapauksessa syytetyn oikeudenkäyntiavustajan motiivi oli selvä. Hänen päämiehtään syytettiin taposta, jonka minimirangaistus on kahdeksan vuotta vankeutta. Oikeudenkäyntiavustaja pyrki käytettävissä olevilla keinoilla lyhentämään päämiehtään uhkaavaa rangaistusta. Ensin hän tavanomaiseen tapaan kielsi rikoksen. Sen jälkeen hän esitti vaihtoehtoja sen tilanteen varalle, että tuomioistuimien kiistämisestä huolimatta katsoisi päämiehen syyllistyneen rikokseen. Tässä yhteydessä oikeudenkäyntiavustaja mainitsi sekä mielentilatutkimuksen että pahoinpitelystä aiheutuneen kuolemantuottamuksen. Kumpikin näistä vaihtoehtoista olisi toteutuessaan johtanut siihen, että tapon korkea rangaistusminimi voitaisiin alittaa joko alentuneen syyntakeisuuden tai lievemmän rangaistusasteikon ansiosta.

Näin ollen sekä alentunut syyntakeisuus että pahoinpitelystä aiheutunut kuolemantuottamus ovat juridisia välineitä, joita käyttäen voidaan päästä murhan ja tapon normaaliasteikkoa lievempiin rangaistuksiin. Tilastojen mukaan alentunut syyntakeisuus on yleisimmin sovellettu yksittäinen lainkohta, jonka avulla murhan ja tapon rangaistusasteikkoa on lievennetty. Vuosina 1987–1989 murhista ja tapoista vankeuteen tuomituista 51 % katsottiin vähentyneesti syyntakeisiksi, 49 % tuomittiin normaaliasteikolla.⁹

12.4. Tutkimusaineiston alueellinen edustavuus

Rikoslajien suhteen tutkimusaineisto siis painottuu niin, että edustavuus kasvaa törkeitä henkirikoksia kohti. Tämän lisäksi tutkimusaineisto on myös alueellisesti vinoutunut. Taulukossa 7 on tarkasteltu vakiintuneen suuraluejaon pohjalta tutkimusaineiston alueellista edustavuutta.¹⁰

⁸ Helsingin raastuvanoikeuden päätös 28.9.1988, diaarinumero R 88/2946.

⁹ Tiedot ovat peräisin tilastokeskuksen tietokannasta. Ne on toimittanut Tuomo Niskanen. Luvut eroavat jonkin verran niistä, jotka esiintyvät tilastojulkaisussa ”Tuomioistuinten tutkitut rikokset” 1987–1989 (taulukko 18). Syynä on se, että tilastojulkaisun taulukossa on yhdistetty täytetyt henkirikokset ja niiden yritykset. Tekstissä esitetyt tiedot koskevat vain täytettyjä henkirikoksia.

¹⁰ Suuraluejako muodostuu eri lääniyhdistelmistä seuraavalla tavalla: Uudenmaan lääni on yksinään oma suuralueensa. Muun Etelä-Suomen suuralueeseen kuuluvat Turun ja Porin, Hämeen ja Kymen läänit sekä Ahvenanmaan maakunta. Väli-Suomi koostuu Mikkelin, Kuopion, Keski-Suomen ja Vaasan lääneistä. Pohjois-Karjalan, Oulun ja Lapin läänit muodostavat Itä- ja Pohjois-Suomen suuralueen (Heikkilä, s. 117).

Taulukko 7. Henkirikosten jakautuminen suuralueittain vuosien 1987–1989 poliisitilastossa ja tutkimusaineistossa (%).

Suuralue	Poliisitilasto	Tutkimusaineisto
Uusimaa	29	27
Muu Etelä-Suomi	33	29
Väli-Suomi	18	18
Itä- ja Pohjois-Suomi	20	26
Yhteensä	N=484	N=272

Merkillepantavaa taulukossa 7 on se, että Itä- ja Pohjois-Suomi ovat mielentila-aineistossa yliedustettuja verrattuna poliisin tietoon tullessiin rikoksiin. Sitävastoin Uusimaa ja muu Etelä-Suomi jäävät aliedustetuiksi.¹¹ Näin ollen mielentilatutkimuksiin on määrätty suhteellisesti suurempi osa Itä- ja Pohjois-Suomen rikoksente-kijöistä.

Ilmeinen syy siihen, miksi tutkimusaineiston edustavuus vaihtelee alueellisesti on se, että sen henkirikosryhmän – pahoinpitelystä aiheutuneiden kuolemantuottamusten – jossa mielentilatutkimukseen määrättyjen osuus on alhaisin, esiintyminen vaihtelee samalla tavoin. Tästä kertoo taulukko 8, jossa on verrattu pahoinpitelystä aiheutuneiden kuolemantuottamusten ja muiden henkirikosten alueellista jakautumaa suuralueittain.

Taulukko 8. Pahoinpitelystä aiheutuneiden kuolemantuottamusten ja muiden henkirikosten jakautuminen suuralueittain vuosien 1987–1989 poliisitilaston mukaan (%).

Suuralue	Murha, tappo ja lapsentappo	Pahoinpitely ja kuoleman- tuottamus
Uusimaa	27	36
Muu Etelä-Suomi	31	42
Väli-Suomi	19	13
Itä- ja Pohjois-Suomi	23	10
Yhteensä	N=380	N=104

¹¹ Taulukossa 7 mielentila-aineistossa havaintoja on poikkeuksellisesti 272. Tämä johtuu siitä, että poliisitilastoon verrattaessa mielentila-aineisto on tilastoitu samalla perusteella kuin poliisitilasto, ts. rikosten määrän mukaan. Mielentila-aineistossa syytettyjä oli yhteensä 276, mutta heidän tekemiään henkirikoksia vain 272. Tämän lisäksi taulukossa 7 on noudatettu poliisitilaston mukaista menettelyä sikäli, että myös mielentila-aineiston rikokset on tilastoitu tekopaikan mukaisesti.

Taulukossa 8 havaittavat erot ovat tilastollisesti erittäin merkitseviä (Khi^2 -arvo 14.19 vapausasteella 3, $p < .01$). Kysymys on siitä, että eri suuralueilla rikosrakenne on erilainen. Pahoinpitelystä aiheutuneet kuolemantuottamukset keskittyvät Uudellemaalle ja muualle Etelä-Suomeen, kun vastaavasti Itä- ja Pohjois-Suomessa niitä esiintyy erittäin vähän. Tässä tutkimuksessa käytetyn aineiston perusteella ei kuitenkaan ole mahdollista vastata kysymykseen siitä, mistä ero perimmiltään johtuu. Kysymys saattaa olla joko erilaisesta viranomaiskäytännöstä tai rikosten erilaisista tapahtumaolosuhteista:

Eräs viranomaiskäytäntöihin liittyvä syy voisi olla se, johon edellisessä jaksossa lainattu asianajajan lausunto viittasi. Kysymyksessä saattaisi olla kaksi toisiinsa nähden vaihtoehtoista tapaa toteuttaa sama lopputulos, rangaistuksen alentaminen. Samankaltaiseen tulokseen päädytään 1) jos rikoksentekijän todetaan syyllistyneen alentuneesti syyn takeisena tappoon tai 2) hänet tuomitaan täydessä ymmärryksessä olevana tekoyhdistelmästä pahoinpitely ja kuolemantuottamus. Ensin mainitussa vaihtoehdossa rangaistuksen alentaminen toteutuu syyn takeisuuden, jälkimmäisessä rikoslajin määrittelyn kautta. On mahdollista, että eri ratkaisumallit ovat alueellisesti vakiintuneet viranomaiskäytäntöihin.¹²

¹² Vuosina 1990–1993 pahoinpitelystä aiheutuneiden kuolemantuottamusten osuus henkirikoksista on selvästi laskenut. Kyseisinä vuosina tehdyistä 719:stä henkirikoksesta pahoinpitelystä aiheutuneita kuolemantuottamuksia oli 124 (17 %). Myös alueelliset erot ovat tasoittuneet, vaikka jakautuma edelleenkin lievästi painottuu Etelä-Suomeen (Poliisin tietoon tullut rikollisuus 1990–1993).

XIII TUTKIMUSAINEISTON KRIMINOLOGINEN MERKITYS

13.1. Kansainvälisessä vertailussa

Vaikka empiirisen osan ensisijaisena tarkoituksena on tutkia sitä, millä tavoin eri syyntakeisuusryhmät eroavat toisistaan, on lyhyesti todettava esitettävien tietojen kriminologinen ulottuvuus. Suomalainen mielentila-aineisto muodostaa kansainvälisesti vertaillen täysin poikkeuksellisen rikollisuuden kasvupohjaa ja taustaa kuvaavan lähdeaineiston. Tutkimusaineisto edustaa 71 %:ia kaikista Suomesta tehdyistä henkirikoksista. Niistä maista joissa mielentilatutkimusten kattavuus on samaa luokkaa – muut Pohjoismaat ja eräät Länsi-Euroopan maat¹ – Suomi kuitenkin eroaa eräässä ratkaisevassa suhteessa. Henkirikollisuuden taso on Suomessa muita Länsi- ja Pohjois-Euroopan maita huomattavasti korkeampi. Taulukossa 9 Länsi- ja Pohjois-Euroopan henkirikokset on vallitsevan käytännön mukaisesti esitetty suhdelukuina 100 000 asukasta kohti vuodessa.²

Kun taulukkoa 9 verrataan Itä-Euroopan tilanteesta kertovaan taulukkoon 10, voidaan todeta, että suomalainen henkirikollisuus sijoittuu kahden vyöhykkeen, idän ja lännen väliin.³

On selvää, että taulukon 10 lukuihin on suhtauduttava varauksellisesti. Ne kuvaavat Itä-Euroopan väkivallan tasoa ennen viime vuosien jyrkkää nousua. Esimerkiksi Virossa väkivalta vuosina 1990–1993 on noussut taulukon 10 osoittamalta tasolta noin viisinkertaiseksi. Virossa tehtiin vuonna 1993 yhteensä 328 henkirikosta, joka suhdelukuna merkitsee noin 20 henkirikosta 100 000 asukasta kohti.⁴ Pitkällä aikavälillä taulukkojen 9 ja 10 antama kuva on kuitenkin sikäli oikea, että Suomi on väkivallan suhteen pysyvästi sijoittunut idän ja lännen välille.⁵

¹ Suomen tasoisia edustavuuslukuja on esiintynyt lähinnä Ruotsissa ja Tanskassa (Gottlieb, Kramp ja Gabrielsen, s. 518; Holmberg 1994b, s. 46).

² Taulukon 9 perustana on World Health Statistics Annual 1992.

³ World Health Statistics Annual 1990 ja 1992; Leps 1992.

⁴ Jänes, s. 3 ja 9.

⁵ Archer ja Gartner, tilastoliitteet; Verkko (1949), s. 49–55; World Health Statistics 1970–1990.

Taulukko 9. Henkirikokset Länsi- ja Pohjois-Euroopassa

Maa	Henkirikoksia/100 000 asukasta
1. Suomi	3.1
2. Italia	2.2
3. Portugali	1.6
4. Belgia	1.6
5. Ruotsi	1.5
6. Tanska	1.4
7. Sveitsi	1.4
8. Itävalta	1.3
9. Norja	1.2
10. Ranska	1.1
11. Kreikka	1.1
12. Saksa	1.0
13. Alankomaat	0.9
14. Espanja	0.9
15. Iso-Britannia	0.7
16. Irlanti	0.6

Taulukko 10. Henkirikokset Itä-Euroopassa

Maa	Henkirikoksia/100 000 asukasta
1. Venäjä	8.0
2. Ukraina	5.4
3. Valko-Venäjä	5.4
4. Viro	4.1
5. Unkari	4.0
6. Bulgaria	4.0
7. Latvia	3.7
8. Liettua	3.3
9. Suomi	3.1
10. Puola	2.9

Itä-Euroopan korkean väkivallan vyöhykkeeltä ei ole olemassa mitään suomalaisia mielentilatutkimuksia vastaavaa tietopankkia. Kriminologisesti Suomi on siis sikäli poikkeus, että se on Euroopassa ainoa suhteellisen korkean väkivallan maa,

jossa rikoksentekijöiden taustaa voidaan perusteellisesti ja luotettavasti tutkia.

Tässä yhteydessä on kuitenkin huomattava, että suomalaisen väkivallan korkea taso on todellakin vain suhteellista. Henkirikosten yleismaailmalliset huippuarvot ovat Suomeen verrattuna moninkertaisia. Tästä kertovat taulukossa 11 esitetyt Pohjois-, Keski- ja Etelä-Amerikan luvut.⁶

Taulukko 11. Henkirikokset Pohjois-, Keski- ja Etelä-Amerikassa

Maa	Henkirikoksia/100 000 asukasta
1. Kolumbia	33.3
2. Meksiko	17.1
3. Brasilia	15.9
4. Venezuela	12.1
5. Ecuador	10.0
6. USA	8.9
7. Argentiina	5.9
8. Uruguay	3.1
9. Chile	2.9
10. Kanada	2.1

Näiden korkean väkivallan maiden tiedot ovat enintään viitteellisiä. Henkirikosten tarkkaa määrää tai edes maan väkilukua, johon se voitaisiin suhteuttaa, ei useinkaan tunneta.⁷ Vastaavasti mielentilatutkimukset ovat harvinaisuus.

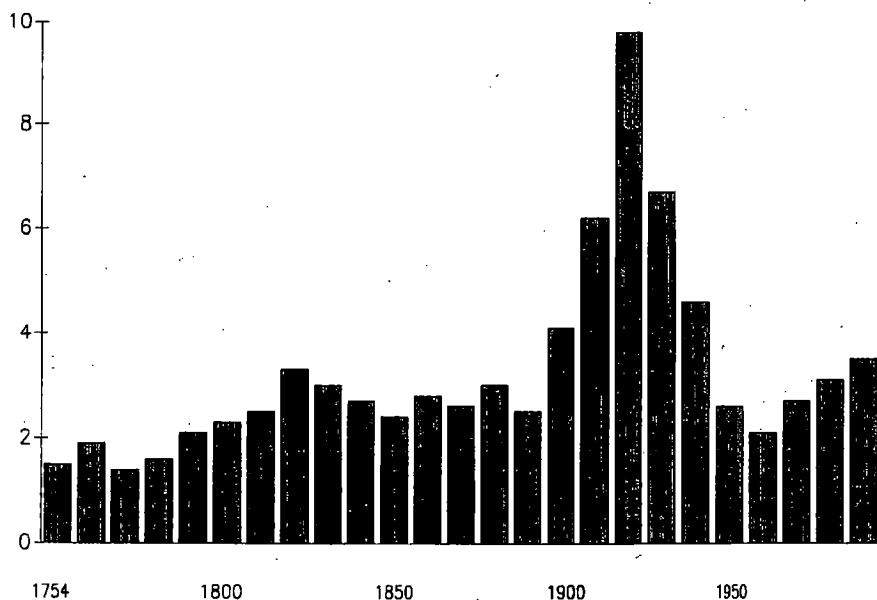
13.2. Suomalaisen väkivallan historiallinen perspektiivi

Kansainvälisen vertailun perusteella voidaan siis todeta, että mitä korkeampi on henkirikollisuuden taso, sitä alhaisempi on yleensä mielentilatutkimusten kattavuus. Sama säännönmukaisuus on nähtävissä myös Suomen historiassa. Kuva 1 kertoo murhien, tappojen ja kuolemaan johtaneiden pahoinpitelyiden määrän vuosina 1754–1993. Kuvassa 1 luvut ovat suhteutettu 100 000 asukasta kohti kymmen-vuotiskausittain.⁸

⁶ World Health Statistics Annual 1992.

⁷ Em. syystä kuolinsyytilastoissa esiintyy vain muutamia Aasian ja Afrikan maita.

⁸ Kuvassa 1 vuosien 1754–1926 luvut ovat peräisin Verkon (1949) liitetaulukoista, vuosien 1927–1993 luvut poliisitalastosta. Kuvassa 1 henkirikosluvut on suhteutettu Suomen tilastollisen vuosikirjan mukaiseen vuosikymmenten keskiväkilukuun (Suomen tilastollinen vuosikirja 1990, s. 39). Kyseiset väkilukutiedot poikkeavat hieman Verkon käyttämistä, mikä aiheuttaa vähäisiä eroja suhdeluvuissa.



 Murhat, tapot ja pahoinpitelystä aiheutuneet kuolemantuottamukset

Kuva 1. Murhat, tapot ja pahoinpitelystä aiheutuneet kuolemantuottamukset Suomessa vuosina 1754–1993 kymmenvuotiskausittain (tapauksia 100 000 asukasta kohti vuodessa).

Korkeimmalle suomalainen henkirikollisuus nousi 1920- ja 1930-luvulla, jolloin luvut olivat enimmillään yli 10 henkirikosta 100 000 asukasta kohti vuodessa. Toisaalta mielentilatutkimukseen määrättyjen rikollisten osuus oli alhainen. Murhasta ja tapoista tuomituista mielentilatutkimukseen määrättiin 30 %, kuolemaan johtaneista pahoinpitelystä vain 2 %.⁹ Kun väkivalta toisen maailmansodan jälkeen voimakkaasti laski, tämä merkitsi sitä, että mielentilatutkimusten edustavuus suhteessa henkirikosten koko volyymiin alkoi nopeasti nousta, vaikka mielentilatutkimusten määrä pysyi jokseenkin vakiona aina 1960-luvun lopulle asti. 1970- ja 1980-luvulla edustavuutta paransi mielentilatutkimusten nopea kasvu, vaikka myös henkirikollisuus samaan aikaan lisääntyi.

⁹ Kaila (1941), s. 558.

13.3. Suomalaisen väkivallan erityispiirteiden kartoittaminen

Suurin kriminologinen merkitys mielentilatutkimuksilla on suomalaisen väkivallan erityispiirteiden kartoittamisessa. Suomalainen väkivalta poikkeaa olennaisesti yleisestä kansainvälisestä trendistä siksi, että se jakautuu alueellisesti poikkeuksellisella tavalla. Taulukko 12 kertoo poliisin tietoon tulneiden henkirikosten läänikohtaisen jakautuman vuosina 1945–1990. Suluissa on ilmoitettu läänin sijaluku läänikohtaisessa vertailussa eri vuosikymmeninä.¹⁰

Taulukko 12. Henkirikollisuus lääneittäin vuosina 1945–1989.

Lääni ¹¹	Henkirikoksia/100 000 asukasta									
	1945–49		1950–49		1960–69		1970–79		1980–89	
Lappi	10.9	(1)	4.9	(1)	2.8	(2)	4.2	(1)	4.8	(1)
P-Karjala	6.6	(5)	3.0	(5)	1.8	(9)	2.8	(4)	3.9	(2)
Uusimaa	6.6	(3)	3.8	(2)	3.2	(1)	2.9	(2)	3.7	(3)
Oulu	6.6	(4)	3.1	(4)	2.2	(8)	2.2	(8)	3.7	(4)
Häme	6.5	(7)	2.6	(11)	2.5	(5)	2.0	(9)	3.5	(5)
Mikkeli	9.6	(2)	3.6	(3)	2.5	(4)	2.4	(7)	3.4	(6)
Kuopio	6.6	(5)	3.0	(5)	2.4	(6)	2.6	(6)	3.3	(7)
Kymi	5.2	(11)	2.7	(10)	2.6	(3)	2.7	(5)	3.2	(8)
K-Suomi	5.6	(9)	2.8	(7)	2.3	(7)	2.8	(5)	2.9	(9)
Turku	6.0	(8)	2.5	(12)	1.6	(10)	2.0	(10)	2.2	(10)
Vaasa	5.6	(9)	2.8	(7)	1.0	(11)	1.3	(11)	1.4	(11)
Ahvenanmaa	1.4	(12)	2.8	(9)	0.5	(12)	0.9	(12)	0.9	(12)
Koko maa	6.1		3.1		2.3		2.8		3.2	

Henkirikokset ovat Suomessa painottuneet maan ääripäihin, toisaalta Itä- ja Pohjois-Suomeen, toisaalta Uudellemaalle. Selvästi alhaisinta henkirikollisuus on ollut maan länsi- ja lounaisosissa, Ahvenanmaalla, Turun ja Porin sekä Vaasan läänissä. Tämä alueellinen jakautuma on pysynyt vakiona koko toisen maailmansodan jälkeisen ajan siitä huolimatta, että väkivallan kokonaistaso on huomattavasti vaihdellut.

¹⁰ Poliisin tietoon tullut rikollisuus 1950–1969 ja 1980–1989; Keskusrikospoliisin vuosikertomukset 1970–1979. Taulukon 12 lukuihin sisältyvät murhat, tapot, lapsentapot ja pahoinpitelystä aiheutuneet kuolemantuottamukset (tai näitä aikaisemmassa lainsäädännössä vastanneet rikokset). Vuosilta 1970–1979 ei pahoinpitelystä aiheutuneita kuolemantuottamuksia ole ilmoitettu poliisitilastossa erikseen. Näiden vuosien luvut on kerätty keskusrikospoliisin vuosikertomuksista.

¹¹ Pohjois-Karjalan lääni perustettiin 1.3.1960. Taulukossa tätä varhaisemmat luvut kuvaavat aikaisempaa Kuopion lääniä, josta Pohjois-Karjalan lääni erotettiin. Keski-Suomen lääni perustettiin samoin 1.3.1960. Se muodostettiin osista Hämeen, Mikkelin, Kuopion ja Vaasan läänistä. 1940- ja 1950-luvun osalta taulukossa 12 on käytetty Vaasan läänin lukuja.

Myös vuosien 1990–1993 poliisitilastossa perusasetelma on säilynyt samana. 1990-luvun alkuvuosien tilannetta kuvaa taulukko 13.¹²

Taulukko 13. Henkirikollisuus lääneittäin vuosina 1990–1993.

Lääni	Henkirikoksia/100 000 asukasta
Mikkeli	4.7
Kymi	4.5
Pohjois-Karjala	4.4
Uusimaa	4.1
Oulu	4.1
Lappi	4.0
Kuopio	3.7
Häme	3.6
Keski-Suomi	3.5
Turku ja Pori	2.6
Vaasa	1.8
Ahvenanmaa	1.0
Koko maa	3.5

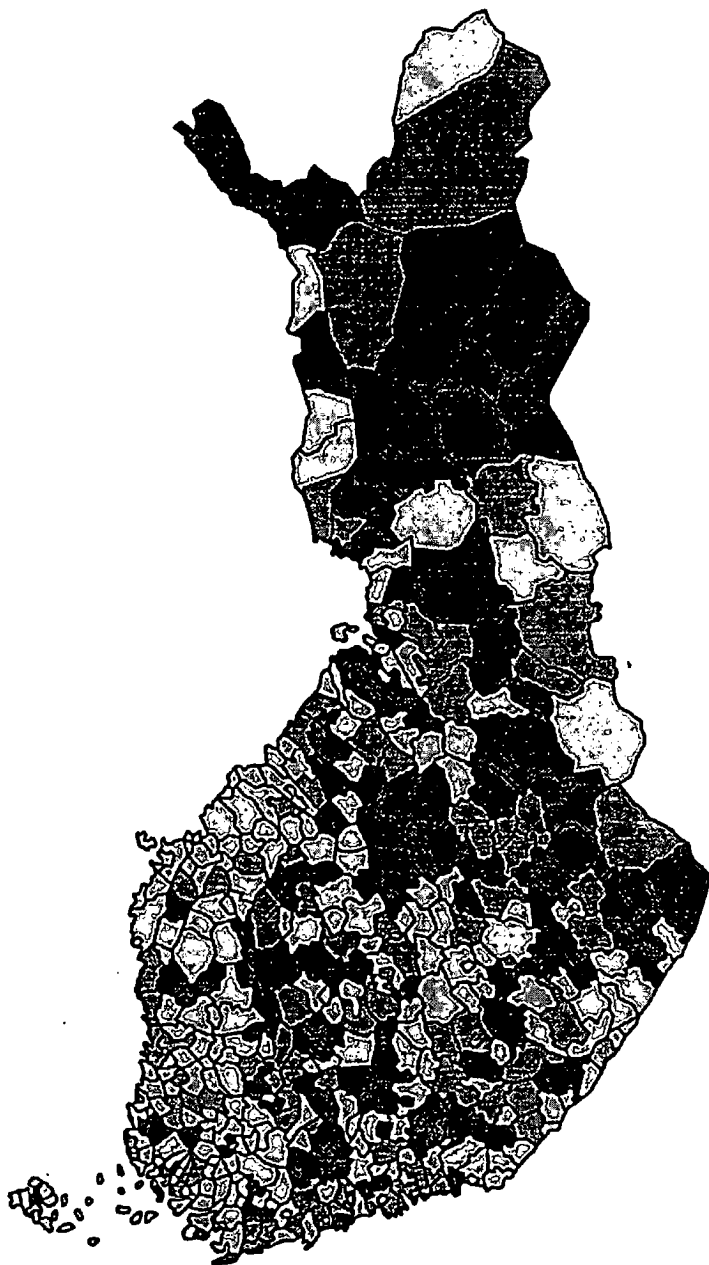
Vaikka tarkastelujakso on 1990-luvun osalta lyhyt, joitakin varovaisia johtopäätöksiä voidaan taulukon 13 perusteella tehdä. Näyttää siltä, että Itä- ja Pohjois-Suomen ongelma-alueisiin ovat tulleet mukaan myös Mikkelin ja Kymen läänit. Lisäksi henkirikosten kokonaismäärä on 1990-luvun alkuvuosina noussut hieman 1980-luvun keskiarvoa korkeammalle tasolle. Vuosina 1990–93 henkirikosten suhdeluku oli 3.5, vuosina 1980–1989 vastaavasti 3.2. 1990-luvun korkein lukema on vuodelta 1990. Tuolloin tehtiin yhteensä 185 murhaa, tappoa, lapsentappoa ja pahoinpitelystä aiheutunutta kuolemantuottamusta. Vuoden 1993 luku oli 168.

Tutkimusaineiston kannalta henkirikosten alueellista jakautumista kuvaavilla tiedoilla on olennainen merkitys. Kuten luvussa 12 todettiin, tutkimusaineisto on erityisen kattavaa Itä- ja Pohjois-Suomessa. Näin ollen tieto on parasta siellä, missä väkivaltaluvut ovat suuret. Tässä ei kuitenkaan ole vielä kaikki. Näillä alueilla poikkeuksellista on myös se, millä tavoin väkivalta jakautuu kaupunkien ja maalaiskuntien kesken.

Seuraavalla sivulla oleva kartta 1 tarkentaa läänitasolla syntyvää kuvaa. Kartta kertoo henkirikosten kuntakohtaisesta jakautumisesta vuosina 1980–1989. Kunta-kohtaiset henkirikostiedot on kartassa 1 suhteutettu vuosikymmenen keskväkilu-

¹² Poliisin tietoon tullut rikollisuus 1990–1993.

HENKIRIKOKSET 1980-LUVULLA
MURHAT, TAPOT JA PAH.PIT. AIH. KUOLEMANTUOTTAMUKSET
100000 ASUKASTA KOHTI VUODESSA
Tilastokeskus 1991



RIKOKSIA



0 - 1.9

4 -

2 - 3.9

kuun ja tulokset on esitetty käyttäen kolmiluokkaista porrastusta: 0–1.9 henkirikosta 100 000 asukasta kohti vuodessa (alhainen henkirikollisuus), 2–3.9 henkirikosta (keskitason henkirikollisuus) ja yli 4 henkirikosta (korkea henkirikollisuus).¹³

Silmiinpistävänä piirteenä kartassa 1 on sen mosaiikkimaisuus. Selitys tälle on ilmeinen. Kysymys on kahden tilastollisen tekijän yhteisvaikutuksesta. Ensiksi siitä, että henkirikokset ovat suhteellisen harvinainen ilmiö ja toiseksi siitä, että suomalaiset kunnat ovat keskimääräiseltä väestöpohjaltaan kapeita. Jos esim. kunnassa on 5000 asukasta, yksi henkirikos kymmenessä vuodessa nostaa sen alimmas- ta kategoriasta väkivallan keskiryhmään, kaksi henkirikosta edelleen ylimpään ryhmään. Kyseistä kuntien kapeasta väestöpohjasta ja tutkittavan ilmiön harvinais- laatuisuudesta aiheutuvaa vaihtelua ei edes suhteellisen pitkä kymmenen vuoden tarkasteluperiodi eliminoi. Siksi myös tarkastelussa on pyritty keskittymään kunta- tasoa laajempiin kokonaisuuksiin. Silloin kun yksittäisiä kuntia otetaan esille, niissä edellytetään olevan vähintään 20 000 asukkaan väestöpohja.

Kartasta 1 erottuu pahimpana ongelma-alueena Lappi. 55 % Lapin läänin kun- nista kuului henkirikollisuuden mustaan vyöhykkeeseen. Lapin kaupungeista syn- kin oli Kemijärvi (7.1 henkirikosta/100 000 asukasta), sitten tulivat Kemi (5.7) ja Rovaniemi (5.6). Kaupungeista vain Tornio jäi väkivallan keskiryhmään. Maaseu- dulla väkivallan painopiste oli Keski- ja Itä-Lapissa, johon muodostui yhtenäinen korkean väkivallan vyöhyke.

Pohjois-Karjalassa henkirikollisuuden kokonaisaste oli 3.9 henkirikosta 100 000 asukasta kohti. Läänin kunnista 53 % kuului väkivallan korkeimpaan ryhmään. Kaupungeista merkittävin, Joensuu sijoittui tähän ryhmään suhdeluvulla 4.2. Maa- seudulla korkeimmat lukemat saavutettiin yhtenäisellä vyöhykkeellä läänin itäosis- sa.

Uudenmaan läänin rikosaste oli maan kolmanneksi korkein (3.7). Väkivaltaisia kuntia oli läänissä kuitenkin määrällisesti vähän, 15 % kaikista. Selitys tälle oli yksinkertainen – Helsinki. Helsingin henkirikosluvut (4.6 henkirikosta 100 000 asukasta kohti) nousivat lähes Lapin läänin tasolle ja nostivat voimakkaasti läänin keskiarvoa. Kun Helsinki poistetaan Uudenmaan läänin luvuista, läänin muut osat jäivät hieman alle maan keskitason (3.0 henkirikosta 100 000 asukasta kohti). Ehkä yllättävintä Uudenmaan läänin tilanteessa oli se, että Helsingin ympäristökaupungit Espoo, Vantaa, Kauniainen, Kerava ja Järvenpää kuuluivat kaikki väkivallan keski- tai alhaiseen ryhmään.

¹³ Kartta 1 on teetetty tilastokeskuksessa tilaustyönä. Sen pohja-aineistona on poliisitilaston tietokanta. Kartassa 1 esiintyy kaksi graafisesta ohjelmasta johtuvaa virhettä. Ohjelma ei ole kaikissa tapauksis- sa tunnistanut erikseen niitä kaupunkia, joita ympäröi samanniminen maalaiskunta. Kartassa 1 Mikkelin kaupungin tulisi maalaiskunnasta poiketen kuulua väkivallan korkeimpaan luokkaan eli mustaan vyöhykkeeseen, Pieksämäen kaupungin keskiryhmään.

Selitys ilmiölle voisi olla tilastollinen. Koska poliisitilastot on laadittu rikoksen tekopaikan perusteella, Helsingin hallitseva asema rikostilastossa saattaisi selittyä sillä, että ympäristökaupunkien asukkaat viettävät vapaa-aikaansa pääkaupungissa ja syyllistyvät tästä syystä myös rikoksiin Helsingissä. Mielentila-aineiston perusteella tilanne oli kuitenkin päinvastainen. Mielentila-aineistossa 14 % rikoksenteijöistä syyllistyi rikokseen muualla kuin kotipaikkakunnallaan (38/276), millä tässä yhteydessä on tarkoitettu tosiasiallista asuinpaikkaa. Näin ollen on melko harvinaista, että henkirikokseen syyllistytään muualla kuin asuinpaikkakunnalla. Helsinkiläisistä yhteensä seitsemän syyllistyi muualla Suomessa henkirikoksen, muualla Suomessa asuvista Helsingissä vain kolme. Helsinkiläisten muualla Suomessa tekemät henkirikokset tapahtuivat vapaa-ajan vieton yhteydessä, esim. kesämökillä tai entisellä kotipaikkakunnalla. Kaiken kaikkiaan tilastolliset siirtymät eivät siis Helsingin rikoslukuja näyttäisi selittävän.

Henkirikostilastossa Uudenmaan läänin kanssa samalle tasolle sijoittui Oulun lääni, joka rikosten jakautumisen osalta muistutti Lapin ja Pohjois-Karjalan läänejä. Sekä väkivaltaisten kuntien suhteellinen osuus että henkirikosaste olivat selvästi koko maan keskiarvoja korkeampia. Läänin pääkaupunki Oulu saavutti korkean väkivallan tason (4.5 henkirikosta/100 000 asukasta). Maaseudulla korkeat luvut keskittyivät Oulun eteläpuoleiselle alueelle ja läänin keskiosiin.

Oulun läänia seurasi Häme, jonka henkirikosaste oli maan viidenneksi korkein (3.5). Hämeen läänin suurista kaupungeista Lahti (5.2) ja Riihimäki (4.1) sijoittuivat korkean henkirikollisuuden ryhmään. Hämeen läänin osalta kiinnostavaa oli lisäksi se, että huomattavan korkea prosentti, 40 % läänin kunnista kuului henkirikosten mustaan vyöhykkeeseen. Näin ollen henkirikollisuus oli Hämeessä myös maaseudun ongelma.

Henkirikostilastossa kuudenneksi tuleva Mikkelin lääni edusti kaikin puolin maan keskitasoa. Korkean väkivallan kuntia oli läänissä 31 %. Kaupungeista tähän ryhmään kuuluivat Mikkeli (5.0) ja Heinola (4.4).

Sen sijaan oli yllättävää, että Kuopion läänin henkirikosaste oli vasta maan seitsemänneksi korkein, vaikka läänin kunnista kuului korkean väkivallan ryhmään 42 % eli kolmanneksi eniten koko maassa. Selitys tähän tilastolliseen erikoisuuteen oli päinvastainen kuin Uudellamaalla. Uudellamaalla suurin väestökeskittymä Helsinki nosti voimakkaasti koko läänin henkirikosastetta. Kuopion läänissä suurin väestökeskittymä, Kuopio taas erottui alhaisella rikollisuudellaan (2.3 henkirikosta 100 000 asukasta kohti). Tämä laski selvästi läänin keskiarvoa. Merkittävää Kuopion läänissä oli lisäksi se, että läänin itä- ja pohjoisosien maalaiskunnat muodostivat yhdessä naapuriläänien kuntien kanssa melko laajan yhtenäisen korkean väkivallan vyöhykkeen.

Kymen läänissä sekä henkirikosaste että korkean henkirikollisuuden kuntien

osuus oli maan keskitasoa. Kaupungeista korkean väkivallan ryhmään kuuluivat Kuusankoski (7.7) ja Kotka (4.9).

Keski-Suomen läänin kokonaistilanne edusti sekin maan keskitasoa. Kuten Kuopion läänissä, myös Keski-Suomessa läänin suurimman väestökeskittymän, Jyväskylän henkirikollisuus jäi suhteellisen alas (2.9). Toisaalta läänin pohjoisosan maalaiskunnissa lukemat olivat korkeat.

Läänikohtaisessa tarkastelussa Turun ja Porin lääni, Vaasan lääni ja Ahvenanmaan maakunta muodostivat selvästi oman ryhmänsä, jossa väkivalta oli maan alhaisinta tasoa. Yhteiset peruspiirteet toistuivat läänikohtaisesti vain hieman varioiden. Turun ja Porin läänissä korkean henkirikollisuuden kuntia oli 16 %, Vaasan läänissä 11 % kaikista kunnista. Tässä suhteessa Ahvenanmaalla saavutettiin jotakin poikkeuksellista – korkean väkivallan kuntia ei siellä 1980-luvulla ollut.

Mitä johtopäätöksiä edellä olevan tarkastelun perusteella voidaan tehdä? Keskeisintä on se, että korkean ja alhaisen väkivallan vyöhykkeet saatetaan pelkistää laajemmiksi kokonaisuuksiksi, jotka ylittivät läänikohtaiset rajat. Lapin, Pohjois-Karjalan ja Oulun läänin maalaiskuntien ohella Kuopion ja Keski-Suomen läänissä korkean väkivallan maalaiskuntien osuus oli suuri. Kuopion ja Keski-Suomen läänit erotti Lapin, Pohjois-Karjalan ja Oulun lääneistä kuitenkin se, että ensin mainituissa lääneissä suurimmat väestökeskukset (Kuopio ja Jyväskylä) jäivät väkivallan suhdeluvuissa alle maan keskitason, kun sitävastoin Lapin, Pohjois-Karjalan ja Oulun lääneissä suurimmat väestökeskukset (Rovaniemi, Joensuu ja Oulu) sijoituivat kaikki korkean väkivallan ryhmään. Tämä yhdistyneenä maalaiskuntien korkeisiin lukuihin tuotti Lapin, Pohjois-Karjalan ja Oulun läänissä väkivallan korkeat arvot.

Kaiken kaikkiaan väkivallan tarkastelusta pelkistyy eräs kansainvälisesti harvinainen ilmiö – syrjäisten maalaiskuntien korkea henkirikollisuus. Tavallisesti väkivalta mielletään suurkaupunki-ilmiöksi, mitä kuvaa väkivallasta edustaa Suomessa tyypillisesti Helsinki. Sen sijaan perifeeristen maaseutualueiden väkivaltaisuus on seikka, joka myös kansainvälisessä tutkimuskirjallisuudessa on yleensä sivuutettu.¹⁴ Suomalaiset mielentilatutkimukset antavat tästä ilmiöstä erinomaisen kuvan, koska Itä- ja Pohjois-Suomessa mielentilatutkimusten edustavuus on suurin väkivallan koko volyymiin nähden.

¹⁴ Kowalski ja Duffield, s. 76.

XIV TUTKIMUSAINEISTON ANALYYSI

Kuten edellä on todettu, tutkimusaineisto käsittää kaikki vuosina 1987–1989 henkikiroksista syytetyt 276 henkilöä, joista terveydenhuollon oikeusturvakeskus on antanut mielentilalausunnon. Tutkimuksessa on käyty lävitse 23 eri muuttujaa, jotka kuvaavat rikoksenteikijän lapsuudenkotia, kouluvaiheita, rikoshetken elämäntilannetta, aikaisempaa hoito- ja rangaistushistoriaa, psykiatrisia ongelmia, rikostilannetta, mielentilalausuntoon liittyviä seikkoja yms. Muuttujat on koottu liitteeseen 1.

Koska tutkimuksen ensisijaisena tehtävänä on selvittää, millä tavoin eri syyntakeisuusryhmät erotetaan mielentilatutkimuksessa toisistaan, tutkimusaineisto on jaoteltu terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen syyntakeisuusarvion mukaisesti. Ryhmittelyperusteena on siis lääketieteellisen asiantuntijan viimekätinen kanta. Tutkimusaineistoon kuuluvista 276 tutkittavasta oikeusturvakeskus katsoi täydessä ymmärryksessä oleviksi 31.9 % (N=88), täyttä ymmärrystä vailla oleviksi 51.1 % (N=141) ja ymmärrystä vailla oleviksi 17.0 % (N=47). Kun tutkimusvuosina erot mielentilalausunnot laatineiden lääkäreiden, oikeusturvakeskuksen ja alioikeuksien syyntakeisuusarvioissa, olivat vähäiset, tulokset ovat yleispäteviä. Liitteessä 1 muuttujat on esitetty terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen syyntakeisuusarvion mukaisesti ryhmiteltynä.

Syyntakeisuusryhmien välisten tilastollisten erojen merkitsevyys on ilmaistu χ^2 -testin mukaisena testiarvona. Tilastollinen merkitsevyys on ilmaistu kolmella tasolla, $p<.05$, $p<.01$ ja $p<.001$. Silloin kun tilastollisesti merkitseviä eroja ei ole tullut esille, tämä on nimenomaisesti todettu. Tutkimusasetelma ja käytetty testi vastaavat yleistä tutkimuskäytäntöä tämäntyyppisessä aineistossa.¹

Tutkimusaineiston analyysi tapahtuu kronologisessa järjestyksessä niin, että varhaisista elämänvaiheista edetään asteittain kohti rikoshetken elämäntilannetta. Ensimmäiseksi tarkastelun kohteena on kuitenkin se, miten tutkimusaineisto jakautuu kahden keskeisen taustamuuttujan, iän ja sukupuolen suhteen.

¹ Howell, s. 280–296.

14.1. Tutkimusaineiston sukupuolijakautuma

Henki- ja väkivaltarikoksia koskevat tutkimukset ovat tyypillisesti painottaneet miesten osuutta. Voimakasta miesvaltaisuutta on tässä yhteydessä pidetty jopa universaalina piirteenä.² Tutkimusaineiston analyysin kannalta sukupuolijakautuma on merkittävä siksi, että naisten osuus on mielentilatutkimuksissa yleensä noussut korkeammaksi kuin heidän osuutensa rikoksista syytetyistä. Toisin sanoen naisten on epäilty miehiä useammin olevan psyykkisesti poikkeavia silloin, kun he syyllistyvät vakaviin rikoksiin.³ Suomessa tästä kertoo se, että 1960-luvulle asti naisten osuus mielentilatutkimuksissa vaihteli 10–20 %:n välillä, vaikka heidän osuutensa kaikista syytetyistä jäi selvästi alle 10 %:in.⁴ Matti Joukamaan ja Matti Tuovisen tutkimuksen mukaan naisten yliedustus kuitenkin asteittain väheni 1970-luvun kuluessa.⁵

Tutkimusaikana henkirikosten miesvaltaisuus oli erittäin selvää. Vuosina 1987–1989 miesten osuus kaikista henkirikoksista oli 92 %.⁶ Tutkimusaineistossa henkirikoksista syytettyjä miehiä oli 93 %. Näin ollen naisten yliedustusta ei tutkimusaineistossa enää ilmennyt, vaan molempia sukupuolia määrättiin mielentilatutkimukseen samassa suhteessa.

Toinen sukupuolijakautumaan liittyvä kysymys on sukupuolen ja syyntakeisuusarvion välinen suhde. Sekä Suomessa että muissa Pohjoismaissa mielentilatutkimukseen määrättyjen naisten syyntakeisuus on perinteisesti arvioitu poikkeavamaksi kuin miesten, mikä on ilmennyt ennen muuta ymmärrystä vailla olevien suurena määränä.⁷ Tutkimusaineistossa sukupuolet jakautuivat eri syyntakeisuusryhmiin taulukon 14 osoittamalla tavalla.

² Daly ja Wilson, s. 137–161.

³ Tämä käsitys voimakkaana jo 1800-luvun oikeuspsykiatriassa (vrt. Harris, s. 228–234).

⁴ Keisu ja Wagner-Prenner, s. 58–59 ja 74–75.

⁵ Joukamaa ja Tuovinen, kalvo 19.

⁶ Poliisin tietoon tullut rikollisuus 1987–1989 ja tuomioistuinten tutkimat rikokset 1987–1989. Kyseiset luvut kertovat eri sukupuolten osuudesta murhissa, tapoissa ja lapsentapoissa. Pahoinpitelystä aiheutunutta kuolemantuottamusta ei oikeustilastossa ole tutkimusvuosina erikseen tilastoitu. Poliisitilastosta pahoinpitelystä aiheutuneet kuolemantuottamukset esiintyvät erillisenä ryhmänä, mutta tässä yhteydessä ei ole ilmoitettu tekijän sukupuolta.

⁷ Holmberg (1994b), s. 87; Joukamaa ja Tuovinen, kalvot 17 ja 18.

Taulukko 14. Sukupuolijakautuma eri syyntakeisuusryhmissä (%).

Sukupuoli	Täydessä ymmärryksessä	Täyttä ymmärrystä vailla	Ymmärrystä vailla
Nainen	7	5	13
Mies	93	95	87
Yhteensä	N=88	N=141	N=47

Tutkimusaineiston sukupuolijakautumassa ei ilmennyt tilastollisesti merkitsevää eroa (χ^2 -arvo 3.35 vapausasteella 2). Vaikka ymmärrystä vailla olevissa naisia on hieman enemmän kuin muissa syyntakeisuusryhmissä, kaikkia ryhmiä leimaa erittäin vahva miesenemmistö.

14.2. Tutkimusaineiston ikäjakautuma

Toisen perusmuuttujan, iän suhteen on kautta maailman todettu, että henki- ja väkivaltarikolliset poikkeavat selvästi keskimääräisväestöstä.⁸ Suomen tilanteesta kertoo kuva 2, jossa alioikeuksissa vuosina 1987–1989 tuomittujen henkirikollisten ikäjakautumaa on verrattu työikäisen väestönosan ikäjakautumaan.⁹

Kuva 2 kertoo kaksi oleellista seikkaa. Ensiksi sen, että henkirikoksiin syyllistyneet ovat keskimääräistä väestöä nuorempia. Toiseksi kuva kertoo siitä, että nuoruus ei tässä tapauksessa tarkoita murros- tai alaikäisyyttä, vaan henkirikoksiin syyllistyneet ovat yliedustettuina kaikissa 15–39-vuotiaissa ikäryhmissä. Henkirikollisten nuoruus on siis vain suhteellista nuoruutta verrattuna keskimääräisväestöön.

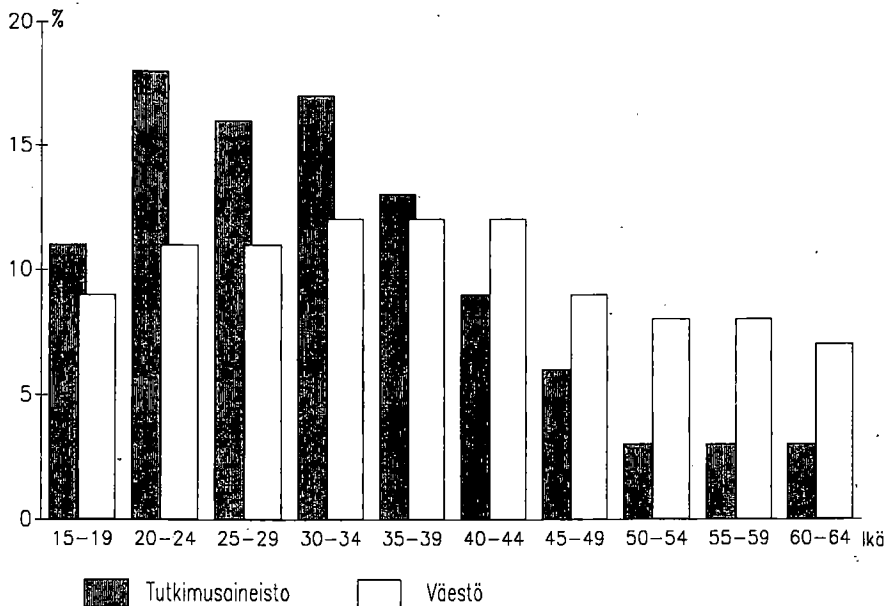
Koska kaikkia tuomioistuimissa syytettyjä ei määrätä mielentilatutkimukseen, tutkimusaineiston analyysin kannalta olennainen kysymys on se, missä määrin aineisto on tutkittavien ikään nähden valikoitunut. Tässä suhteessa aikaisemmissa tutkimuksissa on ilmennyt selvä trendi: mielentilatutkimukseen määrätty on todettu iältään keskimääräistä vankipopulaatiota vanhemmiksi.¹⁰ Tämä vastaa psyykkisten häiriöiden väestöllistä jakautumaa. Koko populaatiossa psyykkisten häiriöiden esiintymistiheys kasvaa kohti vanhempia ikäluokkia ja saavuttaa huippunsa 50 ikävuoden jälkeen.¹¹

⁸ Daly ja Wilson, s. 168–173; 285–286; Gottfredson ja Hirschi, s. 123–144.

⁹ Tuomioistuintilastoa koskevat tiedot perustuvat tilastokeskuksen tietokantaan. Tiedot on toimittanut Tuomo Niskanen. Työikäisen väestönosan ikäjakautuma on tutkimusajankohdan mukainen (Väestörakenne kunnittain 31.12.1988).

¹⁰ Ihalainen ja Miettinen, s. 12; Joukamaa ja Tuovinen, s. 8 ja kalvo 3.

¹¹ Lehtinen ym. (1991), s. 136.



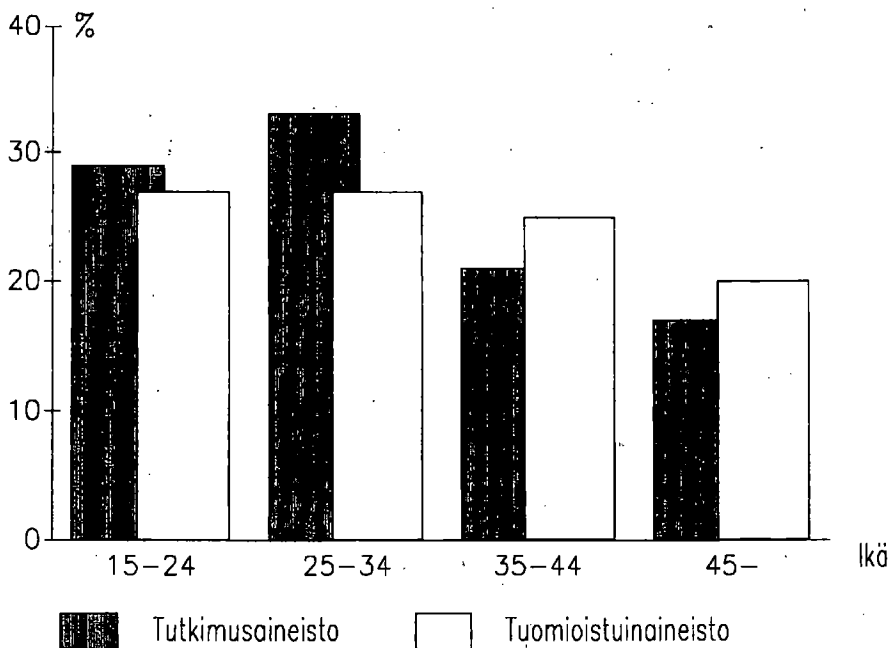
Kuva 2. Ikäjakautuma tutkimusaineistossa ja koko väestössä ikäryhmissä 15–64-vuotiaat (%).

Kuvassa 3 tutkimusaineiston ikäjakautumaa on verrattu tuomioistuimissa käsiteltävien henkirikosten kokonaisjakautumaan. Kuvan 3 mukaan mielentila-aineistossa korostuvat nuoret ikäluokat. 15–34-vuotiaita on määrätty poikkeuksellisen usein mielentilatutkimukseen, yli 35-vuotiaita keskimääräistä harvemmin. Tulos on yllättävä. Se ei vastaa aikaisempien tutkimusten tuloksia sen enempää kuin koko väestön perusteella muodostuvaa perusoletusta.¹²

Aikaisemmissa tutkimuksissa ikätekijä on ilmennyt myös eri syyntakeisuusryhmien keskinäisessä vertailussa. Joukamaan ja Tuovisen tutkimuksessa syyntakeettomien määrä kasvoi lineaarisesti ikääntymisen myötä.¹³ Vastaavasti Ihalaisen ja Miettisen aineistossa eri syyntakeisuusryhmien ikäkeskiarvot kohosivat edettäessä kohti ymmärrystä vailla olevien ryhmää: täydessä ymmärryksessä olevilla keski-ikä

¹² Eroa aikaisempiin tutkimuksiin ei selitä edes eri tutkimuksissa käytetty erilainen vertailupohja. Aikaisemmissa tutkimuksissa mielentilatutkimukseen määrättyjä on verrattu koko vankipopulaatioon, tässä tutkimuksessa samoihin rikoksiin syyllistyneisiin. Erot kuitenkin säilyvät, vaikka vertailu tehtäisiin vankipopulaatioon, ts. tutkimusaineisto on myös vankipopulaatiota nuorempaa (Vankienhoidon vuosikertomus 1987, s. 78).

¹³ Joukamaa ja Tuovinen, s. 26 ja kalvo 25.



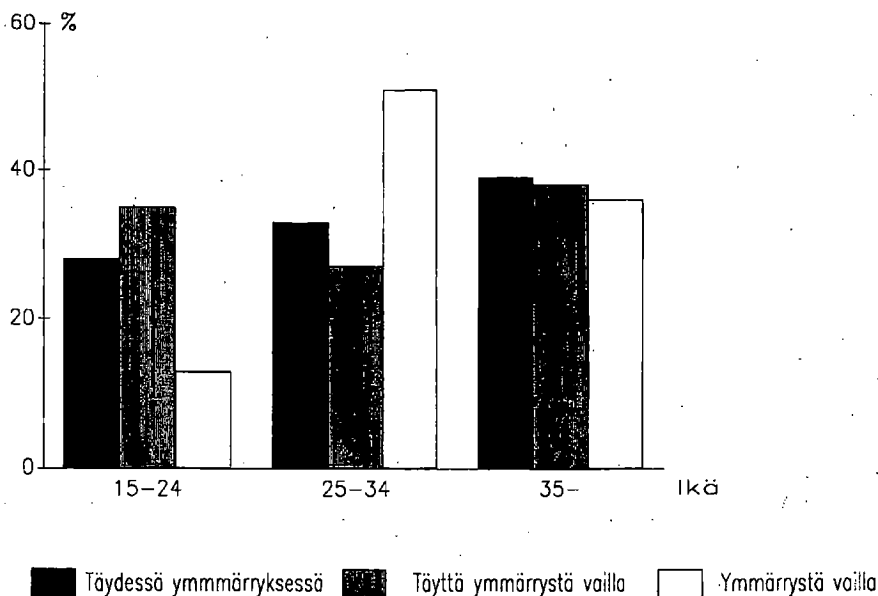
Kuva 3. Ikäjakautuma tutkimusaineistossa ja tuomioistuimissa tuomituilla henkikirjallisilla vuosina 1987–1989 (%).

oli 31 vuotta, täyttä ymmärrystä vailla olevilla 33 vuotta ja ymmärrystä vailla olevilla 38 vuotta.¹⁴

Tämän tutkimuksen aineistossa erot olivat samansuuntaiset, mutta jäivät selvästi vähäisemmiksi. Tutkimusaineistossa syyntakeisuusryhmien ikäkeskiarvot olivat seuraavat: täydessä ymmärryksessä olevilla 32.9 vuotta, täyttä ymmärrystä vailla olevilla 33.1 vuotta ja ymmärrystä vailla olevilla 33.8 vuotta. Suurimmillaan ikäkeskiarvojen ero oli siis 0.9 vuotta.

Ikätarkastelua täydentää kuva 4, jossa syyntakeisuusryhmät on jaoteltu ikäluokkiin. Siinä eri syyntakeisuusryhmät eroavat tilastollisesti merkitsevällä tavalla toisistaan (χ^2 -arvo 12.63 vapausasteella 4, $p < .05$). Syyntakeisuusryhmien tasaista jakautumista rikkoo se, että ymmärrystä vailla olevat jäävät aliedustetuiksi 15–24-vuotiaiden ikäluokassa ja ovat yliedustettuina seuraavassa, 25–34-vuotiaiden ikäluokassa. Ilmeinen selitys tälle on se, että monet mielisairaudet puhkeavat vasta 20 ikävuoden jälkeen. Esimerkiksi tutkimusaineistossa yleisin skitsofrenian muoto,

¹⁴ Ihalainen ja Miettinen, s. 15.



Kuva 4. Ikäjakautuma tutkimusaineistossa täydessä ymmärryksessä, täyttä ymmärrystä vailla ja ymmärrystä vailla olevilla (%).

paranoidinen skitsofrenia alkaa usein vasta 25–30 ikävuoden välillä.¹⁵ Tämä alentaa ymmärrystä vailla olevien määrää 15–24-vuotiaiden ikäluokassa. Samasta syystä johtuu myös se, että ymmärrystä vailla olevien ikäkeskiarvo nousee hieman muita syyntakeisuusryhmiä korkeammaksi.

Ikäjakautuman suhteen voidaan siis todeta kaksi seikkaa: 1) tutkimusaineisto on ikäjakautumaltaan hieman henkirikosten tekijöiden kokonaisjakautumaa nuorempaa, 2) tutkimusaineisto on sisäisesti melko homogeenista. Erot henkirikosten kokonaisvolyymiin nähden ovat kuitenkin niin vähäisiä, että aineisto tuskin antaa suomalaisesta henkirikollisuudesta liian nuorekasta kuvaa. Myös syyntakeisuusryhmien välillä erot jäävät niin pieniksi, että tällä tuskin on merkitystä edes ikäsidonnaisia muuttujia tarkasteltaessa.

Kummankin perusmuuttujan, iän ja sukupuolen osalta tutkimusaineisto siis vastaa suomalaiseen henkirikollisuuden kokonaiskuvaa ja on toisaalta myös sisäisesti yhtenäinen. Tässä yhteydessä on kiinnostava todeta, että aikaisempien tutkimusten mukaiset perusolettamukset eivät nyt kysymyksessä olevassa aineistossa pitäneet

¹⁵ Kaplan ja Sadock, s. 264–265.

täysin paikkaansa. Kun aikaisemmin mielentilatutkimuksiin on määrätty runsaasti naisia ja vanhempiin ikäluokkiin kuuluvia, tämän tutkimuksen aineistossa näin ei ole. Sitävastoin aineiston sisällä vanhat perussuuntaukset olivat jossakin määrin nähtävissä: ymmärrystä vailla olevien ryhmässä oli hieman enemmän naisia ja ryhmän keski-ikä oli muita syntyakeisuusryhmiä hiukan korkeampi. Painotukset olivat kuitenkin varsin heikkoja. Siksi kyseisten seikkojen ei voida olettaa merkittävästi vaikuttavan jatkotarkasteluun.

XV HENKIRIKOLLISTEN KOTI JA LAPSUUS

Tutkimuksessa lapsuudenkotia kuvaavien muuttujien tarkastelu tapahtuu kahdella tasolla: ensin koko tutkimusaineistoa verrataan keskimääräisväestöön, sen jälkeen suoritetaan tutkimusaineiston sisäinen tarkastelu. Lapsuudenkodin muuttujia on verrattu keskimääräisväestöä kuvaavaan Elinolotutkimukseen, jotta saataisiin ainakin suuntaa-antava kuva siitä, millä tavoin henkirikollisten lapsuudenolosuhteet poikkeavat tavanomaisesta.

Tilastokeskuksen vuonna 1986 suorittama Elinolotutkimus (ELO-86) oli koko maan kattava haastattelututkimus, jossa haastateltuja oli yhteensä 12057. Haastatte- luissa tiedusteltiin 15 laajaa asiakokonaisuutta, joista eräänä olivat lapsuuden kas- vuolosuhteet. Tällöin kysyttiin mm. lapsuudenkodin taloudellisista vaikeuksista, perheen sisäisistä ristiriidoista, alkoholiongelmista ja perherakenteesta.

Lapsuudenkotia kuvaavia muuttujia luokiteltaessa on tässä tutkimuksessa sovel- lettu ELO-86 -tutkimuksen kysymysrunkoa ja luokitusohjeita, joten tulokset ovat näiltä osin vertailukelpoisia. Toisaalta on huomattava tutkimusaineistojen erot: ELO-86 oli haastattelututkimus, tässä tutkimuksessa lähdeaineistona ovat mielen- tilatutkimukset, jotka alun perin on laadittu muunkaltaisia tarkoituspäriä varten. Tästä syystä keskimääräisväestöön kohdistuvia vertailuja voidaan pitää vain suun- taa-antavina, vaikka itse muuttajat on muotoiltu samalla tavoin.¹

Lapsuudenkotia kuvaavien muuttujien yhteydessä on esitetty kuvauksia siitä, mitä muuttajat yksilötasolla merkitsevät. Tällöin on käytetty referaattitekniikkaa. Kyseiseen esitystapaan on päädytty siksi, että asianosaisten henkilöllisyyden suo- jaamiseksi mielentilatutkimuksia ei ole voitu suoraan lainata. Tapausselostuksissa henkilöistä on käytetty nimikirjainlyhenteitä (HH, JJ, KK jne.), jotka eivät viittaa kyseisten henkilöiden todellisiin nimiin. Vaikka nimikirjainlyhenteet eri tapausse-

¹ Koska ELO-86 -tutkimus suoritettiin haastattelututkimuksena, lapsuudenkotia koskevia seikkoja kysyttiin systemaattisesti. Myös mielentilatutkimuksissa samoja seikkoja on yleensä selvitetty, mutta kaikista muuttujista tietoa ei välttämättä aina ole kerätty tai kirjattu. Mielentilatutkimuksissa saattaa tästä syystä esiintyä lapsuudenongelmien aliraportointia. Toisaalta mielentilatutkimuksissa tietoja ei kerätä vain tutkittavalta itseltään, vaan myös hänen lähiympäristöltään. Näiltä osin tutki- muspohja on laajempi kuin ELO-86 -tutkimuksessa. Tämä kompensoi em. aliraportoinnista mahdol- lisesti aiheutuvia puutteita.

lostuksissa toistuvat, kysymyksessä eivät ole samat henkilöt. Kun mielentilatutkimuksissa esiintyy päivämääriä tai muita ajan ja paikan määreitä, nämä jätetty referaateista pois tai muutettu niin, että tapausten tunnistaminen ei ole niiden perusteella mahdollista. Silloin kun tapausselostuksissa esiintyy lainausmerkkejä, kysymyksessä ovat suorat lainaukset joko rikoksenteikijän tai muun informantin puheesta tai kirjallisesta esityksestä. Nämä sanonnat tai lauseet esiintyvät myös mielentilalausunnossa lainausmerkeillä varustettuna. Tapausselostusten yhteydessä on alaviitteessä ilmoitettu terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen juokseva arkistotunnus, jotta referaattien sisällöllinen kontrolli olisi mahdollista.

Tutkimuksessa käsitellään viisi henkirikollisten lapsuudenperheissä useimmin esiintynyttä ongelmaryhmää, jotka ovat yleisyysjärjestyksessä: alkoholiongelmat, vajaaperhe, taloudelliset toimeentulovaikkeudet, perheväkivalta ja mielenterveydelliset häiriöt. Kyseisiä muuttujia on tarkasteltu ikävuosina 0–15. Silloin kun tekstissä viitataan ELO-86 -aineistoon, tarkoitetaan Hannele Saulin tätä tutkimusta varten tilastokeskuksessa tekemiä luokituksia.

15.1. Lapsuudenkodin alkoholiongelmat

Tutkimusaineistossa yleisin yksittäinen ongelmaryhmä ovat vanhempien alkoholi-ongelmat. Koko väestöä koskevissa tutkimuksissa alkoholiongelmaisten lapsuudenkotien määrä on vuosikymmenien ajan pysynyt tasaisena. Vuonna 1972 tehdyssä Pohjoismaisessa hyvinvointitutkimuksessa alkoholiongelmaisten lapsuudenkotien määrä oli Suomessa 14 %.² Samoin ELO-86 -tutkimuksessa 14 % työikäisestä väestöstä kertoi olevansa lähtöisin kodista, jossa esiintyi näitä ongelmia.³

Tutkimusaineistossa lapsuudenkodissaan alkoholiongelmista kärsineitä oli huomattavasti keskimääräisväestöä enemmän, 47 %. Tämä tulos vastaa aikaisempien väkivaltarikollisia koskevien tutkimusten tuloksia. Juhani Mattilan väkivaltarikollisia käsittelevässä väitöskirjassa, joka perustui vuosien 1974–1977 mielentilatutkimusaineistoon, 49 % tutkituista kertoi olevansa lähtöisin kodista, jossa isä kärsi alkoholiongelmista.⁴ Toisaalta Jouko Lönnqvistin, Kalle Achtén ja Orvokki Walorannan vuosien 1964–1972 mielentila-aineistoon perustuvassa tutkimuksessa 38 % väkivaltarikollisista oli lähtöisin alkoholiongelmaisesta kodista.⁵

² Melkas, s. 85.

³ ELO-86 -tutkimuksessa alkoholiongelmista kysyttiin kohdassa 21e: Kun ajattelet kasvuaikaasi, siis aikaa ennenkuin täytit 16 vuotta, oliko jollakin perheenjäsenellä ongelmia alkoholin vuoksi?

⁴ Mattila, s. 28 ja 44.

⁵ Lönnqvist, Achté ja Waloranta, s. 145.

Lapsuudenkodin alkoholiongelmista tutkittavat ovat yleensä itse ilmoittaneet. Joissakin tapauksissa tiedonantajana on ollut tutkittavan lähipiiri tai alkoholiongelmat ovat ilmenneet viranomaistiedoista. Näitä ovat olleet mm. merkinnät vanhempien katkaisuhoidosta, A-klinikan asiakkaana olemisesta tai menehtymisestä mak-sakirroosiin, tiedot sosiaali- ja lastensuojeluviranomaisten toimenpiteistä, rattijuop-poustuomioista sekä alkoholi- ja päihderikoksista.

Usein maininnat lapsuudenkodin alkoholiongelmista ovat varsin lyhyitä, esimerkiksi seuraavanlaisia (suluissa mielentilatutkimuksen numero): isä alkoholisti (9959), isällä nuorempana alkoholiongelma, mutta myöhemmin lopettanut (9976), isällä runsasta alkoholinkäyttöä, jonka vuoksi ollut hoidossa (10027), isä oli pahasti alkoholisoitunut (10032), isä keitti pontikkaa ja käytti alkoholia ajoittain runsaasti (10059), isä teki viinaa ja oli juomisen vuoksi alkoholistihuoltolassa (10074), isä oli kova työmies, joka joi joskus viikkokausia (10281).

Lapsuudenkodin alkoholiongelmia kuvaavien lyhyiden mainintojen lisäksi esiin-tyy tutkimusaineistossa myös hyvin perusteellisia selvityksiä alkoholin leimaamas-ta lapsuudenkodista:

NN on nuorempi rautatieläisperheen kahdesta lapsesta. NN on nähnyt isäänsä viimeksi 5-vuotiaana. Vanhempien eron syynä oli isän alkoholinkäyttö. Riidat olivat jatkuvia, perheen rahat menivät viinaan ja NN muistaa isän lyöneen sekä äitiä että itseään. Vanhempien eron jälkeen perhe tuli jotenkuten toi-meen, vaikka isä ei maksanutkaan elatusmaksuja. Eron jälkeen NN:n äidillä oli kaksi pitkäköö avosuhdetta. Miehet hän löysi ravintoloista. Äidin ensim-mäinen avomies ampui itsensä NN:n nähden. Myös toinen avomies ampui itseään vatsaan, mutta jäi henkiin. NN joutui katselemaan äidin saamaa hysteeristä kohtausta, rauhoittelemaan häntä ja myöhemmin lapioimaan ik-kunan alta verisen lumen pois. NN:lle jäi tapahtumasta pitkäksi aikaa pimeän pelko ja pelko siitä, että suljettujen ovien takana olisi jotakin uhkaavaa.⁶

HH:n on vaikea puhua kodistaan: ”Paska asioita kaikki.” Isä oli olevinaan kovia, kuoren alla pehmeä, otti viinaa kovisnaamaa näyttääkseen, rymysi ja rälläsi, mutta itkukin oli herkässä. Äiti oli isää kymmenen vuotta vanhempi ja hänellä oli edellisestä avioliitosta kaksi lasta. Vanhemmat olivat mustasuk-kaisia toisistaan ja muutenkin riitaisia. Isä huomautteli yhtenään ”kahdenlai-sista lapsista”, jolloin kahvikupit alkoivat lentää seinään. HH:lle ja hänen muutamaa vuotta vanhemmalle sisarelleen jäi perheessä sovittelijan osa.⁷

Tutkimusaineistossa lapsuudenkodin alkoholiongelmat jakautuivat eri syyntakei-suusryhmiin taulukon 15 mukaisella tavalla:

⁶ Mielentilatutkimus 10488.

⁷ Mielentilatutkimus 10200.

Taulukko 15. Lapsuudenkodin alkoholiongelmat (%).

Alkoholi- ongelmia	Täydessä ym- märryksessä	Täyttä ymmär- rystä vailla	Ymmärrystä vailla
Kyllä	47	52	34
Ei	53	48	66
Yhteensä	N=88	N=141	N=47

Syyntakeisuusryhmien välillä ei lapsuudenkodin alkoholiongelmien suhteen ollut havaittavissa tilastollisesti merkitseviä eroja (Khi²-arvo 4.46 vapausasteella 2). Täydessä ymmärryksessä olevien lapsuudenkodeissa alkoholiongelmia oli 47 %:lla, täyttä ymmärrystä vailla olevilla 52 %:lla ja ymmärrystä vailla olevilla 34 %:lla.

15.2. Vajaaperheet

Lapsuudenperheen ongelmia kuvaavista muuttujista vajaaperheisyys on luotettavin. Vajaaperheisyyden tärkeimmät kriteerit – vanhempien avioero, asumusero, kuolema tai au-lapsen asema – ovat kaikki määritelmällisesti selkeitä. ELO-86 -tutkimuksessa 20 % työikäisestä väestöstä ilmoitti, ettei ollut asunut koko lapsuuttaan molempien biologisten vanhempien luona.⁸

Tutkimusaineistossa vajaaperheessä kasvaneita oli olennaisesti enemmän kuin ELO-86 -tutkimuksen kuvaamassa keskimääräisväestössä. Tutkittavista 41 % oli lapsuudessaan lyhyemmän tai pitemmän aikaa elänyt vajaaperheessä. Tulos vastaa aikaisempia tutkimustuloksia. Joukamaan vankipopulaatiota koskevassa tutkimuksessa vajaaperheessä kasvaneita oli 44 % tutkituista.⁹ Mattilan tutkimuksen mukaan väkivaltarikollisista oli lapsena asunut erossa isästään 48%, äidistään 37 %.¹⁰ Lönnqvistin, Achtén ja Walorannan tutkimuksessa vastaavat luvut olivat isän suhteen 39 % ja äidin 15 %.¹¹ Suomalaisissa tutkimuksissa vajaaperheissä kasvaneiden väkivaltarikollisten määrä on siis liikkunut vähintään 40–50 % tasolla, eli keskimääräisväestöön nähden kaksin–kolminkertaisissa lukemissa.

Usein vajaaperheisyys todettiin tutkimusaineistossa lyhyellä maininnalla: tavan-

⁸ Asiaa tiedusteltiin kaavakkeen kysymyksessä 12: Asuitko yhdessä molempien oikeiden (biologisten) vanhempiesi kanssa koko lapsuutesi, eli siihen asti kunnes täytit 16 vuotta?

⁹ Joukamaa, s. 37.

¹⁰ Mattila, s. 42–43.

¹¹ Lönnqvist, Achté ja Waloranta, s. 145.

nut äitinsä viimeksi 4-vuotiaana, sen jälkeen kontaktia ei ole ollut (9958), vanhemmat erosivat kun tutkittava oli 10-vuotias, muuttivat takaisin yhteen kun hän oli 14 (10013), äiti teki itsemurhan, kun tutkittava oli 5-vuotias (10075), vanhemmat erosivat tutkittavan ollessa 8-vuotias. Erossa lapset jäivät äidille. Äidin solmittua uuden avioliiton tutkittava muutti isänsä luokse, koska ei tullut toimeen isäpuolen kanssa (10174), tutkittava on vanhin äitinsä kolmesta aviottomasta lapsesta (10253), vanhemmat erosivat tutkittavan ollessa 5–6-vuotias. Isästä hänellä ei ole mielikuvia eikä isään ole ollut yhteyttä (10298), äiti kuoli synnyttäessään tutkittavaa. Isä oli masentunut, alkoholisoitui ja teki itsemurhan neljä vuotta myöhemmin (10384), tutkittava annettu lastenkotiin heti syntymän jälkeen, isästä ei tietoa (10409), vanhemmat erosivat tutkittavan ollessa 7-vuotias. Ero oli tutkittavalle vaikea asia, koska se oli yllätys ja hänelle oli tarjottu mahdollisuus valita, kumman vanhemman luokse hän jää (10431).

Seuraavissa esimerkeissä vajaaperheen muodostumista ja sen olosuhteita on kuvattu huomattavasti perusteellisemmin:

JJ on kasvanut pohjoissuomalaisessa kaupungissa, jonne perhe muutti kun hän oli 3–4-vuotias. JJ sanoo äitinsä olleen ”iloluontoinen kapakkalintu”. Äiti kuoli viinaan JJ:n ollessa 6-vuotias. Viimeisen kerran JJ näki äitinsä tajuttomana keskussairaalassa. Äidin hautajaisista JJ muistaa vain sen, että niissä hän näki viimeisen kerran myös isänsä. Äidin kuoleman jälkeen isä muutti Ruotsiin, missä häntä lyötiin tappelussa kangella päähän ja tuotiin paikattavaksi Suomeen. Isä oli juuri kuollut, kun JJ vietiin häntä katsomaan. JJ ei olisi halunnut mennä isän hautajaisiin, mutta oli pakko. JJ:n nuoremmat sisarukset on annettu kasvatti- ja adoptiolapsiksi, JJ itse kasvoi mummon hoidossa. Sisarustensa myöhemmistä vaiheista JJ ei ole kuullut mitään, eikä tiedä missä he ovat.¹²

TT:n äiti oli 5. kuukaudella raskaana, kun TT:n isä tuomittiin useaksi vuodeksi vankilaan. Isän ollessa vankilassa vanhemmat menivät virallisesti naimisiin ja myös erosivat. Myöhemmin isä on liuskellut alkoholistiporukoissa, ollut eri laitoksissa ja on tällä hetkellä vankilassa taposta. TT:n ollessa 4-vuotias perheeseen tuli äidin uusi miesystävä. Miesystävä oli ahkera, työtehtiä ja perheestä huolehtiva, mutta itsensäpaljastelija. TT nukkui samassa huoneessa äidin ja tämän miesystävän kanssa. Mies näytteli sukupuolieliimiään TT:lle ja joskus hänen tovereilleen. Tämä tapahtui saunassa ja iltaisin kotona, kun äiti oli iltatyössä ravintolan viinikassana. Mies paljasteli itseään myös ikkunasta ulkona leikkiville lapsille. TT muistaa, että kerran äidin miesystävä oli pannut hänet ammeeseen ja pessyt erityisesti alapäästä, mikä miehen mielestä oli likainen ja vaati perusteellista hankaamista. TT pyysi lopettamaan, koska se teki kipeää. Toisen kerran mies kantoi TT:tä olkapäil-

¹² Mielentilatutkimus 10222.

lään, minkä jälkeen TT:n piti pomppia miehen vatsan päällä. Mies avasi housunsa ja aina piti vain hyppiä. Kun TT halusi lopettaa, mies uhkasi, ettei hän enää koskaan leikkisi, jolloin TT jatkoi hyppimistä. Myöhempinä vuosina mies oli kotona usein alasti ja nukkui TT:n kanssa samassa huoneessa. Äiti nukkui muualla. Miehellä oli äidin lisäksi myös toinen nainen. Mielentilatutkimuksessa TT:n äiti toteaa, että hänellä on aina ollut taipumus tukeutua väärään mieheen, juoppoon, vankilakundiin tai seksuaalisesti poikkeavaan.¹³

Vajaaperheisyydestä eri syyntakeisuusryhmissä kertoo taulukko 16:

Taulukko 16. Viettänyt lapsuutensa molempien biologisten vanhempiensa luona (%).

Lapsuus vanhempien luona	Täydessä ymmärryksessä	Täyttä ymmärrystä vailla	Ymmärrystä vailla
Kyllä	57	52	81
Ei	43	48	19
Yhteensä	N=88	N=141	N=47

Erot tutkimusaineiston sisällä ovat tilastollisesti merkitseviä (Khi²-arvo 11.89 vapausasteella 2, $p < .01$). Täydessä ymmärryksessä olevista vajaaperheistä oli lähtöisin 43 %, täyttä ymmärrystä vailla olevista 48 %, mutta ymmärrystä vailla olevista ainoastaan 19 %. Viimeksi mainittu prosenttiluku on keskimääräisväestön tasolla (ELO-86 -aineistossa vajaaperheissä kasvaneita oli 20 %).

Näin ollen niillä, jotka mielentilatutkimuksessa todettiin psyykeltään poikkeavimmiksi, oli kaikkein tavanomaisin perhetausta. Sitävastoin niillä, jotka mielentilatutkimuksessa sijoitettiin täydessä ymmärryksessä tai täyttä ymmärrystä vailla olevien ryhmään, oli keskimäärin huomattavan ongelmallinen lähtötilanne.

15.3. Taloudelliset toimeentulovaikkeudet

Lapsuudenkodin taloudellisia toimeentulovaikkeuksia kuvaava muuttuja eroaa eräissä suhteissa ratkaisevasti edellisistä. Taloudellisten vaikeuksien määrä ei henkirikollisten lapsuudenperheissä kovin selvästi poikkea työikäisen väestön kokonaistasosta. Tutkimusaineistossa taloudellisista vaikeuksista lapsuudenkodissan kärsineitä oli 33 %, ELO-86 -aineistossa 27 %.¹⁴

¹³ Mielentilatutkimus 10254.

¹⁴ ELO-86 -tutkimuksessa toimeentulovaikkeuksista kysyttiin kaavakkeen kohdassa 21a: Oliko perheelläsi pitkäaikaisia taloudellisia vaikeuksia?

Eräs syy eron pienenä on kuitenkin tilastollinen. Lapsuudenkodin taloudellisia toimeentulovaikeuksia kuvaava muuttuja on erittäin voimakkaasti sidoksissa henkilön ikään. Esimerkiksi ELO-86 -aineistossa lapsuudenkodin toimeentulovaikeuksista kärsineitä oli 15–29-vuotiaissa vain 15 %, 30–44-vuotiaissa 27 % ja 45–64-vuotiaiden ryhmässä 40 %. Mitä nuoremasta henkilöstä on kysymys, sitä epätodennäköisempää siis on, että hän ilmoittaa lapsuudenkodissaan kärsityn taloudellisista ongelmista.¹⁵

Sillä että lapsuudenkodin taloudelliset toimeentulovaikeudet on ikäluokkasidonainen muuttuja, on tutkimusaineiston kannalta merkitystä. Koska henkirikolliset ovat kasautuneet suhteellisen nuoriin ikäryhmiin, he ovat lähtöisin suhteellisesti heikommista olosuhteista kuin mihin keskimääräisväestöä koskevat vertailuluvut kertovat. Kun tutkimusaineistossa lapsuudenkodin toimeentulovaikeuksia ilmeni 33 %:lla, vastaavilla ikäryhmillä ELO-86 -aineistossa luku jäi 20 % tietämille. Toisaalta muuttujan ikäsidonaisuus huomioon ottaenkin ero keskimääräisväestöön jää selvästi vähäisemmäksi kuin aikaisemmissa lapsuudenkotia kuvaavissa muuttujissa.

Tässä yhteydessä on syytä erikseen todeta, että muut lapsuudenkotia kuvaavat muuttujat eivät ole sidoksissa ikään. ELO-86 -aineistossa 15–29-vuotiaista 16 % ilmoitti lapsuudenkodissaan olleen alkoholiongelmia, 30–64-vuotiaista 13 %. Vajaaperheisyyden suhteen vastaavasti 15–29-vuotiaista 17 % oli kasvanut vajaaperheessä, 30–64-vuotiaista 22 %. Perheväkivallan suhteen vastaavat lukemat olivat 9 % ja 10 %.¹⁶ Kun myös tutkimusaineistossa tilanne on sama, muiden muuttujien kohdalla ikäjakautumalla ei tulosten analyysin kannalta ole oleellista merkitystä.

Lapsuudenkodin toimeentulovaikeuksien kategoriaan on luokiteltu mm. seuraavat lapsuudenkotia koskevat kuvaukset: Kotitila oli ns. kylmätila ja kaikesta oli puutetta (9976), toimeentulo oli puutteellista, vanhempien pientila meni pakkohuutokaupassa (10005), köyhä, kunnanhoidon varassa elänyt perhe korpiperältä (10016), perhe asui purettavaksi tuomituissa taloissa, taloudellinen puute ankara (10027), yksi pienviljelijäperheen kahdeksasta lapsesta, lapsuudenolot köyhät ja puutteelliset (10031), isän työttömyyskausien aikana perhe eli avustusten varassa (10035), perhe asui puutteellisissa oloissa saunassa (10186), tutkittavan lapsuusajana perhe asunut loisena pienessä mökissä (10204), perhe kunnan köyhimpiä (10348).

¹⁵ Ilmiölle on useita mahdollisia selityksiä. Syvästi ongelmaisten lapsuudenkotien määrä on elintason noustessa saattanut ratkaisevasti vähentyä. Toisaalta kysymyksessä voi olla myös perspektiiviharha. Kysyttäessä lapsuudenkodin taloudellisista ongelmista vanhemmat vastaajat saattavat verrata omaa, usein agraarista lapsuuttaan nykyisiin olosuhteisiin. Tällöin nekin olosuhteet, joita aikanaan pidettiin tavanomaisina, jälkikäteistulkinnassa voivat näyttää taloudellisesti ongelmallisilta.

¹⁶ Vrt. Heikkilä, s. 121.

Seuraavat tapausselostukset kuvaavat laajemmin lapsuudenkodin taloudellisia toimeentulovaikkeitä:

KK sanoo eläneensä lapsuus- ja nuoruusvuotensa ”kärsimyksen perheessä”. Isän alkoholismiin takia toimeentulo oli heikkoa. Perhe, johon kuului vanhempia ja kolmen lapsen lisäksi anoppi, asui 17 neliön rakennuksessa. Vanhempia välit olivat riittävät, samoin äidin ja anopin suhteet. KK:n ollessa 7-vuotias isä kuoli sydänsairauteen. Isän kuoleman jälkeen perhe eli jatkuvassa taloudellisessa ahdingossa. Äiti keräsi roskalaatikoista pahvia kodin lämmittämiseen. Mielentilatutkimuksessa koulun rehtori kuvaa rakennusta ”lähes asumiskelvottomaksi”. Rehtorin mukaan KK oli koulussa ilmoittanut suurimpana toiveenaan: ”Kun tulen isoksi, hankin joulukuusen.”¹⁷

HH:n vanhemmat ovat eronneet jo hänen varhaislapsuudessaan. Vanhempia erotessa HH on jäänyt alkoholiongelmaisen äidin huostaan. Myöhemmin äiti oli saanut jonkinlaisen uskonnollisen herätyksen. Lapset ovat ajoittain olleet täysin heitteillä: heillä on ollut puutetta jopa ruoasta, eikä kotona ole ollut edes välttämättömiä huonekaluja. Lapset itse eivät ole kertoneet oloistaan ulkopuolisille, mutta naapurit ovat kiinnittäneet huomiota heidän vaikeaan tilanteeseensa ja ottaneet yhteyttä mm. kouluun. Mielentilatutkimuksessa HH kertoo olevansa yksi perheen kolmesta lapsesta. Vanhemmat ovat eronneet hänen ollessaan pieni eikä hän muista isästä mitään. Toinen sisarista on sijoitettu lastenkotiin. Perheen oloja ja ilmapiiriä HH ei mielentilatutkimuksessa halua tarkemmin selvittää.¹⁸

Taloudellisten toimeentulovaikkeitä jakautumista tutkimusaineiston sisällä kuvastaa taulukko 17:

Taulukko 17. Lapsuudenkodin taloudelliset vaikeudet (%).

Taloudelliset vaikeudet	Täydessä ymmärryksessä	Täyttä ymmärrystä vailla	Ymmärrystä vailla
Kyllä	32	30	43
Ei	68	70	57
Yhteensä	N=88	N=141	N=47

Lapsuudenkodin toimeentulovaikkeitä jakautuma ei ole tilastollisesti merkitsevä (Khi²-arvo 2.65 vapausasteella 2). Lapsuudenkodissaan taloudellisista toimeentulovaikkeitä kärsineitä oli täydessä ymmärryksessä olevien ryhmässä 32 %, täyttä

¹⁷ Mielentilatutkimus 10277.

¹⁸ Mielentilatutkimus 10579.

ymmärrystä vailla olevista 30 % ja ymmärrystä vailla olevista 43 %. On ilmeistä, että ymmärrystä vailla olevien muita korkeampi prosenttiosuus liittyy heidän sosiaaliseen taustaansa. Kuten myöhemmin rikoksenteekijöiden sosiokulttuurista ympäristöä kuvaavassa jaksossa ilmenee, ymmärrystä vailla olevat asuvat poikkeuksellisen usein Itä- ja Pohjois-Suomen haja-asutusalueilla. ELO-86 -tutkimuksen mukaan lapsuudenkodin taloudelliset toimeentulovaikkeudet korostuvat selvästi juuri näiden alueiden asukkaiden taustassa.

15.4. Perheväkivalta

ELO-86 -tutkimuksessa 9 % työikäisestä väestöstä ilmoitti olevansa lähtöisin perheestä, jossa tunsu pelkoa jotakuta perheenjäsentä kohtaan.¹⁹ Vaikka ELO-86 -tutkimuksessa ei kysytty suoraan perheväkivallasta, tulos vastaa Heikki Sariolan tutkimusta, jonka mukaan 8 % lapsista oli kokenut vakavaa väkivaltaa kotonaan ennen 14 vuoden ikää. Sariolan tutkimuksessa vakavaksi perheväkivallaksi oli luokiteltu seuraavat teot: vanhempi oli lyönyt nyrkillä, jollakin esineellä, potkaissut tai potkinut, uhannut veitsellä tai ampuma-aseella, käyttänyt veistä tai ampuma-asetta.²⁰ Samansuuntaisia tuloksia on aikaisemmin saatu vuonna 1972 tehdyssä Pohjoismaisessa hyvinvointitutkimuksessa, jonka mukaan lapsuudenkodissaan perheväkivaltaa oli joutunut todistamaan 10 % suomalaisväestöstä.²¹

Tutkimusaineistossa perheväkivaltaa kokeneiden osuus nousi huomattavasti keskimääräisväestöä korkeammaksi, 30 %:iin. Vastaava ero suhteessa normaaliväestöön on havaittu myös aikaisemmissa tutkimuksissa. Mattilan mukaan 29 % väkivaltarikollisista oli kasvanut olosuhteissa, joissa esiintyi runsaasti joko tutkittavaan itseensä kohdistunutta tai muuta perheen sisäistä väkivaltaa.²² Lönnqvistin, Achtén ja Walorannan tutkimuksessa luku oli 21 %.²³ Näin ollen myös perheväkivallan osalta väkivaltarikollisten lapsuudenkodit ovat olleet pysyvästi muuta väestöä ongelmallisempia.

Perheväkivallaksi on luokiteltu mm. seuraavat kuvaukset: Kotona pahoinpidelty (9958), muistaa usein joutuneensa äitinsä ja sisarustensa kanssa pakenemaan puukolla uhkailevaa isää (9991), Tutkittavan mukaan isä on aina ollut herkästi suuttuva, ankara ja pelottava. Isä ollut raaka erityisesti äitiä kohtaan, luonnevikainen

¹⁹ Perheväkivaltaa koskevaa kysymys esitettiin ELO-86 -tutkimuksessa peitetysti muodossa ”pelkäsitkö usein jotakin perheenjäsentä”. Tässäkin muodossa esitettyä kysymystä oli vastaajien piirissä koettu erittäin vaikeaksi (Hannele Saulin tiedoksianto).

²⁰ Sariola, s. 40.

²¹ Melkas, s. 85.

²² Mattila, s. 40–41.

²³ Lönnqvist, Achté ja Waloranta, s. 145.

sadisti (9996), tutkittavan isä ampui äidin tutkittavan ollessa 7-vuotias. Teko tapahtui patologisessa humalatilassa, ilmeisesti mustasukkaisuudesta (10133), 12-vuotiaana tutkittava sai isäpuolen. Tämä pieksi äitiä ja nimitteli häntä huoraksi. Myöhemmin isäpuoli hakkasi myös lapsia ja oli intiimissä suhteessa tutkittavan sisaren kanssa (10156), isä syyllistynyt tappoon ja ollut vankimielisairaalaissa. Kotona ollessaan isä oli väkivaltainen, hakkasi vaimoaan ja lapsiaan (10194), rekkakuskina toiminut isä oli välillä kuukausiakin poissa. Hänen ollessaan kotona pienimmästään niskottelusta ja väärinkäytöksestä seurasi selkäsauna koiranremmillä (10232), isää tutkittava kuvaa raa'aksi ja äkkipikaiseksi. Hän mm. hakkasi lapsia suuttuessaan heinähangolla (10320), isä pahoinpiteli vaimoaan ja lapsiaan, löi myös äitiä leipäveitsellä lasten nähden (10432).

Seuraavissa tapausselostuksissa perheväkivaltaa on kuvattu huomattavasti yksityiskohtaisemmin:

VV on lähtöisin maanviljelijäperheestä. Molemmat vanhemmat ovat käyttäneet runsaasti alkoholia. Perheessä on vallinnut kova kuri ja toisaalta välinpitämättömyys lapsista. Varsinkin isä oli erittäin ankara, hän löi lapsia mm. kettingillä. VV:n mukaan kotona oli pakko tehdä töitä heti kun siihen kykeni. Jos teki väärin, sai selkäsaunan. Naapurissa ei saanut käydä selkäsaunan uhalli. Isä uhkaili myös aseilla ja poliisit joutuivat käymään tilannetta rauhoittamassa. VV muistaa tapahtuman, jolloin isä humalassa ollessaan tähtäsi häntä ladatulla haulikolla parin metrin päästä ja uhkasi ampua. Puhumalla asia onneksi selvisi. Kun lapset olivat noin 10-vuotiaita, isä pakotti kolme vanhinta lasta ajamaan traktorilla pitkin kylän teitä ja isä istui humalaisena lavalla. Kun ajaminen ei tahtonut sujua, isä löi lapsia heinähangolla. Äitiään VV kuvaa rauhallisemmaksi. Äitikin suuttui usein syyttä, mutta ei ollut väkivaltainen lapsia kohtaan.²⁴

LL:n ollessa vuoden vanha hänen isänsä joutui mielisairaalaan. Hoitojakson aikana LL:n äiti alkoi seurustella isän veljen kanssa ja jätti lapset kahteen otteeseen heitteille. Isä oli tästä katkera ja uhkasi tappaa vaimonsa ja veljensä. LL:n ollessa 5-vuotias vanhemmat erosivat lopullisesti. Eron jälkeen äiti teki itsemurhan ajamalla autolla junan alle. Tällöin kuoli myös kaksi LL:n sisarpuolta ja kolmas loukkaantui. LL sijoitettiin isän aloitteesta nuorisokotiin. Välillä LL sanoo yrittäneensä olla isän luona kotona, mutta tästä ei tullut mitään, koska "isä leipoi minua jatkuvasti ilman syytä".²⁵

Perheväkivallan jakautumisesta eri syyntakeisuusryhmiin kertoo taulukko 18:

²⁴ Mielentilatutkimus 10097.

²⁵ Mielentilatutkimus 10317.

Taulukko 18. Lapsuudenkodissa perheväkivaltaa (%).

Perheväki- valtaa	Täydessä ym- märryksessä	Täyttä ymmär- rystä vailla	Ymmärrystä vailla
Kyllä	31	36	17
Ei	69	64	83
Yhteensä	N=88	N=141	N=47

Perheväkivallan osalta aineiston sisäiset erot ovat tilastollisesti merkitseviä (χ^2 -arvo 6.04 vapausasteella 2, $p<.05$). Täydessä ymmärryksessä olevilla perheväkivaltaa esiintyi 31 %:lla, täyttä ymmärrystä vailla olevilla luku oli 36 % ja ymmärrystä vailla olevilla 17 %. Ymmärrystä vailla olevien lapsuudenkodeissa perheväkivaltaa ilmeni siis selvästi muita ryhmiä vähemmän.

Näin ollen myös perheväkivaltaan pätee sama kuin aikaisemmin vajaaperheisyyteen. Ne jotka todettiin psyykeltään poikkeavimmiksi, olivat lähtöisin suhteellisen normaaleista perheistä. Sen sijaan niillä, jotka mielentilatutkimuksessa sijoitettiin täydessä ymmärryksessä tai täyttä ymmärrystä vailla olevien ryhmään, oli usein ongelmallinen tausta.

15.5. Lapsuudenkodin mielenterveyden häiriöt

Mielenterveyden häiriöiden kriteerinä on tutkimuksessa käytetty vanhempien mielisairaalahoittoa tai psykiatrasta avohoittoa. Merkintöjä vanhempien vakavista mielenterveyden häiriöistä esiintyi 16 %:lla henkirikollisista. Luku on korkea, vaikka suoraa vertailukohdetta ei koko väestön osalta ole käytettävissä.²⁶ Tutkimusaineistoa korkeammalle tasolle kohoavia lukuja on havaittu lähinnä skitsofreniatutkimuksissa. Skitsofreniapotilaiden vanhemmista 19 % oli ollut mielisairaalahoidossa.²⁷

²⁶ Lapsuudenkodin mielenterveyden häiriöiden osalta vertailukohtaa ei ELO-86 -tutkimuksessa ollut, koska lapsuudenkodin terveydentilaa koskeva kysymys oli olennaisesti laajempi: Oliko joku perheesi jäsenistä vakavasti tai pitkäaikaisesti sairaana?

²⁷ Salokangas, s. 51. Salokankaan tutkimuksessa vanhempien psyykkisen häiriintymisen kriteerinä käytettiin mielisairaalahoittoa, kun taas tässä tutkimuksessa vastaava kriteeri oli joko mielisairaala- tai psykiatrinen avohoidto. Tältä osin Salokankaan vaatimukset olivat tiukemmat. Toisaalta tarkasteluperiodi oli Salokankaalla pitempi. Hän rekisteröi vanhempien mielenterveyden häiriöt siihen mennessä, kun skitsofreniapotilaat oli ensi kertaa sijoitettu mielisairaalaan. Tässä tutkimuksessa tarkasteluperiodina olivat ikävuodet 0–15.

Esimerkkeinä vanhempien mielenterveyden ongelmista ovat mm. seuraavat maininnat: Isä ollut psykiatrisessa sairaalahoidossa (9987), äiti ollut mielisairaalahoidossa tutkittavan ollessa 2-vuotias. Sen jälkeen äidillä ollut vaivana unettomuus, jatkuva päänsärky ja hermostuneisuus (10169), isä joutui psyykkisen sairauden vuoksi hoitoon ja sairaseläkkeelle (10317), isä ollut masentuneisuuden vuoksi mielisairaalahoidossa (10333), äiti ollut kahdesti mielisairaalahoidossa paranoidisten oireiden vuoksi (10398), äiti ollut psykoottistasoisesti häiriintynyt, ollut psykiatrisessa hoidossa ja yrittänyt useita kertoja itsemurhaa (10401), äiti ollut tutkittavaa odottaessaan mielisairaalassa (10451).

Lapsuudenkotien mielenterveyden ongelmia kuvaavat yksityiskohtaisesti seuraavat tapausesimerkit:

RR:n lapsuutta väritti köyhyys ja hyvin ristiriitainen suhde vanhempiin. Lasten varhaisvuodet olivat kovan työn ja puutteen aikoja. RR:n vanhemmat olivat vaivoin saaneet raivattua asutustilan syrjäkylälle 18 km kirkonkylästä. RR:n lapsuudessa molemmat vanhemmat olivat piirimielisairaalassa hoidettavana ja RR sisaruksineen oli sijoitettuna kylän taloihin. Myöhemmin isä on ollut useita kertoja mielisairaalassa ja hänellä on esiintynyt masennuskausia myös kotona. Äidillä on ollut tilapäistä unettomuutta lähinnä perhehuolien ja taloudellisten vaikeuksien takia.

Mielentilatutkimuksessa RR kertoo, että hänen vanhempansa eivät koskaan tulleet toimeen keskenään. Hän kuvaa isäänsä luonteeltaan vaikeaksi ihmiseksi, joka ei ole kyennyt ymmärtämään toisia ihmisiä. Isä oli kärsimättömän, arvaamaton, suuttui herkästi ja hänellä oli kaikista asioista omat varmat mielipiteensä. Myöskään RR:n suhde äitiin ei ole koskaan toiminut. Äiti on jäänyt etäiseksi ja hänen kanssaan on ollut hyvin vaikea keskustella mistään. RR:n mielestä äiti on aina pyrkinyt päättämään lasten asioista ja hän kokee, että äiti on halunnut tyrmätä kaikki RR:n ajatukset ja ehdotukset. RR:n mukaan äidillä oli sairaalloisen sitova kasvatusote, josta hellyys puuttui täysin. Äidin vaatimuksesta RR:n oli mm. pukeuduttava kouluaikoina puritaanisesti, koska äiti pelkäsi tyttärensä joutuvan pois kaidalta tieltä. Myös RR:n veljen mielestä lasten huono itseluottamus on perintöä kotoa. Äidin tavallisin toteamus lastensa yrityksistä oli: ”Ei teistä siihen ole.” Äiti itse oli lähtöisin turvattomista oloista. 12-vuotiaasta alkaen hän oli joutunut ansaitsemaan elantonsa vieraassa palveluspaikassa.²⁸

HH on vanhin kirvesmiesperheen kolmesta lapsesta. Hänen äitinsä sairasti pitkään maanis-depressiivistä mielisairautta, yritti lukuisia kertoja itsemurhaa ja oli pitkiä aikoja psykiatrisessa sairaalassa. Sairautensa alkuaikoina äiti käytti erittäin runsaasti alkoholia ja oli levoton ja masentunut. Toisaalta HH:n isä on viettänyt säännöllistä elämää, käynyt jatkuvasti ansiotyössä ja ollut HH:n mukaan ”esimerkillinen”. Kouluaikana HH laihtui rajusti. Hän oli

²⁸ Mielentilatutkimus 10193.

hyvin väsynyt, ei jaksanut mennä kouluun ja pelkäsi sydänvikaa. HH sanoo laihtumisensa alkaneen siitä, että hän pallopelissä katkaisi jalkansa ja joutui olemaan jalka kipsattuna pitkän ajan. Kaatumisen hän koki eräänlaisena henkisenä tällinä. HH ahmi valtavia määriä ruokaa, jonka sitten oksensi. Bulimiasta aiheutuneen laihtumisen vuoksi HH joutui sairaalahoitoon. Samaan aikaan myös äiti oli sairaana.²⁹

Taulukossa 19 on vertailtu lapsuudenperheiden mielenterveyden ongelmia eri syyntakeisuusryhmissä:

Taulukko 19. Vanhempien mielenterveydelliset häiriöt (%).

Mielenterveyden häiriöitä	Täydessä ymmärryksessä	Täyttä ymmärrystä vailla	Ymmärrystä vailla
Kyllä	11	19	17
Ei	89	81	83
Yhteensä	N=88	N=141	N=47

Vanhempien mielenterveydellisten häiriöiden osalta eri syyntakeisuusryhmien välillä ei ilmennyt tilastollisesti merkitseviä eroja (χ^2 -arvo 2.44 vapausasteella 2). Täydessä ymmärryksessä olevilla ongelmallisia lapsuudenperheitä esiintyi 11 %:lla, täyttä ymmärrystä vailla olevilla 19 %:lla ja ymmärrystä vailla olevilla 17 %:lla. Yllättävää on erityisesti se, että ymmärrystä vailla olevien ryhmä ei lapsuudenkodin mielenterveyden häiriöiden suhteen erottunut muista, vaikka näin olisi voitu olettaa.

15.6. Yhteenveto henkirikollisten lapsuudenolosuhteista

Henkirikollisten lapsuudenolosuhteiden analyysi nostaa esiin sen, että henkirikollisten lapsuudenkodit ovat keskimäärin koko väestöä selvästi ongelmallisempia. Tämän pelkistää taulukko 20, joka on yhteenveto tutkimusaineiston ja ELO-86 -tutkimuksen tiedoista.

²⁹ Mielentilatutkimus 10753.

Taulukko 20. Lapsuudenkodin ongelmat tutkimusaineistossa ja keskimääräisväestössä (%).

Lapsuudenkodin ongelma	Tutkimus- aineisto	Keskimääräisväestö (ELO-86)
Alkoholiongelmat	47	14
Vajaaperhe	41	20
Taloudelliset vaikeudet	33	27
Perheväkivalta	30	9
Mielenterveyden ongelmat	16	(-) ³⁰

Taulukko 20 muistuttaa osaltaan siitä, että vaikka tutkimusaineiston sisällä esiintyy hajontaa, kaikki syyntakeisuusryhmät ovat lähtöisin keskimääräisväestöstä vaikeammista olosuhteista. Tämä lähtökohta on syytä pitää mielessä silloin, kun syyntakeisuusryhmien välisessä vertailuissa tarkastellaan ryhmien ongelma-asteen eroja. Aineiston sisäisessä vertailussa todettu alhainen ongelma-aste ei siis yleensä merkitse ryhmän ongelmatomuutta suhteessa keskimääräisväestöön. Aineiston sisäisen vertailun tulokset on koottu taulukkoon 21:³¹

Taulukko 21. Yhteenveto lapsuudenkodin ongelmista (%) ja niiden tilastollisesta merkitsevyydestä eri syyntakeisuusryhmissä.

Ongelma	Täydessä ymmärryk- sessä	Täyttä ymmär- rystä vailla	Ymmärrystä vailla	Yhteensä
Alkoholi	47	52	34	47
Vajaaperhe	43	48	19	41 (**)
Toimeentulo	32	30	43	33
Perheväkivalta	31	36	17	30 (*)
Mielenterveys	11	19	17	16
Yksi tai useam- pia ongelmaryhmiä	73	82	64	76 (*)
Yhteensä	N=88	N=141	N=47	N=276

³⁰ Lapsuudenkodin mielenterveyden ongelmia ei selvitetty ELO-86 -tutkimuksessa.

³¹ Yhteenvetotaulukossa 21 lukuarvot on muutettu tähtimerkeiksi seuraavasti:

* arvo merkitsevä χ^2 -testin mukaan 5 %:n tasolla.

** arvo merkitsevä χ^2 -testin mukaan 1 %:n tasolla.

*** arvo merkitsevä χ^2 -testin mukaan 0.1 %:n tasolla.

Taulukossa 21 on aikaisemmin käsiteltyjen muuttujien lisäksi ilmoitettu niiden tapausten osuus, joissa on esiintynyt ongelmia yhdellä tai useammalla lapsuudenperheen elinlohkolla. Kyseiset prosenttiluvut kuvaavat muuttujien yhteisvaikutusta. Täydessä ymmärryksessä olevilla yksi tai useampia edellä käsitellyistä elämänongelmista esiintyi 73 %:lla lapsuudenperheistä ja ongelmattomia oli 27 % perheistä. Täyttä ymmärrystä vailla olevista ongelmallisista lapsuudenperheistä oli 82 %, ongelmattomia 18 %. Selvästi suotuisimmista olosuhteista olivat lähtöisin ymmärrystä vailla olevat, joista 64 %:lla lapsuudenperhe oli jossakin suhteessa ongelmallinen, 36 %:ssa ongelmaton. Kuten taulukosta 21 ilmenee, myös muuttujien yhteisvaikutuksen tasolla erot eri syyntakeisuusryhmien välillä olivat tilastollisesti merkitseviä.

Kun siis lapsuudenkodin muuttujien välillä voitiin havaita tilastollisesti merkitseviä eroja (vajaaperheet, perheväkivalta, perheongelmien kokonaistarkastelu), asetelma oli kaikissa tapauksissa sama. Ymmärrystä vailla olevilla esiintyi ongelmia selvästi vähiten ja täyttä ymmärrystä vailla olevilla vastaavasti eniten. Lapsuudenkotia kuvaavat muuttujat eivät siis indikoi myöhempää mielentilaratkaisua ainaakaan niin, että ongelmien suuri määrä lapsuudenkodissa tuottaisi poikkeavan lopputuloksen mielentila-asteikolla.

Toisaalta täydessä ymmärryksessä ja täyttä ymmärrystä vailla olevat eroavat prosenttiluvuissa vain vähän toisistaan. Täyttä ymmärrystä vailla olevilla luvut ovat kaikissa ongelmaryhmissä hieman korkeammat tai samaa tasoa kuin täydessä ymmärryksessä olevilla. Perusolemukseltaan ryhmät ovat kuitenkin samankaltaiset.

XVI KOULUTUS

16.1. Koulutustaso

Koulutuksesta kertovat tiedot ovat erityisen merkittäviä siksi, että koulunkäyntiin liittyvät viranomaislausunnot perustuvat asiakirjoihin – koulutodistukset, kasvatusneuvolan lausunnot, koulukotisijoitusta koskevat päätökset jne. – jotka on laadittu niiden todellisena tapahtuma-aikana. Toisin kuin lapsuudenkodin olosuhteita kuvaavien muuttujien kohdalla, koulutukseen kytkeytyviä tietoja eivät vääristä retrospektiivisen tutkimuksen ongelmat: muistivirheet, muistissa tapahtuva tiedonmuokaus ja myöhempien tapahtumien luoma perspektiivi. Koulutusta koskevat tiedot ovat henkilöhistoriallista poikkileikkaustietoa, joka varmentaa retrospektiivisen aineiston perusteella tehtyjä havaintoja ja johtopäätöksiä.

Koulutustarkastelussa perusmuuttujana on koulutustaso. Taulukossa 22 tutkimusaineiston koulutustasoa on verrattu koko väestöön käyttäen kolmiportaista jaoteltua: ylioppilas – oppivelvollisuuskoulu suoritettu – oppivelvollisuuskoulu kesken. Tässä oppivelvollisuuskoululla tarkoitetaan peruskoulua tai sen aikaisempina vastineina kansa- ja kansalaiskoulua.

Taulukko 22. Peruskoulutus tutkimus- ja ELO-86-aineistossa (%).

Peruskoulutus	Tutkimusaineisto	ELO-86-aineisto
Ylioppilas	4	19
Oppivelvollisuuskoulu	84	76
Ei oppivelvollisuuskoulua	12	4
Yhteensä	N=276	N=10233

Tutkimusaineistossa korostuvat toisaalta ylioppilastutkintojen vähäisyys, toisaalta peruskoulutuksen keskeytyminen. Vain 4 % tutkimusaineistoon kuuluvista on suorittanut ylioppilastutkinnon, kun vastaava luku koko väestössä on 19 %. Sen sijaan oppivelvollisuuskoulun keskeyttäneiden prosenttimäärä (12 %) nousee tutkimusaineistossa huomattavasti koko väestöä korkeammaksi (4 %). Sekä peruskoulutuksen keskeytymisen että ylioppilaiden määrän suhteen tutkimusaineisto vastaa Pirjo

Keisun ja Marianne Wagner-Prennerin tutkimustuloksia 1980-luvun taitteesta. Keisun ja Wagner-Prennerin mielentila-aineistoon perustuvassa tutkimuksessa ylioppilastutkinnon suorittaneiden osuus oli 2 %, oppivelvollisuuskoulun keskeyttäneiden 12 %.¹ Sen sijaan aikaisemmissa Mattilan ja toisaalta Lönnqvistin, Achtén ja Walorannan väkivaltarikollisia koskevissa tutkimuksissa tulokset ovat poikenneet nyt saaduista. Mattilan aineistossa koulun keskeyttäneiden osuus nousi huomattavasti korkeammaksi, 21 %:iin.² Lönnqvistin, Achtén ja Walorannan tutkimuksessa sekä oppivelvollisuuskoulun keskeyttäneiden että ylioppilaiden prosenttiosuus oli 3 %.³ Tutkimustulosten erilaisuutta selittää lähinnä kaksi seikkaa: kummassakin käytettiin valikoitua aineistoa⁴ ja kumpikin perustui 1960- ja 1970-luvun tutkimusaineistoon, jossa eivät ilmene peruskoulun vaikutukset.

Viimeksi mainitusta syystä myös taulukossa 22 tehty koulutustarkastelu antaa tutkimusaineistosta liian edullisen kuvan. Koulutustasoa kuvaava muuttuja on voimakkaasti ikäluokkasidonnainen ja yleinen koulutustaso nousee kohti nuorempia ikäluokkia. Koska tutkimusaineistossa nuoret ikäluokat ovat yliedustettuina, peruskoulutustaso suhteessa samanikäiseen väestönsosaan on todellisuudessa alhaisempi kuin taulukko 22 osoittaa. Tämä ilmenee taulukosta 23, jossa tutkimusaineiston 15–29-vuotiaita ikäluokkia on verrattu koko väestön vastaaviin ikäluokkiin.

Taulukko 23. 15–29-vuotiaiden peruskoulutus tutkimus- ja ELO-86-aineistossa (%).

	Tutkimusaineisto ⁵	ELO-86-aineisto
Ylioppilastutkinto	4	27
Peruskoulu	82	66
Ei peruskoulua	14	7
Yhteensä	N=125	N=3407

Ikäluokkavertailu korostaa erityisesti ylioppilastutkintojen vähäisyyttä tutkimusaineistossa (4 %), kun vastaava prosenttiluku samanikäisessä väestössä kohosi

¹ Keisu ja Wagner-Prenner, s. 81.

² Mattila, s. 36.

³ Lönnqvist, Achté ja Waloranta, s. 144.

⁴ Lönnqvist, Achté ja Waloranta, s. 143; Mattila, s. 33–35.

⁵ Tutkimusaineistossa kaikkien 15–29-vuotiaiden peruskoulutus oli päättynyt. Yhdelläkään aineistoon kuuluvalla ei oppivelvollisuuskoulu ollut iän vuoksi kesken. Toisaalta niiden kohdalla, jotka eivät ikänsä takia olisi voineet suorittaa ylioppilastutkintoa, ei esiinny mainintaa lukion käymisestä.

27 %:iin. Toisaalta myös peruskoulun keskeytyminen oli tutkimusaineistossa kaksinkertaista vastaavanikäiseen väestönosaan verrattuna (14 %–7 %).

Vanhempien, yli 30-vuotiaiden ikäluokkien koulutustasosta suhteessa omaan ikäluokkaansa kertoo taulukko 24.

Taulukko 24. Yli 30-vuotiaiden peruskoulutus tutkimus- ja ELO-86-aineistossa (%).

	Tutkimusaineisto	ELO-86-aineisto
Ylioppilastutkinto	3	15
Keskikoulu	4	17
Kansa- tai kansalaiskoulu	81	65
Ei kansakoulua	11	3
Yhteensä	N=151	N=6826

Vanhemmissa ikäluokissa koulutuksellinen erilaistuminen on nähtävissä jo keski-koulutasolla. Keskikoulun tai enemmän käyneitä oli tutkimusaineistossa 7 %, ELO-86 -aineistossa 32 %. Vastaavasti koulun keskeyttäneiden osalta erot olivat selvät (11 % tutkimusaineistossa, 32 % ELO-86 -aineistossa).

Kaiken kaikkiaan taulukot 22, 23 ja 24 kertovat siitä, että lapsuudenkodin muut-tujista tuttu perusasetelma toistuu myös peruskoulutuksen suhteen – tutkimusai-
neistossa peruskoulutuksen taso jää muuta väestöä heikommaksi. Kovin erotteluky-
kyinen muuttuja koulutustaso ei kuitenkaan ole. Kustakin ikäluokasta valtaosa sekä
tutkimusaineistosta että keskimääräisväestöstä on suorittanut ikäluokalleen tyypilli-
sen oppivelvollisuuskoulun. Samasta syystä tutkimusaineiston sisäinen vertailu ei
ole tilastollisesti mielekästä. Aineisto on liian homogeenista.⁶

16.2. Sopeutumisongelmat koulussa

Kouluongelmien ensisijaisena luokitteluperusteena ovat olleet rekisteröidyt viran-
omaistoimenpiteet, laitos- ja tarkkailuluokkasijoitukset,⁷ kasvatusneuvolaan, psy-
kiatriseen hoitoon tai päihdehuoltoon ohjaaminen yms. Kyseisten viranomaistoi-

⁶ Koska tutkimusaineistossa oli vähän ylioppilaita, koulutustasovertailussa ei voitu muodostaa tilas-
tollisen testin vaatimukset täyttäviä ryhmiä ($N > 5$). Muutoinkaan syyntakeisuusryhmät eivät eron-
neet tilastollisesti merkitsevällä tavalla toisistaan.

⁷ Vaikka laitossijoitus on saattanut johtua ensisijaisesti tutkittavien vanhempiin tai huoltajiin liittyy-
västä syystä, näissäkin tapauksissa myös tutkittavilla itsellään poikkeuksetta oli vakavia sopeutu-
misongelmia koulussa.

menpiteiden syynä ovat yleensä olleet kouluväkivalta, alkoholin tai huumeiden käyttö, liimanhaistelu tai oppilaan psyykkiset ongelmat. Poikkeuksellisesti ryhmään on luokiteltu myös muita vakavia sopeutumiso ongelmia, vaikka viranomais-toimenpiteitä ei esiinny. Sopeutumiso ngelmana ei ole pidetty pelkkää luokalle jäämistä, tavanomaista koulupinnausta tai käytöksenalennusta, jos mainintaa muista ongelmista ei esiinny.

Sopeutumiso ngelmia esiintyi tutkimusaineistossa yhteensä 43 %:lla tutkituista. Tulos vastaa jokseenkin tarkasti aikaisempien tutkimusten tuloksia. Mattilan tutkimuksessa kouluun liittyviä vakavia sopeutumisvaikeuksia ilmeni 25 %:lla, lieviä 29 %:lla. Mattilalla sopeutumiso ngelmaisten määrä oli siis kokonaisuudessaan jonkin verran tätä tutkimusta suurempi, 54 %. Ero johtuu kriteerien erilaisuudesta. Mattilalla lievien ongelmien ryhmään oli otettu mm. koulupinnaamiset ja käytösnumeroiden alentamiset,⁸ joita tässä tutkimuksessa ei luettu sopeutumiso ngelmiin.

Mielentilatutkimuksissa kouluongelmia on kuvattu mm. seuraavasti:

Vielä kouluikäisenä jatkunutta kastelua vanhemmat yrittivät karsia pois siitä rankaisemalla. Ensimmäiset kouluvuodet sujuivat normaalisti, sitten tutkittava alkoi vieroksua koulunkäyntiä ja ”kulutti päivänsä piileskellen housuissa pissa- ja kakka”. Vaimolleen tutkittava on myöhemmin sanonut, että koulu alkoi mennä pieleen opettajan lyötyä häntä. Tutkittava sijoitettiin koulukotiin hänen jäätyään kolme kertaa viidennelle luokalle. Koulukodissa hän oli neljä vuotta. (10108)

Peruskoulun alaluokilla tutkittava alituisesti tappeli, tutkittavan mukaan siksi, että muut pilkkasivat hänen isänsä raajavammaa. Tutkittava sanoo tulleen sellaiseksi, että hän löi ennen kuin vastapuoli ehti kunnolla edes avata suutansa. Muut pelkäsivät häntä ja hän sai koulussa tehdä mitä halusi. Tutkittava määrättiin 9–10-ikäisenä lastenkotiin, minkä jälkeen hänet sijoitettiin sijaiskotiin vanhempien riitojen vuoksi. (10367)

Lukihäiriön vuoksi tutkittava ei menestynyt koulussa. Myöhemmin hänet siirrettiin koulukotiin, syynä koulupinnaus, tappelut ja näpistely. 10 ikävuoden jälkeen hän ei ole ollut kotona. Koulukodissa tutkittava todettiin älykkyydeltään erittäin korkeatasoiseksi, älykkyysosamäärä 124. Kuitenkin mainitaan myös se, että tutkittava tuntui jotenkin nauttivan TV:ssä olevista raakuuksista. Hän sai kohtauksia, jolloin tuolit lensivät ja hän löi toisia millä tahansa. Myös gangstereiden ihailu oli silmiinpistävää (10444).

Seuraava laaja tapausselostus havainnollistaa hyvin kahta seikkaa: toisaalta sitä kuinka perusteellista tietoa kouluvaiheista on parhaimmillaan saatavissa, toisaalta

⁸ Mattila, s. 37 ja 97.

sitä millä tavoin lapsuudenkodin olosuhteet ja kouluongelmat saattavat kietoutua monisyiseksi vyöhdiksi, jonka lävitse sen enempää viranomaisten kuin henkilön itsensäkin on vaikea nähdä:

Mielentilatutkimuksessa NN kertoo kiihtyneenä, ettei hänellä ole isää eikä äitiä. He ovat olleet vain henkilöitä, mutta vasta myöhemmin NN on tajunnut, ettei näin pitäisi olla. Lapsella pitäisi olla vanhemmat. Omista vanhemmistaan NN sanoo, ettei pidä heitä missään arvossa. Jos tekee lapsia, niistä on pystyttävä pitämään huolta. NN ei tiedä vanhemmistaan juuri mitään eikä välitäkään tietää: "Hetimitä maailmaan laittamisen jälkeen minut potkaistiin kadulle." Vanhemmat erosivat NN:n ollessa parin kolmen vuoden ikäinen. Sukulaiset ovat puolin ja toisin puhuneet vanhemmista pahaa. Vanhemmat ovat "hunteloita". Isä ei ole halunnut ottaa NN:stä vastuuta. Äitiä NN sanoo tavanneensa vasta parin viime vuoden aikana, jolloin hän on muutaman kerran vierailut tämän uudessa perheessä. NN:n mielestä vanhempien on turha nyt enää ottaa häneen yhteyttä: "Ei niitä menneitä vuosia saa takaisin. Itsepähän ovat virheet tehneet."

Lapset synnyttäessään NN:n äiti oli alle 20-vuotias. Äiti jätti lapset usein öisin yksikseen. NN:n ollessa 3-vuotias äiti lähti lopullisesti ja lapset otettiin viranomaisten huostaan. Koska myös isä oli kykenemätön huolehtimaan lapsista, NN sijoitettiin isän sisarpuolen perheeseen. Mustasukkaisuusongelmien vuoksi hänet edelleen 5-vuotiaana siirrettiin toiseen perheeseen, joka jaksot pitää häntä vain viikon.

Ikävuodet viidestä yhdeksään NN oli lastenkodissa. Ensimmäiset omat muistikuvat hänellä on tältä kaudelta: "Oli ihan hyvä paikka. Oli hyvä, että katto oli pään päällä." Lastenkotiaikana NN:ää tutkittiin yliopistollisessa keskussairaalassa. Sairaalassa todettiin, että NN oli jo ennen kouluikää pelokas ja ahdistunut lapsi. Hän oli hyvin vilkas, raju ja touhuissaan lyhytjänteinen. NN ärsytti muita lapsia ja sai nämä kimppuunsa. Tämän tulkittiin ainakin osaksi johtuvaksi mustasukkaisuudesta. Koulunkäynnin NN aloitti lastenkodissa. Hän sanoo koulun olleen aluksi kivaa, vaikka hän olikin muita huonompi oppimaan. Koulussa NN muistaa tapelleensa paljon ja olleensa tavallista villimpi. Yleensä sotaleikit kiinnostivat. Nyt jälkeinpäin NN ajattelee, että olisi pitänyt käydä koulu kunnolla. Henkilökohtaisesta luokka-avustajasta huolimatta häntä ei kyetty pitämään tavallisessa luokkayhteisössä ja hänelle jouduttiin järjestämään yksityisopetusta. Yliopistollisen keskussairaan diagnoosina oli vaikeasteinen MBD-häiriö.

NN:n ollessa 10-vuotias lastenkoti lakkautettiin ja hänelle järjestettiin perhesijoitus. NN ei halua puhua siitä, miksi hänet vuoden sisällä siirrettiin uuteen perheeseen. Tästä perheestä NN puhuu hyvin katkeraan sävyyn. Hän sanoo joutuneensa kärsimään perheen tyttären vuoksi. Tyttö kertoi hänestä kaikenlaisia valheita ja perhe uskoi tytärtä enemmän kuin "ventovieraan pentua". Lähes päivittäin NN sai selkäänsä joko remmillä tai risulla. Joskus isäntä kaloja siivotessaan tunki raakoja kaloja hänen suuhunsa ja istutti häntä saunan lauteilla. Muista tämänaikaaisista sijoitusperheistä NN toteaa vain: "Ei niistä ole hyvää muistettavaa."

11–13 vuotiaana NN sijoitettiin psykiatriseen hoitokotiin. Hoitokodissa

hänen mielialansa oli alavireinen, katkera ja elämää kohtaan pettynyt. Yhteydet omaisiin olivat sattumanvaraisia. NN kävi kahdesti isänsä luona lomalla ja oli mummoonsa muutaman kerran puhelinyhteydessä. Kun NN oli 14-vuotias, kokeiltiin jälleen perhesijoitusta. NN:n mukaan koulu meni tällöin täysin ”pipariksi”. Lopulta NN ei mennyt sinne ollenkaan ja hänet siirrettiin koulukotiin.

Koulukodissa NN oli päivisin tallilla töissä, missä kaikki sujuikin hänen mielestään hyvin, kun sai olla yksikseen ja rauhassa tehdä työtään. Koulunkäynti ei ollut helppoa. Iltaisin NN yritti tehdä koulutehtäviä, mutta keskittyminen kirjoittamiseen ja laskemiseen oli vaikeaa. NN kertoo tunteneensa itsensä hylätyksi ja pelinappulaksi, jota vastaan koko yhteiskunta ja kaikki sen laitokset olivat. NN pelkäsi muita oppilaita. Hänen oli vaikeaa tulla toimeen toisten poikien kanssa ja hän oli silmätikkuna yökastelun vuoksi. Henkilökunnan mukaan NN:ltä puuttui suuttuessaan itsekontrolli. Hän sai käytöksellään heti aikaan tappeluita ja ärsytti muita erilaisuutensa vuoksi. NN oli näsäviisas, mitä toiset pojat eivät hyväksyneet. Muiden mielestä NN:ää oli mukava kiusata, koska hän suuttui niin herkästi. Poikakodissa NN siirrettiin suljetulle osastolle sen jälkeen kun hän erään toisen pojan kanssa karkasi ja poltti karkumatkalla metsäkämpän.

14–15-vuotiaana NN:ää käytettiin yliopistollisen keskussairaalan tutkimuksissa. Hänellä oli myös epäonnistunut perhesijoituskokeilu ja hänet lähetettiin edelleen työlinikkatutkimuksiin. NN:n mielestä työkokeilussa oli mukavinta traktorin ajaminen ja yleensäkin kone- ja kuljetusasiat kiinnostivat. Työtoverit olivat aikuisia ja NN tunsu itsensä tasavertaiseksi heidän kanssaan. Työlinikkalauseunnon mukaan NN teki kolme päivää kiitettävästi töitä varastolla. Kokonaisuutena työkokeilu sujui kuitenkin rikkinäisesti. NN:n käytös oli ajoittain hyvin repivää, vaikka toisaalta karkeuden takaa näkyi avuton nuori mies. NN rettelöi ja metelöi ja lähti kaksi kertaa pois kokeilusta. Lausunnon mukaan NN oli ilmeisen tyytyväinen, että kokeilu hänen osaltaan lopetettiin.

16–18-vuotiaana NN viranomaisten toimesta sijoitettiin viiteen eri paikkaan: kahteen perheeseen, koulukotiin, mummolaan ja omaan asuntoonsa. Samaan aikaan häntä käytettiin terveyskeskuksen ja yliopistollisen keskussairaalan tutkimuksissa. Oppivelvollisuuden NN suoritti poikakodissa yksityisesti tenttimällä. Vaihtuvien sijoituspaikkojen vuoksi NN on käynyt 8–9 eri koulua, minkä lisäksi hän on saanut pitkään yksityisopetusta.

Elämästään NN on sitä mieltä, että se on mennyt kohtalaisesti. Välillä häntä on kohdeltu hyvin, välillä huonosti. Kuitenkin hyvää kohtelua on ollut selvästi enemmän. Usein on kyllä tuntunut pahalta, mutta jälkeensä ajatellen asiat ovat muuttuneet paremmiksi. Laitoksista NN sanoo, etteivät ne ole lasten paikkoja: ”Siellä opetetaan rikolliseksi, sakkia on täynnä syntiä kun sieltä lähtee.” Kasvatuksesta ei kannata puhua mitään: ”Ei laitoksessa kasva ihmiseksi.” Lukuun ottamatta erästä sijoitusperhettä NN ei kuitenkaan ”antaisi päiväkkään elämästään pois”. NN on maailmaa kiertäessään oppinut omasta mielestään paljon. Hän sanoo käyneensä ”elämän koulua”.⁹

⁹ Mielentilatutkimus 10563.

Taulukko 25 kertoo siitä, miten koulussa koetut sopeutumisongelmat jakautuivat eri syyntakeisuusryhmien kesken.

Taulukko 25. Sopeutumisongelmia koulussa (%).

Sopeutumis- ongelmia	Täydessä ym- märryksessä	Täyttä ymmär- rystä vailla	Ymmärrystä vailla
Kyllä	41	50	26
Ei	59	50	74
Yhteensä	N=88	N=141	N=47

Taulukossa 25 ilmenevät erot ovat tilastollisesti merkitseviä (Khi^2 -arvo 9.11 vapausasteella 2, $p < .05$). Eniten sopeutumisongelmia oli täyttä ymmärrystä vailla olevilla (50 %), sitten täydessä ymmärryksessä olevilla (41 %) ja vähiten ymmärrystä vailla olevilla (26 %). Tämä jakautuma vahvistaa aiemmin lapsuudenkodin muuttujien yhteydessä tehtyjä linjanvetoja. Myös kouluviranomaisten näkökulmasta ymmärrystä vailla olevien ryhmä on erottunut poikkeuksellisen ongelmattomana. Sitä vastoin täydessä ymmärryksessä ja täyttä ymmärrystä vailla olevilla ongelmia on esiintynyt runsaasti.

16.3. Asevelvollisuuden suorittaminen

Asevelvollisuuden suhteen tarkastelun ulkopuolelle ovat luonnollisesti jääneet naiset ja asevelvollisuusikää nuoremmat miehet. Asevelvollisuuden suorittamiseen liittyviksi ongelmiksi on luokiteltu asepalveluksesta vapauttaminen, asepalveluksen kesken jääminen sekä asevelvollisuuden aikana ilmenneet käyttäytymishäiriöt ja rikokset, joista on ollut rangaistuksena vähintään viikon ylipalvelus. Kyseisten ongelmaryhmien – vapautus, keskeyttäminen ja rangaistukset – yhdistämisen oikeuttaa se, että niissä kaikissa toimenpiteiden pääasiallisena syynä olivat aggressio-problematiikka, rikollisuus, mielenterveyden häiriöt tai alkoholismi. Asevelvollisuuden suorittamiseen liittyvien ongelmien jakautumisesta eri mielentilaryhmissä kertoo taulukko 26.

Taulukko 26. Ongelmia asevelvollisuuden suorittamisessa (%).

Ongelmia asevel- vollisuudessa	Täydessä ym- märryksessä	Täyttä ymmär- rystä vailla	Ymmärrystä vailla
Kyllä	25	41	35
Ei	75	59	65
Yhteensä	N=71	N=111	N=40

Kiinnostavaa taulukossa 26 on se, että ymmärrystä vailla olevat eivät vielä asevelvollisuusvaiheessaan erottuneet muista. Täydessä ymmärryksessä olevilla ongelmia oli 25 %:lla, täyttä ymmärrystä vailla olevilla 41 %:lla ja ymmärrystä vailla olevilla 35 %:lla. Ryhmien väliset erot eivät ole tilastollisesti merkitseviä (χ^2 -arvo 4.92 vapausasteella 2).

Yhteenvetona koulutusta ja asevelvollisuutta kuvaavista muuttujista voidaan siis tehdä samat johtopäätökset kuin edellä lapsuudenkodin kohdalla: 1) tutkimusaineistossa ongelmat ovat keskimäärin suurempia kuin nk. normaaliväestössä ja 2) tutkimusaineiston sisällä vakavimmat ongelmat esiintyvät täydessä ymmärryksessä ja täyttä ymmärrystä vailla olevien ryhmässä, kun taas ymmärrystä vailla olevat erottuvat poikkeuksellisen ongelmattomina. Näin ollen mielentilatutkimuksessa psyykeltään poikkeavimmaksi luokiteltu ryhmä eroaa aina aikuisikään asti muista siinä, että se tutkimusaineistossa muistuttaa ominaisuuksiltaan eniten keskimääräisväestöä.

XVII HENKIRIKOLLISTEN ELÄMÄNTILANNE

Samoin kuin lapsuuden ja nuoruuden kohdalla, henkirikollisten aikuisiän elämänkulkua tarkastellaan mielentilatutkimuksissa yleisimmin esiintyvien muuttujien avulla. Tällöin kysymys on mm. rikoksenteikijän työmarkkina-asemaa, ihmissuhteita, elinympäristöä, alkoholin käyttöä, rikosrekisteriä ja psykiatrasta hoitotaustaa koskevista muuttujista. Henkirikollisten elämäntilanteesta on mielentilatutkimuksissa kerätty tietoja tutkittavalta itseltään, hänet tuntevilta yksityishenkilöiltä – omaiset, ystävät, tuttavat, naapurit, työnantajat jne. – ja viranomaisilta.¹

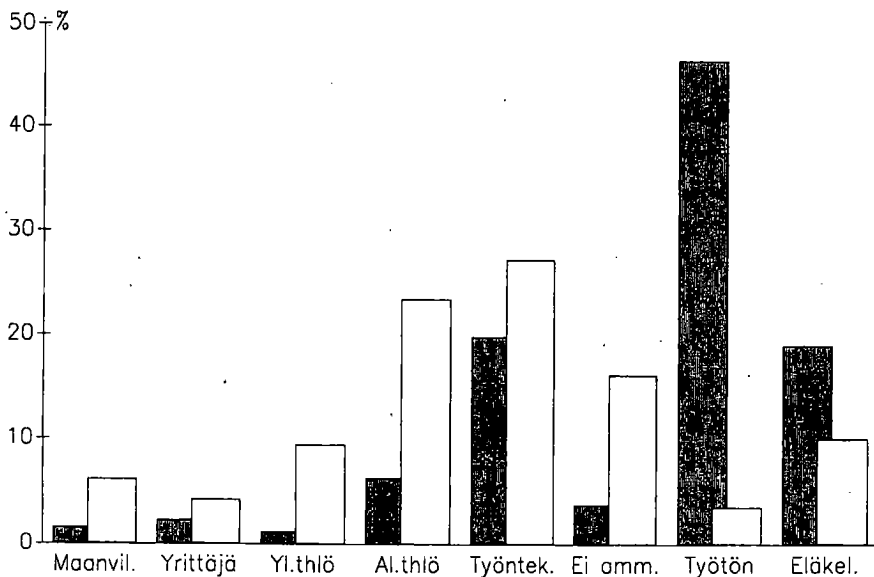
17.1. Työmarkkina-asema

Henkirikollisten työmarkkina-asemaa on verrattu ELO-86 -tutkimuksen tietoihin. Työmarkkina-aseman luokittelussa on käytetty tilastokeskuksen vuonna 1987 julkaisemaa ammattiluokitusta.² Työmarkkina-asema on luokiteltu 8-portaisella asteikolla: 1) maanviljelijät, 2) yrittäjät, 3) ylemmät toimihenkilöt, 4) alemmat toimihenkilöt, 5) työntekijät, 6) ei-ammattissa olevat (kotirouvat, opiskelijat jne.), 7) työttömät ja 8) eläkeläiset. Työttömiksi on luokiteltu rikoshetkellä työtä vailla olleet henkilöt. Eläkeläisten osalta tarkastelun ulkopuolelle on jätetty yli 65-vuotiaat eläkeläiset. Tämä ryhmä vinouttaisi vertailuasetelmaa keskimääräisväestöön nähden, koska kyseisen ryhmän merkitys valtaväestössä on suuri, mutta tutkimusaineistossa sen osuus jää 1 %:iin (N=4).

Kuvassa 5 tutkimusaineiston työmarkkina-asemaa on verrattu ELO-86 -aineistoon. Kuva 5 kertoo omaa kieltään siitä, että tutkimusaineistossa työelämän ulkopuolella olevat ovat erittäin voimakkaasti yliedustettuina. Työttömiä tutkimusaineistossa oli 46 %, kun vastaava luku vertailukohteena olevassa ELO-86-aineistossa jäi 4 %:iin (1980-luvun jälkipuolen hyvän työmarkkinatilanteen aikana). Työttömien ohella tutkimusaineistossa olivat yliedustettuina työikäiset eläkeläiset. Työikäisiin eläkeläisiin kuului 19 %, kun heitä työikäisessä keskimääräisväestössä oli

¹ Tuppurainen, s. 28–30.

² Ammattiluokitus 1987 ja ammattiluokituksen erillinen liite 1.



Kuva 5. Työmarkkina-asema tutkimusaineistossa ja 15–64-vuotiaassa väestössä (%).

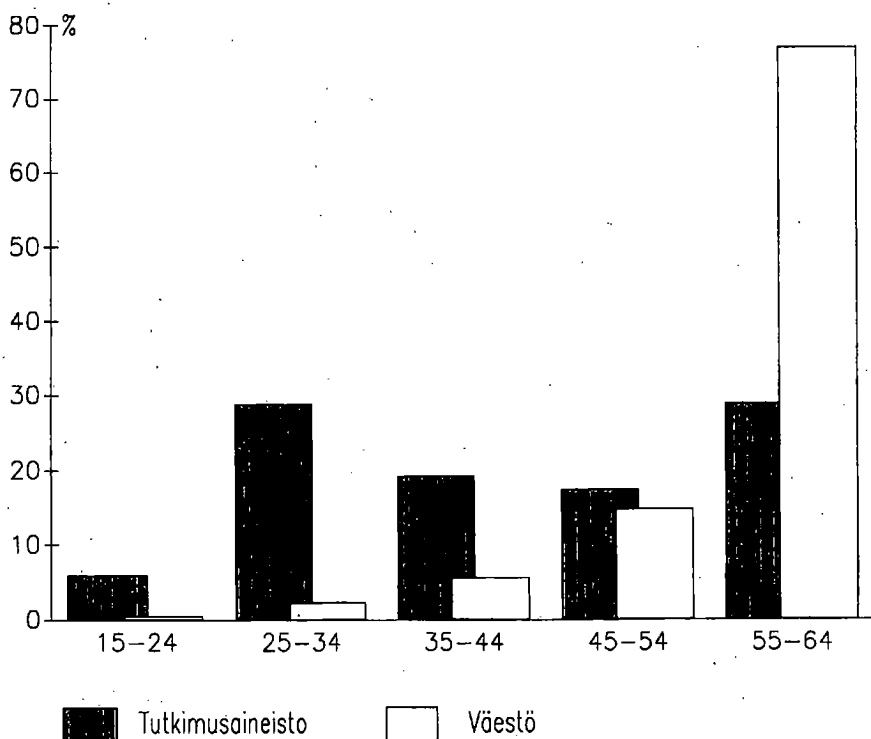
10 %. Toisaalta työssäkäyvien osuus jäi tutkimusaineistossa alhaiseksi. Työssäkäyviä oli 35 %, kun ELO-86 -tutkimuksessa heidän osuutensa 15–64-vuotiaista kohosi 86 %:iin.³

Työmarkkina-aseman osalta tutkimusaineistoa voidaan verrata Joukamaan vankipopulaatiosta koskevaan tutkimukseen, jonka aineisto on kerätty vuonna 1985. Joukamaan tutkimuksessa vangeista oli ennen vankilaan joutumista ollut ansiotyössä (tai sairauslomalla) 38 %, työttömänä 50 % ja työkyvyttömyys-, työ- tai kansaneläkkeellä 11 %.⁴ Joukamaan vankitutkimuksessa työelämän ulkopuolella olevien osuus oli siis samalla korkealla tasolla kuin tässä tutkimuksessa ja poikkeama valtaväestöstä oli kummassakin tapauksessa erittäin selvä.

Työmarkkina-aseman tarkastelussa on toisaalta huomattava se, että vaikka työ-

³ Työssäkäyviin on tässä vertailussa rinnastettu ammattiluokituksen ryhmä 6, ei ammatissa toimivat (kotirouvat, opiskelijat jne.).

⁴ Joukamaa, s. 39.



Kuva 6. Työikäiset eläkeläiset ikäryhmittäin tutkimus- ja ELO-86-aineistossa (%).

ikäisten eläkeläisten osuus ei tutkimusaineistossa kovin paljon eronnut valtaväestön eläkeläistymisasteesta, kysymys ei ollut samanlaisista eläkeläisistä. Tästä kertoo kuva 6. Tutkimusaineiston työikäisissä eläkeläisissä nuoret ikäluokat (15–44-vuotiaat) olivat voimakkaasti yliedustettuina, kun taas valtaväestössä eläkeläisten prosenttiosuus muodostui pääosin 55–64-vuotiaiden ryhmästä. Näin ollen tutkimusaineistoon kuuluvien eläkeläisten sosioekonomista asemaa ei ole syytä suoraan rinnastaa valtaväestöön, vaikka luokituksessa yleisnimitys on sama. Tutkimusaineistossa kysymys on työmarkkinoilta nuorella iällä syrjäytyneistä, valtaväestössä yleensä työhistorian päätösvaiheessa tapahtuvasta eläkeläistymisestä.

Tutkimusaineiston sisäisessä vertailussa edellä käytettyä 8-portaista työmarkkinaluokitusta on jouduttu tilastollisista syistä yksinkertaistamaan. Tällöin luokat 1–6 on yhdistetty yhdeksi työssäkäyvien ryhmäksi (aktiiviväestö). Taulukossa 27 on vertailtu työssäkäyvien, työttömien ja eläkeläisten prosenttiosuutta eri syyn-takeisuusryhmissä.

Taulukko 27. Työmarkkina-asema ikäryhmissä 15–64-vuotiaat (%).

Työmarkkina-asema	Täydessä ymmärryksessä	Täyttä ymmärrystä vailla	Ymmärrystä vailla
Aktiiviväestö	31	36	36
Työttömät	63	43	26
Eläkeläiset	6	21	38
Yhteensä	N=86	N=139	N=47

Taulukossa 27 ilmenevät erot eri syyntakeisuusryhmien välillä ovat tilastollisesti erittäin merkitseviä (Khi²-arvo 27.31 vapausasteella 4, $p < .001$). Työssäkäynnin osalta eri syyntakeisuusryhmät eivät eronneet toisistaan. Kaikissa ryhmissä työssäkäyvän aktiiviväestön prosenttiosuus kohosi jonkin verran yli 30 %:in. Täydessä ymmärryksessä olevat erosivat muista kuitenkin siinä, että työttömiä oli erittäin runsaasti, 63 %, eläkeläisiä poikkeuksellisen vähän, 6 %. Tästä eläkeläisten osuus kasvoi asteittain siirryttäessä muihin syyntakeisuusryhmiin. Täyttä ymmärrystä vailla olevista 43 % kuului työttömiin, 21 % eläkeläisiin. Ymmärrystä vailla olevilla eläkeläisten osuus nousi ylivoimaisesti suurimmaksi. Ymmärrystä vailla olevista oli työttömiä 26 %, eläkeläisiä 38 %.

Yhteenvedona voidaan siis todeta, että tutkimusaineisto eroaa selvästi valtaväestöstä passiivisen työmarkkina-asemansa vuoksi. Tässä suhteessa tutkimusaineisto ei kuitenkaan ole sisäisesti homogeeninen. Työttömien osuus vähenee voimakkaasti siirryttäessä täydessä ymmärryksessä olevista ymmärrystä vailla oleviin. Vastavasti eläkeläisten osuus kasvaa. Eläkeläistyminen onkin henkrikolllisten elämäntilanteessa ensimmäinen muuttuja, jossa eri syyntakeisuusryhmät eroavat toisistaan tilastollisesti merkitsevällä tavalla niin, että ymmärrystä vailla olevat poikkeavat kaikkein selvimmin valtaväestöstä.

Seuraavat esimerkit kuvaavat ymmärrystä vailla olevien eläkeläisten ryhmää:

PP on kasvanut 10-lapsisessa pohjoissuomalaisessa maanviljelijäperheessä. Perhe viljeli n. 50 hehtaarin tilaa. Lapsuudenkotia koskeissa tiedoissa korostuu kodin harmonisuus. Vanhemmat sopivat hyvin yhteen ja olivat luonteeltaan vakaita. PP suoritti kahdeksan luokkaa kansakoulua, autonasentajalinjan ammatillisessa kurssikeskuksessa ja armeijan. Armeijasta vapauduttuaan PP on ollut maataloustöissä kotitilalla ja satunnaisesti töissä vierailulla.

25 ikävuoden vaiheilla PP alkoi kärsiä epämääräisistä selkävaivoista ja unettomuudesta, jotka myöhemmin todettiin selkäreumasta johtuviksi. 33-vuotiaana hän joutui reuman takia pysyvästi eläkkeelle. Reumasairauden puhkeamisaikaan PP:llä alkoi ilmetä myös psyykkisiä ongelmia. Kohta eläkkeelle siirtymisen jälkeen hän oli psykiatrisessa hoidossa vanhempiin kohdistuneiden uhkailujen, vihamielisyyden ja unettomuuden vuoksi. Erityisesti

välit äitiin olivat kärjistyneet. PP:tä ärsyttivät äidin huomautukset alkoholin käytöstä ja tupakanpoltosta. Unettomuuden PP otaksui aiheutuvan jostakin vielä löytämättömästä sairaudesta. PP epäili sisäisiä paiseita, kihomatoja tai kihtiä, koska tunsi itsestään lähtevän virtsan lemua ja mädän hajun tulevan sieraimista ja nielusta. PP:n keskittymiskyky oli huono eikä hän pystynyt lainkaan lukemaan tai katselemaan televisiota.

Mielentilatutkimuksessa PP:n sisar kertoi, että äiti yritti PP:n eteen paljon. Äiti kuljetti poikaansa lääkäreissä, koetti keksiä ohjelmaa ja selitteli parhain päin pojan ajoittain sekavaa käytöstä. Äiti ei halunnut, että PP viettäisiin väkisin mielisairaalaan. Sisaren kertoman mukaan PP käytti lääkkeitä ja alkoholia yhtä aikaa. Enemmän juotuaan hän ei saanut sanaa suustaan, kuola vain valui ja silmät seisoivat päässä.

Rikosta edeltävänä yönä PP ei muista nukkuneensa hetkeäkään. Rikospäivän aamuna hän kävi kirkonkylällä asioilla ja samalla Alkossa. Kotiin palatuaan PP joi vintillä omassa huoneessaan puolitoista pulloa viiniä. Olo oli jotenkin levoton ja hermostunut. Puita olisi pitänyt pilkkoa, mutta ne jäivät taas. Äiti tuli vintille, mainitsi tupakanpoltosta, otti lattiaalta tyhjän askin ja sanoi: "Tämä joutanee jo pois." PP raivostui huomautuksesta ja ampui äidin yläkerran rappuun tämän mennessä alas.⁵

TT on syntynyt Keski-Suomessa kuusilapsiseen maanviljelijäperheeseen. Vanhempien lasten lähdettyä kotoa hän jäi yhdessä äitinsä ja veljensä kanssa pitämään kotitilaa. Talonpidon ohella TT on käynyt tilan ulkopuolella työssä. Ennen muutama vuosi sitten tapahtunutta eläkkeelle siirtymistä hän ehti olla suuren metsäyhtiön palveluksessa lähes 30 vuotta. Viimeksi TT toimi työnojohto- ja suunnittelutehtävissä.

Työnantajan TT:stä antama lausunto on hyvin myönteinen. Työnantajan mukaan hän on ollut erittäin ahkera, vastuuntuntoinen, oma-aloitteinen ja itsenäinen. Luonteeltaan hän on ollut hillitty ja kunnianhimoinen, vaikkakin herkästi arvostelusta loukkaantuva. TT itse sanoo, että työ on lohkaissut suurimman osan hänen elämästään. Hän on työskennellyt vuorotta, vastannut yksin monista asioista ja joutunut kaiken aikaa toimimaan osaamis- ja kesto-kykynsä ylärajoilla. Hän epäilee, että vaativa työ on vienyt häneltä naisetkin.

Eläkkeelle siirtymistä TT kuvaa "luisumiseksi". Hän oli loppuun saakka väsynyt, usein sairaslomilla, virkavapaalla ja kertaalleen alkoholin vuoksi hoidossa. Toisaalta myös eläkevuodet ovat olleet vaikeita. Alkoholinkäyttö on lisääntynyt ja välillä on ollut pitkiä ryppypputkia. Eläkevuosina TT on vetäytynyt entistä enemmän kuoreensa.

TT ei muista, milloin hän havaitsi itsessään ensimmäisen kerran psyykkisiä oireita. Hän kertoo alkaneensa nähdä asioita, joita toiset eivät nähneet. Kun hän ihmetteli näkemäänsä ääneen, muut huomauttivat siitä ja hän meni noloksi. TT on aina kärsinyt unettomuudesta. Unta hän ei ole saanut ilman unilääkkeitä. TT uskoo omaavansa ylikuonnollisia kykyjä ja epäilee, että tilastokeskuksella on tiedot kaikista hänen elämäntapahtumistaan.

Varsinkin henkirikosta edeltänyt vuosi on ollut raskas. Äidin kuoleman jälkeen TT joutui turvautumaan mielisairaalahoittoon. Juuri ennen henkirikosta TT kertoo olleensa erittäin huonossa kunnossa. Hän ei pystynyt lain-

kaan nukkumaan. Vaikka hän vaihtoi makuusijaa ja huonetta, iso joukko äänettämiä hahmoja seurasi häntä. Hän kuuli ääniä ja vietti ”kauhuöitä”. TT odotti jonkun tulevan ja ampuvan hänet. Henkirikoksesta TT sanoo, että ”siinä oli kai pahoja voimia yllyttämässä – ääntä niin paljon”.⁶

Esitetyt tapausselostukset kuvaavat niiden eläkeläisten asemaa, jotka mielentilatutkimuksessa on todettu ymmärrystä vailla oleviksi. Vaikka ensimmäisessä tapausselostuksessa fyysinen sairaus edelsi psyyken ongelmia, keskeinen syy ymmärrystä vailla olevien eläkeläistymiseen ovat olleet psyyken ongelmat. Tämä vastaa myös eläkeläistymisen yleistä kuvaa koko väestössä: nuorissa ja keski-ikäisissä ikäryhmissä, joihin tutkimusaineiston eläkeläiset pääosin kuuluvat, mielenterveyden häiriöt ovat poikkeuksellisen usein esiintyvä eläkeperuste.⁷

Toisaalta edellä esitetyt tapausselostukset täydentävät lapsuutta ja nuoruutta koskevien jaksojen tuloksia. Kysymyksessä olevat henkilöt ovat edenneet pitkälle aikuisikään ilman, että heidän elämänympäristössään tai heillä itsellään olisi ilmennyt vakavia ongelmia. Kuten aikaisemmin todettiin, mielentila-aineistossa näitä tapauksia esiintyy lähinnä ymmärrystä vailla olevilla. Sitävastoin täydessä ymmärryksessä ja täyttä ymmärrystä vailla olevien lähtökohdat, kasvuympäristö ja oma käyttäytyminen muodostuivat jo varhaisvaiheessa selvästi ongelmallisemmiksi.

17.2. Perhesuhteet

Edellä esitetyt tapausesimerkit kertoivat eläkeläistymisen ohella myös sosiaalisesta eristyneisyydestä ja aikuisiän ihmissuhdeongelmista. Niin kiinnostavia kuin sosiaaliin suhteisiin liittyvät kysymykset ovatkin, niiden tutkimisen tekee hankalaksi se, että ihmissuhteita ja niistä syrjäytymistä on tutkimusaineiston perusteella vaikea muokata operationaalisten muuttujien muotoon. Vaikka tutkimusaineistossa esiintyy runsaasti mainintoja sosiaalisesta syrjäytymisestä, ilmiön eri puolet ja sitä koskevat yksilölliset kokemukset eivät ole tilastollisesti käsiteltävällä tavalla yhteismitallisia. Tästä syystä sosiaalisten suhteiden tarkastelussa on lähdetty liikkeelle vakioratkaisusta.

Ihmissuhteiden eräs perusindikaattori ovat tiedot siviilisäädystä. Vaikka muuttuja on karkea ja monin tavoin problemaattinen,⁸ sillä on ainakin suuntaa-antava merkitys läheisiä ihmissuhteita arvioitaessa. Siviilisäädyn suhteen aineisto on luo-

⁵ Mielentilatutkimus 10117.

⁶ Mielentilatutkimus 9967.

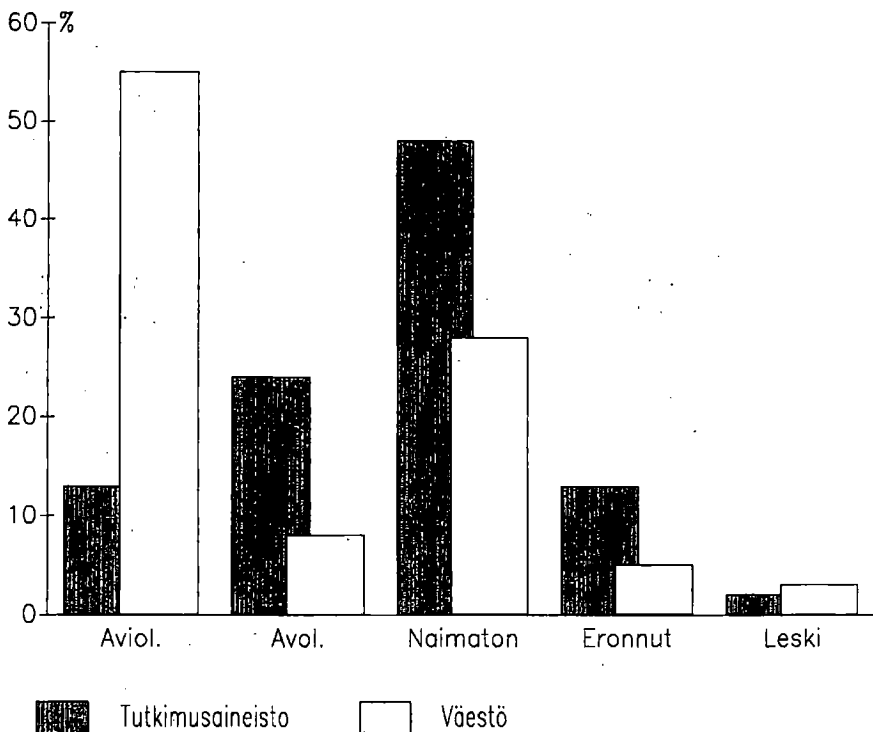
⁷ Achté, Alanen ja Tienari (I), s. 341–342.

⁸ Vrt. Järventie, Perä-Rouhu, Palonen ja Lönnqvist, s. 22–23.

kiteltu viiteen kategoriaan: avioliitto, avoliitto, naimaton, eronnut ja leski. Siviilisäätyä koskevat tiedot on tutkimuksessa luokiteltu rikoshetken todellisen tilanteen, ei poliisitutkintapöytäkirjaan merkittyjen virkatodistustietojen perusteella. Jos esim. aikaisemmin eronnut tai leski on rikoshetkellä avosuhteessa, luokituksena on avoliitto. Avoliiton kriteerinä on käytetty yhdessä asumista.

Kuten aikaisemminkin, tarkastelu aloitetaan suhteuttamalla tutkimusaineisto työikäiseen väestöön. Siviilisäätyjakautumasta kertoo kuva 7. Kuvan 7 mukaan tutkimusaineistossa korostuu parisuhteiden harvalukuisuus ja parisuhteen ulkopuolella olevien yleisyys. Avioliitossa on tutkimusaineistoon kuuluvista vain 13 %, ELO-86-tutkimuksessa 55 %. Sen sijaan avoliittoja esiintyy tutkimusaineistossa jonkin verran valtaväestöä enemmän (tutkimusaineistossa 24 %, ELO-86-tutkimuksessa 8 %). Parisuhteiden kokonaismäärä jää tutkimusaineistossa kuitenkin selvästi alle valtaväestön lukujen (tutkimusaineistossa 37 %, ELO-86-tutkimuksessa 63 %).

Vastaavasti parisuhteen ulkopuolella olevien osuus nousee tutkimusaineistossa

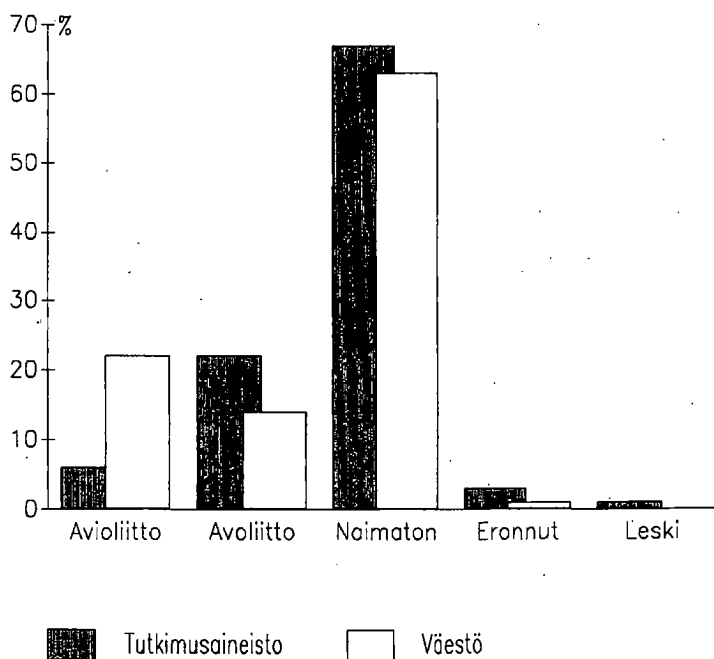


Kuva 7. Siviilisäätyjakautuma tutkimus- ja ELO-86-aineistossa (%).

korkealle. Naimattomia oli 48 %, ELO-86 -tutkimuksessa ainoastaan 28 %. Myös eronneita oli tutkimusaineistossa enemmän, 13 %, kun vastaava luku valtaväestössä jäi 5 %:iin. Leskien osuus muodostui kummassakin tapauksessa alhaiseksi.

Tutkimusaineiston siviilisäätajakautuma vastaa aikaisempia mielentila-aineistoa koskevia tutkimustuloksia. Eri tutkimuksissa avioliitossa olevien osuus on yleensä liikkunut 10–20 % välillä. Avoliittoja ei aikaisemmissa tutkimuksissa ole rekisteröity, joten vertailukohtaa tältä osin ei ole. Avoliittojen huomioon ottaminen vähentää tässä tutkimuksessa lähinnä naimattomien määrää. Aikaisemmissa tutkimuksissa naimattomien osuus on vaihdellut 60–70 % vaiheilla, tässä tutkimuksessa jäädään alle 50 %:in. Eronneiden osuus on kautta linjan ollut erittäin yhdenmukainen, 10–20 % välillä ja leskien merkitys häviävän pieni.⁹ Näin ollen kaikissa tutkimuksissa erot valtaväestöön ovat olleet selvät.

Siviilisäätymuuttujaa rasittaa kuitenkin sama ongelma kuin aikaisemmin koulutustasomuuttujaa. Siviilisäätö on voimakkaasti ikäkausisidonnainen ilmiö. Tästä syystä siviilisäätajakautumaa on tarkasteltava myös ikäluokittain. Kuvassa 8 tutki-

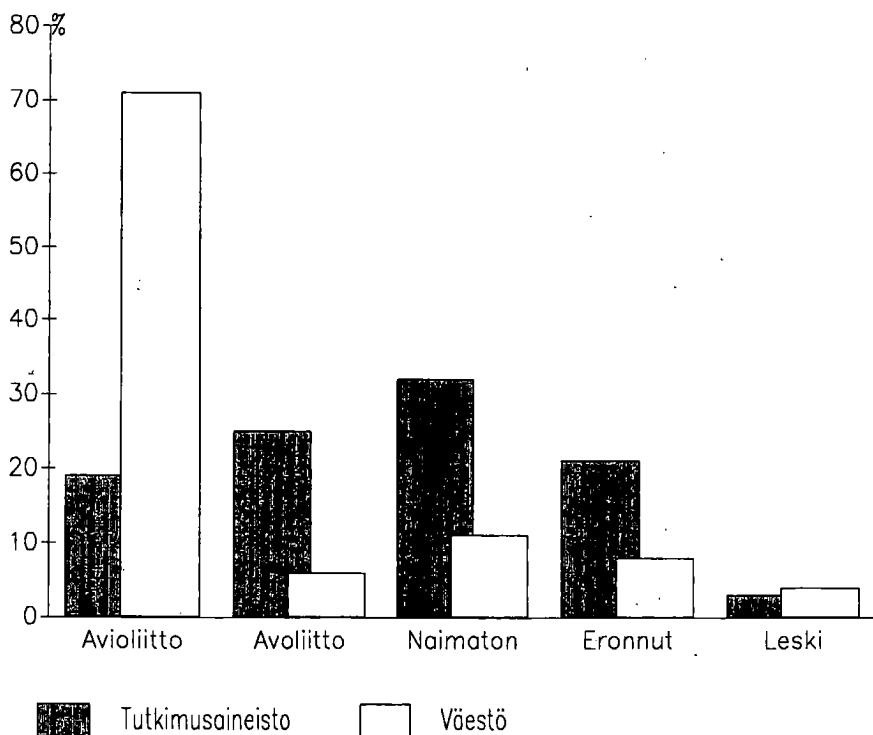


Kuva 8. 15–29-vuotiaiden siviilisäätajakautuma tutkimus- ja ELO-86-aineistossa (%).

⁹ Ihalainen ja Miettinen, s. 13; Joukamaa ja Tuovinen, s. 8 ja kalvo 4; Keisu ja Wagner-Prenner, s. 79.

musaineiston 15–29-vuotiaita on verrattu ELO-86 -tutkimuksen samaan ikäryhmään. Tutkimusaineiston 15–29-vuotiaista parisuhteisia on 28 %, ELO-86 -tutkimuksessa 36 %. Vaikka parisuhteiden kokonaismäärä liikkuu samalla tasolla, parisuhteiden sisällössä on eroa sikäli, että tutkimusaineistossa painottuvat avioliitot, valtaväestössä avioliitot. Kumpaakin ryhmää hallitsee kuitenkin selvästi parisuhteen ulkopuolella olevien naimattomien suuri osuus. Naimattomia on tutkimusaineiston 15–29-vuotiaissa 67 %, ELO-86 -tutkimuksen vastaavissa ikäryhmissä 63 %.

Sitävastoin vanhemmassa, yli 30-vuotiaiden ikäryhmässä erot ovat huomattavasti suuremmat. Niistä kertoo kuva 9. Tutkimusaineistoon kuuluvista yli 30-vuotiaista avioliitossa oli 19 %, kun työikäisessä väestönosassa vastaava prosenttiluku kohosi 71 %:iin. Vaikka tutkimusaineistossa avioliitot olivat tässäkin tapauksessa yleisempiä (25 %) kuin ELO-86 -tutkimuksessa (6 %), kokonaissaldo parisuhteiden osalta oli tutkimusaineistossa ratkaisevasti alem-



Kuva 9. Yli 30-vuotiaiden siviilisäätajakautuma tutkimus- ja ELO-86-aineistossa (%).

pi. Yli 30-vuotiaista parisuhteisia oli tutkimusaineistossa yhteensä vain 34 %, työikäisessä väestönosassa 77 %.

Kaiken kaikkiaan ikäryhmätarkastelu kertoo siis siitä, että sosiaalisissa suhteissa havaittavat erot tutkimusaineiston ja koko väestön välillä kasvavat iän myötä. 15–29-vuotiaat muistuttavat vielä ominaisuuksiltaan koko väestöä, koska kaikkia tämänikäisiä leimaa vakiintuneiden parisuhteiden vähäisyys. Sen sijaan 30 vuotta ylittäneissä ikäluokissa sosiaalinen eristyneisyys, parisuhteiden vakiintumattomuus ja niiden ulkopuolelle jääminen tulevat tutkimusaineistossa korostuneesti esiin. Tutkimusaineistossa avioidutaan keskimääräistä harvemmin tai kun avioidutaan, erotaan selvästi tavanomaista useammin.

Tutkimusaineiston sisäisen vertailun kannalta kiinnostava kysymys on se, kytkeytyvätkö sosiaalinen eristyneisyys ja syyntakeisuus toisiinsa. Sosiaalisten suhteiden osalta odotusarvo on luonnollisesti se, että kaikkein voimakkaimmin sosiaalisista suhteista syrjäytyneitä ovat ymmärrystä vailla olevat. Sisältyyhän voimakas sosiaalinen eristäytyminen ja ihmissuhteista vetäytyminen jo monien mielisairauksien määritelmään. Seuraavissa tapausselostuksissa mielisairaiden sosiaalinen eristäytyminen nousee hyvin konkreettisesti esille:

Pohjois-Suomessa asuva KK kertoo elämänsä menneen täysin pieleen. Hän joutui aikanaan keskeyttämään ammattikoulun tuskaisuuden, unettomuuden, sulkeutuneisuuden, jännitysoireiden ja keskittymisvaikeuksien vuoksi. Koulun keskeyttämisen jälkeen hän oli kotitilan töissä ja työttömänä, kunnes alkoi muutamia vuosia sitten saada työkyvyttömyyseläkettä.

Parin viime vuoden aikana KK on ollut psyykkisistä syistä täysin kyvytön liikkumaan yksin kotipiiriin ulkopuolella. Sukulaisten seurassa hän on käynyt asioimassa kylän kioskillä. Kodin ulkopuolisia ihmissuhteita hänellä on aina ollut niukasti, seurustelusuhteita ei lainkaan. Vastakkainen sukupuoli tuntuu KK:sta täysin luoksepääsemättömältä ja pelottavalta.¹⁰

NN:n lapsuudenolot olivat vaikeat. 8-lapsinen perhe asui sosiaalilautakunnan avustuksella 40 neliömetrin mökissä vailla mukavuuksia. Perheen isä oli alkoholiongelmainen pienviljelijä-metsuri, joka oli pääasiassa työttömänä. Äiti kärsi mielenterveyden häiriöistä ja häntä käytettiin mielisairaalahoidossa NN:n ollessa lapsi. Lapsena NN oli tavallista arempi ja säikympi. Hän pelkäsi vieraita ihmisiä, piiloutui heitä vintille vaatekomeroon tai juoksi metsään karkuun. NN oppi erittäin hitaasti puhumaan eikä vielä kouluikään mennessä puhunut kunnolla.

Koulussa NN viihtyi huonosti. Kotona hän valitti, ettei koulussa kulu aika. Muut oppilaat pilkkasivat häntä huonojen vaatteiden takia, NN itse hangoiteli vastaan. Usein hän viimeistään linja-autopysäkiltä kääntyi takaisin kotiin eikä jäänyt odottamaan koulukuljetusta. 8-vuotiaana tehdyissä psykologin

¹⁰ Mielentilatutkimus 9996.

tutkimuksissa NN kertoi näkevänsä unia autokolareista, pelkäävänsä pimeää, susia ja mörköjä. Hän kärsi myös rinta- ja vatsakivuista. Näiden kipujen vuoksi NN vapautettiin koulusta kolmannen luokan kevätlukukaudeksi. 14-vuotiaana tapahtuneen onnettomuuden jälkeen NN eristäytyi yhä enemmän omiin oloihinsa ja jätti lopulta koulun kesken.

Työelämässä NN on ollut vain lyhyen aikaa. Koulun jälkeen hän oli kaksi vuotta tie- ja ratatyömaalla ja meni sitten armeijaan. Armeijasta päästyään NN ei ole käynyt vakituisesti töissä. Muutamia lyhyitä maatalouslomituksia sukulaistaloissa on ollut. NN on kärsinyt kroonisesta unettomuudesta – unta ei tule kuin viinan voimalla – sekä erilaisista sairauten tunnoista ja -peloista. Myös alkoholin käyttö on jatkuvasti lisääntynyt.

Henkirikosta edeltävänä vuonna NN haki työkyvyttömyyseläkettä. Hän valitteli viranomaisille tilanteensa toivottomuutta ja kertoi ”henkisten eväiden” olevan loppu. NN tunsu ympärillään läpipääsemättömän muurin. Viranomaisten luona asioidessaan hän katseli maailmaa sormiensa lävitse ja oli ihmisarka. NN ilmoitti, ettei hänellä ollut muuta mahdollisuutta kuin saada eläke tai kuolla nälkään, koska hän ei toistenkaan elätettävänä halunnut olla. NN epäili tulevaisuutta; vaikka saisikin eläkkeen, miten saisi ajan kulumaan vai päättäisikö päivänsä.

Ennen rikosta NN ajautui henkiseen kriisiin. Kaksi vuorokautta ennen kriminaalitekoa paikalliseen terveyskeskukseen oli hakeutunut 32-vuotias mies. Hoitavalle lääkärille hän kertoi järkensä menneen ja toivottomuuden painavan päälle. Hän halusi päästä pikaisesti hoitoon. Terveyskeskuksesta NN passitettiin läheiseen mielisairaalaan. Tilanpuutteesta johtuen hän ei kuitenkaan päässyt sisälle, mutta hänelle luvattiin paikka viikon päästä. NN koki kaiken toivonsa menneen. Hän oli varma siitä, että sairasti parantumatonta tautia ja että hänellä oli vain kolme vuorokautta elinaikaa. Hänen äitinsä löysi kotoa vyöstä ja narusta tehdyn hirttosilmukan ja NN:n nimellä kirjoitettuja kuolinilmoituksia. NN kuvitteli sairastavansa mahasyöpää – vatsa tuntui olevan aivan tukossa. NN alkoi ryypätä saadakseen nukkua edes vähän.

Alkaneen ryypypyputken aikana hän surmasi setänsä. NN ja hänen setänsä joivat kotitalon pihamaalla viinaa. Yhtäkkiä NN nousi ja meni käymään sisällä. Hän kertoo ottaneensa eteisen komerosta isänsä Baikal -merkkisen haulikon ja kamarin lipaston laatikosta kaksi sinistä patruunaa. Pihamaalle palattuaan hän ampui setänsä kaksi kertaa rintaan. NN ei osaa kertoa syytä rikokseen. Minkäänlaista riitaa ei ollut. NN kertoo tulleen ”heikkoon ja sekavaan tilaan ja levottomaksi, kuin ei olisi ollut oma itsensä”.¹¹

Siitä kuinka hyvin oletus psyykkisen sairastavuuden ja sosiaalisten suhteiden välisestä yhteydestä toteutuu syyntakeisuusryhmien välisessä vertailussa, kertoo taulukko 28.

¹¹ Mielentilatutkimus 10338.

Taulukko 28. Siviilisäätynä avio- tai avoliitto (%).

Avio- tai avoliitossa	Täydessä ymmärryksessä	Täyttä ymmärrystä vailla	Ymmärrystä vailla
Kyllä	36	38	38
Ei	64	62	62
Yhteensä	N=88	N=141	N=47

Taulukon 28 mukaan parisuhteiden prosenttiosuus ei vaihtelee mielentilaryhmästä toiseen, vaan on jakautumaltaan erittäin tasainen (Khi²-arvo 0.05 vapausasteella 2, tilastollisesti ei merkitsevä). Täydessä ymmärryksessä olevista parisuhteisista on 36 %, täyttä ymmärrystä vailla ja ymmärrystä vailla olevista 38 %. Näin ollen läheisiä ihmissuhteita kuvaava muuttuja ei tutkimusaineiston sisällä erottele syyntakeisuusryhmiä toisistaan. Siitä huolimatta että ymmärrystä vailla olevien ryhmästä löytyvät sosiaalisen eristyneisyyden ääriesimerkit, parisuhteiden määrällisessä vertailussa vastaava tendenssi ei näy.

Yhteenvetona siviilisäätajakautumaa käsittelevästä tarkastelusta voidaan siis todeta, että sosiaalisten suhteiden osalta tutkimusaineisto eroaa valtaväestöstä sitä selvemmin, mitä vanhemmasta ikäluokasta on kysymys. Siviilisäätajakautumassa erottuvat erityisesti ei-parisuhteessa olevat yli 30-vuotiaat. Sen sijaan syyntakeisuusryhmien välillä ei ainakaan parisuhteiden määrän perusteella voida havaita eroja. Toisaalta tapausselostukset viittaavat siihen, että eristäytymisen aste todennäköisesti on syvin ymmärrystä vailla olevilla. Sosiaalisen eristäytymisen laadulliseen mittaamiseen käytössä oleva aineisto ei kuitenkaan tarjoa mahdollisuuksia.

17.3. Sosiokulttuurinen ympäristö

Eräs sosiaalisten suhteiden indikaattori on sosiokulttuurinen ympäristö, jolla tässä tapauksessa tarkoitetaan rikoksenteikijän asuin ympäristöä. Taulukossa 29 on tarkasteltu eri syyntakeisuusryhmien jakautumista asuinpaikkansa mukaan.¹²

¹² Taulukossa 29 tapausten kokonaismäärä on 274, koska kahden rikoksenteikijän asuinpaikkana on Ruotsi.

Taulukko 29. Rikoksentekijän asuinpaikka suuralueittain (%).

Suuralue	Täydessä ymmärryksessä	Täyttä ymmärrystä vailla	Ymmärrystä vailla
Uusimaa	27	31	15
Muu Etelä-Suomi	35	31	21
Väli-Suomi	13	16	30
Itä- ja Pohjois-Suomi	25	22	34
Yhteensä	N=88	N=139	N=47

Taulukossa 29 kolme ilmenevät erot ovat tilastollisesti merkitseviä (χ^2 -arvo 12.85 vapausasteella 6, $p < .05$). Uudellamaalla ymmärrystä vailla olevien suhteellinen osuus on alhaisin. Uudellamaalla asuvia on koko aineistosta 27 %, mutta ymmärrystä vailla olevista vain 15 %. Myös muissa Etelä-Suomen lääneissä ymmärrystä vailla olevien aliedustus on selvä (31 % tutkimusaineistosta, 21 % ymmärrystä vailla olevista). Sitä vastoin Väli-Suomessa ymmärrystä vailla olevien prosenttiosuus kohoa voimakkaasti. Näillä alueilla asuu 17 % tutkimusaineistosta, 34 % ymmärrystä vailla olevista. Samaa luokkaa oleva yliedustus on myös havaittavissa Itä- ja Pohjois-Suomessa (25 % aineistosta, 34 % ymmärrystä vailla olevista).

Toinen alueellisen jakautumisen kannalta keskeinen jaottelu on jako kaupunkeihin, taajamiin ja haja-asutukseen. Näiden suhteen tutkimusaineisto on jaettu niin, että kaupunkeja ja taajamia on tarkasteltu yhtenä ryhmänä ja verrattu näitä haja-asutukseen. Väestötilastossa taajaman alarajana on 200 asukkaan rakennusryhmä, jossa rakennusten väli ei yleensä ole 200 metriä suurempi. Ne yhdyskunnat, jotka täyttävät tämän taajaman määritelmän, on ilmoitettu väestölaskennan kuntakohtaisissa tiedoissa.¹³ Näitä väestölaskennan tietoja on käytetty ensisijaisena kriteerinä tutkimusaineistoa jaoteltaessa. Jos mielentilalausunnossa on mainittu sekä rikoksentekijän asuinkunta että asuinkylä, luokittelu on tehty suoraan väestölaskentatietojen perusteella.

Tämän ohella on lähdetty siitä, että maa- ja metsätaloudessa toimivat on luokiteltu haja-asutusalueella asuviksi, jollei tapausselostuksesta selvästi muuta ilmene (esim. taajamassa asuva metsuri).¹⁴ Jos mielentilalausuntoon ei sisälly mitään mainintaa taajama- tai haja-asutuksesta, luokittelu on tehty asuinkunnan perusteella. Jos asuinkunnan taajama-aste on yli 50 %, rikoksentekijä on luokiteltu taajama-

¹³ Väestölaskenta 1985, s. 28, 67–121.

¹⁴ Vrt. Koivula – Pajujoja, s. 32–33, jonka mukaan 1980-luvun puolivälissä runsaat 50 % metsureista asui taajamissa.

asukkaaksi, jos taajama-aste jää alle 50 %:n, asuinpaikaksi on merkitty haja-asutus.

Taulukossa 30 on tarkasteltu tutkittavien asuinalueita eri syyntakeisuusryhmissä.

Taulukko 30. Rikoksenteikijän asuinpaikkana haja-asutusalue (%).

Asuinpaikka haja-asutus	Täydessä ymmärryksessä	Täyttä ymmärrystä vailla	Ymmärrystä vailla
Kyllä	16	14	43
Ei	84	86	57
Yhteensä	N=88	N=141	N=47

Koko tutkimusaineistossa haja-asutusalueella asuvia on 20 %. Luku on jonkin verran alempi kuin koko maan lukema, joka tässä tapauksessa perustuu tutkimusajankohtaa edeltäneeseen vuoden 1985 väestölaskentaan. Kyseisessä väestölaskennassa haja-asutusalueella asui 24 % väestöstä.¹⁵ Taulukon 30 mukaan aineiston sisäiset erot ovat tilastollisesti erittäin merkitseviä (χ^2 -arvo 19.12 vapausasteella 2, $p < .001$). Ymmärrystä vailla olevista asuu maaseudun haja-asutusalueella 43 %, täyttä ymmärrystä vailla olevista 14 % ja täydessä ymmärryksessä olevista 16 %.

¹⁵ Väestölaskenta 1985, s. 67.

XVIII TUTKITTAVIEN HOITO- JA RANGAISTUSHISTORIA

18.1. Aikaisempi mielisairaalahoito

Hoito- ja rangaistushistoriaa kuvaavilla muuttujilla on henkirikollisten aikuisiän suhteen sama merkitys kuin nuoruusiässä kouluviranomaisten merkinnöillä. Ne luovat ulkoisen näkökulman tutkittavien elämään. Hoitohistorian osalta tutkimuksessa on käytetty kahta pääkriteeriä: aikaisempaa psykiatrista sairaalahoitoa ja alkoholiongelmien liittyvää hoitohistoriaa.

Mielisairaalapaikkojen määrä on viime vuosikymmeninä nopeasti laskenut noin 20 000:n tasolta 6 000–7 000:een.¹ Mielisairaanhoidon huippukautena 7–8 % väestöstä oli joskus elämässään ollut suljetussa laitoshoidossa.² Nykyisessä työikäisessä väestössä arviot liikkuvat 2–4 % tasolla. Vankipopulaatiossa lukemat ovat selvästi suuremmat. Matti Jookamaan tutkimuksen mukaan psykiatrisessa sairaalahoidossa oli ollut vuoden 1985 vangeista 24 % ja vuonna 1992 20 %.³ Vastaava laskeva suuntaus on havaittavissa myös mielentilatutkimukseen määrättyjen kohdalla. 1970-luvun lopulla mielisairalahoidossa olleiden prosenttiosuus nousi 43 %:iin,⁴ vuonna 1980 se oli 40 %⁵ ja tutkimusaineistossa se oli pudonnut 28 %:iin.⁶

Sitä millainen suljetussa psykiatrisessa sairaalahoidossa olleiden osuus on eri syynätakeisuusryhmissä, kuvaa taulukko 31.

¹ Hakola (1992), s. 318; Salo, s. 105.

² Lehtinen ym. (1993), s. 204.

³ Matti Jookamaan alustus terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen ja vankeinhoidon koulutuskeskuksen seminaarissa "Onko mielentilassa mieltä" 24.11.1994.

⁴ Jookamaa ja Tuovinen, kalvo 11.

⁵ Keisu ja Wagner-Prenner, s. 96.

⁶ Tässä tutkimuksessa mielisairalahoitajien laskennallista määrää vähentää hieman se, että psykiatriseksi sairaalahoidoksi ei ole luokiteltu mielisairaalassa suoritettua katkaisuhuitoa silloin, kun katkaisuhuitoon ei ole liittynyt muiden psykyen häiriöiden hoitamista. Nämä tapaukset on luokiteltu päihdehuollon piiriin kuuluviksi.

Taulukko 31. Aikaisempi mielisairaalahoito (%).

Ollut hoidettava mielisairaalassa	Täydessä ymmärryksessä	Täyttä ymmärrystä vailla	Ymmärrystä vailla
Kyllä	9	28	60
Ei	91	72	40
Yhteensä	N=88	N=141	N=47

Aikaisemman mielisairaalahoidon suhteen syyntakeisuusryhmien väliset tilastolliset erot ovat erittäin merkitseviä (χ^2 -arvo 39.49 vapausasteella 2, $p < .001$). Ymmärrystä vailla olevista valtaosa eli 60 % oli aikaisemmin ollut mielisairaalahoidossa. Sitävastoin muissa syyntakeisuusryhmissä tilanne on päinvastainen: kokemuksia mielisairaalahoidosta ei yleensä ollut. Täyttä ymmärrystä vailla olevista psykiatrisessa sairaalahoidossa on ollut 28 %, täydessä ymmärryksessä olevista vain 9 %.

Samansuuntaisiin tuloksiin on aikaisemmin tultu Joukamaan ja Tuovisen tutkimuksessa. Joukamaan ja Tuovisen aineistossa 66 % ymmärrystä vailla olevista oli aikaisemmin ollut psykiatrisessa sairaalahoidossa. Muihin syyntakeisuusryhmiin mentäessä luku asteittain laski: täyttä ymmärrystä vailla olevista mielisairalahoidossa oli ollut 42 %, täydessä ymmärryksessä olevista 27 %.⁷ Kiinnostavana yksityiskohtana Joukamaan ja Tuovisen tutkimukseen verrattaessa on se, että mielisairalahoidossa olleiden määrä ei syyntakeettomilla juuri poikennut tämän tutkimuksen luvuista (Joukamaalla ja Tuovisella 66 %, tässä tutkimuksessa 60 %). Sitävastoin täyttä ymmärrystä vailla ja täydessä ymmärryksessä olevilla mielisairalahoido oli Joukamaalla ja Tuovisella selvästi yleisempää. Kun heidän aineistossaan täyttä ymmärrystä vailla olevista 42 % oli ollut psykiatrisessa sairaalahoidossa, tässä tutkimuksessa vastaava luku jää 28 %:iin. Vastaavasti täydessä ymmärryksessä olevilla prosenttiluvut ovat 27 % ja 9 %. Näin ollen mielisairalahoidon käyttöalueen supistuminen ei niinkään näy ymmärrystä vailla olevilla, joilla psyyken häiriöiden aste on syvin ja jotka diagnostisesti sijoittuvat perinteisten mielisairauksien sektorille. Sen sijaan täyttä ymmärrystä vailla ja täydessä ymmärryksessä olevilla psykiatrisen sairaalahoidon määrissä näyttää tapahtuneen selvää laskua. Toisena näiden syyntakeisuusryhmien lukuja laskevana tekijänä on se, että mielisairaalassa tapahtunutta katkaisuhoidtoa ei tässä tutkimuksessa ole tilastoitu mielisairaala- vaan alkoholiongelmien hoidoksi.

Edellä mainituista eroista huolimatta tutkimustulokset ovat yhdenmukaisia siinä, että valtaosa ymmärrystä vailla olevista on aikaisemmin ollut psykiatrisessa sairaala-

⁷ Joukamaa ja Tuovinen, kalvo 23.

lahoidossa ja toisaalta selvä enemmistö muista syyntakeisuusryhmistä ei ole ollut. Täydessä ymmärryksessä ja täyttä ymmärrystä vailla olevien keskinäiset erot ovat tutkimusaineistossa lähinnä vivahde-eroja: täyttä ymmärrystä vailla olevilla psykiatrasta sairaalahoitoa on esiintynyt jonkin verran enemmän kuin täydessä ymmärryksessä olevilla.

18.2. Alkoholiongelmien hoitohistoria

Tässä tutkimuksessa alkoholiongelmien hoitohistoriaan on luettu kaikki päihdehuollon toimenpiteet. Kuten edellisessä jaksossa on todettu, päihdehuoltoon on luokiteltu myös mielisairaalassa suoritettu katkaisuhuolto silloin kun muita psyyken ongelmia ei ole ilmennyt. Muita rekisteröityjä päihdehuollon toimenpiteitä ovat olleet alkoholistihuoltola-, sosiaalisairaala- yms. laitossijoitukset ja A-klinikkapalvelut.

Alkoholiongelmien hoitohistoria on tutkimusaineistossa 38 %:lla tutkittavista. Tasoltaan tämä vastaa Matti Joukamaan vankitutkimusten tuloksia.⁸ Taulukossa 32 on kuvattu alkoholiongelmien hoitohistoriaa syyntakeisuusryhmittäin.

Taulukko 32. Alkoholiongelmien hoitohistoria (%).

Ollut alkoholin vuoksi hoidossa	Täydessä ym- märryksessä	Täyttä ymmär- rystä vailla	Ymmärrystä vailla
Kyllä	39	37	34
Ei	61	63	66
Yhteensä	N=88	N=141	N=47

Alkoholiongelmien hoitohistoriassa syyntakeisuusryhmien välillä ei ole tilastollisesti merkitsevää eroa (χ^2 -arvo 0.69 vapausasteella 2). Alkoholiongelmien hoitohistoriaa esiintyy eniten täydessä ymmärryksessä olevilla (39 %). Tästä hoitohistorian määrä asteittain laski syyntakeisuusarvion mukana. Täyttä ymmärrystä vailla olevilla hoitohistoria on 37 %:lla ja ymmärrystä vailla olevilla 34 %:lla.

Vaikka alkoholiongelmien aikaisemmassa hoidossa ei eroja juuri esiintynyt,

⁸ Vuoden 1985 vangeista 26 % oli ollut hoidossa A-klinikalla, 27 % katkaisuasemalla. Vuonna 1992 vastaavat luvut olivat 33 % ja 30 %. Koska samat henkilöt oli voitu tilastoida molempiin kategorioihin, Joukamaan luvut vastaavat tekstissä esitettyä tasoa (Matti Joukamaan alustus terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen ja vankeinhoidon koulutuskeskuksen seminaarissa "Onko mielentilassa mieltä" 24.11.1994).

alkoholiongelmat eivät kuitenkaan ole samanlaisia syyntakeisuusryhmästä toiseen. Tätä ilmentää diagnoosin alkoholiriippuvuus (3039X) epätasainen jakautuminen. Koko tutkimusaineistossa alkoholiriippuvuus esiintyi 54 %:lla tutkittavista. Luku vastaa aikaisempien väkivalta- ja vankitutkimusten keskimääristä tasoa. Esimerkiksi Matti Joukamaan vankitutkimuksessa alkoholiongelmaisia oli 44 %⁹ ja Juhani Mattilan väkivaltatutkimuksessa 73 %.¹⁰

Syyntakeisuusryhmien välisistä eroista kertoo taulukko 33, johon on koottu kaikki tutkimusaineistossa esiintyvät alkoholiriippuvuusdiagnoosit (pää- ja sivudiagnoosit).

Taulukko 33. Diagnoosina alkoholiriippuvuus (%).

Diagnoosina alko- holiriippuvuus	Täydessä ym- märryksessä	Täyttä ymmär- rystä vailla	Ymmärrystä vailla
Kyllä	66	55	30
Ei	34	45	70
Yhteensä	N=88	N=141	N=47

Alkoholiriippuvuuden esiintymisessä havaitut erot ovat tilastollisesti erittäin merkitseviä (K χ^2 -arvo 16.22 vapausasteella 2, $p < .01$). Tutkimusaineiston sisällä vähäisintä alkoholiriippuvuus on ymmärrystä vailla olevien ryhmässä, jossa se esiintyy 30 %:lla. Tästä alkoholiriippuvuuden määrä kohoaa asteittain siirryttäessä kohti täydessä ymmärryksessä olevia. Täyttä ymmärrystä vailla olevilla alkoholiriippuvuus ilmenee 55 %:lla ja täydessä ymmärrystä olevilla 66 %:lla.

Näin ollen alkoholiriippuvuuden esiintyminen on tutkimusaineistossa käänteistä verrattuna syyntakeisuusarvioon. Mitä lähemmäs täydessä ymmärryksessä olevia tullaan, sen suuremmiksi nousevat alkoholiongelmat. Myös tässä suhteessa selvin rajalinja kulkee ymmärrystä vailla olevien ja muiden syyntakeisuusryhmien välillä. Ymmärrystä vailla oleville ominaista on alkoholiriippuvuuden suhteellisen alhainen aste. Sen sijaan täydessä ymmärryksessä ja täyttä ymmärrystä vailla olevien keskinäiset erot ovat lähinnä vivahde-eroja. Täydessä ymmärryksessä olevilla sekä alkoholiriippuvuuden esiintyminen päädiagnoosina että kokonaisesiintyvyys nousee jonkin verran täyttä ymmärrystä vailla olevia korkeammalle.

Alkoholiongelmien läheisesti liittyvää päihde-, lääkeaine- tai huumeriippuvuutta (pääluokka 304) ilmenee tutkimusaineistossa 4 %:ssa tapauksia (N=11). Tämä prosenttiluku on hieman alempi kuin Joukamaan vankitutkimuksissa, joissa sään-

⁹ Joukamaa, s. 103.

¹⁰ Mattila, s. 52.

nöllisiä huumeiden käyttäjiä on ollut 6–9 % vangeista.¹¹ Päihde-, lääkeaine- tai huumeriippuvuuden jakautuminen eri syyntakeisuusryhmiin noudattelee alkoholi-riippuvuuden jakautumaa. Läheisestä yhteydestä alkoholiriippuvuuteen kertoo se, että kolmea tapausta lukuunottamatta päihderiippuvuus liittyi alkoholiriippuvuuteen.

18.3. Aikaisempi rikollisuus

Rikosrekisterin osalta tutkimusaineisto vastaa tarkalleen pitkän aikavälin päälinjaa. Tutkimusaineistossa rikosrekisteri on 63 %:lla tutkittavista. Keisun ja Wagner-Prennerin tutkimuksen mukaan mielentilatutkimukseen tulleilla henkirikollisilla rikosrekisteri on ollut 60–70 %:lla.¹² Tässä tutkimuksessa rikosrekisteri jakautuu eri syyntakeisuusryhmissä taulukon 34 osoittamalla tavalla.

Taulukko 34. Tutkittavalla rikosrekisteri (%).

Tutkittavalla rikosrekisteri	Täydessä ymmärryksessä	Täyttä ymmärrystä vailla	Ymmärrystä vailla
Kyllä	65	67	49
Ei	35	33	51
Yhteensä	N=88	N=141	N=47

Rikosrekisterin suhteen eri syyntakeisuusryhmien väliset erot eivät ole tilastollisesti merkitseviä (χ^2 -arvo 5.27 vapausasteella 2). Tutkimusaineistossa rikosrekisteri oli 65 %:lla täydessä ymmärryksessä olevista, 67 %:lla täyttä ymmärrystä vailla olevista ja 49 %:lla ymmärrystä vailla olevista.

Eri syyntakeisuusryhmien välisiä rikosrekisterivertailuja on aikaisemmin tehty Joukamaan ja Tuovisen tutkimuksessa. Tällöin rikosrekisteri oli eräs niistä muuttujista, joiden suhteen syyntakeisuusryhmät erosivat toisistaan tilastollisesti merkitsevällä tavalla. Joukamaan ja Tuovisen aineistossa täydessä ymmärryksessä olevista rikosrekisteri oli 67 %:lla, täyttä ymmärrystä vailla olevista 74 %:lla ja ymmärrystä vailla olevista 50 %:lla. Näin ollen ymmärrystä vailla olevista oli ensikertalaisia huomattavasti suurempi osa kuin muista syyntakeisuusryhmistä.¹³

¹¹ Joukamaa, s. 106; Matti Joukamaan alustus terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen ja vankeinhoiton koulutuskeskuksen seminaarissa "Onko mielentilassa mieltä" 24.11.1994.

¹² Keisu ja Wagner-Prenner, s. 94.

¹³ Joukamaa ja Tuovinen, s. 25.

Tämän tutkimuksen aineistossa prosenttijakautuma on samansuuntainen Joukmaan ja Tuovisen tutkimuksen kanssa. Tässä tutkimuksessa syyntakeisuusryhmien ero ei kuitenkaan muodostunut tilastollisesti merkitseväksi, vaikka tuleekin varsin lähelle tätä.

18.4. Yhteenveto

Henkirikollisten elämäntilanteen, hoito- ja rangaistushistorian osalta tulokset on koottu taulukkoon 35.¹⁴ Suurimmat tilastolliset erot ilmenevät kolmessa muuttujassa, työmarkkina-asemassa, asuinpaikassa ja aikaisemmassa mielisairaalahoidossa. Näissä nimenomaan ymmärrystä vailla olevat eroavat selvästi muista. Heidän työmarkkina-asemansa painottuu eläkeläisten suuntaan, asuinpaikkana on usein Itä- ja Pohjois-Suomi ja haja-asutus. Aikaisemmin suljetussa mielisairaalahoidossa olleiden prosenttiosuus nousee erittäin korkeaksi.

Toisaalta täydessä ymmärryksessä ja täyttä ymmärrystä vailla olevia luonnehtii työttömyys. Heidän asuinpaikkansa painottuu voimakkaasti maan eteläosiin ja asutuskeskukseen. Täydessä ymmärryksessä ja täyttä ymmärrystä vailla olevilla korostuvat myös selvästi alkoholiriippuvuus ja aikaisempi rikollisuus. Ryhmät eroavat toisistaan lähinnä siinä, että täyttä ymmärrystä vailla olevilla eläkeläistyminen ja mielisairaanhoido ovat yleisempiä, alkoholiriippuvuus hieman vähäisempää. Erot ovat kuitenkin kaiken kaikkiaan vähäiset.

¹⁴ Yhteenvetotaulukossa 35 lukuarvot on muutettu tähtimerkeiksi seuraavasti:

Taulukko 35. Yhteenveto henkirikollisten elämäntilanteesta, hoito- ja rangaistus-historiasta eri syyntakeisuusryhmissä (%) ja muuttujien tilastollinen merkitsevyys.

Ongelma	Täydessä ymmärryk- sessä	Täyttä ymmär- rystä vailla	Ymmärrystä vailla	Kaikki
Työmarkkina-asema				
aktiiviväestö	31	36	36	35
työttömät	63	43	26	46
eläkeläiset	6	21	38	19 (***)
Perhesuhteet				
avio- tai avoliitossa	36	38	38	37
Asuinpaikka (suur- alueittain)				
Uusimaa	27	31	15	27
Muu Etelä-Suomi	35	31	21	31
Väli-Suomi	13	16	30	17
Itä/Pohjois-Suomi	25	22	34	25 (*)
Asuinpaikka (kau- punki tai taajama)	84	86	57	80 (***)
Ollut mieli- sairaalassa	9	28	60	28 (***)
Alkoholiongelmien hoitohistoria	39	37	34	38
Alkoholiriippu- vuus	66	55	30	54 (**)
Rikosrekisteri	65	67	49	63

* arvo merkitsevä khi²-testin mukaan 5 %:n tasolla.** arvo merkitsevä khi²-testin mukaan 1 %:n tasolla.*** arvo merkitsevä khi²-testin mukaan 0.1 %:n tasolla.

XIX PSYKIATRINEN DIAGNOOSI

Tutkimusaineistossa käytetyt psykiatriset diagnoosit perustuvat vuoden 1987 alussa voimaan tulleen tautiluokitukseen, jonka nimikkeet ja kriteerit ovat amerikkalaisen DSM-III-R-luokitusjärjestelmän mukaiset.¹ DSM-III-R-luokitus on lähtökohdiltaan deskriptiivinen. Siinä pyritään mahdollisimman tarkkaan kliiniseen kuvaukseen ja pyritään välttämään tulkintaa. Samoin luokituksessa vältetään etiologisia, mielenterveyden häiriöiden syihin viittaavia kriteereitä. Poikkeuksena ovat ne orgaaniset häiriöt, joiden etiologian voidaan osoittaa olevan keskushermoston sairauksessa.²

DSM-III-R-luokitus on eräs vastaus siihen kritiikkiin, joka psykiatria on kohdistunut sekä tieteenalan sisältä että ulkopuolelta, lähinnä antipsykiatrian suunnasta. Kyseisen luokitusjärjestelmän myötä eräs antipsykiatrian keskeisistä teeseistä – selkeiden mielenterveyden standardien puuttuminen³ – on siirtynyt historiaan. DSM-III-R-luokitus on eräs askel ketjussa, jonka myötä psykiatria on pyrkinyt kehittämään diagnoosien validiteettia (sitä missä määrin diagnoosit todella ilmaisevat niitä ilmiöitä joita niiden on tarkoitus ilmaista) ja reliabiliteettia (sitä missä määrin potilaasta tehty diagnoosi on vertailukelpoinen toisten psykiatrien samasta potilaasta tekemän diagnoosin kanssa).⁴

DSM-III-R-luokitus on tyypillisesti kuvaileva järjestelmä. Sellaisenaan se on yhä avoin antipsykiatriselle kritiikille, väitteelle siitä ettei mielenterveyden häiriöiden syntytaustaa yleensä tunneta. Psykiatrian puolelta kritiikkiin on vastattu viittaamalla niihin tuloksiin, joita tarkan deskriptiivisen järjestelmän ja siihen perustuvan lääkehoidon avulla on eri psyyken sairauksien hoidossa saavutettu. Tämä vastargumentti on traditionaalinen. Alusta alkaen psykiatrian kehityksessä on lähdetty siitä, että mielenterveyden häiriöiden deskriptio ja hoito usein huomattavastikin edeltävät niiden syiden löytämistä.⁵

¹ Lääkintöhallituksen ohjekirje 8/87, diaarinumero 1549/02/87.

² Mielenterveyden häiriöiden diagnostinen ja tilastollinen ohjeisto DSM-III-R, s. 3–4; Viljanen A, s. 29.

³ Szasz, s. VII, 24–25 ja 136–137.

⁴ Kaplan ja Sadock, s. 103–105; Viljanen A, s. 31–33.

⁵ Rosen, s. 258–262; Viljanen A, s. 37–39.

Suomessa DSM-III-R -luokitusta on noudatettu koko tutkimuskauden ajan. Ainoastaan vuoden 1987 alussa mielentilatutkimuksissa on muutamia kertoja käytetty ICD 8 -luokituksen mukaisia diagnooseja, jotka tutkimuksessa on muutettu DSM-III-R:n mukaisiksi diagnooseiksi.⁶ Lisäksi eräissä tapauksissa on jouduttu muuttamaan ainoastaan sanallisesti ilmaistut diagnoosit DSM-III-R-luokituksen mukaisiksi numero- ja kirjainyhdistelmiksi. Tällöin apuna on käytetty terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen esittelymuistioita, joissa kyseiset diagnoosit on yleensä kirjattu DSM-III-R -luokituksen mukaisina.⁷

Tutkimusaineiston analyysissa diagnostisen perusjaottelun muodostavat DSM-III-R-luokituksen mielenterveyden häiriöitä kuvaavat pääluokat, joita on yhteensä 24 (numerot 290-319). Näiden ohella erillisenä lisäkoodina on huomioitu heikkolahjaisuus (V628A).⁸ Diagnostisen perusjaottelun osalta tutkimus eroaa aikaisemmista mielentila-aineistoa koskevista tutkimuksista. Joukamaan ja Tuovisen tutkimuksessa käytettiin diagnoosien kahdeksanportaista jaottelua: 1) psykoosi, 2) rajatila, 3) luonnehäiriö ja addiktio, 4) neuroosi, 5) lievä häiriö, 6) ei häiriötä, 7) vajaamielisyys ja 8) orgaaninen häiriö.⁹ Joukamaan ja Tuovisen luokittelu perustuu Yrjö Alasen alun perin laatimaan jakoon. Sama jaottelu on ollut myös Keisun ja Wagner-Prennerin lähtökohtana heidän mielentilatutkimusten historiallista kehitystä käsittelevässä tutkimuksessaan.¹⁰ Hieman tästä poikkeavaa luokittelua on sovellettu Ihalaisen ja Miettisen tutkimuksessa. Ihalainen ja Miettinen jaottelivat aineistonsa yhdeksänportaiselle diagnostiselle asteikolle: 1) skitsofrenia, 2) muu psykoosi, 3) rajatila, 4) antisosiaalinen persoonallisuuden häiriö, 5) muu persoonallisuuden häiriö, 6) alkoholi- tai päihderiippuvuus, 7) älyllinen poikkeavuus, 8) neuroosi ja 9) pelkkä tutkimusdiagnoosi.¹¹

Eri tutkimuksissa käytetyt erilaiset luokittelutavat eivät vertailukelpoisuuden kannalta muodosta oleellista ongelmaa, koska aikaisempien tutkimusten diagnooseille on DSM-III-R-järjestelmästä yleensä helposti löydettävissä vastine. Tässä tutkimuksessa käytetty DSM-III-R-luokittelu eroaa aikaisemmista lähinnä siinä, että se on aikaisempia luokituksia hienojakoisempi ja selvin kriteerein perusteltu. Tutkimuksessa on menty aikaisempia tutkimuksia pitemmälle sikäli, että pää-

⁶ ICD 8 -luokitus esiintyi vuoden 1987 alussa viidessä mielentilatutkimuksessa (9958, 9959, 9963, 9969 ja 9974).

⁷ Esittelymuistioiden perusteella diagnooseja on myös täydennetty niissä muutamissa tapauksissa, joissa mielentilatutkimuksen yhteenvedosta on jäänyt pois jokin tutkimuksessa esiintynyt diagnoosi.

⁸ Mielenterveyden häiriöiden diagnostinen ja tilastollinen ohjeisto DSM-III-R, s. 66-72.

⁹ Joukamaa ja Tuovinen, s. 21-22 ja kalvo 22.

¹⁰ Keisu ja Wagner-Prenner, s. 101. Kysymys on tällöin 1950-1980-luvun mielentilatutkimuksista. Varhaisemman mielentila-aineiston suhteen Keisu ja Wagner-Prenner soveltavat yksinkertaisempaa diagnostista luokitusta (Keisu ja Wagner-Prenner, s. 63).

¹¹ Ihalainen ja Miettinen, s. 19-20.

diagnoosien ohella on rekisteröity kaikki tutkittaviin sovelletut DSM-III-R-luokituksen mukaiset sivudiagnoosit.¹² Nämä on erikseen kirjattu tutkimuksen liite-osaan.

Tarkastelun painopiste on päädiagnooseissa. Päädiagnoosi on yleensä se diagnoosi, joka mielentilalausunnossa on esitetty ensimmäisenä diagnoosina.¹³ Tarkastelu etenee niin, että päädiagnoosin perusteella selvitetään ensin se, millä tavoin ymmärrystä vailla olevat eroavat diagnostisesti muista syyntakeisuusryhmistä. Tämän jälkeen verrataan toisiinsa täydessä ymmärryksessä ja täyttä ymmärrystä vailla olevia. Lopuksi käsitellään erikseen sivudiagnooseja.

19.1. Ymmärrystä vailla olevat

Pitkän aikavälin kehityssuuntana mielentilatutkimuksissa on ollut se, että mielisairauksien osuus ymmärrystä vailla olevien ryhmässä on jatkuvasti kasvanut.¹⁴ Tuoreimpien tutkimusten mukaan mielisairauksien osuus päädiagnooseista on syyntakeettomilla vakiintunut 80–90 % tasolle. Joukamaan ja Tuovisen tutkimuksessa psykoosi esiintyi päädiagnoosina 84 %:ssa tapauksista.¹⁵ Keisun ja Wagner-Prennerin tutkimuksessa 88 %:ssa¹⁶ sekä Ihalaisen ja Miettisen tutkimuksessa 95 %:ssa.¹⁷ Tässä tutkimuksessa psykoositason päädiagnoosi esiintyy 94 %:lla ymmärrystä vailla olevista.

Psykoosien asema on siis ollut ymmärrystä vailla olevien ryhmässä erittäin vahva. Tutkimusaineiston jakautumasta kertoo taulukko 36, jossa verrataan toisiinsa eri syyntakeisuusryhmien päädiagnooseja. Taulukossa 36 tutkimusaineisto on luokiteltu DSM-III-R-järjestelmän mukaisiin pääluokkiin.

¹² Vrt. Ihalainen ja Miettinen, s. 18–21; Joukamaa ja Tuovinen, s. 22; Keisu ja Wagner-Prenner, s. 101.

¹³ Silloin kun mielentilatutkimuksesta ei ole käynyt selvästi ilmi, mikä esitetyistä diagnooseista on päädiagnoosi, mikä sivudiagnoosi, tutkimuksessa on noudatettu niitä psykiatrisen luokittelun peruseriaatteita, jotka on esitetty DSM-III-R-luokituksen johdannossa ja jotka äskettäin on kirjattu kansainvälisen ICD-10-luokitusjärjestelmän johdantoon. Epäselvissä tapauksissa viimekätisenä kriteerinä on numerojärjestys ts. alhaisin numero on päädiagnoosi (The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders, s. 6; Mielenterveyden häiriöiden diagnostinen ja tilastollinen ohjeisto DSM-III-R, s. 7–8).

¹⁴ Keisu ja Wagner-Prenner, s. 67, 106 ja 115.

¹⁵ Joukamaa ja Tuovinen, kalvo 22.

¹⁶ Keisu ja Wagner-Prenner, s. 106.

¹⁷ Ihalainen ja Miettinen, s. 21.

Taulukko 36. Päädiagnoosit ymmärrystä vailla, täyttä ymmärrystä vailla ja täydessä ymmärryksessä olevilla (N).

Diagnoosiluokka (suluissa DSM-III-R:n pääluokan numero)	Ymmärrystä vailla	Täyttä ym- märrystä vailla	Täydessä ymmärryk- sessä
1. Skitsofrenia (295)	29	1	—
2. Vakavat mieliala- häiriöt (296)	8	9	1
3. Harhaluuloisuus häiriöt (297)	4	—	—
4. Muut psykoottiset häiriöt (298)	3	—	—
5. Elimelliset aivo- oireyhtymät (290–294)	1	7	—
6. Muut pääluokat	1	123	82
7. Ei diagnoosia	1	1	5
Yhteensä	N=47	N=141	N=88

Taulukosta 36 voidaan todeta, että ymmärrystä vailla olevien ryhmää hallitsevat DSM-III-R -luokituksen pääluokat 295–298. Vastaavasti muita kuin psykoositason pääluokkia esiintyy erittäin vähän. Toisaalta kiinnostavaa taulukossa 36 on se, että vaikka täydessä ymmärryksessä ja täyttä ymmärrystä vailla olevilla diagnostinen painopiste on muissa pääluokissa kuin psykooseissa, myös psykoositason diagnooseja ilmenee jonkin verran. Näin ollen rajanveto ymmärrystä vailla olevien ja muiden syyntakeisuusryhmien välillä tapahtuu kahdessa suhteessa: yhtäältä psykoosien ja muiden pääluokkien välillä, toisaalta psykoosidiagnoosien sisällä.

Taulukon 36 mukaan psykoositason diagnooseista ylivoimaisesti eniten esiintyy skitsofreniaa (diagnostinen pääluokka 295). Koko tutkimusaineistossa skitsofrenia todettiin päädiagnoosina 30 tutkittavalla eli 11 %:lla kaikista tutkittavista, mikä suuruusluokaltaan vastaa aikaisempien tutkimusten tuloksia. Joukamaan ja Tuovisen tutkimuksessa skitsofrenia ilmeni 10 %:lla tutkittavista, Ihalaisen ja Miettisen tutkimuksessa 16 %:lla ja Erosen, Tiuhosen, Ylitapion ja Hakolan tutkimuksessa 10 %:lla. Myös skitsofreenikkojen jakautuminen eri syyntakeisuusryhmiin noudattelee aikaisemmista tutkimuksista tuttua päälinjaa: lähes poikkeuksetta skitsofreenikit sijoittuvat ymmärrystä vailla olevien ryhmään.¹⁸ Tutkimusaineistossa skitso-

¹⁸ Eronen, Tiuhonen, Ylitapio ja Hakola, s. 17; Ihalainen ja Miettinen, s. 20–21; Joukamaa ja Tuovinen, kalvot 21–22.

frenia ilmeni ymmärrystä vailla olevilla 29 kertaa, kun muissa syyntakeisuusryhmissä tähän diagnoosiin päädyttiin vain kerran.

Skitsofrenian kulku on tyypillisesti – vaikkakaan ei aina – seuraava. Lapsena skitsoidinen henkilö on hiljainen, passiivinen, uneksiva, sisäänpäin kääntynyt ja hänellä on vähän ystäviä. Usein hänen kerrotaan olleen poikkeuksellisen tottelevainen ja kiltti. Nuorena hänellä on ollut vähän läheisiä ystäviä ja seurustelusuhteita. Varsinainen sairausvaihe saattaa alkaa epämääräisinä somaattisina oireina kuten pääsärkinä, selkä- ja lihassärkinä, heikkoudentunteena ja ruoansulatusongelmina. Vähitellen lähiomaiset ja ystävät huomaavat potilaan persoonallisuuden muuttuneen. Potilas taantuu aikaisemmalta toimintatasolta eikä kykene asianmukaisesti toimimaan ammatillisissa, sosiaalisissa ja henkilökohtaisissa suhteissa. Tässä vaiheessa potilaan mielentila on usein kiihtynyt tai hämmentynyt. Hän saattaa kiinnostua abstrakteista filosofioista, okkultismista ja uskonnollisista kysymyksistä. DSM-III-R -luokituksessa skitsofrenian tunnuspiirteinä mainitaan lisäksi mm. harhaluulot, epätavallinen tai hajanainen puhe, asiaankuulumattomat tunneilmaisut, eriskummalliset harhaluulot ja huomattavat aistiharhat.

Tutkimustilanteessa potilaan käyttäytyminen on usein levotonta tai väkivaltaista ja viittaa harha-aistimuksiin. Potilaalla saattaa myös esiintyä omalaatuisia eleitä. Potilaan poikkeuksellisen intensiivistä mutta hajanaista olemusta on kuvattu termillä katatoninen jännitys. Toisaalta tämän vastakohtana esiintyy katatonista tylsyyttä (johon termillä katatonia yleensä viitataan). Tällöin potilas on eloton, mykkä, kielteinen tai automaattisen tottelevainen. Muita yleisiä oireita ovat mm. kömpelyys ja ruumiinliikkeiden jäykkyys sekä heikko itsensä ja henkilökohtaisen hygienian hoitaminen. Tunnetasolla tyypillistä skitsofreenikoille ovat sekä vetäytyminen emotionaalisista suhteista että äärimmäiset raivon, onnen tai levottomuuden tunteet.¹⁹

Tutkimusaineistossa suurimman skitsofrenian alaryhmän muodostaa paranoidistyyppinen skitsofrenia (diagnoosiryhmä 2953), joka määriteltiin päädiagnoosiksi yhteensä 15 kertaa.²⁰ Muut tutkimusaineistossa esiintyneet skitsofrenian alaryhmät ovat yleisyysjärjestyksessä seuraavat: hebefreenistyyppinen skitsofrenia (2951) vii-

¹⁹ Kaplan ja Sadock, s. 260.

²⁰ Paranoidistyyppiselle skitsofrenialle ovat leimallisia erityisesti harhaluulot ja kuuloharhat. Sairausten puhjetessa potilaat ovat melko iäkkäitä, usein 25–30-vuotiaita tai vanhempia. Sairausten puhkeamiseen mennessä he ovat yleensä ehtineet vakiinnuttaa paikkansa yhteisössä ja oman identiteettinsä siinä. Paranoidisilla skitsofreenikoilla esiintyy vähemmän henkisten toimintojen ja emotionoiden taantumista kuin muilla skitsofrenian alaryhmillä. Tyypillinen paranoidinen skitsofreenikko on kiihkeä, epäluuloinen ja varautunut, usein myös vihamielinen ja aggressiivinen. Tästä huolimatta paranoidiset skitsofreenikot menestyvät sosiaalisesti suhteellisen hyvin. Samaten ne älylliset toiminnot, joita harhaluulot eivät häiritse, saattavat pysyä korkealla tasolla (Kaplan ja Sadock, s. 264–265).

si tapausta,²¹ erilaistumaton skitsofrenia (2959) ja skitsoaffektiivinen psykoosi (2957) kumpikin neljä tapausta sekä residuaalinen skitsofrenia (2956) kaksi tapausta.²²

Skitsofrenian osalta tutkimusaineiston jakautuma vastaa Ihalaisen ja Miettisen tutkimustuloksia. Myös heidän aineistossaan paranoistyyppinen skitsofrenia oli hallitsevassa asemassa. Muiden skitsofrenian alaryhmien kesken ei ilmennyt olennaisia eroja kuten ei tässäkään tutkimuksessa.²³

Tutkimusaineistossa nimenomaan residuaalinen skitsofrenia on rajanvetoryhmä, joka esiintyy sekä ymmärrystä vailla olevilla että täyttä ymmärrystä vailla olevilla, kummassakin tapauksessa yhden kerran. Tällöin yksityiskohtaiset diagnoosit eivät kuitenkaan olleet samat. Erottavana tekijänä oli diagnoosin viides merkki. Täyttä ymmärrystä vailla olevaan tutkittavaan sovellettiin diagnoosia krooninen residuaalinen skitsofrenia (2956C). Diagnoosi merkitsee sitä, että psyyken häiriö oli aikaisemmin täyttänyt skitsofrenian kriteerit ja joitakin jälkitilavaiheen oireita ilmeni, mutta huomattavia aistiharhoja, harhaluuloja, hajanaisuutta tai järjestäytymättömyyttä ei tutkimushetkellä ollut havaittavissa. Tutkittava oli siis suhteellisen oireettomassa jälkivaiheessa. Toisaalta ymmärrystä vailla olevaan tutkittavaan sovellettiin luokitusta 2956D. Tämä merkitsee sitä, että tutkittavalla oli uudelleen ilmennyt huomattavia psykoottisia oireita.²⁴

Kaiken kaikkiaan tutkimusaineisto jäsenyy skitsofrenian suhteen diagnostisesti loogisella tavalla. Tutkimusaineistossa skitsofrenia ennustaa erittäin vahvasti syntyakeisuusarviota ymmärrystä vailla. Silloin kun tästä pääsäännöstä poikettiin – eli skitsofreenikko sijoitettiin muuhun syntyakeisuusryhmään kuin ymmärrystä vailla oleviin – poikkeama ilmeni myös yksityiskohtaisen diagnoosin tasolla. Näin ollen ainakin tutkimusaineistossa skitsofrenialuokituksen ja syntyakeisuusarvion välillä vallitsee suora looginen yhteys: psykiatrisesta diagnoosista voidaan lukea myös syntyakeisuusarvio.

²¹ Hebefreenistyyppiselle skitsofrenialle on tyypillistä taantuminen hajanaiselle ja järjestäytymättömälle tasolle. Sairaus puhkeaa yleensä melko aikaisin, ennen 25 vuoden ikää. Potilas on usein aktiivinen mutta tarkoituksettomalla ja päämäärättömällä tavalla. Hänellä esiintyy huomattavaa assosiaatioiden löystymistä ja hänen kontaktinsa todellisuuden kanssa ovat erittäin heikot. Hänen olemuksensa ja sosiaalinen käyttäytymisensä on rappeutunutta ja hänen tunnereaktionsa usein asiaankuulumattomia. Hän saattaa purskahtaa nauruun ilman mitään syytä, minkä ohella esiintyy hallitsemattomia kasvonliikkeitä, irvistelyä, kasvojen väentelyä jne (Kaplan ja Sadock, s. 262–263).

²² Erilaistumaton skitsofrenia on ns. kaatoluokka, johon sijoitetaan ne tapaukset, joita ei voida luokitella muihin skitsofrenian alaryhmiin. Skitsoaffektiivisessä psykoosissa puolestaan ilmenee sekä skitsofrenian että mielialahäiriöiden piirteitä ilman että psykoosia voitaisiin luokitella kumpaankaan näistä ryhmistä. Residuaaliselle skitsofrenialle ominaista on se, että huomattavat psykoottiset oireet ja harhaluulot puuttuvat, vaikka skitsofrenian muita piirteitä voidaankin havaita (Kaplan ja Sadock, s. 265 ja 277).

²³ Ihalainen ja Miettinen, s. 19.

²⁴ Mielenterveyden häiriöiden diagnostinen ja tilastollinen ohjeisto DSM-III-R, s. 22–25.

Tilanne on aivan sama harhaluuloisuushäiriöiden (pääluokka 297) ja muiden psykoottisten häiriöiden (298) suhteen. Näihin pääluokkiin kuuluvia diagnooseja esiintyy tutkimusaineistossa yhteensä seitsemän. Ne kaikki sijoittuvat ymmärrystä vailla olevien ryhmään. Diagnoosin ennustearvo on siis myös harhaluuloisuus- ja muiden psykoottisten häiriöiden tapauksessa erittäin korkea.

Harhaluuloisuushäiriöille (297) ovat tyypillisiä psykoottiset uhkakuvat.²⁵ Muiden psykoottisten häiriöiden luokkaan (298) kuuluvat lyhytkestoinen psykoosiireaktio sekä epätyypillinen ja tarkemmin määrittelemätön psykoosi.²⁶ Kysymyksessä olevat luokitukset viittaavat häiriöihin, jotka jäävät muiden psykoosiilokitusten ulkopuolelle. Diagnostisesti nämä ovat melko harvinaisia.²⁷ Samoin niiden osuus tutkimusaineistossa on vähäinen.

Toisin kuin edellä esitetyissä psykooseissa, vakavien mielialahäiriöiden kohdalla diagnoosin ja syyntakeisuusarvion suhde on tutkimusaineistossa problemaattinen. Kyseinen pääluokka (296) ilmeni ymmärrystä vailla olevilla kahdeksan kertaa ja muissa syyntakeisuusryhmissä kymmenen kertaa. Näin ollen vakavat mielialahäiriöt eivät diagnostisen pääluokan tasolla erota ymmärrystä vailla olevia muista syyntakeisuusryhmistä samalla tavoin kuin muut psykoosit.²⁸

Tutkimusaineistossa esiintyvät vakavat mielialahäiriöt sijoittuvat depressiivisten mielialahäiriöiden ryhmään. Hallitsevana ovat vakavat masennustilat (alaryhmä 2961), joita ilmenee 15 tapauksessa. Lisäksi kolmessa tapauksessa diagnoosina on tarkemmin määrittelemätön masennustila (alaryhmä 2968). Tutkimusaineistossa on siis kysymys erilaisten masennustilojen keskinäisestä rajanvedosta.

Vaikka pääluokan tasolla vakavat mielialahäiriöt ennustavat erittäin huonosti

²⁵ Tällaisia uhkakuvia ovat mm. pelot seuratuksi, myrkytetyksi tai infektoiduksi tulemisesta, siitä että puoliso tai rakastaja pettää, ajatus siitä että on kaukorakkauden kohteena tai pelko vakavan taudin sairastamisesta. Harhaluuloisuushäiriöistä kärsiville potilaille tyypillistä on se, että heidän olemuksessaan tai persoonallisuudessaan ei tapahdu vakavaa hajoamista. Potilaat kykenevät pitämään huolen itsestään ja selviytyvät päivittäisistä toiminnoista. He saattavat kuitenkin vaikuttaa epäluuloisilta, omalaatuisilta tai vihamielisiltä. Potilaiden tunnetilat ovat sidoksissa harhaluulon laatuun. Esim. suuruuskuvitelmissa elävä potilas tuntee itsensä kaikkivoivaksi ja vastaavasti syvä epäluuloisuus leimaa niitä, jotka tuntevat olevansa vainottuja (Kaplan ja Sadock, s. 272–273).

²⁶ Mielenterveyden häiriöiden diagnostinen ja tilastollinen ohjeisto DSM-III-R, s. 29.

²⁷ Kaplan ja Sadock, s. 280.

²⁸ Vakavat mielialahäiriöt jakautuvat kahteen päätyyppiin, depressiivisiin ja maanisiin sekä näiden erilaisiin kombinaatioihin. Depressiivisille mielialahäiriöille on ominaista kiinnostuksen menettäminen elämään ja se, ettei henkilö tunne mielihyvää mistään. Hän on toivoton ja kokee itsensä arvottomaksi. Tähän liittyy usein painon lasku, unettomuus tai liiallinen nukkuminen, väsyneisyys, tunne voimavarojen vähentymisestä sekä kuolema- ja itsemurha-ajatus. Toisaalta maaniselle mielialahäiriölle on tunnusomaista se, että siinä esiintyy kiihkeitä jaksoja, joiden aikana mieliala on huomattavan kohonnut ja ekspansiivinen. Tähän saattavat liittyä mm. lisääntynyt puheliasuus, ajatuksenlento, suuruuskuvitelmat, vähentynyt unen tarve, huomion kiinnittyminen merkityksettömiin ulkoisiin ärsykkeisiin sekä lisääntynyt toimeliaisuus (Kaplan ja Sadock, s. 291–293).

syntakeisuusarviota, yksityiskohtaisten diagnoosien kohdalla ilmenee eroja eri syntakeisuusryhmien välillä. Ymmärrystä vailla olevilla diagnostinen painopiste sijoittuu psykoottispiirteisiin masennustiloihin (2961E), kun taas muissa syntakeisuusryhmissä ovat vallitsevia keskivaikeat masennustilat (2961C). Poikkeuksellisesti päädiagnoosi saattaa eri syntakeisuusryhmissä olla loppuun asti sama: ymmärrystä vailla olevilla diagnoosi 2961D (vaikea-asteinen masennustila) esiintyi kerran, muissa mielentilaryhmissä kaksi kertaa. Lisäksi diagnoosia 2961A (tarkemmin määrittelemätön vakava masennustila) sovellettiin sekä ymmärrystä vailla olevilla että muissa syntakeisuusryhmissä yhden kerran.

Näin ollen vakavat mielialahäiriöt muodostavat rajavyöhykkeen ymmärrystä vailla olevien ja muiden syntakeisuusryhmien välillä. Erot ilmenevät vasta diagnoosin viidennen merkin tasolla jos aina silloinkaan. Syynä on mielialahäiriödiagnoosin laaja-alaisuus. Kyseinen ryhmä sisältää häiriömuotoja, jotka sinänsä ovat vakavia, mutta eivät merkittävästi vaikuta todellisuudentajuun. Vakavissa mielialahäiriöissä tilanne saattaa olla myös se, että tarkalleen sama päädiagnoosi voi johtaa erilaisiin syntakeisuusarvioihin. Näissä tapauksissa päädiagnoosin ja syntakeisuusarvion keskinäinen yhteys katkeaa.

Oman kiinnostavan ryhmänsä tutkimusaineistossa muodostivat elimelliset aivo-oireyhtymät (290–294). Näihin luokkiin kuuluva päädiagnoosi johti vain yhdessä tapauksessa syntakeisuusarvioon ymmärrystä vailla. Tällöin kysymyksessä oli tutkittava, jolla elimellinen aivo-oireyhtymä (2948X) yhdistyi heikkolahjaisuuteen (V628A) ja alkoholismiin (3039X). Muutoin elimelliset aivo-oireyhtymät sijoittuivat täyttää ymmärrystä vailla olevien ryhmään. Päädiagnoosina oli yleensä dementia (2900A) tai alkoholidementia (2912A). Näin ollen se, että psyyken häiriölle voitiin todeta orgaaninen perusta, ei suinkaan indikoinut syntakeisuusasteikolla vaihtoehtoa ymmärrystä vailla.

Oman erikoistapauksensa ymmärrystä vailla olevien ryhmässä muodostavat ne kaksi tutkittavaa, jotka sijoittuivat muihin kuin edellä mainittuihin diagnostisiin pääluokkiin. Toisessa tapauksista päädiagnoosina oli epävakaa persoonallisuus (3018D) ja toiseen tutkittavaan ei sovellettu mitään psykiatrasta diagnoosia. Tässä kysymys ei siis enää ollut diagnostisista rajanveto-ongelmista vaan tilanteesta, jossa syntakeisuusryhmien raja selvästi ylitettiin. Diagnoosin perusteella syntyvä odotusarvo oli ilman muuta se, että kyseiset tapaukset kuuluisivat joko täydessä ymmärryksessä tai täyttää ymmärrystä vailla olevien ryhmään. Näin ei kuitenkaan tapahtunut. Tapausten poikkeuksellisuuden vuoksi niitä on syytä tarkastella hieman lähemmin.

Ensimmäisessä tapauksessa tutkittavana oli nainen, joka noin 40-vuotiaana oli synnyttänyt ensimmäisen lapsensa. Synnyttäminen ja sen jälkeiset vaiheet olivat olleet tutkittavalle raskas kokemus. Lasta hoitaessaan hän uupui, koki

epäonnistuvansa kaikessa ja etsi apua eri suunnista. Tilanteen helpottamiseksi lapsi oli otettu laitoshoitoon ja äidille oli annettu lähete mielisairaalaan, jotta hän saisi rauhassa levätä. Tutkittava oli kuitenkin poistunut muutaman päivän kuluttua mielisairaalaan. Tämän jälkeen viranomaiset tarjosivat täysipäiväistä kodinhoitoapua ja psykologin terapiaa avohoidossa. Saamastaan avusta huolimatta tutkittava kertoi vähitellen joutuneensa täydelliseen umpikujaan. Hänellä oli tunne kaiken pysähtymisestä, aivojen mätänemisestä ja täydellisestä maailmankatastrofista. Tässä tilanteessa hän kuristi lapsensa ja otti suuren annoksen rauhoittavia lääkkeitä kuollakseen itse.²⁹

Toinen tapauksista on edellisen kanssa lähes identtinen. Siinä mielentilatutkimukseen määrättiin nainen, joka hieman aikaisemmin oli synnyttänyt toisen lapsensa. Noin viikkoa sairaalasta pääsyn jälkeen tutkittava oli alkanut kärsiä masennuksesta: mikään ei kiinnostanut, ei huvittanut eikä hän jaksanut tehdä kotitöitä. Lopulta tutkittava eristäytyi täysin eikä käynyt moneen päivään asunnon ulkopuolella. Taloudelliset huolet ja yläkerran keskeneräinen remontti painoivat mieltä. Tämän ohella tutkittavaa ärsytti aviomiehen niukasanaisuus ja välinpitämättömyys häntä kohtaan.

Mielenterveysuimistosta tutkittava sai lääkitykseksi Diapam-tabletteja. Lisäksi hänen luonaan kävi erikoissairaanhoitaja säännöllisesti kotikäynneillä, viimeksi muutamaa tuntia ennen syytteenalaista tekoa. Kun erikoissairaanhoitaja kyseisenä päivänä oli ollut lähdössä tutkittavan luota, vauva oli herännyt vaunuissaan. Tuolloin tutkittava oli ottanut vauvan syliin, alkanut itkeä ja sanonut: ”En jaksakaan enää.”

Mielentilatutkimuksessa tutkittava kertoi, ettei hän surmaamispäivänä ollut syönyt mitään. Hän oli ollut väsynyt ja voimaton. Kun vauva oli huutanut sylissä, tutkittava kertoo päässään räjähtäneen. Hän meni WC:hen, pani lapsen lattialle selälleen ja painoi 5–10 minuutin ajan huopaa lapsen kasvoille. Sen jälkeen tutkittava otti itsemurhatarkoituksessa jäljellä olevat Diapam-tabletit (yhteensä 18 kappaletta).³⁰

Näin ollen ne tapaukset, jotka eivät diagnoosin perusteella näyttäisi kuuluvan ymmärrystä vailla olevien ryhmään, ovat muutoin erittäin poikkeavia. Rikokseen ovat vaikuttaneet epätavalliset olosuhteet ja tilannetekijät. Toisaalta kyseiset tapaukset ovat harvinaislaatuista myös seuraamuksen suhteen. Toisessa niistä ei koitunut minkäänlaista rikosoikeudellista tai hoidollista seuraamusta. Rikosten tekijän todettiin olleen rikoshetkellä ymmärrystä vailla, mutta hänen ei katsottu olevan tahdosta riippumattoman mielisairaanhoidon tarpeessa. Rangaistukseen häntä ei siis voitu tuomita, mutta edellytyksiä tahdonvastaiseen mielisairaalahoitoonkaan ei ollut. Tutkimusaineistossa tapaus on ainutkertainen. Muita tutkittavia, jotka olisivat täysin vapautuneet virallisista sanktioista, ei ollut.³¹

²⁹ Mielentilatutkimus 10193.

³⁰ Mielentilatutkimus 10352.

³¹ Terveystieteiden tutkimuskeskuksen henkilökortisto.

Lisäksi laki lähtee siitä, että syyntakeettomia ovat älyllisistä syistä ymmärrystä vailla olevat henkilöt. Käytännössä rajana on ollut se, että älykkyydeltään 9-vuotiaan tason alapuolella jäävät rikoksenteikijät on katsottu ymmärrystä vailla oleviksi. Tähän ryhmään kuuluvat vaikeasti kehitysvammaiset, joiden älykkyydosamäärä vaihtelee 20–25:stä 35–40:een, keskivaikeasti kehitysvammaiset, joiden älykkyydosamäärä ulottuu 35–40:stä 50–55:een sekä osa lievästi kehitysvammaisia (älykkyydosamäärä 50–55:stä 70:een).³²

Toisin kuin aikaisemmissa tutkimuksissa, tutkimusaineistossa ei esiintynyt tapauksia, joissa ymmärrystä vailla olevien päädiagnoosina olisi käytetty älyllistä kehitysvammaisuutta.³³ Koko tutkimusaineistossa älyllinen kehitysvammaisuus asetettiin päädiagnoosiksi vain kerran. Tällöin tutkittava sijoitettiin täyttä ymmärrystä vailla olevien ryhmään.

Yhteenvetona päädiagnoosia koskevasta tarkastelusta voidaan todeta se, että päädiagnoosin perusteella ymmärrystä vailla olevat rikoksenteikijät saatetaan jakaa kolmeen ryhmään. Pääosan muodostavat ne tapaukset, joissa päädiagnoosista voidaan suoraan päätellä syyntakeisuusarvio. Näitä ovat ennen muuta skitsofreenikot. Toisen, huomattavan pienen ryhmän muodostavat ns. rajanvetotapaukset. Näitä edustavat vakavat mielialahäiriöt, joissa eri syyntakeisuusryhmien välinen rajanveto voidaan suorittaa vasta päädiagnoosin viidennen merkin tasolla. Kolmas ymmärrystä vailla olevien ryhmä koostuu niistä harvoista poikkeustapauksista, joissa päädiagnoosi on ymmärrystä vailla oleville epätyypillinen. Kyseisissä tapauksissa henkilön psyykinen tila ja olosuhteet ovat myös muutoin olleet erittäin epätavalliset.

Tarkastelun lopputulos on näin ollen se, että ymmärrystä vailla olevilla psykiatrinen päädiagnoosi ja syyntakeisuusarvio vastaavat pitkälti toisiaan. Syyntakeisuusarvio ”ymmärrystä vailla” kytkeytyy selvästi määriteltyihin diagnostisiin kategorioihin ja muutamiin harvinaisiin poikkeustapauksiin. Ainakin tutkimusaineistossa psykiatrinen ja juridinen käsitteistö muodostavat siis loogisen järjestelmän, jossa siirtymä diskurssista toiseen tapahtuu säännönmukaisella ja ennustettavalla tavalla.

³² Achte, Alanen ja Tienari (II), s. 247.

³³ Vrt. Ihalainen ja Miettinen, s. 21; Joukamaa ja Tuovinen, kalvo 22; Keisu ja Wagner-Prenner, s. 106–107.

19.2. Täydessä ymmärryksessä ja täyttä ymmärrystä vailla olevat

Aikaisemmissa tutkimuksissa täydessä ymmärryksessä ja täyttä ymmärrystä vailla olevien rajanvedosta on todettu yhdenmukaisesti kaksi seikkaa. Ensiksi se, että kumpaakin syyntakeisuusryhmää hallitsevat persoonallisuushäiriöt ja alkoholiriippuvuus sekä toiseksi se, että täydessä ymmärryksessä ja täyttä ymmärrystä vailla olevien erottaminen toisistaan on diagnostisesti vaikeaa, jopa lähes mahdotonta.

Joukamaan ja Tuovisen tutkimuksessa persoonallisuushäiriöitä ja alkoholiriippuvuutta kuvaavia diagnooseja käsiteltiin yhtenä kategoriana tekemättä eroa niiden välillä. Tämä kombinaatio hallitsi lähes yksinoikeudella täydessä ymmärryksessä ja täyttä ymmärrystä vailla olevien ryhmää. Kyseisissä syyntakeisuusryhmissä persoonallisuushäiriö ja alkoholiriippuvuus esiintyivät päädiagnoosina yhteensä 89 %:ssa tapauksia. Myös syyntakeisuusryhmien keskinäiset erot olivat Joukamaan ja Tuovisen tutkimuksessa vähäiset. Täydessä ymmärryksessä olevilla persoonallisuushäiriöt ja alkoholismi olivat päädiagnoosina 83 %:lla tutkittavista ja täyttä ymmärrystä vailla olevilla 91 %:lla.³⁴

Keisun ja Wagner-Prennerin tutkimuksessa persoonallisuushäiriöitä ja alkoholismia käsiteltiin erillisinä päädiagnooseina. Tällöin korostui erityisesti persoonallisuushäiriöiden asema. Keisu ja Wagner-Prenner totesivat, että persoonallisuushäiriö oli päädiagnoosina 50–70 %:lla tutkituista.³⁵ Myös Ihalaisen ja Miettisen tutkimuksessa todettiin persoonallisuushäiriöiden hallitseva asema täydessä ymmärryksessä ja täyttä ymmärrystä vailla olevien ryhmissä. Näissä syyntakeisuusryhmissä persoonallisuushäiriöt esiintyivät päädiagnoosina yhteensä 63 %:ssa tapauksia. Ihalaisen ja Miettisen tutkimuksessa persoonallisuushäiriöiden osuus oli jonkin verran korkeampi täyttä ymmärrystä vailla olevilla. Täyttä ymmärrystä vailla olevilla persoonallisuushäiriö asetettiin päädiagnoosiksi 71 %:ssa tapauksia. Täydessä ymmärryksessä olevilla vastaava luku jäi 54 %:iin.³⁶

Tutkimusaineistossa täydessä ymmärryksessä ja täyttä ymmärrystä vailla olevien päädiagnoosit jakautuvat taulukon 37 kuvaamalla tavalla. Taulukossa 37 tutkimusaineisto on luokiteltu DSM-III-R-luokituksen mukaisiin pääluokkiin.

³⁴ Joukamaa ja Tuovinen, s. 23 ja kalvo 22.

³⁵ Keisu ja Wagner-Prenner, s. 107.

³⁶ Ihalainen ja Miettinen, s. 21.

Taulukko 37. Päädiagnoosit täydessä ymmärryksessä ja täyttä ymmärrystä vailla olevilla (%).

Diagnostinen pääluokka	Täydessä ym- märryksessä	Täyttä ymmär- rustä vailla
Persoonallisuushäiriö (301)	60	62
Alkoholiriippuvuus (303)	26	5
Vakava mielialahäiriö (296)	1	6
Heikkolahjaisuus (V628A)	1	6
Käytös- ja hillitsemishäiriö (312)	3	4
Sopeutumishäiriö (309)	2	4
Muut diagnoosit	—	11
Ei diagnoosia	6	1
	N=88	N=141

Kuten aikaisemmissa tutkimuksissa, myös tämän tutkimuksen aineistossa persoonallisuushäiriöiden ja alkoholiriippuvuuden hallitseva asema on selvä sekä täydessä ymmärryksessä että täyttä ymmärrystä vailla olevilla. Molemmissa syntyakeisuusryhmissä persoonallisuushäiriöt ovat ylivoimaisesti suurin diagnoosiluokka ja ne jakautuvat tutkimusaineistossa erittäin tasaisesti. Täydessä ymmärryksessä olevilla persoonallisuushäiriö on päädiagnoosina 60 %:lla tutkittavista, täyttä ymmärrystä vailla olevilla 62 %:lla. Toisaalta näitä syntyakeisuusryhmiä erottaa se, että seuraavaksi yleisin diagnoosi täydessä ymmärryksessä olevilla on alkoholiriippuvuus (26 %), kun taas täyttä ymmärrystä vailla olevilla alkoholiriippuvuuden osuus jää 5 %:iin.

Muiden diagnoosien suhteen voidaan todeta jokseenkin samat perustosiasiat kuin aikaisemmissa tutkimuksissa. Ensinnäkin psykoositason diagnoosit sijoittuvat lähes poikkeuksetta täyttä ymmärrystä vailla olevien ryhmään. Tällöin kysymyksessä ovat yleensä vakavat mielialahäiriöt, joita esiintyy 6 %:lla täyttä ymmärrystä vailla olevista (N=9) ja 1 %:lla täydessä ymmärryksessä olevista (N=1). Vastaava psykoositason diagnoosien kasautuminen alentuneesti syntyakeisten ryhmään on todettu myös Ihalaisen ja Miettisen tutkimuksessa. Havaintojen vähäisen määrän vuoksi kovin pitkälle meneviä johtopäätöksiä asiasta ei ole syytä tehdä. Esimerkiksi Joukamaan ja Tuovisen tutkimuksessa, joka otoskooltaan oli erittäin suuri, psykoositason diagnooseja esiintyi enemmän täydessä ymmärryksessä kuin täyttä ymmärrystä vailla olevilla. Toinen tutkimusaineistossa epätasaisesti jakautuva ryhmä on heikkolahjaisuus (V628A). Sen jakautuma on sama kuin vakavien mielialahäiriöiden: täyttä ymmärrystä vailla olevilla 6 % (N=9) ja täydessä ymmärryksessä olevilla 1 % (N=1).

Toisaalta on luonnollista, että psykiatrisesti diagnostisoimattomat tapaukset sijoittuvat ymmärrystä vailla olevien ryhmään. Tutkimusaineistossa täysin diagnosti-

soimattomia tapauksia oli täydessä ymmärryksessä olevista 6 % (N=5) ja täyttä ymmärrystä vailla olevista 1 % (N=1). Ihalaisen ja Miettisen tutkimuksessa vastaavat luvut olivat täydessä ymmärryksessä olevilla 5 %, täyttä ymmärrystä vailla olevilla 0 %. Joukamaalla ja Tuovisella diagnostisoimattomat tapaukset puolestaan jakautuivat niin, että täydessä ymmärryksessä olevista heitä oli 7 %, täyttä ymmärrystä vailla olevista 0 %.³⁷ Tässä yhteydessä on kiinnostavaa todeta, että Keisun ja Wagner-Prennerin tutkimuksen mukaan diagnostisoimattomien tapausten prosenttiosuus on pitkällä aikavälillä selvästi laskenut varsinkin täydessä ymmärryksessä olevilla.³⁸

Taulukon 37 pohjalta syntyvä yleiskuva on siis se, että diagnoosit täydessä ymmärryksessä ja täyttä ymmärrystä vailla olevien ryhmissä ovat pääosin samat. Ensisijaisesti kysymys on persoonallisuushäiriöistä. Tätä yleiskuvaa täydentävät kuitenkin eräät vivahde-erot. Silloin kun päädiagnoosina eivät ole persoonallisuushäiriöt, täydessä ymmärryksessä olevilla nousee esiin alkoholiriippuvuus, kun taas täyttä ymmärrystä vailla olevilla diagnoosit hajautuvat moneen eri pääluokkaan.

Täydessä ymmärryksessä ja täyttä ymmärrystä vailla olevien rajanvedon kannalta persoonallisuushäiriöt ovat kohtalonkysymys. Jos diagnostista rajanvetoa ei voida tehdä tämän ryhmän sisällä, sitä ei käytännössä ole. Taulukossa 38 on vertailtu eri persoonallisuushäiriöiden esiintymistä päädiagnoosina täydessä ymmärryksessä ja täyttä ymmärrystä vailla olevilla. Taulukossa 38 on huomioitu ne persoonallisuushäiriöt, jotka esiintyivät päädiagnoosina vähintään viidessä tutkimusaineiston tapauksessa.

Taulukko 38. Persoonallisuushäiriö päädiagnoosina täydessä ymmärryksessä ja täyttä ymmärrystä vailla olevilla (%).

Diagnoosi	Täydessä ymmärryksessä	Täyttä ymmärrystä vailla
Sekamuotoinen persoonallisuushäiriö (3018X)	26	40
Asosiaalinen persoonallisuus (3017A)	36	18
Epävakaa persoonallisuus (3018D)	6	25
Riippuvainen persoonallisuus (3016A)	11	2
Narsistinen persoonallisuus (3018B)	9	1
Epäluuloinen persoonallisuus (3010A)	2	5
Muut persoonallisuushäiriöt	9	8
Yhteensä	N=53	N=87

³⁷ Ihalainen ja Miettinen, s. 21; Joukamaa ja Tuovinen, kalvo 22.

³⁸ Keisu ja Wagner-Prenner, s. 106–107.

Suurimpaan persoonallisuushäiriöiden alaryhmään, sekamuotoiseen persoonallisuuteen (3018X) sijoittuu 26 % täydessä ymmärryksessä ja 40 % täyttä ymmärrystä vailla olevien päädiagnooseista. Tämän diagnoosin suhteen ongelmana on kuitenkin se, että diagnoosin eksakti merkitys jää usein epäselväksi. Kysymyksessä on ns. kaatoluokka, jota käytetään kun persoonallisuushäiriö jää DSM-III-R-luokituksen spesifisten häiriöiden ulkopuolelle tai kun kyseessä on häiriö, jossa on piirteitä monista eri persoonallisuushäiriöistä ilman että minkään yksittäisen häiriön kriteerit täyttyvät. Diagnoosi sekamuotoinen persoonallisuus olisi periaatteessa mahdollista hajoittaa pienempiin osiin, esim. masokistisia, impulsiivisia ja kypsymättömiä piirteitä sisältäviksi häiriöiksi.³⁹ Tutkimusaineistoon kirjattujen tietojen perusteella tämä ei kuitenkaan käytännössä ole mahdollista.

Toiseksi suurimman persoonallisuushäiriöiden alaryhmän muodostaa asosiaalinen persoonallisuus (3017A). Asosiaalisille persoonallisuudelle on tyypillistä rikollinen ja muu epäsosiaalinen käyttäytyminen.⁴⁰ Tutkimusaineistossa asosiaalista persoonallisuutta esiintyy selvästi enemmän täydessä ymmärryksessä olevien keskuudessa (36 % päädiagnooseista). Täyttä ymmärrystä vailla olevilla vastaava prosenttiluku jää 18 %:iin.

Tässä suhteessa asetelma on käänteinen kolmanneksi suurimmassa persoonallisuushäiriöiden ryhmässä, jonka muodostaa diagnoosi epävakaata persoonallisuus (3018D). Epävakaata persoonallisuutta kuvaava diagnoosi on huomattavasti yleisempi täyttä ymmärrystä vailla olevilla (25 % päädiagnooseista) kuin täydessä ymmärryksessä olevilla (8 %). Epävakaalle persoonallisuushäiriölle on luonteenomaista se, että potilaat sijoittuvat neuroosin ja psykoosin rajamaastoon, minkä

³⁹ Mielenterveyden häiriöiden tilastollinen ja diagnostinen ohjeisto DSM-III-R, s. 44.

⁴⁰ Asosiaalisen persoonallisuuden diagnoosi edellyttää ensiksi sitä, että ennen 15 vuoden ikää henkilöllä on ilmennyt vähintään kolme seuraavasta kahdestatoista käytöshäiriöstä: 1) usein esiintynyt koulupinnaaminen, 2) karannut kotoa vähintään kahdesti tai kerran palaamatta takaisin, 3) toistuvasti aloittanut tappeluja, 4) käyttänyt aseita useamman kuin yhdessä tappelussa, 5) pakottanut toisen seksuaaliseen toimintaan kanssaan, 6) rääkännyt eläimiä, 7) ollut väkivaltainen toisia kohtaan, 8) tuhonnut tahallaan toisen omaisuutta, 9) sytytetty tulipaloja, 10) valehdellut toistuvasti (kun syynä on ollut jokin muu kuin pahoinpitelyn tai seksuaalisen väärinkäytön kohteeksi joutumisen välttäminen), 11) varastanut ilman että on joutunut henkilökohtaiseen kontaktiin uhrin kanssa tai 12) varastanut siten, että on ollut henkilökohtaisessa kontaktissa uhrin kanssa.

Tämän lisäksi asosiaalisen persoonallisuushäiriön diagnoosi vaatii, että 15 ikävuoden jälkeen tutkittavalla on ilmennyt vähintään neljä seuraavista kymmenestä piirteestä: 1) kykenemättömyys ylläpitää työsuhdetta, 2) toistuva rikollinen toiminta, 3) tappeluiden aloittaminen tai niihin joutuminen, 4) velka- tai elatussuhteiden laiminlyöminen, 5) päämäärätön matkustelu tai pysyvän asuinpaikan puuttuminen, 6) epärehellisyys joka ilmenee valehtelemisena, tekaistun nimen käyttämisenä tai huijaamisena, 7) välinpitämättömyys omasta tai toisten turvallisuudesta, 8) kykenemättömyys toimia vanhempana tai holhoojana, 9) kykenemättömyys olla yksiavioisessa suhteessa tai 10) kykenemättömyys kokea katumusta (Mielenterveyden häiriöiden diagnostinen ja tilastollinen ohjeisto DSM-III-R, s. 41–42).

vuoksi diagnoosista on käytetty myös nimitystä rajatila tai rajatilatyypinen. Potilaiden käyttäytymistä leimaa mielialan, ihmissuhteiden ja minäkuvan häilyvyys.⁴¹

Pienemmissä persoonallisuushäiriöiden ryhmissä riippuvainen (3016A) ja narssistinen persoonallisuus (3018B) painottuvat täydessä ymmärryksessä olevien suuntaan, epäluuloinen persoonallisuus (3010A) taas täydessä ymmärryksessä oleviin.

Kaiken kaikkiaan selkeimmäksi syyntakeisuusryhmiä erottavaksi tekijäksi muodostuu asosiaalisen ja epävakaa persoonallisuuden esiintymisessä havaittu ero. Sama ero on todettu myös aikaisemmissa tutkimuksissa. Ihalaisen ja Miettisen tutkimuksessa epävakaa persoonallisuus painottui täyttä ymmärrystä vailla oleviin, asosiaalinen persoonallisuus täydessä ymmärryksessä oleviin.⁴² Joukamaan ja Tuovisen tutkimuksessa oli erikseen luokiteltu vain rajatila, joka samoin keskittyi täyttä ymmärrystä vailla oleviin.⁴³

Sen jälkeen kun on todettu syyntakeisuusryhmien diagnostiset yhtäläisyydet ja erot, analyysin tarkentaminen muodostuu ongelmalliseksi. Niissä tapauksissa joissa päädiagnoosi on sama, on vaikea päätellä, johtuuko eri syyntakeisuusryhmiin sijoittaminen mielenterveyden häiriön erilaisesta asteesta. Mielenterveyden häiriöiden syvyyttä kuvaavia tietoja on harvoin kirjattu mielentilatutkimuksiin. Samoin esiintyy vain niukasti tietoja siitä, millä kriteereillä diagnoosiin on päädytty silloin, kun luettelomaisessa kriteerien kuvauksessa edellytetään esim. neljän kohdan kymmenestä täyttyvän kuten asosiaalisessa persoonallisuudessa.

Näin ollen lähdeaineiston puutteista johtuen diagnoosien analyysi jää eräiltä keskeisiltä osiltaan puolittiehen. Pääsääntönä on joka tapauksessa se, että kolme suurinta persoonallisuushäiriödiagnoosia hallitsevat sekä täydessä ymmärryksessä että täyttä ymmärrystä vailla olevien ryhmää. Ensisijaisena vaikeutena ovat siis samat diagnoosit, vaikkakin hieman eri tavoin painottuneena. Niissä tapauksissa joissa diagnostisia eroja on havaittavissa, on ilmeistä, että nämä viittaavat myös erilaiseen persoonallisuushäiriön kokonaisprofiiliin.⁴⁴

⁴¹ Epävakaa persoonallisuuden diagnoosi edellyttää, että vähintään viisi seuraavista kahdeksasta tunnusmerkistä täyttyy: 1) ihmissuhteet ovat epävakaisia ja niille on luonteenomaista vaihtelu ihannoinnin ja väheksymisen välillä, 2) kykenemättömyys hillitä itseään eri elämänalueilla (esim. rahojen tuhlaaminen, sukupuolielämä, päihteiden käyttö), 3) mielialojen epävakaisuus ja heilahtelut, 4) voimakas viha tai kontrollin puute (esim. raivokohtaukset ja toistuvat tappelut), toistuvat itsemurhayritykset ja itsensä ruumiillinen vahingoittaminen, 6) huomattavat ja jatkuvat häiriöt minäkuvas-
sa, sukupuoli-identiteetissä, pitkän tähtäimen suunnitelmissa, elämänarvoissa jne., 7) jatkuva tyhjyyden ja ikävystyneisyyden tunne tai 8) kiihkeät yritykset välttää kuviteltu tai todellinen hylätyksi tuleminen (Mielenterveyden häiriöiden diagnostinen ja tilastollinen ohjeisto DSM-III-R, s. 43).

⁴² Ihalainen ja Miettinen, s. 21.

⁴³ Joukamaa ja Tuovinen, kalvo 22.

⁴⁴ Vrt. Svrakic, Whitehead, Przybeck ja Cloninger, s. 991–999.

Persoonallisuushäiriöiden ohella toinen merkittävä diagnoosi täydessä ymmärryksessä ja täyttä ymmärrystä vailla olevilla on alkoholiriippuvuus (3039X). Varsinkin alkoholiriippuvuuden osalta on kuitenkin huomattava, että päädiagnoosien määrä antaa harhaanjohtavan kuvan ilmiön yleisyydestä tutkimusaineistossa. Yleensä alkoholiriippuvuutta käytetään sivudiagnoosina ja nimenomaan tässä muodossa sen kokonaisuutiintyvyys muodostuu tutkimusaineistossa erittäin korkeaksi. Pää- ja sivudiagnoosit huomioon ottavalta pohjalta on myös aikaisemmassa alkoholiriippuvuutta koskevassa tarkastelussa lähdetty.

Yleisesti sivudiagnoosien osalta voidaan todeta, että koko tutkimusaineistossa sovellettiin 276:een tutkittavaan yhteensä 542 eri diagnoosia eli keskimäärin kahta diagnoosia henkilöä kohti. Sivudiagnooseista yleisin on alkoholiriippuvuus. Se esiintyy päädiagnoosina 30 tapauksessa ja sivudiagnoosina 120 tapauksessa. Toiseksi yleisin sivudiagnoosi ovat persoonallisuushäiriöt. Koko aineistossa niitä esiintyy 209, joista päädiagnooseja on 140, sivudiagnooseja 69. Kun persoonallisuushäiriötä käytetään sivudiagnooseina, ne yleensä liittyvät joko toiseen persoonallisuushäiriöön tai alkoholismiin. Sivudiagnooseina esiintyneet persoonallisuushäiriöt ovat laadultaan identtisiä päädiagnooseina sovellettujen persoonallisuushäiriöiden kanssa. Myös sivudiagnoosina yleisin on sekamuotoinen persoonallisuus (3018X), jota ilmenee 16 kertaa. Sen jälkeen tulevat asiaallinen persoonallisuus (3017A) 15 kertaa ja epävakaa persoonallisuus (3018D) 9 kertaa. Alkoholiriippuvuuden ja persoonallisuushäiriöiden lisäksi tutkimusaineistossa käytettiin 84 muuta sivudiagnoosia. Näin ollen myös sivudiagnooseja hallitsevat persoonallisuushäiriöt ja alkoholismi.

Kaiken kaikkiaan täydessä ymmärryksessä ja täyttä ymmärrystä vailla olevien tarkastelu toistaa aikaisempien tutkimusten tuloksen: erot syyntakeisuusryhmien välillä eivät muodostu kovinkaan selviksi. Tarkastelun lopuksi on syytä vielä erikseen nostaa esiin eräs kysymys, joka osaltaan vaikeuttaa täydessä ymmärryksessä ja täyttä ymmärrystä vailla olevien keskinäistä vertailua. Ongelmana on diagnoosien reliabiliteetti. Diagnoosien luotettavuutta on vakiintuneesti mitattu nk. kappa-arvolla, joka kertoo siitä, missä määrin psykiatrit kunkin diagnoosin suhteen saavuttavat yksimielisyyden. Korkeita kappa-arvoja ovat tyypillisesti saavuttaneet skitsofrenia ja alkoholiriippuvuus. Sen sijaan persoonallisuushäiriödiagnoosit ovat osoittautuneet olennaisesti epäluotettavammiksi.

Näin ollen myös diagnoosien luotettavuus vahvistaa osaltaan kuvaa siitä, että ymmärrystä vailla olevat saatetaan diagnostisesti pätevällä tavalla erottaa muista. Tällöin kappa-arvot ovat yleensä korkeita. Toisaalta diagnoosien luotettavuusongelma on omiaan vaikeuttamaan rajanvetoa täydessä ymmärryksessä ja täyttä ymmärrystä vailla olevien välillä. Persoonallisuushäiriöiden (ja myös muiden tällöin käytettyjen diagnoosien) kappa-arvot eivät nouse samalle tasolle kuin ymmärrystä vailla olevien ryhmässä. Toisin sanoen kyseisten syyntakeisuusryhmien välisen

erottelun tekee vaikeaksi kaksi eri tekijää: syyntakeisuusryhmien välillä havaitut diagnostiset erot eivät ole kovin selviä ja silloin kun eroja ilmenee, ne perustuvat diagnooseihin joiden luotettavuusaste ei ole paras mahdollinen.⁴⁵

Vastaus tämän pääjakson alussa esitettyyn kysymykseen siitä, vastaavatko syyntakeisuusarvio ja psykiatrinen diagnoosi toisiaan, on siis kyllä ja ei. Pääsääntöisesti psykiatrisesta diagnoosista voidaan päätellä, onko tutkittava ymmärrystä vailla vai ei. Sen sijaan psykiatrinen diagnoosi ei kerro tarkasti sitä, onko tutkittava sijoitettava täydessä ymmärryksessä vai täyttä ymmärrystä vailla olevien ryhmään.

19.3. Älykkyysosamäärä

Rutiininomaisena toimenpiteenä mielentilatutkimuksessa tehdään myös älykkyys-testaus, jonka tuloksista kertoo taulukko 39. Taulukossa 39 tutkimusaineisto on jaettu syyntakeisuusryhmittäin älykkyysosamäärän mukaisesti.⁴⁶

Taulukko 39. Älykkyysosamäärien jakautuminen (%).

Älykkyys- osamäärä	Täydessä ym- märryksessä	Täyttä ymmär- rystä vailla	Ymmärrystä vailla
85 tai vähemmän	10	25	35
86–94	14	17	24
95–104	32	28	17
105–114	22	20	15
115 tai enemmän	22	10	9
Yhteensä	N=86	N=136	N=46

Älykkyysosamäärien erot syyntakeisuusryhmien välillä ovat tilastollisesti merkitseviä (χ^2 -arvo 20.02 vapausasteella 8, $p < .01$). Kiinnostavaa on erityisesti se, että täydessä ymmärryksessä olevat eroavat muista korkean älykkyysosamääränsä ansiosta. Itseasiassa tämän syyntakeisuusryhmän pistearvot nousevat koko väestön

⁴⁵ Viime vuosina kappa-arvot ovat kuitenkin myös persoonallisuushäiriöiden kohdalla olleet nousussa. Vrt. Loranger ym., s. 215–224.

⁴⁶ Taulukossa 39 on noudatettu Juhani Mattilan tutkimuksessaan käyttämää luokitusta. Tilastollisen testin asettamien vaatimuksien vuoksi Mattilan 7-portainen luokitus on kuitenkin muutettu 5-portaiseksi. Mielentilatutkimuksissa sanallisesti ilmaistut testitulokset ("keskitasoa", "hyvää keskitasoa" jne.) on muutettu vastaavaan luokkaan kuuluvaksi lukuarvoksi. Puuttuvia tietoja on tutkimusaineistossa yhteensä kahdeksan.

keskiarvoa korkeammalle tasolle. Sitävastoin täydessä ymmärryksessä ja täyttä ymmärrystä vailla olevien älykkyysosamäärät jäävät väestön keskitasoa heikommiksi. Erityisesti ymmärrystä vailla oleviin kasautuu poikkeuksellisen paljon alhaisia osamääriä. Tällöin kysymyksessä on usein psykoosiin liittyvä tason lasku.

Toisaalta älykkyysosamäärien jakautuminen viittaa erääseen täydessä ymmärryksessä ja täyttä ymmärrystä vailla olevien diagnostiseen eroon. Heikkolahjaisuutta tai kehitysvammaisuutta kuvaava diagnoosi esiintyy pää- tai sivudiagnoosina täyttä ymmärrystä vailla olevilla yhteensä 26 kertaa, kun täydessä ymmärryksessä olevilla näitä diagnooseja käytettiin vain kahdesti. Näin ollen sekä diagnostisesti että älykkyysosamäärillä mitaten täydessä ymmärryksessä olevat erottuvat täyttä ymmärrystä vailla olevia ongelmattomampana ryhmänä.

XX RIKOSTILANNETTA KUVAAVAT MUUTTUJAT

20.1. Alkoholin käyttö rikoksen tekohetkellä

Rikostilannetta kuvaavista muuttujista esiintyy mielentilatutkimuksissa poikkeuksetta yksi, tieto alkoholin käytöstä rikoksen tekohetkellä. Syynä tähän on rikoslain 3 luvun 4 §:n toinen momentti, jossa säädetään: ”Älköön tässä tapauksessa päihtymystä taikka muuta senkaltaista mielenhäiriötä, johon rikoksentekijä on itsensä saattanut, yksinään pidettävä syynä tällaiseen rangaistuksen vähentämiseen.” Kyseisen lainkohdan vuoksi myös mielentilalausannon laatimisohejeissa nimenomaisesti edellytetään päihtymystilan kirjaamista.¹

Keisun ja Wagner-Prennerin tutkimuksen mukaan rikoshetkellä alkoholin vaikutuksen alaisena olleiden osuus on pitkällä aikavälillä jatkuvasti kasvanut. Päihtyneiden tekemiä henkirikoksia oli vielä 1950-luvulla alle 50 % kaikista, 1980-luvulle tultaessa yli 80 %.² Keisu ja Wagner-Prenner eivät kuitenkaan ole tutkimuksessaan tarkemmin analysoineet sitä, missä määrin kysymys voisi olla tehostuneiden tutkimusmenetelmien aiheuttamasta lisäyksestä, missä määrin taas alkoholin vaikutuksen alaisena tehtyjen rikosten todellisesta kasvusta.

Tutkimusaineistossa 85 % tutkittavista oli rikoshetkellä alkoholin vaikutuksen alaisena. Luku vastaa Keisun ja Wagner-Prennerin tutkimustuloksia. Sitävastoin poliisitalaston luvut näyttävät jäävän hieman alemmalle tasolle. Esimerkiksi vuosien 1987–1989 poliisitalaston mukaan henkirikoksista syylliseksi epäillyistä 72 % oli alkoholin tai huumausaineen vaikutuksen alaisena.³

Muiden huumausaineiden kuin alkoholin (huumausaineet, lääkeaineet, tinne-ri jne.) vaikutusta on aikaisemmissa tutkimuksissa todettu 5–10 %:lla mielentila-aineistosta. Tällöin kysymys on ollut yleensä ns. sekakäytöstä, jossa alkoholia ja muita huumausaineita on käytetty yhdessä.⁴ Varsinaisten huumeiden käyttöä

¹ Mielentilatutkimus ja siitä annettava lausunto, s. 13.

² Keisu ja Wagner-Prenner, s. 89–90.

³ Poliisin tietoon tullut rikollisuus 1987–1989. Tekstissä esitetyt poliisitalaston luvut koskevat murhaa, tappoa ja lapsentappoa. Poliisitalastossa ei tekoyhdistelmää pahoinpitely ja kuolemantuottamus ole päihteiden käytön osalta tilastoitu erikseen.

⁴ Keisu ja Wagner-Prenner, s. 88.

ilmeni tutkimusaineistossa erittäin vähän. Rikoshetkellä merkintöjä huumeiden käytöstä esiintyi 1 %:lla tutkittavista (N=2). Tulos oli sama kuin poliisitilastossa, jonka mukaan vuosina 1987–1989 1 % henkirikoksista epäillyistä oli huumausaineiden vaikutuksen alaisena. Joukamaan vuoden 1985 vankitutkimuksessa luvut olivat hieman suuremmat. Joukamaan mukaan 3 % vankipopulaatiosta oli rikoshetkellä huumausaineiden vaikutuksen alaisena.⁵

Tutkimusaineistossa huumausaineita huomattavasti merkittävämmässä asemassa ovat psyykenlääkkeet. Tässä suhteessa mielentila-aineisto on kuitenkin sikäli ongelmallista, että erityisesti ymmärrystä vailla olevilla jatkuva psyykenlääkitys kuuluu osana psykiatriseen hoitoon. Ymmärrystä vailla olevien kohdalla onkin käytännössä mahdotonta vetää rajaa ns. normaalin lääkkeiden käytön ja psyykenlääkkeiden väärinkäytön välille. Tämän vuoksi ymmärrystä vailla olevat on jätetty tarkastelun ulkopuolelle. Muissa syyntakeisuusryhmissä psyykenlääkkeiden vaikutuksen alaisena oli rikoshetkellä 4 % tutkittavista.⁶ Psyykenlääkkeitä oli tällöin aina nautittu yhdessä alkoholin kanssa. Tulokset vastaavat Joukamaan vankitutkimusta. Joukamaan aineistossa psyykenlääkkeiden käyttöä rikoshetkellä ilmeni 6 %:lla.⁷

Tutkimusaineistossa rikoshetken alkoholinkäyttöä eri syyntakeisuusryhmissä kuvaa taulukko 40.

Taulukko 40. Rikoshetkellä alkoholin vaikutuksen alaisena (%).

Alkoholin vaikutuksen alainen	Täydessä ymmärryksessä	Täyttä ymmärrystä vailla	Ymmärrystä vailla
Kyllä	92	90	55
Ei	8	10	45
Yhteensä	N=88	N=141	N=47

Rikoshetken alkoholinkäytön suhteen syyntakeisuusryhmien väliset erot ovat tilastollisesti erittäin merkitseviä (χ^2 -arvo 38.28 vapausasteella 2, $p<.001$). Täydessä

⁵ Huumeiden vaikutuksen alaisena olleiden rikoksenteijöiden osuus on vuoteen 1992 tultaessa noussut 4 %:iin (Matti Joukamaan alustus terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen ja vankeinhoiton koulutuskeskuksen seminaarissa "Onko mielentilassa mieltä" 24.11.1994).

⁶ Psyykenlääkkeiden vaikutuksen alaisena oli rikoshetkellä yhdeksän tutkittavaa kaikkiaan 229:stä kyseisiin syyntakeisuusryhmiin kuuluvista (täydessä ymmärryksessä tai täyttä ymmärrystä vailla olevat).

⁷ Joukamaa, s. 45; Psyykenlääkkeitä käyttäneiden rikoksenteijöiden osuus on vuoteen 1992 mennessä noussut 7 %:iin (Matti Joukamaan alustus terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen ja vankeinhoiton koulutuskeskuksen seminaarissa "Onko mielentilassa mieltä" 24.11.1994).

ymmärryksessä olevista 92 % oli rikoshetkellä alkoholin vaikutuksen alaisena. Täyttä ymmärrystä vailla olevilla vastaava luku kohosi 90 %:iin, kun sitävastoin ymmärrystä vailla olevista alkoholin vaikutuksen alaisena oli vain 55 % rikoksenteijöistä. Jakautuma vastaa Joukamaan ja Tuovisen tutkimustuloksia, vaikkakin heidän tutkimuksessaan luvut olivat kautta linjan alhaisemmat. Joukamaan ja Tuovisen tutkimuksessa ymmärrystä vailla olevista oli rikoshetkellä alkoholin vaikutuksen alaisena alle puolet, muista syyntakeisuusryhmistä noin 70 %.⁸

Näin ollen rikosentekijän päihtymystilaa koskevat tiedot osaltaan vahvistavat eri syyntakeisuusryhmien välisiä eroja. Myös rikoshetkellä toistui sama jakautuma kuin alkoholiriippuvuutta kuvaavassa diagnoosissa. Alkoholiin liittyvät ongelmat painottuvat täydessä ymmärryksessä ja täyttä ymmärrystä vailla oleviin.

20.2. Rikosentekijän ja uhrin suhde

Toinen muuttuja, joka mielentilalausuntojen rikoshetkeä koskevista kuvauksista on varsin luotettavasti poimittavissa, on rikosentekijän ja uhrin suhde. Rikosentekijän ja uhrin suhde on muuttujana kuitenkin sikäli ongelmallinen, että mielentilatutkimusta käsittelevissä ohjeissa sille ei ole annettu mitään erityistä statusta tai merkitystä. Toisaalta muuttujan tekee kiinnostavaksi se, että se näyttää kertovan jotakin olennaista rikosentekijöiden elämänpiiristä ja sosiaalisista vuorovaikutussuhteista.

Tutkimusaineistossa rikosentekijän ja uhrin suhde on luokiteltu käyttäen vaikiintunutta neliportaista asteikkoa: lähiomainen, avio- tai avopuoliso, tuttava ja tuntematon. Tällöin lähisukulaisiksi on luokiteltu suoraan ylenevässä tai alenevassa polvessa olevat sukulaiset (rikosentekijän vanhemmat, isovanhemmat, lapset ja lapsenlapset), sisarukset, vanhempien sisarukset ja sisarusten lapset. Avio- tai avopuolisoiden ryhmään on laskettu mukaan myös entiset avio- tai avopuolisot. Tuttavien osalta tutkimusaineisto ei ole mahdollistanut tarkkaa erottelua tuttavuuden laadun suhteen. Tuntemattomaksi uhri on luokiteltu niissä tapauksissa, kun tästä on mielentilatutkimuksessa erikseen mainittu. Niissä tapauksissa, joissa joko tekijöitä tai uhreja on ollut useita, on menetelty niin, että jokaisen tekijän suhde jokaiseen eri uhriin on luokiteltu erikseen. Kyseisestä syystä johtuen tämän jakson taulukoissa esiintyvät luvut ovat hieman suuremmat kuin rikosentekijöiden määrää kuvaavat luvut.

Tutkimusaineistossa 17 % rikosentekijöistä surmasi lähisukulaisensa, 19 % avio- tai avopuolisonsa, 49 % tuttavansa ja 15 % tuntemattoman. Nämä prosenttilu-

⁸ Joukamaa ja Tuovinen, s. 26.

vut ovat jokseenkin samat kuin aikaisemmissa suomalaisissa henkirikostutkimuksissa. Tyypillistä henkirikoksille on se, että rikokset kohdistuvat yleensä tekijän lähipiiriin – sukulaisiin, puolisoihin ja tuttaviiin.⁹

Rikoksenteikijän ja uhrin suhdetta eri syyntakeisuusryhmissä kuvaa taulukko 41:

Taulukko 41. Rikoksenteikijän ja uhrin suhde (%).

Rikoksenteikijän ja uhrin suhde	Täydessä ymmärryksessä	Täyttä ymmärrystä vailla	Ymmärrystä vailla
Uhri lähisukulainen	12	14	36
Avio- tai avopuoliso	18	19	19
Tuttava	53	53	32
Tuntematon	18	14	13
Yhteensä	N=97	N=152	N=47

Erot syyntakeisuusryhmien välillä ovat tilastollisesti merkitseviä (χ^2 -arvo 16.31 vapausasteella 6, $p < .05$). Syyntakeisuusryhmien erot ovat kahdessa suhteessa erittäin selvät. Toisaalta lähisukulaisen surmanneita on ymmärrystä vailla olevien ryhmässä huomattavan runsaasti (36 %), kun taas täydessä ymmärryksessä ja täyttä ymmärrystä vailla olevista heitä on olennaisesti vähemmän (12 % ja 14 %). Toisaalta täydessä ymmärryksessä ja täyttä ymmärrystä vailla olevilla tuttavien surmanneiden osuus nousee korkeaksi, 53 %:iin, kun vastaava luku ymmärrystä vailla olevilla jää 32 %:iin. Sen sijaan muilta osin erot jäävät vähäisiksi. Avio- tai avopuolison tai tuntemattoman surmanneiden prosenttiosuus asettuu kaikissa mielentilaryhmissä lähelle koko aineiston keskiarvoa.

Selitystä sille, miksi ymmärrystä vailla olevat surmaavat keskimääräistä useammin lähiomaisia, on etsittävä heidän elämäntilanteestaan. Tähän ryhmään kuuluviin suurella osalla on takanaan erittäin pitkä ja vaikea mielisairaushistoria. Ääritapauksissa kyseiset henkilöt ovat totaalisesti eristäytyneet ulkomaailmasta lähinnä skitsofrenian vuoksi. Toisaalta he eivät myöskään selviydy ilman muiden apua. Auttajina toimivat yleensä lähiomaiset. Näin ollen ymmärrystä vailla olevat kohdistavat rikoksensa keskimääräistä useammin lähiomaisiin, koska he poikkeuksellisen usein asuvat lapsuudenkodissaan kroonistuneen mielisairauden vuoksi. Tässä yhteydessä on kiinnostavaa todeta, että uhrin valikoitumisen suhteen samankaltaisiin tuloksiin on tultu Tanskassa. Peter Gottliebin, Peter Krampin ja Gorm Gabrielsenin tutkimuksen mukaan psykoottiset rikoksenteikijät surmasivat todennäköisimmin omia vanhempiaan tai lapsiaan.¹⁰

⁹ Viljanen T, s. 52.

¹⁰ Gottlieb, Gabrielsen ja Kramp, s. 289.

Pitkälle kroonistuneille mielisairaille lapsuudenkodissa asumisen vaihtoehtona ovat lähinnä mielisairaala ja erilaiset tukiasunnot. Myös mielisairaaloissa ja psykiatrisille potilaille tarkoitetuissa asuntoloissa tapahtuneiden henkirikosten osuus on todettu potilasmäärään nähden korkeaksi. Mielisairaaloissa henkirikoksia tapahtuu keskimäärin yksi vuodessa.¹¹ Näin ollen ymmärrystä vailla olevien rikosten tekijöiden uhrin painottuvat nimenomaan niihin elämäntilanteisiin, joissa näiden usein pitkän sairaushistorian omaavien henkilöiden sosiaalinen vuorovaikutus pääasiassa tapahtuu.

Muissa syyntakeisuusryhmissä uhrin yleensä ovat rikosten tekijät tuttavina. Myös tätä havaintoa voidaan selittää sosiaalisen vuorovaikutuksen kautta. Kuten aikaisemmin on todettu, täydessä ymmärryksessä ja täyttyä ymmärrystä vailla olevista valtaosalla elämänhistoriaa ja nykyhetkeä leimaavat alkoholi ja rikollisuus. Vastavasti uhrin ovat usein alkoholisoituneita saman ryhmän jäseniä, mikä on käynyt ilmi mm. Juhani Mattilan tutkimuksessa.¹²

Tässä yhteydessä on syytä lyhyesti todeta eräs toinen tutkimusaineistosta esiin nouseva seikka, joka liittyy tekijän ja uhrin suhteeseen. Sen lisäksi että tekijän ja uhrin suhde vaihtelee eri syyntakeisuusryhmissä, se vaihtelee myös ikäryhmittäin. Tästä kertoo kuva 10, jossa tutkimusaineisto on jaoteltu 15–29-vuotiaiden ja yli 30-vuotiaiden ryhmiin.

Kuvassa 10 ilmenevät erot ovat tilastollisesti erittäin merkitseviä (χ^2 -arvo 21.98 vapausasteella 3, $p < .001$). Kuvan 10 mukaan ne muuttujat, jotka eivät eri mielentilaryhmissä poikenneet toisistaan (uhrina avio- tai avopuoliso tai tuntematon), ovat erittäin voimakkaasti ikäsidonaisia. 15–29-vuotiaiden tekemissä henkirikoksissa uhrina on tuntematon 24 %:ssa tapauksia, yli 30-vuotiaiden kohdalla vastaava prosenttiluku jää 7 %:iin. Toisaalta avio- tai avopuoliso on uhrina yli 30-vuotiaiden ryhmässä 25 %:ssa tapauksia, 15–29-vuotiaiden henkirikoksissa vain 11 %:ssa. Viimeksi mainitun eron selitys on luonnollinen. Koska 15–29-vuotiaat eivät yleensä ole pysyvässä parisuhteessa, parisuhteen puitteissa tapahtuvia henkirikoksia ei voi olla kovin paljon. Sitä vastoin kiinnostavampi ja vaikeampi kysymys on se, miksi 15–29-vuotiaat kohdistavat rikokset niin usein tuntemattomiin.¹³

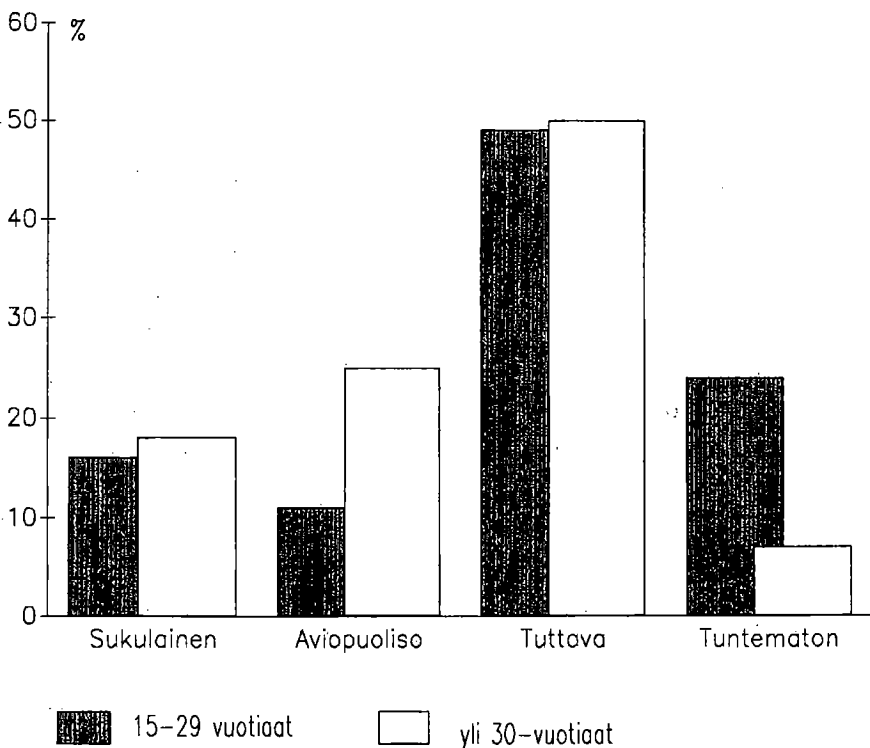
Amerikkalaisten tutkimusten mukaan nuorten yllidustus tuntemattomiin suuntautuvassa väkivallassa johtuu kahdesta syystä. Toisaalta kysymys on siitä, että nimenomaan nuoret syyllistyvät aseellisiin ryöstöihin. Toisaalta taas nuorten väkivallan kohdentuminen tuntemattomiin on seurausta nuorisoväkivallan tyyppitilanteesta, jota on luonnehdittu nimikkeellä ”hallinnasta luisuva näytön paikka”.¹⁴

¹¹ Hakola (1992), s. 316.

¹² Mattila, s. 79.

¹³ Vrt. Kääriäinen, s. 57–58, jossa sama ilmiö todetaan myös lievien väkivaltarikosten osalta.

¹⁴ Daly ja Wilson, s. 176–177.



Kuva 10. Rikoksentekijän ja uhrin suhde ikäryhmissä 15–29-vuotiaat ja yli 30-vuotiaat (%).

USA:ssa tuntemattomiin suuntautuvien henkirikosten osuus on kuitenkin huomattavasti Suomea korkeampi. USA:n henkirikoksista ainakin 25 % kohdistuu tuntemattomiin.¹⁵ Suomen alhaisempi prosenttiluku, 15 % selittyy ennen muuta sillä, että henkirikokseen päätyviä aseellisia ryöstöjä ei täällä samassa mitassa esiinny.

Suomessa nuorten tuntemattomiin kohdistamia väkivallantekoja leimaa nuorisoväkivallan toinen tyyppitilanne, hallinnasta luisuva näytön paikka. Tälle on ominaista machismo, miehinen ylimielisyys ja dramaattinen kerskailu. Keskeistä on tarve antaa näyttöjä, vähemmän tärkeää se, kuka joutuu niiden esittämisen välikappaleeksi. Yleensä uhri on näissäkin tapauksissa tekijälle ennalta tuttu – kuuluu samaan tai kilpailevaan jengiin, asuu samalla alueella jne. – mutta myös tuntemattomiin kohdistuvia tekoja esiintyy.¹⁶

¹⁵ Smith ja Parker, s. 136–145; Zahn ja Sagi, s. 388–390.

¹⁶ Daly ja Wilson, s. 176–178.

Seuraavat tutkimusaineistosta poimitut esimerkit kuvaavat tapauksia, joissa nuorten väkivalta on kohdistunut tuntemattomaan:

26-vuotias KK matkusti kaverinsa kanssa junalla karatekilpailuihin. Karatekilpailujen jälkeen he menivät discoon ottamaan olutta ja olivat siellä valomerkkiin asti. Discosta poistuessaan KK alkoi kadulla ”harjoitella” karatepotkuja. Hänen omat muistikuvansa tapahtumista olivat hämärät, mutta josakin vaiheessa oli vastaan tullut tuntematon mies, jonka kanssa syntyi riitaa. KK löi miestä puukolla rintaan.¹⁷

19-vuotias JJ tapasi Alkon edessä hänelle entuudestaan tuntemattoman kolmen hengen seurueen. Ryhmä hankki alkoholia ja lähti JJ:n asunnolle ryyp-päämään. Asunnolla JJ alkoi kehua voimillaan, jolloin hänen ja seurueeseen kuuluvan miehen välille syntyi riitaa. Mies otti veitsen ja sanoi tappavansa ”tuon hintin” (JJ:llä oli korvarengas). JJ väänsi veitsen miehen kädestä ja kuristi hänet kuoliaaksi.¹⁸

Näissä tapauksissa korostuu miehisen voiman ihailu. Toisaalta merkittävää on se, että niissä on mukana yleisö (tekijäkumppani tai ulkopuoliset), jonka suhteen omaa toimintaa ja sen synnyttämiä reaktioita peilataan.

Miten nämä seikat sitten selittävät sen, että juuri nuoret kohdistavat väkivallan tuntemattomiin? Onhan todettu, että myös vanhemmille rikosentekijöille väkivaltatilanne on usein jonkinlainen näytön paikka.¹⁹

Näin kieltämättä on. Ratkaiseva ero on kuitenkin siinä, että vanhemmat väkivallantekijät kykenevät antamaan näyttöjä huomattavasti rajoitetummalle piirille kuin nuoret. Tämä johtuu lähinnä siitä, että vanhempien väkivallantekijöiden sosiaalinen syrjäytyminen on jokseenkin yksiselitteistä. Heidän pääasiallinen sosiaalinen viitekehyksensä on yhteiskunnasta uloslyötyjen ryhmä, johon kuuluvat alkoholistit, entiset vangit, asuntoloissa asuvat jne. Tämän syrjäytyneen ryhmän kontaktipinnat valtaväestöön ovat vähäiset.

Sitävastoin 15–29-vuotias – huono-osainenkin – on vielä jonkinlaisessa kontakti- ja kilpailutilanteessa muiden samanikäisten kanssa, koska kotona asuvien, työtömien tai opiskelevien nuorten keskinäiset erot eivät ole samalla tavoin ilmeiset kuin vanhemmassa väestössä. Sekä työmarkkinoilla että muutoin nuori kilpailee huomattavasti suuremman ihmisryhmän kanssa kuin vanhemmat huono-osaiset. Tästä myös saattavat johtua erot tuntemattomiin kohdistuvassa väkivallassa. Näytön tarvetta ei synny, jos konfliktin toinen osapuoli ei ole potentiaalinen kilpailija.

Kaiken kaikkiaan tekijän ja uhrin suhteessa havaittavat erot ilmentävät sosiaali-

¹⁷ Mielentilatutkimus 10190.

¹⁸ Mielentilatutkimus 10133.

¹⁹ Vrt. Mattila, s. 79.

sen vuorovaikutuksen erilaista painottumista. Ymmärrystä vailla olevat ovat mielisairautensa vuoksi sitoutuneita lähiomaisiin ja myös henkirikoksia tapahtuu poikkeuksellisen paljon tässä suunnassa. Täydessä ymmärryksessä ja täyttä ymmärrystä vailla olevilla uhreina olivat yleensä tuttavat. Nuorilla rikosentekijöillä esiintyivät erityispiirteinä tuntemattomiin kohdistuvat väkivallanteot. Vastaavasti yli 30-vuotiailla korostuu avio- tai avopuolisoon kohdistuva väkivalta.

20.3. Muut rikostilannetta kuvaavat muuttujat

Rikostilanteen alkoholinkäyttöä sekä tekijän ja uhrin suhdetta kuvaavien muuttujien lisäksi muita rikostilanteeseen liittyviä muuttujia esiintyy mielentilalausunnoissa vain vähän tai niiden kirjaaminen tapahtuu epäsystemaattisesti. Kyseisten muuttujien niukkuus aiheutuu osaltaan siitä, että mielentilatutkimuksen laatimisohjeiden mukaan tekotilanteesta on kerrottava suppeasti ja tiivistetysti, turhia yksityiskohtia välttäen.²⁰

Jos niin haluttaisiin, mielentilatutkimuksiin voitaisiin koota erittäin runsaasti tekotilannetta koskevia tietoja. Esimerkiksi Juhani Mattila on kirjannut tutkimukseensa seuraavat muuttujat, jotka hän on voinut selvittää mielentilatutkimuksen yhteydessä eri lähteistä: tekijän ja uhrin ikä, sukupuoli, sosiaaliluokka ja siviilisääty, tekijän ja uhrin suhde, tekijän ja uhrin ikäsuhde (oliko uhri nuorempi, samanikäinen vai vanhempi kuin tekijä), tekijän käsitys uhristaan (koki uhrinsa positiiviseksi, neutraaliksi, negatiiviseksi, ylivoimaiseksi jne.), tekijän ja uhrin käyttäytyminen ennen rikosta (mahtailuva, provosoiva, uhkaileva tai väkivaltainen), silminnäkijöiden määrä ja heidän suhteensa rikokseen (esim. rikos tyydytti muidenkin kostonhaluja), rikosentekijän ja uhrin humalatilan aste tapahtumahetkellä, rikoksen motiivi (motiiviton, motiivina patologinen mustasukkaisuus, kärsitty loukkaus, parisuhteen päättyminen, raha tai rikos liittyi alkoholin hankkimiseen), rikosväline ja tekotapa (puukotus, ampuminen, hakkaaminen, kuristaminen jne.), motoriikan määrä rikoksessa, rikospaikan luonne (yleinen paikka, pihamaa, koti ym.), rikoksen tapahtuma-aika (viikonpäivä, vuorokauden aika), ilmoittautuiko tekijä itse poliisille, myönsikö hän syyllisyytensä jne.²¹

Vaikka siis mielentilatutkimuksen laatijan käytössä olevasta aineistosta olisi mahdollista kerätä erittäin laaja muuttujajoukko, tällaista muuttujajoukkoa ei mielentilatutkimuksissa systemaattisesti esiinny. Se että rikostilannetta kuvaavan aineiston suhteen tapahtuu voimakasta karsintaa, on samalla kannanotto siihen, mitä

²⁰ Mielentilatutkimus ja siitä annettava lausunto, s. 12–13.

²¹ Mattila, s. 44–52.

tietoa pidetään syyntakeisuusarvion kannalta merkityksellisenä. Niin kuin aikaisemmin on todettu, psykiatrian lähtökohtana on mielenterveyden kokonaisvaltainen tarkastelu. Tässä yksittäisen tapahtuman merkitys on yleensä vähäinen.

XXI MIELENTILALAAUSUNNON PERUSTELUT

Mielentilalausunnon viimeisenä varsinaisena kohtana ovat yhteenveto ja päätelmät.¹ Virallisoheiden mukaan mielentilatutkimusta suorittavan lääkärin tulee esittää perusteltu käsityksensä tutkittavan psyykkisestä tilasta rikoksen tekohetkellä sekä siitä, mikä tutkittavan psyykkisen tilan suhde on ollut puheena olevaan tekoon. Tällöin pelkästään poikkeva tekotapa tai psyykkinen häiriö sinänsä eivät ole riittävä osoitus syyntakeisuuden alentumisesta. Virallisoheiden mukaan psyykkisen poikkeavuuden on aina oltava syy-yhteydessä tekoon, jotta sillä olisi merkitystä syyntakeisuusarvioinnissa. Ohjeissa myös todetaan, että psyykkinen häiriö ei välttämättä vaikuta henkilön käyttäytymiseen kaikilla osa-alueilla. Henkilö voi olla johonkin tekoon nähden syyntakeeton ja johonkin toiseen tekoon nähden täysin syyntakeinen. Tämän vuoksi mielentilalausunnolta vaaditaan, että siinä on määritelty syyntakeisuus kunkin teon suhteen.

Mielentilalausuntoa koskevissa virallisoheissa tekohetkeen liittyviä perusteluja edellytetään nimenomaan alentuneesti syyntakeisten kohdalla:

”Erityistä huolellisuutta ja perusteellisuutta tulisi noudattaa silloin, kun aiotaan esittää, että henkilö on teon tehdessään ollut täyttä ymmärrystä vailla. Henkilön määrittäminen psyykkisesti häiriintyneeksi ei sellaisenaan vielä oikeuta pitämään häntä vähentyneesti syyntakeisena. Tällöinkin on muistettava, että sielullisen häiriön ja teon välillä on oltava syy-yhteys ja tämän syy-yhteyden olemassaolo on voitava perustella.”²

Toisaalta jo aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu mielentilalausuntojen perusteluihin liittyvät ongelmat. Keisun ja Wagner-Prennerin mukaan niiden tapausten määrä, joissa on esitetty perusteltu käsitys mielenterveyden häiriön ja teon välisestä

¹ Edellä on systemaattisesti käyty lävitse kaikki mielentilalausunnon asiakokonaisuudet. Jos johonkin asiakokonaisuuteen ei ole viitattu, se on joko yhdistetty toiseen pääkohtaan tai tilanne on se, ettei kyseistä asiakohdasta ole mielentilalausunnoissa systemaattisesti käytetty syyntakeisuusryhmiä erottavana tekijänä. Viimeksi mainittu tarkoittaa lähinnä somaattisia ja neurologisia tutkimuksia, joita eri tutkimuspaikoissa suoritetaan joko valikoiden tai olennaisesti toisistaan poikkeavassa laajuudessa (esim. tutkimusaineistossa serotoniinitutkimukset vain yhdessä tutkimuspaikassa).

² Mielentilatutkimus ja siitä annettava lausunto, s. 16–17.

yhteydestä, on vaihdellut 40–75 % välillä eri tutkimusvuosina.³ Vastaavasti Anna Maria Viljasen äskettäin valmistuneessa tutkimuksessa on tehty yksityiskohtainen argumenttianalyysi 354:stä vuosina 1960–1988 laaditun mielentilatutkimuksen perusteluosasta. Argumenttianalyysissa Viljanen luokitti omaksi ryhmäkseen ne argumentit, joissa käsiteltiin tekohetken poikkeavaa psyykkistä tilaa, reaktiota tai käytöstä. Viljasen tutkimusaineiston 354 tutkittavalla yhteensä 39:llä eli 11 %:lla esiintyi jokin tekotilanteeseen välittömästi liittyvä argumentti.⁴

Se että mielentilalausunnon perusteluissa ei kommentoida mielenterveyden häiriön ja teon suhdetta, on luonnollista erityisesti kahdessa tapauksessa. Ensiksi silloin kun tutkittavalla ei ole merkittävää mielenterveyden häiriötä. Tällöin perusteluissa saatetaan vain todeta: ”Mitään mielisairauteen tai selvään psyykkiseen poikkeavuuteen viittaavaa tutkittavasta ei tutkimuksessa havaita.”⁵ Toisaalta silloin kun tutkittava on ilmeisen mielisairas, perustelut saattavat jäädä viitteellisiksi. Esimerkiksi vaikeissa skitsofreniatapauksissa perustelujen kirjaaminen on lähinnä muodollisuus, koska lopputulos on selvä.

Näissä äärivaihtoehdoissa yksityiskohtaisten perustelujen puuttuminen on luonnollista. Tilanne on kuitenkin se, että mielenterveyden häiriön ja rikoksen välistä syy-yhteyttä ei usein perustella edes täyttä ymmärrystä vailla olevien tapauksessa, vaikka sitä virallisohejeissa edellytetäänkin. Tästä esimerkkinä on seuraava perustelu:

”Huomioiden tutkittavan hyvin vaikea persoonallisuushäiriöproblematiikka, tämän taustalla olevat poikkeavat stressireaktiolöydökset, voimakkaat mielialojen heittelemiset, univaikeudet, itsetunto-ongelmat ja pitkälle menneet alkoholin väärinkäyttöaspektit sekä rajatila-asteinen häiriö ajoittaisin paranoidisin piirtein, on mielestäni riittävää syytä katsoa, että tutkittava oli ollut nyt sattuneiden rikosten aikana vain alentuneesti syyntakeinen.”⁶

Tässä tapauksessa todettiin mielenterveyden häiriöiden laatu ja mainittiin, että niiden olemassaololla oli teon kannalta merkitystä. Teon suhteen mitään spesifiä ei kuitenkaan ilmaistu. Kyseisestä johtopäätösosasta puuttuu näin psyyken häiriön ja teon välisen syy-yhteyden yksityiskohtainen perustelu. Sama ongelma esiintyy myös seuraavassa tapauksessa:

”Huomioiden tutkittavan persoonallisuushäiriöproblematiikka, impulssikontrollin vaikeudet, tämän pohjalla olevat poikkeavat stressireaktiolöydökset, tutkittavan paranoismustasukkainen problematiikka sekä masentunei-

³ Keisu ja Wagner-Prenner, s. 112.

⁴ Viljanen A, s. 92–94 ja 224.

⁵ Mielentilatutkimus 9974.

⁶ Mielentilatutkimus 9963.

suus ja ahdistuneisuustaipumukset ja pitkälle mennyt alkoholismi, katsoisin että olisi riittävä perustetta päätyä siihen, että tutkittava on nyt sattuneiden rikoksien aikana ollut vain alentuneesti syyntakeinen.”⁷

Päinvastaisena tapauksena, ideaaliesimerkkinä virallisoheiden mukaisesta perustelusta, jossa on yksiselitteisesti selvitetty mielenterveyden häiriön laatu ja kytkentä syytteenalaiseen tekoon, voidaan pitää seuraavaa mielentilalausunnon johtopäätös-osaa:

”Tutkittava ei ole mielisairas, mutta persoonallisuus on rajatilatasoisesti häiriintynyt. Puolustusmekanismit ovat varhaiskantaiset ja todellisuutta vahvasti vääristävät; lisäksi ne eivät ole stressitilanteessa pitäviä. Avuttomuutta ovat korostaneet erillistymis- ja samaistumiskehityksen puutteellisuus sekä ulkoiseen ja sisäiseen maailmaan liittyvä epäselvyys ja uhkaavuus.

Syytteenalaisten tekojen aikoihin tutkittava oli halunnut seurueen poistuvan, mutta kun tämä ei ollut tapahtunut on seurauksena ollut vahva omaan itseen kohdistunut uhka, josta tutkittavalla itsellään on hämärä käsitys. Uhrin käytös on tälle häiriintyneelle tulkinnalle antanut tukea. Humalatila on ollut vain myötävaikuttavana tekijänä. Persoonallisuuden häiriönsä ja todellisuuden syrjäyttävien puolustusmekanismiensa vuoksi tutkittava ei ole kyennyt oikein arvioimaan ulkoista tilannetta, tekonsa motiivia ja seurauksia. Syyntakeisuuden voidaan katsoa alentuneen.”⁸

Taulukossa 42 tutkimusaineisto on luokiteltu käyttäen edellä esitettyjä mielentilatutkimusten johtopäätösosia ideaalityypeinä. Kysymys on siitä, onko mielentilatutkimuksen johtopäätösosassa psyyken häiriö kytketty syytteenalaiseen tekoon sillä tavoin eksplisiittisesti kuin mielentilalausunnon laatimisoheissa edellytetään.⁹

Taulukko 42. Mielentilatutkimuksen perustelussa viitattu mielenterveyden häiriön ja rikoksen väliseen syy-yhteyteen (%).

Viittaus tekohetkeen	Täydessä ymmärryksessä	Täyttä ymmärrystä vailla	Ymmärrystä vailla
Kyllä	49	52	53
Ei	51	48	47
Yhteensä	N=88	N=141	N=47

⁷ Mielentilatutkimus 9976.

⁸ Mielentilatutkimus 10011.

⁹ Viimekätisenä erotteluperusteena tapauksia luokiteltaessa on pidetty sitä, onko mielentilaratkaisua perusteltaessa viitattu johonkin konkreettiseen tekoon liittyvään yksityiskohtaan vai ei. Silloin kun näin ei ole ollut, mielenterveyden häiriön ja tekohetken kytkennän on katsottu puuttuvan.

Taulukossa 42 erot syyntakeisuusryhmien kesken ovat erittäin vähäiset (Khi^2 -arvo 0.35 vapausasteella 2, ei tilastollisesti merkitsevä). Koko aineistossa mielenterveyden häiriön ja tekohetken yhteys ilmenee 51 % tapauksia. Täydessä ymmärryksessä olevilla kytkeä tekohetkeen on selkeästi ilmaistu 49 %:ssa tapauksissa, täyttä ymmärrystä vailla olevilla 52 %:ssa ja ymmärrystä vailla olevilla 53 %:ssa.

Tässä yhteydessä ongelmana on luonnollisesti se, että on usein erittäin vaikea arvioida, mitä mielentilatutkimuksen laatija on implisiittisesti edellyttänyt, mutta jättänyt verbaalisesti ilmaisematta. Joka tapauksessa taulukko 42 kertoo siitä, että mielentilalausannon perusteluosassa painopiste ei ole mielenterveyden häiriön ja rikoksen syy-yhteydessä. Psykiatrinen analyysi – ja siihen mahdollisesti liittyvä diagnoosi – perusteluosasta säännönmukaisesti löytyy, kytkeä tekohetkeen ei.

Lisäksi on todettava, että perustelujen puute ei ole systemaattista niin, että silloin kun diagnoosi on syyntakeisuusryhmiä selkeästi erotteleva, perustelut puuttuvat. Perusteluja puuttuu myös niissä tapauksissa, joissa sama päädiagnoosi voi johtaa useaan eri syyntakeisuusryhmään.

XXII EMPIIRISEN TUTKIMUKSEN YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Empiirisen tutkimuksen peruskysymyksenä on ollut se, missä määrin mielentilatutkimusten syyntakeisuusratkaisut kytkeytyvät suoraan mielenterveyden häiriöihin ja niitä kuvaaviin diagnooseihin. Ymmärrystä vailla olevilla tilanne oli hyvin johdonmukaisesti tämä. Skitsofreniadiagnoosi johti lähes automaattisesti kategoriaan ymmärrystä vailla. Myös muissa psykoosiluokituksissa rajanveto oli selvä ja looginen. Se oli yleensä luettavissa diagnoosista. Silloin kun ymmärrystä vailla olevien ryhmään oli sijoitettu tutkittavia, joilla psykoositason diagnoosia ei ollut, tapaukset olivat luonteeltaan poikkeuksellisia ja muista henkirikoksista erottuvia.

Sen sijaan täydessä ymmärryksessä ja täyttä ymmärrystä vailla olevat eivät mielenterveyden häiriöiden suhteen poikenneet olennaisesti toisistaan. Kummassakin tapauksessa persoonallisuushäiriöt olivat hallitsevina päädiagnooseina. Vaikka painotukset persoonallisuushäiriöiden suhteen jonkin verran erosivat toisistaan, valtaosassa tapauksia diagnoosit olivat samat. Suurimmat erot ilmenivät siinä, että täydessä ymmärryksessä olevilla korostui asosiaalinen persoonallisuus, täyttä ymmärrystä vailla olevilla epävakaa persoonallisuus.

Täydessä ymmärryksessä ja täyttä ymmärrystä vailla olevien rajanvetoa eivät myöskään täsmentäneet mielentilalausunnon perustelut. Vain noin puolessa tapauksia perusteluihin oli kirjattu maininta mielenterveyden häiriön ja rikollisen teon välisestä yhteydestä. Tulos näiden syyntakeisuusryhmien rajanvedon suhteen on pitkälti sama kuin aikaisemmissa tutkimuksissa. Joukamaan ja Tuovisen tutkimuksen yhteenvedossa todettiin aikanaan seuraavaa:

”Taulukosta käy ilmi täydessä ymmärryksessä olleiden ja täyttä ymmärrystä vailla olleiden ryhmien samanlaisuus psyykkisen häiriön osalta. Molemmissa valtaosan muodostavat luonnehäiriöisiksi ja alkoholisteiksi diagnostisoidut tutkittavat. Tällä perusteella tuntuisi siltä, että ainakaan pelkän psyykkisen häiriintyneisyyden perusteella näillä ryhmillä ei selvää eroa tuntuisi olevan.”¹

Keisu ja Wagner-Prenner taas tekivät omista tutkimustuloksistaan seuraavan yhteenvedon:

¹ Joukamaa ja Tuovinen, s. 23 ja kalvo 22.

”Yhteisenä piirteenä vähentyneesti syyntakeisilla ja syyntakeisiksi todetuilla on siis pitkälti diagnoosien samankaltaisuus, molemmissa psykopatia päädiagnoosina n. 50–70 %:lla tutkituista. Psyykkisen häiriön perusteella ei näin ollen välttämättä ainakaan lievemmissä tapauksissa voi päätellä tutkittavan syyntakeisuuden astetta. Sitä, millä perusteella jokin vaikeasti alkoholisoitunut psykopaaatti toisessa tapauksessa todettiin vähentyneesti syyntakeiseksi ja toisessa tapauksessa taas syyntakeiseksi, ei ainakaan psykiatrasta koulutusta vailla oleva kirjoittaja osannut lausunnoista päätellä. Sama ongelma on myös tuomioistuimilla, jotka syyntakeisuuden lopullisesti ratkaisevat.”²

Kaiken kaikkiaan tilanne on siis se, ettei nykyinen mielentilatutkimusjärjestelmä ole johdonmukainen kokonaisuus. Ymmärrystä vailla olevat erotetaan selkeästi lääketieteellisillä perusteilla. Täyttä ymmärrystä vailla olevien kohdalla on sen sijaan epäselvää, mikä perimmäinen erotteluperuste on. Tämä tulos pakottaa vakavasti harkitsemaan Matti Tuovisen äskettäin esittämää kannanottoa:

”Tiivistelmänä totean, että ... alentuneesti syyntakeisten ryhmä ei muodosta vankipopulaatiossa mitään erityistä psykiatrasta kategoriata, ja muutenkin tämän keskikategorian käyttökelpoisuus on kyseenalainen. Kahteen luokkaan, syyntakeisiin ja syyntakeettomiin siirtyminen selkeyttäisi arviointoja ja helpottaisi kokonaisuushahmotuksia.”³

Tuovisen lausunto on täysin linjassa rikoslain säätämisvaiheessa esitettyjen lähtökohtien kanssa. Tuolloin oletettiin, että alentunut syyntakeisuus vastasi niitä mielen terveyden häiriöitä, jotka sijoituivat mielisairauksien ja ns. normaalitilan väliin. Käytännössä tilanne on kuitenkin se, että koko vankipopulaatiota leimaavat samat ongelmat, persoonallisuushäiriöt ja alkoholismi. Nämä erottavat vankipopulaation selvästi keskimääräisväestöstä, mutta vankipopulaation sisällä yksiselitteistä rajanvetoa ei niiden varaan voida rakentaa.

Syyntakeisuusryhmiä kuvaavien taustamuuttujien osalta voitiin tutkimuksessa todeta, että ymmärrystä vailla olevat muodostivat tässäkin suhteessa selväpiirteisen ryhmän. Ymmärrystä vailla olevien lapsuudenolot olivat keskimääräistä väestöä ongelmallisemmat, mutta muihin syyntakeisuusryhmiin verrattuna hyvät. Lapsuus-, koulu- ja vielä armeijavaiheessa he menestyivät joko paremmin tai ainakin yhtä hyvin kuin muut syyntakeisuusryhmät. Sopeutumisongelmia esiintyi muita syyntakeisuusryhmiä vähemmän.

Pelkistäen voidaankin todeta, että ymmärrystä vailla olevien lapsuus- ja nuoruusvaiheista kertovat muuttajat ilmaisevat tilastollisesti sen, mitä heillä yleisimmin esiintyvän mielen terveyden häiriön, skitsofrenian standardikuvaus ilmaisee

² Keisu ja Wagner-Prenner, s. 107.

³ Tuovinen, s. 56.

sanallisesti: skitsofreenikot ovat lapsena tyypillisesti hiljaisia, passiivisia ja sisään-päin kääntyneitä. Usein heidän kerrotaan olleen poikkeuksellisen tottelevaisia ja kilttejä.⁴

Sen sijaan aikuisiässä ymmärrystä vailla olevat erottuvat eräissä suhteissa poikkeuksellisen ongelmallisina. Heillä korostuu voimakkaasti psykiatrinen sairaalahistoria ja he ovat usein jo nuorella iällä jääneet työelämän ulkopuolelle eläkeläistymisen myötä. Alueellisesti ymmärrystä vailla olevat keskittyvät Itä-, Keski- ja Pohjois-Suomeen ja heistä monet asuvat haja-asutusalueella. Alkoholiongelmia ymmärrystä vailla olevilla on selvästi muita syyntakeisuusryhmiä vähemmän. Tämä ilmenee sekä alkoholiriippuvuutta kuvaavassa diagnoosissa että tekohetken alkoholinkäytössä. Erityisenä piirteenä ymmärrystä vailla olevilla on lisäksi se, että heidän rikostensa uhrit ovat usein lähiomaisia.

Täydessä ymmärryksessä ja täyttä ymmärrystä vailla olevilla lapsuudenkodin muuttajat ovat erittäin epäedulliset. Tässä suhteessa he erottuvat sekä valtaväestöstä että ymmärrystä vailla olevista. Täydessä ymmärryksessä ja täyttä ymmärrystä vailla olevista on vaikea löytää henkilöä, jonka lapsuudenkodissa ei olisi esiintynyt yhtä tai useaa vakavaa ongelmaa. Kouluvaihetta leimasivat voimakkaat sopeutumisongelmat.

Aikuiselämässä kyseisille syyntakeisuusryhmälle olivat tyypillisiä työttömyys, vakavat alkoholiongelmat ja rikollisuus. Alkoholiongelmat ilmenivät sekä diagnoosissa alkoholiriippuvuus että rikoshetken alkoholin käytössä. Asuinpaikkana olivat yleensä kaupungit ja taajamat, usein Etelä-Suomessa. Myös rikoksen kohde oli kummassakin ryhmässä hyvin samankaltainen, tavallisesti samaan tuttava- ja juoppottelupiiriin kuuluva mies.

Kaikien kaikkiaan voidaan todeta, että yhtään täydessä ymmärryksessä ja täyttä ymmärrystä vailla olevia selvästi toisistaan erottavaa muuttujaa ei tutkimusaineistossa ollut havaittavissa sen enempää henkilöhistoriasta, elämäntilanteesta, rikoksesta kuin psykiatrisesta diagnoosistakaan. On vain vivahde-eroja: täyttä ymmärrystä vailla olevat tulevat hieman vaikeammista kasvuoloista, he ovat koulussa ja armeijassa olleet jonkin verran sopeutumisongelmaisempia, aikuisiässä heillä esiintyy vähän enemmän psykiatrisia sairaalasijoituksia ja eläkeläisyyttä. Toisaalta täydessä ymmärryksessä olevien ryhmässä korostuvat aavistuksen voimakkaammin alkoholiongelmat, jotka tosin molemmissa syyntakeisuusryhmässä ovat massiivisia. Lisäksi täydessä ymmärryksessä olevia erottaa se, että älykkyystasoltaan ryhmä sijoittuu keskimääräisväestön tasolle, jopa hieman sitä korkeammalle.

Sen lisäksi että tutkimuksen empiirisessä osassa pyrittiin kartoittamaan syyntakeisuusryhmien välistä rajanvetoa, tarkastelulla on myös yleistä kriminologista

⁴ Kaplan ja Sadock, s. 260.

merkitystä. Kuten aiemmin on todettu, tutkimusaineisto on erittäin edustavaa nimienomaan niillä Itä-, Keski- ja Pohjois-Suomen alueilla, joilla henkirikollisuus on korkealla tasolla. Näiden alueiden henkirikollisuus on poikkeuksellista siksi, että siinä yhdistyvät korkeat rikosluvut, kaupunkien ohella myös maaseudun rikollisuusongelmat ja rikoksenteekijöiden vakavat mielenterveydelliset häiriöt. Tälle yhdistelmälle on löydettävissä vähän kansainvälisiä vastineita.

Ymmärrystä vailla olevilla yleisin diagnoosi on tutkimusaineistossa skitsofrenia. Skitsofreenikkojen osuus poikkesi selvästi koko väestön arvoista. Skitsofrenian esiintyvyys väestössä on 1,3 %.⁵ Sen sijaan tuomioistuinten vuosina 1987–1989 käsittelemissä henkirikoksissa skitsofreenikkojen osuus kohosi 7,7 %:iin.⁶ Henkirikollisilla skitsofrenian esiintyvyys on siis 5–6-kertainen väestön keskimääräiseen esiintyvyyteen verrattuna. Tämä havainto skitsofrenian yliedustuksesta suomalaisessa henkirikosaineistossa ei sinänsä ole uusi. Viimeaikaisissa tutkimuksissa sitä on korostanut mm. Panu Hakola.⁷ Saman havainnon on aikanaan tehnyt Martti Kaila, jonka mukaan skitsofrenian esiintyvyys henkirikoksissa oli korkea.⁸ Ulkoilla vastaava ilmiö on noussut esiin mm. Ruotsissa⁹ ja Tanskassa. Tanskassa skitsofreenikkojen osuus henkirikoksiin syyllystyneistä on eri tutkimusten mukaan vaihdellut 4–6 % välillä, mikä skitsofrenian esiintyvyyteen nähden merkitsee selvää yliedustusta.¹⁰

Tutkimusaineistossa skitsofrenian esiintyvyys noudattelee samoja päälinjoja kuin skitsofrenian jakautuminen koko väestössä. Koko väestössä skitsofrenia on vähäisintä Etelä- ja Lounais-Suomessa, jossa esiintyvyys on 0,9 %. Esiintyvyys kohoaa asteittain Etelä-Suomesta kohti maan itä-, keski- ja pohjoisosia. Korkeimmillaan skitsofrenian esiintyvyys on Pohjois-Suomessa (2,1 %).¹¹ Skitsofrenian määrä kasvaa tutkimusaineistossa samansuuntaisesti, tosin lähtien huomattavasti korkeammalta perustasolta. Henkirikoksissa skitsofrenian esiintyvyys Etelä-Suomen suuralueilla on 5 % tasoa, Itä-, Keski ja Pohjois-Suomessa noin 11 %.¹² Vaikka

⁵ Lehtinen ym. (1991), s. 156. Skitsofrenian esiintyvyys oli sekä miespuolisissa että naispuolisissa väestössä sama 1,3 %.

⁶ Prosenttiluku on laskettu vertaamalla mielentila-aineistossa olevien skitsofreenikkojen määrää (30 henkilöä) tuomioistuimissa vuosina 1987–1989 henkirikoksista tuomittujen kokonaismäärään (389). Tarkoituksena on ollut arvioida skitsofreenikkojen vähimmäismäärä henkirikollisten joukossa. Oletuksena on ollut, että mielentilatutkimuksen ulkopuolelle jääneiden joukossa ei ole skitsofreenikkoja.

⁷ Hakola (1992), s. 315.

⁸ Kaila (1940), s. 328.

⁹ Holmberg (1994b), s. 95.

¹⁰ Gottlieb, Kramp ja Gabrielsen, s. 289–290.

¹¹ Lehtinen ym. (1991), s. 156.

¹² Laskentaperiaate on tässä sama kuin edellä alaviitteessä 6.

Itä- ja Pohjois-Suomen henkirikosten poikkeuksellisen korkeaan tasoon liittyy näin ollen skitsofrenia, on kuitenkin huomattava, että skitsofrenia näilläkin alueilla koskee henkirikostapauksista vain pientä murto-osaa.

Kaiken kaikkiaan tutkimusaineisto antaa viitteitä siitä, että väkivallan määrällisesti korkeat alueet ovat myös rikosrakenteeltaan ja tekijätyypeiltään erilaisia. Itä-, Keski- ja Pohjois-Suomi muodostaa oman tyyppinsä, jossa on kansainvälisestikin harvinaisia piirteitä. Etelä-Suomessa henkirikollisuuden kuvaa puolestaan leimaa-
vat ne ominaisuudet, jotka edellä ovat kytkeytyneet täydessä ymmärryksessä ja täyttä ymmärrystä vailla oleviin. Kysymyksessä on taustaltaan ja ilmenemismuodoiltaan varsin tavanomainen kaupunkirikollisuus.

OSA 3: MIELENTILASÄÄNNÖSTEN KANSAINVÄLINEN VERTAILU JA TULEVAISUUS

XXIII RUOTSIN MIELENTILASÄÄNNÖKSET

23.1. Ruotsissa 1900-luvulla tapahtunut kehitys

Ruotsalaiset mielentilasäännökset ja -tutkimusjärjestelmä on ollut eräs länsimaisen kehityksen edelläkävijöistä. Ruotsissa mielentilasäännökset ovat kulkeneet 1900-luvulla voimakkaasti lääketieteelliseen suuntaan. Kehityksen lähtökohtana on ollut se kritiikki, jota erityisesti Olof Kinberg ja hänen koulukuntansa jo vuosisadan alussa kohdistivat perinteiseen, Ruotsin vuoden 1864 rikoslain mukaiseen syynta-keisuussäännöstöön. Kinberg kritisoi klassista rikosoikeutta dogmaattisuudesta ja epätieteellisyydestä. Hän kirjoitti:

”Abstrakti, dogmaattinen luonne joka tätä doktriinia leimaa, on silmiinpistävä. Doktriini lähtee tietyistä käsitteistä (tahdonvapaus, moraalinen vastuu, jne.) mutta ei tutki, onko näillä käsitteillä jokin reaalinen, empiirisestä todellisuudesta löytyvä sisältö. Toisin sanoen, doktriini ei ole kiinnostunut siitä, onko näillä käsitteillä yhteys faktisiin psyykkisiin ominaisuuksiin tai tiloihin ihmisessä. Doktriini ei näin ollen anna laajentuneen tiedon ihmisestä ja inhimillisen yhteiskunnan ilmiöistä vaikuttaa itseensä. Se on kerralla kaikin puolin valmis, alusta asti jähmettynyt, kuollut järjestelmä, joka ei kehity psykologisen tai sosiaalisen tiedon kanssa samaan tahtiin. Onkin luonnollista, että tällaisen järjestelmän ja sen empiirisen tieteen, joka sen kanssa joutuu eniten tekemisiin eli oikeuspsykiatrian välillä on antagonistinen suhde. Oikeuspsykiatria, jonka tutkimuskohteena ovat patologiset mielentilat, ei ole saanut kysyä siitä empiirisestä todellisuudesta, josta ... tahdonvapauden käsite on abstrahoitu.”¹

Lääketieteellistä lähestymistapaa korostava näkökulma sai Ruotsissa ensimmäisen voittonsa vuoden 1945 rikoslakiuudistuksessa. Tuolloin käsite ”jämställd med sinnessjukdom” kirjattiin lakiin. Tällä käsitteellä laajennettiin perinteisiä mielentilasäännöksiä. Ajatuksena oli, että psykiatriseen hoitoon voitiin sijoittaa myös muita kuin melisairaita rikoksenteijöitä. ”Jämställd med sinnessjukdom” tarkoitti niitä rikoksenteijöitä, jotka olematta melisairaita olivat vastaavan psykiatrisen hoidon

¹ Kinberg (1929), s. 229–230.

tarpeessa. Vuoden 1945 lainuudistuksessa mielisairauksiin rinnastettavina pidettiin aivovammoista ja -sairauksista aiheutuvia syviä poikkeustiloja, vaikeita neuroottisia sairauksia, vanhuudenmuutoksia, jotka olivat seniilin dementian rajamailla ja poikkeustapauksissa myös rakenteellista psykopatiaa.²

Vuoden 1945 lainmuutosta kritisoitiin lääketieteen puolelta siitä, että uudistus jäi vain puolitiehen. Vaikka lakiin kirjattiin aikaisempaa lääketieteellisemmät syyntakeisuussäännökset, perimmäisenä mielentilan kriteerinä oli edelleen ajatus tahdonvapaudesta ja sen toteutumisesta rikoshetkellä.

Tässä suhteessa olennaista muutosta merkitsi Ruotsin vuoden 1962 rikoslaki, joka tuli voimaan vuoden 1965 alusta. Vuoden 1962 rikoslaissa syyntakeisuuskäsittettä ei perinteisessä muodossa käytetty. Mielentilasäännösten ensisijaisena lähtökohtana oli psykiatrisen hoidon tarve ja sen arviointi. Kun aikaisemmin mielentilatutkimusten ydinkysymyksenä oli se, oliko tekijä syyntakeinen tehdessään rikoksen, nyt lähdettiin arvioimaan sitä, mikä seuraamus olisi paras rikoksenteikijän sopeuttamiseksi takaisin yhteiskuntaan ja vähentämään myöhempää rikollista toimintaa. Näin psykiatria nousi vankeinhoidon varteenotettavaksi vaihtoehdoksi.³ Uutta vuoden 1962 rikoslaissa oli se, että psykiatrisen hoidontarpeen arviointi tapahtui ensisijaisesti tuomitsemis-, ei rikoshetken näkökulmasta. Hoitoon määräämisen kriteerinä oli hoidontarve tuomitsemishetkellä. Tosin myös viittaus rikoksen tekohetkeen lakiin jäi. Laissa puhuttiin rikoksesta, jonka henkilö oli tehnyt mielisairauden tai siihen rinnastettavan tilan vaikutuksen alaisena ("under inflytande av"). Tämä sanonta ei kuitenkaan viitannut kausaaliyhteyteen psyykkisen tilan ja rikoksen välillä, vaan sillä oli uusi merkitys. Lain valmisteluvaiheessa käsite "under inflytande av" säilytettiin laissa siksi, ettei rikoksenteikijä kiinnijäätyään yrittäisi teeskennellä mielisairasta. Simulaation riski oli ilmeinen järjestelmässä, jossa hoidon tarvetta arvioitiin tuomitsemishetken tilanteessa. Vastaavasti laissa haluttiin ottaa huomioon se mahdollisuus, että henkilö teki rikoksen psyykkisen poikkeustilan aikana, mutta ei enää tuomitsemishetkellä ollut hoidon tarpeessa.⁴

Ruotsin vuoden 1962 rikoslaki merkitsi hoidollisen ajattelun ehdotonta läpimurtoa, vaikka sen kaikki formuloinnit eivät innokkaimpia lääketieteellisen ajattelutavan kannattajia vielä tyydyttäneetkään. 1970-luvulle tultaessa psykiatrinen hoito oli seuraamusjärjestelmässä saanut erittäin keskeisen roolin. Kaikkein selvimmin tämä ilmeni korkeimmissa rikoksissa. Esimerkiksi vuonna 1975 noin 65 % murhiin ja tappoihin syyllistyneistä sijoitettiin psykiatriseen hoitoon, 25 % vankeuteen ja 10 % tuomittiin muuhun seuraamukseen.⁵

² Belfrage, s. 11 ja 26–28.

³ Belfrage, s. 12–14.

⁴ Belfrage, s. 36–42.

⁵ Holmberg (1994b), s. 46–48.

1970-luvun puoliväliä voidaankin pitää hoidollisen ajattelun kulminaationpisteenä Ruotsissa. Tämän jälkeen julkistetuissa komiteamietinnöissä kiinnitettiin kriittisesti huomiota erityisesti kahteen seikkaan: toisaalta siihen että psykiatrisen hoidon piiriin oli sijoitettu myös suhteellisen lieviä mielenterveyden häiriöistä kärsiviä ilman että oli riittävää näyttöä siitä, että hoito todella vaikutti. Sen vuoksi vaadittiin, että ne mielenterveyden häiriöt, jotka tulisivat psykiatrisen hoidon piiriin, lueteltaisiin virallisissa säännöksissä. Toisaalta vaadittiin, että tuomioistuinten tulisi määrätä minimihoitoaika niille rikoksenteikijöille, jotka tuomittiin suljettuun psykiatriseen hoitoon. Tämä vaatimus voimistui sitä mukaa kun siviilimielisairaanhoidossa hoitoajat 1970- ja 1980-luvulla lyhenivät voimakkaasti. Komiteamietinnöissä lähdettiin siitä, että mielisairaalaan sijoitettavien rikoksenteikijöiden eristämisaika ei saanut olennaisesti poiketa tavanomaisista rangaistusajoista. Ongelma oli ilmeinen erityisesti henkirikoksissa. Henkirikoksissa ja niiden yrityksissä keskimääräinen hoitoaika oli 1970- ja 1980-luvun taitteessa kahdeksan kuukauden luokkaa, kun vankeuteen tuomittujen rangaistusaika oli kaksi vuotta.⁶ Eristämisaikoja yhtenäistämällä pyrittiin tekemään entistä selvempi ero hoitoa ja yhteiskunnan suojaamista koskevien näkökohtien välillä, jolloin ensin mainittu olisi lääketieteen, jälkimmäinen oikeudellisten viranomaisten asia.⁷

23.2. Vuoden 1992 lainmuutokset

Vuoden 1992 alusta tuli Ruotsissa voimaan lakipaketti, jonka yhteydessä rikoslain mielentilasäännökset ratkaisevasti muuttuivat.⁸ Uusi rikoslain 30 luvun 6 § kuuluu:

”Sitä joka tekee rikoksen vakavan mielenterveyden häiriön vaikutuksen alaisena, ei saada tuomita vankilaan. Jos tuomioistuin tällaisessa tapauksessa katsoo, ettei muuta seuraamusta tule määrätä, on syytetty vapaa seuraamuksesta.”⁹

⁶ Belfrage, s. 124.

⁷ Belfrage, s. 42–44; Holmberg (1994a), s. 6; Lahti (1989), s. 168; Tillämpning av lagen om rättspsykiatrisk vård, s. 11.

⁸ Rikoslain muutoksen kanssa samanaikaisesti tulivat voimaan uudet lait psykiatrisesta pakkohoidosta (Lag om psykiatrisk tvångsvård 1991:1128), oikeuspsykiatrisesta hoidosta (Lag om rättspsykiatrisk vård 1991:1129), oikeuspsykiatrisesta tutkimuksesta (Lag om rättspsykiatrisk undersökning 1991:1137) ja laki henkilötutkimuksesta rikosasioissa (Lag om personutredning i brottmål 1991:2041).

⁹ Den som har begått brott under påverkan av en allvarlig psykisk störning får inte dömas till fängelse. Om rätten i ett sådant fall finner att inte heller någon annan påföljd bör dömas skall den tilltalade vara fri från påföljd.

Keskeistä lainmuutoksessa oli se, että aikaisemmin rikoslaissa käytetty ilmaus mielisairauteen rinnastettava ("jämställd med sinnessjukdom") korvattiin käsitteellä vakava mielenterveyden häiriö ("allvarlig psykisk störning"). Uuden käsitteen myötä psykiatrisen hoidon piiri ratkaisevasti supistui. Lainmuutoksen yhteydessä Ruotsin sosiaalihallitus antoi yksityiskohtaiset ohjeet siitä, mitä tarkoitetaan käsitteellä "allvarlig psykisk störning". Sosiaalihallituksen mukaan vakava mielenterveyden häiriö viittaa psykoottista vaikeusastetta oleviin tiloihin niiden etiologiasta riippumatta. Kyseisissä tiloissa todellisuudentaju on häiriintynyt ja niissä esiintyy sekavuutta, ajatushäiriöitä, aistiharhoja tai harhaluuloja. Sosiaalihallituksen mukaan vakavana mielenterveyden häiriönä pidetään myös masennustiloja, joissa ei ilmene psykoottisia oireita mutta joissa on itsemurhariski sekä vaikeita persoonallisuushäiriöitä, joissa esiintyy psykoottisia impulssiläpilyöntejä tai muita psykoottisia episodeja tai vahvasti pakonomaista käyttäytymistä, esimerkiksi kleptomaniaa, pyromaniaa tai eräitä seksuaalisia perversioita.¹⁰

Sosiaalihallituksen ohjeiden mukaan sitä, onko mielenterveyden häiriö lain tarkoittamassa mielessä vakava, on tarkasteltava suhteessa häiriön laatuun ja asteeseen. Tällöin häiriön laadulla tarkoitetaan sairaustyyppiä, häiriön asteella taas viitataan psykososiaaliseen toimintatasoon, siihen miten vaikeita oireet ovat. Tässä yhteydessä ohjeissa todetaan, että eräitä mielenterveyden häiriöitä kuten skitsofreniaa on aina pidettävä laadultaan vakavana mutta ne eivät välttämättä ole tätä asteeltaan. Toisaalta masennustilat ovat usein laadultaan lieviä, mutta esimerkiksi itsemurhariskin vuoksi ne voivat olla asteeltaan niin vaikeita, että niitä voidaan pitää vakavina mielenterveyden häiriöinä. Pelkkää itsemurhariskiä ei ohjeiden mukaan kuitenkaan pidetä riittävänä psykiatrisen hoidon syynä.¹¹

Perimmiltään vuoden 1992 rikoslakiuudistuksessa toistui historiasta tuttu ilmiö – se sinetöi pitkällä aikavälillä tapahtuneen käytännön kehityksen. Psykiatriseen hoitoon kohdistunut kritiikki oli johtanut siihen, että 1970-luvulta lopulta alkaen hoitoon määrittämisen kriteerit olivat asteittain kiristyneet. Kun vuonna 1975 noin 65 % murhiin ja tappoihin syyllistyneistä sijoitettiin psykiatriseen hoitoon, 25 % vankeuteen ja 10 % tuomittiin muuhun seuraamukseen, vuoteen 1992 mennessä hoitoon sijoitettujen määrä oli laskenut 30 %:iin, vankeuteen tuomittiin 70 % ja muiden seuraamusvaihtoehtojen käytöstä oli henkirikoksissa lähes kokonaan luovuttu.¹²

Suurin muutos on tapahtunut suhtautumisessa persoonallisuushäiriöistä kärsiviin rikoksentekijöihin. Näiden osuus on enää noin viidennes psykiatriseen hoitoon määrättyistä. 1.10.1991–30.9.1993 välisenä aikana mielentilatutkimuksessa todet-

¹⁰ Holmberg (1994b), s. 29; Kronqvist, Noreik, Kramp, Sigurbergsson ja Holmberg, s. 23; Tillämpning av lagen om rättspsykiatrisk vård, s. 15.

¹¹ Tillämpning av lagen om rättspsykiatrisk vård, s. 16.

¹² Holmberg (1994b), s. 46–48.

tiin 525:n rikoksentehtäjän kärsivän vakavasta mielenterveyden häiriöstä. Heistä päädiagnoosin skitsofrenia sai 140 henkilöä ja jonkin muun psykoosidiagnoosin 150. Yhteensä psykoosidiagnooseja oli siis 290. Persoonallisuushäiriödiagnoosilla psykiatriseen hoitoon määrättyjä oli 95. Lisäksi pienempiä ryhmiä muodostivat huume- ja alkoholiriippuvuus, neuroosit ja muut mielenterveyden häiriöt.

Toisaalta 88 %:lle niistä rikoksentehtäjistä, jotka mielentilatutkimuksen jälkeen tuomittiin rangaistukseen, määriteltiin psykiatrinen diagnoosi. Vuosina 1991–1993 heitä oli yhteensä 420. 201:llä oli persoonallisuushäiriö, 125:llä alkoholi- tai huumeriippuvuus, 29:llä neuroosi, 14:llä psykoosi ja 50:llä muu psykiatrinen diagnoosi.¹³

Hoitoon valikoitumisen osalta uudistus on siis merkinnyt lähinnä sitä, että lain kirjain seuraa käytännössä jo tehtyjä ratkaisuja. Sen sijaan suurempi merkitys lainmuutoksella on ollut siinä, että psykiatrisen hoidon kestoa määriteltäessä on luovuttu puhtaasti hoidollisista kriteereistä. Uudessa lainsäädännössä laitosaikoja on pyritty yhdenmukaistamaan niin, että törkeissä rikoksissa hoidon lakkaamisesta tekee päätöksen tuomioistuin. Tällöin psykiatristen seikkojen ohella otetaan huomioon myös yleiset turvallisuusnäkökohdat. Tarkoituksena on näin vahvistaa ympäristön suojaa.¹⁴

23.3. Mielisairaalaan uloskirjoittaminen

Uuden lainsäädännön korostamat turvallisuusnäkökohdat kiteytyvät mielisairaalaan uloskirjoittamista koskeviin säännöksiin. Tällöin keskeisenä kysymyksenä on se, edellytetäänkö hoidon lopettamisvaiheessa erillistä tuomioistuimen päätöstä. Kun tuomioistuin tekee päätöstä oikeuspsykiatriseen hoitoon sijoittamisesta, sen on samalla määrättävä, tapahtuuko sairaalasta uloskirjoitus erityisen tuomioistuimen päätöksen nojalla vai ilman tätä.

Uusien säännösten mukaan erityistä uloskirjoituspäätöstä vaaditaan silloin, kun henkilö on tehnyt rikoksen vakavan mielenterveyden häiriön vaikutuksen alaisena, hän on tuomion aikana hoidon tarpeessa ja on vaarana, että hän uusii vakavan rikoksen. Siinä tapauksessa että vakavan rikoksen uusimisriskiä ei ole, ei erillistä päätöstä tarvita, vaan uloskirjoitus tapahtuu sairaalan ylilääkärin päätöksellä.

Kun tuomioistuin harkitsee sitä, tarvitaanko erityistä uloskirjoituspäätöstä, se siis arvioi ensisijassa sitä riskiä, jonka rikoksentehtäjä aiheuttaa toisen hengelle, terveydelle ja henkilökohtaiselle koskemattomuudelle. Kun rikoksentehtäjä on syyllistynyt

¹³ Holmberg (1994b), s. 95–96.

¹⁴ Holmberg (1994b), s. 49; Tillämpning av lagen om rättspsykiatrisk vård, s. 38.

törkeään väkivaltarikokseen, säännönmukaisesti katsotaan, että hän muodostaa riskin ympäristölle ja edellytetään tuomioistuimen erillistä uloskirjoituspäätöstä. Psykiatrista hoitoa ilman erityistä uloskirjoituspäätöstä onkin käytetty lähinnä silloin, kun syyte koskee tavanomaista pahoinpitelyä, laitonta uhkausta, murhapolttoa sekä eräitä omaisuus- ja talousrikoksia.¹⁵

Siinä tapauksessa että erityistä uloskirjoituspäätöstä ei tarvita, oikeuspsykiatrien hoito voi jatkua enintään neljän kuukauden ajan. Hoidon kestäessä sairaalan ylilääkäri voi uloskirjoittaa potilaan, jos tämä ei enää kärsi vakavasta mielenterveyden häiriöstä tai hänen tilansa ja persoonalliset olosuhteensa huomioon ottaen ei muutoin ole tarvetta pitää häntä hoidettavana. Toisaalta on myös mahdollista, että ylilääkäri hakee lääninoikeudelta hoitoajan pidentämistä. Lääninoikeuden päätöksellä hoitoa voidaan jatkaa enintään kuusi kuukautta kerrallaan. Jos ylilääkäri ei hae hoidon jatkamista, päättyy hoito säädetyn ajan kuluessa umpeen (joko alkuperäisen tai jatkopäätöksen mukaisesti).¹⁶

Silloin kun edellytetään tuomioistuimen erityistä uloskirjoituspäätöstä, hoitoajat ovat samat kuin edellä (tuomioistuimen päätöksellä 4, lääninoikeuden jatkopäätöksellä 6 kuukautta). Erona edelliseen on kuitenkin se, että silloin kun lääkäri ei hae hoitoajan pidentämistä, hoito ei katkea vaan jatkuu edelleen. Hoidon päättymistä harkittaessa tärkein vapautumisen kriteeri on se, onko vakavan rikollisuuden uusimiskäsky olemassa. Tällöin kiinnitetään huomiota erityisesti potilaan väkivaltaisuuteen, hänen tilanteeseensa uloskirjoitusta käsiteltäessä, käsitykseen rikollisuudesta ja väärinkäyttöproblematiikkaan. On myös mahdollista, että vaikka uusimiskäskyä ei katsota olevan, rikoksentehtäjän psyykinen tila tai persoonalliset olosuhteet saattavat edellyttää laitoshoidon jatkamista.¹⁷

Psykiatrisen hoidon erilainen luonne ilmenee myös hoitoaikana. Ilman uloskirjoitusmääräystä hoidossa oleviin potilaisiin sovelletaan samoja säännöksiä kuin yleensä psykiatrisessa hoidossa. Tämä mm. merkitsee, että ylilääkärin luvalla potilas voi oleskella sairaalan ulkopuolella. Sitävastoin niissä tapauksissa, joissa edellytetään tuomioistuimen uloskirjoituspäätöstä, sairaalan ylilääkärin on haettava poistumislupa lääninoikeudelta. Poistumislupaa voi myös potilas itse hakea.

Poistumislupaan saatetaan liittää erityisehtoja. Tällaisia ehtoja ovat velvollisuus käyttää lääkkeitä tai saada hoitoa, pitää yhteyttä määrättyyn henkilöön, velvoitus oleskella kotona tai tietyllä alueella, käydä mielenterveystoimistossa tai sosiaali-

¹⁵ Holmberg (1994b), s. 23 ja 89; Kronqvist, Noreik, Kramp, Sigurbergsson ja Holmberg, s. 24, 52–53; Tillämpning av lagen om rättspsykiatrisk vård, s. 17.

¹⁶ Tillämpning av lagen om rättspsykiatrisk vård, s. 18–19 ja 36–37.

¹⁷ Tillämpning av lagen om rättspsykiatrisk vård, s. 22–24 ja 38–39.

viranomaisten luona sekä toisaalta kielto käyttää huumaavia aineita, oleskella tietyillä paikoilla tai olla kontaktissa tiettyjen henkilöiden kanssa ym. ehtoja oleskelupaikkaan, asuntoon, koulutukseen tai työhön liittyen.¹⁸

23.4. Uusi mielentilatutkimusjärjestelmä

Vuonna 1992 voimaan tulneiden lainsäädäntöuudistusten perusajatuksena on se, että mielentilatutkimusjärjestelmä nivoutuu saumattomasti psykiatriisiin seuraamuksiin. Erityistä uloskirjoitus päätöstä vaadittaessa – käytännössä siis aina törkeimmissä rikoksissa – on tehtävä suuri mielentilatutkimus ennen kuin rikoksenteijä voidaan sijoittaa psykiatriseen hoitoon. Silloin kun erityistä uloskirjoitus päätöstä ei vaadita – suhteellisen lievissä rikoksissa – riittää pieni mielentilatutkimus.¹⁹

Näin mielentilatutkimukset muodostavat porrastetun järjestelmän. Karkeana pääsääntönä on se, että silloin kun hoitoon sijoitus on kestoltaan lyhyt, myös mielentilatutkimus on yksinkertainen. Vastaavasti silloin kun odotettavissa oleva seuraamus on pitkä, tehdään ns. suuri mielentilatutkimus.²⁰

Tätä porrasteista järjestelmää täydentää se, että tuomioistuimien voi ennen suureen mielentilatutkimukseen määräämistä nopeasti ja helposti hankkia asiantuntijalauseunnon siitä, voidaanko laajaa tutkimusta pitää lääketieteellisesti perusteltuna. Mielentilatapauksissa ruotsalaisilla tuomioistuimilla on siis kolme vaihtoehtoa: joko määrätä rikoksenteijä suoraan suureen mielentilatutkimukseen, pyytää rikosasioiden henkilötutkimusta koskevan lain 7 §:n mukaista laajennettua tutkimusta tai määrätä rikoksenteijä saman pykälän mukaiseen suppeaan perustutkimukseen, jossa selvitetään, onko laajemmille tutkimuksille tarvetta.

Lähtökohtana ruotsalaisessa järjestelmässä on se, että suureen mielentilatutkimukseen ei yleensä suoraan tuomioistuimesta määrätä. Noin 80 %:lla suureen mielentilatutkimukseen määrätyistä on tehty 7 §:n mukainen alustava tutkimus.²¹ Tällöin noin 30 %:lla jatkotutkimuksia pidetään tarpeellisena ja vastaavasti 70 % kohdalla todetaan, että tarvetta laajempiin tutkimuksiin ei ole.²²

Alustavan lääkärintutkimuksen saattoi aikaisemmin suorittaa kuka tahansa ammatinharjoittaja, mutta vuoden 1992 lainmuutoksen myötä kompetenssivaatimusta on nostettu. Nykyisin kyseinen perustutkimus voidaan suorittaa joko oi-

¹⁸ Holmberg (1994a), s. 7; Tillämpning av lagen om rättspsykiatrisk vård, s. 20 ja 26.

¹⁹ Holmberg (1994b), s. 23; Kronqvist, Noreik, Kramp, Sigurbergsson ja Holmberg, s. 45–48.

²⁰ Holmberg (1994b), s. 114.

²¹ Holmberg (1994b), s. 73.

²² Holmberg (1994a), s. 22 ja 27; Holmberg (1994b), s. 65; Kronqvist, Noreik, Kramp, Sigurbergsson ja Holmberg, s. 47–48.

keuslääketieteellisen laitoksen (Rättsmedicinalverket) alayksiköissä tai sen kanssa sopimuksen tehneissä laitoksissa.²³

Kyseistä tutkimusta varten lääkäri käy lävitse aikaisemmat oikeuspsykiatriset lausunnot, jos niitä on sekä kysymyksessä olevaan rikokseen liittyvät asiakirjat. Silloin kun halutaan ottaa yhteyttä omaisiin, on hankittava tutkittavan suostumus. Itse lääkärintutkimus rajoittuu yleensä yhteen keskusteluun. Todistus kirjoitetaan oikeuslääketieteellisen laitoksen vahvistamalle kaavakkeelle. Yleensä se sisältää neljä sivua, joista ensimmäisellä on henkilön ja rikoksen yksilöimiseksi tarvittavat kaavaketiedot. Tällä sivulla esitetään myös arvio siitä, esiintyykö merkkejä vakavasta mielenterveyden häiriöstä ja onko jatkotutkimukselle tarvetta. Kansilehden lisäksi todistus sisältää anamneesin, jossa esitetään keskeiset tiedot tutkittavan taustasta sekä arviot hänen fyysisestä ja psyykkisestä tilastaan tutkimus- ja mahdollisesti myös rikoshetkellä.²⁴

Rikosasioiden henkilötutkimusta koskevan lain 7 §:n mukainen laajennettu tutkimus eroaa edellisestä ennen muuta siinä, että sen suorittaa aina oikeuspsykiatri tai vastaavan kompetenssin omaava tutkija. Näitä tutkimuksia tehdään lähinnä oikeuslääketieteellisen laitoksen alaisilla klinikoilla. Sisällöllisesti laajennettu 7 §:n mukainen tutkimus ei olennaisesti eroa edellä kuvatusta perustutkimuksesta. Se voi kuitenkin vaatia useampia kuin yhden lääkärinhaastattelun. Laajennetussa tutkimuksessa saatetaan myös tehdä tarkempia somaattisia, esim. laboratoriotutkimuksia. Lisäksi voidaan hankkia psykologin lausunto.

Ns. suuren mielentilatutkimuksen tekee työryhmä, johon kuuluu oikeuspsykiatri, psykologi ja sosiaalityöntekijä. Tavallisesti tutkimuksen alussa pidetään kokous, jossa työryhmä ja tutkittava tapaavat. Sosiaalityöntekijä kerää anamnestiset tiedot ja asiakirjat. Virallisasiakirjoja voidaan saada esimerkiksi sosiaaliviranomaisilta, sairaaloilta, poliisilta, työnantajilta, siirtolaisviranomaisilta jne. Psykologi tekee mielentilatutkimuksen yhteydessä testit, joilla arvioidaan persoonallisuutta, kognitiivista ja psykomotorista toimintaa. Lisäksi psykologi analysoi rikoksen taustalla vaikuttaneita psykodynaamisia mekanismeja. Somaattista ja psykiatrista tutkimusta johtaa psykiatri, joka myös vastaa lopullisesta lausunnosta.

Kun mielentilalausunto on toimitettu oikeudelle, oikeudenkäynti on pidettävä viikon kuluessa. Jos vakavaa mielenterveyden häiriötä ei havaita, rikoksentekijä toimitetaan vankilaan odottamaan oikeudenkäyntiä. Jos taas mielenterveyden häiriö on vakava, tutkittava jää klinikalle. Tuomion saatua lainvoiman tapahtuu siirto asianmukaiseen sijoituspaikkaan.²⁵

²³ Holmberg (1994b), s. 51–52.

²⁴ Holmberg (1994a), s. 8; Holmberg (1994b), s. 66; Kronqvist, Noreik, Kramp, Sigurbergsson ja Holmberg, s. 44.

²⁵ Holmberg (1994a), s. 8–9.

Ruotsin mielentilatutkimusjärjestelmän porrasteisuutta kuvastavat erilaisten tutkimusten hinnat. Suuri mielentilatutkimus maksaa keskimäärin 100 000 markkaa silloin kun rikoksenteikijä on tutkimusajaksi sijoitettuna tutkimuslaitokseen. Mielentilatutkimuksen hinta on 20 000 markkaa, jos se tehdään rikoksenteikijän ollessa vapaalla jalalla. Laajennetun 7 §:n mukaisen todistuksen laskutushinta on 2 000 markkaa ja suppean perustutkimuksen 700 markkaa.²⁶

Suuria mielentilatutkimuksia tehdään Ruotsissa vuosittain 500–600, laajennettuja 7 §:n mukaisia tutkimuksia noin 600 ja 7 §:n mukaisia perustutkimuksia 1 400. Vaikka lainmuutoksia valmisteltaessa arvioitiin, että laajennetut 7 §:n mukaiset tutkimukset vähentäisivät suurten mielentilatutkimusten määrää, näin ei kuitenkaan ole tapahtunut. Lainmuutosta seuranneen hetkellisen vähentymisen jälkeen suurten mielentilatutkimusten määrät ovat palanneet nopeasti entiselleen.²⁷

Mielentilatutkimus suoritetaan joko valtiollisissa, oikeuslääketieteellisen laitoksen yksiköissä tai niissä terveydenhoidon yksiköissä, joiden kanssa asiasta on solmittu erillinen sopimus. Oikeuslääketieteellisen laitoksen alaisuudessa toimivat Tukholman (Huddinge), Uppsalan ja Göteborgin yksiköt. Erillisen sopimuksen nojalla tutkimuksia tehdään Vadstenassa Birgittan sairaalassa, Malmössä Östra sjukhusetissa ja Uumajassa Norrlandin yliopistosairaalassa.²⁸

Ruotsalaiset tuomioistuimet seuraavat lähes poikkeuksetta mielentilatutkimuksen tulosta. Vuosina 1991–1993 lääketieteellisen asiantuntijan ja tuomioistuimen kanta oli sama 96 %:ssa tapauksista. Silloin kun oikeuspsykiatrisesta lausunnosta poikettiin, poikkeamat jakautuivat tasaisesti kumpaankin suuntaan. Kyseisenä aikana käsitellyistä 940 tapauksesta 19 oli sellaisia, joissa rikoksenteikijä tuomittiin vankilaan, vaikka oikeuspsykiatrinen arvio oli hoito. Vastaavasti 14 tapauksessa henkilö määrättiin hoitoon, vaikka tätä ei mielentilatutkimuksessa oltu ehdotettu.²⁹

Rikostyypeittäin tarkasteltuna suurimmat mielentilatutkimuksessa esiintyvät ryhmät ovat henki- ja väkivaltarikokset, ryöstöt ja murhapoltot. Noin 65 % niistä jotka käyvät lävitse 7 §:n mukaisen tutkimuksen ja runsaat 80 % niistä jotka käyvät lävitse suuren mielentilatutkimuksen, on syytettynä näistä rikoksista. Henkirikoksista syytetyistä lähes poikkeuksetta hankitaan ainakin 7 §:n mukainen todistus, yleensä heistä tehdään myös suuri mielentilatutkimus.³⁰

Perimmäisenä tarkoituksena ruotsalaisissa mielentilatutkimuksessa on vakavista mielenterveyden häiriöistä kärsivien erottaminen muista rikoksenteikijöistä. Tästä

²⁶ Kronqvist, Noreik, Kramp, Sigurbergsson ja Holmberg, s. 54.

²⁷ Holmberg (1994a), s. 8; Holmberg (1994b), s. 53–54, 67 ja 74–75; Kronqvist, Noreik, Kramp, Sigurbergsson ja Holmberg, s. 46.

²⁸ Holmberg (1994b), s. 27–29; Kronqvist, Noreik, Kramp, Sigurbergsson ja Holmberg, s. 49.

²⁹ Holmberg (1994b), s. 100–103; Kronqvist, Noreik, Kramp, Sigurbergsson ja Holmberg, s. 54.

³⁰ Holmberg (1994a), s. 20–21; Holmberg (1994b), s. 33, 46 ja 79–80.

kertoo se, että mielentilatutkimuksissa psykiatriseen hoitoon sijoitettujen osuus on ollut 50 % tai yli.³¹ Kysymys on siis selkeästi potilasseulonnasta. Toisaalta mielentilatutkimuksella ja sitä suppeammilla 7 §:n mukaisilla tutkimuksilla saattaa olla myös merkitystä rangaistuksen mittaamisen kannalta. Rikoslain 29 luvun 3 §:n mukaan vankeusrangaistuksen pituutta tai muuta seuraamusta harkittaessa tuomioistuimen on aina todettava, onko olemassa lieventäviä asianhaaroja. Tällöin oikeuden on mm. tarkasteltava sitä, onko syytetyn psyykkinen häiriö tai mielentila tai muu samankaltainen syy alentanut hänen kykyään kontrolloida käyttäytymistään.³²

23.5. Uuden järjestelmän kritiikki

Heti uuden järjestelmän käyttöönoton yhteydessä on siihen kohdistettu voimakasta kritiikkiä. Vankiloiden mielenterveysongelmat ovat selvästi lisääntyneet. Uusien säännösten myötä psykiatrinen hoitopäivien määrä on vankiloissa kaksinkertaistunut noin 3000:sta 6000:een. On arvioitu, että 10–15 % vankiloihin sijoitetuista on vaikeasti psyykkisesti häiriintyneitä.³³

Ruotsin vankeinhoitolaitoksen kannalta tilanne on ongelmallinen siksi, että valitsevan normaalisuusperiaatteen mukaan vankien on saatava samanlaista psykiatrista hoitoa kuin muiden kansalaisten. Tahdonvastaista psykiatrista hoitoa tai lääkitystä ei vankiloissa voida antaa, vaan tämän tulee tapahtua siviilisairaalassa. Näin on meneteltävä myös akuuteissa psykooseissa ja epäselvissä tapauksissa, joissa vanki vastustaa käsittelyä. Myöskään niitä potilaita, jotka tarvitsevat ympärivuorokautista valvontaa, ei voida hoitaa vankilassa.³⁴

Vankeinhoitolaitoksen ja psykiatrisen hoidon välinen vuorovaikutus on myös koettu ongelmalliseksi. Psykiatrisia hoitolaitoksia on syytetty siitä, etteivät ne ota vastaan vankipotilaita, vaan palauttavat heidät välittömästi vankilaan ilmoittaen, että tahdonvastaisen hoidon edellytykset eivät täyty. Tällöin psykiatrinen hoito joudutaan suorittamaan vankilan sairausosastolla, jossa ei aina ole psykiatrista asiantuntemusta.³⁵ Niitä vankipotilaita varten, jotka eivät vaadi tahdonvastaisia hoitotoimenpiteitä, vankeinhoitolaitoksessa on viidessä laitoksessa on yhteensä 72 hoitopaikkaa. Kolmessa näistä laitoksista on kokopäivätoiminen psykiatri, muissa konsultoiva.³⁶

³¹ Holmberg (1994b), s. 74–75.

³² Holmberg (1994b), s. 23; Kronqvist, Noreik, Kramp, Sigurbergsson ja Holmberg, s. 23.

³³ Holmberg (1994b), s. 48 ja 96–97.

³⁴ Kriminologi, kriminalvård och psykiatri, s. 30–32; Tillämpning av lagen om rättspsykiatrisk vård, s. 8.

³⁵ Dagens Nyheter 11.12.1994.

³⁶ Kriminologi, kriminalvård och psykiatri, s. 31 ja 37.

Vaikka suurimpana syynä vankiloiden psykiatrinen ongelmien lisääntymiseen on pidetty uusien säännösten myötä kaventunutta vakavan mielenterveyden häiriön määritelmää, tilanteeseen on saattanut vaikuttaa myös potilasseulonnan heikkeneminen. 7 §:n mukaisten todistusten määrä on viime vuosikymmeninä laskenut. Tästä syystä on ehdotettu, että pitkäaikaiseen vankeusrangaistukseen tuomittavien olisi aina käytävä läpi 7 §:n mukainen tutkimus. Tämä merkitsisi noin 700–750 tutkimusta vuodessa, jos rajana pidettäisiin kahden vuoden vankeustuomiota.³⁷

³⁷ Holmberg (1994b), s. 112–113.

XXIV MUIDEN POHJOISMAIDEN JA SAKSAN MIELENTILASÄÄNNÖKSET

24.1. Muut Pohjoismaat

Ruotsin ohella myös Tanska on ollut eräs mielentilasäännösten ja -tutkimusten edelläkävijämaita. Tanskan rikoslain 16 §:n mukaan niitä, jotka rikoksen aikana ovat mielisairaita tai sitä vastaavassa tilassa, ei voida rangaista. Tämä säännös on merkittävä kahdesta syystä. Ensiksi siksi, että se ei sisällä mitään vaatimusta psyykkisen tilan ja rikoksen välisestä syy-yhteydestä. Säännös edellyttää vain mielenterveyden häiriön ja rikoksen samanaikaisuutta, sitä että häiriö ilmenee rikoksen aikana. Toisaalta merkille pantavaa on se, että Tanskan rikoslaissa käytetty mielisairauskäsite on lääketieteellinen. Tanskalaisissa mielentilatutkimuksissa psykiatrit eivät ota kantaa syyntakeisuuskysymykseen. He vain kuvaavat ja diagnostisoivat mielenterveyden häiriöitä. Koska lakiin on kirjattu lääketieteellinen mielisairauskäsite, psykiatrien kannasta poikkeaminen on tuomioistuimissa erittäin harvinaista, vaikka tuomioistuimilla onkin lopullinen päätösvalta siitä, onko henkilö rikosoikeudellisesti vastuunalainen vai ei.

Rikoslain 16 §:n soveltamisen kannalta ratkaisevaa on rikoksen tekohetki. Jos psykoottinen tila ilmenee vasta rikoksen jälkeen, lainkohtaa ei voida käyttää. Tällöin rikoksenteijä saa tavanomaisen rangaistuksen, mutta rikoslain 73 §:n perusteella oikeus voi päättää, että hänet sijoitetaan mielisairaalaan kunnes rangaistus voidaan panna täytäntöön. Tämä aika vähennetään rangaistuksesta.¹

Rikoslain 69 §:n mukaan on myös mahdollista, että psykiatriseen hoitoon sijoitetaan muita kuin mielisairaita. Kysymykseen tulevat lähinnä rajatilat, rikoksenteijät joilla on vakavia orgaanisia häiriöitä sekä nuoret alkoholistit ja huumeiden käyttäjät, jotka ovat motivoituneet saamaan hoitoa. Käytännössä 69 §:n mukainen hoito on kuitenkin melko harvinaista. Tällä perusteella hoitoon määrättyjä on noin 20 % psykiatriisiin seuraamuksiin tuomituista (vuosittain 100–150 yhteensä 700–800:sta psykiatriseen seuraamukseen tuomitusta).²

¹ Kramp, s. 1334; Kronqvist, Noreik, Kramp, Sigurbergsson ja Holmberg, s. 14–16.

² Kramp ja Gabrielsen, s. 376 ja 380.

Tanskalainen järjestelmä lähtee siitä, että mielisairaiden ja näihin rinnastettavien rikoksenteekijöiden kohdalla voidaan käyttää kaikkia psykiatrisen hoidon muotoja avohoidosta aina suljetussa psykiatrisessa erityisosastossa toteutettuun hoitoon. Ääri vaihtoehtoilta, avohoidolta ja suljetulla psykiatrisella erityisosastolla on kuitenkin vähäinen merkitys. Vaarallisille psykoottisille miehille tarkoitettu erityisosastossa on koko Tanskaa varten yhteensä 30 paikkaa, joista käytössä on keskimäärin 15–18.

Tavallisesti Tanskassa käytetään samaa perusratkaisua kuin Ruotsissa, psykiatrista hoitoa, jonka päätyminen joko edellyttää tuomioistuimen erillistä uloskirjoituspäätöstä tai ei. Kummassakin tapauksessa hoito tapahtuu psykiatrisessa sairaalassa tai yleissairaalan psykiatrisella osastolla. Samoin kuin Ruotsissa, valinta näiden kahden vaihtoehdon välillä tapahtuu sen mukaan, kuinka vakavasti rikoksenteekijän katsotaan olevan vaarana yleiselle turvallisuudelle.

Silloin kun erillistä uloskirjoituspäätöstä ei vaadita, rikoksenteekijä määrätään sairaalaan ja häntä kohdellaan sen jälkeen kuin ketä tahansa potilasta. Hän vapautuu hoidollisilla perusteilla, hän voi työskennellä sairaalan ulkopuolella ja saada viikonloppulomia. Silloin kun vaaditaan erillistä uloskirjoituspäätöstä, olosuhteet ja vapaudet ovat myös sairaalaaikana rajoitetummat. Rikoksenteekijä ei saa olla poissa sairaalasta enempää kuin kolme tuntia päivässä eikä hänelle myönnetä viikonloppulomia ilman oikeusviranomaisten nimenomaista lupaa. Rikoksenteekijän sijoittelusta sairaalan sisällä ja hoidon sisällöstä määrää tässäkin tapauksessa kuitenkin sairaala.³

Tanskassa ei ole vahvistettuja määräyksiä siitä, kuinka mielentilatutkimus tulee toimittaa. Käytännössä mielentilatutkimukset ovat muodoltaan vakiintuneita ja sisältävät selvityksen rikoksenteekijän perhetaustasta, lähiomaisten sairauksista ja rikollisuudesta, sosiaalisen anamneesin, tiedot aikaisemmasta rikollisuudesta, kuvauksen tapahtuneesta rikoksesta ja syytetyn oman käsityksen siitä, virallisia asiakirjojen (psykiatriset sairauskertomukset, sosiaaliviranomaisten asiakirjat jne.) perusteella laaditun yhteenvedon, somaattisen tutkimuksen ja psykiatrisen arvion. Lausunto käsittää 15–20 sivua.

Oikeuspsykiatria ei Tanskassa ole oma erityisalansa, vaan se toimii yleisen psykiatrian yhteydessä. Vastaavasti mielentilatutkimuksista ja mielisairaiden rikoksenteekijöiden hoidosta huolehtivat läänit yleispsykiatrisen hoitojärjestelmän puitteissa. Tanskassa tehdään vuosittain noin 250 mielentilatutkimusta sairaalaklinikoilla ja 150 Kööpenhaminassa oikeuspsykiatrisella klinikalla. Tämän lisäksi noin 100 tutkimusta suoritetaan yksityispraktiikoilla. Tanskalaisten mielentilatutkimusten hinnat vastaavat ruotsalaista tasoa. Silloin kun tutkittava on tutkimusajan sisällä

³ Kramp, s. 1334–1335; Kronqvist, Noreik, Kramp, Sigurbergsson ja Holmberg, s. 16–18.

laitoshoidossa, mielentilatutkimuksen hinta kohoaa 80 000–120 000 markkaan. Vapaana olevan tutkittavan tutkimus maksaa Kööpenhaminan oikeuspsykiatrisella klinikalla keskimäärin 20 000 markkaa.⁴

Toisin kuin Ruotsi ja Tanska, Norja ei kuulu mielentilasäännösten edelläkävijä-maihin. Norjan rikoslain mielentilasäännökset ovat vuodelta 1902. Rikoslain 44 §:n mukaan ”teko ei ole rangaistava silloin kun tekijä sen tapahtuessa oli mielisairas tai tunnottomassa tilassa” (”en handling ikke straffbar når gerningsmannen ved dens foretagelse sinnssyk eller bevisstløs”). Norjan rikoslain mukaan mielisairasta rikoksentekijää ei voida tuomita teosta rangaistukseen, mutta hänet voidaan kuitenkin määrätä hoitoon, jolloin kysymykseen tulee psykiatrinen sairaala tai muu hoito- tai eristyslaitos. Poikkeuksellista Norjassa on se, että päätöksen hoidosta ja sen laadusta tekee syyttäjä, ei tuomioistuin.

Norjassa ei ole yksityiskohtaisia säännöksiä siitä, kuinka mielentilatutkimus tulee suorittaa. Yleensä määrätään kaksi asiantuntijaa, jotka tekevät tutkimuksen yhdessä ja toimittavat yhteisen lausuntonsa tuomioistuimelle. Norjassa oikeuspsykiatria ei ole erityisala vaan mielentilatutkimustoiminta tapahtuu yleispsykiatrian puitteissa. Vaikka Trondheimin yliopistossa on oikeuspsykiatrian professuuri, alan tutkimus on jäänyt hyvin vähäiseksi.⁵

Islannissa psykiatrasta hoitoa tarvitsevien rikoksentekijöiden käsittelyä on perinteisesti pidetty epätydyttävänä, maata on jopa sanottu alan mustaksi lehdeksi. Mielisairaajat rikoksentekijät on joko sijoitettu vankilaan tai ulkomaille psykiatriin sairaaloihin (Tanskaan ja Norjaan). Varsinaista oikeuspsykiatriaa ei ole, mutta yksityiset psykiatrit ovat tehneet tuomioistuimille oikeuspsykiatrisia selvityksiä. Aivan viime vuosina muutoksia on kuitenkin tapahtunut. Vuonna 1992 perustettiin Islantiin ensimmäinen klinikka, joka on tarkoitettu psykiatrasta hoitoa tarvitseville rikoksentekijöille.⁶

24.2. Saksan mielentilasäännökset

Samoin kuin Ruotsissa ja Tanskassa, myös Saksan rikoslaissa on tehty kompromissi rikoksentekijän psykiatrisen hoidon tarpeen ja yleiseen turvallisuuteen liittyvien näkökohtien välillä. Rikoslain 63 §:n mukaan rikoksentekijä voidaan määrätä psykiatriseen hoitoon, jos hänet havaitaan syntyakeettomaksi tai alentuneesti syntyakeiseksi (rikoslain 20 ja 21 §). Päätös psykiatriseen hoitoon sijoittamisesta ja sen päättymisestä tehdään tuomioistuinkäsittelyssä, jossa psykiatri toimii asiantuntijana-

⁴ Kronqvist, Noreik, Kramp, Sigurbergsson ja Holmberg, s. 6–7 ja 32–34.

⁵ Kronqvist, Noreik, Kramp, Sigurbergsson ja Holmberg, s. 5–6, 13–14 ja 26–28.

⁶ Kronqvist, Noreik, Kramp, Sigurbergsson ja Holmberg, s. 8–9.

na. Hoidon kuluessa tuomioistuimien tekee vuosittain päätöksen siitä, jatketaanko hoitoa vai ei. Hoidon pituuteen vaikuttavat sekä hoidolliset seikat että tekijän vaarallisuus. Yleisenä periaatteena on se, että sairaalasijoituksen pituuden tulee olla suhteessa rikoksen laatuun.⁷

Saksalaisessa järjestelmässä mielisairaalasijoitus on mahdollinen myös alentuneesti syyntakeisten kohdalla. Tällöin rangaistus ja mielisairaalasijoitus eivät välttämättä ole toisensa poissulkevia vaihtoehtoja, vaan molempia voidaan käyttää myös rinnakkain. Noin puolelle kaikista rikoksentekijöistä, jotka rikoslain 63 §:n perusteella sijoitetaan psykiatriseen hoitoon, määrätään myös rangaistus. Silloin kun tähän ratkaisuun päädytään, hoito suoritetaan yleensä ennen rangaistusta.⁸

Lisäksi on mahdollista, että alkoholin ja huumeiden käyttäjät määrätään rikoslain 64 §:n mukaisesti hoitoon, joka saattaa pisimmillään kestää kaksi vuotta. Tässä tapauksessa hoitoon voidaan ohjata myös silloin, kun rikoksentekijä on täysin syyntakeinen. Tavallisesti hoito korvaa rangaistuksen niin, että kaksi kolmasosaa hoidosta luetaan rangaistukseksi ja loput rangaistuksesta lykätään valvotulle koeajalle ja katsotaan suoritetuksi sen päätyttyä. Tässä tapauksessa hoitoon määrääminen edellyttää asianomaisen omaa hoitomotivaatiota.⁹

Viime vuosina psykiatrista hoitoa saavien alkoholin ja huumeiden käyttäjien määrä on Saksassa voimakkaasti kasvanut. Koko maata koskevia lukuja ei tosin ole saatavilla, mutta esimerkiksi Baijerissa rikoslain 64 §:n nojalla tuomittujen määrä on yli kymmenkertaistunut ajanjaksolla 1970–1990. Kehitystä ovat edelleen kiihdyttäneet vuosien 1990 ja 1991 ennakkotapaukset, joissa on painotettu hoitovaihtoehtoa.¹⁰

Psykiatriseen hoitoon määrättyjen rikoksentekijöiden hallitsevana diagnoosina ovat Saksassa mielisairaudet, erityisesti skitsofrenia. Poikkeuksellisesti hoitoon määrätyn diagnoosina on saattanut olla myös persoonallisuushäiriö tai päihderiippuvuus. Huumeklinikoilla hoidossa olevien diagnoosina on joko huume- tai alkoholiriippuvuus.¹¹

Saksalainen mielentilajärjestelmä ei käytännössä ole kovinkaan yhtenäinen kokonaisuus. Esimerkiksi hoitoajoissa ilmenee erittäin suuria alueellisia eroja. Keskimääräiset hoitoajat vaihtelevat Schleswig-Holsteinin 8.6 vuodesta Hampurin 2.9 vuoteen. Myös hoidon organisointi tapahtuu monella eri tavoin. Suuriin kaupunki-

⁷ Nedopil ja Otterman, s. 247; Marschner, s. 123; Quensel, s. 127; Schorsch, s. 146; Volckart, s. 107–108.

⁸ Volckart, s. 106.

⁹ Nedopil ja Otterman, s. 247; Quensel, s. 127.

¹⁰ Nedopil ja Otterman, s. 250.

¹¹ Marschner, s. 129.

hin ja keskitetysti hallittuihin osavaltioihin on perustettu rikoksentekijöiden psykiatriseen hoitoon erikoistuneita keskuksia. Toisaalla hoito saattaa tapahtua täysin hajautetusti, psykiatrinen yleissairaaloiden osastoilla.¹²

¹² Nedopil ja Otterman, s. 248–250; Quensel, s. 129.

XXV ANGLOSAKSINEN MIELENTILAJÄRJESTELMÄ

Anglosaksiset mielentiläsäännökset ovat perinteisesti eronneet mannereurooppalaisista. Englannissa ja USA:ssa syyntakeisuusarvio on painottunut moraalisiin kysymyksiin, mikä ilmenee mm. siinä, että psyykkisen tilan ja rikoksen välisen syy-yhteyden merkitystä on korostettu ja toisaalta siinä, että psykiatrian asema oikeusprosessissa on ollut suhteellisen heikko. Kaikkein voimakkaimpina anglosaksisen oikeuden erityispiirteet esiintyvät USA:ssa, minkä vuoksi myös jatkotarkastelussa keskitytään siihen. Sen sijaan Englannissa on viime vuosikymmeninä monilta osin lähestytty mannereurooppalaisia linjaa.¹

Pääosassa USA:n osavaltioita sovelletaan mielisairaisiin rikoksenteijöihin Suomen kaltaista ratkaisumallia: syyntakeettomat sijoitetaan mielisairaaloihin ja vapautuminen tapahtuu hoidollisin perustein. Eristämisajat vaihtelevat rikoksen törkeysasteen mukaan ja vastaavat pituudeltaan samoista rikoksista tuomittuja rangaistuksia. Kahdessatoista osavaltiossa on käytössä menettely, jossa rikoksenteijä todetaan syylliseksi, mutta mielisairaaksi (guilty but mentally ill). Tällöin tuomitaan rikoksen mukainen rangaistus, mutta samalla tarjotaan mahdollisuus olla mielisairaalahoidossa vastaava aika. Menettely vastaa Ruotsin, Tanskan ja Saksan mallia sikäli, että tuomioistuin määrittää hoidon minimiajan.²

Alentunutta syyntakeisuutta koskeva säännös on eri muodoissa käytössä 28 USA:n osavaltiossa. Näistä 20:ssä sitä voidaan käyttää kaikissa intentionaalisissa rikoksissa, kahdeksassa käyttö on vain rajoitettu henkirikoksiin. Alentuneen syyntakeisuuden seurauksena rikoksenteijä vapautuu kyseistä rikoslajia koskevasta syytteestä, mutta häntä voidaan syyttää lievemmästä rikoksesta. Esimerkiksi henkirikoksissa alentunut syyntakeisuus laskee murhan tapoksi.³

Eurooppalaisen ja amerikkalaisen ajattelutavan ero ilmenee selkeimmin suhteessa lääketieteelliseen asiantuntemukseen. Psykiatrian kannalta ongelmallista amerikkalaisessa mielentilajärjestelmässä on ollut se, että syyntakeettomien diagnostinen jakautuma ei vastaa lääkäreiden kantaa. Mielentilatutkimuksia tekevät psykiatrit

¹ Kronqvist, Noreik, Kramp, Sigurbergsson ja Holmberg, s. 15; Mawson, s. 222; Melton, Petrila, Poythress ja Slogobin, s. 122.

² Melton, Petrila, Poythress ja Slogobin, s. 131–132.

³ Melton, Petrila, Poythress ja Slogobin, s. 128–129; Sadoff, s. 308–309.

lähtevät siitä, että psykoottisuus ja älyllinen kehitysvammaisuus ovat syyntakeettomuuden ensisijaisia edellytyksiä. Sen sijaan tuomioistuinkäytännössä tilanne ei ole yhtä selvä. Eräissä osavaltioissa erittäin vakavatkaan mielenterveyden häiriöt eivät välttämättä johda syyntakeettomuuteen. Toisaalta poikkeamia esiintyy myös päinvastaiseen suuntaan. Tuomioistuimet ovat saattaneet määrätä suhteellisen lievimistä persoonallisuushäiriöistä kärsiviä mielisairaalahoitoon.

Eri tutkimusten mukaan mielisairaalaan määrättyistä rikoksenteijöistä psykoosidiagnoosi on ollut 60–90 %:lla, joten pääsääntöisesti USA:ssakin psykoosi on sairaalahoidon edellytyksenä. Yleensä kysymyksessä ovat henkirikokset. Noin puolet mielisairaalaan määrättyistä on aikaisemmin ollut psykiatrisessa sairaalahoidossa. Rikosrekisteri heillä on varsin harvoin, alle puolessa tapauksista.⁴

Sitä että amerikkalaiset tuomioistuimet suhtautuvat eurooppalaisia kielteisemmin lääketieteelliseen asiantuntemukseen, kuvaavat parhaiten eräät ääritapaukset. Viimeisen 10–15 vuoden aikana kolmessa Yhdysvaltojen osavaltiossa on laista poistettu mielentilapuolustus (insanity defense). Tällä on haluttu estää se, että rikosasian yhteydessä voitaisiin vedota lääketieteellisiin asiantuntijalausuntoihin.

Vuonna 1979 hyväksyttiin Montanassa laki, jolla sen otsikon mukaan ”poistetaan mielentilapuolustus rikollista tekoa koskevasta oikeudenkäynnistä”.⁵ Vastavasti Idahossa vuonna 1982 annetun lain mukaan ”mielentila ei ole tekijä, johon voidaan vedota vastattaessa rikollista tekoa käsittelevään syytteesen”.⁶ Samankaltainen laki, jossa kielletään rikosenteijän mielentilaan vetoaminen, on myöhemmin hyväksytty myös Utahissa.⁷

Mielentilasäännösten kritiikin synnä on ollut lääketieteellistä asiantuntemusta kohtaan tunnettu epäluottamus. Idahossa mielentilasäännösten poistamista ajoi mm. osavaltion ylin oikeusavustaja Lynn Thomas. Hän katsoi, että kysymys rikosenteijän mielisairaudesta on ”niitä kunnianarvoisia instituutioita, joita on pitkään suojannut muutokselta ajatus, että koska instituutio on vanha, sen täytyy olla arvokas”. Nyt Thomasin mielestä on tullut aika ”murskata lain ikivanhat kivitalut”. Perinteiset mielentilasäännökset ovat hyvistä ja kauniista tavoitteistaan huolimatta perinpohjin epäonnistuneet. Thomasin mukaan syytetyn mielentilan huomioon ottami-

⁴ Melton, Petrila, Poythress ja Slogobin, s. 119–120 ja 133–134.

⁵ Bender, s. 133, jossa hän lainaa Montanassa 14.5.1979 hyväksyttyä lakia.

⁶ Thomas, s. 241, jossa hän siteeraa Idahon lakia §18–207a, 1982. Eri lähteiden välillä esiintyy eroja lainsäädäntöhankkeiden toteutumisjärjestyksen ajoituksessa. Tekstissä on seurattu yleisintä kantaa, jonka mukaan Montana poisti mielentilasäännökset ensimmäisenä (Bender, s.133, Greene, s. 944, Maeder s. 149–150 ja Steadman ym., s. 357). Geis ja Meier ovat ajoittaneet muutokset toisin. Heidän mukaansa Idaho poisti mielentilaa koskevat säännökset v. 1982 ja Montana 1983. Geis ja Meier katsovat mielentilasäännösten poistuneen Montanasta lopullisesti vasta vuoden 1979 lakiin vuonna 1983 tehtyjen muutosten kautta (vrt. Greene, s. 944).

⁷ Weiner, s. 5.

nen on alun perin perustunut siihen, että se lisäsi humanin elementin rikosoikeudellista vastuuta koskeviin säännöksiin. Thomas kuitenkin katsoo, että käytännössä mielentilasäännökset ovat ”vaikuttaneet erittäin vähän siihen suuntaan, että laista olisi tullut humaani”.⁸

Samankaltaista näkemystä on Montanassa edustanut Michael Keedy, paikallinen tuomari ja mielentilasäännökset kumonneen lainsäädäntöaloitteen alkuunpanija. Keedyn tapauksessa pääkritiikki kohdistuu psykiatriaan. Keedy sanoo psykiatrien tekevän ”omavaltaisia ja Jumalan kaltaisia päätöksiä” ja siksi heidät tulee poistaa oikeusprosessista. Hän katsoo, ettei syytetyn käsityksillä itsestään ja omasta toiminnastaan – joita mielentilaa tutkittaessa selvitetään – ole merkitystä tehtäessä rikosoikeudellista arviota. Tästä syystä Keedy on halunnut poistaa oikeusprosessista ”psykiatrien epämääräiset ja asiaan kuulumattomat pohdinnat”.⁹

Mielentilatutkimuksia poistettaessa kritiikki siis suuntautui kahdelle tasolle: syyntakeisuutta koskeviin oikeudellisiin periaatteisiin ja psykiatriseen asiantuntemukseen. Tässä yhteydessä merkille pantavaa on se, että tieteenalaansa kohdistuvasta voimakkaasta arvostelusta huolimatta kyseisten osavaltioiden psykiatrit eivät nousseet vastarintaan. Päinvastoin, valtaosa psykiatreista näyttää kannattaneen mielentilasäännösten kumoamista.¹⁰

Tämä erikoinen tilanne johtuu pitkälti siitä, että Yhdysvaltojen tuomioistuimissa käytetty mielentilatutkimusmenettely on psykiatrien kannalta erittäin ongelmallinen. Tuomioistuimet edellyttävät, että rikosprosessin osapuolet toimittavat oikeuteen omaa näkemystään tukevan mielentila-aineiston. Tämä tapahtuu niin, että syyttäjä ja puolustus kutsuvat oikeuteen omat asiantuntijansa. Asiantuntijan tulo oikeuteen merkitsee käytännössä sitä, että hän tukee hänet kutsunutta osapuolta. Psykiatrien kannalta mielentilatutkimusmenettely on saattanut johtaa hämmentäviin tilanteisiin mm. silloin, kun kaksi puolustuksen kutsumaa psykiatria on pitänyt syytettyä mielisairaana ja kolme syyttäjän kutsumaa asiantuntijaa on ehdottomasti kieltänyt tämän. Selvää on, että tämänkaltaisen vastakkainasettelu on ollut omiaan vahvistamaan niitä kannanottoja, joiden mukaan psykiatria on tieteellisesti epäluotettavaa.¹¹

Perinteisten mielentilasäännösten kumoamisen jälkeen Montanassa, Idahossa ja Utahissa jäi voimaan ns. ”mens rea” -testi, jonka yhteydessä lääketieteellisten asiantuntijoiden käyttö on oikeudessa sallittu. Testin vaatimukset ovat kuitenkin niin korkeat, että sitä voidaan käyttää äärimmäisen harvoin. Mens rea -testi edellyttää mielen häiriintymisen olevan sitä luokkaa, ettei syytetty lainkaan käsittänyt

⁸ Thomas, s. 239, 240, 245 ja 247.

⁹ Bender, s. 137 ja Maeder, s. 149.

¹⁰ Geis ja Meier, s. 77.

¹¹ Arenella, s. 272, Gaylin, s. 157–202, Johnson, s. 232 ja Lubin, s. 81–111.

tekevänsä rikosta. Mens rea -testi vapauttaa mielentilan perusteella lähinnä syvästi kehitysvammaiset, älykkyydeltään 2–3-vuotiaan tasoiset henkilöt. Montanassa sovelletusta mens rea -testistä Michael Keedy on lakia valmisteltaessa todennut: ”Testi on niin suppea, että rikoksentekijöitä tuskin syyntakeettomuuden vuoksi vapautetaan. Siksi uskon, että Montanasta on täysin poistettu mielentilapuolustus.”

Käytäntö on vastannut Keedyn käsitystä. Lain ensimmäisinä soveltamisvuosina mens rea -testin perusteella vapautettuja oli osavaltion alioikeuksissa 1–2 tapausta vuodessa. Montanan ylimmässä tuomioistuimessa ei yksikään mens rea -tapaus johtanut vapauttavaan tulokseen.¹²

Mens rea -testin lisäksi kyseisten osavaltioiden lainsäädäntö tarjoaa kaksi muuta vaihtoehtoa, joiden kautta rikoksentekijän mielentila yhä edelleen saattaa vaikuttaa rikosprosessin lopputulokseen. On mahdollista, että henkilö todetaan mielisairauden tai mielenvikaisuuden vuoksi täysin kyvyttömäksi käsittämään häneen kohdistuvaa syytettä tai osallistumaan puolustukseensa. Siinä tapauksessa, ettei hän lainmukaisessa määrääjassa saavuta oikeudenkäynnin edellyttämää kompetenssia, syyte on hylättävä. Syytteen hylkäämisen jälkeen nämä henkilöt yleensä jäävät pitkäaikaiseen mielisairaalahoitoon. Lisäksi syytetty voidaan tuomion täytäntöönpanosta määrättäessä sijoittaa mielisairaalaan. Tällöinkin mielisairalahoidon kynnys on ollut erittäin korkea ja tapauksia on esiintynyt vähän.¹³

Vaikka Montana, Idaho ja Utah ovat olleet ratkaisuisaan poikkeuksellisia, ne heijastavat USA:n perussuuntausta. Mielentilatutkimuksiin kohdistuvaa kritiikkiä on esitetty runsaasti myös Yhdysvaltojen liittovaltiotasolla. Muun muassa ”The Insanity Defense Reform Act” on asettanut syytetyn mielentilaa koskeville lausunnoille entistä ankarammat vaatimukset. Kyseistä lakia koskevissa lausunnoissaan vaikutusvaltaiset psykiatri-, juristi- ja lääkäriyhdistykset (The American Psychiatric Association, The American Bar Association ja The American Medical Association) ovat olleet valmiita menemään vieläkin pitemmälle. Viimeksi mainittu yhdistys jopa esitti, että mielentilatutkimuksista voitaisiin luopua kaikkialla Yhdysvalloissa. Lausunnon taustalla oli ajatus, että nykymuodossaan USA:n tuomioistuimissa käytettyä mielentilapuolustusta ei voida pitää kysymyksenasettelultaan lääketieteellisenä.¹⁴

¹² Bender, s. 149, Maeder, s. 150–152, Steadman ym., s. 357–359 ja Thomas, s. 253–254.

¹³ Geis ja Meier, s. 72–79, Greene, s. 946–948, Steadman ym. s. 357–359 ja Thomas, s. 250. Mielentilakäytäntöä koskevassa tutkimuksessaan Steadman ym. ovat viitanneet mahdollisuuteen, että mielentilasäännökset lainmuutoksen myötä vain siirtyisivät oikeusprosessissa uuteen paikkaan. Tällöin entistä suurempi osa rikoksentekijöistä todettaisiin kyvyttömäksi osallistumaan oikeudenkäyntiin.

¹⁴ Johnson, 228 ja 235.

XXVI MIELENTILASÄÄNNÖSTEN TULEVAISUUS

Länsimaissa mielentiläsäännökset on yleensä kytketty klassisen rikosoikeuden korostamaan vapaan tahdon käsitteeseen. Tällöin on usein jäänyt huomaamatta eräs olennainen seikka – mielentiläsäännökset eivät edellytä vapaalle tahdolle perustuvaa käsitejärjestelmää. Vallitseva tilanne on ymmärrettävissä klassisen rikosoikeuden taustaa vasten. Klassisen rikosoikeuden kannalta kysymys on ollut tärkeä siksi, että universaalisuuteen pyrkivänä järjestelmänä se on halunnut sulattaa itseensä myös mielentiläsäännökset ja määritellä ne omien keskeiskäsitteidensä kautta.

Siitä että mielentiläsäännökset on voitu konstruoida ilman tahdonvapauden käsitettä, on kuitenkin olemassa lukuisia esimerkkejä. Tämänkaltaisia säännöksiä on tunnettu monissa ulkoeurooppalaisissa kulttuureissa, joissa ei ole ollut vastinetta länsimaiselle vapaan tahdon käsitteelle.¹ Toisaalta edes länsimaissa mielentiläsäännösten formulointi ei välttämättä ole noudattanut tahdonvapauden peruseriaatteita. Historiallisen esimerkin tästä tarjoaa varhainen ruotsalainen järjestelmä, jossa todistelun kohteena oli rikoksentehtäjän mielisairaus, ei rikoksen ja mielenterveyden häiriön välinen syy-yhteys. Kansainvälisessä vertailussa erityisesti tanskalainen ratkaisumalli on esimerkki järjestelmästä, joka rakentuu selkeästi lääketieteelliselle pohjalle. Myös ruotsalaisessa mielentilajärjestelmässä lääketieteelliset kriteerit ovat selvästi hallitsevina.

Michael S. Mooren mukaan oikeustieteen ja psykiatrian välisessä vastakkainasettelussa suurimpana ongelmana on ollut se, että koko kysymys on asetettu väärin. Moore kirjoittaa:

”Mielisairaita ei vapauteta rangaistuksesta siksi, että heidän toimintaansa voidaan analysoida kausaalisesti; mielisairaat vapautetaan rangaistuksesta siksi, että he ovat mielisairaita ... Mielisairauden käsitteessä ei ole mitään sellaista, mikä implisiittisesti viittaisi kausaalisuuteen. Syynä siihen, että mielisairaat vapautetaan rangaistuksesta ei ole se, että mielisairaus aiheuttaisi rikolliset teot; yhtä vähän kuin lasten rangaistuksesta vapautuminen aiheutuu siitä, että heidän rikoksensa johtuisivat heidän lapsuudestaan. Pikemminkin kysymys on siitä, että molemmissa tapauksissa henkilöltä puuttuu moraalisesti arvosteltavan subjektin asema. Vaikka heidän toimintansa saatetaan

¹ Westermarck, s. 303–305.

kytkää mielisairauteen ja nuoruuteen, emme tarkoita, että he vapautuisivat rangaistusvastuusta tähän liittyvän kausaalisen syyn takia. Tarkoitamme, ettei ylipäätään ole mielekasta syyttää heitä, koska heidän rationaalinen kapasiteettinsa on puutteellinen.”²

Mooren mukaan klassisen rikosoikeuden ajatus siitä, että mielisairaudesta tulee olla rikolliseen tekoon kausaalisesti kytkeytyvä seikka – tekijä ei sairautensa vuoksi kykene vastustamaan halua teon tekemiseen – ei siis ole mielekäs. Vaikka Moore itse toisaalta kritisoi lääketieteellisen mielisairauskäsitteen käyttöä, hänen argumentaationsa avaa tälle tietä. Jos kerran mielenterveydeltään häiriintyneiden rikosentekijöiden poikkeuksellisen kohtelun perusteena pidetään heidän psyykkistä tilaansa, on järkevää, että tämän määrittely muodostuu mahdollisimman yhdenmukaiseksi ja luotettavaksi. Koska diagnostisesta järjestelmästä vallitsee pitkälle menevä konsensus ja koska diagnostisointi tapahtuu kaikissa länsimaissa hyvin yhdenmukaisilla kriteereillä, nimenomaan tämän psykiatria takaa.

Toisaalta on huomattava, että viime vuosikymmeninä länsimaaisissa rikosoikeusjärjestelmissä on mielenterveydeltään häiriintyneiden rikosentekijöiden kohdalla irtauduttu vapaan tahdon käsitteestä ja siirrytty määrittelemään syyntakeisuus käyttäytymisen kontrollikyvyn kautta.³ Suomessa tämä on ilmennyt käynnissä olevan rikoslakiuudistuksen pohjaksi laaditussa rikosoikeuskomitean mietinnössä vuodelta 1976⁴ sekä myöhemmissä syyntakeisuussäännöksiä koskevissa hahmotelmissa. Tuoreimpien ehdotusten mukaan syyntakeeton on henkilö, joka mielisairaudesta, syvän vajaamielisyyden tai vaikea-asteisen mielenterveyden tai tajunnan häiriön vuoksi ei ole kyennyt ymmärtämään tekonsa tosiasiallista luonnetta tai oikeudenvastaisuutta tai jonka kyky säädellä käyttäytymistä on em. syistä ratkaisevasti alentunut. Vastaavasti alentuneen syyntakeisuuden yhteydessä lähtökohtana on se, että mielenterveyden häiriön vuoksi henkilön kyky ymmärtää teon tosiasiallinen luonne tai kyky säädellä käyttäytymistä on olennaisesti heikentynyt.⁵

Siitä huolimatta että oikeudellinen argumentaatio on lähestynyt lääketieteellistä argumentaatiotapaa, eräs olennainen ongelma on jäänyt. Tämä on kysymys siitä, mikä käyttäytymisen kontrollikykyä arvioitaessa on oikeustieteen ja lääketieteen suhde. Lääketieteen näkökulmasta oikeustieteelliset käsitteet ovat edelleen monella tavoin ongelmallisia, vaikka puhuminen käyttäytymisen kontrollista muistuttaakin psykiatriasta kielenkäyttöä enemmän kuin aikaisempi tahdonvapauden käsite. Erään

² Moore (1985), s. 918.

³ Schorsch, s. 152.

⁴ Rikosoikeuskomitean mietintö 1976:72, s. 112–113.

⁵ Tapio Lappi-Seppälän alustus ”Syyntakeisuuden arvioinnin perusteista” terveydenhuollon oikeus-
turvakeskuksen ja vankeinhoidon koulutuskeskuksen seminaarissa ”Onko mielentilassa mieltä”
24.11.1994.

perusongelman osoittaa kuitenkin kansainvälinen vertailu. Vaikka länsimaissa tuomioistuimissa käytetään yleensä samaa peruskäsitettä – kykyä kontrolloida käyttäytymistä – sen tarkoittamat tilat jopa ymmärrystä vailla olevilla vaihtelevat maasta toiseen. Suppeimman määritelmän mukaan lähes kaikki kykenivät kontrolloimaan käyttäytymistään, laajimmillaan psykiatriseen hoitoon sijoitettujen ryhmä oli erittäin suuri.

Oikeustieteen ja psykiatrian kohdatessa ongelmana ei siis perimmiltään ole se, että toisensa kohtaisi kaksi universaalia käsitejärjestelmää, joiden luokitusjärjestelmät ovat keskenään erilaisia, mutta sisäisesti koherentteja. Vain lääketieteen käyttämä diagnostinen järjestelmä on sisäisesti yhdenmukainen. Sen sijaan oikeustieteen puolella tilanne on se, että käyttäytymisen kontrollointikyvyn käsite on kullekin oikeusjärjestelmälle ominainen suure. Näennäisestä universaalisuudesta huolimatta käyttäytymisen kontrolli ei tässä tapauksessa viittaa mihinkään yleisinhimilliseen seikkaan, vaan kussakin maassa vallitsevaan oikeudelliseen käsitykseen. Psykiatrisen järjestelmän kehityksen myötä oikeudellisessa argumentaatiossa on kuitenkin pystyttävä aikaisempaa paremmin perustelemaan se, miksi käsityksemme käyttäytymisen kontrolloitavuudesta eroaa muiden maiden käsityksistä, vaikka käyttämämme lääketieteellinen pohja on sama.

Ymmärrystä vailla olevien, psykiatriseen hoitoon sijoitettavien rikoksentehtäjäiden kohdalla ongelmat ovat vähäisiä verrattuna siihen, mitä ne ovat alentuneesti syyntakeisilla. Alentunut syyntakeisuus on tyypillinen nimenomaan eurooppalaisille oikeusjärjestelmille. Aikaisemmin käsiteltyjen maiden lisäksi alentunut syyntakeisuus on muodossa tai toisessa kirjattu lainsäädäntöön mm. Kreikassa, Italiassa, Puolassa, Sveitsissä ja Unkarissa. Niissä maissa, joissa nimenomainen säännös puuttuu, on muita vastaavia tapoja alentaa rangaistusta.⁶

Alentuneesti syyntakeisten osalta ei kuitenkaan ole olemassa kokonaiskuvaa siitä, mitä lääketieteellisiä perusteita tällöin sovelletaan. Suomen kaltainen äärimmäisen keskitetty mielentilatutkimusjärjestelmä on poikkeuksellinen, yleensä toiminta on huomattavasti hajautetumpaa. Vastaavasti tieto alentuneen syyntakeisuuden soveltamisesta ja tällöin mahdollisesti käytetyistä lääketieteellisistä kriteereistä on hajallaan tuomioistuimissa.⁷

Oikeustieteen ja psykiatrian rajanvedon vaikeudesta kertoo alentuneesti syynta-

⁶ Rasch, s. 302–303.

⁷ Poikkeuksellisen hyvä kuva alentuneen syyntakeisuuden käytöstä on saatavissa Englannista. Toisaalta tilanne Englannissa se, että alentuneen syyntakeisuuden merkitys poikkeaa selvästi tavanomaisesta. Englannissa alentunut syyntakeisuus on käytännössä korvannut perinteisen mielentilapuolustuksen. Alentuneesti syyntakeisten kohdalla tuomari voi valita minkä rangaistusvaihtoehdon tahansa, yleensä joko vankeuden tai psykiatrisen hoidon. Näin ollen alentuneen syyntakeisuuden kategorian sisällä tehdään se rajanveto, joka muualla yleensä tapahtuu syyntakeettomien ja muiden rikoksentehtäjäiden välillä (Hamilton, s. 206; Wasik, s. 258–260; Whitlock, s. 268–269).

keisten kohdalla Suomessa viime vuosina tapahtunut kehitys. Suomessa käsitys käyttäytymisen kontrollointikyvystä näyttää tässä kategoriassa nopeasti muuttuneen, mikä ilmenee terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen kannanotoista. 1980- ja 1990-luvun taitteeseen asti vakiintuneena käytäntönä oli se, että oikeusturvakeskus vain harvoin muutti mielentilatutkimuksen tehneen lääkärin syyntakeisuusarviota. Vuosittain muutoksia esiintyi alle 5 %:ssa tapauksista. 1990-luvun alkuvuosina muutettujen syyntakeisuusarvioiden osuus on kuitenkin noussut 10 % tasolle. Tapahtuneen muutoksen suunnasta kertoo taulukko 43, johon on koottu mielentilatutkimuksen laatineiden tutkijoiden ehdottamat ja terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen päättämät syyntakeisuusarviot vuosina 1987–1993.⁸

Taulukko 43. Tutkijoiden ehdottamat ja terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen päättämät syyntakeisuusarviot vuosina 1987–1993 (%).

Vuodet	Täydessä ymmärryksessä		Täyttä ymmärrystä vailla		Ymmärrystä vailla	
	(%)	(N)	(%)	(N)	(%)	(N)
1987–1990						
Tutkija	27.5	(303)	50.9	(560)	21.7	(237)
TEO	27.9	(307)	50.4	(554)	21.5	(239)
1991–1993						
Tutkija	36.0	(294)	45.7	(373)	18.3	(149)
TEO	41.1	(336)	40.8	(334)	18.1	(148)

Suurin muutos on tapahtunut täyttä ymmärrystä vailla olevien ryhmässä. Ryhmän kokonaisosuus on laskenut sekä tutkijoiden että terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen kannanotoissa. Linja on siis kauttaaltaan kiristynyt, mutta oikeusturvakeskuksessa kuitenkin vielä selvästi voimakkaammin kuin tutkivilla lääkäreillä.⁹

Tässä yhteydessä kiinnostavaa on todeta erityisesti persoonallisuushäiriöiden arvioinnissa tapahtuneet muutokset. Taulukossa 44 on verrattu tutkimusaineiston persoonallisuushäiriöjakautumaa vuosien 1992–1993 mielentilatutkimuksiin:¹⁰

⁸ Eira Hellbom 24.11.1994 terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen ja vankeinhoidon koulutuskeskuksen seminaarissa ”Onko mielentilassa mieltä”.

⁹ Sama kiristynyt linja on erikseen todettu myös henkirikosten osalta (Eronen, Tiuhonen, Ylitapio ja Hakola, s. 17).

¹⁰ Eronen, Tiuhonen, Ylitapio ja Hakola, s. 18.

Taulukko 44. Persoonallisuushäiriö päädiagnoosina täydessä ymmärryksessä ja täyttä ymmärrystä vailla olevilla vuosina 1987–1989 ja 1992–1993 (%).

Diagnoosi	Täydessä ymmärryksessä		Täyttä ymmärrystä vailla	
	1987–89	1992–93	1987–89	1992–93
Sekamuotoinen persoonallisuushäiriö (3018X)	26	25	40	36
Asosiaalinen persoonallisuus (3017A)	36	37	18	9
Epävaka persoonallisuus (3018D)	6	19	25	29
Riippuvainen persoonallisuus (3016A)	11	7	2	3
Narsistinen persoonallisuus (3018B)	9	2	1	1
Epäluuloinen persoonallisuus (3010A)	2	1	5	8
Muut persoonallisuushäiriöt	9	9	8	14
Yhteensä	N=53	N=175	N=87	N=110

Persoonallisuushäiriöissä asosiaalisen persoonallisuuden asema näyttää selkiytyneen aikaisempaan verrattuna. Oikeusturvakeskuksen viimeaikaisessa käytännössä se entistä voimakkaammin kytkeytyy täyteen ymmärrykseen. Toisaalta epävakaan persoonallisuuden suhteen kehitys on ollut päinvastaista. Se ei enää yhtä selvästi johda täyttä ymmärrystä vailla olemiseen kuin aikaisemmin. Riippuvaisen, narsistisen ja epäluuloisen persoonallisuuden suhteen tilanne on pysynyt jokseenkin ennallaan. Riippuvainen ja narsistinen persoonallisuus liittyvät täyteen ymmärrykseen, epäluuloinen persoonallisuus taas täyttä ymmärrystä vailla olemiseen. Kyseisten persoonallisuushäiriöiden kokonaisosuus on kuitenkin varsin vähäinen.¹¹

Kokonaistilanne on siis edelleen se, että keskeiset persoonallisuushäiriöiden ryhmät – nyt sekamuotoinen ja epävaka persoonallisuus – ovat huonosti lopputulosta ennustavia ja silloinkin kun selvä odotusarvo diagnoosilla on, esiintyy runsaasti myös poikkeuksia.

Tässä yhteydessä merkittävin kysymys on kuitenkin se, mihin syyntakeisuusarvioissa tapahtunut muutos perustuu. Jos se perustuu uuteen lääketieteelliseen tietoon persoonallisuushäiriöiden luonteesta, miksi tutkimuspaikoissa tähän on reagoitu hitaammin kuin oikeusturvakeskuksessa, vaikka monet tutkimuspaikat edustavat alan akateemista huippua. Toisaalta kysymys voi olla myös siitä, että terveydenhuollon oikeusturvakeskus on lähtenyt tekemään uutta oikeudellista rajanvetoa. Tähän mahdollisuuteen viittaa seuraava tuore lausunto:

¹¹ Eronen, Tiihonen, Ylitapio ja Hakola, s. 8–9.

”... terveydenhuollon oikeusturvakeskus ehdottaakin, että rikoslakiprojektissa edelleen harkittaisiin kolmiasteisesta syyntakeisuusjaosta luopumista kuitenkin siten, että häiriintyneimmät nyt alentuneesti syyntakeisina tuomituista rikoksenteikijöistä, jotka esim. ovat persoonallisuudeltaan erittäin vaikeasti häiriintyneitä olematta kuitenkaan varsinaisesti mielisairaita, voitaisiin jättää syyntakeettomina rangaistukseen tuomitsematta ja tuomion sijasta määrätä heidät tahdosta riippumattomaan laitoshoitoon”.¹²

Näin ollen tilanne voisi olla se, että terveydenhuollon oikeusturvakeskus käytäntöä muuttamalla pyrkii Ruotsin kaltaiseen ratkaisumalliin. Täyttä ymmärrystä vailla olevien kohdalla tämä on mahdollista kriteerejä kiristämällä. Koska kyseisessä tapauksessa syytetyn asianajajat yleensä ehdottavat mielentilatutkimukseen määräämistä – usein rangaistuksen mittaamiseen liittyvistä syistä – oikeusturvakeskuksessa tapahtunut muutos heijastuu nopeasti takaisin kentälle mielentilapyyntöjä vähentäen. Tässä saattaa olla osasy siihen, miksi mielentilatutkimusten määrä on vuodesta 1993 alkaen jyrkästi laskenut.

Vaikka terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen kanta vastaa tämän tutkimuksen perusteella syntyvää kuvaa, nykytilanteessa on myös ilmeisiä vaaroja. Lausuntonsa mukaan oikeusturvakeskus pyrkii tilanteeseen, jossa se tekee lääketieteellisin perustein erottelua hoitoon sijoitettavien ja muiden rikoksenteikijöiden välillä. Tämän ratkaisumallin etuna on se, että siinä selkeästi eroteltaisiin oikeudellinen päätöksenteko ja lääketieteellinen asiantuntemus, jolloin oikeusturvakeskus edustaisi nimenomaan viimeksi mainittua. Nykytilanteessa näin ei välttämättä ole, minkä vuoksi oikeusturvakeskus voi voimakkaasti ohjata syyntakeisuusarvioiden suuntaa. Tilanne on paradoksaalinen sikäli, että olemassaolevan järjestelmän keskeistä heikkoutta saatetaan näin käyttää itse järjestelmän uudistamisen välineenä.

Epäilemättä nykyistä selkeämpi ratkaisu olisi Ruotsin kaltainen tilanne, jossa virallisohejeissa on yksiselitteisesti määriteltä, missä diagnoosiryhmissä psykiatrisen hoito yleensä tulee kysymykseen ja mitkä ovat tapauksia, joissa näin poikkeuksellisesti voidaan menetellä. Jo nyt Suomessa psykiatrisen diagnoosin perusteella voidaan hyvin tarkkaan ennustaa hoitoon sijoitettavat. Ongelmia ei myöskään tuotaisi se, että hoitoon määrättävien piiriä laajennettaisiin vaikeisiin mielenterveyden häiriöihin, jotka eivät ole varsinaisia mielisairauksia, mutta selkeästi määriteltävissä.

Vaikka lääketieteellisesti perusteltuna kategoriana alentunut syyntakeisuus on edellä todettu ongelmalliseksi, aivan toinen kysymys on se, millä tavoin sen poistamisen vaikutukset voitaisiin kompensoida. Vuoden 1889 rikoslaissa lähtökohtana oli se, että alentunut syyntakeisuus oli eräänlainen kompromissi. Se syntyi lähinnä pelosta, että käyttöön otettu asteikkojärjestelmä johtaisi rangaistusten lievenemi-

¹² Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen lausunto 30.6.1994. Dnro 3726/01/94, s. 1–2.

seen, jos tämänkaltaiset seikat olisi huomioitu jo rikosten perusasteikossa määrittelemällä se väljästi. Rikosten perusasteikko haluttiin säilyttää suppeana ja ankarana, mutta alentuneen syyntakeisuuden kaltaisilla järjestelyillä siitä voitiin myöntää poikkeuksia.¹³

Oleellinen muutos rangaistusjärjestelmässä on rikoslain säätämisen jälkeen tapahtunut siinä, että kuritushuonerangaistuksen poistamisen myötä alentuneella syyntakeisuudella on varsin harvoin merkittävä rangaistusasteikon minimiä alentava vaikutus. Näin on erityisesti murhissa ja tapoissa, joissa rangaistusminimi on korkea. Sen sijaan rangaistusasteikon puitteissa alentunut syyntakeisuus kyllä käytännössä vaikuttaa rangaistuksen mittaamiseen ns. 3/4 -periaatteen muodossa (rangaistus kolme neljäsosaa tavanomaisesta).

Tässä tilanteessa perusvaihtoehtoja on tulevaisuuden suhteen kaksi: jättää alentunutta syyntakeisuutta koskeva säännös tuomioistuinten välineeksi niin, että sen käyttö perustuisi selkeästi tuomioistuinten omaan harkintaan, ei nykyisellä tavoin lääketieteelliseen asiantuntemukseen vetoamiseen. Toinen vaihtoehto olisi poistaa kokonaan alentunutta syyntakeisuutta koskeva säännös. Tällöin rangaistusjärjestelmän ankaroituminen voitaisiin estää sillä, että rangaistusasteikkoja laajennettaisiin niissä tapauksissa, joissa alentunutta syyntakeisuutta on käytetty korkean rangaistusminimin alittamiseen. Toisaalta koska alentuneella syyntakeisuudella on ollut lieventävä vaikutus rangaistusasteikon sisällä, kategorian poistamisen myötä keskimääräistä rangaistustasoa olisi alennettava niin, että siitä muodostuisi sama kuin nyt (alentunut syyntakeisuus huomioon ottaen).

¹³ Asiakirjat valtiopäiviltä Helsingissä vuonna 1888, s. 25–26.

SUMMARY

In Finland the courts refrain from passing sentence on those who are deemed to have been mentally irresponsible at the time of the act in question (chapter 3, section 3 of the Penal Code). Since the National Board of Medicolegal Affairs generally finds that the prerequisites exist for the forcible placement of such persons in mental hospitals, in practice very few avoid sanctions entirely. The majority of those who are deemed to be criminally irresponsible are placed as so-called criminally insane patients in State mental hospitals in Niuvanniemi (in Kuopio) or in Vanha Vaasa.

If the defendant is deemed to have diminished responsibility for his actions, the penal tariff applied to young offenders is used in sentencing. This means that the sentence can be at most three quarters of the maximum sentence under law for the offense in question (chapter 3, sections 2 and 4 of the Penal Code).

The court may at its discretion order, pursuant to chapter 17, section 45 of the Code of Judicial Procedure, that a defendant in criminal proceedings be subjected to a forensic psychiatric examination. On the basis of section 16 of the Mental Health Act, the National Board of Medicolegal Affairs decides where the examination is carried out. Usually the examination takes place in University hospitals (especially in the Psychiatric Clinic of the Central University Hospital in Helsinki), State mental hospitals (Niuvanniemi and Vanha Vaasa), or in prison (in the Prison Mental Hospital in Turku and in the psychiatric department of the Helsinki Central Prison).

During the 1990's the number of forensic psychiatric examinations has varied on the level of 200–300 cases each year. The most common crimes among the subjects investigated at forensic psychiatric examinations are homicide, assault, and arson (38%, 30% and 23% respectively in 1992). Examinations are, on the other hand, rarely requested in cases involving property crimes and traffic violations.

Forensic psychiatric examinations are carried out by a team, which usually consists of a forensic psychiatrist, a psychologist, a social worker, and other treatment staff. In addition to trial records, background information is obtained on the patient from childhood to the present day (from family members, relatives, employers, school, military, criminal and medical records etc.). On the basis of the examination and the documentation, the psychiatrist prepares the statement on the mental health of the patient in which he takes a position on the criminal

responsibility of the patient. This statement must be delivered to the National Board of Forensic Medicine within two months of the initiation of the mental examination. The National Board prepares its own statement on each case for the court. The statements of both the psychiatrist responsible for the mental examinations and the National Board of Medicolegal Affairs are at the disposal of the court when it decides on the sentence. In the study data, the psychiatrist responsible for the examination, the National Board of Medicolegal Affairs and the court all agreed in 91% of the cases.

The Finnish Penal Code (from the year 1889) is based on the idea that criminal responsibility varies analogically to mental health, in the scale from normality to insanity. Legislators of the Penal Code considered that subjects were either criminally responsible ("in full possession of one's faculties"), had diminished responsibility ("in partial possession of one's faculties") or were criminally irresponsible ("not in possession of one's faculties"). The main question of the study is: Do mental assessments made by the National Board of Medicolegal Affairs form a diagnostically or medically hierarchical system so that criminal responsibility follows the medical scale of mental disorders.

The study data consists of 276 subjects charged with homicide examined by the National Board of Forensic Medicine in 1987–1989. In the assessment of criminal responsibility, the National Board of Medicolegal Affairs found 32% of the subjects fully responsible, 51% partially responsible, and 17% criminally irresponsible.

Among those assessed criminally irresponsible the principle diagnosis (according to DSM-III-R classification) was schizophrenia (62%), other psychoses (34%), and personality disorder or unspecified diagnosis (4%). Those assessed criminally irresponsible formed a clearly specific group on medical grounds, because schizophrenia and other psychosis diagnoses were only exceptionally made among the fully or partially responsible.

As a group the criminally irresponsible carried many typical features of Finnish mental patients. The rate of earlier hospitalization was high, 60% had been in a mental hospital before. Like schizophrenic and other mental patients, they lived very often in Eastern, Central and Northern Finland (64%), and in rural areas (43%). Many of them were young pensioners. The rates of criminal records (49%) and alcohol problems (30%) were low when compared to those assessed fully or partially responsible. The victims of the criminally irresponsible were often family members or close relatives (their caretakers).

On the other hand, those assessed fully or partially responsible did not differ diagnostically from each other. The most common principle diagnosis was personality disorder (60% of fully responsible and 62% of partially responsible). Usually personality disorders were of the same type in both groups. However, some personality disorders were slightly more associated with partial responsibility

(borderline personality) or with full responsibility (antisocial personality).

Other typical features for fully or partially responsible offenders were high rates of criminal records (65% and 67% respectively), alcoholism (66% and 55%), unemployment (66% and 43%), and urban residence (84% and 86%), usually in southern Finland. Crimes were typically connected to heavy drinking, and victims were often drinking partners. Both the fully and the partially responsible had extremely problematic childhoods (alcoholism in family, broken homes, economic problems, and family violence), and they had severe adjustment problems at school.

In earlier studies the concept of diminished responsibility has been criticized on medical grounds. According to earlier studies, neither diagnoses nor background variables investigated at forensic psychiatric examinations have shown a clear dividing line between fully and partially responsible. The same is true in this research. The fully and partially responsible differ clearly from the average population because of a great amount of personality disorders and alcohol dependence, but these groups do not distinctly differ from each other. So, the medical status of the category of diminished responsibility is vague, which does not correspond to the basic idea of the legislators of the Penal Code.

In addition to empirical part, the study consists of historical research on earlier laws concerning criminal responsibility, and comparison of these laws with those of other nations. The aim of these parts of the study is to find a new basis for legal solutions when revising the Finnish Penal Code. So far, Finland has closely followed Swedish legal tradition. The new Swedish system of forensic psychiatric examinations and the Swedish definition of criminal responsibility (both applied from the year 1992) could probably solve central problems in the existing Finnish system. This type of system is recommended at the conclusion of the study.

LIITE 1. MUUTTUJALUETTELO

Muuttujaluettelossa käytetyt lyhenteet esitysjärjestyksessä

No	=	Terveysthuollon oikeusturvakeskuksen arkistotunnus
Ikä	=	Ikä tekohetkellä
Sukupuoli	=	Sukupuoli
	0	= Nainen
	1	= Mies

Lapsuudenkotia kuvaavat muuttujat koskevat ikävuosia 0–15. Niissä luokittelu on kaikissa sama

	0	= Ei
	1	= Kyllä
L1	=	Vanhemmilla alkoholiongelmia
L2	=	Kasvanut vakaaperheessä
L3	=	Lapsuudenkodissa taloudellisia toimeentulovaikeuksia
L4	=	Perheväkivaltaa
L5	=	Vanhemmilla mielenterveydellisiä ongelmia
Koulut	=	Koulutus
	0	= Oppivelvollisuuskoulu kesken
	1	= Kansa-, kansalais- tai peruskoulu
	2	= Keskikoulu
	3	= Ylioppilas
K.ong	=	Sopeutumisongelmat koulussa
	0	= Ei
	1	= Kyllä
Arm	=	Asevelvollisuus
	0	= Ei ongelmia
	1	= Ongelmia
	2	= Nainen, asevelvollisuusikää nuorempi tai lykkäyksen saanut mies
Asema	=	Työmarkkina-asema
	1	= Maanviljelijä
	2	= Yrittäjä

	3 = Ylempi toimihenkilö
	4 = Alempi toimihenkilö
	5 = Työntekijä
	6 = Muu (opiskelija, kotirouva ym.)
	7 = Työtön
	8 = Eläkkeellä
Soss	= Sosiaaliset suhteet
	1 = Avioliitto
	2 = Avoliitto
	3 = Naimaton
	4 = Eronnut
	5 = Leski
Lääni	= Asuinlääni
	H = Hämeen lääni
	K-S = Keski-Suomen lääni
	KU = Kuopion lääni
	L = Lapin lääni
	M = Mikkelin lääni
	O = Oulun lääni
	P-K = Pohjois-Karjalan lääni
	T-P = Turun ja Porin lääni
	U = Uudenmaan lääni
	V = Vaasan lääni
	RUO = Ruotsi
Asuu	= Asuinalueena haja-asutus
	0 = Ei
	1 = Kyllä
Rika	= Alkoholinkäyttö rikoshetkellä
	0 = Ei
	1 = Kyllä
Rrek	= Rikosrekisteri
	0 = Ei
	1 = Kyllä
Uhri	= Tekijän ja uhrin suhde
	1 = Lähiomainen
	2 = Avio- tai avopuoliso
	3 = Tuttava
	4 = Tuntematon
Ahoito	= Ollut hoidossa alkoholiongelmien vuoksi
	0 = Ei

- 1 = Kyllä
- Mhoito = Ollut hoidettava psykiatrisessa sairaalassa
- 0 = Ei
- 1 = Kyllä
- Päädiag = Päädiagnoosi
- Sivudiag = Sivudiagnoosi
- Äo = Älykkyyssosamäärä
- Perustelu = Mielentilalausunnon perustelussa viitattu mielenterveyden häiriön ja rikoksen väliseen syy-yhteyteen
- 0 = Ei
- 1 = Kyllä
- Tutkija = Mielentilalausunnon laatija

Mielentilalausuntojen laatijoiden kirjainlyhenteet

<i>Nimi</i>	<i>Lyhenne taulukossa</i>
Juha Alroth	JA
Markku Eronen	ME
Kirsi-Maria Haapasalo-Pesu	KMHP
Panu Hakola	PH
Eira Hellbom	EH
Olli Ihalainen	OI
Raimo Jokisalo	RJ
Erkki Juntunen	EJ
Markku Kaipainen	MK
Tapio Kannisto	TK
Eeva Kauppi	EK
Jaakko Koskinen	JK
Michael Köckritz	MKZ
Hannu Lauerma	HL
Riitta-Liisa Lahdelma	RLL
Juhani Leistén	JL
Pirkko Lehto	PL
Lena Lietzén-Welin	LLW
Maritta Lojonen	ML
Risto Mäki	RM
Hannu Naukkarinen	HN
Marja-Riitta Nilsson-Kälviäinen	MRNK
Pekka Närhi	PN

Matti Pitkänen	MP
Anu Putkonen	AP
Lauri Pyykönen	LP
Tuula Quarshie	TQ
Pirkko Rahinantti	PR
Eila Repo	ER
Lea Sipi	LS
Oili Sirkjärvi	OS
Riitta Sirola	RS
Juri Stepanov	JS
Jaana Suokas	JSS
Heikki Suutala	HS
Matti Tuovinen	MT
Jukka Tuppurainen	JT
Henrik Wahlberg	HW
Saara Varonen	SV
Heikki Vartiainen	HV
Matti Virkkunen	MV
Erkki Väisänen	EV
Kyösti Väisänen	KV
Raimo Väisänen	RV

Liite . Aineisto.

Täydessä ymmärryksessä olevat.

No	Ikä	Sukup	L1	L2	L3	L4	L5	Koulut	K.ong	Arm.	Asema	Soss	Lääni	Asuu
9969	41	1	0	0	0	0	0	1	0	0	4	3	T-P	0
9974	38	1	0	0	0	0	0	1	0	0	5	4	O	1
9975	46	1	0	0	0	0	0	1	0	1	7	4	KY	0
10000	25	1	1	1	1	0	0	1	1	1	7	3	U	0
10007	21	1	1	1	0	0	0	1	1	2	7	3	O	0
10013	24	1	1	1	1	1	0	1	1	1	7	3	H	0
10031	57	1	0	0	1	0	0	0	1	0	8	3	U	0
10032	32	1	1	1	1	1	0	1	0	0	7	2	T-P	0
10036	25	1	1	0	0	0	0	1	0	0	7	3	V	0
10053	19	1	0	1	0	1	0	1	0	2	5	3	T-P	0
10074	31	1	1	1	1	1	0	1	1	1	7	3	T-P	0
10075	35	1	1	1	1	1	0	1	1	0	5	2	T-P	0
10113	39	1	0	0	0	1	0	1	1	0	7	3	O	1
10122	30	1	0	0	0	0	0	1	1	1	7	2	U	0
10136	25	1	1	0	1	1	0	1	0	0	7	2	M	0
10151	31	1	1	0	0	1	1	1	1	0	5	2	H	0
10156	29	1	1	1	0	1	0	1	0	0	7	3	M	0
10161	36	1	1	0	0	0	0	1	0	0	7	2	H	0
10168	50	1	0	1	1	0	0	0	1	0	7	3	L	0
10170	61	1	0	1	0	0	0	0	1	1	8	4	L	0
10188	36	1	0	0	0	0	0	1	0	0	7	3	U	0
10190	25	1	1	0	0	1	0	1	0	0	5	3	U	0
10194	30	1	1	1	1	1	0	0	1	0	7	3	T-P	0
10195	45	1	0	0	0	0	0	1	0	0	7	3	O	1
10200	40	1	1	0	0	1	0	1	0	0	7	2	M	0
10222	24	1	1	1	1	1	0	1	0	0	7	3	O	0
10223	37	1	0	0	1	0	0	1	0	1	7	2	P-K	0
10232	30	1	0	0	0	0	0	1	1	1	7	1	H	0
10245	76	0	0	0	0	0	0	1	0	2	8	1	H	1
10250	33	1	0	1	1	0	0	1	0	0	7	3	H	0
10253	32	1	1	1	1	0	0	1	1	1	7	4	T-P	0
10254	23	0	1	1	1	1	1	1	0	2	7	3	T-P	0
10263	56	1	0	0	0	0	0	1	0	0	4	5	H	0
10272	35	1	0	0	0	0	0	3	0	0	3	2	U	0
10298	37	1	0	1	0	0	0	1	0	0	7	2	U	0
10341	24	1	1	0	0	0	0	1	0	0	5	3	T-P	0
10398	37	0	0	0	1	0	1	1	0	2	7	2	H	0
10404	24	1	1	1	0	1	0	1	1	1	7	2	P-K	0
10409	31	1	0	1	0	0	0	1	1	0	7	2	U	0
10431	41	1	0	1	0	0	0	0	1	0	5	1	U	0
10434	17	1	0	0	0	0	0	1	0	2	7	3	KU	1
10444	31	1	0	1	1	0	1	1	1	0	7	2	U	0

Rika	Rrek	Uhri	Ahoito	Mhoito	Päädiag.	Sivudiag.	Äo	Perustelu	Tutkija
1	0	4	0	0			110	1	MT
0	1	2	0	0	V628A	3018X	68	0	EV
1	0	3	1	0	3018X	3039X	120	1	JL
1	1	3	0	0	3017A	3039X	90	0	MT
1	1	1/4	0	1	3017A	3018B, 3039X	92	0	HV
1	1	4	1	0	3018B	3039X	107	0	MT
1	1	3	1	0	3039X	3090A	93	0	MK
1	1	1	1	0	3123D	3039X, 3018D, 3004A	110	0	MV
1	1	3	1	0	3018X		95	1	LS
1	0	3	0	0	3093A		104	0	MT
1	1	3	0	0	3017A	3039X	82	0	MT
1	1	4	0	0			96	0	MT
1	1	3	0	1	3018X		95	0	LS
1	1	1	1	0	3039X	3018X, 3090A	109	0	MK
1	1	3	1	1	3039X	3090A, 3074A	100	1	JL
1	0	2	0	0	3018D	3123D	105	0	MK
1	1	3/3	1	0	3018X	3039X	105	0	HV
1	1	2	0	0	3018X	3039X		1	EH
1	1	3	0	0	3012A	3039X	92	0	HV
1	1	3	1	0	3039X	2913A	106	0	HV
1	1	3	1	0	3017A	3039X	96	0	MT
1	1	4	0	0	3018B		134	1	EH
1	1	3	1	0	3017A	3039X	108	0	MV
1	1	3	1	0	3039X		94	1	JT
1	1	2	1	1	3018X	3039X	97	1	ER
1	1	3	1	0	3039X		90	1	EV
1	1	3	0	0	3016A	3039X	83	0	ER
1	1	3	1	0	3018X	3039X	115	0	ER
0	0	2	0	0			97	1	HS/JK
1	1	3	1	0	3039X		92	1	MT
1	1	4	0	0	3018X		88	0	LS
1	1	4	0	0	3018X	3039X	96	0	LS
1	0	3	0	0	2968A	3039X	102	1	MK
1	0	2	0	0	3018D	3039X	117	1	MV
1	1	3	1	0	3039X	3018X, 3090A	115	1	MK
1	0	2	0	0	3018E		99	1	EH
1	0	2	0	0	3016A	3039X	103	1	HV
1	1	2	1	0	3017A	3039X, 3018B	110	1	MV
1	1	2	0	1	3018X		100	0	JA
1	0	3	1	0	3039X		125	0	EH
0	0	4/4/4	0	0	3017A		100	0	MT
1	1	3	1	0	3017A	3039X	124	0	MV

Liite jatkoa

No	Ikä	Sukup	L1	L2	L3	L4	L5	Koulut	K.ong	Arm.	Asema	Soss	Lääni	Asuu
10448	40	1	0	0	0	0	0	3	0	0	5	4	U	0
10455	33	0	0	1	1	0	0	1	1	2	7	1	U	0
10459	39	1	1	1	1	0	0	1	0	0	5	4	U	0
10460	29	1	1	1	1	0	0	1	0	0	7	4	KY	0
10469	28	1	0	0	0	0	0	1	0	0	7	3	L	1
10476	44	0	1	1	0	0	1	0	1	2	4	1	U	0
10485	21	1	0	0	0	0	0	0	1	2	6	3	U	0
10491	47	1	0	0	0	0	0	1	0	0	7	4	H	0
10507	41	1	1	0	1	1	0	0	1	0	5	4	M	0
10510	45	1	1	0	1	1	0	1	0	1	8	3	L	1
10512	24	1	1	1	0	1	0	1	0	0	5	3	V	0
10516	34	1	0	0	0	0	0	1	0	0	7	4	T-P	1
10528	45	1	0	0	0	0	0	1	0	0	7	3	L	1
10538	30	1	0	0	0	0	1	1	0	1	7	3	T-P	0
10545	27	1	0	0	0	0	0	3	0	0	3	2	O	0
10559	19	1	0	1	0	1	0	1	0	2	5	3	U	0
10571	38	1	1	1	1	0	0	1	0	0	7	2	P-K	0
10580	22	1	0	0	0	0	0	1	0	0	5	2	O	0
10581	47	1	0	0	0	0	0	2	0	0	7	4	U	0
10592	86	1	0	0	0	0	0	1	0	0	8	1	H	0
10598	19	1	0	0	1	0	1	1	1	2	7	3	O	0
10611	35	1	1	0	0	1	0	1	0	0	5	1	P-K	1
10615	30	1	1	0	0	1	0	1	1	0	7	2	T-P	0
10628	18	1	0	0	0	0	0	1	1	2	7	3	H	1
10658	29	1	1	0	0	1	0	1	0	0	8	1	H	0
10676	21	1	0	1	0	0	0	1	1	1	5	3	P-K	1
10679	30	1	1	0	0	0	0	1	0	1	7	3	KY	0
10684	24	1	1	1	0	1	0	1	1	0	7	4	U	0
10686	22	1	1	1	0	1	0	1	1	1	7	3	U	0
10694	18	1	0	0	1	0	0	1	1	2	8	3	V	0
10707	16	1	1	1	0	1	0	1	1	2	7	3	KY	0
10708	16	1	1	1	0	1	0	1	1	2	6	3	KY	0
10726	27	1	0	0	0	0	0	0	1	0	7	3	U	0
10727	39	0	1	0	0	0	0	1	0	2	7	2	H	0
10729	16	1	0	1	0	0	0	1	1	2	5	3	U	0
10731	20	1	1	1	1	1	0	1	1	1	5	3	U	0
10734	50	1	0	0	0	0	0	1	0	0	7	3	KU	0
10752	30	1	1	0	1	0	0	1	0	0	7	3	P-K	1
10758	29	1	1	0	0	0	0	1	0	0	7	2	H	0
10761	47	1	0	1	0	0	0	1	0	0	7	2	U	0
10766	30	1	1	0	0	0	0	1	1	1	7	3	KU	0
10768	22	1	1	1	0	0	0	3	0	0	4	2	L	0
10781	23	1	0	1	0	0	0	3	0	0	6	3	L	0
10783	22	1	0	0	0	0	1	1	0	0	5	1	L	0

Rika	Rrek	Uhri	Ahoito	Mhoito	Päädiag.	Sivudiag.	Äo	Perustelu	Tutkija
1	0	3	1	0	3016A	3039X	131	1	MK
1	1	2	1	0	3017A	3039X	110	1	JT
1	1	3	0	0	3016A	3004A	115	1	EH
1	0	1	0	0	3018X	3039X	127	1	MK
1	1	3	0	0	3018E	3039X	116	0	PN
1	0	2	0	1	3039X		118	1	AP/PH
0	1	1/1/1	0	0	3012A		95	1	MT
1	0	3	0	0	3018B	3039X	119	1	EH
1	0	2	0	0	3039X		100	1	RJ/PH
1	1	3	1	0	3017A	3039X	100	0	MT
1	1	3/3	1	0	3017A	3039X	92	1	LP
1	1	3	1	0	3039X	3018X	112	1	EH
1	0	1	1	0	3039X	3010A	71	0	PN
1	1	3	1	0	3017A	3039X	114	0	LP
1	0	2	0	0			127	1	MK
1	0	1	0	0	3018B		111	1	MK
1	0	2	0	0	3039X	3018X	98	1	EH
1	0	3	0	0	3018X		96	0	EH
1	0	1	0	0	3039X	3018X	113	1	LLW
1	0	1	0	0	3039X	3014A	80	1	HS/JK
1	1	3	1	0	3016A	3090A	72	1	MK
1	1	2	0	0	3039X		94	1	KV
1	1	3	1	0	3017A	3049X	100	0	KV
1	1	4	0	0	3017A		0		RJ/PH
1	1	3	0	0	3017A		120	0	MT
1	1	3	0	0	3018X	3039X,3017A	85	1	KV
1	0	3	0	0	3018E	3039X	92	1	MV
0	1	4	0	0	3017A	3018B	110	0	KV
1	1	3	0	0	3017A	3039X,3013A	103	0	LP
0	0	1	0	0	3093A		60	1	EV
1	1	3	0	0	3120A		103	1	MK
1	1	3	0	0	3120A		97	0	MK
1	1	3	1	0	3018X	3039X	89	1	HN
1	1	2	1	0	3039X	3017A,V628A	85	1	OS/RV
1	1	3	0	0			123	1	MT
1	0	3	0	0	3010A		102	0	MT
1	0	3	0	0	3039X		106	1	KV
1	1	3	0	0	3039X		98	0	KV
1	1	4	1	0	3017A	3039X	121	0	HN
1	0	3/3	0	0	3018B		127	0	MT
1	1	4/4	1	1	3017A	3039X,3049A	106	0	KV
1	0	4	0	0	3039X		110	0	MV
1	0	4	0	0			110	0	HN
0	1	3	1	1	3018D	3039X	95	0	MT

Liite jatkoa

No	Ikä	Sukup	L1	L2	L3	L4	L5	Koulut	K.long	Arm.	Asema	Soss	Lääni	Asuu
10785	26	1	0	0	1	0	1	0	1	1	7	1	K-S	0
10799	40	1	1	1	1	0	1	1	0	0	7	3	U	1

Täyttä ymmärrystä vailla olevat.

9958	18	1	0	1	0	1	0	1	1	1	7	3	U	0
9959	17	1	1	1	0	1	0	1	1	2	7	3	U	0
9963	26	1	0	0	0	0	0	1	1	0	7	3	U	0
9976	37	1	1	0	1	1	0	1	0	0	5	1	V	1
9986	37	1	1	0	1	0	0	1	0	0	5	4	M	0
9987	42	1	1	0	0	0	1	1	0	0	2	4	U	0
9997	22	1	1	0	1	0	0	1	1	1	7	3	P-K	0
10003	16	1	1	1	0	1	0	1	1	2	7	3	T-P	0
10005	59	1	0	0	1	0	0	1	0	1	8	3	KU	0
10011	34	1	1	0	1	1	0	1	0	1	7	3	T-P	1
10016	45	1	0	0	1	0	0	1	1	1	8	4	O	1
10027	28	1	1	1	1	0	0	1	1	1	7	3	H	0
10029	24	1	0	0	0	0	0	2	0	0	4	2	T-P	0
10035	61	1	0	0	1	0	0	1	0	1	8	2	O	0
10049	20	1	1	1	0	1	0	1	1	2	5	2	U	0
10054	35	1	0	0	0	0	0	3	0	1	3	4	U	0
10076	26	1	0	1	1	0	0	1	1	1	7	3	T-P	0
10077	28	0	1	1	0	1	0	1	0	2	7	5	T-P	0
10078	31	1	1	1	0	0	1	1	0	1	8	3	U	0
10089	24	1	1	1	0	0	0	1	0	0	4	3	T-P	0
10093	29	1	1	0	0	0	0	1	1	1	7	2	T-P	0
10094	50	1	1	1	0	0	0	1	1	0	8	3	H	0
10097	24	1	1	0	0	1	0	1	1	0	5	2	O	0
10108	38	1	1	0	0	1	0	1	1	1	7	1	H	0
10111	30	1	1	0	0	1	0	1	1	1	2	2	U	0
10120	29	1	0	0	0	0	0	1	1	0	7	2	U	0
10127	64	1	0	0	1	0	0	1	1	0	8	1	T-P	1
10131	43	1	0	0	1	0	0	1	0	0	4	1	M	0
10159	66	1	0	1	0	0	0	1	0	0	8	5	L	1
10169	33	0	0	0	0	0	1	1	0	2	4	4	U	0
10174	21	1	1	1	0	0	0	1	1	1	7	3	H	0
10186	73	1	0	1	1	0	0	1	0	1	8	1	T-P	0
10204	64	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	3	KU	1
10206	28	1	1	1	1	1	0	1	1	1	7	3	KY	0
10244	56	1	0	1	0	0	0	1	1	1	7	4	U	0
10247	43	1	1	1	1	1	1	1	1	0	7	5	H	0
10249	34	1	0	0	0	0	0	1	1	1	8	3	H	0
10265	48	1	0	0	0	0	0	1	0	0	8	3	U	0
10268	35	1	1	0	0	0	1	1	0	0	7	4	KU	0

Rika	Rrek	Uhri	Ahoito	Mhoito	Päädiag.	Sivudiag.	Äo	Perustelu	Tutkija
1	0	3	0	0	3016A		97	1	HV
1	1	3	0	0	3039X		97	0	MV
1	1	4	0	1	3017A		83	1	MK
1	1	4	0	0	3017A		105	1	MK
1	1	4	1	0	3014A	3039X,3018X	118	0	MV
1	0	3	1	0	3123D	3010A,3004A	109	0	MV
1	0	3	1	1	3090A	3039X,3018D,V628A	80	1	EH
1	1	3	0	0	3004A	3039X	94	0	EH
1	1	3	1	1	3018X	3039X	94	1	OI
1	1	3	0	0	3018X	3123D	106	0	MK
0	0	2	0	0	2961D	3018X	113	1	OI
1	1	3	1	0	3012A	3039X	103	1	MK
1	1	3	0	1	2956C	V628A	74	1	OI
1	1	1	0	1	3018D	3039X	102	1	MK
1	0	2	0	0	3018D	3039X, 3043A	122	1	EH
1	1	2	0	0			98	0	AP/PH
1	1	3	1	0	3017A		123	1	MK
1	0	3/3	0	0	3123C	3018D,3004A,3041A,3001B	133	0	MV
1	1	3	1	1	3018D	V628A	79	0	MT
1	0	4	0	0	V628A	3018E	67	0	LS
1	0	3	1	0	3018X	3039X, V628A	78	0	EH
0	0	2	0	0	3018B		132	1	EH
1	1	3	0	0	2930A	3039X, 3017A	105	0	MT
1	1	3	0	1	2912A	3012C,3017A	93	0	EJ/PH
1	1	3	0	0	3012A	3039X	74	1	EV
1	1	2	1	1	3094A	3016A, 3018D, 3039X	89	0	OI
1	1	2	0	0	V628A		72	0	LP
1	1	2	0	0	3017A	3018D, 3004A, 3039X	99	0	MV
1	0	2	1	0	2968A		100	0	MK
1	1	2	0	1	2961D		107	1	TK/PH
1	0	3	1	1	3004A		90	1	EV
0	0	3	0	0	3018X	3004A	100	1	PL/RV
1	1	3	0	0	3010A	3039X,3017A,3018D	100	0	MV
1	0	1	0	0	2900A	3039X	98	0	MT
1	0	3	0	0	3004A		112	1	ER
1	1	3	1	1	3017A		0		MT
1	0	3	0	1	3018E	3039X	92	1	EH
1	1	3	0	0	3018D	3039X,3004A	120	0	MV
1	1	3	0	1	3017A	3039X	82	0	MT
1	0	3	1	0	3018X	3101A,3039X	99	1	EH
1	1	3	1	1	3018X	3039X	111	0	OI

Liite jatkoa

No	Ikä	Sukup	L1	L2	L3	L4	L5	Koulut	K.ong	Arm.	Asema	Soss	Lääni	Asuu
10277	23	1	1	1	1	0	0	0	1	1	5	3	KU	0
10279	37	1	0	0	0	0	0	2	0	0	7	3	O	0
10280	28	1	0	0	0	0	0	1	0	0	5	4	V	1
10287	40	0	0	0	0	0	0	2	0	2	4	4	U	0
10288	41	1	0	0	0	0	0	1	0	0	8	4	O	0
10290	17	1	0	1	1	0	0	1	0	2	5	3	L	0
10291	57	1	0	0	0	0	0	1	0	2	8	5	U	0
10292	42	1	1	0	1	1	0	0	1	0	8	3	P-K	0
10302	16	1	1	0	0	1	0	1	0	2	6	3	H	0
10316	24	0	1	0	0	1	0	0	1	2	7	2	U	0
10317	20	1	0	1	1	0	1	1	1	2	7	3	U	0
10320	55	1	0	0	1	1	0	1	1	0	8	3	T-P	1
10322	39	1	1	1	0	0	0	1	1	1	7	3	U	0
10332	15	1	1	0	0	1	0	1	0	2	6	3	U	0
10333	17	1	0	1	0	0	1	1	1	2	5	3	K-S	1
10348	42	1	1	1	1	1	0	1	0	0	8	2	U	0
10350	21	1	1	1	0	1	0	1	1	1	7	3	U	0
10356	18	1	0	1	0	1	0	1	1	2	7	3	H	0
10357	18	1	0	1	0	0	0	1	1	2	7	3	H	0
10359	27	1	0	1	0	0	0	1	0	0	5	2	KU	0
10360	26	1	1	1	0	1	1	1	1	1	7	3	T-P	0
10361	19	1	1	1	0	1	1	1	1	2	7	1	T-P	0
10377	43	1	1	0	0	0	0	1	0	0	8	4	L	1
10384	34	1	0	1	0	0	0	1	0	1	7	2	U	0
10385	28	1	1	1	0	0	0	1	0	1	5	3	H	0
10389	31	1	1	1	1	1	0	1	0	0	7	2	KU	0
10391	32	1	1	1	0	0	1	0	1	1	2	2	U	0
10396	26	1	1	0	0	1	0	0	1	1	8	4	U	0
10400	24	1	1	0	0	1	1	3	0	0	6	3	U	0
10401	30	1	1	1	1	1	1	1	0	0	5	1	T-P	0
10419	32	1	0	0	0	0	0	1	0	0	5	2	H	0
10428	37	1	1	1	0	1	0	1	0	0	8	4	O	0
10432	29	1	1	1	1	1	1	1	1	1	7	2	T-P	0
10435	21	1	0	0	0	0	0	0	1	2	4	2	U	0
10456	24	0	1	1	0	1	0	1	1	2	7	3	U	0
10458	29	1	0	1	0	0	0	1	0	0	5	2	H	1
10473	48	1	0	1	0	0	0	1	0	0	7	4	U	0
10487	19	1	1	1	0	1	0	1	1	2	7	3	U	0
10488	18	1	1	1	1	1	1	1	0	2	7	3	U	0
10501	44	1	1	0	0	0	0	1	0	0	7	4	T-P	1
10505	44	1	1	1	1	0	0	1	0	0	7	3	KY	0
10513	18	1	1	1	1	1	0	1	1	0	5	3	V	0
10518	22	1	0	0	0	0	0	1	0	0	5	3	L	0
10519	24	1	0	0	0	0	0	1	0	0	5	2	KY	0

Rika	Rrek	Uhri	Ahoito	Mhoito	Päädiag.	Sivudiag.	Äo	Perustelu	Tutkija
1	1	3	0	0	3018X	3039X,3003A	108	0	OI
1	0	1	0	0	3018D		110	1	EV
0	0	2/3/3	0	0	3018X		101	1	MT
0	0	3	0	0	3018X	3039X	115	0	LS
1	1	2	1	1	3018X	2988A,3039X	105	0	LS
1	1	3	0	0	3046A	3120A	108	0	MK
1	0	3	0	0	3018X	2949X,3092F,3039X	88	0	EH
1	1	3	1	1	3012C	2956C,3170A	70	1	JT
1	0	1	0	0	3138D	3090A	117	1	MK
1	1	2	0	0	3018E	3039X	101	0	LS
1	1	3	1	0	3017A		100	0	MV
1	1	3	0	0	3039X	3018X,3016A	102	1	AP/PH
1	1	3/3	1	1	3039X	2913A,3010A	98	1	OI
1	1	4	0	0	3120A		86	1	MK
1	1	1	0	0	3120A		104	0	MK
1	1	3	1	0	2961A	3039X,3018D	111	0	MV
1	1	3	0	0	3017A	3039X	106	0	PL
1	1	3	0	0	3018X		90	1	HL/EK
1	1	3	0	0	3094A		106	1	HL/EK
1	1	2	0	0	3016A	3039X,3018X	97	1	OI
1	1	4	0	0	3018D	3039X,3012A,V628A	78	0	MK
1	1	3	0	0	3017A	V628A	85	1	MK
1	1	3	1	1	3010A	3039X	105	0	OI
1	1	3	1	0	3039X	3018B	122	0	EH
1	1	3	0	0	3004E	3039X,3018E	103	0	MV
1	1	2	0	0	3018X	3039X	86	1	EH
1	1	3	1	1	3018D	3039X,3017A	114	1	MKZ
1	1	3	1	1	3018D	3039X	88	0	MK
1	0	4	0	0	3018X	2961C,3004A,3039X	101	0	MV
1	1	3	0	0	3018D	3090A	100	1	MK
1	1	2	0	0	3018X	3039X	115	1	MK
1	1	2	1	0	3016A	3039X,3010A,3041A	92	1	SV
1	1	2	0	0	3017A	3039X	110	1	MT
1	0	2	0	0	3018X		100	0	TQ/HW
1	1	4	1	1	3018D	3039X,3041A,V628A	70	1	JT
1	0	2	0	0	3170A	3039X	61	1	EH
1	0	3	0	0	3018X	3039X	91	1	EH
1	1	4	0	0	3018X		86	0	MT
1	1	3	1	1	3015A		99	0	MT
1	1	2	1	0	2913A	3004A,3018X,V628A	72	1	RS
1	0	1	0	0	2912A	3039X	100	1	JL
1	1	4/4	0	0	3039X	3017A	95	0	LP
1	0	4	0	0	3018X		115	1	PN
0	0	2	0	0	3018X		106	1	EH

Liite jatkoa

No	Ikä	Sukup	L1	L2	L3	L4	L5	Koulut	K.ong	Arm.	Asema	Soss	Lääni	Asuu
10522	28	1	1	1	0	0	0	0	1	1	8	3	KU	0
10543	48	1	0	1	0	0	0	1	0	0	7	2	KU	0
10549	47	1	1	0	1	1	1	0	1	0	8	1	RUO	0
10550	52	1	0	0	1	0	0	0	1	0	7	4	O	0
10556	21	1	0	1	0	0	0	1	0	1	5	2	T-P	0
10563	18	1	0	1	1	0	0	1	1	2	7	3	O	0
10570	38	1	0	1	1	0	1	1	1	1	8	2	O	0
10578	18	1	1	1	0	1	0	1	0	2	6	3	U	0
10584	28	1	0	1	0	0	0	0	1	1	7	2	O	1
10587	20	1	0	1	0	0	0	1	1	2	5	2	H	0
10591	27	1	1	1	0	0	0	1	0	0	7	3	H	0
10593	48	1	0	0	0	0	0	1	0	0	8	2	O	0
10599	20	1	0	0	1	0	1	1	1	2	7	2	O	0
10600	50	1	0	0	0	1	1	0	1	0	5	4	RUO	0
10605	18	1	1	1	0	1	0	1	0	1	7	3	KY	0
10606	22	1	1	1	0	1	0	0	1	0	5	2	P-K	0
10607	37	1	0	0	0	0	0	1	0	0	7	2	U	0
10619	63	1	0	0	0	0	0	1	0	0	8	1	L	0
10622	50	1	0	0	0	0	0	1	0	0	5	1	U	0
10625	36	1	0	0	0	0	0	1	1	0	7	4	U	0
10630	36	1	0	0	1	0	0	1	0	0	7	4	KU	0
10636	21	1	0	0	0	0	1	0	1	1	7	2	H	1
10638	37	1	1	0	0	1	0	1	0	0	2	1	U	0
10640	26	0	1	0	0	1	0	1	0	2	4	3	L	0
10642	24	1	1	1	0	0	1	0	1	0	7	3	K-S	1
10645	38	0	1	1	1	1	0	1	1	2	5	1	O	0
10649	22	1	0	1	0	0	1	1	0	1	8	3	O	0
10653	31	1	0	1	0	0	0	1	1	0	7	2	P-K	0
10657	40	1	1	0	0	0	0	1	0	0	7	3	L	1
10659	24	1	1	1	1	0	1	0	1	0	7	3	V	0
10665	44	1	0	0	0	1	0	1	0	0	7	2	KU	1
10672	21	1	1	0	0	1	0	1	1	1	5	2	U	0
10675	34	1	0	1	1	0	0	1	1	1	8	2	M	0
10682	17	1	0	0	0	0	0	1	0	2	4	3	O	0
10698	34	1	1	0	1	1	1	1	1	1	5	3	H	0
10699	32	1	1	1	0	1	0	1	0	1	7	3	H	0
10700	30	1	1	0	0	1	1	1	0	0	7	2	M	0
10705	56	1	0	1	0	0	0	0	1	0	8	2	H	0
10710	37	1	0	1	1	0	0	1	0	1	4	3	U	0
10718	37	1	0	0	0	0	0	0	1	1	8	2	P-K	0
10724	33	1	1	1	0	0	0	1	0	1	7	3	H	0
10730	16	1	1	0	0	1	0	1	1	2	6	3	U	0
10733	49	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	3	K-S	1
10735	60	1	0	0	1	0	0	1	0	0	8	1	T-P	1

Rika	Rrek	Uhri	Ahoito	Mhoito	Päädiag.	Sivudiag.	Äo	Perustelu	Tutkija
1	1	1	1	1	V628A	3018X,3039X	67	1	EH
1	1	2	0	0	3039X	2912A	94	1	KV
0	0	1	0	1	3018D		78	1	EV
1	0	1	0	0	3010A		100	1	EV
0	1	2	0	1	3018X		105	0	MT
1	1	4	0	1	3018X		99	1	KV
1	1	3	0	1	V628A	3039X	83	1	JT
1	0	1/3	0	0	3018X		104	0	LP
0	1	3	0	0	3017A	3170	85	1	EV
1	1	4	0	0	3017A	3039X,3018D,3043A	98	0	MV
1	1	4	1	0	3018X	3039X	107	1	KV
1	0	2	1	0	3039X	3041A	94	0	EV
1	0	3	0	0	2961C	3016A,3170A	85	1	MK
1	1	1	1	1	3018X	3039X,3004A	93	1	EH
1	1	4	1	0	3018D	3039X	93	1	MRNK
1	1	3	0	0	3018X	3039X,V628A	84	0	HN
1	1	3	0	0	3018X	3039X,3004A	102	1	HN
1	0	1	0	0	2900A	296B	100	0	EV
1	0	4	0	0	3018X		98	0	MK
1	1	3	1	0	3017A	3039X	72	1	HN
0	0	3	1	0	3090A	3039X	110	0	KV
1	1	4	0	0	3018X		0		JS/PH
1	1	2	0	0	3123D	3018D,3039X	101	1	MV
0	0	1	0	0			112	1	JT
1	0	1	0	0	3092E	3016A,V628A	77	1	MK
1	1	2	0	0	3017A	3170B	64	0	EV
1	1	3	1	1	3018D	3039X	108	0	JT
1	1	2	1	0	3018X	3039X	77	1	HN
1	0	1	0	0	3018X	3004A	82	1	HN
1	1	3	0	1	V628A		85	0	MT
1	1	3	0	0	V628A	3018X	71	0	KV
1	1	1	0	0	3018D	3039X,3004A	92	0	PRH
1	1	4	1	1	V628A		0		LP
1	0	3	0	0	3017A	3039X,V628A	86	0	JSS
1	1	3	1	1	V628A	3018X	77	0	KV
1	1	3	1	1	3000C	3039X,3070A,3018X	97	0	KV
1	1	2	1	0	3010A	3039X,3018C	97	1	TK
1	0	2	1	0	2961C	3039X,3018E,3010A	115	1	MV
1	0	3	1	0	3018D	3039X	1		MK
0	1	3	1	1	3018D	V628A	85	0	JT
1	1	3	1	1	3018X	3039X,3004A	108	1	HN
1	1	3	0	1	3018X		89	0	MT
1	0	1	0	0	3090A	3039X,3016A	86	1	MK
1	0	3	0	0	2961C		0		MK

Liite jatkoa

No	Ikä	Sukup	L1	L2	L3	L4	L5	Koulut	K.ong	Arm.	Asema	Soss	Lääni	Asuu
10738	28	1	0	0	0	0	0	2	0	0	5	3	L	0
10739	21	1	1	1	0	0	0	0	1	1	7	3	KY	0
10742	30	1	1	1	0	0	0	1	0	0	5	3	H	0
10753	22	1	1	0	0	0	1	1	0	1	5	3	U	0
10756	62	1	1	1	1	1	0	1	1	0	8	4	U	0
10759	28	1	1	0	0	1	0	1	1	0	5	2	KY	0
10762	21	1	1	0	0	0	0	0	1	0	7	3	U	0
10764	18	1	0	0	0	0	0	1	0	2	7	3	U	0
10765	24	1	1	0	1	1	0	1	1	1	7	2	P-K	0
10774	58	1	0	0	1	0	0	0	1		8	1	O	1
10782	21	1	0	0	0	0	1	0	1	0	5	3	O	0
10788	29	1	0	1	0	0	0	1	1	0	7	1	M	0
10789	21	1	1	0	0	1	1	0	1	1	7	2	U	0
10805	61	1	1	0	0	1	0	1	0	1	8	4	U	0

Ymmärrystä vailla olevat.

No	Ikä	Sukup	L1	L2	L3	L4	L5	Koulut	K.ong	Arm.	Asema	Soss	Lääni	Asuu
9967	47	1	0	1	0	0	0	1	0	0	8	3	K-S	1
9991	33	0	1	0	1	1	0	1	0	2	6	1	MI	1
9994	26	1	0	0	0	0	0	1	0	0	7	3	U	1
9996	28	1	0	0	0	1	0	1	0	1	8	3	V	1
10004	34	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	3	K-S	1
10020	41	1	0	0	0	0	0	1	0	0	8	4	T-P	0
10038	33	0	0	0	0	0	0	3	0	2	4	1	U	0
10059	51	1	0	0	1	1	0	0	1	0	7	3	P-K	1
10065	31	1	0	0	0	0	1	1	0	1	8	3	P-K	1
10095	32	1	1	0	0	0	0	2	1	1	8	3	U	0
10117	35	1	0	0	1	0	0	1	1	0	8	3	O	1
10133	19	1	1	1	0	1	0	1	1	1	7	3	O	0
10149	25	1	1	1	0	0	0	1	0	0	5	1	P-K	1
10184	37	1	0	0	0	0	0	3	0	1	4	3	U	0
10193	40	0	0	0	1	0	1	2	0	2	6	1	O	0
10197	37	1	0	0	0	0	0	1	0	0	5	1	KU	0
10208	28	1	1	1	1	0	0	1	0	0	7	3	P-K	0
10210	44	1	0	0	0	0	0	1	0	0	2	1	K-S	0
10241	34	0	1	0	1	0	1	1	1	2	8	2	U	1
10281	33	1	1	0	1	0	0	1	0	0	5	2	K-S	0
10284	37	1	1	0	0	1	0	1	0	0	5	1	KY	0
10327	55	1	0	0	0	0	0	1	0	0	8	1	H	0
10338	32	1	1	0	1	0	1	0	1	1	7	3	O	1
10352	28	0	1	0	1	0	0	1	1	2	4	1	O	0
10390	21	1	0	0	1	0	1	1	0	0	7	3	KY	1

Rika	Rrek	Uhri	Ahoito	Mhoito	Päädiag.	Sivudiag.	Äo	Perustelu	Tutkija
1	0	3/3	0	0	2961C	3016A	115	1	MK
1	1	3	1	0	3018D	3039X,3017A,3004A	107	0	MV
1	0	1	0	0	2961C	3016A	102	1	MK
1	1	3	1	1	3018D	3039X,3004A	100	1	MV
0	1	4/4	0	1	V628A	2900A	83	1	MT
1	1	1	1	0	3018D	3004A,3123	90	1	MV
1	1	3/3	1	0	3018X		82	0	MT
1	1	3	1	0	3018D	3039X,3017A,3010A	90	0	RLL
1	1	4/3	1	0	3017A	3039X,3049X	118	0	KV
0	0	1	0	1		2900A	76	1	KV
1	1	3	0	0	3018C	V628A	83	0	MT
1	1	3	1	0	3018D	3039X,3017A	100	1	MV
1	1	1	0	0	3018D	3039X,3017A,3004A,3041A	85	1	ML
1	1	3	1	0	3018X	3039X,3004A	100	1	HN

Rika	Rrek	Uhri	Ahoito	Mhoito	Päädiag.	Sivudiag.	Äo	Perustelu	Tutkija
0	1	1	1	1	2959C		92	1	MV
0	0	1	0	0	296E	3018E	98	1	MP/KV
0	0	4	0	1	2959B		110	0	EH
0	1	1	0	1	2953D		84	0	MK
0	1	3	0	1	2971A		94	0	EH
1	0	4	1	1	2957A		105	0	EH
0	0	1	0	0	2961A	3018X	115	1	RM
0	0	3	0	0	2953C	V628A	75	0	EJ/PH
0	0	1	0	1	2951C		80	0	AP/PH
1	1	3	0	1	2951C			1	LS
1	0	1	0	0	2953C		111	1	LS
1	1	4	0	0	2951A		121	1	OI
1	0	3	0	0	2961E		117	1	OI
0	0	1	0	1	2959C		103	1	AP/PH
0	0	1	0	1	3018D		112	1	EV
0	0	2	0	0	2961E		92	1	OI
1	1	3	1	1	2953B		87	0	ER
0	0	2	0	0	2971A		105	1	EH
1	1	1	0	1	2989X	2900A, V628A	85	0	KMHP
1	0	2	0	0	2953A		74	1	OI
1	0	4	1	1	2968E	3018X	94	0	OI
1	0	3	1	1	2971A	29448X	112	0	EH
1	0	1	1	1	2961E		95	1	AP/PH
0	0	1	0	0			98	0	EV
1	1	4	0	0	2959A		73	0	EH

Liite jatkoa

No	Ikä	Sukup	L1	L2	L3	L4	L5	Koulut	K.ong	Arm.	Asema	Soss	Lääni	Asuu
10392	42	1	0	0	0	0	0	1	0	0	7	2	V	1
10399	28	1	0	0	0	0	0	1	1	1	8	3	K-S	0
10436	31	1	0	0	0	0	0	1	0	1	4	1	H	0
10440	43	1	0	0	0	0	1	1	0	0	8	4	V	0
10451	37	1	0	0	1	0	1	1	0	0	7	3	P-K	1
10482	29	1	0	0	0	0	0	1	0	0	2	1	H	0
10511	31	0	0	0	1	0	0	1	0	2	8	2	V	0
10517	24	1	0	0	1	0	0	1	0	1	7	3	KY	0
10534	26	1	0	0	0	0	0	1	0	1	8	3	P-K	1
10561	28	1	0	1	1	0	0	1	1	1	5	2	MI	0
10579	22	1	1	1	1	0	1	3	0	0	7	3	U	0
10586	26	1	1	1	1	0	0	1	1	1	5	3	U	0
10590	24	1	0	1	1	0	0	1	1	1	8	3	K-S	1
10597	31	1	0	0	0	0	0	2	0	0	1	3	H	1
10612	47	1	1	0	1	1	0	1	1	0	8	4	O	0
10635	29	1	0	0	0	0	0	1	0	0	8	3	KY	0
10650	28	1	1	0	1	1	0	1	0	1	8	3	O	1
10651	48	1	0	0	1	0	0	1	0	0	8	3	P-K	1
10669	61	1	1	0	0	0	0	1	0	0	8	1	V	1
10670	18	1	1	1	0	1	0	1	0	2	7	3	H	0
10677	34	1	0	0	0	0	0	1	0	0	5	2	O	0
10754	39	1	0	0	0	0	0	1	0	0	7	3	L	0

Rika	Rrek	Uhri	Ahoito	Mhoito	Päädiag.	Sivudiag.	Äo	Perustelu	Tutkija
1	1	3	0	0	2971A		83	0	LS
0	0	1	0	1	2951E		90	0	LS
0	0	2	0	0	2961D	3016A	87	1	MK
0	0	2	0	1	2953D		93	1	LS
1	1	3	1	0	2989X	V628A	85	0	OI
0	1	2	0	1	2957A		107	0	EK
1	1	2	1	1	2953E	V628A	71	1	EK
0	1	4	1	1	2953C	V628A	70	1	JT
1	1	3	1	1	2961E	2951C	83	1	AP/PH
1	1	2	1	0	2953A		99	0	PH
0	0	1	0	0	2953F		117	1	MK
1	1	3	1	1	2989X	3170	54	0	KV
1	1	3	1	1	2951C		90	0	RJ/PH
1	0	1	0	0	2957A		109	1	MK
1	1	3	1	1	2957E		99	0	JT
1	1	3	0	1	2953C		89	0	TK/PH
1	1	3	1	1	2953C	3170	70	1	JT
1	1	1	1	1	2953C		104	1	ME/PH
1	1	3	0	0	2948X	V628A	79	1	MK
0	0	1	0	0	2953D	3016A	85	1	MK
0	0	2	0	1	2953C		78	1	EV
1	1	1	0	1	2956D	V628A	86	0	EK