



Nina Stefanius

Vahingoittunut mieli vankilassa: mielenterveys ja sen hoito vankilaympäristössä

Kandidaatin tutkielma
KASVATUSTIETEIDEN TIEDEKUNTA
Kasvatuspsykologian koulutus
2018

Oulun yliopisto

Kasvatustieteiden tiedekunta

Vahingoittunut mieli vankilassa: mielenterveys ja sen hoito vankilaympäristössä (Nina Stefanius)

Kandidaatin tutkielma, 36 sivua

Toukokuu 2018

Tämä kandidaatin tutkielma on kirjallisuuskatsaus, jonka tarkoituksena oli luoda yleiskatsaus muutamiin yleisimpiin vankien mielenterveyden häiriöihin, sekä vankilassa käytettävissä oleviin hoito- ja kuntoutusmuotoihin. Vankien päihdehäiriöitä on jo entuudestaan tutkittu laajalti, kun taas muiden häiriöiden tutkimus on jäänyt vähemmälle huomiolle, ja tämän takia päihdehäiriöiden lisäksi on jätetty tutkielman ulkopuolelle. Tutkimuksessa oli siis tarkoitus löytää vastaukset kysymyksiin: 1) Minkälaisista mielenterveyden häiriöistä vangit yleisimmin kärsivät päihdehäiriöiden lisäksi? 2) Millaisia keinoja vankilassa on käytettävissä mielenterveyden edistämiseen, häiriöiden hoitoon ja vankien kuntoutukseen?

Mielenterveyden häiriöt ovat suomalaisessa vankilapopulaatiossa erittäin yleisiä, ja ne ovat yksi suurimmista hoidon tarpeen aiheuttajista vankilajärjestelmässä. Valtaosa vankien häiriöistä on erilaisia päihdehäiriöitä, mutta naisvangeilla häiriöiden kirjo on laajempi kuin miehillä. Päihdehäiriöiden jälkeen yleisimpiä häiriötyyppejä ovat persoonallisuushäiriöt, depressiiviset häiriöt ja ahdistuneisuushäiriöt. Yksittäisistä häiriöistä eniten esiintyi esimerkiksi epäsosiaalista persoonallisuutta, vakavaa masennusta ja paniikkihäiriötä. Myös monihäiriöisyys on yleistä, ja erityisesti alkoholismi ja epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö esiintyvät monesti yhtä aikaa.

Koska mielenterveyden häiriöt ovat vankilassa yleisiä, voidaan ajatella, että valtaosa vankiloissa tehdystä mielenterveystyöstä on juuri häiriöiden hoitoa. Vankilalaitoksen suljettu luonne asettaa kuitenkin rajoituksia ja haasteita erilaisten interventioiden toteutukselle. Tarkasti ei tiedetä siitä, mikä oikeasti toimii mielenterveyden häiriöiden hoidossa vankilassa, mutta jotkin hoito- ja kuntoutusmuodot ovat osoittautuneet tehokkaiksi. Esimerkiksi dialektinen käyttäytymisterapia on rajoituksista huolimatta edistänyt epävakaasta persoonallisuudesta kärsivien vankien selviytymistä. Erilaisten mielenterveyden häiriöiden hoitoon tähtäävien interventioiden lisäksi vankiloilla on käytössään erilaisia psykososiaalisia kuntoutusmuotoja, joista iso osa on haitallisiin ajatus- ja käyttäytymismalleihin vaikuttamaan tähtääviä, kognitiivis-behavioraalisia kuntoutusohjelmia, joiden tavoitteena on ehkäistä uusintarikollisuutta.

Avainsanat: mielenterveys, mielenterveyden häiriöt, vankila, vankeus, kuntoutus

Sisällys

1	Johdanto	5
2	Mielenterveyden ja rikollisuuden psykologiaa	7
2.1	Keskeisimmät käsitteet	7
2.1.1	<i>Kriminaalipsykologia</i>	7
2.1.2	<i>Mielenterveys ja mielenterveyden häiriöt</i>	7
2.2	Rikosoikeudellinen oikeuspsykiatria	8
2.2.1	<i>Syyntakeisuus</i>	9
2.2.2	<i>Syyntakeisuuden arviointi</i>	10
2.3	Suomalainen vankila- ja rikosoikeusjärjestelmä	11
3	Vangeilla yleisimmin esiintyvät mielenterveyshäiriöt	13
3.1	Persoonallisuushäiriöt	13
3.1.1	<i>Epäsosiaalinen persoonallisuus</i>	14
3.1.2	<i>Tunne-elämältään epävakaa persoonallisuus</i>	15
3.1.3	<i>Estynyt persoonallisuus</i>	16
3.2	Depressiohäiriöt	17
3.3	Ahdistuneisuushäiriöt	18
3.3.1	<i>Paniikkihäiriö</i>	18
3.3.2	<i>Pelko-oireiset häiriöt</i>	20
4	Mielenterveyden hoito ja vankien kuntoutus	22
4.1	Mielenterveyden häiriöiden hoito vankilassa	22
4.1.1	<i>Dialektinen käyttäytymisterapia</i>	23
4.1.2	<i>Terapeuttinen lähestymistapa asiakkaan rikoksen käsittelyyn</i>	24
4.1.3	<i>Itsemurhien ehkäisy</i>	25
4.2	Vankien psykososiaalinen kuntoutus	26
4.2.1	<i>WOP – It works if you work it out</i>	27
4.2.2	<i>Omaehtoisen muutoksen ohjelma (OMA)</i>	28
5	Johtopäätös	30
	Lähdeluettelo	33

1 Johdanto

”The healthy man does not torture others – generally it is the tortured who turn into torturers”

- C.G. Jung

Vankien mielenterveyden häiriöt ovat hälyttävän yleisiä. Useamman häiriön esiintyvyys on moninkertaista valtaväestöön verrattuna, ja ne ovat yksi suurimmista hoidon tarpeen aiheuttajista suomalaisessa vankilajärjestelmässä (Joukamaa ym., 2010). Valtaosa vankien häiriöistä on erilaisia päihdehäiriöitä, mutta naisvangeilla häiriöiden kirjo on laajempi (Viitanen ym., 2012). Joukamaan ja kollegoiden (2010) mukaan monihäiriöisyys on vankien keskuudessa yleistä, sillä monet vangit kärsivät päihderippuvuuden lisäksi persoonallisuushäiriöistä. Psykiatristen palveluiden käyttö ennen vankilatuomiota on myös tavallista (Joukamaa ym., 2010).

Tämä kandidaatin tutkielma on kirjallisuuskatsaus, jossa luodaan katsaus muutamaan yleisimpään mielenterveyden häiriöön, joita vangeilla on havaittu, niiden yleispiirteisiin sekä yleisimpiin hoitomuotoihin. Häiriöt valikoituivat tutkielmaan Joukamaan ja kollegoiden (2010) tekemän vankien terveystutkimuksessa esille tulleen esiintyvyyden perusteella. Psykiatriset päihdediagnoosit on jätetty tutkielman ulkopuolelle, vaikka ne muodostavatkin suurimman osan vankien saamista diagnooseista. Syynä tähän on se, että vankien päihdeongelmia on jo ennestään tutkittu laajalti, kun taas muiden häiriöiden tutkimus on jäänyt ehkä vähemmälle huomiolle. Myös skitsofreniaryhmän häiriöt on jätetty tutkielman ulkopuolelle, sillä ne ovat vangeilla suhteellisen harvinaisia, ja vain murto-osa vankien terveystutkimuksessa diagnosoiduista häiriöistä kuului tähän ryhmään (Joukamaa ym., 2010). Lisäksi tarkoitus on selvittää, miten ja millä keinoin vankien mielenterveyttä voidaan hoitaa ja millaisia kuntoutusmuotoja vankilassa on käytettävissä.

Tutkielmassa on siis tarkoitus löytää vastaukset seuraaviin kysymyksiin:

1. Minkälaisista mielenterveyden häiriöistä vangit yleisimmin kärsivät päihdehäiriöiden lisäksi?
2. Millaisia keinoja vankilassa on käytettävissä mielenterveyden edistämiseen, häiriöiden hoitoon ja vankien kuntoutukseen?

Aiheen valintaan vaikutti huomattavasti oma kiinnostus kriminaalipsykologian tutkimusalaa kohtaan sekä se, että viime vuosina varsinkin huomiota herättävien rikostapausten kohdalla mediassa hyvin usein käsitellään mielentilatutkimuksia ja niiden tuloksia. Esimerkiksi viimekesäinen jalankulkijoiden yliajo Helsingissä herätti keskustelua sekä perinteisessä että sosiaalisessa mediassa. Teosta tuomittiin moniongelmainen ja pitkässä sairaalakierteessä ollut keskiikäinen mies, jota oli jo aiemmin syytetty vakavasta rikoksesta. Tällaiset tapaukset pitävät keskustelun vankien ja rikollisten mielenterveyden häiriöistä ja niiden hoidosta ajankohtaisena.

2 Mielen terveyden ja rikollisuuden psykologiaa

2.1 Keskeisimmät käsitteet

2.1.1 Kriminaalipsykologia

Kriminaalipsykologiassa tutkitaan rikollista käyttäytymistä ja rikoksentekijöitä hyödyntämällä psykologian eri sovellusalueita, ja sitä voidaanakin pitää psykologian eri aloja integroivana tapana tarkastella rikollisuutta (Haapasalo, 2017). Kriminaalipsykologit voivat auttaa viranomaisia rikostutkinnassa ja antaa asiantuntijalausuntoja rikosoikeusprosessin aikana, mutta he työskentelevät myös rikoksista syytettyjen ja tuomittujen kanssa ja tarjoavat erilaisia kuntoutus- tuki- ja hoitomuotoja (Canter, 2010).

David Canterin (2010) mukaan kriminaalipsykologia asettuu kriminologian, oikeuspsykiatrian sekä oikeustieteen välimaastoon, sillä siihen sisältyy lain soveltamisen lisäksi rikollisuuden ja rikollisten parissa työskentelyä, jonka teoreettinen tausta ja metodiikka johdetaan tieteellisestä ja kliinisestä inhimillisen käyttäytymisen tutkimuksesta (Canter, 2010). Kriminologiasta kriminaalipsykologia eroaa siten, että kriminaalipsykologia lähestyy rikollisuutta psykologisena ilmiönä, kun taas kriminologialla viitataan monitieteelliseen rikollisuuden tutkimiseen (Haapasalo, 2017). Canterin (2010) mukaan kriminologia voidaan myös ajatella erityisesti rikollisuuden tutkimuksena, sillä se painottaa rikollisuuden sosiaalisia taustatekijöitä, malleja, kehitystä ja tapoja, joilla rikollisuutta voidaan, kun taas kriminaalipsykologia on enemmän kiinnostunut esimerkiksi siitä, miksi joku on muita taipuvaisempi tekemään rikoksia (Canter, 2010).

2.1.2 Mielen terveys ja mielen terveyden häiriöt

Maailman terveysjärjestö WHO:n määritelmän (2018) mukaan *mielen terveys* on hyvinvoinnin tila, jossa yksilö kykenee ymmärtämään oman potentiaalinsa ja kykynsä, pystyy selviytymään

normaalin arkielämän stressistä, kykenee työskentelemään ja osallistumaan yhteiskunnan toimintaan. Mielen terveys on olennainen osa yksilön hyvinvointia ja keskeinen elementti siinä, miten ihminen ajattelee, tuntee ja on vuorovaikutuksessa toisten kanssa (WHO, 2018). Mielen terveys on kuitenkin monimuotoinen käsite, ja sen tarkka määrittelyminen on vaikeaa. Mielen terveyteen vaikuttavia tekijöitä ovat esimerkiksi perimä, varhainen vuorovaikutus, elämän aikana kertyneet kokemukset, sosiaalinen verkosto ja ihmissuhteet, sekä elämäntilanteen kuormittavuus (Toivio & Nordling, 2011). Mielen terveys on kykyä rakentavasti reagoida kohdatuihin ongelmiin ja säilyttää toimintakyky mahdollisista ongelmista huolimatta (Huttunen, 2017).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2015) määrittelee *mielen terveyden häiriöt* oireyhtymiksi, joihin liittyy merkitseviä psyykkisiä oireita ja joihin liittyy kärsimystä tai haittaa. Häiriöt luokitellaan niiden oireiden ja vaikeusasteiden mukaan, ja vakavimmat häiriöt aiheuttavat merkittävää henkilökohtaista kärsimystä ja elämänlaadun heikkenemistä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [THL], 2015). Matti Huttusen (2017) mukaan raja mielen terveyden ja sairauden välillä on liukuva, mutta psykiatrisille häiriöille tunne-elämän, ajatustoiminnan ja käytöksen häiriöt ovat ominaisia. Ongelmat mielen terveydessä voivat ilmetä lukemattomilla tavoilla, mutta erityyppiset mielen terveyden häiriöt pyritään kuitenkin aina tunnistamaan mahdollisimman tarkasti (Huttunen, 2017). Mielen terveyden häiriöiden diagnosointia varten on olemassa kaksi eri psykiatrista tautiluokitusjärjestelmää: Maailman terveysjärjestön kehittämä ICD-järjestelmä ja Yhdysvaltojen psykiatriyhdistyksen DSM-tautiluokitusjärjestelmä (THL, 2015).

2.2 Rikosoikeudellinen oikeuspsykiatria

Oikeuspsykiatria hyödyntää sekä lääketieteellistä että psykologista tietoa rikoksesta epäiltyjen ja syytettyjen syyntakeisuutta arvioidessa ja tarjoaa asiantuntemusta tahdosta riippumatonta hoitoa ja vaikeahoitoisten psykiatristen potilaiden hoitoa koskevissa kysymyksissä (Tiihonen, 2017). Oikeuspsykiatrian ja -psykologian avulla useisiin rikoksesta epäillyn mielentilaa koskeviin kysymyksiin yritetään etsiä vastauksia (van Marle, 2009). Rikosoikeusprosessin aikana kiinnostuksen kohteena on erityisesti epäillyn mielentila rikoksen tekohetkellä, ja sen mahdollinen vaikutus rikokseen.

2.2.1 Syyntakeisuus

Lähtökohtaisesti tekijä on aina syyntakeinen, ellei toisin voida todistaa. Henkilö voidaan tuomita rikoksesta, jos hän on vähintään 15-vuotias ja katsotaan syyntakeiseksi (Rikoslaki 1889/39 3:4). Aikaisemmin käytössä oli kolmiluokkainen mielentila-arvio: täydessä ymmärryksessä, täyttä ymmärrystä vailla ja ymmärrystä vailla, kunnes vuoden 2004 rikoslain uudistuksen yhteydessä myös mielentilaluokitusta uudistettiin siten, että käytetyt kategoriat ovat syyntakeinen, alentuneesti syyntakeinen ja syyntakeeton (Haapasalo, 2017). Alentunut syyntakeisuus voi lieventää tuomittavaa rangaistusta, kun taas syyntakeettomuus yleensä johtaa tuomitsematta jättämiseen (Korhonen, 2014).

Suomen rikoslain mukaan tekijä on syyntakeeton, jos hän ei tekohetkellä kykene mielisairauden, syvän vajaamielisyyden tai vakavan mielenterveyden tai muun tajunnan häiriön vuoksi ymmärtämään tekonsa tosiasiallista luonnetta tai oikeudenvastaisuutta taikka hänen kykynsä hallita omaa käyttäytymistään on näistä syistä ratkaisevasti heikentynyt (Rikoslaki 1889/39 3:4). Tällaisia henkilöitä voivat olla esimerkiksi kroonisesti mielisaira, dementoituneet tai vaikeasti tai keskivaikeasti kehitysvammaiset henkilöt (Haapasalo, 2017). *Mielisairaudella* tarkoitetaan yleensä psykoottisluontoisia tiloja, kun taas *syvää vajaamielisyyttä* on keskivaikea, vaikea ja syvä älyllinen kehitysvammaisuus. *Vakava mielenterveyden häiriö* puolestaan tarkoittaa vaikeaa raja- tai sekavuustilaa, ja *tajunnan häiriöllä* viitataan myrkytystilaan (Korhonen, 2014). Kuitenkaan päihtymystilaa tai muuta tilapäistä tajunnan häiriötä, jonka tekijä on itse aiheuttanut, ei oteta syyntakeisuusarvioinnissa huomioon, ellei se ole perusteltua (Rikoslaki 1889/39 3:4).

Tekijä on alentuneesti syyntakeinen, jollei hän ole rikoslain 3 luvun 4 pykälän 2 momentin mukaisesti syyntakeeton, mutta hänen kykynsä ymmärtää tekonsa tosiasiallinen luonne tai säädellä käyttäytymistään on mielisairauden, vajaamielisyyden tai mielenterveyden tai tajunnan häiriön vuoksi merkittävästi alentunut (Rikoslaki 1889/39 3:4). Tähän kategoriaan lukeutuvat esimerkiksi lievä älyllinen kehitysvammaisuus ja persoonallisuushäiriöt (Haapasalo, 2017). Alentunut syyntakeisuus ei vaikuta käytettävissä olevaan enimmäisrangaistukseen, mutta se voidaan tapauskohtaisesti ottaa huomioon rangaistusta lieventävänä tekijänä (Tiihonen, 2017). Päihtymystila rikoksen tekohetkellä ei oikeuta myöskään tähän syyntakeisuusarvioon (Haapasalo, 2017).

2.2.2 Syyntakeisuuden arviointi

Mielentilatutkimus on psykiatrinen tutkimus, jonka tarkoituksena on selvittää tutkittavan syyntakeisuus syytteenalaisen teon tapahtuma-aikaan, ja sen avulla voidaan myös selvittää tutkittavan mahdollisen tahdosta riippumattoman hoidon tarve tutkimuksen päättymisajankohtana (THL, 2011). Oikeudenkäymiskaaren 17 luvun 37 pykälän perusteella tuomioistuin voi määrätä rikoksesta syytetyn mielentilan tutkittavaksi, jos se on oikeudenkäynnistä rikosasioissa annetun lain 11 luvun 5 a pykälän mukaisessa välituomiossaan todennut vastaajan menettelleen syytteessä kuvatulla, rangaistavaksi säädetyllä tavalla, vastaajan mielentilan tutkiminen on perusteltua, ja vastaaja suostuu tutkimukseen, on vangittuna tai häntä syytetään rikoksesta, jonka seurauksena on vähintään vuosi vankeutta. Mielentilatutkimus kestää tavallisesti 3–8 viikkoa (Tiihonen, 2017), ja siitä laaditun lausunnon on oltava Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksella viimeistään kahden kuukauden kuluessa tutkimuksen aloittamisesta (THL, 2011).

Mielentilatutkimus on erittäin perusteellinen tutkimus, joka suoritetaan tavallisesti sairaalassa, jossa tutkittavan terveydentilaa voidaan keskeytyksettä seurata (Tiihonen, 2017). Mielentilatutkimuksia tehdään Suomessa pääasiassa Niuvanniemen ja Vanhan Vaasan sairaaloissa, mutta niitä tehdään myös joissakin yliopisto- ja psykiatrisissa sairaaloissa (Haapaoja, 2017). Tutkimus on suoritettava yleisten eettisten periaatteiden mukaisesti tutkittavan loukkaamattomuutta ja yksityisyyttä kunnioittaen, ja tutkittavalle on mielentilatutkimusta aloittaessa selvitettävä sen tarkoitus ja luonne, sekä tutkittavan oikeudellinen asema (THL, 2011). Mielentilatutkimuksesta annettava lausunto ei juridisesti sido tuomioistuinta, vaan se voi myös poiketa lausunnossa tehdyistä johtopäätöksistä (Tiihonen, 2017).

Haapasalon (2017) mukaan syyntakeisuutta arvioidessa keskeisintä on selvittää sekä henkilön mielentila rikoksen tekohetkellä, että mielentilan ja syytteenalaisen teon mahdollinen syy-yhteys. Mielentilatutkimuksen avulla on tarkoitus arvioida, missä määrin tutkittavan psyykinen tila tai kehitysvammaisuus on vaikuttanut hänen kykyynsä ymmärtää tekonsa rangaistavuus ja hallita omaa käyttäytymistään. Psykkisen häiriön mahdollinen olemassaolo rikoksen tekohetkellä pitää myös arvioida (Haapasalo, 2017).

Mielentilatutkimuksen aikana tutkittavasta kerätään laajat anamneesiset tiedot esimerkiksi omaisilta, kouluilta, potilasasiakirjoista, sosiaaliviranomaisilta, puolustusvoimilta, työnantajilta, ja rikosrekisteristä (Tiihonen, 2017). Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (2011) mukaan

siitä annetun lain 5 pykälän 5 ja 6 momentin perusteella sillä on oikeus saada viranomaisilta käytettäväkseen maksutta ja salassapitovelvollisuutta koskevien säännösten estämättä kaikki tarpeelliset tiedot mielentilatutkimusten suorittamiseksi, sekä oikeus antaa vastaava lupa myös tutkimusta suorittavalle taholle. Tutkimuksessa käytettävät taustatiedot täytyy kuitenkin ensisijaisesti hankkia tutkittavan suostumuksella, vaikka hänellä ei olekaan velvollisuutta ilmoittaa lähteitä, joista niitä voisi kerätä. Ilman tutkittavan suostumusta tietoja ei voida pyytää esimerkiksi yksityisiltä henkilöiltä (THL, 2011).

Jari Tiihosen (2017) mukaan anamneesisten tietojen hankkimisen lisäksi mielentilaa tutkiva lääkäri haastattelee tutkittavaa useita kertoja. Johtopäätöksensä tutkittavan psyykkisestä tilasta lääkäri tekee omien sekä hoitavan henkilökunnan havaintojen perusteella. Tämän lisäksi persoonallisuutta ja älyllistä toimintakykyä mittaavat sekä neuropsykologiset testit ovat tärkeä osa mielentilatutkimusta. Psyykkisen terveydentilan selvittämisen lisäksi myös somaattisen terveydentilan selvittely on tärkeää, sillä suurella osalla tutkittavista on anamneesissaan pitkäaikaista, vaikea-asteista päihteiden käyttöä sekä pään vammoja, jolloin tutkittavan neurologisen statuksen tutkimisesta tulee tärkeää (Tiihonen, 2017).

2.3 Suomalainen vankila- ja rikosoikeusjärjestelmä

Rikosoikeusprosessiin kuuluvat tiivistettynä poliisin suorittama esitutkinta, syyteharkinta, rikosasian käsittely tuomioistuimessa sekä syylliseksi todettaessa erilaiset rikosseuraamukset (Vankien omaiset ry [VAO], 2016). Yleisiä rangaistuslajeja ovat rikesakko, sakko, ehdollinen vankeus, yhdyskuntapalvelu, valvontarangaistus ja ehdoton vankeus, ja lisäksi erityisiä rangaistuslajeja ovat esimerkiksi alle 18-vuotiaana tehdystä rikoksesta nuorisorangaistus ja vakavan rikoksen uusineelle tuomittava yhdistelmä-rangaistus (Rikoslaki 1889/39 6:1). Vankeusrangaistus voidaan tuomita joko määräaikaisena tai elinkautisena kuitenkin siten, että vankeustuomio voi olla vähintään 14 vuorokautta ja enintään 12 vuotta (yhdistelmä-rangaistuksia määrätessä enintään 15 vuotta), eikä rangaistusten yhteenlaskettu aika saa rangaistuksia täytäntöön pantavissa olla yli 20 vuotta (Rikosseuraamuslaitos, 2015). Rangaistus rikoksesta on mitattava niin, että se on oikeudenmukaisessa suhteessa rikoksen vahingollisuuteen ja vaarallisuuteen, teon vaikuttamiin sekä rikoksesta ilmenevään muuhun tekijän syyllisyyteen (Rikoslaki 1889/39 6:4).

Elinkautinen vankeusrangaistus voidaan tuomita vain harvoista rikoksista, ja siitä voi vapautua aikaisintaan silloin, kun vankeutta on kestänyt 12 vuotta (Rikosseuraamuslaitos, 2015).

Vankeuden sisältönä on vapauden menetys tai sen rajoittaminen, ja sen täytäntöönpanon tavoitteena on lisätä vangin valmiuksia rikoksettomaan elämäntapaan edistämällä vangin elämänhallintaa ja yhteiskuntaan sijoittumista sekä ehkäistä uusien rikosten tekemistä (Vankeuslaki 2005/767 1:2-3). Vankeuden aikainen toiminta pyritään suunnittelemaan siten, että se parhaiten palvelee vankeuslain asettamia tavoitteita (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2006). Vangit ovat velvoitettuja osallistumaan erityyppisiin toimintoihin, esimerkiksi koulutukseen tai työntekoon, joiden on tarkoitus parantaa heidän työ- ja toimintakykyään sekä tukea päihteetöntä elämää (Rikosseuraamuslaitos, 2013b). Vankeuslain mukaan vankilan olot on järjestettävä vastaamaan yhteiskunnassa vallitsevia elinoloja niin hyvin kuin mahdollista, ja heidän mahdollisuuksiaan ylläpitää omaa terveyttään ja toimintakykyään täytyy tukea ja vapaudenmenetyksestä aiheutuvia haittoja pyrittävä ehkäisemään parhaimman mukaan (Vankeuslaki 2005/767 1:3).

Suomessa vankeuden täytäntöönpanosta vastaa Rikosseuraamuslaitos, joka jakautuu rikosseuraamusalueisiin, joilla on arviointikeskus ja vankiloita (Vankeuslaki 2005/767 1:4). Tällä hetkellä Rikosseuraamuslaitoksella on käytössä 26 vankilaa, joista suljettuja laitoksia on 15 ja avovankiloita 11 (Rikosseuraamuslaitos, 2013b). Viime aikoina rikosseuraamuksissa suunta on kuitenkin ollut kohti joko avolaitoksessa suoritettavia rangaistuksia tai erilaisia siviilissä suoritettavia yhdyskuntaseuraamuksia, esimerkiksi valvontarangaistuksia, sillä ne ovat yleensä suljettua vankilaa kustannustehokkaampia rangaistusmuotoja (VAO ry, 2016).

3 Vangeilla yleisimmin esiintyvät mielenterveyshäiriöt

Rikosseuraamuslaitoksen teettämässä, vuonna 2010 julkaistussa, kattavassa vankien terveyttä kartoittavassa tutkimuksessa melkein jokaiselle vangeista diagnosoitiin jokin mielenterveyden häiriö: noin 94 prosenttia kaikista tutkituista sai jonkin psykiatrisen diagnoosin. Yleisimpiä häiriöitä vangeilla olivat päihdehäiriöiden jälkeen persoonallisuushäiriöt, mielialahäiriöt sekä ahdistuneisuushäiriöt, kun taas skitsofreniaryhmän häiriöt olivat hyvin harvinaisia. Epäsosiaalinen persoonallisuus, tunne-elämältään epävakaa persoonallisuus ja estynyt persoonallisuus olivat hallitsevimpia persoonallisuushäiriöitä. Mielialahäiriöistä tavallisimpia olivat erilaiset mäsennustilat ja ahdistuneisuushäiriöistä yleisimpiä olivat paniikkihäiriö ja erilaiset pelko-oireiset häiriöt (Joukamaa ym., 2010). Monella vangilla on lisäksi neurologisia häiriöitä, joista tavallisin on tarkkaavaisuus- ja ylivilkkaushäiriö (Eskelinen, 2009).

3.1 Persoonallisuushäiriöt

Persoonallisuushäiriöt alkavat lapsuudessa tai nuoruudessa ja jatkuvat aikuisiällä. Ne ovat syvälle juurtuneita, joustamattomia ja yleensä vakiintuneita käyttäytymismalleja, jotka ovat monesti haitallisia (Marttunen, Eronen & Henriksson, 2017). Häiriöt vaikuttavat yleensä useisiin persoonallisuuden alueisiin ja niihin melkein aina liittyy huomattavaa sosiaalista haittaa tai ahdistusta (THL, 2012). Persoonallisuushäiriöissä ei todeta mitään muuhun mielenterveyden häiriöön tai aivosairauteen viittaavaa, vaan niiden kriteereinä toimivat ainoastaan yksilön psykologiset toiminnot, tunne-elämän voimakkuus ja asianmukaisuus, impulssikontrolli ja tarpeiden tyydyttäminen, sekä ihmissuhteiden luonne ja toimintatapa (Toivio & Nordling, 2011). Persoonallisuushäiriöt luokitellaan niissä esiintyvien hallitsevien käyttäytymismallien perusteella, mutta eri häiriöt eivät kuitenkaan ole toisiaan poissulkevia, vaan niissä esiintyy myös päällekkäisyyksiä (Marttunen ym., 2017).

ICD-10 tautiluokituksessa persoonallisuushäiriöt jaotellaan määritettyihin persoonallisuushäiriöihin, sekamuotoisiin ja muihin persoonallisuushäiriöihin sekä pitkäaikaisiin persoonallisuus-

den muutoksiin, jotka eivät johdu aivovauriosta tai aivosairaudesta (THL, 2012). DSM-5 luokituksessa persoonallisuushäiriöt luokitellaan kolmeen eri pääryhmään A) epäluuloinen, eristäytyvä ja psykoosiin liittyvä persoonallisuushäiriö, B) epäsosiaalinen, epävakaa, huomiohakuinen ja narsistinen persoonallisuushäiriö, ja C) riippuvainen, estynyt, pakko-oireinen ja tarkemmin määrittelemätön persoonallisuushäiriö, joista A-ryhmää luonnehtii outous ja erikoisuus, B-ryhmää epävakaus, tunnepitoisuus ja dramaattisuus, ja C-ryhmää ahdistuneisuus ja pelokkuus (Marttunen ym., 2017).

Joukamaan ja hänen työryhmänsä (2010) mukaan persoonallisuushäiriöt ovat suomalaisessa vankilapopulaatiossa hyvin yleisiä, vaikka suuri osa eri persoonallisuushäiriölajeista ovatkin harvinaisia. Epäsosiaalinen persoonallisuus on tavallinen kaikissa vankiryhmissä, kun taas epävakaa ja estynyt persoonallisuus on naisvangeilla yleisempää (Joukamaa ym., 2010).

3.1.1 Epäsosiaalinen persoonallisuus

Marttusen, Erosen ja Henrikssonin (2017) mukaan epäsosiaaliselle persoonallisuushäiriölle ominaista on lapsuudessa tai nuoruudessa alkava piittaamattomuus sosiaalisista velvollisuuksista, välinpitämättömyys toisten tunteita kohtaan. Sosiaalisten normien ja yksilön käytöksen välillä on myös karkea ja jatkuva ristiriita (Marttunen ym., 2017). Häiriöstä kärsivän turhautumisen sieto- ja käsittelykyky on alhainen ja alkeellisesti kehittynyt, kynnys aggressiiviseen ja väkivaltaiseen käyttäytymiseen on matala, ja myös kyky katua, tuntea häpeää tai syyllisyyttä ja ottaa vastuuta omasta käytöksestään on puutteellista (Toivo & Nordling, 2011). Käytöksen rajoittamisella on vain harvoin vaikutusta siihen, ja henkilöllä on taipumus moittia muita tai puolustella omaa käytöstään kaunistelemalla niitä tai muuten järkeistämällä omaa käytöstään (THL, 2012).

Epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö on vangeilla erittäin yleinen, se on rikoksiin syyllistyneillä ja päihderiippuvuudesta kärsivillä jopa kymmenen kertaa yleisempi kuin normaaliväestössä (Marttunen ym., 2017). Vankien terveystutkimuksessa epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö oli hyvin tavallinen kaikissa vankiotoksissa: häiriön esiintyvyys vaihteli 57 prosentista

65 prosenttiin, toisin sanoen useammalla kuin joka toisella tutkimukseen osallistuneella vangilla häiriö diagnosoitiin, ja erityisen yleinen se oli keski-ikäisten vankien keskuudessa (Joukamaa ym., 2010).

Marttusen ja kollegoiden (2017) mukaan psykoterapia ei sovellu epäsosiaalisesta persoonallisuushäiriöstä kärsiville, vaan se saattaa jopa ruokkia epäsosiaalisia piirteitä. Sen sijaan hoitomuodoilla, jotka käytännönläheisesti pyrkivät kehittämään sopeutumista yhteiskuntaan ja sen normeihin on sen sijaan saatu tuloksia. Esimerkiksi NICE-hoitosuositus¹ suosittelee rikollisen ja muun antisosiaalisen käyttäytymisen vähentämiseen keskittyviä, ryhmämuotoisia kognitiivisia ja käyttäytymisterapeuttisia interventioita. Epäsosiaalisen persoonallisuushäiriön psykososiaalisista hoitomuodoista ei kuitenkaan juuri ole tutkimusnäyttöä (Marttunen ym., 2017).

3.1.2 Tunne-elämältään epävakaata persoonallisuutta

Tunne-elämältään epävakaata persoonallisuushäiriö oli vankien terveystutkimuksessa yleinen erityisesti naisvangeilla: se diagnosoitiin neljäsosalla tutkimukseen osallistuneista naisvangeista (Joukamaa ym., 2010). Häiriölle tunnusomaisia piirteitä ovat impulsiivisuus ja mielialan heittäminen (Marttunen ym., 2017). Alttius tunteenpurkauksille, kyvyttömyys hallita omaa käytöstään ja riitaisuuteen taipuvaisuus ovat myös keskeisiä oireita (THL, 2012). Myös taipumus toisiin ihmisiin vetoavaan ja jännitystä ulospäin purkavaan käytökseen, ja myös häiriöt minäkuvassa, päämäärien asettamisessa, taipumus itsetuhoiseen käytökseen sekä nopeasti etenevät, epävakaat ihmissuhteet ovat tyypillisiä (Marttunen ym., 2017).

ICD-10 tautiluokitus jakaa häiriön impulsiiviseen ja rajatilatyypin: impulsiiviselle häiriötyypille luonteenomaisia ovat erityisesti tunne-elämän epävakaat ja yllykkeitten hallinnan puute ja väkivaltaiset purkaukset ja uhkaava käytös ovat tavallisia, kun taas rajatilatyypille ominaista ovat häiriöt minäkuvassa, päämäärien asettamisessa ja sisäisissä pyrkimyksissä sekä jatkuva tyhjyyden tunne (THL, 2012). Rajatilahäiriöstä kärsivillä keskeisimpiä persoonallisuuden psyko-

¹ <https://www.nice.org.uk/guidance/cg77/chapter/1-Guidance#treatment-and-management-of-antisocial-personality-disorder-and-related-and-comorbid-disorders>

dynaamisia ongelmia ovat kyvyttömyys sietää tai käsitellä ahdistusta, hylätyksi tulemisen tunteen välttely, mustavalkoinen ajattelutapa sekä tietoisien identiteetin epävakaus ja hauraus (Toivio & Nordling, 2011).

Marttunen ja kollegoiden (2017) mukaan psykoterapeuttiset hoitomenetelmät ovat epävakaaan persoonallisuuden hoidossa keskeisessä asemassa ja ensisijainen hoitomuoto. Epävakaasta persoonallisuudesta kärsiville on myös kehitetty kognitiivis-behavioraalisen psykoterapian muotoja, joihin sisältyy muun muassa vuorovaikutustaitojen harjoittelua. Lisäksi dialektisella käyttäytymismetodilla on onnistuttu vähentämään päihteiden käyttöä, itsemurhayritysten määrää ja itsetuhoista käytöstä sekä psykiatrisen sairaalahoidon tarvetta. Osa potilaista on myös hyötynyt lääkehoidosta. Epävakaasta persoonallisuudesta kärsivien hoito on kuitenkin vaativaa sekä potilaalle itselleen, että häntä hoitaville henkilöille. Tämä johtuu siitä, että potilaat ovat usein taantuvia, ajelehtivia ja impulsiivisia. Jos hoitohenkilökunnalla ei ole riittävää koulutusta tai työnohjausta, voidaan hoitosuhteissa helposti ajautua vaikeisiin vuorovaikutusongelmiin (Marttunen ym., 2017).

3.1.3 Estynyt persoonallisuus

Estynyt persoonallisuus muistuttaa oireiltaan paljon sosiaalisten tilanteiden pelkoa, ja ne esiintyvätkin usein rinnakkain (Marttunen ym., 2017). Estynyt persoonallisuushäiriö on naisvangeilla yleisempää kuin miesvangeilla – noin 12 prosenttia naisvangeista sai vankien terveystutkimuksen aikana diagnoosin, kun miehillä vastaava luku oli noin kuusi prosenttia (Joukamaa ym., 2010). Häiriölle ovat ominaisia jännityksen, pelon, alemmuuden ja epävarmuuden tunteet, joiden lisäksi lähipiiri on suppea, tarve hyväksynnälle ja kiintymykselle vahva, ja sietokyky arvostelulle ja hylkäämiselle on erittäin matala (THL, 2012). Estyneestä persoonallisuushäiriöstä kärsivä pyrkii yleensä välttämään jotain tiettyjä toimintoja, sillä hän pelkää jokapäiväiseen elämään liittyviä tilanteita, jotka mahdollisesti aiheuttavat häpeän tunnetta (Marttunen ym., 2017).

Marttunen ja kollegoiden (2017) mukaan estyneestä persoonallisuudesta kärsivät hyötävät erityisesti psykodynaamisesta psykoterapiasta, kognitiivisesta käyttäytymismetodista ja skeematerapiasta. Näiden lisäksi myös perhe- tai ryhmäterapiat voivat olla hyödyllisiä hoitomuotoja.

Erilaisten terapiamuotojen lisäksi mielialalääkkeillä voidaan lieventää ahdistusta ja sosiaalisten tilanteiden pelkoa (Marttunen ym., 2017).

3.2 Depressiohäiriöt

Suomalaisista vangeista jokin elämän aikainen mielialahäiriö on lähes joka kolmannella, mutta kuitenkin suuri osa vangeille diagnosoiduista mielialahäiriöistä on erilaisia masennustiloja, pääasiassa vakavaa masennusta (Joukamaa ym., 2010). Masennushäiriöiden riskitekijöitä ovat perimä, altistavat persoonallisuuden piirteet, lapsuusiän traumaattiset kokemukset sekä kuormittavat elämänmuutokset, ja niiden ydinoireisiin kuuluvat masentunut mieliala, mielihyvän menetys ja väsymysoireet (Isometsä, 2017b). Muita tavallisia oireita ovat keskittymis- ja huomiokyvyn lasku, itsetunnon ja -luottamuksen heikentyminen, syyllisyyden ja arvottomuuden tunteet, synkät ja pessimistiset ajatukset tulevaisuuden suhteen, itsetuhoiset ajatukset ja teot, itsemurha-alttius, unihäiriöt sekä muutokset ruokahalussa (THL, 2012). Mielialaluokittelussa tärkeimmät kriteerit ovat oireiden laatu, vaikeusaste ja kesto, ja masennustilat jaetaan lieviin, keskivaikeisiin, vaikeisiin ja psykoottisiin tiloihin (Toivio & Nordling, 2011).

Masennustilojen yleisiin diagnostisiin kriteereihin sisältyy kolme kohtaa: 1) masennusjakso on kestänyt vähintään kahden viikon ajan, 2) henkilöllä ei ole aiemmin ollut hypomaanista tai maanista jaksoa, ja 3) oireisto ei johdu päihteiden käytöstä tai elimellisestä mielenterveyden häiriöstä (THL, 2012). Lievässä masennuksessa esiintyy vähintään kaksi pääoiretta ja kaksi muuta oiretta, keskivaikeassa vähintään kaksi pääoiretta ja kolme tai neljä muuta oiretta kuitenkin niin, että oireita on vähintään kuusi, ja vaikeassa masennuksessa esiintyy kaikki pääoireet samanaikaisesti ja muita oireita niin monta, että oireita on yhteensä vähintään kahdeksan (Toivio & Nordling, 2011). Psykoottinen masennustila täyttää vaikean masennuksen kriteerit, mutta muiden oireiden lisäksi henkilöllä esiintyy joko harhaluuloja tai aistiharhoja tai depressiivinen sulkutila (THL, 2012). Lievimmissä masennustiloissa yksilön toimintakyky voi olla kohtalaisen hyvä, mutta jo keskivaikeassa masennuksessa toimintakyky on jo merkittävästi heikentynyt, ja vaikeasta ja psykoottisesta masennuksesta kärsivä tarvitsee jo jatkuvaa seurantaa ja hoitoa (Isometsä, 2017b; Toivio & Nordling, 2011).

Masennustilojen hoito jaetaan kolmeen vaiheeseen: akuuttivaiheessa tavoitteena on mahdollisimman nopea ja täydellinen toipuminen, jatkovaihe aloitetaan oireiden loputtua ja kestää noin kuuden kuukauden ajan, ja ylläpitovaiheen tarkoitus on suojata potilasta sairauden uudelleen puhkeamiselta (Isometsä, 2017b). Masennustilojen perushoitoon kuuluu mielialalääkitys, mutta niiden hoidon tulee kuitenkin olla moniulotteista (Toivio & Nordling, 2011). Erityisesti vaikeiden ja psykoottisten masennustilojen hoidossa lääkehoito on välttämätöntä, keskivaikeiden masennustilojen hoidossa sitä suositellaan käyttämään psykoterapian ohella, ja aivan lievissä masennustiloissa psykoterapeuttinen hoito saattaa riittää ilman lääkehoitoakin (Isometsä, 2017b). Masennustilojen hoitoon on kehitetty myös lyhytterapioita, joista kognitiivinen ja interpersoonallinen yksilöterapia ovat nykyään yleisimpiä (Toivio & Nordling, 2011).

3.3 Ahdistuneisuushäiriöt

Ahdistuneisuushäiriöissä ahdistuneisuus on pitkäkestoista ja haittaa jokapäiväistä elämää (Toivio & Nordling, 2011). Ahdistuneisuuden lisäksi ahdistuneisuushäiriöihin liittyy myös muita oireita, joista keskeisimpiä ovat autonomisen hermoston aktivoitumisen oireet ja ahdistusta aiheuttavien tilanteiden ja paikkojen välttäminen (Isometsä, 2017a). Ahdistuneisuushäiriöt ovat tavallisia mielenterveyden häiriöitä, ja joka neljäs suomalainen vanki kärsii jonkinlaisesta ahdistuneisuushäiriöstä. Yksittäisistä häiriöistä yleisin on paniikkihäiriö, mutta myös erilaiset pelko-oireiset häiriöt ovat vankilapopulaatiossa yleisiä (Joukamaa ym., 2010).

3.3.1 Paniikkihäiriö

Paniikkihäiriö on mielenterveyden häiriö, jota leimaa tilanteesta tai paikasta riippumattomat, toistuvat paniikkikohtaukset (THL, 2012). Tavallisimmin häiriö alkaa odottamattomalla kohtauksella yleensä joitakin viikkoja sen jälkeen, kun henkilö on kokenut jonkin merkittävän psykologisen tapahtuman (Toivio & Nordling, 2011). Kun kohtaukset alkavat toistua, saattaa niistä

kärsivän mielen vallata myös uusien kohtausten pelko, jolloin hän voi alkaa välttelemään tilanteita, joissa kohtaaminen on aiemmin lauennut (Isometsä, 2017a). Vaikka paniikkihäiriöön liittyvät voimakkaat ahdistuskohtaukset eivät olekaan mihinkään paikkaan tai tilanteeseen sidottuja, on osoitettu muutamia paikkoja, joissa kohtaukset tyypillisimmin laukeavat: esimerkiksi väentun-
gokset, kaupan kassajonot, siltojen yli kulkeminen ja erilaisten aukeiden paikkojen ylittäminen (Toivio & Nordling, 2011). Paniikkihäiriöön liittyvät kohtaukset kestävät yleensä joitakin minuutteja, ja niiden välillä esiintyvät ahdistusoireet ovat yleensä lieviä (THL, 2012). Häiriöstä kärsivälle mahdollisesti kehittyvä välttämiskäyttäytyminen ei edellytä sitä, että hän olisi kokenut paniikkikohtauksen jossain tietyssä tilanteessa, vaan voi johtua myös siitä, että hän ennakoii kohtauksen uusiutumista eikä siksi uskalla lähestyä tilannetta, jossa se olisi mahdollista (Isometsä, 2017a). Pahimmillaan välttämiskäyttäytyminen voi johtaa siihen, että henkilö ei uskalla enää poistua kotoaan (Toivio & Nordling, 2011).

Timo Toivion ja Esa Nordlingin (2011) mukaan paniikkihäiriöllä on kokonaisvaltainen vaikutus siitä kärsivän elämänlaatuun, jonka takia sitä on yritettävä aina hoitaa sekä itsenäisesti että ammattilaisten avulla. Lääkehoito on yleensä häiriön hoidossa tarpeellinen, mutta myös kognitiivinen psykoterapia on osoittautunut tehokkaaksi (Toivio & Nordling, 2011). Erkki Isometsän (2017) mukaan paniikkihäiriön hoidossa kognitiivisen psykoterapian keskeisiä elementtejä ovat itseen kohdistuneen tarkkailun vähentäminen, altistaminen ja kognitiivinen restrukturointi. Hoito toteutetaan yleensä yksilöterapiana, mutta myös ryhmämuotoiset terapiat ovat mahdollisia ja kustannustehokkaita (Isometsä, 2017a). Ammattiavun lisäksi myös itsehoitokeinoja käytetään paniikkihäiriön hoidossa: esimerkiksi hengitysharjoitukset, säännöllinen liikunta ja rentoutuminen, alkoholinkäytön minimoiminen ja kahvinjuonnin vähentäminen sekä tynnyttelävän sisäisen puheen opettelu ovat ahdistusta lieventäviä (Toivio & Nordling, 2011).

Paniikkihäiriöön sairastuneista 40–50 prosenttia paranee, vaikka osalle saattaakin jäädä lieviä oireita (Toivio & Nordling, 2011). Isometsän (2017a) mukaan häiriö on pitkäaikainen ja helposti kroonistuva. Ennusteen kannalta merkittäviä tekijöitä ovat oireiden vaikeusaste, kohtausten tiheys, välttämiskäyttäytymisen vaikeusaste, samanaikaiset muut mielenterveyden häiriöt tai pähteiden käyttö ja psykososiaalisen sopeutumisen yleinen taso (Isometsä, 2017a).

3.3.2 Pelko-oireiset häiriöt

Pelko-oireisille häiriöille on ominaista tiettyjen, mahdollisesti uhkaavien mutta käytännössä vaarattomien tilanteiden tai muiden ulkoisten tekijöiden aiheuttama ahdistuneisuus (THL, 2012). Jokin elämän aikainen pelko-oireinen häiriö on noin kymmenellä prosentilla suomalaisista vangeista: yksittäisistä häiriöistä yleisimpiä ovat sosiaalisten tilanteiden pelko ja määritetyt yksittäiset pelot (Joukamaa ym., 2010). *Sosiaalisten tilanteiden pelon* ydinoireita ovat intensiivinen pelko joko yhtä tai useampaa sosiaalista tilanteita kohtaan, pelko käyttäytyä niissä tavalla, joka voi aiheuttaa häpeää tai olla muuten nöyryyttävää, tällaisten tilanteiden välttely tai niiden sieto vain voimakkaan ahdistuksen vallassa sekä oireiden aiheuttama huomattava henkilökohtainen kärsimys tai toimintakyvyn aleneminen (Isometsä, 2017a). Häiriön oirekuva vaihtelee rajattuihin tilanteisiin liittyvistä peloista laaja-alaiseen, kaikki sosiaaliset tilanteet käsittäviin pelkoihin (THL, 2012). Sosiaalisten tilanteiden pelkoon liittyy usein myös niin kutsuttu auktoriteettikammo, eli henkilö pelkää arvovaltaisina pitämiensä ihmisten kohtaamista (Toivio & Nordling, 2011).

Sosiaalisten tilanteiden pelkojen hoidossa kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmät ovat osoittautuneet tehokkaiksi: esimerkiksi ehdollistaminen, pelkoa aiheuttavan tilanteen vähittäinen kohtaaminen ja siihen siedäytyminen ja erilaisten tilanteen hallintatekniikoiden opetteleminen ovat menetelmiä, joita hoidossa voidaan käyttää (Toivio & Nordling, 2011). Masennuslääkkeiden käytöstä hoidossa on myös merkittävästi hyötyä ja niitä käytetään erityisesti laaja-alaisen sosiaalisten tilanteiden pelon hoidossa, mutta pitkäaikaiseen pelko-oireisten häiriöiden lääkehoitoon pitäisi kuitenkin suhtautua varauksella (Isometsä, 2017a).

Määritetyille yksittäisille peloille on ominaista suhteeton pelko jotain mahdollisesti uhkaavaa, mutta käytännössä vaaratonta tilannetta tai kohdetta kohtaan (Isometsä, 2017a). Pelon kohteet ovat hyvin tarkasti määriteltyjä, kuten tietyt eläimet, korkeat, ahtaat ja suljetut paikat ja pimeä, eikä niihin liity muita oireita kuin ahdistus tai välttämiskäyttäytyminen (THL, 2012). Pelosta kärsivät eivät mahda reaktiolleen mitään, vaikka usein ymmärtävätkin pelkonsa olevan aiheettomia (Toivio & Nordling, 2011). Objektiin kohdistuvan pelon lisäksi monet määritetystä pelosta kärsivät pelkäävät, samaan tapaan kuin paniikkihäiriön kohdalla, myös ahdistuskohtauksen liittyviä oireita (Isometsä, 2017a). Tämän suuntaiset pelot alkavat yleensä jo lapsuudessa ja ne saattavat ilman hoitoa kestää jopa vuosikymmeniä (THL, 2012). Määritettyjen pelkojen hoidossa johtavassa asemassa ovat käyttäytymisterapeuttiset menetelmät, sillä niiden teho on

kyetty osoittamaan vakuuttavasti – erityisesti altistushoidoista on saatu myönteisiä tutkimustuloksia (Isometsä, 2017a).

4 Mielen terveyden hoito ja vankien kuntoutus

Hoidon tarvetta aiheuttavia mielen terveyden häiriöitä on vangeilla erittäin paljon. Valtaväestöön verrattuna jo pelkkä häiriöiden kokonaisesiintyvyys on vankilaväestöllä erittäin suurta, mutta eroa on myös häiriöiden jakaumassa: yleisimmät häiriöryhmät vangeilla ovat päihderiippuvuudet ja persoonallisuushäiriöt (Joukamaa ym., 2010). Naisvangeilla hoidon tarvetta aiheuttavien häiriöiden kirjo on kuitenkin miesvankeja laajempi, sillä puolet naisvankien saamista mielen terveyden häiriöiden diagnooseista puolet oli muita diagnooseja kuin päihdehäiriöitä, jotka muodostivat valtaosan miesvankien diagnooseista (Viitanen ym., 2012). Myös aikaisempi psykiatristen palveluiden käyttö on vankien keskuudessa yleistä (Joukamaa ym., 2010). Tästä syystä voisi ajatella, että valtaosa vankiloissa tehdystä mielen terveystyöstä keskittyy nimenomaan häiriöiden hoitoon ja kuntoutukseen.

4.1 Mielen terveyden häiriöiden hoito vankilassa

Vankiterveyshuollon yksikkö vastaa vangin lääketieteellisten tarpeiden mukaisen terveyden- ja sairaanhoidon sekä lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisestä (Vankeuslaki 2005/767 10:1). Vangeille on myös mahdollisuuksien mukaan varattava tilaisuus psykologin antamaan tai muuhun vastaavaan neuvontaan, tukeen ja hoitoon (Vankeuslaki 2005/767 10:5). Suomessa vankilassa täytyy olla perusterveydenhuoltoa varten vähintään yksi sairaanhoitaja sekä päätoiminen tai osa-aikainen lääkäri, joka vastaa myös vankien psykiatrisesta hoidosta, joiden lisäksi vankiloissa on muutama psykiatri erikoissairaanhoitoa varten (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2006). Vankilassa tarjottavien palveluiden lisäksi vankien mielen terveyden hoitoa palvelee Psykiatrisen vankisairaala². Se tarjoaa samanlaista hoitoa kuin mikä tahansa psykiatrisen yksikkö, mutta vangit voivat päästä osastohoitoon vain silloin, kun heidän tilansa vaatii akuuttia tai tahdosta riippumatonta hoitoa – muussa tapauksessa he käyvät hoidoissa vankilasta käsin (Rautanen &

² Turussa 40-paikkainen yksikkö ja Vantaalla 14-paikkainen yksikkö
<https://www.vth.fi/psykiatrisen-vankisairaala/>

Lauerma, 2011). Siitä, mikä todella toimii vakavien psykiatristen häiriöiden hoitona vankilaympäristössä, tiedetään kuitenkin valitettavasti suhteellisen vähän (Nee & Farman, 2007).

4.1.1 Dialektinen käyttäytymisterapia

Mielenterveyden häiriöistä erityisesti persoonallisuushäiriöt voivat olla vaikeita hoidettavia. Erityisiä haasteita niiden hoitoon tuo vankilaympäristön rajoittava luonne, sillä monet käytävissä olevista interventioista saattavat olla ristiriidassa vankilan turvallisuuden kanssa – esimerkiksi yksi dialektisen käyttäytymisterapian osa-alue on ympäri vuorokauden auki oleva kriisipuhelin, jota ei vankilassa voi rajoitusten vuoksi käyttää (Cooke, Stephenson & Rose, 2017; Gee & Reed, 2013). Puutteistaan huolimatta Claire Nee ja Sarah Farman (2007) toteavat dialektisen käyttäytymisterapian olevan hyödyllinen tunne-elämältään epävakaan persoonallisuuden hoidossa myös vankilaympäristössä.

Joanna Geen ja Simon Reedin (2013) mukaan dialektisen käyttäytymisterapian ensisijaisen tavoitteen on itsetuhoisen käytöksen vähentäminen toissijaisen tavoitteen ollessa tunteiden säätelyn kohentaminen. Sen avulla pyritään muuttamaan hyödyttömiä ja haitallisia käyttäytymismalleja (Gee & Reed, 2013). Terapia koostuu standardoidusta yhden vuoden mittaisesta ohjelmasta, johon sisältyy sekä viikoittaisia ryhmätapaamisia että henkilökohtaisista terapiatapaamisista, joista ryhmätapaamisissa harjoitellaan tietoisien läsnäolon taitoja vuorovaikutustaitoja, tunnesäätelytaitoja ja keinoja selvitä ahdistuksesta (Nee & Farman, 2007).

Nee ja Farman (2007) raportoivat kolme tapaustutkimusta, joissa dialektisen käyttäytymisterapian vaikuttavuutta naisvankien epävakaaseen persoonallisuuteen tutkittiin. He totesivat vankilaympäristön tuovan lisähaasteita terapian toteuttamiseen, mutta niistä huolimatta osallistujat onnistuivat kehittämään sellaisia taitoja, jotka auttoivat heitä selviämään. Tietoisien läsnäolon, jossa painotetaan muun muassa tunnetilojen huomioimista, stabilisoiva vaikutus voisi olla yksi avaintekijöistä epävakaaseen persoonallisuuteen kuuluvien dissosiaation ja impulsiivisen käyttäytymisen kitkemisessä (Nee & Farman, 2007). Myös Gee ja Reed (2013) havaitsivat dialektisen käyttäytymisterapian positiivisen vaikutuksen muun muassa vankien yleiseen mielenterveyden tasoon.

4.1.2 Terapeuttinen lähestymistapa asiakkaan rikoksen käsittelyyn

Askola, Nikkonen, Putkonen ja Kylmä (2016) esittelivät terapeuttisen lähestymistavan asiakkaan rikoksen käsittelyyn. Menetelmä on pääasiassa suunnattu psykoottisille tai itsemurha-alttiille potilaille ja tarkoitettu psykiatristen sairaanhoitajien käyttöön. Se koostuu useasta vaiheesta, joiden tarkoituksena on yrittää vastavuoroisesti käydä asiakkaan teko läpi. He määrittelevät menetelmän tehokkaana kuntoutumismuotona, joka mahdollistaa turvallisen hoitosuhteen rakentamisen ja rikoksen läpikäymisen. Luottamuksellisen ilmapiirin vähittäinen luominen on tärkeää tälle menettelytavalle. Luottamuksen rakentamisen jälkeen asiakas voi mahdollisesti keskustella hoitajan kanssa rikoksestaan, ja hoitaja voi alkaa ymmärtämään asiakkaansa käytöstä hänen taustansa ja motivaatioidensa kautta Tämän jälkeen asiakkaan tekoja, hänen ajatuksiaan, motiivejaan sekä tunteitaan tekohetkellä käydään läpi, jonka jälkeen hän on ehkä valmis kohtaamaan tekonsa ja sen seuraukset (Askola, Nikkonen, Putkonen & Kylmä, 2016).

Askolan ja kollegoiden (2016) mukaan terapeuttisen lähestymistavan avulla pyritään tarkastelemaan asiakkaan taustaa ja pyritään löytämään ymmärrettäviä syitä hänen rikokselleen. Sen avulla pyritään hiljalleen rohkaisemaan asiakasta kohtaamaan todellisuus ja aloittamaan työskentely rikoksensa käsittely, tukea hänen vahvuuksiaan sekä lieventää rikoksen ja mielenterveyden häiriön aiheuttamaa stigmaa. Parhaimmillaan menetelmän lopussa asiakkaan yleinen turvallisuuden tunne on kohentunut ja hän pystyy kommunikoimaan vapaasti sekä hoitajien että muiden työntekijöiden kanssa. Tavoitteena on auttaa asiakasta hyväksymään sekä oman sairautensa että tapahtuma, jotka ovat johtaneet hänen vankeustuomionsa. Menetelmä etenee kuitenkin aina ensisijaisesti asiakkaan terveydentilan ehdoilla. Rikoksen käsittelyssä ei voi edetä, jos se aiheuttavaa huomattavaa psyykkistä haittaa (Askola ym., 2016).

Psykoottiset häiriöt ovat vangeilla suhteellisen harvinaisia, sillä melkein jokainen vakavaan rikokseen syyllistynyt henkilö, joka kärsii tällaisista häiriöistä, todetaan mielentilatutkimuksessa syyntakeettomaksi ja päätyy yleensä tahdosta riippumattomaan hoitoon (Tiihonen, 2017). Lievempiin rikoksiin syyllistyneet, esimerkiksi skitsofreniaa sairastavat, henkilöt voivat kuitenkin saada vankeustuomion, ja diagnoosin voi saada myös vasta vankeustuomion alettua (Rautanen & Lauerma, 2011). Skitsofreniaryhmän häiriöiden esiintyvyys on suomalaisessa vankilaväestössä noin kuuden prosentin luokkaa (Joukamaa ym., 2010), mutta vaikka nämä häiriöt ovatkin vankilassa kohtuullisen harvinaisia, psykoottiset oireet ovat Mika Rautasen ja Hannu Lauerman

(2011) mukaan vankien keskuudessa yleisiä. Tästä syystä Askolan ja kollegoiden (2016) terapeuttinen lähestymistapa rikoksen käsittelyyn on tärkeä vankien kuntoutusmuoto.

4.1.3 Itsemurhien ehkäisy

Niissä maissa, joissa vankilaitsemurhia on tutkittu, vankien itsemurhaluvut ovat huomattavasti valtaväestöä korkeammat (Fazel, Grann, Kling & Hawton, 2011). Suomen vankiloissa tehdään keskimäärin kolme itsemurhaa vuodessa, ja useimmilla vangeilla esiintyy itsemurha-ajatuksia tai -yrityksiä vankeuden ensimmäisen kahden viikon aikana (Rikosseuraamuslaitos, 2014). Miesvankien itsemurhariski on kolminkertainen normaaliväestöön verrattuna ja myös naisvankien itsemurhariski on normaaliväestöä korkeampi, mutta erityisesti tutkintavankien kohdalla itsemurhariski on kohonnut (Fazel ym., 2011; Rikosseuraamuslaitos, 2014). Vankilaitsemurhien syyt ovat monimuotoisia, mutta erityisesti mielenterveyden häiriöistä kärsivät ja heikot selviytymiskeinot omaavat vangit ovat alttiita itsemurhayrityksille (Awofeso, 2010).

Rikosseuraamuslaitoksen (2014) mukaan rikoksen tyyppillä ja vangin elämäntilanteella on usein yhteys itsetuhoiseen käyttäytymiseen. Jokaisen Rikosseuraamuslaitoksen työntekijän tulisi tunnistaa kohonnut itsemurhariski tuomion täytäntöönpanon eri vaiheissa. Itsemurhien ehkäisyssä tärkeintä on tunnistaa itsemurhavaarassa oleva vanki, ja häntä tulisi tarkkailla intensiivisesti, mutta hienotunteisesti. Vangin itsemurhavaaran arvioimiseksi tulisi selvittää taustatiedot yleisistä ja ajankohtaisista riskitekijöistä, stressitekijät, mahdollinen masennus, alkoholiongelma sekä varsinainen itsemurhariski. Vangin kokonaisriskiä arvioidessa ei kuitenkaan yksittäisten riskitekijöiden perusteella voida tehdä päätelmiä itsemurhavaaran olemassaolosta (Rikosseuraamuslaitos, 2014).

Lisäksi Rikosseuraamuslaitos (2014) ohjeistaa, että vangeilta pitäisi pystyä kysymään suoraan heidän mielialastaan, toivottomuuden tunteistaan, kuoleman toiveista ja ajatuksistaan sekä itsemurha-aikeista. Vangin itsemurha-ajatusten kesto ja yleisyys, sekä hänen kykynsä hallita niitä, tulee kartoittaa ja tarvittaessa ohjata hänet tarkempaan arviointiin, jonka tekee terveydenhuoltohenkilöstö (Rikosseuraamuslaitos, 2014). Henkilökunnan saama koulutus mielenterveydestä ja sen häiriöistä erityisesti vankilaympäristössä voi olla tärkeässä roolissa, kun vankien tekemä itsemurhia pyritään ehkäisemään (Awofeso, 2010). Yleisten itsemurhan riskitekijöiden

lisäksi vankeuteen erityisesti liittyviä kohonnutta itsemurhariskiä aiheuttavia tekijöitä ovat muun muassa henkirikostausta, pitkän tuomion saaminen ja tuomion suorittaminen eristyssellissä (Rikosseuraamuslaitos, 2014)

4.2 Vankien psykososiaalinen kuntoutus

Tuija Eskelisen (2009) mukaan ”psykososiaalinen kuntoutus pyrkii jakamaan ja ymmärtämään asiakkaan elämäntilannetta kokonaisvaltaisesti asiakkaan ainutlaatuisuudesta ja hänen tilanteestaan käsin.” Vankiloissa psykososiaalista kuntoutustyötä tekevät psykologit, pastorit, sosiaalityöntekijät sekä päihdetyön erityisohjaajat. Psykologit tarjoavat vangeille psykologista tukea, neuvontaa, hoitoa ja terapiaa, pastorit tekevät sielunhoitotyötä ja sosiaalityöntekijät auttavat siviiliasioiden hoitamisessa ja huolehtivat vapautumiseen valmistautumisesta (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2006).

Uusintarikollisuuden vähentäminen on yksi vankiloiden perustehtävistä (Vankeuslaki 2005/767 1:2), joten vankiloissa tarjotaan useita erilaisia kuntoutus- ja hoito-ohjelmia, joilla vankien rikosten uusimista pyritään vähentämään Suosituimpia hoitomenetelmiä vankiloissa ovat erilaiset kognitiivis-behavioraaliset menetelmät, joiden avulla rikoksentekijän ajatus- ja käyttäytymismalleihin sekä vuorovaikutus- ja yhteisötaitoihin pyritään vaikuttamaan (Haapasalo, 2017). Suomessa käytössä olevia hoito- ja kuntoutusmenetelmiä ovat esimerkiksi vähintään keskikorkean väkivaltariskin vangeille tarkoitettu *Omaehtoisen muutoksen ohjelma*, sekä nuorille miesvangeille suunnattu *WOP – It works if you work it out* -ohjelma, jotka myös seuraavaksi lyhyesti esitellään.

WOP-ohjelma valikoitui mukaan sen vuoksi, että se on hyvin kokonaisvaltainen ja muun muassa vapautumisen jälkeiseen hoitoon on kiinnitetty erityistä huomiota. Omaehtoisen muutoksen ohjelma puolestaan sen takia, että se kognitiivis-behavioraalisena kuntoutusmuotona on suunnattu väkivaltarikoksille, jotka yleensä kärsivät jostain mielenterveyden häiriöstä. Esimerkiksi Tiihosen (2017) mukaan suurin osa kaikista henkirikokseen syyllistyneistä kärsii jostain persoonallisuushäiriöstä, alkoholismista tai psykoottisesta häiriöstä, ja erityisesti alkoholiriippuvuus ja epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö voivat kasvattaa rikollisen käyttäytymisen riskiä enemmän kuin ajatellaan.

4.2.1 WOP – It works if you work it out

WOP on tarkoitettu 17–29-vuotiaille Uudeltamaalta kotoisin oleville miesvangeille, ja se toteutetaan erillisellä osastolla Keravan vankilassa (Rikosseuraamuslaitos, 2013a). WOP-osasto on sitoumusosasto, eli sinne hakeutuvat sitoutuvat päihteettömyyteen ja joka aamu tapahtuvaan testaukseen (Eskelinen, 2009). Riitta Granfeltin (2008) mukaan WOP-ohjelman tarkoitus on etsiä ratkaisuja nuorten vankien syrjäytymiseen ja puutteelliseen elämänhallintaan. Siinä keskitytään vangin kokonaisvaltaiseen kuntoutumiseen, toimintakyvyn vahvistamiseen ja pitkäjänteiseen työskentelyyn. Vapautumisen jälkeistä aikaa suunnitellaan tarkasti. Ohjelman tavoitteena on uusintarikollisuuden vähentäminen sekä vapautuvan vangin toimintakyvyn tukeminen ja yhteiskunnallisen osallisuuden tukeminen (Granfelt 2008).

Eskelisen (2009) mukaan kuntoutuksen keskeiset osa-alueet toteutuvat ohjelman aikana osittain saman aikaisesti. Kuntoutukseen kuuluvat päihdetyöskentely, joka pohjautuu Kalterit taakse -kurssiin³, omien rikosten käsittely, mielenterveystyöskentely, lähisuhteiden läpi käyminen, koulutushalukkuuden ja -valmiuksien lisääminen sekä työllistymisen edistäminen (Eskelinen, 2009). Lisäksi WOP-osaston toimintaan kuuluu henkilökohtaisen tulevaisuuden suunnitelman laatiminen, verkostotyöskentely, velka- ja talousneuvonta ja tukihenkilötoiminta (Rikosseuraamuslaitos, 2013a). WOP-ohjelman erityispiirteisiin kuuluvat sen suunnitelmallisuus, tasa-arvoisuus, yhteisöllisyys sekä jälkikuntouttava työ vapautumisen jälkeen (Eskelinen, 2009), joka sisältää ammatillisen tukihenkilön, asumisohjaajan, palveluohjaajan sekä päihde- ja mielenterveystyöntekijä tarjoamia palveluita (Rikosseuraamuslaitos, 2013a). Granfeltin (2008) mukaan WOP-osastolle on saatettu rajallisessa määrin ottaa myös vakavista psyykkisistä ongelmista, jopa paranoidisesta skitsofreniasta, kärsiviä vankeja. Tällöin työskentely osastolla on hetkellisesti häiriintynyt ja ollut vaativaa työyhteisölle ja vangille itselleen. Osastolla on kuitenkin myös psykoterapeuttista osaamista, jolloin yksilöllinen kuntoutus on mahdollistunut, ja huonokuntoinen vanki on lopulta pystynyt osallistumaan yhteisön toimintaan (Granfelt, 2008).

Eskelisen (2009) mukaan työskentelyssä on onnistuttu sekä ylläpitämään että kehittämään ohjelmaan osallistuvien motivaatiota muutokseen. Hän myös toteaa olevan saavutus jo itsessään, että kuntoutukseen osallistuneet vangit ovat pääsääntöisesti halunneet sitoutua vapautumisen

³Järvenpään sosiaalisairaalan kehittämä ryhmämuotoinen kuntoutusohjelma:
<http://www.sosiaalisairaala.fi/koulutusmateriaalia/kalterit/johdanto/index.html>

jälkeiseen työskentelyyn. Suurimmat saavutukset WOP-työskentelyssä ovat olleet siihen osallistuneiden elämäntapamuutokset: ennen useita rikoksia päivittäin tehneet ovat pystyneet luopumaan rikollisesta elämäntavastaan joko kokonaan tai suurimmaksi osaksi. Uudet rikokset ovat olleet yksittäisiä ja vähemmän vakavia, ja ovat tapahtuneet yleensä retkahduksen yhteydessä (Eskelinen, 2009).

4.2.2 Omaehtoisen muutoksen ohjelma (OMA)

Omaehtoisen muutoksen ohjelman on kehittänyt Yhdysvaltalainen Jack Bush, ja Suomessa se otettiin käyttöön vuonna 2001 (Rikoksantorjuntaneuvosto). Bush (viitattu lähteessä Konttila & Tyni, 2011) esitti, että väkivalta on väkivaltarikollisille opittu, tehokas, luotettava ja usein käytetty reaktio, joka vahvistaa sekä vallan tunnetta, että omanarvontuntoa, ja että he käyttäytyvät väkivaltaisesti, koska haluavat. Tämän takia on puututtava niihin asenteisiin, uskomuksiin ja ajatuksiin, jotka lietsovat heidän haluaan toimia väkivaltaisesti. Ohjelman keskeisiä intervention kohteita ovatkin yhteiskuntavastaiset ajattelumallit, oman väkivaltaisen käyttäytymisen tunnistaminen, väkivaltafantasiat, puutteet sosiaalis-kognitiivissa kyvyissä ja oman vihan hallinnan parantaminen (Konttila & Tyni, 2011).

Ohjelma on tarkoitettu 25–50-vuotiaille vangeille, joilla on takanaan vaikea väkivaltaisen käyttäytymisen historia ja vähintään kaksi vankeustuomiota (Rikoksantorjuntaneuvosto). Suomessa ohjelmaan valinta perustuu staattisiin väkivaltaisen ja rikollisen käyttäytymisen riskitekijöihin, joita ovat vangin sen hetkinen ikä sekä ikä, jolloin tuomio ensimmäisestä väkivaltarikoksesta on saatu, alle 17-vuotiaana saatujen vankilatuomioiden määrä, ehdonalaisvapauden rikkomukset, perheolot lapsuudessa sekä väkivaltainen käyttäytyminen elämän aikana (Konttila & Tyni, 2011). OMA-ohjelma on Rikosseuraamuslaitoksen akkreditoima, se järjestetään joka vuosi kaikilla rikosseuraamusalueilla vähintään yhdessä laitoksessa, ja vuosittain sen suorittaa noin 20 vankia (Rikoksantorjuntaneuvosto).

Arja Konttilan ja Sasu Tynin (2011) mukaan OMA-ohjelma on kuudesta kuukaudesta kahdeksaan kuukauteen kestävä, ryhmämuotoinen kuntoutusohjelma, johon kuuluu myös aika ajoin pidettävät kahdenkeskiset tapaamiset. Ohjelma koostuu neljästä askeleesta, joissa kukin osallistuja etenee omaan tahtiinsa. Ensimmäisen askeleen tavoitteena on kehittää kykyä tarkkailla

omia ajatusmalleja ja kognitioita. ja toisessa on tarkoitus oppia tunnistamaan, miten omat ajatukset, asenteet, tunteet ja uskomukset johtavat väkivaltaiseen käytökseen. Kolmannessa askeleessa opetellaan taitoja, joilla osallistuja voi katkaista ja hallita väkivaltaiseen käyttäytymiseen johtavia ajatusmallejaan, ja neljäs pitää sisällään väkivaltaan sortumista estävän suunnitelman laatimisen ja toimintatapojen harjoittamisen ryhmäistunnoissa ja vankilaympäristössä. Tasot suoritetaan järjestyksessä eikä seuraavalle tasolle voi siirtyä, ennen kuin alempi taso on hallinnassa ja siihen kuuluvia menetelmiä osataan käyttää ja soveltaa oman väkivaltaisen käyttäytymisen tarkasteluun. Kahdenkeskisten tapaamisten aikana käydään vielä läpi osallistujalle epäselväksi jääneitä asioita, täydennetään kesken olevia riski- ja ajatusraportteja sekä tarkistetaan, että osallistuja on omaksunut kunkin askeleen edellyttämät taidot riittävän hyvin (Konttila & Tyni, 2011).

Omaehtoisen muutoksen ohjelman vaikuttavuutta on arvioitu useilla tutkimuksilla. Esimerkiksi Konttila ja Tyni (2011) ovat tutkineet ohjelman välittömiä ja pitkäaikaisia vaikutuksia. He havaitsivat, että ohjelmalla oli selvä vaikutus siihen osallistuneiden tunteiden säätelyyn ja käyttäytymisen hallinnan paranemiseen: he olivat jossain määrin, mutta eivät kuitenkaan pääsääntöisesti, oppineet välttämään tilanteita, jotka herättävät voimakkaita tunteita. Lisäksi osallistujien minäkuvan negatiivisten piirteiden määrä ja siihen liittyvä pessimistinen ajattelu vähenivät, yli puolella vuorovaikutustaidot paranivat ja suurimmalla osalla aggressiivinen käyttäytyminen väheni. Uusintarikollisuus väheni selvästi eniten niillä OMA-ohjelman läpikäyneillä, joilla oli takanaan useampia tuomioita, kun taas suurinta uusiminen oli ohjelman keskeyttäneillä. Lupaa- vista tuloksista huolimatta moni ohjelman läpikäynyt uusii rikoksen (Konttila & Tyni, 2011).

5 Johtopäätös

Vapauden menetys ja äkillinen elämäntilanteen muuttuminen voivat olla hyvin kuormittavia kokemuksia varsinkin silloin, kun taustalla on jo valmiiksi ongelmia. Tässä kandidaatin tutkielmassa oli tarkoitus selvittää millaisista mielenterveyden häiriöistä vangit yleisimmin kärsivät, ja millaisia keinoja vankilaympäristössä on käytettävissä mielenterveyden hoitamiseen ja vankien kuntoutumiseen.

Suomalaisten vankien keskuudessa mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys on suurta, ja moniongelmaisuus yleistä. Yleisimpiä häiriöryhmiä päihdehäiriöiden lisäksi ovat persoonallisuushäiriöt, mielialahäiriöt ja ahdistuneisuushäiriöt, ja yksittäisistä häiriöistä eniten esiintyy epäsosiaalista persoonallisuushäiriötä ja vakavaa masennusta. Naisvangeilla myös tunne-elämältään epätasapainoinen persoonallisuushäiriö on yleinen. Miesvangeilla ylivoimaisesti eniten on psykiatrisia päihdediagnooseja, mutta naisvangeilla lähes puolet diagnooseista on muita häiriöitä. Monella on myös neurologisia häiriöitä ja monihäiriöisyys on yleistä, sillä hyvin moni vanki kärsii päihderiippuvuuden lisäksi myös epäsosiaalisesta persoonallisuushäiriöstä.

Sosiaalisessa mediassa yleinen keskustelun sävy on ollut se, että Suomessa vangeilla on asiat liian hyvin, ja että he verorahoilla nauttivat niin sanotusta täysihoidosta valtion hotellissa. Henkilöä, joka tekee vakavia rikoksia ja päätyy niiden vuoksi vankilaan, voi olla vaikea nähdä inhimillisenä olentona. Mutta myös vangit ovat ihmisiä, ja heillä oikeus samanlaisiin olosuhteisiin ja samantasoiseen terveydenhuoltoon kuin kaikilla muillakin. Resurssit mielenterveyden häiriöiden hoitamiseen vankilassa ovat kuitenkin vähäiset: vankilapsykologeja ja -psykiatreja sekä muuta terveydenhuollon henkilöstöä on vähän ja vankeja paljon. Vankilassa olevan henkilökunnan lisäksi hoitoa tarjoaa vain 54-paikkainen Psykiatrinen vankimielisairaala, jonne pääsee osastohoitoon vain akuuteinta hoitoa tarvitsevat. Resurssien vähyydestä johtuen samantasoiseen terveydenhuollon toteutuminen voidaan asettaa kyseenalaiseksi: voiko esimerkiksi ahdistuneisuushäiriöstä kärsivä saada vankilassa samanlaista hoitoa kuin siviilissä? Ahdistuneisuushäiriö harvoin vaatii akuuttia psykiatrista hoitoa, varsinkin jos ahdistusta aiheuttaa hyvin rajattu asia, mutta myös vankilassa ahdistus voi aiheuttaa huomattavaa haittaa. Voisikin kysyä, että miten suljettujen paikkojen pelosta kärsivä henkilö selviää vankilassa?

Tarkkaa tietoa siitä, minkälaiset interventiot oikeasti toimivat mielenterveyden häiriöiden hoidossa vankilaympäristössä, ei ole. Monien hoitomuotojen toteutus vankilassa voi olla myös hyvin haastavaa, sillä vankilan suljettu luonne voi olla pahassakin ristiriidassa erilaisten menetelmien kanssa. Joidenkin hoitomuotojen, kuten dialektinen käyttäytymisterapia, vaikuttavuudesta on kuitenkin satu lupaavia tuloksia. Rikosseuraamuslaitos kiinnittää lisäksi erityistä huomiota vankien itsemurha-alttiuden seuraamiseen, ja se on julkaissut ohjeet työntekijöilleen siitä, miten kohonneen itsemurhariskin voi tunnistaa ja mitä tehdä, kun sellainen havaitaan. Ohjeistuksen mukaan jokaisen Rikosseuraamuslaitoksen työntekijän pitäisi pystyä tunnistamaan vankien itsemurhavaara ja seuraamaan sitä koko heidän tuomionsa täytäntöönpanon ajan sekä kyetä kysymään avoimesti ja suoraan voinnista, mielialasta ja itsetuhoisista ajatuksista. Kuilu henkilökunnan ja vankien välillä voi varsinkin suljetuissa laitoksissa olla hyvin syvä, eikä lähestyminen tällaisen asian tiimoilta edes normaalitilanteessa ole helppoa kenellekään. Millaista olisi sitten lähestyä esimerkiksi monista väkivaltarikoksista tuomittua ihmistä ja kysyä mitä hänelle kuuluu? Vankilan henkilökunta on vastuussa asiakkaidensa hyvinvoinnista, ja he joutuvat varmasti usein miettimään tällaisia kysymyksiä.

Vankiloiden pääasiallinen tehtävä on rikollisten eristämisen lisäksi heidän kuntouttamisensa siten, että he sopeutuvat yhteiskuntaan ja pystyvät toimimaan sen jäseninä. Mielenterveyden huolto ja häiriöiden hoitaminen ovat olennainen osa tätä kuntoutusta, mutta lisäksi vankiloissa tarjotaan psykososiaalisia kuntoutusmuotoja, joilla pyritään katkaisemaan rikoskierre ja rohkaisemaan päihteettömään elämään. Suosituimpia kuntoutustyyppisiä ovat kognitiivis-behavioralistiset ohjelmat, joilla pyritään vaikuttamaan osallistujien ajatus- ja käyttäytymismalleihin. Esimerkiksi omaehtoisen muutoksen ohjelmassa yksi olennaisimmista asioista on oppia tunnistamaan ja hallitsemaan omia väkivaltaan johtavia ajatusmalleja, ja oppia ennakoimaan sellaiset tilanteet, jotka saattavat herättää voimakkaita tunteita ja johtaa väkivaltaiseen käyttäytymiseen. Erilaisten kuntoutusohjelmien vaikuttavuudesta on saatu lupaavia tuloksia, mutta siitä huolimatta moni vapautunut vanki uusii rikoksen.

Vankien terveystutkimuksen tulosten perusteella voidaan ajatella, että erityisesti päihde- ja persoonallisuushäiriöt saattavat altistaa rikolliselle käyttäytymiselle. Hyvin usein ne esiintyvät myös yhtä aikaa. Nyt tehty tutkimus osoittaa, että vangeille on tarjolla erilaisia kuntoutusmuotoja, mutta vaikuttaa kuitenkin siltä, ettei kuntoutusta ole riittävästi. Kysymykseksi jää, miten hyvin vanki selviytyy vapautumisensa jälkeen, mikäli mielenterveyden häiriöt yhä vaikeuttavat

hänen elämäänsä. Jatkotutkimuksessa olisi mielenkiintoista keskittyä selvittämään, miten interventioilla, jotka tähtäävät vangeilla esiintyvien monimutkaisten häiriöiden hoitamiseen, voitaisiin ehkäistä myös uusintarikollisuutta.

Lähdeluettelo

- Askola, R., Nikkonen, M., Putkonen, H., Kylmä, J. & Louhenranta, O. (2016). The therapeutic approach to a patient's criminal offense in a forensic mental health nurse-patient relationship - the nurses' perspectives. *Perspectives in Psychiatric Care*, 53, 164–174.
- Awofeso, N. (2010). Preventing suicides in prison settings - the role of mental health promotion policies and programs. *Advances in Mental Health*, 9, 255–262.
- Canter, D. V. (2010). *Forensic Psychology: A Very Short Introduction*. Oxford: Oxford University Press.
- Cooke, E., Stephenson, Z. & John, R. (2017). How do professionals experience working with offenders diagnosed personality disorder within prison environment? *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 28(6), 841–862.
- Eskelinen, T. (2009). WOP-kuntoutus: Kokonaisvaltainen toimintamalli nuorten vankien psykososiaalisessa kuntoutuksessa. *Rikosseuramuslaitoksen monisteita 2/2009*. Haettu 3. 4. 2018 osoitteesta http://www.rikosseuraamus.fi/material/attachments/rise/julkaisut-monisteetjaraportit/6DIOMFsPP/2_2009_WOP__kuntoutus.pdf
- Fazel, S., Grann, M., Kling, B. & Hawton, K. (2011). Prison suicide in 12 countries: an ecological study of 861 suicides during 2003-2007. *Social Psychiatry & Psychiatry Epidemiology*, 46(3), 191–195.
- FINLEX® - Ajantasainen lainsäädäntö: 1.1.1734. Oikeudenkäymiskaari. 17 luku. Todistelusta. Haettu 22. 3. 2018 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1734/17340004000#L17>
- FINLEX® - Ajantasainen lainsäädäntö: 19.12.1889. Rikoslaki 6 luku. Rangaistuksen määräämisestä. Haettu 22. 3. 2018 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1889/18890039001#L6>
- FINLEX® - Ajantasainen lainsäädäntö: 19.12.1889. Rikoslaki. 3 luku. Rikosoikeudellisen vastuun yleisistä edellytyksistä. Haettu 22. 3. 2018 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1889/18890039001#L3>

- FINLEX ® - Ajantasainen lainsäädäntö: 23.9.2005. Vankeuslaki. 1 luku. Yleiset säädökset vankeuden täytäntöönpanosta. Haettu 22. 3. 2018 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050767#L1>
- FINLEX ® - Ajantasainen lainsäädäntö: 23.9.2005. Vankeuslaki. 10 luku. Sosiaali- ja terveyshuolto. Haettu 1. 4. 2018 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050767#L10>
- Gee, J. & Reed, S. (2013). The HoST programme: A pilot evaluation of modified dialectical behaviour therapy with female offenders diagnosed with borderline personality disorder. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 15(3), 233–252.
- Granfelt, R. (2008). Osalliseksi omaan elämään - Work Out -ohjelma nuoren vangin tukena. *Rikosseuraamuslaitoksen julkaisuja 4/2008*. Haettu 2. 4. 2018 osoitteesta http://www.rikosseuraamus.fi/material/attachments/rise/julkaisut-risenjulkaisusarja/6Bzt7OmiM/4_2008_Osalliseksi_omaan_elamaan_Work_out_ohjelma.pdf
- Haapasalo, J. (2017). *Kriminaalipsykologia*. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Huttunen, M. O. (24. 9. 2017). Mielenterveyden häiriöt. Haettu 31. 3. 2018 osoitteesta http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00002
- Isometsä, E. (2017). Ahdistuneisuushäiriöt. Teoksessa J. Lönqvist, M. Henriksson, M. Marttunen, T. Partonen & V. Aalberg, *Psykiatria* (12. uudistettu p.). Helsinki: Duodecim. Noudettu osoitteesta <http://www.oppiportti.fi/op/pkr00800/do>
- Isometsä, E. (2017). Depresiiviset häiriöt. Teoksessa J. Lönqvist, M. Henriksson, M. Marttunen, T. Partonen & V. Aalberg, *Psykiatria* (12. uudistettu p.). Helsinki: Duodecim. Noudettu osoitteesta <http://www.oppiportti.fi/op/pkr00700/do>
- Joukamaa, M.; Aarnio, J., Von Gruenewaldt, V., Hakamäki, S., Hypen, K., Lauerma, H., . . . Wuolijoki, T. (2010). *Rikosseuraamusasiakkaiden terveys, työkyky ja hoidontarve*. Rikosseuraamuslaitos.
- Konttila, A. & Tyni, S. (2011). OMA-ohjelman suorittaneiden väkivaltarikollisten uusintarikollisuus sekä ohjelman välittömät seuraukset. *Rikosseuraamuslaitoksen monisteia 4/2011*.

- Korhonen, P. (2014). Syytetyn mielentilan tutkiminen. *Kirjoituksia todistusoikeudesta*. Haettu 22. 3. 2018 osoitteesta <https://oikeus.fi/hovioikeudet/helsinginhovioikeus/fi/index/julkaisut/kirjoituksiatodistusoikeudesta.html>
- Marttunen, M.;Eronen, M.;& Henriksson, M. (2017). Persoonallisuushäiriöt. Teoksessa J. Lönqvist, M. Henriksson, M. Marttunen, T. Partonen & V. Aalberg, *Psykiatria* (12. uudistettu p.). Helsinki: Duodecim. Noudettu osoitteesta <http://www.oppiportti.fi/op/pkr01702/do>
- Nee, C. & Farman, S. (2007). Dialectical behaviour therapy as a treatment for borderline personality disorder in prisons: Three illustrative case studies. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 18(2), 160–180.
- Rautanen, M. & Lauerma, H. (2011). Imprisonment and diagnostic delay among male offenders with schizophrenia. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 21, 259–264.
- Rikossentorjuntaneuvosto. (ei pvm). *Omaehtoisen muutoksen ohjelma (OMA)*. Haettu 3. 4. 2018 osoitteesta <http://rikossentorjunta.fi/omaehtoisen-muutoksen-ohjelma-oma->
- Rikosseuraamuslaitos. (2. 8. 2013). *WOP- It works if you work it out*. Haettu 3. 4. 2018 osoitteesta <http://www.rikosseuraamus.fi/fi/index/taytantonpano/toiminnot/muusosiaalinenkuntoutus/wop-itworksifyouworkitout.html>
- Rikosseuraamuslaitos. (2014). Itsemurhien ehkäisy ja kiireellisen hoidon tarpeen arviointi rikosseuraamusalalla. Haettu 4. 4. 2018 osoitteesta http://www.rikosseuraamus.fi/material/attachments/rise/julkaisut-muut/wX8Hkn9I9/Itsemurhien_ehkaisy_-esite_2014.pdf
- Rikosseuraamuslaitos. (19. 8. 2015). *Seuraamukset & säännökset: vankeus*. Haettu 22. 3. 2018 osoitteesta <http://www.rikosseuraamus.fi/fi/index/seuraamukset/vankeus.html>
- Rikosseuramuslaitos. (27. 9. 2013). *Vankilat*. Haettu 22. 3. 2018 osoitteesta <http://www.rikosseuraamus.fi/fi/index/toimipaikatjayeystiedot/vankilat.html>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2006). *Rikoksista rangaistujen tuen tarve - Suositukset yhteistoiminnalle*. Helsinki: Yliopistopaino.

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2011). Mielentilatutkimus- ja vaarallisuusarviolausunojen laatimisohteet. Haettu 15. 3. 2018 osoitteesta <https://www.julkari.fi/handle/10024/80084>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (15. 6. 2015). *Mielenterveys: mielenterveyden häiriöt*. Haettu 15. 3. 2018 osoitteesta Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot>
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. (2012). *Psykiatrian luokituskäsikirja - Suomalaisen tautiluokitus ICD-10:n psykiatriaan liittyvät diagnoosit* (Suomalainen toinen uudistettu p.). Tampere: Juvenes Print Oy - Tampereen yliopistopaino. Noudettu osoitteesta http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90815/URN_ISBN_978-952-245-549-9.pdf
- Tiihonen, J. (2017). Oikeuspsykiatria. Teoksessa J. Lönqvist;M. Henriksson, M. Marttunen, T. Partonen & V. Aalberg, *Psykiatria* (12. uudistettu p.). Helsinki: Duodecim. Noudettu osoitteesta <http://www.oppiporrti.fi/op/pkr02500/do>
- Toivio, T. & Nordling, E. (2011). *Mielenterveyden psykologia* (1.–2. p.). Helsinki: Edita.
- van Marle, H. (2009). Mental Disorders and Criminal Behavior. Teoksessa R. N. Kocsis, *Applied Criminal Psychology: a Guide to Forensic Behavioral Sciences* (ss. 5–20). Springfield, Illinois: Charles C. Thomas • Publisher, LTD.
- Vankien omaiset VAO ry. (Elokuu 2016). Päivä kerrallaan: Opas läheiselle ja rangaistukseen tuomitulle. Haettu 22. 3. 2018 osoitteesta http://www.vankienomaiset.fi/files/243-Paivakerrallaan_8_2016.pdf
- Viitanen, P., Vartiainen, H., Aarnio, J., Von Gruenewaldt, V., Hakamäki, S., Lintonen, T., . . . Joukamaa, M. (2012). Work ability and treatment needs among Finnish female prisoners. *International Journal of Prisoner Health*, 8(3), 99–107.
- World Health Organization. (Maaliskuu 2018). *Mental health: strengthening our response*. Haettu 31. 3. 2018 osoitteesta <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>