

Naisten henkirikollisuus Suomessa

Tärkein tieto

- Naisten osuus suomalaisista henkirikoksista on hieman kasvanut; se oli keskimäärin 9 % vuosina 1977–1990 ja 11 % vuosina 1991–2004.
- Suurin osa suomalaisista henkirikollisista naisista ei sairasta mielisairautta; kolmanneksella on B-ryhmän (antisosiaalinen ja epävakaa) persoonallisuushäiriö ja lähes puolella alkoholiriippuvuus tai alkoholin väärinkäyttö.
- Suomalaisten naisten henkirikollisuus liittyy yleensä konfliktitilanteeseen partnerin kanssa tai muuten vaikeutuneeseen elämäntilanteeseen.
- Jos naisen tekemän henkirikoksen uhrina on vastasyntynyt vanhempi lapsi, tekijä saattaa kärsiä psykoottisaisesta häiriöstä lähes 70 %:ssa tapauksista.
- Henkirikoksen syyllistyneet naiset syyllistyvät usein uusiin rikoksiin ja kuolevat muita aiemmin.
- Aikaisempi väkivaltaisuus, päihdeongelma ja psykiatrinen häiriö (psykoottinen tai persoonallisuushäiriö) ovat yhdistelmä, joka nostaa väkivallan riskiä. Siksi tämä potilasryhmä tarvitsee ensisijaista ja ensiluokkaista hoitoa.

Väkivalta on maailmanlaajuisesti yksi yleisimmistä kuolinsyistä. On arvioitu, että vuonna 2000 maailmanlaajuinen kuolleisuus henkirikoksiin oli 8,8/100 000; Euroopan alueella luku oli 8,4/100 000 (1). Väkivaltaa ilmiönä selvittävässä WHO:n raportissa onkin esitetty suositukset väkivallan ehkäisemiseksi (1). Suomessa tehdään asukasluvuun suhteutettuna vähemmän henkirikoksia kuin Venäjällä tai Baltiassa, mutta enemmän kuin läntisissä naapureissamme (2). Henkirikosten saama julkinen mediassa väärin mielikuvaa niiden yleisyydestä (3). Tosiasiallisesti henkirikosten määrä on Suomessa ollut ver-

rattain vakaa 1970-luvun puolivälistä alkaen: esimerkiksi vuosina 1990–1994 luku oli 4,3/100 000 asukasta, ja vuosina 2000–2004 se oli 3,9/100 000 asukasta (2).

Perinteisesti naisten tekemät väkivaltarikokset ovat olleet määrältään ja laadultaan vähäisiä, mutta viime aikoina on arveltu naisten tekemän väkivallan lisääntyneen. Näin lieneekin, vaikka edelleen suurin osa kaikista väkivaltarikollisuudesta on miesten tekemää. Räsänen, Lindemanin ja Väisänen artikkeli vuonna 1994 oli ensimmäisiä, joissa tuotiin esille psykiatrisen tutkimuksen tarve henkirikoksen tehneistä naisista Suomessa (4).

Tässä katsausartikkelissa henkirikoksella tarkoitetaan tekoja, jotka täyttävät murhan, tapon, surman tai lapsensurman tunnusmerkit (5). Väkivaltarikoksilla tarkoitetaan edellisten lisäksi myös lievempiä väkivaltarikoksia, muun muassa pahoinpitelyitä. Henkirikollisuus on väkivallan äärimmäinen ilmiö. Kuitenkin henkirikollisuutta voidaan tarkastella toimivana väkivallan mittarina, koska henkirikoksen määritelmä on selkeä ja piilorikollisuus on vähäisempää kuin muussa väkivallassa. Suomessa henkirikosten selvitysprosentti on ollut keskimäärin yli 90, ja noin 70 % henkirikosten tekijöistä tutkitaan mielentilatutkimuksessa (6). Näiden seikkojen lisäksi se, että Suomessa on erinomainen rekisterien pitämisen perinne, luo hyvät edellytykset väkivallan tutkimukselle.

Naisten väkivaltarikollisuus on ehkä lisääntymässä

Naiset ovat perinteisesti syyllistyneet enemmän omaisuusrikoksiin kuin väkivaltarikoksiin. Suomessa kaikista rikoksista syytetyistä naisten osuus on ollut vuoteen 1976 saakka säännönmukaisesti alle 10 % (7). Naisten suhteellinen osuus kaikista rikollisuudesta on kuitenkin hiljalleen noussut, ja esimerkiksi vuonna 2004 kaikista rikoksista epäillyistä 16 % oli naisia (8). Vuodesta 1999 vuoteen 2004 naisvankien määrä on lisääntynyt runsaat 63 %; vuonna 2004 naisten osuus oli keskimäärin 5,7 % (9). Naisten osuus pahoinpitelyrikoksiin syyllisiksi epäillyistä on kasvanut seitsemästä prosentista viiteentoista vuosien 1985 ja 2004 välisenä aikana,

ja 2004 henkirikoksista epäillyistä 14 % oli naisia (8). Suomessa naiset ovat syyllistyneet noin 10 %:iin henkirikoksista vuosien 1977 ja 2004 välisenä aikana. Naisten osuus henkirikoksista tuomituista on kuitenkin kasvanut siten, että vuosina 1977–1990 naisten osuus oli keskimäärin noin 9 % ja vuosina 1991–2004 noin 11 % (kuvio 1). Tästä huolimatta naisten syyllistyminen väkivaltarikollisuuden törkeimpiin muotoihin eli murhiin ja tappoihin oli 1800-luvulla nykyistä yleisempää, ja tuolloin suurin osa väkivaltaan syyllistyneistä naisista oli epäiltynä lapsensurmasta (aikaisemmin lapsenmurha, lapsentappo), eli oman vastasyntyneen lapsen surmaamisesta (7,10). Nykyisin tilanne on päinvastainen; vuosina 2000–2004 poliisiin tietoon tuli vuosittain 0–2 lapsensurmaa (2).

Kansainvälisestikin naisten rikollisuus ja erityisesti väkivaltarikollisuus on selvästi harvinaisempaa kuin miesten (taulukko 1). Tilastojen mukaan Isossa-Britanniassa vankilassa olevien naisten osuus on kasvanut 1990-luvun alusta (11). Myös Yhdysvalloissa vuoden 2003 tietojen mukaan

rikoksista pidätettyjen naisten määrä on viime vuosina nousunut, kun taas miesten luvut ovat laskeneet (12,13). Myös miesten ja naisten väkivaltarikosten määrän ero on pienentynyt Yhdysvalloissa viime vuosina, mutta väkivaltarikosten kokonaismäärä on laskenut molempien sukupuolten osalta.

Väkivaltaisten naisten vähäinen suhteellinen osuus on siis kansainvälisestikin katsoen melko yhteneväinen, mutta mahdollisesti kasvussa läntisissä kulttuureissa. Mikä saa juuri nämä naiset tekemään henkirikoksia ja eroavatko heidän syynsä henkirikollisten miesten syistä?

Mitkä tekijät lisäävät riskiä syyllistyä henkirikokseen?

Väkivaltaan ja henkirikoksiin liittyy aina useita tekijöitä, joita voidaan tarkastella monissa eri viitekehyksissä. Siksi on muistettava, ettei väkivalta ole pelkästään lääketieteellinen tai psykologinen ilmiö. Suomalaisten henkirikosten on ajateltu jakautuvan kolmeen ryhmään yleisyysjärjestyksessä: syrjäytyneiden miesten keskinäiseen väkivaltaan, perhe- ja parisuhdeväkivaltaan ja nuorisoväkivaltaan (2). Perhe- ja parisuhdeväkivalta näyttää keskittyvän kaikkein huono-osaisimpiin perheisiin.

Väkivaltaan ja henkirikoksiin liittyviksi yleisiksi riskitekijöiksi on todettu miessukupuoli, nuori ikä, päihteiden käyttö ja aiempi väkivaltainen käyttäytyminen (14). Yleisiä rikolliseen käyttäytymiseen liittyviä riskitekijöitä ovat muun muassa heikot kognitiiviset taidot, epäsosiaaliset asenteet, voimakas sitoutuminen ja samastuminen epäsosiaalisiin malleihin, vaikeudet elämänhallinnassa ja vuorovaikutussuhteissa, päihderiippuvuus ja epäsuotuisa elinympäristö. Psykiatristen häiriöiden näkökulmasta väkivaltaisen käyttäytymisen riskiä lisäävät antisosiaalinen persoonallisuushäiriö, päihderiippuvuudet sekä erityisesti vainoharhaisina oireina ilmenevät psykoosisairaudet (14,15,16). Psykiatrinen näkökulma on kuitenkin vain kapea osa koko väkivallan ilmiötä. Lapsiin kohdistuvat henkirikokset muodostavat oman kokonaisuutensa, josta lisää edempänä.

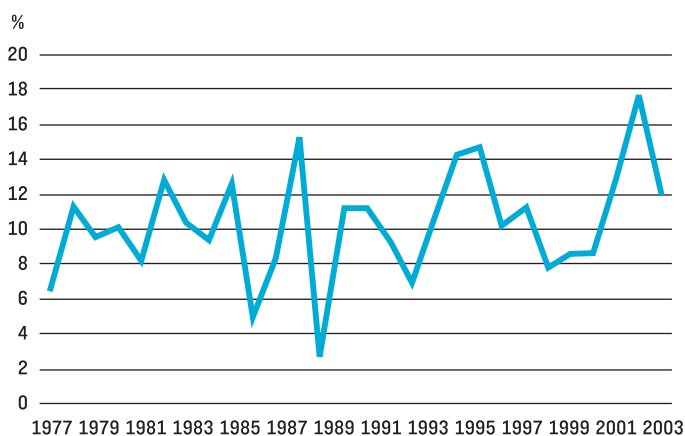
Millaisia ovat suomalaisten naisten tekemät henkirikokset?

Tyypillinen suomalainen henkirikos on syrjäytyneiden, humalassa riitautuneiden miesten puukotus (17). Tämä tyyppitilanne on nähtävissä myös naisten tekemissä henkirikoksissa (18), mutta se ei ole niin yleinen kuin miehillä.

Putkonen ym. (19) tutkivat kaikki vuosien 1982 ja 1992 välisenä aikana henkirikokseen tai sen yritykseen syyllistyneistä naisista laaditut mielentilalausunnat. Niitä oli 132, mikä vastasi 75 % tuona aikana henkirikoksesta tai sen yrityksestä syytetyistä naisista. Loput 25 % tekivät itsemurhan, heidät vapautettiin syytteistä, he omasivat ilmeisen syyntakeisuuden tai sen puutteen tai heitä ei muuten katsottu olevan tarpeen lähettää tutkittaviksi (19,20). Tutkittujen naisten keskimääräinen ikä oli 33 vuotta (vaihteluväli 16–77 vuotta). Henkirikoksesta syytettiin 84 naista, henkirikoksen yrityksestä 48. Koska lapsensurmat, vastasyntyneiden surmat, ovat oma erityinen ryhmänsä, jätettiin nämä seitsemän tapausta pois tekoilanteeseen liittyvistä laskelmista. Tutki-

Kuvio 1.

Naisten osuus syyksiluetuissa henkirikostuomioissa alioikeuksissa 1977–2004.



Lähde: Tilastokeskus, Rikostilastot, Suomi lukuina. Rikollisuus 1970–2004.

Taulukko 1.

Tuoreimmat saatavilla olevat tiedot naisten osuuksista vankipopulaatioista ja henkirikollisuudesta.

Naisten osuus	Suomi ¹ %	Ruotsi ² %	Iso-Britannia ³ %	Yhdysvallat ⁴ %
Vangeista	6	6,2	6	7,0
Henkirikollisista	12	11	10	11,4

¹2004 tieto - Rikostilastot ja vangit. <http://www.tilastokeskus.fi/til/van/index.html>

²2004 tieto

a) Prison Brief for Sweden. http://www.kcl.ac.uk/depsta/rel/icps/worldbrief/europe_records.php?code=166

b) Anmälda brott, upplärade brott och misstänkta personer.

http://www.bra.se/extra/pod/?action=pod_show&module_instance=8&id=7&statsType

³2002 tieto (11)

⁴a) vangit 2004 tieto - Prisoners in 2004 <http://www.ojp.usdoj.gov/bjs/pub/pdf/p04.pdf>

b) henkirikollisten tieto vuosilta 1976–2002 (13)

muksessa 71 % (89/125) tekijöistä oli päihtyneenä tekohe-
kellä ja uhreina olivat useimmiten tekijän lähipiiriin kuulu-
vat ihmiset, kumppanit (54 %) tai omat lapset (14 %) (20).
Weizmann-Henelius ym. (18) havaitsivat vankila-aineistoon
pohjautuvassa tutkimuksessaan, missä tutkitut naiset olivat
syyllistyneet myös henkirikoksia lievempään väkivaltaan,
että pahoinpitelyissä väkivallan uhreina oli myös muita kuin
läheisiä, kun taas kuolemaan johtaneessa väkivallassa koh-
teina olivat useammin läheiset. Edellä mainittujen tutkimus-
ten pohjalta vaikuttaa siltä, että naisten tekemien henkirikos-
ten uhreina ovat todennäköisimmin läheiset, mutta muu
väkivaltarikollisuus kohdistuu myös tuttavien ja jopa vierai-
siin.

Suomalaisen henkirikoksen yleisin tekotapa on myös nai-
silla puukotus (20). Mielentilatutkimusaineistossa naiset
raportoivat motiiveikseen 73 %:ssa tapauksista useamman
kuin yhden syyn (20). Kuten miehilläkin, riita oli yleisin
motiivi (59 %:ssa tapauksista). Mielentilatutkimuksissa
olleista naisista 29 % kertoi uhrin kohdistaneen pitkäaikais-
ta väkivaltaa heihin. Vankilassa haastatelluista naisista 5,4 %
kertoi vastaavista kokemuksista (18). Tuloserot saattavat liit-
tyä tutkimusasetelmien eroihin (erilainen aineisto, populaa-
tio) sekä siihen, että ennen tuomiota tutkinnan ja mielentila-
tutkimuksen aikana saatetaan alitajuisesti tai tietoisesti pyr-
kiä korostamaan omaa uhrin roolia ja tuomion jälkeen esi-
merkiksi vankilakulttuurissa puolestaan korostaa omaa toi-
mijuutta, ”kovaa” roolia. Vai olisiko mahdollista, että pitkäai-
kaisen väkivallan kohteena olleet naiset eivät olisi yhtäläises-
ti edustettuina vankila-aineistossa?

Lapsiin kohdistuvat henkirikokset

Vuosina 1990–1999 väkivallan seurauksena kuoli 4,4 alle
15-vuotiaasta lasta 100 000:ta henkeä kohti (2). Suurin riski
kuolla väkivallan seurauksena on alle yksivuotiailla;
2,6/100 000. Pitkään on ajateltu, että mitä nuorempi lapsi
on, sitä todennäköisimmin henkirikoksen tekijä on lapsen
oma äiti. Tämä liittyy siihen, että vastasyntyneiden surmiin
syyllistyvät lähes yksinomaan naiset.

Mielentilatutkimuksessa olleiden 132 naisen henkirikok-
sia selvittäneessä tutkimuksessa lapsiuhreja oli 26 tapauk-
sessa, joista seitsemän oli vastasyntyntä ja vain kolme oli
yli 7-vuotiaita (20). Psykoottisista häiriöistä kärsivien naisten
uhrit olivat useammin lapsia kuin persoonallisuushäiriöistä
kärsivien uhrit. Tapauksissa, joissa uhrina oli vastasyntyntä
vanhempia lapsi, tekijä oli psykoottinen 68 %:ssa tapauk-
sista. Lapsiin kohdistuvissa henkirikoksissa väkivalta oli eri-
laista kuin muissa henkirikoksissa; yleisimpiä tekotapoja oli-
vat hukuttaminen ja tukahduttaminen (20). Tekotavan lisäk-
si motiivit poikkesivat aikuisiin kohdistuvasta väkivallasta.
Lapsiin kohdistuneeseen väkivaltaan syyllistyneistä naisista
monilla oli ollut omia itsemurhamietteitä ja alkuperäisenä
suunnitelmana oli ollut laajennettu itsemurha 11 %:ssa ta-
pauksista. Lisäksi motiivit sisälsivät usein harhaluulon.

Vastasyntyneiden surmaaminen on nykyisin harvinaista.
Suomessa se on ollut tavallisinta 1870-luvulla, 5,5/100 000
asukasta. Vuonna 1900 esiintyvyys oli 3,2/100 000 asukasta
ja vuonna 1969 se oli 0,1/100 000 asukasta (10). Sen jäl-
keen esiintyvyys on yhä vähentynyt niin, että 2000-luvulla

Taulukko 2.

Henkirikoksiin syyllistyneet naiset 1982–1992 (n = 132): DSM-III-R-diagnoosit.

I Akseli	n	%	II Akseli	n	%
Skitsofrenia, psykoottiset mielialahäiriöt ja muut psykoosit	37	28	Älyllinen kehitysvammaisuus ³	10	8
Skitsofrenia tai muut psykoosit	32	24	Kaikki persoonallisuushäiriöt	94	71
Skitsofrenia	15	11	Ryhmä A	7	5
ja alkoholiriippuvuus/väärinkäyttö	3	2	Psykoosiipirteinen	3	2
Muu psykoosi ¹	17	13	Epäluuloinen	3	2
lapsivuodepsykoosi	4	3	Eristäytyvä	1	1
Mielialahäiriö	10	8	Ryhmä B	43	33
Alkoholiriippuvuus/väärinkäyttö	58	44	Epäsosiaalinen	21	16
ja persoonallisuushäiriö	51	39	Epävakaa	19	14
ei persoonallisuushäiriötä	7	5	Narsistinen	2	2
Muu päihderiippuvuus/väärinkäyttö	10	8	Huomionhakuinen	1	1
Muu häiriö	9	7	Ryhmä C	15	11
			Riippuvainen	13	10
			Vaativa	1	1
			Estynyt	1	1
			Passiivivihamielinen	8	6
			Tarkemmin määrittelemätön ⁴	31	23
Useita diagnooseja ²	81	61			
Ei diagnoosia ²	8	6			

¹Harhaluuloisuushäiriö, tarkemmin määrittelemätön, lapsivuode- tai orgaaninen psykoosi

²Koskee I ja II -aksella

³Tutkivan lääkärin sanallinen diagnoosi

⁴Sisältää myös 16 naista, joilla diagnoosi ”Persona immatura”

Taulukko julkaistu aiemmin englanninkielisenä: Putkonen H, Collander J, Honkasalo M-L, Lönnqvist J. Finnish female homicide offenders 1982–1992. J Forensic Psychiatry 1998;9:672–84.

vuosittain poliisin tietoon on tullut 0–2 tapausta (2). Vastasyntyneen surmaaminen eli lapsensurma erottuu tutkimuksissa omaksi ryhmäkseen muista naisten tekemistä henkirikoksista. Mielentilatutkitun 132 naisen aineistossa jokaisen seitsemän lapsensurmaan syyllistyneen arvioitiin kärsivän persoonallisuushäiriöstä, kenenkään ei arveltu sairastavan skitsofreniaa tai mielialahäiriötä, mutta yksikään ei ollut täysin syyntakeinen (21). Lisäksi he olivat muuta ryhmää nuorempia, keskimääräinen ikä oli 25 vuotta (21–34 vuotta). Itse asiassa vain yksi oli 34-vuotias ja loput alle 28-vuotiaita. Tulokset olivat samansuuntaisia kuin Haapasalon ja Petäjän vuoden 1999 tutkimuksessa, missä verrattiin vastasyntyneen ja vanhemman lapsen surmanneita naisia ja todettiin mm., että vastasyntyneen surmanneet olivat nuoria, naimattomia ja heillä oli vähemmän psykologisia ongelmia kuin muilla (22).

Vankila-aineistoon pohjautuvassa tutkimuksessa (18) lapsiuhreja oli vain 10 %, kun taas mielentilatutkimusaineistossa heitä oli 20 % tapauksista (tähän sisältyvät myös seitsemän lapsensurmaa). Vaikka lieneekin niin, että lapsen surmanneet määrätään useammin psykiatriseen hoitoon, herää kysymys, minkälainen on oikeuskäytännön vaikutus – ehkä lapsensa surmanneet naiset eivät saa niin pitkiä ehdottomia vankeustuomioita kuin aikuisen surmanneet?

Henkirikokseen syyllistyneiden naisten psykiatrinen tausta

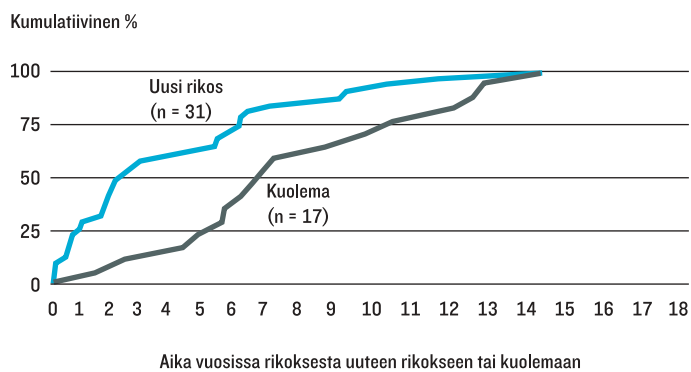
Suomessa suuri osa henkirikokseen syyllistyneistä määrätään mielentilatutkimukseen. Tutkimus tehdään Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen määräämässä sairaalassa, ja se kestää maksimissaan kaksi kuukautta. Se sisältää perusteellisen ja laajan selvityksen tutkittavan taustasta ja terveydestä. Tutkittavalle tehdään kattava fyysisen terveyden kartoitus, sosiaalityöntekijän ja hoitohenkilökunnan haastattelut, psykologiset tutkimukset sekä psykiatriset selvittelyt. Lopputuloksina ovat syyntakeisuuden arvio ja mahdollinen psykiatrinen diagnoosi sekä kannanotto siihen, tarvitseeko tutkittava tahdonvastaista hoitoa ja pystyykö hän osallistumaan oikeudenkäyntiinsä.

Vuosina 1982–1992 henkirikokseen tai sen yritykseen syyllistyneiden naisten mielentilalausuntojen mukaan näillä naisilla todettiin usein persoonallisuushäiriötä kuten vastaavilla miehilläkin (21). Tutkituista 132 naisesta 71 %:lla todettiin persoonallisuushäiriö, ja vain kahdeksan (6 %) jäi kokonaan ilman psykiatrista diagnoosia (taulukko 2). Skitsofrenia diagnosoitiin 11 %:lla, alkoholiriippuvuus tai väärinkäyttö 44 %:lla.

Naisten psykopatiaa tutkittiin suomalaisessa vankila-aineistoon pohjautuvassa tutkimuksessa, jossa psykopatian todettiin korreloivan hyvin muun muassa antisosiaaliseen persoonallisuuteen, väkivaltaisuuteen, muuhun rikollisuuteen, päihteiden väärinkäyttöön ja omien lasten laiminlyöntiin (23). Psykopatiaa voisi luonnehtia pysyväksi käyttäytymistavaksi, jossa korostuvat muun muassa suuruuskuvitelmat, pinnallinen miellyttävyys, itsekkyyt, tunnekylläisyys ja muiden ihmisten hyväksikäyttö omien tavoitteiden saavuttamiseksi. Sen lisäksi epävakaa, antisosiaalinen ja sosiaalisesti poikkeava elämäntyyli liitetään psykopatiaan. Suomalaisen tutkimuksen tulokset psykopatian esiintyvyydestä väkivaltaisilla naisilla olivat samansuuntaiset kuin aikaisemmat ulkomaiset löydökset (23). Korkeat pistemäärät psykopatiaa mittaavassa PCL-R-testissä (Psychopathy Checklist – Revised; 24) korreloivat voimakkaimmin antisosiaalisen persoonallisuushäiriön kanssa kummallakin sukupuolella. Tulokset viittasivat siihen, että psykopatiaa esiintyi naisilla vähemmän kuin miehillä ja että psykopatia ilmeni eri tavoin naisilla ja miehillä. Salekin ym. (25) ovat todenneet, että naisilla psykopatia ennustaa uusintarikollisuutta väkivallan osalta miehiä vähemmän. Naisten psykopatia ja sen mittaustemene-

Kuvio 2.

Henkirikokseen tai sen yritykseen syyllistyneet naiset 1982–1992 (n = 132): kumulatiivinen uusintarikollisuus ja kuolema.



Lähde: Tilastokeskus, oikeustilastot.

Alkuperäinen kuvio julkaistu englanninkielisenä: Putkonen H, Komulainen EJ, Virkkunen M, Eronen M, Lönnqvist J. Risk of Repeat Offending Among Violent Female Offenders With Psychotic and Personality Disorders. *Am J Psychiatry* 2003;160:947–51.

Taulukko 3.

Henkirikolliset naiset 1982–1992 (n = 132): epäsuorasti vakioitu kuolleisuusindeksi – SMR eri kuolemansyyluokissa.

Kuolemansyyluokat	Havaitut kuolemat	Kuolemaa per 1 000 väestö ¹	Odotettu	SMR ²	95 %:n luottamusväli
Taudit	8	9,0	1,2	6,7	3,4–13,5
Väkivaltaiset	14	0,5	0,1	225,7	133,7–381,0
Itsemurhat	6	0,1	0,0	424,8	190,9–945,6

¹Naisväestön luku on vuodelta 1996 (Tilastokeskus, 1998)

²Epäsuorasti vakioitu kuolleisuusindeksi

Taulukko julkaistu aiemmin englanninkielisenä: Putkonen H, Komulainen EJ, Virkkunen M, Lönnqvist J. Female homicide offenders have greatly increased mortality from unnatural deaths. *Forensic Sci Int* 2001;119:221–4.

telmät ovat yhä kansainvälisen tutkimuksen aiheina, ja tarkempia tietoja saataneen lähivuosina.

Mikä on henkirikokseen syyllistyneiden naisten tulevaisuus?

Putkonen ym. (26) seurasivat vuosina 1982–1992 henkirikokseen syyllistyneitä naisia ja totesivat, että vuoteen 1999 mennessä 23 % heistä oli tehnyt uuden rikoksen, mikä 15 %:lla oli väkivaltarikos. Kaksi (2 %) naista oli jo aiemmin tehnyt henkirikoksen ja kaksi (2 %) teki jälleen uuden seuranta-aikana. Suurin riski syyllistyä uusiin rikoksiin oli pian indeksiteon jälkeen, sillä lähes puolet uusista rikoksista tehtiin ensimmäisen kahden vuoden aikana (kuvio 2). Kaikista uusijoista 81 %:lla oli persoonallisuushäiriö, ja 90 % oli syyllistynyt jo ennen indeksitapahtumaa rikollisuuteen. Jokaisella henkirikoksen uusijalla oli persoonallisuushäiriö. Aiempi rikollisuus ennusti parhaiten uusintarikollisuutta (OR 9, 95 %:n luottamusväli 2,84–30,84, $p < 0,0001$. OR = odds ratio, riskisuhde) (26). Kuvatut naisten uusintarikollisuuden riskitekijät olivat samansuuntaiset kuin miehilläkin (27).

Henkirikoksen tehneillä naisilla oli korkea riski kuolla ennen keskimääräistä elinikäodotetta (28). Nuorempien naisten kuolinriski oli suurempi kuin vanhempien: 19–39-vuotiaiden ryhmässä SMR (epäsuorasti vakioitu kuolleisuusindeksi – standardized mortality ratio) oli yli 200-kertainen (luottamusväli 100–595), kun taas yli 60-vuotiaiden ryhmässä se oli enää 19-kertainen (luottamusväli 9–42). Itsemurhariski oli jopa yli 400-kertainen (taulukko 3). Myös väkivaltaisilla miehillä on todettu normaalia korkeampi kuolleisuus (29).

Lisääntykö suomalaisten naisten väkivaltaisuus tulevaisuudessa?

Kysyimme edellä, miksi naiset syyllistyvät henkirikoksiin. Kuvaamiemme tutkimusten pohjalta vaikuttaisi siltä, etteivät naisten ja miesten henkirikollisuuteen liittyvät seikat merkittävästi eroa toisistaan. Päihdeongelmat, aikaisempi väkivaltaisuus ja persoonallisuushäiriöt lisäävät väkivallan riskiä molemmilla sukupuolilla, samoin parisuhdeongelmat ja syrjäytyminen. Onko siis odotettavissa, että naisten osuus väkivallasta yhä kasvaa?

Honkatukia on esittänyt suomalaisten tyttöjen rikollisuudesta, että naisten rikollisuuden laajamittainen lisääntyminen tuntuu epätodennäköiseltä, koska rikollisuuden kulttuurinen kuvasto tarjoaa tytöille vain kielteisiä naisen malleja (30). Vuonna 2004 viidennes alle 17-vuotiaista pahoinpitelyistä epäillyistä oli tyttöjä (8). Vastaava osuus 18–20-vuotiailla nuorilla naisilla oli 15 % ja yli 20-vuotiailla 10 %. Kaikissa ikäryhmissä tyttö- ja naisepäiltyjen osuus nousi vuonna 2004 hieman edellisestä vuodesta. Tämä tilastoitu väkivalta ei kuitenkaan kuvaa pelkästään tosiasiallista väkivallan määrän muutosta, vaan liittyy myös kirjaamiskäytäntöihin ja rikosten ilmoitusherkkyyteen. Sekä tytöillä että pojilla on havaittu polarisaatiota rikosten tekemisessä, eli samalla kun esimerkiksi väkivaltaan osallistuneiden osuus on pysynyt

pienenä, väkivaltaa käyttäneet ovat syyllistyneet väkivaltaan aiempaa useammin (8,31).

Kansainvälisten kriminologisten tutkimusten mukaan rikosten tekeminen on lisääntynyt erityisesti työelämästä ja yhteiskunnasta laajemminkin syrjäytyneillä naisilla (32). Viime aikoina Suomessa on naisten osuus vähitellen kasvanut sekä rikollisuudessa yleensä että henkirikollisuudessa. Vaikuttaa siis siltä, että muutosta on tapahtunut – naisten osuus on hieman lisääntynyt, mutta rikollisuus on polarisoitunutta ja liittyy ennen kaikkea syrjäytymiskehitykseen. Vaikka naiset lienevät jatkossakin vähemmän alttiita syyllistymään väkivaltarikoksiin kuin miehet, saattaa osuuden kasvu jatkua, ellei mihinkään toimenpiteisiin ryhdytä.

Miten henkirikoksia ja muuta väkivaltaa ehkäistään?

Suomalainen väkivalta liittyy syrjäytymiseen, joten parasta väkivallan ehkäisyä on syrjäytymisen ehkäisy. Kuitenkin myös terveydenhuollon piirissä voidaan ehkäistä väkivaltaa. Perusterveydenhuollossa voidaan pyrkiä tunnistamaan väkivaltaan turvautuvia, päihdeongelmaisia ihmisiä ja neuvoa sekä ohjata heitä hoitoon esimerkiksi motivoivan haastattelun menetelmin. Väkivallan puheeksi ottaminen vaatii sensitiivisyyttä, joten kysymisen voisi aloittaa kysymällä potilaan suhtautumisesta väkivaltaan. Toimivassa ja luottamuksellisessa lääkäri-potilassuhteessa sen voisi liittää osaksi peruskysymyksiä samalla tavalla kuin itsetuhoisuudesta kysyminen on. Näiden perusasioiden pitäisi olla samanlaisia riippumatta potilaan sukupuolesta. Myös neuvoloissa voitaisiin rutiininomaisesti kysyä väkivallasta. On muistettava, että lastensuojelulaki velvoittaa ilmoittamaan viranomaisille, mikäli lapsen kehitys ilmenee olevan vaarassa.

Päihdeongelmien hyvä hoito ehkäisee myös väkivaltaa. Päihdeongelmaisten psykiatristen potilaiden eli niin sanottujen kaksoisdiagnoosipotilaiden ohjaaminen pois psykiatrian palveluista heidän päihdeongelmansa vuoksi pitäisi olla jo historiaa. Hoitoon tulisi panostaa tavallistakin enemmän, mikäli potilas on jo syyllistynyt väkivaltaan. Vaikka potilaan hoitomotivaatio olisi heikko, ei sen pidä laskea hoitavan tahon motivaatiota, sillä hoitavalla tahollakin on oma vastuunsa etenkin psykoottisten henkilöiden kohdalla. Potilas on aina kohdattava kunnioituksella, vaikka väkivaltaista käytöstä ei pidäkään hyväksyä. Potilasta opetetaan selviytymään paremmin sosiaalisissa tilanteissa, tunnistamaan omia riskitekijöitään ja välttämään niitä. Jotkut vaikeimmin sairaut tarvitsevat tukea muun muassa lääkkeiden muistamisessa vuosien ajan, ehkä vuosikymmenten. Siksi hyvin toimivat kuntoutusjatkumot ja kuntoutuskodit ovat tärkeitä.

Väkivaltaa käyttävän naisen saattaa olla vaikea löytää apua. Toistaiseksi avuntarjoajien kenttä on hajanainen, eikä erityispalveluja ole saatavilla riittävästi. Sosiaali- ja terveystoimella ei liene vakiintuneita hoitomalleja väkivaltaisille naisille missään kunnassa. Stakes on julkaissut väkivallan varalle ohjeita, joissa todetaan, että pieni osa väkivallasta on naisten tekemää, mutta auttajien yhteystiedoissa ei ole erityisesti väkivaltaisille naisille olevaa palvelua (33). Kirkon perheasiainneuvottelukeskukset työskentelevät väkivallan uhrien ja tekijöiden auttamiseksi. Maria-Instituutti on käynnistänyt

projektin väkivaltaisten naisten auttamiseksi. Tämä Demeter-projektiksi nimetty hanke rakentuu päivystävästä puhelinlinjasta, eli terapeutin ja asiakkaan keskinäisistä yksilökeskusteluista. Jatkotyöskentelynä on tarvittaessa mahdollisuus osallistua Maria-Instituutin järjestämiin naisen identiteettiä vahvistaviin ryhmiin (34).

Hämeenlinnan vankilassa, jossa on suurin osa suomalaisista naisvangeista, järjestetään esimerkiksi suuttumuksenhallinta- ja Cognitive Skills -kurseja sekä päihdekuntoutusta. Uuden vankeuslain myötä on toivottavaa, että naisvangeille voitaisiin tarjota valtakunnallisesti kattavaa päihdekuntoutusta ja toimintaohjelmia väkivaltaisuuden vähentämiseksi. Myös sairaaloissa pidetään erityisesti naisille tarkoitettuja ryhmiä, jotka voivat olla keskustelevia tai toiminnallisia. Lupaaviksi menetelmiksi on todettu kognitiivis-behavioraaliset ja yhteisöhoitoon menetelmät.

Pelko, häpeä ja sosiaalinen leimautuminen vaikeuttavat väkivaltaisten ihmisten ja heidän uhriensa avun hakemista. Koska väkivaltainen nainen ei toimi vain lainvastaisesti, vaan myös rikkoo naisen perinteistä roolia, saattaa väkivaltaisen naisen olla miestäkin vaikeampi hakea apua. Naisten väkivaltaisuudesta ei myöskään vielä ole puhuttu niin paljon, että se olisi helpottanut avun hakemista. On tärkeää, että apua väkivaltaiseen käyttäytymiseensä hakeva nainen tulee kohdatuksi asiallisesti ja empaattisesti. Tuomitseva tai moralisoiva asenne aiheuttaa herkästi kokemuksen torjutuksi tulemisesta ja tyrehtyttää avunhakuyritykset. Sen vuoksi työnohjaus on tärkeää kaikille väkivallan uhreja tai tekijöitä kohtaaville, jotta väkivallan herättämät tunteet auttajassa eivät häiritsisi autettavan kohtaamista. Se, että suurin osa väkivallan tekijöistä on miehiä, ei tarkoita sitä, etteivätkö väkivaltaiset naisetkin tarvitsisi apua. Se kuitenkin lienee väkivaltatutkimuksen perimmäinen tarkoitus – apu, väkivallan vähentäminen. Kaikki väkivalta on väärin, ja siksi asiasta on puhuttava nykyistäkin enemmän.

Kirjallisuutta

- 1 World report on violence and health. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_en.pdf.
- 2 Lehti M, Kivivuori J. Kuolemaan johtanut väkivalta. Julkaisussa: Rikollisuustilanne 2004. Rikollisuus tilastojen valossa. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 215, 2005:11–39.
- 3 Kemppi S, Kivivuori J. Rikosuutisoinnin määrä Yleisradion television pääuutislähettyksessä 1985–2003. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimustiedonantoja 63, 2004.
- 4 Räsänen P, Lindeman S, Väisänen E, Nainen ja henkirikos. Duodecim 1994;110:403–6.
- 5 Suomen Laki, Rikosoikeus. Lahti M, Vilppula A, toim. Helsinki: Talentum Media Oy 2003.
- 6 Eronen M, Hakola P, Tiihonen J. Mental Disorders and Homicidal Behavior in Finland. Arch Gen Psychiatry 1996;53:497–501.
- 7 Anttila I. Naisten rikollisuus Suomessa. Suomen Poliisilehti 1980;1–2:28–30.
- 8 Honkatukia P. Naiset rikosten tekijöinä ja uhreina. Julkaisussa: Rikollisuustilanne 2004. Rikollisuus tilastojen valossa. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 215, 2005:187–203.
- 9 Rikostilastot ja vangit. <http://www.tilastokeskus.fi/til/van/index.html>.
- 10 Ervasti K. Barnamordsbrotten i Finland under 1800-talet. Historisk Tidskrift för Finland 1995;80:64–84.
- 11 Statistics on Women and the Criminal Justice System. <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs2/s95women03.pdf>.
- 12 Crime in the United States 2003. http://www.fbi.gov/ucr/cius_03/pdf/toc03.pdf
- 13 Homicide trends in the U.S. <http://www.ojp.usdoj.gov/bjs/homicide/gender.htm#osex> <http://www.ojp.usdoj.gov/bjs/glance/vsx2.htm>.
- 14 Widom SC. The Cycle of Violence. Science 1989;244:160–6.
- 15 Monahan J. Risk Assessment of Violence Among the Mentally Disordered: Generating Useful Knowledge. Int J Law Psychiatry 1988;11:249–57.
- 16 Bonta J, Law M, Hanson K. The Prediction of Criminal and Violent Recidivism among Mentally Disordered Offenders: a Meta-analysis. Psychol Bull 1998;123:123–42.
- 17 Kivivuori J. Patterns of criminal homicide in Finland. Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos. Helsinki: Hakapaino Oy 1999.
- 18 Weizmann-Henelius G, Viemerö V, Eronen M. The violent female perpetrator and her victim. Forensic Sci Int 2003;133:197–203.
- 19 Homicidal women in Finland 1982–1992. <http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/laa/kl/in/vk/putkonen/homicida.pdf>.
- 20 Putkonen H, Collander J, Honkasalo M-L, Lönnqvist J. Personality disorders and psychoses form two distinct subgroups of homicide among female offenders. J Forensic Psych 2001;12:300–12.
- 21 Putkonen H, Collander J, Honkasalo M-L, Lönnqvist J. Finnish female homicide offenders 1982–1992. J Forensic Psychiatry 1998;9:672–84.
- 22 Haapasalo J, Petäjä S. Mothers Who Killed or Attempted to Kill Their Child: Life Circumstances, Childhood Abuse, and Types of Killing. Violence Vict 1999;14:219–39.
- 23 Weizmann-Henelius G, Viemerö V, Eronen M. Psychopathy in Violent Female Offenders in Finland. Psychopathology 2004;37:213–21.
- 24 Hare RD. The Hare Psychopathy Checklist – Revised (PCL-R). 2nd Edition. Toronto: Multi-Health System, 2003.
- 25 Salekin RT, Rogers R, Ustad KL, Sewell KW. Psychopathy and recidivism among female inmates. Law Hum Behav 1998;22:109–28.
- 26 Putkonen H, Komulainen EJ, Virkkunen M, Eronen M, Lönnqvist J. Risk of Repeat Offending Among Violent Female Offenders With Psychotic and Personality Disorders. Am J Psychiatry 2003;160:947–51.
- 27 Eronen M, Hakola P, Tiihonen J. Factors Associated with Homicide Recidivism in a 13-Year Sample of Homicide Offenders in Finland. Psychiatr Serv 1996;47:403–6.
- 28 Putkonen H, Komulainen EJ, Virkkunen M, Lönnqvist J. Female homicide offenders have greatly increased mortality from unnatural deaths. Forensic Sci Int 2001;119:221–4.
- 29 Paanila J, Eronen M, Hakola P, Tiihonen J. Aging and homicide rates. J Forensic Sci 2000;45:390–1.
- 30 Honkatukia P. Sopeutuvat tytöt? Sukupuoli, sosiaalinen kontrolli ja rikokset. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 152, 1998.
- 31 Kivivuori J. Helsingin nuorten omaisuus-, vahingonteko- ja huumerikollisuus 1992 ja 2002. Raportissa: Kivivuori J, Savolainen J. Helsingin nuoret rikosten uhreina ja tekijöinä. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 204, 2003.
- 32 Heigård C. Criminality, Sex and Class. Artikkelikokoelmassa: Bishop N, ed. Scandinavian Criminal Policy & Criminology 1985–1990. Tukholma: Scandinavian Council for Criminology, 1990.
- 33 Yksikin lyönti on liikaa. <http://www.stakes.fi/sexviolence/exp/morsiansuomi.doc>.
- 34 Demeter-projekti. <http://www.mariainstituutti.fi/>.

Hanna Putkonen

LT, tutkija, osastonylilääkäri

Vanhan Vaasan sairaala

Hus, psykiatrian klinikka

Jutta Collander

PsM, tutkija

Vanhan Vaasan sairaala

Kiitokset

Kiitämme Tuomo Niskasta Tilastokeskuksesta ja

Sari Lamminahoa avusta.

English summary

Female homicide in Finland

In Finland, the proportion of female homicide perpetrators increased from 9% between 1977 and 1990 to 11% between 1991 and 2004. The results of a study of official records of all the 132 Finnish women who underwent forensic psychiatric examination subsequent to committing homicide or attempted homicide during the years 1982–1992 are reported. Most female homicide offenders were not psychotic, a third suffered from a B-cluster personality disorder (mainly antisocial or borderline), and almost a half had alcohol dependence/abuse. The homicide usually involved a conflict with an intimate partner or extensive hardships. Children were quite frequent victims of female offenders and in these cases the offender was often psychotic. Female homicide offenders did not thrive in follow-up, either, but were apt to commit new offences and die violently. Because previous violence, substance use disorder/abuse and psychiatric disease (psychotic or personality disorder) form a combination increasing the risk of violence, the care of this group of people should be prioritized and of first-class quality.

Hanna Putkonen

M.D., Ph.D., Head of Department
Hospital District of Helsinki and Uusimaa,
Psychiatric Clinic
Vanha Vaasa hospital
hanna.putkonen@hus.fi

Jutta Collander

Psychologist
Vanha Vaasa hospital