

707

**KRIMINAALIPOTILAIDEN EPÄSUOTUISAT
LAPSUUDENKOKEMUKSET JA AIKUISIÄN DEPRESSIIVISYYS
KIINTYMYSSUHDETEORIAN VALOSSA**

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO
Psykologian laitos
PL 35
40351 Jyväskylä

Tekijä: Alice Fischer
Ohjaaja: Jaana Haapasalo
Psykologian pro gradu-tutkielma
Jyväskylän yliopisto, syksy 1997
57 sivua, 9 liitettä

Kriminaalipotilaiden epäsuotuisat lapsuudenkokemukset ja aikuisiän depressiivisyys kiintymyssuhdeteorian valossa

Tiivistelmä

Kiintymyssuhdeteorian mukaan aikuisiällä esiintyvät psyykkiset häiriöt ovat yhteydessä epäsuotuisiin lapsuudenkokemuksiin ja yksilön kyvyttömyyteen luoda pysyvää ja turvallista kiintymyssuhdetta ensimmäiseen kiintymyshahmoonsa eli vanhempaansa. Lapsena koettu väkivalta ja laiminlyönti saattavat johtaa turvattomaan kiintymyssuhteeseen ja kielteisten sisäisten olettamusten muodostumiseen itsestä ja toisista ihmisistä. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella valtion psykiatrisessa sairaalassa hoidossa olevien kriminaalipotilaiden varhain muodostuneita kiintymyssuhteita ja niiden yhteyttä lapsena koettuun fyysiseen väkivaltaan, vanhempien hyljeksivään suhtautumiseen, varhaisiin huonoihin kasvatuskäytäntöihin, lapsuudenkodin riittäisyyteen ja epävakaaisuuteen. Lisäksi tutkimuksessa tarkasteltiin kriminaalipotilaiden depressiivisyyttä kiintymyssuhdeteorian valossa. Tutkimukseen osallistui 36 miestä, jotka oli jätetty syytteenalaisesta teosta tuomitsematta ymmärrystä vailla. Lapsuutta koskeva tieto kerättiin asiakirjoista. Depressiivisyys arvioitiin sekä tutkimushenkilön itsensä täyttämällä Beck Depression Inventory-kyselyllä että henkilökohtaisen hoitajan täyttämällä Hamilton Depression Scale-kyselyllä. Varhain muodostuneita kiintymyssuhteita arvioitiin Adult Attachment Interview-haastattelulla. Tutkimushenkilöistä 42% oli kokenut fyysistä väkivaltaa ja 31% hyljeksintää lapsuudessaan. Lapsuudenkodin kasvatuskäytännöt olivat olleet huonot 42%:lla, koti riitaisa 39%:lla ja 50% tutkimushenkilöistä oli kasvanut epävakaissa olosuhteissa. Depressiivisyyttä ei tutkimushenkilöillä juurikaan esiintynyt, mutta he arvioivat itsensä depressiivisemmiksi kuin henkilökohtaiset hoitajat heidät arvioivat. Tässä tutkimuksessa ei voitu havaita yhteyttä epäsuotuisten lapsuudenkokemusten, kiintymyssuhteen eri perustyyppien ja subjektiivisesti koettujen depressiivisten oireiden välillä. Tutkimus kuitenkin tuki aikaisempia rikoksenteekijöiden varhaisia kiintymyssuhteita koskevia tutkimuksia. Valtaosa kriminaalipotilaista oli kiintymykseltään turvattomia ja Ds-tyyppi osoittautui kolmesta kiintymyssuhteen perustyyppistä yleisimmäksi. E-tyyppi, joka aikaisemmissa tutkimuksissa on liitetty erityisesti depressiivisiin oireisiin, oli otoksessa huomattavasti havainaisempi kuin muut kiintymyssuhteen perustyyppit.

Avainsanat: kriminaalipotilaat - lapsena koettu väkivalta - depressiivisyys - kiintymyssuhdeteoria

Childhood adversities and adulthood depression of insane acquittees in the light of attachment theory

Abstract

According to attachment theory psychiatric disorders in adulthood are connected to childhood adversities and to a person's inability to create stable and secure attachment to his first attachment figure, in other words to his parent. Childhood abuse and neglect may lead to insecure attachment and a negative internal representational model of the self and others. The objective of this study was to examine the early attachment of those acquitted due to insanity and the association between early attachment and physical abuse, rejection, poor disciplines, family conflicts and instability in childhood. Moreover, the depression of those acquitted due to insanity was viewed in the light of attachment theory. The study was conducted at a state psychiatric hospital housing former criminal defendants who had been found not guilty by reason of insane. The sample consisted of 36 insane acquittees. Assessments of childhood adversities were based on filed data. The subjective depression was rated using the Beck Depression Inventory (BDI) and the objective depression was rated using the Hamilton Depression Inventory (HDS). Attachment strategy assessments were made on the basis of the Adult Attachment Interview. The findings showed that physical abuse, rejection, poor disciplines, family conflicts and instability in childhood were experienced by 42%, 31%, 42%, 39% and 50% of the insane acquittees, respectively. Depression was at minimum within this sample, but the subjective ratings of depression (BDI) were higher than the objective ratings (HDS). There was no significant association between childhood adversities, attachment strategies and subjective depression. However, like previous studies concerning violent offenders show, the vast majority of insane acquittees were insecure in their attachment and the Ds-strategy was the most common. The E-strategy, previously associated with depression was, as expected, less common in this sample than other strategies.

Keywords: insane acquittees - violence in childhood - depression - attachment theory

Kriminaalipotilaiden epäsuotuisat lapsuudenkokemukset ja aikuisiän depressiivisyys kiintymyssuhdeteorian valossa

Lapsena koetulla väkivallalla ja laiminlyönnillä on todettu olevan yhteyttä myöhempään antisosiaaliseen, aggressiiviseen ja väkivaltaiseen käyttäytymiseen (Lewis, Mallouh, & Webb, 1989; Widom, 1989a, 1989b). Varhain koettu väkivalta ja laiminlyönti saattavat liittyä ulospäin suuntautuvien käyttäytymispiirteiden (externalizing) lisäksi myös sisään-päin suuntautuviin käyttäytymispiirteisiin (internalizing) (Widom, 1989c; Malinosky-Rummell & Hansen, 1993), kuten depressiivisyyteen myöhemmällä iällä (Brewin, Andrews, & Gotlib, 1993; Bemporad & Romano, 1993; Holmes & Robins, 1988).

Monissa rikoksentekijöiden lapsuutta koskevissa tutkimuksissa on havaittu, että lapsuuden väkivalta- ja laiminlyöntikokemukset ja muut ongelmat lapsuudenperheessä ovat varsin yleisiä väkivaltarikollisilla (Lewis ym., 1985, 1988, 1989, 1994; Widom, 1989a, 1989b). Widom (1989a) havaitsi tutkimuksessaan, että väkivaltaa ja laiminlyöntiä lapsuudessaan kokeneet miehet olivat kontrolliryhmään verrattuna syyllistyneet useammin väkivaltarikoksiin. Vaikka Lewisin ym. (1985) tutkimuksessa tappoon syyllistyneet rikoksentekijät eivät selvästi eronneet varhaisissa väkivaltakokemuksissaan ei-väkivaltaisista rikoksentekijöistä, he olivat kokeneet paljon vakavaa fyysistä väkivaltaa lapsuudessaan. Edelleen Lewis ym. (1988) vertasivat keskenään tappoon syyllistyneitä, väkivaltaisia ja ei-väkivaltaisia rikoksentekijöitä. Tappoon syyllistyneet rikoksentekijät eivät eronneet merkittävästi muista väkivaltaisista rikoksentekijöistä varhaisissa väkivaltakokemuksissa. Ei-väkivaltaisiin rikoksentekijöihin verrattuna tappoon syyllistyneiden rikoksentekijöiden lapsuudenperheissä oli kuitenkin enemmän väkivaltaisuutta. Tutkimustensa perusteella Lewis ym. (1988) olettivatkin, että erittäin vakaviin ja toistuviin rikoksiin syyllistyvillä rikoksentekijöillä saattoi olla huomattavia ongelmia lapsuudenperheessään.

Vaikka depressiivisyys on monien tutkimusten mukaan eräs olennainen piirre väkivaltaisilla henkilöillä (Rosenbaum & Bennett, 1986; Maiuro, Cahn, Vitaliano, Wagner & Zegree, 1988; Maiuro, O'Sullivan, Michael, Vitaliano, 1989), rikoksentekijöiden depressiivisyyttä koskevaa tutkimustietoa on hyvin vähän. Suomalaisten vankilatuomiotaan

kärsivien rikoksenteekijöiden terveyttä käsittelevässä laajassa tutkimuksessa suomalaisilta vangeilta tiedusteltiin heidän kokemiaan psyykkisiä oireita (Joukamaa, 1991). Yleisimmin koettuja oireita hermostuneisuuden ja jännittyneisyyden lisäksi olivat alakuloisuus ja masentuneisuus. Samoin Cooperin ja Livingstonen (1991) pilottitutkimuksessa vankilatuumiotaan kärsivät rikoksenteekijät olivat hyvin depressiivisiä.

Psykiatrisessa sairaalahoidossa olevilla kriminaalipotilailla skitsofrenia -diagnoosi on todettu yleisemmäksi kuin vakava mielialahäiriö (major affective disorder) (Apter ym., 1991; Kunjukrishnan & Varan, 1992). Apter ym. (1991) tutkivat 98 valtion oikeuspsykiatrisessa sairaalassa hoidossa olevan kriminaalipotilaan asiakirjoissa esiintyvät diagnoosit. Asiakirjoista ilmeni, että vain kuudella (6%) potilaalla oli mielialahäiriö, kun diagnoosin esiintyvyys kunnallisessa sairaalassa oli 15% - 20%. Apterin ym. (1991) mukaan se, että depressiivisyyttä ei kriminaalipotilailla juurikaan esiintynyt, saattoi johtua persoonallisuuden rakenteesta piilevästä häiriöstä, joka ehkäisi depressiivisten oireiden ilmene- mistä. Saattoi olla myös niin, että nämä potilaat eivät kyenneet kokemaan ja osoittamaan depressiivisiä tunteitaan depressiiviselle henkilölle ominaisella tavalla vaan käyttäytymällä aggressiivisesti joko itseään tai toisia ihmisiä kohtaan. On myös oletettu, että depressiiviset oireet saattavat peittyä aggressiivisuuden lisäksi myös alkoholin ja huumeiden käytön, antisosiaalisen käyttäytymisen, seksuaalisten perversioiden ja somaattisten oireiden taustalle (Good, 1978).

Tämän tutkimuksen teoreettisena lähtökohtana on kiintymyssuhdeteoria, jonka mukaan aikuisiällä esiintyvät psyykkiset häiriöt ovat yhteydessä epäsuotuisiin lapsuudenkokeuksiin ja yksilön kyvyttömyyteen luoda pysyvää ja turvallista kiintymyssuhdetta ensimmäiseen kiintymyshahmoonsa eli vanhempaansa (Bowlby, 1988a; Bowlby, 1988b; Cicchetti & Greenberg, 1991; Cicchetti, Toth, & Lynch, 1995; Jones, 1996; Sroufe, 1988). Lapsi muodostaa ensimmäisen kiintymyssuhteensa perusteella sisäisiä olettamuksia itsestään (arvokas ja kelvollinen saamaan huolenpitoa osakseen vs. arvoton ja kelvoton saamaan tarvitsemaansa huolenpitoa) ja toisista ihmisistä (luotettava, lähestyttävä, huoltapitävä ja vastaanottava vs. epäluotettava, luoksepääsemätön, välinpitämätön ja torjuva) (Bowlby, 1988a, 1988b). Lapselle, joka on kokenut ensimmäisen kiintymyshahmonsa pysyvänä ja saanut huolenpitoa osakseen, kehittyvät sisällöltään myönteiset sisäiset olettamukset itsestä ja toisista ihmisistä (Ainsworth, 1989). Nämä kokemukset johtavat turvalliseen kiintymyssuhteeseen. Sen sijaan ensimmäisen kiintymyshahmonsa torju-

vana ja kylmänä kokeneen lapsen sisäiset olettamukset itsestä ja toisista ihmisistä kehittyvät sisällöltään kielteisiksi, jolloin seurauksena on turvaton kiintymyssuhde.

Kiintymyssuhdeteorian mukaan lapsuuden epäsuotuisat kokemukset, kuten vanhemman lapseensa kohdistama väkivalta tai laiminlyönti, voivat johtaa turvattomaan kiintymyssuhteeseen ja kielteisten sisäisten olettamusten muodostumiseen itsestä ja toisista (Crittenden, 1988, 1990; Crittenden & Ainsworth, 1989; Lynch & Cicchetti, 1991). Väkivaltaa tai laiminlyöntiä kokeneilla lapsilla on taipumusta nähdä itsensä arvottomina ja kelvottomina ja kiintymyshahmonsa vaativana, torjuvana ja vihamielisenä (Crittenden, 1988). Nämä vääristyneet sisäiset olettamukset ovat eräänlaisia selviytymiskeinoja, joiden avulla turvattomasti kiintyneet lapset pyrkivät minimoimaan kiintymyshahmonsa väkivaltaisen, laiminlyövän ja torjuvan käyttäytymisen todennäköisyyttä (Cicchetti, Cummings, Greenberg, & Marvin, 1990).

Turvallisesti ja turvattomasti kiintyneiden pienten lasten käyttäytymiseroja on tutkittu sekä luonnollisissa olosuhteissa kotona että ns. Strange Situation -koeasetelmalla (Ainsworth, 1989). Lapsen ja äidin välille luotiin hetkellinen erotilanne, jonka jälkeen äiti palasi lapsensa luo. Lapsen reaktioita tarkasteltiin erotilanteen aikana ja äidin palattua. Tutkimuksissaan havaitsemiensa lasten käyttäytymiserojen perusteella Ainsworth (1989) on jakanut ensimmäisen kiintymyssuhteen kolmeen tyyppiin. Turvallisesti kiintyneet (secure) lapset pyrkivät aktiivisesti ylläpitämään läheisyyttä äiteihinsä erotilanteen jälkeen. Turvattomasti kiintyneet lapset joko aktiivisesti välttelivät vuorovaikutusta äitiensä kanssa (anxious-avoidant) tai pyrkivät läheisyyteen äitiensä kanssa, mutta samalla osoittivat suuttumusta äitejään kohtaan ja heitä oli vaikea tyyntytellä (anxious-ambivalent). Jokaisen näiden kolmen erilaisen reagoitavan on ajateltu kuvastavan ensimmäisestä kiintymyshahmosta muodostuneita erilaisia sisäisiä olettamuksia, jotka ohjaavat lapsen havaintoja ja käyttäytymistä. Vuorovaikutusta välttelevien lasten käyttäytymiselle on ominaista emotionaalinen välinpitämättömyys, empatiakyvyttömyys sekä vihamielinen ja antisosiaalinen käyttäytyminen (Alexander, 1992). Äiteihinsä ambivalentisti suhtautuvat lapset hakevat herkästi huomiota ja heidän käyttäytymiselleen tyypillisiä piirteitä ovat impulsiivisuus, jännittyneisyys, passiivisuus ja avuttomuus.

Varhain muodostuneille sisäisille olettamuksille itsestä ja muista on ominaista jatkuvuus läpi elämän ja niiden oletetaan olevan keskeisessä asemassa myös myöhemmissä vuorovaikutussuhteissa (Ainsworth, 1989; Bowlby, 1988a, 1988b; Main, Kaplan, &

Cassidy, 1985). Aikuisiän kiintymyssuhteita koskevat tutkimukset perustuvat Adult Attachment Interview -haastattelumenetelmään (George, Kaplan, & Main, 1985). AAI:n avulla on mahdollista arvioida, miten varhaisiin kokemuksiin liittyvät ajatukset, muistot ja tunteet ovat järjestäytyneet aikuisen henkilön mielessä. Näiden ajatusten, muistojen ja tunteiden yhtenäisyyden oletetaan liittyvän varhain muodostuneeseen turvalliseen kiintymyssuhteeseen ja aikuisiän toimiviin vuorovaikutussuhteisiin (Allen, Hauser, & Borman-Spurell, 1996; West, Rose, & Sheldon, 1993). Sen sijaan varhain muodostunutta turvattonta kiintymyssuhdetta heijastava ajatusten, muistojen ja tunteiden epäyhtenäisyys saattaa altistaa erilaisille psyykkisille häiriöille heikentämällä sekä valmiutta muodostaa tyydyttäviä sosiaalisia suhteita että kykyä tarkoituksenmukaisesti arvioida ja ymmärtää sosiaaliseen vuorovaikutukseen liittyviä asioita.

Main (1990, 1991, 1996) olettaa, että on olemassa kolme varhaisessa kiintymyssuhteessa muodostunutta perusstrategiaa, joiden perusteella henkilö reagoi lapsuudenkokemuksiinsa. Nämä kolme perusstrategiaa ovat autonominen (secure-autonomous, F), torjuva (insecure-dismissing, Ds) ja juuttunut (insecure-preoccupied, E). Perusstrategiat ovat verrattavissa Ainsworthin (1989) esittämiin varhaislapsuuden kiintymyssuhdetyyppeihin turvallinen, välttelevä ja ambivalentti. Autonominen eli F-tyyppinen primaaristrategia perustuu oletukseen, että ensimmäinen kiintymyshahmo on ollut saatavilla ja hän on reagoinut herkästi lapsensa tarpeisiin (Main, 1990, 1991, 1996). AAI:ssa tällaista strategiaa käyttävä henkilö palauttaa helposti mieleensä varhaisia kokemuksiaan ja kykenee käsittelemään sekä myönteisiä että kielteisiä kokemuksiaan objektiivisesti.

Jos ensimmäinen kiintymyshahmo ei ole ollut saatavilla tai hän ei ole riittävällä tavalla reagoinut lapsensa tarpeisiin, turvallisen primaaristrategian tilalle kehittyvät turvattomat sekundaaristrategiat (Main, 1990, 1991, 1996). Torjuvan eli Ds-tyyppisen sekundaaristrategian taustalla on oletettavasti välinpitämätön tai torjuva ensimmäinen kiintymyshahmo. AAI:ssa tällaista strategiaa käyttävän henkilön on vaikea palauttaa mieleensä lapsuudenkokemuksiaan ja niihin liittyviä erityisiä muistoja. Hän on taipuvainen idealisoimaan vanhempien käyttäytymistä, mutta hän ei kuitenkaan kykene löytämään konkreettisia esimerkkejä varhaisista kokemuksistaan ja palauttaa huonosti mieleensä episodista eli lapsuuden tapahtumia koskevaa tietoa. Juuttuneen eli E-tyyppisen sekundaaristrategian taustalla on oletettavasti lapsensa tarpeisiin epäjohdonmukaisesti reagoinut ensimmäinen kiintymyshahmo. AAI:ssa tällaista strategiaa käyttävän henkilön varhaiset

kokemukset ovat häntä tunteenomaisesti hallitsevia siten, että hän ei saa niihin etäisyyttä eikä kykene kuvailemaan niitä semanttisesti vaan hän hyppelehtii tunteen viemänä asiasta toiseen ja palauttaa runsaasti mieleensä erilaista episodista tietoa.

Turvattoman kiintymyssuhteen on todettu olevan yleinen sekä nuorilla (Allen ym., 1996; Rosenstein & Horowitz, 1996) että aikuisilla psykiatrisilla potilailla (Dozier, 1990; Dozier & Lee, 1995; Fonagy ym., 1996; Patrick, Hobson, Castle, Howard, & Maughan, 1994; Pianta, Egeland, & Adam, 1996). Vaikka psykiatristen potilaiden perustrategioita koskeva tutkimustieto on vielä varsin vähäistä (Holmes, 1993), voidaan tehtyjen tutkimusten perusteella olettaa, että eri perustrategiat ja eri tyyppiset psyykkiset oireet saattavat olla yhteydessä toisiinsa (Cole-Detke & Kobak, 1996). Monissa tutkimuksissa on havaittu, että erityisesti E-tyyppinen perustrategia liittyy depressiivisyyteen (Carnelley, Pietromonaco, & Jaffe, 1994; Cole-Detke & Kobak, 1996; Dozier, 1990; Dozier & Lee 1995; Kobak, Sudler, & Gamble, 1991) ja muihin psyykkisiin häiriöihin, joissa käyttäytyminen on suuntautunut sisäänpäin (Rosenstein & Horowitz, 1996). Rosenstein ja Horowitz (1996) tutkivat 60:n psykiatrisessa sairaalahoidossa olevan potilaan kiintymyssuhteisiin liittyvien perustrategioiden, psyykkisten häiriöiden ja persoonallisuuspiirteiden välisiä yhteyksiä. E-tyyppinen perustrategia oli ominainen depressiivisille potilaille. Potilaat, jotka kielsivät vaikeutensa ja joiden käyttäytyminen suuntautui ulospäin toisiin ihmisiin, olivat perustrategioiltaan Ds-tyyppisiä. Ds-tyypin perustrategia oli yhteydessä mm. antisosiaaliseen ja narsistiseen persoonallisuushäiriöön. Lisäksi harhaluuloisuuden, hallusinaatioiden, epäluuloisuuden ja psykoottisuuden on todettu olevan yhteydessä Ds - tyyppiseen perustrategiaan (Dozier, 1990; Dozier & Lee, 1995).

Rikoksenteijöiden kiintymyssuhteita koskeva tutkimustyö on vasta aluillaan. Alustavat tutkimukset kuitenkin osoittavat, että turvaton kiintymyssuhde on huomattavan yleinen rikoksenteijöillä (Allen ym., 1996; Hudson & Ward, 1997; Ward, Hudson, & Marshall, 1996). Ward, Hudson ja Marshall (1996) tarkastelivat pilottitutkimuksessaan neljän eri rikoksenteijätyypin (lasten seksuaaliseen hyväksikäyttöön syyllistyneet rikoksenteijät, raiskaukseen syyllistyneet rikoksenteijät, väkivaltarikolliset, ei-väkivaltarikolliset) varhain muodostuneita kiintymyssuhteita ja perustrategioita. Valtaosa tutkimukseen osallistuneista rikoksenteijöistä oli kiintymykseltään turvattomia. Ei-väkivaltarikolliset olivat rikoksenteijätyypeistä turvallisimmin kiintyneitä. Erityisesti väkivaltarikollisilla turvallinen kiintymyssuhde oli harvinainen ja heillä esiintyi selvästi eniten Ds-tyypin pe-

russtrategiaa. Tutkijoiden mukaan olikin mahdollista, että perusstrategiatyyppin ja rikostyyppin välillä saattoi olla yhteyttä.

Tämä tutkimus oli osa laajempaa Jyväskylän yliopistossa toteutettavaa tutkimusprojektia, jonka tarkoituksena oli tutkia väkivalta- ja laiminlyöntikokemusten yhteyttä epäsoviaisuuden ja rikollisuuden kehitykseen. Lisäksi tämä tutkimus liittyi Sosiaali- ja terveysministeriön tutkimus- ja kehittämiskeskuksen (STAKES) valtakunnalliseen tutkimusprojektiin, jossa selvitettiin depressiivisyyden esiintyvyyttä ja eri näkökohtia erilaisissa ryhmissä. Käsillä olevassa tutkimuksessa tarkasteltiin psyykkisen sairautensa vuoksi rikoksestaan tuomitsematta jätettyjen kriminaalipotilaiden lapsena kokemaa fyysistä väkivaltaa, hyljeksivää suhtautumista, varhaisia kasvatuskäytäntöjä, lapsuudenkodin riittävyyttä ja epävakaisuutta ja niiden yhteyttä eri rikostyyppisiin. Mielenkiinnon kohteena oli myös se, kuinka yleisiä depressiiviset oireet olivat tarkasteltavassa ryhmässä ja olivatko ne yhteydessä lapsena koettuun fyysiseen väkivaltaan, hyljeksintään ja muihin lapsuudenperheessä ilmeneviin ongelmiin. Tutkimuksessa tarkasteltiin lisäksi kriminaalipotilaiden varhain muodostuneita kiintymyssuhteita ja perusstrategioita ja niiden yhteyttä edellä mainittuihin epäsuotuisiin lapsuudenkokemuksiin. Kriminaalipotilaiden depressiivisyyttä pohdittiin kiintymyssuhdeteorian näkökulmasta.

Menetelmä

Tutkimushenkilöt

Tutkimukseen osallistui 36 miestä, jotka oli jätetty mielentilatutkimuksen jälkeen psyykkisen sairautensa perusteella rikoksestaan tuomitsematta ymmärrystä vailla ja jotka olivat tutkimushetkellä hoidettavina valtion psykiatrisessa sairaalassa tahdostaan riippumatta. Suomen tuomioistuin voi määrätä rikoksesta syytetyn henkilön mielentilatutkimukseen ja jättää syyntakeettomaksi toteamansa henkilön tuomitsematta. Terveystieteiden tutkimuskeskus määrää psyykkisesti sairaaksi todetun syyntakeettoman rikoksentekijän hoitoon, jos edellytykset määrätä hänet tahdostaan riippumattomaan hoitoon ovat olemassa mielentilatutkimuksen päättyessä.

Tutkimushenkilöt oli valittu harkinnanvaraisesti sairaalan 110 potilaasta. Osallistujien iän vaihteluväli oli 21 - 52 vuotta ($M = 37.94$; $SD = 9.41$). Otos oli demografisilta tekijöiltään varsin homogeeninen (Taulukko 1). Suurin osa tutkimushenkilöistä (89%) oli naimattomia. Tutkimushenkilöistä jokainen oli saanut ainakin jonkinasteista peruskoulutusta, mutta puolella heistä ei ollut mitään ammattikoulutusta ja kolmasosalla oli ammatikoulu jäänyt kesken. Tutkimushenkilöistä hieman yli puolet oli ollut työntekijöitä, noin kolmasosa psyykkisen sairauden vuoksi eläkkeellä joko määräaikaista tai toistaiseksi ja kolme oli opiskellut ennen syyntakeettomana tekemäänsä rikosta.

Sosiaali- ja terveysministeriön tutkimus- ja kehittämiskeskuksen (STAKES) tutkimuseettinen lautakunta myönsi luvan tutkimuksen tekemiseen (Liite 1). Hoitavat lääkärit arvioivat yhdessä tutkijan kanssa 72 (65%) potilaan kykenevän psyykkisen vointinsa perusteella osallistumaan tutkimukseen. Näistä potilaista 43 (60%) suostui. Tutkimukseen suostuneet potilaat allekirjoittivat informoidun suostumuksen, jossa he myös antoivat luvan tutkia heitä koskevat asiakirjat (Liite 2). Otokseen näistä potilaista valittiin 36 (84%). Otoksen ulkopuolelle jätettiin kolme (7%) naista ja neljä (9%) potilasta, jotka olivat hoidossa vaarallisuutensa tai vaikeahoitoisuutensa takia mutta eivät olleet tehneet mitään rikosta.

Kaikki tutkimushenkilöt olivat psykoottistasoisesti sairaita. Heistä 32 (89%) sairasti skitsofreniaa, jonka paranoidinen muoto oli diagnosoitu heistä yli puolelle (56%). Neljällä (11%) tutkimushenkilöllä oli harhaluuloisuushäiriö.

Tutkimushenkilöt luokiteltiin päärikostyypeihin vakavinta rikosta vastaavan keskimääräisen vankilatuomion pituuden mukaan (Aho, 1997) (Taulukko 2). Neljäsosa tutkimushenkilöistä oli jätetty taposta tai murhasta tuomitsematta ymmärrystä vailla. Tapon tai murhan yritykset mukaanlukien henkeen kohdistuvia rikoksia oli lähes puolella tutkimushenkilöistä. Väkivaltarikosten osuus otoksessa oli huomattava (75%) ja lisäksi muita rikoksia (tuhotyö, ryöstö, muu omaisuusrikos) tehneistä viidellä (56%) oli aikaisempia väkivaltarikoksia. Aikaisempaa rikollisuutta oli 22 (61%) tutkimushenkilöllä, joista väkivaltarikoksia oli viidellä (23%), omaisuusrikoksia yhdeksällä (41%) ja molempia kahdeksalla (36%).

Taulukko 1. Tutkimushenkilöiden siviilisääty, koulutustausta ja ammattiasema (N = 36)

	f	%
Siviilisääty		
Naimaton	32	88.9
Naimisissa	2	5.6
Eronnut	2	5.6
Peruskoulutus		
Kansakoulu	11	30.6
Osa oppikoulua/peruskoulua	11	30.6
Oppikoulu/peruskoulu	9	25.0
Osa lukiota	2	5.6
Lukio	3	8.3
Ammattikoulutus		
Ei ammattikoulutusta	18	50.0

(jatkuu)

Taulukko 1. (jatkuu)

	f	%
Osa ammattikoulua	12	33.3
Ammattikoulu	4	11.1
Osa yliopistoa/korkeakoulua	1	2.8
Yliopisto/korkeakoulu	1	2.8
Ammattiasema		
Opiskelija	3	8.3
Työntekijä	20	55.6
Eläkeläinen	13	36.1

Taulukko 2. Vankilatuomion pituuden mukaan luokiteltu päärikos (N = 36)

Päateko	f	%
Tappo/murha	9	25.0
Tapon/murhan yritys	8	22.2
Pahoinpitely	8	22.2
Väkisinmakaaminen	2	5.6
Tuhotyö	4	11.1
Ryöstö	1	2.8
Muu omaisuusrikos	4	11.1

Tutkimusmenetelmät ja keskeiset muuttujat

Taustatietolomake. Asiakirjatietojen perusteella tutkija täytti taustatietolomakkeen (Liite 3), jonka kysymykset koskivat tutkimushenkilön henkilötietoja, koulutusta ja ammattia, päädiagnoosia ja rikokseen liittyviä asioita. Rangaistusajan pituuden mukaan luokitelluista päärikoksista, jotka on esitetty Taulukossa 2, muodostettiin kaksi kaksi-

luokkaista muuttujaa. *Päärikos1* muodostettiin seuraavasti: (1) Henkirikos: tappo/murha, tapon/murhan yritys; (2) Muu rikos: pahoinpitely, väkisinmakaaminen, tuhotyö, ryöstö, muu omaisuusrikos. *Päärikos2* muodostettiin seuraavasti: (1) Väkivaltarikos: tappo/murha, tapon/murhan yritys, pahoinpitely, väkisinmakaaminen; (2) Omaisuusrikos: tuhotyö, ryöstö, muu omaisuusrikos.

Epäsuotuisat lapsuudenkokemukset. Kaikki tutkimushenkilöitä koskeva sairaalasta saatava asiakirjamateriaali ts. psykiatriset sairauskertomukset ja mielentilalausunnot käytiin läpi. Koska tutkimushenkilöiden lapsuutta koskeva asiakirjamateriaali oli määrällisesti ja sisällöllisesti hyvin vaihtelevaa, kaikki lapsuuden epäsuotuisia kokemuksia koskevat maininnat kirjattiin sellaisenaan myöhempää asiakirjamateriaalin laadullista analyysyä ja muuttujien muodostamista varten.

Tutkimushenkilöiltä ei suoraan kysytty epäsuotuisista lapsuudenkokemuksista, joita tuli kuitenkin esiin myöhemmin kuvatussa haastattelumuutuksessa. Kokonaiskuvan saamiseksi *epäsuotuisista lapsuudenkokemuksista* kaikki niihin liittyvä asiakirja- ja haastattelumateriaali liitettiin yhteen. Lapsuudessa koettua väkivaltaa ja laiminlyöntiä ja muita lapsuusperheen ongelmia koskevan kirjallisuuden perusteella muodostettiin viisi muuttujaa (esim. Barnett, Manly, & Cicchetti, 1993; Holmes & Robins, 1988; Fergusson, Horwood, Lynskey, 1994; Lauer & Lauer, 1991). Muodostetut dikotomisat muuttujat ja niiden kriteerit olivat seuraavat: (1) *lapsena koettu fyysinen väkivalta* (esiintyy vs. ei esiinny): kaikki fyysinen väkivalta, johon liittyi fyysisen kivun, jäljen tai vamman aiheuttaminen lapselle; (2) *lapsen kohdistunut hyljeksivä suhtautuminen* (esiintyy vs. ei esiinny): väheksymisestä, moittimisesta ja tyytymättömyydestä vihamielisyyteen, välinpitämättömyyteen, avoimeen ja julmaan kielteisyyteen; (3) *lapsuudenkodin huono kasvatuskäytäntö* (esiintyy vs. ei esiinny): kasvatus oli ollut epäjohdonmukaista, ankaraa tai välinpitämätöntä; (4) *lapsuudenkodin riitaisuus* (esiintyy vs. ei esiinny): vanhempien väliset ristiriitaisuudet ja (5) *lapsuudenkodin epävakaisuus* (esiintyy vs. ei esiinny): vanhemmat olivat eronneet tai toinen vanhemmista oli kuollut, jonka jälkeen perhekuvio oli pysynyt joko samana tai vaihdellut.

Koska asiakirja- ja haastattelumateriaalin arvioi tutkija yksin, arvioiden luotettavuuden varmistamiseksi vain selvät maininnat kustakin edellä mainitusta epäsuotuisasta lapsuudenkokemuksen muodosta otettiin huomioon.

Aikuisiän depressiivisyys. Tutkimushenkilöiden depressiivisyyttä arvioitiin kahdella kyselylomakkeella. *Beck Depression Inventory* -kyselylomakkeen (BDI) (Beck, Ward, & Mendelson, 1961) täyttivät tutkimushenkilöt itse (Liite 4). BDI mittaa ensisijaisesti depressiivisyyden kognitiivisia tekijöitä. *Hamilton Depression Scale* -kyselylomakkeen (HDS) (Hamilton, 1960, 1967) täytti tutkimushenkilön henkilökohtainen hoitaja (Liite 5). HDS on ensisijaisesti depressiivisyyteen liittyvien somaattisten oireiden mitta (Rabkin & Klein, 1987). Noin puolet BDI:n ja HDS:n muuttujista vastaavat toisiaan. Loput BDI:n muuttujista sisältävät asenteita ja käsityksiä koskien itseä ja tulevaisuutta. HDS:n jäljelle jäävät muuttujat liittyvät somaattisiin oireisiin. Psykiatrisilla potilailla tehdyissä tutkimuksissa BDI:n ja HDS:n kokonaispistemäärien keskiarvojen välinen korrelaatio on ollut keskimäärin .73 (Beck, Steer & Gardin, 1988).

Beck Depression Inventory -kyselylomake käsittää 21 osiota. Kustakin vastauksesta saa 0-3 pistettä ja vastausten pistemäärien kokonaissumma kuvaa depressiivisyyden vakavuusastetta seuraavasti: 0 - 10 ei depressiota, 11 - 18 lievä, 19 - 29 kohtalainen ja 30 - 63 vakava (Beck ym., 1961). Tutkittaessa psykiatrisia potilaita kyselylomakkeen sisäiseksi konsistenssiksi alfa -kertoimella laskettuna on saatu keskimäärin .86 (Beck, Steer & Garbin, 1988). Addington, Addington ja Maticka-Tyndale (1993) tutkivat hoidossa olevien skitsofreniapotilaiden depressiivisyyttä BDI:llä. Arvioitsijoiden välinen reliabiliteetti oli .91. Tässä tutkimuksessa kyselylomakkeen sisäinen konsistenssi alfa -kertoimella laskettuna oli .72.

Hamilton Depression Scale -kyselylomake on 17-osioinen. Kustakin vastauksesta saa 0 - 4 tai 0 - 2 pistettä ja vastausten pistemäärien kokonaissumma kuvaa depressiivisyyden vakavuusastetta seuraavasti: 0 - 10 ei depressiota, 11 - 18 lievä, 19 - 24 kohtalainen ja 25 - 50 vakava (Endicott, Cohen, Nee, Fleiss & Sarantakos, 1981). O'Hara ja Rehm (1983) vertasivat keskenään kokemattomien (kolme opiskelijaa) ja kokeneiden (neljä lääkäriä) arvioitsijoiden antamia HDS -arvioita. Kokemattomien arvioitsijoiden arviot olivat varsin päteviä verrattuna kokeneiden arvioitsijoiden antamiin arvioihin. Kokemattomien arvioitsijoiden välinen arvioitsijareliabiliteetti kappa -kertoimella laskettuna oli .76 ja kokeneiden .91. Craig, Richardson, Pass ja Bregman (1985) tutkivat HDS:n avulla hoidossa olevien skitsofreniapotilaiden depressiivisyyttä. Tutkimuksessa arvioitsijoiden välinen reliabiliteetti Pearsonin tulomomenttikorrelaatiokertoimella laskettuna oli .95. Tässä tut-

kimuksessa arvioitsijoiden yksimielisyyttä arvioitiin Spearmanin korrelaatiokertoimen avulla. Korrelaatio jäi alhaiseksi eikä se ollut tilastollisesti merkitsevä.

Aikuisiän kiintymyssuhteet. Aikuisiän kiintymyssuhteita arvioitiin *Adult Attachment Interview* -haastattelumenetelmällä, joka on semistrukturoitu haastattelumenetelmä (George, Kaplan, & Main, 1985). Haastattelu on käännetty suomen kielelle ja käännöksen on hyväksynyt haastattelukoulutusta antava Family Relations Institute Floridasta USA:sta. Haastateltavaa kehoitetaan kuvailemaan varhaista suhdettaan vanhempiinsa ja palauttamaan mieleensä tähän liittyviä muistoja ja tapahtumia lapsuudesta. Mielenkiinnon kohteena on se, kuinka yhtenäisesti tai epäyhtenäisesti henkilö kykenee palauttamaan mieleensä ja käsitteellistämään varhaisia kokemuksiaan. Haastattelu nauhoitetaan myöhemmää analyysiä varten. Käsikirjoitusten analysointivaiheessa varhain lapsuudessa muodostuneiden kiintymyssuhteiden olennaisia piirteitä pyritään tavoittamaan tarkastelemalla semanttisen (kielellisesti koodattu yleistynyt merkityksiä koskeva tieto) ja episodisen (erilaiset henkilökohtaiset tapahtumat ja asiat) muistin laatua.

Tässä tutkimuksessa aikuisiän kiintymyssuhteen laatu (turvallinen, turvaton) ja perusstrategiatyyppi (autonominen, torjuva, juuttunut) arvioitiin neljällä AAI-haastattelumenetelmästä valitulla kysymyksellä (Liite 6). Tutkimushenkilöitä pyydettiin miettimään viisi adjektiivia, jotka kuvasivat heidän suhdettaan äitiinsä lapsena ja viisi adjektiivia, jotka kuvasivat heidän suhdettaan isäänsä lapsena sekä kertomaan jokaiseen valitsemaansa adjektiiviin liittyvä muisto tai tapahtuma lapsuudesta. Perusstrategiatyyppi arvioitiin erikseen äidin ja isän kohdalta.

Haastattelukertomusten perusteella muodostettiin neljäloukkainen muuttuja nimeltä *perusstrategiatyyppi* seuraavasti: (1) Ds1-tyyppi: sekä semanttinen että episodinen kuvaus oli vähäistä ja niukkaa; (2) Ds2-tyyppi: semanttista kuvausta episodisten muistojen jäätyä hyvin niukoiksi ja yleisluonteisiksi, ominaista oli selvä idealisoiva sävy; (3) Ds-F-tyyppi: semanttinen kuvaus ei ollut ristiriidassa enemmän esiintyvien episodisten muistojen kanssa, myönteisten kokemusten lisäksi tuotiin esiin kielteisiä kokemuksia; (4) E-tyyppi: episodisia muistoja semanttisten kuvausten jäätyä vähäisiksi ja niukoiksi tai episodiin muistoihin tiukasti liittyneiksi (Liite 7). Ds1- ja Ds2-tyyppiset tutkimushenkilöt olivat perusstrategiatyypiltään torjuvia (Ds). Ds-F-tyyppisten henkilöiden haastattelukertomuksissa oli torjuvaan perusstrategiatyyppiin liittyvien piirteiden lisäksi piirteitä autonomisesta (F) perusstrategiatyypistä, mutta yhtään selvää autonomista perusstrategia-

tyyppiä ei haastattelukertomuksista löytynyt. E-tyyppiset tutkimushenkilöt olivat perusstrategiatyyppiltään juuttuneita (E).

AAI -haastattelumenetelmä on osoittautunut luotettavaksi tutkimusmenetelmäksi monissa aikaisemmissa tutkimuksissa. Bakermans-Kranenburgin ja van Ijzendoornin (1993) tutkimuksessa 83 äitiä haastateltiin kaksi kertaa. Eri henkilöt haastattelivat äitejä uudelleen kahden kuukauden kuluttua, jolloin 73% äideistä luokiteltiin oikein toisen haastattelukerran jälkeen ($\kappa = .63$). Benoit ja Parker (1994) haastattelivat 84 äitiä, joista 90% ($\kappa = .79$) luokiteltiin oikein puolentoista vuoden kuluttua. AAI:n ennustevaliditeetti on myös osoittautunut hyväksi (van Ijzendoorn, 1995). Lisäksi AAI:n perusteella tehtävä luokittelu on riippumaton älykkyydestä (Bakermans-Kranenburg & van Ijzendoorn, 1993; Rosenstein & Horowitz, 1993), sosiaalisesta suotavuudesta (Bakermans-Kranenburg & van Ijzendoorn, 1993) ja muistoista, jotka eivät liity varhaisiin kiintymyssuhteisiin.

Aikaisemmissa tutkimuksissa kolmea perusstrategiatyyppiä arvioitaessa arvioitsijat ovat olleet 70% - 100%:sti yksimielisiä (Allen ym., 1996; Bakermans-Kranenburg & van Ijzendoorn, 1993; Fonagy ym., 1996; Pianta ym., 1996). Bakermans-Kranenburg ja van Ijzendoorn (1993) tutkimuksessa arvioitsijat arvioivat toisistaan riippumatta 81% ($\kappa = .72$) tapauksista oikein. Allenin ym. (1996) psykiatristen potilaiden kiintymyssuhteita koskevassa tutkimuksessa 83% ($\kappa = .79$) tapauksista arvioitiin yhdenmukaisesti.

Tässä tutkimuksessa tutkijan lisäksi haastattelut arvioi kaksi tutkimuksen ulkopuolista arvioitsijaa. Arvioitsijoiden väliset reliabiliteetti-arvot olivat varsin yhdenmukaiset aikaisemmissa psykiatristen potilaiden kiintymyssuhteita koskevissa tutkimuksissa saatuihin reliabiliteetti-arvoihin. Tutkija ja ensimmäinen tutkimuksen ulkopuolinen arvioitsija arvioivat äidin kohdalla 89% ($\kappa = .84$) ja isän kohdalla 94% ($\kappa = .92$) tapauksista yhdenmukaisesti. Tutkija ja toinen tutkimuksen ulkopuolinen arvioitsija arvioivat äidin kohdalla 72% ($\kappa = .62$) ja isän kohdalla 69% ($\kappa = .55$) tapauksista yhdenmukaisesti. Ensimmäinen ja toinen tutkimuksen ulkopuolinen arvioitsija arvioivat äidin kohdalla 72% ($\kappa = .62$) ja isän kohdalla 63% ($\kappa = .50$) tapauksista yhdenmukaisesti.

Tutkimuksen kulku

Tutkija kävi läpi tutkimushenkilöiden asiakirjatiedot ja suoritti tutkimushenkilöiden haastattelut sen jälkeen, kun he olivat allekirjoittaneet kirjallisen suostumuksensa. Depressiivisyyttä koskevat kyselylomakkeet ja niiden täyttöohjeet toimitettiin tutkimushenkilöiden henkilökohtaisille hoitajille. Tutkimushenkilöt täyttivät depressiivisyyttään koskevan kyselylomakkeen (BDI) joko itse tai henkilökohtaisen hoitajansa avustuksella oman valintansa mukaan. Henkilökohtaiset hoitajat arvioivat tutkimushenkilöiden depressiivisyyttä täyttämällä kyselylomakkeensa (HDS) ensisijaisesti tutkimushenkilöitä haastatteleamalla, mutta lisäksi he saivat käyttää kaikkea saatavilla olevaa tietoa tutkimushenkilöistä.

Tilastolliset analyysit

Päärikoksista muodostettujen ryhmien välisiä eroja tarkasteltiin käyttämällä χ^2 -testiä ja riippumattomien otosten t-testiä. Pääkomponenttianalyysin avulla BDI -kyselylomakkeen 21 osiota pyrittiin tiivistämään muutamaan sisällöllisesti tulkittavaan pääkomponenttiin. Hierarkkisen regressioanalyysin avulla tarkasteltiin, selittivätkö sellaiset riippumattomat muuttujat kuin lapsuudessa koettu fyysinen väkivalta, lapseen kohdistunut hyljeksivä suhtautuminen, lapsuudenkodin kasvatuskäytännöt, riitaisuus ja epävakaisuus subjektiivisesti koettua depressiivisyyttä aikuisiällä. Eri perusstrategiatyyppien sekä eri epäsuotuisien lapsuudenkokemusten muotojen että subjektiivisesti koetun depressiivisyyden välisiä yhteyksiä tutkittiin χ^2 -testien avulla. Keskeisten muuttujien välisiä yhteyksiä tarkasteltiin käyttämällä korrelaatiokertoimia. Kaikki tilastolliset analyysit suoritettiin SPSS for Windows -ohjelmistolla.

Tulokset

Epäsuotuisat lapsuudenkokemukset

Asiakirja- ja haastattelutietojen perusteella lapsuudessaan fyysistä väkivaltaa oli kokenut 42% ja hyljeksintää 31% tutkimushenkilöistä. Lapsuudenkodin kasvatuskäytännöissä ilmeni joko epäjohtonmukaisuutta, ankaruutta tai välinpitämättömyyttä 42%:lla tutkimushenkilöistä, joista kahdella kolmasosalla (28%) kasvatus oli ollut ankaraa. Tutkimushenkilöistä 39%:lla oli ollut riitaisa koti. Puolet tutkimushenkilöistä oli elänyt epävakaisissa olosuhteissa, joissa vanhemmat olivat joko eronneet tai toinen heistä oli kuollut. Näistä henkilöistä puolella perhekuvio oli pysyvä ja puolella se vaihteli. Tarkasteltaessa näiden viiden epäsuotuisan lapsuudenkokemuksen muodon yhteistä määrällistä esiintymistä havaittiin, että tutkimushenkilöistä 89% oli kokenut ainakin yhtä muotoa lapsuudessaan (Taulukko 3).

Taulukko 3. Epäsuotuisien lapsuudenkokemusten muotojen määrällinen esiintyminen (N = 36)

Muotojen määrä	f	%
Ei yhtään	4	11.1
Yksi	12	33.3
Kaksi	6	16.7
Kolme	9	25.0
Neljä	3	8.3
Viisi	2	5.6

Tarkasteltaessa epäsuotuisten lapsuudenkokemusten muotojen eri yhdistelmiä mitään tiettyä yhdistelmää ei erityisesti tullut esiin (Liite 8). Fyysinen väkivalta liittyi lähes aina joihinkin muihin epäsuotuisiin lapsuudenkokemuksen muotoihin, ja vain yksi tutkimushenkilö oli kokenut ainoastaan fyysistä väkivaltaa lapsuudessaan. Hyljeksivä suhtautuminen esiintyi aina yhdessä joidenkin muiden epäsuotuisten lapsuudenkokemusten muotojen kanssa.

χ^2 -testit eivät osoittaneet tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä rikostyyppin ja lapsena koetun fyysisen väkivallan, hyljeksivän suhtautumisen, kasvatuskäytäntöjen, lapsuudenkodin riitaisuuden tai epävakaisuuden välillä. Henkirikoksen tehneet eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi muuntyyppisen rikoksen tehneistä epäsuotuisten lapsuudenkokemusten eri muodoissa. Myöskään väkivaltarikoksen tehneet eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi omaisuusrikoksen tehneistä.

Aikuisiän depressiivisyys

Kolme tutkimushenkilöä kieltäytyi täyttämästä BDI -kyselylomaketta ja yksi tutkimushenkilö jätettiin tarkastelun ulkopuolelle, koska tutkimushenkilön saama BDI -pistemäärä poikkesi huomattavasti muiden tutkimushenkilöiden BDI -pistemääristä. Tutkimushenkilöiden itsensä arvioimana heidän depressiivisyytensä oli keskimäärin lievää tasoa. BDI -pistemäärien vaihteluväli oli 0 - 26 (M = 12.47; SD = 7.40). Objektivisten arvioiden mukaan tutkimushenkilöillä ei voitu havaita depressiivisyyttä lainkaan. HDS -pistemäärien vaihteluväli oli 1 - 20 (M = 9.38; SD = 5.28). χ^2 -testi ei osoittanut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä subjektiivisesti ja objektiivisesti arvioidun depressiivisyyden välillä. Tutkimushenkilöt itse arvioivat itsensä selvästi useammin masentuneiksi kuin hoitajat (Taulukko 4). Keskeisimpiä depressiivisyyteen liittyviä subjektiivisesti koettuja oireita olivat rangaistuksen tunteet, epäonnistuminen elämässä, alhainen itsearvostus, tyytymättömyys omaan elämään ja syyllisyyden tunteet (Liite 9).

Taulukko 4. Depressiivisyyden esiintyminen tutkimushenkilöiden itsensä ja henkilökohtaisen hoitajan arvioimana (N = 32)

Taso	Oma arvio		Hoitaja	
	f	%	f	%
Ei depressiota	11	34.4	20	62.5
Lievä	13	40.6	10	31.3
Kohtalainen	8	25.0	2	6.3

Huom. Neljän tutkimushenkilön tiedot puuttuvat.

Pääkomponenttianalyysin avulla BDI -kyselylomakkeen 21 osiota tiivistettiin kolmeen pääkomponenttiin (Taulukko 5). Kuhunkin pääkomponenttiin otettiin mukaan ne osiot, joiden faktorilataus oli suurempi kuin .30. Ensimmäinen pääkomponentti kuvasi lähinnä tulevaisuuteen liittyvää toivottomuutta. Toisen pääkomponentin osiot liittyivät lähinnä kielteiseen käsitykseen itsestä. Kolmannen pääkomponentin osiot olivat sisällöltään somaattisia.

Taulukko 5. BDI -kyselylomakkeen 21:n osion pääkomponenttianalyysi (oblimin rotaatio)

Pääkomponentti 1 (ominaisarvo = 3.70, selitysosuus 16.8%): Tulevaisuuteen liittyvä toivottomuus		
2.	pessimistisyys	.82
10.	itkeminen	.66
13.	päätämättömyys	.64
20.	somatisointi	.62
9.	itsensä vahingoittaminen	.58
14.	bodyimage	.54
21.	sukupuolinen haluttomuus	.43
7.	itseinho	.32
16.	univaikeudet	.32

(jatkuu)

Taulukko 5. (jatkuu)

Pääkomponentti 2 (ominaisarvo = 2.94, selitysosuus 13.4%): Itseä koskevat kielteiset käsitykset		
1.	mieliala	.77
15.	työkyvyttömyys	.53
8.	itsearvostus	.47
5.	syällisyys	.42
4.	tyytymättömyys	.41
3.	epäonnistuminen	.38
6.	rangaistuksen tunne	.35
Pääkomponentti 3 (ominaisarvo = 2.34, selitysosuus 10.7%): Somaattiset oireet		
17.	väsytys	.54
12.	vetäytyminen	.48
18.	ruokahaluttomuus	.44
11.	ärtyneisyys	.39
19.	painon vaihtelut	.32

Hierarkkisen regressioanalyysin avulla tarkasteltiin, selittävätkö lapsuudessa koettu fyysinen väkivalta, hyljeksivä suhtautuminen, lapsuudenkodin kasvatuskäytännöt, riittäisyys tai epävakaisuus subjektiivisesti koettua depressiivisyyttä. Ensimmäisenä selittävänä muuttujana analyysiin pantiin ikä. Tällä tavoin voitiin nähdä, selittävätkö lapsuudessa koettu fyysinen väkivalta, hyljeksivä suhtautuminen, lapsuudenkodin kasvatuskäytännöt, riittäisyys tai epävakaisuus riippuvaa muuttujaa sen jälkeen, kun iän vaikutus on otettu huomioon. Hierarkkisen regressioanalyysin perusteella lapsuuden epäsuotuisat kokemukset eivät selittäneet tilastollisesti merkitsevästi subjektiivisesti koettua depressiivisyyttä.

Aikuisiän kiintymyssuhteet

Perusstrategiatyyppejä tarkasteltiin tutkijan antamien arvioiden perusteella. Otoksessa oli huomattavasti enemmän perusstrategioiltaan turvattomasti (tyypit Ds1, Ds2, E) kuin jossain määrin turvallisesti (tyyppi Ds→F) kiintyneitä sekä äidin (89%) että isän (72%) kohdalla (Taulukko 6). Kolmesta perusstrategiatyypistä Ds-tyyppiä (tyypit Ds1, Ds2)

esiintyi selvästi eniten sekä äidin (72%) että isän (53%) kohdalla. Ds→F-tyyppisiä eli jos-
sain määrin turvallisesti kiintyneitä oli isän kohdalla yli kaksi kertaa enemmän kuin äidin
kohdalla. E-tyypin kohdalla luvut eivät juurikaan poikenneet toisistaan.

Taulukko 6. Perusstrategiatyyppien jakautuminen erikseen äidin ja isän kohdalta (N=36)

Tyyppi	Äiti		Isä	
	f	%	f	%
Ds1	11	30.6	15	41.7
Ds2	15	41.7	4	11.1
Ds→F	4	11.1	10	27.8
E	6	16.7	7	19.4

Perusstrategiatyyppi oli äidin ja isän kohdalla sama noin kahdella kolmasosalla tutkimus-
henkilöistä (Taulukko 7). Turvattomasti kiintyneitä (84%) oli huomattavasti enemmän
verrattuna turvallisesti kiintyneisiin (16%). Arviot poikkesivat äidin ja isän kohdalla noin
kolmasosalla tutkimushenkilöistä, mutta jokaisella heistä äidin kohdalla perusstrategia oli
tyyppiä Ds2. Sen sijaan perusstrategiatyyppi vaihteli isän kohdalla siten, että Ds→F-
tyyppiä esiintyi 55%, Ds1-tyyppiä 37% ja E-tyyppiä 9% näistä tutkimushenkilöistä.

Taulukko 7. Perusstrategiatyyppien jakautuminen perusstrategiatyyppin ollessa sama äidin
ja isän kohdalla (N = 36)

Tyyppi	f	%
Ds1	11	44.0
Ds2	4	16.0
Ds→F	4	16.0
E	6	24.0

χ^2 -testit eivät osoittaneet tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä eri perusstrategiatyyppien ja epäsuotuisten lapsuudenkokemusten välillä. Ainoastaan lapsuudenkodin riittäisyyden osalta yhteys oli tilastollisesti suuntaa-antava ($p < .10$). χ^2 -testit eivät osoittaneet tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä myöskään eri perusstrategiatyyppien ja subjektiivisesti koetun depressiivisyyden välillä.

Muuttujien väliset yhteydet

Kuten Taulukosta 8 voidaan nähdä, lapsuudessa koettu fyysinen väkivalta, hyljeksivä suhtautuminen ja muut ongelmat lapsuudenperheessä lapsuudenkodin epävakaisuutta lukuun ottamatta korreloivat positiivisesti keskenään. Tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä ei ollut subjektiivisesti koetun depressiivisyyden ja epäsuotuisten lapsuudenkokemusten eri muotojen eikä subjektiivisesti koetun depressiivisyyden ja eri perusstrategiatyyppien välillä. Hyljeksivä suhtautuminen oli yhteydessä Ds2-perusstrategiatyyppiin äidin kohdalla ja lapsuudenkodin epävakaisuus Ds1-perusstrategiatyyppiin isän kohdalla.

Taulukko 8. Muuttujien väliset korrelaatiot (Spearmanin korrelaatiokerroin) koko aineistossa (N = 36)

Muuttujat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. Fyysinen väkivalta	...													
2. Hyljeksivä suhtautuminen	.30*	...												
3. Kasvatuskäytännöt	.43**	.30*	...											
4. Kodin riittäisyys	.25	.34*	.13	...										
5. Kodin epävakaisuus	-.17	-.06	-.06	.00	...									
6. D1 -strategia, äiti	-.19	-.31*	-.07	-.16	.06	...								
7. D2 -strategia, äiti	.09	.30*	.09	.13	.17	...	...					
8. DF -strategia, äiti	.06	-.23	.06	-.10	.00	...	...	...			
9. E -strategia, äiti	.08	.19	-.08	.10	-.30*	...	...	...	...	
10. D1 -strategia, isä	-.03	-.19	-.03	-.09	.28*	.78***	-.26	-.30*	-.38*	...				
11. D2 -strategia, isään	-.12	.15	.06	.26	.00	-.23	.41*	-.13	-.16	...	...	
12. DF -strategia, isä	.10	-.01	.10	-.41	.00	-.41*	.23	.57***	-.27	...	...	...
13. E -strategia, isä	.01	.13	-.13	.04	-.35	-.32*	-.27	-.17	.91***	...	...	...	...
14. Subjektivisesti koettu depressiivisyys	-.07	.06	-.07	.11	.02	.11	-.02	.19	-.21	-.21	-.12	.27	.06	...

* p < .1, ** p < .01, *** p < .001

Pohdinta

Epäsuotuisat lapsuudenkokemukset

Lewisin ym. (1988) tutkimuksessa tappoon syyllistyneistä rikoksentekijöistä 62% ja muista väkivaltarikollisista 71% oli kokenut fyysistä väkivaltaa lapsuudessaan. Suomalaisia rikoksentekijöitä koskevassa tutkimuksessa väkivaltarikollisista 58%:lla ja omaisuusrikollisista 37%:lla oli varhaisia väkivaltakokemuksia (Haapasalo & Hämäläinen, 1996). Vaikka fyysisen väkivallan esiintyvyys oli tässä tutkimuksessa vähäisempää, fyysisen väkivallan ja muiden epäsuotuisten lapsuudenkokemusten esiintyvyys oli kuitenkin verrattavissa tutkimuksiin, joissa rikoksentekijöiden lapsuudenkokemuksia on arvioitu ainoastaan asiakirjatietojen perusteella (Heads, Taylor, & Leese, 1997; Koivisto & Haapasalo, 1996). Koivisto ja Haapasalo (1996) arvioivat mielentilatutkimusasiakirjoihin perustuen, että 48% mielentilatutkituista rikoksentekijöistä oli kokenut fyysistä väkivaltaa, 52% psykologista väkivaltaa ja 39% laiminlyöntiä lapsuudessaan.

Headsin, Taylorin ja Leesen (1997) tutkimuksessa rikos- ja väkivaltataustan omaavien skitsofreniapotilaiden asiakirjoista ilmeni, että heistä 28% oli kokenut fyysistä väkivaltaa, 28% oli hyljeksitty lapsuudessa, lapsuudenkodin kasvatuskäytännöt olivat olleet huonot 26%:lla, 42%:lla oli ollut riitaisa koti ja 32% oli menettänyt vanhempansa ennen seitsemäätoista ikävuottaan. Heads ym. (1997) olettivat tutkimuksensa perusteella, että rikos- ja väkivaltataustan omaavilla skitsofreenikoilla sairauden lisäksi monesti myös epäsuotuisat lapsuudenkokemukset saattoivat olla yhteydessä heidän rikolliseen ja väkivaltaiseen käyttäytymiseensä. Tämän tutkimuksen tulokset olivat hyvin yhtenäiset Headsin ym. (1997) saamiin tuloksiin. Tutkimukseen osallistuneista kriminaalipotilaista 42% oli kokenut fyysistä väkivaltaa, 31% oli hyljeksitty lapsuudessa, 42%:lla lapsuudenkodin kasvatuskäytännöt olivat olleet huonot, 39%:lla oli ollut riitaisa koti ja puolet tutkimushenkilöistä oli elänyt epävakaissa olosuhteissa lapsena.

Tässä tutkimuksessa fyysinen väkivalta, hyljeksintä ja muut ongelmat perheessä lapsuudenkodin epävakaaisuutta lukuunottamatta liittyivät toisiinsa. Lisäksi hyvin moni tutkimushenkilöistä oli lapsuudessaan kokenut ainakin yhtä edellä mainituista epäsuotuisista lapsuudenkokemuksen muodoista. Tehdyt havainnot tukivat kirjallisuudessa esitettyjä

oletuksia, että väkivallan ja laiminlyönnin eri muodot esiintyvät tavallisesti yhdessä (Barnett ym., 1993; Briere, 1992) ja että väkivaltaisissa tai laiminlyövässä perheissä on usein myös runsaasti muita ongelmia (Wind & Silvern, 1994).

Lewis (1989) havaitsi tutkimuksessaan, että tappoon syyllistyneet rikoksenteelijät eivät eronneet muihin väkivaltarikoksiin syyllistyneistä rikoksenteelijoista varhaisissa väkivaltakokemuksissa. Myöskään tässä tutkimuksessa tappoon tai tapon yritykseen syyllistyneet rikoksenteelijät eivät eronneet muista rikoksenteelijoista varhain koetun fyysisen väkivallan, hyljeksinnän tai muiden lapsuudenkodin ongelmien suhteen. Tutkimustulokseen saattoi vaikuttaa se, että vakavien väkivaltarikosten määrä oli tässä otoksessa huomattava. Hyvin moni tutkimushenkilöistä oli määrätty mielentilatutkimukseen väkivaltarikoksesta ja muihin rikoksiin syyllistyneistä tutkimushenkilöistä usealla oli aikaisempia väkivaltarikoksia.

Depressiivisyys

Lähes kaikki tutkimushenkilöt neljää harhaluuloisuushäiriötä sairastavaa tutkimushenkilöä lukuun ottamatta oli diagnosoitu skitsofreenikoiksi, joka kirjallisuuden perusteella on yleisin diagnoosi psykiatrisessa sairaalahoidossa olevilla kriminaalipotilailla (Apter ym., 1991; Kunjukrishnan & Varan, 1992). Skitsofrenian taudinkuvaan saattaa kuitenkin positiivisten (esim. aistiharhat, harhaluulot) ja negatiivisten (esim. anhedonia, asosiaalisuus) oireiden lisäksi liittyä affektiivisiä oireita (depressiivisyys) (Sax ym., 1996).

Aikaisemmat skitsofreenikoiden depressiivisyyttä koskevat tutkimukset ovat osoittaneet, että objektiivisen arvion rinnalla voidaan käyttää potilaan itsensä antamaa arviota (Addington ym., 1993; Barnes, Curson, Liddle, & Patel, 1989; Craig ym., 1985; Siris, Harmon, & Endicott, 1981). Barnes ym. (1989) tutkimuksessa skitsofreenikot, joilla voitiin havaita depressiivisiä oireita, saivat keskimäärin korkeampia BDI -pistemääriä verrattuna skitsofreenikkoihin, joilta depressiiviset oireet puuttuivat. Tämän tutkimuksen tutkimushenkilöiden BDI -pistemäärät olivat verrattavissa Barnesin ym. (1989) tutkimuksen niihin skitsofreenikkoihin, joilla depressiivisiä oireita ei voitu havaita. Sax ym. (1996) vertasivat hoidossa olevien vakavaa mielialahäiriötä (major affective disorder) sairastavien ja skitsofrenisten potilaiden saamia HDS -pistemääriä. Skitsofreenikoille annetut depressiopistemäärät olivat alhaisempia kuin depressiivisten potilaiden pistemää-

rät, mutta skitsofreenikoiden pistemäärät vastasivat tässä tutkimuksessa tutkimushenkilöille annettuja pistemääriä.

Tutkimushenkilöt itse arvioivat depressiiviset oireensa keskimäärin lieviksi, mutta hoitajien arvioiden mukaan depressiivisiä oireita ei voitu havaita keskimäärin lainkaan. Zimmermanin ym. (1986) mukaan depressiivisiä oireita arvioitaessa subjektiivisten ja objektiivisten arvioiden täydellistä vastaavutta ei voidakaan odottaa. Skitsofreniapotilaiden depressiivisten oireiden arvioiminen ei ole subjektiivisesti eikä objektiivisesti ongelmantonta. BDI:tä täytettäessä on pidettävä mielessä samanaikaisesti neljä vaihtoehtoa, vertailtava niitä keskenään ja valittava niistä menneitä viikkoja kuvaavin vaihtoehto (Addington ym., 1993). Tehtävä on todennäköisesti monelle skitsofrenikolle vaikea. Objektiivisen arvion tekeminen saattaa olla hankalaa, koska monesti skitsofrenikot eivät verbaalisesti eivätkä nonverbaalisesti kykene riittävän selkeästi ilmaisemaan depressiivisiä oireitaan (Craig ym., 1985).

BDI -kyselylomakeen pääkomponenttianalyseissä pääkomponenttien lukumäärä on vaihdellut kahdesta seitsemään tarkasteltavasta ryhmästä riippuen, mutta monissa tutkimuksissa BDI on voitu tiivistää kolmeen pääkomponenttiin (Beck ym., 1988; Bouman & Kok, 1987; Campell, Burgess, & Finch, 1984) kuten tässäkin tutkimuksessa. Bouman ja Kok (1987) tutkimuksessa kolme pääkomponenttia olivat somaattinen, mieliala ja inhibiatio sekä syyllisyys ja epäonnistuminen. Campell ym. (1985) tutkimuksessa pääkomponentit muodostuivat kielteisestä minäkäsityksestä, somaattisista oireista ja surullisuudesta. Laajassa suomalaisen aikuisväestön depressiivisyyttä kartoittavassa tutkimuksessa ensimmäinen pääkomponentti muodostui kielteiseen minäkäsitykseen, toinen pääkomponentti suorituskyvyn heikentymiseen ja kolmas pääkomponentti painon laskemiseen ja ruokahaluttomuuteen liittyvistä osioista (Varjonen, Romanov, Kaprio, Heikkilä, & Koskenvuo, 1996). Tässä tutkimuksessa pääkomponentit muodostuivat lähinnä tulevaisuuteen liittyvästä toivottomuudesta, itseä koskevista kielteisistä käsityksistä ja somaattisista oireista.

Tässä tutkimuksessa ei voitu havaita monissa aikaisemmissa tutkimuksissa osoitettua yhteyttä lapsuuden väkivalta- ja laiminlyöntikokemusten tai muiden lapsuudenperheen ongelmien ja aikuisiän depressiivisyyden välillä. Tähän tulokseen saattoi vaikuttaa yhtäältä se, että kriminaalipotilailla ei depressiivisyyttä tutkimuksessa juurikaan esiintynyt. Toisaalta tutkimuksessa esiin tulleiden depressiivisten oireiden taustalta voidaan löytää mui-

takin mahdollisia tekijöitä. Ensinnäkin tutkimushenkilöiden raportoimat tietyt depressiiviset oireet saattoivat liittyä siihen, että he olivat hoidossa vasten omaa tahtoaan. Toiseksi tutkimushenkilöt olivat skitsofreniapotilaita, joilla depressiivisiä oireita voi ilmetä useasta eri syystä (Barnes ym., 1989; Knights, Okasha, Salih, & Hirsch, 1982). Ensinnäkin depressiiviset oireet voivat olla neuroleptilääkityksen sivuoireita. Toiseksi lääkitys voi aiheuttaa Parkinsonin taudin oireita kuten hitautta ja uneliaisuutta, jotka sekoitetaan helposti depressiivisiin oireisiin. Kolmanneksi depressiivisyys saattaa olla skitsofrenian eräs osatekijä, joka jää skitsofrenian akuutissa vaiheessa huomaamatta ja joka ilmenee usein vasta silloin, kun potilas toipueessaan alkaa ymmärtää sairauttaan ja elämäntilannettaan.

Aikuisiän kiintymyssuhteet

Tutkimus tuki niitä aikaisemmin tehtyjä tutkimuksia, joissa turvattoman kiintymyssuhteen on todettu olevan yleinen sekä psykiatrisilla potilailla että rikoksentekeijöillä. Tutkimukseen osallistuneista kriminaalipotilaista turvattomasti äitiinsä kiintyneitä oli 89% ja turvattomasti isäänsä kiintyneitä oli 72%. Kiintymyssuhdetyypin ollessa sama molempien vanhempien kohdalla suurin osa (84%) tutkimushenkilöistä oli turvattomasti kiintyneitä vanhempiinsa. Luvut ovat saman suuruisia kuin amerikkalaisissa tutkimuksissa, joiden mukaan 78% - 100% psykiatrisista potilaista on turvattomasti kiintyneitä (Allen ym., 1996; Dozier, 1990; Dozier & Lee, 1995; Fonagy ym., 1996; Rosenstein & Horowitz, 1996).

Tässä tutkimuksessa turvattomasti kiintyneitä oli suhteellisesti hieman vähemmän kuin Wardin ym. (1996) tutkimuksessa, jossa 97% väkivaltarikollisista oli turvattomasti kiintyneitä. Ero saattoi johtua siitä, että kiintymyssuhteiden arvioinnissa käytetyt menetelmät poikkesivat näissä tutkimuksissa toisistaan. Ward ym. (1996) käyttivät tutkimuksessaan subjektiivisia arvioita, kun tässä tutkimuksessa kiintymyssuhteiden arviointi perustui haastatteluun ja objektiivisiin arviointeihin. Tämän ja aikaisempien psykiatrisia potilaita ja rikoksentekeijöitä koskevien tutkimusten tulokset poikkesivat huomattavasti normaaliotoksilla tehtyjen tutkimusten tuloksista, joissa turvallisesti kiintyneitä on havaittu olevan enemmän (60%) turvattomasti kiintyneisiin (40%) verrattuna (Fonagy, Steele, & Steele, 1991; Fonagy ym., 1996).

Wardin ym. (1996) tutkimuksessa väkivaltaisista rikoksentekeijöistä 50% oli perusstrategialtaan Ds-tyyppisiä. Samoin tässä tutkimuksessa Ds-tyyppi osoittautui kolmesta pe-

russtrategiatyypistä yleisimmäksi. Äitiin liittyviin varhaisiin kokemuksiin Ds-tyyppisesti reagoi 72% tutkimushenkilöistä. Isän kohdalla noin puolet (53%) tutkimushenkilöistä reagoi Ds-tyyppisesti. Haastattelussa moni tutkimushenkilö joko ei kyennyt lainkaan kuvaamaan lapsuudenkokemuksiaan (Ds1) tai pyrki selvästi idealisoimaan niitä valiten vain myönteisiä varhaista suhdetta kuvaavia laatusanoja (Ds2). Varhaista suhdetta äitiin pyrittiin idealisoimaan selvästi enemmän verrattuna niiden kertomusten määrään, joissa varhaista suhdetta isään idealisoitiin. Varhaista lapsen ja isän välistä suhdetta kuvattiin enemmän negatiivisin laatusanoin kuin lapsen ja äidin välistä suhdetta. Yksilön ajatusten, muistojen ja tunteiden voidaankin olettaa poikkeavan toisistaan eri kiintymyshahmojen kohdalla, sillä yksilö muodostaa elämänsä aikana useita eri kiintymyssuhteita useisiin eri kiintymyshahmoihin kuten äitiin, isään ja puolisoon (Bowlby, 1977) ja jokainen kiintymyshahmo käyttäytyy eri tavalla (Main & Weston, 1981).

Mainin ym. (1985) mukaan kiintymyssuhteisiin liittyvien varhaisten lapsuudenkokemusten idealisointi ilmentää torjuttuja tunteita ja menetyksen kieltämistä. Tällainen henkilö on kyvytön kohtaamaan vihaa tai surua, joka liittyy ensimmäisissä varhaisissa kiintymyssuhteissa koettuihin pettymyksiin. Kyvyttömyys kokea ja ilmaista kiintymyshahmoa kohtaan koettua vihaa tai surua johtaa edelleen kyvyttömyyteen kokea ja ilmaista kiintymyssuhteisiin liittyviä tunteita yleensäkin. Henkilö pyrkiikin vetäytymään tunteita herättävistä läheisistä ihmissuhteista, sillä kyvyttömyys kokea ja ilmaista voimakkaita tunteita on vallitsevaa ja kaiken kattavaa. Kiintymyssuhdeteorian mukaan erityisesti lapsen ja ensimmäisen kiintymyshahmon väliseen suhteeseen liittyvät varhaiset kokemukset ja näistä varhaisista kokemuksista muodostuneet sisäiset mallit itsestä ja toisista vaikuttavat myöhempiin perusstrategioihin (Bowlby, 1977). Tässä tutkimuksessa hyljeksivä suhtautuminen liittyi erityisesti äidin ja lapsen varhaista suhdetta idealisoivaan Ds2-tyypin perusstrategiaan. Mainin (1990) ajatuksiin perustuen onkin mahdollista, että kriminaalipotilaiden varhainen suhde erityisesti äitiin on saattanut olla ongelmallinen. Sen sijaan lapsuudenkodin epävakaisuus liittyi kyvyttömyyteen kuvata isän ja lapsen välistä varhaista suhdetta. Kokemukset isästä puuttuivat näiltä tutkimushenkilöiltä monesti joko kokonaan tai kokemukset rajoittuivat satunnaisiin tapaamisiin.

Minkään tietyn perusstrategiatyyppin ja varhaisen fyysisen väkivallan, hyljeksinnän tai muiden lapsuusperheen ongelmien välillä ei havaittu yhteyttä. On mahdollista, että lapsuudessa koettu fyysinen väkivalta, hyljeksintä ja muut lapsuusperheen ongelmat ovat

yhteydessä ennemminkin rikoksenteekijöiden turvattomiksi muodostuneisiin kiintymyssuhteisiin yleensä kuin tiettyihin perusstrategiatyyppeihin. Tätä ajatusta tukevat edellä esitetyt tutkimukset, joiden mukaan rikoksenteekijöiden lapsuudessa esiintyy runsaasti väkivaltaa ja laiminlyöntiä ja turvaton kiintymyssuhde on huomattavan yleinen rikoksenteekijöillä. On myös mahdollista, että tutkimuksessa käytetty luokittelu kolmeen perusstrategiatyyppiin ei ollut riittävän yksityiskohtainen. Tutkimuksessa ei käytetty kolmen perusstrategiatyyppin rinnalle otettua strategiatyyppiä hajautunut (Unresolved-Disorganized, U) (Main & Solomon, 1990), vaikka U-tyyppisen strategian oletetaan liittyvän erityisesti käsittelemättä jääneisiin menetyksiin, väkivaltakokemuksiin tai muihin varhaisiin traumoihin (Main, 1996). U-strategian on havaittu olevan varsin yleinen sekä vakavista psyykkisistä häiriöistä kärsivillä potilailla (Allen ym., 1996) että väkivaltarikoksiin syyllistyneillä rikoksenteekijöillä (Ward ym., 1996).

Subjektiiivisesti arvioitujen depressiivisten oireiden ja eri perusstrategiatyyppien välillä ei voitu havaita olevan yhteyttä. Tähän tulokseen vaikutti osaltaan se, että tutkimushenkilöillä E-tyyppinen perusstrategia oli huomattavasti harvinaisempi kuin Ds-tyyppinen perusstrategia. Tutkimustulos oli kuitenkin yhtenäinen Wardin ym. (1996) saaman tutkimustuloksen kanssa, jonka mukaan väkivaltarikollisista ainoastaan 9%:lla oli E-tyyppiä. Nämä tutkimustulokset sopivat tutkimuksiin, joissa E-tyyppinen perusstrategia on liittynyt erityisesti sisäänpäin suuntautuviin käyttäytymispiirteisiin ja Ds-tyyppinen perusstrategia ulospäin suuntautuviin käyttäytymispiirteisiin. E- ja Ds-tyypin perusstrategioihin liitettyjen erilaisten käyttäytymispiirteiden oletetaan johtuvan niiden taustalla vaikuttavista erilaisista sisäisistä olettamuksista (Bartholomew & Horowitz, 1991).

Perusstrategialtaan E-tyyppiset henkilöt kokevat itsensä arvottomina ja kelvottomana (kielteinen malli itsestä) ja hyväksyvät itsensä vain, jos he kokevat tulevansa hyväksytyksi toisten ihmisten silmissä (myönteinen malli toisista). Nämä vääristyneet sisäiset olettamukset itsestä ja toisista ovat verrattavissa depressiivisyydelle tyypillisiin kognitioihin kuten asioiden selittämiseen kielteisessä sävyssä, arvottomuuden ja alemmuuden tunteisiin, kohtuuttomiin syyllisyyden tunteisiin ja itsesyytöksiin (Cummings & Cicchetti, 1990). Sen sijaan perusstrategialtaan Ds-tyyppiset henkilöt kokevat itsensä E-tyyppisiä henkilöitä arvokkaampina ja kelpoisempina (myönteinen malli itsestä), mutta he näkevät toiset ihmiset epäluotettavina, luoksepääsemättöminä, välinpitämättöminä ja torjuvina (kielteinen malli toisista) (Bartholomew & Horowitz, 1991). He suojautuvat pettymyksiä

vastään välttelemällä muita ihmisiä ja torjumalla läheiset ihmissuhteet pyrkien näin ylläpitämään omaa riippumattomuuden ja haavoittumattomuuden tunnettaan. Wardin ym. (1996) mukaan varsin tavallista Ds-tyyppisten väkivaltaan syyllistyneiden rikoksentekijöiden vuorovaikutussuhteille on vihamielisyys ja aggressiivisuus toisia ihmisiä kohtaan. Vihamielisyys ja piittaamattomuus toisten tunteista johtavat empatiakyvyttömyyteen ja siihen, että läheiset ja tyydyttävät ihmissuhteet jäävät vähäisiksi. Tutkijat olettavatkin näiden rikoksentekijöiden syyllistyvän E-tyyppisen perusstrategian omaavia rikoksentekijöitä todennäköisemmin aggressiivisiin ja väkivaltaisiin rikoksiin.

Tässä tutkimuksessa ei voitu havaita yhteyttä epäsuotuisten lapsuudenkokemusten, eri perusstrategioiden ja subjektiivisesti koettujen depressiivisten oireiden välillä. Tutkimustuloksia tarkasteltaessa on kuitenkin syytä pitää mielessä tiettyjä tutkimusta rajoittaneita tekijöitä. Ensinnäkin tutkimuksen otoskoko oli varsin pieni, ja se koostui kriminaalipotilaista, jotka olivat psykiatrisessa sairaalahoidossa. Otos edusti siis hyvin pientä ja epätyypillistä rikoksentekijöiden ryhmää. Toiseksi tutkimushenkilöiden asiakirjatiedot, jotka koskivat varhain koettua fyysistä väkivaltaa, hyljeksivää suhtautumista ja muita lapsuusperheen ongelmia, olivat sisällöllisesti ja määrällisesti hyvin vaihtelevia. Lapsuudenkokemuksia koskevat asiakirjatiedot jäivät monilta osin niukoiksi ja puutteellisiksi, joka saattoi johtaa tutkimushenkilöiden todellisuudessa kokeman fyysisen väkivallan, hyljeksivän suhtautumisen ja muiden lapsuusperheen ongelmien aliarvioimiseen. Varhaisia kokemuksia koskevaa asiakirjatietoa olisi hyvä täydentää esimerkiksi henkilökohtaisella haastattelulla tai itsearviointilomakkeella. Kolmanneksi tutkimuksessa ei käytetty depressioita sairastavista potilaista koostuvaa vertailuryhmää, jolloin perusstrategiatyyppien välillä ilmeneviä eroja olisi voinut vertailla.

Ottaen huomioon nämä rajoitukset tutkimus kuitenkin tuki rikoksentekijöiden kiintymyssuhteita koskevissa alustavissa tutkimuksissa saatuja tuloksia. Tulevaisuudessa olisi kiinnostavaa tutkia tarkemmin kriminaalipotilaiden perusstrategiatyyppien ja heille ominaisten käyttäytymispiirteiden yhteyttä. Tämä saattaisi tuoda myös uutta näkökulmaa näiden henkilöiden kanssa tehtävään kliiniseen työhön. Esimerkiksi eräässä tutkimuksessa tarkasteltiin psykiatrisessa hoidossa olevien potilaiden perusstrategioiden yhteyttä hoito-omenteisyyteen ja tapaan olla vuorovaikutuksessa hoitohenkilökunnan kanssa (Dozier, 1990). Ds-tyyppiset potilaat suhtautuivat hoitoon kielteisesti. He eivät useinkaan hyväksyneet heille tarjottua apua ja hakivat vain harvoin sitä itse antaen itsestään vaikutelman,

että eivät tarvitse toisilta ihmisiltä mitään. Hoitohenkilökunnan silmissä he vaikuttivat haavoittumattomilta ja itsevarmoilta. E-tyyppiset potilaat tarvitsivat toisia ihmisiä ja olivat heistä riippuvaisia vaatien hoitohenkilökunnalta varsin paljon. He antoivat itsestään hauraan ja haavoittuvaisen kuvan. Hoitohenkilökunnan arvioiden mukaan Ds-tyyppisillä potilailla voitiin havaita kuitenkin enemmän ja vakavampia ongelmia kuin E-tyyppisillä potilailla. Voitaisiin olettaa, että kriminaalipotilaiden vuorovaikutussuhteissa ilmenevät ongelmat olisivat yhteydessä juuri varhain muodostuneeseen turvattomaan kiintymyssuhteeseen ja Ds-tyyppiseen perusstrategiaan.

Lähteet

Adam, K. S., Sheldon-Keller, A. E., & West, M. (1996). Attachment organization and history of suicidal behavior in clinical adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 264-272.

Addington, D., Addington, J., & Maticka-Tyndale, E. (1993). Rating depression in schizophrenia. A comparison of self-report and an observer report scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 181*, 561-565.

Aho, T. (1997). Vankeinhoito-osasto. Kirjallinen tiedonanto.

Ainsworth, M. (1989). Attachment beyond infancy. *American Psychologist, 44*, 709-716.

Alexander, P. C. (1992). Application of attachment theory to the study of sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 185-195.

Allen, J. P., Hauser, S. T., & Borman-Spurrell, E. (1996). Attachment theory as a framework for understanding sequelae of severe adolescent psychopathology: An 11-year follow-up study. *Journal of Consulting and Clinical Psychopathology, 64*, 254-263.

Apter, A., Kotler, M., Sevy, S., Plutchik, R., Brown, S.-L., Foster, H., Hillbrand, M., Korna, M., & van Praag, H. (1991). Correlates of risk of suicide in violent and non-violent psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry, 148*, 883-887.

Bakermans-Kranenburg, M. J., & van Ijzendoorn, M. H. (1993). A psychometric study of the Adult Attachment Interview: Reliability and discriminant validity. *Developmental Psychology, 29*, 870-879

Barnes, T. R., Curson, D. A., Liddle, P. F., & Patel, M. (1989). The nature and prevalence of depression in chronic schizophrenic in-patients. *British Journal of Psychiatry, 154*, 486-491.

Barnett, D., Manly, J. T., & Cicchetti, D. (1993). Defining child maltreatment: The interface between policy and research. In D. Cicchetti & S. L. Toth (Toim.), *Child abuse, child development, and social policy* (s. 7-73). Norwood, NJ: Ablex.

Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*, 226-244.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review, 8*, 77-100.

Beck, A. T., Ward, C. H., & Mendelson, M. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 561-571.

- Bemporad, J. R., & Romano, S. (1993). Childhood experiences and adulthood depression: A review of studies. *American Journal of Psychiatry*, 53, 301-315.
- Benoit, D., & Parker, K. C. H. (1994). Stability and transmission of attachment across three generations. *Child Development*, 65, 1444-1457.
- Bouman, T. K., & Kok, A. R. (1987). Homogeneity of Beck's Depression Inventory (BDI): Applying Rasch analysis in conceptual exploration. *Acta Psychiatry Scandinavica*, 76, 568-573.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. *British Journal of Psychiatry*, 130, 421-431.
- Bowlby, J. (1988a). *Clinical applications of attachment: A secure base*. London: Routledge.
- Bowlby, J. (1988b). Developmental psychiatry comes of ages. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1-10.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Gotlib, I. H. (1993). Psychopathology and early experiences: A reappraisal of retrospective reports. *Psychological Bulletin*, 113, 82-98.
- Briere, J. (1992). Methodological issues in the study of sexual abuse effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 196-203.
- Campell, I. M., Burgess, P. M., & Finch, S. J. (1984). A factorial analysis of BDI scores. *Journal of Clinical Psychology*, 40, 992-996.
- Carnelley, K. B., Pietromonaco, P. R., & Jaffe, K. (1994). Depression, working models of others, and relationship functioning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 127-140.
- Cicchetti, D., & Greenberg, M. T. (1992). The legacy of John Bowlby. *Development and Psychopathology*, 3, 347-350.
- Cicchetti, D., Cummings, E., Greenberg, M., & Marvin, R. (1990). An organizational perspective of attachment beyond infancy: Implications for theory, measurement, and research. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti & E. M. Cummings (Toim.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (s. 3-49). Chicago: University of Chicago Press.
- Cicchetti, D., Toth, S., & Lynch, M. (1995). Bowlby's dream comes full circle. The application of attachment theory to risk and psychopathology. In T. H. Ollendick & R. J. Prinz (Toim.), *Advances in Clinical Child Psychology* (17, s. 1-75). Premium Press: New York.
- Cole-Detke, H., & Kobak, R. (1996). Attachment processes in eating disorder and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 282-290.

Cooper, C., & Livingston, M. (1991). Depression and coping mechanisms in prisoners. *Work and Stress*, 5, 149-154.

Craig, T. J., Richardson, M. A., Pass, R., & Bregman, Z. (1985). Measurement of mood and affect in schizophrenic inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1272-1277.

Crittenden, P. M. (1988). Relationship at risk. In J. Belsky & T. Nezworski (Toim.), *Clinical implications of attachment theory* (s. 136-174). Hillsdale, N. J.: Erlbaum.

Crittenden, P. M. (1990). Internal representational models of attachment relationship. *Infant Mental Health Journal*, 11, 259-277.

Crittenden, P. M., & Ainsworth, M. (1989). Child maltreatment and attachment theory. In D. Cicchetti & V. Carlson (Toim.), *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (s. 432-463). New York: Cambridge University Press.

Cummings, E. M., & Cicchetti, D. (1990). Toward a transactional model of relations between attachment and depression. In M. Greenberg, D. Cicchetti & M. Cummings (Toim.), *Attachment in the preschool years* (s. 339-372). Chicago: University of Chicago Press.

Dozier, M. (1990). Attachment organization and treatment use for adults with serious psychopathological disorders. *Development and Psychopathology*, 2, 47-60.

Dozier, M., & Lee, S. W. (1995). Discrepancies between self- and other-report of psychiatric symptomatology: Effects of dismissing attachment strategies. *Development and Psychopathology*, 7, 217-226.

Endicott, J., Cohen, J., Nee, J., Fleiss, J., & Sarantakos, S. (1981). Hamilton Rating Scale. *Archives of General Psychiatry*, 38, 98-103.

Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Lynskey, M. (1994). The childhoods of multiple problem adolescents: A 15-year longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 1123-1140.

Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M., & Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 22-31.

Fonagy, P., Steele, H., & Steele, M. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development*, 62, 891-905.

George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1985). Attachment interview for adults. Unpublished manuscript. University of California, Berkeley.

- Good, M. I. (1979). Primary affective disorder, aggression, and criminality. A review and clinical study. *Archives of General Psychiatry*, 35, 954-960.
- Haapasalo, J., & Hämäläinen, T. (1996). Childhood family problems and current psychiatric problems among young violent and property offenders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1394-1401.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology and Neurosurgery Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hamilton, M. (1967). Development of rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 6, 278-296.
- Heads, T. C., Taylor, P. J., & Leese, M. (1997). Childhood experiences of patients with schizophrenia and history of violence: A special hospital sample. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 7, 117-130.
- Holmes, J. (1993). Attachment theory: A biological basis for psychotherapy? *British Journal of Psychiatry*, 163, 430-438.
- Holmes, S. J., & Robins, L. N. (1988). The role of parental practices in the development of depression and alcoholism. *Psychiatry*, 51, 24-35.
- Hudson, S. M., & Ward, T. (1997). Intimacy, loneliness, and attachment style in sexual offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 3, 323-339.
- Jones, E. E. (1996). Introduction to the special section on attachment and psychopathology: Part 1. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 5-7.
- Joukamaa, M. (1991). Suomalaisten vankien terveys. *Kansanterveystieteenlaitoksen julkaisuja*, M 107/91.
- Knights, A., Okasha, M. S., Salih, M., & Hirsch, S. R. (1982). Depression revealed in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 140, 421-424.
- Kobak, R. R., Sudler, N., & Gamble, W. (1991). Attachment and depressive symptoms during adolescence: A developmental pathway analysis. *Development and Psychopathology*, 3, 461-474.
- Koivisto, H., & Haapasalo, J. (1996). Childhood maltreatment and adulthood psychopathy in light of file-based assessments among mental state examinees. *Studies on Crime and Crime Prevention*, 5, 91-104.
- Kunjukrishnan, R., & Varan, L. R. (1992). Major affective disorder and forensic psychiatry. *Clinical Forensic Psychiatry*, 15, 569-574.
- Lauer, R. H., & Lauer, J. C. (1991). The long-term relational consequences of problematic family backgrounds. *Family Relations*, 40, 286-290.

Lewis, D. O., Lovely, R., Yeager, C., Ferguson, G., Friedman, M., Sloane, G., Friedman, H., & Pincus, J. H. (1988). Intrinsic and environmental characteristics of juvenile murderers. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 582-587.

Lewis, D. O., Moy, E., Jackson, L. D., Aaronson, R., Restifo, N., Serra, S., & Simons, A. (1985). Biopsychological characteristic of children who later murder: A prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1161-1167.

Lewis, D. O., Yeager, C. A., Lovely, R., Stein, A., & Cobham-Portorreal, C. S. (1994). A clinical follow-up of delinquent males: Ignored vulnerabilities, unmet need, and the perpetuation of violence. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 518-528.

Lewis, D., Mallouh, C., & Webb, V. (1989). Child abuse, delinquency, and violent criminality. In D. Cicchetti & V. Carlson (Toim.), *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (s. 707-721). New York: Cambridge University Press.

Luntz, B. K., & Widom, C. S. (1994). Antisocial personality disorder in abused and neglect children grown up. *American Journal of Psychiatry*, 151, 670-674.

Lynch, M., & Cicchetti, D. (1991). Patterns of relatedness in maltreated and nonmaltreated children: Connections among multiple representational models. *Development and Psychopathology*, 3, 207-226.

Main, M. (1990). Cross-cultural studies of attachment organization: Recent studies, changing methodologies, and the concept of conditional strategies. *Human Development*, 33, 48-61.

Main, M. (1991). Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs. multiple (incoherent) models of attachment. Findings and directions for future research. In C. M. Parkers, J. Stevenson-Hinde & P. Marris (Toim.), *Attachment across the life cycle* (s. 127-159). London: Routledge-Kegan Paul.

Main, M. (1996). Introduction to the special section on attachment and psychopathology: Part 2. Overview of the field of attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 237-243.

Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Toim.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (s. 121-160). Chicago: University of Chicago Press.

Main, M., & Weston, D. (1981). The quality of the toddler's relationship to mother and father: Related to conflict behavior and the readiness to establish new relationship. *Child Development*, 52, 932-940.

- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. In I. Bretherton & E. Waters (Toim.), *Growing points of attachment theory and research*. Monographs of the Society for Research in Child Development, 50(1-2, Serial No. 209), 66-104.
- Maiuro, R., Cahn, T., Vitaliano, P., Wagner, B., & Zegree, J. (1988). Anger, hostility and depression in domestically violent versus generally assaultive men and nonviolent control subjects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 17-23.
- Maiuro, R., O'Sullivan, M., & Vitaliano, P. (1989). Anger, hostility and depression in assaultive vs. suicide-attempting males. *Journal of Clinical Psychology*, 45, 531-541.
- Malinosky-Rummell, R., & Hansen, D. J. (1993). Long-term consequences of childhood physical abuse. *Psychological Bulletin*, 114, 68-79.
- O'Hara, M. W., & Rehm, L. P. (1983). Hamilton rating scale for depression: Reliability and validity of judgements of novice raters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 318-319.
- Patrick, M., Hobson, P., Castle, D., Howard, R., & Maughan, B. (1994). Personality disorder and the mental representation of early social experience. *Development and Psychopathology*, 6, 375-388.
- Pianta, R. C., Egeland, B., & Adam, E. K. (1996). Adult attachment classification and self-reported psychiatric symptomatology as assessed by the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 273-281.
- Rabkin, J. G., & Klein, D. F. (1987). The clinical measurements of depressive disorders. In A. J. Marsella, R. M. A. Hirschfield, & M. M. Katz (Toim.), *The measurement of depression* (s. 30-83). The Guilford Press: New York.
- Rosenbaum, D., & Bennett, B. (1986). Homicide and depression. *American Journal of Psychiatry*, 143, 367-370.
- Rosenstein, D. S., & Horowitz, H. A. (1996). Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 244-253.
- Sax, K. W., Strakowski, S. M., Keck, P. E., Upadhyaya, V. H., West, S. A., & McElroy, S. L. (1996). Relationship among negative, positive, and depressive symptoms in schizophrenia and psychotic depression. *British Journal of Psychiatry*, 168, 68-71.
- Siris, S. G., Harmon, G. K., & Endicott, J. (1981). Postpsychotic depressive symptoms in hospitalized schizophrenic patients. *Archives of General Psychiatry*, 38, 1122-1123.
- Sroufe, A. (1988). The role of infant-caregiver attachment in development. In J. Belsky & T. Neworski (Toim.), *Clinical implications of attachment theory* (s. 18-40). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Van Ijzendoorn, M. H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, 117, 387-403.

Varjonen, J., Romanov, K., Kaprio, J., Heikkilä, K., & Koskenvuo, M. (1996). Depressive symptoms among 12063 men and women aged 33-60 years. Unpublished manuscript. University of Helsinki, Finland

Ward, T., Hudson, S. M., & Marshall, W. L. (1996). Attachment styles in sex offenders: A preliminary study. *The Journal of Sex Research*, 33, 17-26.

West, M., Rose, M. S., & Sheldon, A. (1993). Anxious attachment as a determinant of adult psychopathology. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 422-427.

Widom, C. S. (1989a). Child abuse, neglect, and adult behavior: Research design and findings on criminality, violence, and child abuse. *American Journal of Psychiatry*, 59, 355-367.

Widom, C. S. (1989b). Child abuse, neglect, and violent criminal behavior. *Criminology*, 27, 251-271.

Widom, C. S. (1989c). Does violence beget violence? A critical examination of literature. *Psychological Bulletin*, 106, 3-28.

Wind, T. W., & Silvern, L. (1994). Parenting and family stress as mediators of long-term effects of child abuse. *Child Abuse and Neglect*, 18, 439-453.

Zimmerman, M., Coryell, W., Wilson, S., & Corenthal, C. (1986). Evaluation of symptoms of major depressive disorder. Self-report vs. clinician ratings. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 150-153.



Tutkimuseettisen toimikunnan lausunto DNo 2738/54/96
(toimikunta täyttää)

Liite 1

Tutkimuksen nimi:

Mieli Maasta! valtion mielisairaalassa.

Tutkimuslaitos/laitokset:

Jyväskylän yliopisto, psykologian laitos

Vastaava tutkija: Opinnäytetyön osalta: psyk.yo Alice Fischer
Osoite: Helokantie 1 B 17, 40640 JYVÄSKYLÄ
Puhelin: 040 - 552 9273

Tutkimuksen tarkoitus:

Sekä opinnäytetyö (psykologian pro gradu) että kahteen tutkimushankkeeseen osallistuminen. Opinnäytetyö on osa STAKESin valtakunnallista Mieli Maasta! -projektia. Opinnäytetyö valmistellaan osana Suomen Akatemian rahoittamaa Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen tutkimushanketta Väki-valta- ja laiminlyöntikokemukset epäsosiaalisuuden ja rikollisuuden kehityksessä.

Tutkimuksen alkamisajankohta: Marraskuu -96
Tutkimuksen suunniteltu kesto aika: Valmistuu syksyksi -97

Tutkimuksen tai sen osan aikaisempi käsittely STAKESin tutkimuseettisessä toimikunnassa

Ei ole käsitelty

On käsitelty kokouspäivämäärä _____

Kuvaus tutkimuksessa käytettävistä aineistoista:

Tutkimuksen aineisto kerätään Vanhan Vaasan sairaalasta. Tutkimushenkilöinä ovat sairaalassa tutkimushetkellä olevat hoitopotilaat. Tutkimusaineistona käytetään hoitopotilaiden sairaalassa olevia Terveystieteiden Oikeusturvakeskukselle tehtyjä mielentilatutkimusasiakirjoja sekä muita heitä koskevia asiakirjoja.

Tutkittaville tehtävät toimenpiteet tai tiedon hankinta tutkittavilta:

Tutkimusaineistoa potilaista kerätään lisäksi heille kohdistetuilla haastatteluilla ja kyselylomakkeilla.

Tutkijan arvio tutkittaville koituvista haitoista ja riskeistä:

Tutkimusaineiston keruu vie potilaiden ja henkilökunnan aikaa. Haastattelussa tai kyselylomakkeita täyttäessä ja saattaa nousta esiin tutkittaville mahdollisesti arkoja ja ahdistusta aiheuttavia asioita. Tutkimuksen aikana ja sen jälkeen tutkittavia kuitenkin tarkkaillaan. Asioista voidaan keskustella tutkijan kanssa ja tarvittaessa tutkittava voidaan ohjata keskusteluihin hoitohenkilökunnan tai esim. psykologin kanssa. Tutkittavilla on oikeus vetäytyä tutkimuksesta milloin tahansa, jos se käy hänelle jostain syystä liian rasittavaksi ja hänen hyvinvointinsa kärsii tai osallistumisesta on hänelle muita negatiivisia seuraamuksia.

Tutkittavien suostumus:

Pyydetään kirjallisena , lomake liitteenä

Suullinen suostumus

Muulla tavoin , miten

Tutkittaville mahdollisesti maksettavat kulukorvaukset ja palkkiot:

Maksetaan kulukorvauksia Ei makseta kulukorvauksia

Maksetaan palkkio , mk Ei makseta palkkiota

Syntykö tutkimuksessa henkilörekisteri:

Kyllä Ei

Henkilörekisterillä tarkoitetaan henkilötietoja sisältävää tietojoukkoa, jota käsitellään automaattisen tietojenkäsittelyn avulla, sekä sellaista luetteloa, kortistoa tai muuta näihin verrattavalla tavalla järjestettyä henkilötietoja sisältävää tietojoukkoa, josta tiettyä henkilöä koskevat tiedot voidaan löytää helposti ja kohtuuttomitta kustannuksitta.

Mitkä ovat tietosuojariskit:

Toimenpiteet tietosuojariskien minimoimiseksi:

Tutkimushenkilöitä käsitellään ryhmänä, jolloin yksittäisen henkilön tunnistaminen ei ole mahdollista. Tiedosto on tutkimuksen suorittajan hallussa, joka myös tekee tilastolliset analyysit. Kertyvä asiakirja- ja muu tutkimusmateriaali säilytetään lukitussa kaappitilassa tutkimuksen suorittajan työhuoneessa.

Paikka ja aika

4.11.1996 JYVÄSKYLÄ

Vastaavan tutkijan allekirjoitus

Ulla Oksanen

Liitteet

- Tutkimussuunnitelma
 Suomenkielinen tiivistelmä tutkimussuunnitelmasta
 Tutkittavan kirjallista suostumusta koskeva lomake
 Tutkittavalle annettavat kirjalliset ohjeet


Eettisen toimikunnan käsittely:

- Toimikunta puoltaa tutkimussuunnitelmaa
 Toimikunta puoltaa tutkimussuunnitelmaa ehdollisena (LIITE)
 Toimikunta ei puolla tutkimussuunnitelmaa
 Toimikunnan huomautukset ja mahdolliset ehdot on esitetty oheisessa lausunnossa.

Paikka ja aika

Helsinki 20.12.1996

Aija Rasmussen



Liite Stakesin tutkimuseettisen toimikunnan lausuntoon
20.12.1996 Alice Ficherin tutkimuksesta "Mieli Maasta.
valtion mielisairaalassa":

Stakesin tutkimuseettinen toimikunta puoltaa tutkimuksen suorittamista eettiseltä kannalta edellyttäen, että Vanhan Vaasan sairaala tukee tutkimusta siten,

- että pyydetessä potilaiden suostumusta tutkimukseen osallistumisesta hoitavat lääkärit huolehtivat, että lähestymistapa (informaatio, jossa kerrotaan myös mitä asiakirjatietoja tutkimuksessa käytetään, ja kirjallinen suostumus) on asianmukainen,
- että potilasvalinta tapahtuu yhteistyössä hoitavien lääkäreiden kanssa,
- että hoitohenkilökunta huolehtii tutkimuksen mahdollisista jälkivaikutuksista ja
- että tutkija ottaa huomioon oheisissa Stakesin tutkimuseettisen toimikunnan pyytämässä lausunnoissa mainitut eettiset näkökohdat.

SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA

Minua on pyydetty ja olen vapaaehtoisesti suostunut Alice Fischerin gradu -tutkimukseen.

Minulle on selitetty tutkimuksen tarkoitus ja kulku. Kyselylomakkeista, haastattelusta ja asiakirjoista saatu tieto on luottamuksellista ja tieto käsitellään yhdessä muiden tutkimukseen osallistuvien henkilöiden tietojen kanssa. Tiedän siis, että henkilöllisyyttäni ei voi tunnistaa tutkimustuloksista. Tietojani ei myöskään luovuteta sairaalahenkilökunnan käyttöön.

Minulle on kerrottu myös tutkimuksen mahdollisesta henkisestä rasittavuudesta. Voin keskeyttää tutkimuksen milloin tahansa, jos tutkimukseen osallistuminen käy minulle jostain syystä henkisesti liian rasittavaksi tai hyvinvointini kärsii, tai osallistumisesta on minulle muita kielteisiä seurauksia.

Olen luvannut, että Alice Fischer saa tutkimuksessaan käyttää kaikkea minua koskevaa virallista asiakirja-aineistoa.

Paikka ja aika

Allekirjoitus

Nimen selvennys

TAUSTATIEDOT

Nimi -----

Tutkimusnumero ----

1. Ikä vuosina --**2. Sukupuoli**

1 Mies

2 Nainen

3. Siviilisääty

1 Naimaton

2 Avoliitossa

3 Avioliitossa

4 Eronnut

4. Peruskoulutus

1 Alle kansakoulun oppimäärä

2 Kansakoulu

3 Vähän oppikoulua/peruskoulua

4 Keskikoulu/peruskoulu

5 Osa lukiota

6 Ylioppilastutkinto

5. Ammattikoulutus

1 Ei ammattikoulutusta

2 Osa ammattikoulua

3 Ammattikoulu

4 Osa opistoastetta

5 Opistoasteen tutkinto

6 Osa yliopisto-/korkeakoulututkintoa

7 Yliopisto-/korkeakoulututkinto

6. Ammattiryhmä

- 1 Yrittäjä
- 2 Työntekijä
- 3 Alempi toimihlö
- 4 Ylempi toimihlö
- 5 Eläkkeellä

DIAGNOOSI

- 7. Diagnoosit:** 1 _____
- (nykyinen)** 2 _____
- 3 _____

TEKO**8. Teon laatu**

- 1 Tappo, murha
- 2 Tapon tai murhan yritys
- 3 Pahoinpitely
- 4 Väkininmakaaminen
- 5 Tuhopoltto
- 6 Ryöstö
- 7 Muu omaisuusrikos, mikä _____
- 8 Huumausainerikos
- 9 Muu rikos, mikä _____

9. Aiempi/aiemmat teot

- 0 Ei aiempaa rikollisuutta
- 1 Väkivaltarikos
- 2 Omaisuusrikos
- 3 Muu, mikä _____

BECK DEPRESSION INVENTORY

Liite 4

Lukekaa potilaalle jokainen kysymys ja sitä seuraavat vaihtoehdot huolellisesti. Ympyröikää se vaihtoehto, joka potilaan mielestä kuvaa hänen mielialaansa *kahden kuluneen viikon aikana*. Tarkistakaa lopuksi, että jokaiseen kysymykseen on vastattu.

1. Minkälainen on mielialasi?

- 0 En ole surullinen.
- 1 Tunnen itseni alakuloiseksi.
- 2 Olen alakuloinen jatkuvasti enkä pääse siitä.
- 3 Olen onneton ja se tuottaa minulle tuskaa.
- 4 Olen niin onneton, etten kestä enää.

2. Miten suhtaudut tulevaisuuteesi?

- 0 En suhtaudu tulevaisuuteen toivottomasti.
- 1 Tulevaisuus tuntuu minusta melko masentavalta.
- 2 Minusta tuntuu, ettei minulla ole tulevaisuudelta mitään odotettavaa.
- 3 Minusta tuntuu, etten koskaan pääse eroon huolistani.
- 4 Tulevaisuus tuntuu minusta toivottomalta, enkä jaksakaan uskoa, että asiat muuttuisivat parempaan päin.

3. Miten katsot elämäsi sujuneen?

- 0 En tunne epäonnistuneeni elämässä.
- 1 Minusta tuntuu, että olen epäonnistunut pyrkimyksissäni tavallista useammin.
- 2 Minusta tuntuu, etten ole saanut aikaan paljoakaan mainitsemisen arvoista.
- 3 Elämäni on tähän saakka ollut vain sarja epäonnistumisia.
- 4 Tunnen epäonnistuneeni täydellisesti ihmisenä (vanhempana, aviopuolisona).

4. Miten tyytyväiseksi tai tyytymättömäksi tunnet itsesi?

- 0 En ole erityisen tyytymätön.
- 1 Olen jatkuvasti hieman ikävystynyt.
- 2 En nauti asioista samalla tavalla kuin ennen.
- 3 Minusta tuntuu, etten saa enää tyydytystä juuri mistään.
- 4 Olen täysin tyytymätön kaikkeen.

5. Tunnetko syyllisyyttä tai arvottomuutta?

- 0 En tunne itseäni erityisen syylliseksi mihinkään.
- 1 Tunnen itseni huonoksi ja arvottomaksi melko usein.
- 2 Minulla on syyllisyyden tunteita.
- 3 Nykyään tunnen itseni arvottomaksi melkein aina.
- 4 Olen kerta kaikkiaan arvoton.

6. Tunnetko, että sinua rangaistaan?

- 0 Minua ei mielestäni rangaista.
- 1 Minusta tuntuu, että jotain pahaa saattaisi tapahtua minulle.
- 2 Tunnen, että minua rangaistaan tällä hetkellä.
- 3 Tunnen, että ansaitsen rangaistuksen.
- 4 Haluan, että minua rangaistaan.

7. Oletko pettynyt itseesi?

- 0 En ole pettynyt itseni suhteen.
- 1 Olen pettynyt itseni suhteen.
- 2 En pidä itsestäni.
- 3 Minua inhottaa oma itseni.
- 4 Vihaan itseäni.

8. Miten arvostat itseäsi?

- 0 Minusta tuntuu, että olen yhtä hyvä kuin kuka muu tahansa.
- 1 Suhtaudun melko arvostelevasti itseeni heikkouksieni ja erehdysteni tähden.
- 2 Moitin itseäni kaikesta, mikä ”menee vinoon”.
- 3 Mielestäni minulla on liian monia huonoja puolia.
- 4 Pidän itseäni täysin kelvottomana.

9. Onko sinulla itsesi vahingoittamiseen liittyviä ajatuksia?

- 0 En ajattele itseni vahingoittamista.
- 1 Olen joskus ajatellut vahingoittaa itseäni, mutta en kuitenkaan aio tehdä sitä.
- 2 Minusta tuntuu, että olisi parempi, jos olisin kuollut.
- 3 Minulla on tarkat suunnitelmat itsemurhasta.
- 4 Perheeni tulisi paremmin toimeen, jos olisin kuollut.
- 5 Tekisin itsemurhan, jos vain voisin.

10. Itketkö usein?

- 0 En itke tavallista enempää.
- 1 Itken nykyisin enemmän kuin ennen.
- 2 Itken nykyisin jatkuvasti, enkä voi lopettaa sitä.
- 3 Ennen kykenin itkemään, mutta nyt en voi vaikka haluaisinkin.

11. Oletko ärtynyt?

- 0 En ole sen ärtyneempi kuin ennenkään.
- 1 Ärsyynyn nykyisin helpommin kuin aikaisemmin.
- 2 Tunnen itseni ärtyneeksi koko ajan.
- 3 Asiat, jotka saivat minut ennen raivostumaan, eivät enää ärsytä minua ollenkaan.

12. Oletko kiinnostunut toisten seurasta?

- 0 Olen kiinnostunut ihmisistä kuten ennenkin.
- 1 Toiset ihmiset eivät kiinnosta minua niin paljon kuin ennen.
- 2 Olen melkein menettänyt mielenkiintoni sekä tunteeni toisia ihmisiä kohtaan.
- 3 Olen menettänyt mielenkiintoni muihin ihmisiin, enkä välitä heistä lainkaan.

13. Pystytkö tekemään päätöksiä?

- 0 Pystyn tekemään päätöksiä samoin kuin ennenkin.
- 1 Varmuuteni on vähentynyt ja yritän lykätä päätösten tekoa.
- 2 Nykyisin tarvitsen apua päätösten teossa.
- 3 En pysty enää lainkaan tekemään ratkaisuja.

14. Minkälaisena pidät olemustasi ja ulkonäköäsi?

- 0 Koen, että ulkonäköni on pysynyt ennallaan.
- 1 Pelkään näyttäväni vanhalta tai epämiellyttävältä.
- 2 Minusta tuntuu, että ulkonäköni on muuttunut pysyvästi ja näytän rumalta.
- 3 Olen varma, että näytän rumalta ja vastenmieliseltä.

15. Minkälainen on työkykysi?

- 0 Työkykyni on pysynyt suunnilleen ennallaan.
- 1 Työn aloittaminen vaatii minulta ylimääräisiä ponnistuksia.
- 2 En enää pysty työskentelemään samoin kuin ennen.
- 3 Minun on väkisin pakotettava itseni työhön.
- 4 Minun on täysin mahdoton tehdä mitään työtä.

16. Miten nukut?

- 0 Nukun yhtä hyvin kuin ennenkin.
- 1 Herätessäni aamuisin olen paljon väsyneempi kuin ennen.
- 2 Herään 1-2 tuntia tavallista aikaisemmin ja minun on vaikea nukahtaa uudelleen.
- 3 Herään aikaisin joka aamu, enkä pysty nukkumaan 5 tuntia kauempaa.

17. Oletko väsynyt?

- 0 En ole sen väsyneempi kuin tavallisesti.
- 1 Väsyn nopeammin kuin ennen.
- 2 Vähäinenkin työ väsyttää minua.
- 3 Olen liian väsynyt tehdäkseeni mitään.

18. Minkälainen on ruokahalusi?

- 0 Ruokahaluni on ennallaan.
- 1 Ruokahaluni on huonompi kuin ennen.
- 2 Ruokahaluni on nyt paljon huonompi kuin ennen.
- 3 Minulla ei ole enää lainkaan ruokahalua.

19a. Onko painosi laskenut?

- 0 Painoni on pysynyt ennallaan tai noussut.
- 1 Olen laihtunut enemmän kuin 3 kg.
- 2 Olen laihtunut enemmän kuin 5 kg.
- 3 Olen laihtunut enemmän kuin 8 kg.

19b. Onko painosi noussut?

- 0 Painoni on pysynyt ennallaan tai laskenut.
- 1 Painoni on noussut enemmän kuin 3 kg.
- 2 Painoni on noussut enemmän kuin 5 kg.
- 3 Painoni on noussut enemmän kuin 8 kg.

20. Oletko huolissasi terveydentilastasi?

- 0 En ole huolissani terveydestäni enempää kuin tavallisesti.
- 1 Minua vaivaavat tavallista enemmän säröt ja kivut tai ummetus tai muut epämiellyttävät tuntemukset ruumiissani.
- 2 Seuraan niin tarkasti, mitä tuntemuksia ja oireita minulla on, ettei muille ajatuksille jää paljon aikaa.
- 3 Terveyteni ja tuntemuksieni ajatteleminen on kokonaan vallannut mieleni.

21. Minkälainen on kiinnostuksesi sukupuolielämää kohtaan?

- 0 Kiinnostukseni sukupuolielämään on pysynyt ennallaan.
- 1 Kiinnostukseni sukupuolielämään on vähentynyt entisestä.
- 2 Kiinnostukseni sukupuolielämään on paljon vähäisempi kuin ennen.
- 3 En ole enää lainkaan kiinnostunut sukupuolielämästä.

HAMILTON DEPRESSION SCALE

Liite 5

Lukekaa jokainen kysymys ja sitä seuraavat vaihtoehdot huolellisesti. Ympyröikää se vaihtoehto, joka mielestänne parhaiten kuvaa potilasta *kahden kuluneen viikon ajan*. Tarkistakaa lopuksi, että olette vastanneet jokaiseen kysymykseen.

1. Masentunut mieliala (surullinen, toivoton, avuton, mitätön)

- 0 Ei ole.
- 1 Kertoo olevansa, kun kysytään.
- 2 Kertoo oma-aloitteisesti.
- 3 Käy ilmi ei-verbaalisesti (kasvonilmeet, asento, ääni, itkee helposti)
- 4 Vain tämä mieliala käy ilmi spontaanissa verbaalisessa ja ei-verbaalisessa kommunikatiivisessa.

2. Syyllisyyden tunne

- 0 Ei ole.
- 1 Syyttää itseään, on pettänyt muita.
- 2 Syyllisyyden tunne, pohtii virheitään ja syntisiä tekojaan.
- 3 Nykyinen sairaus on rangaistus. Harhaluuloja syyllisyydestä.
- 4 Kuulee syyttäviä ja tuomitsevia ääniä. Uhkaavia visuaalisia hallusinaatioita.

3. Itsemurha

- 0 Ei halua.
- 1 Ei hyödytä elää.
- 2 Haluaisi olla kuollut tai ajattelee kuolemaansa.
- 3 Itsemurhasuunnitelmia tai liikkeitä.
- 4 Yrittää itsemurhaa. (Vakavat yritykset merkittävä AINA 4.)

4. Nukahtamisvaikeudet

- 0 Helppo saada unta.
- 1 Joskus vaikea saada unta (vie yli ½ tuntia)
- 2 Jokaöistä unettomuutta.

5. Katkonainen uni

- 0 Ei ole.
- 1 Levoton ja rauhaton olo.
- 2 Herää öisin (Jos nousee vuoteestaan yöllä, paitsi WC-käyntiä varten: merkittävä AINA 2.)

6. Aikainen herääminen

- 0 Ei ole.
- 1 Herää aamuyöstä, mutta menee takaisin nukkumaan.
- 2 Ei saa unta, jos nousee vuoteesta.

7. Työnteko ym. toiminta

- 0 Ei vaikeutta.
- 1 Tuntee olevansa kykenemätön, väsynyt ja heikko työnteossaan ja harrastuksissaan.
- 2 Minkään tekeminen ei huvita. Kertoo itse tai ilmenee epäsuorasti: rauhattomuutta, kykenemättömyyttä tehdä päätöksiä, epäröintiä. Pitää pakottautua tekemään.
- 3 Ei tee paljon mitään tai ei saa aikaan paljon.
Sairaalapotilas: Merkitse 3, jos potilas viettää työn tms. parissa alle 3 tuntia (työ = tehtävät tai harrastukset sairaalassa lukuunottamatta rutiinitoimintoja).
- 4 Lopetti työnsä sairauden vuoksi.
Sairaalapotilas: Merkitse 4, jos potilas ei tee mitään, paitsi rutiinitehtäviä tai jos ei suoriudu niistä yksin.

8. Estyneisyys, hidastuneisuus (puheen ja ajatuksenjuoksun hitaus; heikentynyt keskittymiskyky; vähentynyt motorinen aktiiviteetti)

- 0 Normaali.
- 1 Lievää hitautta keskustelussa.
- 2 Selvää hitautta.
- 3 Vaikea haastatella.
- 4 Täysin sulkeutunut.

9. Motorinen levottomuus

- 0 Ei ole.
- 1 Leikkii käsillään tai hiuksillaan.
- 2 Vääntelee käsiään, puree huuliaan ja kynsiään, nyhtää hiuksiaan.
- 3 Potilas ei pysy paikallaan haastattelun aikana ja/tai on jatkuvassa levottomassa liikkeessä osastolla.
- 4 Haastattelu suoritetaan potilaan liikkuesssa huoneessa. Hän kävelee lähes jatkuvasti edestakaisin, vetelee vaatteitaan ja repii hiuksiaan.

10. Psyykkinen levottomuus

- 0 Ei ole
- 1 Jännittynyt ja ärtynyt.
- 2 Murehtii pikkuasioista.
- 3 Olemuksessa pelokkuutta.
- 4 Pelkotilat käyvät ilmi tarvitsematta niistä kysellä.

11. Somaattinen levottomuus

- 0 Ei ole.
- 1 Lievää.
- 2 Keskinäkertaista.
- 3 Vaikeaa.
- 4 Invalidisoivaa.

Somaattisen levottomuuden fysiologisia oireita:

GI: kuiva suu, ilmavaivat, ripuli, kouristukset, röyhtäily, närästys

Kardiovaskulaariset: palpitaatio, päänsärky

Kespiratoriset: hyperventilaatio, huokaukset

Virtsatiet: tihentynyt virtsaamistarve, hikoilu

12. Gastrointestinaaliset oireet

- 0 Ei ole.
- 1 Ei ruokahalua, mutta syö käskemättä. Täyttävä tunne vatsassa.
- 2 Ei syö, ellei henkilökunta maanittele. Pyytää tai vaatii laksatiiveja tai lääkettä GI-oireisiin.

13. Somaattiset yleisoireet

- 0 Ei ole.
- 1 Raskas tunne raajoissa, selässä ja päässä. Selkä-, pään- ja lihassärkyä. Heikkoutta ja väsymystä.
- 2 Kaikki selvät oireet.

14. Genitaalioireet (esim. vähentynyt libido, kuukautishäiriöt)

- 0 Ei ole.
- 1 Epäselvä tai lievä.
- 2 Selvästi esillä tai vakava.

15. Hypokondria

- 0 Ei ole.
- 1 Keskittyy itseensä ja voitiinsa.
- 2 Huolissaan terveydestään.
- 3 Valittelee vaivojaan, pyytää auttamaan jne.
- 4 Luulotautisia harhoja.

16. Painon laskeminen (arvioi joko kohdan a) tai b) perusteella)**a) Esitietojen perusteella**

- 0 Ei ole laihtunut.
- 1 Laihtunut ehkä sairauden takia.
- 2 Laihtunut selvästi (omien sanojensa mukaan).

b) Viikoittaisen arvion ja punnituksen perusteella

- 0 Laihtunut alle $\frac{1}{2}$ kg/viikko.
- 1 Laihtunut yli $\frac{1}{2}$ kg/viikko.
- 2 Laihtunut yli 1 kg/viikko.

17. Potilaan oma käsitys

- 0 Myöntää olevansa sairas ja masentunut.
- 1 Myöntää sairautensa, mutta syyttää siitä huonoa ravintoa, ilmastoja, ylitöitä, virusta, levontarvetta jne.
- 2 Kieltää olevansa sairas.

ADULT ATTACHMENT INTERVIEW

Liite 6

Tarkoitukseni on tutkia, millaisena koet oman lapsuutesi ja miten se on mahdollisesti vaikuttanut sinuun myöhemmin aikuisena. Seuraavilla kysymyksillä haluan selvittää, millaisia ovat omasta mielestäsi olleet lapsuudenaikaiset läheisimmät ihmissuhteesi ja niihin liittyvät muistot.

1. Pyydän sinua valitsemaan viisi adjektiivia, jotka kuvaavat suhdettasi äitiisi, kun olit pieni lapsi. Voit miettiä ensin kaikessa rauhassa. Sen jälkeen pyydän sinua vielä kertomaan, miksi valitsit nuo laatusanat.

OHJE: Kaikki eivät kykene valitsemaan suoralta kädeltä viittä adjektiivia. Mikäli kaikkien viiden valinta tuntuu vaikealta, voit antaa haastateltavan valita yhden tai kaksi adjektiivia kerralla. Ole tarkkana, että lausut sanan ”suhde” niin, että se kuuluu selkeästi tässä lauseessa. Älä kuitenkaan erityisesti nojaudu eteenpäin tämän sanan kohdalla, äläkä painota sitä tarkoituksellisesti. Jotkut haastateltavat todella käyttävät suhdetta kuvaavia adjektiiveja, kun taas jotkut vain kuvaavat vanhempansa muita ominaisuuksia (esim. ”kaunis, ”sai asiat luistamaan”), ikäänkuin heitä olisi vain pyydetty ”valitsemaan adjektiiveja, jotka kuvaavat äitiä/isää”. Näillä haastateltavien välisillä eroilla on merkitystä kuitenkin vain, jos haastateltava on kuullut lauseen oikein eli ”jotka kuvaavat suhdettasi äitiisi/isääsi, kun olit pieni lapsi”.

Seuraava kysymys esitetään joko kaikkien adjektiivien jälkeen tai kunkin adjektiivin jälkeen erikseen.

2. No niin, kyselin vielä hiukan lisää kuvauksistasi. Sanoit, että suhde äitiisi/häneen oli (käytä haastateltavan ilmaisua) _____. Tuleeko mieleesi muistoja tai tapahtumia, jotka liittyvät siihen, että suhde äitiisi/häneen oli _____?

OHJE: Haastattelija jatkaa mahdollisimman luontevasti tehden ylläolevan kysymyksen jokaisen haastateltavan antavan ilmaisun tai adjektiivin kohdalla. Haastattelija yrittää löytää tällä kysymyksellä kuitenkin kullekin ilmaisulle sitä tukevia tai havainnollistavia muistoja ja tapahtumia. Kullekin adjektiiville pyritään löytämään sitä havainnollistava muisto ja kuvaus.

Kokemuksen mukaan adjektiivien valintaa helpottaa haastattelun alkamisvaihetta ja hyödyttää myöhemmin haastattelun analysointia. Se auttaa joitakin haastateltavia keskittymään vanhempi-lapsi -suhteeseen ja miettimään sitä jatkossakin. Ilman lisäkysymystä he eivät ehkä pystyisi kertomaan suhteesta spontaanisti. On tärkeää saada käsitys siitä, pystyykö haastateltava kuvaamaan suhdetta sekä ”yleisesti” adjektiiveja käyttäen että kertomalla niihin liittyviä erityisiä muistoja tai ainoastaan jommalla kummalla tavalla. Siksi haastattelijan tulee jossain määrin vaatia haastateltavaa valitsemaan adjektiiveja. Ellei haastateltava vielääkään kuvaile suhdetta adjektiiveilla, voidaan olla jokseenkin varmoja, että hän ei siihen pysty. Jotkut haastateltavista saattavat vastustaa jonkin verran toteamalla ”en kerta kaikkiaan halua ajatella tuolla tavalla”. Tällöin haastattelijan tulisi vastata leikkisästi tai ystävällisesti ”... yritä kuitenkin! Voit aloittaa vaikkapa yhdestä tai kahdesta adjektiivista”. On hyvä muistaa, että kaikki haastateltavat eivät kykene kuvailemaan suhdetta viidellä adjektiivilla.

Tähän kysymykseen vastaamiseen haastateltavat tarvitsevat useimmiten eniten aikaa. Jotkut haastateltavan valitsemista adjektiiveista saattavat olla melkein samansisältöiset, esimerkiksi huolehtiva, hoivaava. Jatkossa voit yrittää saada selville yhdellä kysymyksellä näitä samansisältöisiä adjektiiveja havainnollistavia muistoja: ”Sanoit, että äitisi oli huolehtiva ja hoivaava. Tuleeko mieleesi muistoja tai tapahtumia, jotka liittyvät siihen, että hän oli huolehtiva ja hoivaava?” Sana ”rakastava” eroaa kuitenkin tärkeällä tavalla sanoista ”huolehtiva, hoivaava”, joten haastattelijan pitäisi yrittää saada esiin tähän adjektiiviin liittyviä erityisiä muistoja: ”sanoit, että äitisi ei ollut ainoastaan huolehtiva vaan myös rakastava. Onko sinulla tähän liittyviä muistoja?”

3. Nyt pyytäisin sinua valitsemaan viisi adjektiivia, jotka kuvaavat suhdettasi isääsi lapsuudessa. Kysyn sinulta jälleen, miksi valitsit juuri ne.

4. Kyselisin vielä hiukan lisää kuvauksistasi. Sanoit, että suhde isääsi/häneen oli (käytä haastateltavan ilmaisua) _____. Tuleeko mieleesi muistoja tai tapahtumia, jotka liittyvät siihen, että suhde isääsi/häneen oli _____ ?

Esimerkkejä tutkimushenkilöiden haastattelukertomuksista perusstrategiatyypeittäin.

Tyyppi Ds1

”Joo no, eiköhän se ihan ymmärtäväinen oo ollu ja sitte auttava ja - sitten, sitten, no, mitä nyt sanos. No, se on ainakin ollu, jos niin voi sanoo. En mä enempää tiedä. - En oikeestaan keksi.

Ymmärtäväinen? No se, sanotaan näin, et se ymmärs. Jos joskus mä olin koulusta pois, niin hän ne ilmotti, ja. Tietysti asiat pitää olla sillä välillä, mutta. Niin, kyl se ymmärsi sitä, että on joskus ollu hankalaa koulussa, että.

Auttava? No, se on samalla lailla, kun toi kouluhomma, et me opeteltiin yhdessä kaikkee, niinku esimerkiks matematiikkaa ja kaikkee tällästä näin. Niin, se autto niissä sitte, ohjas eteenpäin ja muuta.”

Ds2 -tyyppi

”No mitähän ne mahtas olla? No tota niin. Ainakin kuri, ja sitte hellyys, rakkaus - ja mitä muita vois olla, anteeksianto ja - ja vaikka ymmärtäväisyys.

Kuri? No joo, mä sain joskus selkäni, aika rajustikkin, jos mä olin jotain tosi väärin tehny.

Hellyys? No, vastapainoksi hellyyttä. - Sen kurin vastapainoksi. Ei mulla muuta siihen.

Rakkaus? Niin, rakkautta, se liittyy siihen samaan. - No, se on ollu, mulla on ollu hyvä lapsuus periaatteessa, että. Ei siihen liity mitään semmosia suurempia traumoja.

Anteeksianto? Joo, siis anteeksianto. Mä sain hirveen paljon anteeksi kaikkee pahaa kuitenkin mitä mä tein.

Ymmärtäväisyys? Ymmärtäväisyys. Äiti ymmärtää mua ja. - Se, mihin isä ei kyenny, niin äiti pysty.”

Tyyppi Ds→F

”Siin on vähän molempia puolia, sekä hyviä että pahoja puolia siinä lapsuudessa, et min-käläinen äiti oli mua kohtaan ja. Osittain ajattelematon, osittain ymmärtäväinen ja tommonen noin ja. Ihan hyvä ihminen ja sillee kuitenkin mua kohtaan. Parhaansa se yritti kuitenkin, että mä nään asian silleen, et parhaansa hän on yrittänyt. Et äitihän oli vasta, äiti synnytti mut, kun hän oli seittemäntoista et tota. Hän oli niin nuori, että siin oli semmosta, nuoruuden semmosta, vähän semmosta alkoholin kanssa ja tommosta jotain pientä. - Tota, -- Ei äiti koskaan väkivaltanen ollu mua kohtaan. En mä tiedä, ei se, voiks sitä sanoo tohon. - Mitenkä semmosen, mikä sana semmoseen vois olla, kun antaa kaikki vapaudet ja tolleen noin, et lapsi saa kulkea vapaasti ja. Ehkä se vois olla sitte sitä ajattelemattomuutta sitte et, jos lapsi kulkee vapaasti tollee noin ja. -- Muuta ei tuu.

Ajattelemattomuus? No semmonen yks tapaus tuli aikoinaan, että mun äiti ja isä otti yhteen. Se oli semmosta pahoinpitelyä siinä. Mä muistan, kun mä asuin vielä sillan pappan ja mamman talon siellä kellarikerroksessa ja tota pappa sit tuli sinne ja otti mut syliin ja ja piti mua sylissä ja. Sitte äiti tuli sieltä, kun ne oli lopettanu tappelemisen, niin se tuli huuli ihan veressä ja mä säikähdin sitä hirveesti, kun mä olin niin pieni siin. Oisinko mä ollu jotain kolmen vanha. Niin, niin ei ne oikein ajatellu, et lapsi oli semmosta näkemässä.

Ymmärtäväinen? No semmonen yks esimerkki siitä, kun me oltiin jo muutettu pois pappan asunnosta ja. Mä sit pelasin kiekko siinä ulkona ja löin ikkunan rikki, ikkunan rikki ja. Mä menin heti kertomaan äidille rehellisesti, et mä rikoin ikkunan. Äiti niinkun ymmärsi sen. Sit semmonen tapaus oli kerran, kun mä olin lastentarhassa, niin poikien kanssa heitettiin, siin oli lähellä asuntovaunuja, niin heitettiin kivillä niitä asuntovaunuja. Ja sit se oli yhen meidän samoissa taloissa asuvan niin niiden asuntovaunu ja ne oli sit kuullu jostain et minä oon heitelly kiviä niihin ja niihin oli jääny jälkiä. Mä muistan, kun mä olin sillan siinä, mä olin siinä pihalla, niin äiti kävi niitten juttusilla. En mä tiedä pyysikö ne rahaa tai mitään, jotain korvauksia ne vissiin pyysi niistä, mitä niihin oli tullu vaurioita. Niin äiti senkin ymmärsi, etten, etten mä saanu niinku piiskaa tai mitenkään. Äiti niinkun ymmärsi sen täysin niinku sillee et, et se oli sitä pikkupoikien ajattelemattomuutta tommonen.

Hyvä? No, suhde oli siinä mielessä hyvä, että aina, aina oli. Mä sain kaiken, minkä mä halusin, jenkkileviksiä ja hienoja, hienoja takkeja ja sit ruokaa oli aina jääkaapissa ja. Kaikki mä sain, ehkä vähän liikaakin sillee. Niin, että äiti yritti olla vaan tosi hyvä mua kohtaan noin.

Rajoitti? No, mun äiti yritti asettaa mulle semmoset kotiintuloajat sillan, oisinko mä ollut semmonen kymmenen vanha. Vissiin mä vähän aikaa noudatinkin niitä ja sit mä menin ja tulin ja tuli alkoholi mukaan kuvioihin. Et nyt mennään ajassa vähän pidemmälle siis. Äiti halus aina tietää vaan, minne mä meen ja useesti äiti kysy, et minne sä meet ja tollee. Et mullahan ei siin ollu semmosta kasvatusisää oikeestaan, et siin oli vaan äidin avomies, avopuoliso. Mä en tykänny, mä vihasin oikeestaan sitä.”

Tyyppi E

”Kyllä se musta ainakin huolen piti. -- Mul oli sellanen kolmipyöräinen pyörä ja siitä hajos se ohjaustanko. Mä en muuta keksiny, niin mä ajoin potkulaudalla semmosta hemmetin jyrkkää mäkeä alas. Sitte mä kaaduin siellä mäen alhaalla ja auto tuli just. Pää kolahti sitte jotenki autoon ja verta tuli hirveesti. Mä huudin ikkunan alla, että äitiiiiii, tuu ikkunaanaaaaan! Se tuli hakemaan mua sieltä pihalta ja mä kerroin, mitä oli tapahtunut. Se pisti mun pään ensteks vesiraanan alle. Mä muistan, kun se jälkeenpäin on tätä kertonu, et siitä ihan pulppus verta. Sit äiti soitti taksin ja mentiin yheksääkymppii sairaalaan. Tämösii juttuja. - Eikö se ole huolenpitämistä? - En mä, mä vain muistan jotain tommosii noin, kun isä esimerkiks oli tuurijuoppo, et se joi aina viikonloppusin. Ei se, ei se ollu väkivaltanen koskaan, et se ois ollu väkivaltanen. Meiän mutsi, tai siis äiti, se ei tosin pidä siitä, että sitä sanotaan äidiksi, pitää olla mutsi tai mamma. Niin, meiän mutsi sitte kaateli niitä viinoja aina viemäristä alas. - Et semmosta, et ei se ainakaan huono ollu. Ei se koskaan oo ollu huono, mitä nyt tässä vanhemmalla iällä menny, että valittaa vähän joka asiasta. Mä en oo koskaan käyny äitiin kiinni, mitä nyt joskus oon huudellu sille takasin. - Ja kyllä mä valokuvista jotain muistan, istun joulupukin sylissä ja. - Ai niin, toi on jääny mun mieleen, kun äiti oli työntäny mua rattaissa tai vaunuissa siis. Sit joku mustalaismuija oli tullu sanomaan, et onpas teillä nätti tyttö. Mä olin sanonu sille, että ei kun mun nimi on ... ! Mä olin ihan tytön näkönen pienenä, semmoset melkein tonne pefaan asti ulottuvat korkkiruuvikiharat. Mä varmaan näytin sit tytöltä. - No, silloin vielä, kun mulla oli se kolmipyöräinen pyörä, niin yhden korttelin kerkisin sillä kerran ajaa. Mä laskin mäkee, semmosta autonramppia. Poliisit tuli siihen ja sano että täällähän sinä oletkin, että kyytiin vaan. Mun äiti, mutsi, oli soittanu poliisit, kun mä olin hävinny pihalta. Mä olin sellanen seikkailunhaluinen nuorena. Välillä koulustakin kävelin kymmenen kilometriä kotiin. Huolissaan äiti on ollu aina.”

Liitetaulukko 1. Epäsuotuisten lapsuudenkokemusten eri muotojen yhdistelmät (N = 36)

Muoto	f
Lapsuudessa koettu yhtä muotoa	
Fyysinen väkivalta (f)	1
Hyljeksivä suhtautuminen (hy)	
Kasvatuskäytännöt (kasv)	2
Kodin riitaisuus (riita)	1
Kodin epävakaisuus (eva)	8
Lapsuudessa koettu kahta eri muotoa	
f + kasv	2
f + riita	2
hy + kasv	1
hy + riita	1
Lapsuudessa koettu kolmea eri muotoa	
f + hy + kasv	2
f + hy + kasv	1
f + kasv + eva	1
f + riita + eva	1
hy + kasv + riita	1
hy + riita + eva	1
kasv + riita + eva	2
Lapsuudessa koettu neljää eri muotoa	
f + hy + kasv + riita	1
f + hy + kasv + eva	1
f + kasv + riita + eva	1
Lapsuudessa koettu viittä eri muotoa	
f + hy + kasv + riita + eva	2

Liitetaulukko 2. BDI:ssä subjektiivisesti arvioitujen depressiivisten oireiden esiintyminen (N = 32)

Depressiivinen oire	Oire esiintyy	
	f	%
1. Mieliala	13	41
2. Pessimistisyys	5	16
3. Epäonnistuminen	20	62
4. Tyytymättömyys	19	59
5. Syllisyys	16	50
6. Rangaistuksen tunne	22	69
7. Itseinho	12	37
8. Itsearvostus	20	62
9. Itsensä vahingoittaminen	10	31
10. Itkeminen	12	37
11. Ärtynisyys	13	41
12. Vetäytyminen	5	16
13. Päätämättömyys	4	12
14. Bodyimage	6	19
15. Työkyvyttömyys	7	22
16. Univaikeudet	6	19
17. Väsymys	11	34
18. Ruokahaluttomuus	2	6
19. Painon vaihtelut	11	34
20. Somatisointi	7	22
21. Sukupuolinen haluttomuus	9	28

Huom. Neljän tutkimushenkilön tiedot puuttuvat.