Seksuaalkurjategijad

Seksuaalkäitumisealane nõustamine

Täiskasvanute ja noorukitele, kes muretsevad enda seksuaalsete mõtete või käitumise pärast või kes on kaotanud kontrolli oma seksuaalkäitumise üle, on nõu ja abi leitav siit [1].

Kuigi seksuaalkuriteod moodustavad kogukuritegevusest üsna väikese osa (nt 2014. aastal vähem kui 1% kogukuritegevusest), põhjustavad need ohvritele ja nende lähedastele sageli kannatusi, millest toibumine on pikaajaline ja raske protsess ning millel on kaugeleulatuvad tagajärjed kannatu tervisele ja elule.

Vaata veel:

Seksuaalkurjategijate kohtlemise põhimõtted

Rahvusvaheline Seksuaalkurjategiajte Ravi Assotsiatsioon (*International Associton for theTreatment of Sexual Offenders*, IATSO) on koostanud seksuaalkurjategijate ravi ning kohtlemise juhendid alaealiste ning täiskasvanud seksuaalkurjategijate kohta. Siinkohal jagame tõlget nimetatud juhisest, mida võib võtta kui eetianormide ja põhimõtete kokkuvõtet neile, kes oma töös või vabatahtlikus töös puutuvad kokku seksuaalkurjategijatega.

Rahvusvaheline Seksuaalkurjategijate Ravi Assotsiatsioon (IATSO) täiskasvanud seksuaalkurjategijate ravi ning kohtlemise juhend

EESMÄRK

Kuigi kõigil ametialadel on oma juhendid, kujutab järgmine juhend endast soovituslikke ravi ning kohtlemise miinimumjuhiseid. Soovitatakse, et seksuaalkurjategijate raviga tegelevad spetsialistid kasutaksid oma töö hindamiseks järgmisi miinimumkriteeriume. Iga üksikjuhtumiga tegeledes tuleks väga hoolikalt dokumenteerida põhjused erandite tegemiseks sellest juhendist.

MÕISTED

Ravijuhend

Ravijuhend tähendab täpselt seda, millele viitab – patsientide ravi juhendit. Praegusel juhul on selleks seksuaalkurjategijate ravi.

Parafiilia

Parafiilia on erootilis-seksuaalne seisund meestel ja naistel, kes erootilis-seksuaalse erutuse tekkeks ja säilimiseks ning orgasmi hõlbustamiseks või saavutamiseks reageerivad ebatavalistele või sotsiaalselt vastuvõetamatutele stiimulitele oma kujutelmades või fantaasiates või kelle erutus või orgasm sõltub neist stiimulitest.

Seksuaalkuritegu

Seksuaalkuritegu hõlmab lubamatut seksuaalkäitumist, mis on määratletud kriminaalõiguses. Tuleks samuti märkida, et kogu maailmas on suuri lahknevusi selles küsimuses, mida seksuaalkuritegu endast kujutab. (Pallone, 1990)

Seksuaalkurjategija

Isik, kes paneb toime oma kultuuriruumi jurisdiktsioonis õigusaktiga määratletud seksuaalkuriteo.

Psühholoogiline abi

Psühholoogiline abi viitab teraapiatele, mis on mõeldud seksuaalkurjategijate ravimiseks. Eri teraapiad põhinevad erinevatel parafiilse seksuaalkuriteo teket käsitlevatel psühholoogilistel ja psühhiaatrilistel teooriatel, nagu näiteks psühhoanalüütilisel, kognitiivsel, käitumuslikul, sotsiaalse õppimise ja peresüsteemide teoorial. Psühholoogilist või psühhiaatrilist abi võib osutada üksikisikule, paarile, perekonnale või rühmale. Abi eesmärk on ära hoida edasist kuritegelikku käitumist ja teiste isikute ohvriks langemist.

Ravimravi

Ravimravi viitab farmakoloogilise ravi kasutamisele. Farmakoloogiline ravi on hõlmanud (kuid mitte üksnes) antiandrogeenide, antidepressantide ning ärevusvastaste ja epilepsiavastaste ravimite, antipsühhootikumide ja/või teiste ravimite kasutamist.

AMETIALANE PÄDEVUS

Akadeemilise kraadi omamine käitumisteaduste, meditsiini või psühhosotsiaalsete kliiniliste teenuste osutamise vallas ei tõesta tingimata, et isikul on piisav pädevus parafiiliaga või seksuaalkuritegudega seotud probleemide hindamiseks või raviks. Seksuaalkurjategijaid hindavad ja/või ravivad inimesed peaksid olema läbinud kliinilise väljaõppe ning saanud erinevate psühhiaatriliste ja psühholoogiliste haigusseisundite diagnoosimise ja ravi kogemusi,

samuti erikoolitust ja kogemusi parafiilia diagnoosiga kurjategijate või seksuaalkurjategijatega seotud probleemide hindamise ja ravi alal. Seda peaks üldjuhul kajastama psühhiaatri, psühholoogi või kliinilise psühholoogi kutsetunnistuse olemasolu ning dokumendid koolituse ja kogemuste kohta mitmesuguste seksuaalhäirete, sealhulgas parafiilia ja seksuaalkuriteod, diagnoosimise ja ravi alal. Ravi osutaja peab suutma panna diagnoose.

Järgida tuleks järgmisi *pädevuse standardeid*.

1. Vähemalt magistrikraad või sellele vastav kraad kliinilise arstiteaduse erialal, mille on andnud riikliku või piirkondliku akrediteerimisorgani või -asutuse poolt akrediteeritud haridusasutus.

2. Tõendatud pädevus ravi vallas koos kutsetunnistusega (või tõendava asutuse vastava vormiga) töötamiseks arstina, psühholoogina, vaimse tervise õena, kliinilise psühholoogina või paari- või pereterapeudina.

3. Lisapädevus seksuaalhäirete ja seksuaalkuritegeliku käitumise alal nõustamiseks ja diagnoosimiseks, mida tõendab sõltumatu institutsioon (nt teatud erialal kutsekoda), koolitus või juhendamisel omandatud kliiniline kogemus koos pideva täiendõppega.

4. Tõendatud koolitus ja pädevus psühhoteraapia osutamiseks.

SEKSUAALKURJATEGIJATE RAVILE EELNEV OLUKORD

5. Potentsiaalsete patsientide seksuaalkuritegelikku käitumist ja nende üldist seksuaaltervist tuleks ulatuslikult hinnata. See peaks ka hõlmama sobivust raviks, ravile alluvust, psühholoogilisi või psühhiaatrilisi diagnoose ning kogukonna turvalisuse ja riskide hindamist.

6. Põhjalikku arstlikku läbivaatust soovitatakse eriti siis, kui kahtlustatakse füüsilisi probleeme, mis võivad nõuda spetsiifilist ravist südameprobleemid, kõrge vererõhk, maksakahjustused, ajuvigastused ja epilepsia.

7. Potentsiaalsed patsiendid peaksid läbima psühholoogilise ja/või psühhiaatrilise läbivaatuse, mis välistaks nende muud psühholoogilised või psühhiaatrilised häired. Kui leitakse muid häireid, nõuavad need täiendavat ravi lisaks patsiendi parafiilia või seksuaalkuritegeliku käitumise ravile.

8. Kui patsiendi raviks on vaja ravimeid või ta soovib neid, tuleb patsienti teavitada ravimiravi eelistest ning võimalikest kõrvalmõjudest või puudustest.

RAVIJUHENDI PÕHIMÕTTED

1. põhimõte. On tõendeid selle kohta, et teatud liiki ravi võib olla tõhus retsidiivsuse ohjeldamiseks ja vähendamiseks teatud liiki seksuaalkurjategijate puhul.

2. põhimõte. Seksuaalkurjategijad näevad ravi vabatahtliku protsessina (nemad teevad valiku), kuna nad ei pruugi näha oma seksuaalkuritegelikku käitumist psühholoogiliselt või meditsiiniliselt patoloogilisena.

3. põhimõte. Seksuaalkurjategijate ravi hindamine nõuab erioskusi, mis pole tavaliselt seotud kliiniliste psühholoogide või tervishoiutöötajate erialase väljaõppega.

4. põhimõte. Seksuaalkurjategijate ravi osutatakse elukvaliteedi parandamiseks ja seda peetakse nende inimeste humaanseks raviks, kes on pannud toime seksuaalkuriteo, ning selleks, et ennetada patsiendil edasist seksuaalkuritegelikku käitumist.

5. põhimõte. Dokumenteeritud orgaanilise hälbega patsiendil ravitakse kõigepealt vastavalt vajadusele üldiselt tunnustatud protseduuridega seda haigusseisundit enne psühhoteraapia alustamist või sellega koos.

6. põhimõte. Psühhiaatrilise diagnoosiga (nt skisofreenia) patsiendil ravitakse kõigepealt vastavalt vajadusele üldiselt tunnustatud protseduuridega psühhiaatrilist diagnoosi või mõlemat, kui see on vajalik.

7. põhimõte. Seksuaalkurjategijate ravi võib hõlmata erinevaid terapeutilisi lähenemisi. On oluline, et spetsialistid oleksid kursis kasvava ja areneva valdkonnaga ning osutaksid uuringutega tõestatud tõhusaimat ravi.

8. põhimõte. Raviplaan võib hõlmata ravimravi kasutamist, mis võib osaliselt leevendada seksuaalset erutust ja fantaasiaid ning mõned inimesed võivad tunda end vähem sunnituna tegutsema.

9. põhimõte. Seksuaalkurjategijatega töötavad spetsialistid peaksid olema ette valmistatud koostööks kriminaalõigussüsteemiga professionaalsel ja koostööle orienteeritud viisil.

10. põhimõte. Sageli vajavad seksuaalkurjategijad järelravi või -visiite ning seda tuleks julgustada või võimaluse korral nõuda.

11. põhimõte. On ebaeetiline nõuda patsientidelt tasu teenuste eest, mis on põhiliselt mõeldud teadusuuringuteks või millest patsient ei saa otseselt kasu.

12. põhimõte. Selleks et veenda tulemuslikult õigusasjatundjaid ja ka ühiskonda üldiselt seksuaalkurjategijate ravi tõhususes, peaksid spetsialistid tegema koostööd ja tegema teaduslikult põhjendatud ravi tulemuste uuringuid.

13. põhimõte. Seksuaalkurjategijad peavad sageli kokku puutuma kohtumenetlusega ning neid isikuid ravivad spetsialistid peavad olema valmis vajaduse korral kohtusse ilmuma.

14. põhimõte. Seksuaalkurjategijatele tagatakse samad õigused nende isikuandmete kaitseks nagu kõikidele teistele patsiendirühmadele, kui õigusaktidega, st teavitust või andmete kohtusse esitamist käsitlevate õigusaktidega ei ole sätestatud teisiti.

15. põhimõte. Seksuaalkurjategijaid ei tohi diskrimineerida nende vanuse, soo, rassi, etnilise kuuluvuse, rahvuse, usuliste tõekspidamiste, varalise või sotsiaalse seisundi või füüsilise või vaimse puude tõttu.

16. põhimõte. Seksuaalkurjategijaid ravivad spetsialistid peavad suhtuma nendesse inimestesse lugupidamise ja austusega. Kui nad ei suhtu kurjategijatesse või nende kuritegudesse kaastundlikult, peaksid nad need isikud nõuetekohaselt edasi suunama.

****

Rahvusvaheline Seksuaalkurjategijate Ravi Assotsiatsioon

Alaealiste seksuaalkurjategijate ravi ning kohtlemise juhend[1] [2]

Rahvusvaheline Seksuaalkurjategijate Ravi Assotsiatsioon (IATSO) võttis täiskasvanud seksuaalkurjategijate ravi juhendi vastu oma liikmete esimesel peaassambleel, mis peeti 2000. aasta mais Torontos (Coleman, Dwyer, Abel, Berner, Breiling, Ehet *jt*, 2000; 2003). Seda juhendit, mis koostati esialgselt 1990. aastal Minnesotas Minneapolises peetud teise rahvusvahelise seksuaalkurjategijate ravi konverentsi osalejate sisendandmete põhjal (Coleman & Dwyer 1990; Coleman, Dwyer, Abel, Berner, Breiling, Hindman *jt*, 1996), arendas edasi ekspertidest koosnev komisjon viiendal rahvusvahelisel seksuaalkurjategijate ravi konverentsil (Coleman *jt,* 2000). Kui see juhend oli valmis, nimetas IATSO juhtkond 2004. aasta suvel komisjoni samasuguse juhendi koostamiseks alaealiste seksuaalkurjategijate raviks. See komisjon koosnes mitme riigi esindajatest, kaasa arvatud Austria, Saksamaa, Norra, Lõuna-Aafrika Vabariik, Šveits ja Ameerika Ühendriigid, kus on erinevad seksuaalkurjategijate ravi ja alaealisi käsitleva õiguse traditsioonid. Alaealiste ravi juhendi koostamine on väljakutset pakkuv ettevõtmine. Teismeiga on kiirete muutuste aeg ja seetõttu on väga eriilmelised need noored, kes panevad toime tegusid, mida võib määratleda seksuaalkuritegudena. Neid erinevusi mõjutab noorte arengustaadium, mis võib laias laastus olla vastavuses vanuse ja mitmete keskkonnateguritega. Lisaks leitakse väljaspool Põhja-Ameerikat läbiviidud uuringutes, et korduvate kuritegude arv on seal suurem, kui ilmneb Põhja-Ameerikas tehtud uuringutest (nt Nisbet, Wilson & Smallbobe, 2004; Langstrom & Grann, 2000). See on tõenäoliselt nii seetõttu, et määratlused selle kohta, kes on alaealine kurjategija, missugune käitumine kujutab endast seksuaalkuritegu ja kuidas on korraldatud alaealiste õigusrikkujate kohtlemine õigussüsteemis, võivad riigiti oluliselt erineda.

See ravijuhend, mille võtsid vastu Rahvusvahelise Seksuaalkurjategijate Ravi Assotsiatsiooni peaassamblee liikmed 7. septembril 2006. aastal Hamburgis, on kavandatud miinimumjuhistena neile, kes koostavad ja rakendavad alaealiste seksuaalkurjategijate ravi meetmeid. See ravijuhend põhineb olemasolevatel teadmistel noorte kohta, kes panevad toime seksuaalkuritegusid. Suurem osa kasutatavatest andmetest on saadud poistelt ja noormeestelt ning täielikumad andmed peaksid kättesaadavad olema teaduse arenedes. Seega on komisjon vältinud erisoovituste andmist konkreetsete protseduuride, võtete või vahendite kohta.

Mõisted

Alaealised seksuaalkurjategijad. Noored vanuses 12–18 aastat, kellele on ametlikult esitatud süüdistus seksuaalkuriteos (nt laste ahistamine, vägistamine, ekshibitsionism, vuajerism) või kes on pannud toime teo, mille eest võib ametlikult esitada süüdistuse, või kes on käitunud seksuaalselt ahistavalt või agressiivselt.

Hindamine. Ametlik informatsiooni kogumine, mis hõlmab psühholoogide, psühhiaatrite, sotsiaaltöötajate ja teiste poolt sekkumisstrateegia väljatöötamise eesmärgil läbiviidud hindamist, hooldeasutusse paigutamist puudutavate otsuste tegemist ja/või õiguskaitseasutuste ja sotsiaalteenuste osutajate teavitamist.

Ravi. Erihindamisel põhinev meetmete struktureeritud kogum. See võib hõlmata psühhoteraapiat, pereteraapiat, ravimravi või teisi psühhosotsiaalseid meetmeid. Kuigi kriminaalhooldust ja hooldeasutusse paigutamist ei käsitleta ravi osutamisena, on need olulised alaealiste seksuaalkurjategijate puhul kasutatava sekkumise korral.

Ametialane pädevus

Akadeemilise kraadi omamine käitumisteaduste, meditsiini või psühhosotsiaalsete kliiniliste teenuste osutamise vallas ei tõesta tingimata, et isikul on piisav pädevus seksuaalkuritegusid toime pannud alaealiste hindamiseks või raviks. Selliseid teenuseid osutavad isikud peaksid olema läbinud kliinilise väljaõppe ning saanud kogemusi laste ja noorte psühhopatoloogia ja probleemse käitumise vallas, samuti erikoolituse noorte seksuaalse arengu vallas. Seda peaks üldjuhul kajastama psühhiaatri, psühholoogi, vaimse tervise õe või kliinilise psühholoogi kutsetunnistuse olemasolu koos nimetatud pädevusega või lapsi ja noori puudutava ametialase pädevuse tõendamine. Lisaks peavad ravi osutajad olema pädevad, et teha vahet normatiivsel ja probleemsel seksuaalkäitumisel.

Järgnevalt on toodud *miinimumnõuded* töötajale, kes vastutab seksuaalkuriteo toime pannud lapse või noore hindamise ja/või ravi eest.

1. Vähemalt magistrikraad või sellele vastav kraad kliinilise arstiteaduse erialal, mille on andnud riikliku või piirkondliku akrediteerimisorgani või -asutuse poolt akrediteeritud haridusasutus.

2. Tõendatud pädevus ravi vallas koos kutsetunnistusega (või tõendava asutuse vastava vormiga) töötamiseks arstina, psühholoogina, vaimse tervise õena, kliinilise psühholoogi või paari- või pereterapeudina.

3. Lisapädevus laste ja noorte hindamiseks ja raviks, mida tõendab sõltumatu institutsioon (nt teatud erialal

kutsekoda), erikoolitus või juhendamisel omandatud kliiniline kogemus koos pideva täiendõppega.

4. Teadmised laste ja noorte seksuaalse arengu kohta, mida tõendab erikoolitus või järjepidev täiendõpe.

5. Tõendatud väljaõpeja pädevus alaealistele ja pereteraapia osutamiseks.

Seksuaalkuritegusid toime pannud alaealiste ravi põhimõtted

1. Alaealisi mõistetakse kõige paremini nende perekonna ja sotsiaalse keskkonna kontekstis.

Noored sõltuvad neid ümbritsevast maailmast juba oma loomult rohkem kui täiskasvanud. Paljudel noortel ei ole muud arusaama mehelikkuse ja naiselikkuse kohta peale selle, mida nad näevad oma perekonnas ja sõprade juures. On ilmnenud, et perekonna tunnusjooned on seotud noorte probleemse käitumisega, sealhulgas seksuaalkuritegeliku käitumisega (Bischof, Stith & Whitney, 1995; Blaske, Henggeler & Mann, 1989). On täheldatud, et keskkond, ka selle ümbruse suhtelised eelised ja ebasoodsad küljed, kus noored elavad, mõjutab oluliselt noorte arengu mitmeid tahke, sealhulgas seda, kuidas arenevad sellised arusaamad nagu mehelikkus, vägivalla või jõu kasutamine ning sotsiaalsetest normidest kõrvalekalduvate käitumisviiside aktsepteerimine (Elliott, Wilson, Huizinga, Sampson, Elliott & Rankin, 1996). Noortepsühhiaatrias ja -psühholoogias on ammu heaks kiidetud, et noortele mõeldud ravimeetmete mõistmiseks ja arendamiseks tuleb noort vaadelda tema perekonna, kooli ja muude sotsiaalsete süsteemide kontekstis.

2. Alaealiste hindamine ja ravi peaks põhinema arenguperspektiivil, võtma arvesse arengumuutusi ning olema jätkuv protsess.

Noorukiiga on dramaatiliste muutuste aeg. See on tärkava seksuaalhuvi aeg ja paljude noorte jaoks aeg, mil nad on valmis käituma reegleid rikkudes ning mis lõpeb enne täiskasvanuks saamist. Vaadeldes seksuaalse väärkohtlemisega tegelevaid noori, täheldavad Prentky ja Righthand (2003): „Mitte ükski nende käitumisaspekt, sealhulgas nende kognitiivne areng, ei ole fikseeritud või kindel. Me püüame väga reaalselt hinnata „sihtmärkide liigutamise riski.““ (lk 1) Peale selle muutuvad tõenäoliselt ka nende käitumist toetavad tegurid. Quinsey, Skilling, Lalumiere ja Craig (2004) märgivad, et alaealiste kurjategijate riskifaktorid muutuvad noorukieelse aja faktoritest noorukiea faktoriteks. Teised (nt Worling, 2005; Prescott, 2005; Epperson ajakirjanduses) nendivad, et seksuaalse väärkäitumisega noorte riskifaktorid erinevad samasuguste täiskasvanute riskifaktoritest. Kuid teised uurijad on kasutanud terminit „heterotüüpne jätkuvus“ (Kernberg, Weiner & Bardenstein, 2000) selle kirjeldamiseks, kuidas isiksuse patoloogia võib pärast lapsepõlve muutuda.

3. Hindamine ja ravi peaksid hõlmama keskendumist noore tugevatele külgedele.

On arusaadav, et kogukonnad on huvitatud sellest, et nad teaksid, milliseid ohte noor inimene võib endast kujutada. Kuid hindamine ja ravi peaksid arvesse võtma noore pikaajalist positiivset arengut ning lühiajalist turvalisuse tagamist. Spetsialistid peaksid sekkumise kavandamisel keskenduma ka noore tugevatele külgedele, võimetele ja oskustele. Noorus on aeg, mil parandamatu optimism ja tugevad küljed muudetakse positiivseteks kasulikeks omadusteks. Need omadused on ülitähtsad, et üle saada ebaõnnestumistest. Keskendudes ainult riskifaktoritele ja sihtidele, mille eesmärk on tagada kogukonna turvalisus, võivad spetsialistid jätta kahe silma vahele ravi võtmeelemendi – noore tugevad küljed – ning töötada pikemas perspektiivis hoopis turvalisuse edendamise vastu.

4. Seksuaalhuvi ja seksuaalse orientatsiooni areng on dünaamiline. Noore seksuaalhuvid võivad noorukiea jooksul muutuda ja see on aeg, mil kujuneb ka seksuaalne orientatsioon.

Noorte seksuaalse erutuse vormid on osutunud tabamatuks nii hindamise kui ka ravi jaoks. Võttes arvesse, et noorukiiga on juba oma olemuselt kiirendatud seksuaalse ja sotsiaalse arengu aeg, on arusaadav, et seksuaalhuvi ja seksuaalne erutus muutuvad. Tõendid näitavad, et seksuaalne erutus on noorukiea jooksul muutlik ja dünaamiline (Hunter & Becker, 1994). Kuigi seksuaalselt vääralt käituval noorel võib olla hälbeline seksuaalkäitumine, näib, et enamik sellistest noortest ei koge järjepidevaid ja püsivaid seksuaalhälbeid (Hunter & Becker, 1994; Hunter, Goodwin & Becker, 1994). Tegelikult nende noorte puhul, kes elavad uuesti läbi oma väärkohtlemise kogemust või olukordi, mille tunnistajaks nad on olnud (Schwartz, Cavanaugh, Pimental & Prentky, 2005), võib olla nii, et ebaterve seksuaalkäitumine ei ole hälbeline nende kogemuste kontekstis.

Lisaks näitab uuring, et seksuaalse külgetõmbe esimese kogemuse saab laps umbes seitsmeaastaselt (Savin-Williams & Diamond, 2000) ning inimese teadlikkus oma seksuaalsest orientatsioonist areneb kogu noorukiea jooksul.

5. Seksuaalkuritegusid toime pannud noored on erisugune elanikkonna rühm. Neile ei tuleks läheneda kõigile ühtviisi.

Olemasolev kirjandus alaealiste seksuaalkurjategijate kohta ei taga piisavat empiirilist alust etioloogiliste ja säilitavate tegurite jaoks või tegurite jaoks, mis viivad seksuaalkuritegeliku käitumise lakkamiseni. Siiski näitavad olemasolevad andmed, et tõenäoliselt on noorukieas ja varases lapsepõlves mitmeid seksuaalkuritegude ja retsidiivsuse juurde viivaid teid (Boyd, Hagan & Cho, 2000; Hunter, Figuredo, Malamuth & Becker, 2003; 2004; Miner, 2002; Sipe, Jensen & Everett, 1998; Waite, Keller, MsGarvey, Wieckowski, Pinkerton & Brown, 2005).

6. Ravi peaks olema laiapõhjaline ja kõikehõlmav.

Paljudes valdkondades on seksuaalse väärkohtlemisega alaealiste ravi tuginenud kitsastele põhimõtetele, nagu retsidiivide ennetamine, kuriteo tsükkel ja seksuaalhälbe oletus. Kuid empiiriliselt pole tõendatud, et need on

seotud noorte seksuaalkuritegudega. Tegelikult viitavad uuringud sellele, et kõige edukamad raviviisid on need, mis on kogukonnapõhised ja kaasavad noore ellu toetavaid täiskasvanuid (Borduin, Henggeler, Blaske & Stein, 1990; Borduin, Schaeffer & Heiblum, 2005; Hunter & Longo, 2004).

7. Ravialuseks olemisest tingitud sildistamine võib laste ja noorte puhul olla sagedasem kui täiskasvanute puhul. Alaealist ja tema perekonda ning esmast hooldussüsteemi tuleks kohelda austuse ja väärikusega.

Noored inimesed sõltuvad loomupäraselt rohkem neid ümbritsevast keskkonnast. See võib olla tõsi eriti väljendite puhul, mida me kasutame nende kirjeldamiseks. Täiskasvanud, kes töötavad noortega, kes on teisi seksuaalselt väärkohelnud, peaksid võtma tarvitusele kõik ettevaatusabinõud, et takistada tegusid, mis märgistavad noori hälbeliste või perverssetena või inimestena, kes on määratud jätkama seksuaalse kahju tekitamist. Spetsialistid kasutavad üha rohkem väljendeid, mis tähistavad noorte käitumist, mitte nende identiteeti (Chaffin, Letourneau & Silovsky, 2002). See aitab tagada, et noored ei loo endast sellist arvamust, et nad ei suuda areneda terveteks ja produktiivseteks inimesteks või olla kunagi üle oma halvimast käitumisest.

8. Seksuaalkurjategijate registreid ja kogukonna teavitamist ei tuleks kohaldada alaealiste suhtes.

Võttes arvesse noorte arenguvajadusi, nende süülisust, mis erineb täiskasvanute omast, ning viise, millega täiskasvanud võivad lapsi häbimärgistada (nt tõestamata tõhususega vahendite kaudu, nagu seksuaalkuriteo registreerimine ja kuriteost teavitamine), on IATSO äärmiselt skeptiline sellise tegevuse pikaajalise kasulikkuse suhtes ning muretseb selle võimaliku kahjuliku mõju pärast kogukondadele, mida sellise tegevusega püütakse teenida (vt Letourneau & Miner, 2005).

9. Uuringutega tõendatud tõhusad meetmed, mis tuginevad kliinilisele kogemusele, mitte levinud arvamustele või meedias kajastatud ebatavalistele juhtumitele.

Alaealiste seksuaalkurjategijate ravi käsitlev teadus on alles arengu alguses ja seega on palju valdkondi, mis vajavad kliinilisi uuendusi ja teaduslikku uurimist. Käesoleva juhendi muudatused ja ravimeetmete rakendamine peaksid põhinema teaduslikul uurimistööl, tõenduspõhistel mõjusustestidel ega tohiks põhineda individuaalsel intuitsioonil, isiklikel või levinud arvamustel. Meedias kajastatud ebatavaliste ja õõvastavate kuritööde tõttu algatatakse mitmeid ravi ja selle korraldust puudutavaid muudatusi. Sellised muudatused on tavaliselt ekslikud ja võivad olla tingitud ravitekkelistest põhjustest.

Kasutatud kirjandus

1. Bischof, G.P., Stith, S.M. & Whitney, M.L. (1995). Family environments of adolescent sex offenders and other juvenile delinquents. Adolescence, 30, 157−170.
2. Blaske, D. M., Borduin, C. M., Henggeler, S. W., & Mann, B. J. (1989). Individual, family, and peer characteristics of adolescent sex offenders and assaultive offenders. Developmental Psychology, 25, 846−855.
3. Borduin, C. M., Henggeler, S. W., Blaske, D. M., & Stein, R. (1990). Multisystemic treatment of adolescent sexual offenders. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 34, 105−114.
4. Borduin, C. M., Schaeffer, C. M., & Heiblum, N. (2005). Multisystemic treatment of juvenile sexual offenders: Effects on adolescent social ecology and criminal activity. Manuscript submitted for publication.
5. Boyd, N.J., Hagan, M., & Cho, M.E. (2000). Characteristics of adolescent sex offenders: A review of the research. Agression and Violent Behavior, 5, 137−146.
6. Chaffin, M., Letourneau, E., & Silovsky, J. (2002). Adults, adolescents and children who abuse children: A developmental perspective. In J.E.B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C. T. Hendrix, C.
7. Jenny, & T.E. Reid (Eds.), APSAC Handbook on Child Maltreatment, 2nd edition (pp. 205−232). Thousand Oaks, CA: Sage.
8. Coleman, E., & Dwyer, S.M. (1990). Proposed standards of care for treatment of adult sex offenders. Journal of Offender Rehabilitation, 16(1/2), 93−106.
9. Coleman, E., Dwyer, S.M., Abel, G., Berner, W., Breiling, J., Hindman, J. Honey Knopp, F., Langevin, R., & Pfäfflin, F. (1996). Standards of care for the treatment of adult sex offenders. In: Coleman, E., Dwyer, S.M., & Pallone, N.J. (eds.). Sex offender treatment. Biological dysfunction, intrapsychic conflick, interpersonal violence (pp. 5−11). New York, London: Haworth Press. Auch in Journal of Offender Rehabilitation, 23(3.4), 5−11.
10. Coleman, E., Dwyer, S.M., Abel, G., Berner, W., Breiling, J., Eher, R., Hindman, J., Langevin, R., Langfeldt, T., Miner, M., Pfäfflin, F., & Weiss, P. (2000). Standards of care for the treatment of adult sex offenders. Journal of Psychology and Human Sexuality, 11(3), 11−17.
11. Coleman, E., Dwyer, S.M., Abel, G., Berner, W., Breiling, J., Eher, R., Hindman, J., Langevin, R., Langfeldt, T., Miner, M., Pfäfflin, F., & Weiss, P. (2003). Standards of care for the treatment of adult sex offenders. Social and Clinical Psychiatry (Russian version, Moscow), 13(4), 82−84.
12. Elliott, D.S., Wilson, W.J., Huizinga, D., Sampson, R.J., Elliott, A., & Rankin, B. (1996). The effects of neighborhood disadvantage on adolescent development. Journal of Research in Crime and Delinquency, 33, 389−426.
13. Epperson, D.L., Ralston, C.A., Fowers, D., DeWitt, J. & Gore, K. (2006, in press). Actuarial Risk Assessment with Juveniles Who Offend Sexually: Development of the Juvenile Sexual Offense Recidivism Risk Assessment Tool−II (JSORRAT−II). In D.S. Prescott (Ed.), Risk assessment of youth who have sexually abused: Theory, controversy, and emerging strategies. Oklahoma City, OK: Wood'N'Barnes.
14. Hunter, J.A. & Becker, J.V. (1994). The role of deviant sexual arousal in juvenile sexual offending: Etiology, evaluation, and treatment, Criminal Justice and Behavior, 21, 132−149.
15. Hunter, J.A., Figueredo, A.J., Malamuth, N.M., & Becker, J.V. (2003). Juvenile sex offenders: Toward the development of a typology, Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 15, 27−48.
16. Hunter, J.A., Goodwin, D.W., & Becker, J.V. (1994). The relationship between phallometrically measured deviant sexual arousal and clinical characteristics in juvenile sexual offenders. Behavior Research and Therapy, 32, 533−538.
17. Hunter, J., & Longo, R.E. (2004). Relapse prevention with juvenile sexual abusers: A holistic and integrated

approach. In: G. O'Reilly, W.L. Marshall, A. Carr, & R.C. Beckett (eds.), The handbook of clinical intervention with young people who sexually abuse. Hove and New York: Brunner−Routledge
18. Kernberg, P.F., Weiner, A.S., & Bardenstein (2000). Personality Disorders in Children and Adolescents. New York: Basic Books.
19. Langstrom, N., & Grann, M. (2000). Risk for criminal recidivism among young sex offenders, Journal of Interpersonal Violence, 15, 855−871.
20. Letourneau, EJ. & Miner, M.H. (2005). Juvenile sex offenders: A case against the legal and clinical status quo. Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 17, 293−312.
21. Miner, M.H. (2002). Factors associated with recidivism in juveniles: An analysis of serious juvenile sex offenders. Journal of Research in Crime and Delinquency, 39, 421−436.
22. Nisbet, I.A., Wilson, P.H., & Smallbone, S.W. (2004). A prospective longitudinal study of sexual recidivism among adolescent sex offenders. Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 16, 223−234.
23. Prentky, R. & Righthand, S. (2003). Juvenile Sex Offender Assessment Protocol – II (JSOAP – II). Available from Center for Sex Offender Management at www.csom.org [3].
24. Prescott, D.S. (2005) The current state of adolescent risk assessment. In B.K Schwartz (Ed.), The sex offender: Issues in assessment, treatment, and supervision of adult and juvenile populations, Volume 5 (pp. 17−1 – 18−15). Kingston, NJ: Civic Research Institute.
25. Quinsey, V.L., Skilling, T.A., Lalumiere, M.L., & Craig, W.M. (2004). Juvenile Delinquency:

Understanding the Origins of Individual Differences. Washington, D.C.: American Psychological Association.

26. Schwartz, B.K., Cavanaugh, D., Pimental, A., & Prentky, R. (2005, in press). Family violence and severe maltreatment in sexually reactive children and adolescence. In R.E. Longo & D.S. Prescott (Eds.), Current perspectives: Working with sexually aggressive youth and youth with sexual behavior problems. Holyoke, MA: New England Adolescent Research Institute.
27. Savin−Williams, R.C. & Diamond, L.M. (2000) Sexual Identity Trajectories Among Sexual−Minority Youths: Gender Comparisons. Archives of Sexual Behavior, 29, 607−627.
28. Sipe, R., Jensen, E.L. & Everett, R.S. (1998). Adolescent sexual offenders grown up: Recidivism in young adulthood. Criminal Justice and Behavior, 25, 109−124.
29. Waite, D., Keller, A., McGarvey, E.L., Wieckowski, E., Pinkerton, R., & Brown, G.L. (2005). Juvenile sex offender re−arrest rates for sexual, violent nonsexual and property crimes: A 10−year follow−up. Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 17, 313−331.
30. Worling, J. R. (2005). Assessing sexual offense risk for adolescents who have offended sexually. In B.K. Schwartz (Ed.), The sex offender: Issues in assessment, treatment, and supervision of adult and juvenile populations, Volume 5 (pp. 18−1 – 18−17). Kingston, NJ: Civic Research Institute.

---

[1] [4] Tõlge ravijuhendist: Miner, M., Borduin, C., Prescott, D., Bovensmann, H., Schepker, R., Du Bois, R., Schadale, J., Eher, R., Schmeck, K., Langfedt, T., Smit, A., Pfäfflin, F. (2006): „Standards of Care for Juvenile Sexual Offenders of the International Association for the Treatment of Sexual Offenders". [Sexual Offender Treatment: Michael Miner et al. I köide (2006), 3. number]. Originaaltekst on kättesaadav: http://www.iatso.org/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=4&Itemid=24 [5].

Materalid originaaltekstid on kättesaadavad siit: http://www.iatso.org/ [6]

Samuti on Eestis 2011.aastal koostud ravijuhis seksuaakurategijate menetlemiseks.

Allikas URL: https://www.kriminaalpoliitika.ee/et/laste-seksuaalne-vaarkohtlemine/seksuaalkurjategijad

Lingid:
[1] http://www.kriminaalpoliitika.ee/sites/krimipoliitika/files/elfinder/dokumendid/seksuaalkaitumisalane_noustamine_3.pdf
[2] https://www.kriminaalpoliitika.ee/et/node/1307/edit#_ftn1
[3] http://www.csom.org/
[4] https://www.kriminaalpoliitika.ee/et/node/1307/edit#_ftnref1
[5] http://www.iatso.org/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=4&Itemid=24
[6] http://www.iatso.org/