



Euroopa Liit
Euroopa Sotsiaalfond



Eesti tuleviku heaks

RAVIJUHIS SEKSUAALKURJATEGIJATE MENETLEMISEKS

Tallinn, 2011

SISUKORD

Eessõna	3
1. Sissejuhatus	4
2. Epidemioloogia	6
2.1. Pedofiilia	6
2.2. Pedofiilide kategooriad	8
2.3. Pedofiilide tuvastamine	12
2.4. Naissoost seksuaalkurjategijad	13
2.5. Vägistamine	16
2.6. Preventsioon	18
3. Skriining	21
4. Diagnostika	26
5. Ravi	28
5.1. Ravi planeerimine kinnipidamisasutuses	28
5.2. Seksuaalkurjategijate medikamentoosne ravi	39
5.3. Ravietapid	43
5.4. Ravi algoritm	44
6. Ettepanekud (soovitused) tervishoiuteenuse osutamiseks	47
7. Kirjanduse ülevaade	49
8. Lisad	58
8.1. Perversiteetide sõnaraamat	58
8.2. Ohvri menetlemine	62
8.3. Seksuaalkurjategijate tagasilanguse ennetamise programm	64
8.4. Seotud õigusaktid	66

Eessõna

Käesolev juhendmaterjal seksuaalkurjategijate menetlemiseks on koostatud kasutamiseks eelkõige psühhiaatriatele, seksuoloogidele ja kliinilistele psühholoogidele, kes oma igapäevatöös on sunnitud kokku puutama seksuaalkurjategijatega. Kuna nendega tegelevad samuti mitmed meditsiiniga vahetult mitteseotud instantsid ja spetsialistid, siis on kindlasti sellest kasu ka sotsiaal- ja kriminaalhooldusetöötajatele ning teistele õigusorganite töötajatele.

Ravijuhis on suuresti baseeruv Ülemaailmse Bioloogilise Psühhiaatria Ühingute Föderatsiooni (WFSBP) parafiiliate ravi juhistel.

Selle koostamisel osales töögrupp järgmises koosseisus:

- Imre Rammul
- Riina Häidkind
- Kristel Kraas
- Pille Alaver
- Lauri Laas
- Patrick Rang
- Külli Friedemann

Töögrupp tänab dr Andres Lehtmetsa, Mairi Kaha ja Saskia Kaske, kes osalesid juhise hindamisel ning sellega seotud aruteludel.

Imre Rammul

töögrupi juht

Ravijuhise loomist finantseeriti Euroopa Sotsiaalfondist kaasrahastatava projektist nr 1.5.0108.10-0082 „Seksuaalkurjategijate ravijuhiste võrdlev analüüs“. Projekti rakendatakse prioriteetse suuna „Suurem haldusvõimekus“ meetme „Riigi, kohalike omavalitsuste ja mittetulundusühingute strateegilise juhtimissuutlikkuse tõstmine“ raames.

1. Sissejuhatus

Käesolev ravijuhis on suunatud seksuaalkurjategijate tõendus põhise ravi rakendamisele ning selle kasutamise sihtrühmaks on ennekõike praktiseerivad seksuoloogid ja psühhiaatrid, kellel on vajalik määratleda patsiendile asjakohane ja tulemuslik ravi. Ravijuhise rehabilitatsiooni ning järeltegevusi kirjeldava osa sihtrühmaks on psühholoogid, sotsiaaltöötajad, õiguskaitse ja –korra ametnikud jne.

Ravijuhise loomise eesmärgiks on kujundada ühtne seisukoht Eestis ravi võimaliku sihtrühma (nt milliste näidustuste korral, kui kõrge riskitasemega isikutele ravi kohaldada jms); konkreetsete raviviiside (milliseid psühhoterapia vorme ja/või ravimeid rakendada); ravi kvaliteedi- ja kontrollimeetmete ning raviteenuse pakkujatele esitatavate nõuete osas.

Parafiiliaks nimetatakse psühhoseksuaalseid seisundeid, mille korral subjekt vajab seksuaalerutuse tekkeks, selle säilitamiseks ja/või lahenemiseks mingeid ebaharilikke stiimuleid, mis ei ole prokreatiivse käitumisega seotud või kultuuriliselt vastuvõetavad. (RHK-10)

Ravijuhis keskendub nende isikute ravimisele, kelle seksuaalsete suundumuste praktiseerimine on Eesti õigusruumis kriminaliseeritud. Vastavalt rahvusvahelisele psüühika- ja käitumishäirete klassifikatsioonile mahuvad seksuaalsuunitluse häirete ehk parafiiliate alla korduva või püsiva loomusega häired, mille puhul isiku seksuaalsed fantaasiad, ihad või käitumine on suunatud:

- elututele objektidele
- enda või oma partneri alandamisele või talle kannatuste põhjustamisele
- prepuberteedialistele lastele
- mitmetele prokreatiivse käitumisega mitteseotud seksuaalpraktikatele

Suur hulk seksuaalsuunitluse häiretest ei ole kriminaliseeritud ning neid praktiseerivaid isikuid ei saa lugeda kurjategijateks. Kriteeriumiks ravi rakendamisel on sellistel juhtudel see, kas seksuaaltegevused toimuvad partnerite vahel konsensuslikel alustel ja kas nende käigus ei tekitata teisele poolele olulisi füüsilisi või vaimseid tervisekahjustusi. Samuti on rida selliseid seksuaalhäbelise käitumise vorme, mis häirivad parafiilset isikut ennast või riivavad ühiskondlikku moraali, olles samas suhteliselt madala ühiskonnaohtlikkuse tasemega. Nimetatud seisundite ravi sarnaneb suuresti meie ühiskonnas kriminaliseeritud parafiiliate raviga, kuid juhises eraldi põhjalikumat käsitlemist ei leia.

Sellised seksuaalse vägivalda vormid, mis on suunatud vanematele kui 14-aastastele või täisealistele isikutele, leiavad eraldi diagnostiliste kategooriatena käsitlemist RHK-10 alusel vaid seksuaalse sadismi korral. Sageli on seksuaalkurjategijal diagnoositav hoopis isiksuse- ja käitumis- või mingi muu psüühikahäire.

Mõningane vastuolu kehtiva meditsiinilise klassifikatsiooni ja karistusseadustiku vahel ilmneb alla 14-aastaste ohvrite korral. RHK-10 ei paku diagnostilist kategooriat puberteedialistele suunatud seksuaalsuundumuse korral (termineid efefiilia ja efebofiilia ei ole seal kirjeldatud). Kui on tegemist siiski isiku püsiva seksuaaleelistusega antud eagrupi suhtes, siis rakendatakse selliseid ravilähemisi, mis on kasutusel ka pedofiilia korral.

Juhis on muuhulgas alus seksuaalkurjategijate raviks ning aitab tervishoiutöötajatel ja prokuröridel vastava ravi kohaldamist otsustada. See sisaldab üldpõhimõtteid seksuaalhäbelise käitumisega isikute ravi kohta. Selle kasutusala ei ole piiratud ainult süüdimõistetud seksuaalkurjategijatega, vaid on kasutatav ka seksuaalhäbelise käitumisega isikute raviks väljaspool karistussüsteemi.

Ravijuhise koostamisel on lähtutud Eesti Haigekassa Ravijuhiste Nõukoja poolt 06.03.2008 kinnitatud „Ravi- ja tegevusjuhendite koostamise käsiraamatu“ nõuetest ja struktuurist.

2. Epidemioloogia

Reeglina on enamus pedofiile või parafiile mehed¹. USAs moodustavad naised 6% kõikidest pilastamisjuhtudest². Abel ja Harrow³ leidsid, et vaid 1% lapsepilastajatest on naised, kuid nad on seisukohal, et see number on tulenevalt süstemaatilise alateavitamisest liiga väike (pilastamine toimub „tavapärase hooldamise“ nagu vannitamine või riietamine käigus).

2.1. Pedofiilia

Pedofiiliat defineeritakse kui täiskasvanute või täisealiste (vanemad kui 16 aastat) psühhiaatrilist häiret, mis kajastub nende seksuaalses huvis peamiselt või ainult puberteedieelses vanuses (reeglina 13 aastat ja alla selle) laste vastu. Noorukieas pedofiilide puhul peab vanusevahe ohvriga olema vähemalt viis aastat. Viimastel juhtudel tuleb enne diagnoosi püstitamist põhjalikult arvestada ja analüüsida nooruki emotsionaalset ja seksuaalset küpsust.

Ka pedofiilsete kalduvustega isikut ennast võivad sellised ihad sügavalt häirida, tuua kaasa probleeme inimestevahelises suhtluses või hoopiski innustada tegutsema. Reeglina jõuabki pedofiil meditsiini- või õigussüsteemi huviorbiiti pärast lapsevastase teo sooritamist, sest enamik neist siiski ei pea oma seksuaalfantaasiaid liiga häirivaks või kardavad nende seksuaaleelistustega seotud informatsiooni edastamist õigusorganitele spetsialisti vahendusel, mistõttu pöördumine vabatahtlikult ravile on suhteliselt harv.⁴

Pedofiilia on kliiniline diagnoos, mille püstitab arst. Tegu ei ole õigusliku terminiga (nagu näiteks „seksuaalse enesemääramise vastased süüteod“ kriminaalseadustikus). Ravijuhise ning ravi korralduse osas on oluline eristada grupe, kelle osas kiputakse sageli kasutama üldmõistet „pedofiil“. Oluline on eristada:

- Isikuid, kelle seksuaalsed kihud või tegevused on suunatud puberteedi läbinud alaealistele, kuid kes pole veel täisealised (vanusegrupp 13-16) ehk hebofiile (kihud suunatud naissoost isikutele) ja ehebofiile (kihud suunatud meesoost isikutele), kelle üldnimetusena on kasutusel ka mõiste hebofiilia⁵
- Isikuid, kelle seksuaalsed kihud või tegevused on suunatud alla 5- aastastele lastele ehk infantofiile.⁶

Selline eristamine on vajalik tulemuslike ravimeetodite ja rehabilitatsiooniprogrammide väljatöötamiseks (nii näiteks ei ole hebofiilid niivõrd oma kinnismõtete küüsis, omavad paremat sotsiaalset võrgustikku ning nende ravi edukuse tõenäosus on oluliselt suurem).⁷

¹ Snyder HN, 2000. American Psychiatric Association, 2000. Freund, Kuban, 1993;17:315-324. Murray JB, 2000;134:211-224. Fueller AK, 1989;261:602-606. Cohen, Galynker, 2002;8:276-289. American Psychiatric Association, 2007. Blanchard, Watson, Choy et al, 1999;28:111-127.

² Snyder HN, 2000.

³ Abel GG, Harlow N, 2001. Vandiver, Kercher, 2004;16:121-137.

⁴ American Psychiatric Association, 2000.

⁵ Abel GG, Harlow N, 2001. Blanchard, Barbaree, 2005;17:441-456. Stone, Winslade, Klugman, 2000;18:83-110. Danni, Hampe, 2000;44:490-504. Blanchard, Barbaree, Bogaert et al, 2000;29:463-478.

⁶ Greenberg, Bradford, Curry, 1995;23:63-71.

Uurimused on näidanud, et reeglina kujuneb pedofiilidel seksuaalne huvi laste vastu kas puberteedi- või noorukieas, kuid võimalik on selle väljaarenemine ka hilisemas vanuses.⁸ Samas on oluline rõhutada, et võrrelduna teiste seksuaalkurjategijatega (vägistajad, sadistid jne) on pedofiilid aktiivsed ka vanemas eas. Läbiviidud uurimused⁹ näitavad, et pedofiilid moodustavad 60% eakatest seksuaalkurjategijatest ning sageli on pedofiil vanusegrupis 40-70 aastat. 20% kõigist vägistamistest ja 30-50% seksuaalse ärakasutamise juhtudest viiakse läbi noorukite poolt¹⁰. 25-33% kõigist seksuaalkuritegudest viiakse läbi noorukite poolt.¹¹ Enam kui 50% -l täisealistel seksuaalkurjategijatel on enne 18-aastaseks saamist ilmnenu deviativse seksuaalkäitumise elemente/huvisid.¹²

50-70%-l pedofiilidest on diagnoositud lisaks pedofiiliale ka mõni muu parafiilia vorm (froterism, ekshibitsionism, vuajerism või sadism).¹³ Reeglina ei kasuta pedofiil oma eesmärkide saavutamiseks vägivalda laste vastu, vaid manipuleerib nendega psühholoogiliselt. Siiski on 2,5 korda suurem tõenäosus, et pedofiil on lapsega mingis füüsilises kontaktis kui tegutseb pelgalt vuajeristlikult või ekshibitsionistlikult.

Lapsepilastamine (*ingl child molestation*) ei ole seevastu meditsiiniline diagnoos ega seetõttu ka otsene sünonüüm pedofiiliale.¹⁴ Lapsepilastaja on isik, kes saab seksuaalse rahulduse seksuaalsest lähenemisest lapsealisele, kusjuures ohver on pilastajast vähemalt 4-5 aastat noorem. NIBRS-i statistika kohaselt sooritati 40% rünnetest alla 12-aastaste laste vastu noorukite poolt, kõige sagedamini tegid seda 14-aastased.¹⁵ 40% lastepilastajatest, kellel hiljem diagnoositi pedofiilia, olid last või lapsi pilastanud enne oma 15-aastaseks saamist¹⁶. 88% kvalifitseeruvad oma teguviisilt hiljem ka pedofiiliks.¹⁷ Pedofiilsed lapsepilastajad (*pedophilic child molesters*) sooritavad 10 korda enam lastevastaseid seksuaalakte võrreldes mittepedofiilsete lastepilastajatega (*nonpedophilic child molesters*).

⁷ Stone, Winslade, Klugman, 2000;18:83-110. Danni, Hampe, 2000;44:490-504.

⁸ American Psychiatric Association, 2000. Freund, Kuban, 1993;17:315-324. Murray JB, 2000;134:211-224. Fueller AK, 1989;261:602-606. Cohen, Galyner, 2002;8:276-289. Abel, Osborn, 1992;15:675-687. American Psychiatric Association, 2007.

⁹ Dickey, Nussbaum, Chevolveau, Davidson, 2002;28:211-218.

¹⁰ Becker, Kaplan, Cunningham-Rathner, Kavoussi, 1986.

¹¹ Openshaw, Thomas, 1986

¹² Abel, Becker, Cunningham-Rathner, Mittelman, Rouleau, 1988

¹³ Cohen, Galyner, 2002;8:276-289. Raymond, Coleman, Ohlerking, Christenson, Miner, 1999;156:786-788.

Abel, Becker, Cunningham-Rathner, Mittelman, Rouleau, 1988;16:153-168.

¹⁴ Murray JB, 2000;134:211-224. Cohen, Galyner, 2002;8:276-289. Abel GG, Harlow N, 2001. Stone, Winslade, Klugman, 2000;18:83-110. Johnson, 2002;44:554-560

¹⁵ Snyder HN, 2000.

¹⁶ Abel GG, Harlow N, 2001

¹⁷ American Psychiatric Association, 2007. Abel GG, Abel GG, Harlow N, 2001

2.2. Pedofiilide kategooriad

Esmane klassifitseerimisel nõuab määratlust, kas pedofiil on ühese suunitlusega lastele (*ingl exclusive pedophile*) või on ta multisuunitlusega nii lastele kui täiskasvanutele (*ingl nonexclusive pedophile*)¹⁸. Abel ja Harrow poolt aastal 2001 läbiviidud uuring näitab, et ainult 7% pedofiilidest omavad suunitlust vaid lastele.

Teine klassifitseerimisel peab määratlema meespedofiili kihu objektid vanuse ja soo järgi. Uuringud jaotavad pedofiilid homoseksuaalseteks (kikk vaid poiste suhtes), heteroseksuaalseteks (kikk vaid tüdrukute suhtes) ja biseksuaalseteks (kikk mõlemast soost laste suhtes)¹⁹. Homoseksuaalsete pedofiilide osakaal on 4-20 korda suurem tavapärasest 2-4% homoseksuaalsuse esinemisest ühiskonnas²⁰. Heteroseksuaalsed pedofiilid eelistavad lapsi vanuses 8-10²¹, homoseksuaalsed vanuses 10-13²².

Vastavalt asjakohastele uuringutele on hetero- ja homoseksuaalsete pedofiilide ohvrite hulk erinev. Heteroseksuaalsed pedofiilid on ahistanud keskmiselt 5,2 last ning sooritanud 34 lastesuunalist seksuaalakti. Homoseksuaalsete pedofiilide puhul on need näitajad vastavalt 10,7 ja 52 ning biseksuaalsete puhul 27,3 ja 120²³.

Kolmas klassifitseerimisel määratleb, kas ahistamine toimus peresiselt (st intsest). USAs toimub 27% kõikidest ahistamistest peresiselt. 50% kõigist alla 6-aastaste laste vastu suunatud kuritegudest toimusid pereliikme poolt²⁴. Läbiviidud analüüs²⁵ näitas, et 68% lapsepilastajatest olid pilastanud pereliiget.

Neljas klassifitseerimisel määratleb, kas pornograafilised materjalid olid lapse ahistamisega seotud²⁶. 30-80% Internetis lapsporno vaatavatest isikutest ning 76% nendest, keda on arreteeritud lapsporno omamise pärast, on pilastanud ühel või teisel ajahetkel last²⁷. Viimastel aastatel on Internetis leviva lapsporno kättesaadavus ja rakendamine oluliselt vähenenud²⁸ ning pornograafilise materjalina on pigem kasutuses fotod, ajakirjad ja videod²⁹.

Tänapäeval eristatakse kahte põhilist pedofiilide gruppi.

¹⁸ Abel GG, Harlow N, 2001

¹⁹ American Psychiatric Association, 2000. Fueller AK, 1989;261:602-606. Blanchard, Watson, Choy et al, 1999;28:111-127. Bogaert, Bezeau, Kuban, Blanchard, 1997;106:331-335.

²⁰ Murray JB, 2000;134:211-224. Cohen, Galynker, 2002;8:276-289. Blanchard, Watson, Choy et al, 1999;28:111-127. Blanchard, Barbaree, Bogaert et al, 2000;29:463-478. Bogaert, Bezeau, Kuban, Blanchard, 1997;106:331-335. Freund, Watson, 1992;18:34-43.

²¹ American Psychiatric Association, 2000. Murray JB, 2000;134:211-224. Beier, 1998;111:133-141.

²² American Psychiatric Association, 2000. Murray JB, 2000;134:211-224.

²³ Abel GG, Harlow N, 2001

²⁴ Snyder HN, 2000.

²⁵ Abel GG, Harlow N, 20017

²⁶ Seto, Cantor, Blanchard, 2006;115:610-615.

²⁷ Lanning, 2001. Kim, 2004

²⁸ Bagley, 2003;93:305-306.

²⁹ Finkelhor, Ormrod, 2004

Nicholas Groth ja William Hobson on resümeerinud³⁰ erinevate koolkondade arvamused ning vastavalt enimlevinule arusaamale on need:

- Intsestuaalne isa = *regressed man*
- Tõeline pedofiil = *fixated man*

Intsestuaalne isa (*regressed man*)

- esmasena on seksuaalsus suunatud eelkõige eakaaslastele
- lastele suunatud seksuaalhuvi ilmneb enamasti täiskasvanuna
- iseloomulik on konfliktne käitumine, palju probleeme
- lastesuunaline seksuaalhuvi võib olla episoodiline
- esmane seksuaalkuritegu võib olla impulsiiivne ja planeerimata
- ohver on nagu aseaine: konfliktse suhte täiskasvanuga asendab kurjategija lapse kaasahaaramisega; suhtub lapsesse kui täiskasvanusse, taandudes vanemarollist
- peamiseks objektiks on tüdrukud
- paralleelselt lastele suunatud seksuaalkontaktidega on kontaktid eakaaslastega
- kurjategija on harilikult paarisuhtes, sotsiaalselt aktiivne
- tihti on käitumine seotud liigse alkoholitarvitamisega
- elab "tavalist elu", kuid ei oma sõpru
- saab tõuke mingist ebaõnnestumisest ja ei oska seda sõnades välja elada – on kaotanud töökoha vms
- isa on sõltuv perekonnast kõige elementaarsemal tasemel
- isal on raske väljendada oma vajadust õrnuse ja läheduse järele
- isa enda eluloos on kaotuse episood (nt puudub üks vanematest)
- on ise olnud seksuaalselt ära kasutatud
- tihti on perekonnas haige või nõrk ema
- kuritegu on väärastunud vorm eluraskustega hakkamasaamiseks

Tõeline pedofiil (*fixated man*)

- seksuaalhuvi on eelkõige lastele suunatud
- huvi saab alguse juba murdeas (fiksatsioon puberteedia kiindumusele)
- kuriteole ei eelne ilmtingimata stressisituatsiooni
- kuritegu on tegija mõtetes enne küpsenud
- esmaseks objektiks on meessoost ohvrid
- kurjategija tunneb end ohvriga lähedasena ja viib oma käitumise lapsega samale tasemele, mängib lapsevanemat - hooldajat
- kurjategija stimuleerib last seksuaalselt
- seksuaalsuhted eakaaslastega puuduvad või on minimaalsed; kui on abielus, on see pigem kattevari
- madal sotsiaalne aktiivsus, sõprade puudumine
- enamasti ei ole tõsiseid probleeme alkoholi, narkosõltuvusega
- orientatsiooni võib käsitleda kui psühhoseksuaalses arengus tekkinud häiret

³⁰ Groth, Hobson, 1983

Pedofiilia tegelikku levikut ühiskonnas on raske määratleda, kuna vaid kaduvväike osas neist otsib ise ravi ning seega põhineb kogu olemasolev informatsioon suuresti vaid avalikuks tulnud juhtumitel³¹. Võimatu on hinnata, kui palju inimesi omab pedofiilseid fantaasiaid, aga ei vii neid ellu – või viivad ellu, kuid jäävad tabamata³². Väidetavalt vaid 5% lasteahistamise juhtumitest võetakse arvele³³. USA ja Kanada uuringud näitavad, et kuni 30% naistest ja 16% meestest on kogenud soovimatut seksuaalset kontakti enne täisealiseks saamist³⁴. USA andmetel on 34% ahistatud lastest alla 12 aasta vanused ning 33% vanuses 12-17³⁵.

Nagu ülal kirjeldatud, on erinevate alamkategoriate tõttu raske välja tuua ühest pedofiili isiksuse mudelit³⁶. Tavapäraselt on pedofiilidel diagnoositud ka mõni muu oluline psühhiaatriline kõrvalekalle (afektiivne häire 60-80%, ärevushäire 50-60% ning / või muu isiksusehäire 70-80%) mõnel eluetapil. Uuringud³⁷ näitavad, et pedofiilid on sotsiaalselt võõrandunud, emotsionaalselt vähemstabiilsed ning paljudel juhtudel omavad ka nartsissistlikke, sotsiopaatilisi ja antisotsiaalseid käitumisilminguid. Sageli ei suuda pedofiilid oma käitumist kontrollida, kuid see ei ole reeglina laste pilastamise põhjuseks. Pedofiilid ei suuda mõista oma käitumise negatiivseid tagajärgi³⁸. Neil on sagedane kalduvus mitte tunnustada oma pedofiilseid mõtteid, tegevusi, emotsioone:³⁹ 1/3 eitab täielikult toimunut⁴⁰ ja 32% osaliselt.⁴¹ Sama puudutab ka perekonda – seda eriti intsestuaalse käitumise korral. Kokkuvõtvalt on tegu nn “maagilise mõtlemisega” - kui nad ütlevad, et see ei olnud nii, siis see polnudki. Paljude jaoks ei toimu pedofiilne akt siis, kui see on läbi viidud – toimunuks muudab selle alles ülestunnistus.⁴²

Lasteahistajale iseloomulikud omadused on järgmised:

- Isik tunneb emotsionaalset rahuldust, olles laste seltskonnas
- Ta on lastest huvitunud seksuaalses plaanis
- Esinevad emotsionaalsed raskused loomaks sügavaid ja kestvaid suhteid omaealistega
- Puuduvad loomulikud vaimsed pidurdusmehhanismid

Pedofiilia tekkepõhjuste osas on pakutud välja erinevaid lähenemisi:

- Neuropsühhiaatrilised erisused
 - Läbiviidud valdkondlikud uuringud⁴³ leidsid, et esineb keskmisest mõnevõrra madalam intellekt, vasakukäeliste isikute suurem osakaal, madalam

³¹ Abel, Osborn, 1992;15:675-687. American Psychiatric Association, 2007. Fagan, Wise, Schmidt, Berlin, 2002;288:2458-2465.

³² Lanning, 2001. Blanchard, Watson, Choy et al, 1999;28:111-127.

³³ Fueller AK, 1989;261:602-606. Abel, Osborn, 1992;15:675-687. Cohen, Nikiforov, Gans et al, 2002;73:313-336. Schiffer, Peschel, Paul et al, 2006

³⁴ Bagley, 1991;10:103-116. McConaghy, 1998;32:252-265. Johnson, 2004;364:462-470. Buhi, 2005;75:63-66.

³⁵ Snyder HN, 2000.

³⁶ Cohen, McGeoch, Watras-Gans et al, 2002;63:912-919.

³⁷ Cohen, Nikiforov, Gans et al, 2002;73:313-336. Beier, 1998;111:133-141. Cohen, McGeoch, Watras-Gans et al, 2002;63:912-919. Cohen, Gans, McGeoch et al, 2002;43:127-134.

³⁸ Cohen, Nikiforov, Gans et al, 2002;73:313-336. Cohen, McGeoch, Watras-Gans et al, 2002;63:912-919.

³⁹ Marshall, Anderson & Fernandes, 1999

⁴⁰ Kennedy, Grubin, 1992

⁴¹ Marshall, 1999

⁴² Salter, 1988

⁴³ Fueller AK, 1989;261:602-606. Blanchard, Watson, Choy et al, 1999;28:111-127. Blanchard R, Christensen BK, Strong SM et al, 2002;31:511-526. Blanchard, Barbaree, 2005;17:441-456. Chow, Choy, 2002;31:211-215.

kognitiivne võimekus ning iseärasused peaaegu arengus (eriti frontaalkorteksi osas). Lisaks sellele on 30-55% pedofiilide puhul tuvastatud enam ka kleptomaaniat, püromaaniat, patoloogilist mängurlust jne.⁴⁴ Need tulemused on viinud väideteni, et pedofiilidel võib esineda arenguline neuropsühhiaatriline disponeeritus⁴⁵.

- Läbiviidud uuring⁴⁶ kasutas morfomeetrilisi magnetresonantsuuringuid, mis viidi läbi 18 pedofiilisel isikul, kes olid paigutatud range režiimiga kinnipidamisasutusse (9 homoseksuaalset ja 9 heteroseksuaalset pedofiili) *versus* 24 kontrollrühmas (12 homoseksuaalset ja 12 heteroseksuaalset pedofiili). Pedofiilidel leiti bilateraalset vähenenud hallolluse mass korpus striatum ventraalosas, insulas, orbitofrontaalkorteksis ja väikeajus. Sarnaseid tulemusi on näidanud ka mitmed teised uuringud.
- Oimusagara uurimise tulemused on eriti olulised, kuna on teada, et selle epilepsia ning Kluver-Bucy sündroom võib viia hüperseksuaalse või hüposeksuaalse käitumiseni. Samuti näitavad uurimused, et oimusagaraga on seotud erootiline suundumus ja erutustekke lävi⁴⁷.
- Läbiviidud neurokeemilised uuringud⁴⁸ näitavad, et pedofiilidel erineb mõnevõrra „hormonaalne vastus” (kõrgem kortisooli ja prolaktiini eritus) matakloorpiperasiini manustamisele. Maes *et al*⁴⁹ järeldasid, et pedofiilidel on serotoniinisüsteemis häire tingituna tõenäoliselt presünaptilise neuroni alanenud aktiivsusest ja serotoniin 2 postsünaptilise retseptori hüpersensitiivsusest.
- Blanchard *et al*⁵⁰ leidsid, et madal haridustase ja intelligents ning enne 6. eluaastat saadud teadvuse kaotusega lõppenud peatrauma on võimalikud eeltingimused pedofiilia diagnoosimisel.
- Keskkonnast lähtuvad ning sotsiaalsed tegurid
 - „Ohver-ahistaja“ ring, st need inimesed, keda on lapsepõlves ahistatud. on suure tõenäosusega ise täiskasvanuna samasugused. Erinevad uuringud annavad erinevaid tulemusi (28-93%), kuid need on oluliselt kõrgemad kontrollgrupist (15%)⁵¹. Homoseksuaalseid pedofiile on lapsepõlves suurema tõenäosusega ahistatud kui heteroseksuaalseid⁵². Osa uuringuid näitab, et pedofiilidel on kihk just sellesamas vanuses laste vastu, millal neid endid ahistati⁵³. Samas tuleb suhtuda sellesse teooriasse reservatsiooniga, kuna reeglina on ahistaja ohvriks olemine kontrollimatu (soov oma tegevust

Cohen, Nikiforov, Gans et al, 2002;73:313-336. Bogaert, 2001;39:465-469. Cantor, Klassen, Dickey et al, 2005;34:447-459. Tost, Vollmert, Brassens, Schmitt, Dressing, Braus, 2004;63:528-531. Vernon, Rich, 1997;142:300-311. Flor-Henry, Lang, Koles, Frenzel, 1991;10:253-258.

⁴⁴ Cohen, Galynker, 2002;8:276-289.

⁴⁵ Cohen, Galynker, 2002;8:276-289. Blanchard R, Christensen BK, Strong SM et al, 2002;31:511-526. Schiffer, Peschel, Paul et al, 2006

⁴⁶ Schiffer, Peschel, Paul et al, 2006

⁴⁷ Cohen, Nikiforov, Gans et al, 2002;73:313-336.

⁴⁸ Maes, De Vos, Van Hunsel et al, 2001;103:43-49. Maes, van West, De Vos et al, 2001;24:37-46.

⁴⁹ Maes, van West, De Vos et al, 2001;24:37-46.

⁵⁰ Blanchard, Watson, Choy et al, 1999;28:111-127.

⁵¹ Cohen, Nikiforov, Gans et al, 2002;73:313-336. Cohen, McGeoch, Gans, Nikiforov, Cullen, Galynker, 2002;190:757-766. Bagley, Wood, Young, 1994;18:683-697. Greenberg, Bradford, Curry, 1993;38:432-436.

⁵² Cohen, McGeoch, Gans, Nikiforov, Cullen, Galynker, 2002;190:757-766.

⁵³ Murray JB, 2000;134:211-224. Greenberg, Bradford, Curry, 1993;38:432-436.

leevendada ning kaastunnet leida) ning enamik ahistatutest ei muutu siiski ahistajaks⁵⁴

- Blanchard et al⁵⁵ leidsid, et esinevad teatavad korrelatsioonid pedofiiliks olemise ning sünnijärjekorra vahel, samuti sünnitava ema vanuse ning selle lapse pedofiiliks saamise vahel.

2.3. Pedofiilide tuvastamine

Lapspornograafia tarbimise ja lapsealise vastu suunatud seksuaalkuriteo sooritamise eest karistatud isikutest osutuvad vaid osad pedofiilideks⁵⁶. Diagnoosi püstitamise aluseks on enamasti seksuaalkurjategija psühhiaatrilis-seksoloogiline intervjuerimine ja teadaolevate kuriteoepisoodide põhjal koostatud riskianalüüs. Rahvusvaheliselt kasutusel olevate psühholoogiliste ja psühhiaatriliste häirete diagnoosimisjuhiste DSM-IV-TR ja ICD-10 järgi diagnoositakse pedofiilia kas inimesele iseloomulike seksuaalsete mõttekäikude, fantaasiate, tungide, erutusmuutrite või käitumise põhjal. Diagnoos ei eelda lapsega seksuaalkontakti astumise kinnitamist ega subjektiivsete kannatuste kaebust.

Toetust pedofiilia diagnoosile saab seksuaalelu ja seksuaalkäitumise anamneesist ning riskianalüüsist, mis lähtub kohtutoimikutesse talletatud infost uurimisel seksuaalkurjategija tüüpiliste ohvrite kohta. Kuna inimesed kalduvad ülekaalukalt tarbima nende seksuaalsetele huvidele vastavat pornograafilist materjali, saab lapsporno huviliste seksuaalkurjategijate puhul lisainfot nende suunitluse iseärasuste kohta neile kuulunud pornograafiliste materjalide sisu analüüsist⁵⁶.

Väljakujunenud pedofiilide eristamine ülejäänud seksuaalkurjategijatest on oluline nende kõrgendatud retsidiivsusrisi ja sellest tuleneva vajaduse tõttu neile nii kinnipidamisasutuses kui kriminaalhooldussüsteemis erikohtlemist kavandada. Kuna pedofiilid vabatahtlikult oma seksuaalsuunitluse häiret probleemina ei tunnista, kasutatakse nende tuvastamiseks ja seisundi arengu jälgimiseks ka objektiivseid psühhofüsioloogilisi mõõtmisi. Traditsiooniliselt on peamiseks pedofiilse seksuaalsuunitluse tuvastamise viisideks olnud fallomeetrilised või pletüsmograafilised testid⁵⁶. Need objektiivsed psühhofüsioloogilised mõõtmised kujutavad erinevate stimulaatorite (pildid, videod, helisalvestised) esitamist subjektile ning seejärel peenise läbimõõdu või erektsioonimahu muutuse analüüsi⁵⁷. Arteriaalse verevoolu muutuste määramist sugutis loetakse täpsemaks vahendiks mõõtmaks erutusseisundit võrrelduna peenise läbimõõdu muutustega⁵⁸.

Pletüsmograafia puhul on probleemideks testi maksumus, sobimatus naissoost kahtlusaluste osas, erektsiooni olemasolu eeldamine, teoreetiline petmine (vaadatakse pilte, kuid sunnitakse end mõtlema muust) ning lastepornot sisaldav materjal (mille olemasolu osas reeglina ei ole tehtud ametiasutustele ja volitatud isikutele erandeid).

Eelmistest testidest kaasaegsem ning laiahaardelisem on AASI (*Abel Assessment for Sexual Interest*), mida kasutatakse paralleelselt fallomeetriliste mõõdistustega⁵⁹. AASI põhineb enesehinnangu küsimustikul, mida kombineeritakse ajaga, mille jooksul subjekt pöörab

⁵⁴ Cohen, Nikiforov, Gans et al, 2002;73:313-336.

⁵⁵ Blanchard, Watson, Choy et al, 1999;28:111-127.

⁵⁶ Seto, 2009; 5:391-407.

⁵⁶ Letourneau, 2002;14:207-223.

⁵⁷ Blanchard R, Christensen BK, Strong SM et al, 2002;31:511-526. Letourneau, 2002;14:207-223.

⁵⁸ Blanchard R, Christensen BK, Strong SM et al, 2002;31:511-526.

⁵⁹ Schober, Kuhn, Kovacs, Earle, Byrne, Fries, 2005;34:691-705. Letourneau, 2002;14:207-223.

tähelepanu erinevatele standardiseeritud piltidele, mis kujutavad riietatud lapsi ja täiskasvanuid. Väidetavalt suudab AASI eristada 21 erinevat seksuaalse huvi kategooriat ning on ennast tõestanud homoseksuaalsete pedofiilide tuvastamisel pletüsmograafia võrdväärse vahendina⁶⁰. AASI on efektiivsem, leidmaks heteroseksuaalseid hebofiile, kuid ei ole arvestatav meetod tuvastamiseks pedofiile, kelle kihuks on noored tüdrukud⁶¹. AASI plussideks on mittepornograafilise fotomaterjali kasutamine, vältus 1-2 tundi, erivarustuse ebavajalikkus ning kasutusvõimalus pea kõikjal.

Valedetektorina tuntud polügraaf võib toimida ülestunnistust stimuleeriva mõjustamisvahendina nii uurimistoimingute ajal kui kriminaalhoolduse faasis, kuid ei ole oma metodoloogiliste puudujääkide tõttu käsitletav ümberlukkamatu tõendusmaterjalina ega anna mingisugust spetsiifilist alust pedofiilia diagnoosimiseks⁶². Polügraaf tuvastab sümpatoadrenomedullaarse stressireaktsiooni telje füsioloogilised nihked ülekuulamise või küsitluse ajal aset leidvate naha elektrijuhtivuse, hingamisrütmi, südamerütmi ja vererõhu muutuste registreerimise näol. USA-s on polügraaf Seksuaalkurjategijate Ravi Assotsiatsiooni (Association for the Treatment of Sexual Abusers (ATSA)) soovitusel ja kohtute korraldusel kasutusel seksuaalkurjategija ravisoostumust ja vabanemisele järgnevat järelvalvet toetava vahendina⁶³. Polügraafia kui meetodi probleemiks on suur uuritavale indiviidile omast stress-reaktiivsusest sõltuv tõenäosus teha süüdimõistvaid järeldusi olukordades, kus „stress“ või „stressi puudumine“ tuleneb millestki muust kui tõe varjamine või otsene valetamine (näiteks küsitlemistehnikast, maagilise mõtlemise ettenägematutest keerdkäikudest või oskuslikest teesklusvõtetest). Siiski võib teadmine valedetektorit kontrolli all olemisest piirata kriminaalhoolduse all oleva endise seksuaalkurjategija riskikäitumiste hulka, näiteks vähendades mitteseksuaalseid vägivaldseid õigusrikkumisi ning täiendavalt motiveerides tema enesekontrolli⁶³. Järelvalveametnikud hindavad polügraafi testi juhtumihalduse vahendina mõnevõrra kõrgemalt kui raviteenuste pakkujad, kes hoiatavad niisuguste ohtude eest nagu ravialuse negatiivse minapildi kinnistamine sugereerivate küsitluste käigus, vahelejäämise vältimise ületähtsustamine ja sekkumiste keskmeks oleva terapeutilise suhte murendamine usaldamatuse ja manipuleeriva kohtlemisega⁶³. Raviteenuse pakkujate eesmärgiks on pigem prosotsiaalse käitumise harjutamine ja planeerimine ning riskide vältimisele keskendumise asemel elu edasiviivate eesmärkide seadmine ja psühholoogiline tasakaal. Polügraafi müstifikatsiooni asendavad piisavalt hästi tavapärased uurimistoimingud ja kolmepoolne ravileping, mille kohaselt ravialune teadlikult nõustub raviaegse järelevalvega ning on teadlik toimepandud rikkumiste tagajärgedest.

Kokkuvõttes, lapsealistele keskendunud seksuaalorientatsioonist iseenesest ei piisa lapsealiste vastu suunatud seksuaalkuritegevuse äraseletamiseks⁵⁶. Kuritegeliku käitumise taga on lisaks pedofiiliale antisotsiaalne käitumine – impulsiivne, külmavereline, riskilembeline, psühhoaktiivsete ainete tarbimise käigus pidurdusmehhanisme minetav tegutsemine, mis leiab oma õigustuse antisotsiaalsetest, sotsiaalseid norme ja seadusi eiravatest hoiakutest ja veendumustest.

2.4. Naissoost seksuaalkurjategijad

Naissoost seksuaalkurjategijate teemast on traditsiooniliselt mööda mindud nii meedikute kui ka õigusorganite poolt. Nimetatud asjaolu põhjuseks on meedikute ebakindlus diagnoosi panemisel, ühiskonna suhtumine probleemi ja suhteliselt tagasihoidlikum kaebuste hulk

⁶⁰ Schober, Kuhn, Kovacs, Earle, Byrne, Fries, 2005;34:691-705. Letourneau, 2002;14:207-223. Abel, 2000;12:155-161. Abel, Jordan, Hand, Holland, Phipps, 2001;25:703-718. Abel, Jordan, Rouleau, Emerick, Barboza-Whitehead, Osborn, 2004;16:255-265.

⁶¹ Letourneau, 2002;14:207-223. Mathews et al, 1989. Vandiever, Ketcher, 2004

(meessoost ohvrite soorolliga ei sobi enda määratlemine naissoost ärakasutaja ohvrina). Vastavalt USA Justiitsministeeriumi 2006. aasta andmetele sooritati 1% kõikidest vägistamisjuhtumest naiste poolt ning naissoost seksuaalkurjategijad moodustasid kõikidest seksuaalkuritegude eest süüdimõistetuid 6%.

Kui võrrelda nais- ja meessoost seksuaalkurjategijaid, siis esimesed sooritavad kuriteo reeglina meestest nooremas eas; neil on väiksem ohvrite arv; vägistamine ja sadistlik seksuaalkäitumine on suhteliselt harvaesinev; enam esineb ohvri peresisest ärakasutamist ja sagedasem on koostegutsemine enda partneriga. Naiste retsidiivsus seksuaalkuritegude osas on meeste omast kordi väikesem (10-15 X).

Naissoost seksuaalkurjategijate tüübid (Matthews):

- 1) Õpetaja/armuke
 - ärakasutatav eelpuberteedi - või puberteedialine
 - näeb ennast vaid isikuna, kes tutvustab lapsele „seksimaailma”
- 2) Põlvkondadevaheline
 - ohver leiab ärakasutamist juba varases lapseas
 - ärakasutamine kestab suhteliselt pikka aega
 - põhimotiiviks on ohvriga ohutu intiimläheduse saavutamine
- 3) Partneri kaasosaline
 - emotsionaalselt äärmiselt sõltuv oma partnerist ning valmis täitma kõiki selle soove

Euroopas ei ole viidud läbi ulatuslikke uuringuid, mis aitaks struktureerida naissoost seksuaalkurjategijaid nende psüühiliste iseärasuste, ohvrite ea jms alusel. Vangistuses viibivate nais- seksuaalkurjategijate tüpoloogia, mis loodi USA-s ca 500 naisvangi uurimise põhjal⁶², on siiski rakendatav ka kohalikus kultuuriruumis:

- 1) Hetroseksuaalne vanem lähisugulane
 - suurim grupp
 - ohvrid keskmiselt vanuses 12 a
 - ohvrid vaid meessoost
 - seksuaaltegevusele sundimisel ei rakendata vägivalda
- 2) Míttekriminaalse taustaga homoseksuaalid
 - ohvri keskmine iga 13 a

⁶² Meijer, Verschuere, Merckelbach, Grombez, 2008

⁶² Vandiver, Kercher, 2004

⁶³ McGrath, Cumming, Hoke, Bonn-Miller, 2007

- valdavalt ohvrid naissoost, kuid ka poisslapsed seoses nende väheste „mehelike omadustega”

3) Kriminaalse taustaga homoseksuaalid

- ohvri keskmine iga 11 a
- valdavalt ohvrid naissoost
- varasemalt vahistatud prostitutsioonile sundimise tõttu
- motiiviks majandusliku kasu saamine ülalnimetatute eest

4) Agressiivsed homoseksuaalid

- ohvri keskmine iga 31 a
- valdavalt ohvrid naissoost
- tunnevad ohvrit ja on reeglina olnud nendega varasemalt intiimsuhetes (tegemist seega koduvägivallaga homoseksuaalses koosluses)

5) Naissoost „seksuaalkiskjad”

- ohvri keskmine iga 11 a
- 60 % ohvritest meessoost
- kõrge retsidiivsus
- suhteliselt suur ohvrite hulk

6) Täiskasvanud nooremaelised ära kasutajad

- ohvri keskmine iga 7 a
- 50 % ohvritest lähisugulased

Naissoost seksuaalkurjategijate ravi

- Psühhoteraapia (kognitiiv-käitumuslik, individuaalne ja grupiteraapia)
- Vastutuse võtmine
- Tunnetuslike protsesside „ümberhäälestamine”
- Riskisituatsioonide äratundmine ja vältimine
- Toimetulekuoskuste parandamine
- Ära kasutaja- ohvri tunnetuse loomine (üleolekuseisundi sisu avamine)
- Seksuaalsete tunnete „ümberadresseerimine” omaealistele
- Psüühilise sõltuvuse taandamine, enesehinnangu toetamine

Farmakoteraapia

- Komorbiidsete haiguste ravi
- Hüperseksuaalsuse korral meessuguhormoonide toime madaldamisele suunatud ravi
- SSRI-d

2.5. Vägistamine

EV Karistusseadustik määratleb vägistamist järgmiselt: „Inimese tahte vastaselt temaga suguühendusse astumise eest vägivallaga või ära kasutades tema seisundit, milles ta ei olnud võimeline vastupanu osutama või toimumust aru saama“ (Kars § 141 lg 1)

Vägistamine on rünnak inimese ühe põhilise inimõiguse - seksuaalne enesemääramisõiguse vastu. Seksuaalne enesemääramisõigus on isiku õigus vabalt valida kas, kellega, millal ja mil viisil ta seksuaalvahekorda astub. See tuleneb inimeste põhiseaduslikust õigusest isikupuutumatusel (Eesti Põhiseadus §20) ja vabale eneseteostusele (Eesti Põhiseadus §19). Vägistamine kahjustab mitte ainult ohvri füüsilist, vaid ka vaimset tervist, kuna on kehaline rünne, mis tekitab hirmu, alandust jm negatiivseid emotsioone, kusjuures välistatud ei ole kehavigastuse või psüühikahäire tekkimine.

Enamik vägistamisi pannakse toime poiste ja meeste poolt tüdrukute ning naiste vastu. USA andmetel moodustavad naiste poolt toime pandud vägistamised kuni 5%, meeste poolt toime pandud vägistamised keskmiselt 98%.

Vägistamised võib jagada kaheks vastavalt sellele, kas teo sooritas üksikisik või kahest ja enamast isikust koosnev grupp.

Vägistamise liigid

Vihavägistamine

- motiiv: viha ja põlgus
- rünnaku iseloom: ettekavatsematu, impulsiivne, julm
- rünnakute regulaarsus: ebaregulaarsed, harvad
- kurjategijale iseloomulik: vaenulikkus naiste suhtes
- kurjategija seisund: depressiivne, vihane, tihti eelnevalt alkoholi tarvitanud
- varasem kuritegevus: võib olla karistatud vägivallakuritegude eest
- ohver: võib olla pigem juhuslik ettesattuja
- vägivalla kasutamise viis: kasutab rohkesti füüsilist jõudu, harvem relva
- vägivallaakti pikkus: lühiajaline
- ohvri füüsiline seisund: kehal selged vägivalla jäljed
- ohvri psüühiline seisund: mõnevõrra nõrgem süü- ja häbitunne

Üleolekuvägistamine

- motiiv: soov kontrollida teist inimest, vajadus tunda võimu
- rünnaku iseloom: ettekavatsetud
- rünnakute regulaarsus: korduvad ja võivad aja möödudes sagedeneda

- kurjategijale iseloomulik: kahtlemine oma mehelikkuses, jõuetus, ebaõnnestumistunne, vägivaldsed seksuaalfantaasiad mida soovib teadlikult ellu viia
 - kurjategija seisund: hirmul, ärevil
 - varasem kuritegevus: võib olla karistatud seksuaalkuritegude eest
 - ohver: võib olla pigem tuttav
 - vägivalla kasutamise viis: ei kasuta ülemäärast füüsilist jõudu, küll aga ähvardusi, käsutab ohvrit ja annab talle korraldusi, võib kasutada ka relva
 - vägivallaakti pikkus: ohvri alandamine võib kesta tunde, et kurjategija saaks nautida oma võimu ja kontrolli
 - ohvri füüsiline seisund: kehal ei pruugi olla füüsilise vägivalla märke
 - ohvri psüühiline seisund: tugev süütunne, kuna allus kurjategija ähvardustele
- **Sadistlik vägistamine**
- motiiv: sisemise tasakaalu saavutamise vajadus vägivaldsete seksuaalfantaasiate elluviimise kaudu
 - rünnaku iseloom: ettekavatsetud, rituaalne
 - rünnakute regulaarsus: korduvad ja võivad aja möödudes sageneda
 - kurjategijale iseloomulik: agressioonist erootilise elamuse saamine, puudub kontroll oma sisemiste jõudude üle, kuritegu on vajalik sisemise tasakaalu loomiseks ja ilmneb fantaasias juba teismelise-eas
 - kurjategija seisund: äärmiselt erutatud, sundmõtetest haaratud
 - varasem kuritegevus: võib olla eelnevalt karistatud vägivalla või rituaalsete kuritegude eest
 - ohver: valitakse enamasti sümbolsete tunnuste alusel
 - vägivalla kasutamise viis: ohvri kättesaamiseks võib kasutada relva, kasutab erinevat vägivalda, iseloomulik on orjastamine, piinamine, äärmuslikel juhtudel võib tappa
 - vägivallaakti pikkus: võib olla pikaajaline ja kesta päevi, ohvrit hoitakse vangistuses
 - ohvri füüsiline seisund: kehal ulatuslikud vägivallajäljed
 - ohvri psüühiline seisund: ellujäänud ohvri psüühiline seisund üliiraske
- **Seksuaalse rahulduse vägistamine**
- motiiv: eelkõige seksuaalse rahulduse saamine
 - rünnaku iseloom: pigem impulsiivne
 - rünnakute regulaarsus: ühekordne või väga harv
 - kurjategijale iseloomulik: madal enesekontroll, enesekeskus
 - kurjategija seisund: seksuaalselt erutatud
 - varasem kuritegevus: ei ole üldjuhul eelnevalt seksuaalkuritegude eest karistatud
 - ohver: üldjuhul eelnevalt tuttav
 - vägivalla kasutamise viis: ei kasuta rohkem vägivalda kui hädavajalik, kui naine osutab eeldatust tugevamat vastupanu, võib rünnaku lõpetada
 - vägivallaakti pikkus: lühiajaline
 - ohvri füüsiline seisund: kehal ei esine erilisi füüsilise vägivalla jälgi
 - ohvri psüühiline seisund: tugev süü- ja häbitunne, peab ennast juhtunus süüdlaseks

Vägistamisega seotud naisi puudutavad müüdid

- Vägistamine on seks
- Vägistaja on üksik, seksuaalselt rahuldamata mees

- Seksuaalvägivalla ohvrid on alati naised
- Kedagi ei saa vägistada vastu tema tahtmist
- Vägistaja on alati võõras inimene
- Vägivaldne seksuaalvahekord on vägistamine ainult siis, kui ahistaja on võõras inimene
- Kui naised “tõeliselt tahavad”, saavad nad vägistamiskatset tõrjuda
- Naised ütlevad EI, kuid mõtlevad JAH
- Naised soovivad kogeda vägivaldset seksi
- Minuga ei juhtu seda kunagi
- Abikaasa vägistamist pole olemas, sellele pole mõtet pöörata seadusandlikku tähelepanu
- Abikaasa süüdistamine vägistamises on mõttetu ettevõtmine, mida ei ole võimalik seaduslikult tõestada
- Abikaasa vägistamine ei ole nii tõsine kui vägistamine võõra inimese poolt- see on vaid olukord, kus mees nõuab vahekorda ja naine pole vastavas meeleolus
- Abielus naine peab alati nõustuma vahekorraga
- Seadus, mis sekkub abielus asetleidvasse vägistamisse, lõhub kooselusid ja takistab poolte leppimist

2.6. Preventsioon

Esmane preventsioon

Seksuaalkuritegude ennetamiseks ja võimalikult varajaseks avastamiseks on soovitatav koolide ja teatavatel juhtudel ka nooremate lastega tegelevate lasteasutuste õppeprogrammidesse lisada seksuaalse enesemääramise õiguse ja seksuaalvägivalla lubamatuse teemad. Selle tööga on Eesti kooliprogrammi inimeseõpetuse tundides osalt juba algust tehtud Inimeseõpetuse Ühingu ja Seksuaaltervise Liidu koostöös avaldatud seksuaalkasvatuse õpetajaraamatute toel.⁶³ Informatsiooni ja nõustamist on võimalik saada ka lasteabi telefonilt 116 111. Laste ja noortega on vaja rääkida pornograafiast kui ärist, mis teenib toote turustajate huve ega ole mingil juhul käsitletav seksuaalse informatsiooni allikana. Pornograafilise toote või teose esitamine või kättesaadavaks tegemine lapsealisele või alla 14-aastasele noorele on Eesti seaduste järgi kriminaalkorras karistatav (Karistusseadustik § 179). Igasugune varases eas saadud seksuaalsuse kogemus kujundab sugutungi ja fantaasiaid ning pornograafia kaudu saadud sisend on esiteks lapse tunnetuslikele võimetele üle jõu käiv ja teiseks täidab erootiliste kujutelmade ruumi kõige muuga kui see, mis normaalse seksuaalse läbikäimise juurde kuulub või eakohane on.⁶⁴ Enamik inimese seksuaalsuse spetsialiste jagab arvamust, et seksuaalsete hälvete kartoteegina organiseeritud pornotööstus juhib areneva fantaasiamaailmaga ja sotsiaalselt ebakompetentse või lausa äreva noore inimese paratamatult interpersonaalse seksuaalsuse arenguteelt kõrvale.

Lapsporno ja jõudmine laste ärakasutamiseni

⁶³ Kull, Part, 2005

⁶⁴ Denman 2004; Hardy 2004

Lapsporno vaatamise, omamise, kogumise, levitamise ja sealt edasi tootmise juhtumid satuvad aina sagedamini politsei, õiguskaitseorganite ja kliiniliste spetsialistide vaatevälja. Osalt on selle taga internetikasutajate kasvav arv, osalt tehnoloogia arenguga kaasnev lapsporno kättesaadavuse kasv ja kindlasti mängib oma rolli ka uurimisorganite oskuslik tegutsemine seadusevastase tegevuse kohta tõendite kogumisel. Teatud osa lapsporno huvilistest on kas pedofiilsete või hebefiilsete kalduvustega ning kujutavad huvi süvenedes tõsist riski lapse- ja noorukiealiste seksuaalsele enesemääramisõigusele. Seto, Hanson ja Babchishin⁶⁵ on läbi viinud metaanalüüsi seni selles vallas avaldatud uuringutest. Ligemale pooled Internetis lapsporno kasutamise ja Interneti kaudu lapsealisesega seksuaalsel eesmärgil kontakti võtmise eest karistatud isikud (55%) möönavad anonüümsetes küsitlustes, et nad on toime pannud reaalse lapsealises vastu suunatud seksuaalkuriteo. Sama metaanalüüs toob välja, et üks kaheksast Internetis toimepandud seksuaalkuriteo eest karistatud isikust (12%) on karistuse saamise hetkeks juba saanud varasema kriminaalkaristuse seksuaalkuriteo eest reaalse lapse vastu. Kuigi vähesed lapsporno vaatajatest jõuavad otsese lapsevastase seksuaalkuriteoni, on last seksuaalse objektina kujutava visuaalse materjaliga hõivatus siiski illegaalne ja võib nende puhul, kellel on antisotsiaalseid eeldusi oma deviantse seksuaalorientatsiooni väljaelamiseks, eskaleeruda tõsisemateks seaduserikkumisteks. Lapsporno tarbijate tuvastamine võimaldab ka vähendada nõudlust selle järele ning kahandab sel moel nende arvu, keda lapsporno tootmise eesmärgil ära kasutatakse.

Seksuaalvägivalla ohvrite äratundmine ja kohtlemine

Meditsiinispetsialistid ja politseitöötajad kasutavad Eesti Pereplaneerimise Liidu poolt 2001. aastal koostatud juhendit, kuidas seksuaalkuritegevuse ohvriks sattunut ära tunda ja mismoodi talle juba tekitatud kahjustusi võimalikult operatiivselt dokumenteerida ning ravi anda. Kohtumediitsiini Instituudi poolt on ettevalmistamisel kaasajaastatud juhendmaterjalid seksuaalse vägivalla ohvrite menetlemiseks. Vaid väike osa ohvritest annab kurjategija üles ning julgeb ära kasutamisest avalikult rääkida. Varjatud seksuaalse ära kasutamise ja ohvriks langemise tase on kõrge juba seetõttu, et ohver kahtleb selles, mis seksuaalne ära kasutamine on, kes selle eest õieti vastutab ja mil määral see tema puhul aset leidis.⁶⁶ Kodanikuõpetus inim- ja kodanikuõigustest ja institutsioonidest, kuhu erinevate probleemide korral abi saamiseks pöörduda, võiks siinkohal olla alusteadmiste andjaks igale ühiskonna liikmele. Laste vastu suunatud vägivalla ja väärkohtlemise vormidest annavad spetsialistile eestikeelse ülevaate Tartu Laste Tugikeskuse kogemust kokkuvõtavad raamatud „Laste väärkohtlemine“⁶⁷ ja „Lapse väärkohtlemine“⁶⁸, mille autoriteks on Lemme Haldre, Raul Heido, Kaisa Kuiv, Dadgmar Kutsar, Marina Paddar, Aino Popova, Malle Roomeldi, Sirje Saar, Ruth Soonets, Kristel Altosaar, Jaan Loko, Tiiu-Mai Loko ja Ivika Põldsepp.

Legalsed aspektid

Nii pedagoogidel, kasvatajatel, meedikutel kui vaimse tervise spetsialistidel on kohustus neile teada olevast või võimalikust seksuaalsuse vastu suunatud kuriteost asjaomastele institutsioonidele teada anda (Karistuseseadustik § 307 - „Kuriteost mitteteatamine“, EV lastekaitse seadus § 59 - „Abi vajavast lapsest teatamine“, Kriminaalmenetluse seadustik § 72

⁶⁵ Seto, Hanson, Babchishin, 2010

⁶⁶ Grauerholz, 2000

⁶⁷ Altosaar, Haldre, Heido, Loko jt, 1997

⁶⁸ Haldre, Heido, Kuiv, Kutsar jt, 2007

- „Ütluste andmisest keeldumine kutse- või muu tegevuse tõttu“). Selleks on vaja kehtestada teada andmise konkreetne kord, pöörduda näiteks prokuröri poole, kes tegeleb piirkonnas laste, noorte ja muude pereliikmete vastu suunatud seksuaalkuritegudega.

Seksuaaltervise valdkonnas tegutsevad spetsialistid peavad ravijuhendi koostajate soovitusel olema eriti valvel seksuaalkuritegevusega seotud parafiliate arenemise kontekstis, uurima, kas klient/patsient on hädas eelkõige oma fantaasiatega või on toime pannud ka reaalseid isikuvastaseid kuritegusid. Sekkumise põhimõte võiks ravijuhendi koostajate soovitusel olla kognitiivne ettevalmistus oma seniste tegude eest vastutamiseks ja tänu sellele on ligipääs riiklikele ressurssidele soodustingimustel või tasuta ravi saamiseks (vt käesoleva ravijuhendi ettepanekute osa). Kinnipidamisasutustest vabanenud endiste seksuaalkurjategijate kuritegelikule teele naasmise ärahoidmiseks on teiste maade kogemuse kohaselt (Rootsi, Taani) väga soovitatav üles ehitada spetsiaalselt nendele suunatud psühholoogiliste ja psühhiaatriliste teenuste struktuur, mis võimaldaks neil enne uue teo toimepanemiseni jõudmist riigi toel saada järjepidevalt kliinilise seksuoloogi teenust ja jälgimist. Üheks lahenduseks võiks olla kliinilise seksuologia kompetentsi keskus (Rootsi mudel, Haigekassa ja ravikindlustatud).

Sekundaarne preventioon

Restoratiivne õigus on põhimõte, mida mõnedes maades on praktiseeritud karistuse ära kandnud seksuaalkurjategijate ühiskonda tagasitoomisel.⁶⁹ See süsteem on kombinatsioon riiklikust teenistusest ja kogukondades tegutsevate vabatahtlike võrgustikust, mis moodustab iga vabadusse naasva ja potentsiaalselt ühiskonnaohtliku endise kurjategija ümber turvavõrgu, hoolitsedes näiteks tema suhtlemisvajaduste eest, juhendades teda eluoluliste probleemide lahendamisel või aidates teadvustada vajadust spetsialistiga kontakteerumiseks.⁷⁰

Restoratiivse õiguse printsiipide hulka kuulub ka ohvri ja kurjategija lepitusprotsessi korraldamine ning konverentside kujul kogukonna ja kurjategija lepitusprotsessi juhtimine informeerimise, vastastikuste kokkulepete sõlmimise või muu taolise kujul.⁷¹ TEPSi (tagasilanguse ennetamise programm seksuaalkurjategijatele) raames on Eestis ka ohvritele kirju kirjutatud, see on programmi osa, kuigi väga harva on neid reaalselt välja saadetud. Kui Eesti läheb taolise lahenduse teed, tähendab see professionaalsete teenusepakkujate otsest kohustamist võrgustikutööks ja peaks ühiskonnas laiemalt teadvustama vägivalla olemust, keelatus ning propageerima prosotsiaalseid viise ühiskonnaliikmete seksuaalsusega seotud vajaduste rahuldamiseks.

Avalikku seksuaalkuritegude eest karistatud isikute registrit pole Eestile tarvis, teiste maade kogemus ei õigusta seda (IATSO Oslo konverentsi materjalid). Ekspertgrupp soovib pigem laste ja noorukite ning vaimse tervise probleemidega tegelevate ja muude põhjendatud huvidega asutuste kohustamist karistusregistri järelejätmiseks enne uue inimese tööle palkamist ning selle järgimise kontrollimist. Konkreetne meede vajab senisest enam teavitustööd elanikkonna hulgas, et reaalselt rakenduks vastav seaduse säte, mis kehtib Eestis alates 2007. aastast. Reaalselt oleks tarvidus meetme järele, mis antud kohustuse täitmist järgiks. Kui asutuste juhid panna materiaalselt vastutama nende personalipoliitiliste otsuste eest, oleks nii kogukonnal kui vanematel kindlustunne lastele ja noorukitele suunatud teenuste

⁶⁹ Robinson, Crow, 2009

⁷⁰ McAlinden, 2008

⁷¹ McAlinden, 2008

kvaliteedi osas ning see pärsiks tarbetut omavolitsemist ja iseseisvaid jälitusoperatsioone ühiskonda naasvate endiste seksuaalkurjategijate suhtes.⁷²

3. Skriining

Seksuaalkuriteo sooritanud ja süüdi mõistetud kinnipeetavaid on otstarbekas nii nendele kõige kohasemasse kinnipidamisasutusse suunamiseks kui tulevaseks sekkumiseks ja raviks, aga ka teadusliku uurimistöö eesmärgil kohustuslikus korras testida. Juhul kui Eesti vanglasüsteemi ei sobi suunamiseelne uurimine (puuduvad erineva režiimiga kinnipidamisasutused), soovitame iga kinnipeetava enne vanglaühiskonda sulandamist kuni nädalaks nn karantiini panna ja selle ajal läbi viia testimine ning intervjuuerivad vestlused. On oluline, et töötajad õpivad uut kinnipeetavat tundma enne, kui ta sobitab ennast kinnipeetavate omavahelisse hierarhiasse ja liitub nendega abistava personali vastu.⁷³

Hetkel toimub täitmisplaani järgi seksuaalkurjategijate paigutamine neid haldavasse vanglasse (Tartu Vangla). Niinimetatud “paigutajad-vanglad” on Eestis Tallinn ja Tartu, kus koostatakse kurjategija esmane riskihindamine. Vastavalt kehtestatud korrale on Tartu vastuvõtuosakonnas võimalik seaduse järgi kinnipeetavat hoida kuni 10 tööpäeva. Samas ei saa maksimaalse pikkusega hoidmist vastuvõtuosakonnas, arvestades olemasolevat töömahtu, pidada otstarbekaks, sest kinnipeetav on ärev, kuna ta ei tea veel täpselt, mis teda vanglas ees ootab ning põhirõhk on kodukorra, olme ja toimetuleku küsimuste täpsustamisel. Põhjalikuma skriiningu eduka juurutamise eeldusteks on:

(1) Kontakt kinnipeetavaga, sest kui ei ole tekkinud usalduslikku suhet, siis ei anna testipatarei rakendamine soovivat efekti.

Usalduslikku suhet tuleb arendama hakata just testimise faasis. Kujunev side vanglapersonali ja kinnipeetava vahel on kogu kinnipidamisasutusesise rehabiliteerimise alustala. Testiküsimustele vastamine nõuab vähemalt mõningast eneseanalüüsi kinnipeetavalt, kes on isoleeritud just nimelt sel eesmärgil, et ta oma käitumisest mingeid uusi järeldusi teeks. Eneseanalüüsi võime on tulevase ravi vundamendiks. Uuemad testimise mõju uuringud näitavad, et juba hästi valitud küsimustele vastamisel iseenesest on käitumist suunav mõju⁷⁴.

(2) Selgus küsimuses, mida antud kirjeldusega peale hakata või mis eesmärgil seda tehakse - kas ja mil määral kasutada tulemusi riskihindamisel (karistusjärgse kinnipidamise üle otsustamisel jne ennetähtaegsel vabastamisel), millise intervalliga teste teha. Sageli on probleemiks kinnipeetavate poolt valede andmete esitamine kirjalikes testides, mis muudab küsitavaks ka nende kohustuslikuks tegemise.

Marshall jt.⁷⁵ soovivad teste kasutada riski hindamisel, seksuaalkurjategijate ravigruppidesse määramisel ja ravi tulemuslikkuse mõõtmisel. Need loovad mingi pildi kinnipeetava individuaalsusest ja ideaalsel juhul annavad pildi temale omastest

⁷² McAlinden, 2008

⁷³ Hasselrot, Fielding, 2010

⁷⁴ Godin, Sheeran, Conner, Delage, Germain, Belanger-Gravel, Naccache, 2010

⁷⁵ http://www.unafei.or.jp/english/pdf/RS_No72/No72_12VE_Marshall.pdf

kriminogeensetest vajadustest. Test on mõõtmisvahend, mida saab kasutada raviefektiivsuse hindamisel või mingi konkreetse sekkumisviisi mõju või muutuse hindamisel ja dokumenteerimisel konkreetsemalt, kui seda võimaldab kliiniline mulje. Sellise hindamise puhul on möödapääsmatu algse olukorra defineerimine ja see võib oskuslikul testimisel kinnipeetavast mitmekülgsema pildi luua kui spetsialisti kliinilise mulje või mälu põhjal antud hinnang.

Skriiningu juurutamise seksuaalkurjategijate menetlemisse Eestis võiks jaotada etappidesse. Esmaselt on oluline seksuaalkurjategijatega tegelevates kinnipidamisasutuses ja kriminaalhoolduses sisse viia riskide hindamine tänapäevaste tõenduspõhiste riskianalüüsi meetmete toel. See annab võimaluse seksuaalkurjategijaid vastavalt nende riskiastmele ja selle muutumisele raviprogrammidesse grupeerida ning muid nende karistusaega puudutavaid otsuseid tõenduspõhiselt langetada.

Retsidiivsusrisiki hindavad riskianalüüsi standardiseeritud mõõdikud Static-99⁷⁶ ja selle uuendatud versioonid Static-2002 ja Static-99R. Dünaamiliste riskifaktorite hindamiseks on mõeldud struktureeritud intervjuud Stable 2000⁷⁷ ja Dynamic 2000⁷⁸, millest tänaseks on olemas ka uuendatud versioonid – Stable 2007 ja Acute 2007. Tänapäevaste riskianalüüsi meetodite kasutamiseks on võimalik otse autoritelt juhendamist ja koolitust saada (<http://www.jibc.ca/programs-courses/schools-departments/school-public-safety-security/corrections-community-justice-division/programs/sex-offender-assessment>).

Static-99 koondab andmed 10 probleemide ringi kohta kinnipeetava senises käitumises: seniste seksuaalkuriteo eest esitatud süüdistuste ja määratud karistuste hulk (1), kurjategijale tundmatute ohvrite olemasolu seksuaalkuriteo objektide hulgas (2), mittesugulastest ohvrite hulk (3), meessoost ohvrite hulk (4), varasemad karistused mittekontaktsete seksuaalkuritegude eest (5), tõsisema, enam kui 2-aastat kestnud kooselukogemuse puudumine (6), vanus vabanemisel (18-24) (7), kehtiv karistus mitteseksuaalse vägivallakuriteo eest (8), varasemad karistused mitteseksuaalsete vägivallakuritegude eest (9) ja varasemate kriminaalkaristuste arv (10). Riskide koondhinde alusel on võimalik kinnipeetavate jaotamine madala, keskmise, kõrge või väga kõrge retsidiivismi baasriskiga kategooriatesse.

Static-99 on siiani kõige laiemalt kasutuses olev manuaalipõhine riskianalüüsi meetod, kuid sellest on olemas ka uuendatud ja mõningaste täiendusega versioonid Static-2002⁸⁰ ja Static-99R. Täiendused seisnevad eelkõige noorukieas toimepandud seksuaalvägivaldse käitumise, seksuaalkuritegude sageduse, kriminaalhoolduse aegsete kohustuste mittetäitmise ja eelmise karistuse järel, kuritegusid toimepanemata, vabaduses veedetud aja arvestamises. Staatiliste riskide hindamine annab ettekujutuse kinnipeetavale omase antisotsiaalse elustiili, vägivallaprobleemide ja seksuaalse deviantsuse kohta, kuid ei jäta ruumi võimalike sekkumistega saavutatud muutuste või lihtsalt ajas toimuvate riskiastme muutuste tuvastamiseks.

Dünaamiliste riskifaktorite hindamiseks loodud mõõdikud (Stable 2000, Dynamic 2000 ja Stable 2007/Dynamic2007) eristavad stabiilseid ehk seksuaalkuriteo toimepanemist soosivaid ja akuutseid ehk seksuaalkuriteo toimepanemist vallandavaid mõttemalle ja seisundimuutujaid. Stabiilsed dünaamilised riskifaktorid koondavad sellised kurjategijale iseloomulikud, kuid muudetavad karakteristikud nagu oma tegude eest vastutuse võtmine,

⁷⁶ Hanson, Thornton, 2000

⁷⁷ Hanson, Harris, 2000

⁷⁸ Hanson, Harris, 2000

⁸⁰ Craig, Beech, 2010

kuritegevust õigustavad mõtlemismoonutused, ülekaalukalt seksuaalsusest hõivatud mõtted ja teod ning deviantseid seksuaalse erutuvuse mustreid. Stabiilsetele dünaamilistele riskifaktoritele keskendub mõõdik Stable 2000. Selle kaudu saadakse ülevaade 16 probleemsest valdkonnast, tuvastades need faktorid, mis suurendavad korduvkuriteo toimepanemise tõenäosust, kuid ennustavad samas seksuaalkurjategija retsidiivmiriski muutumisvõimelisust. Tegemist on struktureeritud intervjuuga, mis kestab umbes 1 tunni ja hõlmab järgmist teemaringi – olulisemad sotsiaalsed mõjustajad (sõprade ring, pere, kriminaalse taustaga tutvusringkond), intiimsuse puudujäägid (püsipartneri olemasolu või puudumine, emotsionaalne kontakt või selle puudumine järeלטulijatega, vaenulik suhtumine naistesse, ühiskonna heidikuks olemine ja üksildus, hoolimatu suhtumine teiste inimeste tunnetesse), seksuaalne eneseregulatsioon (hõivatus seksuaalsusest mõtlemisest ja sugutungist ajendatud ettevõtmised, seksi kasutamine toimetulekumehhanismina, deviantseid seksuaalseid eelistused), üldine eneseregulatsioon (impulsiivne käitumine, kehvad probleemilahendamise oskused, negativistlikud tunded ja vaenulikkus), koostöövõime järelevälve osas ja seksuaalkuriteo toimepanemist toetavad hoiakud (veendumus oma õiguses saada eelistatud seksuaalse kohtlemise osaliseks, vägistamist õigustavad väärtushinnangud ja lapsepilastamist õigustavad mõttekäigud). Vastuste profiil muutub ajas ja kajastab sekkumiste mõju.

Akuutsete ehk vallandavate dünaamiliste riskifaktorite hulka kuuluvad põhiliselt seisundimuutujad, nagu sõltuvusainete kuritarvitamine, tervetest inimsuhetest kõrvale jäämine, negatiivsed emotsionaalsed seisundid (meeleolu- ja ärevushäired), sotsiaalse toetuse äralangemine, järelevälvest kõrvalehoidmine, vaenulikkuse kasv, seksuaalse sisuga toimetulekumõtete pealetung, riskikäitumine ja ligipääsu leidmine võimalikele ohvritele. Dynamic 2000 on lähenemisviis, mis sobib struktureerima kriminaalhoolduse raames toimuvaid intervjuueerivaid vestlusi ning jooksvalt hinnata nii karistusala riskiastet ja vajadusi kui planeerida sekkumisi.

Järgmiseks, teiseks etapiks skriiningumeetme juurutamisel võiks olla eesti keelde adapteeritud diagnostiliste intervjuude ja olemasolevate testide rakendamine. Siin võiks alustada psühhiaatrilistest seisunditest ülevaate saamise ja vaimsete võimete hindamisega.

- 1) MINI rahvusvaheline neuropsühhiaatriline intervjuu DSM-IV⁷⁹ sisaldab depressiooni, düstüümiat, suitsidaalsust, maaniat, paanikahäiret, agorafobiat, sotsiaalfoobiat, obsessiiv-kompulsiivset häiret, posttraumaatilist stressihäiret, alkoholsõltuvust/kuritarvitamist, uimastisõltuvust/kuritarvitamist, psühhootilisi häireid, söömishäireid ja generaliseerunud ärevushäiret diagnoosivaid lõike. Intervjuu läbiviimine võtab üldjuhul aega 20-30 minutit, see võimaldab ka esitatud küsimuse täpsustavat selgitamist uuritavale.
- 2) Vaimsete võimete test (WAIS Wechsler Adult Intelligence Scale), mis on osaliselt Eesti oludesse adapteeritud. Rene Mõttus ja Jüri Allik viisid mõned aastad tagasi Eesti vanglates läbi intelligentsuse mõõtmised, kasutades Raveni kasvava raskusastmega maatriksite (KRM) testi.⁸⁰ Mõõtmistulemused näitasid, et vangla kontingendi intelligentsuse diapasooni mõõtmiseks see kujundite ülesehituse sisemisel loogikal põhinev test sobib. Uuringu autorid koostasid ka arvutiprogrammi testitulemuste rutiinseks töötlemiseks kinnipidamisasutuses.
- 3) Aaro Toomela poolt Eesti vanglatele kohandanud testipatarei, mis sisaldab vaimse võimekuse osa, isiksuse mõõtmiseks testi VIF-IPIP-R69, enesehinnangu mõõtmiseks EHI, toimetulekustiile hindavat BCOPE ja veel tervet rida erinevaid teste. Kahjuks ei õnnestunud EV Justiitsministeeriumist, kelle poolt tellitud teadus- ja arendusprojektiga

⁷⁹ Shlik, Aluoja, Kihl, 1999

⁸⁰ Allik, Mõttus, Kõots, 2009

oli tegu, vaatamata mitmetele järelpärimistele Aaro Toomela uuringuraportit saada, nii et sellesse haaratud ja juba vanglale kohandatud testide kohta ei saa siinkohal kahjuks täpsemaid soovitusi anda.

Kolmandaks etapiks skriiningumeetme sisseviimisel võiks olla seni eesti keelde adapteerimata testide kohandamine vanglasüsteemi vajadustele. Seksuaalkurjategijate isiksuseomaduste hindamisel on kõige kriitilisema tähtsusega antisotsiaalset isiksusehäiret diagnoosida aitavad testid.

- 4) PCL-R Psychopathy Checklist⁸¹ või mõni isiksusehäireid üldiselt diagnoosiv test. Eesti keeles on olemas DSM-IV- põhine SNAP, mis sisaldab ka nartsissistlikku isiksusehäiret, adapteerinud Maie Kreegipuu.
- 5) Alliku jt 2009. aasta uuring alaealiste ja noorte kinnipeetavate isiksuseomaduste ja kognitiivsete võimete hindamisest näitab, et üsna paljude isiksusejoonte patoloogiat saab avastada ka 240 väitelise isiksusetestiga EE.PIP-NEO, millele selle uuringu käigus loodi ka venekeelne versioon RU.PIP-NEO ning andmeanalüüsi rutiinid.

Neljandaks etapiks seksuaalkurjategijate erivajaduste ja iseärasuste täpsemaks hindamiseks ning sekkumiste edasiarendamiseks võiks testipatareisse lisanduda:

- 6) Seksuaalhälvetest ülevaadet andev küsimustik, mida eesti keeles veel kasutusel ei ole. Selle puudumisel tuleks kõne alla ka ülevaatlik ankeet seksuaalkäitumise profiili kohta, kuid sedalaadi testides ei pruugi olla küsimusi, mis seksuaalkurjategijate spetsiifikat hõlmaks. Kirjanduses on vastav andmestik kokku pandud teinekord kurjategija seniste teadaolevate seksuaalkuritegude episoodide põhjal.
- 7) Lähisuhte võimelisust, interpersonaalset dünaamikat, objektsuhete eripära või nartsissismi mõõtev küsimustik. Kiindumussuhet mõõtev test ECR-R⁸², mis toob esile vältivad ja ärevad motiivid lähedusest hoidumiseks. Intiimsusega seotud defitsiite hõlmavad samas ka dünaamiliste riskihindamiste intervjuud, nii et spetsiifilist testi võiks kasutada vaid uurimistöö kontekstis.
- 8) Eneseregulatsiooni taseme mõõdikuid (näiteks Self Regulation Inventory - SRI), mis keskendub tervisega seotud toimetulekustrateegiatele.

Nimetatud testide soovitamise aluseks on see, et nad on osalt eesti keeles olemas, mõõtmisomadusi on kontrollitud Eesti oma valimitel ja nad hõlmavad seksuaalkurjategijate kontingendi kohtlemise ja ravi seisukohalt olulisi parameetreid. Kõne alla võib tulla ka spetsiifilisemate kinnipeetavate kontingendile kohandatud testide tõlkimine ja adapteerimine teistest keeltest, kuid väga tihti on taolised testid oma psühhomeetrislike omaduste poolest kehvemad või nende kohta puuduvad üldpopulatsiooni tasemel võrdlusandmed. Maailma praktika on sageli niisugune, et iga institutsioon loob oma lähenemise, sealhulgas küsimustike patarei. Vastavalt praktikale ja arusaamade muutumisele kohandatakse ümber ka teste, mille mõõtmisomadused muutustega tingimata ei parane ja vahel lausa kontrollimata jäävad. Antud ravijuhendis soovitatud testid on leidnud laialdasemat kasutamist pikema aja vältel.

Andmete kogumist ja analüüsi korraldama võiks palgata korrektsioonüsteemile spetsialiseerunud kliinilise psühholoogi. Edaspidise uurimistöö huvides võiks, näiteks teadus- ja arendustegevuse lepingulistel alustel, arendada koostööd Tartu Ülikooli Psühholoogia

⁸¹ Hare, 2003

⁸² Fraley, Waller, Brennan, 2000

Instituudi juurde loodud rakenduspsühholoogia keskuse professionaalsete testijate meeskonnaga.

On tõenäoline, et Eesti vanglasüsteem pole hetkel veel ulatuslikuks ja rutiinseks kinnipeetavate testimiseks valmis. Samas on tulevikuperspektiiv siiski seotud vajadusega andmebaaside järele, mis võimaldaks uurimistööd teha ja sekkumiste mõju hindamist korraldada retsidiivsust vahendavate psühhomeetriliselt mõõdetavate muutujate kaudu.

Võimalik, et ravi kohaldamisel osutub otstarbekaks individile omase ajukahjustuse, neuroloogilise haiguse ja muude somaatiliste probleemide skriining või neuropsühholoogiline testimine.

Ekspertkomisjon on seisukohal, et osa skriiningust peab eelnema seksuaalkurjategijate raviprogrammile, mil antakse hinnang ja analüüsitakse kinnipeetavate minevikku (seksuaalset minevikku) ning planeeritakse sekkumist ja ravi. Siis saab siduda testimise kirjelduse saamisega isikust. Sekkumiste tulemuslikkuse dokumenteerimiseks tuleb läbi viia kordumõõtmised, kas teatud perioodidel ravi käigus, ühekordselt ravi lõpus või ka erinevate perioodide jooksul kinnipidamise järgselt. Psühhomeetrilised mõõtmised täiendavad teadmisi retsidiivismi põhjustest ja selleni viivatest teguritest ning võimaldavad rutiinset sekkumiste efektiivsuse hindamist.

4. Diagnostika

Traditsiooniliselt on olnud peamine pedofiilide tuvastamisviis fallomeetrilised või pletüsmograafilised testid⁸³. Need kujutavad erinevate stimulaatorite (pildid, videod, helisalvestised) esitamist subjektile ning seejärel peenise läbimõõdu või verevarustuse muutuse analüüsi⁸⁴. Verevoolumahu määramist loetakse täpsemaks vahendiks mõõtmaks erutusseisundit võrreldes peenise läbimõõdu muutustega⁸⁵. Pletüsmograafia puhul on probleemideks testi maksumus, sobimatus naissoost kahtlusaluste osas, eeldab erektsiooni olemasolu, on teoreetiliselt petetav (vaadatakse pilte, kuid sunnitakse end mõtlema muust) ning eeldab lastepornot sisaldava materjali olemasolu (mille olemasolu osas reeglina ei ole tehtud ametiasutustele ja volitatud isikutele erandeid).

Eelmistest testidest kaasaegsem ning laiahaardelisem on AASI (Abel Assessment for Sexual Interest) test, mida kasutatakse paralleelselt fallomeetriliste mõõdistustega⁸⁶. AASI põhineb enesehinnangu küsimustikul, mida kombineeritakse ajaga, mille jooksul subjekt pöörab tähelepanu erinevatele standardiseeritud piltidele, mis kujutavad riidetud lapsi ja täiskasvanuid. Väidetavalt suudab AASI eristada 21 erinevat seksuaalse huvi kategooriat ning on ennast tõestanud homoseksuaalsete pedofiilide tuvastamisel võrdväärse vahendina pletüsmograafia⁸⁷. AASI on efektiivsem, tuvastamaks heteroseksuaalseid hebofiile, kuid ei ole arvestatav meetod avastamiseks pedofiile, kelle kihuks on tüdrukud⁸⁸. AASI plussideks on mittepornograafilise fotomaterjali kasutamine, vältab 1-2 tundi, ei vaja erivarustust ning on kasutatav pea kõikjal.

Testimise ja intervjuerimise kontekstis on ravijuhendi koostajate arvates soovitatav tähelepanu pöörata uuritava suhestumise struktuurile, psühhoanalüütilisele ülekandele ja vastuülekandele kinnipeetava ning teda uuriva spetsialisti vahel. Kinnipeetava suhtumine küsimustega „Miks seda vaja on?“ „On see kohustuslik?“ jne annab ilmsed märgid sellest, milline on kinnipeetava esialgne suhtumine/suhestumine temaga planeeritavatesse sekkumistesse. Kinnipeetava koostöövalmidus on mõjutatud igast kokkupuutest temaga tegelevate ametnike ja spetsialistidega. Mida teadlikumalt personal omalt poolt suhestub, seda paremini saab igapäevaste kontaktide kaudu sillutada teed tulevasele sekkumisele ja ravile.

Testimisega seoses võiks alustada motiveerimist ning viidata, et testitulemused on ravile suunamise ja teenuste saamise aluseks. Väga harva on kinnipeetava motivatsioon sisemine. Tavaliselt on see neile ebameeldiv kohustus või viis võimalus ennetähtaegse vabanemisvõimaluse suurendamiseks või tulevikus karistusjärgse kinnipidamise ennetamiseks. Ravi ja sekkumise planeerimisel tuleb iga kinnipeetava puhul alustada sellest, kus too oma arusaamadega parajasti on.

⁸³ Letourneau, 2002;14:207-223.

⁸⁴ Blanchard R, Christensen BK, Strong SM et al, 2002;31:511-526. Letourneau, 2002;14:207-223.

⁸⁵ Blanchard R, Christensen BK, Strong SM et al, 2002;31:511-526.

⁸⁶ Schober, Kuhn, Kovacs, Earle, Byrne, Fries, 2005;34:691-705. Letourneau, 2002;14:207-223.

⁸⁷ Schober, Kuhn, Kovacs, Earle, Byrne, Fries, 2005;34:691-705. Letourneau, 2002;14:207-223. Abel, 2000;12:155-161. Abel, Jordan, Hand, Holland, Phipps, 2001;25:703-718. Abel, Jordan, Rouleau, Emerick, Barboza-Whitehead, Osborn, 2004;16:255-265.

⁸⁸ Letourneau, 2002;14:207-223. Mathews et al, 1989. Vandiever, Ketcher, 2004

Juurdepääsu toimikutele võiksid reguleerida institutsioonidevahelised lepingud ja konfidentsiaalsuskokkulepped. Testitulemuste töötlemiseks piisab, kui vaatlusalune teisendatakse järjekorranumbriks andmetabelis. Personaalsele materjalile juurdepääsu saab piirata kinnipidamisasutuse töötajaskonnaga.

Lisaks oleks juhendi autorite arvates otstarbekas muutuste jälgimiseks raviprotsessis ja hilisemateks uuringuteks, et igal teraapiaseansil arutluse all olnud ja terapeutilist protsessi, eriti selle suhestuvaid aspekte, kirjeldataks iga üksiku kliendi puhul ravipäevikus. Ka on võimalik psühhomeetriliste skaalade vahendusel dokumenteerida ravi käigus toimuvaid muutusi. Diagnoosimiseks sobivad psühhomeetrilistest skaaladest eelpool mainitud MINI, isiksusehäire mõõdik ja vaimse võimekuse test.

5. Ravi

5.1. Ravi planeerimine kinnipidamisasutuses

Tartu Vanglasse toimub paigutamine täitmisplaani järgi.

- (1) Kinnipeetavale koostatakse riskihindamine (RH)
- (2) RH järgi koostatakse isikule individuaalne täitmiskava (ITK), kus on sees ka sekkumisprogramm
- (3) Individuaalne täitmiskava koostatakse kinnipeetavale üheks aastaks
- (4) vastuvõtmine - ravisoostumusega kinnipeetavad:
 - a. kellele laieneb antud ravijuhend
 - b. kelle puhul on olemas motivatsioon ja valmisolek
 - c. kelle puhul on olemas kuritegude korduvuse oht
 - d. kes on intellektuaalselt ja keeleliselt võimeline tegevustes osalema (TEPS on Tartu Vanglasse esialgu eestikeelsena)
 - e. kelle puhul on olemas valmisolek kuriteost ja sellega seonduvatest asjaoludest rääkida ning seda analüüsida
 - f. kes nõustub täitma teste, kohustub oma vabast ajast osalema sotsiaalprogrammis või psühhoteraapias

TEPSi ei kohaldata väljasaadetavatele (PPA otsusel või § 54) ja isikutele, kellel on välja arenenud uimastisõltuvus (sh alkoholisõltuvus). Sõltuvushaigete puhul keskendutakse esmaselt selle probleemi leevendamisele. Kinnipeetava puhul toimub ravisoostumuse perioodiline hindamine ja motiveerimine.

Pole mingit põhjust hellitada lootust, et kõrge retsidiivsusriskiga seksuaalkurjategijad suudavad või tahavad loobuda oma tegevusest ilma välise vahelesekkumiseta. Arvestades mõningate seksuaalkuritegude levikut ja kurjategijate käitumise kroonilisust ning ohvritele tekitatud sotsiaalsete ja psühholoogiliste kahjustuste ulatuslikkust, on põhjendatud tõhusate meetmete otsimine, vältimaks nende edasitegutsemist, kes on juba sattunud õigussüsteemi või vaimse tervise institutsioonide vaatevälja. Maailmas on pikaajaline praktika seksuaalkurjategijatele suunatud sekkumise ja ravi programmidest. Näiteks Ameerika Ühendriikides toimus 2002. aastal rohkem kui 2289 erinevat seksuaalkurjategijate jaoks koostatud raviprogrammi.⁸⁹ Sestsaadik on läbi viidud ka mitmeid efektiivsusuuringuid, kus vaadeldakse seksuaalkuritegevuse või ka üldisemalt kuritegevuse retsidiivsust ja püütakse välja selgitada, millised kurjategija või -teo iseärasused, raviprogrammi komponendid või terapeudi isikuomadused ennustavad teraapiaga lõpunimist ja ravi edukust. Metaanalüüside tulemused näitavad üldises plaanis seksuaalkurjategijate raviprogrammidesse

⁸⁹ Osborn, 2007

investeerimise mõistlikkust, kuna sekkumine vähendab nii seksuaal- kui muude kuritegude kordumise tõenäosust.⁹⁰

Andrews ja Bonta⁹¹ on sekkumise efektiivsust määravate faktoritena välja toonud kolm põhimõtet, mille alusel on üles ehitatud enamik praegu kasutatavaid (näiteks Soome STOP või meie Murru vangla biopsühhosotsiaalne programm) ja paremini läbi uuritud efektiivsusega seksuaalkurjategijate rehabilitatsiooni programme. Esimene põhimõte on, et sekkumine peab lähtuma **riskiastmest**, nii et rohkem ressursse panustatakse ohtlikemate ja kõrge retsidiivsusriskiga seksuaalkurjategijate edasise tegutsemise ärahoidmisesse. Teine põhimõte on sekkuda **defitsiidipõhiselt**, keskendudes korduvkuritegevust motiveerivate kriminogeensete vajaduste kõrvaldamisele seksuaalkurjategija elus – näiteks toetades suhteid pere ja eakaaslastega, modifitseerides antisotsiaalseid hoiakuid, arendades emotsiooniregulatsiooni oskusi, eriti viha osas, ja õpetades impulsikontrolli häiretega toimetulemist. Kolmas põhimõte on, et sekkumine peaks olema kohandatud iga **üksiku kliendi unikaalsele vastuvõtuvõimele** ja õppimisstiilile nii, et kujunevad prosotsiaalsed hoiakud ja käitumine ning sekkumise mõte on igale osalejale arusaadav ja isiklikult mõtestatud. Terapeudi isiksuseomaduste ja ravi kontekst, näiteks kinnipidamisasutuse sisekorra reeglite toel, saab õppimist soodustada, aga arvesse tuleb võtta mõjutatavate **intellektuaalseid võimeid, isiksuseomadusi, sooritatud kuriteo tunnistamise määra, ravist osavõtmise motiive, vaenulikkust ja muid inimesele omaseid jooni, mis mõjutavad tema ravist kasusaamise võimet**. Nende kolme riski-vajaduste-vastuvõtuvõime põhimõttega tuleks arvestada ka Eesti psühholoogilise rehabilitatsioonisüsteemi ülesehitamisel. Lisaks peaks iga sekkumine olema üles ehitatud ja dokumenteeritud nii, et selle tulemuslikkust on võimalik empiirilisel hinnata ja lähenemisviisi sisuliselt põhjendada.

Rootsis on viimasel kümnendil seksuaalkuritegude valdkonnale ning ravi korraldamisele pööratud kõrgendatud tähelepanu, sest seksuaalkuritegude arv on jooksvalt kasvanud. Nii näiteks mõisteti 2000ndate aastate alguses süüdi keskmiselt 670-730 inimest aastas, aastatel 2005-2006 oli see arv juba ligi tuhat. Seetõttu on Rootsis välja töötatud ka detailne juhised seksuaalkurjategijate menetlemiseks (lisaks vanglakaristusele võib Rootsis määrata ka tingimisi vanglakaristuse, rahatrahvi, kehtestada käitumiskontrolli meetmeid või kombineerida eeltoodud üldkasuliku tööga). Piiranguid ravimeetodite osas (antihormonaalne või farmakoloogiline ravi) kehtestatud ei ole. Samuti puudub detailne kirjeldus, kuidas peaks ravi toimuma – kuid oluline on, et abi osutamise tegeleks vajalikke valdkondlikke teadmisi omav spetsialist, vangil endal on huvi protsessis osaleda ja seda ka pärast vangist vabanemist ning et ravi käigus järgitaks alltoodud põhimõtteid.

- a) Retsidiivsuse vähendamine vangis mõjutamise ja motiveerimise kaudu, mis põhineb tema individuaalsel seisundil ning vajadustel. Eesmärk ei ole "parandada vangit", vaid pigem kasvatada kinnipeetava võimet juhtida oma käitumist, keskendudes eelkõige neile teguritele, mis võivad suurendada retsidiivsust.
- b) Vangistuse kahjulike mõjude vähendamine. Ravi toimub vanglas spetsiaalses osakonnas, mis on tingitud sellest, et teised kurjategijad ei saaks negatiivselt mõjutada ja survestada seksuaalkurjategijat.
- c) Kuriteo lahtimõtestamine. Kurjategija peab suutma ise selgitada oma käitumist ja asjaolusid, mis viisid väärteo toimepanemisele ning aduma tehtu tagajärgi.

⁹⁰ Hanson, Gordon, Harris, et al, 2002; Marshall, Marshall, 2010

⁹¹ Osborn, 2007; Barnett, Wood, 2008; Marshall, Marshall, 2010

Nende põhimõtete saavutamiseks on Rootsi vanglates kasutusel kolmeosaline programm, mille osadeks on:

1. Teavitusmeetmed, mille eesmärgiks on vangi teavitamine ühiskonna seisukohtadest ja hinnangutest seksuaalkuritegude suhtes, samuti ülevaate andmine valdkonda reguleerivatest õigusaktidest ning vanglates leiduvatest võimalustest raviks ja psühhoterapiaks. Meede on kohustuslik kõikidele vangidele ja selle läbimine on osa karistusest. Edastatav teave peab olema neutraalne, vältimaks kurjategija eitamis- ja kaitsemehhanismi tugevdamist. Teavitamise viivad läbi vanglatöötajad, kellel on piisavad teadmised üld- ja kliinilisest seksuoloogiast ning head suhtlemisoskused.
2. Motivatsiooniprogramm, mille eesmärgiks on mõjutada vangi ravis (nt psühhoterapia) osalema. Selle käigus antakse vangile teavet seksuaalsusest, soorollidest, inimese psühhoseksuaalsest arengust, seksuaalsusest ja narkootikumidest, seksuaalsusest ja vägivallast, seksuaalsusest erinevates kultuurides, psühhoterapiilisest ravist ja arstiabi võimalustest. Meede on kohustuslik kõikidele vangidele ja selle läbimine on osa karistusest. Motiveerimise viivad läbi vanglatöötajad, kes omavad seksuoloogi kvalifikatsiooni ning on läbinud täiskasvanute õpetamise alase koolituse.
3. Raviprogramm, mille eesmärgiks on vangi ravi ja rehabilitatsiooni läbiviimine. Sihtrühmaks on esmakordselt süüdimõistetud kurjategijad, programmis osalemine on vabatahtlik. Ravi raames õpetatakse vangi vastutama oma seksuaalkäitumise ning teiste kuriteoga seonduvate tegude eest, keskendudes nendele aspektidele, mis on kuriteo taassooritamise osas riskifaktorid. Eesmärgiks on ka õpetada vangi looma toimivaid inimsuhteid, mis ei põhine ärakasutamisel. Ravi peab aitama tõsta vangide enesehinnangut. Raviprogrammi viib läbi psühholoog, psühhoterapeut või psühhoterapiakoolituse läbinud arst.

Niinimetatud *ROS*-programm on seega loomult kognitiivne, sisaldades ka psühhodünaamilisi ja käitumisteraapia võtteid. Programm on kasutusel aastast 2002 ning baseerub Kanadas kasutusel olevale, olles kohandatud Rootsi oludele. See kestab 8 nädalat, kokku 108 tundi. Programmi läbiviimise eest vastutab kaks vanglatöötajat, kellest üks on psühholoog või psühhoterapeut. 2006. aastal läbis *ROS*- programmi 59, 2007. aastal 66 vangi. Programmi võib täiendada riskide hindamise ja strateegia koostamise plokiga, mille raames kurjategija peab tegema isikliku riskianalüüsi, kirjeldama oma elu senist käiku ning koostama tegevusplaani vabastamisejärgseks eluks.

Rootsi praktika näitab, et keemiline kastratsioon üksi ei ole efektiivne raviviis, vaid seda tuleb kombineerida intensiivse psühholoogilise või psühhoterapiilise raviga. Alates aastast 2006 toimib Karolinska ülikoolihaigla juures seksuaalintervishiikeskus, kuhu seksuaalsete häiretega isikud saavad pöörduda või suunatakse nad sinna arsti poolt. Keskuses töötavad kogenenud eriarstid, psühholoogid, psühhoterapeutid ja teised spetsialistid. Nende eesmärgiks on ennetada seksuaalvägivalda ja -kuritegusid seksuaalkuriteo sooritamise riskiga inimeste mitmekülge nõustamise kaudu.

Norras baseerub seksuaalkurjategijate ravi ennekõike mittefarmakoterapiilistel ravivõtetel. Hormoonravi on kasutatud väga vähe ja suhtumine sellesse on olnud vastuoluline. Alates aastast 2004 on Trondheimi vanglas siiski kasutusel kombineeritud hormoonravi ja kognitiivne teraapia, mis on osutunud senistest ravivõtetest kõige tulemuslikumaks.

Trondheimis kasutatav programm on kaheosaline, kumbki kestab ligikaudu 8 kuud ja sisaldab 100 tundi rühmateraapiat. Programmi läbiviijate hulka kuulub lisaks vanglatöötajatele ka kliinilise psühholoogia ekspert. Esimene osa põhineb kognitiivsel teraapial baseerul *SOTP* lähenemisel. Vabatahtlik hormoonravi võidakse siduda programmi teise osaga. Medikamentidest valiti kasutamiseks leuproliid.

Suurbritannia on üks pikaajalisemate traditsioonidega riike, kus seksuaalkurjategijate teraapiat on praktiseeritud, kuid ravi läbinute arv on väike ning selle tõhusus kaasaegsete kriteeriumite valguses madal. 1970-1980ndatel keskenduti peaaesjalikult medikamentoosle, 1980ndatel ka antihormoonravile. Kaasaegne ravisüsteem juurutati alles aastal 2007 – see baseerub psühholoogilistele ehk teraapiatel põhinevale lähenemisele, kuid teatavatel juhtudel on kasutuses ka ravimid (nende kasutamiseks peab kurjategija nõustuma).

Inglismaal ja Walesis korraldab seksuaalkurjategijate ravi riiklik nõuandeteenistus (National Advisory Service), mille koosseisus on spetsiaalne psühhiaatrite võrgustik. Sinna kuuluv psühhiaater soovib seksuaalkurjategija teraapiaks kõige sobivama variandi.

Medikamentoosse ravi puhul kasutatakse Suurbritannias kahte viisi: SSRI-d ja testosteroonitaset alandavaid ravimeid. SSRI-de kasutatakse kui seksuaalkuritegu on sooritatud impulsiivsel ajendil, kinnismõtete tulemusena või on seotud kurjategija meeleseisundiga. SSRI-de kõrvalmõjud on reeglina vähesed. Testosteroonitaset alandavad ravimid ehk antiandrogenid vähendavad SSRI-d ravimist olulisemal määral seksuaalkihku. Kõrvalmõjusid on palju ja need võivad olla olulised.

Aastal 2004 osales ca 30% vanglates või kriminaalhoolduse all olevatest seksuaalkurjategijatest mingis raviprogrammis. Peamiseks probleemiks on nende üldine madal efektiivsus kõrge riskiastmega kurjategijate ravis.

Uurimistöö on esile toonud ravi tulemuslikkust mõjutavaid dünaamilisi faktoreid kurjategija mõttemaailmas, nagu omavastutuse minimeerimine, tehtu salgamine, intiimsusekogemuse puudumine, alkoholi ja muude mõnuainete kuritarvitamine, kognitiivsed defitsiidid ja seksuaalfantaasiate kasutamine toimetulekumehhanismina. Valdav osa tänapäevastest sekkumisprogrammidest rakendab kognitiiv-käitumisteraapia põhimõtteid, kuid sisaldab elemente teistest psühhoteraapia suundadest. Kognitiiv-käitumisteraapia efektiivsust on enam uuritud, kuna seda on lihtne programmideks struktureerida ja enam-vähem ühetaoliselt „manustada“. Näiteks Murru vangla praegune Hollandist sisse ostetud kognitiiv-käitumuslik sekkumisprogramm (vt ravijuhendi lisa „Seksuaalkurjategijate tagasilanguse ennetamise programm“ 8.3.) on liigendatud seksuaalse mineviku, kuriteoahela ja ohvriempaatia elementideks, mida rakendatakse aasta vältel iga kuriteoepisoodi kohta eraldi.

Käitumuslikud interventsioonid põhinevad traditsioonilisel klassikalise ja operantse õppimise teoorial. Nende otsene eesmärk on käitumise muutmine stiimuli esinemise kontekstis. Peenise pletüsmograafia on kasutusel hälbeline seksuaalhuvi objektiivseks mõõtmiseks suguti kõvastumise kaudu. Aversiooniteraapia puhul seostatakse seksuaalhälbeline sisuga materjali uurimine eemaletõukava stimulatsiooniga. Varjatud sensitiseerimine tähendab hälbeline seksuaalkogemuse kujutlusse manamist kuni erutumiseni ja kogemuse seostamist negatiivsete stiimulitega. Lõhnataju tingimist ebameeldiva lõhnaga kasutatakse kõrgendatud riskiga seksuaalsete situatsioonide äratundmiseks. Masturbatsiooniga küllastamist või orgasmilisuse ümbertingimist kasutatakse normaalsete seksuaalfantaasiate kinnistamiseks hälbelistel arvel. Käitumuslike interventsioonide osakaal on sekkumisprogrammides aja jooksul aina taandunud kognitiiv-käitumuslike lähenemiste arvel, kuna inimese seksuaalkäitumist juhivad

nagu igasugust muudki käitumist eelkõige inimese arusaamad üht või teist viisi tegutsemise lubatavusest, mitte füsioloogilised reaktsioonid. Sellest vaatenurgast võib tinglikult aversiooneraapiateks nimetada kõiki sekkumisi, mis toetavad kuritegevusevaba elu ja väljakujunenud skriptidest sõltumatut eneseregulatsiooni.

Kognitiiv-käitumisteraapia keskendub tunnetusprotsesside – mõtete, uskumuste, emotsioonide, erutuvusmuustrite - modifitseerimisele ning eeldab, et paralleelselt muutub inimese nähtav käitumine. Näiteks paranevad tema sotsiaalsed oskused ja toimetulekuviisid täienevad kuriteoahelas tagasilangusele ahvatlevate siseseisundite või väliste mõjutustega. Üks süstemaatilisemaid uusi kognitiiv-käitumuslikke lähenemisi keskendub seksuaalkuritegu õigustava mõtlemisstrateegia ehk skripti ümberorganiseerimisele selle elementide teadvustamise ja sammhaaval fantaasiamaailmast väljapuhastamise kaudu. Tuvastatakse tegutsemise vallandajad, õpitakse neid kas vältima või seksuaalse eneseregulatsiooni seisukohalt tõhusamalt käsitlema. Tulemuseks on senisest parem iseenda toimimispõhimõtete tundmine ja elu oskuslikum juhtimine.⁹²

Psühhodünaamiline sekkumine keskendub psühhoanalüütilisele teooriale infantiilsetest elementidest seksuaalse suhestumise viisides. Ta võib olla eksploratiivne ja eneseavastamisele orienteeritud, keskenduda toetamisele või paindlikule juhendamisele. Spetsiifiline tähelepanu keskendub ülekande ja vastuülekande mehhanismide dünaamilisele jälgimisele teraapiasuhtes ning toetab ravi käigus terapeudile omistatud suhtumiste, tunnete ja käitumise järk-järgulist omakstunnistamist ravialuse poolt. Ka kiindumussuhte defitsiitide korrigeerimine on oma sisult ja lähenemisviisilt psühhodünaamiline teraapia. Ise seksuaalse vägivalda osaliseks saanud seksuaalkurjategijate puhul on vaja tegeleda ühtaegu ohvriks ja kurjategijaks olemise keerulise intrapsüühilise dünaamikaga. Ärakasutaja ohvriks langemise kogemus on sageli põhjuseks, miks seksuaalkurjategijal puudub igasugune empaatia omaenda lapsealiste ohvrite suhtes ja ta ratsionaliseerib oma ohvri kallal toime pandud seksuaalvägivaldseid tegusid.

Üldjuhul tegutsetakse tagasilanguse vältimise mudeli järgi, kombineerides individuaal- ja grupiteraapiat. Olemasolevate sekkumisprogrammide sisuks on häbeliste erutuvusmuustrite korrigeerimine, ühiskonnale vastuvõetava seksuaalfunktsiooni toetamine, suhtlemiskompetentsuse arendamine ja mõtlemismoonutuste vähendamine. Ühtlasi treenitakse kurjategijaid kõrgendatud riskiga olukordades oma tegutsemissunnile vastu seisma ja korduvkuriteo riski korral kontakteeruma tugiteenuste osutajate ja kuritegelikule teele sattumist mittesoosivate tugiisikutega. Soovitav on arvestada seksuaalkurjategijatele üldiselt omaseid antisotsiaalseid kalduvusi ja nendest tulenevat soodumust rahuldada oma vajadusi kriminaalsel teel. Mittekriminaalseid teid üldinimlike vajaduste rahuldamiseks peavad nad alles õppima.

Tagasilanguse ennetamise programm seksuaalkurjategijatele kui ettevalmistav osa raviks.

Vähesed programmid võtavad sihikule kõik teadaolevad kriminogeensed retsidivismi toetavad faktorid ja suur osa tegeleb mõtlemiskõrvalekalletega (näiteks salgamine), millel puudub seos korduvkuriteo sooritamisega. Vaid tagasilanguse vältimise strateegiate treenimisest pole suurt kasu ja kurjategija elu olemuslikku muutust loota. Suurendatud tähelepanu nõuab vastuvõtuvõime (*responsivity*) faktor, millele keskendub Inglismaa seksuaalkurjategijate rehabilitatsioonisüsteemis Hea Elu Mudel,⁹³ mis seab peamiseks eesmärgiks ravialuste

⁹² Marshall, Fernandez, Marshall, Serran, 2006

⁹³ Ward, Stewart, 2003; Barnett, Wood, 2008

varustamise niisuguste oskustega, mis aitaksid neid isiklikult rahuldustpakkuvama ja ühiskonna silmis väärtustatud elu juurde. Hea Elu Mudelis keskendutakse kurjategijate mittekriminogeensete vajaduste, elu juhtivate väärtuste, nende saavutamise võimaluste ja sotsiaalse toetuse parema rakendamise oskuse andmisele nii, et kurjategijad oleksid ravi lõppedes suutelised oma üldinimlikke läheduse ja muid vajadusi rahuldama prosotsiaalsel ning legaalsel viisil. Seksuaalkurjategijate motivatsiooni programmis osalemiseks suurendab samuti see, kui keskendutakse nende puudulikele oskustele saavutada endale olulisi eesmärke sotsiaalselt aktsepteeritaval ja isiklikult rahuldustpakuval moel. Mida suuremal määral iga üksiku kurjategija personaalne identiteet on sekkumisplaani kaasatud, seda suuremat koostööd ja edu on sekkumistest loota.

Andrews ja Bonta (2006) on näidanud, et terapeudi stiil ja erialane ettevalmistus on kriitiline faktor programmide tulemuslikkuses. Terapeutide valik ja ettevalmistus määravad tulemuslikkusest olulisema osa kui see, kas tegu on empiiriliselt tõestamist leidnud kognitiivkäitumusliku programmi või mõne muu lähenemise kasutamisega. Kriitiliste oskuste hulka kuuluvad empaatia, soojus, respektseerimine, huvi ja oskus suhtlemises süüdistamisest hoiduda. Konfronteeruv stiil vähendab kõiki ravi positiivseid efekte.⁹⁴ Kui programmi sisu on kooskõlas terapeudi isikliku tööstiili ja erialase ettevalmistusega, on tulemuslikkus kõige parem.

Seksumisprogrammid on sisu ja lähenemisviisi poolest nii erinevad, et neist ei tasu lootagi ühtmoodi tagajärgi. Uurida tasub heade tulemustega programmide sisu, mitte väidelda psühholoogiliste sekkumiste üldise tõhususe võimalikkuse või võimatuse üle. Kui näiteks multisüsteemne teraapia (MST) noorukitest seksuaalkurjategijatele⁹⁵ on tõestamist leidnud kõrgema standardi randomiseeritud kontrolliga uuringuskeemis (RCT), siis tuleks selle elemente rakendada kõikjal, kus tegeletakse noorukitest seksuaalkurjategijatele programmide kavandamisega. Täiskasvanutele mõeldud efektiivseid kavasid on teada mitmeid,⁹⁶ kuid mitte mingil juhul ei saa jätta arvestamata programmi kohandamise vajadust iga üksiku kliendi puhul. Seda saab ja suudab teha kogenud klinitsist.

Randomiseeritud kontrollgrupiga uuring on eksperimentaalse hüpoteesi tõestamise eesmärgiga uuringudisain, kus kõrvuti ravialuste grupiga jälgitakse samasuguse riskiastmega, aga ravile mitte määratud kurjategijate korduvkuritegevuse taset. Ravi taotlemise motivatsioon peab võrreldavatel gruppidel olema sarnase tugevusega, samuti püütakse võrdsustada demograafilisi ja sooritatud kuritegudega seotud näitajaid. Individuaalsetele faktoritele pööratakse ravi tulemuslikkuse määramisel taolistes uuringutes minimaalselt tähelepanu ja nii kaob silmist tegelikult vastamist nõudev ja tulemuslikkust otsustavalt mõjustav küsimus – miks osa seksuaalkurjategijad on võimelised ühe või teise sekkumise tulemusena oma käitumist muutma ja teised mitte. Randomiseeritud kontrollgrupiga uuringuskeem nõuab nii jäika ravikäsiraamatu järgimist, et sisemise valiidsuse nimel tehakse liiga palju järeleandmisi välise valiidsuse osas ning programmi efektiivsus ei üldistu kliinilisele praktikale. Protsessi karakteristikuid (terapeudi stiili ja terapeutilise suhte loomist) ei võeta protseduurireeglite jälgimise taustal üldse arvesse, kuigi see määrab raviefektiivsusest kaugelt suurema osa.⁹⁷ Ükskõik missuguse teraapia efektiivsuses ei saa igal üksikul juhul ette kindel olla, aga senised uuringud näitavad, et need kurjategijad, kes programmides osalevad ja koostööle asuvad, sooritavad korduvkuriteo harvemini kui sekkumisest keeldunud. Seega

⁹⁴ Marshall, Marshall, 2010

⁹⁵ Letourneau et al. 2009; Borduin 2010

⁹⁶ üksikasjalikum analüüs ilmuvas raamatus Marshall, Marshall, Serran, O'Brien, 2011

⁹⁷ Serran, Fernandez, Marshall, Mann, 2003; Marshall, Burton, 2010; Norcross, 2002

randomiseeritud kontrollgrupiga uuringuskeem ei ole kliinilise praktika suunamisel või piiramisel kohane argument seni, kuni see reglementeerib kliinilise efektiivsuse seisukohalt olulisi printsiipe vaid uuringuskeemi enda, mitte sekkumise praktilise tulemuslikkuse huvides.⁹⁸

Raviefektiivsuse hindamisel on kõige mõistlikum aluseks võtta riskiastme vähenemine iga üksiku teraapias osalenu puhul tema esmaselt määratletud riskiastme taustal (Static99). Suuremaks probleemiks võib olla esmase RH usaldusväärsus, kui selle on koostanud isik, kelle teadmised seksuaalkurjategijatest on piiratud (seotud tavaliselt riskide alahindamisega ja sellega seotud osale mittekeskendumise). Samuti esineb juhtumeid, kus TEPSi läbiviijad/arstid ei anna tagasisidet riskihindajatele – seega toimub RH puudulikult ning puudub vajalik sidestatus. Ravi negatiivset mõju ei tasu karta, sest senised tulemused ei sisalda vähemalt teateid retsidiivsuriski suurenemisest sekkumiste tulemusena. Tuleb arvestada ka, et seksuaalkuritegude retsidiivsus on üldiselt küllalt madal – 13% seksuaalkurjategijatest mõistetakse 4-5 vaatlusaasta kestel uuesti süüdi. Üheks sekkumiste näivalt madala efektiivsuse põhjuseks on seksuaalkuritegude varjatud loomus, ohvritepoolne otsus nende vastu toime pandud kuritegu enda säästmise ajendil maha vaikida või uurimisorganite suutmatuse kuritegu tõestada. Intsesti kurjategijate retsidiivsus on kõige madalam (4-10%), poisslapsi pilastanud seksuaalkurjategijate oma aga kõige kõrgem (13-40%). Tõenäoliselt on otstarbekas rakendada nii individuaalteraapiat nendele, keda pole veel rühma kaasatud ja nendele, kes vajavad motiveerimist ja ka sissejuhatavat grupiteraapiat. Rühmade komplekteerimine võiks arvestada skriiningutestide kaudu saadud infot ja ka kuriteo liiki. Pärast kinnipidamisasutusest vabanemist, aga võibolla ka juba kinnipidamisasutuses viibimise ajal, on väga oluline teraapiasse kaasa haarata kinnipeetava või -asutusest vabanenu partner ja perekond, et toetada suhtes toimuvaid protsesse ja ühtlasi tagada vabanenud endisele kinnipeetavale maksimaalselt tervet seksuaalkäitumist ja kuritegevusevaba elu toetavad ressursid. Perekonna ja kogukonna kaasahaaramine on eriti oluline just noorukieas seksuaalkurjategijate puhul.

Mõistlik on erilist tähelepanu pöörata sekkumisprogrammide väljalangejatele, kuna nende seas on korduva sarnase kuriteo toimepanemine kõige tõenäolisem. Väljalangemise põhjuseid tasub seega eriti silmas pidada ja dokumenteerida. Programmi katkestamise põhjuseid kajastatakse kinnipeetava päevikus.

Erinevalt retsidiivismi mõõtmise problemaatilisusest on ravile allumatus ja teraapiaprogrammi katkestamine komplikatsioonideta jälgitav iga kinnipidamisasutuse sisekeskkonnas. Ravi tulemuslikkusele annab Ameerikas kasutatava ISOP (Inpatient Sex Offender Program) programmi puhul iga üksiku osalenu puhul hinnangu kliiniline komisjon, kelle ülesandeks on hinnata materjali omastamist, prosotsiaalse käitumise esinemist, ravi käigus omandatu rakendamist ning endale loodud tagasilanguse vältimise plaani olemasolu ja rakendatavust. Ravikontseptsiooni internalisatsioon on vajalik, vaid ravi läbimise tunnistus ei ole piisav garantii, et samalaadne kuritegu jääb kordumata. Registreerida tuleb nii ravi käigus väljalangenud, kelle poolelijätmise põhjus võib olla seletatav programmi omadustega, ja need, kes on ravirühmast oma häiriva käitumise tõttu ja vastu enda tahtmist välja heidetud. Pole välistatud, et oma mõju teraapia efektiivsusele on ka ühte ravigruppi koondatud seksuaalkurjategijate koosseisul ning teraapia käigus ja sekkumiste taustal läbielatud ja toimunud. Seepärast on mõistlik iga teraapiakohtumise järel terapeudipoolne nägemus

⁹⁸ Marshall, Marshall, 2010

toimunust kas kirjalikult või audiovisuaalselt dokumenteerida täiendavate uuringute ja spetsiifilise kliendi puhul sekkumist vajavate probleemide tuvastamise huvides.

Skriininguprotsess teraapiaprogrammiga liitujate valikul lähtub programmi sihtotstarbest ja asutuse sisepoliitikast. Tavaliselt eeldatakse, et tulevane grupiliige on seksuaalkuriteos süüdimõistetud, programmist osavõtuks nõusoleku andnud, tunnistab oma toimepandud tegu ning nõustub vähemalt mingil määral selle eest vastutust võtma. Mõned sekkumisprogrammi valijad välistavad ka hiljutised väljalangejad, pikema käitumisprobleemide registriga kinnipeetavad ja need, kelle karistusaeg lõpeb enne, kui lõpeks programm. Programmi võiks eelistatult läbida vanglas (seda enam, et reeglina neid ennetähtaegselt ei vabastata).

Vägistajaid võetakse seksuaalkurjategijate raviprogrammidesse harvem kui lapsepilastajaid, kuna nende puhul on programmi pääsemise nõuetele vastamine vähem tõenäoline. Mõningatel juhtudel nõutakse diagnoositud parafiilia olemasolu ja vägistajatel see DSM-IV-kriteeriumite kohaselt enamasti puudub. Vägistajad ei avalda ka ise soovi ravile tulla, neil on enam distsiplinaarkaristusi ja nad ei võta oma kuriteo eest sageli mingit vastutust. Vägistamise eest karistatuid on kinnipeetavate seksuaalkurjategijate seas kõige rohkem, kuid programmidest jäävad nad enamasti kahjuks välja.

Uuringud näitavad, et ravi lõpetavad edukalt vanemad ja intelligentsemad. Ilma antisotsiaalse isiksusehäire diagnoosita seksuaalkurjategijad püsivad hästi kriminaalhoolduse ajal läbiviidavates programmides. Abielus mehed püsivad ravil paremini kui need, kes pole kunagi abiellunud või need, kes on lahutatud.

Teraapiast poole pealt väljalangenud on sageli antisotsiaalse isiksusehäirega, tunnevad, et neid on ravile sunnitud, ei diskrimineerinud oma ohvrit sooliselt või on toime pannud väga erinevat laadi seksuaalkuritegusid (*hands-on* või *hands-off*, intsest ja ohvrid väljaspool pereringi). Kõige paremini tulid raviprogrammiga kaasa abielus kinnipeetavad, keda polnud lapsena kehaliselt väärkoheldud ja kes olid kuriteo toimepanemise ajal töötud.

Programmi suurema efektiivsuse näitamise eesmärgil võidakse välja jätta just need kinnipeetavad, kelle ühiskonnaohtlikkus on kõige suurem ja keda ei olegi võimalik teistmoodi mõjustada kui nende kinnipidamisasutuses viibimise ajal. Eestile pole tarvis mitte ühtegi sellist sekkumisprogrammi, mis viiakse läbi vaid kõrge efektiivsuse tõestamise eesmärgil. 4 a jooksul on Murru Vanglas TEPSi läbinud 92 kinnipeetavat, Soome 11 a vastav arv oli 170.

Heteroseksuaalsed sotsiaalsed oskused on seksuaalkurjategijatel sageli puudulikud. Sestap on mõistlik, et teraapiagruppi juhib meeskond kahest eri soost spetsialistist, kes toetavad teineteist ja toimivad teraapias osalejatele omavahelise suhte dünaamika ja teineteisega arvestamise poolest nagu armastavad lapsevanemad. See põhimõte on pärit psühhoanalüütilise psühhoteraapia arsenalist ja toimib asendamatuult noorukitest seksuaalkurjategijate puhul.⁹⁹ Erinevast soost terapeutide tiim peab oskama erilist tähelepanu pöörata vägivallavaba suhtlemise dünaamikale, sest noorukitest seksuaalkurjategijad on sageli pärit keskkonnast, kus elu ilma vägivallata ette ei kujutata. Sama oluline on märgata internaliseeritud hülgamise mustreid ja olla perekondlikuks kasvukeskkonnaks tunnete, impulsside, teadmatuse ja kogenematusesega toimetulekul.

Põhjamaades kasutatakse kõrvuti struktureeritud ja manuaalipõhiste kognitiiv-käitumuslike sekkumisprogrammidega ka kujundlikumaid, kehatööpõhiseid ja kunstilisi lähenemisi.

⁹⁹ Woods, 2003

Soovituslikud on protsessikesksed teraapiad, mis jälgivad tegevuse ja suhtlemise kulgu, keskendumata liigselt selle sisule või programmi läbimisele. Suur osa seksuaalkurjategijatega tehtavast tööst on suhestumisekeskne – seega mitte mingil juhul ei tohi sel alal töötada spetsialist, kelle teadmised ja oskused piirduvad vaid manuaali tehniliste ettekirjutuste järgmisega. Tuleb teada ja arvestada, et kogu tänapäevase psühhoterapia juureks on psühhoanalüütiline lähenemine, mis pöörab põhitähelepanu inimese suhestumisvõimele ümbritsevate objektidega. Nartsissism, sadomasohhism ja muud infantiilsed valu tekitamise ja hävitamise ning kahjustamistungiga seotud suhestumise vormid on kurjategijate hulgas väga kõrgelt esindatud ning vajavad oskuslikku kohtlemist.¹⁰⁰ Seksuaalkurjategijate raviga tegelev spetsialist peab olema hästi kursis kõikvõimalike erinevate lähenemistega seksuaalkurjategijate kohtlemisele ja ravile. Psühhoterapia-alased teadmised peavad andma võimaluse kasutada konkreetse kliendi mõistmiseks erinevate teraapiasuundade mõttekäike ja integreerida need üksikjuhtumi selliseks kontseptualisatsiooniks, millele saab ehitada sekkumist ja ravi. On oluline, et sekkumisprogrammi vedav spetsialist julgeks oma teadmisi rakendada ka manuaalide ettekirjutuste taustal ning keskenduks iga üksiku kliendi psühhodünaamika mõistmisele. Olulisem kui ettekirjutuste täpset järgimine, on ravipäevikus kirjeldada, mida tegelikult tehti ja milline oli tegevuse käigus esile tulnud suhte struktuur (ülekanne/vastuülekanne) iga üksiku kinnipeetuga. Selle saavutamise efektiivsus võib osutuda problemaatiliseks, kui psühhoterapeudi teenust ostetakse sisse. Selle vältimiseks võib kaaluda Kanada mudeli juurutamist, kus psühholoog töötab kohanemiseks terve esimese aasta vanglatöös pädeva juhendaja käe all.

Kui iga üksiku kinnipeetud seksuaalkurjategijaga on tema kinnipidamise perioodil tehtud kõik, mida peetakse vajalikuks, toetamaks tema kinnipidamisjärgse elu tõusmist uuele psühholoogilise küpsuse tasemele, peab vabanemise eel toimuma kollegiaalne arutelu selle inimese võimaliku jätkuva ühiskonnaohtlikkuse üle. Viimaste aastate praktika, kus riskihindamine vanglas on usaldatud ühele isikule, ei ole ennast tõestanud. Mõttekas oleks juurutada riskihindamist, mille viib läbi ravimeeskond. Otstarbekaks on osutunud Eestis kehtestatud seksuaalkurjategijate karistussüsteem, kus nendele, kelle ühiskonnaohtlikkus kinnipidamise perioodil ei vähene, pikendatakse karistust ja lükatakse vabanemine edasi. Tulenevalt õiguse põhiprintsiipidest ei ole võimalik jõustada seda printsiipi tagasiulatava jõuga. Ühiskonnale langeva majandusliku koorma vähenemiseks on mõistlik, et vanglasüsteemis leitakse sellistele pikaajalist karistust kandvatele indiviididele rakendus, mis võimaldaks neil oma kinnipidamise kulusid tasa teenida ja vastutusvõimet arendada.

Soovitame sellistele pikendatud karistust kandvatele seksuaalkurjategijatest kinnipeetavatele, kelle osalemine programmides on ebaõnnestunud, tutvustada Anonüümsete Alkohoolikute liikumisel põhinevat seksi- ja armastusesõltuvuse kontseptsiooni, mis ehitab üles selles seltskonnas puudulikku suhet olulise teise, kõrgema jõu ehk Jumalaga, ja suunab oma probleemide eest isiklikku vastutust võtma. Võimalik, et raskemini koheldavate seksuaalkurjategijate hulgas on inimesi, kelle võime teist inimest usaldada on nii palju kannatada saanud, et üleminekuetapiks absoluutsest enesesse sulgumisest inimestega suhtlemisele saab olla ainult millegi ideaalselt vanemliku ehk Jumala kujundi loomine. SLAA koosolekud võiksid toimuda regulaarselt vanglapersonali toetusel ja juhendamisel ning kanduda koos vabanevate kinnipeetavatega ühiskonda. Selle töö juhendamine ei eelda mahukat professionaalset ettevalmistust ja toimub reeglina grupiliikmete endi ressurside varal. Sedalaadi töö materjalid koos mõnede seksuaalkuritegude eest karistatud indiviidide isiklike tunnistustega on Eestis olemas.

¹⁰⁰ Claus ja Lidberg, 2003

Mis puutub ravikeskkonda, siis seksuaalkurjategijatega on otstarbekas planeerida mitmetasandilisi ja küllastavaid suhteid personaliga, selle asemel, et toetada nende koalitsiooni moodustamist omasuguste ühiskonnastastega. Sekkumiste efektiivsuse toetamiseks on väga oluline kinnipidamisasutuse ja selle töötajate ning kinnipeetavate omavahelise suhtlemise sisekliima. Rootsi õigusruumis on erilist tähelepanu pööranud muutumist soosiva sisekliima loomisele kinnipeetavate omavaheliste kokkupuudete planeerimise, töötajate turvalise kohaloleku ja suhetele orienteerituse kaudu.¹⁰¹ See on suureks probleemiks ka Eestis, kuid paraku ei ole sellega meil põhjalikult tegeletud. Mida vähem märgatav on vanglaametnike ja sekkuvate spetsialistide igapäevane kohalolu ja kättesaadavus, seda destrukttiivsemaks kujunevad kinnipeetavate kogukonna hoiakud ja omavoli. Seksuaalkurjategijad kardavad üksteist ja on eriti haavatavad karistamatult domineerivate kinnipeetavate halvaksapanu suhtes, eriti juhul, kui nad soovivad sekkumisprogrammide kaudu ja suureneva eneseusalduse najal oma tulevase elu väljavaateid parandada. Eestis ei ole praegu süsteemi, mis võimaldaks üksteisest lahutada erineva ühiskonnaohtlikkusega seksuaalkurjategijad. Erineva rangusega järelevalve ja eraldamine on siiski möödapääsmatu nende puhul, kes on motiveeritud ja osalevad sekkumisprogrammides ja nende puhul, kes opositsiooni asudes keelduvad igasugusest koostööst ja võivad teisi terroriseerima asuda. Rootsis on selliste jaoks eraldi seksuaalkurjategijatele mõeldud kinnipidamisüksused, kus tegeletakse vaid ravile motiveerimise, aga mitte ravi endaga.¹⁰² Eriti teeb muret tänapäevastes manuaalipõhistes seksuaalkurjategijatele mõeldud sekkumisprogrammides väljendatud sage soovitus jätta antisotsiaalse isiksusehäärega kinnipeetavad ravist kõrvale. Selline ravialuste preseleksioon saab olla kasuks vaid programmi efektiivsuse tõestajale, aga mitte probleemi terviklikuks lahenduseks. Nii nagu vanglateskeskkonnas üldiselt, nii on ka seksuaalkurjategijate seas rohkesti antisotsiaalse isiksusehäärega isikuid, keda ei saa programmide näiliku efektiivsuse saavutamise nimel psühhoterapeutilisest menetlusest niisama lihtsalt kõrvale jätta. Antisotsiaalsete isiksusehäirete ravi on Eesti vanglates ebapiisavalt võimaldatud. Peamiseks põhjuseks on ikkagi ressursipuudus. Antisotsiaalse isiksusehäire juoned on omistatavad ennekõike nendele isikutele, kelle prognoos ravi edukalt läbida on väga halb, kuid kes sõnades siiski väljendavad huvi protsessis osaleda. Nendele on kõige kohasemad motiveerivad kinnipidamisüksused, millest võib koostööle asudes ennast leebema režiimiga üksustesse „üles töötada“ kuni vabanemiseni välja, kui see peaks konkreetse kinnipeetava puhul võimalik olema.

Kuna seksuaalkuritegevuse tuumaks on varases arengus tõsiselt viga saanud kiindumussuhted, tuleb tagada selline spetsialistide omavaheline suhtlemise ning turvalisuse tase, mis võimaldaks usaldamise ja enesemääratlemise võime küpsemist ja arengut kinnipeetavates, kes seni on oma ohvrites rünnanud või ära kasutanud kujuteldavat hoolimatut, hülgavat ja seega inimlikkuse mõttes väärtusetut objekti. Eestis on senini põhirõhk olnud karistuse efektiivsel täideviimisel ja karistamisel, kuid selline lähenemine on vastuolus protsessi taasühiskonnastava poolega, mis nullib soovitava tasakaalustatud keskkonna loomise katseid. Sisemise kaose projitseerimine ja enda kujuteldav kaitsmine kujuteldavate rünnakute tagajärgede eest leiab väljenduse ambivalentset väärtustamises käitumises ümbritsevate inimeste suhtes. Need inimesed on kui endassesulgunud ja meelega lapsed, kes üritavad ülekohtuselt maailmalt kõigi neile vähegi kättesaadavate meetoditega omandada ressursse, mida nad ellujäämiseks vajavad. Lapselikkusest aga ei tea nad tihtipeale midagi, sest on ebaküpselt sunnitud olnud toime tulema täiskasvanute keskkonnas. Ühtlasi on nad väga julmad üksteise ja oma ohvrite naiivse lapselikkuse suhtes, kui keskkond seda ei kaitse.

¹⁰¹ Hasselrot, Fielding, 2010

¹⁰² Hasselrot, Fielding, 2010

Agressiooni seksualiseerimine, näiteks solvavad seksuaalsed märkused või sihilik seksuaalne alandamine, pannakse toime ohtliku objekti kontrollimiseks, kuna seksuaalne vastureaktsioon lapselt on hirmutanud eemale lapse suhtes destruktiiivset nartsissismi väljendanud vanemat. Seksuaalkurjategijatega tegelevad spetsialistid, ka vangla reametnikud, vajavad selles osas spetsiifilist koolitust, et kaitseda mitte rünnaku, vaid mõistmisega vastata. Ühtlasi on oluline supervisiooni kättesaadavus ja kollegiaalne koostöövõrgustik. Tuleb arvestada, et kognitiivkäitumisteraapias puuduvad täiesti konstruktsioonid, mis võimaldaks suhestumise kaudu käsitleda varase arenguperioodi traumasid. Varaste arenguperioodi traumade lahendamiseks on mõistlik kasutada traumateraapia meetodeid. Vanglaspetsialistidelt võiks tulla selliseid abistavaid ja isiksust ülesehitavaid peegeldusi, mis toetavad iseseisva emotsiooniregulatsiooni ja hiljem juba eneseregulatsiooni arengut. Tunnete väljendamist on tarvis julgustada ja sealt edasi emotsiooniväljendusi juhendada nii, et need teeniksid areneva isiksuse vajadusi, võimaldades tal ümbritsevate inimeste vägivallavaba soojust, lähedust ja aktsepteerimist kogeda, enne kui on võimeline seda ise täiskasvanulikul tasemel pakkuma.

Raviteenuse pakkujad võiksid Eestis olla vanglad, vaimse tervise teenuseid osutavad asutused ja kogukonnakeskused. Programmide valiku aluseks peaks olema selge kirjeldus sekkumise teoreetilistest alustest, vajalikust teraapiatundide arvust, ravimeetoditest ja tulemuslikkuse hindamise kriteeriumitest. Kriteeriumiteks võivad olla retsiidiivsus, käitumise muutused (ravile allumine, ennastkahjustava käitumise vähenemine, enda eest hoolitsemine, problemaatilise seksuaalkäitumise vähenemine, agressiivsuse vähenemine jmt), vaimse tervise seisundi paranemine, ravi- ja järelevalveteenuste järjekindel kasutamine, komplikatsioonide puudumine, raviga rahulejäämine, raviga nõustumine, ravi katkestamine, elukvaliteedi paranemine või ka korduva seksuaalkuritegevuse ennetamiseks vajalike kulutuste vähenemine. Kuna kirjanduses puuduvad fenomenoloogilised kirjeldused ravil oleva seksuaalkurjategija kogemustest sekkumiste käigus, võib ka nende läbielamise ja seisundimuutuste päevikuid kasutada raviefekti kvalitatiivseks uurimiseks. Piiratud ressursside tingimustes on oluline arvestada sekkumise tulu ja kulu prognoose ning piirata eelkõige tõestamata efektiivsusega ja seksuaalkurjategijate kontingendi põhjendamatusesse sekkumistesse investeerimist.

Kinnipidamisasutuses toimiva sekkumisprogrammi tulemuslikkuse jooksva hindamise taustal on otstarbekas korraldada avalikke pakkumisi seksuaalkurjategijate rehabilitatsiooniteenuse mudelite täiendamiseks. Arutelu nende üle võiks toimuda perioodiliste konverentside käigus, mida sisu poolest ka avalikkuse harimise eesmärgil presenteerida saaks. Kuna seksuaalkurjategijate ravi eest maksab maksumaksja, on mõistlik avalikkust riikliku sekkumissüsteemi arenguga kursis hoida.

5.2. Seksuaalkurjategijate medikamentoosne ravi

Seksuaalkurjategijate medikamentoosne ravi on eelkõige suunatud häbeliste mõtete, fantaasiate ja vastava käitumise mahasurumisele. Varasematel perioodidel on sageli rakendatud seksuaalkurjategijate kirurgilist kastratsiooni. Näiteks Hollandis kaстреeriti ajavahemikus 1930-1969. a 400 seksuaalroimarit. Valdav enamus EU-riikidest on loobunud kirurgilise kastratsiooni rakendamisest seoses sellega seonduvate kirurgiliste ja eetiliste probleemidega ning seetõttu, et medikamentoosne kastratsioon annab sama efekti. Siiski praktiseeritakse näiteks Tšehhis kirurgilist kastratsiooni jätkuvalt (alates aastast 1969 on seal teostatud ca 400 sellist operatsiooni ja iga-aastaselt viiakse läbi 1-3 sellist operatsiooni informeeritud patsiendi nõusolekul).

Keemilist kastratsiooni on kasutatud alates 1941. a-st ja juba sihipärasemalt 60-ndate keskpaigast. Ravi eesmärgiks on madaldada meessuguhormoonide nivood, mis omakorda taandab sugutungit, agressiivsust ning seksuaalhäbelisi impulsse, vähendades seeläbi retsidiivsust. Kuna keemiline kastratsioon on seotud mitmete terviseriskidega ning välistab paljude ravialuste jaoks seksuaalse funktsioneerimise ka konsensuslikes paarisuhetes täisealistega, siis on sellega seoses kerkinud üles samad küsimused, mida on kasutatud kirurgiliste protseduuride vastuargumentidena Keemilist kastratsiooni peetakse efektiivseks pedofiilia, ekshibitsionismi, hüperseksuaalsuse, seksuaalse agressiivsuse, ekstsessiivse masturbatsiooni, fetišismi ja masohhismi ravis. Seda ei rakendata reeglina teismeliste patsientide (vanuses alla 17 a) pikaajalises ravis, kuna see võib pöördumatult mõjutada nii suguelundkonna kui ka luustiku arengut.

Medikamentoosne kastratsioon saab toimuda vaid ravialuse nõusolekul. Sõltuvana konkreetsest juhust rakendatakse seda püsiva ravina või siis mingi perioodi vältel. Viimasel juhul teostatakse ravi vaid paralleelselt intensiivse psühhoteraapiaga (nt kinnipidamisasutuses seksuaalkurjategija saabudes ja mõned kuud enne vangistusest vabastamist). Mitmed edukalt medikamentoosse ravi ja psühhoteraapilise protsessi läbinud patsiendid omandavad oskuse tunnetada seksuaalhäbeliste tungide taasilmnemist; pöörduda siis arsti poole ja kasutada ravimeid vaid vajadusel lühema perioodi vältel. Siiski ei ole harv, et seoses seksuaalhäire intensiivsuse ja iseloomuga on vältimatult vajalik ka püsiv ravi. Kuigi puudub konsensus ravi optimaalse kestuse osas, peab enamik autoreist vajalikuks ravikuuri pikkusega vähemalt 3-5 aastat.¹⁰³ Optimaalsel juhul saavutatakse staatus, mil medikamentoosne ravi koos psühhoteraapiaga taandab seksuaalhäbelised impulsid, kuid lubab siiski seksuaalses plaanis säilitada paarisuhet (seda eriti nooremate kui 35 a isikute korral).

Keemilise kastratsiooni võimalused:

1) Tsüproteroonatsetaat (CPA) on progesteroonisarnane sünteetiline steroid, mis toimib kui progestageen, kuid omab ka antiandrogeenset toimet – ravim blokeerib androgeenretseptoreid, vähendab luteiniseerivat hormooni vabastava hormooni (LHRH) taset, redutseerides seeläbi testosterooni hulka. Ravimi toimet alaneb sugutung ning vähenevad seksuaalreaktsioonid.¹⁰⁴ Spetsiifilist efekti vaid häbelistele seksuaalreaktsioonidele ei ole kirjeldatud. Esmakordselt

¹⁰³ Gijis, Gooren, 1996

¹⁰⁴ Bradford, Pawlak, 1993

rakendati ravimit seksuaalhübeliste isikute (valdavalt ekshibitsionistide) raviks Saksamaal.¹⁰⁵ Saavutati arvestatav ravitulemus 80%-l patsientidest.

Ravimdoosid: tsüproteroonatsetaadi depoovormi annustatakse 200-400mg nädalas või 2 korda kuus i/m, tablettivormis doosis 50 - 200mg päevas.

2) Medroxyprogesteronsetaat (MPA) on progesterooni derivaat, mis tõstab testosteroonreduktaasi aktiivsust, metaboliseerides testosterooni ning alandades follikuleid stimuleeriva hormooni (FSH) ja luteiniseeriva hormooni (LH) seerumitaset. Samuti tõstab see testosterooni seotud fraktsiooni hulka.¹⁰⁶ Uuringud näitavad, et preparaat taandab hübelisi seksuaalfantaasiid, kihu ja vastavat seksuaalkäitumist. Samas taastekivad need ravi katkestamise järgselt suhteliselt kiiresti. Ravimit manustatakse igapäevaselt suukaudses ravimvormis või iganädalaselt lihasesiseste süstetena. Ravi on suhteliselt ohutu osteoporoosi tekkimise seisukohast, kuid kõrvalnähtudena võib ilmuda günekomastia, depressioon, lipiidiainevahetuse häired, kaalutõus, peavalud, tromboembolia ning gastrointestinaalsed nähud. Vastunäidustatud on ravi diabeedi, väljendunud hüpertoonia, tromboemboolilise haiguse ning raske depressiooni korral.

Medroxyprogesteronsetaati manustatakse tablettivormis, ööpäevases annuses 50-100 mg või depoovormis 300-500mg/nädalas.

3) Gonadotropiini vabastava hormooni agonistid (GnRHa). Nimetatud ravimid on näidanud kõrget efektiivsust, madaldades meesuguhormoonide taset eelpuberteediaegsele tasemele (Rostler&Witztum, 1998), samas jättes mõjutamata neerupealiste tegevuse. Selle ravimite rühma rakendamisel ilmneb kõige vähem kõrvaltoimeid ja tüsistusi ning neile omistatakse ka mõnevõrra kõrgemat efektiivsust kui ravimisel CPA või MPA-ga.

Leuproliidatsetaati manustatakse suukaudses ravimvormis igapäevaselt või depooversioonis 1- kuuliste intervallidega intramuskulaarse süstena(3mg). Olemas on ka implantaadid, toimeajaga 3 kuud (11,25 mg).

Triptoreliini manustatakse 3.75 või 7.5 mg igakuiselt või 11.25 mg 4x aastas.

Gosereliini 3.6 või 10.8 mg igakuiselt.

Seoses võimalike kõrvaltoimetega on nii keemilise kastratsiooni rakendamise eelselt kui ka raviprotsessi vältel vajalik teostada rida analüüse ja uuringuid.¹⁰⁷

Raviefekti ja kõrvaltoimete jälgimine	Analüüsid/uuringud	Teostamise sagedus/märkused
Ravi efektiivsus	TT, FSH, LH, prolaktiin	Ravi alustamisel igakuiselt 4 kuud; edasiselt 2 korda aastas
Ainevahetuslikud häired	Kehakaal, veresuhkur	Kui tegemist diabeedihäigega, siis hoolikam kontroll. Kehakaalu oluliste nihete korral dietoloogiline nõustamine

¹⁰⁵ Laschet, Laschet, 1967 and 1971

¹⁰⁶ Gordon, Southern, 1977

¹⁰⁷ Reilly et al, 2000

Südame-veresoonkonna haigused	EKG, vererõhk	Vähemalt 2 korda aastas. Kardiovaskulaarsete häirete korral vajadusel sagedamini
Neerude funktsioon	Urea, kreatiniin	Vähemalt 2 korda aastas
Hepatotoksilisus	Maksa funktsionaalsed näitajad	Ravi alustamisel ja edasiselt häire kahtluse korral. Oluliste nihete ilmnemisel tuleb ravi katkestada
Aneemia/leukopeenia	Erütrotsüütide, leukotsüütide määramine	Ravi alustamisel igakuiselt 4 kuud; edasiselt 2 korda aastas. Vajadusel ravi erütropoetiiniga.
Osteoporoos	Luutiheduse uuringud	Igaaastaselt. Profülaktiliselt võib manustada kaltsiumit, D-vitamiini

Raviga võivad kaasneda „kuumad hood”, rindade valulikkus või günekomastia, mis umbes 20%-l on pöörduva loomuga. Keemilist kastratsiooni ei alustata, kui on kõrge tromboemboolia risk, makroprolaktinoom; vastunäidustuseks võib olla ka migreen, raske depressioon või osteoporoos.

Selektiivsed serotoniini tagasihaarde inhibiitorid (SSRI-d)

Need preparaadid alandavad libiidot, pärsivad seemnepurset ja orgastilisi elamusi. Samuti väheneb nende toimet impulsiivsus, depressiivsus ning obsessiiv-kompulsiivne käitumine. Mõnevõrra alaneb ka testosterooni tase seerumis. Selle kõige foonil taanduvad hälbelised seksuaalfantaasiad ja vastav käitumine; väheneb masturbatsiooniaktiivsus.

Päevased ravimdoosid:

Fluoxetin 40-60 mg

Fluvoxamin 200-300 mg

Sertralin 100-150 mg

Eeldatavasti on sarnane toime ka mitmetel teistel antidepressantidel, kuid senini ei avaldatud uuringuid, mis tõendaks nende toimet deviatiivse seksuaalkäitumise ravis. Mõningad antidepressandid (nt bupropioon) ei sobi rakendamiseks deviatiivse seksuaalkäitumise korral.

Äärmiselt oluliseks on komorbiidsete psüühikahäirete ravi. Paljudel juhtudel kaasnevad parafiiliaga afektiivsed häired, sõltuvusprobleemid, skisofreenia, dementsus või oligofreenia, peaaegu traumaatiline, vaskulaarne või infektsioosne kahjustus. Sageliesinevaks on hüperseksuaalsus, isiksuse-, aktiivsus- ja tähelepanuhäired või harjumuste ja impulsihäired. Mõnikord ilmneb hälbeline seksuaalkäitumine sekundaarsena psühhootilise häire raamides ning taandub põhihaiguse ravi tulemusena, kuid samas võib see olla ka psühhosist sõltumatu ning nõuab seetõttu täiendavalt spetsiifilist ravi.¹⁰⁸

¹⁰⁸ Smith, Taylor, 1999

Seksuaalkäitumise raviks on antud ka mitmeid selliseid soovitusi, mis tuginevad suuresti üksikjuhtudel või mõningasel kliinilisel kogemusel, kuid mille suhtes ei ole ravimuringuid seni läbi viidud.

Neil parafiilsetel patsientidel, kes saavad ravi dopamiinretseptorite agonistidega, on näidustatud ravimdooside redutseerimine ning täiendav antidepressantide või neuroleptikumide manustamine tarvidusel.¹⁰⁹

Neuroleptikumide kasutamisel on soovitatud võimalusel libiido ja seksuaalreaktsioonide pärssimiseks rakendada selliseid ravimeid, mis tõstavad prolaktiini nivood. Eelistada tuleks müorelakseeriva toimega bensodiazepiine.

Kui seksuaalhälbeline käitumisega kaasneb sõltuvushäire, siis on rakendatud naltreksooni, kuid kirjeldatud on ravitulemusi sama ravimiga ka sõltuvuse puudumise korral. Näiteks saavutati naltreksooni manustamisel 100-200 mg/päevas vähemalt 2 kuu vältel oluline raviefekt 15 juhul 21-st seksuaalse hüperaktiivsuse ning obsessiivse masturbeerimisharjumusega noorukil.¹¹⁰

Hüperkineetiliste häirete kaasnemisel seksuaalhälbeline käitumisega annab tihti hea raviefekti metüülfenidaat, kuid selle kasutamine väljaspool nimetatud diagnoosigruppi võib seksuaalhälbelised impulsid pigem eskaleerida.

Paroksüsmaalse iseloomuga hüperseksuaalse käitumise korral on saavutatud häid tulemusi antikonvulsantidega.

¹⁰⁹ Guay, 2008

¹¹⁰ Ryback, 2004

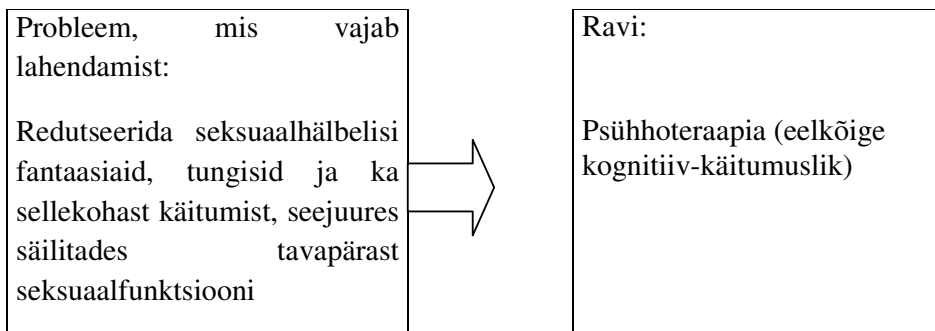
5.3. Ravietapid

- 1) Seksuaalharidus, turvalise ja vastutustundliku seksuaalkäitumise propageerimine, vägivalda vormidest ja vastuvõetamatusest teavitamine
- 2) Probleemse käitumisega noorukite ja seksuaalhäbeliste kalduvustega täiskasvanute psühhiaatriline ja psühhoterautiline abistamine
- 3) Seksuaalse enesemääramisõiguse vastu suunatud kuriteo sooritanud isikutest või sellekohast kahtlust tekitavast isikust teadaandmine asjaomastele institutsioonidele
- 4) Süüdimõistmisel seksuaalkurjategijatele kohandatud kinnipidamisasutusse määramine, ravile motiveerimine kohe peale kinnipidamist individuaalselt ja grupitööde käigus
- 5) Individuaalne nõustamine, võimalik, et teraapia, kui ressursse on ja kohustuslik seksuaalkurjategijate grupiteraapia programmi läbimine enne vabanemist. Rühmade moodustamine sekkumisprogrammides - vägistajad ja lapsepilastajad koos, kuna konfronteeruvad vastastikku tõhusalt ohvrite vägivaldse kohtlemise teemal. Programmi läbinud isik, kelle riskiaste analüüsi põhjal on vähenenud, kaasata sekkumisprogrammi sissejuhatamisse. Psühhoteraapia taustal võib olla kasu medikamentoosse ravi paralleelsest rakendamisest. Näiteks agressiivsete seksuaalkurjategijate ravimotivatsioon võib olla häiritud nende kõrgest meessuguhormoonide nivoost. Medikamentoosse raviga võiks alustada 1-2 kuud enne vabastamist kinnipidamiskohast ja jätkata 3-5 aasta kestel.
- 6) Kaaluda võib ennetähtaegset vabastamist, kui seksuaalkurjategija nõustub medikamentoosse raviga ning allub ravirežiimile.
- 7) Vabanemisel kriminaalhooldussüsteemis jälgimine ja riigi kulul ravile suunamine seksuaalprobleemidele spetsialiseerunud ja aruandekohustusliku psühhoteraapeudi, psühholoogi või psühhiaatri juurde
- 8) Kriminaalhoolduse lõppemisel võimalus riigi toel pöörduda institutsiooni poole, mis on spetsialiseerunud seksuaalhäbelise käitumisega isikute toetamisele ja psühhoteraapiale. Siia võiks lisanduda restoratiivse õiguse printsiipide kohane vabatahtlik kogukonnatöö. Juhul kui ravil olev klient/patsient on toime pannud uue seksuaalkuriteo, siis teavitada sellest politseiasutust ja jätkata punktist 4.
- 9) Seksuaalkuriteo korduval toimepanemisel pikendada karistusaega, suunata kinnipidamisasutuse sisesele ühiskondlikult kasulikule tööle ja vastavalt individuaalsetele kriminogeensetele vajadustele jätkata sekkumise ja raviga.
- 10) Juhul kui seksuaalkuriteo sooritanu pole süüdiv või suuteline osalema seksuaalkurjategijate teraapiaprogrammis võib lahenduseks olla medikamentoosne ravi ja võimalik suunamine vaimse tervise hooldekeskusesse, kus osatakse taoliste isikute üle turvalist järelvalvet teostada.
- 11) Intellektipuudega seksuaalkurjategijad võivad vajada eriõpetust inimliku lähedusevajaduse väljenduste ja seksuaalsete piiride defineerimise osas (Ain Klaassen) ja nad vajavad nende jaoks kohaldatud sekkumisprogrammi. Ka väljendunud antisotsiaalse isiksusehäirega kinnipeetavatele ei peeta üldjuhul standardseid sekkumisprogramme soovitavaks (Psychopathy Checklist).

5.4. Ravi algoritmid

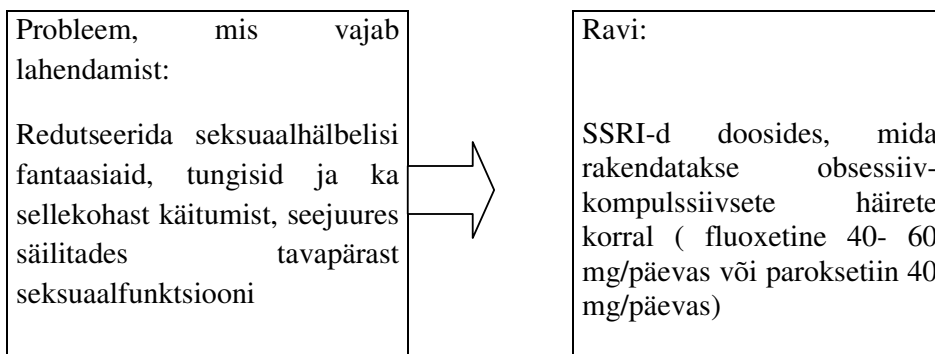
Algoritmid on koostatud tuginedes Ülemaailmse Bioloogilise Psühhiaatria Ühingute Föderatsiooni (WFSBP) vastavatele algoritmidele, eristades ravi erinevaid eesmärke ning probleemitasandit.

Tasand 1



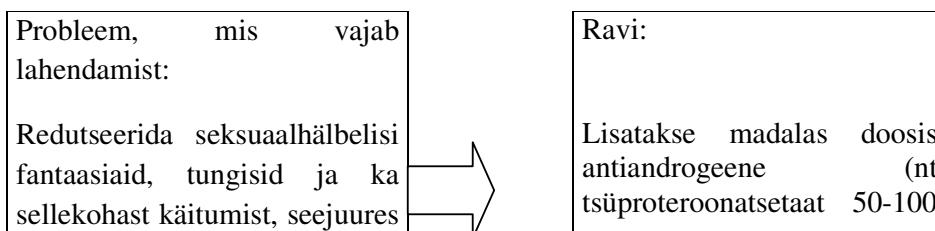
Tasand 2

- “Hands off” parafiliate korral, mil on madal vägivaldse käitumise risk (nt ekshibitsionism ilma pedofiilse käitumise või vägistamisriskita)
- Rakendatakse ka juhul, kui esimesel tasandil ei saavutata rahuldavat tulemust



Tasand 3

- “Hands on” parafiliad, millega ei ole kaasnenud penetratsiooni.
- Parafiilsed seksuaalfantaasiad, milles ei sisaldu seksuaalse sadismi elemente.
- Rakendatakse, kui ravi kestusega 4-6 nädalat SSRI-dega kõrges doosis ei ole andnud olulist tulemust.



avaldades vaid mõõdukat mõju tavapärasele seksuaalfunktsioonile

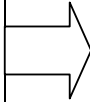
mg/päevas), jätkates SSRI-dega

Tasand 4

- Mõõdukas ja kõrge seksuaalse agressiooni risk (väljendunud hõlbelised seksuaaltungid ja mitmed ohvrid)
- Seksuaalse sadism ilmingud puuduvad.
- Patsiendil hea ravimotivatsioon (kui ei, siis tasand 5)
- Ravitulemus 3. tasandil puudub.

Probleem, mis vajab lahendamist:

Redutseerida seksuaalhõlbelisi fantaasiaid, tungisid ja ka sellekohast käitumist, seejuures pärssides oluliselt seksuaalreaktsioone ja libidot



Ravi:

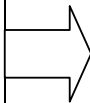
Esmane valik: kõrgamates doosides tsüproteroonatsetaat: suukaudselt 200-300 mg/päevas või i.m. 200-400 mg 1x nädalas/üle nädala või medroxyprogesteronatsetaat: 50-300 mg/päevas
Kui kaasnevad depressioon, ärevus või obsessiiv-kompulsiivsed häired, siis paralleelselt SSRI-d.

Tasand 5

- Väljendunud parafiliidid, kõrge seksuaalvägivalla risk
- Sadistlikud seksuaalfantaasiad/käitumine; korduv kehaline vägivald
- Ravitulemus 4. tasandil puudub

Probleem, mis vajab lahendamist:

Redutseerida seksuaalhõlbelisi fantaasiaid, tungisid ja ka sellekohast käitumist, seejuures pärssides täielikult seksuaalreaktsioone ja libidot.



Ravi:


GnRH agonistid, i.e. triptoreliin või leuproliidatsetaat 3 mg/kuus või 11,25 mg i.m. iga 3 kuu möödudes
Vajadusel testosterooninivoo regulaarne kontroll

Lisaks võib täiendavalt rakendada tsüproteroonatsetaati nädal enne GnRH agonistidega ravi ning samuti esimese

ravikuu vältel.

Tasand 6

- Äärmuslikult väljendunud parafiiliajuhud
- Ravitulemused 5. tasemel puuduvad

<p>Probleem, mis vajab lahendamist:</p> <p>Redutseerida seksuaalhäbelisi fantaasiaid, tungisid ja ka sellekohast käitumist, seejuures pärssides täielikult seksuaalreaktsioone ja libiidot.</p>		<p>Ravi:</p> <p>Antiandrogeenravi : tsüproteroonatsetaat (50-200 mg/päevas <i>per os</i> või 200-400 mg nädalas või üle kahenädala i.m.) või medroksüprogesteroonatsetaat (300-500 mg/nädalas i.m).</p> <p>Lisaks GnRH agonistid samades doosides kui tasemel 5</p> <p>Vajadusel lisaks SSRI-d ja teised psühhotroopsed ravimid</p>
---	---	---

Antiandrogeense ravi vajaduse otustamiseks võib rakendada Maletzky skaalat (2006), mille korral 7 punkti ületav skoor viitab antiandrogeense ravi vajadusele.

KRITEERIUM	SKAALA
Mitmed ohvrid	1
Mitmed parafiiliad	1
Varasem seksuaalhäbeline käitumine	1
Spetsiifiliste skaalade või abiuurimismeetodite abil sedastatud seksuaalhälve	2
Ei ela koos ohvriga	1
Jõu kasutamine ründel	1
Meessoost ohver	2
Alla 30 eluaasta	1
Peaaju orgaaniline kahjustus	2
Varasemad psühhiaatrilised haigestumised	1
Seksuaalkuritegu ambulatoorse ravi ajal	1
Seksuaalkuritegu lasteasutuses töötaja poolt	1
Varasem ravi ebaõnnestunud	2

6. Ettepanekud (soovitused) tervishoiuteenuse osutamiseks

1. Luua reaalne süsteem ise ravile pöördujate osas (intsest, lapsepilastamine, vägistamine, lapspornograafia tarbimine, lapsprostituutide teenuste kasutamine, seksiturism või sugutungu rahuldamine eneseeksponeerimise kaudu või mõnel muul sugukõlvatul viisil), mis tagaks leebema või lausa tingimisi karistuse isikule, kui tema vastu pole enne ravile pöördumist süüdistust esitatud ega uurimist alustatud.
2. Seksuaalkuriteo eest karistamata ja omal algatusel ravile pöördunud isikute menetlemisel on oluline läbi mõelda kliinilise seksuoloogi ja õiguskaitseorganite koostöö järelevalve suhtes. Üks võimalus seda probleemi lahendada on kirjaliku informeeritud nõusoleku võtmine patsiendilt, näiteks ravilepingu sõlmimise kaudu. Ravilepingu osapooli võiks olla kolm – patsient, terapeut või raviteenuse pakkuja ja järelevalveorgan, kes patsiendile teadaolevalt vaatab läbi nii tema taustaandmed, kui sooritab järelevalvet selle üle, et patsiendil pole ravi ajal mingeid kontakte võimalike uute ohvritega. Ravilepingus võidakse kokku leppida, et kliinilist tööd tegev spetsialist informeerib järelevalvespetsialisti ravi käigus ilmnenu tagasilanguse seisukohalt riskantsetest kliendi kontaktidest, neid kontrollitakse ja raviperioodil aset leidnud seksuaalkuriteo toimepanemise kahtluse korral algatakse juurdlus, mis süüdimõistmisel viib paratamatu kinnipidamiseni. Motiveerimise mõttes võiks kaaluda seda, et taolisel viisil ravile võetud isikud kannavad ravikulud omast taskust justkui sihtotstarbelise kautsjonina.
3. Koolitada välja uus põlvkond seksuaalnõustajaid ja toetada kliinilise seksuologia kui eriala arengut Eestis, et abivajajaid piisava teenuste struktuuriga varustada. Kvaliteedi tagamise huvides võiks luua kliinilise seksuologia kompetentsi keskuse, mis oleks erialase teabe ressursiks ühtaegu nii kinnipidamisasutustele kui kodanikele.
4. Koostada uuendatud juhend seksuaalvägivalla ohvrite menetlemiseks.
5. Kinnipidamisasutuste siseste programmide sisu piiritlemiseks ja läbiviimiseks on kaks võimalikku lahendust: terviklikul kujul sisse ostetud programmi (näiteks Soomes kasutatavat inglise päritolu STOP- programmi) võivad supervisiooni all läbi viia vastava väljaõppe saanud vanglatöötajad või ostetakse sisse kliinilise seksuologia alal kompetentse spetsialisti teenust väljastpoolt vanglasüsteemi (näiteks kompetentsikeskusest). Koostöö tegemine kinnipidamisasutuse välise spetsialiseerunud asutusega tagab teenuse järjepideva kättesaadavuse ka väljaspool vanglamüüre ja võimaldab süsteemiülest kvaliteedikontrolli. Kuna ravi ja tähelepanu vajavad samuti tingimisi või rahalise karistuse saanud ja kriminaalhooldusalused seksuaalkurjategijad, on teatava järjepidevuse loomine nende menetlemisel ühiskondlikult põhjendatud.
6. Tasub läbi mõelda kriminaalkorras karistatud seksuaalkurjategijate kinnipidamise aja pikendamist seadusandlike ettekirjutustega, kui nende probleemile vastav ravi on kinnipidamisasutuses kättesaadav, kuid nad on teraapiast keeldunud või näitavad üles ravile allumatust.

7. Praegu reguleerib kaitset ja abi vajava lapse kohta esimese astme kuriteost teavitamist EV Lastekaitseseadus § 59 - „Abi vajavast lapsest teatamine“. Selle sätte kohaselt: (1) Juhul kui saab teatavaks kaitset ja abi vajava lapse olemasolu, on iga inimese kohus sellest viivitamatult teatada sotsiaaltalitusele, politseile või mõnele teisele abiandvale organile. Meie arvamus on, et institutsioon ja teadaandmise protseduur tuleks täpsemalt määratleda (nt piirkondliku politsei lastekaitse spetsialist või sotsiaaltöötajast lastekaitse spetsialist), järgides andmekaitse nõudeid ning välistades ebakompetentset ja omaalgatuslikku uurimistegevust.
8. Väljatöötamist vajab seksuaalkurjategijate ravi, järelravi ja preventiivsete sekkumiste rahastamise skeem. Antud hetkel finantseerib kinnipidamisasutuses ja kriminaalhoolduses toimuvaid sekkumisi Justiitsministeerium ja diagnoosipõhist psüühikahäirete ravi Haigekassa kaudu Sotsiaalministeerium. Haigekassa tervise teenuste loetelus ja raviteenuste hinnakirjas puudub praegu rida seksuaalkurjategijatele kohaste nõustamise ja raviteenuste osutamise kulude katmiseks.

7. Kirjanduse ülevaade

Ravijuhise koostamisel on lähtunud neist Euroopa (nt Soome, Rootsi) ja Põhja-Ameerika (nt USA, Kanada) riikidest, kus on pikemaajalisemad kogemused seksuaalkurjategijatele ravi pakkumisel ja ravitulemuste hindamisel. Samuti on ravijuhise aluseks rahvusvaheliste organisatsioonide (nt IATSO, WFSBP) soovitusel. Tulenevalt keerulisest majanduslikust olukorrast on Eesti riik loobunud ravijuhise koostamise organisatsioonide katusühenduse (*Guidelines International Network*) liikmelisusest, mis olulisel määral takistas ravijuhise läbiviijal kolmandate riikide juhiste võrdlevanalüüsi läbiviimist. Võimaluste piires hangiti teiste riikide olulisi materjale, kasutades isiklike kontakte.

Kuna seksuaalkurjategevuse problemaatika leiab enamasti käsitlemist meditsiiniliste ja juriidiliste erialade piiridel, puuduvad selles vallas riikidele spetsiifilised ravijuhendid. Ka riikide tasemel kasutatavaid seksuaalkurjategijate kohtlemise ja ravi menetlusjuhiseid pole sageli kirjalikul kujul olemas, nii et käesoleva ravijuhise koostamisel saame lähtuda erialases kirjanduses käsitlemist leidnud nüanssidest, teiste maade kolleegide praktikast ja Eesti erialaspetsialistide teadmistest ning kogemustest antud valdkonnas.

Ravijuhise koostamise eest vastutav ekspertgrupp analüüsis olemasolevat materjali (teiste riikide ravijuhised ja –soovitused), kõrvutades neid vastava valdkonna rahvusvaheliste uurimistulemustega ning selgitas välja:

- ravi peamise sihtrühma (ehk millistel tingimustel on ravi näidustatud),
- erinevad raviviisid (sh nii ravimitega kui mittefarmakoloogiline ravi), -meetodid ja -etapid,
- kvaliteedi ja kontrollmeetmed ning nõuded ravi pakkujatele.

Ravijuhiste analüüsimisel pöörati ühtlasi tähelepanu sellele, kas ja kuidas erineb täisealiste ja alaealiste seksuaalkurjategijate kohtlemine.

Kasutatud kirjandus:

Allik, Mõttus, Kõöts, 2009 - Allik J., Mõttus R. ja Kõöts L. Alaealiste ja noorte kinnipeetavate isiksuseomaduste ja kognitiivsete võimete hindamine. Eesti Vabariigi Justiitsministeeriumi ja Tartu ülikooli koostööprojekti lõpparuanne. Tartu Ülikooli Psühholoogia Instituut, 2009

Abel, Harlow, 2001 - Abel GG, Harlow N. The Abel and Harlow child molestation prevention study. Excerpted from The Stop Child Molestation Book. Philadelphia, Pa: Xlibris; 2001. Available at: www.childmolestationprevention.org/pdfs/study.pdf

Abel, 2000 - Abel GG. The importance of meeting research standards: a reply to Fischer and Smith's articles on the Abel assessment for sexual interest [letter]. Sex Abuse. 2000

Abel, Becker, Cunningham-Rathner, Mittelman, Rouleau, 1988 - Abel GG, Becker JV, Cunningham-Rathner J, Mittelman M, Rouleau JL. Multiple paraphilic diagnoses among sex offenders. Bull Am Acad Psychiatry Law. 1988

- Abel, Jordan, Hand, Holland, Phipps, 2001 - Abel GG, Jordan A, Hand CG, Holland LA, Phipps A. Classification models of child molesters utilizing the Abel Assessment for sexual interest. *Child Abuse Negl.* 2001
- Abel, Jordan, Rouleau, Emerick, Barboza-Whitehead, Osborn, 2004 - Abel GG, Jordan A, Rouleau JL, Emerick R, Barboza-Whitehead S, Osborn C. Use of visual reaction time to assess male adolescents who molest children. *Sex Abuse.* 2004
- Abel, Osborn, 1992 - Abel GG, Osborn C. The paraphilias: the extent and nature of sexually deviant and criminal behavior. *Psychiatr Clin North Am.* 1992
- Altosaar, Haldre, Heido, Loko jt, 1997 - Altosaar K, Haldre L, Heido R, Loko J, Loko T-M, Popova A, Põldsepp I, Roomeldi M, Saar S ja Soonets R. Laste väärkohtlemine. Kirjastus Atlex, 1997.
- American Psychiatric Association, 2000 - American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Revised 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
- American Psychiatric Association, 2007 - American Psychiatric Association. Fact sheet: pedophilia. Available at: www.medem.com/index.cfm. Accessed February 19, 2007
- Bagley, 1991 - Bagley C. The prevalence and mental health sequels of child sexual abuse in a community sample of women aged 18 to 27. *Can J Commun Ment Health.* Spring 1991
- Bagley, 2003 - Bagley C. Diminishing incidence of Internet child pornographic images. *Psychol Rep.* 2003
- Bagley, Wood, Young, 1994 - Bagley C, Wood M, Young L. Victim to abuser: mental health and behavioral sequels of child sexual abuse in a community survey of young adult males. *Child Abuse Negl.* 1994
- Barnett, Wood, 2008 - Barnett G, ja Wood J.L. Agency, Relatedness, Inner Peace, and Problem Solving in Sexual Offending: How Sexual Offenders Prioritize and Operationalize Their Good Lives Conceptions. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 20, 4, 444-465, 2008
- Becker, Kaplan, Cunningham-Rathner, Kavoussi, 1986 – Becker J.V., Kaplan M.S., Cunningham-Rathner, J., Kavoussi, R. Characteristics of adolescent incest perpetrators: Preliminary Findings. *Journal of Family Violence*, 1, 85-97, 1986.
- Beier, 1998 - Beier KM. Differential typology and prognosis for dissexual behavior—a follow-up study of previously expert-appraised child molesters. *Int J Legal Med.* 1998
- Bilby, Brooks-Gordon, Wells, 2006 - Bilby Ch, Brooks-Gordon B & Wells H. A systematic review of psychological interventions for sexual offenders II: Quasi-experimental and qualitative data. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 17 (3): 467-484, 2006
- Blanchard, Christensen, Strong et al, 2002 - Blanchard R, Christensen BK, Strong SM et al. Retrospective self-reports of childhood accidents causing unconsciousness in phallometrically diagnosed pedophiles. *Arch Sex Behav.* 2002

- Blanchard, Barbaree, 2005 - Blanchard R, Barbaree HE. The strength of sexual arousal as a function of the age of the sex offender: comparisons among pedophiles, hebephiles, and teleiophiles. *Sex Abuse*. 2005
- Blanchard, Barbaree, Bogaert et al, 2000 - Blanchard R, Barbaree HE, Bogaert AF et al. Fraternal birth order and sexual orientation in pedophiles. *Arch Sex Behav*. 2000
- Blanchard, Watson, Choy et al, 1999 - Blanchard R, Watson MS, Choy A et al. Pedophiles: mental retardation, maternal age, and sexual orientation. *Arch Sex Behav*. 1999
- Bogaert, 2001 - Bogaert AF. Handedness, criminality, and sexual offending. *Neuropsychologia*. 2001
- Bogaert, Bezeau, Kuban, Blanchard, 1997 - Bogaert AF, Bezeau S, Kuban M, Blanchard R. Pedophilia, sexual orientation, and birth order. *J Abnorm Psychol*. 1997
- Borduin, 2010 - Borduin C M. Multisystemic therapy with juvenile sexual offenders: Clinical and cost effectiveness. Paper presented at the 11th Conference of the International Association for the Treatment of Sexual Offenders, Oslo, 2010.
- Bradford, Pawlak, 1993 - Bradford, J. M.W., & Pawlak, A. Double-blind placebo crossover study of cyproterone aetate in the treatment of the paraphilias. *Arch Sex Behav*, 22, 383-402, 1993.
- Brooks-Gordon, Bilby, Wells, 2006 - Brooks-Gordon B, Bilby Ch, Wells H. A systematic review of psychological interventions for sexual offenders I: Randomized control trials. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 17 (3), 442-466, 2006
- Buhi, 2005 - Buhi ER. Reliability reporting practices in rape myth research. *J Sch Health*. 2005
- Cantor, Klassen, Dickey et al, 2005 - Cantor JM, Klassen PE, Dickey R et al. Handedness in pedophilia and hebephilia. *Arch Sex Behav*. 2005
- Chow, Choy, 2002 - Chow EW, Choy AL. Clinical characteristics and treatment response to SSRI in a female pedophile. *Arch Sex Behav*. 2002
- Claus, Lidberg, 2003 - Claus Ch. ja Lidberg L. Ego-boundary disturbancec in sadomasochism. *International Journal of Law and Psychiatry* 26, 151-163, 2003
- Cohen, Galynker, 2002 - Cohen LJ, Galynker II. Clinical features of pedophilia and implications for treatment. *J Psychiatr Pract*. 2002
- Cohen, Gans, McGeoch et al, 2002 - Cohen LJ, Gans SW, McGeoch PG et al. Impulsive personality traits in male pedophiles versus healthy controls: is pedophilia an impulsive-aggressive disorder? *Compr Psychiatry*. 2002
- Cohen, McGeoch, Gans, Nikiforov, Cullen, Galynker, 2002 - Cohen LJ, McGeoch PG, Gans SW, Nikiforov K, Cullen K, Galynker II. Childhood sexual history of 20 male pedophiles vs. 24 male healthy control subjects. *J Nerv Ment Dis*. 2002
- Cohen, McGeoch, Watras-Gans et al, 2002 - Cohen LJ, McGeoch PG, Watras-Gans S et al. Personality impairment in male pedophiles. *J Clin Psychiatry*. 2002

- Cohen, Nikiforov, Gans et al, 2002 - Cohen LJ, Nikiforov K, Gans Set al. Heterosexual male perpetrators of childhood sexual abuse: a preliminary neuropsychiatric model. *Psychiatr Q*. Winter 2002
- Craig LA, Beech AR (2010) Towards a guide to best practice in conducting actuarial risk assessments with sex offenders. *Aggression and Violent Behavior* 15, 278-293.
- Danni, Hampe, 2000 - Danni K, Hampe GD. An analysis of predictors of child sex offender types using presentence investigation reports. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 2000
- Denman, 2004 - Denman, Chess. *Sexuality: A Biopsychosocial approach*, 2004
- Dickey, Nussbaum, Chevolleau, Davidson, 2002 - Dickey R, Nussbaum D, Chevolleau K, Davidson H. Age as a differential characteristic of rapists, pedophiles, and sexual sadists. *J Sex Marital Ther*. 2002
- Eesti Pereplaneerimise Liit, 2001. Eesti Pereplaneerimise Liit. Juhend: Seksuaalvägivalla ohvri meditsiiniline ülevaatus, 2001
- Fagan, Wise, Schmidt, Berlin, 2002 - Fagan PJ, Wise TN, Schmidt CW, Jr, Berlin FS. Pedophilia. *JAMA*. 2002
- Finkelhor, Ormrod, 2004 - Finkelhor D, Ormrod R. Child pornography: patterns from NIBRS. *Juvenile Justice Bull*. December 2004. Available at www.ncjrs.gov/pdffiles1/ojjdp/204911.pdf
- Flor-Henry, Lang, Koles, Frenzel, 1991 - Flor-Henry P, Lang RA, Koles ZJ, Frenzel RR. Quantitative EEG studies of pedophilia. *Int J Psychophysiol*. 1991
- Fraley, Waller, Brennan, 2000 - Fraley RC, Waller NG, Brennan KA. An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 350-365, 2000.
- Freund, Kuban, 1993 - Freund K, Kuban M. Toward a testable developmental model of pedophilia: the development of erotic age preference. *Child Abuse Negl*. 1993
- Freund, Watson, 1992 - Freund K, Watson RJ. The proportions of heterosexual and homosexual pedophiles among sex offenders against children: an exploratory study. *J Sex Marital Ther*. Spring 1992
- Fueller, 1989 - Fuller AK. Child molestation and pedophilia: an overview for the physician [published correction appears in *JAMA*. 1989;261:2202]. *JAMA*. 1989
- Gijs, Gooren, 1996 - Gijs, I., & Gooren, L. Hormonal and psychopharmacological interventions in the treatment of paraphilias: An update. *J Sex Res*, 33, 273-290, 1996.
- Godin, Sheeran, Conner, Delage, Germain, Belanger-Gravel, Naccache, 2010 - Godin G, Sheeran P, Conner M, Delage G, Germain M, Belanger-Gravel A, Naccache H Which Survey Questions Change Behavior? Randomized Controlled Trial of Mere Measurement Interventions. *Health Psychology*, 29 (6) Nov 2010, 636-644, 2010
- Gordon, Southern, 1977 - Gordon GG, Southern AL. Thyroid-hormone effects on steroid hormone metabolism. *Bull NY Acad Med* 1977;53:241.

Grauerholz, 2000 - Grauerholz L. An Ecological Approach to Understanding Sexual Revictimization: Linking Personal, Interpersonal and Sociocultural Factors and Processes. *Child Maltreatment* 5, 1, 5-17, 2000

Greenberg, Bradford, Curry, 1993 - Greenberg DM, Bradford JM, Curry S. A comparison of sexual victimization in the childhoods of pedophiles and hebephiles. *J Forensic Sci.* 1993

Greenberg, Bradford, Curry, 1995 - Greenberg DM, Bradford J, Curry S. Infantophilia—a new subcategory of pedophilia? a preliminary study. *Bull Am Acad Psychiatry Law.* 1995

Groth, Hobson, 1983 - Groth, N., & Hobson, W. The dynamics of sexual assault. In L. Schlesinger & E. Revitch (Eds.), *Sexual Dynamics of Anti-social Behavior.* Springfield, IL: Thomas, 1983.

Guay, 2008 - Guay, André. Acute Nicotine Effects on Sexual Function in Men. In *The Journal of Sexual Medicine*, Volume 5, Issue 8, pages 2001–2002, August 2008.

Haldre, Heido, Kuiv, Kutsar jt, 2007 - Haldre L, Heido R, Kuiv K, Kutsar D, Paddar M, Popova A, Roomeldi M, Saar S ja Soonets R. *Lapse väärkohtlemine 2.* Kirjastus Atlex, 2007.

Hanson, Gordon, Harris et al, 2002 - Hanson R K, Gordon A, Harris A J R, Marques J K, Murphy W, Quinsey V L ja Seto M. First report of the Collaborative Outcome Data Project on the effectiveness of treatment for sex offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 14, 169-194, 2002.

Hanson, Harris, 2000 - Hanson R K, Harris A J R. Where should we intervene? Dynamic predictors of sex offender recidivism. *Criminal Justice and Behavior* 27, 6-35, 2000.

Hanson, Thornton, 2000 - Hanson R K, Thornton D. Improving risk assessments for sex offenders: A comparison of three actuarial scales. *Law and Human Behavior* 24, 119-136, 2000.

Hanson, RK, Thornton D (2003) Notes on the Development of a Static-2002. (Corrections Research User Report No. 2003-01). Ottawa: Department of the Solicitor General of Canada.

Hardy, 2004 - Hardy, Simon. Reading Pornography, *Sex Education* 4, 2004

Hare, 2003 - Hare R D. *The Psychopathy Checklist -Revised.* Toronto, ON, Canada: Multihealth Systems, 2003.

Hasselrot, Fielding, 2010 - Hasselrot B, Fielding C. Enabling environment for sexual offenders in Swedish prisons? *Sexual Offender Treatment* 5, 2, 2010. Online issue <http://www.sexual-offender-treatment.org/88.html>

<http://justice.uaa.alaska.edu/research/1990/9419sotp/9419litreview.pdf>

<http://www.g-i-n.net/>

http://www.iatso.org/08capetown/AbstractBook_CapeTown2008.pdf

<http://www.informaworld.com/smpp/content~db=all~content=a789213631>

<http://www.safe-nz.org.nz/Articles/sexoffenders.htm>

<http://www.sexual-offender-treatment.org/welcome.html>

<http://www.wfsbp.org/>

Johnson, 2002 - Johnson CF. Child maltreatment 2002: recognition, reporting and risk. *Pediatr Int.* 2002

Johnson, 2004 - Johnson CF. Child sexual abuse. *Lancet.* 2004

Kennedy, Grubin, 1992 - H. G. Kennedy and D. H. Grubin. Patterns of denial in sex offenders. In *Psychological Medicine*, 22: 191-196, 1992.

Kim, 2004 - Kim C. From fantasy to reality: the link between viewing child pornography and molesting children. *Child Sexual Exploitation Update.* 2004;1(no. 3). Available at: www.ndaa.org

Kull, Part, 2005 - Kull M, Part K. (toimetajad) Seksuaalkasvatus II ja III kooliaste: Õpetajaraamat, 2005
http://www2.tai.ee/Terviseinfo/Trykised/Seksuaalkasvatuse_opetajaraamat_est_sisu_2006.pdf

Laschet, Laschet, 1967 - Laschet, U., and Laschet, L.. Anti-androgen therapy of pathologically increased or abnormal sexuality in man. *Klin. Wschr.*, 6, 116. 24, 1967.

Laschet, Laschet, 1971 - Laschet, U., & Laschet, L. Psychopharmacotherapy of sex offenders with cyproterone acetate. *Pharmakopsychiatrie, Neuro-Psychopharmakologie*, 4, 99-104, 1971.

Lanning, 2001 - Lanning KV. *Child Molesters: A Behavioral Analysis.* 4th ed. Alexandria, Va: National Center for Missing & Exploited Children; 2001

Letourneau, 2002 - Letourneau EJ. A comparison of objective measures of sexual arousal and interest: visual reaction time and penile plethysmography. *Sex Abuse.* 2002

Letourneau et al, 2009 - Letourneau E J, Henggeler S W, Borduin Ch M, Schewe P A, McCart M R, Chapman J E, Saldana L () Multisystemic Therapy for Juvenile Sexual Offenders: 1-Year Results From a Randomized Effectiveness Trial. *Journal of Family Psychology* 23 (1) 89-102, 2009.

Levy, 2000 - Levy T.M. *Handbook of Attachment Interventions.* Academic Press, 2000

Maes, De Vos, Van Hunsel et al, 2001 - Maes M, De Vos N, Van Hunsel F et al. Pedophilia is accompanied by increased plasma concentrations of catecholamines, in particular epinephrine. *Psychiatry Res.* 2001

Maes, van West, De Vos et al, 2001 - Maes M, van West D, De Vos N et al. Lower baseline plasma cortisol and prolactin together with increased body temperature and higher mCPP-induced cortisol responses in men with pedophilia. *Neuropsychopharmacology.* 2001

Marshall, 1999 - Marshall, W.L. Diagnosing and treating sexual offenders. In A.K. Hess & I.B. Weiner (Eds.), *The Handbook of Forensic Psychology* (pp. 640-670), 1999. New York: John Wiley & Sons, Ltd.

Marshall, Burton, 2010 - Marshall W L, Burton D. The importance of therapeutic processes in offender treatment. *Aggression and Violent Behavior: A Review Journal* 15, 141-149, 2010.

- Marshall, Anderson, Fernandez, 1999 - Marshall, W. L., Anderson, D., & Fernandez, Y. M. Cognitive behavioural treatment of sexual offenders. Chichester, UK: John Wiley & Son, 1999.
- Marshall, Fernandez, Marshall, Serran, 2006 - Marshall W.L., Fernandez Y.M., Marshall L.E ja Serran G.A. Sexual Offender Treatment: Controversial Issues. John Wiley & Sons, Ltd. 2006
- Marshall, Marshall, 2010 - Marshall W.L ja Marshall L.E. Can treatment be effective with sexual offenders or does it do harm? A response to Hanson (2010) and Rice (2010). Sexual Offender Treatment 5, 2, 2010
- Marshall, Marshall, Serran, O'Brien, 2011 - Marshall W L, Marshall L E, Serran G A and O'Brien M D. Rehabilitating sexual offenders: A strengths based approach. Washington, DC: American Psychological Association, 2011.
- Mathews et al, 1989 - Mathews et al Female Sexual Offenders An Exploratory Study (Vermont Safer Society Press, 1989)
- McAlinden, 2008 - McAlinden A-M. Restorative Justice as a Response to Sexual Offending Addressing the Failings of Current Punitive Approaches. Sexual Offender Treatment 3, 1, 2008
- McConaghy, 1998 - McConaghy N. Paedophilia: a review of the evidence. Aust N Z J Psychiatry. 1998
- McGrath RJ, Cumming GF, Hoke SE, Bonn-Miller MO (2007) Outcomes in a Community Sex Offender Treatment Program: A Comparison Between Polygraphed and Matced Non-Polygraphed Offenders. Sex Abuse 19, 318-393.
- Meijer EH, Verschuere B, Merckelbach HLGJ, Grombez G (2008) Sex offender management using the polygraph: A critical review. International Journal of Law and Psychiatry 31: 423-429.
- Murray JB, 2000 - Murray JB. Psychological profile of pedophiles and child molesters. J Psychol. 2000
- Norcross, 2002 - Norcross J C. Psychotherapy relationships that work. New York: Oxford University Press, 2002.
- Openshaw, Thomas, 1986 - Openshaw, D.K. & Thomas, D.L., The adolescent self and the family. In G.K.Leigh & G.W.Peterson (Eds.), Adolescents in families (pp. 104-129). Cincinnati, OH: South-Western Publishing Co, 1986.
- Osborn, 2007 - Osborn L. Sex Offender Treatment Programs in Correctional Settings: Participant Selection, Treatment Experience, and Treatment Completion. New York, NY, USA: LFB Scholarly Publishing LLC, 2007
- Raymond, Coleman, Ohlerking, Christenson, Miner, 1999 - Raymond NC, Coleman E, Ohlerking F, Christenson GA, Miner M. Psychiatric comorbidity in pedophilic sex offenders. Am J Psychiatry. 1999

Reilly et al, 2000 - Reilly, D. R., Delva, N. J., & Hudson, R. W. Protocols of the use of cyproterone, medroxyprogesterone, and leuprolide in the treatment of paraphilia. *Can J Psychiat*, 45, 559-563, 2000.

Report of the Task Force on Children with Sexual Behavior Problems. Association for the Treatment of Sexual Abusers. <http://www.atsa.com/pdfs/Report-TFCSBP.pdf>

Robinson, Crow, 2009. Robinson G, Crow I. *Offender Rehabilitation: Theory, Research and Practice*. Sage Publications Ltd, 2009

Ryback, 2004 - Ralph S Ryback. Naltrexone in the treatment of adolescent sexual offenders. *J Clin Psychiatry* 65(7):982-6 (2004).

Salter, 1988 - Salter, A.C. *Treating Child Sex Offenders and Victims: A Practical Guide*, Newbury Park: Sage Publications, 1988.

Schiffer, Peschel, Paul et al, 2006 - Schiffer B, Peschel T, Paul Tet al. Structural brain abnormalities in the frontostriatal system and cerebellum in pedophilia. *J Psychiatr Res*. 2006

Schober, Kuhn, Kovacs, Earle, Byrne, Fries, 2005 - Schober JM, Kuhn PJ, Kovacs PG, Earle JH, Byrne PM, Fries RA. Leuprolide acetate suppresses pedophilic urges and arousability. *Arch Sex Behav*. 2005

Serran, Fernandez, Marshall, Mann, 2003 - Serran G A, Fernandez Y M, Marshall W L, Mann R E () Process issues in treatment: Application to sexual offender programs. *Professional Psychology: Research and Practice* 34, 368-374, 2003.

Seto, Cantor, Blanchard, 2006 - Seto MC, Cantor JM, Blanchard R. Child pornography offenses are a valid diagnostic indicator of pedophilia. *J Abnorm Psychol*. 2006

Seto, 2009 – Seto M C. Pedophilia. *Annual Reviews of Clinical Psychology* 5: 391-407.

Seto, Hanson, Babchishin, 2010 - Seto M C, Hanson R K ja Babchishin K M. Contact sexual offending by men arrested for child pornography offenses. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*. Published online before print December 20, 2010, doi: 10.1177/1079063210369013 .

Shlik, Aluoja, Kihl, 1999 - Shlik J, Aluoja A, Kihl E. MINI 5.0.0 Mini rahvusvaheline neuropsühhiaatriline intervjuu DSM-IV. Eesti versioon, 1999.

Smith, & Taylor, 1999 - Smith, A. D., & Taylor, P. J. Serious sex offending against women by men with schizophrenia. *Brit J Psychiat*, 174, 233-237, 1999.

Snyder HN, 2000 - Snyder HN. *Sexual Assault of Young Children as Reported to Law Enforcement: Victim, Incident, and Offender Characteristics*. Washington, DC: US Department of Justice, Bureau of Justice Statistics; 2000. Publication NCJ 182990.

Standards of Care for Juvenile Sexual Offenders of the International Association for the Treatment of Sexual Offenders. <http://www.iatso.org/care/MinerSOT3-06.pdf>

Standards of Care for the Treatment of Adult Sex Offenders of the International Association for the Treatment of Sexual Offenders (IATSO) <http://www.iatso.org/care/Standards%20of%20Care.pdf>

- Stone, Winslade, Klugman, 2000 - Stone TH, Winslade WJ, Klugman CM. Sex offenders, sentencing laws and pharmaceutical treatment: a prescription for failure. *Behav Sci Law*. 2000
- Tost, Vollmert, Brassens, Schmitt, Dressing, Braus, 2004 - Tost H, Vollmert C, Brassens S, Schmitt A, Dressing H, Braus DF. Pedophilia: neuropsychological evidence encouraging a brain network perspective. *Med Hypotheses*. 2004
- Vandiever, Ketcher, 2004 - Vandiever, D and Ketcher G. Offender and Victims Characteristics of Registered Female Sexual Offenders in Texas. A Proposed Typology of Female Sexual Offenders. *A Journal of Research and Treatment* Vol 16, N2, 121-137, 2004
- Vandiver, Kercher, 2004 - Vandiver DM, Kercher G. Offender and victim characteristics of registered female sexual offenders in Texas: a proposed typology of female sexual offenders. *Sex Abuse*. 2004
- Vernon, Rich, 1997 - Vernon M, Rich S. Pedophilia and deafness. *Am Ann Deaf*. 1997
- Ward, Stewart, 2003 - Ward T and Stewart C. The treatment of sex offenders: Risk management and good lives. *Professional Psychology: Research and Practice* 34 (4), 353-360, 2003.
- Woods, 2003 - Woods J. *Boys Who Have Abused: Psychoanalytic Psychotherapy with Victim/Perpetrators of Sexual Abuse*. Jessica Kingsley Publishers, 2003

8. Lisad

8.1. *Perversiteetide sõnaraamat*

Seksuaalsed hälbed

1. Seksuaalse objekti järgi:
 - apotemnofiilia
 - automonoseksualism
 - ekshibitsionism
 - ekskrementofiilia
 - fetišism
 - gerontofiilia
 - heterokromofiilia
 - homovestism
 - nartsissism
 - nekrofiilia
 - pedofiilia
 - pügmalionism
 - retofism
 - zoofiilia;
 - transvestism
 - tsisvestism

2. Sugutungi realiseerimise viisi järgi:
 - apotemnofiilia
 - ekshibitsionism
 - flagellatsioon
 - froterism
 - kandaulesism

- klüsmofiilia
- masohhism
- sadism
- saliromaania
- tanatofiilia
- vampirism
- vuajerism

3. Raske seksuaalne deviantsus

1 Automonoseksualism – nagu nartissismi puhul, on ka siin sugutungi objektiks enda keha (sageli peegelpilt), mis sarnaneb vastassugupoolele ning saavutatakse vastavate riiete ja maneeride abil (fetišismi eriliik).

2 Efebofiilia – seksuaalne kiindumus poiste ja noorukite vastu

3 Eksaudirism – vuajerismi akustiline variant

4 Ekshibitsionism – seksuaalse rahulduse saamine suguelundite demonstreerimisel vastassoost isikutele

5 Ekskrementofiilia – masohhismi ja fetišismi segu, kus inimese eritised on fetiši rollis.

6 Fetišism (seksuaalne sümbolism, seksuaalne partsialism) – sugutungi objektiks on kehaosa, riideese või mõni muu objekt, mis sümboliseerib seksuaalpartnerit (sadosohhismi ja fetišismi eriliik on apotemnofiilia, kus fetiši rollis on keha moonutatud osad).

7 Flagellantism – sadismi eriliik, kus seksuaalne rahuldus saadakse partnerit, harvem iseennast piitsutades.

8 Froterism – seksuaalne rahuldus saadakse väljavalitud objekti kitsas kohas (näiteks täiskiilutud bussis) sugutiga puudutades.

9 Gerontofiilia (presbiofiilia) – seksuaalne kiindumus on suunatud vanade inimeste vastu.

10 Heterohromofiilia – (sugutungi objektiks on vaid teistsuguse nahavärviga partner, fetišismi eriliik).

11 Homosvestism – transvestismi eriliik, mis on segunenud fetišismiga. Seksuaalne rahuldus saadakse oma sugupoolele, kuid teisele inimesele kuuluvate riiete selgapanemisega.

12 Kandaulesism – ekshibitsionismi ja masohhismi kombinatsioon. Seksuaalne rahuldus saadakse oma alasti naise või partneri demonstreerimisest teistele meestele.

13 Klüsmofiilia – seksuaalse rahulduse saamine vedelike või raviküünalde toppimisel pärasoolde.

- 14 Masohhism – seksuaalne rahuldus saadakse alandamise ja füüsiliste kannatustega, mida tekitab seksuaalpartner.
- 15 Nartsissism (autofiilia, autoerotism, autoerastia) – sugutungi objektiks on enda keha (fetišismi erikuju).
- 16 Nekrofiilia – sugutung on suunatud laipadele ja nendega manipuleerimisele. Ühed teadlased peavad seda iseseisvaks hällbeks, teised aga vaatlevad seda fetišismi eriliigina. Sellele lähedane on vahekorda astumine kas magavate, teadvuseta, raskesti haigete või surevate naistega, aga samuti ka seksuaalse värvinguga kõrgendatud huvi laipade ja kalmistute, matmisrituaalide ja kõige muu vastu, mis on seotud surma ja surnutega. Nekrofiilia äärmuslikuks vormiks on nekrosadism – laiba mõnitamine (sageli lõigatakse ära rinnad ja suguorganid) ja nekrofaagia – laiba üksikute osade (sagedamini suguorganite) ärasöömine. Nekrofaagia ja nekrosadismi puhul tapetakse sageli ohver spetsiaalselt selleks otstarbeks või siis saadakse seksuaalne rahuldus just tapmisprotsessis.
- 17 Nümfofiilia – seksuaalne kiindumus alaealiste ja noorte tüdrukute vastu.
- 18 Partenofiilia – seksuaalne kiindumus täiskasvanud süütute neiude vastu (seksuaalselt kogenematute noorte subjektide vastu).
- 19 Pedofiilia (infantoseksualism, paderoosia) – seksuaalne kiindumus lastesse. Mõned teadlased käsitlevad seda fetišismi eriliigina, kus fetiši rolli mängib lapse keha. Lapse sugu ei ole siin oluline.
- 20 Pluralism – grupiseksi, ekshibitsionismi ja vuajerismi kombinatsioon.
- 21 Pollutsionism – saliromaania eriliik. Seksuaalne rahuldus saadakse teiste inimeste määrimisel spermaga.
- 22 Pügmalionism – fetišismi ja vuajerismi eriliik, kus fetiši roll on inimese keha kujutisel (pildid, kujud, fotod).
- 23 Pürolagnia – seksuaalse rahulduse saamine tulekahjudest.
- 24 Renifleks – ekskrementofiilia eriliik, kus fetiši rolliks on seksuaalselt eelistatud objekti lõhn.
- 25 Retofism – fetišismi eriliik, mis on segunenud masohhismiga. Fetiši rolli mängivad jalanõud või muud nahast esemed.
- 26 Saliromaania – seksuaalse rahulduse saamine teiste inimeste määrimisel väljaheidetega, poriga, verega jms.
- 27 Seksuaalne sadism – seksuaalse rahulduse saamine partnerile kannatuste tekitamise või alandamise teel.
- 28 Süstimine – sadismi eriliik, kus rahuldus saadakse partneri torkimisel mitmesuguste teravate esemetega.
- 29 Zoofiilia (sodoomia, zooerastia, zootuprum, bestiofiilia, tõpraarmastus) – sugutung on suunatud loomadele.
- 30 Zoosadism – zoofiilia ja sadismi eriliik, kus seksuaalne rahuldus saadakse loomade piinamisest.

- 31 Tanatofiilia – masohhismi eriliik, kus seksuaalne rahuldus saadakse oma surma ja matmise fantaasiatest.
- 32 Transvestism – seksuaalne rahuldus saadakse teise sugupoole riiete kandmisest.
- 33 Triolism – seksuaalse pluralismi alaliik, kus partnereid on kolm.
- 34 Tsisvestism – transvestismi eriliik, kus ilmneb püüd selga panna mitte vastas-, vaid oma sugupoole riideid, mis on tüüpilised teisele vanusegrupile või teisele sotsiaalsele rühmale.
- 35 Urolagnia – reniflexi eriliiki, kus fetiši rollis on kusehais. Urolagnia eriliikideks on eritiste söömine või joomine (urofaagia, koprofaagia, spermofaagia).
- 36 Vampirism – seksuaalne rahuldus saadakse partneri vere maitse tunnetamisest.
- 37 Vuajerism – kiindumus piiluda suguakti või seksuaalse tähendusega esemeid.

8.2. Ohvri menetlemine

Ülevaade seksuaalkuritegude statistikast aastatel 2003-2009

Kuriteo liik (KarS)	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Vägistamine	140	162	179	153	122	160	124
Sugulise kire vägivaldne rahuldamine	35	46	42	50	36	49	80
Suguühendusele sundimine	6	172	5	7	5	4	3
Sugulise kire rahuldamisele sundimine					5	13	6
Suguühendus järeltulijaga		2			2	3	2
Suguühendus lapsealisesega	9	26	32	30	10	11	14
Sugulise kire rahuldamine lapsealisesega	12	79	102	62	23	28	25

Seksuaalkuritegudest jääb erinevatel hinnangutel ca 90% registreerimata, kuna politseile ei tehta juhtunu kohta avaldust. Põhjused, miks vägistamistest ei teatata:

- Hirm kättemaksu ees
- Soov vältida edaspidiseid traumeerivaid olukordi
- Häbi kaaslaste ees
- Kahtlemine uurimisorganite võimekuses
- Soovimatus teha läbi arstlik läbivaatus.

Igäühel, kes on teada saanud võimalikust seksuaalkuriteo intsidendist või ohvrist, lasub kokkuleppel täiskasvanud kuriteoohvriga vastutus õigusorganeid teavitada.

Eestis viib enamjaolt vajalikke meditsiinilisi uuringuid ja toiminguid läbi Eesti Kohtuekspertiisi Instituut. Eesti Pereplaneerimise Liidu poolt on 2004. aastal kordustrukina välja antud juhend „Juhiseid tööks seksuaalvägivalla ohvritega“ ning „Seksuaalvägivalla ohvri meditsiiniline ülevaatus“. Väljatöötatud juhendid vajavad kaasajastamist, milleks on tarvilik kokku kutsuda ümarlaud, kuhu on kaasatud oma ala eksperdid.

Kohtuekspertiisiseaduse kohaselt võivad ekspertiise teostada kohtuekspert, riiklikult tunnustatud ekspert või menetleja määratud muu isik. Kohtuekspertideks on Eesti Kohtuekspertiisi Instituudis töötavad isikud, kelle tööülesandeks on teha vastavaid uuringuid. Asjatundjaks võib olla ka menetleja poolt määratud eriteadmistega muu füüsiline isik. Riiklikult tunnustatud ekspert on isik, kes on kantud vastavasse riiklikku nimekirja.

Ohvri puhul on oluline tema psühholoogiline toetamine riigi poolt loodud võrgustike kaudu. Tagatud peab olema nii psühholoogilise kui ka meditsiinilise abi kättesaadavus kannatanule sobivaimail viisil ning piisava aja jooksul. Kogu protsessi jooksul peab olema tagatud kannatanu konfidentsiaalsus.

Arstliku ekspertiisi tulemusel:

- Hinnatakse ohvri vigastusi.
- Võetakse objektiivne tõestusmaterjal.
- Selgitatakse välja füüsilised ja vaimsed traumad.
- Oluline on, et ekspertiisi läbi viib ekspert arvestaks ohvri seisundit ning mõistaks, et see on esimene samm, väljumaks traumaatilisest kriisist.
- Määratakse vajadusel ravi või suunatakse kannatanu ravi määramiseks edasi.
- Arstlik ekspertiis viiakse läbi spetsiaalse küsimustiku (vormi) alusel.

Edaspidine kannatanu psühholoogiline nõustamine peab toimuma nii, et hinnatakse tema seisundit ja jälgitakse muutusi.

Uurimisele vajalikust infost tuleb, teavitades kannatanut, informeerida vastavaid organeid.

Kuriteoohvrite toetused

Eestis on õigus ohvriabile kõikidel inimestel, kes on langenud hooletuse või halva kohtlemise, füüsilise, vaimse või seksuaalse vägivalda ohvriks, seega igal inimesel, kellele on põhjustatud kannatusi või tekitatud kahju.

Lisaks võimaldab ohvriabiseadus taotleda ohvri matusekulutuste ja ravikulutuste hüvitamist inimestele, kes on neid kulutusi faktiliselt kandnud. Seadusega hüvitatakse lisaks füüsilise tervise taastamisega seotud kuludele ka vaimse tervise taastamise omasid – seega laieneb psühholoogilisele nõustamisele ja psühhoteraapiale.

Hüvitist makstakse nii tahtlikult kui ka ettevaatamatuse tõttu toime pandud kuriteo tagajärjel tekkinud raske tervisekahjustuse, vähemalt kuus kuud kestva tervisehäire või ohvri surma korral. Kuriteo raskus (n kas tegu on raske tervisekahjustusega või mitte) tehakse kindlaks kohtuarstliku ekspertiisiga. Pärast vastava akti koostamist tuleb hüvitise taotlemiseks pöörduda elukohajärgsesse pensioniametisse.

Ohvriabiseadus võimaldab maksta hüvitist ka ettevaatamatuse tõttu toime pandud vägivallakuritegude ohvritele. Seadus laieneb Euroopa Liidu kodanikele, sõltumata nende alalisest elukohast (näiteks turistidele) ning “Vägivallakuritegude ohvritele hüvitiste maksmise Euroopa konventsiooniga” ühinenud riigi kodanikele. Selle taotlemiseks tuleb pöörduda elukohajärgsesse pensioniametisse.

8.3. Seksuaalkurjategijate tagasilanguse ennetamise programm

Murru Vanglas kasutusel olev seksuaalkurjategijate tagasilanguse ennetamise programm

Programm põhineb **biopsühhosotsiaalsel teorial**, mille põhjal on käsitletavad:

1. **SEKSUAALNE MINEVIK.** See on periood alates lapseast kuni käesoleva hetkeni (kasvupere kirjeldus ja pereliikmetevahelised suhted (õhkkond), sõprussuhted, mitmesugused asetleidnud olulised sündmused (surm, haigus jne), seksuaalsed juhtumid (sh esimesed seksuaalteadmised, kogemused, fantaasiad, masturbeerimine, pornograafia jne), paarisuhted jne. Seksuaalne minevik on jaotatud viieks faasiks: 0-6, 6-12, 12-18, 18 aastat kuni praeguse hetkeni.
2. **KURITEOAHEL (ehk tagasilanguse ennetamine).** Tagasilanguse ennetamise programm käsitleb kuriteoahelat, mille abil saab minevikufaase jäädvustada ehk kaardistada ja seejärel kavandada sekkumist, mida konkreetne isik tegelikult vajab (nt sotsiaalsete oskuste õpetamine, vihaga toimetulek jne), keskendudes järgmistele faasidele:
 - *Tasakaalust väljas* - analüüsitakse inimesi, sündmusi jms, millel võis olla isiku elule negatiivne mõju. Samuti püütakse teada saada, millal mõtles isik esimest korda kuriteo toimepanemisele, millised olid fantaasiad, tunded, käitumine, kui vana ta sel ajal oli, milline oli esimene kuritegu jne.
 - *Ootamatu sündmus või seksuaalne ärritaja* – analüüsitakse, milline sündmus või seksuaalne ärritaja põhjustas tasakaalust väljuva olukorra. Selleks võis olla nt naise poolt seksuaalne tagasilükkamine, töö kaotamine jms.
 - *Kohese rahuldamise vajadus* – analüüsitakse, milliseid koheseid lahendusviise püüdis isik kasutada, et vabaneda ebameeldivatest ja häirivatest tunnetest. Antud faasis käsitletakse kindlasti ka sõltuvusprobleeme, keskendutakse seksuaalfantaasiatele jne.
 - *Mõtlemisvead* – analüüsitakse, milliseid mõtlemisvigu (nt jagasin seksuaalseid kogemusi, naisele meeldis see samuti, ma ei kasutanud üldse jõudu, ta oli liiga väljakutsuv jne) isik tegi, sest kognitiivsed moonutused suurendavad kuriteo toimepanemise tõenäosust.
 - *Näiliselt tähtsusetud otsused* – analüüsitakse, milliseid näiliselt mõistlikke otsuseid isik langetas, mis viisid hiljem siiski kuriteoni.
 - *Suure riskiga olukorrad* – käsitletakse olukordi, kus kuriteo toimepanemise võimalus oli väga tõenäoline (nt isik on naisega kahekesi ning tema seksuaalne erutuvus on kõrge), sest võivad tekkida uued vääristunud fantaasiad jne.
 - *Osaline tagasilangus* – isik mõtleb ainult kuriteole ja ohvri vastupanu vähendamisele, tal on tugevad seksuaalsed tunded. Analüüsitakse tundeid, mõtteid ja käitumist.
 - *Allaandmise staadium* – analüüsitakse, mis takistas isikul seda ahelat katkestada ehk kuriteo toimepanemisest hoiduda. Üldjuhul on selles faasis enesekindlus langenud ja ta ei suuda oma seksuaalsetele tungidele vastu seista.
 - *Kuritegu* – isik püüab kirjeldada toimepandud kuritegu ja analüüsitakse tema mõtteid, tundeid, käitumist pärast seda (tundis süüd, õigustab oma tegu, püüab toimunut unustada jne).

NB! Igat kuriteoepisoodi lahatakse eraldi!

3. **OHVRIEMPAATIA.** Keskendutakse ainult ohvrile ja püütakse panna mõtlema selle üle, millised olid kuriteo lühi- ja pikaajalised tagajärjed ohvri jaoks. Samuti analüüsitakse, kuidas õnnestus kurjategijal mitte mõelda sellele, millist mõju võib toimunu ohvrile avaldada ja püütakse arutleda, milliseid tundemärke (nt segadus, hirm, ärevus jne) ta ohvri juures kuriteo toimepanemise ajal täheldas. Selleks, et oleks lihtsam kannatanu rolli sisse elada, kasutatakse gestaltteraapias tuntud tehnikat, mille käigus kirjeldatakse enda kaudu teise tundeid (mida kuriteo toimepanemise ajal tundis jne). Uuritakse, kas ja kui võrd on säilinud mõtteid või fantaasiaid seoses ohvriga. Ohvriempaatia temaatika võetakse kokku kirja kirjutamisega kannatanule, milles kurjategija peaks üles näitama täielikku vastutust toimunu eest ning edastama ohvrile siira vabanduse selle kohta, mida talle põhjustati.

Tagasilanguse ennetamise programmi arvamise olulise tingimused ehk osalevate kinnipeetavate tunnused:

- Kuriteo tunnistamine
- Vaimselt terve
- Nõus osalema programmis vabatahtlikult (motivatsioon ja valmisolek oma probleemkäitumisega tegeleda)
- Psühholoogiliste ja psühhiaatriliste hinnangute põhjal sobilik programm (ei põe psühhopaatiat)

Kestvus: igale teemale on arvestatud 3-4 kuud ja kokku kestab programm u aasta.

8.4. Seotud õigusaktid

Ravijuhendi koostamise ajal kehtinud Karistusseadustik seksuaalkuritegude osas

§ 141. Vägistamine

(1) Inimese tahte vastaselt temaga suguühendusse astumise eest vägivaldliga või ära kasutades tema seisundit, milles ta ei olnud võimeline vastupanu osutama või toimumust aru saama, – karistatakse ühe- kuni viieaastase vangistusega.

(2) Sama teo eest:

- 1) kui see on toime pandud noorema kui kaheksateistaastase isiku suhtes;
- 2) kui see on toime pandud kahe või enama isiku poolt;
- 3) kui sellega on tekitatud kannatanule raske tervisekahjustus;
- 4) kui sellega on põhjustatud kannatanu surm;
- 5) kui sellega on kannatanu viidud enesetapuni või selle katseni või
- 6) kui see on toime pandud isiku poolt, kes on varem toime pannud käesolevas jaos sätestatud kuriteo, – karistatakse kuue- kuni viieteistaastase vangistusega.

§ 142. Sugulise kire vägivaldne rahuldamine

(1) Inimese tahte vastaselt tema kaasamise eest sugulise kire rahuldamisele suguühendusest erineval viisil, kui selleks on kasutatud vägivalda või on ära kasutatud isiku seisundit, milles ta ei olnud võimeline vastupanu osutama või toimumust aru saama, – karistatakse kuni viieaastase vangistusega.

(2) Sama teo eest, kui see on toime pandud:

- 1) noorema kui kaheksateistaastase isiku suhtes;
- 2) isiku poolt, kes on varem toime pannud käesolevas jaos sätestatud kuriteo, – karistatakse ühe kuni kümneaastase vangistusega.

§ 143. Suguühendusele sundimine

(1) Inimese tahte vastaselt temaga suguühendusse astumise eest, ära kasutades kannatanu sõltuvust süüdlasest, kui puudub käesoleva seadustiku §-s 141 sätestatud vägivald või seisund, milles inimene ei olnud võimeline vastupanu osutama või toimumust aru saama, – karistatakse kuni kolmeaastase vangistusega.

(2) Sama teo eest, kui see on toime pandud:

- 1) noorema kui kaheksateistaastase isiku suhtes;
- 2) isiku poolt, kes on varem toime pannud käesolevas jaos sätestatud kuriteo, – karistatakse kuni viieaastase vangistusega.

§ 143¹. Sugulise kire rahuldamisele sundimine

(1) Inimese tahte vastaselt tema kaasamise eest sugulise kire rahuldamisele suguühendusest erineval viisil, ära kasutades kannatanu sõltuvust süüdlasest, kui puudub käesoleva seadustiku §-s 142 sätestatud vägivald või seisund, milles inimene ei olnud võimeline vastupanu osutama või toimumust aru saama, – karistatakse kuni kaheaastase vangistusega.

(2) Sama teo eest, kui see on toime pandud:

- 1) noorema kui kaheksateistaastase isiku suhtes;
- 2) isiku poolt, kes on varem toime pannud käesolevas jaos sätestatud kuriteo, – karistatakse kuni viieaastase vangistusega.

§ 144. Suguühendus järeltulijaga

Vanema, vanema õigustega isiku või vanavanema poolt lapse või lapselapsega suguühendusse astumise eest – karistatakse kuni viieaastase vangistusega.

§ 145. Suguühendus lapsealisesega

Täisealise isiku poolt noorema kui neljateistaastase isikuga suguühendusse astumise eest – karistatakse kuni viieaastase vangistusega.

§ 146. Sugulise kire rahuldamine lapsealisesega

Täisealise isiku poolt noorema kui neljateistaastase isiku kaasamise eest suguühendusest erineval viisil sugulise kire rahuldamisele – karistatakse kuni viieaastase vangistusega.

§ 147. Noorema kui kümneaastase isiku arusaamisvõimetus

Noorem kui kümneaastane isik loetakse käesolevas jaos sätestatud süütegude mõttes arusaamisvõimetuks.

11. peatükk SÜÜTEOD PEREKONNA JA ALAEALISE VASTU 2. jagu Süüteod alaealise vastu

§ 175. Alaealise prostitutsioonile kallutamine

(1) Ahvatlemise, ähvardamise või muu teoga noorema kui kaheksateistaastase isiku mõjutamise eest alustama või jätkama prostitutsiooniga tegelemist, kui puudub käesoleva seadustiku §-des 133 ja 143 sätestatud syyteokoosseis, – karistatakse rahalise karistuse või kuni viieaastase vangistusega.

(2) Käesolevas paragrahvis sätestatud kuriteo eest:

1) võib kohus kohaldada lisakaristusena varalist karistust vastavalt käesoleva seadustiku §-s 53 sätestatule või

2) kohaldab kohus kuriteoga saadud vara laiendatud konfiskeerimist vastavalt käesoleva seadustiku §-s 832 sätestatule.

§ 176. Alaealise prostitutsioonile kaasaaitamine

(1) Vahendamise, ruumi andmise või muul viisil noorema kui kaheksateistaastase isiku prostitutsioonile kaasaaitamise eest – karistatakse rahalise karistuse või kuni viieaastase vangistusega.

(2) Sama teo eest, kui see on toime pandud:

1) grupi või kuritegeliku ühenduse poolt;

2) isiku poolt, kes on varem toime pannud käesolevas paragrahvis sätestatud kuriteo või prostitutsioonile kaasaaitamise, – karistatakse kolme- kuni viieteistaastase vangistusega.

(3) Käesoleva paragrahvi lõikes 1 sätestatud teo eest, kui selle on toime pannud juriidiline isik, – karistatakse rahalise karistusega.

(4) Käesoleva paragrahvi lõike 2 punktis 2 sätestatud teo eest, kui selle on toime pannud juriidiline isik, – karistatakse rahalise karistuse või sundlõpetamisega.

(5) Käesolevas paragrahvis sätestatud kuriteo eest:

1) võib kohus kohaldada lisakaristusena varalist karistust vastavalt käesoleva seadustiku §-s 53 sätestatule või

2) kohaldab kohus kuriteoga saadud vara laiendatud konfiskeerimist vastavalt käesoleva seadustiku §-s 832 sätestatule.

§ 177. Alaealise kasutamine pornograafilise teose valmistamisel

(1) Noorema kui kaheksateistaastase isiku kasutamise eest modellina või näitlejana pornograafilise etteaste esitamiseks, samuti pornograafilise pildi, filmi või muu teose valmistamiseks – karistatakse rahalise karistuse või kuni viieaastase vangistusega.

(2) Sama teo eest, kui selle on toime pannud juriidiline isik, – karistatakse rahalise karistusega.

§ 177¹. Alaealise kasutamine erootilise teose valmistamisel

(1) Noorema kui neljateistaastase isiku või abituse seisundis noorema kui kaheksateistaastase isiku kasutamise eest modellina või näitlejana erootilise etteaste esitamiseks, samuti erootilise pildi, filmi või muu teose valmistamiseks – karistatakse rahalise karistuse või kuni viieaastase vangistusega.

(2) Sama teo eest, kui selle on toime pannud juriidiline isik, – karistatakse rahalise karistusega.

§ 178. Lapsporno valmistamine ja selle võimaldamine

(1) Nooremale kui kaheksateistaastast isikut pornograafilises või nooremale kui neljateistaastast isikut pornograafilises või erootilises situatsioonis kujutava pildi, kirjutise või muu teose või selle reproduktsiooni valmistamise või hoidmise, teisele isikule üleandmise, näitamise või muul viisil kättesaadavaks tegemise eest, kui puudub käesoleva seadustiku §-s 177 või 177¹ sätestatud süüteo koosseis, samuti noorema kui kaheksateistaastase osalusel toimuva pornograafilise etteaste teadva ja vahetu jälgimise eest, kui alaealist oli etteastes osalemiseks kallutatud ahvatlemise, ähvardamise või muu teoga, – karistatakse rahalise karistuse või kuni kolmeaastase vangistusega.

(2) Sama teo eest, kui selle on toime pannud juriidiline isik, – karistatakse rahalise karistusega.

§ 178¹. Seksuaalse eesmärgiga kokkulepe lapsealises kohtumiseks

(1) Nooremale kui kaheksateistaastasele isikule, kes ei olnud võimeline toimunust aru saama, või nooremale kui neljateistaastasele isikule kohtumissetpaneku tegemise või temaga kohtumiskokkuleppe sõlmimise eest ning kohtumist ettevalmistava teo tegemise eest, kui kohtumise eesmärk on panna nimetatud isiku suhtes toime käesoleva seadustiku §-des 141–146, 175–178 või §-s 179 sätestatud süütegu, – karistatakse rahalise karistuse või kuni kolmeaastase vangistusega.

(2) Sama teo eest, kui selle on toime pannud juriidiline isik, – karistatakse rahalise karistusega.

§ 179. Lapsealise seksuaalne ahvatlemine

(1) Nooremale kui neljateistaastasele isikule pornograafilise teose või selle reproduktsiooni üleandmise, näitamise või muul viisil teadvalt kättesaadavaks tegemise või sellise isiku nähes suguhendusse astumise või muul viisil teadvalt tema seksuaalse ahvatlemise eest – karistatakse rahalise karistuse või kuni kolmeaastase vangistusega.

(2) Sama teo eest, kui selle on toime pannud juriidiline isik, – karistatakse rahalise karistusega.

§ 179¹. Isiku töölevõtmine, kui tal on seaduse alusel keelatud lastega töötada

(1) Tööandja poolt isiku lapsega seotud tööle või teenistusse võtmise eest, kui see on seaduse kohaselt keelatud, või tegevusloa andmiseks õigustatud isiku poolt lastele teenuse osutamiseks tegevusloa andmise eest, kui see on seaduse kohaselt keelatud, – karistatakse rahaträhviga kuni 300 trahviühikut.

(2) Sama teo eest, kui selle on toime pannud juriidiline isik, – karistatakse rahaträhviga kuni 50 000 krooni.

7. peatükk MUUD MÕJUTUSVAHENDID

§ 86. Psühhiaatriline sundravi

(1) Kui isik on pannud õigusvastase teo toime süüdimatus seisundis või kui ta on pärast kohtuotsuse tegemist, kuid enne karistuse ärakandmist või karistusjärgse kinnipidamise ajal jäänud vaimuhaigeks, nõdrameelseks või kui tal on tekkinud muu raske psüühikahäire, samuti kui tal on eeluurimise või kohtus asja arutamise ajal tuvastatud nimetatud seisundid, mis ei võimalda kindlaks teha tema vaimset seisundit õigusvastase teo toimepanemise ajal ning ta on oma teo ja vaimse seisundi tõttu ohtlik endale ja ühiskonnale ning vajab ravi, määrab kohus talle psühhiaatrilise sundravi.

(2) Käesoleva paragrahvi lõikes 1 nimetatud ravi annab sellekohase loaga psühhiaatriaasutus.

(3) Psühhiaatrilist sundravi kohaldatakse kuni isiku tervenemiseni või isiku ohtlikkuse äralangemiseni. Ravi lõpetamise määrab kohus.

(3¹) Kui isikul ilmnevad käesoleva paragrahvi lõikes 1 kirjeldatud asjaolud karistusjärgse kinnipidamise ajal, jätkatakse tema karistusjärgset kinnipidamist pärast tema tervenemist, arvestades käesoleva seadustiku §-s 873 sätestatud tähtaegu.

(4) Kui pärast psühhiaatrilist sundravi kohaldatakse isiku suhtes karistust või karistusjärgset kinnipidamist, arvatakse raviaeg karistusaja või karistusjärgse kinnipidamise aja hulka. Ühele ravipäevale vastab üks päev vangistust või üks päev karistusjärgset kinnipidamist.

§ 871. Karistusjärgne käitumiskontroll

(1) Kohus kohaldab isiku suhtes pärast vangistuse ärakandmist käitumiskontrolli vastavalt käesoleva seadustiku §-s 75 sätestatule, kui:

1) isikut on karistatud tahtliku kuriteo eest vähemalt kaheaastase vangistusega ning ta on ära kandnud mõistetud vangistuse täies ulatuses;

2) teda on enne käesoleva lõike punktis 1 nimetatud kuriteo toimepanemist samuti karistatud tahtliku kuriteo eest vähemalt üheaastase vangistusega ja

3) arvestades kuriteo toimepanemise asjaolusid, süüdimõistetut isikut, varasemat elukäiku ja elutingimusi ning käitumist karistuse kandmise ajal, on alust arvata, et ta võib toime panna uusi kuritegusid.

(2) Kui isikut on karistatud 9. peatüki 1., 2., 6. ja 7. jaos, 11. peatüki 2. jaos või 22. peatüki 1. ja 4. jaos sätestatud tahtliku kuriteo eest või muus peatükis sätestatud tahtliku kuriteo eest, mille koosseisutunnus on vägivalla kasutamine, vähemalt kaheaastase vangistusega, ei eelda karistusjärgse käitumiskontrolli kohaldamine käesoleva paragrahvi lõike 1 punktis 2 sätestatud eelnevat karistatust.

(3) Karistusjärgse käitumiskontrolli tähtajaks määratakse kaksteist kuud kuni kolm aastat.

(4) Kui süüdimõistetut ei järgi kontrollnõudeid või ei täida talle pandud kohustusi, võib kohus kriminaalhooldusametniku ettekande alusel pikendada käitumiskontrolli tähtaega korraka kuni ühe aasta võrra või määrata täiendavaid kohustusi vastavalt käesoleva seadustiku § 75 lõikes 2 sätestatule.

(5) Kohus võib kriminaalhooldusametniku ettekande alusel kergendada või tühistada süüdimõistetule käitumiskontrolli ajaks määratud kohustusi.

(6) Karistusjärgne käitumiskontroll lõpeb enne tähtaja möödumist järgmistel juhtudel:

1) vangistust kandma asumisel või psühhiaatrilisele sundravile paigutamisel või

2) uue käitumiskontrolli kohaldamisel vastavalt käesoleva seadustiku §-s 74 sätestatule.

§ 872. Karistusjärgne kinnipidamine

(1) Karistusjärgne kinnipidamine on mittekaristuslik mõjutusvahend, mille peamine eesmärk on takistada uute kuritegude toimepanemist teise isiku füüsilist, psüühilist või seksuaalset puutumatus raskelt ohustanud või kahjustanud kuriteos süüdi mõistetut poolt, kelle puhul on alust arvata, et ta võib vabaduses viibides panna toime uusi samalaadseid kuritegusid.

(2) Kohus määrab lisaks karistusele karistusjärgse kinnipidamise, kui:

1) isik mõistetakse süüdi käesoleva seadustiku 9. peatüki 1., 2., 6. ja 7. jaos, 11. peatüki 2. jaos või 22. peatüki 1. ja 4. jaos sätestatud tahtliku kuriteo eest või muus peatükis sätestatud tahtliku kuriteo eest, mille koosseisutunnuseks on vägivalda kasutamine, ning teda karistatakse vähemalt kaheaastase vangistusega ilma karistusest tingimisi vabastamata vastavalt käesoleva seadustiku §-s 73 või 74 sätestatule;

2) süüdimõistetut on varem vähemalt kahel korral karistatud käesoleva lõike punktis 1 nimetatud tegude eest iga kord vähemalt üheaastase vangistusega ja

3) arvestades süüdimõistetut isikut, sealhulgas varasemat elukäiku ja elutingimusi ning kuritegude toimepanemise asjaolusid, on alust arvata, et isik paneb kuritegeliku kalduvuse tõttu vabaduses viibides toime uusi käesoleva lõike punktis 1 nimetatud kuritegusid.

(3) Varem karistamata isiku suhtes võib kohus kohaldada karistusjärgset kinnipidamist juhul, kui:

1) isik mõistetakse süüdi käesoleva paragrahvi lõike 2 punktis 1 nimetatud kuriteos, mille eest ettenähtud karistuse ülemmäär on vähemalt kümneaastane või eluaegne vangistus;

2) isik on pannud toime vähemalt kolm käesoleva lõike punktis 1 nimetatud kuritegu;

3) kohus karistab teda vähemalt kuueaastase vangistusega ja

4) arvestades süüdimõistetut isikut, sealhulgas varasemat elukäiku ja elutingimusi ning kuritegude toimepanemise asjaolusid, on alust arvata, et isik paneb kuritegeliku kalduvuse tõttu vabaduses viibides toime uusi käesoleva lõike punktis 1 nimetatud kuritegusid.

(4) Varem ühel korral vangistusega karistatud isiku suhtes võib kohus kohaldada karistusjärgset kinnipidamist juhul, kui:

1) isik mõistetakse süüdi käesoleva paragrahvi lõike 2 punktis 1 nimetatud kuriteos, mille eest ettenähtud karistuse ülemmäär on vähemalt viieaastane või eluaegne vangistus, mille eest kohus karistab teda vähemalt kolmeaastase vangistusega;

2) süüdimõistetut on varem ühel korral karistatud käesoleva lõike punktis 1 nimetatud kuriteo eest vangistusega ja isik on tegelikult kandnud ära vähemalt ühe aasta vangistust ning

3) arvestades süüdimõistetut isikut, sealhulgas varasemat elukäiku ja elutingimusi ning kuritegude toimepanemise asjaolusid, on alust arvata, et isik paneb kuritegeliku kalduvuse tõttu vabaduses viibides toime uusi käesoleva lõike punktis 1 nimetatud kuritegusid.

(5) Karistusjärgset kinnipidamist ei kohaldata isikule, kes oli viimase kuriteo toimepanemise ajal noorem kui kaheksateistkümneaastane.

(6) Karistusjärgne kinnipidamine täidetakse pärast vangistuse ärakandmist.

Karistusseadustik § 307 - Kuriteost mitteteatamine

(1) Teise isiku poolt toimepandud esimese astme kuriteost mitteteatamise eest – karistatakse rahalise karistuse või kuni kolmeaastase vangistusega.

(2) Toimepandud esimese astme kuriteost mitteteatamine kuriteo toimepanija vanema, lapse, lapsendaja, lapsendatu, venna, õe, vanavanema, lapselapse, abikaasa või tema vanema poolt ei ole süüline.

EV lastekaitse seadus § 59 - Abi vajavast lapsest teatamine

(1) Juhul kui saab teatavaks kaitset ja abi vajava lapse olemasolu, on iga inimese kohus sellest viivitamatult teatada sotsiaaltalitusele, politseile või mõnele teisele abiandvale organile.

(2) Sotsiaaltalitusel on õigus ja kohustus tegutseda kohe, sõltumata kaitset vajava lapse piirkondlikust või muust kuuluvusest.

Kriminaalmenetluse seadustik § 72 - Ütluste andmisest keeldumine kutse- või muu tegevuse tõttu

(1) Õigus tunnistajana keelduda kutse- või muus tegevuses teatavaks saanud asjaolude kohta ütluste andmisest on:

- 1) Eestis registreeritud usuorganisatsiooni vaimulikul;
- 2) kaitsjal ja notaril, kui seaduses ei ole sätestatud teisiti;
- 3) tervishoiutöötajal ja farmatseudil isiku päritolusse, kunstlikku viljastamisse, perekonnasse või tervisesse puutuvate asjaolude puhul;
- 3¹) ajakirjanduslikul eesmärgil informatsiooni töötleval isikul teabe kohta, mis võimaldab tuvastada teavet andnud isiku, välja arvatud juhul, kui muude menetlustoimingutega on tõendite kogumine välistatud või oluliselt raskendatud ning kriminaalmenetluse eesmärgiks on kuritegu, mille eest on ette nähtud karistuseks vähemalt kuni kaheksa aastat vangistust, ütluste andmiseks esineb ülekaalukas avalik huvi ja isikut kohustatakse ütluste andmiseks prokuratuuri taotlusel eeluurimiskohtuniku või kohtu määruse alusel;
- 4) isikul, kellele on seadusega pandud ameti- või kutsesaladuse hoidmise kohustus.

(2) Õigus ütluste andmisest keelduda on ka käesoleva paragrahvi lõike 1 punktides 1–3 nimetatud isikute erialasel abipersonalil.

(2¹) Käesoleva paragrahvi lõike 1 punktis 3¹ sätestatud juhul on õigus ütluste andmisest keelduda isikul, kes puutub ametialaselt kokku ajakirjanduslikul eesmärgil informatsiooni töötlevale isikule informatsiooni andnud isikut tuvastada võivate asjaoludega.

(3) Käesoleva paragrahvi lõikes 1 nimetatud isikutel ja nende erialasel abipersonalil, samuti lõikes 2¹ nimetatud isikutel ei ole õigust keelduda ütluste andmisest, kui ütluste andmist taotleb kahtlustatav või süüdistatav.

(4) Kui kohus menetlustoimingu põhjal veendub, et käesoleva paragrahvi lõigetes 1 ja 2 nimetatud isiku keeldumine ütluste andmisest ei seonu tema kutsetegevusega, võib ta kohustada nimetatud isikut ütlusi andma.