

RAVIJUHIS SEKSUAALKURJATEGIJATE MENETLEMISEKS

Tallinn, 2010

SISUKORD

Eessõna.....	3
1. Sissejuhatus.....	4
2. Epidemioloogia.....	6
2.1. Pedofiilia.....	6
2.2. Pedofiilide kategooriad.....	8
2.3. Pedofiilide tuvastamine.....	11
2.4. Naissoost seksuaalkurjategijad.....	11
2.5. Vägistamine.....	13
2.6. Preventsioon.....	15
3. Skriining.....	18
4. Diagnostika.....	21
5. Ravi.....	23
5.1. Ravi planeerimine kinnipidamisasutuses.....	23
5.2. Seksuaalkurjategijate medikamentoosne ravi.....	34
5.3. Ravietapid.....	38
5.4. Ravialgoritmid.....	39
6. Ettepanekud (soovitused) tervishoiuteenuse osutamiseks.....	42
7. Kirjanduse ülevaade.....	44
8. Lisad.....	53
8.1. Perversiteetide sõnaraamat.....	53
8.2. Ohvri menetlemine.....	56
8.3. Seksuaalkurjategijate tagasilanguse ennetamise programm.....	58
8.4. Seotud õigusaktid.....	60

Eessõna

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

Ravijuhis on suuresti üles ehitatud baseerudes Ülemaailmse Bioloogilise Psühhiaatria Ühingute Föderatsiooni (WFSBP) ravijuhistele parafiliate raviks.

Juhise koostamisel osalesid töögrupp järgmises koosseisus:

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

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

Imre Rammul

Töögrupi juht

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

1. Sissejuhatus

Käesolev ravijuhis on suunatud seksuaalkurjategijate tõenduspõhise ravi rakendamisele. Koostatud ravijuhise 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.

Parafiliaks nimetatakse psühhoseksuaalseid seisundeid, mille korral subjekt vajab seksuaalerutuse tekkeks, erutuse säilitamiseks ja/või lahenemiseks mingeid ebaharilikke stiimuleid, mis ei ole prokreatiivse käitumisega seotud või ei ole 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 parafiliate 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 praktiseerivad isikuid ei saa lugeda kurjategijateks. Kriteeriumiks ravi rakendamisel on sellistel juhtudel see, et kas seksuaaltegevused toimuvad partnerite vahel konsensuslikel alustel ja kas nende käigus ei tekitata teisele poolele olulisi tervisekahjustusi nii füüsiliselt kui vaimselt. Samuti on rida selliseid seksuaalhäirete käitumise vorme, mis häirivad parafilset isikut ennast või riivavad ühiskondlikku moraali olles samas suhteliselt madala ühiskonnaohtlikkuse tasemega. Nimetatud seisundite ravi sarnaneb suuresti meie ühiskonnas kriminaliseeritud parafiliate raviga, kuid ravijuhises need eraldi põhjalikumalt käsitlemist ei leia.

Sellised seksuaalse vägivalla vormid, mis on suunatud vanematele kui 14 a või täisealistele isikutele, leiavad eraldi diagnostiliste kategooriatena käsitlemist RHK-10 alusel, vaid sellisel juhul, kui need toimuvad seksuaalse sadismi korral. Sageli on seksuaalkurjategijal diagnoositav hoopis isiksuse- ja käitumishäire või mingi muu psüühikahäire.

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

Ravijuhis on muuhulgas ka aluseks ravi kohaldamiseks seksuaalkurjategijatele ning aitab tervishoiutöötajatel ja prokuröridel otsustada isiku suhtes ravi kohaldamise üle. Ravijuhis sisaldab üldpõhimõtteid seksuaalhäbelise käitumisega isikute ravi kohta. Selle kasutusala ei ole piiratud ainult süüdimõistetud seksuaalkurjategijatega; vaid see on kasutatav ka seksuaalhäbelise käitumisega isikute ravis 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 mehed. USAs moodustavad naised 6% kõikidest pilastamisjuhtudest. Abel ja Harrow leidsid, et vaid 1% lapsepilastajatest on naised, kuid nad on seisukohal, et see number on liiga väike, tulenevalt süstemaatilise alateavitamisest (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 või alla selle) laste vastu. Noorukieas pedofiilide puhul peab vanusevahe lapsega 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 seksuaalfantaasiasid liiga häirivaks või ka kardavad nende seksuaaleelistustega seotud informatsiooni edastamist õigusorganitele spetsialisti vahendusel, mistõttu pöördumine vabatahtlikult ravile on suhteliselt harv.

Pedofiilia on kliiniline diagnoos, mille on püstitanud psühhiaater. Tegu ei ole õigusliku terminiga. (nagu näiteks „seksuaalse enesemääramise vastased süüteod“ kriminaalseadustikus). Ravijuhise ning ravi korralduse osas on oluliseks eristada erinevaid gruppe, kellede 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 efebofiile (kihud suunatud meesoost isikutele), kelle üldnimetusena on kasutusel ka mõiste hebofiilia
- Isikuid, kelle seksuaalsed kihud või tegevused on suunatud alla 5 aastastele lastele, ehk infantofiile.

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).

Uurimused on näidanud, et reeglina kujuneb pedofiilidel välja seksuaalne huvi laste vastu kas puberteedieas või noorukieas, kuid võimalik on selle välja arenemine ka hilisemas vanuses. Samas on oluline rõhutada, et võrrelduna teiste seksuaalkurjategijatega (vägistajad, sadistid jne) on pedofiilid aktiivsed ka küpses vanuses. Läbiviidud uurimused näitab, et pedofiilid moodustavad 60% eakatest seksuaalkurjategijatest ning et sageli on pedofiil vanusegrupis 40-70 aastat. 20% kõigist vägistamistest ja 30-50% seksuaalse ärakasutamise juhtudest viiakse läbi noorukite poolt. 25-33% kõigist seksuaalkuritegudest viiakse läbi noorukite poolt. Enam kui 50% -l täiealistel seksuaalkurjategijail on enne 18 aastaseks saamist ilmnunud deviatiivse seksuaalkäitumise elemente/huvisid.

50-70% pedofiilidest on diagnoositud lisaks pedofiiliale ka mõni muu parafiilia vorm (froterism, ekshibitsionism, vuajerism või sadism). 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 pelgad vuajeristlikud või ekshibitsionistlikud tegevused.

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

2.2. Pedofiilide kategooriad

Esmane klassifitseerimisalus on määratleda, kas pedofiil on ühese suunitlusega vaid lastele (*ingl exclusive pedophile*) või on ta multisuunitlusega nii lastele kui täiskasvanutele (*ingl nonexclusive pedophile*) raames läbiviidud uuring näitab, et vaid 7% pedofiilidest omavad suunitlust vaid lastele.

Teine klassifitseerimisalus on määratleda meespedofiili kihu objektid vanuse ja soo lõikes. Uuringud jaotavad pedofiilid homoseksuaalseteks pedofiilideks (kikk vaid meessoost laste suhtes), heteroseksuaalseteks pedofiilideks (kikk vaid naissoost laste suhtes) ja biseksuaalseteks pedofiilideks (kikk mõlemast soost laste suhtes). Homoseksuaalsete pedofiilide osakaal on 4-20 korda suurem tavapärasest 2-4% homoseksuaalsuse esinemisest ühiskonnas. Heteroseksuaalsed pedofiilid eelistavad lapsi vanuses 8-10, homoseksuaalsed pedofiilid eelistavad lapsi vanuses 10-13.

Vastavalt asjakohastele uuringutele on erinevaks hetero-ja homoseksuaalsete pedofiilide ohvrite hulk. 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 120.

Kolmas klassifitseerimisalus on määratleda, kas ahistamine toimus peresiseselt (st, intsest). USAs toimub 27% kõikidest ahistamistest peresiseselt. 50% kõigist alla 6-aastaste laste vastu suunatud kuritegudest toimusid pereliikme poolt. Läbiviidud analüüs näitas, et 68% lapsepilastajatest olid pilastanud pereliiget.

Neljas klassifitseerimisalus on määratleda, kas pornograafilised materjalid olid lapse ahistamisega seotud. 30-80% Internetis lapsporno vaatavatest isikutest ning 76% nendest, keda on arreteeritud lapsporno omamise pärast on pilastanud ühel või teisel ajahetkel last. Viimastel aastatel on Internetis leviv lapsporno kättesaadavus ja rakendamine oluliselt vähenenud ning pornograafilise materjalina on pigem kasutuses fotod, ajakirjad ja videod.

Vastavalt enimlevinud arusaamale eristatakse täna kahte põhilist pedofiilide gruppi

Nicholas Groth ja William Hobson on resümeerinud erinevate koolkondade arusaamad ning vastavalt enimlevinud arusaamale eristatakse täna kahte põhilist pedofiilide gruppi

- 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 konfliktne käitumine, palju probleeme
- lastesuunaline seksuaalhuvi võib olla episoodiline
- esmane seksuaalkuritegu võib olla impulsiivne ja mõtetes mitte varem küpsenud
- ohver on nagu aseaine: konfliktse suhte täiskasvanuga asendab kurjategija lapse kaasahaaramisega; suhtub lapsesse kui täiskasvanusse taandudes vanemarollist
- peamiseks objektiks on tüdrukud

- seksuaalkontaktid lastega on paralleelsed kontaktidega eakaaslastega
- kurjategija on harilikult paarisuhtes, sotsiaalselt aktiivne
- tihti on käitumine seotud liigse alkoholitarvitamisega
- elab “tavalist elu”, kuid ei oma sõpru
- tõuke saab 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 ka haige või nõrk ema perekonnas
- kuritegu on vääristunud vorm eluraskustega hakkamasaamiseks

Tõeline pedofiil (*fixated man*)

- seksuaalhuvi on eelkõige lastele suunatud
- huvi saab alguse juba murdeea (fiksatsioon puberteedia kiindumusele)
- kuriteole ei eelne tingimusteta stressisituatsioon
- kuritegu on tegija mõtetes enne küpsenud
- esmaseks objektiks on meessoost ohvrid
- kurjategija tunneb end ohvriga lähedasena ja viib oma käitumise lapse omaga 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 tõsisid probleeme alkoholi, narkosõltuvusega
- orientatsiooni võib käsitleda, kui psühhoseksuaalses arengus tekkinud häiret

Pedofiilia tegelikku levikut ühiskonnas on raske määratleda, kuna vaid kaduvväike osas pedofiilidest otsib ise ravi – ning seega põhineb kogu olemasolev informatsioon suuresti vaid avalikuks tulnud juhtumitel. Võimatu on hinnata, kui palju inimesi omab pedofiilseid fantaasiaid, aga ei vii neid ellu – või viivad ellu, kuid jäävad tabamata. Väidetavalt vaid 5% lasteahistamise juhtumitest võetakse arvele. USA ja Kanada uuringud näitavad, et kuni 30% naistest ja 16% meestest on kogenud soovimatut seksuaalset kontakti enne täisealiseks saamist. USA andmetel on 34% ahistatud lastest alla 12-aasta vanused ning 33% vanuses 12-17.

Nagu ülal on kirjeldatud on erinevate alamkategoriate tõttu raske välja tuua ühest pedofiili isiksusemudelit. 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. Uuringud 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 põhjuseks laste pilastamisele. Pedofiilid ei suuda reeglina mõista oma käitumise negatiivseid tagajärgi. Pedofiilidel on sagedane kaldumus eitada oma pedofiilseid mõtteid, tegevusi, emotsioone: 1/3 pedofiilidel eitab täielikult toimunut, 31% pedofiilidest eitab täielikult toimunut ja 32% osaliselt. Sama puudutab ka perekonda – seda eriti intsesuaalse käitumise korral. Kokkuvõtvalt on tegu nn

“maagilise mõtlemisega” - kui nad ütlevad, et see ei olnud nii, siis see ei olnud nii. Paljude jaoks ei toimu pedofiilne akt siis, kui see on läbi viidud – toimunuks muudab selle alles ülestunnistus.

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 tõkendamiseks

Pedofiilia tekkepõhjuste osas on pakutud välja erinevaid lähenemisi:

- Neuropsühhiaatrilised erisused.
 - Läbi on viidud valdkondlikud uuringud, mis leidsid, et esineb keskmisest mõnevõrra madalam intellekt, vasakukäeliste isikute suurem osakaal, madalam kognitiivne võimekus ning iseärasused peaaegu arengus (eriti frontaalkorteksi osas). Lisaks sellele on 30-55% pedofiilide puhul tuvastatud enam ka kleptomaaniat, püromaaniat, patoloogilist mängurlust jne. Need tulemused on viinud väideteni, et pedofiilidel võivad esineda arenguline neuropsühhiaatriline dispooneeritus .
 - Läbiviidud uuring kasutas morfomeetrilisi magnetresonants uurinuid, mis viidi läbi 18 pedofiilsel isikul, kes oli paigutatud range režiimiga kinnipidamisasutusse (9 homoseksuaalset ja 9 heteroseksuaalset pedofiili) vs 24 kontrollrühmas (12 homoseksuaalset ja 12 heteroseksuaalset pedofiili). Pedofiilidel leiti bilateraalselt vähenenud hallolluse mass korpus striatumi ventraalosas, insulas, orbitofrontaalkorteksis ja väikeajus. Sarnaseid tulemusi on näidanud ka mitmed teised uuringud.
 - Oimusagara uurimise tulemused on valdkonnas 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 lävi.
 - Läbiviidud neurokeemilised uuringud näitavad, et pedofiilidel erineb mõnevõrra „hormonaalne vastus” (kõrgem kortisooli ja prolaktiini eritus) mataklooripiperasiini manustamisele. Maes *et al* järeldasid, et pedofiilidel on serotniinisüsteemis häire tingituna tõenäoliselt presünaptilise neuroni alanenud aktiivsusest ja serotoniin 2 postsünaptilise retseptori hüpersensitiivsusest.
 - Blanchard *et al* leidsid, et madal haridustase, madal intelligents ning enne 6-aastasena saadud teadvuse kaotusega lõppenud peatrauma on võimalikud eeltingimused pedofiilia diagnoosil
- Keskkonnast lähtuvad ning sotsiaalsed tegurid
 - „ohver-ahistaja“ ring, st need inimesed, keda ennast on lapsepõlves ahistatud on suure tõenäosusega ise täiskasvanuna ahistajad. Erinevad uuringud annavad erinevaid tulemusi (28-93%), kuid need on oluliselt kõrgemad kontrollgrupist (15%). Homoseksuaalseid pedofiile on lapsepõlves suurema tõenäosusega ahistatud kui heteroseksuaalseid pedofiile. Osad uuringud näitavad, et pedofiilidel on kihk just selles samas vanuses laste vastu, millises vanuses neid endid ahistati. Samas tuleb suhtuda „ohver-ahistaja“ teooriasse reservatsiooniga, kuna reeglina on ahistaja ohvriks olemine kontrollimatu

(soov oma tegevust leevendada ning kaastunnet leida) ning enamus ahistatutest ei muutu siiski ahistajaks

- Blanchard et al leidsid, et esinevad teatavad korrelatsioonid pedofiiliks olemise ning sünnijärjekorra vahel, samuti ema vanuse lapse sünni hetkel ning sellest lapsest pedofiiliks saamise vahel

2.3. Pedofiilide tuvastamine

Traditsiooniliselt on olnud peamine pedofiilide tuvastamisviis fallomeetrilised või pletüsmograafilised testid. Need testid kujutavad erinevate stimulaatorite (pildid, videod, helisalvestised) esitamist subjektile ning seejärel peenise läbimõõdu või erektsioonimahu muutuse analüüsi. Arteriaalse verevoolu muutuste määramist sugutis loetakse täpsemaks vahendiks mõõtmaks erutus seisundit võrrelduna peenise läbimõõdu muutustega.

Pletüsmograafia puhul on probleemideks testi maksumus, sobimatus naissoost kahtluslaste 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 mõõdistustega. AASI põhineb enesehinnangu küsimustikul, mida kombineeritakse ajaga, mille jooksul subjekt pöörab tähelepanu erinevatele standardiseeritud piltidele, mis kujutavad rietatud lapsi ja täiskasvanuid. Väidetavalt suudab AASI eristada 21 erinevat seksuaalse huvi kategooriat ning on ennast tõestanud homoseksuaalsete pedofiilide tuvastamisel võrdväärse vahendina kui pletüsmograaf. AASI on efektiivsem tuvastamaks heteroseksuaalseid hebofiile, kuid ei ole arvestav meetod tuvastamaks pedofiile, kelle kihuks on noored tüdrukud. AASI plussideks on mittepornograafilise fotomaterjali kasutamine, vältab 1-2 tundi, ei vaja erivarustust ning on kasutatav pea kõikjal.

2.4. Naissoost seksuaalkurjategijad

Naissoost seksuaalkurjategijate teemast on traditsiooniliselt mööda mindud nii meedikute kui ka õigusorganite poolt. Nimetatud asjaolu põhjuseks on meedikute ebakindlustunne diagnoosi püstitamisel, ühiskonna suhtumine probleemi ja suhteliselt tagasihoidlikum kaebuste hulk (meessoost ohvrite soorolliga ei sobi enda määratlemine naissoost ära kasutaja ohvrina). Vastavalt USA Justiitsministeeriumi 2006. aasta andmetele viidi läbi 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 harvaesinevaks; enam esineb ohvri peresisest ära kasutamist ja sagedasem on koostoimimine enda partneriga. Naiste retsidiivsus seksuaalkuritegude osas on meeste omast kordi väikesem (10-15 X).

Naissoost seksuaalkurjategijate tüübid (Matthews):

- 1) Õpetaja/armuke
- ära kasutatav 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 saavutada ohutu intiimlähedus ohvriga
- 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 tüpoloogias, mis loodi USA-s ca 500 naisvangi uurimise põhjal on siiski rakendatav ka kohalikus kultuuriruumis:

- 1) Hetroseksuaalne vanem lähisugulane
 - suurim grupp
 - ohvrid keskmiselt vanuses 12 a
 - ohvrid vaid meessoost
 - vägivalda ei rakendata sundimaks seksuaaltegevustele
- 2) Mittekriminaalse taustaga homoseksuaalid
 - ohvri keskmine iga 13 a
 - 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 intiimsuhtes (tegemist seega koduvägivallaga homoseksuaalses koosluses)
- 5) Naissoost „seksuaalkiskjad”
 - ohvri keskmine iga 11 a
 - 60 % ohvritest meessoost
 - kõrge retsidiivsus
 - suhteliselt suur ohvrite hulk
- 6) Täiskasvanud nooremaealised ärakasutajad
 - 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
 - Ärakasutaja- 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 toimunust 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 isikupuutumatusse (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.

Enamus vägistamisi pannakse toime poiste ja meeste poolt tüdrukute ja naiste vastu. USA andmetel moodustavad naiste poolt toime pandud vägistamised kuni 5%, meeste poolt toime pandud vägistamised moodustavad 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 vastu;
- kurjategija seisund: depressivne, vihane, tihti eelnevalt alkoholi tarvitanud;
- varasem kuritegevus: võib olla karistatud vägivalla kuritegude 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 sageneda;
- 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 läbi;
- 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 vajalik sisemise tasakaalu loomiseks ja ilmneb fantaasiates juba teismelise eas;
- kurjategija seisund: äärmiselt erutatud, sündmõtetest 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, ohvri kallal kasutab erinevat vägivalda, iseloomulik orjastamine, piinamine, äärmuslikel juhtudel võib ohvri tappa;
- vägivallaakti pikkus: võib olla pikaajaline ja kesta päevi, ohvrit hoitakse vangistuses;
- ohvri füüsiline seisund: kehal ulatuslikud vägivalla jäljed;
- ohvri psüühiline seisund: ellujäänud ohvri psüühiline seisund üliraske

□ **Seksuaalse rahulduse vägistamine**

- motiiv: eelkõige seksuaalse rahulduse saamine;
- rünnaku iseloom: pigem impulsiivne;
- rünnakute regulaarsus: ühekordne või väga harv;
- kurjategijale iseloomulik: madal enesekontroll, enesekesksus
- 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 müüdid naiste osas

- Vägistamine on seks
- Vägistaja on üksik, seksuaalselt rahuldumata 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 vägistajaks 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 abielusid ja takistab poolte leppimist

2.6. *Preventsioon*

Esmane preventsioon

Seksuaalkuritegude ennetamiseks ja võimalikult varajaseks avastamiseks on soovitatav hõlmata koolide ja teatavatel juhtudel ka nooremate lastega tegelevate lasteasutuste õppeprogrammidesse 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. 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 käsiteldav 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 sugutungit ja seksuaalseid 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. Enamus inimese seksuaalsuse spetsialiste jagavad 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.

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 Babchishin on läbi viinud metaanalüüsi seni selles vallas avaldatud uuringutest. Ligemale pooled internetis lapsporno kasutamise ja läbi interneti lapseealisega seksuaalsel eesmärgil kontakti võtmise eest karistatud isikud (55%) mõönavad anonüümsetes küsitlustes, et nad on toime pannud reaalse lapseealise 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 lapse vastase seksuaalkuriteoni, on last seksuaalse objektina kujutava visuaalse materjaliga hõivatud olemine siiski illegaalne ja võib nende puhul, kellel on antisotsiaalseid eeldusi oma deviantse seksuaalorientatsiooni väljaelamiseks, eskaleeruda tõsisemateks seaduserikkumisteks. Lapsporno tarbijate tuvastamine võimaldab ka vähendada nõudlust lapsporno järele ning kahandab sel moel nende laste arvu, keda lapsporno tootmise eesmärgil ära kasutatakse.

Seksuaalvägivalla ohvrite äratundmine ja kohtlemine

Meditsiinispetsialistid ja politseitöötajad kasutavad käesolevalt Eesti Pereplaneerimise Liidu poolt 2001. aastal koostatud juhendit kuidas seksuaalkuritegevuse ohvriks sattunud ära tunda ja mismoodi talle juba tekitatud kahjustusi võimalikult operatiivselt dokumenteerida ja ravi anda. Kohtumediitsiini Instituudi poolt on ettevalmistamisel kaasajastatud juhendmaterjalid seksuaalse vägivalla ohvrite menetlemiseks. Vaid väike osa ohvritest annab kurjategija üles ning julgeb ärakasutamisest avalikult rääkida. Varjatud seksuaalse ärakasutamise ja ohvriks langemise tase on kõrge juba seetõttu, et ohver kahtleb, mis seksuaalne ärakasutamine on, kes selle eest õieti vastutab ja mil määral see tema puhul aset leidis. Kodanikuõpetus inim- ja kodanikuõigustest ja institutsioonidest, kuhu erinevate probleemiDe korral abi saamiseks pöörduda, võiks siinkohal olla alusteadmiste andjaks igale viimaselegi kui ühiskonna liikmele.

Laste vastu suunatud vägivalla ja väärkohtlemise vormidest annavad spetsialistile eestikeelse ülevaate Tartu Laste Tugikeskuse kogemust kokkuvõtavad raamatud Laste Väärkohtlemine ja Lapse väärkohtlemine 2, 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 (Karistusseadustik § 307 - Kuriteost mitteteatamine, EV lastekaitse seadus § 59 - Abi vajavast lapsest teatamine, Kriminaalmenetluse seadustik § 72 - Ütluste andmisest keeldumine kutse- või muu tegevuse tõttu) selleks on vaja kehtestada teada

andmise konkreetne kord, näiteks prokurörile, kes tegeleb piirkonnas laste, noorte ja muude pereliikmete vastu suunatud seksuaalkuritegudega).

Seksuaaltervise valdkonnas tegutsevad spetsialistid peavad ravijuhendi koostajate soovitusel olema eriti valvel seksuaalkuritegevusega seotud parafiiliate idanemise kontekstis, 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 ligipääs riiklikele ressurssidele soodustingimustel või tasuta ravi saamiseks (vaata 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 kliinilise seksuoloogi teenust ja jälgimist järjepidevalt saada. Üheks lahenduseks võiks olla Kliinilise Seksoloogia Kompetentsi keskus (Rootsi mudel, Haigekassa ja ravikindlustatud).

Sekundaarne preventatsioon

Restoratiivne õigus on põhimõte, mida mõnedes maades on praktiseeritud karistuse ära kandnud seksuaalkurjategijate ühiskonda tagasi hõlmamisel. 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.

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. TEPSi (tagasilanguse ennetamise programmi seksuaalkurjategijatele) raames on Eestis ka ohvritele kirju kirjutatud, see on programmi osa, väga harva realselt ka välja saadetud. Kui Eesti läheb taolise lahenduse teed, tähendab see professionaalsete teenusepakkujate otsest kohustamist võrgustikutöök ja peaks ühiskonnas laiemalt teadvustama vägivalla olemust, vägivalla keelatud ja propageerima prosotsiaalseid viise ühiskonna liikmete seksuaalsusega seotud vajaduste rahuldamiseks.

Avalikku registrit seksuaalkuritegude eest karistatud isikutest pole Eestile tarvis, teiste maade kogemus ei õigusta seda (Oslo konverentsi materjalid). Ekspertgrupp soovitab pigem laste ja noorukite ning vaimse tervise probleemidega tegelevate asutuste ja muude põhjendatud huvidega asutuste kohustamist järelpärimiste tegemiseks karistusregistrisse enne uue inimese tööle palkamist ning selle kohustuse järgimise kontrollimist. Konkreetne meede vajab senisest enam teavitustööd elanikkonna hulgas, et realselt rakenduks vastav seaduse säte, mis kehtib Eestis alates 2007. aastast, realselt oleks tarvidus meedet, mis antud kohustuse täitmist järgiks. Kui asutuste juhid panna materiaalselt vastutama nende personalipoliitiliste otsuste eest, oleks nii kogukonnal, kui lapsevanematel kindlustunne lastele ja noorukitele suunatud teenuste kvaliteedi osas ning see pärsiks tarbetut omavolitsemist ja iseseisvaid jälitusoperatsioone ühiskonda naasmist alustanud endiste seksuaalkurjategijate suhtes.

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 liitmist kuni nädalaks nn. karantiini panna ja selle karantiini ajal läbi viia nii testimine ja intervjuerivad vestlused. On oluline, et vanglapersonal õpib uut kinnipeetavat tundma enne kui see sobitab ennast kinnipeetavate omavahelisse hierarhiasse ja liitub nendega abistava personali vastu.

Hetkel toimub täitmisplaani järgi seksuaalkurjategijate paigutamine seksuaalkurjategijaid 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 täpselt veel, mis teda tsoonis ees ootab ja põhirõhk on kodukorra ja muude 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 soovitatavat efekti.

Usalduslikku suhet tuleb arendama hakata just testimise faasis. Kujunev suhe vanglapersonali ja kinnipeetava vahel on kogu kinnipidamisasutuse sisese rehabiliteerimise alustala. Testiküsimustele vastamine nõuab ühtlasi vähemalt mõningast eneseanalüüsi kinnipeetavalt, kes on isoleeritud just nimelt sel eesmärgil, et ta oma käitumisest mingeid uusi järeldusi teeks ja ka eneseanalüüsi võime saab tulevikus ravi alustalaks. Uuemad testimise mõju uuringud näitavad, et hästi valitud testi küsimustele vastamisel iseenesest on mõjustav ja käitumist suunav mõju.

- (2) selgus küsimuses, et mida selle 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 testide kohustuslikuks tegemise.

Marshall jt. soovivad teste kasutada riski hindamisel, seksuaalkurjategijate ravigruppidesse määramisel ja ravi tulemuslikkuse mõõtmisel. Testid loovad mingi pildi kinnipeetava individuaalsusest ja ideaalsel juhul temale omastest kriminogeensetest vajadustest. Test on mõõtmisvahend, mida saab kasutada raviefektiivsuse hindamisel üldiselt või mingi konkreetse sekkumisviisi mõju või muutuse hindamisel ja dokumenteerimisel konkreetsemalt. Sellise hindamise puhul on möödapääsmatu algse olukorra defineerimine ja see võib oskuslikul testimisel kinnipeetavast mitmekülgsema pildi luua kui spetsialisti kliinilise mulje põhjal antud hinnang Testipatareisse, mille täitmist korraldab kinnipidamisasutuse sisestes huvides korrektsioonisüsteemile spetsialiseerunud kliiniline psühholoog ja uurimistöö huvides töötleb

lepingulistel alustel Tartu Ülikooli juurde loodud Rakenduspsühholoogia Keskuse professionaalsete testijate, meeskond võiksid kuuluda järgmised testid ja intervjuud:

- 1) Mini rahvusvaheline neuropsühhiaatriline intervjuu DSM-IV sisaldab depressiooni, düstüümiat, suitsidaalsust, maaniat, paanikahäiret, agorafobiat, sotsiaalfoobiat, obsessiiv-kompulssiivset häiret, posttraumaatilist stressihäiret, alkoholsõltuvust/kuritarvitamist, uimastisõltuvust/kuritarvitamist, psühhoatilisi häireid, söömishäireid ja generaliseerunud ärevushäiret diagnoosivaid lõike. Intervjuu läbiviimine võtab üldjuhul 20-30 minutit, see aeg võimaldab ka esitatud küsimuse täpsustavat selgitamist uuritavale.
- 2) Retsidiivsusriski hindavad küsimustikud Static99 ja dünaamiliste riskifaktorite hindamiseks mõeldud intervjuu Stable 2000 ja Dynamic 2000.
- 3) Seksuaalhälvetest ülevaadet andev küsimustik, mida Eesti keeles veel kasutusel ei ole. Selle puudumisel tuleks kõne alla ka seksuaalkäitumise profiili kohta ülevaate küsimine, kuid sedalaadi testides ei pruugi olla küsimusi, mis seksuaalkurjategijate spetsiifikat hõlmaks. Kirjanduses on vastav andmestik kokku pandud teinekord ka kurjategija seniste teadaolevate seksuaalkuriteo episoodide põhjal.
- 4) Lähisuhte võimelisust, interpersonaalset dünaamikat, objektisuhete eripära või nartsissismi mõõtev küsimustik. Kiindumussuhet mõõtev test ECR-R, mis toob esile vältivad ja ärevad motiivid lähisuhtes lähedusest hoidumiseks. Intiimsusega seotud defitsiite hõlmavad samas ka dünaamiliste riskihindamiste intervjuud, nii et spetsiifilist testi võiks kasutada vaid uurimistöö kontekstis.
- 5) PCL-R Psychopathy Checklist või mõni üldiselt isiksusehäireid diagnoosiv test. Eesti keeles on olemas DSM-IV põhine SNAP, mis sisaldab ka nartsissistlikku isiksusehäiret, adapteerinud Maie Kreegipuu
- 6) 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. 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.
- 7) Eneseregulatsiooni taseme mõõdik (SRI), mis keskendub tervisega seotud toimetulekustrateegiatele. BCOPE mõõdab toimetulekustiile.
- 8) Aaro Toomela poolt Eesti vanglatele kohandanud testipatarei, mis sisaldab vaimse võimekuse osa, isiksuse mõõtmiseks testi VIF-IPIP-R69, enesehinnangu mõõtmiseks EHI, VAL, AP, LOT ja veel tervet rida erinevaid teste. Kahjuks ei õnnestunud EV Justiitsministeeriumist vaatamata mitmetele järelepärimistele Aaro Toomela uuringuraportit saada, nii et sellesse hõlmatud ja juba vanglale kohandatud testide kohta ei saa siinkohal kahjuks täpsemat soovitusi anda.
- 9) Allik jt. 2009 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.

Nimetatud testide soovitamise aluseks on see, et nad on Eesti keeles olemas, nende mõõtmisomadusi Eesti oma valimitel on kontrollitud 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 psühhomeetriliste omaduste poolest kehvemad või nende kohta puuduvad üldpopulatsiooni tasemel võrdlusandmed.

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

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

Ekspertkomisjon on seisukohal, et testimine peab eelnema TEPSile või peab vähemalt toimuma I faasi ajal, mil antakse hinnang ja analüüsitakse kinnipeetavate minevikku (seksuaalset minevikku). Siis saab siduda testimise kirjelduse saamisega isikust.

4. Diagnostika

Traditsiooniliselt on olnud peamine pedofiilide tuvastamisviis fallomeetrilised või pletüsmograafilised testid. Need testid kujutavad erinevate stimulaatorite (pildid, videod, helisalvestised) esitamist subjektile ning seejärel peenise läbimõõdu või verevarustuse muutuse analüüsi. Verevoolumahu määramist loetakse täpsemaks vahendiks mõõtmaks erutus seisundit võrrelduna peenise läbimõõdu muutustega. 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 mõõdistustega. AASI põhineb enesehinnangu küsimustikul, mida kombineeritakse ajaga, mille jooksul subjekt pöörab tähelepanu erinevatele standardiseeritud piltidele, mis kujutavad rietatud lapsi ja täiskasvanuid. Väidetavalt suudab AASI eristada 21 erinevat seksuaalse huvi kategooriat ning on ennast tõestanud homoseksuaalsete pedofiilide tuvastamisel võrdväärse vahendina kui pletüsmograaf. AASI on efektiivsem tuvastamaks heteroseksuaalseid hebofiile, kuid ei ole arvestav meetod tuvastamaks pedofiile, kelle kihuks on noored tüdrukud. 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 ja teda uuriva spetsialisti vahel. Kinnipeetava suhtumine läbi küsimuste „miks seda vaja on?“ „on see kohustuslik, jne. on 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 sillustada teed tulevastele sekkumistele ja ravile.

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

Juurdepäasu toimikutele võiksid reguleerida institutsioonide vahelised lepingud ja konfidentsiaalsuskokkulepped. Testitulemuste töötlemiseks iseenesest piisab kui vaatlusalune teisendatakse järjekorranumbriks andmetabelis. Personaalsele materjalile juurdepäasu saab piirata kinnipidamisasutuse töötajaskonnaga.

Lisaks oleks juhendi autorite arvates otstarbekas muutuse 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 psühhomeetrislike skaalade vahendusel dokumenteerida ravi käigus toimuvaid muutusi. Diagnoosimiseks sobivad psühhomeetrislikest skaaladest eelpool mainitud MINI, isiksusehäire mõõdik ja vaimse võimekuse test.

5. Ravi

5.1. Ravi planeerimine kinnipidamisasutuses

Tartu Vanglasse toimub täitmisplaani järgi paigutamine.

- (1) kinnipeetavale koostatakse riskihindamine (RH)
- (2) RH järgi isikule individuaalse täitmiskava (ITK), kus on sees ka sekkumisprogramm TEPS
- (3) TEPS koostatakse kinnipeetavale 1 aastaks
- (4) osakonda 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 tegelustes osalema (TEPS saab Tartu Vanglas olema esialgu eestikeelne);
 - 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 levimust ja kurjategijate käitumise kroonilisust ning ohvritele tekitatud sotsiaalsete ja psühholoogiliste kahjustuste ulatuslikkust, on põhjendatud otsida tõhusaid meetmeid vältimaks nende seksuaalkurjategijate 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 disainitud raviprogrammi. Sestsaadik on läbi viidud ka mitmeid efektiivsusuuranguid, kus vaadeldakse seksuaalkuritegevuse või ka üldisemalt kuritegevuse retsidiivsusust ja püütakse välja selgitada millised kurjategija või kuriteo iseärasused, raviprogrammi komponendid või ravi läbi viiva terapeudi isikuomadused ennustavad teraapiaga lõpuni minemist ja ravi edukust. Metaanalüüside tulemused näitavad üldises plaanis seksuaalkurjategijate raviprogrammidesse investeerimise mõistlikkust, kuna sekkumised vähendavad nii seksuaalkuritegude kui muude kuritegude kordumise tõenäosust.

Andrews ja Bonta on sekkumise efektiivsust määravate faktoritena välja toonud kolm põhimõtet, mille alusel on üles ehitatud enamuse 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 kõige ohtlikemate ja kõrge retsidiivsusriskiga seksuaalkurjategijate edasise tegutsemise ärahoidmisesse. Teine põhimõte on sekkuda **defitsiidi põhiselt**, orienteerudes 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 konteksti, näiteks kinnipidamisasutuse sisekorra reeglite toel, saab õppimist soodustada, aga arvesse tuleb võtta mõjustatavate **intellektuaalseid võimeid, isiksusejooni, sooritatud kuriteo tunnistamise määra, ravist osavõtmise motiive, vaenulikkust ja muid inimesele omaseid jooni, mis mõjustavad tema ravist kasu saamise 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 seksuaalkurjategijate ravi korraldamisele pööratud kõrgendatud tähelepanu, sest seksuaalkuritegude arv on jooksvalt kasvanud. Nii näiteks mõisteti 2000 aastate alguses süüdi keskmiselt 670-730 inimest aastas, siis aastatel 2005-2006 oli see juba ligi tuhat. Seetõttu on Rootsis välja töötatud ka detailne juhised seksuaalkurjategijate menetlemiseks (lisaks vanglakaristusele võib Rootsis seksuaaljurjategijatele määrata ka tingimisi vanglakaristuse, rahatrahvi, keshtestada käitumiskontrolli meetmeid või kombineerida eeltoodud üldkasuliku tööga). Piiranguid ravimeetodite osas (antihormonaalne ravi, farmakoloogiline ravi) keshtestatud ei ole. Samuti puudub detailne kirjeldus, kuidas peaks ravi toimuma – kuid oluline on, et ravi osutamisega tegeleks vajalikke valdkondlikke teadmisi omav spetsialist, vangil endal on huvi ravis osaleda ja seda ka pärast vangist vabanemist ning et ravi käigus järgitaks alltoodud põhimõtteid.

a) Retsidiivsuse vähendamine läbi vangi mõjutamise ja motiveerimise, mis põhineb vangi individuaalsel seisundil ning vajadustel. Eesmärk ei ole "parandada vangi", vaid pigem suurendada 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 vanglas

c) Kuriteo lahtimõtestamine. Kurjategija peab suutma ise selgitama oma käitumist ja asjaolusid, mis viisid kurite toimepanemisele ning aduma tehtu tagajärgi.

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

1. Teavitusmeetmed, mille eesmärgiks on vangi teavitamine ühiskonna seisukohtadest ja hinnangutest seksuaalkuritegude suhtes, samuti ülevaade valdkonda reguleerivatest õigusaktidest ning vanglates leiduvatest võimalustest raviks ja psühhoteraapiaks. Meede on kohustuslik kõikidele vangidele ja selle läbimine on osa karistusest. Edastatav teave peab olema neutraalne vältimaks kurjategija eitamis- ja

kaitsemehhanismi tugevdamist. Meetmeid viivad läbi vanglatöötajad, kellel on piisavad teadmised üld- ja kliinilisest seksoloogiast ning head suhtlemisoskused.

2. Motivatsiooniprogramm, mille eesmärgiks on motiveerida vangis ravis (nt psühhoterapia) osalema. Programmis antakse vangile teavet seksuaalsusest, soorollidest, inimese psühhoseksuaalsest arengust, seksuaalsusest ja narkootikumidest, seksuaalsusest ja vägivallast, seksuaalsusest erinevates kultuurides, psühhoterapilise ravist ja arstiabi võimalustest. Meede on kohustuslik kõikidele vangidele ja selle läbimine on osa karistusest. Meetmeid viivad läbi vanglatöötajad, kes omavad seksoloogi kvalifikatsiooni ning on läbinud täiskasvanute õpetamise alase koolituse.
3. Raviprogramm, mille eesmärgiks on vangis ravi ja rehabilitatsiooni läbiviimine. Sihtrühmaks on esmakordselt süüdimõistetud kurjategijad, programmis osalemine on vabatahtlik. Ravi raames aidatakse vangil õppima vastutama oma seksuaalkäitumise ning teiste kuriteoga seonduvate tegude eest, keskendudes nendele aspektidele, mis on kuriteo taassooritamise osas riskifaktorid. Eesmärgiks on ka õpetada vangil looma toimivaid inimsuhteid, mis ei põhine ärakasutamisel. Ravi peab aitama tõsta ka 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 ta baseerub Kanadas kasutusel olevale programmile, olles kohandatud Rootsi oludele. Programm kestab 8 nädalat, kokku 108 tundi. Programmi läbiviimise eest vastutab kaks vanglatöötajat, keelst üks on psühholoog või psühhoterapeut. 2006 aastal läbis *ROS* programmi 59 vangil, aastal 2007 66 vangil. Programmi võib täiendada riskide hindamise ja strateegia koostamise ploki, mille raames kurjategija peab tegema isikliku riskianalüüsi, kirjeldama oma elu senist käiku ning koostama tegevusplaani vabastamise järgseks eluks.

Rootsi praktika näitab, et keemiline kastratsioon üksi ei ole efektiivne raviviis, vaid seda tuleb kombineerida intensiivse psühholoogilise või psühhoterapilise raviga. Alates aastast 2006 toimib Karolinska ülikoolihaigla juures seksuaalintervishiikeskus, kuhu seksuaalsete häiretega isikud saavad ise pöörduda või suunatakse nad sinna arsti poolt. Keskuses töötavad kogenenud eriarstid, psühholoogid, psühhoterapeutid ja teised spetsialistid. Keskuse eesmärgiks on ennetada seksuaalvägivalda ja seksuaalkuritegusid läbi seksuaalkuriteo sooritamise riskis olevate inimeste mitmekülgse nõustamise.

Norras baseerub seksuaalkurjategijate ravi ennekõike mittefarmakoterapilistel 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 kasutusel olnud ravivõtetest kõige tulemuslikumaks.

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

Suurbritannia on üks pikaajalisemate traditsioonidega riik, kus seksuaalkurjategijate ravi on praktiseeritud, kuid ravi läbinute arv on väike ning selle tõhusus kaasaegsete kriteeriumite

valguses madal. 1970-1980ndatel keskenduti peaauglikult medikamentoossele ravile, 1980ndatel ka antihormoonravile. Kaasaegne ravisüsteem juurutati alles aastal 2007 – see baseerub psühholoogilistele ehk teraapiatel põhinevale lähenemisele, kuid teatavatel juhtudel on kasutuses ka ravimid (ravimitele allutamiseiga peab kurjategija nõustuma).

Inglismaal ja Walesis korraldab seksuaalkurjategijate ravi riiklik nõuandeteenistus (National Advisory Service), mille koosseisus on seksuaalkurjategijate ravile spetsialiseerunud psühhiaatrite võrgustik. Võrgustikku kuuluv psühhiaater soovitab seksuaalkurjategija raviks kõige sobivama raviviisi.

Medikamentoosse ravi puhul kasutatakse Suurbritannias kahe raviviisi: SSRI ravimid ja testoseroonitaset alandavaid ravimeid. SSRI ravimeid kasutatakse kui seksuaalkuritegu on sooritatud impulsiivsel ajendil, kinnismõtete tulemusena või on seotud kurjategija meeleseisundiga. SSRI ravimite kõrvalmõjud on reeglina vähesed. Testoseroonitaset alandavad ravimid ehk antiandrogeenid vähendavad SSRI ravimite olulisemal määral seksuaalkihku. Kõrvalmõjud on palju ja need võivad olla olulised.

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

Uurimistöõ on esile toonud ravi tulemuslikkust mõjustavaid 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 teistest 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 kuriteo episoodi kohta eraldi.

Käitumuslikud interventsioonid põhinevad traditsioonilisel klassikalise ja operantse õppimise teoorial. Nende otsene eesmärk on käitumise muutmine stiimuli esinemise kontekstis. Peenise pletüsmograafia on kasutusel hälbelise seksuaalhuvi objektiivseks mõõtmiseks suguti kõvastumise kaudu. Aversioonteraapia puhul seostatakse seksuaalhälbelise sisuga materjali uurimine eemaletõukava stimulatsiooniga. Varjatud sensitiseerimine tähendab hälbelise 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 hälbeliste 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 aversioonteraapiateks 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 täienevad toimetuleku viisid kuriteoahelas tagasilangusele ahvatlevate siseseisundite või väliste mõjutustega. Üks süstemaatilisemaid uusi kognitiiv-käitumuslikke lähenemisi keskendub seksuaalkuritegu õigustava mõtlemisskeemi 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 toimumispõhimõtete tundmine ja oma elu oskuslikum juhtimine.

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 vägivalla 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 hälbete erutuvusmuustrite korrigeerimine, ühiskonnale vastuvõtava 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, mis seab peamiseks eesmärgiks ravialuste varustamise niisuguste eluoskustega, mis aitaksid neid isiklikult rahuldustpakkuvama ja ühiskonna silmis väärtustatud elu juurde. Hea Elu Mudelis keskendutakse kurjategijate mittekriminogeensetele vajadustele, elu juhtivatele väärtustele, nende saavutamise võimalustele ja sotsiaalse toetuse parema rakendamise oskuse andmisele, nii et kurjategijad oleksid ravi lõppedes suutelised oma üldinimlike läheduse ja muid vajadusi rahuldama prosotsiaalsel ja legaalsel viisil. Seksuaalkurjategijate motivatsiooni programmis osalemiseks suurendab samuti see, kui keskendutakse nende puudulikele oskustele saavutada endale olulisi eesmärgi sotsiaalselt aktsepteeritaval ja isiklikult rahuldustpakkuvaval moel. Mida suuremal määral iga üksiku kurjategija personaalne identiteet on sekkumisplaani hõlmatud, seda suuremat koostööd ja edu on sekkumistest loota.

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

Sekkumisprogrammid 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 seksuaalkurjategijatele on tõestamisel leidnud kõrgema standardi randomiseeritud kontrolliga uuringuskeemis (RCT), siis tuleks selle elemente rakendada kõikjal, kus tegeletakse noorukitest seksuaalkurjategijatele programmide kavandamisega. Täiskasvanutele mõeldud efektiivseid programme on teada mitmeid, kuid mitte mingil juhul ei saa jätta arvestamata programmi kohandamise vajadusega iga üksiku kliendi puhul. Seda saab ja suudab teha kogunud klinitsist.

Randomiseeritud kontrollgrupiga uuring on eksperimentaalse hüpoteesi tõestamise eesmärgiga uuringudisain, kus kõrvuti ravialuste grupiga jälgitakse samasuguse riskiastmega, aga ravile mitte määratud kurjategijate korduvkuritegevuse taset. Motivatsioon ravi taotlemiseks peab võrreldavatel gruppidel olema sarnase tugevusega, samuti püütakse võrdsustada demograafilisi ja sooritatud kuritegudega seotud näitajaid. Individuaalsetele faktoritele ravi tulemuslikkuse määramisel pööratakse taolistes uuringutes minimaalselt tähelepanu ja nii kaob silmist tegelikult vastamist nõudev ja tulemuslikkust otsustavalt mõjustav küsimus – miks ühed seksuaalkurjategijad on võimelised ühe või teise sekkumise tulemusena oma käitumist muutma ja teised ei ole seda 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. Teraapia protsessi karakteristikuid (terapeudi stiili ja terapeutilise suhte loomist) ei võeta protseduurireeglite jälgimise taustal üldse arvesse, kuigi see määrab raviefektiivsusest kaugelt suurema osa. 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 randomiseeritud kontrollgrupiga uuringuskeem ei ole kliinilise praktika suunamisel või piiramisel kohane argument seni, kui see reglementeerib kliinilise efektiivsuse seisukohalt olulisi printsiipe vaid uuringuskeemi enda, mitte sekkumise praktilise tulemuslikkuse huvides.

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 isiksusest mittekeskendumine). 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 ravitulemused ei sisalda vähemalt teateid retsidiivsusrisi 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, ohvrite poolne otsus nende vastu toime pandud kuritegu enda säästmise ajendil maha vaikida või

uurimisorganite suutmatus kuritegu tõestada. Intsesti toime pannud 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 gruppide hõivatud ja nendele, kes vajavad motiveerimist ja ka sissejuhatavat grupiteraapiat. Gruppidesse 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 ka kinnipeetava või kinnipidamisasutusest vabanenu partner ja perekond, et toetada suhtes toimuvaid protsesse ja ühtlasi tagada vabanenud endisele kinnipeetavale maksimaalselt tervet seksuaalkäitumist ja kuritegevuse vaba elu toetavad ressursid. Perekonna ja kogukonna kaasahaaramine on eriti oluline just noorukieas seksuaalkurjategijate puhul.

Mõistlik on erilist tähelepanu pöörata sekkumisprogrammidest väljalangejatele, kuna nende seas on korduva sarnase kuriteo toimepanemine kõige tõenäolisem. Väljalangemise põhjuseid seega tasub eriti silmas pidada ja dokumenteerida. Programmi katkestamise põhjused 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 programmis osalenu puhul hinnangu kliiniline komisjon, kelle ülesandeks on hinnata programmi materjali omastamist, prosotsiaalse käitumise esinemist, ravi käigus omandatu rakendamist ning endale loodud tagasilanguse vältimise plaani olemasolu ja rakendatavust. Ravikontseptsiooni internalisatsioon on vajalik, lihtsalt ravi läbimise tunnistus ei ole piisav garantii, et samalad kuritegu jääb kordumata. Registreerida tuleb nii ravi käigus väljalangenud, kelle väljalangemise põhjus võib olla seletatav programmi omadustest ja need, kes on ravirühmast oma häiriva käitumise tõttu ja vastu oma 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 terapeutipoolne nägemus toimunud kas kirjalikult või audiovisuaalselt dokumenteerida täiendavate uuringute ja spetsiifilise kliendi puhul sekkumist vajavate probleemide tuvastamise huvides.

Skriiningu protsess teraapiaprogrammiga liitujate valikul lähtub programmi sihtotstarbest ja programmi kasutava asutuse sisepoliitikast. Tavaliselt eeldatakse, et tulevane grupiliige on seksuaalkuriteos süüdimõistetud, programmist osavõtu nõusoleku andnud, tunnistab oma toimepandud tegu ning nõustub vähemalt mingil määral selle teo eest vastutust võtma. Mõned sekkumisprogrammi valijad välistavad ka hiljutised programmidest 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 harvemini kui lapsepilastajaid, kuna nende puhul on programmi pääsemise nõuetele vastamine vähem tõenäoline. Mõningatel juhtudel nõutakse diagnoositud parafilia olemasolu ja vägistajatel see DSM-IV kriteeriumite kohaselt enamasti puudub. Vägistajad ei avalda ka ise soovi ravile tulla, neil on 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 raviprogrammi 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 toime panemise ajal töötud.

Programmi efektiivsuse suuremana 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. 4a 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 asendamatult noorukitest seksuaalkurjategijate puhul. Erinevast soost terapeutide tiim peab oskama erilist tähelepanu pöörata vägivallavaba suhtlemise dünaamikale, sest noorukitest seksuaalkurjategijad on sageli pärit keskkondadest, kus elu ilma vägivallata ette ei kujutata. Sama oluline on märgata internaliseeritud hülgamise mustreid ja olla perekondlikuks kasvukeskkonnaks tunnete, impulsside, teadmatuse ja kogenematusena toimetulekul.

Põhjamaades kasutatakse kõrvuti struktureeritud ja manuaalipõhiste kognitiiv-käitumuslike sekkumisprogrammidega ka kujundlikumaid, kehatöö põhiseid ja kunstilisi lähenemisi. Soovituslikud on protsessikesksed teraapiad, mis jälgivad tegevuse ja suhtlemise kulgu, keskendumata liigselt selle sisule või programmi läbimisele. Suur osa seksuaalkurjategijatega teha olevast tööst on suhestumise keskne – seega mitte mingil juhul ei tohi sel alal töötada spetsialist, kelle teadmised ja oskused piirduvad vaid manuaali tehniliste ettekirjutuste järgimisega. Tuleb teada ja arvestada, et kogu tänapäevase psühhoteraapia juureks on psühhoanalüütiline lähenemine, mis pöörab põhitähelepanu inimese suhestumisvõimele ümbritsevate objektidega. Nartsissism, sadomasohhism ja muud infantiilsed valu tekitamise ja hävitamise ja kahjustamistungiga seotud suhestumise vormid on kurjategijate hulgas väga kõrgelt esindatud ning vajavad oskuslikku kohtlemist. Seksuaalkurjategijate raviga tegelev spetsialist peab olema hästi kursis kõikvõimalike erinevate lähenemistega seksuaalkurjategijate kohtlemisele ja ravile. Psühhoteraapia-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 saavutada ettekirjutuste täpset järgimist, on ravipäevikus kirjeldada, mida tegelikult tehti ja milline oli tegevuse käigus esile tulnud suhte struktuur (ülekanne/vastuülekanne) iga üksiku kinnipeetuga. Selle efektiivne saavutamine võib osutuda problemaatiliseks, kui psühhoterapeudi teenust ostetakse sisse. Selle vältimiseks võib kaaluda Kanada mudeli juurutamist, kus psühholoog töötab terve esimese aasta kohanemiseks vanglatööga pädeva juhendaja käe all.

Kui iga üksiku kinnipeetud seksuaalkurjategijaga on tema kinnipidamise perioodil tehtud kõik, mida nad peavad vajalikuks toetamiseks tema kinnipidamisele järgneva 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 riskihindamine, 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 puudulikkude 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 ressursside varal. Sedalaadi töö materjalid, koos mõnede seksuaalkuritegude eest karistatud indiviidide isiklike tunnistustega on Eestis olemas.

Mis puutub ravikeskkonda, siis seksuaalkurjategijatega on otstarbekas planeerida mitmetasandilisi ja küllastavaid suhteid personaliga, selle asemel, et toetada nende sulandumist koalitsiooni omasuguste ühiskonnastastega. Sekkumiste efektiivsuse toetamiseks on väga oluline kinnipidamisasutuse ja selle töötajate ning kinnipeetavate ja 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. See on suureks probleemiks ka Eestis, kuid paraku ei ole sellega põhjalikult Eestis tegeletud. Mida vähem märgatav on vanglaametnike ja sekkumisega tegelevate spetsialistide igapäevane kohalolu ja kättesaadavus, seda destruktivsemaks 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 enesesusalduse 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. Eriti teeb mulle muret tänapäevastes manuaalipõhistes seksuaalkurjategijatele mõeldud sekkumisprogrammides väljendatud sage soovitus jätta antisotsiaalse isiksusehäirega kinnipeetavad ravist kõrvale. Selline ravialuste preselektioon saab olla kasuks vaid programmi efektiivsuse tõestajale, aga mitte probleemi terviklikuks lahenduseks. Nii nagu vanglateskkonnas üldiselt, nii on ka seksuaalkurjategijate seas rohkesti antisotsiaalse

isiksusehäirega isikuid, keda ei saa programmide näiliku efektiivsuse saavutamise nimel psühhoterapeutilisest menetlusest niisama lihtsalt kõrvale jätta. Antisotsiaalse isiksusehäirete ravi on Eesti vanglates ebapiisavalt võimaldatud. Peamiseks selle põhjuseks on ikkagi ressursipuudus. Antisotsiaalse isiksusehäire jooned on omistatavad ennekõike nendele isikutele, kelle prognoos ravi edukalt läbida on väga halb, kuid kes sõnades siiski väljendavad huvi raviprotsessis 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 osakonnas tagada selline spetsialistide omavaheline suhtlemine ja turvalisuse tase, mis võimaldaks usaldamise ja enesemääratlemise võime küpsemist ja arengut kinnipeetavates, kes seni on oma ohvrites rünnanud või ära kasutanud kujuteldavalt 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 välja ja enda kujuteldav kaitsmine kujuteldavate rünnakute tagajärgede eest leiab väljenduse ambivalentset vägivallaseguses käitumises ümbritsevate inimeste suhtes. Need inimesed on endassesulgunud ja meeleheitel 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.

Agressiooni seksualiseerimine, näiteks solvavad seksuaalsed märkused või sihilik seksuaalne alandamine, pannakse toime ohtliku objekti kontrollimiseks, kuna seksuaalne vastureaktsioon lapselt on hirmutanud eemale lapse suhtes destruktivist nartsissismi väljendanud vanemat. Seksuaalkurjategijatega tegelevad spetsialistid, ka vangla reametnikud, vajavad selles osas spetsiifilist koolitust, et kaitsele mitte rünnakuga vaid mõistmisega vastata. Ühtlasi on oluline supervisiooni kättesaadavus ja kollegiaalne koostöövõrgustik. Tuleb arvestada, et kognitiiv-käitumisteraapias 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 enda vajadusi võimaldades tal ümbritsevatelt inimestelt vägivallavabalt soojust, lähedust ja aktsepteerimist kogeda, enne kui ta on võimeline seda ise täiskasvanulikul tasemel pakkuma.

Raviteenuse pakkujad Eestis võiksid 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 retsidiivsus, käitumise muutused (ravile allumine, ennastkahjustava käitumise vähenemine, enda eest hoolitsemine, problemaatilise seksuaalkäitumise vähenemine, agressiivsuse vähenemine jmt.), vaimse tervise seisundi paranemine, ravi- ja järelevalve teenuste 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 kontingendil põhjendamatutesse sekkumistesse investeerimist.

Kinnipidamisasutuses toimiva sekkumisprogrammi tulemuslikkuse jooksva hindamise taustal on otstarbekas korraldada avalikke pakumisi seksuaalkurjategijate rehabilitatsiooniteenuse mudelite täiendamiseks. Arutelu nende mudelite 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 sellega, et medikamentoosne kastratsioon annab samase efekti. Siiski praktiseeritakse näiteks Tsehhis kirurgilist kastratsiooni jätkuvalt (alates aastast 1969 on seal teostatud ca 400 sellist operatsiooni ja iga-aastaselt viiakse läbi 1-3 sellist operatsiooni patsiendi informeeritud 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 funktsioneerimine ka konsensuslikes paarisuhetes täisealistega, siis on ka sellega seotuna kerkinud ülesse samad küsimused, mida on kasutatud vastuargumentidena kirurgilisele protseduurile. Keemilist kastratsiooni peetakse efektiivseks pedofiilia, ekshibitsionismi, hüperseksuaalsuse, seksuaalse agressiivsuse, ekstsessiivse masturbatsiooni, fetišismi ja masohhismi ravis. Keemilist kastratsiooni 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 informeeritud 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 psühhoterautilise protsessi läbinud patsiendid omandavad oskuse tunnetada seksuaalhäbeliste tungide taasilmnemist; pöörduda siis arsti poole ja kasutada nii 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, siis enamus autoreist peab vajalikuks ravikuuri vähemalt 3-5 aastat. 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 antiandrogenset toimet – ravim blokeerib androgeenretseptoreid, vähendab luteiniseerivat hormooni vabastava hormooni (LHRH) taset redutseerides seeläbi testosterooni hulka. Ravimi toimet alaneb sugutung ning vähenevad seksuaalreaktsioonid. Spetsiifilist efekti vaid häbelistele seksuaalreaktsioonidele ei ole kirjeldatud. Esmakordselt rakendati ravimit seksuaalhäbeliste isikute (valdavalt ekshibitsionistide) raviks Saksamaal. 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 alandab follikuleid stimuleeriva hormooni (FSH) ja luteiniseeriva hormooni (LH) seerumitaset. Samuti tõstab see testosterooni seotud fraktsiooni hulka. Uuringud näitavad, et preparaat taandab hõlbelisi seksuaalfantaasiaid, kihi 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 ilmnedä gūnekomastia, depressioon, lipiidiainevahetuse häired, kaalutõus, peavalud, trombemboolia ning gastrointesinaalsed nāhud. Diabeedi, raseduse ja imetamise ajal; vāljendunud hūpertoonia, tromboemboolilise haiguse ning 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 nivoo eelpubertediaegsele tasemele (Rostler&Witztum, 1998) samas mitte mõjutades neerupeatilise tegevust. Selle ravimite rühma rakendamisel ilmneb kõige vähem kõrvaltoimeid ja ravitüsistusi 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 vāltel vajalik teostada rida analüüse ja uuringuid.

Raviefekti ja kõrvaltoimete jälgimine	Analüüsid/uuringud	Teostamise sagedus/mārkused
Ravi efektiivsus	TT, FSH, LH, prolaktiin	Ravi alustamisel igakuiselt 4 kuud; edasiselt 2 korda aastas
Ainevahetuslikud häired	Kehakaal, veresuhkur	Kui tegemist diabeedihaišega, siis hoolikam kontroll. Kehakaalu oluliste nihete korral dietoloogiline nõustamine
Südame-veresoonekonna haigused	EKG, vererõhk	Vāhemalt 2 korda aastas. Kardiovaskulaarsete häirete korral vajadusel sagedamini
Neerude funktsioon	Urea, kreatiniin	Vāhemalt 2 korda aastas
Hepatotoksilisus	Maksa funktsionaalsed	Ravi alustamisel ja edasiselt häire kahtluse korral. Oluliste nihete

	näitajad	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 kaasned „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 toimel impulsiivsus, depressiivsus ning obsessiiv-kompulsiivne käitumine. Mõnevõrra alaneb ka testosterooni tase seerumis. Selle kõige foonil taanduvad hõlbelised seksuaalfantaasiad ja vastav käitumine; väheneb masturbatsiooniaktiivsus.

Päevased ravimdoosid:

Fluoxetin 40-60 mg

Fluvoxamin 200-300 mg

Sertralin 100-150 mg

Cimipramin 150-250 mg

Eeldatavasti on sarnane toime ka mitmetel teistel antidepressantidel, kuid seniselt 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 parafiilia afektiivsed häired, sõltuvusprobleemid, skisofreenia, dementsus või oligofreenia, peaaegu traumaatiline, vaskulaarne või infektsioosne kahjustus. Sageliesinevaks on hüperseksuaalsus, isiksushäired, aktiivsus- ja tähelepanuhäired või harjumuste ja impulsihäired. Mõnikord ilmneb hõlbeline seksuaalkäitumine sekundaarsena psühhootilise häire raamides ning taandub põhihaiguse ravi tulemusena, kuid samas võib see olla ka sõltumatu psühhosist ning nõuab seeläbi täiendavalt spetsiifilist ravi.

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

Neil parafiilsetel patsientidel, kes saavad ravi dopamiinretseptorite agonistidega on näidustatud võimalustpidi redutseerida ravimdoose ning rakendada täiendavalt antidepressante või neuroleptikume.

Neuroleptikumide kasutamisel on soovitatud libiido ja seksuaalreaktsioonide pärssimiseks võimalusel rakendada selliseid ravimeid, mis tõstavad prolaktiini nivood ning samal eesmärgil eelistada müorelakseeriva toimega bensodiazepiine.

Kui seksuaalhäbelise 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 noorukist.

Hüperkineetiliste häirete kaasnemisel seksuaalhäbelise käitumisega annab tihti hea raviefekti metüülfenidaat, kuid selle rakendamisel väljaspool nimetatud diagnoosigruppi võib seksuaalhäbelised impulsid pigem eskaleerida.

Paroksüsmaalse iseloomuga hüperseksuaalse käitumise korral on saavutatud häid tulemusi antikvulsantidega.

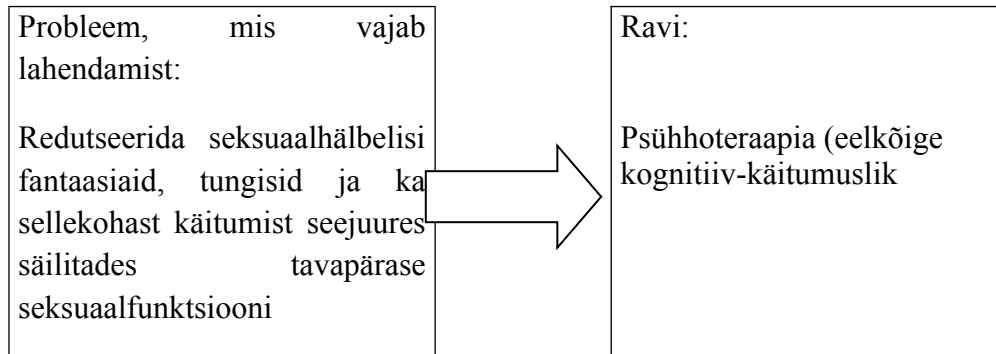
5.3. Ravietapid

- 1) seksuaalharidus ühiskonnas, turvalise ja vastutustundliku seksuaalkäitumise propageerimine, vägivalda vormidest ja vastuvõetamatusest teavitamine
- 2) probleemse käitumisega noorukite ja seksuaalhäbeliste kalduvustega täiskasvanute psühhiaatiline 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 motiveerimisega alustamine kohe peale kinnipidamist individuaalselt ja grupidööde käigus
- 5) individuaalne nõustamine, võimalik, et teraapia, kui ressursse on ja kohustuslik seksuaalkurjategijate grupiteraapia programmi läbimine enne vabanemist. Gruppide moodustamine sekkumisprogrammides - vägistajad ja lapsepilastajad koos, kuna konfronteeruvad vastastikku tõhusalt ohvrite vägivaldse kohtlemise teemal. Programmi läbinud isik, kelle riskiaste riskianalüüsi järgi on vähenenud, hõlmata sekkumisprogrammi sissejuhatamisse. Psühhoteraapia taustal võib olla kasu medikamentoosse ravi paralleelsest rakendamisest. Näiteks agressiivsete seksuaalkurjategijate ravimotivatsioon võib olla häiritud nende kõrgeast meessuguhormoonide nivoost. Medikamentoosse raviga võiks alustada 1-2 kuud enne vabastamist kinnipidamiskohast ja jätkata kuni 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 psühhoterapeudi, psühholoogi või psühhiaatri juurde
- 8) kriminaalhoolduse lõppemisel võimalus riigi toel pöörduda institutsiooni, 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 hooldekeskusse, kus osatakse taoliste isikute üle turvaliselt 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). Asendusravi.

5.4. Ravi algoritmid

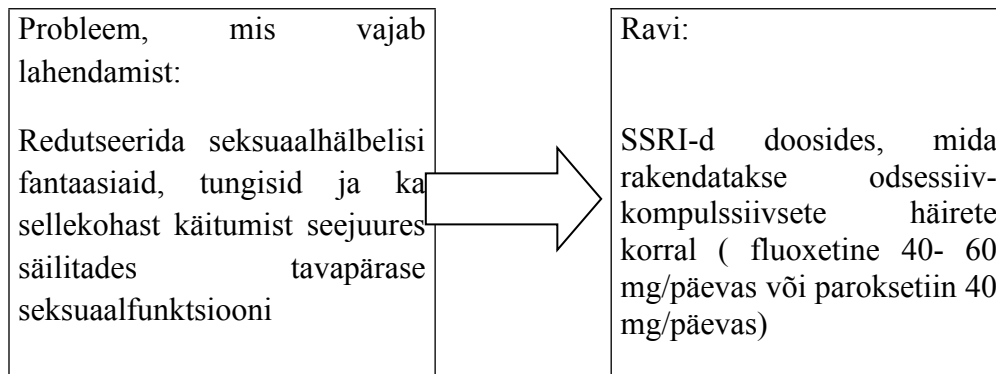
Ravi algoritmid on koostatud tuginedes Ülemaailmse Bioloogilise Psühhiaatria Ühingute Föderatsiooni (WFSBP) vastavatele algoritmidele, eristades ravi erinevaid eesmärke ning probleemitasandit.

Tasand 1



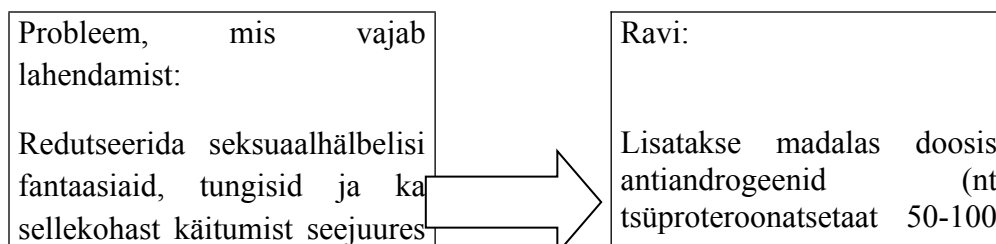
Tasand 2

- “hands off” parafiliate korral, mil on madal vägivaldse käitumise risk (nt ekshibitsionism ilma pedofiilse käitumise või vägistamisriskita)
- Rakendatakse ka juhul, kui tasandil 1 ei saavutata rahuldavat tulemust



Tasand 3

- “Hands on” parafiliad, millega ei ole kaasnenud penetratsiooni
- Parafiilsed seksuaalfantaasiasid, 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 hälbelised seksuaaltungid ja mitmed ohvrid)
- Seksuaalse sadism ilmingud puuduvad
- Patsiendil hea ravimotivatsioon (kui ei, siis tasand 5)
- Ravitulemus tasandil 3 puudub

Probleem, mis vajab lahendamist:

Redutseerida seksuaalhälbelisi fantaasiaid, tungisid ja kassellekohast 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 medroxyprogesteroonatsetaat: 50-300 mg/päevas
Kui kaasnevad depression, ärevus või obsessiiv-kompulsiivsed häired, siis paralleelselt SSRI-d

Tasand 5

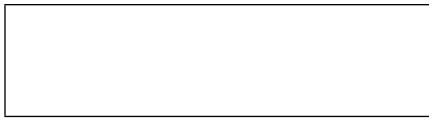
- Väljendunud parafiiliad, kõrge seksuaalvägivalla risk
- Sadistlikud seksuaalfantaasiad/käitumine; korduv keheline vägivald
- Ravitulemus tasandil 4 puudub

Probleem, mis vajab lahendamist:

Redutseerida seksuaalhälbelisi fantaasiaid, tungisid ja kassellekohast käitumist seejuures pärssides täielikult seksuaalreaktsioone ja libidot

Ravi:

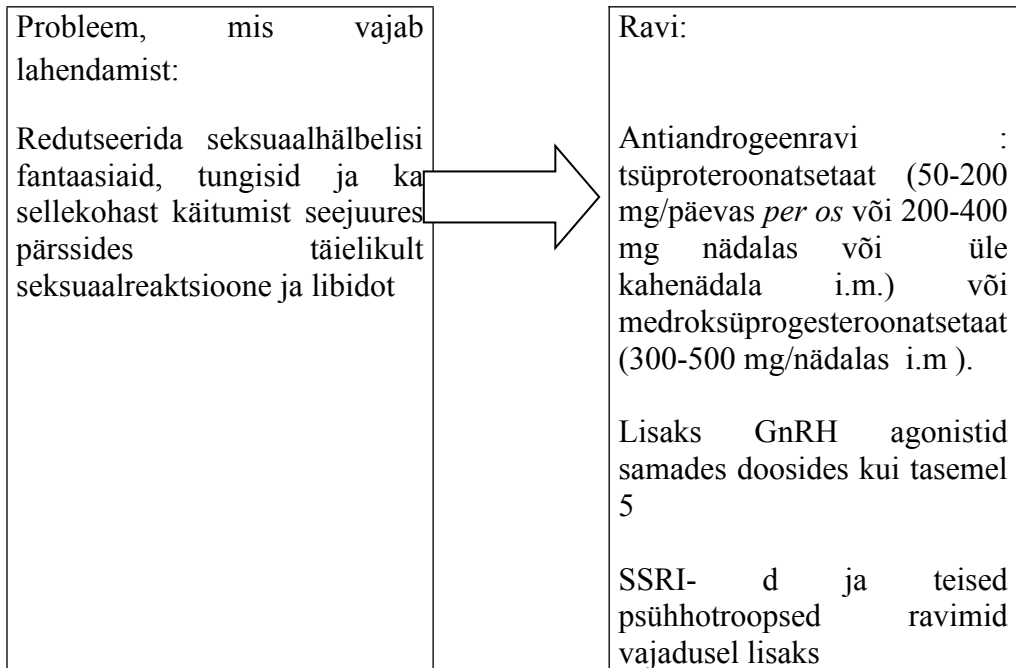
GnRH agonistid, i.e. triptoreliin või leuproliidatsetaat 3 mg/kuus või 11,25 mg i.m. iga 3 kuu möödudes
Testosterooni tase reguleerimine
regulaarne kontroll vajadusel
Lisaks võib täiendavalt rakendada tsüproteroonatsetaati nädal enne GnRH agonistidega



ravi ning samuti esimese ravikuu vältel

Tasand 6

- Äärmiselt väljendunud parafiliajuhud
- Ravitulemused tasemel 5 puuduvad



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 parafiliad	1
Varasem seksuaalhäbeline käitumine	1
Spetsiifiliste skaalade või abiuurimismeetotide 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 sugutungi 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 seksoloogi ja õiguskaitseorganite koostöö järelevalve alal. 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 töö tegev spetsialist informeerib järelevalvespetsialisti ravi käigus ilmnenu tagasilanguse seisukohalt riskantsetest kliendi kontaktidest, neid kontrollitakse ja raviperioodil aset leidnud seksuaalkuriteo toimepanemise kahtluse korral algatatakse juurdlus, mis süüdimõistmisel viib paratamatu kinnipidamiseni kinnipidamisasutuses. Motiveerimise mõttes võiks kaaluda ka, et taolisel viisil ravile võetud isikud kannavad ravikulud omast taskust justkui sihtotstarbelise kautsjonina.
3. Koolitada välja uus põlvkond seksuaalnõustajaid ja toetada kliinilise seksoloogia kui eriala arengut Eestis, et abivajajaid piisava teenuste struktuuriga varustada. Teenuse kvaliteedi tagamise huvides võiks luua kliinilise seksoloogia kompetentsi keskuse, mis oleks erialase teabe ressursiks ühtaegu nii kinnipidamisasutustele kui üldpopulatsioonile.
4. Koostada uuendatud juhend seksuaalvägivalla ohvri 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 vangla ostab sisse kliinilise seksoloogia 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 ka tingimisi või rahalise karistuse saanud ja kriminaalhooldusalused seksuaalkurjategijad on teatava järjepidevuse loomine nende menetlemisel ühiskondlikult põhjendatud.
6. Läbi mõelda tasub kriminaalkorras karistatud seksuaalkurjategijate kinnipidamise aja pikendamine seadusandlike ettekirjutustega, kui nende probleemile vastav ravi on kinnipidamisasutuses kättesaadav, kuid nad on ravist kas keeldunud või näitavad üles ravile allumatust.

7. Praegu reguleerib kaitset ja abi vajava lapse kohta esimese astme kuriteost teavitamist EV lastekaitse seadus § 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 lastekaitsespetsialist või sotsiaaltöötajast lastekaitsespetsialist), järgides andmekaitse nõudeid ja välistada ebakompetentne ja omaalgatuslik uurimistegevus.

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 ka rahvusvaheliste organisatsioonide (nt IATSO, WFSBP) soovitusel seksuaalkurjategijate ravi kohta. Tulenevalt keerulisest majanduslikust olukorrast on Eesti riik loobunud ravijuhise koostamise organisatsioonide katusühenduse (*Guidelines International Network*) liikmelisusest, mis olulisel määral takistas ravijuhise läbiviijal kolmandate riikide ravijuhiste võrdlevanalüüsi läbiviimist. Võimaluste piires hangiti teiste riikide olulisi materjale läbi isiklike kontaktide.

Kuna seksuaalkurjategevuse problemaatika leiab enamikus riikides käsitlemist meditsiiniliste ja juriidiliste erialade piirimaal, puuduvad selles vallas riikidele spetsiifilised ravijuhendid. Ka riikide tasemel kasutatavaid seksuaalkurjategijate kohtlemise ja ravi menetlemisjuhiseid pole sageli kirjalikul kujul olemas, nii et käesoleva ravijuhise koostamisel saame lähtuda erialases kirjanduses käsitlemist leidnud nüanssidest, teiste riikide kolleegide praktikast ja Eesti oma erialaspetsialistide teadmistest ja 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 ravi kui mittefarmakoloogiline ravi), -meetodid, ja -etapid,
- ravi kvaliteedi ja kontrollimeetmed 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
- 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.

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

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, 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 neuropsühhiaatiline 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, Brassen, Schmitt, Dressing, Braus, 2004 - Tost H, Vollmert C, Brassen 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;
 - heterfohromofiilia;
 - homosvestism;
 - nartsissism;
 - nekrofiilia;
 - pedofiilia;
 - pügmalionism;
 - retofism;
 - zoofiilia;
 - transvestism;
 - tsisvestism;

2. Sugutungi realiseerimise viisi järgi:
 - apotemnofiilia;
 - ekshibitsionism;
 - flagellatsioon;
 - froterism;
 - kandaulesism;
 - klismofiilia.
 - masohhism;
 - sadism;
 - saliromania;
 - 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 (sadomasohhismi ja fetišismi eriliik on apotemnofilia, kus fetiši rollis on keha moonutatud osad).
- 7 Flagellantism – sadismi eriliik, kus seksuaalne rahuldus saadakse partnerilt, harvemini iseennast piitsutades.
- 8 Froterism – seksuaalne rahuldus saadakse väljavalitud objekti kitsas kohas (näit. 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 Klismofiilia – 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 hälbeks, 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) ärasõõtmine. Nekrofaagia ja nekrosadismi puhul tapetakse sageli ohver spetsiaalselt selleks otstarbeks enne ära 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 – saliromania 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 – ekskrementofilia eriliik, kus fetiši rolliks on seksuaalselt eelistatud objekti lõhn.
- 25 Retofism – fetišismi eriliik, mis on segunenud masohhismiga. Fetiš rolli mängivad jalanõud või muud nahast esemed.
- 26 Saliromania – 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 kandmisega.
- 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 grupile.
- 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 tunnetamisel.
- 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 avaldus. Põhjused, miks ei teatata vägistamistest on:

- hirm kättemaksu ees
- soov vältida edaspidiseid traumeerivaid olukordi
- häbi kaaslaste ees
- kahtlemine uurimisorganite võimekuses
- soovimatus teha läbi arstlik läbivaatus.

Iga üks, kes on teada saanud võimalikust seksuaalkuriteo intsidendist või ohvrast, lasub kokkuleppel täiskasvanud kuriteoohvriga vastutus kuriteost õigusorganeid teavitada.

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

Kohtuekspertiisiseadus kohaselt võivad ekspertiise teostada kohtuekspert, riiklikult tunnustatud ekspert või menetleja määratud muu isik. Kohtuekspertideks on Eesti Kohtuekspertiisi Instituudis töötavad isikud, kelle tööülesandeks on teha ekspertiise. Ekspertiks võib olla ka menetleja poolt määratud asjakohaste eriteadmistega muu füüsiline isik. Riiklikult tunnustatud ekspert on isik, kes on kantud riiklikult tunnustatud ekspertide 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 kannatanud 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 selliselt, kus hinnatakse kannatanu seisundit ja jälgitakse muutusi, olulise info, mis on vajaliku uurimisorganitele ilmseks tulekul, on kohustus kannatanut teavitades, sellest teada anda.

Kuriteoohvrite toetused

Eestis on õigus ohvriabile kõikidel inimestel, kes on langenud hooletuse või halva kohtlemise, füüsilise, vaimse või seksuaalse vägivalda ohvriks, seega on ohvriabi saamiseks õigustatud iga inimene, kellele on põhjustatud kannatusi või tekitatud kahju.

Lisaks võimaldab ohvriabi seadus taotleda ohvri matusekulutuste ja ravikulutuste hüvitamist inimestel, kes on neid kulutusi faktiliselt kandnud. Seadusega hüvitatakse lisaks füüsilise tervise taastamisega seotud kuludele ka vaimse tervise taastamisega seotud kulusid – seega laieneb ravikulude hüvitamine ka psühholoogilisele nõustamisele ja psühhoteraapiale.

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

Ohvriabi seadus võimaldab maksta hüvitist ka ettevaatamatuse tõttu toimepandud vägivallakuritegude ohvritele. Seadus laieneb ka Euroopa Liidu kodanikele, sõltumata nende alalisest elukohast (näiteks turistidele) ning “Vägivallakuritegude ohvritele hüvitiste maksmise Euroopa konventsiooniga” ühinenud riigi kodanikele. Hüvitise 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 käsitletakse:

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), mitmesugused asetleidnud seksuaalsed juhtumid (s.h esimesed seksuaalteadmised, kogemused, fantaasiad, masturbeerimine, pornograafia jne.), paarisuhted jne. Seksuaalne minevik on jaotatud viieks faasiks – 0-6 aastat, 6-12 aastat, 12-18 aastat, 18 aastat kuni praeguse hetkeni.
2. **KURITEOAHEL (ehk tagasilanguse ennetamine).** Tagasilanguse ennetamise programm käsitleb kuriteoahelat, mille abil saab mineviku faase jäädvustada ehk kaardistada ja seejärel kavandada sekkumisi, 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 tema 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 väljas 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 mõtlemisvead ehk kognitiivsed moonutused suurendavad kuriteo toimepanemise tõenäosust;
 - *näiliselt tähtsusetud otsused* – analüüsitakse, milliseid näiliselt mõistlikke otsuseid isik langetas, mis viisid teda hiljem aga 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 isiku tundeid, mõtteid ja käitumist;
 - *allaandmise staadium* – analüüsitakse, mis takistas isikul seda ahelat katkestada ehk kuriteo toimepanemisest hoiduda. Üldjuhul on selles faasis isiku enesekindlus langenud ja ta ei suuda oma seksuaalsetele tungidele vastu seista;
 - *kuritegu* – isik püüab kirjeldada toimepandud kuritegu ja analüüsitakse tema mõtteid, tundeid ja milline oli tema käitumine pärast kuritegu (nt kas ta tundis süüd, õigustab oma tegu, püüab toimunut unustada jne).

NB! Igat kuriteo episoodi lahatakse eraldi!

3. **OHVRIEMPAATIA.** Siin keskendutakse ainult ohvrile ja püütakse panna isikut mõtlema selle üle, millised olid kuriteo lühiajalised ja pikaajalised tagajärjed ohvri jaoks. Samuti analüüsitakse, kuidas õnnestus isikul mitte mõelda sellele, millist mõju võib toimunu ohvrile avaldada ja püütakse isikut panna mõtlema selle üle, milliseid tundemärke (nt segadus, hirm, ärevus jne) ta ohvri juures kuriteo toimepanemise ajal täheldas. Selleks, et isikul oleks lihtsam ohvri rolli sisse elada, kasutatakse gestaltteraapiale tuntud tehnikat, mille käigus asetab isik end ohvri rolli ja kirjeldab läbi iseenda ohvri tundeid (mida ta kuriteo toimepanemise ajal tundis jne). Uuritakse kas ja kuidas on isikul säilinud mõtteid või fantaasiaid ohvri kohta. Ohvriempaatia temaatika võetakse kokku kirja kirjutamisega ohvrile, milles isik peaks üles näitama täielikku vastutust toimunu eest ning isiku poolt edastatakse ohvrile siiras vabandus selle kohta, mida talle põhjustati.

Tagasilanguse ennetamise programmi arvamise olulise tingimused ehk osalevate kinnipeetavate tunnused:

- Kuriteo tunnistamine
- Vaimselt terve
- Programmis nõus osalema vabatahtlikult (motivatsioon ja valmisolek oma probleemkäitumisega tegeleda)
- Psühholoogiliste ja psühhiaatriliste hinnangute põhjal sobilik programmi (ei põe psühhopaatiat)

Programmi kestvus: Iga teema peale on arvestatud aega 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 vägivaldaga või ära kasutades tema seisundit, milles ta ei olnud võimeline vastupanu osutama või toimunust 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 toimunust 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 toimunust 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 toimunust 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 lapsealisega

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

§ 146. Sugulise kire rahuldamine lapsealisega

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 süüteokoosseis, – 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 abitus 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) Nooremalt kui kaheksateistaastast isikut pornograafilises või nooremalt 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 lapseealisega 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. Lapseealise seksuaalne ahvatlemine

(1) Nooremale kui neljateistaastasele isikule pornograafilise teose või selle reproduktsiooni üleandmise, näitamise või muul viisil teadvalt kättesaadavaks tegemise või sellise isiku nähes suguühendusse 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 rahatrahviga kuni 300 trahviühikut.

(2) Sama teo eest, kui selle on toime pannud juriidiline isik, – karistatakse rahatrahviga 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 vägivalda 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 korraga 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 vägivalla 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 viljastamise, perekonnanasse või tervisesse puutuvate asjaolude puhul;
- 3¹) ajakirjanduslikul eesmärgil informatsiooni töötleva 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 karistusena 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.