

Seksuaalkäitumine ja selle hindamine õiguskontekstis

Inimese seksuaalsus on mitmekesine, hõlmates identiteete, tundeid, fantaasiaid ning nende erinevaid käitumuslikke väljendusi. See mitmekesisus ei tulene vaid individuaalsetest erinevustest, vaid peegeldab ka sotsiaalseid, kultuurilisi, religioosseid ja poliitilisi norme – mida peetakse erinevates ajastutes ja kontekstides aktsepteeritavaks või normatiivseks. Siinkohal on oluline eristada inimese sisemisi soove nähtavast seksuaalkäitumisest. Probleemaatilise seksuaalkäitumise kontekstis hinnatakse meditsiinis eeskätt seda, kas ja kuivõrd kontrollitavana inimene tajub seksuaalsusega seotud mõtteid/impulsse või käitumist, kui-võrd need häirivad inimest ning tema igapäevast funktsioneerimist. Ehk fookus on individuaalsel kogemusel. Õiguslik käsitlus ei hinda seksuaalsust, vaid reguleerib eelkõige käitumist: kas tegu on õigusvastane ja kas see rikub teise isiku õigusi või põhjustab kahju. Erinevad kultuurid ja õigusruumid piiritlevad seksuaalkäitumist erinevalt, mistõttu võib „ebanormaalsus“ osutuda pigem väärtushinnanguliseks kui kliiniliseks kategooriaks.

Seksuaalkäitumise normist kõrvalekaldumist saab vaadelda vähemalt kahes mõõttes. Esiteks **statistiline norm**, kus käitumine oma sageduse või sisu poolest võib olla haruldane või keskmisest erinev, ent ei ole iseenesest probleemne (nt kõrge ihatase, fetišid). Teiseks **sotsiaalne või moraalne norm**, kus teatud käitumine võib olla ühiskondlikult taunitud, kuid mitte patoloogiline ega õigusvastane (nt mitteomonogaamsed suhted, BDSM-praktikad). Seksuaalkäitumise hindamine on õiguskontekstis paratamatult tundlik. Seetõttu võib ebaharilike või sotsiaalselt mitteaktsepteeritud kogemuste ja käitumise tõlgendamine ilma selgete kriteeriumide ja meetodilise raamistikuta viia põhjendamatute või kallutatud järeldusteni. Meedias kasutatakse sageli mõisteid nagu „pedofiil“, „seksi- ja pornosõltuvus“ nii õigusvastase kui ka sotsiaalsest või moraalsest normist kõrvale kalduva käitumise kirjeldamisel. Sisuliselt ei pruugi antud mõistete kasutus vastata sellele, mida üritatakse kirjeldada. Näiteks võidakse kasutada sõna „pedofiil“ viitamaks inimesele, kes on toime pannud seksuaalkuriteo alaealise vastu, olenemata inimese parafilia diagnoosi olemasolust.^{*1} Samad mõisted on leidnud tee ka kohtupraktikasse, kus aeg-ajalt tuleb ekspertidel hinnata isikute seksuaalkäitumist nii kriminaal- kui ka tsiviilmenetlustes. Meditsiiniliste mõistete kasutamine juriidiliste otsuste tegemisel (süüdivuse, eksperdi arvamuse või retsidiivsusrisi hindamise korral) on problemaatiline siis, kui sarnaseid mõisteid sisustatakse erinevalt. Meditsiinis pigem kirjeldav mõiste võib saada juurde laiema tähenduse ja omistada inimesele omadusi, mida mõiste endas ei kanna (nt pedofiilse häire diagnoos ei tähenda, et isik ei ole suuteline ennast kontrollima või paneb kindlasti toime uue kuriteo).

Kuna meditsiin ja psühholoogia on pidevas arengus, siis jooksvalt täieneb ka arusaam erinevate subjektiivsete kogemuste ja käitumise etioloogiast ning võivad muutuda häirete diagnostilised kriteeriumid. See tähendab, et spetsialistidele on oluline viia ennast jooksvalt kurssi parimate praktikate ning uusimate teadmistega. Antud artikkel keskendubki seksuaalkäitumisega seotud häirete tutvustamisele, seksuaalkäitumise hindamise rollile prognoosotsuste tegemisel, kohtupsühholoogilisele ekspertiisile retsidiivsusrisi hindamisel ning eetilistele piiridele eksperthinnangu ja -arvamuse andmisel.

¹ S. Eelmaa, K. Kallip, A. Tamme. Juhendmaterjal seksuaalse väärkohtlemise eetiliseks kajastamiseks meedias. 2022. DOI: 10.13140/RG.2.2.33065.67682.

Kompulsiivne seksuaalkäitumine ja kompulsiivse seksuaalkäitumise häire

Mõte sellest, et osal inimestel võib tekkida probleeme oma seksuaalkäitumise kontrollimisega, ei ole uus. (Tajutud) kontrolli alt väljunud seksuaalkäitumisest on läbi aja mõeldud ja räägitud erinevates raamistustes – seksi-/ pornosõltuvus, nümfofaania/hüperseksuaalsus, kompulsiivne seksuaalkäitumine jne. Antud variatiivsus osutab keerulisele tuumküsimumusele: kust ja millistel alustel tõmmata piir problemaatilise ning mitteproblemaatilise käitumise vahele?

Sarnast põhimõttelist segadust näib peegeldavat kliiniline praktika, kus kontrolli alt väljunud seksuaalkäitumisega abi saamiseks pöördujate kogemused ja probleemid on sisult väga heterogeensed. Lisaks tajutud sundkäitumisele võivad inimesed kogeda oma seksuaalkäitumist problemaatilisena ka siis, kui see oli objektiivselt normatiivne, kuid tekitab distressi kas enda või teiste hinnangute tõttu. Teatud juhtudel kasutatakse kontrolli kaotuse tunnet vabanduse või põhjenduse suhtesest kokkulepete rikkumise puhul (nt petmine). Esineb ka olukordi, kus probleemne seksuaalkäitumine on mõne muu psühhiaatrilise seisundi sümptomaatiline väljendus (nt bipolaarse häire maania episoodi puhul) või esineb ravimite kõrvaltoimena (nt teatavad Parkinsoni ravimid).^{*2} Seega on nii kontrolli alt väljunud seksuaalkäitumise väljendusviisid kui ka nende käsitlemine olnud läbi ajaloo märkimisväärselt variatiivsed. Seda nii kliinilise praktika, üldpopulatsiooni kui ka akadeemilise arutelu tasandil. Olukorrale lisab segadust samade terminite erinev sisustamine ning vastupidi – eri terminite kasutamine, viitamaks sarnastele, kui mitte samadele olukordadele.

Rääkides erinevates haigustest või häiretest, toetuvad spetsialistid peamiselt kahele olulisemale manuaalile – DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) ja RHK (rahvusvaheline haiguste klassifikatsioon). Antud manuaale uuendatakse regulaarselt ning sellega seoses võivad muutuda viisid, kuidas mõtleme ning diagnoosime teatud seisundeid. DSM-i annab välja Ameerika Psühhiaatrite Assotsiatsioon ning sellele toetuvad peamiselt psühholoogid ja psühhiaatrid. Hetkel on laialdaselt kasutatud antud manuaali uusim, viies versioon (DSM-V) ja selle täiendus (DSM-V-TR). Maailma Terviseorganisatsioon (WHO) annab aga välja laiemat haiguste klassifikatsiooni, mis peale psühhiaatriliste häirete hõlmab endas ka muid tervisprobleeme ja on seega tervishoiusüsteemis laialdasemalt kasutuses. RHK kõige uuem, 11. versioon (RHK-11), anti WHO poolt välja 2019. aastal ning on kehtiv alates aastast 2022. Eesti keeles selle ametlikku tõlget käesoleva artikli avaldamise hetkel ei ole, kuid selle ilmumist on prognoositud hiljemalt 2026. aasta lõpuks.^{*3} Seega ka praeguses artiklis on kohati toodud infot nii RHK-11 kui ka antud manuaali eelmise versiooni (RHK-10) osas. Antud manuaalid on heaks orientiiriks ja ühtlustavad terminite kasutust ning erinevate häirete ja haiguste sisulist käsitlemist.

Näiteks rääkides korduvast või kontrolli alt väljunud seksuaalkäitumisest, kasutatakse sageli mõisteid nagu seksi- ja pornosõltuvus. Ka laiemalt võib sõna „sõltuvus“ kohata igapäevases keelekasutuses, kirjeldamaks kellegi pidevat ja sagedast (ühetaolist) käitumist, isegi kui see tegelikult sõltuvuslik ei ole. Vaadates eespool nimetatud manuaalide poole, ei leia seksi- ega pornosõltuvust ei DSM-ist ega RHK-st. Seda enam, et viimastel aastatel on teaduskirjanduses ja kliinilises praktikas märgata suundumust hoiduda mõistetest „seksisõltuvus“ ja „ pornosõltuvus“, sest need on terminoloogiliselt ebatäpsed ning neil puudub diagnostiline raamistik. Näiteks on vastava seisukoha võtnud Ameerika Seksuaalkasvatavate, Nõustajate ja Terapeutide Assotsiatsioon (*American Association of Sexuality Educators, Counselors and Therapists*, AASECT)^{*4} ja Seksuaal- ja Suhteterapeutide Kolledž (*College of Sexual and Relationship Therapists*, COSRT).^{*5} Lisaks muutis akadeemiline ajakiri Sexual Addiction & Compulsivity (Seksuaalsõltuvus ja Kompulsiivsus) oma nime, võttes uueks nimeks Sexual Health & Compulsivity (Seksuaaltervis ja Kompulsiivsus). Olulisimateks aspektideks, miks seksuaalkäitumist sõltuvust tekitavaks ei loeta, on tolerantsi ja võõrutusnähtude tekke puudumine. Sarnase seisukohani jõuab ka Rahvusvahelise Seksuaalmeditsiini Ühingu (*International*

² J. M. Cantor et al. A Treatment-Oriented Typology of Self-Identified Hypersexuality Referrals. – Archives of Sexual Behavior 2013 (42), lk 883; S. B. Levine. What Is Sexual Addiction? – Journal of Sex & Marital Therapy 2010 (36), lk 261.

³ <https://teabekeskus.tehik.ee/et/terminoloogiastandardid/rhk-11/>.

⁴ AASECT Position on Sex Addiction. <https://www.aasect.org/position-sex-addiction>.

⁵ https://www.cosrt.org.uk/latest-news/cosrt-position-on-compulsive-sexual-behaviour-disorder-csbd-and-sex-addiction/?fbclid=IwY2xjawO4rn5leHRuA2FlbQlXMQBicmlkETBzb0JZTmVpWmdiSjdDbGtzc3JOYwZhcHBfaWQQM-jIyMDM5MTc4ODIwMDg5MgABHguTioP0LM73PmTpDL--SVTXdpV3deaiCIdArOmZ9qsp-37XiukGS0SK9ey_aem_9BWitBD63DZGdJEcpuPK-g.

Society for Sexual Medicine, ISSM) ekspertide kogu oma ülevaateartiklis.⁶ Lisaks kaasneb sõnaga „sõltuvus“ või „sõltlane“ teatav hinnangulisus ja stigma, mis ei pruugi kaasa aidata inimese seisundi paranemisele ning võib halvimal juhul olukorda süvendada. Teine, ajalooliselt pigem spetsialistide seas levinud käsitlus kontrolli alt väljunud seksuaalkäitumisest on hüperseksuaalsus. Hüperseksuaalsus oli diagnoos, mida pakuti Ameerika Psühhiaatrite Assotsiatsiooni diagnostilise käsiraamatu kõige hiljutisemasse versiooni (DSM-V), kuid mis siiski lõpuks käsiraamatust välja jäeti. Kahe põhjusena on välja toodud ebapiisavad teaduslikud tõendid hüperseksuaalsuse käsitamiseks eraldi sündroomina ning diagnoosi võimalik ära kasutamine õigussüsteemis.⁷ Lisaks on hüperseksuaalsuse puhul lingvistilisest vaatest lisaaspekt: eesliide „hüper“ on viide sellele, et midagi on liiga palju. Kuigi veel RHK eelmises versioonis (RHK-10) oli eraldi diagnoosina kõrgeenenud libiido (F52.7), ei ole ühest kliinilist äralõikepunkti, kust jookseb piir „normaalse“ sageduse ning „liiga palju“ vahel. Seega võib kergesti tekkida olukord, kus antud terminit kasutatakse kirjeldamiseks „liiga sagedast“ seksuaalkäitumist subjektiivse hinnangu alusel. Nii hüperseksuaalsus kui ka seksi- ja pornosõltuvus sisaldavad endas sageli moraliseerivat hinnangut, mis muudab nende kasutamise professionaalses kontekstis problemaatiliseks.

Viimasel ajal on akadeemilises ja kliinilises kontekstis järjest enam hakatud kasutama „kompulsiivse seksuaalkäitumise“ terminit. Samuti kaasati kompulsiivse seksuaalkäitumise häire (CSBD – *compulsive sexual behavior disorder*) RHK kõige uuemasse versiooni (RHK-11). CSBD kuulub RHK-11-s impulsi kontrolli häirete alla, mitte sõltuvushäirete kategooriasse, viidates eelnevalt kirjeldatud erisustele sõltuvushäiretest.

Kompulsiivse seksuaalkäitumise häire väljendus võib inimeseti üsna palju erineda, kuid peamised sümptomid on järgmised:

- inimene tajub, et ei suuda oma intensiivset seksuaalset tungi/impulssi kontrollida;
- seksuaalkäitumine muutub elu fookuseks, sotsiaalne elu, hobid ja muud huvid jäävad unarusse;
- on mitu ebaõnnestunud katset oma käitumist kontrollida;
- käitumisega jätkatakse ka siis, kui sellel on negatiivsed tagajärjed;
- käitumisega jätkatakse ka siis, kui sellest saadakse vähe või mitte üldse rahuldust;
- antud käitumine tekitab inimeses distressi.

Siinkohal tasub tähele panna, et moraalsest hukkamõistust või soovimatusest tulenev distress oma seksuaalsete impulsside või käitumise pärast ei ole diagnoosiks piisav.

Silmas tuleb pidada, et antud sümptomid peavad ilmnema pikaajaliselt (vähemalt 6 kuud) ega tohi olla mõne muu (psühhiaatrilise) häire, näiteks bipolaarse häire, maania või hüpomaania episoodi sümptom. Samuti on oluline välistada ravimite, näiteks Parkinsoni tõve puhul kasutatavate dopamiini agonistide kõrvalmõjud.

Nagu eespool toodud kriteeriumidest ilmneb, on kompulsiivse seksuaalkäitumise häire (CSBD) diagnostilises käsitluses distantseeritud lähenemisest, mis seob probleemsuse üksnes seksuaalkäitumise sagedusega. Diagnoos ei põhine pelgalt kvantitatiivsetel näitajatel (nt eneserahuldamise või vahekorra sagedusel), vaid keskendub subjektiivsetele aspektidele nagu raskused seksuaalsete impulsside kontrollimisega ning sellega kaasnev subjektiivne distress. Oluline on rõhutada, et üksnes kõrge ihatase või sage seksuaalkäitumine ei vasta CSBD diagnostilistele kriteeriumitele. Samas on RHK-11-s eraldi välja toodud, et üksnes enda või teiste moraalsest hukkamõistust tulenev emotsionaalne distress ei ole piisav CSBD diagnoosiks. Seega on eriti oluline tähele panna, et ka spetsialisti poolt hoidutaks moraalipõhistest hinnangutest.

Parafiilia ja parafiilne häire

Eestis veel kasutusel olevas RHK-10-s käsitatakse „seksuaalsuunitluse häiret“ (diagnoosikood F65, seksuaalsuunitluse häirete alakategooria nt ekshibitsionism, vuajerism, fetišism, transvestism, sadomasohism, pedofiilia) kui psüühikahäiret väga laialt ja „loominguliselt“. Diagnoosida võis juba ainuüksi selle põhjal, kui inimest erutasid ebatavalised stiimulid.⁸ Teisisõnu oli tähelepanu „normist kõrvalekalduval“ huvil, isegi kui käitumine oli inimeste vahel konsensuslik või inimese toimetulek polnud häiritud.

⁶ P. Briken et al. Assessment and Treatment of Compulsive Sexual Behavior Disorder: A Sexual Medicine Perspective. – *Sexual Medicine Reviews* 2024 (12), lk 355.

⁷ M. P. Kafka. What Happened to Hypersexual Disorder? – *Archives of Sexual Behavior* 2014 (43), lk 1259.

⁸ RHK-10/V – Psüühika- ja käitumishäired. <https://valisveeb.kliinikum.ee/psyhiaatrikliinik/lisad/ravi/RHK/RHK10-FR17.htm> (25.09.2025).

RHK-11 muudab seda raamistikku oluliselt. Kõik seksuaalkäitumise ja -funktsiooniga seotud häired liideti seksuaaltervise peatükki. Selles peatükis on eraldi kirjeldatud seksuaalkäitumisega seotud parafilseid häireid.

Parafilset häiret võib diagnoosida, kui:

- käitumine ohustab või kahjustab teisi (nt kas selgelt nõusolekuta seksuaalpraktikad või kui partner ei olnud võimeline nõusolekut andma) või
- huvi/teod põhjustavad inimesele endale selget, kliiniliselt märkimisväärset toimetuleku langust või distressi, mis ei ole taandatavad pelgalt sotsiaalsele häbitundele.

Inimestevahelised, vabatahtlikult kokkulepitud ja turvalised praktikad (sh BDSM või teatud fetišid) ei ole RHK-11 järgi iseenesest häired. Samuti ei saa häiret diagnoosida, kui inimesel ilmneb küll potentsiaalselt teisi kahjustada võiv seksuaalne huvi, kuid ta ei käitu selle ajal ega ole sellest seksuaalhuvist oluliselt häiritud.^{*9}

Eraldi on välja toodud viis spetsiifilist parafilset häiret:

- ekshibitsionistlik häire,
- vuajeristlik häire,
- pedofilne häire,
- sunniviisiline seksuaalse sadismi häire ja
- froteristlik häire.

Kõikide nende häirete diagnostilisi kriteeriume ei ole siinkohal otstarbekas välja tuua, kuid oluline on märkida, et üheks ühiseks tunnuseks kõikide parafilsete häirete diagnoosimisel on selge ajaline raamistus: häire sümptomid peavad olema avaldunud vähemalt kuue kuu jooksul. See välistab ülediagnoosimise pelgalt käitumise üksikute avaldumiste korral. Oluline on ka ära märkida, et pedofilse häire puhul peavad seksuaalse erutuse objektid olema eelpuberteedialised lapsed (nooremad kui 13-aastased). See tähendab, et alaealiste kaasamine seksuaalsetesse tegevustesse ei ole diagnoositav pedofiilia, kui alaealised on 13-aastased või vanemad.^{*10} Uuringute järgi ei ole kõik laste vastu seksuaalkuriteo sooritanud isikud pedofilse häirega^{*11}, mis näitab, et pedofilne häire ei ole ainuke põhjus, miks lastevastaseid seksuaalkuritegusid toime pannakse. Lisaks on leitud, et pedofilse häirega isikute hulk rahvastikus võib olla hinnanguliselt 0,1–5%^{*12}, kellest enamik ei soorita elu jooksul seksuaalkuritegusid laste vastu.^{*13}

Kokkuvõtvalt võib öelda, et ebatavaline seksuaalne huvi ega seksuaalkuriteo sooritamine alaealise suhtes ei võrdu diagnoosiga. Parafilse häire diagnoosimiseks on selged sümptomid, mis on piiritletud ja peavad olema avaldunud kindla perioodi jooksul. Parafilse häire olemasolu ei tähenda automaatselt, et inimene sooritab seksuaalkuriteo ning kõik seksuaalkuriteo sooritanud inimesed ei ole automaatselt parafilse häirega.

Seksuaalkäitumise ja seksuaalsete huvide roll kriminaalses käitumises

Karistusõiguse kontekstis on seksuaalkäitumise hindamine oluline eelkõige seksuaalse enesemääramise vastaste kuritegude menetlemisel ja seda kahel juhul. Esiteks olukordades, kus tuleb hinnata, kas inimese süüvõimet mõjutab mõni seksuaalkäitumisega seotud psüühikahäire sellisel määral, et süüvõimet välistada (süüdimatu seisund) või vähendada (piiratud süüdivus). Teiseks riskihindamise kontekstis, hindamaks, kas ja millisel määral võib seksuaalkäitumine olla seotud kuritegude (reeglina seksuaalkuritegude)

⁹ ICD-11: International Classification of Diseases 11th Revision. WHO. <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases> (25.09.2025).

¹⁰ Samas.

¹¹ E. E. Schippers et al. Pedophilia Is Associated with Lower Sexual Interest in Adults: Meta-Analyses and a Systematic Review with Men Who Had Sexually Offended against Children. – *Aggression and Violent Behavior* 2023 (69), 101813.

¹² C. J. Ahlers et al. How Unusual Are the Contents of Paraphilias? Paraphilia-Associated Sexual Arousal Patterns in a Community-Based Sample of Men. – *The Journal of Sexual Medicine* 2011 (8), lk 1362; B. Dombert et al. How Common Is Men's Self-Reported Sexual Interest in Prepubescent Children? – *The Journal of Sex Research* 2016 (53), lk 214; J. M. Cantor, I. V. McPhail. Non-Offending Pedophiles. – *Current Sexual Health Reports* 2016 (8), lk 121.

¹³ K. M. Beier et al. Encouraging Self-Identified Pedophiles and Hebephiles to Seek Professional Help: First Results of the Prevention Project Dunkelfeld (PPD). – *Child Abuse & Neglect* 2009 (33), lk 545; J. M. Cantor, I. V. McPhail (viide 12).

kordamise riskiga. Kuna seksuaalkäitumisega seotud häirete hindamine süüdivuse küsimuse puhul nõuaks eraldi artiklit, piirdume siinkohal huvi tekitamiseks vaid mõne mõtte esitamisega ning keskendume eelkõige seksuaalkäitumise hindamisele riskide hindamise kontekstis.

Seksuaalkäitumisega seotud häirete hindamisel süüdivuse kontekstis on kohtupraktikas ja psühhiaatrilises kirjanduses korduvalt rõhutatud, et parafiilne häire või kompulsivse seksuaalkäitumise häire isenesest ei tähenda, et inimese võime mõista oma teo õigusvastasust on oluliselt kahjustatud või et ta ei ole võimeline juhtima oma käitumist vastavalt sellele arusaamisele. Uurimused ja Saksamaa kohtupraktika¹⁴ toovad välja, et täielik süüdimatus (StGB¹⁵ § 20) eeldab psüühikahäiret või ajukahjustust, mis toob kaasa reaalsustaju või pidurdusmehhanismide sügava häire. Seksuaalhäirete puhul võib teatud juhtudel arvesse tulla piiratud süüvõime (StGB § 21), kuid ainult siis, kui seksuaalne tung on patoloogiliselt niivõrd intensivistunud ja seotud isiksuse struktuuri või pidurdusmehhanismide häirega, et toimepanija ei suuda seda enam tahtejõuga kontrollida. Saksamaa kohtupraktikas on see tunnistatud haruldaseks ja eeldab tõendus-
põhist eksperthinnangut, mis eristab pelgalt normist kõrvalekalduvat või juriidiliselt keelatud seksuaalkäitumist tõelisest kontrollivõime puudumisest.

Eestis on süüvõime hindamise kriteeriumid kirjeldatud karistusseadustiku¹⁶ (KarS) §-s 34. Seksuaalkäitumisega seotud häire olemasolu üksi – ilma muu raske psüühikahäireta – ei ole senises kohtupraktikas hinnatud kui **raske** psüühikahäire, mistõttu see ei välista isiku suutlikkust mõista oma teo õigusvastasust ega juhtida oma käitumist vastavalt sellele arusaamisele. Sellest tulenevalt käsitatakse selliste häiretega toimepanijate tegusid karistusõiguslikus mõttes teadlike ja tahtelistena.

Piiratud süüdivuse kontseptsioon (KarS § 35) on Eestis küll olemas, kuid kuna selle paragrahvi rakendamise eelduseks on KarS §-s 34 kirjeldatud raske psüühikahäire olemasolu, ei ole Eesti kohtupraktikas seda seni käsitletud ega rakendatud parafiilsete või muude seksuaalkäitumisega seotud häiretega isikute puhul.

Riigikohtu 20. juuni 2022. a otsuses asjas 1-20-6745 on kirjeldatud piiratud süüdivuse materiaalõiguslikke eeldusi (p 32–37). Punktis 33 on märgitud järgmist: „KarS § 35 teise alternatiivi korral on piiratud aga inimese võime enda käitumist juhtida. Sel juhul saab toimepanija oma käitumise keelatusest küll aru, kuid ta ei suuda end psüühikahäirest tingituna vaos hoida, sest tema tung teole on nii tugev, et ta suudab sellele palju vähem vastu seista kui vaimselt terve inimene.“ Küsimus, kas ja millistel erandlikel juhtudel võiksid seksuaalkäitumisega seotud häired vastata KarS §-i 34 raske psüühikahäire kriteeriumile ning seejärel KarS § 35 teise alternatiivi kontrollivõime standardile, vajab eraldi ja laiemat juriidilist, aga ka kohtupsühholoogilist ja -psühhiaatrilist arutelu.

Seksuaalkäitumine ja risk seksuaalkuriteo kordumiseks: parafiilia, seksuaalne tung ja nende koht riskihindamises

Seksuaalfantaasiad, sealhulgas need, mille sisu võib olla vägivaldne või ekspluateeriv, on inimestel laialt levinud.¹⁷ Nende olemasolu ei tähenda isenesest, et inimesel oleks kliiniliselt oluline häire või et see ennustaks õigusrikkumist. Uuringud viitavad, et ka õiguskuulekate inimeste seas on vägivaldse, domineeriva või keelatud sisuga fantaasiad tavalised ning reeglina nad kuriteoks ei realiseeru.¹⁸ Probleem tekib siis, kui need fantaasiad muutuvad kinnisideeliseks ja domineerivaks mõtlemisviisiks, inimesel esinevad õigusvastast käitumist lubavad hoiakud või kui fantaasiad on käitumise käivitajaks olukordades, kus pidurdusmehhanismid on nõrgad.¹⁹

¹⁴ Begutachtung psychischer Störungen. F. Schneider, H. Frister, D. Olzen (eds.). Springer 2015, lk 143. https://doi.org/10.1007/978-3-642-54765-2_5 (21.09.2025).

¹⁵ Strafgesetzbuch. <https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/index.html>.

¹⁶ RT I 2001, 61, 364; RT I, 22.12.2025, 2.

¹⁷ R. Bondü, J. B. Birke. Aggression-Related Sexual Fantasies: Prevalence Rates, Sex Differences, and Links with Personality, Attitudes, and Behavior. – The Journal of Sexual Medicine 2021 (18), lk 1383; D. Baier. Paraphilic Interests in the Swiss Population: Results of a Representative Survey in the Canton of Zurich. – Journal of Psychosexual Health 2024 (6), lk 137; R. Lehmann et al. The Propensity for Deviant Sexual Behavior in the General Population: An Empirical Examination of the Motivation-Facilitation Model. – Sexual Abuse A Journal of Research and Treatment 2025 (37), lk 426.

¹⁸ R. Bondü, J. B. Birke (viide 17); M. C. Seto. The Motivation-Facilitation Model of Sexual Offending. – Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment 2019 (31), lk 3.

¹⁹ Samas.

Kohtumenetluses, kus käsitletakse seksuaalkuriteo toime pannud isiku riski korrata kuritegu (nt tingimisi ennetähtaegne vabastamine, karistuse liigi määramine), muutub keskseks küsimuseks, millised käitumuslikud, kognitiivsed või isiksuslikud tunnused viitavad kõrgemale retsidiivsusriskile.^{*20} Seksuaalkäitumise hindamine riskihindamise raames on seejuures mitmetasandiline protsess, mis nõuab normist kõrvale kalduvate huvide, parafiilse häire ning retsidiivsusriski suurendavate tegurite selget eristamist. Mitte iga seksuaalne eripära ei ole kliiniliselt või kriminaalõiguslikult tähenduslik – oluline on kontekst ja käitumuslik avaldumine.

Tänapäevased tõenduspõhised seksuaalkuriteo retsidiivsusriski hindamise vahendid nagu STABLE-2007 ja SVR-20 võimaldavad struktureeritult kaardistada erinevaid riski mõjutavaid aspekte. Need vahendid ei ole mõeldud meditsiiniliseks diagnoosimiseks, vaid sisaldavad teaduslikult valideeritud komponente, mis korreleeruvad seksuaalkuriteo kordamise suurema tõenäosusega. Selgitamaks, kuidas riskihindamise tegurid ja nende hindamine eristuvad diagnostilistest kriteeriumitest, keskendume mõlema vahendi puhul seksuaalkäitumist iseloomustavatele tunnustele. STABLE-2007 hindab seksuaalkuriteo sooritanud isikute poolt uue seksuaalkuriteo toimepanemise riski, toetudes dünaamilistele, ajas muutuvatele riskiteguritele.^{*21} Kolmeteistkümnest tegurist kolm käsitlevad seksuaalkäitumisega seotud probleemseid jooni. Esimeseks teguriks on keskmisest suurem seksuaaltung („keskmisena“ on määratletud hindamisvahendis keskmine hinnatava isiku orgasmide hulk nädalas või kuus võrreldes populatsiooni statistilise keskmisega, kusjuures arvestama peaks hinnatava vanust) või seksuaalne kinnisidee, mis väljendub korduvates, pealetükkivates fantaasiates või intensiivsetes ja korduvates eripärastes seksuaalkäitumistes (nt intensiivne pornokasutus, instrumentaalne ehk vaid seksuaalse rahulduse saamisele keskenduv seksuaalkäitumine ilma emotsionaalse läheduseta). Teiseks, seksi kasutamine stressi maandamise või probleemide lahendamise vahendina, mis viitab raskustele stressiga toimetulekul. Kolmandaks teguriks on deviantne seksuaalne erutus, eriti kui see tuleneb vägivalla kasutamisest või on suunatud alaealistele ning avaldub (kriminaalses) käitumises. Tähele tuleb panna, et mõõtevahendi kontekstis arvestatakse deviantsust pedofiilse häire diagnoosi kriteeriumitest erinevalt, olles oma sisult laiem. Nende tegurite hindamisel ei ole parafiilse häire või kompulsivse seksuaalkäitumise häire diagnoos kriitiliselt vajalik. Hindamisvahendi kriteeriumid võimaldavad hinnangut anda ka ilma diagnoosita. Küll aga on kliiniliselt kinnitust leidnud diagnoos oluliseks sisendiks hindajale otsuse tegemisel. Mõõtevahendis kajastatud tegurid on oma tõlgendusruumilt laiemad ega viita otseselt parafiilsele häirele, kuid riskitase suureneb juhul, kui seksuaalkäitumine on halvasti reguleeritud, seotud fantaasiatega ebasobivast käitumisest (nt vägivalla või ekspluateerimisega) ning puuduvad inhibeerivad hoiakud.^{*22}

SVR-20 (*Sexual Violence Risk-20*) käsitleb seksuaalkäitumist osana laiemast struktureeritud kliinitsisti hinnangust (*Structured Professional Judgment*, SPJ). Selle skaala üks komponent – seksuaalne deviantsus – viitab püsivatele, varasest east pärit ja normist kõrvale kalduvatele seksuaalsetele huvidele, sealhulgas parafiilsele huvile. SVR-20 ei sisalda eraldi skaalat seksuaalse tungi intensiivsuse kohta, kuid käsitleb selliseid aspekte kaudselt läbi käitumismustrite korduvuse, alla surutud seksuaalkäitumise esinemise ja vägivaldsete fantaasiate olemasolu.^{*23}

Erinevalt meditsiinilisest diagnoosist, mis eeldab kindlakstehtud sümptomite ja kestuse vastavust rahvusvahelistele kriteeriumitele (nt DSM-V või RHK-11), on riskihindamine prognostiline: see ei kirjelda haigust, vaid hindab tõenäosust, et isik võib tulevikus teatud tüüpi käitumist korrata. Seega ei ole näiteks parafiilne häire riskihindamises ainult diagnoosi küsimus, vaid oluline on hinnata, kas huvi realiseerub käitumises, kas see on seotud impulsikontrolli või moraalsete tõekspidamistega ning milline on isiku suutlikkus neid impulsse ohjata. Empiirilised uuringud kinnitavad siiski, et parafiilne huvi – eriti kui see on seotud vägivalla või ärakasutamisega (nt seksuaalne sadism, pedofilia) – on üks tugevamaid üksiktegureid,

²⁰ R. Mann, R. Hanson, D. Thornton. Assessing Risk for Sexual Recidivism: Some Proposals on the Nature of Psychologically Meaningful Risk Factors. – *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 2010 (22), lk 191; R. Hanson, K. Morton-Bourgon. Predictors of Sexual Recidivism: An Updated Meta-Analysis. *Predictors of Sexual Recidivism: An Updated Meta-Analysis*, 2004. <https://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsres/pblctns/2004-02-prdctrs-sxl-redvsm-pdtd/2004-02-prdctrs-sxl-redvsm-pdtd-eng.pdf>.

²¹ R. K. Hanson et al. STABLE-2007. <https://doi.apa.org/doi/10.1037/t04644-000> (21.09.2025).

²² Samas.

²³ S. Hart, D. Boer. Structured Professional Judgment Guidelines for Sexual Violence Risk Assessment: The Sexual Violence Risk-20 (SVR-20) and Risk for Sexual Violence Protocol (RSVP). – *Handbook of Violence Risk Assessment*. R. K. Otto, K. S. Douglas (eds.). Routledge, Taylor & Francis Group 2010, lk 269.

hindamaks seksuaalkuriteo korduvust.^{*24} Samas on riskihindamise käigus oluline kindlaks teha, kas see huvi on aktiivne, kinnistunud ja käitumuslikult avalduv. Parafilse häire või kompulsivse seksuaalkäitumise häire diagnoosi olemasolu üksi ei võimalda öelda, et inimese risk kuritegu korrata on automaatselt kõrge.^{*25} Parafilse häirega isik, kes suudab oma käitumist kontrollida ja kellel on selged inhibeervad hoiakud, ei pruugi olla kõrgema retsidiivsuriskiga kui keskmine seksuaalkuriteo toime pannud isik.^{*26} Seetõttu on nii STABLE-2007 kui ka SVR-20 kasutamisel oluline meeles pidada, et parafilse häire diagnoos, seksuaalne kinnisidee ja keskmisest suurem seksuaaltung võivad olla riskitegurid, ent need muutuvad tähenduslikuks alles kontekstis – koos impulsikontrolli puudulikkuse, antisotsiaalsuse ja inhibeervate mehhanismide nõrkusega. Riskihindamise eesmärk ei ole inimese ebatüüpiliste huvide „diagnoosimine“, vaid võimalike tagajärgede prognoosimine – kas ja millistel tingimustel need huvid võivad realiseeruda kahjustavaks käitumiseks.

Selleks, et seksuaalne huvi realiseeruks kuriteona, peab olema täidetud vähemalt kolm tingimust.

- **Motivatsioon** – isikul peab olema sisemine soov või ajend (nt seksuaalne iha, viha, võimuvajadus, kättemaks).
- **Võimalus** – tal peab olema juurdepääs ohvrile või olukorrale, kus kontroll on nõrgenenud (nt anonüümne keskkond, füüsiline jõu ülekaal, sotsiaalne haavatavus).
- **Inhibeerimise puudumine** – peavad olema nõrgad sisemised või välised pidurid (nt puuduv süütunne, vähene riskitaju, tugev õigusvastast käitumist õigustav mõttemuster, alkoholi mõju).^{*27}

Riskimudelid (nt *Motivation-Facilitation Model of Sexual Offending*^{*28}) käsitletakse neid kolme elementi koosmõjus: isegi väga tugeva seksuaalse huvi korral ei teki õigusrikkumist, kui inimese inhibeervate mehhanismid (empaatia, moraalsed tõekspidamised, sotsiaalne kontroll) on tugevad ja võimalust pole. Samas võivad suhteliselt mõõduka seksuaalse huvi korral tekkida väga tõsised õigusrikkumised, kui inimene õigustab oma käitumist ja keskkond on selleks sobiv.

Seksuaalse riskikäitumise mõistmisel on seega oluline hinnata mitte ainult huvide olemasolu, vaid nende intensiivsust ja domineerivust, seotust konkreetsete mõttemustrite ja hoiakutega, käitumuslikku avaldumist ja regulaarsust ning võimet kontrollida või piirata nende realiseerumist.

See kontseptuaalne raamistik võimaldab eristada juhtumeid, kus seksuaalsed huvid või fantaasiad on kontrollitud ja kahjutud, juhtumitest, kus need on osa probleemse seksuaalse eelistuse, nõrgenenud kontrollimehhanismide ja soodsate võimaluste koosmõjust – ning seega tähenduslikud ka riskihindamise kontekstis.

Seksuaalkäitumine eksperthinnangutes: eetilised piirid

Ekspert hinnangud seksuaalkäitumise kohta võivad mõjutada otsustusi nii kriminaalmenetluses (nt süüdi-vus, retsidiivsurisk) kui ka tsiviilmenetluses (nt hooldusõigus). Seetõttu peab eksperthinnang ja eksperdi arvamus olema sisuliselt täpne ja eetiliselt põhjendatud.

Seksuaalkäitumise, fantaasiate või ebatüüpiliste huvide käsitlemine on õigustatud üksnes juhul, kui see on otseselt seotud menetluse põhiküsimusega – näiteks kui on tõendatud seos kontrolli puudulikkuse, kahju tekitamise või lapse heaolu ohustamisega.^{*29} Pelgalt ühiskondlikult taunitud või ebatavaliste huvide esiletoomine, millel puudub seos riskikäitumise või õiguslike kriteeriumitega, võib olla eksitav ja stigmatiseeriv, eriti tsiviilmenetlustes, kus sellist infot võidakse kasutada vanemliku sobivuse vaidlustamiseks.

²⁴ H. Barbaree et al. Predicting Recidivism in Sex Offenders Using the SVR20: The Contribution of Age-at-Release. – International Journal of Forensic Mental Health 2008 (7), lk 47; V. de Vogel et al. Predictive Validity of the SVR-20 and Static-99 in a Dutch Sample of Treated Sex Offenders. – Law and Human Behavior 2004 (28), lk 235; R. Hanson, K. Morton-Bourgon (viide 20); I. McPhail et al. Validity in Phallometric Testing for Sexual Interests in Children: A Meta-Analytic Review. – Assessment 2019 (26), lk 535.

²⁵ R. Mann, R. Hanson, D. Thornton (viide 20); C. Seto (viide 18); R. Hanson, K. Morton-Bourgon (viide 20).

²⁶ C. Seto (viide 18); R. Hanson, K. Morton-Bourgon (viide 20).

²⁷ C. Seto (viide 18).

²⁸ Samas.

²⁹ T. Ward, T. Gannon, J. Vess. Human Rights, Ethical Principles, and Standards in Forensic Psychology. – International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology 2009 (53), lk 126–144. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0306624X07313986> (21.09.2025).

Oluline on eristada tegelikku kontrolli puudulikkust moraalsest või religioosest väärtuskonfliktist. Uuringud näitavad, et näiteks tajutud „pornosõltuvus“ on sageli seotud süütunde või väärtuskonfliktiga, mitte sõltuvushäire objektiivsete tunnustega.^{*30} Sellisel juhul ei tohiks eksperthinnang käsitada seda riskitegurina ega diagnoosiväärilise nähtusena.

Ekspert peab selgelt põhjendama, miks konkreetne seksuaalkäitumise aspekt hinnangusse lisatakse, piirduma asjassepuutuva teabega ning kasutama neutraalset, mitte stigmatiseerivat sõnakasutust, vältimaks eksitavat muljet hinnatava ohtlikkusest.^{*31} Hinnang peab põhinema teaduslikult valideeritud meetoditel ja olema läbipaistev nii kasutatud andmete kui ka järelduste loogika osas.

Kokkuvõte

Seksuaalsusega seotud teemad tõmbavad tähelepanu, tekitavad vastakaid arvamusi ning on läbi põimunud eelarvamuste, normide ja tabudega. Õiguskontekstis peab hindamine siiski põhinema teaduslikel tõenditel, mitte moraalsel või igapäevaarvamustel. Artiklis selgitati, kuidas käsitletakse uuemates häirete klassifikatsioonides kompulsivset seksuaalkäitumise häiret ja parafiliaid. Pikemalt seletati lahti muudatused terminoloogias ning nüansid, mida alternatiivse keelekasutuse puhul silmas pidada. Samuti eristati diagnoosimist riskihindamisest ja kirjeldati nendevahelisi seoseid. Rõhutati, et kõik seksuaalkuriteo (ka alaealiste suhtes toime pandud kuriteo) sooritanud inimesed ei ole koheselt pedofiilse häirega ning kõik parafiilse häirega isikud ei soorita kuritegusid. Sellega seoses toodi välja eetilised põhimõtted, millest eksperthinnangud ja -arvamused peaksid lähtuma. Kuna seksuaalsus ja sellega seonduvad teemad kipuvad ühiskonna tasandil olema stigmatiseeritud ning nendega käivad sageli kaasas moraalipõhised hinnangud, on seda olulisem, et spetsialistid peaksid silmas tõendus põhiseid aluseid oma hinnangute andmisel. Kuigi hoiakute muutmine on aeganõudev, võimaldab teadmiste kasv samm-sammult liikuda objektiivsema, õiglasema ja eetilise kohtupidamise suunas.

Autoritest: Margus Veem (MA (psühholoogia)) SA Viljandi Haigla Sundravi osakonna psühholoog, psühholoog-nõustaja kutse.

Annika Tamme (MSc (reproduktiiv- ja seksuaalterviseuuringud)) on psühholoogia doktorant, Tartu Ülikooli Psühholoogia Instituudi nooremlektor ning Seksuaaltervise Nõuandla kliiniline seksuoloog.

³⁰ J. B. Grubbs et al. Perceived Addiction to Internet Pornography and Psychological Distress: Examining Relationships Concurrently and over Time. – *Psychology of Addictive Behaviors* 2015 (29), lk 1056.

³¹ W. E. Foote, J. Goodman-Delahunty, G. Young. Civil Forensic Evaluation in Psychological Injury and Law: Legal, Professional, and Ethical Considerations. – *Psychological Injury and Law* 2020 (13), lk 327; Guidelines for Child Custody Evaluations in Family Law Proceedings. – *American Psychologist* 2010 (65), lk 863; Specialty Guidelines for Forensic Psychology. – *American Psychologist* 2013 (68), lk 7; T. Ward, T. Gannon, J. Vess (viide 29).