



Welens

EDUCATIONAL
PRACTICES THROUGH
A GENDER LENS

SEKSUAALSE ÄRAKASUTAMISE JA
KURITARVITAMISE TEEMALINE
ABIMATERJAL

MOODUL 3

Sõltuvus, tervis ja hoolekanne

Ühisdokument



**Kaasrahanud
Euroopa Liit**

Projekti number 2023-1-FR01-KA220-ADU-000165625

0. SÕNASTIK.....	5
1. SISSEJUHATUS.....	8
2. AJU FUNKTSIOONID: NEUROLOOGILINE VAATENURK.....	10
2.1. Mudel „käsi-aju”	10
2.2. Ajukaart.....	10
2.3. Aju ja stress	13
2.4. Aju ja mälu	13
2.5. Aju ja kompensatsiooniskeem	14
3. TRAUMA.....	17
3.1. Aju reaktsioon stressile ja traumale: „tolerantsuse aken”	17
3.2. Trauma ja haavatavuse mõju	18
3.3. Trauma, vägivald ja sõltuvus.....	19
4. RISKITEGURID	22
4.1. Individuaalne tasand	22
4.2. Perekondlik tasand.....	22
4.3. Ühiskondlik ja kohalik tasand.....	23
4.4. Süsteemne vägivald	24
4.5. Meedia mõju ja trauma normaliseerimine	25
4.6. Interseksionaalsus ja akumuleerunud riskid.....	26
4.6.1. Ristuvate identiteetide (nt sugu, rass, klass, puue) roll	26
4.6.2. Kuidas tegurite ristumine suurendab traumaohu ja piirab abi kättesaadavust	27
5. KAITSETEGURID	29
6. ABI KANNATANUTELE JA SPETSIALISTIDELE	31
6.1. Kannatanutele – praktilised vahendid ja traumaga toimetuleku tehnikad.....	32
6.2. Spetsialistidele	34
6.2.1. Spetsialistide emotsioonid	34
6.2.2. Hoolitsemine nende eest, kes hoolivad	35
7. ÕIGUSLIK BAAS.....	38
7.1. Õiguslikud mehhanismid soolise vägivalda, vaimse tervise probleemide ja/või sõltuvuste tõttu kannatanud naiste abistamiseks	38
Eesti	38
Kreeka.....	39
Prantsusmaa ja Martinique.....	42
Guyana	45
Itaalia	49

Argentina	50
7.2. Rahvusvaheline ja piirkondlik õigusraamistik vaimse tervise ja hoolekande valdkonnas	53
8. BIBLIOGRAAFIA	58



**Co-funded by
the European Union**

Rahastab Euroopa Liit. Väljendatud seisukohad ja arvamused on siiski ainult autori(te) omad ega pruugi kajastada Euroopa Liidu või Euroopa Hariduse ja Kultuuri Täitevasutuse (EACEA) seisukohti. Euroopa Liit ega EACEA ei saa nende eest vastutada.



SÖNASTIK

0.SÕNASTIK

Reaktsioon „võitle-põgene-tardu”

Keha automaatne kaitsereaktsioon ohule. Stressihormoonid (näiteks adrenaliin ja kortisool) paisatakse vereringesse, pulss kiireneb, tähelepanu teravneb ja lihased valmistuvad võitluseks, põgenemiseks või täielikuks liikumatuseks.

Kognitiivne koormus

Töömälu on mälumaht, mida me kasutame õppimisel, mõtlemisel või probleemide lahendamisel. Kui töökoormus on liiga suur (näiteks kui ülesanne on liiga keeruline), väheneb võime infot tõhusalt töödelda.

Posttraumaatiline stressihäire (PTSH)

Psüühiline seisund, mis võib tekkida pärast traumaatilise sündmuse läbielamist. Sümptomiteks on pealetükkivad mälestused, õudusunenäod, traumad meenutavate olukordade vältimine, suurenenud valvsus ja meeleolumuutused.

Kompleksne trauma

See tekib korduvate või pikaajaliste traumaatiliste sündmuste tagajärjel, mis kõige sagedamini leiavad aset lapsepõlves või lähisuhetes. See võib põhjustada probleeme eneseregulatsiooni, identiteedi kujunemise ja suhete loomisega ning sellega võivad kaasneda sümptomid, mis väljuvad tüüpilise PTSH sümptomite raamidest.

Dissotsiatsioon

Psüühiline protsess, mille käigus inimene irdub reaalsusest osaliselt või täielikult: oma tundedest, mälestustest, isiksusest või teadlikkusest. See võib varieeruda alates kergest „hõljumisest” unistustes kuni sügava enesesse sulgumiseni, mis on iseloomulik traumaga seotud dissotsiatiivsetele häiretele.

Emotsionaalne läbipõlemine

Füüsilise ja emotsionaalse kurnatuse seisund, mis on seotud kroonilise tööstressiga. See avaldub küünilisuse, vähenenud tõhususe ja pideva väsimusena. WHO klassifikatsioon ei pea seda haiguseks, vaid liigitab selle pigem elukutsega seotud fenomenide kategooriasse.

Toimetulekustrateegiad on mehhanism raskuste ületamiseks

Moodused, mille abil inimene – teadlikult või alateadlikult – stressi või traumaga toime tuleb. Need võivad olla positiivsed (nt suhtlemine, füüsiline aktiivsus) või destruktiivsed (probleemide eest põgenemine, psühhoaktiivsete ainete tarvitamine).

Traumateadlik lähenemine

Spetsialistide ja organisatsioonide poolt kasutatav töömudel, mis keskendub küsimusele „Mis teiega juhtus?“, aga mitte "Mis teil viga on?". Selline lähenemisviis võtab arvesse trauma mõju inimesele ja on suunatud korduvtrauma ärahoidmisele.

Ebameeldivad lapsepõlvkogemused (*Adverse Childhood Experiences, ACEs*)

Lapsepõlves aset leidnud potentsiaalselt traumeerivad sündmused, nagu näiteks vägivald, hooletusse jätmine või halb olukord perekonnas. Kõrge ACE-tase on seotud suurenenud vaimse ja füüsilise tervise riskidega kogu elu jooksul.



SISSEJUHATUS

1. SISSEJUHATUS

Jätkuks eelmistele soolise vägivalda ja seksuaalse ärakasutamise moodulitele, käsitleb kolmas moodul nendega tihedalt seotud teemasid – tervist, hoolekannet ja sõltuvust. Läbielatud trauma, mille põhjused peituvad sageli süsteemses vägivaldas ja marginaliseerimises, jätab inimese psüühikasse ja kehasse sügavad jäljed, mõjutades tema eluteed ja abi otsimise võimet.

Moodul algab neurobioloogilise vaatenurgaga: see aitab mõista, kuidas reageerib aju stressile, mis juhtub mälu ja miks tekib sõltuvus. Seejärel uurime, kuidas trauma mõjutab emotsionaalset elu ja käitumist ning kuidas see on seotud vägivalda ja psühhoaktiivsete ainete tarvitamisega.

Põhiosa on pühendatud teguritele, mis võivad nii riske suurendada kui ka inimest kaitsta. Neid käsitletakse erinevatel tasanditel – isiklikust ja perekondlikust kuni ühiskondliku ja süsteemse tasandini. Eraldi käsitletakse meedia rolli, erinevate haavatavuse vormide kokkupuutepunkte ja tõkkeid, mis takistavad inimestel vajaliku abi saamist.

Erilist tähelepanu pööratakse praktilistele tööriistadele. See hõlmab meetodeid traumad kogenud inimeste toetamiseks, aga ka seda, kuidas saavad spetsialistid ise emotsionaalse koormusega toime tulla, läbipõlemist vältida ja enda eest hoolitseda.

Moodul lõpeb ülevaatega õigusnormidest: see koondab rahvusvahelised ja piirkondlikud standardid ning kirjeldab õigusabi mehhanisme naistele, kes on kogenud soolist vägivalda ja seisavad samaaegselt silmitsi vaimse tervise probleemide ja sõltuvusega.

Tervikuna on mooduli eesmärk ühendada teadusuuringud ja praktilised lähenemisviisid, et töötada välja tõhusad ja humaansed abimeetodid, mis võtavad arvesse kannatuste ja tõrjutuse poolt mõjutatud elude keerukust ja ainulaadsust.



AJU FUNKTSIOONID

2. AJU FUNKTSIOONID: NEUROLOOGILINE VAATENURK

2.1. Mudel „käsi-aju”

Et mõista paremini, kuidas aju reageerib traumale, stressile ja sõltuvusele, vaatleme dr Daniel Siegeli välja töötatud nn käemudelit. See lihtne, kuid **väga** näitlik harjutus aitab selgitada peamiste ajupiirkondade toimimist ja seda, kuidas need emotsionaalse tasakaalu või vastupidi, selle kaotuse hetkedel omavahel suhtlevad.

Kasutades kätt metafoorina, näitab mudel, kuidas aju töötleb stressirohkeid ja traumaatilisi sündmusi ning mis juhtub siis, kui me „kaotame kontrolli”. Selle väljendi all mõeldakse ajuosade kognitiivsete ja eneseregulatsiooni funktsioonide ajutist väljalülitumist ohu või traumaga kokkupuutumisel.

2.2. Ajukaart

Võtke kinnas ja tõmmake see oma mitte-domineerivasse kätte – sellest saab sümboolne ajukaart.

Kirjutage peopesa keskele „**reptiilne aju**”.



See piirkond asub kolju põhimikus, seal, kus aju ühendub seljaajuga. See vastutab automaatsete ellujäämisfunktsioonide eest: südamelöökide, hingamise ja kehatemperatuuri säilitamise eest. See hõlmab ka tasakaalu- ja ruumitaju ning selliste põhiliste bioloogiliste vajaduste nagu nälg, sugutung, uni ja ärkvelolek reguleerimist.

Nüüd painutage põial üle peopesa ja kirjutage sellele „**limbine süsteem**”.



Limbilist süsteemi võib pidada aju „emotsionaalseks peakorteriks”. Sellesse kuuluvad:

- **amügdala** — see on omalaadne „radar“, mis hindab sekundi murdosa jooksul keskkonna ohtlikkuse või ohutuse taset ning esitab põhiküsimuse: „Kas see on hea või halb?“;
- **hipokampus** — ala, mis aitab salvestada ja meelde tuletada teavet, eriti seda, mis on seotud tugeva emotsionaalse varjundiga sündmustega.

See süsteem suunab meid selle poole, mis tundub turvalise või meeldivana ning aitab vältida seda, mis tundub ähvardava või valulikuna. Kui olukorda hinnatakse ohtlikuks, käivitab amügdala keha stressireaktsiooni – sündmuste ahela, mis võib viia seda tüüpi käitumiseni nagu „võitle“, „põgene“ või „tardu“.

Oluline on mõista, et ajutüve (reptiilne aju) ja limbilise süsteemi vaheline seos tähendab seda, et emotsionaalsed üleelamised võivad koheselt käivitada instinktiivsed ellujäämismehhanismid – isegi enne seda, kui aju „ratsionaalne” osa jõuab kõik läbi mõelda.

Nüüd painutage neli sõrme üle pöidla ja suruge need kergelt rusikasse. Kirjutage sõrmeselgadele „ajukoor”.



Ajukoor võimaldab meil teadvustada oma kehaseisundit, tajuda välismaailma viie meelelundi abil ning jälgida keha asendit ja liikumist puudutuse ja liikumismeele kaudu. Just ajukoorest lähtuvad liikumisaktiivsuse plaanid ja kontroll tahtele alluvate lihaste üle.

Järgmisena pöörake tähelepanu oma sõrmeotstele – eriti keskmisele ja nimetissõrmele. Need sümboliseerivad prefrontaalset ajukoort, inglise keeles lühendatult PFC (*prefrontal cortex*). Näitlikkuse huvides võib nende sõrmede küüntele kirjutada „**PFC**”.



Prefrontaalne ajukoor — see on evolutsioonilises mõttes üks kõige „nooremaid” ajupiirkondi, mis on just inimestel eriti hästi arenenud. Selle peamine roll seisneb võimes seada eesmärgid, koondada tähelepanu, juhtida impulsse ja teha teadlikke otsuseid. See ajuosa võtab vastu signaale paljudest teistest ajupiirkondadest, töötleb neid ja aitab meil kohandada oma käitumist muutuvate oludega.

Prefrontaalne ajukoor hõlmab laias spektris niinimetatud **täidesaatvaid funktsioone**: võimet säilitada tähelepanu ja motivatsiooni, ette näha tagajärgi ja planeerida tegevusi, kontrollida impulsiivseid reaktsioone, juhtida emotsioone ja kohandada käitumist vastavalt olukorrale. Ja mis kõige tähtsam, omab võimet *peatuda* enne tegutsemist, andes ruumi teadlikkusele, empaatialle ja teadlikule valikule.

Pöörake tähelepanu ühele olulisele momendile: kui teie käsi on rusikasse surutud, siis toetuvad keskmise ja nimetissõrme (PFC) otsad otse põidlale (limbiline süsteem) ja puudutavad peopesa (ajutüve), jäädes samal ajal osaks ajukoorest. See kontakt ei ole juhuslik ega pelgalt sümboolne – prefrontaalne ajukoor täidab tegelikult integreerivat funktsiooni. See ühendab signaale:

reptiilsest ajust (automaatsed ellujäämisreaktsioonid),

limbilisest süsteemist (emotsioonid ja mälu),

ja **ajukoorest** (aistingute töötlemine ja tahteliste tegevuste juhtimine).

2.3. Aju ja stress

Mis juhtub siis, kui me kogeme stressi?

Me tajume heli, kujundit või kehalist aistingut ohuna oma füüsilisele, professionaalsele, isiklikule või kultuurilisele identiteedile. Vastuseks käivitab aju organismi stressireaktsiooni, valmistades meid ette kolmeks võimalikuks stsenaariumiks: **võitle, põgene või tardu**.

Prefrontaalne korteks lülitub sel hetkel välja ja lõpetab koostöö aju ülejäänud osadega. Selle kujutamiseks „käemudeli” abil sirutage neli sõrme ülespoole, jättes pöidla piki peopesa kõverdatuks. See lihtne žest demonstreerib näitlikult võimsat nihet neuroniühendustes: sellistel hetkedel kaotame juurdepääsu oma kõrgematele võimetele – analüütilisele mõtlemisele, planeerimisele, enesekontrollile ja empaatiale.

Selle seisundi kohta öeldakse kujundlikult „**katus sõidab**”. Kontrolli võtavad enda peale reptiilne aju ja limbiline süsteem, mis vastutavad ellujäämisinstinktide ja emotsionaalsete reaktsioonide eest.

Tähtis!

Sellel perioodil pole te füsioloogiliselt võimelised tegema kaalutletud otsuseid või looma sügavat kontakti teise inimesega. Seepärast on parem mitte rääkida ega teha seda, mida hiljem kahetsete. Teie esmane ülesanne on rahustada oma närvisüsteemi. Abiks selles on: aeglane hingamine, kehalistele aistingutele keskendumine või pöördumine lähedase inimese poole.

Eesmärk — saada oma **prefrontaalne korteks** „töökorda”, asetades sõrmed uuesti korralikult pöidla peale. Kui ühendus on taastunud, siis naasete seisundisse, milles suudate selgelt mõelda, olla empaatiline ja tegutseda arukalt.

2.4. Aju ja mälu

Mälu ei ole üksik „konteiner”, vaid terve süsteem, mis koosneb erinevatest mehhanismidest, mis võimaldavad meil üheskoos salvestada teavet, teha valikuid, tunda, ette kujutada ja isegi teadvustada oma isiksust.

„**Käemudelit**” kasutades on võimalik näha, kuidas need süsteemid on aju eri osades jaotunud:

- **Reptiilne aju** (peopesa): siin asub **protseduuriline mälu** ja keharefleksid. See on kehamälu – oskus sõita jalgrattaga, püüda palli või hoida tasakaalu. See ei ole teadlikult omandatud ega tugine sõnadele, vaid toimib tegevuse kaudu. Sellised mälestused on automaatsed, sügavalt juurdunud ja neid on peaaegu võimatu unustada.

- **Emotsionaalne aju** (peopesa vastu painutatud pöial): siin kujuneb **emotsionaalne mälu**. Amügdala hindab sündmusi – kas need on ohtlikud või meeldivad – ja hipokampus „märgistab“ need aja ja asjaoludega: *kus? millal? kellega?* Tänu sellele sünnivad tugevad emotsionaalsed mälestused: mere lõhn lapsepõlves, õnnetuse ajal kogetud hirm või rõõm ootamatust peost.
- **Ajukoor** (neli pöidla kohale painutatud sõrme): siin on hoiul **deklaratiivne (eksplitsiitne) mälu** – selline, mida saame sõnadega väljendada. See jaguneb kahte põhiliiki:
 - **episoodiline mälu** — see on mälestused isiklikest sündmustest (*„Ma mäletan oma esimest koolipäeva“*);
 - **semantiline mälu** — see on üldised teadmised maailma kohta: faktid, mõisted, sõnad (*„Pariis on Prantsusmaa pealinn“*).

Need kaks mäluliiki on pidevas koostöös: episoodilised mälestused rikastavad meie arusaamist faktidest ja kogunenud teadmised aitavad meil oma kogemusi paremini mõista.

- **Prefrontaalne korteks (PFC)** (sõrmeotsad): siin asub lühiajaline **töömälu**, mida sageli võrreldakse ajutise „teadetetahvliga“. See säilitab teavet lühikest aega ja võimaldab meil seda opereerida – näiteks teha peast arvutusi. Ilma töömäluta ei suudaks me pidada vestlust, koostada ostunimekirja ega valjusti arutleda. Kuid paraku on see mälu väga habras: stress, väsimus või tähelepanu hajutavad tegurid koormavad selle kiiresti üle.

2.5. Aju ja kompensatsiooniskeem

Motivatsiooni ja sõltuvuse mehhanismide paremaks mõistmiseks on oluline uurida aju tasustamissüsteemi, mille keskmeks on nn dopamiiniahel. Sageli nimetatakse **dopamiini** „naudingumolekuliks“. See on seotud eelnaudingu, tasuvajaduse, motivatsiooni ja sooviga korrata tegevust, mis meid stimuleeris. Teisisõnu, see on aju sisemine hääl: *„Ojaaa, tee seda veel kord, see on oluline!“*

Sügaval ajus on olemas väike piirkond, mida nimetatakse ventraalseks tegmentaalseks piirkonnaks (ingl. k. *ventral tegmental area*, VTA). See vabastab dopamiini iga kord, kui tajume stiimulit meeldiva või paljutootavana: šokolaadi söömine, video vaatamine, teate saamine, auhinna võitmine või ülesande täitmine. See süsteem toimib omamoodi „ellujäämismootorina“, mis sunnib meid kordama seda, mis osutus kasulikuks, meeldivaks või lootustandvaks.

Kuid sellel on ka varjukülg. Kui dopamiinisüsteem on üle koormatud liiga sagedaste või liiga tugevate stiimulitega (alkohol, narkootikumid, ekraanid, sotsiaalvõrgustikud, ülitulemuste saavutamise vajadus, pornograafia jne), siis hakkab aju sellega harjuma. See läheb üle energiasäästurežiimile: „Liiga palju dopamiini. Vähendame retseptorite tundlikkust, et vältida ülekoormust.“

Nii kujunebki kompensatsiooniskeem. Selle tulemusena muutub nauding üha nõrgemaks, sama efekti saavutamiseks on vaja rohkem stimulatsiooni, lihtsad rõõmud muutuvad

kahvatuks ja vajadus – või isegi sunduslik soov – süveneb. Kõik see võib viia sõltuvusspiraalini.



TRAUMA

3.TRAUMA

Psühholoogiline trauma tekib siis, kui inimene kogeb sündmust või sündmuste jada, mis mõjub talle nii laastavalt, et ta ei suuda kogetuga toime tulla ega seda oma elukogemusse integreerida. Judith Herman (1992) defineerib traumas kui „inimese ja maailma vahel eksisteerivate fundamentaalsete suhete purunemist”. See võib olla füüsilise, seksuaalse või emotsionaalse vägivalga tagajärg, aga ka kroonilise ja süstemaatilise rõhumise tulemus.

Eristatakse mitut erinevat trauma tüüpi:

- äge – seotud ühe konkreetse sündmusega;
- krooniline – kestab pikema aja jooksul, kordudes ikka ja jälle;
- kompleksne – esineb kõige sagedamini inimestevahelistes suhetes ja vägivaldses või kuritahtlikus keskkonnas, näiteks perekonnas või institutsioonilistes struktuurides.

Trauma sümptomid võivad olla erinevad, kuid kõige levinumateks on:

- obsessiivsed ilmingud: tagasivaated, õudusunenäod, pealetükkivad mälestused;
- vältimine: soovimatus sündmusest rääkida või sellega seotud kohtade ja inimeste vältimine;
- kognitiivsed ja emotsionaalsed muutused: süü- ja häbitunne, emotsionaalne tuimus, naudingu kogemise võime kaotus (anhedoonia);
- hüpererutuvus: suurenenud valvsus, ärrituvus, unehäired, liialdatud ehmatusreaktsioonid (Ameerika Psühhiaatrite Assotsiatsioon, 2013).

Kõik need ilmingud on otseselt seotud organismi neurobioloogiliste mehhanismidega, mis reageerivad ohule.

3.1. Aju reaktsioon stressile ja traumale: „tolerantsuse aken”

Psühhiaater Daniel Siegeli 1999. aastal välja pakutud „tolerantsuse akna” mõiste aitab mõista, kuidas inimene reageerib traumale. Selle all mõeldakse närvisüsteemi erutustaseme optimaalset vahemikku, mille piires on inimene suuteline kogema, teadvustama ja reguleerima oma emotsioone, tundmata end seejuures ülekoormatuna. Selles „aknas” viibides suudame me säilitada kontakti tegelikkusega, mõtiskleda ja säilitada emotsionaalse tasakaalu.

Kuid inimeste jaoks, kes on trauma üle elanud, eriti kroonilise või lähedastega seotud trauma, see aken aheneb. Organism hakkab tajuma ohuna isegi tavalisi, neutraalseid ärritajaid ning aktiveeruvad automaatsed, bioloogiliselt juurdunud ellujäämisreaktsioonid. Need avalduvad kahel peamisel viisil:

- **Hüpererutuvus** (väljumine raamidest ülespoole): inimene on kogu aeg pinges – ärevus, paanika ja vihapursked. Sümpaatiline närvisüsteem toimib viimase piiri peal ja iga sündmust tajutakse ohtlikuna. See on justkui udu, mis ähmastab teadvuse.
- **Hüpoerutuvus** (väljumine raamidest allapoole): aktiveerub parasümpaatiline süsteem ja inimene "tardub". See võib avalduda emotsionaalse tuimusena, vöördumisena, tühjustundena, depressioonina või isegi sideme katkemisena oma kehaga.

Näiteid elust:

- Naisel, kes on kogenud koduvägivalda, võib tekkida paanikahoog ainuüksi ukse paugutamise helist – see on hüpererutuvus.
- Seksuaalset vägivalda kogenud inimene võib rutiinse tervisekontrolli või isegi neutraalse füüsilise kontakti ajal emotsionaalselt „välja lülituda“ – see on hüpoerutuvus.

On oluline mõista: need reaktsioonid ei ole „liialdused“ ega „irratsionaalsus“. Need on loomulikud ellujäämismehhanismid, mis on kinnistatud keha ja aju poolt. Kahjuks tõlgendatakse ja karistatakse ühiskonnas ning institutsioonides sellist käitumist sageli valesti: inimene tembeldatakse agressiivseks, ebastabiilseks või ükskõikseks, selle asemel, et näha temas kedagi, kes on sattunud väljapoole oma „tolerantsuse akent“.

Selle akna laiendamisele ja stabiliseerimisele aitab kaasa traumakeskne lähenemine hooldusele ja toetusele, kus keskmes on turvalisus, emotsionaalne regulatsioon ja isiklike piiride austamine.

3.2. Trauma ja haavatavuse mõju

Trauma mõjutab inimesi erinevalt. Selle levimus ja tagajärjed süvenevad sotsiaalsete, kultuuriliste, majanduslike ja poliitiliste tegurite mõjul. Eriti haavatavad on need, kes juba elavad marginaliseeritud tingimustes: naised, LGBTQIA+ inimesed, migrandid, puuetega inimesed, rassiliste ja etniliste vähemuste esindajad ning samuti vaesuses elavad inimesed. Need rühmad kogevad sagedamini korduvaid traumaatilisi olukordi ja neil puudub sageli juurdepääs kvaliteetsele toetusele.

Selles mõttes on trauma **interseksionaalse iseloomuga** (Kimberly Cranshaw, 1991): seda ei kujunda mitte ainult üksikud sündmused, vaid ka terved võimu- ja diskrimineerimissüsteemid. Uuring „Ebameeldivad lapsepõlvkogemused“ (Adverse Childhood Experiences, ACE; Felitti jt, 1998) näitas tugevat seost varajaste traumaatiliste sündmuste, nagu vägivald, hooletusse jätmine (*neglect*), koduvägivald ja vaesus, ning

paljude täiskasvanueas esinevate terviseprobleemide vahel. Nende hulka kuuluvad: depressioon, ärevushäired, sõltuvused, südame-veresoonkonna haigused, rasvumine ja riskikäitumine.

Lisaks näitas uuring „doosi kumulatiivset” efekti: mida rohkem traumaatilisi sündmusi inimene kogeb, seda suurem on haiguste ja psühholoogiliste raskuste tõenäosus tulevikus. Seega on trauma süsteemne ja pikaajalise iseloomuga, see võib kanduda edasi põlvest põlve ning nõuab terviklikku, kultuuriliselt tundlikku ja mitte patoloogiseerivat lähenemist hoolitsusele ja toetusele.

3.3. Trauma, vägivald ja sõltuvus

Trauma ja sõltuvuse vaheline seos on sügav, tsükliline ja jääb seejuures sageli märkamata. Inimesed, kes on üle elanud kompleksse trauma, eriti korduva, mis on seotud vägivallaga lähisuhetes, arendavad sageli välja ellujäämisstrateegiaid, mis sisaldavad psühhotroopsete ainete tarvitamist või kompulsiiivset käitumist (nt alkohol, narkootikumid, enesevigastamine, liigsöömine, hasartmängu- või seksisõltuvus). Oluline on mõista, et need ei ole „halvad valikud”, vaid katsed füüsilise ja psühholoogilise valuga iseseisvalt toime tulla (Najavits, 2002).

Näited

- Naine, kes on kogenud lapsepõlves seksuaalset väärkohtlemist, võib hakata alkoholi kuritarvitama, et tuimestada mälestusi või vähendada talumatuid emotsioone.
- LGBTQIA+ inimene, kes on kogenud hülgamist perekonna poolt, diskrimineerimist ja vägivalda, võib tarvitada aineid, et tunda end teatud sotsiaalsetes olukordades „turvaliselt” või kogukonda „kaasatuna”.

Sageli süvendab selliseid käitumisvorme häbimärgistamine ja sotsiaalne isolatsioon, eriti siis, kui inimene juba kuulub sellistesse marginaliseeritud rühmadesse nagu näiteks migrandid, rassilised ja etnilised vähemused ning kodutud. Kahjuks käsitlevad tervishoiu- ja sotsiaalteenistused sõltuvust sageli ainult individuaalse probleemina, ignoreerides selle traumaatilisi ja struktuurilisi juuri.

Lisaks väldivad paljud vägivallaohvrid abi otsimist häbimärgistamise, karistuse või lapse hooldusõiguse kaotamise kartuses, eriti riikides ja kogukondades, kus sõltuvus on kriminaliseeritud. See probleem mõjutab kõige suuremal määral naisi: suurem osa teenistustest ei oma sobivaid vahendeid, mis võtavad arvesse soospetsiifikat ja traumaatilist kogemust.

Traumapõhine lähenemine, eriti Lisa Najavitsi poolt väljatöötatud mudel „Turvalisuse otsinguil” (***Seeking Safety***), eeldab samaaegset tööd nii trauma kui ka sõltuvusega. Selle aluseks on turvatunde loomine, emotsionaalse stabiilsuse taastamine ja terapeutiliste suhete ülesehitamine, mis põhinevad inimese enesemääramisõiguse austamisel ja toetamisel.

Jutt ei käi ainult „ravist” selle kitsas tähenduses. Selle lähenemisviisi eesmärk on taastada usaldus, saada tagasi kontroll oma elu üle ja tugevdada sidemeid teiste inimestega, tunnustades ja austades samal ajal täielikult inimese tegelikku elukogemust.



RISKITEGURID

4. RISKITEGURID

Viimastel aastakümnetel on soolise vägivalla probleemi üha enam peetud mitte ainult teravaks sotsiaalseks probleemiks, vaid ka tõsiseks ohuks rahvatervisele (Mercera jt, 2024; Franchino-Olsen, 2019). See toob endaga kaasa laia spektri raskeid vaimseid ja füüsilisi tagajärgi. Selle nähtusega tõhusamaks võitlemiseks on oluline arvestada nii riskitegureid kui ka kaitsvaid tingimusi. Esimesed suurendavad inimese haavatavust traumaatiliste olukordade suhtes, teised aga vähendavad ohtlike ja hävitavate tagajärgede tõenäosust. See osa keskendub just neile kahele tegurile.

Riskitegurid võivad oluliselt suurendada inimese tõenäosust sattuda prostitutsiooni kaudu seksuaalse ärakasutamise ohvriks. Tegemist on bioloogiliste, psühholoogiliste, perekondlike, sotsiaalsete ja kultuuriliste omadustega, mis on seotud negatiivsete tagajärgede suurenenud riskiga (SAMHSA, b.g.).

4.1. Individuaalne tasand

Individuaalsel tasandil mängivad võtmerolli isiklikud ja psühholoogilised üleelamised, eriti lapsepõlves. Nn ebasoodsad lapsepõlvkogemused (*Adverse Childhood Experiences*, ACEs) võivad tulevikus oluliselt mõjutada inimese emotsionaalset arengut ja üldist heaolu (Mercera jt, 2024). Sellel tasandil kuuluvad riskitegurite hulka:

- Füüsiline ja emotsionaalne hoolimatus (Franchino-Olsen, 2019; Mercera jt, 2024; Project Starfish, b.g.). Hoolitsuse ja tähelepanu puudumine tekitab madala enesehinnangu ja rahuldamata lähedusvajaduse. See võib olla tõukeks, mis paneb lapse kodust põgenema ja otsima tuge ohtlikest keskkondadest – näiteks kuritegelike rühmituste või tänavajõukude hulgast (Mercera jt, 2024; Project Starfish, b.g.).
- Seksuaalse vägivalla kogemus või liiga varajane seksuaalelu algus. Vägivallaga seotud trauma kahjustab võimet kujundada normaalset suhtumist seksuaalsusesse ja ühtesobivusse (Mercera jt, 2024). Samuti suurendab liiga varajane seksuaalelu algus haavatavust hilisema ärakasutamise suhtes (Franchino-Olsen, 2019).
- Psühhoaktiivsete ainete tarvitamine (Benavente jt, 2021; Mercera jt, 2024; Project Starfish, b.g.). Sõltuvuse, rahaliste raskuste ja võõrutusnähtude nõiaring võib viia inimesed ellujäämisstrateegiate kasutamiseni, mis sisaldab ka seksuaalset ärakasutamist (Mercera jt, 2024).

4.2. Perekondlik tasand

Peredünaamika avaldab isiksuse arengule tohutut mõju. Düsfunksionaalne või vägivaldne keskkond suurendab oluliselt seksuaalse ärakasutamise riski (Mercera jt, 2024). Peamised perekondlikud riskitegurid on järgmised:

- Perekonna düsfunktsioon ja düsfunktsionaalseks lapsevanemaks olemine (Franchino-Olsen, 2019; Mercera jt, 2024): see hõlmab elamist koduvägivallaga, tehinguliste (suhete loomine raha, kingituste või muude hüvede eest) või seksuaalse ärakasutamise praktikate normaliseerimist perekonnas ning samuti varasemat ärakasutamise esinemist perekonnas (Benavente jt, 2021).
- Võõrandumine perekonnast (Benavente jt, 2021): stabiilse toetuse puudumine perekonna poolt võib igas vanuses inimesi sundida otsima turvalisust ja aktsepteerimist väljaspool kodu, mis viib sageli ohtlike või ärakasutamist võimaldavate olukordadeni.

4.3. Ühiskondlik ja kohalik tasand

Sotsiaalne keskkond mõjutab oluliselt traumasid, sõltuvust ja ärakasutamist kogenud inimeste elu. Ühiskondlikud tingimused muutuvad sageli ühendavaks lüliks struktuurse ebavõrdsuse ja individuaalse haavatavuse vahel, need võivad tagajärgi leevendada kui ka süvendada. Kui sotsiaalne ühtekuuluvus on häiritud, nõrgenevad tugivõrgustikud ning juurdepääs teenustele muutub piiratuks või kättesaamatuks. Sellistes tingimustes suureneb järsult marginaliseerumise, vägivalda ja ärakasutamise oht, eriti narkootikumide tarvitavate naiste, vägivalda üleelanute, dokumentideta migrantide või sisepögenike suhtes ning samuti kindla elukohata või tagatisteta töösuhetes inimeste puhul (EMCDDA, 2022; Mercera jt, 2024).

Ülioluline kaitsetegur on sotsiaalne ühtekuuluvus, mis on usalduse, vastastikuse toetuse ja ühiste väärtuste tase kohaliku kogukonna liikmete seas. See avaldub juurdepääsu kaudu ametlikele ja mitteametlikele tugivõrgustikele nagu: naabrite abi, osalemine kultuuri- või usurühmades ja kohalikes ühendustes. Seal, kus selline ühtekuuluvus puudub, kogevad inimesed suurema tõenäosusega isolatsiooni, kaitse puudumist ja piiratud juurdepääsu teenustele. Eriti kehtib see marginaliseeritud rühmade, sealhulgas migrantide ja sõltuvusega inimeste kohta, kes leiavad end kaitstesüsteemidest ära lõigatuna, mis teeb nad ärakasutamise ja korduvtrauma saamise suhtes haavatavamaks (Franchino-Olsen, 2019; Buller jt, 2020).

Ühiskondlikul tasandil on olemas terve rida tegureid, mis suurendavad isolatsiooni ja haavatavust:

- elukoha ebastabiilsus – kodutus või sunnitud ümberasumine;
- takistused hariduse saamisel, eriti maapiirkondades ja ressursivaestes piirkondades;

- majanduslikud raskused – tööpuudus, võlad, materiaalne viletsus.

Kõik need asjaolud suurendavad seksuaalse ja soolise vägivalda kogemise tõenäosust (Mercera jt, 2024; Franchino-Olsen, 2019). Täiendavat ohtu kujutab endast vägivalda normaliseerimine meedias ja kultuurinarratiivides: see viib tundlikkuse vähenemiseni, moonutatud arusaamadeni, sõltuvuse ja vaimse tervisega seotud kahjulike stereotüüpide kinnistamiseni ning empaatia vähenemiseni ühiskondlikul tasandil (Brown, 2019).

Samuti jääb võimsaks välistamisteguriks **stigma**. Sõltuvuse või vaimse tervise probleemidega inimesi tajutakse sageli moralistlike või individualistlike ettekujutuste kaudu, neid ei võeta kui isiksusi, kes püüavad trauma ja struktuurse ebaõigluse tagajärgedega toime tulla. Eriti tugevalt on häbimärgistatud naised, kes tarvitavad narkootikume ja on kogenud vägivalda: sageli ei usaldata nende poolt vägivaldajuhtumite kohta antud ütlusi või ignoreeritakse neid täielikult (Jiménez jt, 2014). Seejuures ei ole sooline stigma seotud niivõrd ainete tarvitamise kui sellisega, kuivõrd ühiskondlike ootuste ja naiste diskrimineerimisega, kes jäävad väljapoole traditsiooniliste rollide raamidest.

Kultuurilised narratiivid, mis rõhutavad **isiklikku vastutust** – näiteks idee, et sõltuvusest või traumast ülesaamine sõltub üksnes „tahtejõust“ – varjavad süsteemseid põhjuseid: vaesust, soolist vägivalda ja sotsiaalset tõrjutust. Nagu märkis feministlik mõtleja Bell Hooks – sellised tõlgendused „depolitisiseerivad kannatusi“ ja vabastavad ühiskonna kollektiivsest vastutusest, nihutades rõhuasetuse õigluse eest võitlemiselt nõudmisele „olema visa“.

Sellegipoolest võib just ühiskond muutuda vastupanu ja tervenemise ruumiks. Kohalikud algatused, vastastikune abi ja traumapõhine töö tagavad sageli vajaliku hoolitsuse ja solidaarsuse seal, kus ametlikud süsteemid ebaõnnestuvad. Intersektsionaalse ja traumapõhise lähenemisviisi kasutamine võimaldab spetsialistidel näha mitte ainult riske, vaid ka ressursse ja vastupanuvõime vorme, mis tekivad kogukonna sees isegi raskete katsumuste tingimustes.

4.4. Süsteemne vägivald

Süsteemne vägivald on tavade, normide ja institutsionaalsete mehhanismide kogum, mis taastoodab struktuurset ebavõrdsust ja jätab terved sotsiaalsed rühmad ilma nende põhiõigustest. Sõltuvus- ja vaimse tervise probleemidega naiste puhul avaldub see häbimärgistamise, sotsiaalse isolatsiooni ja teenustele juurdepääsu takistamise kujul. Sageli antakse neile moraalseid hinnanguid, neid tabab korduv viktimiseerimine või neid lihtsalt ei peeta usaldusväärseteks tunnistajateks, ja seda nii tervishoiu- kui ka kohtusüsteemis (Bartlett jt, 2022).

Süsteemne vägivald väljub kaugele individuaalsete tegude raamidest: see on juurdunud just nendes institutsioonides, mis peaksid justkui kaitsma kõige haavatavamaid. Näiteks paljud sõltuvuste ja psüühikahäirete ravikeskused ei arvesta naiste sooliste iseärasuste ja

traumaatiliste kogemustega. Sisuliselt on sellest saanud institutsionaalse vägivalga vorm: naisi heidutatakse abi otsimast, neid suunatakse edasisse kontrolli või kasutama meditsiinilist ravi (Covington, 2008).

Lisaks on tingimuslikel sotsiaaltoetustel, mille puhul juurdepääs eluasemele või sissetulekule sõltub teatud programmides osalemisest või „õige käitumise” demonstreerimisest, – sageli karistav mõju rasketes elutingimustes olevatele naistele ja kinnistab nende kroonilist marginaliseerumist (Pittaway jt, 2009).

Mitmed uuringud näitavad otsest seost süsteemse vägivalga kokkupuute ja sõltuvuste või vaimse tervise häirete tekkeriski suurenemise vahel, samuti raskuste vahel inimestevahelise vägivalga ületamisel (Mills jt, 2020). See on seotud asjaoluga, et institutsionaalsed vastused, mis on killustatud ning kohtu-, meditsiini-, sotsiaalteenuste ja soolise vägivalga tegelevate struktuuride vahel halvasti kooskõlastatud, eiravad sageli trauma, sõltuvuse ja vaimse tervise vastastikust seost. Selle tulemusena süvenevad tõrjutus ja korduva trauma saamine.

Süsteemse vägivalga kui riskiteguri tunnistamine nõuab perspektiivi muutust: alates ettekujutusest „isiklikust patoloogiast” kuni arusaamiseni institutsionaalsest ja kollektiivsest vastutusest. See tähendab seda, et psühhoaktiivsete ainete tarvitamist ei tule käsitleda isikliku läbikukkumisena, vaid ellujäämisstrateegiana, mis on välja kujunenud tingimustes, kus puudub kaitse, turvalisus ja enesemääramisõigus.

4.5. Meedia mõju ja trauma normaliseerimine

Massimeedial on äärmiselt oluline roll avalikkuse arusaamade kujundamisel sellistes küsimustes nagu seksuaalne ärakasutamine ja sooline vägivald. Üks häirivamaid trende on see, et filmides, telesaadetes ja veebisisus sageli romantiseeritakse või normaliseeritakse vägivalda ja kahjulikke stereotüüpe. Pidev kokkupuude piltidega, millel on naisi kujutatud alluvatel või alandatud positsioonidel, vähendab ühiskonna tundlikkust ja valmisolekut sellistele kuritegudele reageerida (Coy & Bragg, 2020). Lisaks sellele tugevdab sensatsiooniline meediakajastus sageli ohvrite süüdistamist, süü veeretamist ohvritele endile. See kinnistab kahjulikke narratiive ja vähendab ohvrite soovi abi või õiglust otsida (Loney-Howes, 2021). Hüperseksualiseeritud piltide laialdane kasutamine ja vägivaldsete suhete glamuriseerimine meedias kujundab ohtliku arvamuse, et vägivald on suhte vastuvõetav või „normaalne” osa, mis suurendab ärakasutamise riski (García-Moreno jt, 2015).

Kuid meedia võib olla ka võimas vahend positiivsete muutuste saavutamiseks, kui seda teadlikult kasutada. Kampaniad, dokumentaalfilmid ja ohvrite endi jutustatud lood näitavad, et strateegiline lähenemine võib järk-järgult muuta ühiskondlikke hoiakuid ja soodustada aktivismi. Kui platvormid keskenduvad soolise vägivalga ohvrite ausale ja

kaastundlikule kujutamisele, aitab see murda vaikust ja häbimärgistamist, julgustades kannatanuid abi otsima (Kitzinger, 2004). Selliste sotsiaalsete liikumiste nagu **#MeToo** tekkimine on loonud ülemaailmse platvormi, kus inimesed saavad jagada oma kogemusi, leida solidaarsust ning avaldada survet valitsustele ja institutsioonidele, et nad teeksid tegelikke reforme (Fileborn & Loney-Howes, 2019).

Meedias trauma normaliseerimise vastu võitlemiseks on oluline rakendada koolides meediaharidust, et arendada noortes kriitilise mõtlemise oskusi ja võimet kahjulikke kuvandeid ära tunda ja vaidlustada (Brown, 2018). Samuti on vaja regulatiivseid mehhanisme, et sundida meediat vastutama stereotüüpide ja sensatsioonilisuse levitamise eest. Ohvrikeskse lähenemisviisi ja traumapõhise ajakirjanduse edendamine võimaldab luua sisu, mis toetab ja austab inimeste kogemusi, mitte ei kasuta neid ära efekti saavutamiseks (Stanko, 2017). Lõppkokkuvõttes, kui muuta meediaruum haridus- ja eestkostevahendiks, saab ühiskond purustada ärakasutamise tsüklid ja aidata kaasa tervenemisele.

4.6. Interseksionaalsus ja akumulunud riskid

Interseksionaalsuse mõiste näitab, kuidas erinevate identiteetide – soo, rassi, sotsiaalse klassi, puude ja muu – ristumine suurendab inimese haavatavust trauma ja struktuurilise ebavõrdsuse suhtes. Kui sellised identiteedid kattuvad, siis need mitte ainult ei süvenda, vaid ka mitmekordistavad riske ja vähendavad juurdepääsu abile. Nende mehhanismide mõistmine on vajalik tõhusaks tegelemiseks kompleksse kahju ja süsteemse ebavõrdsusega.

4.6.1. Ristuvate identiteetide (nt sugu, rass, klass, puue) roll

Ristuvad identiteedid – sugu, rass, sotsiaalne staatus, puue, seksuaalne orientatsioon ja migratsioonikogemus – mõjutavad otseselt inimese haavatavust trauma, sõltuvuse ja ärakasutamise suhtes. Need sotsiaalsed parameetrid määravad elukogemuse, juurdepääsu ressurssidele ja vastuvõtlikkuse taseme diskrimineerimise struktuurilistele vormidele. Haavatavatesse rühmadesse kuuluvad inimesed kogevad traumasid tõenäolisemalt just süsteemse ebavõrdsuse ja rõhumise tõttu.

Näiteks võib madala sissetulekuga puudega naine, kes kuulub etnilisse vähemusse, kogeda samaaegselt vägivalda kogukonnas ja hoolimatust tervishoiusüsteemis. Identiteetide ristumine võimendab riskitegurite mõju, kuna need on otseselt seotud võimu ebavõrdsusega ühiskonnas. Õigusteadlase Kimberlé Crenshawi poolt esmakordselt välja pakutud interseksionaalsuse mõiste aitab meil mõista, kus ja kuidas põrkuvad ning põimuvad võimu ja ärakasutamise mehhanismid.

4.6.2. Kuidas tegurite ristumine suurendab traumahtu ja piirab abi kättesaadavust

Haavatavad rühmad kogevad süsteemse ebavõrdsuse ja diskrimineerimise tõttu traumaatilisi kogemusi sagedamini. Näiteks mõnes ühiskonnas langevad etniliste vähemuste liikmed rassilise profileerimise ja politseivägivalla ohvriks ning kannavad ka kolonialismi või orjusega seotud ajaloolise trauma tagajärgi. Süstemaatiline diskrimineerimine ja vägivald etniliste vähemuste, puuetega inimeste ja LGBTQA+ kogukonna liikmete vastu suurendab oluliselt traumahtu. See võib väljenduda diskrimineerimisena tööl, vihakuritegude, rünnakute, perekonna poolt hooletusse jätmise või vägivalla näol – kõik see jätab sügavad psühholoogilised jäljed.

Teiste haavatavate rühmade hulka kuuluvad madala sissetulekuga inimesed, naised ja mittebinaarsed inimesed, eriti sisserändajatest naised. Sageli puutuvad nad abi saamise katsel kokku tõsiste takistustega, milleks on transpordi või taskukohase lapsehoiuteenuse puudumine. Dokumentideta sisserändajatest naistel puudub sageli juurdepääs tervishoiule ning nad seisavad abi otsides silmitsi keele- ja kultuuribarjääridega.

Olukorda süvendab vaimse tervise ja traumajärgse taastumise teenuste krooniline alarahastamine: ravijärjekorrad võivad venida kuude pikkusteks ning mõnel juhul on abi saadaval ainult erakliinikutes, mis välistab need, kellel puudub selleks raha. Maapiirkondade ja halva mainega linnaosade elanikel puudub sageli juurdepääs erikliinikutele ja tugiteenustele.



KAITSETEGURID

5. KAITSETEGURID

Kui inimene kogeb traumasid, olgu selleks siis ühekordne sündmus või pikkade ja raskete katsumuste jada, siis kogeb tema närvisüsteem tohutut pinget.

Ta reageerib: ta kaitseb end, tardub ja püüab stressiga toime tulla. Kuid trauma mõjud avalduvad igaühel erinevalt. Miks tekib ühtedel posttraumaatiline stressihäire (PTSD), samas kui teised väljuvad kriisist uue jõu, selguse ja isegi sisemise arengu tundega? Vastus peitub sageli nähtamatus, kuid olulises tugivõrgustikus, milleks on kaitsetegurid.

Need on sisemised ressursid ja välised sidemed, mis aitavad kogetust hoolimata säilitada psüühika ja keha terviklikkuse või võimaldavad taastuda hiljem.

Isiklikud kaitsetegurid (sisemised ressursid):

Need ressursid on alati käepärast – need on isiklikud, sageli märkamatud, kuid eluliselt tähtsad. Need võivad olla kaasasündinud või omandatud, teadlikud või harjumuspärased.

- **Emotsioonide reguleerimine** – see on võime emotsioone ära tunda, ohjeldada ja väljendada nii, et need ei kasva üle pea. „*Ma tunnen ärevuse suurenemist, kuid ma tean, kuidas seda hingamisega vähendada.*”
- **Täidesaatvate funktsioonide säilitamine** – tänu prefrontaalse ajukoore tööle suudame kontrollida impulsse, mõelda paindlikult ja säilitada tähelepanu. „*Ma teen pausi ega reageeri kohe.*”
- **Enesehinnang ja pädevuse tunne** – sisemine enesekindlus: „*Ma olen midagi väärt, ma saan sellega hakkama. Olen juba varem tormi üle elanud ja suudan ka selle läbida.*”
- **Täheendus, vaimsus, maailmavaade** – usk, filosoofia, veendumused, mis annavad stabiilsust. „*Ma ei saa kõike kontrollida, aga mul on tugi, millele saan toetuda.*” .

Isikutevahelised kaitsetegurid (ressursid suhetes):

Need ressursid pärinevad teistelt inimestelt, kuid pole sugugi vähem olulised. Need aktiveerivad kiindumussüsteemi, rahustavad närvisüsteemi ja aitavad inimesel pärast kaost iseenda juurde tagasi pöörduda.

- **Usaldusväärne täiskasvanu / stabiilne kiindumus** – toetav pilk ilma hukkamõistuta, rahulik hääl, turvatunnet sisendav kohalolu. „*Minu keha tunneb end sinu kõrval turvaliselt.*”
- **Toetav ümbruskond** – inimesed, kes kuulavad, tunnustavad meie kogemusi ja annavad soovitusi. „*Ma ei ole sellel teel üks.*”

- **Positiivsed rollimudelid** — need, kes inspireerivad oma eeskujuga ja näitavad, et võimalik on hakkama saada. „*Kui nemad suutsid, siis suudan minagi.*”

Need tegurid ei kustuta traumat ennast, kuid vähendavad selle hävitavat mõju, vähendavad „toksilist jälge” ja mis kõige tähtsam, taaskäivitavad stressiresistentsuse mehhanismid. Tänu neile taastame me kiiremini sidemed ja saame tagasi sisemise terviklikkuse.



ABI
KANNATANUTELE JA
SPETSIALISTIDELE

6. ABI KANNATANUTELE JA SPETSIALISTIDELE

6.1. Kannatanutele – praktilised vahendid ja traumaga toimetuleku tehnikad

On olemas terve rida lihtsaid kehakeskseid ja traumateadlikke tehnikaid, mida spetsialistid saavad kasutada, et aidata inimestel trauma tagajärgedega toime tulla ja reguleerida oma närvisüsteemi, eriti nendel juhtudel, kui sõnadest ei piisa. Neid meetodeid saab rakendada nii kliinilises kui ka sotsiaaltöös. Enamik neist põhineb kehakesksel lähenemisel ja polüvagaansel teoorial (mis selgitab, kuidas meie vegetatiivne närvisüsteem toimib meie ellujäämise tagamiseks ning millist rolli mängivad selles turvatunne ja sidemed).

Olulised meeldetuletused spetsialistidele

- Küsige enne kehakesksete tehnikate kasutamist alati nõusolekut.
- Andke inimesele valikuvõimalus ja kohandage meetod vastavalt tema vajadustele.
- Pakkuge kontrolli ja valikuvõimalusi, see aitab taastada turvatunde, mis on traumaatilise kogemuse korral sageli kaotsi läinud.
- Olge traumateadlik: ärge nõudke silmsidet, vaikust ega liikumatust, seda võidakse pidada ohtlikuks.

Tehnikad, mis on kättesaadavad ainult psühholoogidele ja meditsiinitöötajatele

- **Traumateadlik KKT (kognitiiv-käitumuslik teraapia)** — struktureeritud meetod, mis on osutunud traumajuhtumiga töötamisel tõhusaks, aitab ümber sõnastada destruktiivseid mõtteid, hallata emotsioone ja vähendada PTSD sümptomeid.
- **EMDR (desensibiliseerimine ja ümbertöötlemine silmaliigutustega)** — spetsiifiline psühhoterapeutiline tehnika, kus kasutatakse kontrollitud silmaliigutusi või muud kahepoolset stimulatsiooni traumaatiliste sündmuste meenutamise ajal. See vähendab mälestuste emotsionaalset intensiivsust. Viiakse läbi ainult sertifitseeritud spetsialistide poolt.
- **Ebasoodsate lapsepõlvkogemuste (ACE) skriining** standardiseeritud küsimustike abil rutiinsete tervisekontrollide käigus aitab tuvastada traumaatiliste tagajärgede riskirühma kuuluvaid isikuid ja suunata nad õigeaegselt vaimse tervise spetsialistide juurde.

Lihtsad, ohutud ja kättesaadavad meetodid, mida saab kasutada naistega töötamisel mis tahes kutsealal:

Hingamine 4-7-8

- Sissehingamine 4 sekundit → hinge kinnihoidmine 7 sekundit → väljahingamine 8 sekundit.

Alandab südame löögisagedust, rahustab keha ja vähendab ärevust.

Ruudus hingamise meetod (*Box Breathing*)

- Sissehingamine 4 sekundit → hinge kinnihoidmine 4 sekundit → väljahingamine 4 sekundit → hinge kinnihoidmine 4 sekundit.

Aitab reguleerida emotsioone ja viib tagasi seisundisse „siin ja praegu“.

Hingamine käega südamel või kõhul

- Pange käsi südamele või kõhule ja hingake aeglaselt.

Aktiveerib parasümpaatilise närvisüsteemi („puhkus ja taastumine“).

Koputamistehnika (EFT)

- Kerge koputamine akupunktuuripunktidele (otsmik, silmaalused, rangluu) koos samaaegse rahustavate fraaside ütlemise või läbielatu tunnistamisega.

Vähendab stressi ja emotsionaalset pinget, seda on lihtne õppida ja iseseisvalt rakendada.

„Lükkame seina“ (maandus läbi takistuse)

- Tuleb seista seina äärde ja suruda peopesad 10–20 sekundiks vastu seina.

Aktiveerib suured lihased ja aitab dissotsiatsiooni või tardumusseisundite korral.

Orienteerumine (visuaalne maandus)

- Tuleb nimetada 5 eset, mida näete → 4 eset, mida saate katsuda → 3 eset, mida kuulete → 2 eset, mille lõhna tunnete → 1 ese, mida saate maitsta.

Suunab tähelepanu tagasi olevikule, eriti tagasivaadete või paanika ajal.

Sensorlähtestamine

- Hoidke käes midagi külma (jää, veepudel) või kasutage erineva tekstuuriga esemeid (stressipallid, riie).

Lülitab sisse sensoorse taju ja viib tagasi seisundisse „siin ja praegu“.

Toolile toetumine või sellest kinni hoidmine

- Suruge toolil istudes peopesad tugevalt vastu istet või haarake käetugedest kõvasti kinni.

See aitab hästi pingete korral ja sobib piiratud liikumisvõimega inimestele.

„Liblikas” (enese kallistamine vahelduva koputamisega)

- Ristake käed rinnal ja koputage kergelt kordamööda õlgadele.

Aktiveerib mõlemad ajupoolkerad, aitab rahuneda.

„Jalad põrandal” – maandamine kehaga

- Pöörake tähelepanu põrandat puudutavate jalgade tundele, kaalujaotusele ja stabiilsusele.

Lihtne, kuid võimas tehnika turvatunde taastamiseks.

Joonistamine või vabakäelised kritseldused

- Kasutage emotsioonide joonistamiseks paberit ja pliiatseid/viltpliiatseid.

Võimaldab väljendada tundeid mitteverbaalselt, vähendab stressi ning on eriti kasulik lastele ja keelebarjääridega inimestele.

6.2. Spetsialistidele

6.2.1. Spetsialistide emotsioonid

Kohtumine vägivalda kogenud naisega on alati habras, raske ja sügavalt inimlik kogemus. Selles hooldusvaldkonnas toob professionaal lisaks oma teadmistele ja tehnilistele oskustele (*tegutsemisoskus*) kaasa ka oma isikuomadused, tundlikkuse ja emotsionaalse kohaloleku (*oskus kõrval olla*).

Naisega loodud suhe ei ole mitte kunagi neutraalne: see on mõlema poole emotsioonide ja läbielatu keeruline põimumine. Lisaks kannatanu valule võivad spetsialistid kogeda ka isiklikke tugevaid emotsionaalseid reaktsioone. Hirm, viha ja kurbus on vaid mõned tunded, mis võivad selle tööga kaasneda.

Need emotsioonid ei ole takistus, vaid toetava suhte lahutamatu osa. Kuid just oma tugevuse tõttu vajavad nad teadlikku lähenemist ning vahendeid äratundmiseks ja juhtimiseks.

Kõige levinumad emotsioonid on:

- **Hirm** – põhjustatud kirjeldatud olukordade raskusest, ärevusest naise või isegi iseenda turvalisuse pärast.

- **Viha** – suunatud agressori, aga mõnikord ka süsteemi vastu, mida tajutakse aeglase või ebatõhusana.
- **Kurbus** — reaktsioon lugudele, mis puudutavad sügavalt isiklikku või kollektiivset traumasid või tulevad seda meelde.

Kui emotsioonid muutuvad liiga tugevaks, siis aktiveeruvad loomulikult viisil psühholoogilised kaitsemehhanismid, mis on tavaliselt alateadlikud. Nende hulka kuuluvad:

- **Abituse tunne** — see on halvav tunne, mis jätab mulje, et kõik, mida sa teed, pole piisav.
- **Kõikvõimsuse tunne** — see on soov „päästa iga hinna eest”, mis viib emotsionaalse läbipõlemiseni.
- **Samastumine** — see on liigne samastumine kannatanuga, mis kustutab piirid enda ja teise vahel.
- **Idealiseerimine** — see on naise tajumine üdini „heana” ja tema ümbruskonna tajumine ainult negatiivsena.
- **Projektsioon** — see on oma emotsioonide või oletuste omistamine teistele.

Asendav traumatiseerimine ja kaastundekaotuse sündroom

Pidev kokkupuude vägivaldsete tegude ja teiste inimeste valuga võib viia **kaudse (asendus) trauma** fenomeni tekkimiseni (McCann jt, 1990; Pearlman, 1995), mis on omamoodi „ülevõetud” trauma, mis avaldub traumajärgsele stressihäirele omaste sümptomite kaudu. Kui see seisund püsib, võib see areneda **kaastundekaotuse sündroomiks** (Figley, 1995) – emotsionaalse ja füüsilise kurnatuse seisundiks, mis tekib empaatiavõime püsiva ja sügava ekspluateerimise tõttu.

Kaastundekaotuse sündroomi peamised ilmingud:

- ebaefektiivsuse ja frustratsiooni tunne oma töös;
- emotsionaalne võõrandumine või kaasatuse vähenemine;
- unehäired, ärrituvus, keskendumisraskused;
- sotsiaalne isolatsioon, kontaktide vältimine.

6.2.2. Hoolitsemine nende eest, kes hoolivad

Nii nagu Quino märkis tabavalt: „*Liiga sageli ei jäta kiireloomuline ruumi olulisele.*” Enda eest hoolitsemine ja meeskonna toetus on olulised tingimused abi kvaliteedi ja seda pakkuvate inimeste heaolu säilitamiseks.

Judith Hermani sõnul on töömeeskond ülioluline kaitsev ressurss: see toidab, toetab ja tõhustab iga liikme tugevaid külgi. Kaitsvate tegurite hulka kuuluvad:

- vaatenurkade paljus – juhtumite kollektiivne arutamine ja ühiste tõlgenduste väljatöötamine;
- ressursside ja vastutuse jagamine – isolatsioonitunde vähendamine otsuste vastuvõtmisel;
- kogemusõpe – igapäevase praktika muutmine pidevaks professionaalseks arenguks.

Selleks, et need tegurid püsiks tõhusad, tuleb neid teadlikult toetada:

- luua regulaarseid ruume refleksiooniks ja dialoogiks;
- tagada pidev kvalifikatsiooni tõstmine;
- korraldada struktureeritud ja järjepidev supervisioon – nii kliiniline kui ka emotsionaalne.

Supervisioon on üks olulisemaid vahendeid toetamiseks ja professionaalseks arenguks. See võimaldab peatuda ja vaadata oma kogemust teisest vaatenurgast, muutes spetsialistid teadlikumaks, kuidas olla „oma tegevuses”. Supervisioonile esitatud juhtum on vaid ajend: tegelikult „tekstiks” on ühise analüüsi ja grupisisese jutustuse protsess ise. Siin pole rõhuasetus niivõrd sellel, *mida täpselt teha või mitte teha*, vaid sellel, *kuidas* me olukorrale läheneme.



ÕIGUSLIK BAAS

7. ÕIGUSLIK BAAS

7.1. Õiguslikud mehhanismid soolise vägivalla, vaimse tervise probleemide ja/või sõltuvuste tõttu kannatanud naiste abistamiseks

Eesti

Õiguslik baas

Eesti ohvriabi seadus (jõustus 2023. aasta aprillis) loob soolise vägivalla (GBV) ohvritele tervikliku tugisüsteemi, mida koordineerib sotsiaalkindlustusamet. Kannatanud saavad tugiteenustele juurdepääsu olenemata sellest, kas nad teatavad vägivallast politseile või algatavad kriminaalmenetluse. Süsteem on suunatud abi osutamisele kogetud vägivalla kohta laekunud teabe alusel, psühholoogilise toe pakkumisele ja rehabilitatsiooniks.

Esimene kontakt:

- 116 006: ööpäevaringne ohvriabi kriisitelefoni.
- Naiste tugikeskused: kättesaadavad iseseisva pöördumise, politsei, tervishoiutöötajate või vabaühenduste kaudu.
- Haiglad/sotsiaalteenistused: võivad algatada suunamisi ilma politsei osaluseta.

Tugiteenused:

- Naiste tugikeskused: turvaline majutus, õigusnõustamine, psühhosotsiaalne tugi kriisiolukordades ja abi taasintegreerumisel.
- Psühholoogilised ja psühhoterapeutilised teenused: traumast taastumise tuge pakutakse ka ilma kohtumenetluseta.
- Narkosõltuvuse raviteenused: on kättesaadavad riikliku tervishoiusüsteemi kaudu, kuigi juurdepääs on piiratud ega ole täielikult integreeritud soolise vägivalla ohvrite toetusprogrammiga.
- Teenused vaimse tervise kaitseks: kannatanud võivad saada psühhiaatrilist abi nii riiklikes kui ka erakliinikutes, kuigi selliste teenuste kättesaadavus on ebaühtlane.

Võtmetähtsusega tegutsevad isikud ja kohustused

Tegutsev isik	Roll
Sotsiaalkindlustuse nõukogu	Koordineerib ohvriabiteenuseid, sh riiklikku abiliini.

Naiste tugikeskused	Pakuvad traumajärgset tuge, peavarju ja õigusabi.
Ravikindlustuse fond	Hõlmab vajalikke teenuseid vaimse tervise ja narkosõltuvuse ravimise valdkonnas.
Valitsusvälised organisatsioonid / kohalikud omavalitsused	Toetavad juurdepääsu erialasele arstiabile maapiirkondades, eriti narkosõltuvuse korral.

Probleemid praktikas

- Spetsialistide puudus: kliiniliste psühholoogide, psühhiaatrite ja traumaspetsialistide arv on ebapiisav; ooteajad võivad venida kuude pikkusteks.
- Geograafiline ebavõrdsus: teenused on koondunud linnakeskustesse; maapiirkondade naised seisavad silmitsi tõsiste takistustega teenuste kättesaadavusel.
- Erasektori teenuste kõrge hind: seansid maksavad 50–100 eurot, mis piirab juurdepääsu osalisest hüvitamisest hoolimata.
- Lähenemisviiside killustatus: koordineerimise puudumine narkosõltuvuse ravi, soolise vägivalla vastaste meetmete ja vaimse tervise abi osutamisel.
- Häbimärgistamine ja umbusaldamine: teenusepakkujad või politsei võivad pidada vaimse tervise või psühhoaktiivsete ainete tarvitamise probleemidega naisi ebausaldusväärseteks, mis vähendab tõenäosust, et naised pöörduvad abi saamiseks nende poole.
- Juurdepääsupiirangud varjupaikadesse pääsemiseks: mõned varjupaigad ei pruugi olla valmis vastu võtma naisi, kellel on narkosõltuvuse aktiivne vorm või psüühikahäirete sümptomid.

Kokkuvõttes tasub rõhutada, et kuigi Eesti õigusraamistik tagab psüühika- või sõltuvushäiretega soolise vägivalla ohvritele tingimusteta juurdepääsu tugiteenustele, takistavad praktikas tõhusat taastumist endiselt süsteemsed tõkked, milleks on spetsialistide puudus, killustatud teenused ja jätkuv häbimärgistamine.

Kreeka

Juurdepääs arstiabile

Esmakontakt ja suunamine

Kannatanud saavad ühendust võtta hädaabinumbril 15900 või saada suunamise politsei, sotsiaalteenistuste või vabaühenduste kaudu. Nõustamiskeskused (kokku 28 kogu riigis) hindavad vajadusi ja suunavad inimesi varjupaikadesse või eriarstide juurde.

Varjupaigad ja tugiteenused

Kaheksateist varjupaika pakuvad turvalist majutust, kus töötavad psühholoogid ja sotsiaaltöötajad. Vägivalla ohvrid saavad psühhosotsiaalset tuge, õigusabi ja suunamise riiklikesse haiglatesse või sõltuvusravikeskustesse.

Meditsiiniline ja psühhiaatriline abi

Riiklikud haiglad viivad läbi psühhiaatrilisi läbivaatusi, määravad ravi ja pakuvad sõltuvusraviteenuseid.

Riiklik Rahvatervise Organisatsioon (KEELPNO) koordineerib meditsiiniliste juhtumite haldamist, eriti pagulas- ja dokumentideta naiste puhul.

Õiguslik ja sotsiaalne reintegreerimine

Kannatanutel on õigus tasuta õigusabile (vastavalt seadusele nr 3226/2004) ja hüvitisele. Valitsusvälised organisatsioonid ja munitsipaalteenistused hõlbustavad rehabilitatsiooni, pakkudes psühhoteraapiat, kutseõpet ja eluasemetoetust.

Probleemid

- Varjupaikade piiratud võimalused
- Süsteemi killustatus: ebapiisav koordineerimine tervishoiu-, õigus- ja sotsiaalvaldkonna vahel.
- Spetsialistide ebapiisav ettevalmistus: politsei, tervishoiu- ja kohtusüsteemi töötajad pole läbinud sootundlikkuse alast koolitust.
- Takistused migrantidele: keeleraskused, dokumentide puudumine ja häbimärgistamine piiravad juurdepääsu abile.

Võtmetähtsusega organisatsioonid

- GSDFPGE — Rahvastiku, Perepoliitika ja Soolise Võrdõiguslikkuse Peasekretariaat.
- KETHI — Soolise Võrdõiguslikkuse Uurimiskeskus.
- EKKA — Riiklik Sotsiaalse Solidaarsuse Keskus.

Tegutsev isik	Roll
GSDFPGE	Töötab välja soolise võrdõiguslikkuse valdkonna poliitika ja kontrollib selle rakendamist.
KETHI	Koordineerib varjupaikade ja nõustamiskeskuste tööd.

Tegutsev isik	Roll
EKKA	Haldab varjupaiku ja hädaabitelefoni 197 .
Valitsusvälised organisatsioonid	Pakuvad spetsialiseeritud tuge, osutavad õigusabi ja sõltuvusravi teenuseid.
Riiklikud haiglad	Pakuvad psühhiaatrilist abi ja sõltuvusravi.

Lisateave

Kreeka on välja töötanud asjakohase õigusraamistiku, mis reguleerib juurdepääsu tervishoiuteenustele, eelkõige vaimse tervise ja soolise vägivalla valdkonnas.

Juurdepääs vaimse tervise teenustele Kreekas

Seadus **nr 2716/1999** reguleerib psühhiaatrilise abi osutamist ja edendab kogukonnapõhise hooldussüsteemi arendamist. See tagab võrdse juurdepääsu vaimse tervise teenustele, sealhulgas haavatavatele elanikkonnarühmadele.

Peamised probleemid on seotud vaimse tervise spetsialistide puudusega, eriti maapiirkondades. Jätkuvad jõupingutused psühhiaatrilise abi integreerimiseks esmatasandi tervishoiusüsteemi.

Sooline vägivald ja vaimne tervis

Soolise vägivalla mõiste õiguslik alus ja tunnistamine rahvatervise probleemina:

Kreeka ratifitseeris 2018. aastal **Istanbuli konventsiooni**, tunnistades soolise vägivalla inimõiguste rikkumiseks. Lisaks viis seadus **nr 4531/2018** riiklikud õigusaktid kooskõlla rahvusvaheliste standarditega.

Seadus **nr 3500/2006** kriminaliseerib kannatanute kaitsmiseks koduvägivalla ja pakub ohvritele õigusabi, seadus **nr 4324/2015** tugevdab seksuaalvägivalla ohvrite tugisüsteemi.

Kohtusüsteemi ja psühholoogilise abi koostoime

Ohvritel on juurdepääs riiklikult rahastatavale psühholoogilisele toele nõustamiskeskuste ja hädaabitelefoni kaudu. Siiski on õigus- ja vaimse tervise teenistuste koostöö tõhus koordineerimine endiselt keeruline.

Institutsionaalsed kohustused ja kaitsemeetmed

Asutuste (politsei, haiglate, sotsiaalteenistuste) kohustused:

Politsei on kohustatud suunama kannatanud tugiteenistuste juurde.

Haiglad on kohustatud osutama kannatanutele tasuta meditsiinilist ja psühholoogilist abi ning arstid on kohustatud politseile teatama koduvägivalla tundemärkidest, kui arstiabi otsivatel naistel ilmnevad koduvägivalla tunnused.

Kaitsemeetmed

Seadus nr 3500/2006 näeb ette kannatanutele kaitse ja varjupaigad. Lisaks toetatakse ohvrikaitseprogramme Euroopa Liidu ja riiklike algatuste vahenditest.

Prantsusmaa ja Martinique

Juurdepääs psühhiaatrilisele ja psühholoogilisele abile

Pikaajalist vägivalda kogenud naistel on sageli **komplekstrauma**, mis avaldub traumajärgse stressihäire (PTSD), depressiooni, ärevuse, dissotsiatiivsete häirete või psühhoosidena. Neid seisundeid süvendavad sageli sõltuvused, näiteks alkoholi või narkootikumide kuritarvitamine (sh mitme narkootikumi tarvitamine, bensodiasepiinid jne).

Prantsusmaal on peamiseks psühhiaatrilise abi saamise kohaks Meditsiinilise ja Psühholoogilise Abi Keskus (**Centre Médico-Psychologique, CMP**), mis on territoriaalselt hajutatud ja tasuta tugiteenuseid osutav riigiasutus.

Kannatanuid võivad sinna suunata **perearstid (médecins généralistes)**, haiglad, ühingud või nad võivad sinna ise pöörduda. CMP pakub **psühhiaatrilist hindamist, psühhoteraapiat, sotsiaalset tuge ja vajadusel medikamentooset ravi**.

Raskete juhtudel suunatakse patsiendid **spetsialiseeritud traumaosakondadesse**, kuid juurdepääs neile on piiratud ja geograafiliselt ebaühtlane. Olukorda raskendab asjaolu, et paljudel psühhiaatriateenistustel **puudub süstemaatiline ettevalmistus traumateadlike lähenemisviiside alal**.

Psühhootiliste episoodide, raskete depressiivsete seisundite või suitsiidiriskide korral võib olla vajalik **psühhiaatriline hospitaliseerimine (vabatahtlik või sunniviisiline)**.

Psühhiaatrilist sundravi tehakse vastavalt **rahvatervise seadustiku (Code de la santé publique) §-dele L3213-1 ja L3212-1**, olenevalt sellest, kas taotluse esitab kolmas isik või otsuse teeb kohalik omavalitsus.

Sõltuvusravi teenused ja spetsialiseeritud tugi

Prantsusmaal abistatakse sõltuvustega silmitsi seisvaid inimesi peamiselt **CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie** – sõltuvuste ravi, toetamise ja ennetamise keskused) kaudu.

Need keskused pakuvad kompleksset ravi, sealhulgas:

- **psühhosotsiaalset tuge (accompagnement psychosocial),**
- **ravi asenduspreparaatidega (traitements de substitution),**
- **kahjude vähendamise meetmeid (réduction des risques).**

Mõned CSAPA-d on kohandatud tööks vägivalda kogenud naistega, kuid suurem osa keskustest ei kasuta **traumateadlikke lähenemisviise**. Suur vajadus on integreeritud **teenusepakujate järele**, kes tunnistavad seost soolise vägivalla ja sõltuvuse vahel, mis avaldub traumaga toimetuleku vormina.

Vajadusel tehakse **detoksikatsioon ja seisundi stabiliseerimine** haiglas, enamasti **ELSA** (*Équipes de Liaison et de Soins en Addictologie* – sõltuvushaiguste koostöö- ja ravimeeskonnad) osakondades.

Harvadel, kuid perspektiivsetel juhtudel võtavad **terapeutilised järelhooldusasutused** (**structures de postcure**) vastu naisi, kellel on nii traumaatilisi kogemusi kui ka sõltuvusi, kuid selliseid kohti on äärmiselt vähe.

Naised, kes on **kodutud või kogevad äärmist sotsiaalset ebastabiilsust**, võivad pöörduda **CAARUD** (*Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues*, mis on narkootikumide tarvitajatele mõeldud vastuvõtu- ja tugikeskused, mille eesmärk on kahjude vähendamine) poole. Need struktuurid **ei ole aga loodud pikaajalise terapeutilise toe pakkumiseks**.

Ametkondade tasandil koordineerib tegevust naistevastase vägivalla ennetamise ja tõkestamise ametkondlik komisjon **CDPEF** (*Commission Départementale de Prévention et de Lutte contre les Violences Faites aux Femmes* CDPEF), mida juhib **prefekt (Préfet)**. Selle koosseisu kuuluvad kõik ennetus- ja tugitegevuses osalevad võtmeisikud.

Individuaalne toetusplaan (*Projet d'Accompagnement Personnalisé* — PAP)

Naiste jaoks töötatakse sageli välja **individuaalne toetusplaan (PAP)**, mis sisaldab erinevat liiki abi:

- **Õigusabi:** kaebuste esitamine, õigusabi kohtus, laste hooldusõiguse küsimused (*garde d'enfant*).
- **Arstiabi raviplaan:** psühhiaatriline ravi, detoksikatsioon.
- **Sotsiaalne integratsioon:** sissetulekute stabiliseerimine, eluaseme tagamine, tööalane reintegreerimine.
- **Vanemlik tugi:** eriti laste olemasolu korral, lastekaitseteenistuse (*Protection de l'Enfance*) võimaliku kaasamisega.

Probleemid ja struktuursed barjäärid

Vaatamata arenenud õiguslikule ja meditsiinilisele baasile on endiselt säilinud **tõsised süsteemsed raskused**:

- **Teenuste killustatus:** psühhiaatriline ravi, sõltuvusravi ja abi osutamine soolise vägivalla korral on sageli halvasti koordineeritud.
- **Teenuste osutamisest keeldumine:** varjupaigad võivad keelduda psühhootiliste sümptomitega või aktiivse sõltuvusega naiste vastuvõtmisest.
- **Stigmatiseerimine:** kohtu- või meditsiinitöötajad peavad psühhiaatrilise diagnoosiga naisi sageli **ebausaldusväärseteks tunnistajateks**.
- **Piirkondlik ebavõrdsus:** spetsialiseeritud traumapõhiste teenuste kättesaadavus on piirkonniti väga erinev.

Martinique: samad õigused, aga ebavõrdne juurdepääs

Martinique'i eripärad: kuigi saarel on ohvritel formaalselt samad õigused kui Prantsusmaal, on juurdepääs kohtusüsteemile sageli aeglasem ja keerulisem järgmistel põhjustel:

- piiratud arv pereasjade kohtunikke (*Juges aux affaires familiales* — JAF);
- **Fort-de-France'i** kohtu ülekoormatus;
- viivitused lähenemiskeeldude (*Ordonnances de protection*) väljastamisel.

Ohvrid pöörduvad abi saamiseks sageli kohalike ühenduste poole, nagu näiteks:

- **Mouvement du Nid Martinique**,
- **CIDFF Martinique** (*Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles*) — Naiste ja Perekonna Õiguste Infokeskus,
- **Maison de Justice et du Droit** — Õigusemõistmise ja Seaduse Koda, mis aitab neil õigussüsteemis orienteeruda ning saada kaitset ja õigusabi.

Kaitse ja erakorraline majutus: piiratud ja haavatav võrgustik

Martinique'il osutavad esmaabi politsei, **CHU de Martinique** (riiklik haigla) ja abitelefoni **3919**, mis tegutseb kohalikul tasandil koostöös ühingutega.

Prefektuur (*Préfecture*) saab käivitada hädaolukorra kaitsemehhanismi koostöös **Vabariigi Prokuröri**ga (*Procureur de la République*).

Kohalikud piirangud:

- äärmiselt piiratud arv kohti varjupaikades, eriti vaimse tervise häirete või sõltuvustega naistele;
- enamik hädaabivarjupaiku **ei ole kohandatud** naistele, kellel on topeltdiagnoos (trauma ja sõltuvus);
- varjupaigad ja hostelid **keelduvad** sageli vastu võtmast naisi, kes on psühholoogilise kriisi seisundis või tarvitavad aktiivselt psühhoaktiivseid aineid.

See olukord **sunnib paljusid naisi** naasma ohtlikesse kodudesse, lootma mitteametlikele tugivõrgustikele või jääma eluasemeta.

Psühhiaatriline ja psühholoogiline abi: krooniline ressursipuudus

Psühhiaatrilist abi osutatakse ametlikult **territoriaalse süsteemi** (*sectorisation psychiatrique*) raames **meditsiinilis-psühholoogilise abi keskuste** (*Centre Médico-Psychologique, CMP*) kaudu.

Martinique'il tegutsevad:

- CMP täiskasvanutele – **Fort-de-France'is, Trinité's ja Rivière-Salée's**;
- spetsialiseeritud teenistused **CHU de Martinique'i** (riikliku haigla) struktuuris.

Peamised probleemid:

- personali ja traumaspetsialistide puudus;

- pikk ooteaeg vastuvõtule (kuni mitu kuud);
- erakorralise psühhiaatria osakonnad on **ülekoormatud ja krooniliselt alarahastatud**;
- **kriisikodude puudumine**, kus inimesed saaksid psühhiaatrilist abi kohapeal.

Martinique'il **puuduvad spetsiaalsed abiteenused** naistele, kes kannatavad **komplekstrauma (PTSD, dissotsiatsiooni)** tõttu, eriti ambulatoorsed.

Sõltuvusabi: defitsiitne ja killustatud süsteem

Sõltuvushäiretega inimestele pakutakse abi järgmiste institutsioonide kaudu:

- **CSAPA Martinique** (*Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie*) — sõltuvuste ravi, tugi- ja ennetuskeskus;
- **CAARUD** — vastuvõtu- ja tugikeskused eriti haavatavas olukorras olevatele narkomaanidele;
- **ELSA meeskond** (*Équipes de Liaison et de Soins en Addictologie*) **CHU de Martinique** juures.

Kohalikud lüngad:

- saarel puuduvad **residentsed raviasutused (postcure)**;
- sõltuvustega tegelevad abiteenistused **ei ole integreeritud** trauma või soolise vägivalda tugiprogrammidega;
- paljud sõltuvustega naised **väldivad abi otsimist** häbimärgistamise, süütunde ja naistele suunatud programmide puudumise tõttu.

Lisaks püsib ühiskonnas **kultuuriline tabu naiste sõltuvuse suhtes**, mis muudab selliste naiste olukorra **veelgi nähtamatumaks**.

Martinique'ile omased struktuursed probleemid

- **Saare geograafiline asukoht** raskendab maapiirkondade ja äärealade naiste juurdepääsu teenustele.
- **Noorte seas valitsev kõrge vaesuse ja töötuse määr** suurendab sotsiaalset haavatavust.
- **Meditiiniline „kõrb“** – perearstide ja vaimse tervise spetsialistide puudus.
- **Koloniaalne pärand, sooline vägivald ja selle kultuuriline mahavaikimine** põhjustavad naiste kannatuste institutsionaalse minimeerimise.
- **Alahindamine ja korduv viktimiseerimine**: vaimse tervise või sõltuvusprobleemidest teatavad naised seisavad sageli silmitsi **usaldamatuse või keeldumisega** politsei ja meditsiinitöötajate poolt.

Guyana

Guyanal on tervishoiusüsteem ja õigusraamistik, mis peegeldavad selle ainulaadset ajaloolist, sotsiaalset ja majanduslikku konteksti.

Tervishoiualased õigusaktid ja poliitika

Guyana põhiseadus, mis on riigi kõrgeim seadus, tagab teatud tervise ja heaoluga seotud õigused. Kuigi see ei sätesta otseselt **õigust arstiabile**, on riik kohustatud **parandama avalikku tervishoiusüsteemi**, tagama juurdepääsu meditsiiniteenustele ja edendama kõigi kodanike heaolu.

Tervishoiu eest vastutab peamiselt **tervishoiuministeerium**, kuid tervishoiuteenuste osutamisel on oluline roll ka piirkondlikel omavalitsustel.

Peamised tervishoiualased seadused

Guyana tervishoiualane seadusandlussüsteem põhineb mitmel olulisel seadusel ja määrusel:

- **Rahvatervise määrus (*Public Health Ordinance, 1934, muudetud kujul*)**: ajalooline normatiivakt, mis on endiselt Guyana tervishoiusüsteemi peamine tugisammas. See reguleerib nakkushaiguste ennetamist ja tõrjet, sanitaarolukorda, vaksineerimist, nakkushaiguste aruandlust ja meditsiinitöötajate volitusi.
- **Toidu- ja ravimiseadus (*Food and Drugs Act, 1971*)**: reguleerib toidu, ravimite, kosmeetika ja meditsiiniseadmete importi, müüki ja levitamist, tagades nende ohutuse ja kvaliteedi.
- **Vaimse tervise seadus (*Mental Health Ordinance, 1930, muudetud kujul*)**: määratleb vaimuhaigustega inimeste ravi ja haiglaravi korra. Praegu käib töö selle **kaasajastamiseks**, et viia see kooskõlla inimõiguste põhimõtete ja kogukonnakeskse hoolduse kaasaegsete lähenemisviisidega.

Tervishoiusüsteemi struktuur

Guyanal on **segatervishoiusüsteem**, mis hõlmab nii **avalikku kui ka erasektorit**. Avalik sektor on korraldatud kolmetasandiliselt: **esmatasandi, teise astme ja kolmanda astme abi**, kusjuures enamik asutusi ja teenuseid on tervishoiuministeeriumi juhtimise all.

Piirkondlikud tervishoiuasutused (*Regional Health Authorities*) pakuvad tervishoiuteenuseid kõigis **kümnes halduspiirkonnas**, tagades, et isegi maapiirkondades ja raskesti ligipääsetavates kogukondades on juurdepääs esmatasandi arstiabile.

Seadusandlik lähenemine sõltuvustele: narkootikumid, alkohol ja tubakas

Kontroll narkootikumide üle ja rehabiliteerimine

Guyana õiguspoliitika narkootikumide tarvitamise ja sõltuvuste suhtes **on peamiselt karistava iseloomuga**, kuigi sisaldab ka mõningaid sätteid ravi ja rehabiliteerimise kohta.

Peamised normatiivaktid:

- **Narkootiliste ja psühhotroopsete ainete kontrolli seadus (*Narcotic Drugs and Psychotropic Substances Control Act 1988, muudetud kujul*)** kriminaliseerib kontrollitavate ainete omamise, müügi, tootmise ja kasutamise vastavalt rahvusvahelistele lepingutele. Rikkumiste eest määratavad karistused võivad olla

karmid, kuid seadus näeb ette ka **rehabilitatsioonikeskuste loomist** narkosõltuvusega inimestele.

- **DARE (Drug Abuse Resistance Education) programmid** ja **riiklikud narkootikumidevastased strateegiad**: poliitilised algatused, mille eesmärk on **ennetamine, haridus ja nõudluse vähendamine**, eriti noorte seas.

Vaatamata karistava lähenemisviisi domineerimisele on üha enam hakatud mõistma vajadust **humaansete meetmete** järele, mis põhinevad **kahju vähendamisel ja ravi kättesaadavusel**, eriti elanikkonna haavatavate rühmade puhul.

Alkoholi ja tubakatoodete tarvitamise kontrollimine

Guyana on kehtestanud terve rea seadusi ja määrusi, mille eesmärk on reguleerida alkoholi ja tubakatoodete müüki, reklaami ja tarbimist.

- **Alkoholsete jookide müügiloa seadus (Intoxicating Liquor Licensing Act)**: reguleerib alkoholsete jookide müüki ja levitamist, kehtestades litsentsinõuded, vanusepiirangud ja müügiajad.
- **Tubakatoodete tarbimist piirav seadus (Tobacco Control Act, 2017)** on kaasaegne normatiivakt, mis on kooskõlas **Maaailma Terviseorganisatsiooni tubakatoodete tarbimise piiramise raamkonventsiooniga (FCTC)**. See **keelab suitsetamise kinnistes avalikes kohtades**, piirab reklaami, nõuab **pakenditel hoiatavaid silte** ja keelab tubakatoodete müügi alaealistele.

Ravi ja rehabiliteerimine

Guyana valitsus rakendab koostöös mitme valitsusvälise organisatsiooniga **alkoholi- ja narkosõltuvuses inimestele ravi- ja rehabilitatsiooniprogramme**. Seadus lubab vabatahtlikku ja mõnel juhul ka **kohtu poolt määratud ravi**.

Kuid ressursid on endiselt piiratud ja juurdepääs abile, eriti **väljaspool Georgetowni**, on keeruline. Viimastel aastatel on avalikkuse ja ekspertide toetus kasvanud **üleminekule karistavalt mudelist tervishoiupõhisele mudelile**, kus sõltuvust peetakse seisundiks, mis vajab meditsiinilist ja psühhosotsiaalset abi, aga mitte karistust.

Vaimset tervist ja puuet puudutav seadusandlus

Vaimne tervis

Guyana vaimse tervise õigusraamistik **on reformimise staadiumis**.

Kehtivat vaimse tervise seadust (Mental Health Ordinance), mis pärineb koloniaalajastust, peetakse **vananenuks** ning see ei paku piisavaid tagatiseid **vaimsete häiretega inimeste õiguste ja väärkuse kaitsmiseks**.

Käimas on töö **seadusandluse ajakohastamiseks**, rõhuasetusega järgmisele:

- **deinstitutionaliseerimine** (haiglaravi vajalikkuse vähendamine),
- **teenuste arendamine kohaliku kogukonna tasandil**,

- riiklike normide kooskõlla viimne rahvusvaheliste inimõiguste standarditega.

Rahvatervises erakorralistele olukordadele reageerimise süsteem

Haiguste tõrje ja erakorralised meetmed

Rahvatervise seadus (*Public Health Ordinance*) ja sellega kaasnevad määrused annavad tervishoiuasutustele haiguspuhangute ja hädaolukordade ajal laialdased volitused. Nende meetmete hulka kuuluvad karantiin, kohustuslik vaksineerimine, kontaktide jälgimine ja asutuste sulgemine.

COVID-19-le reageerimise kogemused on näidanud nii süsteemi tugevusi kui ka nõrkusi, sealhulgas vajadust suurema läbipaistvuse, proportsionaalsuse ja kodanikuõiguste kaitse järele.

Rahvusvahelised kohustused ja inimõigused

Rahvusvahelised sanitaareeskirjad

Guyana on osaline rahvusvahelistes tervishoiueeskirjades (**IHR, 2005**), mis kehtestavad terviseohtude seire, aruandluse ja reageerimise ülemaailmsed standardid.

Riik teeb koostööd **WHO, Pan-Ameerika Terviseorganisatsiooni (PAHO) ja CARICOMiga** piiriüleste haiguste vastase võitluse ja piirkondliku tervishoiu tugevdamise algatuste raames.

Inimõigused ja tervis

Kuigi Guyana põhiseadus ja seadused sätestavad võrdsuse ja mittediskrimineerimise, on praktikas endiselt puudujääke terviseõiguse rakendamisel, eriti järgmiste rühmade puhul:

- põlisrahvad,
- **LGBTQ+** kogukonna esindajad,
- **HIV/AIDSiga** elavad inimesed.

Kodanikuühiskond ja rahvusvahelised partnerid jätkavad survestamist tugevamate diskrimineerimisvastaste meetmete ja suurema kaasatuse saavutamiseks rahvatervise riikliku poliitika kujundamisel.

Reformide probleemid ja suunad

Guyana õigussüsteem, mis reguleerib tervishoidu, sõltuvusi ja hoolekannet, seisab silmitsi mitmete oluliste väljakutsetega.

- **Piiratud ressursid:** rahastamise, personali ja infrastruktuuri puudus, eriti äärealadel.
- **Aegunud seadused:** paljusid seadusi, eriti vaimse tervise ja puuetega inimesi puudutavaid seadusi, tuleb ajakohastada, et need kajastaksid tänapäevaseid inimõiguste standardeid ja põhimõtteid.

- **Häbimärgistamine ja diskrimineerimine:** psüühikahäirete või sõltuvustega inimesed seisavad sageli silmitsi ühiskondliku häbimärgistamise ja institutsionaalsete takistustega, mis piiravad juurdepääsu ravile.
- **Nõrk rakendamine ja järelevalve:** olemasolevate normide ebaefektiivne kohaldamine ja järelevalve vähendab nende tõhusust.
- **Lüngad poliitikas:** kahjude vähendamisele, reproduktiivtervisele ja kogukonnapõhiste teenuste arendamisele ei pöörata piisavalt tähelepanu.

Väljavaated ja reformid

Guyana tervishoiu, sõltuvuste ja hoolekande seadusandlik süsteem jääb endiselt mitmetasandiliseks ja hübriidseks, ühendades ajaloolised seadused käimasolevate reformidega, mida kujundavad nii riiklikud prioriteedid kui ka rahvusvahelised kohustused.

Vaatamata märkimisväärsetele saavutustele – eriti **nakkushaiguste tõrje** ja **peamiste tervishoiusektorite reguleerimise** valdkonnas, on riigil veel palju tööd teha, et luua **inimõigustel põhinev**, kaasav ja jätkusuutlik **süsteem**, mis teenib tõhusalt **kõiki Guyana elanikke**.

Lähiaastatel on oodata seadusandluse edasist arengut, eriti **vaimse tervise, sõltuvuste ja puuetega inimeste õiguste** valdkonnas, kuna Guyana tugevdab oma arusaama tervisest kui riikliku arengu ühest alustalast.

Itaalia

Soolise vägivalla ohvriks langenud naised, kes kannatavad samal ajal ka **vaimse tervise ja/või sõltuvushäirete all**, satuvad sageli **institutsionaalse abi ääremaale** ning seisavad silmitsi killustatud süsteemiga, mis takistab nende juurdepääsu igakülgselt ja piisavale toetusele.

Õigusraamistik põhineb **Istanbuli konventsioonil** (seadus nr 77/2013) ja „**Punasel koodisil**” (**Codice Rosso**) (seadus nr 69/2019), mis tugevdavad vägivallaohvrite kaitsemeetmeid. Mitte ükski neist seadustest ei näe aga ette konkreetseid või kooskõlastatud meetmeid psühhiaatrilise diagnoosiga või sõltuvusravil olevatele naistele, mis tekitab **kaitses olulisi lünki**.

Probleemi ulatus

ISTATI (2015) andmetel on **31,5%** 16–70-aastastest **naistest** kogenud oma elu jooksul füüsilist või seksuaalset vägivalda.

Ligi **65%** **paarisuhtes vägivalda kogenutest** teatasid **psühholoogilistest või füüsilistest tagajärgedest**.

Vastavalt **2022. aasta parlamendi aruandele seaduse 119/2013** rakendamise kohta (ministrite nõukogu haldusalas tegutsev võrdsete võimaluste amet) kannatab märkimisväärne osa naistest, kes pöörduvad **vägivallaohvrite abikeskuste** poole, ka **vaimse**

tervise häirete või sõltuvuste all. Paraku raskendavad sellised seisundid sageli nende juurdepääsu toetusele või takistavad selle jätkamist.

Peamised süsteemsed probleemid

Endiselt on üheks olulisemaks väljakutseks **tegeliku integratsiooni puudumine** sotsiaal- ja meditsiiniteenuste ning vägivalda vastu võitlemise keskuste vahel.

Vägivaldaohvrite abikeskused, millest enamikku haldavad **kolmanda sektori organisatsioonid**, ei ole alati kompetentsed tegelema **topeltdiagnoosiga (trauma ja sõltuvus) juhtumitega** ning sageli puudub neil püsiv koostöö psühhiaatriaosakondade või sõltuvusravi teenustega (Ser.D).

Meditsiiniasutused omalt poolt ei suuda sageli ära tunda vägivalda kui vaimset tervist mõjutavat peamist kliinilist tegurit ning ravivad sümptomeid isoleeritult, arvestamata trauma ja suhete konteksti.

Häbimärgistamine ja õiguslikud takistused

Psüühikahäirete või sõltuvustega naised seisavad silmitsi **sügava häbimärgistamisega** nii õiguslikus kui ka institutsioonilises kontekstis. See **õõnestab nende usaldusvärsust** tunnistajatena kohtumenetlustes ja **piirab nende juurdepääsu kaitsemeetmetele**, näiteks **lähenemiskeelule või lapse hooldusõigusele**.

Mõnedel dokumenteeritud juhtudel (**D.i.Re, 2021**) keelduvad naised vägivallast teatamast või kohtumenetluse algatamisest, kartes, et neid tembeldatakse **ebausaldusväärseteks või „sobimatuteks emadeks“**.

Koordineerimise puudumine ja reformivajadus

Ühtsete protokollide ning **traumapõhiste ja interseksionaalsete lähenemisviiside** puudumine takistab tõhusa ja tervikliku abi osutamist.

Riiklik poliitika peaks püüdma luua **integreeritud ja multidistsiplinaarseid tugiteenuseid**, kus **vägivalda vastu võitlemise keskused**, tervishoiuametid ja kohtusüsteem teevad koostööd, et **tunnistada ja võtta arvesse nende naiste kogemuste keerukust** ning tagada **mittediskrimineeriv juurdepääs abile ja õigusemõistmisele**.

Argentina

Põhiseaduslikud alused ja rahvusvahelised kohustused

Argentina põhiseadus sisaldab **põhiseadusliku staatusega (§ 75, lg 22)** rahvusvahelisi inimõigustealaseid lepinguid. Nende hulka kuuluvad lepingud, mis tagavad **kaitse vägivalda ja väärkohtlemise eest**, sealhulgas:

- **konventsioon naiste diskrimineerimise kõigi vormide likvideerimise kohta (CEDAW);**

- **Belém do Pará konventsioon** on Ameerika riikidevaheline konventsioon naistevastase vägivalla ennetamise, karistamise ja likvideerimise kohta.

Mõlemad konventsioonid on Argentinas **kohustuslikud** ning on aluseks riiklikule seadusandlusele naiste õiguste kaitsmise valdkonnas.

Seadus nr 26.485 – Naiste igakülgse kaitse seadus (2009)

Kõikehõlmav kaitseseadus, mille eesmärk on ennetada, karistada ja kaotada naistevastane vägivald isikutevahelistes suhetes.

See tunnistab **erinevaid vägivallavorme**, sealhulgas:

- füüsiline,
- psühholoogiline,
- seksuaalne,
- majanduslik ja varaline,
- sümboolne vägivald.

Seaduse eesmärk on **ennetada vägivalda, pakkuda ohvritele abi, harida ühiskonda ja tagada juurdepääs õiguskaitsele.**

Seadus nr 27.210 – kõikehõlmava seksuaalhariduse seadus (ESI)

Kohustab **igakülgse seksuaalhariduse andmist** riigi kõigis koolides. Selle eesmärgid:

- seksuaalse väärkohtlemise ärahoidmine,
- nõusoleku kultuuri kujundamine,
- lastele ja noorukitele teadmiste ning vahendite pakkumine **vägivalla äratundmiseks ja ennetamiseks.**

Argentina karistusseadustik (*Código Penal Argentino*)

Sisaldab spetsiaalseid paragrahve, mis **kriminaliseerivad seksuaalse vägivalla ja ärakasutamise:**

- **§ 119:** seksuaalne vägivald (sealhulgas vägistamine, vägivald raskendatud asjaoludega, alaealiste vastu suunatud vägivald koos penetratsiooniga).
- **§ 130:** peibutamine (*grooming*) – seksuaalse kavatsusega tegevus internetis.
- **§-id 145 bis ja ter:** inimkaubandus seksuaalse või tööalase ärakasutamise eesmärgil.
- **§ 80:** mõrv raskendatud asjaoludel – hõlmab **femitsiidi (*femicidio*)** eraldi raskendava asjaoluna.

Femitsiid on ametlikult tunnistatud eraldiseisva mõrvakategooriana sootunnuse järgi. Alaealiste seksuaalse väärkohtlemise juhtumite **aegumistähtaegu on pikendatud või need on ära kaotatud.**

Micaela seadus (*Ley Micaela*, nr 27.499)

Kehtestab kõigile riigiteenistujatele kohustusliku koolituse soolise võrdõiguslikkuse ja naistevastase vägivalda ennetamise küsimustes.

Kodanikuühiskond ja Ni Una Menose liikumine

Liikumine Ni Una Menos (Mitte ühtegi vähem) on mänginud võtmerolli avalikkuse tähelepanu juhtimisel femitsiidi ja soolise vägivalda probleemile ning kujunenud võimsaks platvormiks kodanikuühiskonna poolt surve avaldamiseks riigiinstitutsioonidele.

Täiendavad meetmed ja iseärasused

- **ACE-dega (Adverse Childhood Experiences – ebameeldivad lapsepõlvkogemused)** lastel on õigus saada riikliku tervishoiuteenistuse kaudu tasuta psühholoogilist abi, kuigi praktikas on juurdepääs sellele sageli piiratud.
- **Kohustuslik teatamine (mandatory reporting):** õpetajad ja tervishoiutöötajad on Argentina kriminaalmenetluse seadustiku kohaselt kohustatud teatama vägivallajuhtumi kahtlusest.
- **Kohalikud lastekaitseteenistused teevad** väärkohtlemise juhtumite tuvastamiseks ja haldamiseks koostööd koolide ja haiglatega.

Kuigi seadus näeb vägivallaohvritele ette **erakorralise juurdepääsu psühhiaatrilisele abile**, on see praktikas ressursside puudumise ja vajaliku ettevalmistuseta meditsiinipersonali tõttu **sageli võimatu**.

Seega, vaatamata arenenud õigusraamistiku ja tugeva kodanikuühiskonna olemasolule, seisab Argentina endiselt silmitsi lõhega seaduse ja selle rakendamise vahel, eriti psühholoogilise toe ning tervishoiu-, haridus- ja õigussüsteemide integreerimise küsimustes.

Tegutsev isik	Roll
Riiklikud relvajõud	Ohvrite tuvastamine, kaitsmine ja suunamine
Tervishoiusüsteem (haiglad)	Meditsiiniline, psühhiaatriline ja psühholoogiline abi
Valitsusvälised organisatsioonid	Pakuvad peavarju, sotsiaalset, psühholoogilist ja juriidilist tuge
Sotsiaalteenistused (kohalikud ja ametkondlikud)	Hindavad olukorda, koordineerivad abimeetmeid ja pakuvad juhtumitele järeltuge, tehes koostööd tervishoiu- ja õigusasutustega.
Kohtusüsteem (kohtud, prokuratuur)	Pakub õiguskaitset, uurib vägivallajuhtumeid ning kohaldab lähenemiskeelde ja muid kaitsemeetmeid vastavalt kehtivale seadusandlusele.

7.2. Rahvusvaheline ja piirkondlik õigusraamistik vaimse tervise ja hoolekande valdkonnas

ÜRO konventsioonid ja lepingud

- **Puuetega inimeste õiguste konventsioon (CRPD), 2006**

Konventsioon sätestab puuetega inimeste õiguse võrdsale juurdepääsule tervishoiule, sealhulgas vaimse tervise teenustele. Dokumendis rõhutatakse mittediskrimineerimise põhimõtet ja mõistlike tingimuste loomise vajadust tervishoiuasutustes. Osalisriigid on kohustatud tagama, et sellised teenused on kättesaadavad, taskukohased ja kultuuriliselt tundlikud. Erilist tähelepanu pööratakse kogukonnapõhiste hooldussüsteemide arendamisele, mitte inimeste isoleerimisele kinnistesse asutustesse.

- **Konventsioon naiste diskrimineerimise kõigi vormide likvideerimise kohta (CEDAW), 1979**

Konventsioon käsitleb soolist vägivalda naiste diskrimineerimise vormina. See kohustab riike kaitsma ohvreid õiguslike, sotsiaalsete ja meditsiiniliste meetmete abil. Eriti rõhutab see spetsialiseeritud psühholoogilise toe olulisust naistele, kes on kogenud koduvägivalda ja seksuaalset vägivalda, samuti inimkaubanduse ohvritele. Samuti kutsutakse dokumendis üles koolitama tervishoiutöötajaid vägivalda tagajärgede äratundmiseks ja traumale asjakohaselt reageerimiseks.

- **Inimõiguste ülddeklaratsioon (UDHR), 1948**

See alusdokument kuulutas välja põhilised inimõigused olenemata rahvusest, rassist, soost või sotsiaalsest staatusest. Sellest sai alus kümnetele tänapäevastele rahvusvahelistele lepingutele – selle sätetele viidatakse enam kui seitsmekümnes lepingus. Kuigi deklaratsioon ei ole õiguslikult siduv, kajastuvad selle põhimõtted paljude riikide põhiseadustes ja seadustes.

Mõned inimõiguste ülddeklaratsiooni põhiprintsiibid hõlmavad järgmist:

- **Universaalsus:** inimõigused kuuluvad igaühele mistahes maailma nurgas.
- **Jagamatus:** majanduslikud, sotsiaalsed, kultuurilised, kodaniku- ja poliitilised õigused on omavahel seotud ja neid ei saa käsitleda eraldi.
- **Mittediskrimineerimine:** õigused tuleb tagada ilma rassi, soo, usu või sotsiaalse staatuse alusel vahet tegemata.

Deklaratsiooni 30 paragrahvi hõlmavad laia teemaderingi, alates sõnavabadusest ja võrdsusest kuni õiguseni haridusele ja piinamise eest kaitsmiseni. Dokument inspireeris

piirkondlike inimõiguste kaitsemehhanismide loomist, näiteks Euroopa inimõiguste ja põhivabaduste kaitse konventsiooni (EIÕK) ning oli aluseks kohustuslikele rahvusvahelistele lepingutele, näiteks majanduslike, sotsiaalsete ja kultuuriliste õiguste rahvusvahelisele paktile (ICESCR) ja kodaniku- ja poliitiliste õiguste rahvusvahelisele paktile (ICCPR).

- Majanduslike, sotsiaalsete ja kultuuriliste õiguste rahvusvaheline pakt (ICESCR), 1966

ÜRO Peaassamblee võttis pakti vastu 16. detsembril 1966 ja see jõustus 3. jaanuaril 1976. Erinevalt deklaratsioonist on see dokument õiguslikult siduv ja paneb riikidele kohustuse tagada järk-järgult selles sätestatud õiguste teostamine.

Paktis sätestatud põhiõigused on:

- Õigus tööle: õiglane palk, turvalised töötingimused ja kaitse töötuse eest.
- Õigus haridusele: tasuta algharidus ning võrdne juurdepääs kesk- ja kõrgharidusele.
- Õigus tervisele: juurdepääs arstiabile, sanitaartingimustele ja keskkonnakaitsele.
- Õigus sotsiaalkindlustusele: toetus haavatavatele rühmadele – lastele, eakatele ja puuetega inimestele.

Eriti rõhutatakse, et õigus tervisele hõlmab ka vaimset tervist, mida peetakse üldise heaolu lahutamatuks osaks. Riigid on kohustatud tagama elanikkonna haavatavatele rühmadele võrdse juurdepääsu tervishoiuteenustele, sealhulgas psühholoogilisele abile.

- **Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) vaimse tervise soovitus**

WHO on välja töötanud rea juhendeid, mille eesmärk on parandada vaimse tervise valdkonnas poliitikat, teenuseid ja lähenemisviise kogu maailmas. Neis pööratakse erilist tähelepanu psühhiaatrilise abi kättesaadavusele, taskukohasusele ja integreerimisele esmatasandi tervishoiusüsteemidesse.

Vaimse tervise tegevuskava (2013–2020) seadis eesmärgiks tugevdada riiklikke vaimse tervise tugisüsteeme ja laiendada juurdepääsu abile. Dokumendis rõhutati vajadust integreerida vaimse tervise küsimused riiklikesse tervishoiustrateegiatesse, suurendada programmide rahastamist ja arendada teenuseid just esmatasandi tervishoiu tasandil. Hiljem pikendati kava 2030. aastani, et see oleks kooskõlas ÜRO kestliku arengu eesmärkidega (SDG).

- **WHO soovitus soolise vägivalda ohvrite toetamiseks (2021)**

See dokument kirjeldab parimaid praktikaid psühholoogilise toe integreerimiseks soolisele vägivaldale reageerimise süsteemidesse. See soovib **traumapõhist lähenemisviisi** töötamisel koduvägivalda, seksuaalse rünnaku ja inimkaubanduse ohvritega. Lisaks rõhutab

see vajadust range konfidentsiaalsuse ja ohvrite vajaduste arvestamise järele psühhosotsiaalse toe pakkumisel.

Regionaalne õigusraamistik:

- **Euroopa inimõiguste konventsioon (EIÕK), 1950**

Muuhulgas tagab konventsioon inimeste kaitse diskrimineerimise eest psühhiaatrilise abi valdkonnas ja sätestab psüühikahäiretega inimeste õiguslikud tagatised.

- **Istanbuli konventsioon (Euroopa Nõukogu naistevastase vägivalda ja koduvägivalda ennetamise ja tõkestamise konventsioon), 2011**

Istanbuli konventsioon käsitleb soolist vägivalda rahvatervise probleemina ja kohustab riike pakkuma ohvritele psühholoogilist tuge. Dokument nõuab tervishoiuasutustelt psühholoogilise abi lülitamist vägivallajuhtumitele reageerimise süsteemi. Samuti kehtestab see politseile, haiglatele ja sotsiaalteenustele institutsioonilise kohustuse suunata ohvrid vaimse tervise spetsialistide juurde. Samuti näeb konventsioon ette kaitsemeetmed, sealhulgas lähenemiskeelud, varjupaikade töö ja ohvrikaitseprogrammid.

- **ELi strateegiad ja raamprogrammid vaimse tervise valdkonnas**

Euroopa Komisjon võttis 2023. aastal kasutusele tervikliku lähenemisviisi vaimsele tervisele, võrdsustades selle olulisuse füüsilise tervisega. Selle algatuse raames töötati välja ELi vaimse tervise tegevuskava, mis sisaldab kakskümmend konkreetset meetet tugisüsteemi arendamiseks. Ennetuse, varajase sekkumise ja ühiskonda taasintegreerimise programmidele on eraldatud üle miljardi euro.

Samuti on Euroopa Liit välja töötanud täiendavad õiguslikud tagatised ja programmid, et tagada psühhiaatrilise abi kättesaadavus ja mittediskrimineeriv iseloom:

- **Euroopa sotsiaalõiguste sammas (2017)**

Dokument sätestab vaimse tervise kui põhilise inimõiguse ja rõhutab vajadust tagada kõigile ELi kodanikele võrdne juurdepääs tervishoiuteenustele.

- **Programm EU4Health (2021)**

Programmi eesmärk on rahastada vaimse tervise uuringuid ja digitaalsete tööriistade arendamist ning toetada piiriülest koostööd tervishoiupoliitikas.

- **Maputo protokoll (2003)**

Aafrika inimõiguste ja rahvaste õiguste harta juurde kuuluv Aafrika naiste õigusi käsitlev protokoll, rohkem tuntud kui Maputo protokoll, sätestab naiste õigused inimõigustena ja nõuab soolise võrdsuslikkuse tagamist kõigis eluvaldkondades. Dokument hõlmab

majanduslikke, sotsiaalseid, poliitilisi ja reproduktiivõigusi, samuti meetmeid soolise vägivalga vastu võitlemiseks ja õiguslikke tagatise. See kriminaliseerib otseselt kõik naistevastase vägivalga vormid – alates koduvägivallast ja seksuaalsest vägivallast kuni kahjulike traditsiooniliste tavadeni ning kohustab riike looma õiguslikke mehhanisme ohvrite kaitsmiseks ja õiguskaitse kättesaadavuse tagamiseks. Protokolli on ratifitseerinud 44 Aafrika riiki, kuid selle rakendamise tase on väga erinev.

- **Belém do Pará konventsioon (1994)**

Ameerika Riikide Organisatsioon (OAS) võttis vastu naistevastase vägivalga ennetamise, karistamise ja kaotamise konventsiooni, mis on tuntud kui Belém do Pará konventsioon. Dokument tunnustab soolise vägivalga inimõiguste rikkumiseks ning kohustab riike selliseid kuritegusid ennetama, uurima ja karistama ning ohvrid toetama. Konventsiooni on ratifitseerinud 32 piirkonna riiki, kuid nagu Maputo protokolli puhul, on ka selle praktilise rakendamise tase erinev.



BIBLIOGRAAFIA



8. BIBLIOGRAAFIA

About the Protocol | Maputo Protocol. (2003). <https://maputoprotocol.com/about-the-protocol>

Accueil - AUDe — CIDFF. (2024, September 19). Aude — CIDFF. <https://www.cidff.fr/>

Accueil - France Victimes. (n.d.). <https://www.france-victimes.fr/>

Andmevara, A. (n.d.). *Victim Support Act–Riigi teataja*.

<https://www.riigiteataja.ee/en/eli/509012018004/consolide>

Baddeley, A. D., Eysenck, M. W., & Anderson, M. C. (2020). *Memory* (2nd ed.). Psychology Press.

Belong. (2025a, March 7). Access to mental health services in Estonia: challenges and

solutions - Belong. *Belong - Elu terviklikkuse hüvanguks*. [https://belong-](https://belong-events.com/en/study/access-to-mental-health-services-in-estonia-challenges-and-solutions/)

[events.com/en/study/access-to-mental-health-services-in-estonia-challenges-and-solutions/](https://belong-events.com/en/study/access-to-mental-health-services-in-estonia-challenges-and-solutions/)

Belong. (2025b, March 11). Mental health services in the Estonian Human Development

Report 2023 - Belong. *Belong - Elu terviklikkuse hüvanguks*. [https://belong-](https://belong-events.com/en/study/mental-health-services-in-the-estonian-human-development-report-2023/)

[events.com/en/study/mental-health-services-in-the-estonian-human-development-report-2023/](https://belong-events.com/en/study/mental-health-services-in-the-estonian-human-development-report-2023/)

Benavente, B., Brage, L. B., Solé, J. P., & Beltrán, N. P. (2021). Risk factors for commercial sexual exploitation of children and adolescents: results of an International Delphi panel. *Psicothema*, 3(33), 449–455. <https://doi.org/10.7334/psicothema2020.480>

Biarella, L. (2019, July 26). Codice Rosso: definizione, procedura, nuovi reati e aggravanti.

Altalex. <https://www.altalex.com/documents/news/2019/07/26/codice-rosso>

Biroli, F. (2018). Violence against Women and Reactions to Gender Equality in Politics.

Politics & Gender, 14(4), 681–685. <https://doi.org/10.1017/s1743923x18000600>

Bloom, S., & Farragher, B. (2013).). Restoring Sanctuary: a new operating system for trauma-informed systems of care. *Oxford University Press*.

Brewer, J. (2017). *The Craving Mind*. Yale University Press.

[https://books.google.it/books?hl=it&lr=&id=Lyc2DgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR9&dq=Brewer,+J.+\(2017\).+The+craving+mind:+From+cigarettes+to+smartphones+to+love%E2%80%94Why+we+get+hooked+and+how+we+can+break+bad+habits.+Yale+University+Press.&ots=qq5su1k-9r&sig=I-Ab0ALjdgMBka3XZdRR9hT0klc&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.it/books?hl=it&lr=&id=Lyc2DgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR9&dq=Brewer,+J.+(2017).+The+craving+mind:+From+cigarettes+to+smartphones+to+love%E2%80%94Why+we+get+hooked+and+how+we+can+break+bad+habits.+Yale+University+Press.&ots=qq5su1k-9r&sig=I-Ab0ALjdgMBka3XZdRR9hT0klc&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)

Brown, J. D. (2018). Media literacy and gender-based violence: Challenging harmful portrayals in digital spaces. *Journal of Media Ethics*, 33(2), 102–117.

Brown, K. (2019). Vulnerability and child sexual exploitation: Towards an approach grounded in life experiences. *Critical Social Policy*, 39(4), 622–642.

<https://doi.org/10.1177/0261018318824480>

Buller, A. M., Pichon, M., McAlpine, A., Cislighi, B., Heise, L., & Meiksin, R. (2020).

Systematic review of social norms, attitudes, and factual beliefs linked to the sexual exploitation of children and adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 104, 104471.

<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104471>

Coy, M., & Bragg, J. (n.d.). Desensitization to gender-based violence in media: Implications for societal attitudes and intervention policies. *Feminist Media Studies*, 20(5), 712–730.

Crenshaw, K. (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241.

<https://doi.org/10.2307/1229039>

Customs Anti Narcotic Unit. (2024, July 3). *GUYANA DRUG/ NARCOTICS LAWS - Customs Anti Narcotic Unit*. Customs Anti Narcotic Unit - Integrity and Professionalism.

<https://canu.gov.gy/guyana-drug-laws/>

Dégelih, F., Eustache, F., & Guillery-Girard, B. (2015). Le développement cognitif et cérébral de la mémoire : de l'enfance à l'âge adulte. *Biologie Aujourd'hui*, 209(3), 249–260.

Eesti inimarengu aruanne 2023. (2023, September 26). *Activities and services supporting mental health in Estonia: the current situation and development needs - Estonian Human Development Report 2023*. Estonian Human Development Report 2023 - Mental Health and Well-Being. <https://inimareng.ee/en/activities-and-services-supporting-mental-health-in-estonia-the-current-situation-and-development-needs/>

Estonia's Draconian Drug Policy Violates The. (n.d.). Docslib.

<https://docslib.org/doc/3012522/1-estonias-draconian-drug-policy-violates-the>

Essue, B. M., Chadambuka, C., Perez-Brumer, A., Arruda-Caycho, I., Tocallino, D., Balasa, R., Namyalo, P. K., Ravanera, C., & Kaplan, S. (2025). Women's experiences of gender-based violence supports through an intersectional lens: a global scoping review. *BMJ Public Health*, 3(1), e001405. <https://doi.org/10.1136/bmjph-2024-001405>

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)

Fileborn, B., & Loney-Howes, R. (n.d.). Navigating digital spaces: The role of social media activism in countering gender-based violence. *Social Movements & Media*, 15(3), 215–234.

Franchino-Olsen, H. (2019). Vulnerabilities Relevant for Commercial Sexual exploitation of Children/Domestic Minor Sex Trafficking: A Systematic Review of Risk Factors.

Trauma Violence & Abuse, 22(1), 99–111.

<https://doi.org/10.1177/1524838018821956>

García-Moreno, C., Stöckl, H., & Watts, C. (n.d.). The impact of media narratives on the normalization of gender-based violence. *The Lancet Global Health*, 3(5), 254–259.

Gazzaniga, M. S., Ovary, R., & Mangun, G. R. (2019). *Cognitive neuroscience: The biology of the mind* (5th ed.). W. W. Norton & Company.

Gill, R. (2007). Gender and the media: A critical analysis of power and representation.

Oxford University Press.

Group of Experts on Action against Violence against Women and Domestic Violence

(GREVIO). (2025). *Report submitted by Estonia pursuant to Article 68, paragraph 1 of the Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence (First thematic evaluation round)*.

<https://rm.coe.int/report-submitted-by-estonia-pursuant-to-article-68-paragraph-1-of-the-/1680b5db9e>

HAS - professional. (n.d.). Haute Autorité De Santé. <https://www.has-sante.fr/>

Herman, J. L. (1992). Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror. *Basic Books*.

ISTAT. (2014). LA VIOLENZA CONTRO LE DONNE DENTRO E FUORI LA FAMIGLIA. In *ISTAT*.

https://www.istat.it/it/files/2015/06/Violenze_contro_le_donne.pdf

Jiménez, A. M., Molina, M. I. S., & García-Palma, M. B. (2014). Gender Bias in Addictions and their Treatment. An Overview from the Social Perspective. *Procedia - Social and*

Behavioral Sciences, 132, 92–99. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.04.283>

- Kitzinger, J. (2002). Framing gender violence in media discourse: Challenges and opportunities for advocacy. *Journal of Social Policy*, 28(4), 535–557.
- Koob, G. F., & Le Moal, M. (2006). Neurobiology of addiction. *Academic Press*.
- Le village des addictions - Addict Aide - Le village des addictions*. (2025, July 30). Addict Aide - Le Village Des Addictions. <https://www.addictaide.fr/>
- Lembke, A. (2021). *Dopamine nation: Finding balance in the age of indulgence*. Dutton.
- Lolk, A. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Loney-Howes, R. (2021). Victim-blaming narratives in mass media: barriers to justice and survivor empowerment. *Violence Against Women*, 27(9), 1342–1362.
- Mental health problems among Estonia's adult population*. (n.d.). INIMARENG.
<https://inimareng.ee/en/1-4-mental-health-problems-among-estonias-adult-population/>
- Mercera, G., Kooijmans, R., Leijdesdorff, S., Heynen, E., & Van Amelsvoort, T. (2023). Risk and Protective Factors for Sexual exploitation in Male and Female Youth From a Cross-Cultural Perspective: A Systematic review. *Trauma Violence & Abuse*, 25(3), 1966–1984. <https://doi.org/10.1177/15248380231201815>
- Ministry of Health Guyana. (n.d.). National Mental Health Action Plan and National Suicide Prevention Plan for Guyana 2024-2030. In *Ministry of Health Guyana*.
<https://health.gov.gy/wp-content/uploads/2024/04/Guyana-National-Mental-Health-and-Suicide-Plan-Final.pdf>
- Ministry of Health, Guyana. (2003). *National Health Plan 2003-2007*.
https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/National_Health_Policies-Guyana_2003-2007.pdf

Ministry of Health of Guyana. (n.d.). *HEALTH VISION 2020 - A National Health Strategy for Guyana 2013 - 2020*.

Najavits, L. M. (2002). *Seeking safety: A treatment manual for PTSD and substance abuse*. Guilford Press.

OHCHR. (2003). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*.

<https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>

Organization of American States. (1994). *Inter-American Convention on the Prevention, Punishment, and Eradication of Violence against Women (Convention of Belém do Pará*. <https://www.oas.org/en/mesecvi/docs/belemdopara-english.pdf>

Parcours Victimes. (n.d.). *accueil*. <https://www.parcours-victimes.fr/>

Powell, A., & Henry, N. (2017). *Sexual violence in digital culture: The role of media in shaping narratives*. Routledge.

Salihu, J. (2025). *EXPLORING THE INTERSECTIONALITY OF GENDER-BASED VIOLENCE:*

UNDERSTANDING DIVERSE EXPERIENCES AND INFORMING INCLUSIVE POLICIES.

ResearchGate.

[https://www.researchgate.net/publication/389072031_EXPLORING_THE_INTERSECTIONALITY_OF_GENDER-BASED_VIOLENCE_U](https://www.researchgate.net/publication/389072031_EXPLORING_THE_INTERSECTIONALITY_OF_GENDER-BASED_VIOLENCE_UNDERSTANDING_DIVERSE_EXPERIENCES_AND_INFORMING_INCLUSIVE_POLICIES)

[NDERSTANDING_DIVERSE_EXPERIENCES_AND_INFORMING_INCLUSIVE_POLICIES](https://www.researchgate.net/publication/389072031_EXPLORING_THE_INTERSECTIONALITY_OF_GENDER-BASED_VIOLENCE_UNDERSTANDING_DIVERSE_EXPERIENCES_AND_INFORMING_INCLUSIVE_POLICIES)

Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are*. Guilford Press.

Solidarité femmes. (2024, March 7). Solidarité Femmes. <https://www.solidaritefemmes.org/>

Stanko, E. A. (2017). *Trauma-informed journalism: Ethical reporting on gender-based violence and exploitation*. *Journalism Studies*, 21(1), 85–102.

Ste_Ro. (n.d.). *Pubblicazioni*. D.i.Re - Donne in Rete Contro La Violenza.

<https://www.direcontrolaviolenza.it/pubblicazioni/>

Strid, S., & Verloo, M. (2019). Intersectional complexities in gender-based violence politics.

In *Routledge eBooks* (pp. 83–100). <https://doi.org/10.4324/9780429289859-6>

The Council of Europe. (2011). *The Council of Europe Convention on Preventing and*

Combating Violence Against Women and Domestic Violence (Istanbul Convention).

<https://www.coe.int/en/web/gender-matters/council-of-europe-convention-on-preventing-and-combating-violence-against-women-and-domestic-violence>

United Nations. (1948). *Universal Declaration of Human Rights* | United Nations.

<https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

United Nations. (1966). *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*.

<https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>

United Nations. (1979). *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against*

Women. <https://www.ohchr.org/en/instruments->

[mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-](https://www.ohchr.org/en/instruments-)

[women#:~:text=On%2018%20December%201979%2C%20the%20Convention%20on](https://www.ohchr.org/en/instruments-)

[%20the,1981%20after%20the%20twentieth%20country%20had%20ratified%20it](https://www.ohchr.org/en/instruments-)

Van Der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Viking.

World Health Organization. Regional Office for Europe. (2015). *The European Mental Health*

Action Plan 2013–2020. <https://iris.who.int/handle/10665/175672>

World Health Organization: WHO. (2019, June 19). *Gender*. https://www.who.int/health-topics/gender#tab=tab_1



Rahastab Euroopa Liit. Väljendatud seisukohad ja arvamused on siiski ainult autori(te) omad ega pruugi kajastada Euroopa Liidu või Euroopa Hariduse ja Kultuuri Täitevasutuse (EACEA) seisukohti. Euroopa Liit ega EACEA ei saa nende eest vastutada.



**Kaasrahasanud
Euroopa Liit**