



# Marissa koolituskäsiraamat Lisamaterjal



**Women's Support and  
Information Center**  
*There is a way out of violence!*



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ  
UNIVERSITY OF CRETE

**RIKK** INSTITUTE FOR  
GENERAL EQUALITY  
AND DIFFERENCE

Co-funded by the Rights,  
Equality and Citizenship (REC)  
Programme of the European Union



## Sisukord

1. peatükk. Mis on sõltuvusprobleem (SP)? .....	3
Teave sõltuvusainete kohta .....	10
Erinevad lähenemised SP-ga tegelemiseks .....	16
Viited .....	22
Kasulikke termineid.....	25
4. peatükk. Seosed trauma, lähisuhtevägivalla kogemise ja sõltuvusprobleemi vahel .....	28
5. peatükk. Mitut asutust hõlmav ja lõimitud sekkumine .....	30
Näiteid edukatest sekkumistest .....	32



## 1. peatükk. Mis on sõltuvusprobleem (SP)?

Mis on sõltuvusprobleem?

USA narkoloogia instituut (NIDA, 2021; 2020a) määratleb sõltuvusprobleemi kroonilise tagasilangustega häirena, millele on iseloomulik kompulsivne (või raskesti kontrollitav) tung sõltuvusainet hankida ja tarvitada, hoolimata kahjulikest tagajärgedest.

Rahvusvahelise haiguste ja nendega seotud terviseprobleemide statistilise klassifikatsiooni RHK-10 kohaselt on sõltuvushäire füsioloogiline, psüühiline ja kognitiivne nähtus, mille korral kaalub aine tarvitamine tarvitaja silmis üles selle, mida ta pidas oluliseks enne sõltuvuse kujunemist. Sõltuvushäire keskne tunnus on tugev, sageli kõikehõlmav soov või tung tarvitada ebaseaduslikku narkootikumi või seadusega lubatud psühhoaktiivset ainet (välja kirjutatud retseptiravimit vm), sh alkohol ja tubakas (Ameerika Psühholoogia Assotsiatsioon, 2015). Samuti on häire tunnuseks, et inimene ei suuda tarvitamist kontrolli all hoida, füsioloogiliselt väljenduv võõrutusseisund, tolerantsus sõltuvusaine suhtes (st toime saamiseks on vaja suuremat annust), muude rõõmude ja huvide taandumine ning sõltuvusaine püsiv tarvitamine endale ja teistele tekkivale kahjule vaatamata.

DSM-V kohaselt (Ameerika Psühholoogia Assotsiatsioon, 2013) määratletakse sõltuvushäiret eraldiseisva häirena, mis hõlmab nii aine tarvitamist kui ka sõltuvust ainest, mis kuulub ühte järgmisest 10 rühmast:

- alkohol;
- kofeiin;
- kanep;
- hallutsinogeenid (nt fentsükliidiin või sarnase toimega arüültsükloheksüülamiinid ja muud hallutsinogeenid, nt LSD);
- inhaleeritavad ained ehk inhalandid;

- opioidid;
- rahustid;
- uinutid või ärevusevastased ained;
- stimulandid (sh amfetamiinilaadsed ained, kokaiin jm stimulandid);
- tubakas.

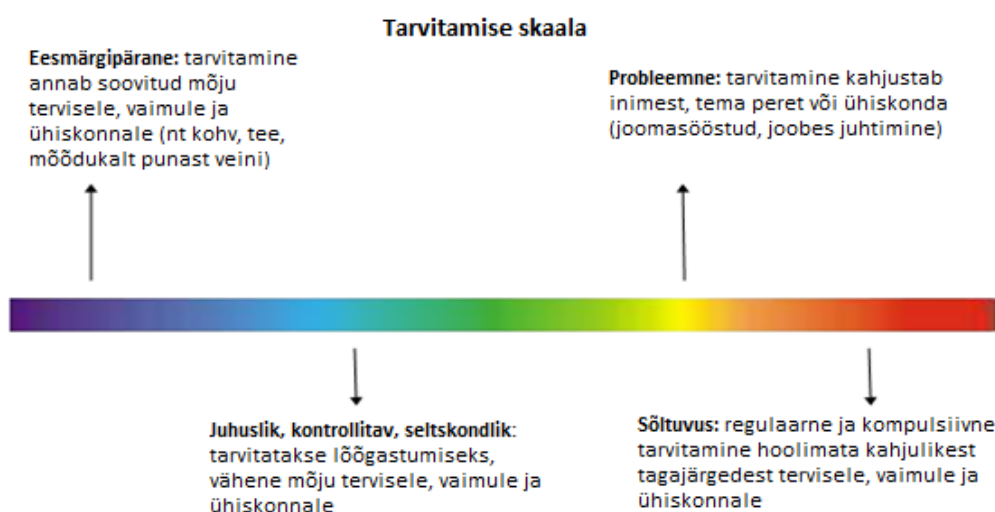
Sõltuvushäirel eristatakse raskusastmeid ja see on mõõdetav skaalal kergest kuni raskeni ning diagnoos tugineb konkreetsetel kriteeriumitel (vt joonis 1). Kerge sõltuvushäire korral on inimesel 2–3, keskmise raskusega sõltuvushäire korral 4–5 sümptomit üheteistkümnest ja raske sõltuvushäirega on tegemist siis, kui inimesel esineb 6 või enam sümptomit.

DSM-V. Sõltuvushäire kriteeriumid
1. Aine tarvitamine suuremas annuses või kauem kui ette nähtud.
2. Aine tarvitamist ei õnnestu lõpetada, ehkki inimene seda sooviks.
3. Suur osa ajast kulub aine hankimisele ja tarvitamisele või tarvitamisest taastumisele.
4. Tung või sundmõte ainet tarvitada.
5. Töö, kooli või koduga seotud kohustused jäävad täitmata aine tarvitamise tõttu.
6. Tarvitamisega jätkamine isegi juhul, kui see tekitab suhetes probleeme.
7. Olulistest sotsiaalsetest, töö- või hobitegevustest loobumine aine tarvitamise tõttu.
8. Aine korduv tarvitamine, isegi juhul kui sellega kaasnevad ohud.
9. Tarvitamise jätkamine, isegi kui teadaolevalt on füüsilise või vaimse tervise häireid, mille aine tarvitamine võis tekitada või mida see võis süvendada.
10. Esialgse toime saamiseks tuleb aine annust suurendada (tolerantsus).
11. Võõrutusseisundi tekkimine, mida leevendab aine uuesti tarvitamine.

Joonis 1. DSM-V. Sõltuvushäire kriteeriumid

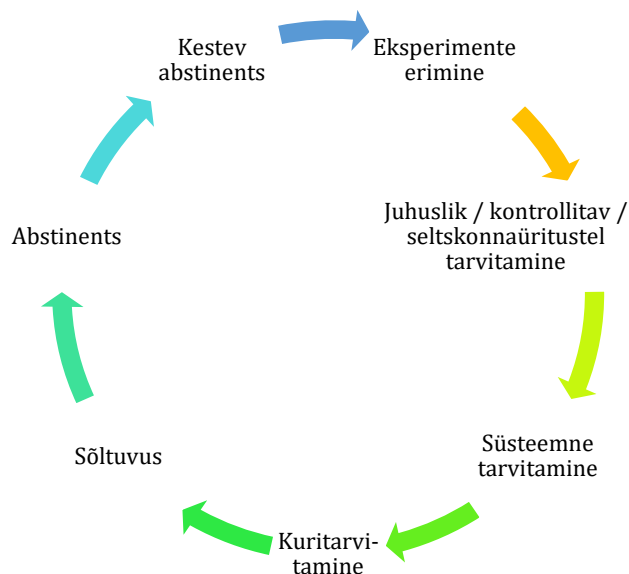
Ainete tarvitamiseks on erinevaid viise, mille saab jagada kahte rühma.

1. Mitteprobleeme tarvitamine hõlmab eesmärgipärast, eksperimenteerivat, juhuslikku, kontrollile alluvat ja seltskondlikku kasutamist.
2. Probleemne tarvitamine hõlmab aine kuritarvitamist või ennastkahjustavat tarvitamist ja sõltuvust.



## Joonis 2: Tarvitamise skaala

Sõltuvushäire kujuneb etappidena: eksperimenteeriv – sagedasem/juhuslik/kontrolli all olev/seltskondlik – süsteemne – kahjustav/kuritarvitamine – sõltuvus – võõrutusseisund ja kestav abstinents (vt joonis 3). Paljudel sõltuvusprobleemiga inimestel võib esineda tagasilangust ka pärast pikka kainet perioodi (NIDA, 2020). Ekspertide sõnul tuleb tagasilangust käsitleda osana tervenemisest (Miller & Rollnick, 2012; ÜRO narkootikumide ja kuritegevuse büroo: UNODC, 2008).



### Joonis 3. Tarvitamise etapid

Sõltuvus- ja psühhoaktiivsete ainete peamine omadus on see, et need tekitavad füüsilist ja vaimset sõltuvust. Füüsiline sõltuvus on määratletud kui seisund, mis tekib sõltuvusaine järjepideva manustamise tõttu, kusjuures tarvitamisele järgneva võõrutusseisundi sümptomite vältimiseks on vaja sama ainet uuesti tarvitada. Psühholoogiline sõltuvus on määratletud kui olukord, kus sõltuvusainest tekkinud eufooriatunde tõttu tunneb tarvitaja vajadust ainet uuesti tarvitada eufooria taaskogemiseks ja pingeleevendamiseks.

Sõltuvusprobleemile on lisaks omased ka järgmised tunnused, mis olenevad tarvitatavast aineist:

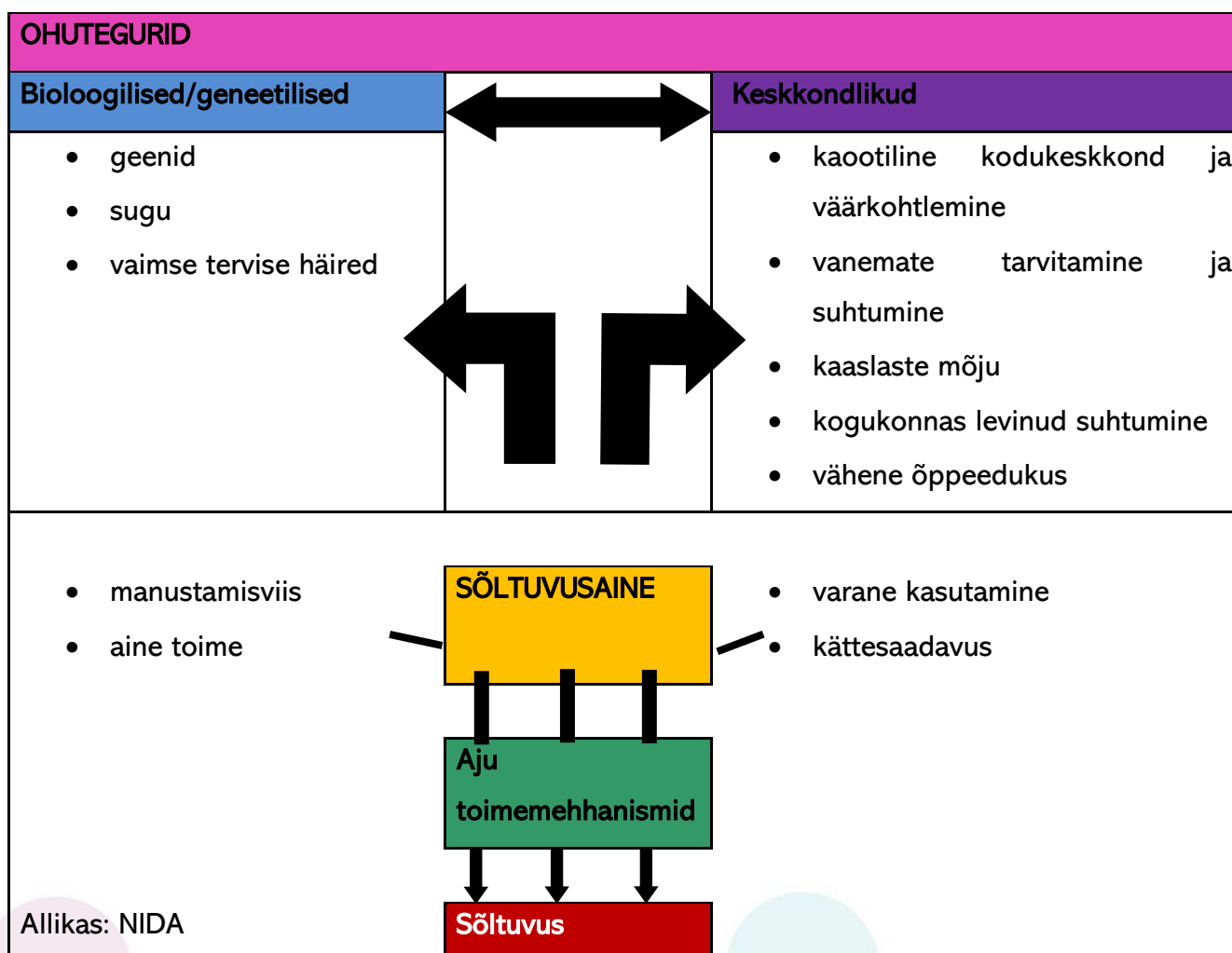
- füüsiline või psüühiline vajadus aine järele;
- võõrutusseisundi teke abstinentsi ajal;
- tolerantsus, st inimese organism ei reageeri ainele nii nagu tarvitamise algul. Seepärast vajatakse sama toime saamiseks suuremat annust (et tunda ainet saadavat efekti);

- inimene võib doosi saamiseks käituda düsfunktsionaalselt, talle ei lähe korda, kui palju see rahaliselt, töö, suhete, sotsiaalses ja perekondlikus mõttes maksma läheb (nt vargused);
- hävitavad tagajärjed isiksusele, isiklikule ja pereelule, tegevustele ja harrastustele;
- sotsiaalne ja seetõttu ka internaliseeritud häbimärgistamine;
- ei ole huvisid, unistusi, tulevikuplaane.

Jätkuvalt arutletakse selle üle, kas SP kuulub sotsiaal- või meditsiinivaldkonda. SP-d on peetud üksnes sotsiaalseks harituse ja meelestatuse küsimuseks, karistust väärivaks, taunitavaks ja valeks käitumiseks ning farmakoloogiliseks probleemiks. Ka on seda peetud ise endale külge poogitud haiguseks, leitud, et ebaseaduslike narkootikumide proovimine on inimese vaba valik. Seepärast kaasneb SP-ga häbimärgistamine ja diskrimineerimine ning sama kehtib inimeste kohta, kellel on SP. Hiljutised tõenduspõhised andmed näitavad, et SP kujuneb keerukas kombinatsioonis teguritest, milles mängivad rolli korduv kokkupuude ainega; bioloogilised ja keskkondlikud/sotsiaalsed asjaolud (vt joonis 4).







Joonis 4. Teismeeas ainete tarvitamise ja kuritarvitamise ohutegurid (NIDA, 2007)

SP toob inimesele kaasa erinevaid negatiivseid tagajärgi ning mõjutab teda ümbritsevat keskkonda ja ühiskonda laiemalt (vt joonis 5). Isiklikus plaanis mõjub see füüsilisele ja vaimsele tervisele, suhetele ja oskustele. Tervise mõttes on SP-ga inimesel sageli hädasid, mis tekivad ebaturvalisest narkootikumide tarvitamisest, üldiselt põduram tervis ja suurem enneaegse surma oht, eriti juhul, kui narkootikumi süstitakse. Narkootikumidega kaasnevad tervisehädad on nt HIV, B-viirushepatiit, C-viirushepatiit, tuberkuloos, üledoos ja surm üledoosi tõttu. Üledoosi (enamasti opioidide) tõttu aset leidnud surmad moodustavad kolmandiku kuni poole kõigist narkootikumidega seotud surmadest. (Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus: EMCDDA, 2019a).



SP tagajärjed	
Füüsilise tervise probleemid	tsirroos vähktõbi HIV B-viirushepatiit, C-viirushepatiit tuberkuloos mõju all olles juhtunud õnnetused ja saadud vigastused üledoos ja selle tagajärjel suremine
Vaimse tervise probleemid	amneesia depressioon paranoia psühhoos skisofreenia jm
Sotsiaalsed probleemid	häbimärgistamine suhete kadumine, nt pere, sõbrad, partner ja lapsed sotsiaalsete oskuste ja võimekuste halvenemine jne
Töö- ja eraeluga seotud probleemid	keskendumisraskused koolis või tööl õpi- või töötulemuste halvenemine huvi kaotamine tööväliste tegevuste, nt hobide vastu
Seadustega pahuksisse minemine	narkokuriteod: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ostmine</li> <li>○ vahendamine</li> </ul> joobes/narkouimas juhtimine jm

### Joonis 5. SP tagajärjed

NB! Spetsialistid, kes töötavad SP-ga inimestega, peavad teadma ja alati silmas pidama, et vahetult pärast vanglast vabanemist, haiglast väljakirjutamist ning koduse või statsionaarse taastusravi lõppu tekib märkimisväärselt suurem risk surra sõltuvusainete tarvitamise, peamiselt üledoosi tõttu (Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus, 2019b).

Stimulantide süstimist seostatakse riskantsema seksuaalkäitumisega, mis omakorda tekitab isegi suurema ohu nakatuda HIV-iga kui opioidide süstimine. Narkootikumide süstivad naised, kellel on küll täiesti teistsugused vajadused ning suurem haigestumise ja vägivalda alla sattumise oht, jäetakse tavaliselt teadusuuringute, sekkumiste loomise, otsuste langetamise ja poliitika kujundamise juures tähelepanuta. See tõsisasi süvendab veelgi nende naiste häbimärgistamist (Roberts jt, 2010).

## Teave sõltuvusainete kohta

EMCDDA (2020) andmetel olid Euroopas kõige levinumad narkootikumid 2020. aastal kanep (tarvitas 54,6 miljonit meest ja 35,7 miljonit naist); kokaiin (12,1 miljonit meest ja 5,8 miljonit naist); MDMA (9,1 miljonit meest ja 4,6 miljonit naist) ning amfetamiinid (8,1 miljonit meest ja 4,1 miljonit naist), enamasti on puudutatud noored täiskasvanud. Täpsemalt öeldes tarvitas viimase aasta jooksul narkootikume 20 miljonit (16,6 %) noort täiskasvanut (vanuses 15–34); kusjuures mehi on nende hulgas pea topelt rohkem kui naisi (vastavalt 21 ja 12 %).

SÕLTUVUSAINETE TÄRVIAMINE EUROOPAS			
	ELU JOOKSUL	VIIMASE AASTA JOOKSUL	
	täiskasvanud (15-64)	täiskasvanud (15-64)	noored täiskasvanud (15-34)
KANEP	27,2%	7,6%	15%
KOKAIIN	5,4%	1,3%	2,4%
MDMA	4,1%	0,8%	1,9%
AMFETAMIINID	3,7%	0,6%	1,2%

Joonis 6. Sõltuvusainete tarvitamine Euroopas, 2020. Allikas: EMCDDA

Sõltuvust tekitavad psühhoaktiivsed ained saab jagada järgmistesse rühmadesse vastavalt aine toimele kesknärvisüsteemi (KNS) ja seega käitumisele: stimulandid, depressandid, opioidid/opiaadid, hallutsionogeenid ja kannabinoidid (vt joonis 7).

1. Stimulandid	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kokaiin</li> <li>• kokaiini derivaadid, nt <i>freebase, crack</i></li> <li>• amfetamiin</li> <li>• amfetamiini derivaadid, nt metamfetamiin, <i>shisha</i></li> <li>• nikotiin</li> <li>• kofeiin</li> <li>• sünteetilised stimulandid, nt MDMA (<i>ecstasy</i>) jm</li> </ul>
2. Antidepressandid	<ul style="list-style-type: none"> <li>• barbituraadid</li> <li>• bensodiasepiinid</li> <li>• alkohol</li> <li>• inhaleeritavad ained (nt liim, bensiin jm)</li> <li>• rahustid</li> </ul>
3. Opioidid/opiaadid	<ul style="list-style-type: none"> <li>• morfiin</li> <li>• kodeiin</li> <li>• heroiin</li> <li>• muud opioididanalgeetikumid, nt fentanüül, meperidiin</li> </ul>
4. Hallutsinogeenid	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LSD</li> <li>• meskaliin</li> <li>• psilotsübiin</li> <li>• skopolamiin</li> <li>• fentsükliidiin (PCP)</li> <li>• sarnase toimega arüülsükloheksüülamiinid</li> </ul>
5. Kannabinoidid	<ul style="list-style-type: none"> <li>• marihuaana</li> <li>• hašiš</li> </ul>

Joonis 7. Sõltuvust tekitavate psühhoaktiivsete ainete rühmad

1.1 KNS-i stimulandid avaldavad ergutavat toimet, mis on sarnane adrenaliini või dopamiini omale. Stimulant:

- stimuleerib ajutegevust;
- kiirendab vaimseid ja füüsilisi protsesse;
- annab energiat;
- parandab tähelepanu ja valmisolekut;
- suurendab enesekindlust ja keskendumisvõimet;
- vähendab inhibitsiooni;
- vähendab unevajadust;
- vähendab söögiisu.

Mõnel juhul võib stimulant käivitada ärevushoo ja psühhoosi.

Amfetamiin ja selle derivaadid ning kokaiin tekitavad kiiresti füüsilise ja psüühilise sõltuvuse, ka tolerantsus areneb kiiresti ja võõrutusseisundi sümptomid on tugevad, väljendudes halvasti emotsionaalses seisundis.

Süntetilistel stimulantidel on nii ergutav kui ka hallutsinogeenne toime. Mõnikord nimetatakse neid „peonarkootikumideks“, sest seostuvad eriti tugevalt teatavat laadi meelelahutuse ja muusikaga. Nende ainete peamine oht seisneb selles, et esineb palju variatsioone, neid segatakse kokku ebaseaduslikes „laborites“ ja tarvitatakse koos alkoholiga. *Ecstasy* tarvitamisel tekib surm keha ülekuumenemise ja dehüdreerumise tõttu.

## 1.2 Depressandid pärssivad KNS-i toimimist

Väikeses koguses võib alkohol vähendada inhibitsiooni, olla lõõgastav või ergutav, kuid suures koguses (mürgistuse korral) põhjustada psüühika- ja käitumishäireid, pärssida kognitiivseid funktsioone ja tingida kontrolli kaotamise kineetiliste funktsioonide üle. Alkoholimürgistus võib tekitada depressiooni ja vähendada inhibitsiooni, viies enesetapu(katse)ni. Alkoholi sagedasel tarvitamisel

tekib tolerantsus, regulaarsele tarvitamisele järgneva abstinentsi ajal võib tekkida võõrutusseisund, mille sümptomiks on unehäired, hallutsinatsioonid, deliirium, mälu puudulikkus jm, ning mis võib lõppeda surmaga.

Barbituraadid on peamiselt retseptiravimid, mis on nüüdseks negatiivsete kõrvaltoimete tõttu (tugevalt sõltuvust tekitav, võõrutusnähud, surm jne) asendatud bensodiasepiinidega.

Bensodiasepiinid on samuti retseptiravimid ja neid kasutatakse muu hulgas ka SP-ga patsientidel, levinuimad on Imovane, Somnols, Zopitin, Rivotril, Xanax, Alprazolam, Bromazepam, Diazepam, Valocordin, Diazepeks jne. Bensodiasepiine nii nagu ka barbituraate ja valuvaigistavaid opioide kasutatakse kroonilise valu ning muude füüsilise ja vaimse tervise probleemide korral. 2010. aastal vastas 16 miljonit ameeriklast, et on viimase aasta jooksul tarvitanud retseptiravimit mittemeditsiinilisel eesmärgil (NIDA, 2010).

Inhalante tarvitavad peamiselt teismelised ja noored täiskasvanud, sest need on odavad, legaalsed ja seega hõlpsasti kättesaadavad. Inhalandi toksiline toime südameveresoonele ja hingamiseldritesse võib tekitada äkksurma juba esimesel tarvitamisel.

### Opioiidid/opiaadid

Opioiidid on sünteetilised või poolsünteetilised. Opiaadid on looduslikud. 2020. aastal oli Euroopas 1,3 miljonit suure riskiga opioiiditarvitajat, kusjuures peamised tarvitatavad ained olid heroiin ja teised opioiidid, mida tarvitas peaaegu 34% kõigist võõrutusravi saavatest inimestest (EMCDDA, 2020). Farmatseutilise ravi soovijate hulgas on enamuses meessoost opioiiditarvitajad, meeste ja naiste suhe on neli ühele (EMCDDA, 2016).

Opioide manustatakse süstides (veeni, naha alla, lihasesse); pulbrina ninna tõmmates või aure sisse hingates, anaalselt, naha kaudu, suukaudselt (tableti või vedelikuna) või keele alla. Mida kiiremini jõuab aine KNS-i (sõltuvalt

manustamisviisist), seda tugevam on toime ja seda tugevamat sõltuvust see tekitab. Kuigi tolerantsus opioide valuvaigistavale toimele tekib väga aeglaselt, siis psühholoogilise toimele kujuneb see kiiresti ja tingib annuste suurendamise. SP-ga inimesed ei tarvita opioide „kaifi“ saamiseks vaid pigem võõrutusseisundi sümptomite leevendamiseks (nt tugev ärevus, tung tarvitada, lihasvalu, unetus, kõhulahtisus, higistamine, palavik jne). Paljud neist, kes tarvitavad opioide iseravi eesmärgil ja võõrutusseisundi sümptomite leevendamiseks, on sõltuvuses muudest ainetest, nt alkoholist ja retseptiravimitest. Üledoosisurmade peamine põhjus on opioidid. Täpsemalt leiti, et 2020. aastal põhjustas opioidide tarvitamine 82% kõigist surmaga lõppenud üledoosidest (EMCDDA, 2020).

### 1.3 Hallutsinogeenid on suur rühm erinevaid aineid, mis tekitavad tajuhäireid.

Hallutsinogeenide tarvitamisega kaasneb ettearvamatult käitumine, mis võib ohtu seada tarvitaja enda ja tema läheduses olevad inimesed. Samuti võib tekkida n-ö *bad trip*, mis väljendub ärevuses, paranoias ja segasusseisundis. Võib esineda n-ö *flashback*, st hallutsinatsioon kordub ootamatult uuesti nädalaid või kuid hiljem.

### 1.4 Kannabinoidid on kanepitaime (*Cannabis sativa*) saadused või osad, mida tavaliselt suitsetatakse või süüakse. Kanep sisaldab psühhoaktiivset psühheedeelilise toimega kemikaali $\Delta^9$ -tetrahydrokannabinool (THC) ning ärevust, liikumishäireid ja valu leevendava ning tunnetust parandava toimega ainet kannabidiol (CBD). Kanep on Euroopas kõige enam tarvitav narkootikum, mida eri maades tarvitatakse elu jooksul väga erineval hulgal, alates ca 4% täiskasvanutest Maltal kuni 45% täiskasvanuteni Prantsusmaal (EMCDDA, 2020).

Kanepit seostatakse skisofreenia ja teiste psühhooside väljakujunemisega, sh ärevushood ja -häired. Eriti vastuvõtlikud on need teismelised, kelle perekonnas on esinenud skisofreeniat. Kanepi regulaarne tarvitamine võib tekitada tolerantsust, psüühilist sõltuvust ja kergeid võõrutusnähtusid abstinentsi ajal (nt

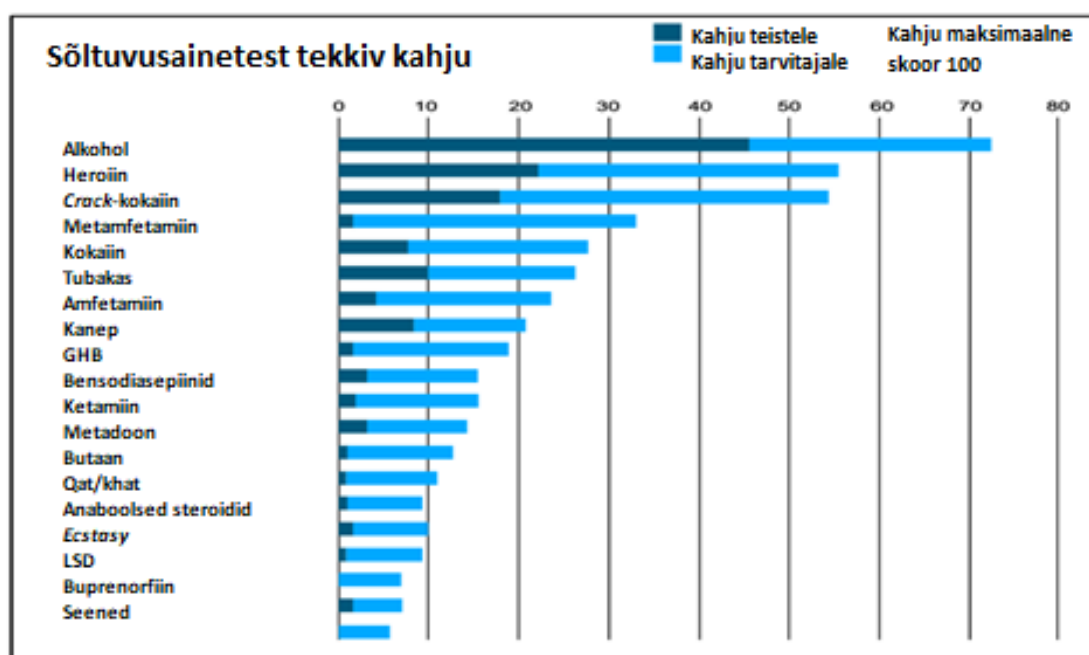


unehäired, ärrituvus, higistamine, anoreksia, kaalulangus, ärevus ja seedehäired). Kanepit peetakse narkootikumiks, mis „avab ukse“ teiste sõltuvusainete maailma.

Psühhoaktiivsete sõltuvust tekitavate ainetega kaasneb palju halbu tagajärgi ja kahju nii tarvitajale kui ka tema lähikondsetele. Tagajärjed ja tekkiv kahju tuleneb järgmisest:

- narkootikumidega otseselt ja kaudselt seotud suuremus;
- sõltuvus;
- narkootikumidega otseselt ja kaudselt seotud vaimse võimekuse langus;
- suhete katkemine;
- vigastused;
- kuritegevus;
- pereprobleemid;
- majanduslik kulu.

Nutt jt (2010) jaotavad kahjulikud tagajärjed tarvitatava aine alusel järgmiselt:



Joonis 8. Sõltuvusainetest tekkiv kahju. Allikas: Nutt jt, 2010



Nutt jt leiavad oma uuringus, et kõige suuremat kahju tarvitajate jaoks tekitasid heroiin, kokaiin ja metamfetamiin ning teistele alkohol, heroiin ja kokaiin. Kokku tekitasid kõige suuremat kahju alkohol, heroiin ja kokaiin.

## Erinevad lähenemised SP-ga tegelemiseks

Sõltuvusprobleemiga inimestele mõeldud spetsiaalse abi ja teenuste kättesaadavus ja/või valik on jätkuvalt probleem kogu maailmas, sest võõrutusravi ja teraapiad ei ole kergesti kättesaadavad ega taskukohased (WHO & UNODC, 2008). ÜRO narkootikumide ja kuritegevuse büroo andmetel on teraapia kättesaadav vaid igale kuendale SP-ga inimesele (UNODC, 2016). Sõltuvusainete kuritarvitamise ja vaimse tervise ameti SAMSHA andmetel sai 2014. aastal USA-s sõltuvusravi vajavatest 12-aastastest ja vanematest inimestest mingisugustki sõltuvusalast teraapiat vaid 18,5%, st 4,2 miljonit inimest 22,5 miljonist (SAMSHA, 2014).

SP-ga piisavaks tegelemiseks on mitmeid tõenduspõhiseid käsitlusi ja sekkumisi, sh farmako- ja psühhoteraapilisi. SP käsitlus jaguneb kaheks suureks kategooriaks, seda eriti opioidide tarvitajate korral: asendusravi ja teraapia või üksnes psühhosotsiaalne teraapia.

### 4.1 Asendusravi

Asendusravis kasutatakse nt metadooni, buprenorfiini, pikatoimelist morfiini, kodeiini ja levometadooni, mis leevendavad opioidide võõrutussündroomi ja vähendavad tungi. Asendusravi peamised eesmärgid on WHO ning ÜRO narkootikumide ja kuritegevuse büroo järgi (2008):

- teraapias püsimine;
- ebaseaduslike (eeskätt süstitavate) uimastite tarvitamise vähendamine;
- suremuse vähendamine;

- vaimse ja füüsilise (nt HIV, hepatiitviirused, tuberkuloos) seisundi paranemine;
- õigusrikkumiste (sh vangistuse) vähendamine;
- elukvaliteedi (nt töö, kodu, stabiilsus jne) parandamine;
- kahju ja kasu positiivse tasakaalu saavutamine.

Asendusravi pakutakse tavaliselt koos psühhosotsiaalse abiga (NIDA, 2019).

#### 4.2 Psühhosotsiaalne teraapia

Psühhosotsiaalsed abi pakutakse lisaks opioidide tarvitajatele ka kõigile teistele SP-ga inimestele. Psühhosotsiaalsed sekkumised jagunevad vastavalt aluseks võetud teooriale. Olenemata sellest, millist teooriat/lähendamist kasutatakse, on kõigi psühhosotsiaalsete sekkumiste eesmärk tuvastada sõltuvusainega seotud probleemistik ja sellega teraapia eri etappides tegeleda (EMCDDA, 2016). Abstinentsi saavutamiseks hõlmavad sekkumised järgmist:

- enda SP tagamaade tunnistamine ja tuvastamine;
- käitumise muutmisele pühendumine;
- vastavalt taastumise etapile toetuse saamine;
- teadvustamata ja/või impulsiivse käitumise üle kontrolli haaramine;
- käitumises saavutatud muutuse säilitamine;
- teraapia järjepidevuse hoidmine.

Teraapia viimases osas võetakse eesmärgiks SP-ga inimeste sotsiaalne reintegreerimine. Sotsiaalse reintegreerimise käigus võib olla vaja kaasata pere- ja kogukonda.

Levinud ja tulemuslikud psühhosotsiaalsed sekkumised SP korral on muu hulgas peresekumine, kognitiivkäitumuslik teraapia, sõltuvusteooria ja eneseabi programmid (nt 12 sammu).

#### 4.2.1 Peresekkumine

Peresekkumine on süsteemne lähenemine, mille kohaselt ei ole sõltuvus üksnes tarvitaja probleem, vaid sümptomaatiline kogu süsteemile, eeskätt perekonnale. Seega, kui sekkumine jätab kõrvale perekonna ja tegeleb inimesega eraldiseisvalt, siis ei lahendata peresüsteemis probleeme, mille tagajärjel SP on välja kujunenud. Peresekkumine on eriti asjakohane teismelistega ja peresekkumise tulemuslikkust SP vähendamisel on kõige põhjalikumalt uuritud teismelistel.

#### 4.2.2 Kognitiivkäitumuslik teraapia

Kognitiivkäitumusliku lähenemise järgi mõjutab inimese tundeid ja käitumist see, kuidas ta reaalsust tajub ja mõtestab. Sellele tuginedes kombineeritakse kognitiivteraapiat käitumisstrateegiatega, et muuta kohatuid käitumisviise, arusaamu, suhtumist ja veendumusi. SP-le avaldab kognitiivteraapia mõju kliendi enesekindluse suurenemise kaudu. Tegeletakse mõttemustritega, milles kliendi probleem juurdub. Kognitiivkäitumusliku teraapia ülesehitus ja sekkumised aitavad kliendil õppida SP-d tekitavaid riskiolukordi ja SP päästikuid ära tundma ning nendega toime tulema, asendades probleemi süvendavad mõtted alternatiivsetega ja toetades toimetulekut. Nii ennetatakse tagasilangust ja aidatakse kaasa tervenemisele.

#### 4.2.3 Sõltuvusteooria

Sõltuvusteooria eesmärk on mõista ja võtta enda kontrolli alla käitumise ja tagajärgede vaheline seos. Nii säilitatakse abstinentsi, sest klienti innustatakse kasutama alternatiive sõltuvuskäitumisele, samuti võimestatakse ja premeeritakse, et muuta kainus positiivsemaks kogemuseks. Näiteks ütleb sõltuvusteooria, et abstinentsi saab võimestada ja saavutada, kui pakutakse preemiaid või tagatakse tarvitaja töölkäimine sotsiaalse reintegreerimise abil, mille käigus pakutakse stiimuleid

#### 4.2.4 Eneseabi soodustamine

Eneseabi soodustamise all peetakse silmas arutelusid, murede jagamist ja SP-ga seotud ühistest probleemidest rääkimist. Esimesed eneseabi tugirühmad olid Anonüümsed Alkohoolikud ja Anonüümsed Narkomaanid, kellele järgnes teisigi rühmi, mille filosoofia ja eesmärk oli siiski samasugune. Grupi liikmed toetavad üksteist, vanemad olijad on uutele tugiisikuks. Seepärast juhendavad eneseabigruppe tavaliselt endised alkoholi/narkootikumide tarvitajad, ehkki mõnikord teeb seda ka spetsialist. Ühistest kogemustest ja tunnetest rääkimine, üksteise toetamine ja juhendamine aitab luua tugivõrgustiku, kus ei tarvitata narkootikume/alkoholi, ning tunnistada SP-ga kaasnevaid probleeme, toetada abstinentsi ja ära hoida tagasilangust. Lisaks SP-ga inimestele pakuvad sellised programmid sageli tuge ka pereliikmetele.

#### 4.2.5 Motiveeriv intervjuerimine

Motiveeriva intervjuerimise (MI) kohta öeldakse, et see on vestlus muutuse elluviimiseks. Kliendi motivatsiooni ja pühendumist muudatuste tegemiseks suurendatakse, aidates tal ära tunda vajadus muutuse järele, toetades taht, valmisolekut ja võimet muutus ellu viia. MI on neljaetapiline struktureeritud sekkumine:

Motiveeriva intervjuerimise (MI) etapid	
1. etapp	Väljendatakse empaatiat kliendi suhtes
2. etapp	Aidatakse kliendil leida vastuolud käitumise ja eesmärkide vahel
3. etapp	Välditakse kliendiga tema motivatsiooni ja käitumise üle vaidlemist
4. etapp	Minnakse kaasa kliendi vastupanuga
5. etapp	Toetatakse kliendi enesetõhusust

#### 4.2.6 Kahjude vähendamine

Kahjude vähendamine on SP korral vajalik ja tähtis lähenemine. Vastupidiselt eespool tutvustatud lähenemisviisidele, ei seata kahjude vähendamisel eesmärgiks sõltuvusaine tarvitamise vähendamist ega lõpetamist. Kahjude vähendamise eesmärk on säästa tarvitaja elu ja vähendada või ennetada SP halbu tagajärgi isiklikul ja ühiskondlikul tasandil (nt probleemid vaimse või füüsilise tervisega, suhte probleemid, probleemid tööl ja juriidilised probleemid) (UNODC, 2009).

Kahjude vähendamise sekkumised hõlmavad õpistrateegiaid, mis keskenduvad:

- SP tagajärgedele;
- riske vähendavale käitumisele, nt turvalisem seks, et vähendada HIV-ga nakatumise ohtu, teave narkootikumide süstimise tagajärgede kohta;
- SP füüsilistele ja psühhosotsiaalsetele ohtudele, nt üledoos, nakkushaigused, joores juhtimine, südameveresoonehaigused, ainevahetuse ja vaimsed häired jmt;
- tarvitaja elukohas saada olevatele tervishoiu- ja sotsiaalteenustele.

Et teavitustööst ei piisa SP-ga kaasnevate ohtude kõrvaldamiseks, siis kombineeritakse kahjude vähendamist lühikeste sekkumiste ja nõustamisega (nt ühekordne teraapiasessioon, kognitiivkäitumuslik teraapia ja/või motiveeriv intervjuerimine), mis toetavad riskikäitumise muutmist.

Kahjude vähendamiseks mõeldud sekkumised on ka:

- madala läve farmakoloogilised sekkumised (opioidi antagonistid jm ravimid), mis on mõeldud tervise vahetuks kaitsmiseks, mitte narkootikumidest vabanemiseks (mitte-metadooni programmid);
- süstlavahetusprogramm;
- süstimise asemel muude manustamisviiside rõhutamine;

- vabatahtlik HIV-nõustamine ja testimine; ülioluline on HIV-iga nakatumise varane avastamine;
- üledoosi ennetamine, nt naloksoonikomplekti andmine ning tarvitaja ja tema pereliikmete juhendamine, kuidas naloksooni manustada;
- suguhaiguste ennetamine ja raviteenused;
- haavaravi ja süstekoha/veeni eest hoolitsemine;
- piisav sotsiaalne tugi uimasteid tarvitavatele marginaliseeritud inimestele;
- hepatiidivaktsiini programmid.





## Viited

APA (2015). *Substance Use Disorders and ICD-10-CM Coding*. (8.04), <https://www.apaservices.org/practice/update/2015/09-10/substance-disorders>

APA (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth Edition. Amerika Psühholoogia Assotsiatsioon; Washington, DC: 2013.

EMCDDA, (2020). *Euroopa uimastiprobleemide aruanne: Suundumused ja arengud*. (3.04), [https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13236/TDAT20001EN\\_N\\_web.pdf](https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13236/TDAT20001EN_N_web.pdf)

EMCDDA, (2019a). *Euroopa uimastiprobleemide aruanne 2019: Suundumused ja arengud*. Euroopa Liidu Väljaannete Talitus, Luxembourg.

EMCDDA, (2019b). *Prevention of Drug-related deaths*. (10.04), [https://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/prevention-drug-related-deaths\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/prevention-drug-related-deaths_en)

EMCDDA, (2016). *Euroopa uimastiprobleemide aruanne 2016: Trends and Developments*, Euroopa Liidu Väljaannete Talitus, Luxembourg.

EMCDDA, (2016). *Perspectives on Drugs: The role of psychosocial interventions in drug treatment*. (9.04), [https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2749/Psychosocial%20interventions\\_update%202016.pdf](https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2749/Psychosocial%20interventions_update%202016.pdf)

EMCDDA, 2013. *Co-morbid substance use and mental disorders in Europe: a review of the data*. EMCDDA Papers, Euroopa Liidu Väljaannete Talitus, Luxembourg.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Helping people change*. Guilford press.

NIDA, (2021). *What is Drug Addiction?* (6.04), <https://www.drugabuse.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/drug-misuse-addiction>

NIDA, (2020a). *Commonly used terms in Addiction sciences*. (6.04), <https://www.drugabuse.gov/publications/media-guide/glossary>

NIDA, (2020b). *Treatment and Recovery*. (9.04), <https://www.drugabuse.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/treatment-recovery>



NIDA, (2010). *Commonly Abused prescription Drugs*. (7.04), [https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/rx\\_drugs\\_placemat\\_508c\\_100520\\_11.pdf](https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/rx_drugs_placemat_508c_100520_11.pdf)

NIDA, (2019). *Treatment Approaches for Drug Addiction DrugFacts*. (9.04), <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/treatment-approaches-drug-addiction>

NIDA, (2007). Risk Factor Model for Adolescent Substance Use and Abuse National Institute of Drug Abuse. *Drugs, Brain, and Behavior: The Science of Addiction*. NIH Publication Number: 10-5605. Avaldatud: Aprill 2007; muudetud: August 2010. <http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/sciofaddiction.pdf>

Nutt, D. J., King, L. A., & Phillips, L. D. (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *The Lancet*, 376(9752), 1558-1565.

Roberts, Mathers & Degenhardt: UNODC, (2010). *Women who inject drugs: A review of their risks, experiences and needs*. (11.04), [https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/Women\\_who\\_inject\\_drugs.pdf](https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/Women_who_inject_drugs.pdf)

SAMHSA, (2014). *National Survey of Substance Abuse Treatment Services (N-SSATS): 2013. Data on Substance Abuse Treatment Facilities*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2014. HHS Publication No. (SMA) 14-489. BHSIS Series S-73.

SAMHSA, (2006). *Examples of Screening and Assessment Tools for Substance Use Disorders*. (10.04), [https://ncsacw.samhsa.gov/files/SAFERR\\_AppendixD.pdf](https://ncsacw.samhsa.gov/files/SAFERR_AppendixD.pdf)

UNODC, (2016). *World Drug Report*. (08.04), [www.unodc.org](http://www.unodc.org)

UNODC, (2014). *Pharmacological Treatment for Drug Use Disorders*. (8.04), [https://www.unodc.org/documents/treatnet/Volume-C/Module-2/Volume\\_C\\_M2\\_W1.pdf](https://www.unodc.org/documents/treatnet/Volume-C/Module-2/Volume_C_M2_W1.pdf)

UNODC, (2009). *Harm reduction*. (10.04), [https://www.unodc.org/ddt-training/treatment/VOLUME%20D/Topic%204/1.VoID\\_Topic4\\_Harm\\_Reduction.pdf](https://www.unodc.org/ddt-training/treatment/VOLUME%20D/Topic%204/1.VoID_Topic4_Harm_Reduction.pdf)

UNODC, (2008). *Motivating Clients for Treatment and Motivating Clients for Treatment and Addressing Resistance*. (9.04), [https://www.unodc.org/ddt-training/treatment/VOLUME%20B/Volume%20B%20-%20Module%202/1.Leaders%20Guide/Presentation-VoIB\\_M2.pdf](https://www.unodc.org/ddt-training/treatment/VOLUME%20B/Volume%20B%20-%20Module%202/1.Leaders%20Guide/Presentation-VoIB_M2.pdf)

WHO, (2021). *Dependence Syndrome*. (8.04), [https://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/definition1/en/](https://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/en/)



WHO & UNODC, (2008). *Principles of Drug Dependence Treatment*. (4.04), [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/substance-use/principles-drug-dependence-treatment.pdf?sfvrsn=fbd2ecd\\_2&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/substance-use/principles-drug-dependence-treatment.pdf?sfvrsn=fbd2ecd_2&download=true).

UNODC, (2016). *World Drug Report*. (08.04), [www.unodc.org](http://www.unodc.org)



Women's Support and Information Center  
*There is a way out of violence!*



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ  
UNIVERSITY OF CRETE

RIKK INSTITUTE FOR GENDER EQUALITY AND DIFFERENCE

Co-funded by the Rights, Equality and Citizenship (REC) Programme of the European Union



## Kasulikke termineid

- **Abstinents** – aeg, mille jooksul ei tarvitata sõltuvus- või psühhotroopset ainet, st narkootilisi aineid, alkoholi.
- **Buprenorfiin** – osaline opioidi agonist, mida kasutatakse opioidisõltuvuse asendusravis. Buprenorfiin leevendab narkootilise aine tarvitamise tungi ja sellel on vähem kahjulikke kõrvaltoimeid kui teistel opioididel, nt metadoonil.
- **Detoksifikatsioon** – protsess, mille käigus organism ainest vabaneb. Medikamentooset detoksifikatsiooni kasutatakse võõrutusseisundi leevendamiseks. Detoksifikatsioon võib olla sõltuvusravi esimene samm, kuid seda tuleb kombineerida või sellele peab järgnema psühhosotsiaalne teraapia ja/või asendusravi, sest detoksifikatsioonist üksi tulemuse saavutamiseks ei piisa.
- **Hallutsinatsioonid** – inimene kuuleb, näeb ja/või tajub midagi, mida tegelikult ei ole.
- **Impulsiivsus** – kalduvus tegutseda mõtlematult ja (peamiselt halbade) tagajärgedega arvestamata. Kohene kasu on olulisem kui pikaajaliselt saadav kasu.
- **Iseravi** – inimese püüe vähendada stressi, ärevust või vaimse tervise häiret omal käel, nt sõltuvusaine tarvitamisega (ilma tervishoiutöötaja juhendusest).
- **Kaasuv haigus** – kahe või enama haiguse üheaegne esinemine, nt sõltuvus ja vaimse tervise häire või viirusnakkus (nt HIV, hepatiit). Nimetatakse ka kaksikdiagnoosiks.
- **Kesknärvisüsteem (KNS)** – pea- ja seljaajus olev juhtiv närvisüsteem.

- **Manustamisviis** – see, kuidas ainet organismi viiakse, nt neelamine, joomine, sissehingamine (inhalatsioon), süstimine, ninnatõmbamine või suitsetamine.
- **Metadoon** – pikatoimeline opioidi agonist, mida kasutatakse valu leevendamiseks ja opioidisõltuvuse asendusravis.
- **Naloksoon** – opioidi antidoot, millega saab tõhusalt ära hoida opioidide üledoosi.
- **Preemia, premeerima** – heaolu- ja röömutunde tekitamine, mis kinnistaks teatavat käitumist. Eesmärk on julgustada premeeritavat käitumist kordama.
- **Psühhotroopne/psühhoaktiivne aine** – toimeaine, mis avaldab spetsiifilist mõju ajule.
- **Sõltuvus** – krooniline tagasilangustega häire, millele on iseloomulik kompulsivne (või raskesti kontrollitav) tung sõltuvusainet saada ja tarvitada hoolimata kahjulikest tagajärgedest; ka aju füsioloogilised muudatused. Varem nimetati sõltuvusaine tarvitajaid „sõltlaseks“. Praegu peetakse sobivaks terminiks nt „sõltuvusaine tarvitaja“.
- **Sõltuvus** – seisund, mis tekib ebaseadusliku uimasti või seadusliku sõltuvust tekitava aine (ravimid, alkohol) regulaarse/süsteemse tarvitamise tagajärjel, seda ka retseptiravimite eesmärgipärasel kasutamisel. Sõltuvuse peamine tunnus on võõrutusseisundi tekkimine abstinentsi / aine tarvitamise lõpetamise korral.
- **Sööst** – eufooriline mõnutunne, mis tekib vahetult pärast aine manustamist.
- **Tagasilangus** – narkootikumi/alkoholi tarvitamine pärast kainenud perioodi, mille jooksul inimene püüdis teadvalt lõpetada narkootikumi/alkoholi tarvitamist. Tagasilangus esineb paljude krooniliste terviseprobleemide, sh sõltuvuse korral ning selle tulemuslikuks käsitlemiseks on vaja käitumuslikku ja/või farmakoloogilist sekkumist. Tagasilangust peetakse osaks tervenemise



teekonnast. See võib olla üksikjuhtum (narkootikumide/alkoholi kasutamine ühel korral ja seejärel lõpetamine) või pikemaajalisem (regulaarne sõltuvusaine tarvitamine).

- **Tervenemine** – lai mõiste, mida kasutatakse sõltuvusravi eesmärkide kirjeldamisel. Tervenemise all võidakse mõelda nii SP kontrolli alla saamist kui ka täielikku abstinentsi. Samuti hõlmab see vabatahtlikku teraapiat ja SP-st tulenevate küsimustega tegelemist, füüsilise ja vaimse seisundi ning elukvaliteedi parandamist.
- **Tolerantsus** – seisund, kus aine/alkoholi soovitud toime saamiseks ei piisa tavapärasest annusest ja kaasneb annuse suurendamine.
- **Tung** – tugev, sageli kõikehaarav soov tarvitada narkootikumi ja/või alkoholi.
- **Võõrutusseisund** – pärast pikaajalist tarvitamist aine/alkoholi tarvitamise vähendamise või abstinentsi tagajärjel ilmnevad sümptomid. Võõrutusseisund võib tekkida ka tolerantsuse kujunemise tõttu. Tagajärjeks on vaimse ja füüsilise tervise sümptomid, nt stress, ärevus, iiveldus, oksendamine, lihasvalu, krambid jne. Võõrutusseisundi sümptomid olenevad tarvitatavast ainest ja tahtmine neid leevendada viib sageli tagasilanguseni.
- **Üledoos** – aine manustamine annuses, mis võib tekitada eluohtlikke reaktsioone ja surma.

Rohkem sõnaseletusi inglise keeles:

<https://www.drugabuse.gov/publications/media-guide/glossary>

## 4. peatükk. Seosed trauma, lähisuhtevägivalla kogemise ja sõltuvusprobleemi vahel

Lisamaterjal ACE-uuringu kohta:

<http://www.tftraumarelieff.org/2019/09/26/the-importance-of-using-tft-trauma-relief-tapping-with-your-children/>

[https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/about.html?CDC\\_AA\\_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fviolenceprevention%2Facestudy%2Fabout.html](https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/about.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fviolenceprevention%2Facestudy%2Fabout.html)

<https://acestoohigh.com/got-your-ace-score/>

### TRAUMA TOIMEMEHHANISM<sup>1</sup>

**Traumasündmus**  
Vaimse ja füüsilise toimetuleku oskuste ülekoormamine



**Reaktsioon traumale**  
Võitle, põgene, tardu  
Muutunud teadvus, kehalised aistingud, tuimus  
Ülivalvsus, erutus, kokkuvarisemine



**Tundlikustatud närvisüsteem**  
Muutused ajus  
Aju ja keha ühendus



**Vaimne ja füüsiline pinge**  
Praegused stressorid, traumakogemuse meenutajad (päästik)  
Aisting, visuaal, käitumine, afekt (tunded), mälu



**Vaimne ja/või füüsiline reaktsioon**

<sup>1</sup> Covington, Stephanie S. (2019). Helping Women Recover: A Program for Treating Addiction. Wiley; 3rd edition.

↓	↓	↓	↓
<b>Tagasitõmbumine</b>	<b>Ennastkahjustav käitumine</b>	<b>Teisi kahjustav käitumine</b>	<b>Vaimse tervise probleemid</b>
Eraldatus	Sõltuvusprobleem	Agressioon	Kopsuhaigus
Dissotsiatiivsed häired	Söömishäired	Vägivald	Südamehaigused
Depressioon jm	Tahtlik enesevigastamine	Raevuhood	Autoimmuunhaigused
Ärevushäired	Enesetapukatsed	Ähvardused	Rasvumine





## 5. peatükk. Mitut asutust hõlmav ja lõimitud sekkumine

### Riskiteemalise jaotusmaterjali 7.1 ja 7.2 viited:

- Bailey, J. jt (1997). "Risk factors for violent death of women in the home". *Archives of Internal Medicine*, Vol. 157, No.7, lk 77-782.
- Block, C. R. jt (2000). *The Chicago Women's Health Study: Risk of serious injury or death in intimate violence: A collaborative research project*. Washington, DC: U.S. Department of Justice, National Institute of Justice.
- Campbell, J. C. jt (2003). "Risk Factors for Femicide in Abusive Relationships: Results From a Multisite Case Control Study". *American Journal of Public Health*, Vol. 93, No.7, lk 1089-1097.
- Campbell, J. C. jt (2009). "The Danger Assessment, Validation of a Lethality Risk Assessment Instrument for Intimate Partner Femicide". *Journal of Interpersonal Violence*, Vol. 24, No. 4, Sage Publications, lk 653-674.
- Decker M R., Martin S L., Moracco K E. (2004). "Homicide Risk Factors among Pregnant Women Abused by Their Partners". *Violence against Women*, Vol. 10, No.5, Sage Publications, lk 498-513.
- Dutton, D.G. & Knopp, R. P. (2000). "A review of Domestic Violence risk instruments in Trauma". *Violence and Abuse*. Vol 1 No 2. lk 171-181.
- Echeburua, E., jt (2009). "Assessing Risk Markers in Intimate Partner Femicide and Severe Violence". *Journal of Interpersonal Violence*, Vol. 24, No.6, Sage Publications, lk 925-939.
- & Knopp, R. P. (1988). "Violence and pregnancy: are pregnant women at greater risk of abuse". *J. Marriage Fam.* 50, 841.
- Glass, N. jt (2008). "Strangulation is an important risk factor for attempted and completed femicides". *Journal of Emergency Medicine*, 35, 329-335.
- Gondolf, E. W., ja Heckert, D. A. (2003). "Determinants of women's perceptions of risk in battering relationships". *Violence & Victims*, Vol. 18, No.4, lk 371-386.
- Grann, M. ja Wedin, I. (2002). "Risk Factors for Recidivism among Spousal Assault and Spousal Homicide Offenders". *Psychology, Crime & Law*, Vol. 8 No. 1, lk 5-23.
- Heckert, D. A., ja Gondolf, E. W. (2004). "Battered women's perceptions of risk versus risk factors and instruments in predicting repeat reassault". *Journal of Interpersonal Violence*, Vol. 19, No.7, lk 778-800.
- Hester, M. (2006). "Asking about domestic violence – implications for practice", in Humphreys, C. ja Stanley, N. (Eds), *Domestic Violence and Child Protection – directions for good practice*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Hilton, N.Z., Harris, G.T. ja Rice, M.E. (2001). "Predicting Violence by serious wife assaulters". *Journal of Inter Personal Violence*, Vol 16 No 5 lk 408-423.
- Humphreys, C., ja Thiara, R. K. (2003). "Neither justice nor protection: Women's experiences of post separation violence". *Journal of Social Welfare and Family Law*, Vol.25, lk 195-214.
- Humphreys, C. jt (2005). *Prevention not prediction? A preliminary evaluation of the Metropolitan Police Domestic Violence Risk Assessment Model (SPECCS)*.

- London: Centre for the Study of Safety and Wellbeing, University of Warwick and Child and Woman Abuse Study Unit, London Metropolitan University.
- Howarth, E. jt (2009). *Safety in Numbers: A Multi-Site Evaluation of Independent domestic Violence Advisor Services*, London: The Henry Smith Charity. (12.06.2015)  
<http://www.henrysmithcharity.org.uk/documents/SafetyinNumbersFullReportNov09.pdf>
- Kropp, R. ja Hart, S. (2000). "The Spousal Assault Risk Assessment (SARA) Guide: Reliability and validity in adult male offenders". *Law and Human Behavior*, Vol.24, No.1, lk 101-118.
- Lewis, G, Drife, J, jt (2001). *Why mothers die: Report from the confidential enquiries into maternal deaths in the UK 1997-9*. Commissioned by Department of Health from RCOG and NICE, London:RCOG Press.
- McFarlane, J. M. jt (1999). "Stalking and Intimate Partner Femicide". *Homicide Studies* November 1999 vol. 3 no. 4, lk 300-316.
- McWilliams, M. ja McKiernan, J. (1993). *Bringing it out into the open: Domestic violence in Northern Ireland*. Belfast: HMSO.
- Mullender, A. jt (2002). *Children's Perspectives on Domestic Violence*. London: Sage.
- Paymar, M. ja Barnes, G. (2004). "Countering Confusion about the Duluth Model". (12.06.15) <http://www.theduluthmodel.org/pdf/CounteringConfusion.pdf>.
- Randall, K. ja Hart, S. (2000). "The Spousal Assault Risk Assessment (SARA) Guide: Reliability and validity in adult male offenders". *Law and Human Behavior*, Vol.24, No.1, lk 101-118,  
<http://www.springerlink.com/content/n1716vh2852l3637/>
- Regan, L. jt (2007). *If Only We'd Known: An exploratory Study of Severe Intimate Partner Homicides in Englishire*. CWASU. London Metropolitan University.
- Robinson, A. L. (2006). "Reducing Repeat Victimization among High-Risk Victims of Domestic Violence, the Benefits of a Coordinated Community Response in Cardiff, Wales". *Violence against Women*, Vol.12. No. 8, Sage Publications, lk 761- 788.
- Robinson, A. (2010). "Risk and intimate partner violence", in Kemshall, H. and Wilkinson, B. (Eds) *Good practice in risk assessment and risk management* (3rd Edition). London: Jessica Kingsley Publishers, lk 123.
- Roehl, J. jt (2005). *Intimate Partner Violence Risk Assessment Validation Study*. Final report. US Department of Justice
- Snider, C. jt (2009). "Intimate Partner Violence: Development of a Brief Risk Assessment for the Emergency Department". *Society for Academic Emergency Medicine*, Vol. 16, No. 11, lk 1208 – 216.
- Weisz, A., Tolman, R. ja Saunders, D. G. (2000). "Assessing the risk of severe domestic violence". *Journal of Interpersonal Violence*, Vol. 15m No.1, lk 75-90.

## Näiteid edukatest sekkumistest

### AVA projekt

LSV ja seksuaalse vägivalda ning sõltuvusainete tarvitamise ja vaimse tervisega tegelemiseks mõeldud materjal „Against Violence and Abuse (AVA, 2013), Complicated matters: a toolkit addressing domestic and sexual violence, substance use and mental-ill health”. Kättesaadav:

<https://avaproject.org.uk/wp/wp-content/uploads/2013/05/AVA-Toolkit-2018reprint.pdf>.

### Stella projekt

Stella projektis käsitleti LSV all kannatanud SP-ga naisi ja SP-ga vägivallatsejaid. Stella projektiga lükati 2002. aastal Londonis käima töö lähisuhtevägivalda ja sõltuvusprobleemi seoste paremaks mõistmiseks ning 2004. a avaldati esimene abimaterjal, kus toodi välja tõsiasi, et selle keeruka nähtusega tegelemiseks ei ole seni olnud sisulist käsitlust ega arusaama. Abimaterjali täiendati ja uuendati, lisati uusi juhtumiuuringuid. Paranenud teadmised lähisuhtevägivalda ja sõltuvusainete tarvitamise seostest tegid võimalikuks koostöise lähenemise ja lõimitud teenuste kiirema arengu. Stella projekti raames koostatud materjal on mõeldud narkootikumide, alkoholi ja lähisuhtevägivaldaga tegelevatele eesliinitöötajatele ja juhtidele, ent seda võivad kasutada kõik, kes puutuvad töös kokku LSV all kannatanute või vägivallatsejatega, kel on ühtlasi SP.

### Lisalugemist:

Stella Projekt (2007), Stella Project Toolkit: Domestic Abuse and Substance Use.

Stella Project. Kättesaadav: <https://avaproject.org.uk/wp-content/uploads/2016/08/Stella-Project-Toolkit-2007.pdf>.

## Koostöine lähenemine Walesist

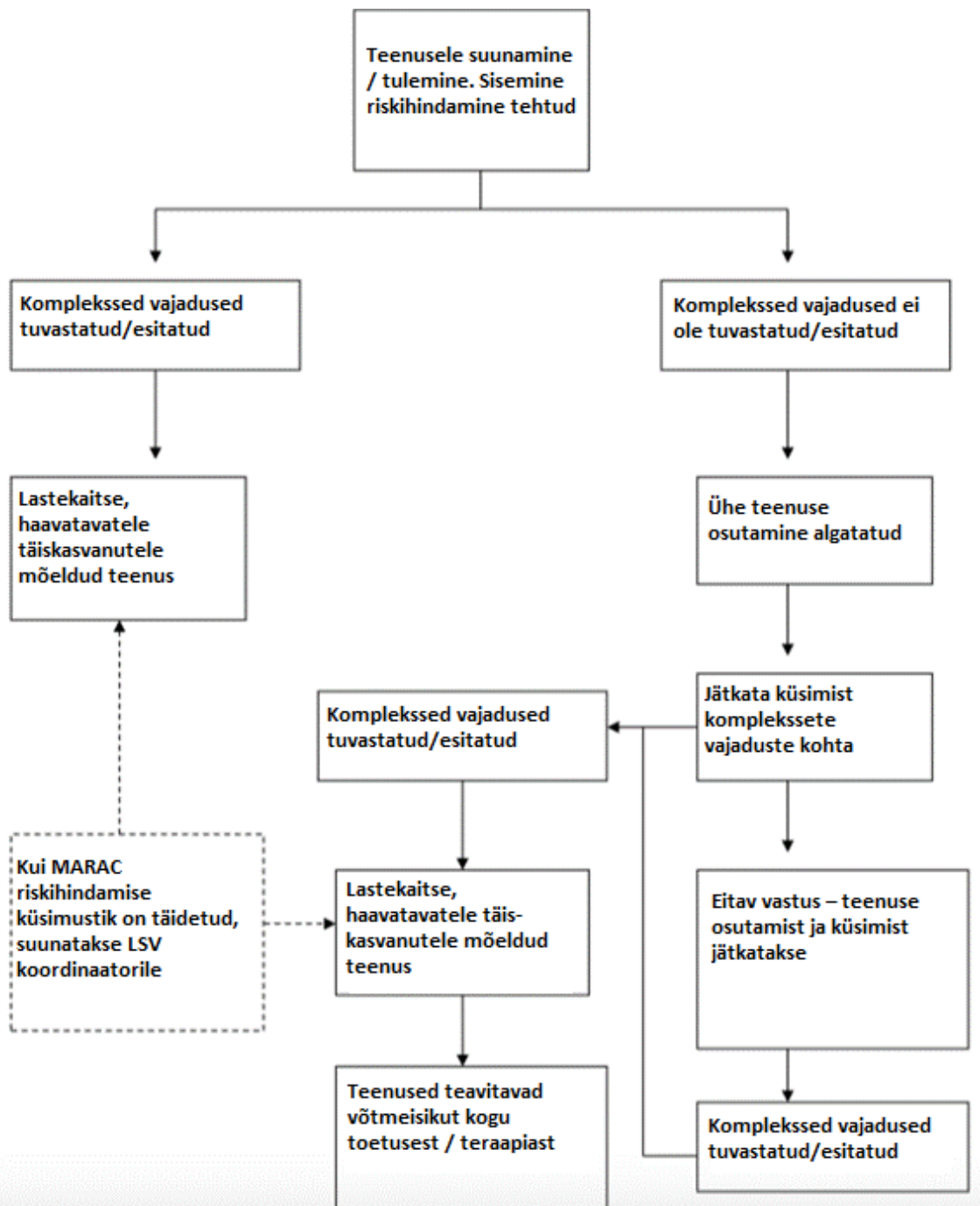
Walesis kasutatakse n-ö ühe ukse / koostöist lähenemist, st klientidele pakuvad abi ja teraapiat üheaegselt LSV ja SP spetsialistid/teenuseosutajad. On kontaktisik, kes tegeleb riskide hindamise, ravi korraldamise ja toetamisega. LSV all kannatanud SP-ga naistele antakse kindel kontakt, mis tagab teenustele juurdepääsu väljaspool tavapärast tööaega. Olemas on kummagi teenuse määratlused ja raamistik, ning segaduse vältimiseks on paika pandud, millised kliendid milliseid sobivaid teenuseid peavad saama ja millal. Väga oluline on see, et kontaktisik saaks ja jagaks järjepidevalt kogu teavet teenuse osutamise algusest kuni lõpuni.

Walesi valitsus seadis prioriteediks vähendada lähisuhtevägivallast ja sõltuvusainete tarvitamisest lähtuvaid kahjusid üksikisikute ja perede jaoks. 2018. aastal uuendatud raamistikus seatakse keskele kohale kannatanu ja võetakse arvesse nende inimeste vajadusi, kes on üheaegselt kogenud lähisuhtevägivalda ja sõltuvusprobleemi. Raamistikus on kokkupuutekohad ka vägivallatsejate probleemidega tegelemiseks.

Töös LSV all kannatanud SP-ga inimesega peetakse kõige teostatavamaks ja sobivamaks nelja koostöist käsitlust.

1. Ühe ukse / koostöine lähenemine (Walesis eelistatud käsitus);
2. Mitut asutust hõlmav sekkumine;
3. Lõimitud sekkumine;
4. Teenuste osutamine perioodiliselt või järjestikuselt.

Komplekssete vajaduste raviteekond teenuseosutajate vaates (**Skeem 1**).



Skeem 1. Komplekssete vajaduste raviteekond (Walesi valitsus, 2018)

Lisalugemist:

Welsh Government (2018), Good Practice Framework for Violence Against Women, Domestic Abuse, Sexual Violence and Substance Misuse, <https://gov.wales/sites/default/files/publications/2019-02/good-practice-framework-for-violence-against-women-domestic-abuse-sexual-violence-and-substance-misuse.pdf>.