

ESITYS ICD-LUOKITUKSEN MUUTTAMISEKSI

15.10.2010

Eesityksen ovat laatineet:

Maarit Huuska, YTM, Transtukupisteen johtava sosiaalityöntekijä, WPATH:in jäsen
 Tommi Paalanen, FM, filosofi, seksuaalietikko, Sexpo-säätiön puheenjohtaja
 J. Tuomas Harviainen, TM, tutkija
 Jussi Nissinen, VM, psykoterapeutti (VET), Sexpon toiminnanjohtaja
 Tanja Lehtoranta, YTM, Seta ry:n vs. pääsihteeri
 Aino Mattila, LT, psykiatrian erikoislääkäri (liitteet 1 ja 2)

Eesityksen allekirjoittavat seuraavat järjestöt:

Seksuaalinen tasavertaisuus Seta ry.
 Sexpo-säätiö
 Suomen Seksologinen Seura
 Transvestiittiyhdistys DreamwearClub ry.
 Potilasyhdistys Trasek ry.
 Turun BDSM-yhdistys ry.
 Helsingin akateemiset kinkyt ry.
 Kulttuuriyhdistys Rsyke ry.
 SM-FETISISTI Ryhmä ry

Eesityksen allekirjoittavat seuraavat yksityishenkilöt:

Dan Apter, LKT naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri, ylilääkäri,
 Seksuaaliterveysklinikka, Helsinki
 Antti Karanki, ELL; hall.tiet.yo, WPATHin jäsen
 Marja Kautto, psykiatrian erikoislääkäri, toimitusjohtaja, Kääne Oy, Helsinki
 Juha Kilpiä, Sexuality Educator and Sexual Health Promoter (NACS), Aktuaali
 koulutuspalvelu, Helsinki
 Osmo Kontula, VTT, professori, pääsihteeri (European Federation of Sexology), Helsinki
 Katja Kurri, psykologian tohtori, psykoterapeutti, Suomen Mielenterveysseura, Helsinki
 Jukka Lehtonen, VTT, tutkimuskoordinaattori, Käyttäytymistieteiden laitos, HY
 Eeva-Kaisa Leinonen, VM; psykoterapeutti (VET), Tampere
 Jaana Pirskanen, tutkija, Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos, Jyväskylä
 Ritva-Liisa Reinold, terveydenhoitaja, parisuhde- ja seksuaaliterapeutti, Helsinki
 Olli Stålström, YTT, lääketieteen sosiologia, Kuopion yliopisto
 Kari Valtanen, lastenpsykiatrian erikoislääkäri, VE-perheterapeutti, Rovaniemi
 Mika Venhola, lääketiet. lis, lastenkirurgia, Oulu
 Arja Voipio, KTM, WPATHin jäsen, Helsinki

SISÄLLYSLUETTELO

1. ESITYS	4
2. YLEISET PERUSTELUT	4
Kansainvälinen kehitys.....	5
Ihmisoikeusnäkökulma	5
Kansallinen lainsäädäntö	7
Stigman ja vähemmistöstressin vaikutus terveyteen	8
3. YKSITYISKOHTAISET PERUSTELUT	10
Poistettavaksi ehdotettavat kohdat.....	10
Transvestismi (F64.1 ja F65.1)	10
Esinekohteinen seksuaalihäiriö eli fetisismi (F65.0).....	13
Sadomasokismi (F65.5).....	14
Monimuotoiset sukupuoliset kohdehäiriöt (F65.6)	16
Siirrettäväksi ehdotetut kohdat	16
Transsukupuolisuus ja muu sukupuolen yhteensopimattomuus aikuisilla (F64.0, F64.8 ja F64.9)	17
Sukupuolen yhteensopimattomuus lapsilla ja nuorilla (F64.2)	19
4. KIRJALLISUUS.....	20

LIITTEET

LIITE 1 Katsaus seksuaalisen fetisismien, sadomasokismin ja transvestisuuden diagnostiikkaan. Aino Mattila, LT, psykiatrian erikoislääkäri

LIITE 2 Lääketieteellisiä näkökulmia ICD-10 luokan F64 Sukupuoli-identiteetin häiriöt diagnostiikkaan. Aino Mattila, LT, psykiatrian erikoislääkäri

LIITE 3 Gender Incongruence (in children)

LIITE 4 Otteita YK:n yleismaailmallisesta ihmisoikeuksien julistuksesta

LIITE 5 Seksuaalioikeuksien julistus (WAS)

LIITE 6 Seksuaalioikeudet (IPPF)

LIITE 7 Otteita YK:n lapsen oikeuksien yleissopimuksesta

LIITE 8 Yogyakartan periaatteet

LIITE 9 Euroopan neuvoston ihmisoikeuskomissaari Thomas Hammarbergin suositukset Euroopan neuvoston jäsenvaltiolle 29.7. 2009

1. ESITYS

Me allekirjoittaneet esitämme, että ICD-luokitukseen tehdään seuraavat maakohtaiset poikkeukset:

1. Poistetaan tarpeettomina ja haitallisina kohdat

F64.1 Transvestitismi, kaksoisroolinen
 F65.0 Esinekohteinen seksuaalihäiriö
 F65.1 Transvestiittinen fetisismi
 F65.5 Sodomasokismi
 F65.6 Monimuotoiset sukupuoliset kohdehäiriöt

2. Siirretään seuraavat kohdat pois luokasta ”Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt” omaksi ryhmäkseen

F64.0 Transsukupuolisuus
 F64.2 Lapsuuden sukupuoli-identiteetin häiriö
 F64.8 Muu sukupuoli-identiteetin häiriö
 F64.9 Määrittämätön sukupuoli-identiteetin häiriö

sekä korvataan luokittelussa esiintyvä käsite ”sukupuoli-identiteetin häiriö” termillä ”sukupuolen yhteensopimattomuus”.

Lisäksi ehdotamme moniammatillisen asiantuntijaryhmän perustamista suunnittelemaan yllä mainittujen kohtien perusteellista uudistamista nykyaikaisen diagnosoinnin ja hoidon varmistamiseksi sekä sukupuoliristiriitaa kokevien lasten ja nuorten hyvinvoinnin edistämiseksi. Työryhmässä tulisi olla riittävä edustus sukupuolen korjaushoidosta vastaavista yksiköistä, potilasjärjestöstä ja Transtukipisteeltä

2. YLEISET PERUSTELUT

Ehdotamme, että Suomi osana Pohjoismaista kehitystä ja kansainvälistä terveysalan uudelleenarviointia uudistaa ICD-luokitusta tavalla, joka vahvistaa kansalaisten yhdenvertaisuutta, edistää terveyttä lieventämällä stigmaa ja vastaa uusinta tieteellistä tietoa. Uusin tutkimustieto osoittaa puutteellisiksi ja vanhentuneiksi ne teorit, joiden pohjalta esityksemme käsittelemät luokitukset on laadittu. Seksuaalisuuden ja sukupuolen tutkimus on kehittynyt hyvin nopeasti ja alan tieteelliset toimijat puhuvat jopa paradigman muutoksesta kuvatessaan nykyistä ajattelutapojen mullistusta.

Diagnooseja, joita ehdotetaan poistettavan ja siirrettävän, käytetään Suomessa hyvin vähän psykiatrisessa työssä (kt. liite 1). THL on laatinut selvityksen terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisterin pohjalta ja se vahvistaa diagnoosien erittäin vähäisen käytön. Diagnoosia F64.0 on käytetty eniten, koska sitä on tarvittu sukupuolen korjaushoidon saamiseen.

Tarpeettomien diagnoosien poisto ja tarpeellisten uudistaminen niin, että paikka luokituksessa, termit ja kuvailu ovat asianmukaisia, edistää näihin ryhmiin kuuluvien mahdollisuuksia saada ajan tasalla olevaa parasta mahdollista hoitoa ja pienentää vanhentuneeseen tietoon liittyvää hoitovirheiden riskiä.

Transihmiset (nykyinen luokka F 64) kokevat tärkeäksi F luokan ulkopuolisen, sukupuolen korjaus hoidon mahdollistavan sijainnin luokitusjärjestelmissä sekä sen, että käytetty terminologia ei esitä identiteetin olevan häiriö. Käsitteiden transihmisten häiriintyneestä identiteettikehityksestä ei ole ajan tasalla ja on ihmisille haitallinen. Ehdottamamme uusi terminologia on yksi luonteva tapa kääntää APAn asettaman kansainvälisen työryhmän käyttämä käsite ”gender incongruence” (kt. liite 2 ja 3). APAn työryhmä on korvannut tällä vanhan käsitteen gender identity disorder.

Kansainvälinen kehitys

Useat maat ovat viime aikoina tehneet ICD-10-tautiluokituksen maakohtaisia kansallisia poikkeuksia:

- Tanska poisti ensimmäisenä EU maana transvestisuuden tautiluokituksesta 1994, sadomasokismi poistettiin 1995.
- Ruotsissa transvestisuus poistettiin tautiluokituksesta 1.1.2009 alkaen. Yhdessä transvestisuuden kanssa poistettiin fetisismi, fetisistinen transvestismi, sadomasokismi, lapsuuden sukupuoli-identiteetin häiriö sekä monimuotoiset sukupuoliset kohdehäiriöt. Ruotsissa parhaillaan mietitään tämän kirjelmän ehdotuksen kanssa samansuuntaisia uudistuksia siellä jäljellä olevien F 64 diagnoosien osalta (Ruotsin sosiaalivaltion pääjohtaja Lars-Erik Holm TGEU:n yleiskokouksessa 30.9.2010.)
- Norjassa poistettiin 1.2.2010 alkaen tautiluokituksesta transvestismi, fetisismi, fetisistinen transvestismi, sadomasokismi ja monimuotoiset sukupuoliset kohdehäiriöt.
- Lisäksi Ranska poisti helmikuussa 2010 ensimmäisenä maana maailmassa transsukupuolisuuden psykiatristen sairauksien joukosta. Se säilytettiin kuitenkin erityisenä omana kategorianaan tarvittavien hoitojen takaamiseksi.

Suomen on mahdollista olla yhdessä muiden Pohjoismaiden kanssa edelläkävijänä sukupuolen ja seksuaalisen tasa-arvon ja oikeuksien kehittämisessä.

Ihmisoikeusnäkökulma

Sukupuoli-identiteetti ja sen ilmaisu sekä seksuaalinen itsemääräämisoikeus ovat ihmisoikeuksia, joiden huomioon ottaminen nähdään yhä tärkeämpänä kansainvälisessä keskustelussa ja suosituksissa. Patologisoiva suhtautuminen seksuaalikäyttäytymiseen, sukupuoli-identiteetin kokemiseen tai sukupuolen ilmaisuun vailla vahvoja perusteita

altistaa ihmisiä syrjinnälle ja syrjäytymiselle sekä terveyden ja hyvinvoinnin heikkenemiselle.

Voimassa oleva sairausluokitus on ristiriidassa keskeisten seksuaalioikeuksien ja ihmisoikeusperiaatteiden kanssa (kts. liitteet 4-9). Ihmisoikeudet ja seksuaalioikeudet edellyttävät, että yksilön seksuaalista autonomiaa ja sukupuolen ilmaisua on kunnioitettava, mikäli hänen tekonsa eivät aiheuta vahinkoa toisille. Transvestisuus, fetisismi ja konsensuaalinen sadomasokismi ovat kaikki yksilön seksuaalioikeuksien rajoissa pysyviä seksuaalisuuden ja sukupuolen toteuttamistapoja. Kaikenlainen puuttuminen ihmisen itsemääräämiseen tulee oikeuttaa vahvasti eettisin perustein. Sairaaksi diagnosoiminen ilman vahvoja perusteita on yksi oikeudettoman puuttumisen tapa.

Seksuaalisuutta, sukupuoli-identiteettiä ja -ilmaisua koskevat sairausluokitukset, jotka perustuvat kulttuurisiin olettamiin ilman vankkaa tieteellistä perustaa ovat itsessään syrjiviä. Yksilön kulttuurisesti epätyypillinen käyttäytyminen ei ole välttämättä merkki sairaudesta. Sen sijaan sairaaksi luokittelu ilman vahvaa lääketieteellistä perustelua tuottaa leimautumista, josta on yksilölle haittaa monilla elämän osa-alueilla kuten perhe- ja ystävyyssuhteissa, työelämässä, viranomaisten kanssa asioidessa, terveyspalveluita ja hoitoa saadessaan sekä oikeusistuimissa (kt.. Lehtonen 2007; Lehtonen & Mustola 2004).

Epäasialliset diagnoosit ylläpitävät seksuaalisuuden ja sukupuolisuuden moninaisuuteen kohdistuvaa suvaitsemattomuutta. Ne oikeuttavat patologisen kielen käyttämistä sellaisista seksuaalisuuden ja sukupuolisuuden muodoista, joiden subjektit eivät koe toimintaansa tai identiteettiään millään tavalla epänormaalina tai sairaana. Psykiatrian etiikassa on kysymys ennen kaikkea potilaan ihmisoikeuksien, persoonan ja autonomian kunnioittamisesta. Ne ovat tärkeitä mielenterveyden ylläpitämisen edellytyksiä ja nykyaikaisen psykiatrisen hoidon välttämättömiä ehtoja (Lönnqvist & Lehtonen 2008, 19). Psykiatri Jack Drescher ehdottaakin, että psykiatrian pitäisi tarpeettoman patologisoinnin sijaan tukea sosiaalisia voimia, jotka pyrkivät lisäämään seksuaalisuuteen ja sukupuoleen liittyvän erilaisuuden hyväksymistä (Drescher 2009, 429).

Kansainväliset sopimukset ja suositukset

YK:n yleismaailmallinen ihmisoikeuksien julistus takaa jokaisen yksilön vapauden ja tasavertaisuuden yhteiskunnassa. World Association for Sexual Health (WAS) ja International Planned Parenthood Federation ovat kummatkin laatineet yleisiin ihmisoikeuksiin perustuvan seksuaalioikeuksien luettelon, jotka korostavat yksilön seksuaalista autonomiaa sekä vapautta syrjinnästä (liitteet 4, 5 ja 6).

WAS:n Seksuaalioikeuksien julistuksen kohta 9 (Oikeus seksuaalisuutta koskevaan tieteellisesti perusteltuun tietoon) vaatii seksuaalisuutta koskevan tiedon tuottamista tieteellisesti, riippumattoman ja eettisen tutkimuksen avulla. Sairausluokitusta arvioitaessa onkin erityisesti kysyttävä, ovatko sen seksuaalisuutta koskevat kohdat perusteltuja parhaan nykyaikaisen tieteellisen tiedon valossa.

YK:n yleismaailmallinen lapsen oikeuksien yleissopimuksen artiklan 2 mukaan lasta ei saa syrjiä "ihonvärin, sukupuolen, kielen, uskonnon, poliittisen tai muun mielipiteen, etnisen tai

sosiaalisen alkuperän, varallisuuden, vammaisuuden, syntyperän tai muun syyn perusteella” (liite 7).

Tällä hetkellä kaikki lapset eivät saa riittävää suojaa, vaan sukupuolen yhteensopimattomuutta kokevat lapset joutuvat usein kiusaamisen ja syrjinnän kohteiksi. Kaikilla lapsilla tulisi kuitenkin artiklan 16 mukaisesti olla oikeus siihen, että hänen kunniaansa tai mainettaan ei loukata. Artiklan 18 mukaisesti myös vanhemmilla on oikeus saada tukea lapsensa kasvatukseen. Tällä hetkellä asiantuntevaa tukea lapsen sukupuolen yhteensopimattomuuteen liittyen ei ole riittävästi tarjolla, vaan perheet jäävät usein kamppailemaan yksin asian kanssa. Artiklan 24 mukaisesti lapsella on oikeus parhaaseen mahdolliseen terveydenhoitoon, sairauksien hoitamiseen ja kuntoutukseen. Sukupuolivähemmistöihin kuuluville nuorille ja lapsuusajan sukupuolen yhteensopimattomuutta kokeville lapsille ei ole Suomessa vielä saatavilla riittävää ja laadullisesti korkeatasoista hoitoa, koska sukupuolivähemmistöjen hoitojärjestelmä on rakennettu aikuisten tarpeiden mukaan. Asianmukaisen hoidon puute altistaa nuoria mielenterveysongelmille. Suomessa tulisikin ryhtyä noudattamaan myös lasten ja nuorten osalta The World Professional Association for Transgender Health (WPATH) ohjeistusta ja järjestää sen käyttöönnotossa riittävää koulutusta.

Yogyakartan periaatteet ovat kansainvälisten ihmisoikeusjuristien muotoilema kokoelma YK:n ihmisoikeuksia täydentäviä periaatteita, joilla otetaan huomioon myös seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen oikeudet (liite 8). Periaatteet korostavat, että kaikilla seksuaali- ja sukupuolivähemmistöihin kuuluvilla ihmisillä on täydet ihmisoikeudet. Jokaisella on myös oikeus korkeimpaan saavutettavissa olevaan fyysisen ja henkisen terveyden tasoon ilman seksuaaliseen suuntautumiseen tai sukupuoli-identiteettiin perustuvaa syrjintää.

Euroopan neuvosto hyväksyi 31.3.2010 seksuaali- ja sukupuolivähemmistöihin kohdistuvan syrjinnän vastaisen suosituksen. Suositus kokoaa yhteen olemassa oleviin ihmisoikeusnormeihin liittyviä oikeuksia ja se perustuu Euroopan ihmisoikeustuomioistuimien seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjä koskevaan oikeuskäytäntöön. Suosituksessa todetaan, että Euroopan Neuvoston jäsenvaltioiden tulisi käydä läpi voimassaolevat lainsäädäntö- ja muut toimensa, jatkaa niiden tarkastelua ja kerätä ja analysoida asiankuuluvaa tietoa valvoakseen kaikkea suoraa tai epäsuoraa seksuaaliseen suuntautumiseen tai sukupuoli-identiteettiin perustuvaa syrjintää sekä oikaistakseen tällaista syrjintää. Suosituksen liitteessä vaaditaan, että EN:n jäsenvaltioiden tulisi ryhtyä asianmukaisiin toimiin varmistaakseen sen, että korkeimmasta saavutettavissa olevasta terveyden tasosta voidaan nauttia tehokkaasti ja ilman seksuaali- tai sukupuolivähemmistöstatuksesta johtuvaa syrjintää.

Euroopan neuvoston ihmisoikeuskomissaari Thomas Hammarberg antoi 29.7.2009 suosituksen Euroopan neuvoston jäsenvaltioille liittyen ihmisoikeuksiin ja sukupuoli-identiteettiin (liite 9). Suosituksen mukaan EN:n jäsenvaltioiden tulee toteuttaa syrjinnän vastaisia toimia työelämässä, koulutuksessa ja terveydenhuollossa. Hammarbergin mukaan seksuaali- ja sukupuolivähemmistöihin kuuluvien ihmisten oikeuksien turvaaminen ei tarkoita uusia oikeuksia, vaan sitä, että turvataan kansainvälisiin sitoumuksiin sisältyvien perus- ja ihmisoikeuksien toteutuminen kaikkien kohdalla.

Kansallinen lainsäädäntö

Suomen perustuslaki (6§) ja yhdenvertaisuuslaki (6§) edellyttävät, että jokaista yksilöä kohdellaan tasavertaisesti heidän henkilökohtaisista ominaisuuksistaan riippumatta. Ihmisen luokittelu mielisairaaksi hänen seksuaalisuutensa, sukupuoli-identiteettinsä tai sukupuolen ilmaisunsa perusteella loukkaa yksilön oikeuksia tulla kohdelluksi tasavertaisesti. Yhdenvertaisuuslain 6§ toisen momentin kohdassa 2) määritellään välillinen syrjintä seuraavasti:

”näennäisesti puolueeton säännös, peruste tai käytäntö saattaa jonkun erityisen epäedulliseen asemaan muihin vertailun kohteena oleviin nähden, paitsi jos säännöksellä, perusteella tai käytännöllä on hyväksyttävä tavoite ja tavoitteen saavuttamiseksi käytetyt keinot ovat asianmukaisia ja tarpeellisia (*välillinen syrjintä*)”

Tieteellisiin syihin perustumaton sairausluokitus edustaa juuri lain tarkoittamaa välillistä syrjintää, sillä sairausleimaa voidaan käyttää yksilölle epäedullisella tavalla esimerkiksi huoltajuskiskoissa tai oikeustapauksissa, joissa yksilö joutuu epäilyksen alaiseksi tai häntä pidetään epäluotettavana sairausleimansa takia.

Tasa-arvolaki eli laki sukupuolten välisestä tasa-arvosta kieltää välittömän ja välillisen syrjinnän sukupuolen perusteella. Se myös velvoittaa, että viranomaisten tulee kaikessa toiminnassaan edistää tasa-arvoa tavoitteellisesti ja suunnitelmallisesti. Tämä laki suojaa myös sukupuolivähemmistöihin kuuluvia ihmisiä. Tasa-arvovaltuutettu on ohjeistuksessaan ja valvontatyössään lähtenyt muun muassa perustuslain sisältämän yhdenvertaisuusperiaatteen ja laaja-alaisen syrjintäkiellon perusteella siitä, että tasa-arvolakia tulee soveltaa laajemminkin sukupuolivähemmistöihin kuuluvien henkilöiden kokemaan syrjintään eikä rajoittaa lain ulottuvuutta vain sukupuolen korjausprosessin läpikäyneisiin henkilöihin.

Sukupuolen moninaisuus ei ole ainoastaan sukupuolivähemmistöjen suoraa tai välillistä syrjintää koskeva vähemmistökyseminen, vaan merkittävä periaatteellinen näkökulma sukupuolen käsitteeseen. Sukupuolten tasa-arvo ei ole vain miesten ja naisten välistä tasa-arvoa, vaan kaikkien ihmisten tasa-arvoa riippumatta biologisesta tai juridisesta sukupuolesta, sukupuoli-identiteetistä tai sukupuolen ilmaisusta. Sukupuolivähemmistöön kuuluvat henkilöt kohtaavat arkielämässään monenlaisia vaikeuksia ja esteitä niin työnantajien, viranomaisten kuin yksityisten palveluntarjoajien taholta.

Stigman ja vähemmistöstressin vaikutus terveyteen

Stigmatisoinnissa on kysymys ihmisten erilaisuuksien sosiaalisesta havaitsemisesta ja niille annetuista sosiaalisista merkityksistä yhteisöissä. Stigmatisointi tarkoittaa ihmisen henkilökohtaisten ominaisuuksien tai hänelle tärkeiden uskomusten toistuvaa vahvaa sosiaalista paheksuntaa ja pitämistä kulttuurin normien vastaisena. Yksilö tunnustetaan poikkeavaksi tavalla, jossa aktivoituu kielteisiä stereotyyppioita ja ennakkoluuloja, niiden ilmaisemista ja sosiaalisen hyväksynnän kieltämistä. (Goffman 1963, Miller & Kaiser 2001.)

Stigma altistaa väkivallalle. Siihen liittyvät Suomessakin yleiset väkivaltakokemukset ovat koulukiusaaminen ja lähisuhdeväkivalta sekä äärimmäiset kokemukset, kuten raiskaukseen tai murhaan johtavat viharikokset tai viranomaisten harjoittama väkivalta ja

vaino. (Greytake & Kosciw 2009; Human Rights Watch 2008). Transgender Europe -järjestön pitämän tilaston mukaan joka toinen päivä transihminen murhataan tämän ominaislaadun seurauksena eikä tilasto kata kuin pienen osan tosi asiallisesti tapahtuvasta vakavammasta väkivallasta. (www.TGEU.org) Väkivallan uhan tai koetun väkivallan mahdollinen seuraus voi olla krooninen stressitila ja toisinaan post-traumaattinen stressireaktio.

Ilman fyysiseen turvallisuuteen kohdistuvaa uhkaakin voi stigmatisointi sosiaalisen hyväksynnän kieltämisenä vaikuttaa haitallisesti sekä fyysiseen terveyteen että mielenterveyteen. Stigmaan liittyvä stressi vaikuttaa tunnesäätelyyn, vuorovaikutukseen ja kognitiivisiin prosesseihin (Hatzenbuehler 2009). Mitä pysyvämmästä ja pitkäaikaisemmasta leimasta on kyse, sitä haitallisempia vaikutukset voivat olla. Kaikki stigman vaikutukset eivät ole haitallisia, koska henkilöt kehittävät erilaisia selviytymiskeinoja ja osa selviytymisen keinoista on toimivia tai jopa henkilölle edullisia. Osa selviytymiskeinoista on kuitenkin käyttäjilleen haitaksi ja heikentävät heidän hyvinvointiaan. (Miller & Kaiser 2001, 4; Major & Vick 2005; Jones 2005.)

Ennakkoluulojen kohteeksi joutumisen psykologisia seurauksia kuvasi ensimmäisenä psykologi Gordon Allport (1954). Myöhempi psykologinen tutkimus on testannut Allportin näkemyksiä ja todentanut seuraavia reaktioita stigmaan:

- Voidaan kieltää kuuluminen stigmatsoituun ryhmään vastoin faktoja. Reaktioon liittyy heikentynyt mielenterveys ja kohonnut stressitaso. (Major & Vick 2005)
- Voidaan etäännyttää itseä stigmatsoidusta ryhmästä muuttamalla itsemäärittystä, jotta itsestä ei löytyisi mitään stereotyyppia vastaavaa piirrettä (Emt.)
- Voidaan turvautua kompensaatioon: ponnistelemalla tavallista enemmän stigmaa kokeva voi pyrkiä minimoimaan stigman vaikutukset ja tämä voi kohentaa suorituksia ja auttaa menestymään. Toisaalta henkilö altistuu stressireaktioille. (Emt.)
- Itseviha ja ennakkoluulojen sisäistäminen niin, että ne vaikuttavat haitallisesti käsitykseen itsestä. Vaikutus ei ole tullut esille kyselytutkimuksissa, mutta se on havaittu implisiittistä asennoitumista mittaavissa psykologisissa tutkimuksissa. Seuraus voi olla esimerkiksi alentunut kyky arvostaa itseään tai alentunut usko omaan tehokkuuteen ja toimintakykyyn. (Emt.)
- Voi kehittyä laaja-alaista epävarmuuden tunnetta, joka osalla johtaa vetäytymiseen pois kiinnostavista mahdollisuuksista ja toiminta-alueilta. (Emt.; Jones 2005.)
- Pienelle osalle kehittyy krooninen jännitystilaa, yliherkistyneisyys havaita mahdollista syrjintää ja neuroottistasoista ahdistuneisuutta (Major & Vick 2005). Tähän voi liittyä jatkuvaa huolestuneisuutta ja murehtimista syrjinnän kohteeksi joutumisesta tai mieleen tunkeutuvia ajatuksia menneistä tilanteista (Miller & Kaiser 2001).

Stigmaan liittyvää vähemmistöstressiä voivat kokea sekä vähemmistöön kuuluvat että heidän lapsensa, puolisonsa ja vanhempansa tai muut läheiset. Stigman lieveneminen edistäisi sukupuoleen liittyvää hyvinvointia ja seksuaaliterveyttä. Sukupuoleen ja seksuaalisuuteen liittyvissä identiteettipulmissa ja seksuaalisissa ongelmissa avun hakemisen kynnys madaltuisi, mikäli henkilö pelkäisi vähemmän leimautumistaan epänormaaliksi tai patologiseksi terveystalveissa. On tärkeää, että terveystalvelujen asiantuntijat eivät osallistu stigmatisointiin tahtomattaan vanhentuneen luokitustavan seurauksena, vaan edustavat yhteiskunnassa stigmatisoinnin vastavoimaa, ”yhteisön viisaita” stigmatutkija Goffmanin (1963) määritelmän mukaan.

3. YKSITYISKOHTAISET PERUSTELUT

Poistettavaksi ehdotettavat kohdat F64.1, F65.0, F65.1, F65.5, F65.6

Poistettavaksi ehdotettavia luokituksia (transvestismi, fetisismi, sadomasokismi ja näiden yhdistelmät) ei voida pitää sairauksina, häiriöinä tai parafilioina nykyisen tieteellisen tiedon valossa, eikä niitä käytetä nykyisin Suomessa psykiatrisen hoitamisen välineinä. Nämä luokitukset eivät myöskään hyödytä nykyaikaista seksuaaliterapiaa. Mainittuja seksuaalisuuden tai sukupuolen ilmaisemisen muotoja ei pidetä nykyisin lainkaan hoitoa vaativina, ellei niihin sisälly joitakin muita henkilön terveyttä vakavasti vaarantavia toimintatapoja.

Nykyiset diagnoosit eivät tue seksuaaliterapeuttista työskentelyä, vaan ne ovat jopa haitallisia. Luokittelu häiriöksi voi vahvistaa seksuaalisuuteen tai sukupuolen kokemiseen liittyvää häpeää. Häpeä voi vahvistaa esimerkiksi seksuaalisia addiktioita sekä vaikeuttaa vuorovaikutusta ja läheisyyden rakentamista. Seksuaalisista vaikeuksista on usein vaikea puhua ja mikäli asiaan liittyy pelko leimatuksi tulemisesta, kynnys avun hakemiseen voi kasvaa liian suureksi. Terapeutin on myös vaikeampi auttaa henkilöä hyväksymään seksuaalisuuttaan, kun hoidettava saa ennakkoluuloilleen tukea sairausluokituksesta. Diagnoosit myös lisäävät riskiä, että esimerkiksi psykoterapian tai seksuaaliterapian alueella ns. konversioterapiaa sovellettaisiin hoidettavaa ihmistä vahingoittavalla tavalla.

Psykiatrian erikoislääkäri Aino Mattila on laatinut poistettavaksi ehdotetuista luokista katsauksen tieteellisen kirjallisuushaun perusteella. Hän esittää katsauksessaan lisäperusteluja mainittujen luokkien poistamiselle niiden käytöstä, tarkoituksesta ja rakenteesta johtuvista syistä. Katsaus on liite 1.

Transvestismi (F64.1 ja F65.1)

Transvestisuudessa henkilöllä on tarve käyttää vastakkaiselle sukupuolelle tyypillisiä vaatteita. Kyse on monimuotoisesta ilmiöstä, johon kulttuuri vaikuttaa voimakkaasti normittamalla feminiinistä ja maskuliinista pukeutumista ja ilmaisua. Lisäksi kulttuurissamme erityisesti naisten pukeutumiseen liitettävät seksuaaliset merkitykset voivat kytkeytyä transvestisiin taipumuksiin.

ICD-luokituksessa transvestisuus esiintyy kahdessa kohdassa: sukupuoli-identiteetin häiriöissä ja seksuaalisissa kohdehäiriöissä. Luokitustapa tuo esille näiden kahden ilmiön välistä eroavuuden. Transvestisuudessa on kyse sukupuolen ilmaisusta, jolloin henkilö omaksuu hetkeksi ns. vastakkaisen sukupuolen roolin pukeutumalla ja eläytymällä siihen. Fetisistit sen sijaan kokevat toisen sukupuolen vaatekappaleiden käytön seksuaalisesti kiihottavaksi.

Noin 12 % transvestiiteista kertoo, että heillä on myös fetisistisiä mieltymyksiä. Monilla transvestiiteilla on ollut nuoruudessaan vaihe, jolloin transvestisuus on ollut luonteeltaan heille fetisististä mutta muuntunut enemmän sukupuolta ilmentäväksi toiminnaksi.

(Larsson, 1997). Suomalaisista miehistä 5,1 prosenttia ja naisista 0,4 prosenttia on kokeillut transvestisuutta tavalla, johon on liittynyt seksuaalista kiihottumista (Santtila 2010, julkaisematon). Transvestiitteja on arvioitu länsimaissa olevan miesväestöstä vähintään 1-5 prosenttia, mutta mahdollisesti jopa 10 prosenttia määritelmästä riippuen (Larsson 1997).

Tutkimusten mukaan transvestiittimiehet eroavat vain vähän persoonallisuuden piirteiltään tai elämäntilanteeltaan muista ikäisistään miehistä (Brown 1996; Docter & Prince 1997). Tavallisimmin he ovat heteroseksuaalisia, naimisissa ja isiä. Empiirisissä tutkimuksissa transvestiittimiehillä on todettu keskimääräistä enemmän introverttiutta, ujoutta ja herkkyyttä sekä androgyniaa; heissä on sekä miehisinä että naisellisina pidettyjä luonteenpiirteitä ja käyttäytymistapoja. (Larsson 1997)).

Suomalaisessa uudessa tutkimuksessa psykologian professori Pekka Santtilan mukaan transvestisilla vastaajilla ei esiinny tilastollisesti merkitsevästi enempää psykiatrisia oireita kuten masennusta tai ahdistusta. Heillä on kuitenkin erittäin lievästi enemmän omaan seksuaalisuuteen liittyvää ahdistusta. (Santtila 2010, julkaisematon.)

Transvestismin luokittelu mielen terveyden ongelmaksi pohjautuu vanhentuneisiin teorioihin. Transsukupuolisuutta ja transvestisuutta tulkittiin 1960-80 -luvuilla psykoanalyttisesta viitekehuksesta transitionaaliobjektiksi, acting out-toiminnaksi, muuta psyykkistä konfliktia ilmentäväksi defenssiksi sekä egon integraation, erillisyyden ja itsen rakentamisen ongelmiksi vastaavalla tavalla kuin rajatila- ja narsistisissa häiriöissä. (Leinonen 2003). Näistä erityisesti viimeiseksi mainittu tulkinta on vaikuttanut transvestismin nykyiseen luokitteluun persoonallisuus- ja käytöshäiriöksi ICD:ssä.

Empiiriset tutkimukset eivät tue näitä tulkintoja (Leinonen 2003; Larsson 1997). Edellä esiteltyjä teoreettisia viitekehyksiä ei enää pidetä relevantteina, eikä niitä opeteta psykoanalyttikkojen koulutuksissa tällä hetkellä. Uusimmat psykoanalyttiset sukupuoliteoreetikot korostavat psyykkisen sukupuolen monimuotoisuutta, dynaamisuutta, ristiriitaisuutta ja joustavuutta jokaisen ihmisen psyykkisessä rakenteessa sekä tämän monimuotoisuuden ei-patologista luonnetta. (Dimen 1991; Harris 2008)

Uudemmassa transvestisuutta koskevassa teoriassa on korostettu, että transvestisuus on monimuotoista ja voi kehittyä eri tavoin sekä palvella erilaisia psykologisia ja sosiaalisia tehtäviä (Larsson 1997, 51-54). Sitä ei voida palauttaa johonkin koettuun traumaan tai sisäiseen konfliktiin, eikä se ole luonteeltaan pelkästään seksuaalista. Keskeiseksi motiiviksi miehillä on uudemmassa näkemyksessä tulkittu persoonallisuuden feminiinisten puolten ilmaisu ja hetkellinen irtautuminen ja helpotus miesrooliin kohdistuvista odotuksista (Kerosuo 1993; Larsson 1997; Leinonen 2003) On myös mahdollista, että transvestisuus kehittyy sukupuolelta epätyypillisen lapsen ja nuoren selviytymiskeinoksi. Sen avulla yksilö voi toisilta salaa ilmentää feminiinisyyttään tai maskuliinisuuttaan joutumatta kohtaamaan kielteisiä kulttuurisia ennakkoluuloja ja sosiaalisia reaktioita.

Transvestiitit pystyvät usein salaisuuksien avulla suojelemaan itseään ja perhettään stigmatisoinnilta ja todennäköisesti siksi stigmaan liittyviä kielteisiä terveysvaikutuksia on heillä vähemmän kuin sukupuoleltaan epätyypillisillä ihmisillä yleensä. Heillä on kuitenkin riski kohdata ennakkoluuloja, syrjintää ja viharikoksia Suomessa ja ulkomailla matkustaessaan.

Transtukipisteen asiakastyön kokemuksen pohjalta transvestiitit ovat kohdanneet syrjinnän muotoja, kuten työsyrijintä, fyysinen väkivalta viharikosmotiivilla, lähisuhdeväkivalta (satuttamisen, loukkaamisen, kontrolloinnin, häpäisemisen kohteena on henkilön ominaislaatu transvestiittina) sekä lapsilla ja nuorilla koulukiusaaminen sukupuolen epätyypillisyyden takia. Syrjintä on sisältänyt seksuaalista häirintää, mielisairaaksi leimaamista sekä vanhempana toimimisen vaikeuttamista.

Monet asiakkaat ovat kertoneet erityisesti nuoruudessaan tai nuorena aikuisena harkinneensa itsemurhaa sen takia, että he ovat kokeneet itsensä niin häpeällisellä tavalla poikkeaviksi transvestisuuden takia. On todennäköistä, että on myös toteutuneita nuorten itsemurhia. Aikuisikäiset transvestiitit ovat kuitenkin usein pystyneet hyväksymään itsensä.

Voimavarana transvestisuus voi toimia siten, että se tuo yksilön elämään mielihyvää, rentoutumismahdollisuuksia, purkaa stressiä, tuo mahdollisuuksia leikkiin ja luovuuteen sekä oman persoonan laajempaan itseilmaisuun. Monille transvestiiteille oman transvestisuuden hyväksyminen on kuitenkin ollut haastava prosessi ja yksilötasolla erilaisuuden kokemukseen on voinut liittyä stressiä, stigmavaikutuksia ja perhekonflikteja ulostulovaiheessa.

Myös Tasa-arvoasianneuvottelukunta on kiinnittänyt transvestisuuden sairausluokitukseen huomiota lausunnossaan YK-komitealle 18.6. 2010. Heidän mukaansa transvestisuuden sairausluokitus on omiaan ylläpitämään sukupuolten välistä tiukkaa roolijakoa, joka perustuu käsitykseen mies- ja naissukupuolen vastakkaisuudesta ja toistensa poissulkevuudesta. Koska transvestisuus on huomattavasti yleisempää miehillä, pitää luokitus yllä käsitystä siitä, että miehen eläytyminen naisen rooliin on epäsopivaa ja paheksuttavaa. Se on ongelmallinen erityisesti transvestiittimiesten ihmisoikeuksien toteutumisen kannalta.

Transvestiittien etuja ajava yhdistys DreamwearClub ry kirjoittaa sairausluokituksen vaikutuksista seuraavasti:

Transvestiitti joutuu pohtimaan pukeutumistaan vastakkaisen sukupuolen vaatteisiin, koska se rikkoo yhteiskunnan sosiaalista normistoa. Normisto on kuitenkin sidoksissa aikaan ja muuttuu kaiken aikaa. Transvestiitti voi kärsiä muiden ihmisten mielipiteistä, ei niinkään pukeutumisesta itsestään. Pukeutumisella sinällään on transvestiitille positiivinen vaikutus. Pukeutuminen lisää henkisiä voimavaroja, kun ihminen saa olla oma itsensä.

Mikäli transvestisuuden tautiluokitus poistuu, se tarkoittaa sitä, että itseään etsivän transvestiitin riski leimautua sairaaksi poistuu ja hän pääsee helpommin sinuiksi identiteettinsä kanssa. Mikäli transvestismi poistuu tautiluokituksesta, niin se on viesti muulle yhteiskunnalle. Vallitsevat ennakkoluulot hälvenevät eikä transvestiitti kohtaa syrjintää entiseen malliin. Tämä parantaa edelleen transvestiitin itsetuntoa, helpottaa itsensä hyväksyntää ja mahdollistaa ns. tavallisen elämän.”

Eri sukupuolten pukeutumista koskevat kulttuuriset normit ja säännöt ovat vaihdelleet suuresti historian aikana. Naiset ovat länsimaiden historian aikana käyttäneet miesten vaatteita eri tarkoituksiin huomattavasti useammin kuin miehet naisten asuja. (Garber 1997) Kulttuuriset oletukset feminiinisestä ja maskuliinisesta pukeutumismormistosta

ovat olleet voimakkaassa murroksessa 60-luvun seksuaalivallankumouksen jälkeisissä osakulttuureissa ja niitä on kritisoitu voimakkaasti esimerkiksi sukupuolen tutkimuksen ja queer-teorian piirissä. Esimerkiksi housuihin ja pikkutakkiin pukeutuneita naisia ei ole pidetty transvestiitteina enää pitkiin aikoihin pukeutumisenormien väljennyttä.

Sukupuolirajat ylittävän pukeutumisen pitäminen mielisairautena onkin menettänyt tieteellisen tiedon lisääntyessä ja kulttuurin muuttuessa täysin aiemmin oletetun perustelunsa. Vanhentuneiden kulttuuristen pukeutumisenormien esiintyminen objektiivisena pidetyssä tautiluokituksessa tuottaa vain vääristyneen kuvan sukupuolen ilmaisemisen monimuotoisuudesta ja tällaisena leimaa perusteetta sellaisia ihmisiä, joista normeja ylittävä pukeutuminen on hauskaa, tyydyttävää tai kiihottavaa.

Esinekohteinen seksuaalihäiriö eli fetisismi (F65.0)

Tämän kohdan perustelut pätevät osittain myös kohtaan F65.1 (transvestiittinen fetisismi).

Fetisistien osakulttuurissa ja järjestöissä seksuaalinen fetisismi määritellään tapahtumaksi, jossa yksilön seksuaalinen mielenkiinto ja energia suuntautuu voimakkaasti johonkin kiihottavaksi koettuun objektiin tai tuo objekti voimistaa merkittävästi seksuaalista mielihyvää. Fetissi on siis objekti, jonka pitäminen hallussa tuottaa seksuaalista kiihottumista, mielihyvää ja eheyden tunnetta.

Tyypillisiä ja tunnettuja fetissejä ovat nahka- ja kumivaatteet, mutta fetissejä voivat olla myös kukkamekot, kesähatut, naisten sormikkaat tai taksikuskin lakki. Fetisismi kattaa myös viehtymyksen ihmisten joitain ominaisuuksia kohtaan. Jotkut fetissit ovat niin arkipäiväisiä, ettei niitä edes ajatella fetisseinä, kuten naisten säätet tai miesten parransänki. Fetisismi koskettaa kaikkia ihmisiä, mutta se havaitaan vain niillä, joiden fetissit eivät ole sosiaalisesti yleisiä ja hyväksytyjä.

Sigmund Freud liitti fetisismiin ihmisten seksuaalisuuteen 1920-luvulla. Fetisismi kehittyi hänen mukaansa siten, että aluksi poika tajuaa, ettei hänen ensimmäisellä läheisellä ihmisellään eli äidillä ole penistä, jollainen isällä on ja jollainen hänellä ilmeisesti tulee olemaan. Poika pelästyy, että joku on kastroinut äidin ja saattaa myös kastroida hänet. Poika konstruoi mielikuvissaan äidille falloksen jostain äitiin liittyvästä raajasta, vaatteesta, korusta tai muusta sellaisesta. Jos poika ei kykene ratkaisemaan traumaa onnistuneesti, korvike jää hänelle seksuaaliseksi fetissiksi eikä hän kykene kiihottumaan muutoin kuin fetissin avulla. Fetissi on siis Freudin mielestä äidin puuttuvan falloksen sublimaatio. (Freud 1999.)

Seksuaalisen kiihokkeen lisäksi fetissin voidaan olettaa toimivan varhaislapsuuden symbioottisen äitisuhteen symbolina. Fetissi ei vain kiihota, vaan luo myös turvallisuuden ja eheyden tunnetta, joka implikoi aikaa, jolloin vauva ei vielä ymmärrä olevansa äidistään erillinen olento. Freudin vuonna 1927 julkaistun artikkelin mukaan naisilla ei esiinny fetisismiä, mikä nykyisen tiedon valossa ei pidä paikkaansa (Freud 1999, Gamman & Mäkinen 1994, Grosz 1995) Nämä vanhentuneet teoriat ovat vaikuttaneet fetisismien sairausluokitteluun.

Lääkäreiden näkökulmasta esinekohtainen seksuaalihäiriö on ongelmallinen siksi, että normaalin ja häiriintyneenä pidettävän rajaa ja kriteereitä ei ole kunnolla määritelty.

Fetisismiin kuvataan muodostavan ongelman nimenomaan, jos se häiritsee yhdyntää. Yhdynnän häiriytymisen nostaminen pääkriteeriksi on erikoinen valinta, sillä se jättää auki kysymyksen kenen näkökulmasta yhdyntä on häiriytynyt? Fetisisti itse saattaa olla hyvin tyytyväinen seksielämäänsä ilman yhdyntöjä. Miksi yhdynnän pitäisi siis olla hänen terveytensä mittapuuna?

Määritelmä on myös ongelmallinen, koska se normittaa ja arvottaa yhdynnän tärkeimmäksi seksuaalisuuden muodoksi. Ihmisten seksuaalisuus ja seksuaaliset mieltymykset ovat kuitenkin hyvin monimuotoisia ja erilaisia mieltymyksiä voidaan toteuttaa vastuullisesti. Sairausluokituksen ei tulisi perustua kulttuurisiin normeihin ja arvottaa niiden pohjalta seksuaalisuuden eri muotoja.

Kriteerinä on myös ajatus, että henkilö itse kärsii fetisistisyydestään. Jos ihminen on sisäistänyt ennakkoluuloisia ajatuksia osaksi minäkuvaansa, hän todella voi itse kokea itsensä epänormaalksi ja perverssiksi ja hävetä itseään ja tällä tavalla kärsiä. Tätä kärsimystä ei vähennä, että hänellä diagnosoitaisiin fetisismi. Päinvastoin se saattaisi lisätä ahdistusta, koska diagnoosin kohteena oleva seksuaalinen mieltymys todennäköisesti säilyisi.

Jo lieväkin epätavallinen fetisistinen tendenssi voi saada ihmisen ahdistumaan, jos ihmiselle on tärkeää sosiaalinen hyväksyntä, arvonanto ja normaaliuden tunne. Nykyaikaisessa seksuaalikasvatuksessa kuitenkin keskeinen viesti on, että jokaisen ihmisen seksuaalisuus on yksilöllistä ja lähtökohtaisesti kunnioitettavaa – silloin kun ihminen ei loukkaa toisia.

Sadomasokismi (F65.5)

Sadomasokismin (SM) luokittelu on mielenterveysongelmaksi on nykytietämyksen valossa perusteetonta. Se, että sadomasokismin kirjoon (ks. Nordling, 2009; Moser & Levitt, 1987) liittyviä ilmiöitä esiintyy tietyillä selkeästi itselleen ja/tai muille vaarallisilla yksilöillä ei ole peruste määritellä itse ilmiötä sairaudeksi.

Nykyistä luokitusta kannattava näkemys nojaa ensimmäisiin alan tutkijoihin, jotka leimasivat sadomasokismin sairaudeksi. Näistä vaikutusvaltaisimmat ovat Richard von Krafft-Ebing (1886) ja Sigmund Freud (esim. 1905). Heistä kummankaan näkemystä aiheesta ei voida enää pitää tieteellisesti pätevinä. Freud kirjoitti sadismia ja masokismia käsittelevät tapauksensa henkilöistä, jotka olivat joko pakotettu tai itse hakeutuneet hoitoon jo oletettujen mielenterveysongelmien takia tai rikosoikeudellisista syistä. Mitä ilmeisimmin Krafft-Ebingin lähteenä puolestaan oli ensisijaisesti fiktiokirjallisuus.

Tyypilliset sadomasokismin harjoittajat nauttivat kyseisestä toiminnasta vain kun se on molemminpuolisesti vapaaehtoista (Weinberg & Kamel, 1995) eikä toiminta vahingoita heitä fyysisesti eikä psyykkisesti. Päinvastoin on jopa 20 000 yksilön australialaistutkimuksessa havaittu SM- käytäntöjä harjoittavien miesten olevan jopa keskimäärin terveempiä ja vertailuryhmän miehiä useammin elävän pitkässä parisuhteessa. Tässä voi olla kyse aivan muista tekijöistä johtuvasta korrelaatiosta tai sitten SM voi edistää psyykkistä terveyttä syystä jota ei vielä tunneta, (esim. leikki,

fantasiat, symbolisaatio, jota voisi kuulua tavallista enemmän aikuisikäisen SM-harjoittajan elämään)

Gebhardin (1969) tutkimuksista lähtien olemassa on ollut kaksi rinnakkaista käsityslinjaa sadomasokismista, sosiaalinen ja medikalisoiva. Molempien pohjalla on tunnustetusti olemassa oleva ilmiö, algolagnia eli tietynlaisen kivun kokeminen nautintona (Ellis, 1936). Lievää algolagniaa esiintyy hyvin yleisesti sekä ihmisillä että eläimillä (Hamilton, 1929), esimerkiksi näykkimisenä ja raapimisena yhdynnän yhteydessä. Pitemmälle menevästä algolagnisuudesta vedettävät johtopäätökset kuitenkin eroavat suuresti.

Sosiaalisen näkemyksen mukaan sadomasokismi on emergenssi-ilmiö, joka syntyy kun algolagninen yksilö kohtaa ympäröivät normit, jotka sekä ovat vahvasti hierarkkisia että mahdollistavat ainakin teoreettisen liikkuvuuden kyseisissä hierarkioissa. Tällaisissa yhteisöissä valta seksualisoituu, ja algolagnisille yksilöille se kanavoituu ritualisoidun väkivallan kautta, ns. tilapäisinä vallanvaihtoina (*erotic power exchange*) (Mains, 1984; Weinberg et al, 1984; Dancer et al, 2006). Tutkimusten mukaan kyseisiä seksuaalisuuden muotoja toteuttavat ihmiset ovat kuitenkin seksuaalisten valtatilanteiden (määritelmästä Weinberg, 1978) ulkopuolella keskimääräistä voimakkaammin tasa-arvoa kannattavia, eikä heillä esiinny valtaväestöä enempää tai vähempää mielenterveysongelmia (Cross & Matheson, 2006). Tiettyjen harjoittajien mahdollinen traumahistoria (esim. Nordling, Sandnabba & Santtila, 2000) ei ole etiologisesti selittävä ilmiön koko laajuuden suhteen (Gebhard, 1969). Medikalisoivan näkemyksen mukaan he ovat kaikki sairaita, koska sadomasokismi on Suomessa kategorisesti määritelty sairaudeksi.

Viimeisimpien tutkimusten mukaan sadomasokistista seksiä on kokeillut noin 3 prosenttia miehistä ja 1,5 prosenttia naisista, kuitenkin niin että nuorten vastaajien prosenttiosuudet olivat huomattavasti vanhempia korkeampia (Haavio-Mannila & Kontula, 2001). Kontulan (2008) mukaan sadomasokismi on seksuaalisen vapautumisen myötä nousussa oleva seksuaalinen trendi, jonka suosion kasvu vertautuu esimerkiksi itsetyydytyksen yleistymiseen. Se on pikemminkin nähtävä leikkilisenä tai pelillisenä seksuaalisuuden muotona (Suits, 1978; Weinberg, 2006; Harviainen 2010), tai arvon antamisena nautinnollisesti toimintaa hankaloittavan ritualisoinnin kautta (Sebeok, 1994), kuin patologisena ongelmana. Lisäksi sadomasokismia voidaan tarkastella myös nk. serious leasuren eli vakavan vapaa-ajanvieton muotona (Newmahr 2010).

Psykiatrian näkökulmassa sadomasokismiin on korostunut oikeuspsykiatria, koska esiintyy myös patologisia sadomasokismin muotoja (aiheesta esim. Snow & Bluestone, 1969). Tiettyjen persoonallisuushäiriöiden oireet voivat johtaa käytökseen, joka on helppo assosoida sadomasokismiin. Esimerkiksi epäsosiaalisen persoonallisuushäiriön tai narsismin ilmenemistä sadismina, tai depression itsetuhoisena masokismina, ei tule sekoittaa sosiaaliseen sadomasokismiin, jonka osapuolet ovat vapaaehtoisia. Niissä kyse on pohjalla olevan sairauden ilmenemismuodosta, jota tulee hoitaa kyseisestä sairaudesta lähtien. Ne eivät edusta sadomasokismia. Erilaiset impulssikontrollin häiriöt (myös aivojen kuvantamismenetelmillä esiin tulevat) ilmenevät varsin laaja-alaisina ongelmina, joista joihinkin ilmeisesti liittyy myös seksuaalisiin tekoihin kanavoituvaa aggressiota. Tällaiset toiminnat voidaan koodata luokkaan F63 Käytös- ja hillitsemishäiriöt.

On perusteltua erottaa molemminpuoliseen vapaaehtoisuuteen ja vastavuoroisuuteen perustuva sadomasokismi yksipuolisesta, hyväksikäyttävästä väkivallasta, jolla on samoja ilmenemismuotoja. Tämä jako palvelee sekä lääketieteellisen hoidon että terveen,

sosiaalisen sadomasokismin harjoittajien etuja. Konsensuaalisen sadomasokismin harjoittajien tuomitsemiselle sairaiksi ei ole olemassa uskottavia kliinisiä perusteita, ja tautiluokituksen tulisi heijastaa tätä tosiasiaa. Sairaalloinen sadismi, masokismi ja itseä häiritsevä sadomasokistinen taipumus tulee puolestaan määritellä uudelleen osaksi tiettyjen persoonallisuushäiriöiden taudinkuvaa, ja siirtää mahdolliselta toteutumiseltaan ensisijaisesti rikoslain alaiseksi asiaksi - asia jonka suomalainen rikoslaki on jo pitkään ottanut huomioon, vanhentuneesta lääketieteellisestä kannasta riippumatta (Nuutila, 1997).

Monimuotoiset sukupuoliset kohdehäiriöt (F65.6)

Tähän luokkaan sisältyy useita edellä kuvatuista seksuaalisista mieltymyksistä. Edellisten kohtien mukaisesti, näitä mieltymyksiä ei tulisi pitää mielenterveyden tai käyttäytymisen häiriöinä.

Siirrettäväksi ehdotetut kohdat F64.0, F64.2, F64.8, F64.9

Sukupuolen ilmentäminen, sukupuoli-identiteetti mukaan lukien, tavalla, joka ei sovi stereotyyppisten oletusten mukaisesti yhteen yksilön syntymähetkellä määritellyn sukupuolen kanssa, on tavallinen ja monikulttuurinen inhimillinen ilmiö, jota ei tulisi lähtökohtaisesti tuomita sairaaksi tai kielteiseksi. (WPATH 2010)

Näkemyksessä sukupuoli-identiteettiongelmiin luonteesta on viimeisen vuosikymmenen aikana tapahtunut paradigman muutos. The World Professional Organization For Transgender Health (WPATH) -järjestö on edellisessä lainauksessa tiivistänyt paradigman muutoksen keskeisen sisällön. Järjestöön kuuluu valtaosa sukupuoli-identiteetin häiriöihin erikoistuneista tutkijoista ja klinikoista maailmassa, ja sen suositukset on myös Suomessa huomioitu viranomaisten kehittäessä transsukupuolisten hoitojärjestelmää (Stakes 1994).

Käsitys sukupuolesta on lääketieteessä ja psykologiassa muuttumassa siten, että dikotomisen ihmiset kahteen ryhmään jakavan näkemyksen rinnalle on tullut dimensionaalinen näkemys sukupuolesta. Dimensionaalisisessa näkemyksessä korostetaan aste-eroja ja jatkumoa miehisestä naiselliseen. Ihmiset on mahdollista sijoittaa tälle jatkumolle sekä kehollisten ominaisuuksien suhteen että identiteettikokemuksen suhteen.

Dimensionaalisella tutkimusotteella on saatu selville, että eri asteinen identifikaatio (dikotomisen näkemyksen käsitettä käyttäen) ns. vastakkaiseen sukupuoleen saattaakin olla huomattavan yleistä. Hollantilaistutkimuksessa 0.5 prosenttia sekä miehistä että naisista vastaa, että he kokevat sukupuolensa olevan enemmän toinen kuin heille määritelty sukupuoli ja 5 prosenttia naisista ja 5.1 prosenttia miehistä kokee psykologisesti olevansa yhtäläillä kumpaankin sukupuolta (Kuyper 2006). Näihin identifikaation kokemuksiin ei välttämättä liity terveydenhoidollisia tarpeita. Dimensionaalista näkemystä sukupuolen yhteensopimattomuudesta/ristiriidasta lääketieteessä on tarkemmin selvitetty liitteessä 2.

On kuitenkin olemassa sukupuolen yhteensopimattomuuden kokemuksia kuten transsukupuolisuus, joissa ihmisen kokonaisvaltaista psykososiaalista hyvinvointia ja terveyttä voidaan merkittävästi edistää lääketieteellisellä avulla. Tällaisissa tapauksissa

tarvitaan diagnooseja, sillä sukupuolen korjaushoidolla voidaan kuntouttaa ja kohentaa yksilön toimintakykyä sekä vähentää mielenterveysongelmien, kuten masennuksen, syntymisen tai pitkittymisen riskiä. Psykoanalytikko ja APA:n asiantuntijatyöryhmän jäsen Jack Drescher vertaa sukupuoliristiriidan hoidon tarvetta raskauteen ja synnytykseen, jotka eivät ole sairauksia, vaan tilanteita, joissa tarvitaan lääketieteellistä apua (Drescher 2010).

Nykyinen luokitustapa (luokka F64) on näiden diagnoosien kohteena oleville haitallinen luodessaan väärän kuvan ilmiöstä terminologialla ja luokituksella (persoonallisuus- ja käytöshäiriö). Vaikka sukupuolen yhteensopimattomuuteen liittyvät diagnoosit siirrettäisiin pois F-kohdasta, silti olisi edelleen mahdollista tehdä psykiatrinen selvitys, joka sulkee pois vakavat mielenterveysongelmat sukupuoliristiriitakokemusta muistuttavan tuntemuksen aiheuttajana. Hoitojärjestelmää ei tarvitse muuttaa luokituksen muutoksen takia. Luokitusmuutos kuitenkin edistäisi hoitojärjestelmän kehittämistä tulevaisuudessa.

Kokonaan F-luokasta poistamisen perusteita on lääketieteen näkökulmasta arvioitu liitteessä 2.

Sukupuolen yhteensopimattomuus aikuisilla (F64.0, F64.8 ja F64.9)

Sukupuolen yhteensopimattomuus on yksilön kokemana voimakas ristiriita sukupuoli-identiteetin, fyysisen sukupuolen ja/tai sosiaalisen roolin välillä. Olotilan äärimuotoa kutsutaan transsukupuolisuudeksi (aiemmin transseksuaalisuudeksi). Sukupuolen yhteensopimattomuuden muita muotoja, jossa henkilön sukupuoli-identifikaatio ei ole täysin vakiintunut tai yksiselitteinen, on luokiteltu kohtiin 64.8 ja 64.9. Osa näihin kohtiin luokiteltavista henkilöistä käyttää itsestään termiä ”transgender”, joka kuvaa eräänlaista välitilaa dikotomisen sukupuolikäsityksen ulkopuolella tai välimaastossa. Osalla heistä on tarve sukupuolen korjaushoitoon hyvinvointinsa vahvistamiseksi.

Yhdysvalloissa ollaan uudistamassa DSM-luokitusta ja American Psychiatric Association:in (APA) toimeksiantona kansainvälinen eturivin tutkijoiden ja kliinikoiden työryhmä on saanut valmiiksi ehdotuksensa sukupuolen yhteensopimattomuuden uudeksi luokittelutavaksi (kt. liitteet 2 ja 3). Sukupuoliristiriitaa ei ole haluttu kokonaan poistaa DSM-luokituksista, koska tämä vaarantaisi lääketieteellisen sukupuolen korjaushoitoavun saamisen eri puolilla maailmaa. Uudessa DSM ehdotuksessa on sovellettu dimensionaalista näkemystä sukupuolen yhteensopimattomuudesta sekä pyritty käyttämään terminologiaa, joka lieventää sukupuoliristiriitaa kokevien stigmaa. Sukupuolen korjaushoidon tiedetään seurantatutkimusten mukaan hyvin merkittäväällä tavalla vahvistavan ihmisten psykososiaalista hyvinvointia, terveyttä ja elämän laatua (Mattila 2008).

Osalla sukupuolen yhteensopimattomuutta kokevista olotilaan liittyvä subjektiivinen kärsimys on ollut niin vahvaa, että heille on kehittynyt myös ristiriitaa liittyviä mielenterveysongelmia, esimerkiksi masennus- ja ahdistusoireilua ja itsemurha-ajatuksia. Sukupuolen korjaushoidolla voidaan lieventää ja myös kokonaan hoitaa sekä ennaltaehkäistä näitä sukupuoliristiriitaa toisinaan liittyviä mielenterveysongelmia.

Sukupuolen yhteensopimattomuuden tila ilmenee ihmisillä eriasteisena ja sitä voidaan helpottaa erilaisilla hoitomuodoilla. Osalle hoidoksi riittää osittainen sukupuolen korjaushoito. Osittaisia hoitoja tarvitsevien ihmisten määrä on kasvamassa, koska

hyväksyvempien asenteiden lisääntyessä transihmisten on helpompi ilmaista sukupuolen moninaisuutta sellaisena kuin he itse sen kokevat. Tällöin he uskaltavat puhua asiasta myös hoitojärjestelmässä.

Avoimuuden esteenä on aiemmin ollut pelko, että hoitoa tarvitseva ei tule saamaan sitä, mikäli hän ei sovi sukupuolidikotomiaan, vaan hänellä on identiteetti transihmisenä, esimerkiksi transgender-identiteetti. Lisäksi monet transsukupuoliset mieltivät hoitoihin liittyviä riskejä ja nuoret toivovat hoitomuotojen tulevaa kehitystä, mikä voi saada heidät valitsemaan vain turvallisen tuntuiset hoidot.

Sukupuoliristiriita syntyy nykytiedon mukaan sekä perinnöllisten että ympäristötekijöiden vaikutuksesta (emt.). Olennaista on, että kehityksen aikana syystä tai toisesta muodostunut ydinkokemus sukupuolesta ei ole muutettavissa. Nykyään yritystä hoitaa nuoren tai aikuisen sukupuoliristiriitaa psykoterapialla (ns. konversioterapia) pidetään hyödyttömänä ja haitallisena. (Pimenoff 2006)

Sukupuolen yhteensopimattomuuden tiloja koskevat diagnoosit esitetään siirrettäväksi pois luokasta ”aikuisiän persoonallisuus- ja käyttäytymishäiriöt”, sillä sukupuoliristiriidassa ei ole kyse persoonallisuus- eikä käyttäytymishäiriöstä. Persoonallisuushäiriöille on yleistä, että siitä kärsivä itse kieltää häiriön olemassaolon eikä hänellä ole sairauden tunnetta. Luokitus ohjaa hoitoajattelua siihen suuntaan, että myös sukupuolen yhteensopimattomuus olisi tällainen häiriö ja konversioterapia olisi yksi hoitomahdollisuus, jopa ensisijaisesti suositeltava hoitomuoto.

Vanhanaikaisiin käsityksiin perustuvia hoitoja on todettu annettavan vielä 2000-luvulla, vaikka laki ja asetus transsukupuolisten hoidoista on muutettu vuonna 2002. Seuraavat esimerkit kuvaavat epäasiallisia hoitoyrityksiä, jotka perustuvat konversioajatteluun:

17-vuotias nuori (oman kokemuksensa mukaan transsukupuolinen poika) ei pääse pois psykiatrisesta sairaalasta ennen kuin hän suostuu pukemaan ylleen hameen, jota pidetään merkinä realiteetin tajun vahvistumisesta ja siitä, että hän ymmärtää olevansa nainen. Tämän jälkeen nuori alkaa voimakkaasti pelätä kaikkea psykiatrista hoitoa. (Transtukipisteen asiakaskertomus 2008.)

Transsukupuoliselle, jolla on lapsesta asti jo 40 vuoden ajan ollut vahva sukupuoliristiriita, tarjotaan hoidoksi viagraa miehisyyden vahvistamiseksi. (Transtukipisteen asiakaskertomus 2010.)

Diagnoosien terminologian ja paikan muuttaminen suomalaisessa luokituksessa on tärkeää erityisesti siksi, että muutos ohjaisi kohti nykyaikaista käsitystä sukupuolen moninaisuudesta ja parantaisi asianmukaisen hoidon saatavuutta ilman leimaa persoonallisuus- tai käyttäytymishäiriöistä.

Transihmiset kokevat tärkeäksi ehdotetun luokkien termimuutoksen ”sukupuoli-identiteetin häiriöstä” ”sukupuolen yhteensopimattomuudeksi”, koska nykyinen luokitustapa antaa ymmärtää heidän identiteettikehityksensä olleen häiriintynyttä. Tämä vahvistaa ennakkoluuloja. Tämä ei myöskään vastaa uusinta tieteellistä näkemystä ilmiön luonteesta. Transihmiset kokevat hyvin tärkeäksi, että heitä koskevat diagnoosit siirrettäisiin kokonaan pois F luokasta.

Sukupuoliristiriita lapsilla ja nuorilla (F64.2)

Lapsella tai nuorella olevaa vakavaa sukupuoliristiriitaa ei pidä tulkita lapsen käytöshäiriöksi tai syntymässä olevaksi persoonallisuushäiriöksi, jota nykyinen luokitus edustaa. Epätyypillinen sukupuoli lapsella tai nuorella ei ole harvinainen ilmiö, eikä sitä voida pitää yksioikoisesti häiriönä. Epätyypillisen sukupuolen leimaaminen häiriöksi vaarantaa lapsen tarvitseman asianmukaisen kasvatuksen ja hoidon.

Lapsista 1-10 prosenttia on sukupuoleltaan epätyypillisiä, lapsen iästä ja tutkimuksessa sovelletusta kriteeristä riippuen (Fagot 1977; Cohen-Kettenis & Pfäfflin 2003). Epätyypillisyyden on todettu vähenevän lasten kasvaessa, ilmeisesti sekä sosiaalistumisen että lapsen oman kognitiivisen kehityksen seurauksena. Sukupuolen epätyypillisuus voi myös säilyä persoonallisuudessa, mieltymyksissä tai sisäisissä mielikuvissa, vaikka se ei ilmenisi ulkoisena käyttäytymisenä. (Huuska, painossa julk. 2011)

Lapsuusajan sukupuoliristiriita ei aina johda aikuisiän sukupuoliristiriitaan, vaan lapsilla on vaihtelevia kasvun ja kehityksen polkuja. (emt.) Lapsi voi esimerkiksi kasvaa kehollisen sukupuolensa hyväksyväksi homo-, lesbo tai bi-ihmiseksi. (Green 1985; Rottnek 1999) Vaikka lasten samastumisessa sukupuoleen on joustavuutta, niin ohimeneväkin lapsen vahva tunne, että hänen kuuluisi olla toista sukupuolta, voi olla lapselle tai hänen vanhemmilleen ahdistuksen ja huolen lähde. Hän voi tarvita aikuisten erityistä huolenpitoa ja hyötyä myös terveystalveista.

On arvioitu, että yksi viidesosa lapsista, joilla on todettavissa lapsuusajan sukupuoliristiriita, kasvaa transsukupuolisiksi nuoriksi ja aikuisiksi. (Pimenoff 2006) Nämä lapset hyötyisivät siitä, että heidät voitaisiin tunnistaa varhain ja tarjota heille erityistä tukea ja apua lapsen ja perheen tilanteen mukaan. Vanhemmat tarvitsevat tietoa lapsuusajan sukupuoliristiriidasta ja miten he voi voivat auttaa lastaan. Terveys- ja sosiaalialan sekä varhaiskasvatuksen ammattilaiset pystyvät tukemaan vanhempia tässä, mikäli heillä on ajan tasalla olevat tiedot. Asia otetaan mahdollisesti vakavammin perheen, suvun piirissä ja kouluympäristössä, jos lapsella on perusteltu lääketieteellinen diagnoosi.

Alaikäisten transsukupuolisten hoitoja kehitetään sekä eurooppalaisissa edelläkävijämaissa että Suomessa parhaillaan. Ala kehittyy nopeasti ja varhainen tunnistaminen ja hoito on jo edesauttanut nuorten hyvinvointia merkittävästi, esimerkiksi Hollannissa ja Norjassa. Suomessa myös parhaillaan perehdytään nuorisopsykiatrian alueella yhteistyössä aikuispsykiatrian erityisyksiköiden kanssa näihin nuorten hoitomuotoihin.

STM on ilmaissut, että Suomessa voidaan antaa kaikkia turvallisia ja tutkimukseen perustuvia uusiakin hoitomuotoja myös alaikäisille transsukupuolisille. Jotta hoitoja voidaan antaa, on oltava diagnoosi. Suomeen olisi mahdollista kehittää seurantaa niille lapsille, joille annetaan sukupuoliristiriitadiagnoosi myös siinä mielessä, että he pääsisivät nuorille soveltuvien hoitomuotojen osalta arvioon mahdollisimman varhain kun sukupuoli-identiteettikokemuksen arvioidaan olevan vakiintunut.

Ei ole mitään varmaa keinoa ennustaa pienen lapsen tulevaa kehitystä. Eurooppalaiset lasten hoitoon erikoistuneet specialistit eivät pyri vaikuttamaan lapsen sukupuoliristiriitaan, vaan jättävät lapsen kehityssuunnan avoimeksi ja tarvittaessa tukevat lapsen kehitystä kokonaisvaltaisesti. (Di Ceglie 1998; lapsia koskevat hoitosuositukset www.wpath.org) Tällöin epätyypillinenkin sukupuoli-identiteetin kehitys nähdään osana luonnollista kasvua, eikä sitä pidetä mielenterveyden tai käyttäytymisen ongelmana, mutta lapsi voi kuitenkin tarvita terveydenhuollon tukea. Tämä näkökulma tukee ehdotustamme, että luokka F64.2 siirrettäisiin pois nykyisestä pääluokastaan F sekä työryhmän perustamisen tarvetta. Ruotsi on poistanut kokonaan tämän kategorian. Suomessa olisi myös tärkeää arvioida laajemman ja syvemmän tarkastelun avulla tämän diagnoosin tarpeellisuus.

PERUSTELUT TYÖRYHMÄN PERUSTAMISELLE

Ehdotamme työryhmän perustamista pikaisesti selvittämään, miten luokitukseen voisi integroida dimensionaalista näkemystä sukupuoliristiriidasta. Dimensionaalinen luokitustapa on nykyaikainen ja tieteellisesti perusteltavissa sekä edesauttaisi osittaista sukupuolen korjaushoitoa tarvitsevien tilannetta Suomessa. Kyseessä on laaja muutosehdotus, jota halutaan työstää perusteellisesti monialaisessa työryhmässä. Muutostyössä halutaan huomioida tuleva ICD-11 ja mahdolliset kansainväliset ICD- ja DSM-integraatiot. Työryhmä tekisi kansainvälistä yhteistyötä Suomeen soveltuvan diagnoosin muokkaamiseksi. Diagnostiikan laajempaa uudistustarvetta on yksityiskohtaisesti taustoitettu Aino Mattilan kirjoittamassa liitteessä 2. Arvioitaisiin lisäksi, tarvitaanko lapsia koskevaa diagnoosia (Ruotsi on sen poistanut maakohtaisena poikkeuksena ja DSM uudistus lapsuusajan sukupuolen yhteensopimattomuuden/ristiriidan diagnoosiksi on liitteessä 3).

Toivomme niin laajapohjaista ja moniammatillista kokoonpanoa ja tehtävänantoa, että työryhmä voisi lisäksi antaa joitakin yleisiä toimenpidesuosituksia sukupuoliristiriitaa kokevien lasten ja nuorten aseman parantamiseksi Suomessa. On olemassa vakava huoli esimerkiksi transnuorten kohonneesta itsemurhariskistä ja siitä, että näiden lasten ja nuorten avun tarpeita ei nykyisellään riittävästi tunnisteta terveystalveissa eikä kasvatusalalla.

4. KIRJALLISUUS

Allport, Gordon (1954). *The Nature of Prejudice*. Perseus Publishing.

Brill, S. & Pepper, R. (2008). *The Transgender Child: A handbook for Families and Professionals*. CLEIS PR.

Brown GR, Wise TN, Costa PT Jr, Herbst JH, Fagan PJ, Schmidt CW Jr. (1996) Personality characteristics and sexual functioning of 188 cross-dressing men. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, May;184(5):265-73. Department of Psychiatry, East Tennessee State University.

Cohen-Kettenis, P.T. & Pfäfflin, F. (2003). *Transgenderism and Intersexuality in Childhood and Adolescence: Making Choices*, 46, *Developmental Clinical Psychology and Psychiatry*. London: Sage Publications.

Cross, M.C. (2001). The appropriation and reification of deviance: personal construct psychology and affirmative therapy. *British Journal of Guidance & Counselling*, 3, 337-343.

Cross, P. A. & Matheson, K. (2006). Understanding Sadomasochism: An Empirical Examination of Four Perspectives. In P. Kleinplatz & C. Moser, eds. *Sadomasochism: Powerful Pleasures*, New York: Haworth.

Dancer, P. L., Kleinplatz, P. J. & Moser, C. (2006). 24/7 SM Slavery. In P. Kleinplatz & C. Moser, eds. *Sadomasochism: Powerful Pleasures*, New York: Haworth.

Deleuze, G. (1967). *Présentation de Sacher-Masoch - Le Froid et le Cruel*, Paris: Les éditions de Minuit.

Devor, H. (1989). *Gender Blending: Confronting the limits of duality*. Bloomington: Indiana University Press.

Di Ceglie, D. (1998). Management and therapeutic aims in working with children and adolescents with gender identity disorders, and their families. Teoksessa Di Ceglie, D. & Freeman, D. (toim.), *A Stranger In My Own Body. Atypical Gender Identity Development and Mental Health* (s. 185-197). London: Karnac Books.

Dimen M.(1991). Deconstructing difference: Gender, splitting, and transitional space . *Psychoanalytic Dialogues*, Volume 1, Issue 3 1991, 335-352.

Docter RF, Prince V. (1997). Transvestism: a survey of 1032 cross-dressers. *Arch Sex Behav*. 1997 Dec;26(6):589-605. Department of Psychology, California State University, Northridge 91330-8255, USA.

Dovidio, John ym. (2005). *On the Nature of Prejudice fifty years after Allport*. Blackwell Publishing.

Drescher J. (2010). Queer Diagnosis: Parallels and Contrasts in the History on Homosexuality, Gender Variance, and the Diagnostic and Statistical Manual. *Arc Sex Behav* 39, 427-460.

Ellis, H. (1903). *Studies in the Psychology of Sex*. New York: Random House.

Fagot B.I., (1977). Teatcher´s reinforcement of sex-preferred behaviours in Dutch preschools. *Psychological Reports* 41, 1249-1250.

FRA (2008) *Homophobia and Discrimination on Grounds of Sexual Orientation in the EU Member States: Part I – Legal Analysis*.

FRA (2009) *Homophobia and Discrimination on Grounds of Sexual Orientation and Gender Identity in the EU Member States: Part II – The Social Situation*.

Freud, S. (1905/1953). *Three Essays on the Theory of Sexuality*. In J. Strachey, ed. & transl., *The standard edition of the complete psychological works by Sigmund Freud*, vol. 7. London: Hogarth Press.

- Gamman L. & Mäkinen M. (1994). *Female Fetishism*. London: Lawrence & Wishard.
- Garber M. (1997) *Vested Interests: Cross-dressing and Cultural Anxiety*. Routledge.
- Gebhard, P. H. (1969). *Fetishism and Sadomasochism*. In J. H. Masserman, ed. *Dynamics of Deviant Sexuality*, New York: Grune & Stratton.
- Goffman, Erving (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Prentice-Hall.
- Goldner V. (1991). *Toward a critical relational theory of gender*. *Psychoanalytic Dialogues*, Volume 1, Issue 3 1991, 249-272.
- Graaf, H. de & Vanwesenbeeck, I. (2006). *Controversieele verlangens. (Controversal longing)*. In Bakker & Vanwesenbeeck (eds). *Seksuele gezondheid in Nederland 2006 (Sexual Health in Netherlands 2006)*, 47-65.
- Green (1985). *Gender Identity in Childhood and Later Sexual Orientation: Follow-up 78 Males*. *American Journal of Psychiatry*, 3, 339-41.
- Greytake, E. & Kosciw, J.(2009). *Harsh Realities. The Experiences of Transgender Youth in Our Nation's Schools. A Report from Gay, Lesbian and Straight Education Network. GLSEN*.
- Haavio-Mannila, E. & Kontula, O. (2001). *Seksin trendit meillä ja naapureissa*. Helsinki: WSOY.
- Hamilton, G. W. (1929). *A Research in Marriage*. New York: Boni.
- Hammarberg, Thomas (2009). *Ihmisoikeudet ja sukupuoli-identiteetti: Suositukset Euroopan neuvoston jäsenvaltioille*. Suomentanut Aija Salo.
- Harris A. (2008). *Gender at Soft Assembly (Relational Perspective Book Series)*. Routledge.
- Harviainen, J. T. (julk. 2010). *Sadomasochist Role-Playing as Live-Action Role-Playing: A Trait-Descriptive Analysis*.
- Holman, C.W. & Goldberg, J. (2006). *Ethical, Legal, and Psychosocial Issues in Care of Transgender Adolescents*.
<http://www.amsa.org/lgbt/CaringForTransgenderAdolescents.pdf>
- Human Rights Watch (2008). *Kyrgyzstan: Protect Lesbians and Transgender Men From Abuse. European Institutions Should Help End the Violence*
- Huuska M. (painossa, julk. 2011). *Sukupuolen moninaisuuden ammatillinen kohtaaminen. Teoksessa Jussi Nissinen, Olli Stålström ja Liisa Tuovinen (toim.). "Saanko olla totta? Seksuaalisen suuntautumisen ja sukupuolisen moninaisuuden kohtaaminen. Gaudeamus*.

- Jokinen (2001). Näin tehdään nainen: miesten ristiinpukeutuminen. Teoksessa Nikunen M. ym.(toim.) Nainen/Naiseus/Naisellisuus Tampere University Press, Tampere.
- Kerosuo, M.(1998). Explanations for cross dressing in male transvestites and transgenderists. Psykologian pro gradu-tutkielma. Åbo: Åbo Akademi.
- Klein, M. & Moser, C. (2006). SM (Sadomasochistic) Interests as an Issue in Child Custody Proceedings. In P. Kleinplatz & C. Moser, eds. Sadomasochism: Powerful Pleasures, New York: Haworth.
- Kontula, O. (2008) Halu ja intohimo. Helsinki: Otava.
- Krafft-Ebing, R. von (1886). Psychopathia sexualis. Stuttgart: Verlag von Ferdinand Enke.
- Kuyper, L. (2006). Seksualiteit en seksuele gezondheid bij homo- en biseksuelen Sexuality and Sexual Health among homo- and bisexuals. Teoksessa Bakker VanWesenbeeck (toim.) Sexuele gezondheid in Nederland 2006 (Sexuel health in the Netherlands 2006, 167-188. Delf: Eburon
- Larsson, Sam (1997). Det andra jaget vid manlig transvestism: Ett jagteoretiskt och kognitionspsykologiskt perspektiv. Studia Psychologica Upsaliensia. 17. Upsala: Acta Universitatis Upsaliensis.
- Leinonen, E-K. (2003). Elämä transvestiittina – osa-aikatyön ulostuloprosessi. Valtiotieteen pro gradu –tutkielma.
- Leinonen, E-K. (2005). Transvestisuus perheessä. Opinnäytetyö. Ylempi amk-tutkinto. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu: sosiaali- ja terveystieteiden osasto.
- Lehtonen, Jukka (2007). Seksuaalisen suuntautumisen ja sukupuolen moninaisuuteen liittyvä syrjintä. Teoksessa Lepola, Outi & Villa, Susan toim. Syrjintä Suomessa 2006. Helsinki: Ihmisoikeusliitto, 18–65.
- Lehtonen, Jukka & Mustola, Kati (toim.) (2004). ”Eihän heterotkaan kerro...” Seksuaalisuuden ja sukupuolen rajankäyntiä työelämässä. ESR tutkimukset ja selvitykset 2/04. Helsinki: Työministeriö.
- Lev, A. I. (2004). Transgender Emergence: Therapeutic Guidelines for Working with Gender-Variant People and Their Families. New York: The Haworth Clinical Practices Press.
- Lönnqvist J. ja Lehtonen J. (2008). Psykiatria, 14-25. Duodecim.
- Mains, G. (1984). Urban Aboriginals. A Celebration of Leather Sexuality, Los Angeles: Gay Sunshine Press.
- Mattila, A. (2008). Sukupuolen korjaushoidot kohentavat transsukupuolisten potilaiden psykososiaalista toimintakykyä. Suomen Lääkärilehti, 3, 163-168

- Miller, C.T. & Kaiser, C.R. (2001). A Theoretical Perspective on Coping With Stigma. *Journal of Social Issues*, Spring.
- Moser, C. (1998). S/M (Sadomasochistic) Interactions in Semi-Public Settings. *Journal of Homosexuality* 36 (2).
- Moser, C. & Levitt, E. E. (1987). An Exploratory-Descriptive Study of a Sadomasochistically Oriented Sample. *Journal of Sex Research*, 23.
- Newmahr, S. (2010). Rethinking Kink: Sadomasochism as Serious Leisure. *Qualitative Sociology*, Volume 33, Number 3, 313-331, DOI: 10.1007/s11133-010-9158-9
- Nordling, N. (2009). Many Faces of Sadomasochistic Sex. Doctoral dissertation, Åbo Akademi.
- Nordling, N. Sandnabba, N. K. & Santtila, P. (2000). The Prevalence and Effects of Self-Reported Childhood Sexual Abuse Among Sadomasochistically Oriented Males and Females. *Journal of Childhood Sexual Abuse*, 9(1).
- Nuutila, A-M. (1997). Rikoslain yleinen osa. Helsinki: Kauppakaari.
- Pico della Mirandola, G. (1498). *Opera Omnia*. Venetsia.
- Pimenoff, V. (2006). Transsukupuolisuus. Teoksessa D. Apter & L.Väisälä & K. Kaimola (toim.), *Seksuaalisuus*, 164-172. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Rechartt, E. & Ikonen, P. (1994). Häpeä psyykkisen lamaannuksen aiheuttajana. *Duodecim* 3, 278
- Rottnek. M. (1999) (toim.), *Sissies & Tomboys: gender noncomformity & homosexual childhood*. New Tork: New York University Press.
- Sadowski, H. ja Caffney, B. (1998). Gender Identity Disorder, Depression and Suicidal Riski. Teoksessa D. Di Ceglie & D. Freeman (toim.), *A Stranger In My Own Body: Atypical Gender Identity Development and Mental Health* (s. 126-136). London: Karnac Books.
- Santtila 2010, julkaisematon. Työryhmä on saanut psykologian professori Pekka Santtilalta etukäteistietoa vielä julkaisemattomasta tutkimuksesta.
- Sebeok, T. A. (1994). *An Introduction to Semiotics*, London: Pinter.
- Snow, E., & Bluestone, M. (1969). Fetishism and Murder. In J. H. Masserman, ed. *Dynamics of Deviant Sexuality*, New York: Grune & Stratton.
- Stakes (1994). Transseksuaalien hoito- ja tukipalvelujen kehittämistyöryhmän muistio 18/1994.
- Suits, B. (1978). *The Grasshopper: Games, Life and Utopia*, Toronto: University of Toronto Press.

Weinberg, T. S. (1978). Sadism and Masochism: Sociological Perspectives. *The Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 6 (3).

Weinberg, T. S. (2006). Sadomasochism and the Social Sciences: A Review of the Sociological and Social Psychological Literature. In P. Kleinplatz & C. Moser, eds. *Sadomasochism: Powerful Pleasures*, New York: Haworth.

Weinberg, T. S. & Kamel, G. W. L. (1995). S&M: An Introduction to the Study of Sadomasochism. In T. S. Weinberg, ed. *S&M. Studies in Dominance & Submission*, Amherst: Prometheus Books.

Weinberg, T. S., Williams, C.J. & Moser, C. (1984). The Social Constituents of Sadomasochism. *Social Problems*, 31.

White, C. (2006). The Spanner Trials and the Changing Law on Sadomasochism in the UK. In P. Kleinplatz & C. Moser, eds. *Sadomasochism: Powerful Pleasures*, New York: Haworth.

Whittle, S. Turner L., Al-Alami M., (2007). "Engendered Penalties – Transgender and Transsexual People's Experiences of Inequality and Discrimination".

Whittle, S. & Turner, L. & Combs, R. & Rhodes, S. (2007). *Transgender EuroStudy: Legal Survey and focus on the Transgender Experience of Health care*. ILGA-Europe and TransGender Europe media release.