

# Fetisj og SM-diagnosene i ICD-10

ICD-diagnosene «fetisjisme», «fetisjistisk transvestisme» og «somasochisme» er gammeldagse og ikke på høyde med moderne vitenskapelige standarder. Innholdet i diagnosene har ikke blitt vesentlig endret på over hundre år; de er overflødige og stigmatiserende overfor minoritetsgrupper i samfunnet.

## TEKST

**Odd Reiersøl**

**PUBLISERT 2. juni 2008**

---

Det er dessverre ikke uvanlig at mennesker fra seksuelle minoritetsgrupper blir møtt med uforstand hos psykologer. Lesbiske, homofile, fetisjister og somasochister opplever å få negative kommentarer til seksualiteten sin. Da er det ikke uten betydning hvordan den delen av det diagnostiske systemet som omhandler seksualitet, er utformet.

Gjeldende versjon av «The International Classification of Mental and Behavioral Disorders (WHO, 1992)» er ICD-10. Den har en kategori kalt «Forstyrrelser i seksuelle objektvalg» med kode F65 og inkluderer seksuelle interesser i forhold til «uvanlige objekter eller aktiviteter» (WHO, 1993, p. 135). Jeg skal ta for meg følgende tre diagnoser som jeg mener bør fjernes: F65.0 Fetisjisme; F65.1 Fetisjistisk transvestisme; F65.5 Somasochisme.

## Litt historikk

Tidlige sexologer beskrev og klassifiserte disse fenomenene, og de utformet diagnoser i perioden ca. 1880–1930. Krafft-Ebing (1903/1886) var en av de mest kjente. Datagrunnlaget besto for en stor del av psykiatriske sykehistorier og juridiske rapporter om kriminelle handlinger forbundet med seksuell opphisselse. Flere av sexologene refererer også til skjønnlitterære forfattere som von Sacher Masoch og de Sade (herav betegnelsene «masochisme» og «sadisme»).

Klassifiseringen er ikke basert på moderne vitenskapelige metoder der representative utvalg undersøkes. Det ville nok vært umulig på den tiden. De omtalte diagnosene i ICD-10 er fremdeles i hovedsak lik disse tidlige diagnosene.

En del av den tidlige sexologiske forskningen ble motarbeidet av myndighetene, fordi den ble oppfattet som «umoralsk» (det ble for eksempel hevdet at beskrivelsene inneholdt fordekt pornografi). Samtidig er det rimelig klart at tidlige sexologer var

influert av religiøse normer, for eksempel at seksualiteten skulle stå i forplantningens tjeneste.

### **Hvorfor bør diagnosene fjernes?**

Det er mange uklarheter i F65-kategorien. Ordet «uvanlig» kan for eksempel bety statistisk sjelden, eller det kan bety noe som ligger utenfor moralsk aksepterte grenser. Det er ingen grunn til å diagnostisere noe, heller ikke en seksuell tilbøyelighet, bare fordi den er sjelden. En frimerkesamler med den uvanlige tilbøyeligheten til filateli diagnostiseres ikke med «filateli».

Sikker, sunn og samtykkende dominans- og underkastelseslek (SM) er i F65 gruppert sammen med seksuelt misbruk, f.eks. pedofile overgrep. Det er ingen grunn til å diagnostisere aktiviteter som ikke forårsaker skade. Selvfølgelig kan det skje at enkelte, med eller uten hensikt, krenker eller gjør hverandre vondt. Men det kan like gjerne skje under et «normalt» samleie. Det skjer også, som kjent, i sportssammenheng.

At det fins SM- og fetisjpraktiserende med psykiske lidelser eller kriminelle rulleblad, legitimerer ikke en patologisering av SM- eller fetisjatferd. Man kan velge en populasjon ut fra en hvilken som helst tilfeldig karakteristik, og såfremt utvalget man undersøker, er stort nok, vil man finne psykiske lidelser og kriminalitet.

At en fetisj kan stå i veien for samleie, er et sentralt argument i oppfatningen av at fetisjisme er patologisk. Dette reflekterer en tradisjonell holdning til de typer sex som ikke har formering som hensikt, et standpunkt som for det meste er forlatt i dag. For eksempel ses ikke oralsex lenger som abnormt, og homoseksualitet ble avdiagnostisert for mange år siden.

I F65 fremsettes en dårlig under-bygget påstand om at fetisjister nesten utelukkende er menn. Den påstanden er antakelig basert på gamle data fra psykiatriske rapporter samt populære romaner fra det nittende århundre. I min praksis, og ellers, har jeg møtt flere kvinner som får seksuelt kick av å ha på seg herreunderbukser. Dette må bety at enten har virkeligheten forandret seg, eller at de gamle dataene ikke var representative. Diagnosesystemet må revideres slik at det avspeiler virkeligheten.

En gammeldags holdning, som fremdeles i stor utstrekning er utbredt, er at kvinner har lavere sosial status enn menn. Dette er trolig en grunn til at det ofte blir problematisk for en mann å ha på seg feminine klær. I moderne vestlige samfunn kan kvinner uten problemer kle seg i hvilke som helst maskuline klær, mens menn kan få nedverdiggende kommentarer slengt etter seg for å ha på seg rosa gummistøvler eller nylonstrømper med søm bak. Hva slags «menn» er villige til å nedverdige seg til å iføre seg kvinneklær? Ut fra dette er det kanskje ikke så rart at diagnosene «fetisjisme» og «fetisjistisk transvestisme» nesten utelukkende brukes på menn.

ICD-10-revisjonen har overraskende kuttet ut ICD-9s forslag om at «Man skal helst ikke inkludere i denne kategorien individer som utfører avvikende seksuelle handlinger, når normale seksuelle handlinger ikke er tilgjengelige for dem». Denne utelatelsen ser ut til å være et tilbakeskritt.

Vi vet ikke akkurat hvorfor folk har den seksualiteten de faktisk har. Men det synes klart at indre drifter, totalt utenfor bevisst kontroll, fyrer opp individets seksuelle lyst og interesse. Med andre ord: Folk velger ikke seksualiteten sin. Det fins mennesker som ikke har glede av noen form for sex. Dette kan diagnostiseres som «seksuell ulyst». Men hvorfor skal man diagnostisere noe som føles godt og gir lyst og glede? Hvorfor ta vekk lysten og gleden ved å gjøre det til noe sykt og abnormt? Hvis overdrivelse av en viss type atferd må diagnostiseres, fins det nok av diagnostiske kategorier, for eksempel «tvangslidelse» (OCD).

Dette er også en menneskerettighetssak: Psykiatriske diagnoser kan være stigmatiserende. Folk lider av at seksualiteten deres blir diagnostisert. Ingen bør diagnostiseres for hvem de er, for den smaken de har, heller ikke for interesse, tro eller etnisitet, eller for den type seksualitet de foretrekker eller har.

Det er ikke noe feil med en spesiell type seksualitet. Men hvordan en person håndterer seksualiteten sin, kan være problematisk. Det gjelder uansett hva slags seksualitet vi snakker om, inkludert det som regnes for normalt.

## **SM versus vold**

I SM-diagnosen blandes vold sammen med frivillige, samtykkende dominans- og underkastelsesleker. Jeg vil derfor påpeke noen viktige forskjeller på SM og vold.

SM-leker (også kalt rollespill) spilles ut i trygge omgivelser med regler som partene samtykker i. Disse reglene er blitt til via samtaler mellom likeverdige parter som bestemmer grenser og stoppord. Ved å bruke et stoppord (for eksempel «rødt») kan den underkastende part (også kalt «slaven») stoppe leken umiddelbart uansett grunn, enten det er av fysiske eller emosjonelle årsaker.

SM-masteren får tilfredsstillelse ved å dominere, bruker kommunikasjon og empati for å finne ut hva slaven tenner på, og støtter de behovene som slaven har. Masteren respekterer slavens grenser. I den grad de tøyes, er det en ønsket handling fra begge parters side. Et SM-rollespill avsluttes gjerne med felles kos og evaluering av det som har skjedd, og slaven føler typisk takknemlighet overfor den dominante.

På den annen side: En voldelig sadist er kald, uten empati og ødelegger selvtilliten og verdigheten til offeret, som absolutt ikke har noen rettigheter. Voldsofre opplever angst, skyld, skam og avmakt. Nesten ingen ønsker å bli misbrukt eller å være et offer.

Overgrep er ikke samtykkende og ødelegger hva som måtte finnes av relasjon mellom partene. Mishandling er ofte tortur, totalt ute av kontroll. En overgriper bestemmer alene hva som skal skje, og tar ikke hensyn til offerets ønsker, behov og grenser. Et offer er ikke takknemlig overfor overgriperen.

Et samtykkende SM-forhold kan være kjærlig og intimt, og innebære personlig utvikling. Den dominante og den underkastende kan ofte bytte roller. Det er det noen ganger viktig å gjøre, for eksempel for å kjenne hvordan det er å være i den andres sted og derved videreutvikle empatien.

## Seksualpolitisk aktivitet

Seksualpolitiske aktivister og fagfolk innenfor helsevesenet, i Norge og i andre land, har i noen år arbeidet for å revidere F65. Selv om jeg ikke mener at psykiatriske diagnoser bør endres ut fra hva som for tiden er populært, er det mange grunner til å avskaffe de diskriminerende fetisj- og SM-diagnosene. Diagnoser reflekterer i stor grad det politiske klimaet i samfunnet. For eksempel ble homoseksualitetsdiagnosen avskaffet i ICD-10, noe som ikke minst skyldtes at organiserte homoseksuelle øvet politisk press på psykiatriprofesjonen.

Diagnoseutvalget «reviseF65» startet i Norge i 1997, og ble etablert med mandat fra Landsforeningen for lesbisk og homofil frigjøring, som er en organisasjon med mye erfaring innenfor seksualpolitikk. Det er nå både homofile og heterofile, fagfolk og ikke-fagfolk i diagnoseutvalget.

Diagnoseutvalget har bestemt seg for å arbeide langsiktig og systematisk, for å søke støtte fra viktige grupper, organisasjoner og foreninger. Det er langt fra det samme klimaet i Norge som det var i Danmark for å få til en rask løsning på problemet. I Danmark skrev den ledende SM-organisasjonen et brev til helseministeren, som deretter ganske snart utstedte en anbefaling om ikke å diagnostisere SM i Danmark.

Vi i diagnoseutvalget har skrevet artikler, laget en omfattende nettside, satt i gang en diskusjonsgruppe på Internett og holdt taler og presentasjoner. Norsk forening for klinisk sexologi var umiddelbart enig i å støtte forespørselen fra utvalget om å anbefale at de omtalte fetisj- og SM-diagnosene blir fjernet.

Sammen med Svein Skeid skrev jeg en 20 siders artikkel som i 2006 ble publisert samtidig i *Journal of Homosexuality* (Reiersøl & Skeid, 2006a) og i boka *Sadomasochism: Powerful Pleasures* (Reiersøl & Skeid, 2006b). I boka refereres det til nyere forskning, blant annet undersøkelser som indikerer at psykopatologi ikke er overrepresentert i en SM-populasjon. Det fins også mye informasjon på websiden [www.reviseF65.org](http://www.reviseF65.org). Her kan man blant annet lese om hvordan jurister misbruker diagnosene, for eksempel i barnefordelingssaker.

Odd Reiersøl

Vækerøvn. 69A

0383 Oslo

Tlf. 22 50 51 90

E-post [solverv@solverv.com](mailto:solverv@solverv.com)

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 45, nummer 6, 2008, side 754-756*

**TEKST**

**Odd Reiersøl**

## Referanser

Krafft-Ebing, R. (1903/1886/1998) *Psychopathia sexualis* Twelfth edition. Stuttgart: Enke, trans. (1998). *Psychopathia sexualis* (Complete English-language edition). New York: Arcade Publishing.

Reiersøl, O. & Skeid, S. (2006a). The ICD diagnoses of fetishism and sadomasochism. *Journal of Homosexuality*, 50, 243-262.

Reiersøl, O. & Skeid, S. (2006b). The ICD diagnoses of fetishism and sadomasochism. In P. J. Kleinplatz & C. Moser (Eds.), *Sadomasochism: Powerful pleasures*. Binghamton, New York: Harrington Park Press.

World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

World Health Organization (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Diagnostic criteria for research*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.