



TRABALHO FINAL

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Psiquiatria

BDSM: fatores biopsicossociais

Mariana de Oliveira Pedrosa

Orientado por:

Dr. Diogo Telles Correia

Coorientado por:

Dr. Rui Ferreira Carvalho

Maio'2023

Resumo

Introdução: Nos últimos anos, a visão sobre o comportamento sexual no adulto sofreu alterações importantes na comunidade médica e científica. BDSM é a sigla usada para fazer referência ao conjunto de práticas consensuais que envolvem Bondage, Disciplina, Dominação e Submissão, Sadismo e Masoquismo e outros comportamentos sexuais humanos relacionados. O consentimento tem um papel crucial na prática e comunidade BDSM, apresentando-se de diversas formas, durante todo o ato sexual. A visão sobre a prática BDSM foi alvo também de uma mudança de perspetiva, sendo encarada como uma forma saudável de intimidade ao invés de uma perturbação parafílica, apesar de persistirem crenças e estereótipos em relação à patologização, cultura e tradições.

Objetivos: Esta revisão narrativa pretende, através da evidência científica publicada, analisar como fatores biológicos, psicológicos e socioculturais, tais como traumas, estilos parentais, estilos de vinculação e personalidade, influenciam o comportamento, sofrimento/distress e satisfação/prazer sexual do adulto, com especial ênfase nos indivíduos praticantes de BDSM. Pretende-se também salientar a importância da colheita da história do indivíduo e fornecer aos profissionais de saúde uma visão clara sobre o tema, implicações na terapia sexual e abordagens terapêuticas futuras, com uma consequente redução do estigma e concepções erróneas muitas vezes associadas a estas práticas sexuais.

Metodologia: Na identificação da literatura relevante foi definida uma estratégia de pesquisa, usando bases de dados como Pubmed, PsychInfo, Google Scholar, Scopus e ResearchGate.

Conclusão: A prática consensual de BDSM é considerada uma expressão saudável dos interesses sexuais ao invés de patológica. O consentimento é intrínseco à prática, sendo contínuo e dinâmico. Esta associa-se a diferenças neurobiológicas e a maior satisfação sexual. Não foram encontradas outras diferenças significativas em comparação com a população geral. Recomenda-se investigação futura mais completa e consciencialização da temática, com vista à destigmatização e tratamento adequado dos indivíduos.

Palavras-Chave: BDSM • attachment • childhood • trauma • sexual behaviour

O Trabalho Final é da exclusiva responsabilidade do seu autor, não cabendo qualquer responsabilidade à FMUL pelos conteúdos nele apresentados.

Abstract

Introduction: In recent years, the medical and scientific community has undergone important changes in its view on adult sexual behaviour. BDSM is the acronym used to refer to a set of consensual practices that involve Bondage, Discipline, Domination and Submission, Sadism and Masochism, and other related human sexual behaviours. Consent plays a crucial role in BDSM practice and community, manifesting in various forms throughout the sexual act. The perspective on BDSM practices has also experienced a shift, being increasingly considered as a healthy expression of intimacy rather than labelled as a paraphilic disturbance, despite the persistence of beliefs and stereotypes related to pathologization, culture, and traditions.

Objectives: This narrative review aims to analyse, through published scientific evidence, how biological, psychological, and sociocultural factors, such as traumas, parental styles, attachment styles and personality, influence the behaviour, suffering/distress and sexual satisfaction/pleasure of adults, with special emphasis on individuals practicing BDSM. This review also aims to emphasize the importance of collecting an individual's clinical history and provide healthcare professionals with a clear understanding of the topic, implications for sexual therapy and future therapeutic approaches, with a consequent reduction of stigma and misconceptions often associated with these sexual practices.

Methodology: For the identification of relevant literature, a search strategy was devised using databases such as PubMed, PsychInfo, Google Scholar, Scopus and ResearchGate.

Conclusion: Consensual BDSM practice is considered a healthy expression of sexual interests rather than pathological. Consent is intrinsic to the practice and is continuous and dynamic. BDSM practice is associated with neurobiological differences and increased sexual satisfaction. No other significant differences were found compared to the general population. Further comprehensive research and awareness on the subject are recommended for destigmatization and appropriate treatment of individuals.

Keywords: BDSM • attachment • childhood • trauma • sexual behaviour

Índice

Resumo	1
Abstract.....	2
1 Introdução	4
2 Métodos.....	6
3 Neurobiologia	7
3.1 Estruturas Cerebrais, Neurotransmissores e Hormonas	7
3.2 Processamento da Dor e Prazer	10
3.2.1 Limiares e Percepção da Dor	11
4 Vertente Psicossocial.....	14
4.1 Estilos de Vinculação	14
4.2 Estilos Parentais.....	18
4.3. Personalidade	20
4.4 Experiências Adversas na Infância	22
5 BDSM na Sexualidade	24
5.1 Satisfação e Prazer	24
5.2 Sofrimento e <i>Distress</i>	25
5.3 Estados Alterados de Consciência	26
6 Consentimento	28
7 Estigma	31
8 Considerações Clínicas.....	34
9 Conclusão.....	41
Referências	42

1 Introdução

Nos últimos anos, a visão sobre o comportamento sexual no adulto sofreu alterações importantes na comunidade médica e científica. BDSM é a sigla utilizada para fazer referência ao conjunto de práticas consensuais que envolvem *Bondage*, Disciplina, Dominação e Submissão, Sadismo e Masoquismo e outros comportamentos sexuais humanos relacionados como *role-playing*, flagelação e *spanking*, com vista ao prazer sexual e/ou emocional (Coppens et al., 2020). Este *role-play* físico e psicológico envolve frequentemente a troca consensual de poder entre dois ou mais parceiros, e geralmente identificam-se os praticantes como: dominante (pessoa que assume o controlo), submisso (pessoa que cede o controlo), ou *switch* (alterna entre dominante e submisso) (Wuyts & Morrens, 2022; Wismeijer & Van Assen, 2013). A visão sobre a prática BDSM tem sido alvo de uma mudança de perspetiva, sendo cada vez mais encarada como uma forma saudável de intimidade ao invés de uma perturbação parafilica, apesar de persistirem crenças e estereótipos em relação à patologização, cultura e tradições. O estigma ainda associado traduz-se numa dificuldade acrescida à investigação e procura da compreensão dos fatores biológicos, psicológicos e socioculturais que contribuem para a prática (Wismeijer & Van Assen, 2013). A prevalência desta prática na população ronda 30 a 60%, de acordo com os mais recentes estudos (De Neef et al., 2019; Holvoet et al., 2017).

As parafilias devem ser distinguidas de perturbações parafilicas para compreensão do tema. De acordo com o DSM-5, as parafilias são comportamentos e interesses sexuais considerados atípicos ou desviantes da norma, não patológicos, sendo que será considerada uma perturbação parafilica se e só se causar sofrimento ou incapacitação ao indivíduo ou se a sua prática provocar dano ou risco a qualquer dos intervenientes (American Psychiatric Association, 2013). Sendo o BDSM uma prática sexual consensual que envolve muitos destes comportamentos e interesses sexuais considerados atípicos ou desviantes da norma, pode assim ser considerado uma parafilia, mas não necessariamente uma perturbação parafilica (Andrieu et al., 2019). O consentimento tem um papel crucial na prática e comunidade BDSM, apresentando-se de diversas formas e encontrando-se presente durante toda a prática ou o ato sexual.

A compreensão dos fatores biológicos, psicológicos e socioculturais relacionados com a prática BDSM é essencial para ajudar, por um lado a combater e abolir a percepção negativa associada, e por outro fornecer o suporte e recursos apropriados aos indivíduos. Assim, fatores biológicos, como a genética e a neurobiologia, fatores psicológicos, como estilos de vinculação ou experiências adversas na infância e fatores socioculturais, como as normas culturais e padrões sociais da sexualidade, parecem influenciar o interesse e resposta à prática BDSM, revelando um papel pertinente no seu desenvolvimento (Wismeijer & Van Assen, 2013; Holvoet et al., 2017; Barker et al., 2007; Breslow et al., 1985).

Deste modo, esta revisão narrativa irá explorar os fatores neuropsicológicos associados à prática BDSM, o impacto das experiências adversas na infância e do trauma, o papel dos estilos parentais e de vinculação, bem como as implicações na terapia sexual e nas abordagens terapêuticas direcionadas à prática de BDSM.

Esta narrativa visa também aprofundar um tema pouco explorado na área da Psiquiatria e Saúde Mental, que apresenta importantes implicações clínicas, sociais e legais. Pretende-se consciencializar a comunidade médica e científica para a temática, simplificando e fornecendo novas ferramentas para a abordagem e orientação dos pacientes.

2 Métodos

Na identificação da literatura relevante foi definida uma estratégia de pesquisa, usando bases de dados como Pubmed, PsychInfo, Google Scholar e ResearchGate. As palavras-chave utilizadas para a identificação da mesma foram “BDSM”, “attachment”, “neurobiology”, “sexual behaviour”, “sexuality”, “pain”, “masochism”, “sadism”, “relationship”, “trauma”, “childhood”, “adverse childhood experience”, “personality”, “consent”, “stigma”, “paraphilia”, “satisfaction”, “pleasure”, “distress” e “coping”. Foram também analisadas referências secundárias.

3 Neurobiologia

3.1 Estruturas Cerebrais, Neurotransmissores e Hormonas

O comportamento sexual humano é regulado por estruturas subcorticais, como o hipotálamo, o tronco cerebral e a medula espinhal, e por várias áreas corticais cerebrais (Calabrò et al., 2019). O córtex cerebral desempenha um papel significativo em cada uma das fases do ciclo sexual humano. Os córtices sensorial e motor são responsáveis pelos movimentos voluntários e pela componente sensorial genital durante a atividade sexual, enquanto as áreas de associação estão envolvidas na inibição dos impulsos sexuais e indução da representação cognitiva de conteúdo erótico mediante a formação de imagens mentais (Georgiadis, 2015). A principal função da medula espinhal neste contexto é a tumescência peniana e clitoriana, lubrificação glandular vaginal e peniana e contração rítmica dos músculos do períneo. Os neurónios reticulares da medula e da formação reticular da ponte estão envolvidos na resposta à dor, na sensação genital, na deteção de níveis de CO₂ no sangue, mudanças da temperatura corporal e função cardiovascular (Calabrò et al., 2019).

Os estímulos sensoriais e visuais sexualmente relevantes são integrados por estruturas límbicas responsáveis pelo processamento emocional como a amígdala, a ínsula, o hipocampo e os núcleos septais, em conjunto com o hipotálamo, desencadeando respostas autonómicas (Rubin & Safdieh, 2008; Ferretti et al., 2005). O hipotálamo controla a componente autonómica e endócrina do comportamento sexual, sendo que o núcleo paraventricular está envolvido na secreção de oxitocina e vasopressina (Calabrò et al., 2019; Wuyts & Morrens, 2022). A amígdala está relacionada com a avaliação da relevância e integração de estímulos eróticos. O tálamo tem sido apontado como responsável pelo processamento de preferências sexuais e transmissão aos lobos temporais, onde se traduzem em complexas mudanças comportamentais (Calabrò et al., 2019; Kranz & Ishai, 2006). O tálamo não é apenas um centro de retransmissão da medula espinhal para o córtex e vice-versa, mas também de integração, ativo durante as fases de desejo, excitação e orgasmo (Calabrò et al., 2019).

Os estímulos olfatórios desempenham um papel importante na excitação sexual, apesar de não serem fundamentais. O rinencéfalo está intimamente relacionado com a

circunvolução do cíngulo, com o septo e com o hipocampo, envolvidos no processamento de informações emocionais e motivacionais e na modulação comportamental (Calabrò et al., 2019; Sennwald et al., 2016). De facto, alguns estudos têm demonstrado que a anosmia se traduz, no sexo masculino, numa redução de relacionamentos sexuais e, no sexo feminino, numa redução na confiança no parceiro. Na mesma linha, uma maior sensibilidade olfativa está associada a uma experiência sexual mais agradável, sobretudo no sexo masculino, e a maior frequência de orgasmos no sexo feminino. A relação entre a sensibilidade olfativa e a satisfação da interação sexual parece ser mediada pela excitação evocada por odores corporais do parceiro (Bendas et al., 2018; Cherry & Baum, 2020).

A nível central, o sistema dopaminérgico e serotoninérgico aparentam desempenhar um papel importante em diversos aspetos da resposta sexual, embora possam existir relevantes contribuições adicionais de sistemas de transmissores adrenérgicos, colinérgicos e de outros neuropéptidos. As vias neurais que permitem que a resposta sexual se torne rotineira ou automatizada, induzindo plasticidade e remodelação do comportamento, estão associadas ao reforço sexual positivo e incluem libertação de dopamina pelo sistema de recompensa (Calabrò et al., 2019).

O prazer sexual depende de neurónios dopaminérgicos do sistema de recompensa, localizados no mesencéfalo (pars compacta da substância nigra, área tegmental ventral) e da interação do sistema opioide-endocanabinóide (Wuyts & Morrens, 2022; Higgins & George, 2013). Este sistema modera a interação entre a ligação ao parceiro, motivação sexual e recompensa através de hormonas como a oxitocina, vasopressina, estrogénios e testosterona (Wuyts & Morrens, 2022). Os padrões de atividade cerebrais em contexto BDSM sugerem interação do opérculo parietal e do estriado ventral no sistema de prazer e recompensa, do córtex somatossensorial primário e secundário na perceção da dor, de circuitos relacionados à empatia, como o insula anterior, córtex cingulado anterior e córtex sensoriomotor, e o córtex frontal esquerdo no contexto de interações sociais e sexuais (Wuyts & Morrens, 2022; Dunkley et al., 2020).

A dopamina tem um efeito dose-dependente, facilitando ou inibindo a ereção e a ejaculação. Por sua vez, a serotonina provoca periféricamente a vasoconstrição e vasodilatação sanguínea dos órgãos sexuais, enquanto centralmente tem um papel

inibitório da função sexual, lubrificação e interesse sexual. A norepinefrina estimula a ereção peniana e pode reverter a inibição sexual após a exaustão. A acetilcolina está envolvida na ereção peniana e pode reverter as dificuldades sexuais induzidas por antidepressivos. A histamina facilita a ereção e modula o comportamento sexual e a libido (Wuyts & Morrens, 2022; Calabrò et al., 2019). As hormonas sexuais como a testosterona e os estrogénios desempenham um papel crítico na estimulação e manutenção da função sexual (Breslow et al., 1985). A prolactina fornece gratificação sexual após o ato sexual, mas em níveis elevados pode levar a impotência e perda de libido (Meston & Frohlich, 2000). No contexto BDSM, o cortisol é uma hormona a ter também em consideração, visto desempenhar um papel fundamental na resposta à dor e ao medo (Wuyts & Morrens, 2022). Os opioides podem causar disfunção sexual quando sua atividade é aumentada (Calabrò et al., 2019).

A serotonina, noradrenalina e dopamina atuam na inibição da dor através das vias inibitórias descendentes, envolvendo estruturas como o córtex pré-frontal, amígdala, hipotálamo e medula espinhal. Assim, esta inibição natural da dor é modulada por fatores como crenças, experiências pessoais e estado emocional. Na prática BDSM, a perspectiva da dor é regularmente antecipada com excitação, afetando o processamento sensorial (Dunkley et al., 2020).

A oxitocina e a vasopressina são hormonas hipotalâmicas importantes na modulação do comportamento social, sexual e emocional (Wuyts & Morrens, 2022). Esta modulação é conseguida através da via oxitocina-vasopressina, uma via neuroquímica complexa cuja regulação abrange experiências sociais seletivas e emocionalmente intensas como o comportamento sexual, parental e vinculação. A oxitocina é conhecida pelo seu papel na maternidade, lactação e parto, sendo também associada a comportamentos sociais como formação de laços afetivos, vinculação, escolha de parceiro, confiança e empatia. A vasopressina, por sua vez, está relacionada com a promoção do comportamento sexual principalmente no sexo masculino, formação de laços sociais, assim como comportamentos defensivos ou agressivos (Wuyts & Morrens, 2022; Carter, 2017).

3.2 Processamento da Dor e Prazer

Segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) a dor define-se como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada, ou semelhante à associada, a danos reais ou potenciais nos tecidos”. Por sua vez, a sensibilidade à dor define-se como a forma ou grau de intensidade de percepção da dor, enquanto a tolerância à dor pode ser definida como a intensidade máxima, de um estímulo produtor de dor, que um indivíduo consegue suportar numa determinada situação. O sistema nervoso periférico é provido de nociceptores que detetam sinais de dano reais ou potenciais nos tecidos (Dunkley et al., 2020). A dor aguda deteta, localiza e limita os danos teciduais e motiva geralmente o organismo a prevenir danos adicionais (Wuyts et al., 2021).

A dor não é um componente obrigatório na prática BDSM. Quando esta faz propositadamente parte da dinâmica, não é indesejada e tem como objetivo a obtenção de uma experiência emocional específica (Dunkley et al., 2020; Wuyts et al., 2021). No entanto, o mesmo não se aplica à vida quotidiana, o que poderia sugerir diferenças no processamento da dor na interação BDSM (Wuyts et al., 2021). As dinâmicas de poder são percecionadas como mais importantes do que a dor, e neste âmbito é usada para estabelecer, manter ou intensificar a diferença de poder entre parceiros (Dunkley et al., 2020). A experiência simultânea de prazer e dor deve-se em parte à sobreposição neurológica na regulação de ambas, sendo a modulação emocional da dor um fenómeno complexo e multifatorial (Wuyts & Morrens, 2022; Dunkley et al., 2020).

Os opioides endógenos e os endocanabinóides atenuam temporariamente a sensação dolorosa (Wuyts et al., 2021; Ossipov et al., 2010). Os nociceptores mecânicos da pele são especialmente eficazes na estimulação da libertação de endocanabinóides (Dunkley et al., 2020; Wuyts et al., 2021). Os nociceptores tendem a sensibilizar com a estimulação prolongada, surgindo assim uma resposta a sensações previamente inócuas. Existem diferenças individuais no limiar de sensibilização que contribuem para diferente extensão na percepção de dor como prazer (Dunkley et al., 2020). Tanto os opioides endógenos como os endocanabinóides estão intimamente relacionados com a modulação da dor por parte das vias inibitórias descendentes (Ossipov et al., 2010). Os endocanabinóides são amplamente expressos no sistema de prazer e recompensa

cerebral e relacionam-se diretamente com as hormonas sexuais e comportamento sexuais, inferindo-se um papel da excitação sexual no processamento da dor como prazer (Wuyts & Morrens, 2022; Dunkley et al., 2020).

A beta-endorfina, um biomarcador periférico comumente referido como a “hormona do prazer”, é um neuropéptido opioide endógeno envolvido no sistema de prazer e recompensa cerebral (Wuyts & Morrens, 2022). No entanto, a medição dos níveis sanguíneos pode não refletir a influência cerebral, pela sua incapacidade de atravessar a barreira hematoencefálica (Veening & Barendregt, 2015). Em alternativa, endocanabinóides como 2-aracondonoliglicerol (2-AG) e anandamida (AEA) atravessam esta barreira e estão envolvidos no sistema de recompensa, no controlo da dor, na depressão e na dependência de substância (Wuyts & Morrens, 2022). Por exemplo, o endocanabinóide 2-AG, envolvido na resposta sexual humana, encontra-se aumentado após o orgasmo (Fuss et al., 2017).

Na interação BDSM, o aumento dos níveis periféricos de endocanabinóides verifica-se sobretudo em indivíduos submissos (Wuyts et al., 2020). A percepção de *stress* físico e psicológico reiteradamente associada à prática contribui para o seu aumento (Wuyts & Morrens, 2022; Dunkley et al., 2020; Wuyts et al., 2020). Há evidência de prazer associado ao *stress* em outras atividades como desporto, corrida de longo curso, visualização de filmes de terror ou modificações corporais (Wuyts & Morrens, 2022; Wuyts et al., 2020). Alguns indivíduos descrevem a sua preferência BDSM como uma dependência e referem ter uma sensação de euforia ou exaltação durante a prática. Efetivamente, o sistema endocanabinóide está associado a processos neurobiológicos subjacentes a outras dependências como abuso de substância (Ossipov et al., 2010).

3.2.1 Limiares e Percepção da Dor

Em 2015, a Associação Americana de Psicologia (APA), descreve o limiar da dor como a quantidade de estímulo necessário para produzir uma sensação dolorosa, sendo dinâmico e influenciado por fatores biológicos e psicológicos como idade, género, personalidade, estilos de vinculação, cognição e contexto da dor (Wuyts & Morrens, 2022; Wuyts et al., 2021)

A idade avançada relaciona-se com um limiar de dor menor. A influência do gênero ainda não é clara, mas observou-se que o limiar de dor era mais elevado em mulheres homossexuais e bissexuais (De Neef et al., 2019; Wuyts et al., 2021). Traços de personalidade como maior extroversão e menor neuroticismo estão associados a limiares de dor mais elevados e também foram relacionados com o interesse BDSM. Por sua vez, os estilos de vinculação inseguros e aspectos da cognição da dor, como maior catastrofização, medo e/ou ansiedade, estão associados a uma diminuição do limiar da dor (Wuyts et al., 2021). A relação entre as emoções e a dor é bidirecional, influenciando-se mutuamente - emoções negativas parecem diminuir os limiares de dor, enquanto as positivas o parecem aumentar - fenômeno que foi denominado como “analgesia afetiva” (Dunkley et al., 2020).

A prática BDSM é frequentemente sexualizada, embora o contato ou gratificação sexual nem sempre sejam um pré-requisito (De Neef et al., 2019). As interações aparentam ser na sua maioria de natureza sexual e estão associadas à conexão emocional e interação sexual de longo prazo. Estas interações desencadeiam mecanismos semelhantes aos envolvidos na excitação e prazer sexual (Wuyts et al., 2020). A excitação sexual por sua vez influencia os limiares de dor, ocorrendo uma diminuição da sensibilidade à dor com o orgasmo e interação sexual (Wuyts & Morrens, 2022).

Os indivíduos que praticam BDSM (tanto dominantes quanto submissos) aparentam ter limiares de dor mais altos após a interação, possivelmente devido aos níveis aumentados de endocanabinóides e excitação sexual durante a interação (Dunkley et al., 2020; Wuyts et al., 2021). Para além disto, estes indivíduos podem estar mais familiarizados com certos tipos de dor, resultando num condicionamento afetivo diferencial dos estímulos dolorosos (Wuyts et al., 2021).

No grupo dominante o prazer provém maioritariamente do poder percebido em relação ao parceiro dominante (e não pela dor infligida), com aumento significativo de endocanabinóides aquando de práticas destas dinâmicas de poder (Wuyts et al., 2020).

O grupo submisso mostra um aumento temporário da tolerância à dor após a interação BDSM, com níveis elevados de endocanabinóides e tendência a menor catastrofização da dor. Fatores psicológicos como a ligação e confiança no parceiro, tal

como a natureza voluntária e negociada da dor, parecem contribuir para o aumento deste limiar (Dunkley et al., 2020; Wuyts et al., 2021). Os níveis de cortisol, hormona presente na resposta à dor e ao medo, parecem aumentar, fruto da estimulação física e psicológica (Wuyts & Morrens, 2022; Wuyts et al., 2020). Além disso, o medo pode conduzir à libertação de opioides endógenos, inibindo a dor e contribuindo para a excitação e antecipação (Dunkley et al., 2020). Este grupo retira prazer desta estimulação e *stress*, existindo uma forte associação entre os níveis de cortisol e os de endocanabinóides, ambos elevados (Wuyts et al., 2020). Devido à natureza da interação BDSM, este grupo é exposto a estímulos dolorosos com maior frequência, o que pode, a longo prazo, conduzir a habituação/dessensibilização e aumento dos limiares de dor (Wuyts et al., 2021). Globalmente, a literatura sugere, independentemente do contexto, uma resposta diferente dos indivíduos ao estímulo álgico, apesar da sua influência no processamento e cognição da dor (Wuyts & Morrens, 2022).

4 Vertente Psicossocial

4.1 Estilos de Vinculação

Segundo a Associação Americana de Psicologia (2015), o estilo de vinculação descreve a forma característica do relacionamento interpessoal no contexto de uma relação íntima. Este é influenciado largamente pela autoestima e confiança interpessoal. Teoricamente, o grau de segurança na vinculação em adultos relaciona-se diretamente com a qualidade da vinculação durante a infância.

A teoria da vinculação desenvolvida por Bowlby e Ainsworth em 1956 descreve a natureza dos laços afetivos entre indivíduos, sendo as emoções fundamentais à sobrevivência. Esta postula que o ser humano possui uma necessidade inata de formar laços afetivos fortes e duradouros, em especial os que oferecem segurança e proteção (Bowlby, 1969). A figura de vinculação é fundamental para a formação da vinculação saudável na infância, através da assimilação dos modelos comportamentais mediante interações recorrentes, moldando as relações interpessoais futuras do indivíduo. Ainsworth desenvolveu o "*Strange Situation Procedure*", um estudo observacional onde identifica as diferenças individuais na vinculação entre a díade mãe-filho, nomeando dois estilos de vinculação: estilo seguro e estilo inseguro (subdivisível em estilo ansioso-ambivalente e evitante) (Ainsworth et al., 1978). Mais tarde, propôs-se a inclusão do estilo de vinculação desorganizado, visto distinguir-se dos três já estabelecidos. Assim, o modelo de quatro estilos de vinculação foi amplamente adotado pela comunidade médica e científica (Main & Solomon, 1986).

O estilo de vinculação seguro, o mais prevalente, é caracterizado pela proteção, conforto e confiança na disponibilidade e acessibilidade emocional dos cuidadores. ^[29] (Ainsworth et al., 1978) A criança mostra-se angustiada quando separada e alegre quando reunida com o cuidador, sentindo segurança em relação ao seu regresso. Quando assustadas, sentem-se confortáveis na procura de conforto. As figuras de vinculação proporcionam assim uma base segura nas situações de adversidade, sendo as crianças sensíveis e responsáveis e apresentando os indivíduos baixos níveis de ansiedade e evitamento (Ainsworth et al., 1978; Hazan & Shaver, 1987; Mikulincer & Shaver, 2007). Na vida adulta, este estilo de vinculação combina uma visão positiva de

si mesmo como digno de amor, e uma visão positiva dos outros como geralmente responsivos, recetivos e compreensivos, facilitando a resiliência e resultados positivos ao longo da vida, nos diversos contextos (American Psychological Association, 2015; Mikulincer & Shaver, 2007; Bartholomew & Horowitz, 1991).

O estilo de vinculação inseguro é caracterizado por inconsistência e/ou rejeição do cuidador e traduzida na carência de segurança, proteção e/ou conforto na relação (American Psychological Association, 2015), distinguindo-se três estilos inseguros:

- o estilo ansioso-ambivalente, caracterizado por fraca disponibilidade do cuidador, insegurança no vínculo, forte necessidade de proximidade com o outro, preocupação com o relacionamento e medo de rejeição. A criança mostra-se angustiada com a ausência dos cuidadores. Fruto da pouca disponibilidade dos cuidadores, estas não dependem dos mesmos para situações de adversidade. Estes indivíduos apresentam níveis elevados de ansiedade e baixos de evitamento. Regularmente estabelecem relações nas quais cuidam ou são cuidados de forma excessiva, com baixa flexibilidade cognitiva e emotiva na alternância de papéis (American Psychological Association, 2015; Ainsworth et al., 1978; Main & Solomon, 1986; Hazan & Shaver, 1987).
- o estilo evitante, caracterizado por insegurança no vínculo, autossuficiência compulsiva, desconforto na intimidade e preferência pela distância emocional dos outros. A criança tende a evitar os cuidadores, não mostrando preferência entre o cuidador ou um estranho. Crianças que são punidas por dependerem de um cuidador aprendem a evitar pedir ajuda no futuro, podendo este estilo de vinculação ser resultado de cuidadores abusivos ou negligentes. Dada a não responsividade dos cuidadores, têm tendência a mostrar dificuldade em confiar no outro. Estes indivíduos apresentam níveis elevados de evitamento, procurando evitar cuidar e ser cuidado por considerarem esta situação uma dependência desagradável (American Psychological Association, 2015; Ainsworth et al., 1978; Main & Solomon, 1986; Hazan & Shaver, 1987).
- e o estilo desorganizado, caracterizado por insegurança no vínculo, incoerência e/ou inconsistência no comportamento em relação ao cuidador e ausência de estratégias eficazes de regulação emocional. A criança pode evitar ou resistir ao

cuidador, apresentando comportamentos desorganizados, desorientados ou confusos na sua presença. Este estilo de vinculação pode estar relacionado com comportamento inconsistente do cuidador, que poderá ser fonte de conforto e/ou de medo (Main & Solomon, 1986; Lyons-Ruth, 1996).

O desenvolvimento dos estilos de vinculação pode ser influenciado por diversos fatores, como a presença de oportunidades de vinculação e a qualidade do suporte parental. Como tal, é essencial a presença de um cuidador principal confiável para a criação de uma vinculação segura, por meio de uma relação responsiva e consistente. Por exemplo, um estudo americano de longa duração acompanhou uma amostra significativa de cuidadores e crianças e, analisando os estilos de vinculação aos 18 anos, constatou que os estilos inseguros se relacionavam com menor apoio parental, famílias instáveis e menor qualidade nas relações de amizade na adolescência. Embora as experiências precoces positivas prevejam uma vinculação segura e as negativas uma vinculação insegura, há fatores individuais que influenciam a vinculação e podem contrariar esta tendência (Fraley & Roisman, 2019).

Na vida adulta, os estilos de vinculação nos relacionamentos românticos não são necessariamente correspondentes aos da infância, mas sugeriu-se serem idênticos (Hazan & Shaver, 1987). Os relacionamentos românticos funcionam como relações de vinculação, onde existe uma procura de proximidade do parceiro em situações de adversidade, visando aliviar o sofrimento e promover o conforto e segurança (Mikulincer & Shaver, 2012). Indivíduos com um estilo de vinculação seguro na infância tendem a apresentar, na vida adulta, autoestima elevada, relações seguras, boa capacidade relacional e níveis mais baixos de ansiedade e de sintomas depressivos. Indivíduos com estilo de vinculação ansioso mostram mais desconfiança no parceiro e têm maior necessidade de intimidade, ao passo que com vinculação evitante tendem a isolar-se, distanciar-se emocionalmente e priorizar o próprio em deterioramento do relacionamento (Kim & Miller, 2020). Os estilos de vinculação são voláteis e, em relações românticas estáveis de longa duração, o estilo inseguro tende a evoluir em direção a um estilo seguro. A diminuição do estilo ansioso está associada a relações que promovam a autoconfiança, autoestima e objetivos de vida pessoais, num processo gradual e diádico de validação das qualidades individuais, incentivo de interesses independentes e de

objetivos pessoais. Por sua vez, a diminuição do estilo evitante associa-se a relações que envolvem dependência positiva, sendo a confiança e a gestão de situações de adversidade com parceiros disponíveis crucial para contrariar o estilo evitante e gerar sentimentos positivos (Arriaga et al., 2018).

De acordo com estudos recentes, existe uma relação entre os estilos de vinculação e a preferência BDSM. O início precoce do interesse BDSM pode ser previsto por um estilo de vinculação seguro (Wuyts & Morrens, 2022). Indivíduos com um estilo de vinculação seguro têm maior facilidade no estabelecimento de confiança e abertura à exploração da sexualidade, pelo que é expectável uma prevalência alta deste estilo, visto a necessidade de confiança e a natureza da prática BDSM (De Neef et al., 2019; Ten Brink et al., 2021). Os praticantes BDSM apresentam em geral estilos de vinculação mais seguros e, simultaneamente, mais desorganizados em comparação com os não praticantes (Ten Brink et al., 2021; Pieters et al., 2021). Ao invés, a vinculação insegura evitante associa-se a menor probabilidade de interesse BDSM (Pieters et al., 2021). Apesar de a vinculação segura se relacionar com maior probabilidade de cedência do controlo, necessária à identidade submissa, o estilo de vinculação seguro foi associado à identidade dominante, enquanto os estilos inseguros às identidades submissa e *switch*. Existe a hipótese de que a relação entre a vinculação segura e o papel dominante no contexto BDSM é bidirecional, pois o indivíduo dominante recebe a confiança do parceiro submisso, o que contribui para a vinculação segura (Wismeijer & Van Assen, 2013; Ten Brink et al., 2021; Hébert & Weaver, 2014). Os praticantes de BDSM tendem a ser menos sensíveis à rejeição, mais confiantes nos relacionamentos e ter menos necessidade de aprovação (De Neef et al., 2019; Hébert & Weaver, 2014). No entanto, a maioria dos estudos refere que as evidências oferecem fraco suporte para a relação entre os estilos de vinculação e a prática BDSM, que podem estar sujeitos a viés de seleção, e que por outro lado não se encontram diferenças significativas nos estilos de vinculação entre os subgrupos BDSM e a população geral (Wismeijer & Van Assen, 2013; Arriaga et al., 2018; Hébert & Weaver, 2014; Brown et al., 2020).

Assim, os praticantes de BDSM apresentam um predomínio do estilo de vinculação seguro, alinhando-se com a hipótese de a prática BDSM ser uma atividade de lazer recreativo ao invés de patológica (Ten Brink et al., 2021).

4.2 Estilos Parentais

As experiências de vinculação são cruciais para o desenvolvimento emocional e cognitivo humano. As interações precoces com o cuidador primário, assim como o estilo parental da infância e a dinâmica dos cuidadores como casal, pode moldar as dinâmicas relacionais no adulto e influenciam as expectativas, emoções e comportamentos relacionais em futuros relacionamentos (De Neef et al., 2019; Doinita & Maria, 2015). Com o crescimento e aumento do círculo social, a figura de vinculação desloca-se do cuidador primário para novos elementos como amigos e parceiros românticos (Doinita & Maria, 2015).

Os estilos parentais referem-se a comportamentos específicos adotados na interação dos cuidadores com as suas crianças, com o objetivo de cuidar, educar e instruir em diversos domínios (como académico, social e afetivo). Este reflete o clima emocional da relação e revela-se em aspetos como tom de voz, linguagem corporal, formalidade do trato e mudanças de humor (American Psychological Association, 2015; Brown et al., 2020). Uma das classificações mais influentes foi desenvolvida pela psicóloga Diana Baumrind e categoriza quatro estilos parentais distintos (American Psychological Association, 2015; Pieters et al., 2021):

- Estilo parental autoritário – é caracterizado pela imposição de obediência e respeito pelo cuidador, com baixo afeto, reciprocidade e equilíbrio de poder. O cuidador apresenta alta exigência, desvaloriza a colaboração e diálogo e procura impor padrões de comportamento rígidos com uso de punição física e psicológica (American Psychological Association, 2015; Brown et al., 2020; Doinita & Maria, 2015). Embora a criança possa apresentar bom rendimento escolar, pode ter tendência a mentir e a exibir comportamentos agressivos, depressivos, ansiosos (Pinquart & Kauser, 2018). Conduz com maior probabilidade a uma vinculação insegura ansiosa e a disparidade hierárquica em futuras dinâmicas relacionais e sexuais (Breslow et al., 1985; Doinita & Maria, 2015).
- Estilo parental democrático/autoritativo – é caracterizado pela tolerância e exigência do cuidador. Este incentiva a autonomia da criança, mas estabelece regras e imposições claras e supervisiona a conduta. Associa-se a aspetos positivos como assertividade, responsabilidade social e bom desenvolvimento psicológico

(American Psychological Association, 2015; Brown et al., 2020; Doinita & Maria, 2015; Pinquart & Kauser, 2018). Existe uma correlação significativa entre o desenvolvimento de vinculação segura e estilo parental democrático/autoritativo (Doinita & Maria, 2015).

- Estilo parental permissivo – é caracterizado pela compreensão, tolerância e afetuosidade do cuidador. Este faz poucas exigências e evita punições e imposição de regras, apresentando dificuldade em estabelecer limites e permitindo comportamentos inadequados. As crianças são responsáveis pelas suas decisões (American Psychological Association, 2015; Brown et al., 2020; Doinita & Maria, 2015). Conduz com maior probabilidade a uma vinculação insegura (Doinita & Maria, 2015).
- Estilo parental negligente – é caracterizado pela falta de responsividade e exigência do cuidador. Este é pouco solidário, não monitora ou limita o comportamento e é mais atento às suas próprias necessidades do que às da criança (American Psychological Association, 2015; Pieters et al., 2021). Conduz com maior probabilidade a uma vinculação insegura (Doinita & Maria, 2015).

Existem poucos dados sobre a relação entre os estilos parentais e o interesse BDSM. Como já mencionado, os praticantes de BDSM apresentam predominantemente um estilo de vinculação seguro, que se associa tendencialmente a um estilo parental autoritativo (Ten Brink et al., 2021; Pieters et al., 2021; Doinita & Maria, 2015). Por sua vez, a vinculação insegura evitante associa-se tendencialmente a estilos parentais de baixa responsividade e a menor interesse BDSM. ^[40, 43] (Pieters et al., 2021; Doinita & Maria, 2015).

4.3. Personalidade

Para estudo dos fatores de personalidade associados às práticas sexuais, o modelo de personalidade *Big Five* ou “Inventário dos Cinco Grandes Fatores da Personalidade” é amplamente aceite. A versão portuguesa deste modelo de personalidade mostrou-se, em geral, adequada ao nível da sua confiabilidade e validade (Brito-Costa et al., 2015). Este modelo descreve cinco principais dimensões primárias das diferenças individuais na personalidade (Wismeijer & Van Assen, 2013; American Psychological Association, 2015; Brito-Costa et al., 2015):

- Extroversão – caracterizada por uma orientação do interesse e energias para o mundo exterior, ao invés do mundo interior da experiência subjetiva. Estes indivíduos tendem a ser sociáveis, energéticos, comunicativos e assertivos (American Psychological Association, 2015).
- Neuroticismo – caracterizado por contínua instabilidade emocional e tendência a sofrimento psicológico (American Psychological Association, 2015).
- Amabilidade – caracterizada pela tendência a ser compassivo e empático e agir de forma cooperativa e altruísta (American Psychological Association, 2015).
- Conscienciosidade – caracterizada pela tendência a ser organizado, responsável, trabalhador e confiável (American Psychological Association, 2015).
- Abertura a experiências – caracterizada pela tendência a ser curioso, criativo e aberto a novas experiências culturais, intelectuais, sensoriais e emocionais (American Psychological Association, 2015).

Na população geral, a extroversão tende a estar positivamente relacionada à atratividade sexual, enquanto o neuroticismo tende a estar negativamente relacionado à estabilidade e satisfação conjugal. Por sua vez, a amabilidade é negativamente associada a comportamentos obscenos e inadequados, a abertura a experiências está positivamente associada a uma maior experiência e conhecimento sexual, e a conscienciosidade está negativamente associada a atitudes sexuais liberais e promiscuidade (Wismeijer & Van Assen, 2013; Hébert & Weaver, 2014).

Na investigação de características negativas da personalidade humana, a *Dark Triad* ou “Tríade Negra” evidencia três principais (Brown et al., 2020): narcisismo (falta de empatia, visão exagerada do próprio, necessidade de admiração), maquiavelismo (falta

de empatia, tendência a manipular e explorar o outro) e psicopatia (falta de empatia, impulsividade, ansiedade) (American Psychiatric Association, 2013; American Psychological Association, 2015).

Os praticantes BDSM não diferem significativamente da população geral em traços de personalidade como honestidade, humildade, emotividade e empatia, mas apresentam menor altruísmo (Hébert & Weaver, 2014). Similarmente, não diferem significativamente nos níveis de sintomas de perturbação de personalidade histriónico, evitativa ou dependente, nem evidenciam maior incidência de personalidade borderline (Brown et al., 2020). A psicopatia, um traço de personalidade incluído na Tríade Negra, associa-se positivamente a fantasias impessoais (Brown et al., 2020). A procura de sensações e a impulsividade podem motivar a exploração de novos ou mais intensos interesses sexuais (De Neef et al., 2019). Apesar da discrepância na literatura, os praticantes tendem a exibir níveis mais elevados de extroversão, conscienciosidade e abertura a experiências e níveis mais baixos de neuroticismo, amabilidade e sensibilidade à rejeição (Wismeijer & Van Assen, 2013; De Neef et al., 2019; Brown et al., 2020).

Existem algumas diferenças entre os indivíduos submissos e dominantes. Os indivíduos submissos tendem a apresentar níveis mais elevados de emotividade, sensibilidade à rejeição e dependência. Ao invés, os indivíduos dominantes tendem a apresentar níveis mais baixos de amabilidade e neuroticismo e mais elevados de desejo de controlo, sintomas narcisistas e histriónicos (Wismeijer & Van Assen, 2013; Hébert & Weaver, 2014; Brown et al., 2020).

Por último, é importante destacar que as características de personalidade não preveem significativamente comportamentos ou interesse BDSM na idade adulta (Hillier, 2019).

4.4 Experiências Adversas na Infância

As experiências adversas na infância caracterizam-se por eventos potencialmente traumáticos ou causadores de *stress* nos primeiros 18 anos de vida. Estas experiências incluem, entre outros, situações de maus-tratos como abuso emocional, físico e/ou sexual, negligência emocional e/ou física, violência coletiva, pelos pares ou comunidade, assim como crescimento num ambiente desfavorável à segurança, estabilidade e vinculação, presente em situações de uso de substâncias, violência doméstica ou doença mental de um cuidador principal e eventos como divórcio, separação ou prisão dos cuidadores (Boullier & Blair, 2018; World Health Organization, 2018).

A ocorrência de experiências adversas na infância pode comprometer a formação de vinculação segura, competências sociais e emocionais, afetar o desenvolvimento cerebral, imunológico e endócrino e aumentar a probabilidade de adoção de comportamentos de risco, sexuais ou para a saúde, como uso de substâncias. Estes fatores conduzem a um risco aumentado de doença no adulto incluindo cancro, doença cardiovascular, pulmonar ou hepática, perturbação de *stress* pós-traumático e sofrimento psicológico (Boullier & Blair, 2018; Thompson et al., 2017; Cascalheira et al., 2021). A partir dos 6 anos de idade, a exposição a quatro ou mais experiências adversas quase triplica a taxa de patologia em comparação com a ausência de exposição a experiências adversas (Boullier & Blair, 2018).

Em relação ao interesse BDSM, alguns autores sugerem-no como mecanismo mal adaptativo, resultante de experiências adversas na infância (Ten Brink et al., 2021). Embora o trauma na infância tenha sido implicado na modulação do comportamento sexual, não existem dados suficientes para clarificar a relação entre trauma e interesse BDSM (Ten Brink et al., 2021; Hébert & Weaver, 2014; Cascalheira et al., 2021). Os praticantes relatam níveis mais elevados de abuso físico na idade adulta, mas não surgiram diferenças significativas para experiências adversas na infância (Ten Brink et al., 2021; Hébert & Weaver, 2014). Todavia, encontrou-se alguma relação entre o trauma e a prática BDSM na comunidade, sobretudo em indivíduos submissos (De Neef et al., 2019; Ten Brink et al., 2021). Os estudos encontram uma fraca associação entre o interesse BDSM e o trauma, não sendo este um forte preditor para a sua intensidade,

nem podendo ser assumido como precipitante do interesse (Ten Brink et al., 2021; Hillier, 2019)

No processamento do trauma, em situações desagradáveis ou de *stress* estão envolvidas estratégias de *coping*, caracterizadas por uma ou mais ações e processamento cognitivo utilizados para as enfrentar (American Psychological Association, 2015). As estratégias de *coping* podem ser classificadas como adaptativas - incluindo procura de soluções e apoio nos pares ou profissional, otimismo, flexibilidade emocional, autocuidado e crescimento pessoal - ou como mal adaptativas - incluindo evitamento, uso de substâncias, autocritica, sentimento de culpa, isolamento social, negação e ruminação (Ten Brink et al., 2021; Brown & Bond, 2019). Nas condições apropriadas, a prática BDSM poderá funcionar como estratégia adaptativa de *coping* em resposta ao trauma, alinhada a elementos terapêuticos. Sugere-se que cerca de 40% da comunidade BDSM utilize a prática como estratégia de *coping* para o *stress*. Os relacionamentos BDSM proporcionam um ambiente seguro, baseado em confiança, honestidade, abertura e cuidado ao parceiro, abrindo as portas à regulação emocional e recuperação do trauma, com a oportunidade de reformular a sexualidade como algo positivo e capacitante (Ten Brink et al., 2021; Cascalheira et al., 2021; Speciale & Khambatta, 2020; Ansara, 2019).

Assim, a prática BDSM associa-se a benefícios duradouros como processamento do trauma (incluindo traumas relacionados com heterossexismo, transfobia e discriminação), melhoria da autonomia e dos relacionamentos românticos (Speciale & Khambatta, 2020). Estes achados contestam o BDSM como estratégia de *coping* mal adaptativo para experiências adversas da infância.

5 BDSM na Sexualidade

5.1 Satisfação e Prazer

Apesar de nem sempre associada a contacto ou gratificação sexual, (De Neef et al., 2019; Simula, 2019) a prática BDSM é vista pela maioria como um jogo consensual, cujo principal objetivo é o prazer, originário tanto da estimulação física como da psicológica (Wuyts & Morrens, 2022; Dunkley et al., 2020; Faccio et al., 2014). Adicionalmente, este visa o alívio do *stress* diário e do sofrimento emocional (Dunkley et al., 2020; Cascalheira et al., 2021). A relação sexual no contexto BDSM difere significativamente da relação fora do contexto, priorizando-se tendencialmente a experiência emocional e mental ao invés da experiência física (Simula, 2019). A associação do prazer e da dor, a antecipação positiva da mesma e a troca de poder associada à prática são mecanismos chave de prazer e parecem potenciar a satisfação sexual (Wuyts & Morrens, 2022; De Neef et al., 2019; Dunkley et al., 2020; Wuyts et al., 2020; Ansara, 2019; Dunkley & Brotto, 2018). No indivíduo dominante, o prazer provém da troca de poder e da sensação de realização ao provocar mudanças físicas, emocionais ou psicológicas no parceiro (Hébert & Weaver, 2014; Newmahr, 2010). No indivíduo submisso, o prazer relaciona-se com a resposta à excitação, antecipação e *stress* positivo, estando a intensidade da dor sentida e o número de regiões estimuladas fortemente correlacionada com a quantidade de prazer percebido subjetivamente (De Neef et al., 2019; Wuyts et al., 2020). Tanto os indivíduos dominantes como os submissos reportam prazer em satisfazer o parceiro (Hébert & Weaver, 2014).

Níveis mais baixos de satisfação sexual estão frequentemente associados a ausência de realização de fantasias ou práticas sexuais desejadas. O interesse BDSM tende a refletir-se em níveis mais elevados de satisfação sexual em relação à população não-BDSM (Strizzi et al., 2022). Além disso, os praticantes de BDSM relataram ter o mesmo nível de satisfação sexual em contextos não-BDSM (Pascoal et al., 2015).

Em todos os relacionamentos existe um benefício no envolvimento conjunto em novas experiências e desafios, fomentando a autodescoberta e heterodescoberta, com aumento consequente da satisfação e da proximidade no relacionamento (Campbell & Simpson, 2013). Como já referido na presente revisão, a prática BDSM geralmente

implica confiança entre os parceiros, ferramenta essencial para a construção de relacionamentos saudáveis e para a modulação emocional da dor como prazer (Dunkley et al., 2020). Deste modo, e em linha com as diferenças hormonais encontradas por diversos estudos, a possível priorização da experiência emocional e mental complementar à física no contexto sexual, o envolvimento conjunto em novas experiências e desafios e a confiança implícita na prática, é sugerido que a prática BDSM possa associar-se a um aumento na intimidade e conexão no relacionamento (Wuyts & Morrens, 2022; Simula, 2019; Rogak & Connor, 2018). Não foram verificadas diferenças significativas na satisfação no relacionamento entre praticantes e não praticantes (Campbell & Simpson, 2013).

5.2 Sofrimento e *Distress*

A prática BDSM é uma prática sexual consensual que envolve comportamentos e interesses sexuais considerados atípicos ou desviantes da norma, podendo por isso ser considerado uma parafilia, mas não necessariamente uma perturbação parafilica (Andrieu et al., 2019). A classificação como perturbação parafilica ocorrerá se e só se a prática causar sofrimento ou incapacitação ao indivíduo ou provar dano ou risco de dano a qualquer um dos intervenientes (American Psychiatric Association, 2013). Apesar de os critérios para sofrimento ou incapacitação serem vagos e pouco clarificados, a avaliação dos mesmos é importante para diagnosticar uma possível perturbação, incluindo quando o indivíduo mostra *distress* em relação aos seus interesses e comportamentos associados (Ten Brink et al., 2021; Speciale & Khambatta, 2020; Dunkley & Brotto, 2020; Krueger et al., 2017).

O stress pode facilitar ou inibir a função sexual. O stress é uma componente presente, apreciada e potencialmente prazerosa na prática BDSM (Wuyts & Morrens, 2022; Wuyts et al., 2020). O stress crónico, incluindo o stress diário, parece ter um efeito tendencialmente negativo (Brotto et al., 2016). A prática BDSM pode assumir uma forma terapêutica e curativa para lidar com experiências de vergonha, trauma, desconforto e stress, em semelhança a diversos tipos de terapia (Dunkley et al., 2020; Ten Brink et al., 2021; Cascalheira et al., 2021).

A prática BDSM não está associada a níveis mais elevados de *distress* e os indivíduos podem experimentar níveis variados de *distress* em diferentes aspectos da sua vida sexual, tanto no contexto BDSM como não-BDSM (Wismeijer & Van Assen, 2013; Newmahr, 2010). Na verdade, os indivíduos do sexo masculino reportam menor *distress* psicológico e menor *distress* sexual em relação ao desejo sexual, obtenção e manutenção da excitação sexual e inibição do orgasmo, mas não em relação ao orgasmo prematuro e anorgasmia (Wismeijer & Van Assen, 2013; Hébert & Weaver, 2014; Pascoal et al., 2015). Por sua vez, no sexo feminino verificam-se níveis semelhantes *distress*, com exceção de menor dificuldade em manter a excitação sexual, principalmente pela prática ser centrada na troca de poder e *roleplaying*, desviando a atenção de outras componentes causadoras de *distress* como a aparência física, sexualização do corpo e desempenho sexual (Pascoal et al., 2015).

O estigma é ainda uma causa importante de sofrimento e *distress* associada à prática, o que pode ser a causa subjacente da maior taxa de ideação e tentativa de suicídio neste grupo (Coppens et al., 2020; Wright, 2018). Existe alguma angústia e stress associados à necessidade de esconder ou revelar o interesse e atividade BDSM quer ao círculo social, profissional e familiar, quer aos profissionais de saúde por preocupações com confidencialidade e pela possível desaprovação e/ou repercussões legais (De Neef et al., 2019; Barker et al., 2007; Brown et al., 2020; Dunkley & Brotto, 2018; Wright, 2018; Richters et al., 2008). Identificam-se também outras causas de sofrimento psicológico relacionados à prática, como dificuldade em encontrar parceiros compatíveis (Ten Brink et al., 2021; Speciale & Khambatta, 2020).

5.3 Estados Alterados de Consciência

Os estados alterados de consciência são caracterizados por um funcionamento psicológico que difere significativamente dos estados normais de consciência, sendo esta uma experiência amplamente subjetiva que pode incluir alterações no nível de autoconsciência, afeto, orientação no espaço e no tempo, responsividade a estímulos externos e sensação de êxtase, entre outros (American Psychological Association, 2015).

No contexto BDSM, os indivíduos, especialmente os submissos, podem utilizar este estado alterado de consciência de forma prazerosa, já que lhes permite um foco nas sensações físicas e mitigação da ansiedade antecipatória da dor. A prática de *mindfulness*, como concentração na respiração, pode ampliar esta consciência do momento presente. A dor facilita o foco no momento presente, proporcionando alívio temporário do *stress* psicológico não obstante o *stress* fisiológico. De facto, esta libertação psicológica é uma das componentes mais procuradas pelos praticantes (Andrieu et al., 2019; Dunkley et al., 2020).

6 Consentimento

O consentimento tem um papel crucial na prática BDSM e é fundamental na diferenciação da prática de uma perturbação parafílica, apresentando-se de diversas formas durante toda a prática ou ato sexual (Dunkley & Brotto, 2020). Este define-se como um acordo consciente, informado, contínuo e dinâmico entre as partes envolvidas em atividades mutuamente benéficas, que não envolve coerção ou pressão, clarificando-se desejos e limites (Dunkley & Brotto, 2020; Holt, 2016).

Em concordância, tem existido uma crescente despatologização da prática de BDSM. O DSM-5 introduziu uma distinção entre parafilia e perturbação parafílica, sendo que o diagnóstico de perturbação parafílica requer que a prática não seja consentida por todos os intervenientes, cause sofrimento, incapacitação, dano ou risco de dano a qualquer um dos intervenientes (American Psychiatric Association, 2013). De forma análoga, o ICD-11 removeu as categorias de diagnóstico para comportamentos sexuais consensuais ou solitários que não envolvem risco significativo de dano (que requer atenção médica) ou morte (como asfixiofilia) para nenhum dos intervenientes, incluindo o sadomasoquismo consensual, e substituiu-o pela Perturbação de Sadismo Sexual Coercivo (Krueger et al., 2017; World Health Organization, 2023). Apesar disso, o DSM-5 continua a incluir o sadismo sexual e o fetichismo, sendo recomendado por alguns autores a substituição por novos diagnósticos baseados no consentimento (De Neef et al., 2019; Andrieu et al., 2019).

A prática BDSM assenta em princípios basilares como consentimento, negociação, flexibilidade de papéis, satisfação mútua e utilização de palavras de segurança/chave, assim como a cuidados e revisão após a prática com vista a manter um ambiente aberto e seguro (Dunkley et al., 2020; Cascalheira et al., 2021; Faccio et al., 2014; Dunkley & Brotto, 2018). As palavras-chave ou de segurança são códigos verbais que garantem o consentimento contínuo, sinalizando o fim da atividade a qualquer momento e permitem anular as dinâmicas de poder (Dunkley & Brotto, 2020). Na troca de poder, o indivíduo submisso consente a cedência do poder ao indivíduo dominante. Todavia, o indivíduo submisso tem tanto ou mais poder que o indivíduo dominante, uma vez que pode retirar o seu consentimento em qualquer momento da prática (Dunkley et al., 2020). Para os praticantes com antecedentes pessoais de trauma, o consentimento

ganha especial importância, proporcionando um sentimento de controle e segurança (Ansara, 2019). Desta forma, o consentimento pode ser visto como uma ferramenta essencial para promover a segurança física, emocional e psicológica na prática BDSM, proporcionando um ambiente seguro e positivo para a exploração sexual.

A obtenção de consentimento é um processo complexo (Simula, 2019). Existem três modelos éticos/de consentimento principais usados na prática BDSM:

- *Safe, Sane and Consensual (SSC)* – o modelo “seguro, lúcido e consensual” enfatiza a importância da segurança física e emocional e da plenitude das faculdades mentais e capacidade de decisão informada, para prestação do consentimento em todas as atividades (Ansara, 2019; Simula, 2019).
- *Risk-Aware Consensual Kink (RACK)* – o modelo “*kink* consensual ciente dos riscos” enfatiza a consciência dos riscos, reconhecendo os riscos inerentes a algumas atividades e adotando medidas para minimizar estes riscos (Ansara, 2019; Simula, 2019).
- *Caring, communication, consent and Caution (4Cs)* – o modelo “Cuidado, Comunicação, Consentimento e Cautela” enfatiza a importância do auto e heterocuidado, comunicação clara e contínua, obtenção de consentimento e proceder com cautela, reconhecendo que a prática BDSM pode ser emocionalmente e fisicamente intenso (Ansara, 2019; Williams et al., 2014). Este mais recente modelo engloba os dois modelos anteriores e incorpora as dimensões da comunicação e cuidado, sendo que o consentimento se apresenta em três níveis distintos: consentimento superficial (simples “sim” ou “não”); consentimento da cena (negociação dos parâmetros da atividade pelo dominante e/ou submisso) e consentimento profundo (consciência do dominante da habilidade ou capacidade mental do submisso para usar uma palavra de segurança durante a prática) (Dunkley & Brotto, 2020; Williams et al., 2014).

As violações de consentimento podem ocorrer dentro e fora do contexto BDSM, constituindo um abuso (Krueger et al., 2017). Caso esta violação aconteça, é importante identificá-la, compreender o seu impacto, promover a cura e garantir a não repetição. As comunidades BDSM educam os seus membros em diversos campos, com especial atenção ao consentimento e segurança (Dunkley & Brotto, 2018). No entanto, indivíduos

com psicopatologia podem esconder-se na comunidade BDSM e usar indevidamente a prática para cometer abuso sexual. Os praticantes enfrentam dificuldades adicionais na denúncia, pelo estigma associado e as circunstâncias do abuso (Holt, 2016).

Em suma, é fundamental a obtenção adequada do consentimento, consciente da sua característica contínua e dinâmica durante toda a duração da prática BDSM. Este permite uma prática física, emocional e psicologicamente segura para os intervenientes.

7 Estigma

O estigma é descrito como a atitude social negativa ligada a uma característica de um indivíduo, implicando desaprovação social e possível discriminação e exclusão injusta (American Psychological Association, 2015). Em relação à prática BDSM, o estigma resulta da ligação da sexualidade com a dor, exibição de poder e humilhação, em vez do romance e da ternura (De Neef et al., 2019). As atitudes estigmatizantes em relação à prática incluem crença da prática como social e moralmente errada, associação a violência não consensual, falta de tolerância em relação aos praticantes e crença que os papéis submissos e dominantes da prática se traduzem em outros domínios da vida quotidiana (Yost, 2010). O estigma torna-se ainda mais pronunciado quando associado a outras características como deficiência, identidade LGBTQ+ ou pertença a grupos minoritários ou marginalizados (Simula, 2019). A estigmatização do BDSM contribuir para sintomas depressivos, aumenta o risco de suicídio e funciona como uma barreira à cura (Coppens et al., 2020; Brown et al., 2020; Wright, 2018).

Historicamente, a prática BDSM era considerada patológica e foi incluída em classificações psiquiátricas como o DSM e o ICD. A classificação das práticas BDSM como parafilias e a inclusão de algumas nestes manuais contribui para a perpetuação do estigma e reconhecimento das mesmas como incomuns ou atípicas, apesar da prevalência da prática rondar 30 a 60%, de acordo com os mais recentes estudos (De Neef et al., 2019; Holvoet et al., 2017). É fundamental reconhecer que os interesses ou comportamentos sexuais não convencionais não são necessariamente sinais de psicopatologia (Dunkley & Brotto, 2018).

Nos tempos modernos, a prática BDSM ganhou visibilidade na sociedade, literatura e arte (Holvoet et al., 2017; Strizzi et al., 2022). Todavia, o estigma mantém-se generalizado e há preconceitos comuns em relação aos praticantes (Dunkley & Brotto, 2018; Pascoal et al., 2015). Por exemplo, é comum a suposição equivocada dos indivíduos dominantes como pouco empáticos e dos submissos como excessivamente tímidos (Wismeijer & Van Assen, 2013). Deste modo, existe alguma angústia e stress associados à necessidade de esconder ou revelar o interesse e atividade BDSM quer ao círculo social, profissional e familiar, quer aos profissionais de saúde por preocupações com confidencialidade e pela possível desaprovação e/ou repercussões legais (De Neef

et al., 2019; Barker et al., 2007; Brown et al., 2020; Dunkley & Brotto, 2018; Wright, 2018; Richters et al., 2008). As comunidades BDSM surgiram como resposta ao estigma associado à prática, proporcionando um ambiente seguro e isolado, livre de preconceito e julgamento. No entanto, dentro e fora destas comunidades, os praticantes enfrentam dificuldades adicionais na denúncia de comportamentos criminosos ou desviantes, pelo estigma associado, receio da divulgação dos seus interesses e as circunstâncias do abuso, fator que contribui para o risco de abuso e de violência não consensual (Holt, 2016).

No contexto clínico, o estigma associado à prática pode tornar os praticantes alvo de tratamento inadequado ou inapropriado, disparidades de saúde física e/ou mental resultantes de interações tensas com sistemas de saúde como discriminação de profissionais de saúde e recusa de tratamento de praticantes de BDSM (Brown et al., 2020; Cascalheira et al., 2021; Strizzi et al., 2022). Estatisticamente, as identidades LGBTQ+ estão mais frequentemente envolvidas em práticas BDSM que indivíduos heterossexuais, e a associação do interesse BDSM a estas identidades traz um desafio ainda maior, pela estigmatização de ambas as características do indivíduo e consequente dupla marginalização (Speciale & Khambatta, 2020; Pascoal et al., 2015). Este estigma é motivado pela falta de informação e competências por parte dos profissionais de saúde, que frequentemente confundem a prática BDSM (consensual na sua definição) com abuso, não a considerando uma variação benigna do comportamento sexual, assumem que o interesse se relaciona com experiências adversas anteriores e consideram-na insalubre (De Neef et al., 2019; Speciale & Khambatta, 2020; Ansara, 2019; Dunkley & Brotto, 2018; Kelsey et al., 2013). Estas conceções equivocadas motivam insatisfação por parte dos pacientes e aponta-se que menos de metade dos praticantes divulgam o seu interesse ao profissional de saúde (apesar de expressarem preferência pela abertura), podendo comprometer a terapia pela ocultação de aspetos significativos da vida pessoal e interferir em processos curativos como recuperação do trauma (pelo potencial curativo da prática BDSM) (De Neef et al., 2019; Cascalheira et al., 2021; Dunkley & Brotto, 2018). É fundamental o reconhecimento dos benefícios do envolvimento comunitário e dos efeitos negativos da discriminação e isolamento social (Ansara, 2019).

A estigmatização da prática BDSM pode tanto ser explicada pela carência de investigação global em relação à prevalência do interesse, fantasias e diferentes domínios da prática BDSM, como justificar a falta de investigação no funcionamento e sofrimento sexual associado à prática e a falta de dados estatísticos (Holvoet et al., 2017; Faccio et al., 2014; Pascoal et al., 2015). Além disso, a investigação em relação aos desejos sexuais humanos centrou-se historicamente em praticantes cis-heterossexuais brancos de classe social média-alta, negligenciando as experiências de indivíduos LGBTQ+, populações racialmente diversas e indivíduos portadores de deficiência (Speciale & Khambatta, 2020; Herbitter et al., 2021). Assim, o contínuo aumento da investigação e conhecimento em relação à mesma, assim como a crescente identificação do interesse BDSM como uma expressão saudável da sexualidade contribui para a diminuição do estigma e preconceito (Brown et al., 2020; Cascalheira et al., 2021).

A educação e diálogo são também ferramentas para a desconstrução do estigma, quer em relação à prática BDSM, quer à identidade LGBTQ+ ou a qualquer outra fonte de estigma. Uma sociedade informada é uma sociedade mais tolerante e respeitadora.

8 Considerações Clínicas

A prática BDSM engloba o conjunto de práticas consensuais de *Bondage*, Disciplina, Dominação e Submissão, Sadismo e Masoquismo e outros comportamentos sexuais humanos relacionados como *role-playing*, flagelação e *spanking*, com vista ao prazer sexual e/ou emocional (Coppens et al., 2020). Como descrito ao longo desta narrativa, os praticantes de BDSM não apresentam diferenças significativas em comparação à população geral em campos como saúde mental, personalidade, estilos de vinculação, experiências adversas na infância, satisfação sexual e no relacionamento, entre outros, destacando-se inclusive pela positiva em campos como aparente menor incidência de sintomas depressivos, etc. Assim sendo, a maioria destes indivíduos procuram ajuda médica ou necessitam de intervenção terapêutica por vários motivos não relacionados com os seus interesses sexuais, tal como a população geral, considerando este interesse BDSM parte normal do seu quotidiano, pelo que este não deve ser presumido como motivo de consulta ou de intervenção terapêutica (Ansara, 2019; Pascoal et al., 2015; Herbitter et al., 2021). Deste modo, é imperativo uma terapia consciente em relação ao interesse BDSM, já que a prevalência ronda 30 a 60%, de acordo com os mais recentes estudos, um forte argumento contra a estigmatização e classificação patológica (Wuyts & Morrens, 2022; De Neef et al., 2019; Holvoet et al., 2017).

Apesar de anteriormente serem consideradas patológicas, atualmente as práticas incluídas no BDSM como sadismo e masoquismo sexual são consideradas parafilias. De acordo com o DSM-5, as parafilias são comportamentos e interesses sexuais considerados atípicos ou desviantes da norma, não patológico, sendo que será considerada uma perturbação parafílica se e só se causar sofrimento ou incapacitação ao indivíduo ou se a sua prática provocar dano ou risco a qualquer dos intervenientes (American Psychiatric Association, 2013). A classificação das práticas BDSM como parafilias e a sua inclusão nestes manuais contribui para a menor procura de apoio no âmbito da saúde mental nesta comunidade (Wuyts et al., 2020). Além disso, o estigma associado pode conduzir a fraca autorrevelação da prática BDSM no contexto clínico e social, sendo que os estudos estimam que 35 a 60% prefere não revelar este interesse no contexto clínico (Breslow et al., 1985; Brown et al., 2020; Dunkley & Brotto, 2018; Herbitter et al., 2021; Waldura et al., 2016). É possível que a prática seja subidentificada

na população geral pela falta de revelação da mesma aos profissionais de saúde (Bezreh et al., 2012).

Os praticantes BDSM podem pertencer a uma comunidade e/ou serem praticantes privados. Este interesse é descoberto pelos praticantes entre os 15 e os 25 anos, sendo que a idade mais precoce tende a corresponder a praticantes da comunidade BDSM (Coppens et al., 2020; De Neef et al., 2019; Pascoal et al., 2015). A comunidade BDSM oferece uma rede de apoio, defesa e eventos, proporcionando um ambiente seguro e isolado, livre de preconceito e julgamento para a discussão e envolvimento em temáticas BDSM (Simula, 2019; Dunkley & Brotto, 2018). As comunidades BDSM cultivam o sentimento de inclusão e de grupo, cuidam da comunidade fora da interação BDSM, incentivam o desenvolvimento pessoal e educam os seus membros em diversos campos, com especial atenção ao consentimento e segurança (Cascalheira et al., 2021; Dunkley & Brotto, 2018).

Apesar da crescente despatologização, muitos clínicos permanecem desinformados e não consciencializados, o que pode conduzir a práticas inadequadas ou antiéticas, patologização inadequada das práticas BDSM, tratamento inadequado ou inapropriado e desconforto no trabalho clínico com utentes praticantes de BDSM (Brown et al., 2020; Dunkley & Brotto, 2018). Estes profissionais de saúde tendem a confundir a prática BDSM (consensual na sua definição) com abuso, não a considerando uma variação benigna do comportamento sexual, têm tendência a patologizar os relacionamentos dos praticantes, assumem que o interesse se relaciona com experiências adversas anteriores e consideram-na insalubre (De Neef et al., 2019; Speciale & Khambatta, 2020; Ansara, 2019; Dunkley & Brotto, 2018; Strizzi et al., 2022; Kelsey et al., 2013). Estas conceções equivocadas motivam insatisfação, ocultação dos interesses, resultados terapêuticos ineficazes ou prejudiciais e até mesmo interrupção da terapia após revelação do interesse (De Neef et al., 2019; Cascalheira et al., 2021; Ansara, 2019; Dunkley & Brotto, 2018). Além disso, a desconsideração pelos relacionamentos e experiências BDSM pelos profissionais de saúde pode constituir um possível mecanismo de trauma (Ansara, 2019).

A prática BDSM tem um potencial terapêutico na recuperação do trauma e é também frequentemente utilizada para efeitos psicoterapêuticos, lidar com identidade de

gênero e orientação sexual, abordar a deficiência, entre outros (Speciale & Khambatta, 2020; Ansara, 2019; Cardoso, 2018). A terapia associada aos valores e normas da comunidade BDSM facilita geralmente a cura, pois assenta em princípios basilares como consentimento, negociação, flexibilidade de papéis, satisfação mútua e utilização de palavras de segurança, assim como a cuidados e revisão após a prática com vista a manter um ambiente aberto e seguro (Dunkley et al., 2020; Cascalheira et al., 2021; Faccio et al., 2014; Dunkley & Brotto, 2018).

O treino e educação dos profissionais de saúde, em especial médicos de Medicina Geral e Familiar, Psiquiatria e Saúde Mental, terapeutas sexuais, psicólogos e investigadores em relação às práticas BDSM é essencial. Deste modo, identificam-se seis considerações clínicas principais no tratamento de praticantes BDSM (Andrieu et al., 2019; Dunkley & Brotto, 2018):

1. Abordagem do BDSM na Prática Clínica: A prática BDSM não deve ser o foco central do tratamento se não estiver relacionado com o problema apresentado pelo utente. No entanto, é importante não descurar o impacto do envolvimento BDSM em questões aparentemente não relacionadas. O clínico deve demonstrar aceitação e compreensão pela prática BDSM (Andrieu et al., 2019; Dunkley & Brotto, 2018).
2. Contratransferência: O clínico ou terapeuta deve estar ciente da sua reação emocional em relação ao envolvimento do utente na prática BDSM. A contratransferência é comum entre clínicos com pouca experiência em relação à prática e pode traduzir-se em choque, medo, repulsa, ansiedade ou aversão (Andrieu et al., 2019; Dunkley & Brotto, 2018). O clínico deve desafiar e/ou reconhecer o próprio preconceito e adotar uma postura livre de julgamento (De Neef et al., 2019; Dunkley & Brotto, 2018).
3. Manutenção do Sigilo: Os praticantes BDSM escolhem frequentemente não divulgar as suas preferências sexuais ao clínico por receio de desaprovação, estigmatização ou preocupações com a confidencialidade. A não divulgação pode comprometer a terapia e interferir em processos curativos como recuperação do trauma (pelo potencial curativo da prática BDSM) (De Neef et al., 2019; Andrieu et al., 2019; Cascalheira et al., 2021; Dunkley & Brotto, 2018). O clínico deve facilitar

a divulgação dos interesses sexuais e adotar uma postura terapêutica neutra e livre de julgamento. Se o interesse for revelado casualmente fora do foco da discussão, é aconselhada a não insistência na abordagem do tema (Dunkley & Brotto, 2018).

4. Competência Cultural: O clínico ou terapeuta deve ter uma compreensão geral sobre a prática BDSM, valores culturais e fenômenos associados. É essencial não patologizar o envolvimento em práticas BDSM e procurar estudar e saber identificar os comportamentos que constituem uma expressão saudável da prática BDSM (Andrieu et al., 2019; Dunkley & Brotto, 2018).
5. Dinâmicas Relacionais: O clínico ou terapeuta deve ter consciência das dificuldades e problemas que os praticantes de BDSM enfrentam no desenvolvimento e manutenção das suas relações interpessoais, incluindo a angústia e stress associados à necessidade de esconder o interesse de amigos, familiares e parceiros (De Neef et al., 2019; Barker et al., 2007; Brown et al., 2020; Dunkley & Brotto, 2018).
6. Distinção da Prática BDSM e do abuso e patologia: O clínico ou terapeuta deve ser capaz de diferenciar a prática BDSM de práticas abusivas e psicológicas e de identificar o abuso em relacionamentos BDSM quando presente, adotando uma postura livre ou ciente do viés pessoal (Andrieu et al., 2019; Ansara, 2019; Dunkley & Brotto, 2018; Dunkley & Brotto, 2020; Herbitter et al., 2021). Ao contrário do abuso, a prática BDSM é consensual e segue regras bem estabelecidas que visam a segurança e bem-estar dos intervenientes, identificando-se marcadores como voluntariedade, capacidade de discriminação entre a prática e a vida cotidiana, comunicação, cuidado, uso de palavras-chave ou capacidade de retirar consentimento e sexo seguro (Ansara, 2019; Dunkley & Brotto, 2018; Dunkley & Brotto, 2020). É importante observar indicadores físicos que possam ajudar a distinguir o abuso da prática BDSM consensual, como a localização e padrão das lesões, já que na prática BDSM tendem a ser bem localizadas e definidas (pela imobilização voluntária do indivíduo submisso) em oposição a lesões defensivas e mais dispersas e heterogêneas sinalizadoras de abuso (Dunkley & Brotto, 2018). O clínico deve estar familiarizado com os modelos éticos/de consentimento da

prática BDSM e ser capaz de transmitir aos utentes os critérios distintivos de uma relação saudável e abusiva, minimizando experiências abusivas adicionais, se presentes (Ansara, 2019; Simula, 2019; Dunkley & Brotto, 2020; Williams et al., 2014).

Atendendo às considerações descritas, os clínicos de Psiquiatria e Saúde Mental podem tornar-se conscientes das práticas BDSM, adquirindo um conhecimento geral em relação à prática, compreendendo e aceitando-a como forma normal da expressão sexual, compreendendo os fatores de segurança associados, sendo capazes de diferenciar a prática BDSM saudável do abuso não consensual e de endereçar questões específicas quando estas surgem. Quando ainda não há familiarização com a prática e todas as suas nuances, deve ser adotada uma postura solidária, aberta e tolerante, criando um ambiente seguro, livre de julgamento e estigmatização (Wuyts et al., 2021; Ansara, 2019; Dunkley & Brotto, 2018). É desencorajada uma postura neutra, de tratamento igualitário, pois pode traduzir-se em consequências terapêuticas negativas (Ansara, 2019). A curiosidade e reflexividade são posturas essenciais para os terapeutas e clínicos (Barker et al., 2007).

Os clínicos devem fomentar a autoaceitação dos utentes, ajudar a identificar questões de segurança e fornecer encaminhamento a outros clínicos amigáveis à prática quando apropriado. Além disso, devem evitar fazer suposições sobre as identidades e práticas dos utentes, usar linguagem inclusiva e normalizar a prática (Herbitter et al., 2021). Estes podem incentivar a autorrevelação de forma indireta, questionando a história sexual de forma abrangente e aberta, incluindo perguntas sobre BDSM nos questionários, mencionando qualidades específicas destes indivíduos (como a capacidade de comunicação) ou até colocando literatura sobre a prática e outras características ainda estigmatizadas (Dunkley & Brotto, 2018).

O objetivo da terapia sexual na prática BDSM centra-se na ajuda à comunicação, negociação e ao estabelecimento de regras e limites para práticas sãs, seguras e consentidas, atendendo às necessidades individuais, de forma a fomentar a exploração das preferências sexuais com segurança e, deste modo, promover a saúde, bem-estar e satisfação do utente (Ansara, 2019; Dunkley & Brotto, 2020). É importante estabelecer-se uma linha de base clínica para as experiências individuais de cada praticante BDSM,

com vista a evitar conclusões impressivas e conseguir identificar sinais potenciais de *distress* ou desregulação quando as necessidades centrais não são atendidas adequadamente (Ansara, 2019).

A prática BDSM pode apresentar alguns riscos físicos e psicológicos, sendo importante que os profissionais de saúde estejam cientes dos possíveis impactos na saúde mental e física dos indivíduos envolvidos. A colheita da história do indivíduo é essencial para a avaliação clínica adequada e identificação de possíveis fatores de risco ou traumas relacionados à prática do BDSM. A prática deve ser abordada em ambientes clínicos seguros, que tenham em conta a identidade e prática BDSM do indivíduo, relacionamentos, preferências, satisfação sexual e sofrimento, em todos os géneros (Pascoal et al., 2015). Algumas atividades comuns incluídas na prática BDSM podem ser perigosas quando praticadas sem conhecimento ou habilidade para gerir os riscos de segurança, como dinâmicas de asfixia, estrangulamento, *bondage* (com cordas), uso de cera, algemas, entre outros (Ansara, 2019). Além disso, é importante garantir o consentimento entre todos os participantes. A prática BDSM sem o consentimento expresso de todos os intervenientes representa abuso sexual, físico, emocional e/ou psicológico e deve ser tratado adequadamente (Dunkley & Brotto, 2018). É importante frisar que indivíduos com psicopatologia podem esconder-se na comunidade BDSM e usar indevidamente a prática para cometer abusos.

Os critérios diagnósticos de perturbação parafilica de masoquismo ou sadismo sexual incluem sofrimento ou prejuízo clínico significativo devido aos próprios desejos sexuais ou a sua prática com um parceiro não consentido (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2023). Os comportamentos sádicos na ausência de consentimento não são sexualmente desejáveis pelos praticantes de BDSM consensual. No caso de sadismo patológico, esta falta de consentimento constitui uma fonte primária de prazer (Dunkley & Brotto, 2018). O tratamento da prática patológica do BDSM envolve geralmente terapia cognitivo-comportamental e terapia de grupo, em associação a terapia farmacológica (inibidores seletivos de serotonina, antiandrogénios esteroides ou análogos da hormona libertadora de Gonadotrofina), terapia psicodinâmica ou psicanalítica (Dunkley & Brotto, 2020; Thibaut et al., 2010). Este tratamento visa a redução ou supressão de fantasias, impulsos e comportamentos

sexuais atípicos, com manutenção do normal interesse sexual (Thibaut et al., 2010).

Outras atividades que podem ser praticadas no contexto BDSM podem sobrepor-se a perturbações parafílicas, como exibicionismo, voyeurismo, fetichismo, frotteurismo e travestismo. No entanto, a ausência sofrimento ou incapacitação ao indivíduo, aliada à ausência de dano ou risco a qualquer dos intervenientes e à presença de consentimento típica da prática BDSM, não permite a classificação destes comportamentos como perturbações parafílicas (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2023). Assim sendo, a prática consensual de BDSM não constitui uma perturbação parafílica.

No âmbito da prevenção do estigma e de comportamentos abusivos, é importante a educação das comunidades, em ações concretas como o ensino dos modelos para estabelecimento e manutenção do consentimento com respeito na comunidade universitária (Dunkley & Brotto, 2020). Os profissionais de saúde devem também ser consciencializados, treinados e educados em relação à prática BDSM, evitando a patologização inadequada, facilitando o tratamento adequado e potenciando o poder terapêutico do mesmo em diversas vertentes.

9 Conclusão

A prática BDSM é um fenómeno complexo, cuja compreensão deve ser feita a partir de diversas perspetivas. As diferenças neurobiológicas refletem-se em características específicas, como diferenças na perceção e limiares da dor, no sistema de prazer e recompensa, e influência de neurotransmissores e hormonas endógenas. A prática apresenta-se como um interesse sexual saudável, o desenvolvimento da identidade destes indivíduos segue uma trajetória natural e não foi estabelecida uma ligação significativa a características de personalidade ou a experiências adversas na infância. Na verdade, a prática foi tendencialmente prevista por um estilo de vinculação seguro, associado a um estilo parental autoritativo. Em geral, a prática BDSM associa-se a níveis superiores de satisfação sexual, potenciada pela troca de poder e a associação do prazer e da dor como mecanismos chaves de prazer, não só pela estimulação física, mas também pela psicológica. Apesar de não estar associada a níveis mais altos de *distress*, o estigma é uma causa importante de sofrimento e *distress* nesta comunidade.

A retirada do diagnóstico de patologias consensuais, na ausência de sofrimento, incapacitação, dano ou risco de dano a qualquer um dos intervenientes, por parte dos manuais de diagnóstico como o DSM-5 e ICD-11 permite a contínua despatologização da prática e apoio adequado dos indivíduos. O consentimento é intrínseco à prática, sendo de carácter contínuo e dinâmico. A prática BDSM associa-se a benefícios duradouros como processamento do trauma e melhoria de relacionamentos.

A futura investigação pode beneficiar de metodologias prospetivas com vista a uma melhor e mais completa compreensão da influência dos fatores biopsicossociais ligados ao interesse BDSM, contribuindo para a criação de ferramentas úteis na exploração saudável dos interesses sexuais, melhor abordagem clínica, reforço da despatologização e distanciamento a prática de parafilias, e combate ao estigma, promovendo uma sociedade mais aceitante e tolerante.

Deste modo, a presente narrativa alinha-se com a hipótese de a prática BDSM consensual ser uma expressão saudável dos interesses sexuais ao invés de patológica. A esperança é que contribua para a destigmatização da prática BDSM e incentive os profissionais de saúde a procurarem tornar-se conscientes no tema, para uma evolução do cuidado de saúde médico em direção à inclusão e tratamento adequado e igualitário.

Referências

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). Strange situation procedure. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. DOI:10.1037/t28248-000

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). DOI:10.1176/appi.books.9780890425596

American Psychological Association (2015) APA Dictionary of Psychology (2nd ed.)

Andrieu, B., Lahuerta, C., & Luy, A. (2019). Consenting to constraint: BDSM therapy after the DSM-5. *L'Évolution Psychiatrique*, 84(2), e1-e14. DOI:10.1016/j.evopsy.2019.02.005

Ansara, Y. G. (2019). Trauma psychotherapy with people involved in BDSM/kink: Five common misconceptions and five essential clinical skills. *Psychotherapy and Counselling Journal of Australia*, 7(2).

Arriaga, X. B., Kumashiro, M., Simpson, J. A., & Overall, N. C. (2018). Revising working models across time: Relationship situations that enhance attachment security. *Personality and Social Psychology Review*, 22(1), 71-96. DOI:10.1177/1088868317705257

Barker, M., Iantaffi, A., & Gupta, C. (2007). Kinky clients, kinky counselling? The challenges and potentials of BDSM. Moon, Lindsey ed. *Feeling Queer or Queer Feelings: Radical Approaches to Counselling Sex, Sexualities and Genders*. London, UK: Routledge, pp. 106–124.

Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226–244. DOI:10.1037/0022-3514.61.2.226

Bendas, J., Hummel, T. & Croy, I. Olfactory Function Relates to Sexual Experience in Adults. *Archives of Sexual Behaviour* 47, 1333–1339 (2018). DOI:10.1007/s10508-018-1203-x

Bezreh, T., Weinberg, T. S., & Edgar, T. (2012). BDSM disclosure and stigma management: Identifying opportunities for sex education. *American Journal Of Sexuality Education*, 7(1), 37-61. DOI:10.1080/15546128.2012.650984

Boullier, M., & Blair, M. (2018). Adverse childhood experiences. *Paediatrics and Child Health*, 28(3), 132-137. DOI:10.1016/j.paed.2017.12.008

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment* (Vol. 1). New York: Basic.

Breslow, N., Evans, L., & Langley, J. (1985). On the prevalence and roles of females in the sadomasochistic subculture: Report of an empirical study. *Archives of Sexual Behavior*, 14, 303-317. DOI:10.1007/BF01550846

Brito-Costa, S., Bem-Haja, P., Moisés, A., Alberty, A., Castro, F. V., & De Almeida, H. (2015). Psychometric properties of portuguese version of big five inventory (BFI). *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 83-94.

Brotto, L., Atallah, S., Johnson-Agbakwu, C., Rosenbaum, T., Abdo, C., Byers, E. S., ... & Wylie, K. (2016). Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(4), 538-571. DOI:10.1016/j.jsxm.2016.01.019

Brown, A., Barker, E. D., & Rahman, Q. (2020). A systematic scoping review of the prevalence, etiological, psychological, and interpersonal factors associated with BDSM. *The Journal of Sex Research*, 57(6), 781-811. DOI: 10.1080/00224499.2019.1665619

Brown, L. J., & Bond, M. J. (2019). The pragmatic derivation and validation of measures of adaptive and maladaptive coping styles. *Cogent Psychology*, 6(1), 1568070. DOI:10.1080/23311908.2019.1568070

Calabrò, R. S., Cacciola, A., Bruschetta, D., Milardi, D., Quattrini, F., Sciarrone, F., ... & Anastasi, G. (2019). Neuroanatomy and function of human sexual behavior: A neglected or unknown issue?. *Brain and Behavior*, 9(12), e01389. DOI:10.1002/brb3.1389

- Campbell, L., & Simpson, J. A. (2013). The blossoming of relationship science. *The Oxford handbook of close relationships*, 3-12. DOI:10.1093/oxfordhb/9780195398694.001.0001
- Cardoso, D. (2018). Bodies and BDSM: Redefining sex through kinky erotics. *Journal of Sexual Medicine*, 15(7), 931-932. DOI:10.1016/j.jsxm.2018.02.014
- Carter, C. S. (2017) The Oxytocin–Vasopressin Pathway in the Context of Love and Fear. *Front. Endocrinol.* 8:356. DOI:10.3389/fendo.2017.00356
- Cascalheira, C. J., Ijebor, E. E., Salkowitz, Y., Hitter, T. L., & Boyce, A. (2021). Curative kink: Survivors of early abuse transform trauma through BDSM. *Sexual and Relationship Therapy*, 1-31. DOI: 10.1080/14681994.2021.1937599
- Cherry, J. A., & Baum, M. J. (2020). Sex differences in main olfactory system pathways involved in psychosexual function. *Genes, Brain and Behavior*, 19(2), e12618. DOI:10.1111/gbb.12618
- Coppens, V., Ten Brink, S., Huys, W., Fransen, E., & Morrens, M. (2019). A survey on BDSM-related activities: BDSM experience correlates with age of first exposure, interest profile, and role identity. *The Journal of Sex Research*, 57(1), 129-136, DOI:10.1080/00224499.2018.1558437
- De Neef, N., Coppens, V., Huys, W., & Morrens, M. (2019). Bondage-discipline, dominance-submission and sadomasochism (BDSM) from an integrative biopsychosocial perspective: A systematic review. *Sexual Medicine*, 7(2), 129-144. DOI:10.1016/j.esxm.2019.02.002
- Doinita, N. E., & Maria, N. D. (2015). Attachment and parenting styles. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 203, 199-204. DOI: 10.1016/j.sbspro.2015.08.282
- Dunkley, C. R., & Brotto, L. A. (2018). Clinical considerations in treating BDSM practitioners: A review. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 44(7), 701-712. DOI:10.1080/0092623X.2018.1451792
- Dunkley, C. R., & Brotto, L. A. (2020). The Role of Consent in the Context of BDSM. *Sexual Abuse*, 32(6), 657–678. DOI:10.1177/1079063219842847

Dunkley, C. R., Henshaw, C. D., Henshaw, S. K., & Brotto, L. A. (2020). Physical pain as pleasure: A theoretical perspective. *The Journal of Sex Research*, 57(4), 421-437. DOI:10.1080/00224499.2019.1605328

Faccio, E., Casini, C., & Cipolletta, S. (2014). Forbidden games: The construction of sexuality and sexual pleasure by BDSM 'players'. *Culture, health & sexuality*, 16(7), 752-764. DOI: 10.1080/13691058.2014.909531

Ferretti, A., Caulo, M., Del Gratta, C., Di Matteo, R., Merla, A., Montorsi, F., ... & Romani, G. L. (2005). Dynamics of male sexual arousal: distinct components of brain activation revealed by fMRI. *Neuroimage*, 26(4), 1086-1096. DOI:10.1016/j.neuroimage.2005.03.025

Fraley, R. C., & Roisman, G. I. (2019). The development of adult attachment styles: Four lessons. *Current opinion in psychology*, 25, 26-30. DOI:10.1016/j.copsyc.2018.02.008

Fuss, J., Bindila, L., Wiedemann, K., Auer, M. K., Briken, P., & Biedermann, S. V. (2017). Masturbation to orgasm stimulates the release of the endocannabinoid 2-arachidonoylglycerol in humans. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(11), 1372-1379. DOI:10.1016/j.jsxm.2017.09.016

Georgiadis, J. R. (2015). Functional neuroanatomy of human cortex cerebri in relation to wanting sex and having it. *Clinical Anatomy*, 28(3), 314-323. DOI:10.1002/ca.22528

Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of personality and social psychology*, 52(3), 511. DOI:10.1037/0022-3514.52.3.511

Hébert, A., & Weaver, A. (2014). An examination of personality characteristics associated with BDSM orientations. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 23(2), 106-115. DOI:10.3138/cjhs.2467

Herbitter, C., Vaughan, M. D., & Pantalone, D. W. (2021). Mental health provider bias and clinical competence in addressing asexuality, consensual non-monogamy, and BDSM: a narrative review. *Sexual and Relationship Therapy*, 1-24. DOI:10.1080/14681994.2021.1969547

Higgins, E. S., & George, M. S. (2013). *Neuroscience of clinical psychiatry: the pathophysiology of behavior and mental illness*. Lippincott Williams & Wilkins.

Hillier, K. (2019). *The impact of childhood trauma and personality on kinkiness in adulthood* (Tese doutoramento, Walden University).

Holt, K. (2016). Blacklisted: Boundaries, violations, and retaliatory behavior in the BDSM community. *Deviant Behavior, 37*(8), 917-930. DOI:10.1080/01639625.2016.1156982

Holvoet, L., Huys, W., Coppens, V., Seeuws, J., Goethals, K., & Morrens, M. (2017). Fifty shades of Belgian gray: The prevalence of BDSM-related fantasies and activities in the general population. *The Journal of Sexual Medicine, 14*(9), 1152-1159. DOI:10.1016/j.jsxm.2017.07.003

Kelsey, K., Stiles, B. L., Spiller, L., & Diekhoff, G. M. (2013). Assessment of therapists' attitudes towards BDSM. *Psychology & Sexuality, 4*(3), 255-267. DOI: 10.1080/19419899.2012.655255

Kim, H. M., & Miller, L. C. (2020). Are insecure attachment styles related to risky sexual behavior? A meta-analysis. *Health Psychology, 39*(1), 46–57. DOI:10.1037/hea0000821

Kranz, F., & Ishai, A. (2006). Face perception is modulated by sexual preference. *Current biology, 16*(1), 63-68. DOI:10.1016/j.cub.2005.10.070

Krueger, R. B., Reed, G. M., First, M. B., Marais, A., Kismodi, E., & Briken, P. (2017). Proposals for paraphilic disorders in the International Classification of Diseases and Related Health Problems, eleventh revision (ICD-11). *Archives of sexual behavior, 46*, 1529-1545. DOI :10.1007/s10508-017-0944-2

Lyons-Ruth, K. (1996). Attachment relationships among children with aggressive behavior problems: the role of disorganized early attachment patterns. *Journal of consulting and clinical psychology, 64*(1), 64. DOI:10.1037/0022-006X.64.1.64

Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In T. B. Brazelton & M. W. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95–124). Ablex Publishing.

- Meston, C. M., & Frohlich, P. F. (2000). The neurobiology of sexual function. *Archives of General Psychiatry*, 57(11), 1012-1030. DOI:10.1001/archpsyc.57.11.1012
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). Boosting attachment security to promote mental health, prosocial values, and inter-group tolerance. *Psychological inquiry*, 18(3), 139-156. DOI:10.1080/10478400701512646
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2012). Adult attachment orientations and relationship processes. *Journal of family theory & review*, 4(4), 259-274. DOI:10.1111/j.1756-2589.2012.00142.x
- Newmahr, S. (2010). Rethinking kink: Sadosomochism as serious leisure. *Qualitative Sociology*, 33, 313-331. DOI 10.1007/s11133-010-9158-9
- Ossipov, M. H., Dussor, G. O., & Porreca, F. (2010). Central modulation of pain. *The Journal of clinical investigation*, 120(11), 3779-3787. DOI:10.1172/JCI43766
- Pascoal, P. M., Cardoso, D., & Henriques, R. (2015). Sexual satisfaction and distress in sexual functioning in a sample of the BDSM community: A comparison study between BDSM and non-BDSM contexts. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(4), 1052-1061. DOI: 10.1111/jsm.12835
- Pieters, D. M., de Zeeuw-Jans, I., & Smeijers, D. (2021). The association between the perceived parenting style and sexuality, explained by attachment.
- Pinquart, M., & Kauser, R. (2018). Do the associations of parenting styles with behavior problems and academic achievement vary by culture? Results from a meta-analysis. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 24(1), 75.
- Richters, J., De Visser, R. O., Rissel, C. E., Grulich, A. E., & Smith, A. M. (2008). Demographic and psychosocial features of participants in bondage and discipline, "sadosomochism" or dominance and submission (BDSM): Data from a national survey. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(7), 1660-1668. DOI:10.1111/j.1743-6109.2008.00795.x

Rogak, H. M., & Connor, J. J. (2018). Practice of consensual BDSM and relationship satisfaction. *Sexual and Relationship Therapy*, 33(4), 454-469. DOI:10.1080/14681994.2017.1419560

Rubin, M., & E. Safdieh, J. (2008). *Netter Neuroanatomia Essencial*. Elsevier.

Sennwald, V., Pool, E., Brosch, T., Delplanque, S., Bianchi-Demicheli, F., & Sander, D. (2016). Emotional attention for erotic stimuli: Cognitive and brain mechanisms. *Journal of Comparative Neurology*, 524(8), 1668-1675. DOI:10.1002/cne.23859

Simula, B. L. (2019). Pleasure, power, and pain: A review of the literature on the experiences of BDSM participants. *Sociology Compass*, 13(3), e12668. DOI:10.1111/soc4.12668

Speciale, M., & Khambatta, D. (2020). Kinky & queer: Exploring the experiences of LGBTQ+ individuals who practice BDSM. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 14(4), 341-361. DOI: 10.1080/15538605.2020.1827476

Strizzi, J. M., Øverup, C. S., Ciprić, A., Hald, G. M., & Træen, B. (2022). BDSM: Does it Hurt or Help Sexual Satisfaction, Relationship Satisfaction, and Relationship Closeness? *The Journal of Sex Research*, 59(2), 248-257. DOI:10.1080/00224499.2021.1950116

Ten Brink, S., Coppens, V., Huys, W., & Morrens, M. (2021). The psychology of kink: A survey study into the relationships of trauma and attachment style with BDSM interests. *Sexuality Research and Social Policy*, 18(1), 1-12. DOI:10.1007/s13178-020-00438-w

Thibaut, F., Barra, F. D. L., Gordon, H., Cosyns, P., Bradford, J. M., & WFSBP Task Force on Sexual Disorders. (2010). The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of paraphilias. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 11(4), 604-655.

Thompson, R., Lewis, T., Neilson, E. C., English, D. J., Litrownik, A. J., Margolis, B., ... & Dubowitz, H. (2017). Child maltreatment and risky sexual behavior: Indirect effects through trauma symptoms and substance use. *Child maltreatment*, 22(1), 69-78. DOI:10.1177/1077559516674595

- Veening, J.G., Barendregt, H.P. The effects of Beta-Endorphin: state change modification. *Fluids Barriers of the CNS* 12, 3 (2015). DOI:10.1186/2045-8118-12-3
- Waldura, J. F., Arora, I., Randall, A. M., Farala, J. P., & Sprott, R. A. (2016). Fifty shades of stigma: Exploring the health care experiences of kink-oriented patients. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(12), 1918-1929 DOI:10.1016/j.jsxm.2016.09.019
- Williams, D. J., Thomas, J. N., Prior, E. E., & Christensen, M. C. (2014). From “SSC” and “RACK” to the “4Cs”: Introducing a new framework for negotiating BDSM participation. *Electronic Journal of Human Sexuality*, 17(5), 1-10.
- Wismeijer, A. A., & Van Assen, M. A. (2013) Psychological characteristics of BDSM practitioners. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(8), 1943-1952 DOI:10.1111/jsm.12192
- World Health Organization. (2018) Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ). Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2023). 06 Paraphilic Disorders (11th ed.)
- Wright, S. (2018). De-pathologization of consensual BDSM. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(5), 622-624. DOI:10.1016/j.jsxm.2018.02.018
- Wuyts, E., & Morrens, M. (2022). The biology of BDSM: a systematic review. *The Journal of Sexual Medicine*, 19(1), 144-157. DOI:10.1016/j.jsxm.2021.11.002
- Wuyts, E., De Neef, N., Coppens, V., Fransen, E., Schellens, E., Van Der Pol, M., & Morrens, M. (2020). Between pleasure and pain: A pilot study on the biological mechanisms associated with BDSM interactions in dominants and submissives. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(4), 784-792. DOI:10.1016/j.jsxm.2020.01.001
- Wuyts, E., De Neef, N., Coppens, V., Schuerwegen, A., de Zeeuw-Jans, I., Van Der Pol, M., & Morrens, M. (2021). Beyond pain: A study on the variance of pain thresholds within BDSM interactions in dominants and submissives. *The Journal of Sexual Medicine*, 18(3), 556-564. DOI:10.1016/J.JSXM.2021.01.001
- Yost, M. R. (2010). Development and validation of the attitudes about sadomasochism scale. *Journal of Sex Research*, 47(1), 79-91. DOI:10.1080/00224490902999286