

# Parafilias e Perturbações Parafílicas: Sadismo Sexual e Masoquismo Sexual

#### **TIAGO CEREIJA LEITES DE MACEDO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO INTEGRADO EM **MEDICINA** 



# Parafilias e Perturbações Parafílicas: Sadismo Sexual e Masoquismo Sexual

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Medicina submetida ao Instituto Ciências Biomédicas de Abel Salazar – Universidade do Porto

Aluno: Tiago Cereija Leites de Macedo
Aluno do 6º Ano Mestrado Integrado em Medicina
Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto
Rua de Jorge Viterbo Ferreira nº 228, 4050-313 Porto, Portugal

**Orientadora**: Prof.ª Dr.ª Zélia Maria Teixeira Brandão Figueiredo
Assistente Hospitalar Graduada de Psiquiatria, Hospital Magalhães Lemos, E.P.E
Professora Auxiliar de Psiquiatria do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

Porto 2015/2016

#### **AGRADECIMENTOS**

Quero deixar o meu profundo agradecimento à Prof.ª Dr.ª Zélia Figueiredo, por me ter acompanhado e auxiliado na elaboração desta tese.

Gostaria de agradecer aos meus pais, Rosa Maria Cereija Leites e Augusto Manuel Correia de Macedo, por me terem proporcionado seis anos de intensa aprendizagem académica, de formação de personalidade, de experiências de vida enriquecedoras e de desenvolvimento pessoal e cultural. Espero que o seu esforço tenha sido correspondido e que os tenha deixado orgulhosos.

Agradeço à minha Irmã, Olga Cereija Leites de Macedo, por me mostrar que se deve encarar tudo de forma positiva e trabalhar naquilo em que acreditamos. Também por todo o afeto e por tomar sempre o meu partido nos debates familiares. Ao seu cônjuge agradeço ser a pessoa que é e acompanhar a minha irmã.

Aos amigos com quem tenho ou tive a sorte de morar, Rita, Berta, Victor, Diogo e Carminho, agradeço as refeições em família, os passeios ao final da tarde, as conversas filosóficas, politicas e emocionais dos problemas que existem e que não existem, a companhia, as risadas, as discussões e acima de tudo a grande amizade que espero poder guardar. Agradeço em particular à Rita a amizade incondicional.

Agradeço à "Malta da Beira" por serem os amigos mais compreensivos das ausências, mais livres na forma de pensar, mais díspares e ao mesmo tempo complementares. Sabe bem saber que independentemente da disponibilidade seremos sempre bons amigos e estaremos aptos para novas aventuras.

Aos meus amigos "Trabalhadores", agradeço os níveis hormonais de estrogénio elevados que me fazem ser uma pessoa mais recetiva e compreensiva do mundo. Um copo de vinho ao final da tarde ou as nossas reuniões na pensão realizar-se-ão indefinidamente, porque é sempre um prazer estar convosco.

Agradeço à "Turminha 8" por ser a turma mais díspar, com personalidades completamente extravasadas, que tinha tudo para causar um colapso do sistema mas que pelo contrário resulta na perfeição. Aos nossos serões de estudo para exames, aos nossos jantares e à nossa amizade um enorme obrigado. Um agradecimento especial à Joana Moreno e Paula Vieira por me aceitarem como sou.

Por último, agradeço à minha namorada, Ana Guerra, por estar sempre comigo, me apoiar e deixar feliz. Estes 6 anos foram passados ao seu lado e não os imaginaria de outra forma. Sem dúvida um dos grandes pilares do meu equilíbrio e felicidade.

# ÍNDICE

	Pág.
Resumo	1
Abstract	2
Introdução	3
Métodos	4
Diagnóstico de Parafilias e Perturbações Parafílicas	5
Definição e Critérios de Diagnóstico	5
Parafilias e Perturbações Parafílicas Descritas no DSM-V	7
Perturbação de Masoquismo Sexual Segundo o DSM-V	9
Perturbação de Sadismo Sexual Segundo o DSM-V	11
(Perturbação de) Sadismo e Masoquismo Sexual	13
Prevalência e Estudos Epidemiológicos	13
Alterações Relevantes dos Critérios de Diagnóstico com o DSM-V	14
Problemas Legais com o Diagnóstico	15
Etiologia	15
Características Psicológicas e Funcionais	16
Estigma Social e Clinico Perante a Comunidade BDSM	17
Manutenção do Diagnóstico	18
Fiabilide do Diagnóstico	20
Avaliação	21
Escalas de Avaliação	21
Testes psicofisiológicos	22
Perfil Hormonal	22
Diagnóstico Diferencial	22
Tratamento	23
Conclusão	26
Bibliografia	27
Anexos	38

#### **RESUMO**

Esta revisão resume e analisa criticamente os critérios de diagnóstico, avaliação, tratamento e as características de Parafilias e Perturbações Parafílicas, com particular destaque para o Sadismo Sexual e o Masoquismo Sexual.

O objetivo é esclarecer o que constitui um interesse sexual patológico, quais são os problemas que os indivíduos com Parafilias enfrentam, e qual a melhor forma de os avaliar e seguir clinicamente. Espero com isto reduzir o estigma associado às Parafilias.

A distinção entre Parafilia e Perturbação Parafílica foi feita em 2013 e resulta de um reconhecimento de que a maioria dos indivíduos com interesses sexuais atípicos não apresenta uma perturbação mental. Ainda assim, existem várias críticas ao diagnóstico de Perturbações Parafílicas e aos seus critérios: baixa fiabilidade, etiologia desconhecida, falta de coerência, escassez de informação empírica que o sustente e descriminalização dos indivíduos com interesses sexuais distintos ao torna-los patológicos.

Os Sadomasoquistas são psicologicamente e emocionalmente equilibrados, de forma geral sentem-se confortáveis com os seus interesses sexuais e são socialmente bem ajustados. A maioria não reconhece o seu interesse sexual como uma perturbação mental, portanto, raramente recorre aos serviços de saúde. Os principais problemas desta comunidade são a "patologização" médica e forense e o estigma social e pessoal.

A avaliação e diagnóstico de Perturbações Parafilias exige um exame multimodal e compreensivo, incluindo exame de estado mental, revisão da história sexual por entrevista e questionários, perfil das hormonas sexuais e, se necessário, testes psicofisiológicos de padrões de excitação sexual.

O tratamento é idêntico para todos os agressores sexuais com Perturbações Parafílicas. Deve começar com Psicoterapia (terapia cognitivo-comportamental) e, gradualmente, instituir terapia farmacológica. A maioria das parafilias que surgem na clínica, só precisa de tratamento do stresse e da ansiedade a ela associados. O fator fundamental para a eficácia, é o terapeuta ter uma abordagem empática, compreensiva e sem juízos de valor.

A comunidade científica e médica está dividida entre a eliminação e a manutenção do diagnóstico de Perturbações Parafílicas nos manuais de diagnóstico psiquiátrico. No entanto, para se chegar a uma conclusão são necessários estudos científicos de qualidade, incluindo ensaios clínicos controlados e randomizados.

**Palavras-chave:** Parafilia, Perturbação Parafílica, Sadismo Sexual, Masoquismo Sexual, DSM-V, BDSM

#### **ABSTRACT**

This review summarizes and critically examines the diagnostic criteria, assessment, treatment and the characteristics of paraphilias and paraphilic disorders, with particular focus on Sexual Sadism and Sexual Masochism.

The goal is to clarify what is a pathologic sexual interest and what is not, what are the paraphilic patients' main problems, and what is the best way to manage a patient who may meet the diagnostic criteria for paraphilic disorder. It is also hoped to reduce the stigma and the misconception about this subject.

The distinction between paraphilia (not pathological) and paraphilic disorder (mental disorder) was made in 2013 and is a recognition that the great majority of people with atypical sexual interests doesn't have a mental disorder. Even so, there is a lot of criticism about the paraphilia diagnostic criteria: uncertain reliability, unclear etiology, a lack of coherence and empirical support and unjust pathologization and discrimination against people who practice alternative sexual lifestyles.

Sadomasochists are psychologically and emotionally stable, generally comfortable with their sexual interests and socially well-adjusted. They don't acknowledge their sexual interest as a mental disorder, therefore rarely search for medical support. The main problems that this community faces are medical and forensic patologization and social (and personal) stigma.

Assessment and diagnosis of paraphilic disorders requires a comprehensive multimodal examination, including a mental status examination; review of sexual history via interview and questionnaires; a sex hormone profile; and, if necessary, psychophysiologic testing of sexual arousal patterns.

The treatment is almost exclusive to sexual offenders with paraphilic disorders and should start with psychological treatment, mainly cognitive-behavioral therapy, and gradually progress to pharmacological therapy as needed. Most of the clinical settings paraphilia only need the management of stress and anxiety related to it. The critical effectiveness factor is to deliver treatment in a warm, empathic and rewarding way.

The scientific and medical community is divided between elimination and maintenance of paraphilic disorders from the psychiatric diagnostic manuals. However, in order to end this discussion it is necessary to do more and better scientific research including field trials.

**Key words:** paraphilia, paraphilic disorder, sexual sadism, sexual masochism, DSM-V, BDSM

## **INTRODUÇÃO**

O termo Parafilia surgiu pela primeira vez na terceira versão do Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais (DSM) para descrever preferências sexuais atípicas (1). Desde aí o termo tem evoluído na sua complexidade e abrangência, mantendo contudo uma grande controvérsia relativamente ao significado de comportamento sexual "normal", de Parafilia e quando é que um interesse sexual atípico se considera uma perturbação mental (2, 3). De facto, o conceito de comportamento sexual desviante é difícil de definir em termos absolutos, devido à grande flexibilidade nas normas sexuais ao longo do tempo e entre culturas, dependendo de vários fatores políticos, históricos e socioculturais (4, 5).

O DSM-V, a mais recente versão do principal livro de diagnóstico de perturbações mentais, teve como um dos seus principais objetivos pôr fim a esta controvérsia e delinear critérios específicos que pudessem diferenciar claramente um interesse sexual atípico de uma perturbação mental com estes desejos ou comportamentos. Isto é de extrema importância uma vez que a grande maioria dos indivíduos com interesses sexuais atípicos não tem uma perturbação mental. (6)

A grande maioria dos estudos realizados nesta área são conduzidos por peritos forenses em agressores sexuais, sendo as perturbações mais estudadas aquelas com potencial de constituir delitos criminais. Efetivamente, este diagnóstico tem, para além de importantes repercussões clinicas, importantes repercussões judiciais (7).

Deste modo, proponho neste trabalho uma revisão dos aspetos fundamentais associados às Parafilias e às Perturbações Parafílicas, incidindo em particular no Sadismo Sexual e Masoquismo Sexual.

Com este trabalho pretendo aprofundar uma temática pouco abordada no âmbito da psiquiatria, mas que tem importantes repercussões clínicas, sociais e legais, desmistificar e retirar os tabus do que constitui uma preferência sexual e distingui-la do que constitui uma perturbação de comportamento sexual (Parafilia vs. Perturbação Parafílica). Em suma, espero sensibilizar a comunidade médica para esta temática, facilitando a abordagem e orientação destes doentes.

## **MÉTODOS**

Foi conduzida uma pesquisa na literatura sobre Parafilias e Perturbações Parafílicas, a sua definição, conceito, diagnóstico, seguimento e tratamento focando em particular o Sadismo Sexual e o Masoquismo Sexual. Para tal usaram-se os termos de pesquisa "paraphilia", "paraphilic disorder", "sexual sadism", "sexual masochism", "paraphilia assessment", "paraphilia management", "paraphilia treatment", "BDSM", "DSM-V" e "ICD-10" nas bases de dados científicas PubMed, PsychInfo, Scholer Google e na revista "Archives of Sexual Behavior". Para além disso foram analisadas referências secundárias e capítulos de livros. A literatura relevante para o tema foi selecionada e revista.

## DIAGNÓSTICO DE PARAFILIAS E PERTURBAÇÕES PARAFÍLICAS

#### Definição e Critérios de Diagnóstico de Parafilia e Perturbação Parafílica

O número de Parafilias existente é tanto maior quanto mais livre for a imaginação humana, não sendo por isso de estranhar que estejam relatadas cerca de 547 Parafilias diferentes (8).

Foi no DSM-III (9) que o termo Parafilia foi introduzido pela primeira vez, fazendo parte das Perturbações Psicossexuais. Com o DSM-IV e DSM-IV-TR (10, 11) surgiram os dois critérios necessários para se poder fazer o diagnóstico de Parafilia. Até aqui, o termo Parafilia definia uma perturbação mental. Com a formulação do DSM-V foi feita uma restruturação do conceito e o termo Parafilia passou a representar um interesse sexual atípico mas não patológico e o termo Perturbação Parafílica passou a definir um interesse sexual atípico patológico (uma perturbação mental).

Assim, segundo o DSM-V (6) Parafilia pode definir-se como: "qualquer interesse sexual, persistente e intenso, que vá para além daquele da estimulação genital ou atividades preparatórias/preliminares consentidas com parceiros humanos, fenotipicamente normais e fisicamente maturados." A parafilia por si só não constitui uma perturbação mental. Em certas circunstâncias, o critério "intenso e persistente" pode ser de difícil aplicação e o termo Parafilia pode ser definido como qualquer interesse sexual maior ou igual a interesses sexuais "normais". Quanto ao foco principal de estímulo sexual, este pode ser relacionado com as atividades eróticas (estrangular, infringir dor, ser humilhado) ou com o alvo erótico (interesse sexual preferencial por crianças, cadáveres, animais, objetos).

Uma Perturbação Parafílica é uma Parafilia que cause sofrimento psicológico ao indivíduo ou cuja satisfação sexual provoque dano ou risco no próprio ou em terceiros. Assim sendo, uma Parafilia é uma condição necessária, mas não suficiente, para se ter uma Perturbação Parafílica. Esta distinção é importante, não só a nível clínico, mas também a nível judicial. Para se fazer o diagnóstico são necessários dois critérios: o primeiro especifica a natureza qualitativa da parafilia e o segundo as consequências negativas desta (sofrimento, dor, stress, dano no próprio ou em terceiros)(6). Os critérios serão enunciados de forma aplicada ao Sadismo Sexual e Masoquismo Sexual adiante.

Na décima versão do sistema internacional de classificação de doenças (ICD-10) a categoria Parafilia está inserida dentro da categoria F60-F69 "Perturbações de Personalidade e Comportamento Adulto" com o nome de "F65: Perturbações de Preferência Sexual" (12). A dimensão politica, social e cultural é mais explícita no ICD-10 que no DSM-V. O seu sistema de classificação não tem um suporte exclusivamente científico e clínico (13).

Na proposta do futuro ICD-11 encontra-se a seguinte definição de perturbação parafílica: "padrão de excitação sexual atípica, intenso e persistente, tal como manifestado por pensamentos, fantasias, impulsos ou/e comportamentos sexuais. A perturbação é diagnosticada se o individuo agir de acordo com o seu padrão de excitação ou/e sentir stresse significativo, no caso deste padrão de excitação envolver indivíduos que não prestem o seu consentimento ou cuja idade ou *status* não lhes permita prestar consentimento. Num padrão de excitação que envolva indivíduos adultos que prestem o seu consentimento ou um único comportamento, a perturbação só pode ser diagnosticada se houver stresse significativo inerente ao seu padrão de excitação; ou se o seu comportamento envolve riscos significativos de lesão ou morte." (13).

Assim, o novo ICD-11 propões 3 critérios para o diagnóstico de perturbação parafílica: ausência de consentimento (por incapacidade ou por falta de vontade); stresse significativo associado ao seu interesse sexual; risco de lesão ou morte para qualquer dos intervenientes no comportamento. Um padrão de excitação que envolva indivíduos capazes e com vontade de prestar o seu consentimento e não está associado a stresse significativo ou risco de lesão ou morte não é considerado uma perturbação. (13)

Tem havido uma evolução no sentido de "despatologizar" e despenalizar comportamentos sexuais atípicos que sejam praticados por indivíduos com mútuo consentimento.

#### Parafilias e Perturbações Parafílicas descritas no DSM-V

Demograficamente os interesses sexuais parafílicos começam na adolescência/ início da vida adulta, e são mais comuns no sexo masculino (14). Não é uma informação surpreendente já que é nesta fase da vida que existe o início do interesse e excitação sexuais. Todos os grupos étnicos e socioeconómicos são representados entre as várias Perturbações Parafílicas, sugerindo não haver uma construção social das mesmas (14, 15). Outro dado importante é a existência frequente de comorbilidades entre as várias Parafilias (15, 16).

O DSM-V (6) caracteriza oito Perturbações Parafílicas. As descrições que se seguem são descrições qualitativas das Parafilias e em todas elas, para serem consideradas Perturbação Parafílicas, tem de existir um interesse sexual intenso e recorrente manifestado por fantasias, impulsos ou comportamentos, que ocorrem por um período superior a seis meses (critério A), e que causem stresse clinicamente significativo ou uma alteração funcional social, ocupacional ou qualquer outra de grande importância na vida do individuo (critério B).

- O Voyeurismo consiste em observar uma pessoa que está nua, a despir-se ou em plena atividade sexual sem o seu consentimento;
- No Exibicionismo existe exposição dos próprios genitais a terceiros sem o seu consentimento;
- O Frotteurismo consiste em tocar ou esfregar-se noutros indivíduos sem o seu consentimento;
- A Pedofila envolve atividade sexual com criança ou crianças pré-púberes (em geral, 13 anos ou menos);
- O Fetichismo é resultante do uso de objetos inanimados ou de um foco altamente específico numa ou mais que uma parte não genital do corpo (parcialismo);
- No Travestismo o individuo veste-se como o sexo oposto (cross-dressing). O mais comum é ser um homem heterossexual a ser excitado por se vestir como mulher (autoginefilia) mas o oposto também pode acontecer (autoandrofilia);
- A Perturbação de Masoquismo e de Sadismo Sexual serão abordadas adiante.

A classe Outra Perturbação Parafílica Especificada é uma classificação feita quando existem sintomas característicos de uma Perturbação Parafílica que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo funcional mas que não satisfazem os critérios de qualquer outra classe. Incluem, embora não se limitem a, excitação sexual recorrente e intensa envolvendo escatologia telefónica (telefonemas obscenos), necrofilia (cadáveres), zoofilia (animais), coprofilia (excitação por defecar em alguém ou defecarem sobre si), ou urofilia (excitação por urinar em alguém ou urinarem sobre si) e que

permaneçam pelo menos seis meses causando sofrimento intenso ou prejuízo funcional (6).

Em versões anteriores do DSM as Parafilias que não eram suficientemente prevalentes eram classificadas como Não Especificadas. Estas eram o segundo diagnóstico mais comum em agressores sexuais violentos em tratamento compulsivo, já que o empregavam em crimes de coerção sexual contra adultos (17).

A classe Perturbação Parafílica Não Especificada inclui apresentações para as quais não há informações suficientes para ser feito um diagnóstico mais específico, mas em que existe sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo funcional. Utiliza-se como uma "catchall category", quando se pretende apenas descrever a classe diagnóstica geral sem se comprometer com um diagnóstico específico. Esta classificação é apresentada como forma de reconhecimento geral de que os critérios providenciados para estas perturbações não são suficientes para o diagnóstico pleno de todas as existentes, permitindo também alguma flexibilidade no mesmo (18).

#### Perturbação de Masoquismo Sexual segundo o DSM-V

O Masoquismo Sexual foi inicialmente referido no DSM-II (19). No DSM-III surgiram os primeiros critérios de diagnóstico e a presença de apenas um destes critérios era suficiente para o diagnóstico. Na sua revisão, o DSM-III-R (20) mudou os dois critérios e fez com que fossem necessários ambos para o diagnóstico. Até esta data, qualquer individuo que participasse em atividades Sadomasoquistas, mesmo que fossem com mutuo consentimento, era considerado como tendo uma perturbação mental, sendo este comportamento patológico *per si*.

A partir do DSM-IV o critério A não se alterou substancialmente mas o critério B sofreu alterações importantes. Isto culminou no DSM-V com a definição de Perturbação de Masoquismo Sexual: "excitação sexual recorrente e intensa resultante do ato de ser humilhado, agredido, amarrado ou vítima de qualquer outro tipo de sofrimento, conforme manifestado por fantasias, impulsos ou comportamentos, por um período de pelo menos 6 meses" (critério A); em que existe sofrimento clinicamente significativo ou um prejuízo no funcionamento social, profissional ou de outras áreas importantes da vida do indivíduo" que sejam consequência direta do seu interesse sexual atípico (Critério B). Estes critérios existem para serem aplicados a indivíduos que, livremente, admitem tais interesses parafílicos (6).

No que concerne ao diagnóstico de Perturbação de Masoquismo Sexual os critérios A e B enunciados anteriormente têm de estar presentes. Assim, se um individuo relatar este tipo de fantasias, impulsos ou comportamentos, mas destes não resultar qualquer tipo de stresse ou sofrimento (ansiedade, obsessões, culpa ou vergonha), e não representarem um obstáculo ao cumprimento dos seus objetivos, pode ser caracterizado como tendo interesse sexual masoquista (Parafilia) mas não diagnosticado com uma Perturbação de Masoquismo Sexual.

Existe ainda um critério C que realça a importância de se especificar em caso de Asfixiofilia (excitação sexual obtida por restrição da respiração e está associado a risco acrescido de dano ou morte para o individuo) (21); em ambiente protegido (residentes em instituições mentais ou de justiça onde as oportunidades de envolvimento nestes comportamentos são limitadas); e em remissão completa (não houve sofrimento ou prejuízo funcional, num período de pelo menos cinco anos, em ambiente não protegido).

A prevalência na população e as consequências funcionais desta perturbação são desconhecidas. A idade média de início dos interesses sexuais Masoquistas é de 19,3 anos. Muito pouco é conhecido sobre a persistência ao longo do tempo. A Perturbação de Masoquismo Sexual, por definição, requer a presença de um ou mais fatores que podem mudar com o tempo (ex. sofrimento subjetivo, doença psiquiátrica, prejuízo psicossocial). Portanto é possível compreender que o curso da doença varia com o tempo. Com o avanço

da idade é provável haver uma diminuição da libido e consequentemente uma diminuição das preferências de Masoquismo Sexual (6).

É fundamental avaliar cuidadosamente as evidências de Perturbação de Masoquismo Sexual mantendo a possibilidade de outras Parafilias ou doenças mentais (fetichismo, travestismo, perturbação de sadismo sexual, hipersexualidade, perturbações secundárias ao uso de álcool e estupefacientes) como parte do diagnóstico diferencial (6).

#### Perturbação de Sadismo Sexual segundo o DSM-V

O diagnóstico de Perturbação de Sadismo Sexual, segundo o DSM-V, faz-se quando um individuo apresenta excitação sexual recorrente e intensa resultante do sofrimento físico ou psicológico de outra pessoa, conforme manifestado por fantasias, impulsos ou comportamentos, num período de 6 meses (Critério A); em que ou o indivíduo coloca em prática tais impulsos e fantasias de forma forçada, ou existe uma relação causal direta entre estes e um sofrimento clinicamente significativo (ansiedade, obsessões, culpa ou vergonha) ou prejuízo funcional (critério B). Assim, se um individuo, cumpre o critério A mas não o B, poder-se-á dizer que tem interesse sexual sádico (Parafilia) mas não que apresenta Perturbação de Sadismo Sexual (6).

Estes critérios existem com o intuito de serem aplicados tanto aos indivíduos que admitem livremente ter tais interesses parafílicos (indivíduos confessos) como àqueles que os negam, mas em que existem evidências substanciais do contrário (aqueles que sabidamente infligiram dor ou sofrimento a múltiplas vítimas em ocasiões distintas, mas negam impulsos ou fantasias acerca de tal comportamento sexual e podem alegar que os episódios conhecidos de agressão sexual tenham sido sem intenção ou não sexuais) (6).

O comportamento recorrente de Sadismo sexual de forma coerciva constitui por si só critério clínico para a presença de Perturbação de Sadismo Sexual, segundo o DSM-V. Recorrente pode ser interpretado como a presença de três ou mais vítimas em ocasiões distintas, ou uma só vítima em múltiplas ocasiões e há evidências que corroborem o interesse em causar sofrimento a múltiplas vítimas. Deve-se compreender que múltiplas vítimas representam condição suficiente, mas não necessária, para o diagnóstico, já que os critérios podem ser atendidos se o indivíduo admitir um interesse sexual sádico intenso (6).

Considera-se que existe remissão completa quando não houver sofrimento ou prejuízo funcional decorrentes da Parafilia e não houver tentativas de colocar as suas fantasias em prática, por pelo menos um período de cinco anos, num ambiente não protegido (locais onde as oportunidades de envolvimento em comportamentos sexuais sádicos não são limitadas) (6).

A prevalência da Perturbação de Sadismo Sexual na população é desconhecida e amplamente baseada em indivíduos em contextos forenses. Dependendo dos critérios utilizados, a prevalência varia entre 2 e 30%. Entre agressores sexuais nos Estados Unidos, menos de 10% apresentam Sadismo Sexual. Entre indivíduos que cometeram homicídios por motivação sexual, as taxas de Perturbação de Sadismo Sexual variam entre 37 a 75%, segundo o DSM-V (6).

Amostras forenses mostram que os indivíduos com Perturbação de Sadismo Sexual são maioritariamente do sexo masculino. Isto também se verifica na população em geral

(22, 23). As informações sobre o desenvolvimento e o curso desta Perturbação são muito limitadas. Alguns estudos apontam que o surgimento deste tipo de interesses acontece no início da vida adulta. Enquanto o Sadismo Sexual (Parafilia) é provavelmente uma característica inalterável, a Perturbação de Sadismo Sexual pode variar de acordo com o sofrimento subjetivo do indivíduo ou a sua propensão de causar dano a outros sem consentimento (6).

Muitas das condições que podem ser diagnósticos diferenciais para Perturbação de Sadismo Sexual (Perturbação da personalidade antissocial, Perturbação de Masoquismo Sexual, Hipersexualidade, perturbações por uso de substância) ocorrem também como comorbilidades. Assim, é necessário avaliar cuidadosamente as evidências de Perturbação do Sadismo Sexual, mantendo a possibilidade de outras Parafilias ou perturbações mentais como parte do diagnóstico diferencial. A maior parte dos indivíduos sádicos não expressam qualquer insatisfação com os seus interesses sexuais, e portanto, não completam os critérios de diagnóstico para Perturbação de Sadismo Sexual. O Interesse sádico (Parafilia) deve ser considerado no diagnóstico diferencial (6).

#### Sadismo Sexual, Masoguismo Sexual e Comunidade BDSM

#### Prevalência e Estudos Epidemiológicos

Moser e Levitt (24) observaram que não existiam estudos epidemiológicos de grande escala e de qualidade que definissem a proporção de indivíduos Sadomasoquistas e que também não era claro se havia algum comportamento característico especifico. Kessler (25), quase 20 anos depois, continua com a mesma conclusão. Ainda assim há alguns estudos que merecem referência e estão presentes nas tabelas 1 e 2 (anexos I e II).

Não existe qualquer dado nestes estudos que nos demonstre em que extensão o diagnóstico de Masoquismo Sexual está relacionado com o comportamento criminoso. Por outro lado o diagnóstico de Sadismo Sexual está muito presente nas populações forenses mas raramente é reportado no âmbito clinico de ambulatório. Para comprovar, no U.S National Ambulatory Medical Care Survey, em 2008, de um total de cerca de 500,000,000 de avaliações médicas com o diagnóstico de perturbações sexuais ou de identidade de género, nenhuma apresentou diagnóstico de Sadismo Sexual ou Masoquismo Sexual.

Analisando estes dados, embora o comportamento sadomasoquista pareça ser muito frequente na comunidade, poucos são os casos que aparecem em ambiente clínico e são diagnosticados com Perturbação de Sadismo ou Masoquismo Sexual. Possíveis conclusões destes estudos são: que os investigadores não usam os critérios do DSM em populações não forenses; que os indivíduos com Parafilias na comunidade não procuram avaliação nem tratamento; que não existe um número substancial de indivíduos com Perturbação de Sadismo ou Masoquismo Sexual na população não forense (sadomasoquistas que se sentem bem com os seus interesses sexuais atípicos e estão bem inseridos na sociedade) (26,27).

Grande parte da informação existente é proveniente de estudos em populações forenses e as suas conclusões não devem ser alargadas à população em geral. A grande maioria dos trabalhos empíricos tem limitações importantes como uma amostra reduzida ou não representativa, o uso de instrumentos de diagnóstico com reduzida fiabilidade ou validade, e uso de critérios de diagnóstico desatualizados.

#### Alterações relevantes dos critérios de diagnóstico com o DSM-V

O DSM-V caracteriza apenas oito Perturbações Parafílicas. A sua seleção é justificada por serem perturbações relativamente comuns e porque algumas delas implicam ações de carater nocivo e com potencial dano em terceiros, podendo constituir delitos criminais. Contudo esta justificação tem sido altamente criticada, tanto por o "carácter nocivo" não ser claramente definido, como por a manutenção destas perturbações ser mais um seguimento da tradição iniciada pelo DSM-III. As entidades deveriam ser distintamente identificadas e definidas com base na investigação científica, não recorrendo apenas a dados epidemiológicos escassos e em populações específicas, e com prevalências tão díspares como de 2% a 30% (18). Outros autores defendem que incluir apenas algumas Parafilias, e não outras, está a discriminar negativamente as incluídas (28).

Apesar de pouco se terem alterado as entidades abordadas, a sua nomenclatura, caracterização e clarificação tem sido desenvolvida. A decisão de maior impacto foi a de distinguir Parafilia de Perturbação Parafílica. Esta permitiu a separação e definição do que é um interesse sexual normal, do que é um atípico e do que é um patológico, reconhecendo explicitamente que um interesse sexual atípico (Parafilia) não constitui por si só uma perturbação mental. As potenciais repercussões ao nível de como a sociedade, a justiça e o próprio individuo vêem os interesses sexuais são promissoras (29).

Outra alteração importante na nomenclatura do DSM-V foi a adição da noção de remissão (quando a Parafilia cessa de causar prejuízo funcional por pelo menos 5 anos em ambiente não controlado) a cada uma das Perturbações Parafílicas. Esta alteração é concordante com a descoberta de Hanson et al. (30) que o risco de recidiva por crimes sexuais diminui em cerca de 50% por cada 5 anos, na comunidade, sem se cometer nenhum delito relacionado. Com isto, o DSM-V permite aos clínicos descrever uma progressão no controlo e tratamento da doença e uma melhor caracterização desta.

No entanto, há quem defenda que estas constantes alterações podem causar mais confusão do que clarividência quer a nível clinico quer a nível judicial (7, 28, 31). Frances e Widiger (32) constataram que por má interpretação/formulação dos critérios de diagnóstico existiam diagnósticos de Perturbações Parafílicas injustamente feitos. Wright (33) acrescenta que se tanto as Parafilias como as Perturbações Parafílicas continuarem com um código de diagnóstico, então ambas terão uma conotação negativa e efeito discriminatório aconselhando, por isso, a retirada das Parafilias dos manuais de diagnóstico de perturbações mentais.

#### Problemas Legais com o Diagnóstico de Masoquismo e Sadismo Sexual

Os casos de custódia parental são negativamente influenciados pela presença de Parafilias. Em 2010, a "Nacional Coaligation for Sexual Freedom" (NCSF) reportou que cerca de 30% das pessoas que recorriam anualmente ao seu apoio judicial estavam envolvidas em processos de custódia parental e sentiam-se discriminadas ou perseguidas devido às suas práticas sexuais alternativas (34).

O segundo problema são os diagnósticos falso-positivos de Perturbação Parafílica feitos por aferição de que um ato sexual violento é por si só suficiente para estabelecer o diagnóstico. Por outro lado, não se pode assumir que um individuo diagnosticado com uma Parafilia cometa necessariamente um crime sexual, não devendo assim estar ao abrigo das leis sobre predadores sexuais violentos (7, 17).

O DSM-V declara, no entanto, que um padrão recorrente e relevante de comportamento sexual parafílico é uma base de diagnóstico legítima, mesmo quando o individuo nega motivação, fantasias ou impulsos sexuais para o seu comportamento. Esta afirmação tem falta de evidência empírica pois não há um padrão de comportamento que melhor nos indique qual o estímulo subjacente e o nível de exatidão do diagnóstico obtido. Posto isto, é necessária uma validação empírica de uma escala de avaliação de comportamento sexual antes de se poder afirmar tal conclusão (29).

Frances e First (3) realçam que o diagnóstico de Parafilias permite um abuso dos meios legais e uma interpretação inapropriada de comportamentos criminais como perturbações mentais. Assim, se atos não consentidos são definidos e considerados como comportamento parafílico, então existe uma confusão entre perturbação mental e um ato criminal (35).

#### Etiologia

Relativamente à etiologia destes diagnósticos muito pouco se sabe e tem sido altamente negligenciada (18).

Cross & Mantheson (36) não descobriram nenhum suporte cientifico para o modelo médico-psiquiátrico (que aborda o sadomasoquismo como um problema psicopatológico), modelo feminista radical (que assume o sadomasoquismo como um problema de misoginia e patriarquismo) e para a teoria *escape-from-self* (que o vê como uma estratégia de fuga da pessoa que é da vida que tem e da consciência de si próprio).

#### Características Psicológicas e Funcionais

A grande maioria dos estudos que analisam a componente psicológica e a adaptação social e funcional de indivíduos praticantes de "Bondage, Disciplina, Dominação, Submissão, Sadismo e Masoquismo" (BDSM) conclui que são emocional e psicologicamente equilibrados, geralmente estão confortáveis com as suas preferências sexuais (não apresentam uma maior probabilidade de experimentar coerção sexual, infelicidade, ansiedade, dificuldades sexuais funcionais, psicopatia, instabilidade mental, tendências antissociais, hostilidade ou autoritarismo) e são socialmente bem ajustados (maiores graus de educação, melhores salários e bom status profissional, relativamente à população geral) não se revendo como tendo uma perturbação mental (24, 37-41). Um estudo vai mais longe e diz que a comunidade BDSM é mais saudável que a população em geral num grande número de medidas de personalidade e de bem-estar subjetivo (42).

Um estudo português numa população BDSM observou que os níveis de stresse associados à função sexual eram mais reduzidos nas práticas BDSM que nas não BDSM. Propuseram como justificação a descentralização do foco sexual na aparência, na estimulação genital e na performance sexual e a recanalização da tensão e satisfação sexual para outros aspetos como o roleplaying, a humilhação ou os objetos (43).

Kleinplatz (44) acredita que as preferências BDSM mais que normais podem ser benéficas, e demonstra, através de dois casos de estudo, como o reconhecimento e aceitação das fantasias BDSM pode ajudar a resolver situações de disfunção ou insatisfação sexual, falta de intimidade entre parceiros, traumas e problemas de identidade, bem como defende uma abordagem focada no insight da sexualidade. Noutros estudos pode encontrar-se a perspetiva em que o Sadomasoquismo é visto como um comportamento saudável, terapêutico, esclarecedor e "empowering" (45-47).

O contexto cultural e a existência ou não de um relacionamento amoroso têm importante influência no bem-estar, seguimento e tratamento de indivíduos com Perturbações Parafílicas. Em particular, o Sadomasoquismo é das parafilias que mais vezes se encontra em contexto de relação amorosa estável (48, 49).

#### Estigma Social e Clínico Perante a Comunidade BDSM

Segundo o DSM-V a existência de stresse e ansiedade inerentes à prática sadomasoquista leva ao diagnóstico de perturbação mental. No entanto grande parte do stresse/ansiedade e perturbação funcional que estas Parafilias provocam é devido à descriminalização e conflito com os *standards* sociais e culturais, que por sua vez, é preservado pela existência de critérios de diagnóstico que as definem como perturbações mentais (18, 47, 50-52).

Wright (53) num estudo com 1017 indivíduos BDSM descobriu que 36% tinham sofrido algum tipo de agressão social (física ou psicológica) e que 30% tinham sofrido discriminação laboral devido às suas preferências sexuais atípicas.

No "Second National Survey of Violence & Discrimination Against Sexual Minorities", de uma população de 3000 BDSMs 37,5% dos participantes experimentou descriminação ou agressão física ou psicológica e 60% prefere ficar no anonimato e nunca se "assumiu", precisamente para não ser julgado e descriminado (54).

O estigma verifica-se também nos profissionais de saúde mental. Kelsey et al. (55) avaliaram as atitudes e abordagem à comunidade BDSM de 766 terapeutas nos Estados Unidos. Após a sua análise, aconselharam um treino mais específico dos profissionais de saúde mental e, no caso destes não se sentirem competentes, a referência dos casos a colegas que consigam dar uma assistência eficiente à comunidade BDSM. Em concordância está a NCSF, que oferece um reportório de informação sobre esta comunidade, para profissionais médicos e forenses (56); também Pillai Friedman et al. (57), Nichols (58, 59) e Kolmes et al. (60), chamam a atenção para a relevância da educação dos profissionais para uma abordagem apropriada da comunidade BDSM. Para isso têm de gerir os seus viés e estereótipos, não assumirem que é a prática BDSM a responsável pela procura dos serviços de saúde e consciencializarem-se sobre os problemas que estas comunidades enfrentam, como o estigma social e a frustração resultante dos desejos reprimidos (50). Os profissionais devem, portanto, assumir uma postura correta, sem julgamentos e com respeito pela liberdade sexual e cultural dos valores e práticas BDSM (61).

#### Manutenção do diagnóstico de Sadismo e Masoquismo Sexual

O DSM-V defende a manutenção do diagnóstico de Perturbação de Masoquismo e Sadismo Sexual e das perturbações parafilias em geral. Para além disso, defende a permanência do diagnóstico das respetivas Parafilias. Justifica a sua posição de manutenção do diagnóstico de Sadismo e Masoquismo Sexual (a parafilia) por deixar intacta a distinção entre comportamento sexual "normal" e atípico o que é importante no auxílio e incentivo à investigação científica na área. (6; 62, 63).

Contudo, dizer-se que estas parafilias são uma prática atípica é difícil de sustentar, tendo em conta os dados empíricos existentes da sua prevalência na comunidade. Por exemplo, um estudo alemão observou que 62,4% dos inquiridos admitiu ter pelo menos um padrão de excitação sexual associado a alguma Parafilia e apenas 1,7% reportou stresse/ansiedade relacionado. Assim, a grande maioria apresenta critérios para o diagnóstico de Parafilia, mas não para Perturbação Parafílica (64). No caso concreto do Sadismo e Masoquismo Sexual, se tivermos em consideração os desejos e fantasias parafílicas, dominância e submissão juntas são a 6ª categoria mais popular dentro de 55 milhões de pesquisas feitas em *sites* eróticos (65). Também os sucessos literários e cinematográficos de *Fifty Shades of Grey e Ninfomaniac* despertaram o interesse da comunidade para o "kinky sex" (práticas Sadomasoquistas).

Krueger (26, 27) afirma que a perturbação de Masoquismo e Sadismo Sexual deveriam permanecer no DSM apesar de ter concluído que, como Parafilia, eram bastante prevalentes na população e que estavam associados a uma boa função psicológica, social e funcional. Apresenta 4 motivos pelos quais defende a manutenção destas perturbações parafílicas no DSM:

- Existência de casos, mesmo que em número reduzido, de lesões graves e até morte, decorrentes da prática de Asfixiofilia, que a seu ver são sinal claro de perturbação mental (Hucker concorda com esta perspetiva) (21);
- A muito provável subestimação dos valores reais de incidência por utilização de entrevistas de diagnóstico não estruturadas e sem critérios definidos;
- A sua manutenção é importante no auxílio e incentivo à investigação científica, de forma a colmatar a falta de dados empíricos existentes;
- Permite auxiliar indivíduos que procuram acompanhamento e tratamento para interesses sexuais com os quais não se revêm ou lhes estão a causar desconforto ou disfunção;
- No caso específico de Perturbação de Sadismo Sexual também justifica a sua manutenção por ser um diagnóstico proeminente em populações forenses e portanto um alvo claro de terapia.

Estas justificações são baseados no propósito da aplicabilidade em populações muito particulares e foram formuladas apesar da natureza indireta da obtenção da informação, da fiabilidade duvidosa dos estudos usados e de não se ter feito uma revisão da literatura sobre a eficácia dos tratamentos utilizados (29).

Estes argumentos foram contestados por Moser & Kleinplatz (66) que mostraram que o *link* existente entre hipoxifilia e masoquismo sexual é ténue. Para além disso, o argumento de permanência do diagnóstico para facilitar a investigação não é plausível, já que apesar destes diagnósticos existirem desde 1968, o financiamento continua escasso e os estudos que têm sido feitos focam-se quase exclusivamente na população forense, não sendo previsível uma alteração deste fenómeno (63; 67).

Efetivamente, um dos principais pontos negativos é a falta de evidência científica que suporte os critérios de diagnóstico do Sadismo e Masoquismo Sexual (quer da parafilia quer da perturbação parafílica) apresentados no DSM-V e a falta de bons dados estatísticos relativos à incidência e prevalência dos mesmos (18, 68).

O argumento de que ser uma prática arriscada (dano ou morte) deveria ser considerado como patológico não é coerente, pois assim qualquer desporto radical deveria ser considerada uma perturbação mental (69).

Moser e Kleinplatz (66) criticam a legitimidade do diagnóstico das Perturbações de Sadismo e Masoquismo Sexual e foram os mais vigorosos e fortes defensores da sua eliminação do DSM. Tal como Daley et al. (70) e Reiersøl & Skeid (71) consideram que estas não são perturbações mentais e que o facto de as classificarem como tal facilita a descriminação e o dano psicológico destes indivíduos. Estes autores defendem que manter as Perturbações de Sadismo e Masoquismo Sexual como diagnóstico, bem como as restantes Perturbações Parafílicas, é inconsistente com as razões que levaram à retirada da homossexualidade do DSM em 1973. Segundo estes autores a sua manutenção é resultado não de evidência científica, mas sim da opinião pública e politica. São apoiados por vários estudos precedentes (72-76).

Marshall & Kennedy (77) afirmam que mesmo após 100 anos de investigação e observação clinica ainda não se está perto de um diagnóstico de Sadismo Sexual, satisfatório e fiável. Fedoroff (78) acrescenta que a perturbação de Sadismo Sexual, tal como está definida, é muito heterogénea e a investigação que existe tem resultados muito difíceis de reproduzir. Marshall & Kennedy recomendaram assim, o abandono deste diagnóstico e em sua substituição aconselharam o uso do comportamento para identificação dos indivíduos, de acordo com uma gradação de brutalidade (abordagem dimensional). Kirsch e Becker (79) também defendem este tipo de abordagem dimensional. Krueger (26) concorda que se devem explorar abordagens dimensionais, mas não que se devem abandonar os critérios existentes.

#### Fiabilidade do diagnóstico

Marshall et al. (80), Levenson (81), Wilson et al. (2011) e Campbell (82-84) concluíram que a fiabilidade inter-observador era pobre para o diagnóstico de Sadismo Sexual e das Parafilias em geral. Em contraste com estes estudos Doren e Elwood (85) reportaram boa fiabilidade inter-observador para o diagnóstico de Sadismo Sexual e alguns estudos sugerem que esta é adequada se não excelente para o mesmo diagnóstico. (86, 87).

Marshall e Hucker (88) na sua investigação sobre Sadismo Sexual chegaram à conclusão que psiquiatras forenses experientes e psiquiatras de renome internacional, não aplicavam de forma precisa os critérios de diagnóstico. Pelo contrário, Mclawsen (89) fez um estudo com 60 psiquiatras com diagnósticos feitos de Sadismo Sexual, e constatou que houve competência dos psiquiatras para diferirem as características associadas ao Sadismo Sexual.

Existem poucos estudos que avaliem a fiabilidade inter-observador e dos que há as conclusões são díspares. Mesmo assim não existem provas que uma pobre fiabilidade inter-observador seja consequência de critérios ambíguos ou mal concebidos para o Sadismo Sexual. A baixa fiabilidade pode ser uma simples falta de conhecimento dos critérios de diagnóstico, falta de treino na condução deste tipo de entrevista específico ou falha no uso de instrumentos estruturados. Ainda assim a fiabilidade inter-observador tem melhorado com a utilização de instrumentos estruturados, educação dos avaliadores e seleção apropriada das amostras (26, 27).

Resumindo, o diagnóstico de Perturbação de Sadismo e Masoquismo Sexual é criticado por baixa fiabilidade, por tornar patológico e discriminar indivíduos com estilo de vida sexual alternativa, completamente funcionais e integrados na sociedade, por não apresentar evidência empírica, por ser uma fonte de confusão em meio clinico e forense e por não ser coerente.

## **AVALIAÇÃO**

O Masoquismo e Sadismo Sexual enquanto Parafilias não requerem seguimento nem tratamento pois não constituem uma perturbação mental. A abordagem da avaliação e tratamento que será feita tendo em foco as Perturbações de Sadismo Sexual e Masoquismo Sexual é transversal à maioria das Perturbações Parafílicas. No entanto, as seguintes propostas de avaliação e tratamento foram formuladas maioritariamente a partir de estudos em populações forenses, que cometeram delitos de cariz sexual (agressores sexuais e homicidas sexuais), podendo não ser aplicáveis noutras populações.

Para além da área forense, mais raramente, as perturbações parafílicas podem ser vistas na área clinica de sexologia e mesmo no médico de família, principalmente quando causam uma perturbação do bom funcionamento de uma relação amorosa, disfunção sexual ou perturbações de humor (90).

#### Escalas de avaliação

Os doentes devem ser submetidos a uma entrevista clinica que aborde os pensamentos, interesses e comportamentos sexuais. Esta entrevista pode ser bastante informativa e o principal meio de diagnóstico, principalmente no âmbito clínico onde o individuo procura ajuda voluntariamente. No entanto, quando o doente se sente constrangido a partilhar as suas preferências sexuais, principalmente quando existem consequências legais associadas, a entrevista pode ser redundante. Isto depende em grande parte da capacidade do clínico de tratar o doente com respeito e desenvolver uma relação médico-doente de confiança (90).

Uma estratégia complementar para reduzir esta relutância é a administração de questionários especialmente desenvolvidos para avaliar os interesses sexuais. Os mais usados são: "Bradford Sexual History inventory" (BSHI) (91); Segunda versão do "Multifasic sex inventory" (MSI-II) (92); "Clarke Sex History Questionnaire for Males-revised" (SHQ-R) (93); "Sexual Sadism Scale" (88) e "The Multidimensional Inventory of Development, Sex, and Aggression" (MIDSA). Este último permite uma avaliação mais compreensiva, tem demonstrado excelentes propriedades psicométricas e há vários estudos que comprovam a sua validade (94-98).

#### Testes psicofisiológicos

- Pletismografia peniana consiste na medida de alterações da circunferência peniana ou volume peniano em resposta a estímulos que vão variando consoante o que se pretenda estudar. Este teste tem sido utilizado principalmente na pedofilia (99,100), mas também pode ser usada na Perturbação de Sadismo Sexual, e há estudos que defendem a sua utilização na Perturbação de Masoquismo Sexual (101). Marshall (102) questiona a sua utilidade alegando fiabilidade e validade inconsistentes. Além disso é dispendiosa, desconfortável, e não é um procedimento muito acessível. (103).
- Viewing time consiste na apresentação de imagens temáticas de interesse sexual díspares e na determinação do tempo relativo que o individuo perde em cada classe em conjunto com a aplicação de um questionário. (104-107). Apesar de ter uma validade inferior à pletismografia peniana, é mais prático e fácil de usar em programas comunitários. Alguns estudos sugerem que os scores do viewing time preveem significativamente a recidiva de delitos sexuais (108, 109).

#### Perfil hormonal

O perfil de hormonas sexuais permite estabelecer anormalidades destes níveis e determinar o nível basal para o tratamento farmacológico. O Perfil deve consistir no doseamento da testosterona total e livre, estradiol, prolactina, progesterona, hormona luteinica (LH) e hormona estimulante folicular (FSH) (110). Algumas delas têm-se revelado úteis em prever recidivas em agressores sexuais. (111, 112). Com o tratamento farmacológico a realização de testes de *screening* antes da terapia é essencial para evitar complicações graves (113-115).

#### Diagnóstico diferencial

Deve fazer-se o diagnóstico diferencial de Perturbação Parafílica e Parafilia; de fantasias/impulsos parafílicos e pensamentos obsessivo-compulsivos de natureza sexual, que podem ser uma forma de manifestação da Perturbação Obsessivo-Compulsiva (116). São facilmente confundidas por má avaliação das características relatadas ou por desconhecimento das características e formas de manifestação de cada uma (117).

#### **TRATAMENTO**

O tratamento é destinado aos indivíduos com Perturbação de Sadismo ou Masoquismo Sexual e não aos que apenas apresentam a Parafilia. Mais uma vez, a abordagem terapêutica apresentada é concebida com base em estudos em populações forenses (agressores e homicidas sexuais), onde as frequências de perturbações parafílicas são muito variáveis.

No caso de perturbações parafílicas em âmbito clinico, por serem uma minoria e não constituírem um perigo para a sociedade, existem muito poucos estudos que abordem a sua terapêutica. Dos poucos estudos que existem, estes aconselham uma abordagem mais compreensiva que se foque na validação e tratamento do stresse e ansiedade associados à perturbação parafílica e não tanto na tentativa de suprimir os interesses e desejos BDSM (50). O principal foco da terapia, mais que a preferência BDSM, são os problemas conjugais e interpessoais. (61).

Uma meta-analise realizada por Lösel et al. (118) sugeriu que o tratamento farmacológico é mais eficaz que a psicoterapia na redução de recidivas de comportamento sexual violento. No entanto, o mais efetivo é a combinação de tratamento farmacológico com a psicoterapia, principalmente terapia cognitivo-comportamental por ser um modelo mais compreensivo (119, 120). Os objetivos do tratamento são reduzir ou suprimir fantasias, impulsos e comportamentos sexuais atípicos que possam reduzir o risco de vitimização secundária, enquanto mantêm o interesse sexual padrão (119).

Os tratamentos farmacológicos existentes para as Perturbações Parafílicas encaixam-se em três categorias: inibidores seletivos da recaptação de seretonina (ISRS), antiandrogénios esteroides e análogos da hormona libertadora de Gonadotrofina (GNRH).

Os ISRSs podem ser úteis por inibição do interesse sexual, redução da impulsividade, diminuição de sintomas obsessivo-compulsivos (121) ou de sintomas depressivos concomitantes (122, 123). Destes a Fluoxetina e a Sertralina já demonstraram eficácia clinica (122, 124, 125). Apesar da falta de suporte empírico consistente, alguns autores aconselham o uso de ISRSs no tratamento de Parafilias leves, em jovens com Perturbação Parafílica e em casos de existirem comorbilidades como Perturbação Obsessivo-Compulsiva, depressão ou ansiedade (125).

A classe dos antiandrogénios engloba a terapia com análogos sintéticos dos esteroides (Acetato de Medroxyprogesterona [AMP]) e Acetato de Ciproterona [ACP]) e análogos do GnRH. Estes fármacos provocam uma redução da testosterona livre, que por sua vez provoca uma redução da libido, da ereção, do volume de esperma e da frequência de masturbação e, ao contrário da castração física, é reversível. (126, 127).

Após 1 a 2 meses de tratamento com o AMP e de de 4 a 12 semanas com o ACP há uma redução do comportamento sexual global e eliminação completa do comportamento e fantasias sexuais atípicas (119). O efeito é completamente reversível após 1 a 2 meses do término da terapia. (122, 128). No entanto têm numerosos efeitos secundários, o que torna o seu rácio risco/benefício muito desfavorável (113, 119, 129).

Os análogos do GnRH utilizados até agora foram Triptorelina, Leuprorelina e Goserelina. Estes podem ser administrados em fórmulas injetáveis de longa duração e têm um melhor perfil de efeitos laterais e melhor tolerância que o AMP e ACP (121). Estes fármacos têm demonstrado uma alta eficácia, especialmente em casos de insucesso com psicoterapia ou outros androgénios (119).

Quanto à psicoterapia, o modelo mais utilizado e reconhecido para o tratamento de Perturbações Parafílicas é a Terapia Cognitivo-comportamental (103, 118, 130, 131). O princípio desta terapia é ajudar o doente a diminuir gradualmente a sua resposta às fantasias sexuais atípicas e aumentar o seu interesse sexual por comportamentos sexuais padrão (131). As técnicas utilizadas são variadas: desde treino de capacidades socais, empatia, correção de défices de intimidade a técnicas de redireccionamento do orgasmo, restruturação cognitiva e dessensibilização por imagem (132-136), entre outras.

É importante perceber que o fator crítico na redução a longo prazo da recidiva é a forma como o tratamento é implementado, como o terapeuta aborda o problema e consegue estabelecer uma relação de confiança com o seu doente. (137). Norcross (138) mostrou que a relação médico-doente é responsável por cerca de 25 a 30% dos benefícios do tratamento. Marshall et al. (139), por sua vez, demostrou que 30% das alterações benéficas no tratamento eram explicadas pelas características do terapeuta. Os terapeutas que apresentavam melhor adesão eram os mais calorosos, empáticos, que não faziam juízos de valor e apoiavam o doente (140).

Assim, o tratamento deve ser aplicado por profissionais treinados de forma empática, calorosa, com compaixão, com respeito e sem juízos de valor (Modelo Risco-Necessidade-Responsividade) (141, 142) e onde o paciente é encorajado a seguir o tratamento (modelo de entrevista motivacional) (143). Os alvos do tratamento devem incluir os fatores de risco dinâmico (ex. relações de insegurança, falta de intimidade, solidão, preocupações sexuais, baixa autoestima, interesses sexuais atípicos e hostilidade) (144,145) e devem construir no doente a força, capacidades e atitudes necessárias para este superar as adversidades e aumentar as oportunidades de satisfazer as suas necessidades na sociedade ("Good life model") (146,147).

Embora a terapia cognitivo-comportamental seja a abordagem mais utilizada para o tratamento de Perturbações Parafílicas, parece que, se os fatores de risco dinâmicos

forem bem endereçados e o tratamento administrado de forma eficaz, a orientação teórica do programa pouco contribui para a eficácia (139).

Quanto à avaliação de eficácia, é desapontante a falta de evidência científica na área. Uma vez que existem tantas dúvidas quanto ao melhor tratamento, são necessários estudos randomizados de boa qualidade e de longa duração (119). No entanto, os programas de prevenção de recorrência com as características enunciadas parecem ter efeitos positivos (119, 1330, 148-150). Os ISRSs e os antiandrogénios não demonstraram ser eficazes no tratamento do comportamento parafílico, sendo que os últimos estão associados a efeitos secundários significativos, com um rácio risco/benefício desfavorável à sua utilização. (119). No entanto estes estudos têm grandes limitações e inúmeros vieses, sendo a fiabilidade do tratamento aplicado inconclusiva.

As guidelines feitas pela World Federation of Societies of Biological Psychiatry's (WFSBP) em 2010 oferecem-nos um algoritmo para determinar a melhor abordagem terapêutica para as Perturbações Parafílicas. Este é baseado na gravidade da perturbação e no risco de dano para o próprio ou para terceiros. Existem seis níveis de tratamento que devem ser gradualmente escalados de acordo com três objetivos: controlar as fantasias e comportamentos parafílicos para diminuir o risco de recidiva, controlar os impulsos sexuais e diminuir o nível de stresse permitindo que o doente tenha uma vida sexual normal. A eficácia deste algoritmo é desconhecida (122). Podemos encontrar este algoritmo na tabela 3 (anexo III).

Estudos recentes sugerem que a neuroimagem pode ser, no futuro, uma modalidade útil para auxiliar a avaliação, categorização e tratamento de Perturbações Parafílicas. Os métodos de imagem, como a ressonância magnética, têm sido utilizados para identificar os substratos neuronais associados ao interesse e resposta aos estímulos sexuais (151, 152, 153). Isto tem particular interesse porque se descobriu que sinais neuronais aberrantes podem ser modificados pela utilização de *neurofeeback* (154). Assim, se reproduzível, o *neurofeedback* poderá ser usado como estratégia de controlo de comportamento sexual parafílico.

### CONCLUSÃO

As Parafilias e Perturbações Parafílicas, em especial o Sadismo e Masoquismo Sexual, são entidades formuladas nos principais manuais de diagnósticos psiquiátricos. No entanto, existe uma grande discussão se a sua manutenção é legítima. Entre as principais críticas estão a baixa fiabilidade do diagnóstico; a incoerência dos seus critérios; o tornar patológico, discriminar e estigmatizar indivíduos com preferências sexuais alternativas; a falta de evidência empírica em quase todos os aspetos associados ao diagnóstico e ser uma fonte de confusão em meio clinico e forense.

Para se chegar a qualquer conclusão será necessário um maior investimento empírico na área, quer a nível de diagnóstico, como de avaliação e tratamento.

Tem havido uma evolução na clarificação do que se considera patológico ou não. Os modelos de avaliação e tratamento das parafilias têm-se alterado de uma perspetiva patológica de comportamentos sexuais não reprodutivos para modelos que consideram patológico quando há comportamento sexual sem consentimento.

A tendência natural da evolução sociocultural vai levar a que qualquer prática sexual consensual entre indivíduos capazes seja considerada normal, independentemente do quão atípico for o interesse, e consequentemente desparecerá da lista de perturbações mentais. É portanto necessário esclarecer e educar os profissionais de saúde de forma a reduzir o seu estigma e a proporcionarem o melhor seguimento aos seus doentes com Perturbação Parafílica, que na grande maioria das vezes passa apenas por tratar o stresse e ansiedade sentidos.

#### **BIBLIOGRAFIA**

- 1. Beech AR, Harkins L: DSM-IV paraphilia: Descriptions, demographics and treatment interventions. Aggress Violent Behav 2012, 17:527-39.
- 2. Moser C. When is an unusual sexual interest a mental disorder? Arch. Sex. Behav. 2009. 38:323–25
- 3. Frances A, First MB: Hebephilia is not a mental disorder in DSM-IV-TR and should not become one in DSM-5. J Am Acad Psychiatry Law 2011, 39:78-85.
- 4. McManus MA, Hargreaves P, Rainbow L, Alison LJ. Paraphilias: definition, diagnosis and treatment. F1000Prime Rep. 2013. 5:36
- 5. Joyal CC. How anomalous are paraphilic interests? Arch. Sex. Behav. 2014. 43:1241–43
- 6. Am. Psychiatr. Assoc. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, DC: Am. Psychiatr. Assoc. 2013. 5th ed.
- 7. First MB. 2014. DSM-5 and paraphilic disorders. J. Am. Acad. Psychiatry Law 42:191–201
- 8. Aggrawal A. Forensic and Medico-Legal Aspects of Sexual Crimes and Unusual Sexual Practices. Boca Raton, FL: CRC Press. 2008.
- Am. Psychiatr. Assoc. 1980. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.
   Washington, DC: Am. Psychiatr. Assoc. 3rd ed.
- 10. Am. Psychiatr. Assoc. 1994. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, DC: Am. Psychiatr. Assoc. 4th ed.
- 11. Am. Psychiatr. Assoc. 2000. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, DC: Am. Psychiatr. Assoc. 4th ed., text rev.
- 12. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: Author. 1990.
- 13. Giami A. Between DSM and ICD: Paraphilias and the Transformation of Sexual Norms. Archives of sexual behavior. 2015;44(5):1127-38.
- 14. Wiederman MW. Paraphilia and fetishism. Sex. Ther. 2003. 11:315–21
- 15. Abel G, Rouleau J. The nature and extent of sexual assault. In Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories and Treatment of the Offender, ed. WL Marshall, DR Laws, HE Barbaree, 1990. pp. 9–12. New York: Plenum
- Wilcox D, Sosnoski D, Warberg B, Beech AR. Sexual history disclosure using the polygraph in a sample of British sex offenders in treatment. Polygraph. 2005. 34:171– 83
- 17. First MB, Halon RL. Use of DSM paraphilia diagnoses in sexually violent predator commitment cases. J. Am. Acad. Psychiatry Law. 2008. 36:443–54

- 18. Fedoroff JP, Di Gioacchino L, Murphy L. Problems with paraphilias in the DSM-5. Curr. Psychiatry Rep. 2013. 15:363–68
- Am. Psychiatr. Assoc. 1968. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.
   Washington, DC: Am. Psychiatr. Assoc. 2nd ed.
- 20. Am. Psychiatr. Assoc. 1987. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, DC: Am. Psychiatr. Assoc. 3rd ed., rev.
- 21. Hucker, S. J. Hypoxyphilia. Advisor's report to the DSM-V Workgroup on Sexual and Gender Identity Disorders. Archives of Sexual Behavior. 2009.
- 22. Santtila, P., Sandnabba, N. K., Alison, L., & Nordling, N. Investigating the underlying structure in sadomasochistically oriented behavior. Archives of Sexual Behavior. 2002. 31, 185–196.
- 23. Richters, J., Grulich, A. E., De Visser, R. O., Smith, A. M. A.,&Rissel, C. E. Sex in Australia: Autoerotic, esoteric and other sexual practices engaged in by a representative sample of adults. Australian and New Zealand Journal of Public Health. 2003. 27, 180–190.
- 24. Moser, C.,& Levitt, E. E. An exploratory-descriptive study of a sadomasochistically oriented sample. Journal of Sex Research. 1987. 23, 322–337.
- 25. Kessler, R. C., Demier, O., Frank, R. G., Olfson, M., Pincus, H. A., Walters, E. E., et al. Prevalence and treatment of mental disorders. New England Journal of Medicine. 2005. 352, 2515–2523.
- 26. Krueger RB. The DSM diagnostic criteria for sexual sadism. Arch Sex Behav. 2010;39(2):325–45.
- 27. Krueger RB. The DSM diagnostic criteria for sexual masochism. Arch Sex Behav. 2010;39(2):346–56.
- 28. Hinderliter AC. Defining paraphilia in DSM-5:Do not disregard grammar. J. Sex Marital Ther. 2011. 37:17–31
- 29. Beech AR, Miner MH, Thornton D. Paraphilias in the DSM-5. Annual review of clinical psychology. 2016;12:383-406.
- 30. Hanson RK, Harris AJ, Helmus L, Thornton D. High-risk sex offenders may not be high risk forever. J. Interpers. Violence. 2014. 29:2792–813
- 31. Appelbaum PS. Commentary: DSM-5 and forensic psychiatry. J. Am. Acad. Psychiatry Law. 2014. 42:136–40
- 32. Frances AJ, Widiger T. Psychiatric diagnosis: lessons from the DSM-IV past and cautions for the DSM-5 future. Annual review of clinical psychology. 2012;8:109-30.
- 33. Wright S. Kinky parents and child custody: the effect of the DSM-5 differentiation between the paraphilias and paraphilic disorders. Arch Sex Behav 2014:1–2.

- 34. The National Coalition for Sexual Freedom. Kinky is not a diagnosis. Disponível em <a href="https://ncsfreedom.org/key-programs/DSM-5-revision-project/kinky-is-not-a-diagnosis.html">https://ncsfreedom.org/key-programs/DSM-5-revision-project/kinky-is-not-a-diagnosis.html</a>.
- 35. Moser C: Yet another paraphilia definition fails. Arch Sex Behav 2011, 40:483-5.
- 36. Cross PA, Matheson K. Understanding sadomasochism: an empirical examination of four perspectives. Journal of homosexuality. 2006;50(2-3):133-66.
- 37. Breslow, N., Evans, L., & Langley, J. On the prevalence and roles of females in the sadomasochistic subculture: Report of an empirical study. Archives of Sexual Behavior. 1985. 14, 303–317.
- 38. Sandnabba, N. K., Santtila, P., & Nordling, N. Sexual behavior and social adaptation among sadomasochistically-oriented males. Journal of Sex Research. 1999. 36, 273–282.
- 39. Santtila, P., Sandnabba, N. K., & Nordling, N. Retrospective perceptions of family interaction in childhood as correlates of current sexual adaptation among sadomasochistic males. Journal of Psychology and Human Sexuality. 2000. 12(4), 69–87.
- 40. Weinberg TS. Sadomasochism and the social sciences: a review of the sociological and social psychological literature. J Homosex. 2006;50(2–3):17–40.
- 41. Richters J, de Visser RO, Rissel CE, Grulich AE, Smith AM. Demographic and psychosocial features of participants in bondage and discipline, "sadomasochism" or dominance and submission (BDSM): data from a national survey. The journal of sexual medicine. 2008;5(7):1660-8.
- 42. Wismeijer AA, Assen MA. Psychological characteristics of BDSM practitioners. J Sex Med. 2013;10(8):1943–52.
- 43. Pascoal PM, Cardoso D, Henriques R. 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. 2015;12(4):1052-61.
- 44. Kleinplatz PJ. Learning from extraordinary lovers: lessons from the edge. J Homosex. 2006;50(2–3):325–48.
- 45. Henkin WA, Langdridge D, Barker M. Some beneficial aspects of exploring personas and role play in the BDSM context. In: Langbridge D, Barker M, editors. Safe, sane and consensual: contemporary perspectives on sadomasochism. London: Palgrave; 2007. p. 229–40.
- 46. Easton D. Shadowplay: S/Mjourneys to our selves. In: Langbridge D, Barker M, editors. Safe, sane and consensual: contemporary perspectives on sadomasochism. London: Palgrave; 2007. p. 217–28.

- 47. Barker M. Turning the world upside down: developing a tool for training about SM. In: Langdridge D, Barker M, editors. Safe, sane and consensual: contemporary perspectives on sadomasochism. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2007. p.261-70.
- 48. Tiefer, L. Sex is not a natural act & other essays (2nd ed.). Boulder, CO: Westview Press. 2004.
- 49. Mitchell, K., & Graham, C. A. Two challenges for the classification of sexual dysfunction. Journal of Sexual Medicine. 2008. 5, 1552–1558.
- 50. Kleinplatz, P., & Moser, C. Toward clinical guidelines for working with BDSM clients. Contemporary Sexuality. 2004. 38(6), 1–3.
- 51. Barker M, lantaf A, Gupta C. Kinky clients, kinky counselling? Feeling queer or queer feelings?: radical approaches to counselling sex, sexualities and genders. London: Routledge; 2014. p. 106–24.
- 52. Wright S. Depathologizing consensual sexual sadism, sexual masochism, transvestic fetishism, and fetishism. Arch Sex Behav 2010;39:1229-1230.
- 53. Wright S. Discrimination of SM-identified individuals. J Homosex. 2006;50(2–3):217–31.
- 54. Wright, S. Second National Survey of Violence & Discrimination Against Sexual Minorities. 2008. Disponível em:

  <a href="http://www.ncsfreedom.org/images/pdfs/BDSM">http://www.ncsfreedom.org/images/pdfs/BDSM</a> Survey/2008 bdsm survey analysi s final.pdf.</a>
- 55. Kelsey K, Stiles BL, Spiller L, Diekhoff GM. Assessment of therapists' attitudes towards BDSM. Psychol Sex. 2013;4(3):255–67.
- 56. The Kink Aware Professionals Directory: <a href="https://ncsfreedom.org/key-programs/kink-aware-professionals/kap-program-page.html">https://ncsfreedom.org/key-programs/kink-aware-professionals/kap-program-page.html</a>
- 57. Pillai-Friedman S, Pollitt J, Castaldo A. Becoming kink-aware—a necessity for sexuality professionals. Sex Relationsh Ther 2014(ahead-of-print):1–15.
- 58. Nichols M. Psychotherapeutic issues with "kinky" clients: clinical problems, yours and theirs. J Homosex. 2006;50(2–3):281–300.
- 59. Nichols M. Couples and kinky sexuality: the need for a new therapeutic approach. Critical Topics in Family Therapy: Springer; 2014. p. 139–149.
- 60. Kolmes K, Stock W, Moser C. Investigating bias in psychotherapy with BDSM clients. J Homosex. 2006;50(2–3):301–24.
- 61. Lawrence AA, Love-Crowell J. Psychotherapists' experience with clients who engage in consensual sadomasochism: a qualitative study. J Sex Marital Ther. 2007;34(1):67–85.
- 62. Blanchard R. The DSMdiagnostic criteria for pedophilia. Arch Sex Behav. 2010;39(2):304–16.

- 63. Krueger RB, Kaplan MS. Paraphilic diagnoses in DSM-5. Isr J Psychiatry Relat Sci 2012; 49(4).
- 64. Ahlers CJ, Schaefer GA, Mundt IA, Roll S, Englert H, Willich SN, et al. How unusual are the contents of paraphilias? Paraphilia-associated sexual arousal patterns in a community-based sample of men. The journal of sexual medicine. 2011;8(5):1362-70.
- 65. Ogas O, Gaddam S. A billion wicked thoughts: what the Internet tells us about sexual relationships. Penguin; 2011.
- 66. Moser C, Kleinplatz PJ. DSM-IV-TR and the Paraphilias: an argument for removal. J Psychol Hum Sex. 2005;17(3/4):91–109.
- 67. Hinderliter AC. Defining paraphilia: excluding exclusion. Open Access J Forensic Psychol. 2010;2:241–72.
- 68. Blanchard R. A brief history of field trials of the DSM diagnostic criteria for paraphilias. Arch. Sex. Behav. 2011. 40:861–62
- 69. Shindel AW, Moser CA.Why are the paraphilias mental disorders? J Sex Med. 2011;8(3):927–9.
- 70. Daley A, Mulé NJ. LGBTQs and the DSM-5: a critical queer response. J Homosex. 2014;61(9):1288–312.
- 71. Reiersøl, O., & Skeid, S. The ICD diagnoses of fetishism and sadomasochism. Journal of Homosexuality, 2006. 50(2/3), 243–262.
- 72. Tallent, N. Sexual deviation as a diagnostic entity. A confused and sinister concept. Bulletin of the Menninger Clinic. 1977. 41, 40–60.
- 73. Silverstein, C. The ethical and moral implications of sexual classification: Acommentary. Journal of Homosexuality. 1984. 9(4), 29–38.
- 74. Suppe, F. Classifying sexual disorders: The Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association. Journal of Homosexuality. 1984. 9(4), 9–28.
- 75. Schmidt, C. W., Schiavi, R., Schover, L., Segraves, R. T., & Wise, T. N. DSM-IV sexual disorders: Final overview. In T. A. Widiger, A. J. Frances, H. A. Pincus, R. Ross, M.B. First, W.Davis, & M. Kline (Eds.), DSM-IV sourcebook (Vol. 4, pp. 1087–1095). Washington, DC: American Psychiatric Association. 1998.
- 76. Moser, C. Paraphilia: A critique of a confused concept. In P. J. Kleinplatz (Ed.), New directions in sex therapy (pp. 91–108). Philadelphia, PA: Brunner-Routledge. 2001.
- 77. Marshall,W. L.,&Kennedy, P. Sexual sadism in sexual offenders. An elusive diagnosis. Aggression and Violent Behavior. 2003. 8, 1–22.
- 78. Fedoroff, J. P. Sadism, sadomasochism, sex, and violence. Canada Journal of Psychiatry. 2008. 53, 637–646.

- 79. Kirsch, L. G.,&Becker, J. V. Emotional deficits in psychopathy and sexual sadism: Implications for violent and sadistic behavior. Clinical Psychology Review. 2007. 27, 904–922.
- 80. Marshall,W. L., Kennedy, P., & Yates, P. Issues concerning the reliability and validity of the diagnosis of sexual sadism applied in prison settings. Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment. 2002. 14, 301–311.
- 81. Levenson, J. L. Reliability of sexually violent predator civil commitment criteria in Florida. Law and Human Behavior. 2004a. 28, 357–368.
- 82. Campbell, T. W. Challenging the evidentiary reliability of DSM-IV. American Journal of Forensic Psychology. 1999. 17, 47–68.
- 83. Campbell, T. W. Assessing sex offenders: Problems and pitfalls. Springfield, IL: Charles C Thomas. 2004.
- 84. Campbell, T. W. Assessing sex offenders: Problems and pitfalls (2nd ed.). Springfield, IL: Charles C Thomas. 2007.
- 85. Doren D, Elwood R. The diagnostic reliability of sexual sadism. Sexual abuse: a journal of research and treatment. 2009;21(3):251-61.
- 86. Packard, R. L., & Levenson, J. L. Revisiting the reliability of diagnostic decisions in sex offender civil commitment. Sexual Offender Treatment. 2006. 1(3), 1–15.
- 87. Thornton D, Palmer S, Ramsay RK. Pedohebephilia, PCD, and sadism diagnoses: reliability in Wisconsin. Presented at 30th Annu. Res. Treat. Conf. Assoc. Treat. Sex. Abus. 2011. Toronto, Ontario
- 88. Marshall, W. L.,& Hucker, S. J. Issues in the diagnosis of sexual sadism. Sexual Offender Treatment. 2006. 1(2), 1–4.
- 89. McLawsen JE, Jackson RL, Vannoy SD, Gagliardi GJ, Scalora MJ. Professional perspectives on sexual sadism. Sexual abuse: a journal of research and treatment. 2008;20(3):272-304.
- 90. Seto MC, Kingston DA, Bourget D. Assessment of the Paraphilias. Psychiatric Clinics. 2014. 37(2):149-61.
- 91. Bradford JMW, Pawlak A, Boulet JR, et al. Bradford Sexual History Inventory (BSHI). Ottawa, Ontario, Canada: Royal Ottawa Hospital; 2002. Unpublished inventory.
- Nichols HR, Molinder I. Manual for the multiphasic sex inventory. 2nd edition. Tacoma
   (WA): Crime and Victim Psychology Specialists; 2000. Available from Nichols &
   Molinder, 437 Bowes Drive, Tacoma, WA 98466–70747, USA.
- 93. Langevin R, Paitich D. Clarke sex history questionnaire for males-revised (SHQ-R). North Tonawanda (NY): Multi-Health Systems; 2002.

- 94. Multidimensional Inventory of Development, Sex, and Aggression (MIDSA). MIDSA clinical manual. Bend (OR): Augur Enterprises; 2011. Available at: <a href="http://www.midsa.us">http://www.midsa.us</a>.
- 95. Knight RA, Sims-Knight JE. The developmental antecedents of sexual coercion against women: testing alternative hypotheses with structural equation modeling. Ann N Y Acad Sci 2003;989:72–85.
- 96. Knight RA, Sims-Knight J. Risk factors for sexual violence. In: White J, Koss MP, Kazdin A, editors. Violence against women and girls. Washington, DC: American Psychological Association; 2011. p. 125–72.
- 97. Mokros A, Gebhard M, Heinz V, et al. Computerized assessment of pedophilic sexual interest through self-report and viewing time: reliability, validity, and classification accuracy of the Affinity program. Sex Abuse 2012.
- 98. Schatzel-Murphy EA, Harris DA, Knight RA, et al. Sexual coercion in men and women: similar behaviors, different predictors. Arch Sex Behav 2009;38: 974–86.
- 99. Seto MC. Pedophilia. Annu Rev Clin Psychol 2009;5:391-407.
- 100. Seto MC. Child pornography use and internet solicitation in the diagnosis of pedophilia. Arch Sex Behav 2010;39:591–3.
- 101. Chivers ML, Roy C, Grimbos T, et al. Specificity of sexual arousal for sexual activities in men and women with conventional and masochistic sexual interests [online first]. Arch Sex Behav 2013.
- 102. Marshall WL. Diagnostic issues, multiple paraphilias, and comorbid disorders in sexual offenders: their incidence and treatment. Aggress Violent Behav 2007; 12:16– 35.
- 103. McGrath R, Cumming G, Burchard B, et al. Current practices and emerging trends in sexual abuser management: the Safer Society 2009 North American survey. Brandon (VT): Safer Society; 2010.
- 104. Harris GT, Rice ME, Quinsey VL, et al. Maximizing the discriminant validity of phallometric assessment. Psychol Assess 1992;4:502–11.
- 105. Harris GT, Rice ME, Quinsey VL, et al. Viewing time as a measure of sexual interest among child molesters and normal heterosexual men. Behav Res Ther 1996;34:389–94.
- 106. Holt SE, Meloy JR, Strack S. Sadism and psychopathy in violent and sexually violent offenders. J Am Acad Psychiatry Law 1999;27:23–32.
- 107. Glasgow DV. Affinity: the development of a self-report assessment of paedophile sexual interest incorporating a viewing time measure. In: Thornton D, Laws DR, editors. Cognitive approaches to the assessment of sexual interest in sexual offenders. Chichester (United Kingdom): Wiley-Blackwell; 2009. p. 59–84.

- 108. Gray SR, Abel GG, Jordan A, et al. Visual Reaction Time as a predictor of sexual offense recidivism. Sex Abuse 2013.
- 109. Gress CL, Anderson JO, Laws DR. Delays in attentional processing when viewing sexual imagery: the development and comparison of two measures. Legal Criminol Psych 2013;18:66–82.
- 110. Bourget D, Bradford JM. Evidential basis for the assessment and treatment of sex offenders. Brief Treat Crisis Interv 2008;8:130–46.
- 111. Kingston DA, Seto MC, Ahmed AG, et al. Central and peripheral hormones in sexual and violent recidivism in sexual offenders. J Am Acad Psychiatry Law 2012;40:476–85.
- 112. Studer LH, Aylwin AS, Reddon JR. Testosterone, sexual offense recidivism, and treatment effect among adult male sex offenders. Sex Abuse 2005;17:171–81.
- 113. Guay DR. Drug treatment of paraphilic and nonparaphilic sexual disorders. Clin Ther 2009;31:1–31.
- 114. Reilly DR, Delva NJ, Hudson RW. Protocols for the use of cyproterone, medroxyprogesterone, and leuprolide in the treatment of paraphilia. Can J Psychiatry 2000;45:559–63.
- 115. Rice ME, Harris GT, Lang C, et al. Adolescents who have sexually offended: is phallometry valid? Sex Abuse 2012;24:133–52.
- 116. Brakoulias V, Starcevic V, Berle D, et al. The characteristics of unacceptable/ taboo thoughts in obsessive-compulsive disorder. Compr Psychiatry 2013; 54(7):750–7.
- 117. Glazier K, Calixte RM, Rothschild R, et al. High rates of OCD symptom misidentification by mental health professionals. Ann Clin Psychiatry 2013; 25:201–9.
- 118. Lösel F, Schmucker M. The effectiveness of treatment for sexual offenders: a comprehensive meta-analysis. J Exp Criminol. 2005;1(1):117–46.
- 119. Thibaut F et al. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of paraphilias. World J Biol Psychiatry. 2010;11(4):604–55.
- 120. Hanson RK, Morton-Bourgon KE. The characteristics of persistent sexual offenders: a meta-analysis of recidivism studies. Journal of consulting and clinical psychology. 2005;73(6):1154-63.
- 121. Rosler A, Witztum E. Pharmacotherapy of paraphilias in the next millennium. Behav Sci Law. 2000;18(1):43–56.
- 122. Garcia FD, Thibaut F. Current concepts in the pharmacotherapy of paraphilias. Drugs. 2011;71(6):771–90.
- 123. Hill A et al. Differential pharmacological treatment of paraphilias and sex offenders. Int J Offender Ther Comp Criminol. 2003;47(4): 407–21.

- 124. Adi Yet al. Clinical effectiveness and cost-consequences of selective serotonin reuptake inhibitors in the treatment of sex offenders. Health Technol Assess. 2002;6(28):1–66.
- 125. Bradford J, Federoff JP. Pharmacological treatment of the juvenile sex offender. In: Barbaree HE, Marshall WL, editors. The juvenile sex offender. New York: Guilford Press; 2006. p. 358–82.
- 126. Rubinow DR, Schmidt PJ. Androgens, brain, and behavior. Am J Psychiatry. 1996;153(8):974–84.
- 127. Craissati J. Managing high risk sex offenders in the community: a psychological approach. New York: Routledge; 2004.
- 128. Gijs L, Gooren L. Hormonal and psychopharmacological interventions in the treatment of paraphilias: an update. J Sex Res. 1996;33(4):237–90.
- 129. Khan O et al. Pharmacological interventions for those who have sexually offended or are at risk of offending. Cochrane Database Syst Rev. 2015;2:CD007989
- 130. Hanson RK, Gordon A, Harris AJR, Marques JK, Murphy WD, Quinsey VL, et al. First report of the Collaborative Outcome Data Project on the effectiveness of psychological treatment of sex offenders. Sex Abus: J Res Treat. 2002;14:169–94.
- 131. Laws DR, Marshall WL. A brief history of behavioral and cognitive-behavioral approaches to sexual offender treatment: Part 1. Early developments. Sex Abus: J Res Treat. 2003;15:75–92.
- 132. Kaplan MS, Becker J, Tenke C. Assessment of sexual knowledge and attitudes in an adolescent sex offender population. J Sex Educ Ther 1991;17:217-225.
- 133. Marshall WL, Hamilton K, Fernandez Y. Empathy deficits and cognitive distortions in child molesters. Sex Abuse 2001;13:123-130.
- 134. Abel GG, Osborn CA. Behavioral therapy treatment for sex offenders. In: Rosen I, editor. Sexual deviation. 3rd ed. Oxford: Oxford University, 1996: pp. 382-398.
- 135. Kraft T. A case of homosexuality treated by systematic desensitization. Am J Psychother 1967; 21: 815-821.
- 136. Marquis JN. Orgasmic reconditioning: Changing sexual object choice through controlling masturbation fantasies. J Behav Ther Exp Psychiatry 1970;1:263-271.
- 137. Marshall WL, Marshall LE. Treatment of sexual offenders: Effective elements and appropriate outcome evaluations. In: Bowen E, Brown S, editors. Perspectives on evaluating criminal justice and corrections. Bingley: Emerald Publishing; 2012. p. 71–94.
- 138. Norcross C. Empirically supported therapy relationships. In: Norcross JC, editor. Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patient needs. New York: Oxford University Press; 2002. p. 3-10.

- 139. Marshall WL, Marshall LE, Burton DL. Features of treatment delivery and group processes that maximize the effects of offender programs. In: Wood JL, Gannon TA, editors. Crime and crime reduction: The importance of group processes. London: Routledge; 2013. p. 160–76.
- 140. Drapeau M. Research on the processes involved in treating sexual offenders. Sex Abus: J Res Treat. 2005;17:117–25.
- 141. Bonta J, Wormith JS. Applying the Risk-Need-Responsivity principles to offender assessment. In: Craig LE, Dixon L, Gannon TA, editors. What works in offender rehabilitation. Chichester: Wiley; 2013. p. 71–93.
- 142. Hanson RK, Bourgon G, Helmus L, Hodgson S. The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders: A meta-analysis. Crim Justice Behav. 2009;36:865–91.
- 143. Miller WR, Rollnick S, editors. Motivational Interviewing: Preparing people for change. 2nd ed. New York: Guilford Press;2002.
- 144. Hanson RK, Thornton D. Static 99: Improving actuarial risk assessments for sex offenders (User Report 99–02). Ottawa: Department of the Solicitor General of Canada; 1999.
- 145. Hanson RK, Harris AJR. Where should we intervene? Dynamic predictors of sex offender recidivism. Crim Justice Behav. 2000;27:6–35.
- 146. Ward T. Good lives and the rehabilitation of offenders: Promises and problems. Aggress Violent Behav. 2002;7:513–28
- 147. Marshall WL, Hucker SJ, Nitschke J, Mokros A. Assessment of sexual sadism. In: Craig LA, Rettenberg M, editors. The Wiley-Blackwell handbook on the assessment of sexual offending. Chichester: Wiley; 2015.
- 148. Schmucker M, Lösel F. Does sexual offender treatment work? A systematic review of outcome evaluations. Psicothema. 2008;20:10–9.
- 149. Maletzky BM, Steinhauser C. A 25-year follow-up of cognitive/behavioral therapy with 7,275 sexual offenders. Behav Modif 2002;26:123-147.
- 150. Craig LA, Beech AR, Cortoni F. What works in assessing risk in sexual and violent offenders. In: Craig LE, Dixon L, Gannon TA, editors. What works in offender rehabilitation: An evidence-based approach to assessment and treatment. Chichester: Wiley; 2013. p.94–114.
- 151. Ferretti A et al. Dynamics of male sexual arousal: distinct components of brain activation revealed by fMRI. Neuroimage. 2005;26(4):1086–96.
- 152. Karama S et al. Areas of brain activation in males and females during viewing of erotic film excerpts. Hum Brain Mapp. 2002;16(1):1–13.

- 153. Mouras H et al. Brain processing of visual sexual stimuli in healthy men: a functional magnetic resonance imaging study. Neuroimage. 2003;20(2):855–69.
- 154. Wiebking C, Northoff G. Neuroimaging in pedophilia. Curr Psychiatry Rep. 2013;15(4):351.

# Anexo I – Estudos de prevalência de Sadismo e Masoquismo Sexual em populações forenses

Tabela 1 - Estudos de prevalência de Sadismo e Masoquismo Sexual em populações forenses. Adaptado de Krueger (26, 27)

Krueger (26, 27)				
Estudos em populações forenses				
Yarvis (1990)	3/10 homicidas receberam o diagnóstico de Sadismo Sexual			
Yarvis (1995)	De 180 homicidas 30% dos homicidas com ímpeto sexual receberam			
Tarvis (1999)	diagnóstico de Sadismo Sexual			
Geberth & Turco (1997)	De 232 homicidas 68 diagnosticados com Sadismo Sexual			
Firestone et al. (1998)	De 48 homicidas de ímpeto sexual 75% diagnóstico de Sadismo Sexual			
Berger et al. (1999)	De 70 agressores sexuais, 42% diagnosticados com Sadismo Sexual, 19% admitiu ter fantasias mas apenas 6% admitiu comportamentos de Sadismo Sexual			
Raymond et al.1999	De 45 Homens condenados por pedofilia, nenhum apresentou critérios para  Masoquismo Sexual, independentemente de terem critérios para outras  Parafilias			
Holt Meloy e Strack (1999)	De 41 encarcerados (prisão de alta segurança), apenas 3 foram diagnosticados com Sadismo Sexual. Recolheram informação por registos criminais e entrevista			
Stone (2001)	De 98 homicidas sexuais, 18 foram diagnosticados com Sadismo Sexual.			
Langevin (2003)	De 33 homicidas e 80 agressores sexuais, 70% dos homicidas e 30% dos agressores sexuais foram diagnosticados com "sadomasoquismo". Usados a questionário de história sexual de Clarke e pletismografia peniana			
Becker et al. (2003)	Reviram 120 processos judiciais de agressores sexuais e obtiveram um total de 8,5% com o diagnóstico de Sadismo Sexual e apenas 2% com Masoquismo Sexual.			
Hill et al (2006)	Reviram processos judiciais de 166 homicidas de ímpeto sexual um total de 36.7% foram diagnosticados com Sadismo Sexual, 5.4% com Masoquismo Sexual e não se encontraram diferenças sociodemográficas ou intelectuais significativas			
(Hill et al., 2008)	Concluíram que os critérios do DSM-IV para Sadismo Sexual não apresentavam relação com a recidiva a 20 anos			
Elwood et al (2008)	De 331 agressores sexuais, 8,5% foram diagnosticados com Sadismo Sexual			

# Anexo II – Estudos de prevalência de Sadismo e Masoquismo Sexual em populações não forenses e na comunidade

Tabela 2 - Estudos de prevalência de Sadismo e Masoquismo Sexual na Comunidade e População Não Forense. Adaptado de Krueger (26, 27)

Estudos na Comunidade e Populações Não Forenses			
Kinsey et al (1953)	26% das mulheres e a mesma proporção dos homens admitem uma resposta sexual frequente à agressão física		
Hunt, 1974	2026 Indivíduos de 26 cidades descobriu-se que 4,8% dos homens e 2,1% das mulheres admitiram ter obtido prazer sexual por infligir dor em terceiros e 2.5% dos homens e 4,6% das mulheres em sentir dor		
Abel et al. (1987, 1988).	De 561 indivíduos (um terço referenciado por perturbações mentais em âmbito legal) apenas 17 indivíduos com critérios de Masoquismo Sexual e sem qualquer indicação de que esta Parafilia fosse um foco de preocupação clinica ou legal. Entrevista estruturada		
Kafka e Prentky (1994)	Estudo prospetivo com 63 homens, dos quais 34 eram seguidos por Parafilia, 9% destes 34 teria masoquismo e 12% Sadismo Sexual. Usaram entrevista estruturada e questionários para o diagnóstico.		
livro "dangerous sex offenders" Associação Americana de Psiquiatria (1999)	De 2129 indivíduos avaliados em 140 clinicas na América do Norte, 2,3% admite sadismo e 2,5% Masoquismo Sexual no entanto os métodos e critérios utilizados não foram descritos.		
Kafka e Hennen (2002, 2003)	De 120 homens seguidos clinicamente dos quais 88 tinham Parafilias, 11% foi diagnosticado com Masoquismo Sexual e 5% com Sadismo Sexual. Usaram entrevista estruturada mas notaram que não existem instrumentos de avaliação que apresentem fiabilidade nem validade comprovada		
Richters et al. 2003	Grande estudo Australiano utilizando um questionário feito por telefone, 2% dos homens e 1,4% das mulheres admitiu que nos 12 meses precedentes tinha-se envolvido em práticas BDSM (Bondage, Discipline, Sadomasoquism or dominance and submisson)		
Critelli & Bivona, 2008	Neste estudo 31-57% das mulheres tiveram fantasias em que eram coagidas à prática sexual e em 9-17% esta fantasia era frequente ou a principal fantasia sexual		

## Anexo III – Guideline da WFSBP de abordagem terapêutica de Parafilias

Tabela 3 – Guideline da WFSBP de abordagem terapêutica de Parafilias. Adaptado de Thibaut et al. (119)

Guidelines da WFSBP			
	Tipo de Perturbação Parafílica	Tratamento	
Nivel 1	Controlo sem impacto nos desejos e atividades sexuais convencionais	Psicoterapia, de preferência terapia cognitivo-comportamental	
Nivel 2	Parafilias em que não existe contacto nem prejuízo de terceiros	Psicoterapia + ISRSs (fluoxetina 40–60mg/day ou paroxetina 40 mg/day)	
Nivel 3	Parafilias onde existe contacto mas não penetração e fantasias sexuais Parafilicas que não o Sadismo Sexual	Psicoterapia + ISRSs + antiandrogénio esteroide em baixa dose (ex. ACP 50- 100mg/dia).	
Nivel 4	Quando há um risco moderado ou elevado de violência sexual (mas sem Sadismo Sexual)	Psicoterapia + AMP ou ACP em alta dose (ex. ACP 200-300mg/dia oral)	
Nivel 5	Quando há um risco elevado de violência sexual ou envolve fantasias ou comportamentos de Sadismo Sexual ou violência física	Psicoterapia + agonista GnRH de longa duração (ex.leuprolide 7.5mg lM todas as manhãs).	
Nivel 6	Parafilias severas	Psicoterapia + ACP ou AMP + agonistas GnRH.	