

## Między zależnością a bólem. Odcienie praktyk BDSM

### Between submission and pain. Shades of BDSM practices

Grzegorz Iniewicz<sup>1</sup>, Anna Niebudek<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Uniwersytet Jagielloński, Instytut Psychologii

<sup>2</sup> SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny

#### Summary

Many people are interested in BDSM practices. Some people practice and others fantasize about participating in these practices. Several elements are related to BDSM practices that are usually unaccepted in a close relationship, such as a strong dependence of one partner on the other or inflicting pain. BDSM practitioners create various relationships, and in a broader context, their communities. From a clinical perspective, an important issue is whether BDSM relation is consensual and serves the personal and relationship development or it can be a premise for the diagnosis of a paraphilic disorder, or recognizing abuse or mechanism of trauma repetition. Adequate understanding of the behaviors that may be described by a patient practicing BDSM requires, however, getting to know the specifics of such relationships. The mental and sexual health professional would be able then to evaluate them adequately, without referring to a subjective norm or bias on stereotype or prejudice.

**Słowa kluczowe:** BDSM, dominacja, uległość

**Key words:** BDSM, domination, submission

*To, co różni lekarze nazywali normalnym, było w istocie sądem moralnym w medycznym przebraniu.*

**Erwin J. Haeberle, The sex atlas, 1983**

#### Wprowadzenie

Akronim BDSM odnosi się do praktyk, w których partnerzy w specyficzny sposób organizują swoją relację. Poszczególne litery mają tutaj swoje tłumaczenie bądź tłumaczenia z języka angielskiego: *bondage & discipline* (wiązanie i dyscyplina), *domination & submission* (dominacja i uległość), *sadism & masochism* (sadyzm i masochizm). Używa się też anglojęzycznego terminu *kink*, który w dosłownym

tłumaczeniu jako rzeczownik oznacza „skręt, dziwactwo, supeł, zgięcie”, natomiast w formie przymiotnikowej – „zбочony, perwersyjny, dziwaczny”, w slangu zaś oznacza po prostu zбочeńca. Występuje on też jako potoczny termin na określenie nienormatywnych zachowań seksualnych, najczęściej odnoszących się właśnie do praktyk BDSM oraz fetyszystycznych. Termin *kink* będzie zatem w pewnym sensie dotyczył tego co, opisujemy jako *diversities* („różnorodności”), a dokładniej terminu *Gender, Sexual and Relationship Diversities* (GSRD) – „płciowe, seksualne i relacyjne różnorodności”. GSRD najczęściej obejmuje takie zachowania czy aktywności, a także tożsamości, jak: transpłciowość, nieheteroseksualność, aseksualność, niemonogamia czy właśnie BDSM [1, 2].

Omawiając zjawisko BDSM czy charakterystykę relacji S/M<sup>1</sup>, odnosimy się również do terminów sadyzmu i masochizmu, które mogą nabierać różnego znaczenia [3]. Pierwsze, najbardziej oczywiste, to zaburzenia (obecnie powiedzielibyśmy: zaburzenia parafilne), które pojawiły się w psychopatologii w XIX wieku. Pojęcie sadyzmu pochodzi od nazwiska francuskiego markiza i pisarza Donatiena Alphonse’a François de Sade’a, masochizmu zaś od austriackiego pisarza, nowelisty i dramaturga Leopolda von Sacher-Masocha. Drugie znaczenie odnosi się do konsensualnych praktyk seksualnych, znanych pod akronimem BDSM. W trzecim znaczeniu sadyzm i masochizm mogą być związane z elementami występującymi w kontaktach seksualnych [4]. Ich podstawową funkcją jest wzbogacenie czy urozmaicenie życia seksualnego. Paul Fedoroff [3] zwraca jednak uwagę na konieczność rozróżnienia działania i intencji. Przykładowo zdzieranie ubrania w konsensualnych praktykach BDSM ma zupełnie inną intencję niż w wypadku braku zgody w relacji przemocowej czy podczas popełniania przestępstwa, chociaż zewnętrzny obserwator na poziomie działania może tutaj nie widzieć żadnej różnicy.

Robin Bauer [5] podkreśla konsekwencję w traktowaniu aktywności BDSM jako perwersji. Wciąż funkcjonuje bowiem przekonanie, że seksualna aktywność o charakterze BDSM i aktywność nie-BDSM są jasno od siebie odgraniczone i każdego człowieka można przypisać do jednej z powyższych aktywności. Tymczasem, jak pokazuje praktyka, granica ta bywa bardzo trudna do jednoznacznego określenia. Elementy BDSM-owej i nie-BDSM-owej aktywności przenikają się wzajemnie. Można by się nawet zastanawiać, biorąc pod uwagę rozpowszechnienie praktyk albo i samego fantazjowania o relacjach S/M, czy rzeczywiście mamy tutaj do czynienia z mniejszością, czy też mniejszość ujawnia fantazje i praktyki, do których większość się nie przyznaje.

Gemberling i wsp. [6] wskazują na istnienie wielu teorii wyjaśniających pochodzenie praktyk BDSM, a tym samym na różne ich konceptualizacje – jako zachowań,

<sup>1</sup> Terminy BDSM i S/M w literaturze przedmiotu często traktowane są jako synonimy. W naszym tekście stosujemy pewne rozróżnienie, które po części jest zgodne z propozycją Michaela Makai [51]. Terminu S/M używamy w odniesieniu do relacji, których podstawowym elementem jest zależność i doświadczanie bólu, inaczej mówiąc – do relacji uwarunkowanych sadystycznymi lub masochistycznymi (ale nie w znaczeniu psychopatologicznym) preferencjami. Z kolei termin BDSM odnosimy do *sui generis* zjawiska budowania relacji czy społeczności praktykujących zachowania oparte na relacjach takich jak opisane powyżej, a także do kultur, które te społeczności tworzą.

w kategoriach pociągu seksualnego czy identyfikacji seksualnej, czy też w końcu jako orientacji seksualnej. Z perspektywy historycznej orientacja seksualna jest wprawdzie odnoszona do preferowanej płci partnera/partnerki, jednak według wspomnianych autorów w ostatnim czasie zakres tego pojęcia znacznie się rozszerzył i obejmuje teraz też inne charakterystyki, takie jak chociażby preferencje odnoszące się do wieku. Jedną z takich charakterystyk może być preferowanie relacji opartych na dominacji, submisji lub na obydwóch wariantach. Takie zestawienie dość wyraźnie przypomina klasycznie wyróżniane orientacje seksualne. Dyskusyjna wszakże pozostaje kwestia traktowania aktywności opartych na zależności w kategoriach orientacji seksualnej. Wydaje się, że koncepcja orientacji seksualnej mogła być użyteczna w kontekście depatologizacji praktyk BDSM, ale już niekoniecznie w kontekście analizowania seksualnych preferencji. Idąc bowiem tym tropem, moglibyśmy zacząć wyróżniać wiele różnych orientacji ze względu na pewne dość arbitralnie przyjmowane charakterystyki seksualnego funkcjonowania.

### Skala zjawiska

Badania nad rozpowszechnieniem praktyk BDSM pokazują dość zróżnicowane wyniki. Przyczyn tego stanu rzeczy może być kilka: trudniejsza w porównaniu z badaniami populacyjnymi dostępność grupy mniejszościowej, a co za tym idzie – słabsza jej reprezentatywność w badaniach; sposób zadawania pytań dotyczących intymnej sfery życia; a także lęk przed oceną seksualnych zachowań. Pytania te mogą też konfrontować badanych z nie do końca zaakceptowanymi własnymi pragnieniami, fantazjami czy zachowaniami, przez co mogą oni unikać odpowiedzi na pytania o ich częstotliwość.

Częstotliwością występowania sadomasochistycznych zachowań interesował się już Alfred Kinsey [7, 8]. W swoim raporcie stwierdził, że 12% kobiet i 22% mężczyzn przyznawało się do reagowania pobudzeniem erotycznym na sadomasochistyczne opowieści, a 55% kobiet i 50% mężczyzn na gryzienie. Chociaż badania te poddawane były wielokrotnie krytyce, to wyniki są na tyle wysokie, że warto zwrócić na nie uwagę.

W tabeli 1 zebraliśmy wybrane badania dotyczące rozpowszechnienia zachowań BDSM, kierując się adekwatnością doboru grupy badanej oraz rzetelnością prowadzonych analiz. Wyniki, jak wspominaliśmy, okazały się dość zróżnicowane, jednak zmuszają one do zadania pytania, do jakiego stopnia mamy tutaj do czynienia z grupą mniejszościową, a do jakiego z zachowaniami, które występują w populacji z różnym nasileniem.

Tabela 1. Wybrane badania dotyczące rozpowszechnienia praktyk BDSM i fantazjowania na ich temat

Autorzy	Liczba osób badanych	Liczba osób praktykujących	Liczba osób fantazjujących
Richters i wsp., 2003 (Australia) [9]	19 307 (K: 9134; M: 10 173), wiek: 16–59	2% mężczyzn 1,4% kobiet	

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

Zurbriggen, Yost, 2004 (Stany Zjednoczone) [10]	162 (K: 77; M: 85), wiek: 21–45		
Långström, Seto, 2006 (Szwecja) [11]	2450 (K: 1171; M: 1279), wiek: 18–60	2,2%	
Langdridge, Barker, 2007, metaanaliza badań prowadzonych w Stanach Zjednoczonych [2]		5–10%	
Richters i wsp., 2008 (Australia) [12]	19 307 (K: 9134; M: 10 173), wiek: 16–59	1,8% (M: 2,2%; K: 1,3%)	
Oliveira Júnior, Abdo, 2010 (Brazylia) [13]	7002 (K: 45,4%; M: 45,6%), wiek: M: 35 (średnia), K: 36 (średnia)	S/M 9%	
Jozifkova, 2018 (Czechy) [14]	673 (K: 297; M: 376) wiek: 25–44	45,8% (K: 51%; M: 39,5%)	
Faccio i wsp., 2014 (Włochy) [15]	343 (brak danych, ile kobiet i mężczyzn), wiek: 18–66	50% (K: 24%; M: 26%)	
de Visser i wsp., 2014, powtórzone badania (Australia) [16]	20 094 (K: 10 037; M: 10 056), wiek: 16–69	M: 2,5%; K: 1,6%	
Yule i wsp., 2016 (Kanada) [17]	297 (K: 206; M: 91) wiek: 19–70		K: 32%, M: 30%
Joyal, Carpentier, 2017 (Kanada) [18]	1040 (K :565; M: 475), wiek: 18–64	Masochizm: 19,2% (K: 23,7%; M: 13,9%) Sadyzm: 5,5% (K: 3,9%; M: 7,4%)	Masochizm: 23,8% (K: 27,8%; M: 19,2%) Sadyzm: 7,1% (K: 5,1%; M: 9,5%)
Holvoet i wsp., 2017 (Belgia) [19],	1027 (K: 568; M: 459; Inne: 2), wiek: 18–65	47% przynajmniej raz, 12,5% aktywnych regularnie, 7,6% identyfikowało się jako praktykujący	22%

### Między perwersją a różnorodnością

Jak piszą Peggy Kleinplatz i Charles Moser [20], problem z analizą zachowań S/M polega przede wszystkim na tym, że brakuje nam modelu opisującego normalną i zdrową seksualność. Posiadamy wprawdzie kryteria dla fizjologicznych aspektów

naszej seksualności, ale nie dysponujemy kryteriami odnoszącymi się do naszych zainteresowań, obiektów pożądania czy zachowań, które nie tworzą tzw. optymalnej seksualności. Ten brak obiektywnych kryteriów przyczynia się do tego, że nawet profesjonaliści zajmujący się zdrowiem psychicznym mogą odwoływać się do systemu wartości dominującego w danej kulturze i według niego dokonywać klasyfikacji. Takie podejście w wypadku mniejszości seksualnych może w prosty sposób prowadzić do dyskryminacji.

Wspomniani autorzy zwracają też uwagę, że w klasyfikacji DSM-5 [21] muszą być spełnione dwa warunki: (1) odczuwanego dystresu i (2) szkodliwości zachowań (*impairment/dysfunction*) w funkcjonowaniu, aby można było postawić diagnozę zaburzenia parafilnego (czy dawniej parafilii). Osoby praktykujące BDSM przychodzą po profesjonalną pomoc związaną ze swoimi preferencjami w zasadzie w dwóch sytuacjach – gdy pozostają one w konflikcie (1) z preferencjami partnera/partnerki lub (2) społecznymi normami. W gabinecie będziemy więc mieli do czynienia z dystresem, który nie jest spowodowany zachowaniami S/M, ale będzie raczej wynikiem społecznej stygmatyzacji. Kleinplatz i Moser [20] zwracają też uwagę, że nie posiadamy przekonujących dowodów na to, że osoby praktykujące BDSM w porównaniu z osobami niepraktykującymi BDSM częściej cierpią z powodu dysfunkcji seksualnych, częściej wchodzi w konflikt z prawem czy mają większe trudności z budowaniem intymnych relacji. Tak więc praktykowanie BDSM samo w sobie wydaje się nie spełniać podstawowych kryteriów zaburzenia parafilnego. DSM-5 wprowadza też rozróżnienie między konsensualnymi i niekonsensualnymi zachowaniami. W wypadku tych pierwszych i przy braku dystresu nie stawiamy diagnozy zaburzenia masochistycznego czy sadystycznego. W takiej sytuacji mamy do czynienia z parafilnią, ale nie zaburzeniem parafilnym.

W klasyfikacji ICD-10 [22] nie różnicuje się sadyzmu i masochizmu jako osobnych jednostek nozologicznych, postulując stawianie diagnozy sadomasochizmu, z następującym podziałem: „Jeśli partner woli być odbiorcą takiej stymulacji seksualnej – określa się to masochizmem, jeśli zaś woli ją wywoływać – sadyzmem” [22, s. 243]. Można podejrzewać, że jest to kontynuacja psychoanalitycznego rozumienia dwóch aspektów jednej perwersji. Nie znalazła się w tej definicji jednak żadna uwaga dotycząca konsensualności. Dopiero w kolejnej wersji ICD-11 [23] przy diagnozie *Coercive sexual sadism disorder* (przymusowy sadyzm seksualny) konsensualność jest kryterium wykluczającym taką diagnozę. Interesujące, że nie pojawia się tutaj masochizm, chociaż przy diagnozie *Paraphilic disorder involving solitary behaviour or consenting individuals* (zaburzenie parafilne dotyczące samotnych zachowań lub z udziałem osoby wyrażającej zgodę) jako jedno z kryteriów pojawia się stwierdzenie, że diagnozę taką można postawić, jeśli zachowanie parafilne wiąże się ze znacznym ryzykiem urazu/okaleczenia (*injury*) pacjenta lub/i partnera. Paul Fedoroff [3], konkludując rozważania dotyczące klasyfikacji ICD-11, stwierdza, że diagnoza sadomasochizmu z poprzedniej wersji może być teraz zastąpiona przez *Coercive sexual sadism disorder* albo *Other paraphilic disorder involving non-consenting individuals* (inne zaburzenie parafilne z udziałem osoby niewyrażającej zgody), gdzie brak konsensualności jest podstawowym kryterium diagnostycznym. Fedoroff zwraca też uwagę, że

konsensualność nie jest zerojedynkową zmienną, to raczej kontinuum. Stąd pytanie diagnostyczne powinno się odnosić bardziej do stopnia zgody między partnerami na daną aktywność, a nie do samego potwierdzenia jej istnienia.

Analizując kryteria diagnostyczne zawarte w klasyfikacjach DSM-5 i ICD-11, można zauważyć, że w sposób dość klarowny konsensualne zachowania o charakterze sadystycznym i masochistycznym zostały wykluczone z kategorii zaburzeń. Potwierdzeniem słuszności takiego stanowiska mogą być badania pokazujące, że między osobami praktykującymi relacje S/M a osobami niepraktykującymi S/M nie ma znaczących różnic [24–26].

Zatem jeśli osoby praktykujące BDSM nie doświadczają lęku, wstydu czy też negatywnych konsekwencji psychospołecznych swoich preferencji, nie wymagają leczenia [27]. Trzeba przy tym pamiętać, że praktyki te mogą się wiązać z doświadczaniem poniżenia, a tym samym z pojawieniem się lęku lub/i wstydu. Odbywa się to jednak za zgodą partnerów, w kontrolowanych przez nich warunkach i prowadzi do obopólnej satysfakcji. Te kryteria są ważne z perspektywy klinicznej. Dają bowiem możliwość różnicowania patologicznej i niepatologicznej motywacji do budowania relacji opartych na zależności i bólu. Do kwestii tej jeszcze wrócimy przy okazji różnicowania praktyk BDSM i przemocy.

Z perspektywy medycznej, psychologicznej czy seksuologicznej sadomasochistyczne relacje (S/M) były i często są w dalszym ciągu postrzegane jako wyraz zaburzenia. Wpływ na to miało zapewne wiele czynników. Do najważniejszych można zaliczyć fakt, że źródłem opisów takich relacji byli przede wszystkim pacjenci ujawniający pozostawanie w relacjach S/M jako wyraz ich zaburzeń lub/i doświadczania przemocy. Brakowało też przez lata badań dotyczących funkcjonowania osób praktykujących relacje S/M z własnej woli i bez cech świadczących o doświadczanej przemocy. Różnicowanie między swego rodzaju transgresywnością i przemocą w relacjach S/M w kontekście traktowania ich jako wyrazu psychopatologii wydaje się kwestią zasadniczą, do czego jeszcze wrócimy [2]. Patologizowanie relacji S/M było i wciąż jest utwierdzone również przez ujmowanie sadyzmu i masochizmu w klasyfikacjach psychiatrycznych jako parafilii czy zaburzeń parafilnych. Dzieje się tak pomimo braku przekonujących dowodów, że osoby praktykujące sadystyczne czy masochistyczne zachowania bądź relacje przejawiają więcej symptomów zaburzeń od osób ich niepraktykujących [25].

Przypomina to sytuację osób homoseksualnych z czasów, kiedy orientacje nieheteroseksualne klasyfikowane były jako zaburzenie, przy braku rzetelnych badań, które w sposób przekonujący pokazywałyby, że osoby homoseksualne czy biseksualne przejawiają istotnie więcej symptomów zaburzeń psychicznych w porównaniu z populacją [28]. Znaczący wpływ na proces depatologizacji relacji S/M mieli badacze zajmujący się BDSM-em jako zjawiskiem społeczno-kulturowym. Dopuszcili oni do głosu samych zainteresowanych, dla których tworzenie relacji S/M było ważnym doświadczeniem. Tak zaczęła się inna, nowa narracja o relacjach BDSM, próbująca zrozumieć różne motywacje do ich budowania. Narracje te zaczynają też być widoczne w przestrzeni publicznej, poprzez portale społecznościowe skupiające osoby zainteresowane praktykami BDSM, a także w trakcie różnych imprez kulturalnych czy w filmach. Proces depatologizacji postępuje dalej – zmierzamy od perwersji do różnorodności.



Przyglądając się funkcjonowaniu osób identyfikujących się z kulturą BDSM, musimy pamiętać, że nie są one wolne od doświadczania z tego powodu przemocy czy stygmatyzacji [6]. Ich konsekwencje nie wydają się wszakże tak poważne jak w wypadku osób nieheteronormatywnych. Poziom depresji, lęku czy stresu jest porównywalny z populacją i obniża się wraz z wiekiem. Poziom objawów posttraumatycznych jest lekko podwyższony, ale za to wyraźnie koreluje z nieheteronormatywną orientacją seksualną; z kolei ryzyko samobójstwa jest na niskim poziomie. Taki obraz zdrowia psychicznego osób praktykujących BDSM może być związany z faktem, że praktyki te dotyczą intymnego życia i odbywają się w relatywnie zamkniętych społecznościach, przez co osoby te mają w znacznie większym stopniu pod kontrolą proces ujawniania swoich preferencji w porównaniu chociażby z osobami nieheteronormatywnymi.

Analizując sytuację osób praktykujących BDSM, musimy jednak pamiętać, że są one narażone na doświadczanie stresu mniejszościowego, dobrze opisanego w kontekście funkcjonowania osób homoseksualnych i biseksualnych [29, 30]. Ale trzeba tu wziąć pod uwagę zasadniczą różnicę: dla osób nieheteronormatywnych stres mniejszościowy jest związany z realnie doświadczaną dyskryminacją i stygmatyzacją, a u osób identyfikujących się z praktykami BDSM będzie to raczej lęk związany z możliwością ujawnienia ich preferencji i możliwością doświadczania dyskryminacji czy stygmatyzacji ze względu na rozpoznawaną w społeczeństwie kinkfobię. Termin „kinkfobia” został po raz pierwszy użyty w publikacji z 1993 roku autorstwa Guya Baldwina i Josepha Beana [31] i odnosił się do podzielenia uprzedzeń odnośnie do osób praktykujących BDSM. Są one najczęściej motywowane odczuciami wstrętu czy niesmaku. W wypadku osób praktykujących BDSM na ich psychiczne funkcjonowanie może wpływać zinternalizowana kinkfobia, czyli uwewnętrznione negatywne przekonania dotyczące ich preferencji, co z kolei może skutkować poważnymi wewnętrznymi konfliktami [32].

Biorąc pod uwagę rozpowszechnienie praktyk i/lub fantazji związanych z praktykami BDSM, być może zamiast terminu „stres mniejszościowy” powinniśmy używać terminu „stres związany z marginalizacją” (*marginalisation stress*) – jak proponują Christina Richards i Meg Barker [33]. Będzie się on odnosił do napięcia emocjonalnego związanego z praktykowaniem zachowań, które nie są w pełni akceptowane przez resztę społeczeństwa.

### Rozwój społeczności mniejszościowych

Jak pisaliśmy, budowanie relacji S/M i pozostawanie w takich relacjach było przez specjalistów od zdrowia psychicznego patologizowane. Jednocześnie rozwijała się społeczność, dla której zachowania S/M stawały się elementem życia seksualnego czy wręcz ogólnie stylu życia, a być może również elementem ich tożsamości. Przy analizie społeczności BDSM przydatna może być teoria kultury seksualnej (*Sexual culture theory*), rozwijana przez różnych autorów [34, 35]. Odnosi się ona do systemu znaczeń i praktyk podzielanych przez pewną grupę ludzi, uwarunkowanych historycznie, społecznie i psychologicznie. Współcześnie w zachodnim społeczeństwie istnieje wiele różnorodnych kultur seksualnych, które rozprzestrzeniają się i koegzystują ze sobą [2, 36].

Tworzenie relacji erotycznych, których istotną cechą była wymiana władzy między osobą dominującą i uległą, a także w których dochodziło do zadawania lub/i doświadczania bólu, występowały od tysiącleci. Używając współczesnej terminologii, praktyki takie można by opisać jako S/M czy BDSM. Należy jednak zachować terminologiczną ostrożność ze względu na różnorodność kontekstów i znaczeń, jakie były im nadawane w ciągu wieków [35]. Pojęcia sadyzmu i masochizmu w obszar nauki zostały wprowadzone wraz z wpisaniem ich przez Richarda Freiherra von Krafft-Ebinga, austriacko-niemieckiego seksuologa, psychiatrę, neurologa i kryminologa, do leksykonu *Psychopathia Sexualis* w 1886 roku [37].

Von Krafft-Ebing rozważał sadyzm i masochizm jako dwa oddzielne fenomeny. Zygmunta Freud z sadyzmu zrobił fazę rozwoju psychoseksualnego (faza oralno-sadystyczna i analno-sadystyczna), a sadyzm u osoby dorosłej rozumiał jako zatrzymanie rozwoju. Sadyzm został oddzielony od zachowań seksualnych i zaczął być łączony z agresją lub popędem śmierci. Trzeba jednak zauważyć, że dla Freuda sadyzm, podobnie zresztą jak i masochizm, nie był tylko perwersją, rozpoznawał te zjawiska w różnych ludzkich zachowaniach [5, 38]. W 1913 roku austriacki psychoanalityk Isidor Sadger jako pierwszy połączył sadyzm i masochizm w jeden termin – „sadomasochizm” [5]. Takie ujęcie tych dwóch fenomenów było zgodne z poglądami Freuda, który uważał, że obydwa charakteryzują się mieszaniną elementów bólowych i sprawiających przyjemność, a różnica między nimi polega na tym, że sadyzm skierowany jest na obiekt zewnętrzny, a masochizm na *self*.

Zanim jednak zachowania te zostały zmedykalizowane i tym samym spatologizowane, nadawane im były inne znaczenia. Ból i cierpienie przez wieki poddawane były sakralnej interpretacji. Dla szamanów różnych kultur były źródłem ekstazy, występowały w pogańskich obrzędach płodności ziemi, płci i miłości, dla chrześcijańskich mnichów były instrumentem boskiej sankcji. Od XIII wieku pojawiały się biczujące się bractwa. Rozpowszechnienie tych praktyk pozwala nam postawić pytanie o motywację zadawania sobie cierpienia – czy zawsze były to powody religijne? Zwłaszcza że w wieku XVIII następuje dość istotna zmiana – biczowanie nie dotyczy już pleców, a pośladków. Biczowanie pośladków zaczyna się rozpowszechniać w libertyńskich środowiskach, w znacznym stopniu dzięki de Sade’owi, który tym samym przyczynił się do desakralizacji cierpienia [39]. Biczowanie doczekało się też medycznego uzasadnienia. W dziele z 1788 roku *Afrodyzjak zewnętrzny albo traktat o biczyku*, autorstwa François Amédée Doppeta [40], można było przeczytać:

Osobnicy żądający chłosty dla gotowości obłąpin zawsze pragną okładania po plecach. Zobaczmy przeto, jak gorąco wywołane w tym miejscu schodzi ku przyrodzeniu. Zaznaczyć wypada, że lędźwie tworzące znaczną część pleców między żebrami i miednicą podtrzymują kręgi lędźwiowe, pod którymi tkwią nerki i rozliczne naczynia krwionośne połączone z przyrodzeniem. Oczywiście przeto sposobem z rozgrzanych lędźwi gorącość przebiega do prącia, a u płci przeciwnej do pochwy [40, s. 45–46].

Wątek (medycznych) korzyści z biczowania nie utrzymał się jednak długo. Dzieło von Krafft-Ebinga, a potem Freuda i rozwijająca się w kontekście wiktoriańskiej moralności psychoanaliza spatologizują „zabawy z bacikiem”. W XIX wieku pojawiła się



jeszcze jedna perspektywa – prawna. Zlaicyzowane praktyki seksualne musiały zostać poddane jurysdykcyjnej kontroli. Nie były traktowane jako przestępstwo, dopóki były uprawiane prywatnie i za zgodą dorosłych partnerów. Prawo wkraczało, gdy angażowane były osoby niepełnoletnie, gdy groził skandal obyczajowy albo dochodziło do przemocy. Pojawiła się nowa etyka, oparta nie na religii, ale na nauce, i według niej mieszczaństwo prywatnie mogło robić, co chciało, ale to, co publiczne, musiało być regulowane przez jasne prawo.

Kultury seksualne mają swoją historię i rozwijają się etapami [41]. Badając rozwój kultury BDSM, można odwołać się do wyróżnionych ogólnych faz rozwoju kultur seksualnych. Z tej perspektywy to, co się działo do 1900 roku, można opisać jako pierwszą fazę, tzw. fazę kontaktów. Osoby o podobnych upodobaniach i pragnieniach zaczynają się wzajemnie rozpoznawać, nawiązywać kontakty i organizować społeczności.

Druga faza, obejmująca okres od 1900 do 1970 roku, nazywana jest fazą sieci. W tym czasie kontakty rozbudowują się do formy swobodnych zgromadzeń osób o podobnych upodobaniach. Spotkania S/M organizowane są w prywatnych mieszkaniach, a nie w domach publicznych. Zaczyna się czas likwidowania prostytucji. Formy praktyk stają się coraz bardziej urozmaicone. W latach 30. XX wieku wyodrębnia się kultura fetyszyzmu. Uczestnicy spotkań nawiązują ze sobą kontakty poprzez reklamy w niszowych, podziemnych magazynach. Ukazuje się pierwszy magazyn poświęcony tematyce S/M „Bizarre”. Pojawia się jednak strach przed dyskryminacją czy konsekwencjami prawnymi. Praktykujący BDSM, jak i producenci filmów czy gadżetów, schodzą do podziemia.

W trzeciej fazie, obejmującej okres od 1970 do 1980 roku, nazwanej fazą społeczności, powstają stowarzyszenia oparte na bezpośrednich kontaktach. Pierwsze społeczności S/M powstają w Nowym Jorku i San Francisco. Lata 80. XX wieku zaś to czwarta faza, tzw. faza ruchu społecznego. Na początku lat osiemdziesiątych wzrasta liczba heteroseksualnych mężczyzn praktykujących BDSM. Kryzys HIV/AIDS podzielił społeczność S/M według orientacji seksualnej. Osoby heteroseksualne zaczęły odrzucać gejų i lesbijki i tworzyć własne społeczności, które były jednak znacznie mniejsze od tych tworzonych przez osoby homoseksualne. Być może wpływ miał na to lęk przed ujawnieniem swoich preferencji i społecznymi konsekwencjami w postaci napiętnowania czy odrzucenia.

Czwarta faza to również okres, kiedy osoby praktykujące BDSM zaczynają tworzyć duży ruch społeczny, wchodzący w dyskurs kulturowy. Organizują zjazdy, konferencje i grupy wsparcia, uczestniczą w wydarzeniach organizowanych przez społeczność LGBT+. Tematyka S/M pojawia się w filmach: *9 ½ tygodnia*, *Blue Velvet* czy *Pulp Fiction*. Powstają fachowe opracowania naukowe, jak i poradniki dla praktykujących. Internet daje nowe możliwości, jeśli chodzi o zdobywanie wiedzy czy sposoby kontaktowania się. Pojawia się jednak również problem doświadczania dyskryminacji czy przemocy, jak też oskarżeń o stosowanie przemocy. Faza piąta, nazwana fazą kultury seksualnej, trwa od roku 2000. Społeczności BDSM rozbudowują się i tworzą wspólny system znaczeń i praktyk, są otwarte na nowe kultury seksualne.

Jak wynika z powyższego przeglądu faz rozwoju kultury seksualnej, społeczność BDSM podlega ciągłym przemianom. Jej funkcjonowanie uzależnione jest od kulturowego i społecznego kontekstu. Obecnie sytuacja osób praktykujących BDSM przypomina sytuację osób LGB z przełomu lat 60. i 70. XX wieku [5, 34, 42]. Wprawdzie kultura BDSM na różne sposoby przenika w przestrzeń społeczną, jednak osoby tworzące relacje S/M postrzegane są najczęściej przez pryzmat psychopatologii.

Istnienie kultur seksualnych wydaje się mieć duże znaczenie. Gromadzą one osoby, których preferencje mogą je wykluczać z większościowej części społeczeństwa. Kultury seksualne pełnią w tym kontekście szereg funkcji [41]:

1. Ustalają granice między daną kulturą seksualną a większością, a co za tym idzie – granice związane z przynależnością do grupy.
2. Ustalają źródła danej kultury seksualnej oraz jej kontekst historyczny.
3. Ustalają właściwe i niewłaściwe dla danej kultury zachowania.
4. Ustalają charakterystyczny dla danej kultury system znaczeń zachowań i pragnień.
5. Ustalają zasady przyjmowania nowych członków.
6. Tworzą wspólną seksualną tożsamość.

Kultura seksualna tworzy zatem przestrzeń, gdzie jej członkowie mogą w bezpieczny sposób dzielić się swoimi upodobaniami i eksplorować je. Aktywności te odbywają się według ustalonych reguł, co zwiększa ich bezpieczeństwo. Społeczność przyczynia się też do budowania indywidualnej tożsamości przez procesy identyfikacji z innymi i z systemem znaczeń (kodów) dotyczących specyficznych pragnień i zachowań. Społeczność zapewnia też wsparcie przez tworzenie grup, indywidualne relacje czy przez współpracę z *kink-aware* psychoterapeutami.

### Konstrukt bólu

Wprawdzie doświadczanie bólu nie jest warunkiem koniecznym relacji S/M, jednak dla wielu osób w nie zaangażowanych staje się głównym elementem. Zrozumienie przyjemności płynącej z doświadczania bólu nie jest łatwe i stąd zapewne częste odwoływanie się do mechanizmów psychopatologicznych. W przestrzeni publicznej łączenie bólu z seksualną przyjemnością również napotyka na duży opór. Ból w naszej kulturze ma negatywne konotacje i dyskurs stworzony wokół niego odwołuje się przede wszystkim do unikania. Być może ten awersyjny aspekt bólu jest tylko jednym z aspektów, ale nie jedynym [43].

Związek doświadczania bólu i przyjemności przez lata próbowano wytłumaczyć, odwołując się do psychofizjologii. Według jednej z teorii przez to, że różne stany podniecenia nie są zróżnicowane, ból może być doświadczany jako przyjemność. W innej zwracano uwagę, że doświadczanie bólu może powodować wytwarzanie endorfin, przez co ból może zostać skojarzony z doświadczaniem przyjemności. Problem z koncepcjami odwołującymi się do psychofizjologii polega jednak na tym, że nie tłumaczą one, dlaczego akurat w tej grupie ból spełnia tak ważną funkcję. Poza tym sprowadzanie złożonego subiektywnego przeżycia do kwestii czysto psychofizjologicznej powoduje, że tracimy tutaj coś niezwykle istotnego dla tego fenomenu,

gdzie ból wkomponowany jest zarówno w seksualną przyjemność, jak i w relację interpersonalną [43].

Zwracano też uwagę na znaczący wpływ kultury w definiowaniu znaczenia bólu i tym samym regulowaniu wrażliwości na bodźce bólowe [44]. Można tu wspomnieć chociażby rytuały inicjacyjne z różnych kultur – w ich trakcie doświadczany jest ból, któremu nadawany jest pewien sens [45, 46]. Dzięki temu jego doświadczanie staje się naturalne i akceptowane w danej kulturze, co może wpływać na zmiany w obrębie progu wrażliwości.

Takie ujęcie bólu przypomina konstrukt nieprzyjemnych doznań (*Construct of unpleasantness*) zaproponowany przez Howarda Fieldsa [47]. Wyróżnił on dwa aspekty nieprzyjemnego doświadczenia: (1) pierwotny, który jest ściśle związany z intensywnością bodźca i różnicowaniem doznania (na tym poziomie bodziec musi zostać rozpoznany jako bólowy, odróżniony od innych nieprzyjemnych doznań, jak np. swędzenie czy łaskotanie); (2) wtórny, odzwierciedlający proces wyższego rzędu, gdzie doświadczanie nieprzyjemnego bodźca zostaje zdeterminowane przez wspomnienia i kontekst, w którym się to odbywa. Można zatem przypuszczać, że doświadczanie bólu może być różnie interpretowane, odczuwane i znoszone. Ból jest doświadczeniem wieloaspektowym, to nie tylko neurofizjologia, ale też sposób interpretacji doznań. Z takiej perspektywy nie musi on wywoływać reakcji obronnych, lecz może być doświadczany ze świadomą zgodą.

Colin Klein [48] twierdzi, że cierpienie nie jest cechą bólu, ale raczej jedną z możliwych odpowiedzi na ból. Podobnie jak odpowiedzią na ból może być bolesność (*pain/painfulness*) doświadczana na poziomie emocjonalnym. Rozważając kwestię przyjemności masochistycznej, zwraca uwagę na różne aktywności, które wprawdzie powodują ból, ale taki, w którym odnajdywana jest przyjemność (m.in. uprawianie sportów takich jak bieganie w maratonach, upiększanie ciała przez piercing czy też niektóre formy głębokiego masażu). Rozróżnienie bólu i bolesności może być według Kleina pomocne w innym spojrzeniu na podział doświadczeń na takie, które dają przyjemność, sprawiają ból bądź nie powodują ani jednych, ani drugich w wymienionych odczuć. Powstaje tu bowiem kategoria doświadczeń, w których ból zostaje połączony z przyjemnością. Odnosząc te rozważania do praktyk BDSM, można stwierdzić, że doświadczany w tych relacjach ból może prowokować różne przeżycia, wśród których bolesność czy cierpienie jest tylko jednym z nich.

Na koniec tych krótkich rozważań dotyczących bólu w relacji S/M chcielibyśmy zwrócić uwagę na jeszcze jeden jego aspekt – niewyraźność w obszarze języka. Człowiek może subiektywnie doświadczać bólu, ale nie ma możliwości, aby tym doświadczeniem w pełni się podzielić z innym człowiekiem [43, 49]. Ta niewyraźność doświadczania bólu, a także specyficzna sytuacja zależności w relacji S/M mogą uaktywniać wczesnodziecięce doświadczenia z prewerbalnego okresu. Doświadczenia te odnoszą się będą do budowania relacji przez kontakt cielesny i do sytuacji zależności, kiedy to od opiekuna zależało, czy i w jaki sposób złagodzony zostanie ból bądź dyskomfort dziecka. Tak więc w relacjach S/M przez mechanizm regresji mogą zostać uruchomione bardzo wczesne doświadczenia związane z doświadczaniem własnego ciała i zależnościowej relacji. Z tej perspektywy relacja S/M może być po części

odtworzeniem wczesnych relacji, czemu towarzyszyć może doświadczanie przyjemności, ale może być też reaktywowaniem przeżyć traumatycznych. Wątek ten będzie istotny z perspektywy diagnostycznej i terapeutycznej – czy wchodzenie w relację S/M jest moją decyzją, czy przymusem. Niektórzy badacze zwracają bowiem uwagę, że doświadczanie relacji S/M może być korektywnym (terapeutycznym) odtworzeniem traumy w sytuacji kontrolowania jej [5].

### Konsensualne BDSM a przemoc

Dla wielu osób, w tym również psychoterapeutów, dużą trudnością jest rozróżnienie aktywności BDSM od przemocy. Najważniejszą cechą relacji BDSM jest konsensualność. Jeśli nawet występują w niej elementy nieprzewidywalne czy budzące silne emocje, takie jak np. lęk, obydwie strony wyrażają na to zgodę, ustalają granice aktywności, jak też słowo bezpieczeństwa (*safeword*), którego wypowiedzenie kończy dany rodzaj aktywności bądź też całą sesję. Pozwala to na kontrolowanie sytuacji i mniejsze prawdopodobieństwo wyrządzenia lub doświadczenia krzywdy. Ważne jest to, że określona aktywność dotyczy świadomej zgody na podejmowane praktyki, mające na celu obustronną przyjemność. Subiektywne granice uczestników powinny być wzajemnie szanowane. Można więc wnioskować, że istotnym aspektem relacji BDSM między partnerami jest aspekt komunikacji, otwartość dotycząca swoich upodobań i zaufanie, które decydują o tym, czy dane praktyki są bezpieczne. Ważne jest ściśle przestrzeganie tych zasad, dzięki temu osoby praktykujące BDSM mogą czerpać przyjemność z tych doświadczeń [50–52]. W środowisku osób praktykujących BDSM funkcjonuje motto zwięźle opisujące omawiane praktyki, którego autorem jest prawdopodobnie David Stein: „Safe, Sane and Consensual” („Bezpiecznie, zdrowo i za zgodą”) [53].

Najistotniejsze różnice między relacją BDSM a przemocą zostały zestawione w tabeli 2. Jak wspominaliśmy, podstawową kwestią jest świadoma zgoda na wejście w taki rodzaj relacji. Praktyki w relacji BDSM, w przeciwieństwie do relacji przemocowej, są pod kontrolą – osoba dominująca musi trzymać się ustalonych wcześniej reguł, z kolei osoba uległa może skorzystać ze słowa bezpieczeństwa.

Tabela 2. Różnice między relacją BDSM a relacją przemocową (opracowano na podstawie: [32])

Relacja BDSM	Relacja przemocowa
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konsensualne</li> <li>• Aktywność kontrolowana</li> <li>• Słowo bezpieczeństwa</li> <li>• Poznanie wzajemnych pragnień i potrzeb</li> <li>• Dbanie o to, aby nie być pod wpływem substancji psychoaktywnych</li> <li>• Zadowolenie po sesji</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktywność bez zgody</li> <li>• Aktywność bez kontroli</li> <li>• Doświadczający przemocy nie może jej zatrzymać</li> <li>• Nieliczenie się z potrzebami drugiej osoby</li> <li>• Aktywność połączona często z substancjami psychoaktywnymi</li> <li>• Negatywne emocje po doświadczeniu przemocy</li> </ul>

Ważnym aspektem relacji S/M, zwłaszcza wtedy, gdy jedna z osób doświadcza bólu, jest tzw. *aftercare* [54–56]. Zadaniem osoby dominującej jest nie tylko stworzenie warunków do doświadczenia bólu przez osobą uległą, ale także zadbanie o jej komfort zarówno w trakcie sesji, jak i po niej. Tego typu doświadczenia mogą wywoływać bardzo silne emocje. Zadaniem osoby dominującej jest pomoc w radzeniu sobie z nimi przez stworzenie opartej na zaufaniu relacji, jak i pomoc w odreagowaniu nagromadzonych podczas sesji emocji. Jest to ten element relacji, który pozwala osobom uczestniczącym w sesji S/M doświadczyć zadowolenia i jednocześnie jest ważnym elementem różnicującym z relacją przemocową.

### ***Kink-aware i kink-friendly terapeuta***

W kontekście procesu psychoterapeutycznego, biorąc pod uwagę rozpowszechnienie praktyk BDSM, istotne wydaje się zwrócenie uwagi na ten obszar funkcjonowania pacjenta, zwłaszcza w procesie badania jego seksualności. Badania pokazują, że 25–30% pacjentów nigdy nie zgłasza tego faktu swoim terapeutom, a najczęstszym powodem jest obawa przed oceną [4, 57]. Jak się wydaje, obawy te nie są bezpodstawne, badania terapeutów ujawniają bowiem ich tendencję do patologizowania nie tylko podejmowanych przez pacjenta praktyk, ale już samego zainteresowania nimi [58, 59]. W badaniach 175 osób praktykujących BDSM 1/3 zdecydowała się nie ujawniać swoich praktyk w obawie przed negatywną oceną ze strony terapeuty [59]. Osoby badane wspominały o doświadczeniach, w których terapeuci rozważali BDSM jako objaw braku zdrowia, a czasami wymagali zaprzestania takich zachowań jako jeden z warunków kontynuowania terapii. Część z praktykujących uważała, że terapeuci pokazywali się jako *kink-aware*, chociaż brakowało im wiedzy na temat BDSM. Badani wymieniali właśnie wiedzę, a także akceptację stylu życia i doświadczeń związanych z BDSM jako ważne kompetencje psychoterapeuty.

Margaret Nichols [4] na podstawie pracy klinicznej z różnorodnymi seksualnie klientami wskazuje, jak ważne jest zmierzenie się przez profesjonalistę z własnymi wyobrażeniami dotyczącymi praktyk BDSM. Najczęściej pojawiające się mity pokazują te praktyki jako uzależniające, kompulsywne, związane jedynie z otrzymywaniem/zadawaniem fizycznego bólu, autodestrukcyjne czy związane z unikaniem bliskości bądź intymności. Praktyki BDSM, jak już wspominaliśmy, często są traktowane jako odseparowane od waniliowego seksu, podczas gdy praktykujący mogą czerpać satysfakcję również z „nieklimatycznych”<sup>2</sup> relacji. Badaczka zwraca też uwagę, że społeczność osób zaangażowanych w BDSM jest bardzo zróżnicowana, a co za tym idzie – ich preferencje mogą być rozumiane i realizowane na różne sposoby.

Nichols [4] wyraźnie akcentuje kilka kwestii, z którymi muszą się zmierzyć terapeuci. Jedną z nich to wspomniane wyżej własne przekonania, oceny czy reakcje na taki rodzaj aktywności seksualnej. U terapeuty mogą się pojawić odczucia strachu, lęku, wstrętu czy obrzydzenia. Jeśli u terapeuty w przeciwprzeniesieniu pojawi się

<sup>2</sup> Określenie, że coś jest klimatyczne, wśród członków subkultury BDSM oznacza, że odnosi się właśnie do tych praktyk.

intelektualizowanie, to może on być przekonany, że zachowania klienta są autodestrukcyjne i prowadzą do realnej krzywdy czy zagrożenia zdrowia lub życia – mimo braku jasnych przesłanek wskazujących na to, że zachowania te mogą w rzeczywistości do tego doprowadzić. Negatywne czy awersyjne postawy wobec zachowań klimatycznych u terapeuty mogą być ważnym sygnałem, a być może informacją o nieświadomionych czy wypartych wątkach jego własnej seksualności. Analizowanie własnych negatywnych reakcji może być bardzo pomocne w pracy z klientem, gdyż mogą być one odzwierciedleniem zinternalizowanego wstydu czy niechęci klienta wobec siebie samego.

Aby sprawdzić, czy mamy do czynienia z tzw. zdrowym BDSM-em, Caroline Shahbaz i Peter Chirinos [32] proponują uwzględnić w wywiadzie kilka kwestii, m.in.: konsensualność relacji, emocje doświadczane w związku z zaangażowaniem się w praktyki BDSM, spójność systemu wartości z zachowaniami seksualnymi czy dostępność wsparcia ze strony innych osób zaangażowanych w relacje. Wyraźnie też podkreślają, że wprawdzie praktyki BDSM to nie terapia, jednak może się zdarzyć, że zaangażowanie się w nie może spełniać pewną funkcję terapeutyczną. Mogą one przyczynić się do większej akceptacji swojej seksualności czy pomóc w rozwijaniu umiejętności stawiania granic.

Keely Kolmes i Geri Weitzman [60] opisują różnicę między psychoterapeutami *kink-aware* i *kink-friendly*. Zgodnie z tym podejściem psychoterapeuci *kink-aware* potrafią rozróżnić zdrowe zachowania BDSM od zachowań związanych z nadużyciem, niekonsensualnych oraz postrzegają BDSM jako część spektrum różnorodnych zachowań seksualnych. Badaczki uważają ich za wyedukowanych, zdolnych zrozumieć specyfikę funkcjonowania praktykujących i specyficzne problemy, z którymi mogą zgłaszać się po pomoc, takie jak chęć ujawnienia swoich preferencji, komunikacja na temat preferencji seksualnych z partnerem/partnerką, negocjacje dotyczące granic w związku i poza związkiem oraz doświadczany stres mniejszościowy [61]. Z kolei psychoterapeuci *kink-friendly* mogą nie być wystarczająco wyedukowani na temat BDSM, ale mają otwarte i niepatologizujące podejście do klientów/pacjentów. Mogą oni mieć doświadczenia kliniczne w pracy z pacjentami z innych grup mniejszościowych, takich jak np. osoby nieheteronormatywne, co może być pomocne w kontakcie z osobami praktykującymi BDSM [4].

Osoby praktykujące BDSM mogą zgłosić się do terapeuty z problemami niezwiązanymi z preferencjami seksualnymi, ale mogą też chcieć właśnie o nich porozmawiać. Kwestie, które mogą się tutaj pojawić, dotyczą najczęściej: akceptacji preferencji przez samego pacjenta lub przez osobę, z którą pozostają w związku; lęku związanego z tym, czy takie preferencje nie są symptomem zaburzenia; procesu ujawniania swoich preferencji; lęku przed ujawnieniem lub oceną ze strony innych, a także samych praktyk, jak np. kwestia doświadczania i wyznaczania granic w relacjach S/M [32].

### Podsumowanie

Jak pokazaliśmy w tabeli 1, liczba osób praktykujących relacje oparte na dominacji i submisji wynosi według różnych badań od kilku do ponad 50% osób badanych, a liczba osób fantazjujących na ten temat od kilku procent do ponad 30%. Rodzi się



zatem pytanie, czy wobec tej grupy można odnieść pojęcie grupy mniejszościowej. Jednocześnie istnieje bardzo dużo stereotypowych poglądów na temat ich funkcjonowania. Z jednej strony może być to wynikiem długiej tradycji patologizowania w nauce relacji, w których występują elementy dominacji i zadawania bólu, a z drugiej ten typ relacji z trudem jest akceptowany w kontekście społecznym czy kulturowym, gdzie dominacja mocno łączona jest z przemocą, a ból z cierpieniem, które należy niwelować. Istotną wydaje się też mała liczba badań poświęconych funkcjonowaniu osób utożsamiających się z praktykami BDSM. Tym trudniejszy zatem może być adekwatny opis tej subkultury i jej uczestników.

Shahbaz i Chirinos [32], podsumowując badania nad funkcjonowaniem osób praktykujących BDSM, zawierają swoje wnioski w kilku punktach:

- nie ma przekonujących dowodów na to, że angażowanie się w takie praktyki jest wynikiem traumy z okresu dzieciństwa czy doświadczenia molestowania seksualnego;
- osoby te doświadczają dyskryminacji i stygmatyzacji, podobnie jak osoby homoseksualne przed usunięciem homoseksualizmu z psychiatrycznych klasyfikacji diagnostycznych;
- praktykowanie BDSM samo w sobie nie jest powodem stresu czy różnych dysfunkcji; są one bardziej wynikiem społeczno-kulturowych i politycznych oskarżeń;
- BDSM może być traktowane jako zdrowe urozmaicenie życia seksualnego.

Jeśli chodzi o terapeutę czy innego profesjonalistę zajmującego się zdrowiem psychicznym i pracującego z osobami identyfikującymi się z kulturą BDSM, najistotniejszą kwestią wydaje się niepatologizująca postawa jako punkt wyjścia poznawania świata pacjenta. Może się oczywiście zdarzyć, że zachowania te będą symptomem problemów psychicznych czy też pacjent będzie uwikłany w przemocową relację, jednak mamy wskazówki, jak je odróżnić od zdrowej i konsensualnej relacji S/M. Profesjonalista powinien mieć świadomość własnych uprzedzeń odnośnie do takich preferencji seksualnych, posiadać wiedzę dotyczącą specyfiki funkcjonowania tych osób oraz powinien być otwarty na ewentualne eksplorowanie obszaru seksualności i tworzonych przez pacjenta relacji.

### Piśmiennictwo

1. Barker MJ. *Gender, Sexual, and Relationship Diversity (GSRD)*. GB: British Association for Counselling and Psychotherapy; 2019.
2. Langdrige D, Barker M. *Situating sadomasochism*. W: Langdrige D, Barker M. red. *Safe, sane and consensual. Contemporary perspectives on sadomasochism*. New York: Palgrave Macmillan; 2007. S. 3–9.
3. Fedoroff JP. *The paraphilias. Changing suits in the evolution of sexual interest paradigms*. Oxford: Oxford University Press; 2020.

4. Nichols M. *Psychotherapeutic issues with “kinky” clients*. J. Homosex. 2006; 50(2–3): 281–300.
5. Bauer R. *Queer BDSM intimacies critical consent and pushing boundaries*. New York: Palgrave Macmillan; 2014.
6. Gemberling TM, Cramer RJ, Wright S, Nobles MR. *Psychological functioning and violence victimization and perpetration in BDSM practitioners from the National Coalition for Sexual Freedom*. USA: NCSF; 2015.
7. Kinsey AC, Pomeroy WR, Martin CE. *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia: W.B. Saunders–Bloomington, IN: Indiana University Press; 1948.
8. Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE, Gebhard PH. *Sexual behavior in the human female*. Philadelphia: W.B. Saunders–Bloomington, IN: Indiana University Press; 1953.
9. Richters J, Grulich AE, Visser de RO, Smith AMA, Rissel CE. *Autoerotic, esoteric and other sexual practices engaged in by representative sample of adults*. Aust. N Z J. Public Health 2003; 27(2): 180–189.
10. Zurbriggen EL, Yost MR. *Power, desire, and pleasure in sexual fantasies*. J. Sex Res. 2004; 41(3): 288–300.
11. Långström N, Seto MC. *Exhibitionistic and voyeuristic behavior in a Swedish national population survey*. Arch. Sex. Behav. 2006; 35(4): 427–435.
12. Richters J, Visser de RO, Rissel CE, Grulich AE, Smith AMA. *Demographic and psychosocial features of participants in bondage and discipline, “sadosomochism” or dominance and submission (BDSM): Data from a national survey*. J. Sex. Med. 2008; 5(7): 1660–1668.
13. Oliveira Júnior de WM, Abdo CHN. *Unconventional sexual behaviors and their associations with physical, mental and sexual health parameters: A study in 18 large Brazilian cities*. Braz. J. Psychiatry 2010; 32(3): 264–274.
14. Jozifkova E. *Sexual arousal by dominance and submissiveness in the general population: How many, how strongly, and why?* Deviant Behavior 2018; 39(9): 1229–1236.
15. Faccio E, Casini C, Cipolletta S. *Forbidden games: The construction of sexuality and sexual pleasure by BDSM ‘players’*. Cult. Health Sex. 2014; 16(7): 752–764.
16. Visser de RO, Richters J, Rissel C, Badcock P, Simpson JM, Smith AMA i wsp. *Change and stasis in sexual health and relationships: Comparisons between the First and Second Australian Studies of Health and Relationships*. Sex. Health 2014; 11(5): 505–509.
17. Yule MA, Brotto LA, Gorzalka BB. *Sexual fantasy and masturbation among asexual individuals: An in-depth exploration*. Arch. Sex. Behav. 2016; 46(1): 311–328.
18. Joyal CC, Carpentier J. *The prevalence of paraphilic interests and behaviors in the general population: A provincial survey*. J. Sex Res. 2017; 54(2): 161–171.
19. Holvoet L, Huys W, Coppens V, Seeuws J, Goethals K, Morrens M. *Fifty shades of Belgian Gray: The prevalence of BDSM-related fantasies and activities in the general population*. J. Sex. Med. 2017; 14(9): 1152–1159.
20. Kleinplatz PJ, Moser Ch. *Is SM pathological?* W: Langdridge D, Barker M. red. *Safe, sane and consensual. Contemporary perspectives on sadosomochism*. New York: Palgrave Macmillan; 2007. S. 55–62.
21. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed*. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
22. World Health Organization. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*. Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”; 1998.

23. World Health Organization. *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics*, wyd. 11 poprawione; 2018. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> (dostęp: 1.10.2021).
24. Moser C, Levitt E. *An exploratory-descriptive study of a sadomasochistically oriented sample*. J. Sex Res. 1987; 23(3): 322–337.
25. Gosselin CC, Wilson GD, Barrett PT. *The personality and sexual preferences of sadomasochistic women*. Pers. Individ. Differ. 1991; 12(1): 11–15.
26. Connolly P. *Psychological functioning of Bondage/Sado-Masochism (BDSM) practitioners*. J. Psychol. Human Sex. 2006; 18(1): 79–120.
27. Mic A, Lew-Starowicz Z. *Zaburzenie parafilne w ujęciu DSM-5*. Prz. Seksuol. 2014; 10(2): 16–24.
28. Iniewicz G. *Psychodynamiczna praca z pacjentami biseksualnymi i homoseksualnymi w różnych okresach życia*. W: Cierpiałkowska L, Turbaczewska-Brakoniecka I, Groth J red. *Seksualność i problemy seksualne z perspektywy psychodynamicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN SA; 2017. S. 408–434.
29. Iniewicz G. *Stres mniejszościowy u osób biseksualnych i homoseksualnych. W poszukiwaniu czynników ryzyka i czynników chroniących*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytet Jagiellońskiego; 2015.
30. Iniewicz G, Niebudek A. *Stres mniejszościowy – czynniki ryzyka i czynniki chroniące*. W: Dragan WŁ, Iniewicz I red. *Orientacja seksualna. Źródła i konteksty*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR; 2020. S. 85–96.
31. Baldwin G, Bean JW. *Ties that bind: The SM/leather/fetish erotic style: Issues, commentaries, and advice*. Los Angeles, CA: Dedal Publishing Company; 1993.
32. Shahbaz C, Chirinos P. *Becoming a kink aware therapist*. New York, NY: Routledge; 2017.
33. Richards Ch, Barker M. *Sexuality & gender: For mental health professionals. A practical guide*. Los Angeles–London–New Delhi–Singapore–Washington, DC: SAGE; 2013.
34. D’Emilio J. *Capitalism and gay identity*. W: Snitow A, Stansell C, Thomson C. red. *Power of desire: The politics of sexuality*. New York, NY: Monthly Review Press; 1983. S. 100–116.
35. Herdt G. *Same sex, different cultures: Gays and lesbians across cultures*. Boulder, CO: Westview Press; 1997.
36. Hostetler A, Herdt G. *Culture, sexual lifeways, and developmental subjectivities: Rethinking sexual taxonomies*. Soc. Res. (New York) 1998; 65(2): 249–290.
37. Krafft-Ebing R. *Psychopathia sexualis*. Stuttgart: Verlag von Ferdinand Enke; 1886.
38. Freud Z. *Trzy rozprawy z teorii seksualności*. W: Freud Z. *Życie seksualne*. Warszawa: Wydawnictwo KR; 1905/2009. S. 27–129.
39. Roudinesco É. *Nasza mroczna strona. Z dziejów perwersji*. Warszawa: Czytelnik; 2009.
40. Doppet FA. *Afrodyzjak zewnętrzny albo traktat o biczyku*. Gdańsk: Wydawnictwo Słowo/obraz/terytoria; 2012.
41. Sisson K. *The cultural formation of S/M: History and analysis*. W: Langdrige D, Barker M. red. *Safe, sane, and consensual: Contemporary perspectives on sadomasochism*. New York, NY: Palgrave Macmillan; 2007. S. 10–34.
42. Langdrige D. *Voices from the margins: SM and sexual citizenship*. *Citizensh. Stud.* 2006; 10(4): 373–389.
43. Langdrige D. *Speaking the unspeakable: S/M and the eroticisation of pain*. W: Langdrige D, Barker M. red. *Safe, sane and consensual. Contemporary perspectives on sadomasochism*. New York: Palgrave Macmillan; 2007. S. 85–97.
44. Sack RL, Miller W. *Masochism: A clinical & theoretical overview*. *Psychiatry* 1975, 38(3): 244–257.

45. Janusz B, Walkiewicz M. *The rites of passage framework as a matrix of transgression processes in the life course*. J. Adult Dev. 2018; 25(3): 151–159.
46. Gennep van A. *Obrzędy przejścia: systematyczne studium ceremonii*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy; 1909/2006.
47. Fields HL. *Pain: An unpleasant topic*. Pain. 1999; (Suppl 6): S61–S69.
48. Klein C. *What the body commands: The imperative theory of pain*. Massachusetts: The MIT Press; 2015.
49. Scarry E. *The body in pain: The making and unmaking of the world*. Oxford: Oxford University Press; 1985.
50. Fegatofi M. *BDSM basics for submissives. Dealing with the mental and emotional side of submission*. USA: BDSM Unveiled; 2014.
51. Makai M. *Domination & submission: The BDSM relationship handbook*. USA: Copyright Michael Makai; 2013.
52. Moser Ch, Kleinplatz PJ. *Themes of SM expression*. W: Langdridge D, Barker M. red. *Safe, sane and consensual. Contemporary perspectives on sadomasochism*. New York: Palgrave Macmillan; 2007. S. 35–54.
53. Downing L. *Beyond safety: Erotic asphyxiation and the limits of SM discourse*. W: Langdridge D, Barker M. red. *Safe, sane and consensual. Contemporary perspectives on sadomasochism*. New York: Palgrave Macmillan; 2007. S. 119–132.
54. Brame G. *Come hither: A commonsense guide to kinky sex*. New York: Fireside; 2000.
55. Harrington L, Williams M. *Playing well with others: Your field guide to discovering, exploring and navigating*. Gardena, CA: Greenery Press; 2012.
56. Fuentes S. *Caring about aftercare: Thesis presentation of initial findings*. University Honors Theses; 2019. Paper 818.
57. Sprott R, Randall A. *Coming out to your therapist as kinky: Results from a qualitative study of bdsm/kink practitioners in therapy*. Poster session presented at the meeting of Society for Sex Therapy and Research, Boston, MA; 2015.
58. Hoff G, Sprott RA. *Therapy experiences of clients with BDSM sexualities: Listening to a stigmatized sexuality*. Electron. J. Hum. Sex. 2009; 12(9): 30.
59. Kolmes K, Stock W, Moser C. *Investigating bias in psychotherapy with BDSM clients*. J. Homosex. 2006; 50(2–3): 301–324.
60. Kolmes K, Weitzman G. *A guide to choosing a kink-aware therapist*; 2010. <https://www.drk-kolmes.com/docs/kap.pdf> (dostęp: 1.10.2021).
61. Dunkley C, Brotto L. *Clinical considerations in treating BDSM practitioners: A review*. J. Sex Martial Ther. 2018; 44(7): 701–712.

Adres: Grzegorz Iniewicz  
Instytut Psychologii  
Uniwersytet Jagielloński  
30-060 Kraków, ul. Ingardena 6  
e-mail: grzegorz.iniewicz@uj.edu.pl

Otrzymano: 24.01.2021  
Zrecenzowano: 20.05.2021  
Otrzymano po poprawie: 7.06.2021  
Przyjęto do druku: 7.06.2021