

Diretrizes de Prática Clínica para Trabalhar com Pessoas com Interesses Kink



Dezembro de 2019

**Desenvolvidas pelo Projeto Diretrizes de
Prática Clínica Kink kinkguidelines.com**



Conteúdo

Projeto das Diretrizes para Prática Clínica Kink

Citação

Objetivo

Contexto Cultural e Profissional para o Desenvolvimento destas Diretrizes para Prática

Processo de Desenvolvimento destas Diretrizes para Prática

Diretriz 1: Os médicos entendem que kink é usado como um termo guarda-chuva para uma ampla gama de comportamentos, fantasias, relacionamentos e identidades eróticas ou íntimas consensuais.

Diretriz 2: Os médicos terão conhecimento de sua competência e escopo profissionais ao trabalhar com clientes que estão explorando fetiches ou que são fetichistas e consultarão, obterão supervisão e/ou consulta, conforme apropriado, para melhor atender seus clientes.

Diretriz 3: Os médicos entendem que fantasias, interesses, comportamentos, relacionamentos e/ou identidades, por si só, não indicam a presença de psicopatologia, um distúrbio mental ou a incapacidade dos indivíduos de controlar seu comportamento.

Diretriz 4: Os médicos entendem que kink não é necessariamente uma resposta ao trauma, incluindo abuso.

Diretriz 5: Os médicos reconhecem que o kink se intersecciona com outras identidades de maneiras que podem moldar como o kink é expressado e vivenciado.

Diretriz 6: Os médicos entendem que o kink às vezes pode facilitar a exploração e expressão de uma variedade de gêneros, relacionamentos, interesses e identidades sexuais.

Diretriz 7: Os médicos reconhecem como o estigma, a discriminação e a violência dirigida a pessoas envolvidas em kink podem afetar sua saúde e bem-estar.

Diretriz 8: Os médicos entendem a centralidade do consentimento e como ele é gerenciado em interações kinky e relações de troca de poder.

Diretriz 9: Os médicos entendem que experiências kinky podem levar à cura, crescimento pessoal e empoderamento.

Diretriz 10: Os médicos consideram como as diferenças geracionais podem influenciar comportamentos e identidades kinky.

Diretriz 11: Os médicos entendem que interesses kink podem ser reconhecidos em qualquer idade.

Diretriz 12: Os médicos entendem que interesses kink podem ser reconhecidos em qualquer idade.

Diretriz 13: Os médicos não assumem que o envolvimento em kink tenha um efeito negativo sobre a parentalidade.

Diretriz 14: Os médicos não assumem que qualquer preocupação que surja na terapia é causada pelo kink.

Diretriz 15: Os médicos entendem que terapias de reparação ou conversão são antiéticas. Da mesma forma, os médicos evitam tentativas de erradicar comportamentos e identidades consensuais.

Diretriz 16: Os médicos entendem que a angústia com o kink pode refletir estigma, opressão e negatividade internalizados, em vez de evidência de um distúrbio.

Diretriz 17: Os médicos devem avaliar seus próprios preconceitos, valores, atitudes e sentimentos sobre kink e abordar como eles podem afetar suas interações com os clientes de forma contínua.

Diretriz 18: Os médicos entendem que os estereótipos sociais sobre kink podem afetar a presença do cliente no tratamento e no processo de terapia.

Diretriz 19: Os médicos entendem que a violência por parceiro íntimo/violência doméstica pode coexistir com atividades e relacionamentos kinky. Os médicos devem garantir que suas avaliações de violência são informadas.

Diretriz 20: Os médicos se esforçam para manterem-se informados sobre a literatura científica atual sobre kink e evitar o uso indevido ou deturpação de descobertas e métodos.

Diretriz 21: Os médicos apoiam o desenvolvimento de educação profissional e treinamento em questões relacionadas ao kink.

Diretriz 22: Os médicos fazem esforços razoáveis para familiarizarem-se com recursos de saúde, educação e comunidade relevantes para os clientes que estão explorando o meio ou que têm uma identidade kinky.

Diretriz 23: Os médicos apoiam mudanças sociais para reduzir o estigma em relação ao kink.

Objetivo

Existem pessoas envolvidas em uma variedade de comportamentos e relações sexuais, eróticas ou íntimas que são comumente entendidas como fetichistas/*kinky*¹. Nós conceituamos *kink*² como identidades sexuais, comportamentos eróticos, interesses e fantasias sexuais, identidades de relacionamento, orientações de relacionamento e estruturas de relacionamento consentidos entre adultos que não são aceitos pela cultura dominante. Nós incluimos, especificamente, BDSM (Bondage/Disciplína, Dominação/Submissão, Sadismo/Masochismo), *leather*³ e fetiches como partes importantes do termo mais abrangente *kink*.

A falta de treinamento e educação sobre sexualidades *kink* e o estigma associado a esses interesses resultaram culturalmente na falta de tratamento competente para esse grupo oprimido. Essa lacuna exige que os campos clínicos atendam a essa necessidade não suprida como parte da ética e responsabilidade profissional.

As diretrizes da prática clínica ajudam os profissionais da saúde a identificar serviços de alta qualidade e práticas profissionais desejáveis. As diretrizes de prática clínica para trabalhar com pessoas com interesses *kink* (doravante denominados "Diretrizes de Prática Clínica *Kink*") se destinam a delinear os conhecimentos, habilidades e atitudes importantes para a prestação de cuidados culturalmente competentes a população de pessoas envolvidas em *kink*, assim como a pacientes fetichistas e aqueles envolvidos em fetiches que não adotam essa identidade.

As diretrizes da prática clínica são recomendações, não requisitos obrigatórios. As Diretrizes de Prática Clínica *Kink* não são padrões de atendimento, nem devem ser usados para excluir qualquer profissional de saúde de atuar em uma área específica. As Diretrizes de Prática Clínica *Kink* propõem-se a melhorar os cuidados e minimizar os danos à comunidade *kink*, uma população vulnerável.

Notas da Tradutora (NT):

1- Característica de "kink".

2- Termo em inglês sem tradução correspondente para o português.

3- Subcultura do "couro" que denota práticas e vestimentas ao redor desse material, permeada pelo meio BDSM e comunidade LGBT.

Contexto cultural e profissional para o desenvolvimento dessas diretrizes

Nos últimos 10 anos, houve uma aceleração das discussões culturais profissionais e populares e exploração da diversidade sexual, de gênero e de relacionamento, incluindo a sexualidade kink. Nos últimos cinco anos, houve uma proliferação de oficinas e programas de treinamento para educar conselheiros e terapeutas sobre a sexualidade fetichista e os problemas clínicos que surgem ao atender essa parte da população. Mais pesquisas do que nunca estão sendo publicadas sobre diferentes aspectos da sexualidade, o estigma em torno da sexualidade e questões de saúde e bem-estar para as pessoas que praticam fetiches. E por causa do aumento de imagens e histórias na cultura popular que tratam do assunto, há mais pessoas divulgando seus interesses e fantasias, e mais pessoas explorando ativamente a sexualidade kink - levando a mais clientes e parceiros que precisam abordar perguntas e questões no contexto de aconselhamento e terapia.

Dado o aumento dos estudos empíricos e a maior abertura dos profissionais da área da saúde para atender às necessidades de pessoas interessadas em fetiches, sentimos que este é um momento propício para consolidar e aprofundar nossa compreensão coletiva de boas práticas no fornecimento de terapia para esta parte da população.

Processo de desenvolvimento dessas diretrizes práticas

As Diretrizes de Prática Clínica Kink foram desenvolvidas em um processo interativo, incorporando uma revisão abrangente da literatura, construção do texto, reflexão e feedback de várias partes interessadas em vários momentos. A ideia de desenvolver essas diretrizes surgiu pela primeira vez na Conferência de Sexualidades Alternativas de 2010 (agora conhecida como Conferência da Multiplicidade do Erótico) em San Francisco, CA. A plenária de encerramento da conferência de 2012 foi intitulada "Criando Diretrizes de Prática Clínica para o Trabalho com a Comunidade Kink: Primeiros Passos." Em outubro de 2016, uma equipe inicial se reuniu para delinear o processo e os princípios que orientariam o trabalho. Em janeiro de 2017, duas equipes foram formadas: o subgrupo de texto e o subgrupo de engajamento de partes interessadas. O subgrupo de texto trabalhou no rascunho inicial e incorporou feedback no texto à medida que as diretrizes foram desenvolvidas. O subgrupo de engajamento de partes interessadas trabalhou para se comunicar com profissionais e membros da comunidade, reuniu feedback das partes interessadas e encontrou oportunidades para apresentar e divulgar rascunhos das diretrizes. As interações entre os subgrupos no desenvolvimento das diretrizes foi um processo interativo, cobrindo o período de janeiro de 2017 a agosto de 2019.

O texto inicial foi baseado em um artigo publicado em 2004 no periódico *Contemporary Sexuality*, o boletim AASECT, de Peggy J. Kleinplatz e Charles Moser, que apresentou recomendações clínicas específicas e diretrizes práticas para trabalhar com clientes BDSM (Kleinplatz & Moser, 2004).

Também foram consultadas diretrizes para o texto inicial: as Diretrizes da APA para Prática Psicológica com pessoas trans e não-conformes de gênero (2015); as Diretrizes da APA para Psicoterapia com clientes lésbicas, gays e bissexuais (2011); as Diretrizes Multiculturais da APA: Uma abordagem ecológica ao contexto, identidade e interseccionalidade (2017); as diretrizes da APA para prática psicológica com meninas e mulheres (2007); e as Diretrizes da APA para Prática psicológica com idosos (2014). Diretrizes práticas de outras organizações profissionais, como NASW e ACA, também foram consultadas.

As Diretrizes de Prática Clínica Kink devem ser um “documento vivo” – haverá revisões, atualizações, novas vozes e novas pesquisas incorporadas às Diretrizes regularmente e periodicamente daqui para frente. Dada essa intenção, convidamos as pessoas a fornecer feedback, indo em www.kinkguidelines.com.

As Diretrizes da Prática Clínica Kink

Diretriz 1: Os médicos entendem que kink é usado como um termo guarda-chuva para uma ampla gama de comportamentos, fantasias, relacionamentos e identidades eróticas ou íntimas consensuais.

Kink é usado como um termo genérico para tratar uma ampla variedade de aspectos e comportamentos sexuais, eróticos, prazerosos, divertidos, íntimos e/ou auto expressivos (Kleinplatz & Moser, 2006; Simula, 2019). A gama de interesses e comportamentos inclui a erotização intensa de sensações (incluindo, entre outras, a dor), erotização da dinâmica do poder interpessoal e das diferenças, fascinação e excitação duradouras com estímulos sensoriais específicos, incluindo partes do corpo ou objetos inanimados (fetiche), encenar dramatizações para excitação (*roleplay*), exploração ou brincadeira e atividades eróticas ou estimulantes que podem induzir estados elevados ou alterados de consciência.

Aproximadamente 45-60% das pessoas na população em geral relatam ter fantasias que envolvem alguns aspectos de dominância e submissão (Joyal et al. 2014; Jozifkova, 2018) e aproximadamente 30% têm fantasias que envolvem chicotadas ou surras (Joyal et al. 2014, Herbenick et al. 2017). Em termos de comportamento, estima-se que aproximadamente 10% dos população em geral se envolveu em comportamentos kink em algum momento de suas vidas (Janus & Janus, 1993; Joyal & Carpentier, 2016; Masters et al. 1995). Embora existam muito poucas tentativas sistemáticas para medir a prevalência de identidades kink na população em geral, com base no grande número de clubes sociais, organizações de defesa de direitos, eventos comunitários e participação em plataformas de mídia social, pode ser que 1-2% da população em geral possua uma identidade centrada em sua sexualidade fetichista (Sprott & Berkey, 2015). Um estudo recente que examinou uma amostra da população belga (n = 1.027) constatou que 46,8% dos participantes haviam se envolvido em atividades relacionadas ao BDSM pelo menos uma vez na vida e 12,5% as realizavam regularmente.

Além disso, 7,6% identificaram-se como “praticantes de BDSM” - isto é, o que clínicos e pesquisadores chamam de identidade kink (Holvoet, et al. 2017). Em uma pesquisa a nível nacional de probabilidade representativa realizada nos Estados Unidos em 2015 (n=2.021), Herbenick et al. (2017) descobriram que 21,1% dos participantes haviam incluído *bondage* em seus comportamentos sexuais; 31,9% praticavam *spanking*; e 15,0% haviam chicoteado ou sido chicoteados de brincadeira ao curso de sua vida.

Alguns estudos perguntaram às pessoas sobre atividades relacionadas a kink em que se envolveram. No entanto, essas pesquisas não capturaram completamente os comportamentos que podem ser definidos como kink (Joyal & Carpentier, 2016; Rehor, 2015; Richters et al., 2003; Sandnabba et al., 2002). As atividades comuns incluem *spanking*, tapas, restrições/*bondage*, vendas nos olhos, uso de vibrador, puxar o cabelo, morder, arranhar e *roleplay* de mestre/escravo (Rehor, 2015; Sandnabba et al, 2002).

Uma grande variedade de atividades possíveis destaca a necessidade de aumentar a conscientização de médicos, para evitar confusão, rejeição ou invalidação que possam interferir com a aliança terapêutica.

Dada a grande variedade de interesses e atividades reconhecidos como "kink" pela comunidade organizada e por indivíduos na discussão de seus próprios interesses e comportamentos sexuais, o clínico deve estar ciente de que (A) o termo "kink" pode ou não ser usado por um cliente ou paciente para rotular ou categorizar seus interesses ou identidades eróticas; e (B) se o termo for usado, pode ter um significado idiossincrático ou ser usado pelo cliente ou paciente de forma individual. Consequentemente, é importante que o clínico explore proativamente a relação entre a atividade erótica e o conceito usado pelo cliente. O clínico deve abster-se de qualquer suposição sobre qualquer rótulo usado por clientes e pacientes para descrever seus interesses ou identidades.

Diretriz 2: Os médicos terão conhecimento de sua competência e escopo profissionais ao trabalhar com clientes que estão explorando kink ou que são fetichistas e consultarão, obterão supervisão e/ou consulta, conforme apropriado, para melhor atender seus clientes.

Um princípio básico do trabalho clínico é a prática no domínio do conhecimento e escopo de treinamento que permita que o trabalho clínico seja eficaz e ético. Dado o conhecimento limitado que temos sobre kink e sexualidade humana em geral, reconhecemos que questões de competência e escopo da prática se tornam relevantes na maioria, se não em todos, dos encontros entre clientes e serviços de saúde. A conscientização da competência profissional e o escopo da prática são essenciais para o restante das diretrizes de prática clínica. Essas diretrizes destacam a necessidade dos médicos de verificar sua compreensão e conhecimento sobre kink antes de trabalhar com essas questões em um ambiente clínico.

Diretriz 3: Os médicos entendem que fantasias, interesses, comportamentos, relacionamentos e/ou identidades kink, por si só, não indicam a presença de psicopatologia, um distúrbio mental ou a incapacidade dos indivíduos de controlar seu comportamento.

Há um amplo corpo de pesquisa sobre fantasias e inclinações eróticas ou envolvimento em comportamentos ou práticas BDSM estarem relacionadas a transtornos mentais. Entre amostras representativas, Richter et al. (2008) mostraram que os homens australianos (mas não as mulheres) que endossavam esse comportamento mostraram significativamente menos neuroticismo nas cinco grandes características de personalidade do que a população em geral. Wismeijer e van Assen (2013) encontraram menos neuroticismo em ambos homens e mulheres em uma amostra autosselecionada. Cross & Matheson (2006) realizaram um estudo comparando 93

peessoas que se auto identificaram sadomasoquistas (SM) e 61 participantes não-SM, administrando várias medidas de psicopatologia, atitudes feministas e escapismo, para testar várias propostas teóricas de comportamento ou interesses kink. Suas descobertas não indicaram diferenças entre os grupos em múltiplas medidas de psicopatologia, crenças antifeministas ou escapismo. Connolly (2006) conduziu um estudo de 132 profissionais auto identificados com o BDSM, usando uma bateria de sete auto relatórios comumente usados para medidas psicopatológicas: o MMPI-2, MCMI-III, o Inventário de Sintomas de Trauma, a Escala de Transtorno de Estresse Pós-Traumático, o Inventário de Dissociação Multiescala, o BDI-II e o BAI. Participantes testaram na faixa normal de depressão; alguma indicação de menor ansiedade do que a população em geral; dentro da faixa normal para TEPT; níveis mais altos de sintomas dissociativos, mas não TDI; e níveis mais altos de narcisismo, mas dentro da faixa normal para sintomas limítrofes e paranóicos. Connolly (2006) observou que os sintomas dissociativos não eram claramente relacionados a nenhuma psicopatologia específica no estudo; e que a pontuação nas medidas do narcisismo pode incluir pontos fortes da personalidade tanto quanto patologia da personalidade.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana - 5 (DSM-5) e a Classificação Internacional de Doenças proposta pela Organização Mundial da Saúde de Doenças e Problemas de Saúde Relacionados - 11 (CID - 11) deixam claro que práticas kinky consensuais não são, em si mesmas, evidências de psicopatologia. Elas merecem apenas atenção clínica quando os clientes relatam sofrimento subjetivo substancial e/ou prejuízo no trabalho ou na vida devido a funções atribuíveis à sua sexualidade. As práticas kink por si só não mereciam um diagnóstico.

Dunkley & Brotto (2018) em uma visão geral das questões clínicas a serem consideradas no tratamento do BDSM por médicos, notaram especificamente a necessidade de os médicos distinguirem patologia de BDSM e evitar tornar o BDSM um problema central na terapia quando é periférico à apresentação das preocupações do cliente.

Diretriz 4: Os médicos entendem que kink não é necessariamente uma resposta ao trauma, incluindo abuso.

O Estudo Australiano de Saúde e Relacionamentos (ASHR) examinou o sofrimento psicológico e funcionamento sexual em uma amostra representativa nacional. Este estudo encontrou que 2% dos homens ativos sexualmente e 1,4% das mulheres sexualmente ativas se envolveram em atividades BDSM no ano anterior e não encontrou diferença na história passada de abuso sexual ou nos níveis de angústia (Richters et al, 2008). Em um estudo com 186 praticantes de SM na Finlândia, Nordling et al. (2000) descobriram que 7,9% dos participantes do sexo masculino e 22,7% dos participantes do sexo feminino tinham histórico de abuso sexual na infância e observaram que esses níveis eram superiores à prevalência nacional na Finlândia.

Resultados da pesquisa *National Kink Health 2016*, que incluiu perguntas sobre eventos adversos na infância (escores da ECA), constatou que 9,6% de uma amostra de 980 participantes identificados com kink apresentaram altos escores da ECA, indicando uma infância que incluiu elementos de negligência, abuso emocional, abuso físico ou abuso sexual. A prevalência nacional de altos escores da ECA é de aproximadamente 15,8% (Merrick et al., 2018). Há poucas evidências para apoiar a afirmação de que interesses e comportamentos kink são uma resposta a trauma ou abuso na maioria das pessoas com interesses kinky.

O comportamento kinky é uma compulsão de repetição? O conceito de compulsão de repetição, geralmente articulado em abordagens psicanalíticas e psicossociais, mas também usado em abordagens cognitivo-comportamentais e abordagens terapêuticas, propõe que as pessoas se envolvem em comportamentos repetitivos, mesmo que prejudiciais, porque a familiaridade reforça auto crenças negativas ou proporciona uma sensação de conforto e controle em resposta a trauma ou proteção contra a intimidade. A compulsão de repetição pode ser um construto que é aplicado inadequadamente a clientes envolvidos em kink, influenciado por estereótipos de sexualidade kink. A compulsão por repetição apresenta um desafio diagnóstico para clínicos discernirem se um padrão de comportamento e fantasias kink é ou não uma resposta a trauma ou abuso, ou se são saudáveis ou mesmo transformadores (Kleinplatz, 2006).

Contudo, a repetição pode ser parte de uma tentativa de domínio ou cura, através da repetição e reparo: "D/s e S/M consensual [fantasias e comportamentos sadomasoquistas, dominantes e submissos] podem formar um tipo particular de cenário para esse processo, trazendo a visão visceral (afetiva e elementos fisiológicos) da repetição em uma cena de jogo simbólica construída com objetivos reparativos em mente (que, como vimos, não podem ser extraídos dos elementos de repetição)." (Weille, 2002, p 143). Os médicos devem ter cuidado com a aplicação do construto de compulsão de repetição no trabalho clínico com pessoas envolvidas em kink. Mesmo quando determinados comportamentos kink existem como uma reação ao trauma, os médicos devem explorar seu valor e impacto no cliente.

Diretriz 5: Os médicos reconhecem que o kink se intersecciona com outras identidades de maneiras que podem moldar como o kink é expressado e vivenciado.

Existe uma gama significativa de diversidade demográfica e cultural entre as pessoas que são envolvidas com kink. Em parte, isso pode ser demonstrado pela presença de organizações sociais, grupos e redes educacionais kinky em muitos países, como China, Índia, Nigéria, Japão, Alemanha, Brasil e Israel. Embora exista uma preponderância de tais organizações no ocidente, em nações falantes de inglês, estas não se limitam a essas culturas e países. No entanto, a grande maioria da literatura empírica atualmente publicada abordando sexualidade kink foca em populações branca e classe média

(críticas da literatura empírica atual: Damm et al. 2018; Sheff & Martelos, 2011; Bauer, 2016).

Vários estudos observaram que pessoas não heterossexuais têm maior probabilidade de relatar envolvimento em BDSM e kink (Cross & Matheson, 2006; Connolly, 2006; Pitagora, 2016; Waldura et al. 2016; Sprott e Benoit, 2017). Não está claro se isso indica algo sobre a dinâmica e as qualidades da sexualidade *per se* (van Anders, 2015), ou se esse fenômeno é um resultado de processos estigmatizantes que afetam minorias sexuais e populações de maioria sexual diferentemente (Damm et al, 2018). Observações semelhantes sobre pessoas não-cisgênero também foram feitas clinicamente, embora seja necessário mais trabalho nessa área.

Historicamente, os quadros clínicos foram normalizados/padronizados em comunidades cisgênero, heterossexuais e brancas. Portanto, uma conscientização e uma consideração de outras identidades culturais são necessárias para um tratamento significativo e engajado. Uma avaliação contínua das implicações de todas as influências culturais é imprescindível para um tratamento culturalmente competente.

Os médicos que se envolvem com comunidades marginalizadas podem, sem saber, excluir algumas identidades sociopolíticas. Determinantes sociais e econômicos, preconceitos, desigualdades e pontos cegos podem criar barreiras de tratamento que impedem a obtenção dos resultados desejados pelo cliente. Clientes estão em uma posição vulnerável; a dinâmica de poder entre o cliente e o clínico precisa ser desafiada e abordada. Isso permite que o clínico esteja em uma posição humilde, de modo a ouvir a narrativa e as necessidades do cliente.

Pouco está disponível na literatura psicológica sobre como comportamentos e relacionamentos kinky diferem nas comunidades de classe, nacionalidade ou minoria racial/étnica, nem existem estudos sobre como os processos de estigma relacionados ao kink podem diferir entre diferentes comunidades e culturas (Nerses, Kleinplatz e Moser, 2019). O campo carece de informações básicas sobre diversidade ao longo dessas linhas. Sabe-se mais sobre diversidade de gênero e orientação sexual no que se refere à comportamentos. No entanto, mesmo nesta área, o banco de dados empírico ainda precisa abordar questões além dos dados básicos de prevalência. Por exemplo, embora alguns estudos sugiram que ter uma identidade lésbica, gay, bissexual, transgênera ou queer pode aumentar a probabilidade de abertura sobre sua sexualidade kink, não está claro se essa é uma diferença na probabilidade de se envolver no meio kink ou no conforto em "assumir-se" outra identidade sexual estigmatizada.

Diretriz 6: Os médicos entendem que o kink às vezes pode facilitar a exploração e expressão de uma variedade de gêneros, relacionamentos, interesses e identidades sexuais.

Vários estudos analisaram as intersecções de kink com gênero, orientação sexual e não monogamia consensual. Sprott & Benoit (2017) em uma entrevista a 72 pessoas que vivem no norte da Califórnia, sugeriram que, para alguns indivíduos, as atividades kink se tornaram uma maneira de explorar a orientação sexual ou gênero; no contexto da sexualidade kink, os indivíduos foram encorajados ou permitidos a explorar diferentes identidades e expressões de gênero (ou seja, feminização ou *cross-dressing*; *roleplay*) ou encontros sexuais com indivíduos de gêneros e sexos diferentes. Em uma entrevista com 50 auto identificadas sapatão, pessoas trans e homossexuais dos Estados Unidos e Europa Ocidental, Bauer (2008) descobriu que o *roleplay* erótico incluía assumir papéis de outros gêneros, levando a epifanias sobre si mesmo e sobre gênero de forma situada em raça, classe e idade. Simula & Sumerau (2017) observaram como o gênero era usado para negociar atividades de BDSM, às vezes desafiando discursos culturalmente dominantes sobre gênero, mas às vezes usando e reproduzindo discursos culturalmente dominantes na busca da erotização do poder, tanto em entrevistas aprofundadas quanto em bate-papos nos fóruns de discussão. Delisle et al. (2018) descobriram que praticantes de BDSM experimentam excitação sexual e desejo diferentemente entre contextos BDSM e contextos sexuais não BDSM, que podem estar relacionados a como o BDSM pode facilitar a exploração e expressão de vários interesses sexuais. Pitagora (2016) observou que existem apenas alguns estudos sobre as intersecções entre kink e não monogamia consensual (NMC), incluindo poliamor, e nesses poucos estudos, há alguma indicação de que pessoas kinky são mais propensas a se identificarem como NMC; entretanto, dentro da população maior da NMC, a probabilidade de pessoas serem kinky não é maior do que na população monogâmica.

Deve-se notar que o *cross-dressing* pode ser visto por alguns clientes como um fetiche ou kink e como algo que tenha um elemento sexual ou erótico, mas a maioria das pessoas pratica *cross-dressing* para aliviar o estresse, ou desafiar normas e restrições sociais, ou explorar gênero de maneiras não sexuais ou eróticas. Muitos cross-dressers não identificam seu interesse ou comportamento como fetichista, então os médicos devem explorar e verificar o significado do vestuário para o cliente, e não supor que o *cross-dressing* esteja associado a interesses sexuais ou fetiches. *Cross-dressing* geralmente também se baseia em uma visão binária de gênero que nem todos os clientes compartilharão e o termo não deve ser aplicado às pessoas, a menos que elas mesmas usem esse termo.

Diretriz 7: Os médicos reconhecem como o estigma, a discriminação e a violência dirigida a pessoas envolvidas em kink podem afetar sua saúde e bem-estar.

A teoria do estresse minoritário e as investigações do estresse minoritário múltiplo delinearam o impacto do estigma, preconceito e discriminação na saúde das minorias sexuais (Meyer & Geada. 2013; McConnell et al. 2018; Nerses, Kleinplatz & Moser, 2019). O estresse da franca discriminação institucional; hostilidade e rejeição interpessoais; violência; o choque de valores entre um grupo social estigmatizado e a sociedade em geral; estigma antecipado; e o estresse em esconder e gerenciar

informações, são fontes de estresse que afetam aspectos da saúde física e mental além dos estressores da vida cotidiana.

A Coalizão Nacional pela Liberdade Sexual (NCSF) documentou casos de discriminação com base no BDSM ou na divulgação de informações falsas, inclusive de prestadores de serviços de saúde (NCSF, 2008). Cramer et al. (2017) relataram descobertas de que os membros do NCSF apresentavam entre duas a três vezes maior risco de suicídio em comparação com estudantes universitários e moradores adultos da comunidade. Estigma internalizado, vergonha e culpa foram fatores de risco significativos para taxas de suicídio em uma amostra de praticantes de BDSM (Roush et al., 2017). Embora não seja formalmente reconhecido como uma minoria sexual pelo CDC ou NIH, existem evidências empíricas para o clínico abordar o atendimento de clientes e pacientes orientados e identificados por kink da mesma maneira que abordariam os cuidados de outras minorias sexuais.

Diretriz 8: Os médicos entendem a centralidade do consentimento e como ele é gerenciado em interações kinky e relações de troca de poder.

Na década de 1970, quando a subcultura kinky começou a formar organizações sociais, grupos e clubes mais voltados para o público, houve uma necessidade de distinguir a prática do BDSM como distinta da psicopatologia ou criminalidade. A questão do consentimento tornou-se central para validar estas distinções: consentimento é um acordo voluntário e informado de duas ou mais pessoas para envolverem-se em uma atividade específica ou para entrar em um relacionamento.

O primeiro uso da frase "são, seguro e consensual" foi na declaração de missão de 1983 da organização Homens Gays Ativistas SM (GMSMA):

A GMSMA é uma organização de homens gays sem fins lucrativos na área de Nova York que estão seriamente interessados em S/M são, seguro e consensual. Nosso objetivo é ajudar a criar uma comunidade S/M mais favorável para homens gays, seja eles desejando um estilo de vida inteiro ou aventuras ocasionais, seja eles recém se assumindo S/M ou com vasta experiência. [conforme citado em stein, 2002]

Desde então, esta frase e várias frases alternativas cristalizaram um valor comunitário do consentimento (Rodemaker, 2008; Barker, Iantaffi & Gupta, 2007; Kleinplatz & Moser, 2006).

Práticas como palavras de segurança ou sinais de segurança (para comunicar a necessidade de parar ou diminuir a intensidade durante uma sessão), negociação de limites e desejos antes de uma sessão e *aftercare* (atender necessidades físicas e psicológicas após uma sessão) são práticas culturais que ajudam a garantir e gerenciar consentimento (Ortmann & Sprott, 2013). Essas práticas reconhecem que o consentimento é um processo contínuo, em vez de um momento único separado da atividade que se segue. Dentro de relações de troca de poder ou autoridade 24/7 (como relações Mestre/escravo), enfatiza-se o consentimento através do uso de

contratos (acordos escritos), *check-ins* (revisões periódicas por aqueles em um relacionamento sobre a saúde da dinâmica do relacionamento, incluindo restrições e limites) e a ênfase na transparência (comunicação clara e direta sem esconder nada) como uma prática valiosa para manter uma troca de poder ou autoridade (Baldwin, 2002; Shahbaz, em revisão). Um terapeuta deve estar familiarizado com estes termos, práticas e valores da comunidade para avaliar questões e adequação do consentimento.

Diretriz 9: Os médicos entendem que experiências kinky podem levar à cura, crescimento pessoal e empoderamento.

Indivíduos identificados como kinky relatam que o BDSM foi usado para promover crescimento psicológico e espiritual, cura e transformação. Cenas e relacionamentos kinky têm sido usados de maneiras conscientes, criativas e de afirmação da vida (por si só ou como complemento de psicoterapia) com impactos positivos na auto realização, crescimento pessoal e maior senso de empoderamento e autonomia (Brizzi, em revisão; Califia, 2001; Easton, 2007; Kleinplatz, 2006; Newmahr, 2010; Ortmann e Sprott, 2013; Sprott & Randall, em revisão).

Os médicos entendem que comportamentos kinky em si não são significativos de psicopatologia (Bader, 1993; Morin, 1995). Devido à sexualidade estar ligada a aspectos importantes do conceito do eu e de identidade, o BDSM pode ser útil para o crescimento e fortalecimento pessoal.

Os médicos devem estar abertos para apoiar as tentativas de clientes/pacientes de usarem sua sexualidade como veículo para o crescimento psicológico. Algumas perspectivas teóricas (Cowan, 1982; Easton, 2007; Hillman, 2004; Shahbaz e Chirinos, 2017; Shahbaz, em revisão) combinadas com evidências clínicas empíricas sugerem que os médicos reconhecem o valor em ajudar os clientes a criar experiências sexuais/eróticas terapêuticas (Brizzi, em revisão; Henkin, 2013; Kleinplatz, 2006; Sprott, & Randall, em revisão).

Diretriz 10: Os médicos consideram como as diferenças geracionais podem influenciar comportamentos e identidades kinky.

Existem muito poucos estudos que examinaram diferenças geracionais específicas para a expressão BDSM. Alguns clínicos relatam diferentes padrões de aceitação de identidade e comportamento entre clientes mais velhos e mais jovens. Parece que jovens adultos estão se assumindo como kinky mais cedo na vida do que a coorte mais velha. O impacto da Internet para facilitar a descoberta da comunidade kinky e apoiar a exploração da identidade sexual kinky não deve ser subestimado.

Diretriz 11: Os médicos entendem que interesses kink podem ser reconhecidos em qualquer idade.

Um estudo recente de uma amostra representativa da população belga, coletada em 2017 (n = 1.027), descobriu que 61,4% das pessoas interessadas no BDSM tomaram conhecimento disso antes dos 25 anos e 8% da amostra antes dos 15 anos (Holvoet, et al, 2017); 5,2% desta amostra relataram percepção antes dos 10 anos de idade (Morrens, comunicação pessoal, Novembro de 2018). Em um estudo com 244 participantes belgas no Fetlife (uma rede social), 29,9% da amostra relataram ter seus primeiros pensamentos ou fantasias sobre BDSM aos 10 anos ou antes (Morrens, comunicação pessoal, novembro de 2018). Em um estudo de 184 participantes finlandeses de orientação sadomasoquista, realizados no final dos anos 90, 77,8% tornaram-se cientes de seus interesses antes dos 25 anos; a idade mediana da primeira conscientização dos interesses kink estava na faixa etária de 18 a 20 anos, com 9,3% relatando interesse antes dos 10 anos e 5% relatando sua primeira experiência antes dos 10 anos. Segundo Sandnabba et al. (1999), 21,8% tiveram sua primeira experiência antes dos 18 anos de idade. O estudo também descobriu que homens heterossexuais tomaram conhecimento desse interesse sexual mais cedo do que homens não heterossexuais (Nordling et al, 2006). Um estudo anterior realizado nos Estados Unidos (principalmente em Nova York e São Francisco) no final dos anos 70, descobriu que 57% de uma amostra de 178 homens relataram sua primeira experiência antes dos 25 anos; 12% relataram sua primeira experiência kinky com 10 anos ou menos (Moser & Levitt, 1987). Um estudo de 1977 de uma amostra de homens na Alemanha Ocidental (n = 237) descobriu que 77% primeiro tomaram conhecimento de seus interesses antes dos 25 anos; 7% da amostra relataram seu primeiro interesse aos 10 anos ou menos (Spengler, 1977). Em uma pesquisa de amostra aleatória representativa da população adulta dos Estados Unidos em 2014-2015, 11,7% dos homens e 14,7% das mulheres experimentaram *bondage* antes dos 25 anos, e 9,2% dos homens e 8,4% das mulheres sofreram chicotadas ou açoites antes dos 25 anos (Herbenick et al. 2017). Embora sejam estudos exploratórios e não sejam uniformes na forma como medem ou relatam auto percepção precoce, os resultados parecem sugerir que 5 a 12% da população está ciente de seus interesses kink no início da adolescência ou quando jovens adultos.

Dado que a literatura de pesquisa que examina o estado de saúde mental de pessoas envolvidas em kink não encontra diferença no funcionamento psicológico ou nos padrões de apego, pode-se desenhar a inferência de que essas primeiras explorações não levam a complicações ou distúrbios da saúde mental; entretanto, não há investigação empírica direta sobre os efeitos positivos e negativos da exploração e descoberta precoce do indivíduo.

Diretriz 12: Os médicos entendem que existe uma grande variedade de estruturas familiares entre indivíduos que se identificam como kinky.

Embora haja pouca pesquisa sobre relacionamentos de indivíduos kinky, parece haver uma grande parte da comunidade kink que pratica alguma forma de não monogamia consensual (NMC), sejam relacionamentos abertos ou redes poliamorosas. Rehor (2015), em uma pesquisa internacional de 1.580 mulheres identificadas como kinky coletadas em 2010-2011, relatou que 39,91% mantinham relações poliamorosas ou abertas, 4,63% eram *swingers* e 14,75% estavam em relações monogâmicas. Carlstrom & Andersson (2019) relataram que 58,9% dos participantes em seu estudo etnográfico definiram-se como poliamorosos ou não monogâmicos (17 das 29 pessoas entrevistadas, em dados coletados na Suécia em 2012 e 2013). Seus participantes mostraram alguns elementos comuns entre BDSM e NMC: o valor colocado em negociações claras de consentimento, acordos explícitos sobre a dinâmica e os limites dos relacionamentos, o incentivo a uma atmosfera permissiva quando se trata de felicidade e exploração individual, a prioridade à segurança e comunicação e transgressão contracultural consciente das maneiras padrão de se relacionarem entre adultos. Para algumas pessoas, a exploração kinky pode levar à exploração da NMC como uma maneira de facilitar o seu desenvolvimento com o kink. E, muitas vezes, porque o BDSM pode envolver interações íntimas não-genitais, o envolvimento com outros parceiros kinky pode ser percebido como menos ameaçador para relacionamentos de comprometimento primário (Carlstrom & Andersson, 2019).

Algumas pesquisas documentaram o fenômeno das famílias *Leather* como uma forma familiar intencional e escolhida criada por membros adultos de grupos minoritários sexuais e de gênero, geralmente na face da rejeição biológica da família e marginalização na sociedade (Bauer, 2010; Hammack, Frost & Hughes, 2018; Murphy e Bjorngaard, 2019; Pitagora, 2016). As famílias *Leather* são uma rede de pessoas que reconhecem e praticam relacionamentos contínuos de apoio "enquanto compartilham pontos comuns da cena *Leather* e BDSM" (Bannon, 2016, 12 de maio). Alguns relacionamentos em rede podem incluir conexões eróticas ou sexuais, outros não e muitos dos relacionamentos exibem uma estrutura hierárquica, com diferenças de poder e autoridade dependendo dos papéis identitários relevantes no kink (Green, 2007; Hammack, Frost & Hughes, 2018; Moser & Kleinplatz, 2007; Pitagora, 2016). Quanto à prevalência, existem muito poucos estudos que indiquem quantas pessoas são membros de famílias *Leather*. Rehor (2015) relatou que 11,35% de uma amostra de 1.383 mulheres kinky escolheram fazer parte de uma "família BDSM" como status de relacionamento. Além dos esforços descritivos, há pouca pesquisa sobre as funções e a dinâmica das famílias *Leather*.

Os médicos também devem estar cientes de que as famílias *Leather* podem envolver pessoas que cuidam ou têm custódia de filhos menores, filhos que não estão envolvidos nas interações familiares *Leather*, mas que podem impactar indiretamente os relacionamentos adultos na família *Leather*.

Famílias *Leather* e outros tipos de relacionamentos íntimos encontrados em subculturas kink envolvem troca de autoridade ou poder, ou domínio consensual, como parte do relacionamento. (Bauer, 2010; Hammack, Frost & Hughes, 2018). O

domínio consensual "é qualquer tipo de exercício intencional, mutuamente desejado e mutuamente satisfatório de poder e controle entre parceiros." (Fulmen, 2016, p. 1). Uma pessoa assume o papel de liderar, dirigir, decidir em relação a um ou mais parceiros que concordam com essa liderança, direção e tomada de decisão. Muitas vezes, hierarquias de autoridade são estabelecidas se houver mais de duas pessoas em uma configuração de relacionamento.

A mistura de troca de poder, hierarquias de autoridade e não-monogamia consensual pode criar situações em que um parceiro dominante possa ter vários relacionamentos sexuais ou kink, mas um parceiro submisso não possa, ou uma situação em que os encontros sexuais de um parceiro submisso com outros é controlado pelo Dominante (mas não o contrário). É importante para os médicos não suporem que esta situação é um sinal de abuso íntimo do parceiro. É importante discernir se o desequilíbrio de poder é consensual e negociado, e se o diferencial de poder em torno de encontros sexuais melhora ou prejudica a saúde do relacionamento e das pessoas nele. Em certos casos, os médicos podem precisar ajudar a negociar limites interpessoais ou discernir valores e necessidades pessoais em torno da sexualidade nos relacionamentos de troca de poder.

Diretriz 13: Os médicos não assumem que o envolvimento em kink tenha um efeito negativo sobre a parentalidade.

Não há evidências de que os pais que estejam envolvidos em kink sejam de alguma forma significativamente diferente dos pais que não estão. Dada a falta de evidências de que pessoas kinky tenham mais transtornos de personalidade, mais psicopatologias e padrões de apego mais inseguros, não parece existir motivo para supor que o envolvimento em kink tenha um efeito negativo sobre a parentalidade. Observamos que não existem estudos publicados documentando problemas em crianças ou estudos retrospectivos de adultos, relacionados a pais ou cuidadores kinky.

Quantas pessoas identificadas como kinky estão criando ou cuidando de crianças? A Pesquisa de 2016 "Saúde Kink" fez a pergunta "De quantas crianças você cuida (inclusive meio turno)?" 234 de 1000 participantes responderam que cuidam de pelo menos uma criança atualmente. Mais trabalho precisa ser feito em termos de compreensão das relações familiares e situações parentais de pessoas kinky, mas a Pesquisa de Saúde Kink e as evidências anedóticas sugerem que essa não é uma situação rara para os clientes.

Questões sobre guarda dos filhos, por outro lado, também não são situações raras para os envolvidos. Wright (2018) relatou que entre 2005 e 2017, a Coalizão Nacional pela Liberdade Sexual (NCSF) foi contatada por 808 pais em relação às audiências de custódia dos filhos, nas quais o envolvimento kinky delas se tornou um problema.

Em alguns desses casos, o DSM-IV-TR havia sido usado por assistentes sociais e psicólogos para diagnosticar uma parafilia, e os juízes negaram a custódia nessa base -

apenas 13-19% dos pais mantiveram direitos de custódia ou visitação das dezenas de pais que entraram em contato com o NCSF, dependendo do ano. O NCSF observou que após a publicação das revisões propostas para o DSM-5 em 2010, e a publicação do DSM-5 em 2013, que explicitamente deixou claro que havia uma distinção entre parafilias consensuais e distúrbios parafilicos, o número de pais que perderam a guarda caiu precipitadamente. Em 2015, apenas 3 pais tiveram sua guarda removida e apenas 5 pais perderam a custódia em 2017 (Wright, 2018).

Klein & Moser (2006) relataram um caso de custódia infantil, demonstrando em detalhes como o preconceito contra o BDSM pode agir em casos de custódia. Um psicólogo forense e clínico sustentou que uma mãe e seu atual parceiro tinham interesse sexual em crianças, quando ele descobriu que ela e o parceiro tinham um relacionamento SM. Ele a diagnosticou com masoquismo sexual e seu atual parceiro com sadismo sexual, baseado no DSM-IV-TR. E, embora seguir os critérios de diagnóstico impediria essas conclusões diagnósticas, ele relatou ao juiz e referiu-se à linguagem no DSM que propunha que *as parafilias geralmente aumentam de intensidade ao longo do tempo* e que *essas pessoas frequentemente desenvolvem múltiplas parafilias, incluindo pedofilia*. Portanto, o psicólogo recomendou severas limitações de custódia e visitação por causa de algum possível perigo futuro para a criança. As afirmações sobre o aumento da intensidade e parafilias múltiplas, com poucas evidências empíricas para apoiá-las, foram usadas em casos para negar custódia.

Uma vez que os dados empíricos sobre o funcionamento psicológico das pessoas envolvidas em kink e o registro histórico de revogação da guarda dos filhos com base apenas no diagnóstico de parafilias, é importante que os médicos não assumam que o envolvimento em kink tenha um efeito negativo sobre os pais. Tais avaliações devem ser feitas caso a caso.

Diretriz 14: Os médicos não assumem que qualquer preocupação que surja na terapia é causada pelo kink.

Embora existam muito poucos estudos sobre a experiência de clientes e pacientes kinky na terapia, os estudos existentes sugerem algumas tendências possíveis. Kolmes, Stock e Moser (2006) entrevistaram 175 clientes no início dos anos 2000 e constataram que 75% dos entrevistados relataram que as questões que os levaram à terapia não estavam relacionadas aos seus interesses kink, enquanto 23% pensavam que seus interesses kink estavam relacionados ou tangencialmente relacionados à preocupação que apresentavam. É importante notar que 35% dos entrevistados nunca divulgaram seus interesses ou atividades kink a seus terapeutas. Hoff & Sprott (2009) realizaram uma análise de conteúdo das entrevistas de 32 casais heterossexuais que praticavam atividades kinky e suas experiências em terapia. O estudo encontrou cinco dinâmicas terapêuticas em torno da questão da divulgação de interesses kink: término de terapia (por terapeuta ou cliente); declarações preconceituosas por parte do terapeuta, mas

nenhuma interrupção da terapia; reações neutras dos terapeutas à divulgação; interações informadas por parte do terapeuta após a divulgação; e clientes que não revelam sua sexualidade kinky. Os participantes do estudo foram questionados sobre conselhos a psicoterapeutas ao trabalharem com clientes kinky, e um tema comum era o conselho de que os psicoterapeutas deveriam considerar a sexualidade BDSM como um dos vários fatores a se considerar na terapia e tratar esses fatores como de igual importância. Lawrence & Love-Crowell (2008) entrevistaram 14 terapeutas que tiveram experiência de trabalhar com clientes kinky. Os resultados sugeriram que o kink raramente era uma questão central na terapia, e que os terapeutas frequentemente abordavam o trabalho com clientes kinky como questão de competência cultural.

Estudos sobre a saúde mental de pessoas kinky avaliaram distúrbios de personalidade, estilos de apego e transtornos mentais como depressão ou ansiedade, etc. Parte do estigma em torno da sexualidade kink/BDSM é a crença infundada de que esses interesses, fantasias ou comportamentos são o resultado de abuso na infância. A relação entre abuso infantil e subsequentes comportamento kinky/BDSM e um exame da saúde e funcionamento psicológico dos indivíduos, foram estudados extensivamente. Embora alguns estudos tenham encontrado correlações entre abuso infantil passado e envolvimento de adultos em práticas kinky/BDSM (Hopkins et al. 2016; Nordling et al. 2000) ou indivíduos kinky identificarem abuso infantil como parte de suas narrativas de sexualidade kink (Yost & Hunter, 2012), uma pesquisa nacional representativa das práticas sexuais dos australianos não encontrou correlação significativa entre abuso ou coerção sexual e participação em BDSM (Richters et al. 2008). A preponderância da pesquisa encontra pouca ou nenhuma diferença no funcionamento psicológico e nos estilos de apego quando comparando aqueles que se envolvem em sexualidades alternativas com amostras controle (Cannon, 2009; Connolly, 2006; Cross e Matheson, 2006; Richters et al. 2008; Wismeijer e van Assen, 2013).

Diretriz 15: Os médicos entendem que terapias de reparação ou conversão são antiéticas. Da mesma forma, os médicos evitam tentativas de erradicar comportamentos e identidades consensuais.

Os médicos trabalham sob uma ética profissional que apoia a melhoria da saúde e bem-estar para clientes individuais, não impondo pautas da sociedade sobre sexualidade ou relacionamentos sobre a saúde de seus clientes. Essa ética faz parte da postura contra ações reparadoras ou terapias de conversão, em que o objetivo da terapia é alterar ou suprimir a relação ou orientação sexual de uma pessoa. Em vez disso, os médicos devem se concentrar no estresse de uma incompatibilidade entre as visões e valores da sociedade e as visões e valores da pessoa e no estresse de viver como uma minoria estigmatizada com exposição social à rejeição e violência.

Ainda não está claro no momento se o kink pode ou não ser considerado uma orientação sexual (Sprott & Williams, 2019). Duas abordagens teóricas produtivas para

a compreensão do kink são a abordagem de lazer e a de orientação sexual. Estudos de lazer examinam atividades significativas que são livremente escolhidas, motivadas intrinsecamente e que fornecem oportunidades para as pessoas experimentarem emoções positivas, alívio do estresse, aventura e autoexpressão (Walker, Scott e Stodolska, 2017). A abordagem da orientação sexual examina o kink como um aspecto da sexualidade que envolve interesses ou atrações duradouras que estão além do controle consciente de uma pessoa. Moser (2016), em resposta à retenção do conceito de orientação na Teoria das Configurações Sexuais (van Anders, 2015), discute elementos da sexualidade implicados pelo conceito de orientação: (a) atração sexual forte e persistente; b) imutabilidade/fluidez relativa da atração ou excitação sexual que está além do controle consciente; (c) início precoce, desenvolvimento na infância ou adolescência; d) consequências psicológicas significativas em negar, explorar, realizar ou reprimir a atração e excitação sexual; e (e) padrões ao longo da vida de atração e excitação sexual. As evidências iniciais apoiam tanto abordagens de lazer quanto de orientação para entender o kink, e na medida em que kink pode exibir características de orientação, questões sobre terapias reparadoras ou de conversão podem ser aplicadas aqui. Mais trabalho precisa ser feito, cientificamente, mas indicações precoces apoiam uma abordagem clínica que busque evitar danos a alguns clientes identificados ou envolvidos em kink em abordagens terapêuticas documentadas que tentam mudar ou suprimir a orientação sexual. Pode ser que através de um processo terapêutico culturalmente informado, um cliente pode ser convidado a alterar sua prática para melhor alinhar-se com seus valores, ou um clínico pode usar uma estrutura de redução de danos relacionado a comportamentos kinky, mas é fundamental que os médicos não tentem erradicar completamente esses interesses.

Diretriz 16: Os médicos entendem que a angústia com o kink pode refletir estigma, opressão e negatividade internalizados, em vez de evidência de um distúrbio.

As pessoas que vivem com sexualidades estigmatizadas geralmente podem internalizar mensagens de rejeição ou vergonha de seu grupo cultural ou sofrer atos de violência e agressão de outras pessoas que os rejeitam, e isso leva a uma angústia maior - uma característica essencial do estresse minoritário. Esta dinâmica está bem estabelecida empiricamente com populações LGBTQ. Não vemos nenhum aspecto do kink que poderia colocá-lo fora dos modelos que abordam o estresse das minorias sexuais. Alguns médicos e pessoas da comunidade kink falam sobre kinkfobia internalizada, paralela à homofobia internalizada, para descrever quando os indivíduos estão angustiados com seus próprios interesses e atividades kinky.

Além disso, a angústia em relação ao kink pode estar relacionada a discrepâncias de interesse em relacionamentos. Na Pesquisa de Saúde Kink de 2016, 24,98% dos participantes kinky tiveram um parceiro que não o era e 23,77% tinham um parceiro

com kinks diferentes dos seus – e cerca de 10% das pessoas com discrepâncias em interesses kink ficaram "muito" angustiadas por essas diferenças (Vilkin & Sprott, 2019).

Na psicologia LGBTQ, entende-se que disparidades na saúde, como níveis elevados de depressão, ansiedade, problemas com dependência ou uso de substâncias e suicídio não são sintomas da diversidade sexual e de gênero como uma patologia, mas respostas de indivíduos e comunidades sob estresse e pressão significativos. O mesmo modelo se aplica aqui.

Os médicos devem fazer uma avaliação cuidadosa sobre se níveis elevados de sofrimento são provenientes de estigma internalizado ou de algum outro distúrbio que possa estar presente, e não assumir automaticamente que o próprio kink causa psicopatologia ou distúrbio.

Diretriz 17: Os médicos devem avaliar seus próprios preconceitos, valores, atitudes e sentimentos sobre kink e abordar como eles podem afetar suas interações com os clientes de forma contínua.

Os médicos são treinados para examinar seus próprios preconceitos, valores e atitudes em relação às condições ou situações que são estigmatizadas pela cultura dominante, a fim de proporcionar cuidado efetivo e ético. As Diretrizes Multiculturais da APA: Uma Abordagem Ecológica ao Contexto, Identidade e Interseccionalidade, na Diretriz 2, afirma:

Os psicólogos aspiram a reconhecer e entender que, como seres culturais, eles mantêm atitudes e crenças que podem influenciar suas percepções e interações com os outros, bem como suas conceituações clínicas e empíricas. Como tal, os psicólogos se esforçam para ir além das conceituações enraizadas em suposições categóricas, preconceitos e/ou formulações baseadas em conhecimento limitado sobre indivíduos e comunidades (APA, 2017).

Os Padrões e Indicadores da NASW para Competência Cultural na Prática do Serviço Social, declaram na Diretriz 2: Autoconsciência:

Os assistentes sociais devem demonstrar uma apreciação de suas próprias identidades culturais e das dos outros. Os assistentes sociais também devem estar cientes de seus próprios privilégios e poder e devem reconhecer o impacto desse privilégio e poder em seu trabalho pelo bem dos clientes. Assistentes sociais também demonstrarão humildade e sensibilidade culturais à dinâmica do poder e privilégio em todas as áreas do trabalho social. (NASW, 2015).

A consulta contínua e a educação continuada em torno do kink são vitais para avaliar preconceitos, valores e atitudes, mesmo para médicos com vasta experiência trabalhando com comunidades kink. Devido ao kink cobrir uma ampla gama de interesses sexuais e eróticos, incluindo alguns fetiches e cenas raras, mesmo médicos experientes podem encontrar situações de clientes com as quais não têm experiência ou têm pouco conhecimento sobre. A extensão do kink significa que os médicos

podem estar em diferentes níveis de entendimento ou conhecimento. Vários clínicos e pesquisadores notaram esses níveis diferentes e articularam as diferenças: “amigável ao kink” como um nível mínimo de conhecimento geral sobre kink e abertura para trabalhar com clientes sem automaticamente patologizar comportamentos ou interesses kink; “consciente” como um nível em que os médicos têm conhecimento de conceitos e práticas importantes para a subcultura kink e experiência trabalhando com mais de um ou dois clientes kinky; e “conhecedor” como um nível avançado de conhecimento e cuidados afirmativos (NCSF, 2019; Shahbaz & Chirinos, 2017).

Sprott et al. também observaram que a terapia com clientes envolvidos em kink pode exigir níveis diferentes de entendimento ou conhecimento, dependendo se os problemas e tratamento apresentados necessitam foco em interesses, comportamentos, identidades ou relacionamentos kinky, essenciais para o tratamento ou se o kink é periférico para os problemas e tratamento em questão (Sprott et al., 2017).

Ao abordar esta diretriz clínica, é crucial que os médicos examinem se estão ou não esperando ou dependendo do cliente para educarem o clínico sobre kink. Não é apropriado para os médicos confiarem a seus clientes sua educação sobre kink. O clínico deve procurar oportunidades de educação continuada, participar de aprendizado autodirigido e iniciar consultas proativamente. Dependendo do cliente, pode inviabilizar a terapia (Hoff & Sprott, 2009; Kolmes, Stock e Moser, 2006).

Diretriz 18: Os médicos entendem que os estereótipos sociais sobre kink podem afetar a presença do cliente no tratamento e no processo de terapia.

Os estereótipos negativos sobre as pessoas envolvidas no kink incluem afirmações como a pessoa ser fora de controle, perigosa e antissocial. Igualar o BDSM consensual entre adultos com violência ou abuso é comum. Parte de ver as pessoas envolvidas em kink como sofrendo de problemas ou distúrbios mentais inclui assumir que os kinksters¹ estão sozinhos, isolados e não podem exercer níveis mais altos de maturidade psicológica. Os estereótipos negativos também incluem mensagens que as pessoas que estão interessadas em kink são hedonistas e narcisistas, e é por isso que elas se entregam a interesses e comportamentos kinky. As mensagens negativas sobre kink também costumam comunicar que essas pessoas são fáceis de identificar por causa de seus interesses antissociais, desordenados e comportamentos desviantes. Temos poucas informações sobre o quanto esses estereótipos negativos são compartilhados na população em geral, nem quantos provedores de saúde mental se apegam a estereótipos específicos. Entretanto, há evidências anedóticas claras e conversas da comunidade sobre clínicos demonstrando estereótipos negativos sobre pessoas interessadas em kink.

NT: 1- Pessoa kinky/auto identificada com kink.

Se uma pessoa interessada ou envolvida em kink internalizou essas mensagens, ou se seus amigos e familiares mantêm esses estereótipos negativos, isso pode afetar o tratamento e o processo de terapia. Internalizar mensagens e crenças negativas diminui a autoestima, aumenta os riscos de depressão ou uso de substâncias e pode, em alguns casos, aumentar o suicídio. O prestador de serviços de saúde mental precisará avaliar esses riscos de maneira contínua enquanto aborda preocupações e problemas apresentados. Internalizar crenças negativas sobre kink também pode levar o paciente ou cliente a permanecer fechado e ocultar seus interesses ou comportamentos kinky. Mesmo se um paciente ou cliente divulga esses interesses ou comportamentos, eles podem continuar ocultando esse fato de parceiros íntimos, familiares e amigos, criando dificuldades em pedir apoio sobre outros assuntos, incluindo preocupações ou problemas não relacionados ao kink.

Os médicos devem procurar pesquisa e/ou supervisão contínua sobre os estereótipos negativos sobre kink e buscar treinamento e educação continuada quando oportunidades surgirem. Aprender sobre sair do armário, o processo de assumir-se e abordar problemas internos como transfobia ou homofobia também fornecerão ferramentas para lidar com estereótipos negativos internalizados sobre kink.

Diretriz 19: Os médicos entendem que a violência por parceiro íntimo/violência doméstica pode coexistir com atividades e relacionamentos kinky. Os médicos devem garantir que suas avaliações de violência são informadas.

Embora seja uma habilidade clínica essencial discernir o abuso do BDSM consensual e interações de troca de poder consensual, também é importante que os médicos saibam que a violência por parceiro íntimo pode ocorrer no contexto de atividades ou relacionamentos kinky (Pitagora, 2015). Por exemplo, em uma grande pesquisa on-line em 2012 (n = 5.667), 14,9% dos entrevistados tiveram uma sessão em que a palavra de segurança ou sinal de segurança foi ignorado e 30,1% tiveram um limite pré-negociado ignorado ou violado (Wright, Guerin & Heaven, 2012). Em cerca de um terço desses incidentes, a causa foi um acidente, falta de comunicação ou falta de conhecimento e habilidades - mas dois terços envolviam comportamento de abuso (Wright, Stambaugh & Cox, 2015). Em um estudo com 146 "escravos" em troca de poder 24/7, 27% deixaram um relacionamento de troca de poder anterior por se sentirem inseguros e cerca de um terço desse subgrupo deixou devido ao risco de lesões corporais ou morte (Dancer, Kleinplatz & Moser, 2006).

Existem alguns desafios para o clínico no discernimento da violência íntima entre parceiros em atividades ou relacionamentos kinky. Um fator é o estigma previsto em torno do kink: dado que a sociedade já vê todos os comportamentos kinky consensuais como inerentemente abusivos, pode haver medo e relutância por parte do alvo do abuso para relatar ou discutir abusos em um relacionamento kinky. Eles podem antecipar serem culpabilizados ou mandados embora ("você deve ter desejado isso" ou

"você deve ter gostado"). Eles podem temer que seu relato apenas confirme e intensifique o estigma em torno do kink, confirmando o ponto de vista da sociedade em geral, causando danos à sua comunidade.

Outro fator é a ambiguidade e confusão que podem surgir quando alguém é novo no meio kink e está apenas aprendendo com base no são, seguro e consensual. Um exemplo de caso é apresentado em Pitagora (2015):

Levou tempo para A reconhecer que ele a estava abusando emocionalmente, e levou até mais tempo para perceber que o abuso físico que ela recebeu também não estava alinhado com a premissa de uma dinâmica D/s saudável e consensual. A atmosfera de medo que ela tinha inicialmente desfrutado no contexto de uma cena consensual estava permeando o relacionamento; medo e desconforto reais substituíram a conexão que ela sentiu com ele quando se conheceram, e foram reforçados sem considerar seu prazer ou consentimento. Eventualmente, A foi capaz de distinguir entre interações agradáveis de BDSM e aquelas das quais ela não desfrutou, mas tolerou por confusão e negação. (Pitagora, 2015, p. 2)

Essa confusão, é claro, também pode acontecer com pessoas com mais experiência e conhecimento sobre kink. Um clínico pode considerar algumas “bandeiras vermelhas” ao tentar discernir abusos no contexto kinky: problemas que escapam quando estresse, raiva e frustração são expressos dentro do BDSM; declarações como “escravos reais...” ou “Mestres reais...” sendo usadas como justificativas para certos comportamentos preocupantes, como forçar limites repetidamente sem discussão ou negociação ou recusa de ouvir os medos ou preocupações de um parceiro; e restrições ao acesso a dinheiro, pessoas ou decisões sobre sexo seguro.

Existem recursos para o clínico na Coalizão Nacional pela Liberdade Sexual; o site permite o download de informações sobre sua campanha de Consentimento, e do folheto de consentimento da NCSF para kink e do folheto de consentimento da NCSF para não-monogamia. Estes contêm algumas orientações para os médicos.

O ponto mais importante é que o discernimento do abuso precisa ser avaliado em contexto, com uma visão completa da dinâmica kinky envolvida e à luz dos padrões de segurança e consentimento que se desenvolveram na comunidade kink. Perguntas simples de triagem provavelmente não são úteis no contexto kinky.

Diretriz 20: Os médicos se esforçam para manterem-se informados sobre a literatura científica atual sobre kink e evitar o uso indevido ou deturpação de descobertas e métodos.

Embora a pesquisa destaque que a educação continuada auxilia na construção da competência clínica em uma série de questões, a literatura também sugere que a educação continuada sobre tópicos de sexualidade é altamente subutilizada por médicos no campo. Muitos clínicos têm notado receber pouco ou nenhuma educação

sobre questões centradas na sexualidade; e aqueles que optam por se engajar em educação continuada acabam adquirindo conhecimento focado principalmente em tópicos como violência, prevenção de infecções e disfunção sexual (Miller & Byers, 2010). Tais normas podem impactar no tratamento, pois os médicos com menos educação sexual afirmam sentirem-se menos confiantes em introduzir ou abordar temas de práticas sexuais, como o kink, no espaço terapêutico (Miller & Byers, 2009).

Os médicos que trabalham com clientes e comunidade kink devem considerar diretrizes de competência e não maleficência semelhantes às descritas pela Associação de Psicologia Americana (§2.01 Competências (b) (c) (e), 2017) e pela Associação Nacional de Assistentes Sociais (NASW, 2015). Uma compreensão fundamental sobre kink é essencial para a efetiva e cultural humilde implementação de tratamento para clientes kinky. Clínicos que planejam prestar serviços a clientes kinky devem, portanto, buscar e obter conhecimento sobre a prática da comunidade através de treinamento contínuo, experiência, revisão de literatura, consulta e supervisão. Os conhecimentos e as descobertas obtidas pelos médicos nunca devem ser mal utilizados ou deturpados; devem ser divulgados conforme necessário para o bem-estar do cliente e em congruência com os objetivos do tratamento do cliente; e devem ser usados como um complemento, e nunca uma substituição, das próprias experiências do cliente. Nas áreas emergentes do kink que são geralmente pouco estudadas e onde os recursos para o treinamento contínuo são escassos ou inexistentes, os médicos devem tomar medidas sensatas para garantir a humildade cultural de seu trabalho com os clientes (como criar um espaço de afirmação e preventivo de danos, concentrando-se nas experiências individuais dos clientes e usando as experiências mencionadas para informar-se sobre o cliente e as práticas do cliente).

Diretriz 21: Os médicos apoiam o desenvolvimento de educação profissional e treinamento em questões relacionadas ao kink.

Kelsey et al. (2013) realizaram uma pesquisa sobre as atitudes e experiências dos terapeutas com clientes kinky (n = 766). Eles descobriram que 76% haviam tratado pelo menos um cliente kinky, mas apenas 48% consideraram que tinham competência nessa área. Além disso, 64% dos terapeutas relataram nenhum treinamento sobre sexualidade kinky durante a graduação; terapeutas sem treinamento sobre kink tinham menos atitudes de aceitação.

Dada o histórico dos campos da saúde mental ao abordar sexualidade ou interesses kinky, e o baixo nível de treinamento em sexualidade humana no campo, em comparação com as necessidades da população, é importante que os médicos apoiem o desenvolvimento de treinamento e recursos para abordar questões relacionadas ao kink em suas profissões. Clínicos têm profissionalmente uma responsabilidade ética de desenvolver seu campo e aumentar a eficácia de seu trabalho com os clientes, e isso inclui abordar interesses e envolvimento kinky como parte da educação profissional e

educação e treinamento continuados como clínicos. Existem evidências abundantes dos profissionais clínicos e das comunidades kinky que as pessoas envolvidas em kink estão pedindo para os médicos serem melhor treinados (Dunkley & Brotto, 2018; Hoff & Sprott, 2009; Kelsey et al, 2013; Kolmes, Stock e Moser, 2006).

Diretriz 22: Os médicos fazem esforços razoáveis para familiarizarem-se com recursos de saúde, educação e comunidade relevantes para os clientes que estão explorando o meio ou que têm uma identidade kinky.

É particularmente importante que os médicos estejam familiarizados com os recursos da comunidade kink para seus pacientes. A Coalizão Nacional pela Liberdade Sexual documentou a discriminação por parte dos profissionais de saúde contra pessoas kinky (NCSF, 2008), por isso é extremamente útil identificar prestadores que possuem conhecimento e são amigáveis ao kink. A natureza estigmatizada do kink torna o acesso a organizações que apoiam e educam os praticantes de BDSM essenciais à sua saúde mental. Tais organizações comunitárias podem orientar os recém-chegados, bem como oferecer oportunidades para interações sociais e afiliação. Especialmente em lugares fora das grandes áreas urbanas, pessoas kinky podem ser isoladas umas das outras e saber onde ir para conhecer outras pessoas com interesses semelhantes pode ser vital para reduzir sentimentos de alienação e solidão. Em suma, receber assistência médica imparcial e conexão a organizações comunitárias e espaços kinky contribui significativamente para a saúde mental de clientes kinky e, portanto, os médicos devem considerar a familiaridade com lideranças e grupos comunitários como parte vital da terapia. Alguns recursos para uma investigação mais aprofundada dos recursos comunitários e educacionais estão disponíveis na seção de Materiais no final deste documento.

Diretriz 23: Clínicos apoiam mudanças sociais para reduzir o estigma sobre o kink.

O "estresse minoritário" é um fator causal importante nos problemas de saúde mental de todas as minorias sexuais. Embora não tenhamos dados concretos sobre como o estigma social afeta especificamente os praticantes de BDSM, podemos supor seu impacto a partir da pesquisa sobre estresse minoritário e populações gays, lésbicas e bissexuais. Por exemplo, Hatzenbuehler et al (2010) encontraram aumentos significativos em uma variedade de distúrbios de saúde mental entre gays, lésbicas e bissexuais que vivem em estados que promulgaram proibições do casamento homossexual depois que essas proibições foram aprovadas, enquanto pessoas LGB que vivem em estados que não tiveram proibições promulgadas não apresentaram tal aumento na comorbidade psiquiátrica. Esse tipo de dado esclarece o impacto direto que a mudança social pode ter em diversas expressões sexuais e de gênero. Mesmo que a maioria dos psicoterapeutas não se torne ativista, os clínicos podem apoiar os

esforços para lidar com os danos e melhorar a saúde nos locais onde eles têm voz. Por exemplo, médicos podem participar da lista *Kink-Aware Professionals* (Profissionais Cientes do Kink), consulte a seção Materiais, podem se identificar como positivos ao kink nos perfis que publicam em sites de referência como o Psychology Today, eles podem apresentar informações e oficinas sobre kink em eventos profissionais de que participam e podem educar outros profissionais em sua comunidade, formal ou informalmente. Esses esforços ajudarão a reduzir o estigma associado ao BDSM e, assim, fornecerão benefícios de saúde mental para uma população maior de pessoas kinky, além dos clientes na própria atuação clínica.

Referências

- American Psychological Association. (2007). Guidelines for psychological practice with girls and women. *American Psychologist*, 62 (9), 949-979. DOI: 10.1037/0003-066X.62.9.949
- American Psychological Association. (2011). Guidelines for psychological practice with lesbian, gay and bisexual clients. Office on Sexual Orientation and Gender Diversity. Retrieved from: <https://www.apa.org/pi/lgbt/resources/guidelines>
- American Psychological Association. (2014). Guidelines for psychological practice with older adults. *American Psychologist*, 69 (1), 34-65. DOI: 10.1037/a0035063
- American Psychological Association. (2015). Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *American Psychologist*, 70, (9), 832-864. DOI: 10.1037/a0039906
- American Psychological Association. (2017). Multicultural Guidelines: An Ecological Approach to Context, Identity, and Intersectionality. Retrieved from: <http://www.apa.org/about/policy/multicultural-guidelines.pdf>
- Bader, M. J. (1993). Adaptive sadomasochism and psychological growth. *Psychoanalytic Dialogues*, (2)3, 279-300.
- Baldwin, G. (2002). *Slavecraft: Roadmaps for erotic servitude*. Los Angeles: Daedalus Publishing Company.
- Barker, M., Iantaffi, A., and Gupta, C. (2007). Kinky clients, kinky counselling? The Challenges and potentials of BDSM. In: Moon, Lindsey (ed.) *Feeling Queer or Queer Feelings: Radical Approaches to Counselling Sex, Sexualities and Genders*. London, UK: Routledge, pp. 106–124.
- Bauer, R. (2008). Transgressive and transformative gendered sexual practices and White privileges: The case of the Dyke/Trans BDSM communities. *Women's Studies Quarterly*, 36 (3-4), 233-253. DOI: <https://doi.org/10.1353/wsqr.0.0100>
- Bauer, R. (2010). Non-Monogamy in Queer BDSM Communities: Putting the Sex Back into Alternative Relationship Practices and Discourse. In Barker, M. and Langdridge, D. (eds) *Understanding Non-Monogamies*. (p.142-153). New York, NY: Routledge. DOI: [10.4324/9780203869802-22](https://doi.org/10.4324/9780203869802-22)
- Bauer, R. (2016). Desiring masculinities while desiring to question masculinity? How embodied masculinities are renegotiated in les-bi-trans-queer BDSM practices. *NORMA*, 11 (4), 237- 254. DOI: 10.1080/18902138.2016.1260262 Bezreh, T., Weinberg, T. S., & Edgar, T. (2012). BDSM Disclosure and Stigma Management: Identifying Opportunities for Sex Education. *American journal of sexuality education*, 7(1), 37-61.

- Brizzi, M. (in review). An empirical investigation of sadomasochism and self-actualisation. *Journal of Humanistic Psychology*.
- Califa, P. (2001). *Sensuous Magic. A Guide to S/M for Adventurous Couples*. San Francisco: Cleis Press.
- Cannon, N. P. (2009). *A psychological assessment of self-defined BDSM practitioners*. San Francisco, CA: Institute for Advanced Study of Human Sexuality.
- Connolly, P. (2006). Psychological functioning of Bondage/Domination/Sado-Masochism (BDSM) practitioners. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 18(1), 79-120.
- Cowan, L. (1982). *Masochism: A Jungian View*. Dallas, TX: Spring Publications.
- Cramer, R.J., Mandracchia, J., Gemberling, T.M., Holley, S.R., Wright, S., Moody, K., & Nobles, M.R. (2017). Can need for affect and sexuality differentiate suicide risk in three community samples? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 36, 704-722.
- Cross, P.A. and Matheson, K. (2006). Understanding sadomasochism: An empirical examination of four perspectives. *Journal of Homosexuality*, 50:2-3, 133-166. doi: [10.1300/J082v50n02_07](https://doi.org/10.1300/J082v50n02_07)
- Damm, C., Dentato, M.P., and Busch, N. (2018). Unravelling intersecting identities: understanding the lives of people who practice BDSM. *Psychology & Sexuality*, 9:1, 21-37, DOI: 10.1080/19419899.2017.1410854
- Dancer, P. L., Kleinplatz, P. J., & Moser, C. (2006). 24/7 SM slavery. *Journal of Homosexuality*, 50, 81-101.
- Delisle, C., Dube, S., Tomasiello, M., & Santaguida, M. (2018). The importance of sexual context in the subjective appraisal of sexual arousal, desire, and orgasm among BDSM practitioners. *Journal of Interpersonal Relations, Intergroup Relations and Identity*, 11 (Winter), 74-89.
- Dunkley, C. R. and Brotto, L. A. (2018). Clinical considerations in treating BDSM practitioners: A review. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 44 (7), 701-712, DOI: 10.1080/0092623X.2018.1451792
- Easton, D. (2007). Shadowplay: S/M journeys to our selves. In Langdridge, D., Barker, M. (Eds.). *Safe, Sane and Consensual: Contemporary Perspectives on Sadomasochism*. London: Palgrave Macmillan.
- Hatzenbuehler, M., McLaughlin, K., Hasin, D.(2010) The impact of institutional discrimination on psychiatric disorder in lesbian, gay, and bisexual populations. *American Journal of Public Health*, 100(3), 452-459.

Henkin, W. A. 2013. Some beneficial aspects of exploring personas and role play in the BDSM context. In: Langdridge, D. & Barker, M. (eds.) *Safe, Sane and Consensual: Contemporary Perspectives on Sadomasochism*. Palgrave MacMillan

Herbenick, D., Bowling, J., Fu, T. J., Dodge, B., Guerra-Reyes, L., & Sanders, S. (2017). Sexual diversity in the United States: Results from a nationally representative probability sample of adult women and men. *PloS One*, 12(7), e0181198. doi:10.1371/journal.pone.0181198

Hillman, J. (2004). *Archetypal Psychology*. Putnam, CT: Spring Publications.

Hoff, G. and Sprott, R.A. (2009). Therapy experiences of clients with BDSM sexualities: listening to a stigmatized sexuality. *The Electronic Journal of Human Sexuality*. 12. Retrieved from <http://www.ejhs.org/Volume12/bdsm.htm>

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

Janus, S., & Janus, C. (1993). *The Janus report on sexual behavior*. New York: John Wiley and Sons.

Joyal, C.C. & Carpentier, J. (2016): The prevalence of paraphilic interests and behaviors in the general population: A provincial survey. *The Journal of Sex Research*, DOI: 10.1080/00224499.2016.1139034

Jozifkova, E. (2018). Sexual arousal by dominance and submissiveness in the general population: How many, how strongly, and why? *Deviant Behavior*, 39 (9), 1229-1236. DOI: 10.1080/01639625.2017.1410607

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

Klein, M. & Moser, C. (2006). SM (somasochistic) interests as an issue in child custody proceedings. *Journal of Homosexuality*, 50(2/3), 233-242.

Kleinplatz, P. J. (2006). Learning from extraordinary lovers: Lessons from the edge. In Kleinplatz, P. J. & Moser, C. (Eds.) (2006). *Sadomasochism: Powerful Pleasures*. (p. 325-348). Binghamton, NY: Haworth Press.

Kleinplatz, P. J. & Moser, C. (2004). Toward clinical guidelines for working with BDSM clients. *Contemporary Sexuality*, 38 (6), 1-4.

Kleinplatz, P. J. & Moser, C. (Eds.) (2006). *Sadomasochism: Powerful Pleasures*. Binghamton, NY: Haworth Press.

- Lawrence, A. A., and Love-Crowell, J. (2008). Psychotherapists' experience with clients who engage in consensual sadomasochism: A qualitative study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34, 67-85. DOI: 10.1080/00926230701620936
- Masters, W. H., Johnson, V. E., & Kolodny, R. C. (1995). *Human sexuality*. New York, NY: HarperCollins College.
- McConnell, E. A., Janulis, P., Phillips II, G., Truong, R., and Birkett, M. (2018). Multiple minority stress and LGBT community resilience among sexual minority men. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 5 (1), 1-12. DOI: 10.1037/sfd0000265
- Merrick, M.T., Ford, D.C., Ports, K. A., Guinn, A. S. (2018). Prevalence of Adverse Childhood Experiences From the 2011-2014 Behavioral Risk Factor Surveillance System in 23 States. *JAMA Pediatrics*, 172(11), 1038-1044.
- Meyer, I. H., and Frost, D. M. (2013). Minority stress and the health of sexual minorities. In Patterson, C. J., and D'Augelli, A. R. (eds), *Handbook of Psychology and Sexual Orientation*. (p. 252-266). New York, NY: Oxford University Press.
- Miller, S. and Byers, E. (2010). Psychologists' sexual education and training in graduate school. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 42 (2), 93-100.
- Morin, J. (1995). *The Erotic Mind*. New York, NY: Harper Collins.
- Moser, C. (2016). Defining sexual orientation. *Archives of Sexual Behavior*, 45(3), 505-508. DOI: 10.1007/s10508-015-0625-y
- Moser, C. and Levitt, E. E. (1987). An exploratory-descriptive study of a sadomasochistically oriented sample. *The Journal of Sex Research*, 23 (3). 322-337.
- National Association of Social Workers. (2015). *Standards and indicators of cultural competence in social work practice*. Retrieved from <https://www.socialworkers.org/Practice/Practice-Standards-GuidelineS>
- National Coalition for Sexual Freedom. (2008). *NCSF violence and discrimination survey* (2008). Retrieved from <https://ncsfreedom.org/resources/bdsm-survey.html>
- Newmahr, S. (2010). Rethinking kink: sadomasochism as serious leisure. *Qualitative Sociology*, 33, 313-331.
- Nerses, M., Kleinplatz, P. J., and Moser, C. (2019). Group therapy with international LGBTQ+ clients at the intersection of multiple minority status. *Psychology of Sexualities Review*, 6 (1), 99-109.
- Nordling, N., Sandnabba, N. K., Santtila, P. (2000). The prevalence and effects of self-reported childhood sexual abuse among sadomasochistically oriented males and females. *Journal of Child Sexual Abuse*, 9 (1), 53-63. DOI: 10.1300/j070v09n01_04

- Nordling, N., Sandnabba, N. K., Santtila, P., & Alison, L. (2006). Differences and similarities between gay and straight individuals involved in the sadomasochistic subculture. *Journal of Homosexuality*, 50(2/3), 41–57. DOI: 10.1300/J082v50n02_03
- Pitagora, D. (2015). Intimate partner violence in sadomasochistic relationships. *Sexual and Relationship Therapy*, 31 (1), 95-108. DOI: 10.1080/14681994.2015.1102219
- Pitagora, D. (2016). The kink-poly confluence: Relationship intersectionality in marginalized communities. *Sexual and Relationship Therapy*, 31(3), 391–405. DOI:10.1080/14681994.2016.115608
- Rehor, J.E. (2015). Sensual, erotic, and sexual behaviors of women from the “kink” community. *Archives of Sexual Behavior*, 44, 825-836. DOI 10.1007/s10508-015-0524-2
- Richters J, Grulich AE, de Visser RO, Smith AMA, Rissel CE. (2003). Sex in Australia: autoerotic, esoteric and other sexual practices engaged in by a representative sample of adults. *Aust NZ J Public Health* 27:180-90.
- Rodemaker, D. (2008). *Altsex: The clinician's guide to BDSM*. Doctoral dissertation. Proquest Dissertation and Theses. UMI 3436690.
- Roush, J.F., Brown, S.L., Mitchell, S.M., & Cukrowicz, K. C. (2017). Shame, guilt, and suicide ideation among bondage and discipline, dominance and submission, and sadomasochism practitioners: Examining the role of the interpersonal theory of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 47(2), 129-141.
- Sandnabba, N. K., Santtila, P., and Nordling, N. (1999). Sexual behavior and social adaptation among sadomasochistically-oriented males. *Journal of Sex Research*, 36 (3), 273-282.
- Sandnabba, N.K., Santilla, P., Alison, L. and Nordling, N. (2002). Demographics, sexual behaviour, family background and abuse experiences of practitioners of sadomasochistic sex: a review of recent research. *Sexual and Relationship Therapy*, 17(1), 39-55.
- Sheff, E., & Hammers, C. (2011) The privilege of perversities: race, class and education among polyamorists and kinksters, *Psychology & Sexuality*, 2:3, 198-223. DOI: 10.1080/19419899.2010.537674
- Shahbaz, C. (in review). The kinky psyche: Seeing sadomasochistic Master / slave dynamics through a Hillmanian perspective. *Journal of Humanistic Psychology*.
- Shahbaz, C. and Chirinos, P. (2017). *Becoming a Kink Aware Therapist*. New York, NY: Routledge.

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

Simula, B. and Sumerau, J. (2017). The use of gender in the interpretation of BDSM. *Sexualities*, <https://doi.org/10.1177/1363460717737488>

Sprott, R. A., & Berkey, B. (2015). At the intersection of sexual orientation and alternative sexualities: Issues raised by Fifty Shades of Grey. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(4), 506-507.
doi:<http://dx.doi.org/10.1037/sgd0000150>

Sprott, R.A. and Benoit Hadcock, B. (2017). Bisexuality, pansexuality, queer identity and kink identity. *Sexual and Relationship Therapy*, 33(1-2), 214-232. DOI: 10.1080/14681994.2017.1347616

Sprott, R.A., Randall, A., Davison, K, Cannon, N., and Witherspoon, R. (2017). Alternative or non-traditional sexualities and therapy: A case report. *Journal of Clinical Psychology*, 73 (8), 929-937. DOI: 10.1002/jclp.22511

Sprott, R.A., and Williams, DJ. (2019). Is BDSM a sexual orientation or serious leisure? *Current Sexual Health Reports*. Advance online publication.
<https://doi.org/10.1007/s11930-019-00195-x>

Sprott, R.A. and Randall, A.R. (in review). *The invisible gate: Experiences of well-being in the context of kink sexuality*. Manuscript submitted for publication.

stein, d. (2002). "Safe Sane Consensual" *The Making of a Shibboleth*. Retrieved on May 30, 2016 from <http://www.boybear.us/ssc.pdf>

van Anders, S. (2015). Beyond sexual orientation: Integrating genders/sex and diverse sexualities via sexual configurations theory. *Archives of Sexual Behavior*, 44, 1177–1213. doi:10.1007/s1050801504908

Vilkin, E, & Sprott, R.A. (2019, November). *Relationship concerns among kink-identified adults*. Paper presented at the meeting of the Association for Behavioral and Cognitive Therapies, Atlanta, GA.

Waldura, J., Arora, I., Randall, A., Farala, J. P., & Sprott, R. A. (2016). 50 Shades of stigma: Exploring the healthcare experiences of kink-oriented patients. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(12), 1918–1929. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.09.019>

Walker, G. J., Scott, D., and Stodolska, M. (2017). *Leisure matters: The state and future of leisure studies*. State College, PA: Venture.

Wismeijer, A., & van Assen, M. A. L. M. (2013). Psychological characteristics of BDSM

practitioners. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(8), 1943–1952. DOI: 10.1111/jsm.12192

Wright, S., Guerin, J., & Heaven, C. (2012). *NCSF Consent Counts Survey*. Retrieved from https://ncsfreedom.org/images/stories/pdfs/Consent%20Counts/CC_Docs_New_011513/consent%20survey%20analysis.pdf

Wright, S., Stambaugh, R., and Cox, D. (2015). *Consent Violations Survey Tech Report*. Retrieved from https://ncsfreedom.org/images/stories/2015_Survey_PDFs_ETC/Consent%20Violations%20Survey%20Analysis%20final.pdf

Yost, M. R., and Hunter, L. E. (2012). BDSM practitioners' understandings of their initial attraction to BDSM sexuality: essentialist and constructionist narratives. *Psychology & Sexuality*, 3 (3), 244-259. DOI: 10.1080/19419899.2012.700028

Materials para Médicos

Websites

The Network / La Red

<http://tnlr.org/en/>

National Coalition for Sexual Freedom (NCSF)

<http://www.ncsfreedom.org>

The Alternative Sexualities Health Research Alliance (TASHRA)

<https://www.tashra.org>

Community-Academic Consortium for Research on Alternative Sexualities (CARAS)

<https://www.carasresearch.org>

Kink Knowledgeable

<http://training.kinkknowledgeable.com>

Diverse Sexualities Research and Education Institute

<https://dsrei.org>

Multiplicity of the Erotic Conference (MOTE)

<https://www.mote-con.org>

Kink Aware Professionals (KAP)

<http://www.ncsfreedom.org/key-programs/kink-aware-professionals-59776>

Livros

Kleinplatz, P.J. and Moser, C. (2006). *Sadomasochism: Power Pleasures*. Binghamton, NY: Harrington Park Press.

Langdridge, D. and Barker, M. (2007). *Safe, Sane And Consensual: Contemporary Perspectives*

On Sadomasochism. New York: Palgrave Macmillan.

Ortmann, D. and Sprott, R.A. (2013). *Sexual Outsiders: Understanding BDSM Sexualities and Communities*. New York: Rowman and Littlefield.
Shahbaz, C., & Chirinos, P. (2017). *Becoming A Kink Aware Therapist*. New York: Routledge
Weinberg, T.S. (1995). *S&M: Studies in Dominance and Submission*. Amherst, NY: Prometheus Books.

Membros da Equipe Projeto Diretrizes de Prática Clínica Kink

Braden Berkey, PsyD
Peter Chirinos
Shadeen Francis, LMFT
Patrick Grant, MA, MPH
Laura Jacobs, LCSW-R
Carrie Jameson, LCPC
Ruby Johnson, LCSW
Peggy J. Kleinplatz, PhD
Audriannah Levine-Ward, PsyD
Aida Manduley, LCSW
Lori Michels, LMFT, CST
Charles Moser, MD
Margaret Nichols, PhD
Emily Prior, MA
Anna Randall, DHS, LCSW, MPH
Caroline Shahbaz
Richard A. Sprott, PhD
Shane'a Thomas, LICSW, M.Ed
DJ Williams
Susan Wright

***TRADUZIDO DE FORMA INDEPENDENTE NA ESPERANÇA DE AUXILIAR
MAIS PESSOAS POR FERNANDA FEDATTO***