

Tratamento médico dos agressores sexuais

Vítor Covelo

(Psiquiatra)

Introdução

O tratamento de agressores sexuais é um tema controverso, que suscita discussão na opinião pública e que tem levado à emergência de pressões sociais e políticas para a implementação, por via legal, de intervenções médicas, como o caso da chamada «castração química».

De uma forma geral, a prescrição de um tratamento médico deverá ser justificada pela presença de uma doença ou diagnóstico. Contudo, a agressão sexual é um comportamento definido e sancionado pela sociedade, não implicando necessariamente a presença de uma patologia médica. De facto, os agressores sexuais constituem um grupo heterogéneo de indivíduos com motivações e perfis psicológicos diferentes, sendo que muitos destes não apresentam uma doença diretamente relacionada com o seu comportamento de agressão ou pelo menos, um diagnóstico que tradicionalmente requer uma intervenção médica ^[1].

Para entender o papel do tratamento médico em casos de agressores sexuais é necessário um esclarecimento sobre os diagnósticos e outras alterações psicopatológicas que podem justificar intervenção terapêutica, os tratamentos farmacológicos utilizados, as questões éticas e legais associadas e as recomendações internacionais nesta área.

Parafilias e perturbações associadas

O comportamento sexual humano, que inclui os comportamentos de agressão sexual, ocorre como resultado da interação de múltiplos fatores biopsicossociais. A preferência sexual e o conjunto de estímulos externos e internos que desencadeiam uma resposta de desejo sexual num indivíduo, são alguns dos fatores a ter em conta para a compreensão de um comportamento sexual. Alguns indivíduos apresentam preferências sexuais consideradas “atípicas”, com pensamentos, fantasias, vontades ou comportamentos sexuais menos comuns que se manifestam de forma intensa e permanente ao ponto

dominar a sua vida erótica. Quando este padrão, independentemente do julgamento moral, provoca sofrimento ao próprio ou coloca outros em risco, é classificado como uma

Perturbação Parafilica, ou seja, um diagnóstico médico. Estas perturbações parafilicas podem ser ainda classificadas consoante o objeto de desejo sexual, como por exemplo perturbação de pedofilia (crianças) ou perturbação de exibicionismo (exposição dos genitais a desconhecidos desprevenidos), entre outras. Deste modo, indivíduos com uma perturbação parafilica, ao agirem de forma a satisfazer-se sexualmente, poderão incorrer em comportamentos de agressão sexual, legalmente puníveis. De facto, a preferência sexual “desviante” é um dos preditores mais fortes de reincidência em crimes sexuais em agressores adultos e adolescentes [2]. No entanto, muitos dos agressores sexuais não apresenta um diagnóstico de perturbação parafilica [3]. A perturbação parafilica de pedofilia, por exemplo, está associada ao abuso sexual de crianças, no entanto, 40 a 50% dos indivíduos que cometem estes crimes não apresenta critérios para esse diagnóstico [4]. Ou seja, muitos dos indivíduos que apresentam um comportamento sexual dirigido a crianças, não tem de facto um padrão sustentado de preferência sexual por menores. Alguns serão indivíduos que se encontravam em contextos específicos onde tiveram mais peso outros fatores como por exemplo a oportunidade, necessidade de satisfação sexual imediata, desinibição com uso de álcool ou outros psicoativos etc. Por outro lado, estima-se que menos de metade dos indivíduos com perturbação de pedofilia abuse sexualmente de crianças [5]. Portanto, podemos dizer que a comum utilização generalizada do termo «pedófilo» para designar todos os indivíduos que incorrem em crimes de abuso sexual de crianças contribui para causar confusão, em vez de auxiliar a clarificação de um fenómeno tão complexo como o abuso sexual.

Existem outras dimensões do funcionamento sexual problemático que podem não configurar um diagnóstico médico, mas podem ser relevantes para o comportamento de agressão sexual e intervenção médica [6]. Estas dimensões incluem a cognição hipersexual, que consiste em pensamentos intrusivos de carácter sexual ou preocupação sexual excessiva e a hipersexualidade comportamental, descrita como a envolvimento em número excessivo de atos sexuais [6, 7]. As questões de preocupação sexual e hipersexualidade estão frequentemente associadas às perturbações parafilicas [8], sendo que a preocupação sexual é por si um fator de risco dinâmico significativo para a agressão sexual e reincidência [9]. No entanto a natureza destes sintomas e a sua conceptualização como categorias de diagnóstico ainda é controversa na comunidade científica, em parte por ser difícil de definir do ponto de vista médico e científico o que é ou não excessivo.

Grande parte da literatura que aborda o tratamento médico de agressores sexuais é dirigida em particular às perturbações parafilicas, como é o caso das *guidelines* da World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) para o tratamento farmacológico de parafilias, revistas em 2020 [3]. Segundo alguns autores, o tratamento médico tem um papel limitado nas perturbações parafilicas uma vez que não altera a característica central destas perturbações, isto é, a preferência sexual desviante [10]. No entanto, a intensidade do desejo sexual, a frequência e intrusividade dos pensamentos e fantasias sexuais e outros fatores que influenciam o controlo do comportamento (impulsividade, regulação emocional) são sensíveis ao tratamento farmacológico, aliado à intervenção psicoterapêutica [10]. De uma forma geral, um dos princípios centrais da intervenção médica nestes casos é o de que quanto mais baixo for o *drive* ou desejo sexual, mais fácil será para o indivíduo não agir sobre o mesmo, ou seja, controlar o seu comportamento sexual, neste caso problemático [1].

Tratamento Farmacológico

Racional Neurofisiológico

Independentemente da forma como os modelos médicos enquadram a psicopatologia sexual, é consensual que a resposta e os comportamentos sexuais têm por base mecanismos biológicos. No entanto, sabe-se que, com o aumento da complexidade biológica dos animais, os fatores ambientais e de aprendizagem vão assumindo um papel mais relevante na sexualidade, pelo que nos seres humanos o comportamento sexual depende de uma interação altamente complexa entre vários fatores não exclusivamente fisiológicos, como já referido. Esta lógica aplica-se a todos os indivíduos, com ou sem psicopatologia sexual. Apesar da relevância da abordagem biopsicossocial da sexualidade humana, a compreensão da sua dimensão biológica é, neste caso, fundamental porque é o ponto de partida para o desenvolvimento de tratamentos médicos com o potencial de melhorar sintomas e mudar o comportamento sexual.

A testosterona é uma hormona central na sexualidade masculina, produzida maioritariamente nos testículos (95%) e em menor quantidade no córtex adrenal e cérebro [12]. Esta hormona desempenha um papel significativo não só no desenvolvimento e manutenção das características sexuais masculinas, mas também na regulação da sexualidade, agressão, cognição, emoção e personalidade [13]. Para além disso, é um fator

particularmente determinante no desejo sexual e comportamento, influenciando também a frequência, duração e magnitude das ereções espontâneas [14].

Um nível mínimo de testosterona é necessário para a existência de desejo e *drive* sexual no homem, no entanto, o limiar é questionável [3]. Por outro lado, os níveis de testosterona não se correlacionam de forma linear com a intensidade do *drive* sexual e a evidência não sugere que os indivíduos com perturbações parafilicas tenham níveis superiores de testosterona ou aumento da atividade dos recetores androgénicos [15].

Para além da testosterona, a serotonina também desempenha um papel importante na sexualidade. Este neurotransmissor está envolvido em processos de inibição da resposta sexual [16]. O aumento dos níveis de serotonina no hipotálamo inibe a motivação sexual e o sinal de testosterona e no córtex pré-frontal aumenta a resiliência emocional e o controlo de impulsos [17].

Os tratamentos de privação androgénica e os antidepressivos inibidores da recaptção da serotonina são as classes de fármacos cuja utilidade tem sido mais consensual em intervenções com agressores sexuais, nomeadamente com perturbações parafilicas ou outra psicopatologia associada.

Tratamento hormonal

Os fármacos que reduzem os níveis de testosterona ou diminuem a sua atividade são denominados de antilíbídinais ou antiandrogénicos, constituindo os tratamentos de privação androgénica (TPA). Estes tratamentos incluem o acetato de ciproterona (ACP), o acetato de medroxiprogesterona (AMP) e os análogos da hormona libertadora de gonadotropinas (GnRH), que podem diminuir a testosterona até níveis próximos dos atingidos com a castração física, no entanto com um efeito reversível [1]. Para além de provocarem uma diminuição marcada do desejo e *drive* sexual, ou seja da frequência e intensidade de pensamentos sexuais e da vontade de se envolver em atividade sexual, estes fármacos apresentam um perfil de efeitos secundários particular podendo em alguns casos desencadear mudanças de humor, aumento de peso, ginecomastia, assim como efeitos mais sérios associados ao risco cardiovascular, osteoporose, mudanças metabólicas, em particular relacionadas com as glândulas supra-renais e o risco de diabetes, podendo ainda causar toxicidade hepática [1]. Atendendo ao perfil de efeitos

laterais é fundamental o acompanhamento médico e a monitorização analítica periódica durante o tratamento [3]. Estes fármacos podem ser administrados diariamente em comprimido ou em formulação injetável de longa ação com administração semanal, quinzenal, mensal ou trimestral [3,19].

Inibidores da recaptação da serotonina (SSRIs)

Os SSRIs são fármacos do grupo dos antidepressivos que têm vindo a ser sugeridos na literatura como uma alternativa farmacológica à TPA em alguns casos de agressores sexuais [21]. Os quatro mecanismos de ação que se especula serem responsáveis pela sua utilidade nestes casos são os seguintes: inibição não específica do desejo sexual; redução da impulsividade; redução de sintomas obsessivo-compulsivos; tratamento de sintomas depressivos concomitantes [22].

Os SSRIs são frequentemente responsáveis por efeitos secundários a nível da resposta sexual. O mais comum no homem é o atraso da ejaculação/orgasmo, no entanto também pode ocorrer uma diminuição da excitação ou do desejo [23]. Estes efeitos são habitualmente dose-dependentes, mas imprevisíveis em termos de intensidade e duração [24]. Esta imprevisibilidade da resposta faz com que os SSRIs possam não ser a opção ideal quando o objetivo é o controlo do comportamento sexual apenas através da diminuição do desejo [20]. Por outro lado, a observação clínica mostra semelhanças entre os sintomas obsessivo-compulsivos e as fantasias, impulsos e comportamentos parafilicos. Uma vez que os SSRIs têm efeito comprovado no tratamento da Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC), parece lógico a sua utilização em indivíduos com perturbações parafilicas e indivíduos com hipersexualidade cujos sintomas apresentam um carácter obsessivo [3]. A falta de inibição tem sido apontada como um dos fatores mais relevantes para os comportamentos de agressão sexual [25], pelo que o efeito de redução de impulsividade dos SSRIs poderá ser benéfico nestes indivíduos. A eficácia dos SSRIs no tratamento dos sintomas depressivos também pode ser relevante, tendo em conta a elevada prevalência das perturbações do humor em agressores sexuais e o impacto que estas condições podem ter no processo psicoterapêutico.

Considera-se que os SSRIs no geral têm um perfil de efeitos secundários mais benigno que os outros fármacos com efeito anti líbido [26]. Apesar de não estarem formalmente aprovados para esta indicação, os SSRIs têm sido utilizados «*off label*» no tratamento de perturbações parafilicas com indicações específicas, apesar da investigação que

demonstra a sua eficácia ser limitada. Existe alguma evidência clínica de que, pelo menos a sertralina e a fluoxetina, reduzem o comportamento sexual parafilico em casos moderados de perturbações parafilicas como o exibicionismo ou a pedofilia sem agressão sexual de crianças, com relação risco/benefício razoável [3].

Evidência científica dos tratamentos farmacológicos

Apesar do tratamento farmacológico dos agressores sexuais ser sustentado por um vasto corpo teórico e experiência clínica, nomeadamente no caso das perturbações parafilicas, há uma escassez de estudos controlados, randomizados e duplamente cegos [1].

Uma das razões mais obvias para a dificuldade em realizar este tipo de estudos em agressores sexuais, prende-se com questões éticas, sendo, por exemplo, compreensível a relutância em administrar um placebo a um indivíduo em risco de cometer uma agressão sexual. Para além destas questões, são também apontadas dificuldades em extrair conclusões dos estudos existentes devido a limitações metodológicas dos mesmos, relacionadas, entre outros fatores, com a heterogeneidade dos agressores sexuais e das abordagens terapêuticas utilizadas [28].

No entanto existem centenas de estudos, nos quais se utilizou o ACP e agonistas GnRH para o tratamento de outras patologias (e.g., carcinoma da próstata), que documentam de forma consistente os seus efeitos no *drive* sexual assim como a tolerabilidade e segurança. bem como os dados pré-clínicos e de investigação clínica que comprovam de forma clara a relação entre a testosterona e o *drive* sexual [3].

Outros estudos, recentemente realizados com agressores sexuais a cumprir pena de prisão no Reino Unido, mostraram que tanto os SSRIs como os tratamentos hormonais reduzem significativamente a preocupação sexual, a força das fantasias sexuais, as compulsões e também melhoraram, no geral, o bem-estar destes indivíduos [25, 26].

Recomendações

Segundo as *guidelines* da WFSBP, a escolha do tratamento deverá depender da história médica e psiquiátrica do doente, da adesão terapêutica, da intensidade das fantasias parafilicas e do risco de violência sexual. Estas *guidelines* seguem os princípios do modelo *Risk-Need-Responsivity* desenvolvido por Andrews e Bonta [31]. Apesar dos fatores enumerados, o principal orientador do tratamento é o risco de o indivíduo com uma perturbação parafilica cometer uma agressão, ou seja, quanto maior o risco, mais

intensiva a intervenção. Antes do tratamento, os doentes deverão fazer uma avaliação médica e psiquiátrica, sendo que o tratamento apenas é recomendado para indivíduos que tenham, de facto, o diagnóstico de uma perturbação parafilica [3]. O tratamento com psicoterapia é recomendado em todos os níveis de risco, o tratamento com antidepressivos nos casos de baixo risco e o tratamento hormonal é recomendado nos níveis de risco moderado a grave.

Questões éticas e legais

Apesar de se utilizarem fármacos para tratamento de parafilias em agressores sexuais na Europa, América do Norte e Ásia, a maioria dos países não dispõem de leis a regular a sua utilização. Para além disso, mesmo quando os estatutos legais existem, estes variam consideravelmente entre países não existindo uma abordagem uniformizada [18].

Os regimes jurídicos da Polónia, Macedónia, Rússia, Indonésia e alguns estados dos EUA contemplam o tratamento farmacológico mandatário de agressores sexuais [18, 27]. Muitas das leis de «castração química» terão surgido enquadradas em políticas de controlo punitivo direccionado a agressores sexuais, particularmente reincidentes [33]. Em outros países, como é o caso da Bélgica, Dinamarca e Suécia, apesar do tratamento hormonal ser aplicado apenas de forma voluntária, a legislação permite que agressores condenados optem por este como condição formal para a aplicação de pena suspensa ou liberdade condicional [18].

No entanto, na maioria dos países da Europa, a TPA é aplicada de forma voluntária sem que haja relação legal entre esta e a sanção penal aplicada em caso de crimes de agressão sexual. A lei alemã, por exemplo, define que indivíduos com parafilias graves podem ser tratados com hormonoterapia ou outras opções terapêuticas de forma voluntária, se forem extensamente informados sobre os riscos e efeitos adversos. Esta lei também se aplica aos adolescentes, desde que o tutor legal forneça consentimento informado [18].

Em Portugal, apesar do ACP estar aprovado pelo Infarmed para o tratamento do impulso sexual em casos de desvio sexual, não existe legislação específica sobre o tratamento farmacológico de agressores sexuais com parafilias. Para além disso, ainda que a frequência de programas de reabilitação ou o acompanhamento em consulta de sexologia clínica sejam frequentemente determinadas pelo tribunal como medidas de suspensão de

execução de pena de prisão, estas consultas não dispõem habitualmente de protocolos de tratamento estruturados e especificamente dirigidos a esta população, sendo a prescrição de TPA uma prática pouco comum.

O principal dilema ético que se coloca no tratamento de agressores sexuais é o do balanço entre a necessidade de segurança pública e a necessidade de tratamento, mesmo quando o tratamento é apropriado e eficaz ^[34]. A utilização de farmacoterapia é justificável à luz da alta vitimização criada pelos agressores. Mas se por um lado a medicação pode frear a intensidade patológica dos impulsos sexuais, por outro esta não ajuda a desenvolver um sentido de consciência e de responsabilidade moral ^[20].

Outra questão relevante prende-se com o facto da maioria dos regimes jurídicos não especificar se o tratamento farmacológico de agressores sexuais é restrito aos agressores que apresentam diagnóstico de perturbação parafilica, podendo eventualmente ser aplicado a qualquer agressor com risco de reincidência ^[18]. Isto acontece em particular nos países onde se pratica o tratamento mandatário mesmo que o agressor seja saudável e não sofra de qualquer tipo de transtorno psicopatológico, o que vai contra os consensos médicos sobre este tema ^[18], sendo que não parece existir um racional, nem evidência científica que justifique o tratamento hormonal em agressores cujo comportamento não é primariamente motivado pelo seu desejo sexual, mas por raiva, hostilidade e vontade de dominar ^[20].

Muitos autores são contra o tratamento hormonal mandatário, pois vai contra direitos básicos como a liberdade do indivíduo recusar tratamento médico e o direito a procriar ^[20]. Para além disso, a atividade sexual está psicológica e socialmente relacionada com o sentido de género, vitalidade e gratificação. Privar um indivíduo destes benefícios psicológicos para reduzir o seu potencial perigo é em si um problema ético ^[34]. Segundo as *guidelines* da WFSBP de 2020, nos casos em que é decretado o tratamento coercivo, o tribunal não deveria especificar o tipo de tratamento a aplicar. Nestes casos o tratamento farmacológico hormonal pode ser proposto ao indivíduo por um psiquiatra experiente com estes fármacos, depois da avaliação e sempre com a utilização adequada do consentimento informado ^[3]. No entanto, para o consentimento ser válido, o tratamento tem de ser aplicado «voluntariamente» sem influência indevida ou coação ^[20]. Tendo em conta que grande parte dos agressores acompanhados costumam estar sob algum tipo de controlo judicial, podendo em alguns contextos beneficiar legalmente de aceitar o tratamento, são levantadas questões em relação à validade desse consentimento ^[3].

No caso de indivíduos com parafilias com comportamentos sexuais problemáticos que não estejam sob o controlo judicial, o seu tratamento farmacológico não deverá apresentar dificuldades em termos éticos, desde que o processo de consentimento informado seja levado a cabo de forma adequada [20].

Conclusão

O tratamento hormonal com antiandrogênicos e o tratamento com antidepressivos (SSRI) pode ser útil e está indicado em casos de agressores sexuais com perturbações parafílicas, sempre aliado a uma intervenção psicoterapêutica. Os casos de indivíduos que cometeram crimes de agressão sexual, mas que não apresentam critérios para um diagnóstico de perturbação parafílica e não tem outro tipo de psicopatologia associada não tem habitualmente indicação para o tratamento farmacológico/hormonal.

Existem atualmente *guidelines* médicas internacionais que ajudam a definir como colocar em prática o tratamento médico destes indivíduos assim como as indicações e circunstâncias ideais, no entanto, a decisão sobre o facto do individuo ser ou não elegível deverá ser sempre feita individualmente, caso a caso. Idealmente este tratamento deverá ser integrado como parte de um programa de tratamento compreensivo, multidisciplinar e que inclua supervisão regular. Para além disso, no caso particular do tratamento hormonal, tendo em conta as limitações que pode causar em termos de liberdade individual e direitos humanos, é essencial que sejam seguidas as recomendações éticas e clínicas.

Finalmente importa reforçar que do ponto de vista médico, apesar do papel de controlo de risco por vezes exigido às intervenções farmacológicas, estas não se adequam a todos os casos, não sendo uma panaceia no tratamento de agressores sexuais. Para além disso a intervenção médica justifica-se no tratamento dirigido a uma patologia ou sintoma e nunca como instrumento de punição.

Referências

- [1]. Grubin, D. (2018). The pharmacological treatment of sex offenders. In A. Beech, A. Carter, R. Mann, P. Rotshtein (Eds.). *The Wiley Blackwell Handbook of Forensic Neuroscience*, (pp. 703-723). New Jersey: John Wiley & Sons Ltd.
- [2]. Hanson, R. & Morton-Bourgon, K. (2005). The characteristics of persistent sexual offenders: A meta-analysis of recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(6), 1154-1163.
- [3] Thibaut, F., Cosyns, P., Fedoroff, J., Briken, P., Goethals, K., & Bradford, J. (2020). The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) 2020 guidelines for the pharmacological treatment of paraphilic disorders. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 1-79.
- [4]. Seto, M. (2009). Pedophilia. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5(1), 391-407.
- [5]. Seto, M., Cantor, J., & Blanchard, R. (2006). Child pornography offenses are a valid diagnostic indicator of pedophilia. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 610-615.
- [6]. Winder, B., Fedoroff, J., Grubin, D., Klapilová, K., Kamenskov, M., Tucker, D., Vvedensky, G. (2019). The pharmacologic treatment of problematic sexual interests, paraphilic disorders, and sexual preoccupation in adult men who have committed a sexual offence. *International Review of Psychiatry*, 31(2), 159-168.
- [7]. Långström, N., & Hanson, R. (2006). High rates of sexual behavior in the general population: Correlates and predictors. *Archives of Sexual Behavior*, 35, 37-52.
- [8]. Kafka, M., & Hennen, J. (2003). Hypersexual desire in males: Are males paraphilias different from males with paraphilia-related disorders? *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 15, 307-321.
- [9]. Mann, R., Hanson, R., & Thornton, D. (2010). Assessing risk for sexual recidivism: Some proposals on the nature of psychologically meaningful risk factors. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 22, 191-217.
- [10]. Völlm, B., Craissati, J., Grubin, D., Skett, S., & Williams, F. (2019). Learning from research: Adapting interventions for sexual offending to improve outcomes. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 29(4), 227-238.
- [11]. Booth, B. & Gulati, S. (2014). Mental illness and sexual offending. *Psychiatric Clinics of North America*, 37(2), 183-194.

- [12]. Mooradian, A., Morley, J., & Korenman, S. (1987). Biological actions of androgens. *Endocrine Reviews*, 8(1), 1-28.
- [13]. Rubinow, D. & Schmidt, P. (1996). Androgens, brain, and behavior. *The American Journal of Psychiatry*, 153(8), 974-984.
- [14]. Carani, C., Bancroft, J., Granata, A., Del Rio, G., & Marrama, P. (1992). Testosterone and erectile function, nocturnal penile tumescence and rigidity, and erectile response to visual erotic stimuli in hypogonadal and eugonadal men. *Psychoneuroendocrinology*, 17(6), 647-654.
- [15]. Kingston, D., Seto, M., Ahmed, A., Fedoroff, P., Firestone, P., & Bradford, J. (2012). The role of central and peripheral hormones in sexual and violent recidivism in sex offenders. *The journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 40, 476-485.
- [16]. Pfaus, J. (2009). Pathways of sexual desire. *The Journal of Sexual Medicine* 6(6), 1506-1533.
- [17]. Maes, M., van West, D., de Vos, N., Westenberg, H., Van Hunsel, F., Hendriks, D., Scharpé, S. (2001). Lower baseline plasma cortisol and prolactin together with increased body temperature and higher mCPP-induced cortisol responses in men with pedophilia. *Neuropsychopharmacology*, 24(1), 37-46.
- [18]. Turner, D., Petermann, J., Harrison, K., Krueger, R., & Briken, P. (2019). Pharmacological treatment of patients with paraphilic disorders and risk of sexual offending: An international perspective. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 20(8), 616-625.
- [19]. *Folheto Informativo. Androcur Depot 300 mg/3 ml solução injetável*. 2012; disponível em: https://www.bayer.pt/static/documents/pdf/bhc-ph/Androcur_Depot_FI_06-2012.pdf
- [20]. Nair, M. (2016). Pharmacotherapy for sexual offenders. In. A. Phoenix, H. Hoberman (Eds.). *Sexual Offending – Predisposing antecedents, assessments and management* (pp. 755-767) New York: Springer.
- [21]. Baratta, A., Javelot, H., Morali, A., Halleguen, O., & Weiner, L. (2012). Role of antidepressants in treating sex offenders. *Sexologies*, 21, 106–108.
- [22]. Hill, A., Briken, P., Kraus, C., Strohm, K., & Berner, W. (2003). Differential pharmacological treatment of paraphilias and sex offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 47(4), 407-421.

- [23]. Rosen, R., Lane, R., & Menza, M. (1999). Effects of SSRIs on sexual function: A critical review. *The Journal of Clinical Pharmacology*, 9(1), 67-85.
- [24]. Higgins, A., Nash, M., & Lynch, A. (2010). Antidepressant-associated sexual dysfunction: Impact, effects, and treatment. *Drug, Healthcare and Patient Safety*, 2, 141-150.
- [25]. Krasowska, A., Jakubczyk, A., Czernikiewicz, W., Wojnar, M., & Nasierowski, T. (2013). Impulsivity in sexual offenders - New ideas or back to basics? *Psychiatria polska*, 47, 727-744.
- [26]. Khan, O., Ferriter, M., Huband, N., Powney, M., Dennis, J., & Duggan, C. (2015). Pharmacological interventions for those who have sexually offended or are at risk of offending. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(2), Cd007989.
- [27]. Turner, D., Gregório Hertz, P., Sauter, J., Briken, P., & Rettenberger, M. (2018). Pharmacological treatment of sexual offenders in German outpatient treatment centers. *International Clinical Psychopharmacology*, 33(6), 349-352.
- [28]. Schmucker, M., & Lösel, F. (2015). The effects of sexual offender treatment on recidivism: An international meta-analysis of sound quality evaluations. *Journal of Experimental Criminology*, 11(4), 597-630.
- [29]. Winder, B., Lievesley, R., Kaul, A., Elliott, H., Thorne, K., & Hocken, K. (2014). Preliminary evaluation of the use of pharmacological treatment with convicted sexual offenders experiencing high levels of sexual preoccupation, hypersexuality and/or sexual compulsivity. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 25(2), 176-194.
- [30]. Winder, B., Lievesley, R., Elliott, H., Hocken, K., Faulkner, J., Norman, C., & Kaul, A. (2017). Evaluation of the use of pharmacological treatment with prisoners experiencing high levels of hypersexual disorder. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 1-19.
- [31]. Andrews, D., & Bonta, J. (2010). Biological, personal, and social origins of the major risk need factors and personal strengths. In D. Andrews & J. Bonta (Eds.), *The psychology of criminal conduct (Fifth Edition)* (pp. 159-191). Boston: Anderson Publishing, Ltd.
- [32]. Cochrane, J. (2016, 2016-05-26). Indonesia Approves Castration for Sex Offenders Who Prey on Children. *The New York Times*.
- [33]. Grubin, D. & Beech, A. (2010). Chemical castration for sex offenders. *British Medical Journal*, 340, c74.

- [34]. Garcia, F. & Thibaut, F. (2011). Current concepts in the pharmacotherapy of paraphilias. *Drugs*, 71(6), 771-790.