

Transtornos parafílicos: comorbidades e abordagem ética

Arnaldo Barbieri Filho¹, Carmita Helena Najjar Abdo^{II}

Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

RESUMO

As parafilias, antes conhecidas como perversões sexuais, foram, ao longo da história, ora consideradas patologias ora não. Em 2013, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) estabeleceu a distinção entre parafilias e transtornos parafílicos (TP), a partir da qual somente os últimos passaram a ser considerados doenças e, portanto, passíveis de tratamento. A presença de comorbidades e a farmacologia das medicações utilizadas são de fundamental importância na escolha da abordagem dos TP. Drogas que inibem a atividade sexual (como antidopaminérgicos, serotoninérgicos, antiandrogênicos e outras) podem ser prescritas conforme comorbidades sexuais, psiquiátricas ou sistêmicas. Tratar um transtorno exibicionista associado à doença de Wilson e a uma psicose orgânica é diferente de tratar este mesmo TP associado a hipotireoidismo e depressão, por exemplo. É recomendado que o comportamento parafílico seja inibido sem impedir que o sujeito mantenha a função sexual. No entanto, quando o risco de agressão sexual é maior, muitos autores indicam inibição mais intensa, por meio de antiandrogênicos potentes, a chamada “castração química”, a qual não está autorizada no Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Transtornos parafílicos, tratamento farmacológico, comorbidade, sexualidade, ética

INTRODUÇÃO

Ao longo dos últimos 150 anos, os chamados “desvios” ou “perversões” sexuais foram investigados, definidos e categorizados, sendo um grande número de preferências, desejos e comportamentos ora considerados patologia, ora não considerados. Assim, a Psiquiatria se esforçava para distinguir as doenças mentais — como “perversões” e “desvios” sexuais — de imoralidade, falta de ética ou comportamentos ilegais.¹⁻⁴

De acordo com Sharma,⁵ existem pelo menos 40 parafilias nomeadas. Outro autor listou 549 delas,⁶ mas sua totalidade é ainda desconhecida. Estão catalogadas parafilias por idosos, amputados, obesos mórbidos, paraplélicos, cadáveres e inúmeras outras. Há incontável variedade de fontes de excitação parafílica.^{7,8}

Em 2013, a American Psychiatric Association (APA) publicou o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5),⁹ motivo de polêmicas, pois os especialistas

^IPsiquiatra, Mestre em Psiquiatria pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), Delegado do Estado de São Paulo da Sociedade Brasileira de Estudos em Sexualidade Humana (SBRASH).

^{II}Psiquiatra, livre-docente e professora associada do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Coordenadora do Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP. Presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria

Editor responsável por esta seção:

Carmita Helena Najjar Abdo. Psiquiatra, livre-docente e professora associada do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Coordenadora do Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP. Presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria.

Endereço para correspondência:

Arnaldo Barbieri Filho
Av. Braz Olaia Acosta, 727 — sala 205 — Ribeirão Preto (SP) — CEP 14026-040
Tel. (16) 3236-2308 — E-mail: abarbierrfilho@gmail.com

Fonte de fomento: nenhuma. Conflito de interesse: Arnaldo Barbieri Filho foi speaker da Libbs.

Entrada: 26 de maio de 2019. Última modificação: 10 de julho de 2019. Aceite: 11 de julho de 2019.

divergiam sobre o que deveria ser considerado patológico e o que não deveria, em relação às parafilias.^{1,10-15} A novidade do DSM-5 foi a distinção entre parafilia e transtornos parafilicos. O termo parafilia representa qualquer interesse sexual intenso e persistente que não aquele voltado para estimulação genital ou para carícias preliminares com parceiros humanos capazes de consentir, que tenham fenótipo normal e maturidade física. Esse interesse intenso e persistente deve ocorrer por pelo menos seis meses (critério A). Já para se caracterizar o transtorno parafílico, o indivíduo necessita preencher o critério A e também o critério B, que estabelece prática desses impulsos sexuais com pessoa que não consentiu ou que seja incapaz de dar consentimento, ou os impulsos/fantasias sexuais causem sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida. Portanto, somente quando ambos os critérios (A e B) forem contemplados, firma-se o diagnóstico de transtorno parafílico. Se só o critério A ocorrer, não se trata de transtorno parafílico, mas de parafilia. Por outro lado, se o indivíduo tiver a fantasia parafílica sem preencher o critério A, ele não é considerado portador de parafilia e nem de transtornos parafilicos.⁹

No DSM-5,⁹ os transtornos parafilicos são codificados como 302 e subdivididos em: transtorno voyeurista (302.82), transtorno exibicionista (302.4), transtorno frotteurista (302.89), transtorno do masoquismo sexual (302.83), transtorno do sadismo sexual (302.84), transtorno pedofílico (302.2), transtorno fetichista (302.81), transtorno transvéstico (302.3), outros transtornos parafilicos especificados (302.89) e transtornos parafilicos não especificados (302.9).

Como apenas os transtornos parafilicos são doenças, somente estes são passíveis de tratamento. Comorbidades e ética devem ser consideradas para a boa prática clínica.

OBJETIVO

Discutir a importância de se identificarem casos de transtornos parafilicos e tratá-los, levando em consideração as comorbidades e questões éticas.

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

As medicações utilizadas para o tratamento dos transtornos parafilicos visam inibir a função sexual e assim coibir o comportamento parafílico. A ação da serotonina (principalmente no receptor pós-sináptico 5HT_{2A}), a inibição dopaminérgica e o efeito antiandrogênico são os principais mecanismos para alcançar tal inibição. Antes de indicar a melhor medicação para cada caso de transtorno parafílico, é importante fazer o diagnóstico de possíveis comorbidades

psiquiátricas, clínicas e mesmo sexuais. Antipsicóticos, antidepressivos, antiandrogênicos e outros medicamentos são utilizados, dependendo das comorbidades e da gravidade dos transtornos parafilicos, sendo que pacientes resistentes a uma única medicação podem se beneficiar de uma associação.^{16,17}

Transtornos de humor, fobia social, dependência química, transtorno do déficit de atenção e hiperatividade e transtornos do neurodesenvolvimento podem estar associados à desinibição sexual e agressividade, manifestadas nos transtornos parafilicos. O tratamento farmacológico desses quadros pode amenizar os sintomas de transtornos parafilicos, se tais drogas inibirem a função sexual.¹⁸

A associação entre sintomas obsessivos e parafilias é amplamente reconhecida.¹⁹ O uso de antidepressivos pode minimizar ambos os quadros. Drogas serotoninérgicas, como os inibidores seletivos de recaptção de serotonina, podem mediar a natureza obsessivo-compulsiva das fantasias sexuais, inibindo a frequência e a intensidade delas, além de tratar a depressão e a ansiedade. Assim, os antidepressivos controlam o comportamento gerado pelo apetite sexual exacerbado e tratam as comorbidades.^{20,21}

Os antidepressivos podem inibir os transtornos parafilicos por vários mecanismos. A ação no receptor pós-sináptico 5HT_{2A} tende a diminuir o desejo, o orgasmo e, às vezes, a excitação. Antidepressivos anticolinérgicos podem dificultar a ereção. Antidepressivos anti-histamínicos e anti-alfa-1-adrenérgicos também inibem a função sexual.^{17,22} Assim, os antidepressivos diminuem o comportamento gerado por esse apetite sexual exacerbado e tratam as comorbidades como depressão, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e quadros ansiosos.^{20,21}

Volpe e Tavares²³ publicaram um caso de um paciente com doença de Wilson (uma rara doença hereditária que provoca acúmulo tóxico de cobre nos tecidos, especialmente no fígado), que desenvolveu um surto psicótico diagnosticado como de base orgânica, e passou a cometer atos exibicionistas. Os tratamentos da doença de Wilson com d-penicilamina ou com citrato de zinco não alteraram a excreção urinária de cobre. O uso de antipsicóticos reverteu a psicose, mas não o transtorno parafílico (mesmo com o efeito antidopaminérgico inibindo a função sexual). Com a adição da ciproterona, que tem efeito antiandrogênico, ele deixou de cometer os atos parafilicos.

Assim, drogas utilizadas para tratar comorbidades podem ser úteis também na inibição da função sexual do indivíduo com transtorno parafílico. Porém, é recomendado, sempre que possível, que tal inibição seja em um nível que preserve a função sexual não parafílica do sujeito.

Os antipsicóticos inibem a função sexual, principalmente pelo efeito antidopaminérgico, mas também por ação

anticolinérgica, anti-histamínica e anti-alfa-1-adrenérgica. São indicados para pacientes psicóticos e bipolares (estes, mesmo se não psicóticos). Injeções quinzenais ou mensais facilitam a adesão.^{17,24} A naltrexona é antidopaminérgica, controlando assim os transtornos parafilicos. É utilizada para o tratamento de alcoolismo.^{25,26}

Estabilizadores de humor são úteis em quadros de bipolaridade e impulsividade. A inibição da função sexual ocorre com o lítio e os anticonvulsivantes, como o ácido valproico, a carbamazepina, a oxcarbazepina e o topiramato. Os mecanismos de tais inibições não são bem conhecidos, porém parece que a ação gabaérgica tem papel importante.²⁷⁻³¹

Antiandrógenos como a medroxiprogesterona, a ciproterona e os agonistas parciais do hormônio hipotalâmico liberador do hormônio luteinizante (LHRH) podem inibir a sexualidade de maneira mais intensa. A medroxiprogesterona age sobre os hormônios sexuais hipofisários e a 5 α -reductase. Assim, suprime o efeito androgênico. A administração intramuscular a cada três meses facilita a adesão.³²⁻³⁴ A ciproterona tem ação antiandrogênica em intensidade semelhante à medroxiprogesterona e maior que os antidepressivos.³⁵ Compete com receptores de androgênios das células-alvo e também possui ação progestágena, que resulta na inibição de produção de gonadotrofinas pela hipófise. A apresentação oral de uso diário dificulta a adesão, que melhora com a aplicação intramuscular semanal.^{32,36-38}

A triptorelina, a goserrelina e o leuprolide são agonistas parciais do LHRH e propiciam menor concentração androgênica, chegando a níveis de castração química. Portanto, são indicados para agressores sexuais, inibindo mais o desejo que a ereção, a qual se torna improvável, mas pode ocorrer, tal como acontece com a castração física (orquidectomia). As aplicações por meio de injeções mensais ou trimestrais facilitam a adesão.^{16,34,39,40}

QUESTÕES ÉTICAS

O tratamento mais adequado para cada paciente depende do diagnóstico das patologias sexuais, psiquiátricas e médico-gerais.⁴¹ Depende também do tipo de transtornos parafilico e de sua gravidade, principalmente quanto ao risco de agressão sexual.¹⁶

No caso de um agressor sexual esquizofrênico, por exemplo, o tratamento com antipsicóticos pode ser suficiente, por conta do efeito antidopaminérgico dessas drogas.^{17,39} Um oligofrênico agressor pode se beneficiar de condutas psicoterápicas e antipsicóticos.^{42,43} Um depressivo com intensas fantasias de pedofilia pode usar uma droga serotoninérgica e isso evitar que ele cometa ato de abuso de crianças, pois a ação da serotonina em 5 HT_{2A} inibe impulsos sexuais.¹⁷

Em alguns países, como Estados Unidos e Reino Unido, são discutidas leis específicas para sadismo e masoquismo. Os rituais sadomasoquistas variam desde atos leves e consensuais até hipoxifilia, que pode ser fatal, mesmo que consensual.⁴⁴⁻⁴⁶

Um tumor de lobo frontal pode desencadear comportamentos pedofílicos. Evidentemente, o tratamento deve levar em conta que a retirada do suposto tumor pode ser suficiente para inibir tais atos parafilicos.⁴⁷

Por outro lado, a sociedade precisa ser protegida dos agressores sexuais, sejam eles pedófilos, exibicionistas, voyeurs, frotteuristas, necrófilos ou não parafilicos. Assim, a avaliação criteriosa quanto à possibilidade de agressão é muito importante.⁴⁸

Como as pesquisas com transtornos parafilicos encontram barreiras éticas, a avaliação de risco de agressão sexual não é tarefa fácil.⁴⁹ Escalas para investigar risco de recidivas foram, então, desenvolvidas com a intenção de tornar mais objetivo este trabalho.⁵⁰⁻⁵³

Os antiandrógenos são reservados para casos de maior gravidade, onde há risco de agressão sexual.^{16,37,49,54} Estas medicações, utilizadas de forma voluntária ou não (por ordem judicial), controlam amplamente a libido, até em níveis de castração, como os agonistas parciais LHRH. Podem gerar muitos efeitos colaterais (osteoporose, infertilidade e hepatotoxicidade), o que determina que o paciente assine que está ciente dos efeitos dessas medicações e que deve monitorar periodicamente com exames de controle.⁵⁴⁻⁵⁶

A orquidectomia é um recurso extremo de castração física (definitiva). Porém nem a castração química (com antiandrógenos) nem a física inibem totalmente as ereções. Ambas controlam acentuadamente a libido e diminuem bastante a possibilidade de que ereções ocorram.^{21,57} Vale frisar que nenhum tipo de castração, no intuito de controlar os transtornos parafilicos, está regulamentada no Brasil.

Diante de tal variedade terapêutica, é prudente que as drogas (antidepressivos, antiandrógenos e outros) sejam prescritas por médicos experientes no uso de cada uma delas.^{39,58,59} As escalas de avaliação de risco também só devem ser aplicadas por especialistas na sua utilização.^{50,52,53} Nos países em que essa alternativa está autorizada, cada caso deve ser discutido entre psiquiatras e juristas antes que se tome uma decisão de castração química, pois o assunto é extremamente delicado.^{32,58,60} Os direitos de todos (vítima, agressor sexual e público em geral) devem ser observados.^{34,55}

CONCLUSÕES

Apenas os transtornos parafilicos são alvo de tratamento medicamentoso. Ou seja, quando o indivíduo tem sofrimento ou

quando realiza o ato parafílico com alguém que não consentiu ou não tem capacidade de consentir, o tratamento se impõe.

A presença de comorbidades rege a escolha da melhor medicação para cada caso. Tais drogas visam inibir o

comportamento parafílico sem impedir que o sujeito mantenha sua função sexual. Para os casos de agressores sexuais, está indicada e autorizada, em alguns países, inibição mais intensa. No Brasil, essa “castração química” não está autorizada.

REFERÊNCIAS

1. De Block A, Adriaens PR. Pathologizing sexual deviance: a history. *J Sex Res*. 2013;50(3-4):276-98. PMID: 23480073; doi: 10.1080/00224499.2012.738259.
2. Freud S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: Freud S, editor. *Obras completas*. Tradução de Vera Ribeiro; revisão de Maira Parulla, Angela Castelo Branco, Rita Vinagre. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda; 1989. p. 118-230.
3. Kapfhammer HP. Richard Freiherr v. Krafft-Ebing and Sigmund Freud--discourse on the “normality” and “perversion” of human sexuality at the close of the 19th century and the beginning of the 20th century. *Neuropsychiatr*. 2015;29(4):163-78. PMID: 26099905; doi: 10.1007/s40211-015-0148-8.
4. Krafft-Ebing R. *Psychopathia sexualis: the classic study of deviant sex*. New York: Arcade Publishing; 2011.
5. Sharma BR. Disorders of sexual preference and medicolegal issues thereof. *Am J Forensic Med Pathol*. 2003;24(3):277-82. PMID: 12960665; doi: 10.1097/01.paf.0000069503.21112.d2.
6. Aggrawal A. *Forensic and medico-legal aspects of sexual crimes and unusual sexual practices*. Boca Raton: CRC Press; 2009. ISBN 10: 1420043080; ISBN 13: 9781420043082.
7. Kaul A, Duffy S. Gerontophilia--a case report. *Med Sci Law*. 1991;31(2):110-4. PMID: 2062191 DOI: 10.1177/002580249103100204.
8. Kolla NJ, Zucker KJ. Desire for non-mutilative disability in a nonhomosexual, male-to-female transsexual. *Arch Sex Behav*. 2009;38(6):1057-63. PMID: 19387814; doi: 10.1007/s10508-009-9501-y.
9. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders-DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
10. Fedoroff JP. Forensic and diagnostic concerns arising from the proposed DSM-5 criteria for sexual paraphilic disorder. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2011;39(2):238-41. PMID: 21653271.
11. Fedoroff JP, Di Gioacchino L, Murphy L. Problems with paraphilias in the DSM-5. *Curr Psychiatry Rep*. 2013;15(8):363. PMID: 23881707; doi: 10.1007/s11920-013-0363-6.
12. Krueger RB. The DSM diagnostic criteria for sexual sadism. *Arch Sex Behav*. 2010;39(2):325-45. PMID: 19997774; doi: 10.1007/s10508-009-9586-3.
13. Krueger RB. The DSM diagnostic criteria for sexual masochism. *Arch Sex Behav*. 2010;39(2):346-56. doi: 10.1007/s10508-010-9613-4. PMID: 20221792; doi: 10.1007/s10508-010-9613-4.
14. Krueger RB. Critical appraisals of the proposed DSM-5 paraphilia diagnoses. *J J Am Acad Psychiatry Law*. 2011;39(2):237. PMID: 1653270.
15. Wakefield JC. DSM-5 proposed diagnostic criteria for sexual paraphilias: tensions between diagnostic validity and forensic utility. *Int J Law Psychiatry*. 2011;34(3):195-209. PMID: 21531463; doi: 10.1016/j.ijlp.2011.04.012.
16. Briken P, Hill A, Berner W. Pharmacotherapy of paraphilias with long-acting agonists of luteinizing hormone-releasing hormone: a systematic review. *J Clin Psychiatry*. 2003;64(8):890-7. PMID: 12927003.
17. Stahl SM. *Stahl's essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications*. 4ª ed. New York: Cambridge University Press; 2013. ISBN-10: 9781107686465; ISBN-13: 978-1107686465.
18. Kafka M. Axis I psychiatric disorders, paraphilic sexual offending and implications for pharmacological treatment. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2012;49(4):255-61. PMID: 23585462.
19. Steinberg H. Introduction and transformation of the psychiatric term “anancasm”: From Gyula (Julius) Donáth via Kurt Schneider to ICD-10. *Nervenarzt*. 2014;85(9):1171-4. PMID: 24036702; doi: 10.1007/s00115-013-3841-5.
20. Abdo CHN. *Sexualidade humana e seus transtornos*. 4ª ed. São Paulo: Casa Leitura Médica; 2012. ISBN-10: 8561125837; ISBN-13: 978-8561125837.
21. Assumpção AA, Garcia FD, Garcia HD, Bradford JM, Thibaut F. Pharmacologic treatment of paraphilias. *Psychiatr Clin North Am*. 2014;37(2):173-81. PMID: 24877704; doi: 10.1016/j.psc.2014.03.002.
22. Hallward A, Ellison JM. *Antidepressants and sexual function*. London: Harcourt Health Communications; 2001.
23. Volpe FM, Tavares A. Cyproterone for hypersexuality in a psychotic patient with Wilson's disease. *Aust N Z J Psychiatry*. 2000;34(5):878-9. PMID: 11037385; doi: 10.1080/j.1440-1614.2000.08221.x.
24. Khan O, Ferriter M, Huband N, et al. Pharmacological interventions for those who have sexually offended or are at risk of offending. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(2):CD007989. PMID: 25692326; doi: 10.1002/14651858.CD007989.pub2.
25. Ryback RS. Naltrexone in the treatment of adolescent sexual offenders. *J Clin Psychiatry*. 2004;65(7):982-6. PMID: 15291688.
26. Módolo JC. *Revia: cloridrato de naltrexona [bula de remédio]*. Itapira: Cristália; 2014.
27. Kafka MP. Successful antidepressant treatment of nonparaphilic sexual addictions and paraphilias in men. *J Clin Psychiatry*. 1991;52(2):60-5. PMID: 1993637.
28. Wang SC, Kao YC, Liu YP. Divalproex sodium and quetiapine treatment of a pedophile with bipolar spectrum disorder. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2014;26(3):E47-8. PMID: 25093789; doi: 10.1176/appi.neuropsych.13080189..
29. Varela D, Black DW. Pedophilia treated with carbamazepine and clonazepam. *Am J Psychiatry*. 2002;159(7):1245-6. PMID: 12091213.
30. Corretti G, Baldi I. Oxcarbazepine reduces exhibitionist urges and behaviors in a paraphilic patient. *Arch Sex Behav*. 2010;39(5):1025-6. PMID: 20379772; doi: 10.1007/s10508-010-9626-z.
31. Shiah IS, Chao CY, Mao WC, Chuang YJ. Treatment of paraphilic sexual disorder: the use of topiramate in fetishism. *Int Clin Psychopharmacol*. 2006;21(4):241-3. PMID: 16687996.
32. Guay DR. Drug treatment of paraphilic and nonparaphilic sexual disorders. *Clin Ther*. 2009;31(1):1-31. PMID: 19243704; doi: 10.1016/j.clinthera.2009.01.009.

33. Bumerad JC. Depo-provera: acetato de medroxiprogesterona [bula de remédio]. Guarulhos: Pfizer; 2014.
34. Thibaut F, Bradford JM, Briken P, et al. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the treatment of adolescent sexual offenders with paraphilic disorders. *World J Biol Psychiatry*. 2016;17(1):2-38. PMID: 26595752; doi: 10.3109/15622975.2015.1085598.
35. Cooper AJ, Sandhu S, Losztyn S, Cernovsky Z. A double-blind placebo controlled trial of medroxyprogesterone acetate and cyproterone acetate with seven pedophiles. *Can J Psychiatry*. 1992;37(10):687-93. PMID: 1473073.
36. Bradford JM, Pawlak A. Double-blind placebo cross over study of cyproterona acetate in the treatment of the paraphilias. *Arch Sex Behav*. 1993;22(5):383-402. PMID: 8239971.
37. Codispoti VL. Pharmacology of sexually compulsive behavior. *Psychiatr Clin North Am*. 2008;31(4):671-9. PMID: 18996306; doi: 10.1016/j.psc.2008.06.002.
38. Mimura DE. Androcure: acetato de ciproterona [bula de remédio]. São Paulo: Bayer; 2015.
39. Garcia FD, Thibaut F. Current concepts in the pharmacotherapy of paraphilias. *Drugs*. 2011;71(6):771-90. PMID: 21504253; doi: 10.2165/11585490-000000000-00000.
40. Teixeira GHVC. Zoladex: acetato de goserrelina [bula de remédio]. Cotia: Astra Zenica; 2015.
41. Jairam J, van Marle HJ. The treatment of hypersexuality in a male with obsessive compulsive disorder as psychiatric comorbidity. *Tijdschr Psychiatr*. 2008;50(2):113-7. PMID: 18264903.
42. Keeling JA, Rose JL. Relapse prevention with intellectually disabled sexual offenders. *Sex Abuse*. 2005;17(4):407-23. PMID: 16341602; doi: 10.1177/107906320501700405.
43. Rea JA, Dixon MR, Zettle RD, Wright KL. The development of in vivo measures to assess the impact of sex-drive reducing medications in an offender with an intellectual disability. *Arch Sex Behav*. 2017;46(3):843-859. PMID: 27671782; doi: 10.1007/s10508-016-0832-1.
44. Ridinger RB. Negotiation limits: the legal status of S/M in the United States. *J Homosex*. 2006;50(2-3):189-216. PMID: 16803764; doi: 10.1300/J082v50n02_09.
45. White C. The spanner trials and the changing law on sadomasochism in the UK. *J Homosex*. 2006;50(2-3):167-87. PMID: 16803763; doi: 10.1300/J082v50n02_08.
46. Wright S. Discrimination of SM-identified individuals. *J Homosex*. 2006;50(2-3):217-31. PMID: 16803765; doi: 10.1300/J082v50n02_10.
47. Gilbert F, Focquaert F. Rethinking responsibility in offenders with acquired paedophilia: punishment or treatment? *Int J Law Psychiatry*. 2015;38:51-60. doi: 10.1016/j.ijlp.2015.01.007.
48. Lewis A, Grubin D, Ross CC, Das M. Gonadotrophin-releasing hormone agonist treatment for sexual offenders: Asystematic review. *J Psychopharmacol*. 2017;31(10):1281-93. PMID: 28661259; doi: 10.1177/0269881117714048.
49. Briken P, Müller JL, Berner W, et al. Failure of a study in forensic psychiatric hospitals: Clinical trial to investigate the additive effect of triptorelin on the efficacy of psychotherapy. *Nervenarzt*. 2017;88(5):480-5. PMID: 28289788; doi: 10.1007/s00115-017-0301-7.
50. Looman J, Morphet NA, Abracen J. Does consideration of psychopathy and sexual deviance add to the predictive validity of the static-99R? *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 2013;57(8):939-65. PMID: 22641857; doi: 10.1177/0306624X12444839.
51. Seto MC, Eke AW. Predicting recidivism among adult male child pornography offenders: Development of the Child Pornography Offender Risk Tool (CPORT). *Law Hum Behav*. 2015;39(4):416-29. PMID: 25844514; doi: 10.1037/lhb0000128.
52. Rasmussen LAL. Comparing predictive validity of JSORRAT-II and MEGA-J with sexually abusive youth in long-term residential custody. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 2018;62(10):2937-53. PMID: 28863722; doi: 10.1177/0306624X17726550.
53. Reeves SG, Ogloff JRP, Simmons M. The predictive validity of the Static-99, Static-99R, and Static-2002/R: Which one to use? *Sexual Abuse*. 2018;30(8):887-907. PMID: 28597720; doi: 10.1177/1079063217712216.
54. Melella JT, Travin S, Cullen K. Legal and ethical issues in the use of antiandrogens in treating sex offenders. *Bull Am Acad Psychiatry Law*. 1989;17(3):223-32. PMID: 2529005.
55. Le Dare B, Jehannin A, Lanoe F, et al. Treatment management of sexual offenders. *Ann Pharm Fr*. 2015;73(4):257-65. PMID: 25605258; doi: 10.1016/j.pharma.2014.12.004.
56. Turner D, Petermann J, Harrison K, Krueger R, Briken P. Pharmacological treatment of patients with paraphilic disorders and risk of sexual offending: An international perspective. *World J Biol Psychiatry*. 2017;1-10. PMID: 29057702; doi: 10.1080/15622975.2017.1395069.
57. Lee JY, Cho KS. Chemical castration for sexual offenders: physicians' views. *J Korean Med Sci*. 2013;28(2):171-2. PMID: 23401647; doi: 10.3346/jkms.2013.28.2.171.
58. Saleh FM, Grudzinskas AJ Jr, Malin HM, Dwyer RG. The management of sex offenders: perspectives for psychiatry. *Harv Rev Psychiatry*. 2010;18(6):359-68. PMID: 21080774; doi: 10.3109/10673229.2010.533003.
59. Silvani M, Mondaini N, Zucchi A. Androgen deprivation therapy (castration therapy) and pedophilia: What's new. *Arch Ital Urol Androl*. 2015;87(3):222-6. PMID: 26428645; doi: 10.4081/aiua.2015.3.222.
60. Scott CL, Holmberg T. Castration of sex offenders prisoners' rights versus public safety. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2003;31(4):502-9. PMID: 14974806.