

MANEJO FARMACOLÓGICO DO OFENSOR SEXUAL

Prof. MSc. Thiago Blanco

Do currículo do apresentador

Médico, Psiquiatra Geral e Psiquiatra da Infância e Adolescência

Mestre em Psiquiatria e Psicologia Médica pela Universidade Federal de São Paulo - Unifesp

Preceptor do Programa de Residência Médica em Psiquiatria do Hospital de Base do Distrito Federal

Preceptor colaborador dos Programas de Residência Médica em Psiquiatria da Infância e Adolescência e Neuropediatria no Hospital da Criança de Brasília

Professor responsável pela Liga de Psiquiatria Clínica da Faculdade de Medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde

Coordenador no Curso de Especialização em Saúde Mental da Infância e Adolescência (CESMIA) na Universidade Federal de São Paulo

Conselheiro titular do Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal

Do vínculos do apresentador



Do objeto da apresentação

Avaliar o papel dos agentes farmacológicos na diminuição da taxa de recidiva criminal em ofensores sexuais, especialmente em adultos.

Das taxa de recidiva

- **Ofensores sexuais de meninos não familiares: 35%**
(em 15 anos)
- **Ofensores de meninas não familiares: 16%** (em 15 anos)
- **Ofensores por incesto: 13%** (em 5 anos)

Da intervenção

- O objetivo terapêutico é suprimir as fantasias e comportamentos sexuais disruptivos, inibir as necessidades/urgências sexuais, o que por seu turno pode reduzir as taxas de vitimização, ao mesmo tempo que mantenha e estimule os interesses sexuais normofílicos.

Da biologia

TESTOSTERONA

Testosterona

- Efeitos:
 - **Processos autonômicos** (respostas fisiológicas ao estímulo sexual)
 - **Aspectos cognitivos** (percepção e classificação dos estímulos como sexualmente convidativos)
 - **Aspectos emocionais** (prazer associado ao aumento da excitação)
 - **Aspectos motivacionais** (necessidade percebida em engajar-se em atividade sexual).

Dos dados científicos aplicados

- De fato, baixos níveis de testosterona estão relacionados a diminuição da frequência de fantasias sexuais, excitabilidade sexual e motivação para o ato sexual.
- Altas taxas de testosterona estão relacionados a maior grau de comportamento agressivo no homem.

Dos dados científicos aplicados

Contraditório:

- As taxas normais de testosterona são muito maiores do que as taxas mínimas para manter a função sexual preservada (Krueger & Kaplan, 2001)
- A correlação entre agressividade e nível de testosterona existe mas sua correlação é muito baixa. Essa correlação seria demasiado reducionista para o entendimento do comportamento humano.

Dos dados científicos aplicados

- O comportamento sexual (criminoso ou não) em geral não é mediado pelas urgências sexuais, mas pelas condições situacionais e no caso de ofensores sexuais por tendências antissociais prévias. Logo, as fantasias e a excitabilidade não são os elementos decisórios no processo de engajamento sexual.

Do Sex Offenders Have Higher Levels of Testosterone? Results From a Meta-Analysis

Jennifer S. Wong¹ and Jason Gravel²

Sexual Abuse: A Journal of
Research and Treatment
1–22

© The Author(s) 2016

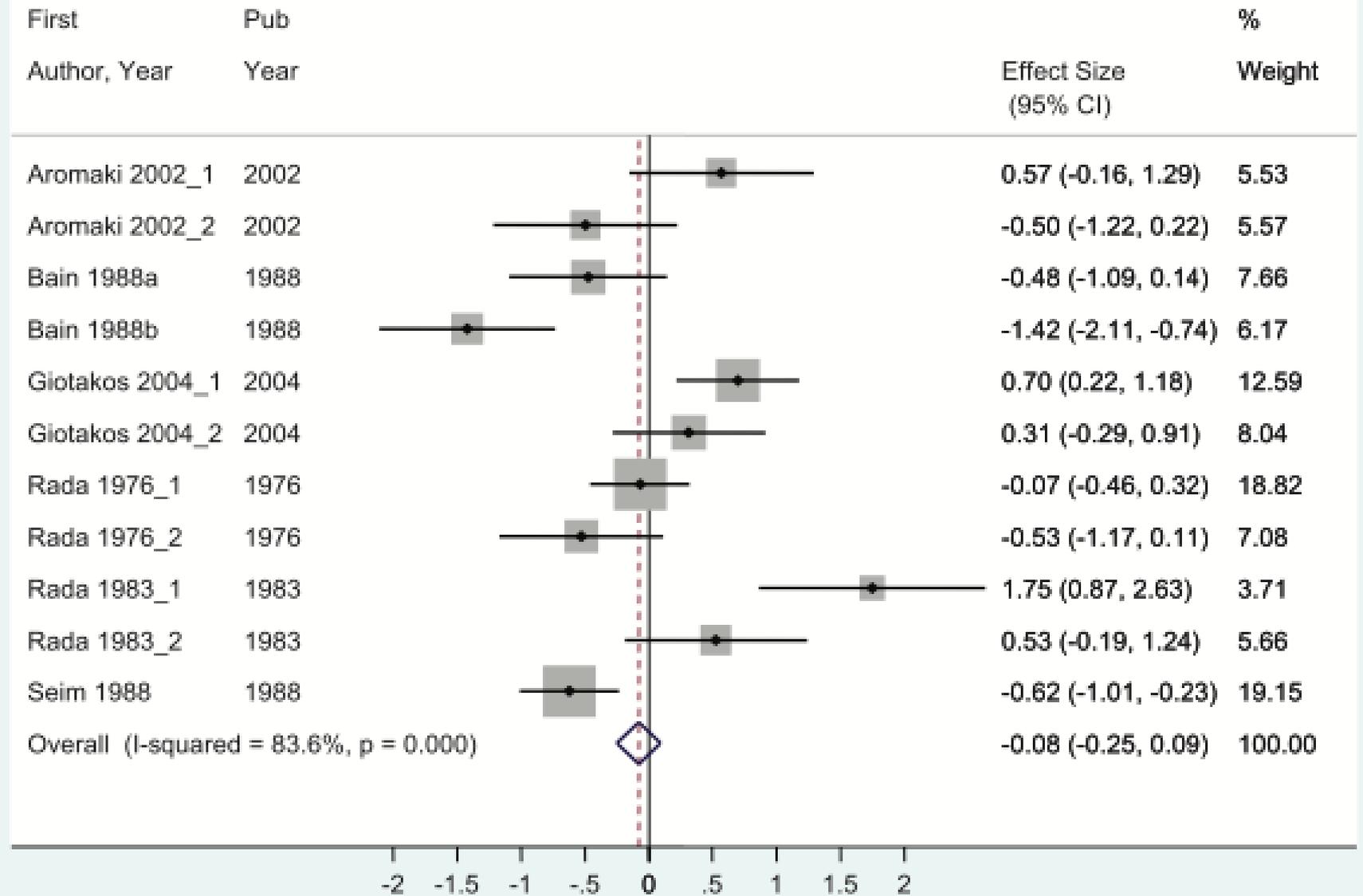
Reprints and permissions:

sagepub.com/journalsPermissions.nav

DOI: 10.1177/1079063216637857

sax.sagepub.com





- O estudo mostra claramente que não há evidência de que haja qualquer anormalidade química/endocrinológica em ofensores sexuais.
- Se a castração química for efetiva, não é devido a uma condição médica anormal mas devido à inibição do funcionamento sexual típico de todo ser humano.

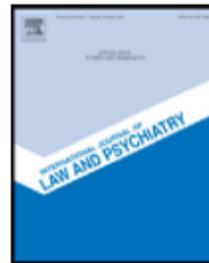
International Journal of Law and Psychiatry 36 (2013) 235–240



ELSEVIER

Contents lists available at [SciVerse ScienceDirect](#)

International Journal of Law and Psychiatry



Can sexual offenders be treated?

John M.W. Bradford ^{*}, Paul Fedoroff, Sanjiv Gulati

Psychiatry, University of Ottawa, Canada



Das conclusões do estudo

- Infelizmente, o nível de evidência para o uso de medicações psicotrópicas para reduzir o impulso sexual é muito limitada;
- A maior parte dos estudos configuram-se como estudos de opinião ou estudos abertos.
- Os dados que existem dizem respeito ao tratamento de indivíduos (ofensores ou não) como comportamento parafílico.

Transtornos parafílicos

- *Parafilia*: qualquer interesse sexual intenso e persistente que não aquele voltado para a estimulação genital ou para carícias preliminares com parceiros humanos que consentem e apresentam fenótipo normal e maturidade física.
- *Transtorno parafílico* é uma parafilia que está causando sofrimento ou prejuízo ao indivíduo ou cuja satisfação implica dano ou risco de dano pessoal a outros.

Dos recursos medicamentosos

- Existem três classes de medicação com potencial de uso em ofensores sexuais com comportamento parafílico:
 - Antidepressivos inibidores da recaptação de serotonina
 - Esteróides antiandrogênicos
 - Inibidores do GnRH



GUIDELINES

The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the biological treatment of paraphilias

**FLORENCE THIBAUT¹, FLORA DE LA BARRA², HARVEY GORDON^{3,4}, PAUL COSYNS⁵,
JOHN M. W. BRADFORD⁶ & the WFSBP Task Force on Sexual Disorders***

¹Faculty of Medicine, Rouen University Hospital Ch. Nicolle, University of Rouen, Rouen, France, ²East Psychiatry and Mental Health Department, University of Chile, Clinica las Condes, Chile, ³Littlemore Mental Health Centre, Oxford, UK,

⁴Department of Forensic Psychiatry, University of Oxford, Oxford, UK, ⁵University of Antwerp, Antwerp, Belgium, and

⁶University of Ottawa, Queen's University and Royal Ottawa HealthCare Group, Ottawa, Canada

Table V. Algorithm of pharmacological treatment of paraphilias.

LEVEL 1

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Aim: control of paraphiliac sexual fantasies, compulsions and behaviours without impact on conventional sexual activity and on sexual desire | <ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapy (preferentially cognitive behavioural therapy if available (Level C), no level of evidence for other forms of psychotherapy) |
|--|--|

LEVEL 2

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Aim: control of paraphiliac sexual fantasies, compulsions and behaviours with minor impact on conventional sexual activity and on sexual desire • May be used in all mild cases (“hands off” paraphilias with low risk of sexual violence, i.e. exhibitionism without any risk of rape or paedophilia) • No satisfactory results at level 1 | <ul style="list-style-type: none"> • SSRIs: increase the dosage at the same level as prescribed in OCD (e.g., fluoxetine 40–60 mg/day or paroxetine 40 mg/day (Level C)) |
|---|---|

LEVEL 3

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Aim: control of paraphiliac sexual fantasies, compulsions and behaviours with a moderate reduction of conventional sexual activity and sexual desire • ‘Hands on’ paraphilias with fondling but without penetration • Paraphiliac sexual fantasies without sexual sadism • No satisfactory results at level 2 after 4–6 weeks of SSRIs at high dosages | <ul style="list-style-type: none"> • Add a low dose antiandrogen (e.g., cyproterone acetate 50–100 mg/day) to SSRIs (Level D) |
|---|--|

LEVEL 4

- Aim: control of paraphiliac sexual fantasies, compulsions and behaviours with a substantial reduction of sexual activity and desire
- Moderate and high risk of sexual violence (severe paraphilias with more intrusive fondling with limited number of victims)
- No sexual sadism fantasies and/or behaviour (if present: go to level 5)
- Compliant patient, if not: use i.m. form or go to level 5
- No satisfactory results at level 3

- First choice: full dosage of cyproterone acetate (CPA): oral, 200–300 mg/day or i.m. 200–400 mg once weekly or every 2 weeks; or use medroxyprogesterone acetate: 50–300 mg/day if CPA is not available (Level C)
- If co-morbidity with anxiety, depressive or obsessive compulsive symptoms, SSRI's might be associated with cyproterone acetate

LEVEL 5

- Aim: control of paraphiliac sexual fantasies, compulsions and behaviours with an almost complete suppression of sexual desire and activity
- High risk of sexual violence and severe paraphilias
- Sexual sadism fantasies and/or behaviour or physical violence
- No compliance or no satisfactory results at level 4

- Long acting GnRH agonists, i.e. triptorelin or leuprolide acetate 3 mg/month or 11,25 mg i.m. every 3 months (Level C)
- Testosterone levels measurements may be easily used to control the GnRH agonist treatment observance if necessary
- Cyproterone acetate may be associated with GnRH agonist treatment (one week before and during the first month of GNRHa) to prevent a flare up effect and to control the relapse risk of deviant sexual behaviour associated with the flare up effect

LEVEL 6

- Aim: control of paraphiliac sexual fantasies, compulsions and behaviours with a complete suppression of sexual desire and activity
- Most severe paraphilias (catastrophic cases)
- No satisfactory results at level 5

- Use antiandrogen treatment, i.e. cyproterone acetate (50–200 mg/day per os or 200–400 mg once weekly or every 2 weeks i.m.) or, medroxyprogesterone acetate (300–500 mg/week i.m if CPA not available) in addition to GnRH agonists (Level D)
- SSRI's may also be added (No level of evidence)

The World Journal of Biological Psychiatry

ISSN: 1562-2975 (Print) 1814-1412 (Online) Journal homepage: <http://www.tandfonline.com/loi/iwbp20>

The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the treatment of adolescent sexual offenders with paraphilic disorders

Florence Thibaut, John M. W. Bradford, Peer Briken, Flora De La Barra, Frank Häßler, Paul Cosyns & on behalf of the WFSBP Task Force on Sexual Disorders

Table IV. Algorithm of pharmacological treatment of adolescent sexual offenders with paraphilic disorders.

Treatment	Pharmacological treatments	Psychological treatments
<p>Level 1 Sexual offenders with paraphilic disorders without violence Age 12 or more</p>	None	<p>Indicated in all cases as a first-line treatment Types of psychological treatments: Motivational interviewing to prevent treatment drop outs (Level D)</p>
<p>Level 2 Adolescent "hands off" or "hands on" sexual offender with low or moderate levels of violence (e.g., indecent exposure, touching the body or genital parts of another person)</p>	<p>SSRIs: increase the dosage at the same level as prescribed in OCD (e.g., fluoxetine (up to 40 mg/day) or sertraline (100–150 mg/day)) (depending on age) (Level D)</p>	<p>–Multisystemic treatment (MST) (Level C) –Cognitive behaviour therapy (CBT) (Level C) –Psycho-social-educational interventions (at least if both previous therapies are not available) (Level D) Treatment preferably delivered in peer group settings Community treatment, or residential if indicated</p>
<p>Level 3 Adolescent sexual offender with high risk of violent sexual offending behaviour (e.g., associated with coercive sexual sadism in fantasies and/or behaviour) Tanner stage V required</p>	<p>Add antiandrogens at the lowest effective dosage and check every 6 months the need for antiandrogen treatment (Level D)</p> <p>Depending on the risk of sexual violence: first step: SSRI's plus a low dose of antiandrogen (e.g., cyproterone acetate 50 mg/day) second step (if no success with step 1 or very high risk): Cyproterone acetate: 100–200 mg/day or Medroxyprogesterone acetate: 50–300 mg/day if CPA is not available or Long acting GnRH agonists, e.g., triptoreline or leuprolide acetate: 3 mg/month or 11.25 mg i.m. every 3 months (cyproterone acetate may be associated with GnRH agonist treatment one week before and during the first month of GNRHa to prevent a flare-up effect and to control the relapse risk of deviant sexual behaviour which may be associated to the flare-up effect)</p>	
<p>Level 4 Same as level 3, but age 17 or older Tanner stage V required</p>	<p>Same as level 3, but no time limit for antiandrogen treatment (Level C for adults)</p>	

Das recomendações gerais:

- Avaliação e monitorização médica geral e psiquiátrica criteriosa e regular;
- A condição deve representar um sério risco de dano a si mesmo ou à integridade de outras pessoas;
- Esgotamento dos recursos não medicamentosos para o manejo do transtorno parafílico;
- Consentimento informado do paciente
- O tratamento medicamentoso deve ser parte de um plano terapeutico ampliado qual deve ser regularmente revisado.

Conclusão

- A literatura sustenta de forma muito frágil a adoção de tratamentos medicamentosos para indivíduos portadores de transtorno parafílico, qual inclui a pedofilia;
- Para casos não caracterizados como transtorno parafílico, não há suporte científico para a prescrição medicamentosa;

Obrigado.