



Antiandrogene Behandlung von Menschen mit Intelligenzminderung in der ambulanten Nachsorge

Tatjana Voß¹ · Rebecca Reichel¹ · Daniela Calvano¹

Eingegangen: 24. Juni 2020 / Angenommen: 1. Oktober 2020 / Online publiziert: 12. November 2020
© Der/die Autor(en) 2020, korrigierte Publikation 2021

Zusammenfassung

Die antiandrogene Behandlung von Menschen mit paraphilen Störungen, die Sexualstraftaten begangen haben, gilt inzwischen als Standard zur Reduktion ihres Rückfallrisikos. Oftmals ist die medikamentöse Behandlung eine Voraussetzung, dass eine sichere Entlassung aus dem 63iger Maßregelvollzug in ein stabiles Nachsorgesetting möglich ist. Menschen mit Intelligenzminderung weisen sowohl ein erhöhtes Risiko auf, Sexualstraftaten zu begehen, als auch ein erhöhtes einschlägiges Rückfallrisiko. Daher stellt auch für Menschen mit Intelligenzminderung (IM) eine möglicherweise langfristige antiandrogene Behandlung eine wichtige Option zur Reduktion von paraphilen Phantasien dar und reduziert eine entsprechende paraphile Ansprechbarkeit sicher und nachhaltig. Der vorliegende Beitrag schildert bei 8 Menschen mit Intelligenzminderung, die eine Sexualstraftat begangen haben, die Sicherstellung einer indizierten antiandrogenen Behandlung im ambulanten Setting im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans mit dem Schwerpunkt des Monitorings von unerwünschten Anwendungswirkungen.

Schlüsselwörter Verhaltensauffälligkeiten · Ambulante medikamentöse Behandlung · Sexualstraftäter · Management von Nebenwirkungen · Rückfälligkeit

Androgen deprivation therapy for people with intellectual disability in outpatient aftercare

Abstract

Today androgen deprivation therapy of individuals who are diagnosed with paraphilic disorders and who have also sexually offended in the past is considered as standard procedure in order to reduce the risk of reoffending. In many cases medicinal treatment is a precondition that enables a safe release from forensic psychiatry into an established aftercare setting. Individuals who are diagnosed with an intellectual disability have a higher risk to sexually offend in the first place and also have a higher risk to sexually reoffend. Therefore, for individuals diagnosed with an intellectual disability (possibly long-term prescribed) hormonal treatment is also an important option in order to securely and permanently reduce paraphilic phantasies and to reduce paraphilic interests and drive. This article presents eight cases of an indicated antiandrogenic treatment in an outpatient setting. Androgen deprivation therapy is part of a holistic treatment plan that focuses on monitoring undesirable side effects.

Keywords Challenging behaviour · Sexual delinquency · Management of side effects · Forensic outpatient aftercare · Risk of recidivism

Einleitung

Das Bedingungsgefüge für straffälliges Verhalten von Menschen mit Intelligenzminderung (IM) ist grundsätzlich gut bekannt. Neben dissozialen Entwicklungsbedingungen wie dem Aufwachsen und Verbleiben in „Broken-home“-Situationen (Lindsay et al. 2013) führen Verhaltensstörungen sowie Alkohol- und Drogenkonsum zu Delinquenz. Weiterhin

✉ Dr. med. Tatjana Voß
tatjana.voss@charite.de

¹ Institut für Forensische Psychiatrie,
Forensisch-Therapeutische Ambulanz, Charité –
Universitätsmedizin Berlin, Seidelstraße 38, 13507 Berlin,
Deutschland

sind situative Rahmenbedingungen für das Zustandekommen delinquenter Handlungen bei Intelligenzgeminderten Menschen zu berücksichtigen. Erwähnt seien an dieser Stelle eine hohe innere Spannung durch vielfache Zurücksetzungen, Misserfolge oder Enttäuschungen in Beziehungen, geringe Flexibilität in der Bedürfnislenkung mit Fixierung auf unerreichbare Ziele sowie beschränkte Möglichkeiten, Bedürfnisse auf sozial zulässige Weise zu befriedigen oder sich auf angemessene Weise, z. B. verbal, zu verteidigen (Lammel 2010). Bei deutlicher Diskrepanz zwischen körperlichem Reifungsgrad und psychosexuellem Leistungsstand sowie fehlender Kommunikations- und Beziehungskompetenz (Griffiths et al. 2013) kann es bei Menschen mit IM zu auffälligem oder delinquentem Sexualverhalten kommen, ohne dass eine paraphile Störung vorliegt (Wheeler et al. 2013). Aber auch unbehandelte psychische Störungen, sexuelle Verhaltensauffälligkeiten und unbehandelte paraphile Störungen können dazu führen, dass Menschen mit IM aufgrund von sexuellen Missbrauchs- oder Gewalttaten straffällig werden (Lindsay und Michie 2013).

Sexualstraftaten sind demnach auch bei Menschen mit IM nicht zwangsläufig auf psychiatrische Störungsbilder oder paraphile Störungen zurückzuführen. Die Motive für sexuell delinquente Handlungen sind auch bei Intelligenzgeminderten Menschen breit gefächert, wobei paraphile Störungen jedoch einen wichtigen Teilaspekt darstellen (Briken und Müller 2014). Insgesamt zeigen ungefähr 6 % der Männer mit IM sexuell missbräuchliches, übergriffiges Verhalten (Thompson und Brown 1997).

Menschen mit IM weisen ein erhöhtes Risiko auf, Sexualstraftaten zu begehen. Die Gründe hierfür sind nach aktuellem Kenntnisstand vielfältig (Craig et al. 2006). Zunächst sind ein grundsätzlich erhöhtes Risiko für psychiatrische Komorbiditäten und eine verstärkte Impulsivität zu nennen. Darüber hinaus können geringe Kenntnisse zum Thema Sexualität mit den in diesem Bereich bestehenden Regeln und Grenzen (Lunsky et al. 2007) sowie ein Intimitätsdefizit (Martin und Tardif 2014), insbesondere bei höherem Hilfebedarf, als Risikofaktoren für Übergriffe angesehen werden (Blasingame et al. 2014). Intelligenzgeminderte Menschen werden zudem selber oft Opfer von sexuellem Missbrauch (Lindsay et al. 2013). Schließlich kann inzwischen als gesichert gelten, dass Menschen mit geistiger Behinderung Sexualstraftaten an Kindern auch aufgrund mangelnder Möglichkeiten zu emotional bedeutsamen, sexuellen Beziehungen zu anderen Erwachsenen begehen, was mit dem Begriff „counterfeit deviance“ („versteckte Störung“) wiederholt, z. B. von Griffiths et al. (2013) und Hingsburger et al. (1991), beschrieben wurde (Tab. 1).

Verurteilte und als schuldunfähig eingeschätzte Sexualstraftäter mit IM und einer komorbiden paraphilen und/oder psychischen Störung verbringen oft eine überdurchschnittlich lange Zeit ihres Lebens im psychiatrischen Maß-

Tab. 1 Gründe für das erhöhte Vorkommen von sexuellen Missbrauchshandlungen bei Menschen mit Intelligenzminderung

Geringe Kenntnisse über Sexualität
Eigener sexueller Missbrauch in der Vorgeschichte
Erhöhte Impulsivität
Erhöhtes Risiko für psychiatrische Komorbiditäten
Behandlungsbedürftige Verhaltensauffälligkeiten
Fehlende soziale Möglichkeiten („counterfeit deviance“)
Komorbidie pädophile Störungen

regelvollzug (Raina und Lunsky 2010). Die Entwicklung sowohl von stationären Behandlungsprogrammen als auch ambulanten Nachsorgekonzepten für Intelligenzgeminderte Menschen, die sexuelle Missbrauchstaten begangen haben, ist daher von besonderer Bedeutung – nicht nur für die Rehabilitation der Täter, sondern auch zum Opferschutz. Inzwischen liegt eine ganze Reihe von Veröffentlichungen vor, welche die Effektivität von stationären und ambulanten Behandlungsmethoden bei Menschen, die eine Sexualstraftat begangen haben, belegen (Aust 2010; Blasingame 2016; Griffiths et al. 2013; Lindsay und Michie 2013).

Aufgrund eingeschränkter Möglichkeiten, aber auch teils fehlender Kenntnisse im Maßregelvollzug hinsichtlich der psychotherapeutischen Behandlung von Menschen mit IM haben es die Betroffenen besonders schwer, eine für die Entlassung notwendige positive Legalprognose zu bekommen. Die Frage nach einem sicheren sozialen Empfangsraum mit strukturiertem Setting, in dem diese Menschen nach ihrer Entlassung aus dem Maßregelvollzug oder der Strafhaft begleitet, behandelt, betreut und zudem kontrolliert werden können, stellt in der Vorbereitungsphase der Entlassung häufig eine erhebliche, teils unüberwindbare Hürde dar. Die Einrichtungen der Eingliederungshilfe sind auf diese komplexe Aufgabenstellung und Problematik nicht ausreichend vorbereitet bzw. hierfür nur ungenügend ausgestattet; oft ist auch das Personal nicht entsprechend ausgebildet oder fühlt sich fachlich mit dieser Aufgabe überfordert (Sandhu et al. 2012). Lokalpolitische Fehlentscheidungen, wie z. B. das jahrelang bestehende Berliner Verbot, Intelligenzgeminderte Straftäter in Einrichtungen der Eingliederungshilfe im Rahmen von Entlassungsvorbereitungen zu beurlauben, führten zu jahrzehntelangen Unterbringungen mit entsprechenden schweren Hospitalisierungsschäden bei den Betroffenen.

Forensische Nachsorge von Sexualstraftätern mit Intelligenzminderung

Die forensische Nachsorge Intelligenzgeminderter Sexualstraftäter nach ihrer Entlassung aus Strafhaft oder Maßregelunterbringung umfasst vielfältige Aspekte. Inzwischen

liegt eine ganze Reihe von Veröffentlichungen vor, welche die Effektivität von stationären und ambulanten Behandlungsmethoden bei Menschen, die eine Sexualstraftat begangen haben, belegen (Aust 2010; Blasingame 2016; Griffiths et al. 2013; Lindsay und Michie 2013).

Grundsätzlich, so der bisherige Kenntnisstand, sind es dieselben Aufgaben wie bei normal intelligenten Straftätern, insbesondere psychisch kranken Sexualstraftätern. So erfolgen auch hier eine Begleitung und Unterstützung bei der gemeindepsychiatrischen Integration einschließlich erfolgreicher Eingliederung in eine Wohnbetreuung und einen im Anforderungsprofil dem individuellen Leistungsvermögen angepassten Arbeitsplatz. Ressourcenorientierte integrative Ansätze erscheinen dabei erfolgversprechender als ein defizitorientierter Fokus mit dem Ziel, problematische Verhaltensweisen zu unterdrücken (The Arc's National Center on Criminal Justice and Disability 2015). Erfolgreiche Behandlungsprogramme fokussieren auf die Ansprechbarkeit und die Möglichkeiten geistig behinderter Menschen, zu lernen und sozioemotional nachzureifen, wobei ihre eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten berücksichtigt und die Lebensumstände aktiv einbezogen werden.

In diesem Zusammenhang scheinen die oft fehlenden persönlichen Beziehungen von straffälligen Menschen mit IM eine besondere Bedeutung zu haben (Wheeler et al. 2013; Hauser et al. 2014). So verfügen intelligenzgeminderte Straftäter meist nur über wenige sozial bedeutsame Beziehungen, sind weniger in soziale Kontakte eingebunden und insgesamt unzufriedener mit ihrer Lebenssituation. Dabei sind sie überdurchschnittlich belastenden Lebensumständen ausgesetzt wie beispielsweise Arbeitslosigkeit, Isolation, Langeweile, Suchtmittelmissbrauch, mangelndem Kontakt zur Familie und fehlenden tragfähigen Freundschaften.

Die begleitende psychotherapeutische Arbeit in der forensisch-therapeutischen Nachsorgeambulanz sollte neben dem Fokus auf eine Optimierung der Selbstkontrolle und Reduktion von Risikosituationen auch auf die Verbesserung des Selbstbilds, auf Strategien zur Emotionsregulation, den Abbau von Empathiedefiziten (Ralfs und Beail 2012) und den Aufbau von positiven Beziehungen ausgerichtet sein (Craig et al. 2006). Diese Maßnahmen können das Rückfallrisiko deutlich reduzieren (Lindsay und Taylor 2009). Hinzu kommen vielfältige Kontrollaufgaben, so bezüglich Kontakten zu möglichen Opfern, Suchtmittelabstinenz, Medikamentenwirkungen und -wirkspiegeln.

Forensische Nachsorgebehandlung von Sexualstraftätern mit Intelligenzminderung und Paraphilie

Die kombinierte Behandlung von paraphilen Störungen bei Menschen mit IM erfolgt in der Berliner Forensisch-Therapeutischen Ambulanz (FTA) leitliniengemäß nach den Vorgaben der World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) (Thibaut et al. 2010, 2020). Demnach ist die medikamentöse Behandlung von Sexualstraftätern nur in Kombination mit einer psychotherapeutischen Behandlung der paraphilen Störung zulässig. Bisherige Therapiestudien über Menschen mit IM und Sexualstraftat in der Vorgeschichte haben die Wirksamkeit von kognitiver Verhaltenstherapie (CBT) für diese Personengruppe betont (Heaton und Murphy 2013). Es sei möglich, das Wissen der Betroffenen über Sexualität, ihre Fähigkeit zur Empathie und bestehende kognitive Verzerrungen in einer ambulanten Gruppe anhaltend zu verbessern. In der Berliner FTA werden daher Sexualstraftäter mit IM und paraphilen oder psychischen Störungen sowohl im Einzelsetting für die Dauer der Führungsaufsicht als auch über einen Zeitraum von 2 Jahren mit einem gruppenpsychotherapeutischen Angebot behandelt. Diese ambulante Therapiegruppe ist gemäß einem Konzept aus der Schweiz psychodynamisch sowie deliktorientiert und erhöht die sozialen, emotionalen und moralischen Kompetenzen ihrer Teilnehmer (Hollomotz und Caviezel Schmitz 2018). Neben der Deliktbearbeitung geht es um die Senkung des Rückfallrisikos durch Stärkung von Eigenverantwortung und Verbesserung von sozialen Beziehungen.

Zusätzlich zur Psychotherapie stellt die Gabe von Antiandrogenen im Sinne einer Androgenentzugstherapie (ADT) die zweite Säule der Behandlung dar. Die Gabe von Antiandrogenen hat das Ziel, den Testosteronwert bis in den Kastrationsbereich abzusenken. LHRH-Analoga zeigen, Berichten behandelter Patienten zufolge, eine zuverlässige Wirkung im Hinblick auf die Abnahme sexueller Fantasien, Interessen und Erregung. In bildgebenden Verfahren wurde unter einer antiandrogenen Behandlung eine verringerte Aktivierung von Hirnstrukturen gefunden, die bei der visuellen Verarbeitung, motivationalen Prozessen und der emotionalen Bewertung sexueller Stimuli involviert sind. Zudem wurden subkortikale Strukturen zur Unterdrückung der kortikalen Verarbeitung präferierter sexueller Stimuli aktiviert (Turner und Briken 2018). Allerdings ist eine dauerhafte Behandlung mit Antiandrogenen mit einer Vielzahl möglicher Nebenwirkungen verbunden wie beispielsweise Ermüdung, Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Hitzewallungen, depressiver Stimmung, Schmerzen an der Injektionsstelle, hepatozellulären Dysfunktionen, testikulärem Abbau, Gynäkomastie, Verlust erektiler Funktionen, Abnahme der Knochendichte, Nie-

Tab. 2 Ambulant antiandrogen behandelte Sexualstraftäter mit Intelligenzminderung

	A	B	C	D	E	F	G	H
Alter aktuell (in Jahren)	59	50	34	37	48	35	41	52
IQ	74	77	51	73	63	65	46	64
Diagnosen	F81.9 F65.4 F61.0	F81.9 F61.0 F07.0	F70.1 F65.4	F81.9 F65.4	F70.0 F65.4 F10.21 F33.1	F70.1 F65.4	F71.1 F33.0	F70.1 F63.8
Delikt	Sexueller Missbrauch <i>n</i>	Mord, sex. Missbrauch	Sexueller Missbrauch	Sexueller Missbrauch	Sexueller Missbrauch	Sexueller Missbrauch	Versuchte Vergewaltigung	Vergewaltigung
ADT seit	2010 → 10 Jahre	2005 → 15 Jahre	2005 → 15 Jahre	2004–2019 Triptorelin → 16 Jahre	2009 → 11 Jahre	2007 Leuprorelin → 13 Jahre	2007 → 13 Jahre	1989–1993 CPA Seit 2004 Triptorelin → 16 Jahre
Aktuelle ADT-Medikation	Triptorelin	Triptorelin	Triptorelin	Cyproteronacetat	Leuprorelin	Triptorelin	Leuprorelin	Triptorelin
Begleitmedikation	Kalzium Vitamin D ₃ Denosumab Remifemin	Kalzium Vitamin D ₃ Denosumab	Kalzium Vitamin D ₃ Denosumab	– Vitamin D ₃ –	Kalzium Vitamin D ₃ –	Kalzium Vitamin D ₃ Denosumab	Kalzium – Denosumab	Kalzium Vitamin D ₃ Denosumab
Sonstige psych. Med.	–	Amitriptylin – Chlorprothixen	–	–	Valproat	–	Carbamazepin	Carbamazepin
Dauer Unterbringung/ Inhaftierung	23 Jahre und 11 Monate	23 Jahre	18 Jahre und 5 Monate	18 Jahre und 1 Monat	6 Jahre und 5 Monate	13 Jahre und 11 Monate	18 Jahre	32 Jahre und 5 Monate
Entlassung aus „Time on risk“	KMV 05.03.2018 → 25 Monate	JVA 30.06.2010 → 120 Monate	KMV 08.10.2019 → 6 Monate	KMV 18.07.2016 → 45 Monate	JVA/SothA 04.03.2009 → 132 Monate	KMV 20.12.2018 → 17 Monate	KMV 14.12.2015 → 39 Monate	KMV 14.02.2020 → 2 Monate
Prognoseinstrumente bei Aufnahme in FTA	Static-99R: 5 TBRS: 5 Stable 2007: 10 LSI-R: 25 PCL-R: 15 HCR-20+3: 21 – –	– – – – PCL-R: 21 HCR-20+3: 31 – –	Static-99R:6 TBRS: 3 Stable 2007: 11 LSI-R: 15 PCL-R: 16 HCR-20: 18 SORAG: 5 SVR-20: 10	Static-99R: 4 TBRS: 7 Stable 2007: 10 LSI-R: 17 PCL-R: 9 HCR-20+3: 16 – –	– – – LSI-R: 38 PCL-R: 17 HCR: 18 – SVR-20:17	Static-99R: 10 TBRS: 5 Stable 2007: 6 LSI-R: 22 PCL-R: 11 HCR-20+3: 11 – –	Static-99R: 4 TBRS: 3 Stable 2007: 7 LSI-R: 22 PCL-R: 9 HCR-20+3: 20 – –	Static-99R: 8 TBRS: 2 Stable 2007: 9 LSI-R: 23 PCL-R: 12 HCR-20+3: 26 – –

Tab. 2 (Fortsetzung)

	A	B	C	D	E	F	G	H
BMI	32,8	23	28,7	43,3	33,2	32,7	24,4	32,6
Relevante Neben-diagnosen unter ADT	Osteopenie Gynäkomastie bds. Hitzewallungen Nierensteine	Osteopenie	Osteopenie Diabetes mellitus Typ 1	Osteoporose Gewichtszunahme +50kg	Gewichtszunahme +28 kg Rez. depressive Episoden Arterielle Hyper- tonie	Osteopenie	Osteopenie Rez. de- pressive Episoden	Osteopenie
Teilnahme an spe- ziellem Therapie- programm	Ja	–	–	–	–	–	Ja	Ja
Gesetzlicher Betreuer	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Eingliederungshilfe	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Externe Ta- gesstruktur	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja

rensteinen und einem erhöhten Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse. Dennoch scheint die affektausgleichende Wirkung der Antiandrogene die Ansprechbarkeit auf psycho- und soziotherapeutische Maßnahmen zu erhöhen.

Im Folgenden soll anhand 3 Fallvignetten die ambulante Nachsorgebehandlung von 8 ehemaligen Straffälligen mit IM, die wegen Sexualstraftaten im Berliner Straf- und Maßregelvollzug z. T. Jahrzehnte untergebracht waren, beschrieben werden. Gemeinsam ist den 8 untersuchten männlichen Straftätern, dass bei ihnen zusätzlich zu einer leicht- bis mittelgradigen IM eine paraphile oder komorbide psychiatrische Störung bestand und dass sie alle über Jahre mit Antiandrogenen therapiert wurden. Obwohl sie in 3 Fällen mit in den Werten ihrer Intelligenzquotientenmessung oberhalb der vom ICD 10 geforderten Grenze von 70 Punkten lagen, sind sie in dieser Auswertung einbezogen worden, da sie umfassend in der Eingliederungshilfe von Menschen mit IM reintegriert und forensisch rehabilitiert worden sind und weiter werden. Der Schnitt unterhalb von 80 Punkten ist zudem auch in der internationalen Literatur zu „sex offenders with intellectual disabilities“ wiederholt gewählt worden. Der Beitrag beschreibt die klinischen Erfahrungen, die mit der antiandrogenen Behandlung dieser Personengruppe gesammelt wurden, einschließlich ihrer Bedeutung für die forensische Nachsorge.

Fallvignetten

Die folgende Auswertung der forensischen Nachsorge von 8 Sexualstraftätern mit einer IM zeigt deutlich die Belastung der Männer durch Komorbiditäten wie Pädophilie (5 von 8), sexuellen Impulsstörungen (1 von 8) bzw. Verhaltensauf-

fälligkeiten und Suchtproblematiken. Sechs der 8 Patienten kommen aus dem Krankenhaus des Maßregelvollzugs (MRV), 2 aus dem Berliner Strafvollzug. Insbesondere die Männer aus dem MRV haben z. T. eine jahrzehntelange Unterbringung im Krankenhaus absolvieren müssen, ehe ihre Prognose so weit gebessert war, dass sie entlassen werden konnten. Alle Männer aus dem MRV sind zum Aufnahmezeitpunkt in der Ambulanz jahrzehntelang mit Antiandrogenen vorbehandelt, nicht zuletzt aufgrund des Rückfallrisikos für erneute einschlägige Sexualstraftaten in der kriminalprognostischen Einschätzung (Tab. 2). Alle Patienten haben der anonymisierten Veröffentlichung ihrer Behandlung in der FTA zugestimmt. Zur besseren Veranschaulichung der komplexen Problematiken in der Betreuung, Behandlung und Nachsorge der Patienten werden nachfolgend exemplarisch vier Fallvignetten vorgestellt.

Patient C

33-jähriger Sexualstraftäter, 2 Eintragungen im Bundeszentralregister (BZR) wegen sexuellem Kindesmissbrauch.

Diagnosen

Pädophilie, leichte IM (IQ von 51).

Anamnese

Ohne Vater in instabilen Verhältnissen aufgewachsen, bei überforderter, ihrerseits gesetzlich betreuter Mutter. Frühe Störung von Sprachentwicklung und -verständnis sowie Wahrnehmung und Rechenfähigkeit. Betreuung der Familie durch bezirkliche Behindertenhilfe. 8- bis 11-jährig

Unterbringung in heilpädagogischem Kinderheim, Entlassung auf Initiative der Mutter wegen fehlender Mittel zur Finanzierung. Drei Jahre später sexueller Missbrauch eines 8-Jährigen, kurze Zeit darauf eines 7-Jährigen. Wegen Schuldunfähigkeit Unterbringung in forensisch-psychiatrischer Jugendstation des MRV, bei Volljährigkeit Verlegung in den Erwachsenenbereich. Nach wiederholten sexuell motivierten Handlungen an Mitpatienten Beginn einer ADT mit Leuprorelin, ein Jahr später erste Lockerungen. Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung. Mit 31 Jahren Verlegung in TWG, dort Beginn einer homosexuellen Beziehung mit geliebter Sexualität trotz ADT. Im selben Jahr wird über inneren Druck zu sexuellen Handlungen an Kindern berichtet; Umstellung auf Triptorelin und zwischenzeitlich Rückverlegung in MRV wegen fehlender Thematisierung sexueller Inhalte in therapeutischen Gesprächen. Unter Triptorelin weiterhin sexuelle Gedanken, laut eigenen Angaben jedoch weniger, subjektiv keine Nebenwirkungen. Beschäftigungsbeginn in einer WfbM. 32-jährig erneute Verlegung in vollstationäre Wohnstätte mit stufenweisen Lockerungen in WfbM.

Forensische Nachsorge

Einjährige Überlappungsphase in FTA mit Gesprächsterminen u. a. zum Beziehungsaufbau. Interesse an Sexualität wird jetzt negiert, homosexuelle Freundschaft nach eigenen Angaben nun ohne Sexualität. Zu Beginn große Schwierigkeiten bei der Transition, Rückkehrwunsch in gewohnte Strukturen des MRV. Nach Entlassung regelmäßige Äußerung von Umzugswünschen und Schwierigkeiten mit Anerkennung der Wohnstättenleitung. Soziale Kontakte hauptsächlich auf Arbeits- und Wohnumfeld begrenzt, Tagesstruktur hauptsächlich durch Hilfsnetzwerk und durch eigene Interessen gegeben.

Anhaltende Risikofaktoren

Pädophile Ansprechbarkeit.

Schutzfaktoren

ADT, multiprofessionelles stabilisierendes und strukturiertes Netzwerk.

Patient E

36-jähriger intelligenzgeminderter Sexualstraftäter mit polytroper Delinquenz und 12 Eintragungen im BZR, darunter sexueller Kindesmissbrauch mit Körperverletzung, Diebstahl und Erschleichen von Leistungen.

Diagnosen

Leichte IM (IQ von 63), Alkoholabhängigkeitssyndrom, Pädophilie, rezidivierende depressive Störung, Persönlichkeit mit hoher Impulsivität.

Anamnese

Bis zum 6. Lebensjahr bei überforderter Mutter und alkoholabhängigem, gewalttätigem Vater aufgewachsen. Scheidung der Eltern und kurz darauffolgend Tod des Vaters im 7. Lebensjahr. Frühe Verhaltensauffälligkeiten, daher 2-jährige Sonderbeschulung. 8- oder 9-jährig Schädel-Hirn-Trauma durch Fahrradunfall mit daraus folgenden kognitiven Leistungseinschränkungen. Unterbringung in Heim für Menschen mit IM ohne Beschulung und Förderung bis zum 14. Lebensjahr. Hänseleien, häufiges Weglaufen und mehrfache Vergewaltigungen durch Heimmitbewohner werden berichtet. Schließlich Vermittlung eines Rehabilitationsarbeitsplatzes und Rückkehr in mütterlichen Haushalt, wobei die Mutter kurz darauf mit neuem Lebenspartner den Probanden verlässt. In der Folge Verwahrlosung in elterlicher Wohnung, Veräußerung von Wertgegenständen und kleinere Eigentumsdelikte zur Finanzierung des beginnenden exzessiven Alkoholkonsums. 17-jährig Verlust der Wohnung und Obdachlosigkeit, innerhalb der nächsten Jahre mehrfache Inhaftierungen wegen Diebstahl sowie sexuellem Kindesmissbrauch, u. a. einmal gemeinsam mit Partner, einmal allein unter massiver Gewaltanwendung.

Forensische Nachsorge

Mehrere Monate vor Haftentlassung Beginn regelmäßiger Gespräche in der FTA, hier Beginn einer ADT mit Leuprorelin. Kurz nach Entlassung wegen wiederholter Weisungsverstöße (Suchtmittelrückfälle, Kontakt zu Minderjährigen) erneute Verurteilung zu mehreren Jahren Freiheitsstrafe auf Bewährung. Aus diesem Anlass Entlassung aus TWG und 2-malige stationäre Entwöhnungsbehandlungen, allerdings jeweils vorzeitig abgebrochen. Nach Alkohorrückfall gewalttätiger Übergriff auf Frau aus Obdachlosenmilieu, daraufhin Krisenintervention wegen depressiver Symptomatik und Suizidalität. Anschließend stationäre Behandlung in spezialisiertem Zentrum für Menschen mit geistiger Behinderung, dort Einstellung auf antiimpulsive und affektstabilisierende Medikation. TWG in stationärer Einrichtung der Behindertenhilfe, seitdem insgesamt deutliche Stabilisierung mit gelegentlich geringem Alkoholkonsum. Tagesstrukturierung durch Freizeitangebote der Einrichtung und Beginn einer Beschäftigung in Werkstatt für Menschen mit Behinderung. Soziale Kontakte hauptsächlich durch gemeinsamen Suchtmittelkonsum geprägt. Nach Ablauf der Führungsaufsicht freiwillige Weiterbehandlung

durch FTA, im Verlauf weitere stationäre Krisenintervention wegen Suchtmittelrückfall und Kontakt zu Minderjährigen. Erneute suchtherapeutische Behandlung wegen Überforderung aufgrund der IM abgebrochen. Compliance für medikamentöse Behandlung trotz erheblicher Gewichtszunahme stets gegeben.

Anhaltende Risikofaktoren

Mangelnde Impulskontrolle, psychiatrisch mehrfach erkrankt, Suchterkrankung.

Schutzfaktoren

ADT, stabilisierendes und strukturierendes Netzwerk.

Patient F

33-jähriger intelligenzgeminderter Sexualstraftäter mit 5 Einträgen im BZR: sexueller Missbrauch von Kindern in mindestens 5 Fällen und Beleidigung in mindestens 10 Fällen sowie Körperverletzung eines Kindes.

Diagnosen

Unterdurchschnittliche Intelligenz im Grenzbereich zur Minderbegabung (IQ von 63), Pädophilie mit Präferenz für prä- und frühpubertäre Jungen.

Anamnese

Hinweise auf sexuellen Missbrauch in der Kindheit, u. a. durch Bekannte der Eltern. Wegen Entwicklungsdefiziten Schule für Lernbehinderte, ab dem 15. Lebensjahr Verhaltensauffälligkeiten mit strafrechtlicher Relevanz (Beleidigung, Körperverletzung) und Unterbringung in Therapieeinrichtung. Zwischen 17 und 19 Jahren mehrere Fälle sexuellen Missbrauchs von Kindern im Alter von 9 bis 13 Jahren mit Anfassen der Geschlechtsteile und des Gesäßes. Unterbringung im Jugendheim und schließlich in der Jugendabteilung des MRV. Entscheidung für ADT zur Gewährung unbegleiteter Lockerungen, zunächst 6 Jahre mit Leuprorelin, dann mit Triptorelin. Nach Verlegung auf Erwachsenenabteilung mit 24 Jahren mehrere Vorkommnisse während unbegleiteter Ausgänge (u. a. Entweichung mit anschließender selbstständiger Rückkehr). Selbstbezogenes Verhalten und fehlende Schuldeinsicht, aber auch Auseinandersetzung mit homopädophiler Neigung. Mehrere Beziehungen zu männlichen Erwachsenen. Während Unterbringung in TWG zur Entlassungsvorbereitung zunehmend unkritischer Umgang mit Risikosituationen, Entlassung aus dem MRV in TWG mit 34 Jahren.

Forensische Nachsorge

Nach Überlappungsphase zunächst wöchentliche Gespräche in der FTA, diese werden insbesondere zu Beginn oft vergessen oder müssen kurzfristig verschoben werden. Unter ADT werden (deviante und nichtdeviante) sexuelle Bedürfnisse negiert; eindeutige deviante Sexualfixierung daher nicht sicher festzustellen. ADT wird nach eigenen Angaben gut vertragen. Vom langfristigen Wunsch nach Absetzen der ADT bzw. Auslassversuch ist dennoch wiederkehrend die Rede. Kein verantwortlicher Umgang mit eigenen Risiken, Problembewusstsein nur formal, hohe Anpassungsbereitschaft. Es bestehen lose Kontakte in TWG und WfbM sowie zu Geschwistern; soziale Kompetenzen konnten während MRV-Aufenthalt erheblich verbessert werden. Gesetzliche Betreuung für Ämter, Behörden und Wohnen; wegen immer wieder eingehender ungeklärter Geldforderungen zudem Bemühungen um Erweiterung der Betreuung für Finanzen.

Anhaltende Risikofaktoren

Intransparente Kommunikation, eingeschränktes Problembewusstsein.

Schutzfaktoren

ADT, stabilisierendes multiprofessionelles Netzwerk.

Patient G

37-jähriger intelligenzgeminderter Sexualstraftäter mit früh beginnender polytroper Delinquenz, u. a. Diebstahl, Sachbeschädigung, Nötigung und versuchte Vergewaltigung.

Diagnosen

Mittelgradige IM (IQ von 46), rezidivierende depressive Störung, schädlicher Gebrauch von Alkohol und Cannabis.

Anamnese

Frühkindliche Hirnschädigung aufgrund komplikationsreicher Geburt, dadurch verzögerte frühkindliche Entwicklung; bis zur Pubertät keine Verhaltensauffälligkeiten. Nach Sprachheilkindergarten und Sondervorschuleinrichtung zeitlich verzögerte Einschulung in Lernbehindertenschule. Trennung der Eltern im 11. Lebensjahr, dadurch massive Verunsicherung. Zwischen dem 14. und 18. Lebensjahr eine Vielzahl eingestellter jugendgerichtlicher Verfahren, v. a. wegen Diebstahlsdelikten. 18-jährig 3 versuchte Vergewaltigungen unbekannter Frauen, daraufhin Unterbringung im MRV; dort nach kurzer Eingewöhnungs-

phase erhebliche Verhaltensauffälligkeiten (u. a. Brandstiftung und Selbstverletzung). Wiederaufnahme einer kurz zuvor begonnenen ambulanten Therapie. Übernahme der gesetzlichen Betreuung durch die Mutter. Nach 2 Jahren Flucht aus begleitetem Ausgang mit erneutem Delikt (Nötigung, Beleidigung, versuchter Diebstahl), zwischenzeitlich intensiver Cannabiskonsum. Einige Jahre später erneute Flucht während begleitetem Ausgang mit versuchter sexueller Nötigung, daraufhin Rücknahme aller Lockerungen. 29-jährig Beginn einer ADT mit Leuprorelin und einer Beschäftigung in einer WfbM. Seitdem keine weiteren Vorkommnisse während unbegleiteter Ausgänge; gelegentlich impulsives Verhalten, aber insgesamt stabilisierter Verlauf. Etwa ein Jahr vor Entlassung mit 36 Jahren Beurlaubung in WG.

Forensische Nachsorge

Etwa einjährige Überlappungsphase, währenddessen Teilnahme an Gruppe für Sexualstraftäter mit einer IM. Soziale Kontakte v. a. familiär sowie auf Arbeits- und Wohnumfeld beschränkt. Im Rahmen von Konflikten mit Bekannten aus der WfbM Stimmungsschwankungen, instabiler Gesamtverlauf, immer wieder auftretende Schwierigkeiten, neben partnerschaftlichen Krisen u. a. Überforderung und Lustlosigkeit bei der Arbeit, Weisungsverstöße (Alkohol und Cannabis). Mehrmalige Suizidankündigungen bis hin zu Klinikaufenthalt wegen Suizidversuch. Infolge von Krisen oder Überforderung treten gesundheitliche Probleme und Substanzkonsum sowie sozialer Rückzug auf.

Anhaltende Risikofaktoren

Rezidivierende depressive Symptomatik, Suchtproblematik.

Schutzfaktoren

ADT, multiprofessionelles strukturierendes und stabilisierendes Netzwerk.

Empfehlungen zum Risikomanagement bei antiandrogener Behandlung

Eine Behandlung mit ADT erfolgt in einem ethischen und medizinischen Spannungsfeld, daher sollten ernsthafte Nebenwirkungen nach Möglichkeit verhindert oder entsprechend therapiert werden, damit sie die positiven Aspekte nicht überwiegen (Gooren 2011). Vor allem bei Behandlung mit ADT im Rahmen eines Prostatakarzinoms besteht bereits viel Erfahrung, was mögliche Therapieoptionen unerwünschter Wirkungen betrifft (Rohayem und

Kliesch 2012). Besonderes Augenmerk liegt auch auf dem Osteoporoserisiko, aus dem sich ein entsprechendes Risikomanagement ableiten lässt (Kasperk 2010; Tab. 3).

Diskussion

Die Auswertung von 8 Therapieverläufen bei ambulant behandelten Sexualstraftätern mit hohem einschlägigem Rückfallrisiko aufgrund einer Kombination von IM, Paraphilie und/oder weiteren psychiatrischen Komorbiditäten zeigte, dass es durch die kombinierte ambulante Nachsorgebehandlung bisher gelungen ist und auch weiterhin gelingt, 7 der 8 Männer – einer verstarb an einem plötzlichen Herztod während der Nachsorgebehandlung – langfristig rückfallfrei durch die Führungsaufsicht und darüber hinaus zu rehabilitieren. Die „time at risk“, also die Dauer der Nachsorge seit der Entlassung aus dem Straf- oder Maßregelvollzug beträgt 48,25 Monate, bei einem statistischen Rückfallrisiko von 15 % innerhalb von 5 Jahren (Hanson et al. 2006; Craig et al. 2008).

Grundsätzlich ist das Ziel jeder Nachsorgebehandlung die Verhinderung eines Rückfalls. Dazu sollen die bekannten Faktoren für ein erhöhtes Rückfallrisiko regelmäßig angesprochen werden: schlechte soziale Unterstützung, kognitive Verzerrungen und antisozialer Lebensstil. Über die Behandlung von Sexualstraftätern mit IM gibt es inzwischen eine Reihe von Veröffentlichungen, v. a. aus dem psychotherapeutischen Bereich. Ambulante Gruppentherapien werden hier als effektiv eingeschätzt, insbesondere was die Verbesserung des Wissens über Sexualität und die Entwicklung zwischenmenschlicher Kompetenzen betrifft. Allerdings haben diese Behandlungskonzepte Schwierigkeiten bezüglich der Langzeitwirkung ihrer Anwendungen; das heißt, sie wirken nur so lange, wie die Gruppentherapie stattfindet, zeigen jedoch darüber hinaus keine anhaltende Wirkung (Heaton und Murphy 2013; Craig et al. 2006, 2012).

Wenn bei einem Menschen mit einer IM eine paraphile Störung diagnostiziert werden kann, ist eine Behandlung mit antiandrogener Medikation gemäß dem üblichen Behandlungsprotokoll und mit seiner Zustimmung möglich (Thibaut et al. 2020). In der Berliner FTA erhielten somit alle 8 betroffenen Männer, teils in einfacher Sprache, die Möglichkeit, beim ärztlichen Aufklärungsgespräch mit Unterstützung durch ihre gesetzlichen Betreuer selber in die Behandlung mit dem Antiandrogen einzuwilligen. Durch die Gabe von Antiandrogenen in Kombination mit Einzelpsychotherapie (alle 8 Patienten) bzw. einer spezifischen Gruppentherapie (50 % der Patienten) war es in der Berliner Gruppe so möglich, die Betroffenen in betreuende, integrierende und auch kontrollierende Strukturen der Eingliederungshilfe zu integrieren.

Tab. 3 Management der Unerwünschten Medikamenten-Wirkungen

Nebenwirkungen	Empfohlenes Risikomanagement
Gynäkomastie	Aufklärung des Patienten Regelmäßig Beschwerden, Schmerzen, Milchfluss aktiv erfragen Ggf. fachärztliche Mitbehandlung zur weiteren Diagnostik (z. B. Sonographie)
Hitzewallungen	Aufklärung Ggf. endokrinologische/urologische Mitbehandlung
Gewichtszunahme	Mindestens einmal jährlich wiegen Motivation zu einer gesunden Lebensführung und gewichtsreduzierenden Maßnahmen Ernährungsberatung
Nierensteine	Aufklärung des Patienten über Symptomatik Bei Auftreten: urologische Mitbehandlung
Herzrhythmusstörungen	Mindestens einmal/Jahr EKG-Kontrollen
Arterielle Hypertonie	Regelmäßige Blutdruckkontrollen (mind. alle 3 Monate) Ggf. internistische Mitbehandlung
Blutbildveränderungen	Jährlich große Blutuntersuchung inklusive Testosteron, Estradiol, LH, FSH, Prolaktin, kleines Blutbild, GPT, GOT, Amylase, Lipase, Cholesterin, HDL-Cholesterin, LDL-Cholesterin, Glucose, Kreatinin
Gestörte Glucosetoleranz	Ggf. internistische Mitbehandlung
Fettstoffwechselstörung	Ggf. internistische Mitbehandlung
Depressionen	Patienten aufklären Psychotherapeutische Begleitung
Körperliche Erschöpfbarkeit	Regelmäßige körperliche Aktivität
Kognitive Störungen	Neuropsychologisches Training
Osteoporose	<i>Risikoprofil für eine Osteoporose erheben, u. a.</i> Chronischer Alkoholkonsum Rauchen Medikamenteneinnahme wie z. B. Antikonvulsiva, Kortikoide Familiäre Belastung Untergewicht Mangelernährung Immobilität, wenig Bewegung Leber-/Nierenfunktionsstörungen Malassimilationsprobleme <i>Vor Beginn einer Behandlung</i> Messung der Knochendichte Endokrinologische Mitbehandlung, Indikationsstellung für Antiosteoporosetherapie gemäß Leitlinien <i>Im Verlauf der Behandlung</i> Messung der Knochendichte mind. alle 2 Jahre Zu Änderung des Lebensstils motivieren, einschließlich Beendigung des Rauchens, Reduzierung des Alkoholkonsums und regelmäßiges körperliches Belastungstraining, tägliche Sonnenexposition Angemessene diätetische Kalzium- und Vitamin-D-Zufuhr Vitamin-D- und Kalziumsubstitution nach Leitlinien Kooperation mit spezialisierten Fachkollegen <i>Bei geplanter Gabe von Bisphosphonaten, z. B. Zoledronsäure oder Denosumab</i> Überwachung von Nierenfunktion und Elektrolyten Zahnärztliche Vorstellung Endokrinologische/urologische Mitbehandlung

Während die Lebenssituation der ehemaligen Straffälligen mit IM zum Zeitpunkt der Delikte durchgängig sehr unbefriedigend war – mit Obdachlosigkeit, Vereinsamung, Verwahrlosung sowie Substanzkonsum – gelang es in dem kombinierten Behandlungsangebot aus Psychotherapie, medikamentöser Behandlung und sozialer Integration bisher, alle Männer rückfallfrei durch die ambulante Nachsorge zu führen. Die Lebensqualität verbesserte sich in bei allen Patienten durch die komplexe Nachsorgebehandlung einschließlich der Medikation in zahlreichen, auch kriminal-

prognostisch wirksamen Bereichen wie sozialen Beziehungen, Leistungsfähigkeit bei der Arbeit, innerem Frieden, ehrenamtlichen Tätigkeiten, Reisen sowie der Möglichkeit für weitere erfüllende Aktivitäten und Tätigkeiten gemäß dem Good Lives Model (Ward et al. 2007). Die Patienten nahmen dabei auch das Angebot wahr, die antiandrogene Medikation nach Ende der Führungsaufsicht freiwillig weitereinzunehmen. Trotz der deutlichen Nebenwirkungen der Medikamente, v. a. hinsichtlich Adipositas, Nierensteinen, Gynäkomastie, Osteopenie und Osteoporose, konnte

bisher durch ein sorgfältiges Monitoring der unerwünschten Wirkungen mit entsprechenden adjuvanten Begleittherapien (Kalzium, Vitamin D, Denosumabinjektionen, Zoledronsäureinfusionen) eine Fortführung der antiandrogenen Medikation gewährleistet werden.

Die 4 Fallvignetten zeigen auch, welche Schutzfaktoren in der ambulanten Rehabilitation zusätzlich zur antiandrogenen Medikation geschaffen werden konnten. Die Behandlung mit LHRH-Analoga stellt aus Sicht der Autorinnen einen maßgeblichen, jedoch nicht den alleinigen Schutzfaktor in der forensischen Rehabilitation dar. Unter dieser medikamentösen Abschirmung, die in einzelnen Fällen durch eine zusätzliche Therapie mit antiimpulsiver Medikation unterstützt werden musste, gelang und gelingt es auch weiterhin in der ambulanten Nachsorge, individuelle, spezifische Risikofaktoren zu behandeln und zu kontrollieren.

Angesichts der besonderen Schwierigkeiten bei der Integration und Unterbringung der Sexualstraftäter mit IM in der Eingliederungshilfe – mit häufig nicht ausreichend resilienten Mitbewohnerinnen/Mitbewohnern in der Wohn-einrichtung bzw. Kolleginnen/Kollegen in den Werkstätten – lässt sich das Risiko für ein ambulantes Absetzen der ADT nur in sehr gut begründeten Einzelfällen vertreten. So war es beispielsweise bei dem Patienten D nach 15-jähriger antiandrogener Behandlung und weit fortgeschrittener psychosozialer Stabilisierung möglich, die LHRH-Medikation durch eine orale Medikation mit Cyproteronacetat zu ersetzen, die dann langsam ausgeschlichen wurde. Angesichts des noch sehr jungen Alters des Patienten bei Begehung der Delikte (16 Jahre), der geringen Deliktschwere und sehr guten Beziehung zu Herkunftsfamilie, Wohnumfeld und Arbeitsumfeld erschien nach kriminalprognostischer Beurteilung dieses Vorgehen angesichts der massiven Adipositas des Patienten verantwortbar.

Die Frage nach der Dauer der antiandrogenen Behandlung von intelligenzgeminderten Sexualstraftätern ist komplex, insbesondere bei fortgesetzten und/oder schweren unerwünschten Medikamentenwirkungen wie z. B. Osteoporose, Adipositas, Gynäkomastie und Nierensteinen (Colstrup et al. 2020; Mayrhofer et al. 2016; Díaz Convalía et al. 2017). Nach aktuellem Wissensstand erscheint es, auch aus Sicht der forensischen Nachsorge, bei komplex gestörten Menschen mit IM und Sexualstraftat in der Vorgeschichte nur unter dem Schutz einer zusätzlichen antiandrogenen Medikation möglich, sie in stabile Lebenssituationen forensisch zu rehabilitieren. Daher ist eine gute Kenntnis des Nebenwirkungsmanagements der ADT bei dieser Gruppe von entscheidender Bedeutung. Allein durch psychotherapeutische Einzel- und Gruppengespräche und Verbesserung des sozialen Lebensraums scheint die Rückfälligkeit in erneute Sexualstraftaten nicht ausreichend beherrschbar und kontrollierbar.

Fazit

Die antiandrogene Medikation von Menschen mit Intelligenzminderung (IM) und Sexualdelinquenz in der Vorgeschichte stellt im ambulanten Nachsorgesetting eine wichtige Säule der Therapie dar. In Kombination mit einer angepassten psychotherapeutischen Behandlung eröffnet sich damit die Möglichkeit, auch für intelligenzgeminderte Sexualstraftäter eine umfassende psychosoziale Betreuung und Unterstützung in der Eingliederungshilfe zu erhalten. Hier sind die Männer häufig zum ersten Mal in ihrem Leben nicht sich selbst überlassen bzw. mit ihrer Lebenssituation überfordert. Mit diesem Bündel von Maßnahmen gelingt es, die Betroffenen zu stabilisieren, zu reintegrieren und forensisch zu rehabilitieren und so das Risiko erneuter Rückfälle verringern. In Zusammenarbeit mit den Trägern der Eingliederungshilfe, der Bewährungshilfe, den gesetzlichen Betreuern sowie den Angehörigen gelingt es mit diesem multimodalen Behandlungsansatz, den Sexualstraftätern mit IM trotz bestehender Einschränkungen durch die antiandrogene Therapie ein zufriedenstellendes Leben im Sinne des Good Lives Model von Ward (Ward et al. 2007; Aust 2010) zu ermöglichen und gleichzeitig die Allgemeinheit zu schützen.

Funding Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Interessenkonflikt T. Voß, R. Reichel und D. Calvano geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Open Access Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

- Aust S (2010) Is the good life model of offender treatment relevant to sex offenders with a learning disability. *J Learn Disabil Offending Behav* 1(3):33–39
- Blasingame GD (2016) Assessment, diagnosis, and risk management of sexual offenders with intellectual disabilities. In: Phenix A, Hoberman HM (Hrsg) *Sexual offending. Predisposing antecedents, assessments and management*. Springer, New York, S 227–246
- Blasingame GD, Boer DP, Guidry L, Haaven J, Wilson R (2014) Assessment, treatment, and supervision of individuals with intellec-

- tual disabilities and problematic sexual behaviors. Association for the Treatment of Sexual Abusers, Beaverton (www.atsa.com/pdfs/ATSA_IDPSB_packet.pdf)
- Briken P, Müller JL (2014) Beurteilung der Schuldfähigkeit bei paraphiler Störung – Kann der Schweregrad der Störung mithilfe von Kriterien aus Prognose-Instrumenten erfasst werden? *Nervenarzt* 85:304–311
- Colstrup H, Larsen ED, Mollerup S, Tarp H, Soelberg J, Rosthøj S (2020) Long-term follow-up of 60 incarcerated male sexual offenders pharmacologically castrated with a combination of GnRH agonist and cyproterone acetate. *J Forensic Psychiatry Psychol* 31(2):241–254
- Craig LA, Stringer I, Moss T (2006) Treating sexual offenders with learning disabilities in the community: a critical review. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 50:369–390
- Craig LA, Browne KD, Stringer I, Hogue TE (2008) Sexual reconviction rates in the United Kingdom and actual risk estimates. *Child Abuse Negl* 32(1):121–138
- Craig LA, Stringer I, Sanders CE (2012) Treating sexual offenders with intellectual limitations in the community. *Br J Forensic Pract* 14(1):5–21
- Díaz Convalía EJ, Cano-García MDC, Miján-Ortiz JL, Arrabal-Martín M, Arrabal-Polo MA, Cózar-Olmo JM (2017) Androgen deprivation therapy in prostate cancer and risk of developing renal calculi: results of a case-control study. *Med Clin* 148(11):495–497
- Gooren LJ (2011) Ethical and medical considerations of androgen deprivation treatment of sex offenders. *J Clin Endocrinol Metab* 96(12):3628–3637
- Griffiths D, Hingsburger D, Hoath J, Ioannou S (2013) ‘Counterfeit Deviance’ revisited. *J Appl Res Intellect Disabil* 26:471–480
- Hanson RK, Morton KE, Harris AJ (2006) Sexual offender recidivism risk: what we know and what we need to know. *Ann NY Acad Sci* 989(1):154–166
- Hausser MJ, Olson E, Drogin EY (2014) Psychiatric disorders in people with intellectual disability (intellectual developmental disorder): forensic aspects. *Curr Opin Psychiatry* 27(2):117–121
- Heaton KM, Murphy GH (2013) Men with intellectual disabilities who have attended sex offender treatment groups: a follow-up. *J Appl Res Intellect Disabil* 26:489–500
- Hingsburger D, Griffiths D, Quinsey V (1991) Detecting counterfeit deviance: differentiating sexual deviance from sexual inappropriateness. *Habil Ment Healthc* 10(9):51–54
- Hollomotz A, Caviezel Schmitz S (2018) Forio: a Swiss treatment program for young sex offenders with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Offending Behav* 9(3):117–127
- Kasperk C (2010) Das Osteoporoserisiko der antiandrogenen Therapie des Mannes. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 4(1):22–26
- Lammel M (2010) Schuldfähigkeit bei Intelligenzminderung. In: Kröber HL, Dölling D, Leygraf N, Sass H (Hrsg) *Psychopathologische Grundlagen und Praxis der Forensischen Psychiatrie im Strafrecht*. Handbuch der Forensischen Psychiatrie, Bd. 2. Springer, Berlin, Heidelberg, S 372–442
- Lindsay WR, Michie AM (2013) Individuals with developmental delay and problematic sexual behaviors. *Curr Psychiatry Rep* 15(4):350
- Lindsay WR, Taylor JL (2009) The assessment of treatment-related issues and risk in sexual offenders and abusers with intellectual disability. In: Beech A, Craig L, Browne K (Hrsg) *Assessment and treatment of sex offenders: a handbook*. Wiley, Chichester, S 217–235
- Lindsay WR, Holland AJ, Carson D, Taylor JL, O’Brien G, Step-toe L, Wheeler J (2013) Responsivity to criminogenic need in forensic intellectual disability services. *J Intellect Disabil Res* 57(2):172–181
- Lunskey Y, Frijters J, Griffiths DM, Watson SL, Williston S (2007) Sexual knowledge and attitudes of men with intellectual disability who sexually offend. *J Intellect Dev Disabil* 32(2):74–81
- Martin GM, Tardif M (2014) What we do and don’t know about sex offenders’ intimacy dispositions. *Aggress Violent Behav* 19:372–382
- Mayrhofer G, Voß T, Wegner D (2016) Urolithiasis in the long-term GnRH agonist treatment of patients with paraphilia: three case studies. *Aktuelle Urol* 47(6):487–490
- Raina P, Lunskey Y (2010) A comparison study of adults with intellectual disability and psychiatric disorder with and without forensic involvement. *Res Dev Disabil* 31(1):218–223
- Ralfs S, Beail N (2012) Assessing components of empathy in sex-offenders with intellectual disabilities. *J Appl Res Intellect Disabil* 25:50–59
- Rohayem J, Kliesch S (2012) Antiandrogene Therapie des Prostatakarzinoms, Indikation und systemische Folgen. *Urologe* 51:557–566
- Sandhu DK, Rose J, Rostill-Brookes HJ, Thrift S (2012) “It’s intense, to an extent”: a qualitative study of the emotional challenges faced by staff working on a treatment programme for intellectually disabled sex offenders. *J Appl Res Intellect Disabil* 25:308–318
- The Arc’s National Center on Criminal Justice and Disability (NCCJD) (2015) Sex offenders with intellectual/developmental disabilities. The Arc, Washington D. C. http://thearc.org/wp-content/uploads/2019/07/NCCJD-White-Paper-2_Sex-Offenders-FINAL.pdf. Zugegriffen: 30.09.2020
- Thibaut F, De la Barra F, Gordon H, Cosyns P, Bradford JMW, WFSBP Task Force on Sexual Disorders (2010) The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the biological treatment of paraphilias. *World J Biol Psychiatry* 11(4):604–655
- Thibaut F, Cosyns P, Fedoroff JP, Briken P, Goethals K, Bradford JMW, WFSBP Task Force on Paraphilias (2020) The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) 2020 guidelines for the pharmacological treatment of paraphilic disorders. *World J Biol Psychiatry*. <https://doi.org/10.1080/15622975.2020.1744723>
- Thompson D, Brown H (1997) Men with intellectual disabilities who sexually abuse. *J Appl Res Intellect Disabil* 10:140–158
- Turner D, Briken P (2018) Treatment of paraphilic disorders in sexual offenders or men with the risk of sexual offending with LHRH agonists. *J Sex Med* 15(1):77–93
- Ward T, Gannon TA, Birden A (2007) Human rights and the treatment of sex offenders. *Sex Abuse* 19(3):195–216
- Wheeler J, Clare I, Holland A (2013) Offending by people with intellectual disabilities in community settings. *J Appl Res Intellect Disabil* 26:370–383