

# Intelligenzminderung und sexuelle Übergriffe

Miriam Schuler, Hannes Ulrich, Lea Ludwig, Torsten Freitag und Klaus M. Beier

## Intellectual Disability and Sexual Assault

### Abstract

Compared with the general population, people with intellectual disabilities (i.e. IQ < 70) are more likely to come in contact with judicial authorities due to sexually offending behavior. Despite indications of the effectiveness of the treatment options for people with intellectual disabilities, there is nevertheless disagreement regarding accessibility and benefit of such interventions. This article attempts to give an overview of the current state of research on diagnostic and therapeutic treatment methods for intellectually disabled people with a history of offending behavior.

**Keywords:** Intellectual disability, Adolescents, Adults, Sexual assault

### Zusammenfassung

Verglichen mit der Allgemeinbevölkerung geraten Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung (d.h. IQ < 70) häufiger in Kontakt mit Justizbehörden aufgrund von sexuell übergriffigem Verhalten. Trotz Hinweise auf die Wirksamkeit von Behandlungsmethoden bei Intelligenzgeminderten besteht nach wie vor Uneinigkeit bezüglich Erreichbarkeit und Nutzen solcher Angebote. Der Artikel versucht einen Überblick über den Forschungsstand zu Diagnostik- und Therapieoptionen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung und sexuell übergriffigem Verhalten zu geben.

**Schlüsselwörter:** Intellektuelle Beeinträchtigung, Jugendliche, Erwachsene, sexuelle Übergriffe

## Einleitung

Am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité Berlin startete im Jahr 2005 das *Präventionsprojekt Dunkelfeld* (Abk. PPD), welches diagnostische und therapeutische Hilfe für Erwachsene anbietet, die auf Kinder gerichtete sexuelle Fantasien haben. Im Jahr 2014 kam es zu einer Erweiterung des Hilfsangebots für 12–18-jährige Jugendliche durch das *Präventionsprojekt für Jugendliche* (Abk. PPJ).

Beide Präventionsprojekte werden zunehmend durch das Hilfesystem mit Bitte um Diagnostik der sexuellen Präferenz von Jugendlichen und Erwachsenen mit intellektueller Beeinträchtigung (d.h. Intelligenzquotient/IQ < 70) und eventuelle anschließende therapeutische Anbindung kontaktiert.

Obwohl intellektuell Beeinträchtigte nicht zur ursprünglichen Zielgruppe der Präventionsprojekte zählen, richten sich mittlerweile beide Projekte vollumfänglich auch an diese Jugendlichen und Erwachsenen; nicht zuletzt aufgrund eines erhöhten Gefährdungspotentials. So wird die überwiegende Mehrheit der kognitiv Beeinträchtigten vorgestellt, da sie in ihrem Alltag mit sexuellem Missbrauchsverhalten gegenüber Kindern auffallen.

Der Bedarf an präventiven Angeboten für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung und sexuellem Kindesmissbrauch ist hoch. Allerdings herrscht Uneinigkeit über die therapeutische Erreichbarkeit und den (nachhaltigen) Nutzen von diagnostischen Verfahren und therapeutischen Angeboten für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung. Dementsprechend gibt es nur wenige spezialisierte Konzepte zum Umgang mit dieser Zielgruppe.

Aufgrund der hohen Brisanz versucht der vorliegende Beitrag einen Überblick über den Forschungsstand zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren bei intellektuell beeinträchtigten Menschen und den von ihnen begangenen sexuellen Übergriffen zu geben.

## Intelligenzminderung

Eine Intelligenzminderung wird als Störung der intellektuellen Entwicklung beschrieben und zeichnet sich durch beeinträchtigte Fertigkeiten aus, die zum Intelligenzniveau beitragen, wie z.B. Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten (ICD-10; World Health Organization, 2004).

Man unterscheidet zwischen einer leichten (IQ-Bereich zwischen 69 und 50), mittelgradigen (IQ-Bereich zwischen 49 und 35), schweren (IQ-Bereich zwischen 34 und 20) und schwersten Form (IQ-Bereich unter 20) der Intelligenzminderung (Lingg & Theunissen, 2017). Die Zuordnung erfolgt mittels phänomenologischer Beschreibung und IQ-Wert. Da sich die Schweregradeinteilung ab einem IQ-Wert von unter 50 nicht ausreichend mit wis-

senschaftlich fundierten Intelligenztests vornehmen lässt, spielt hier vor allem die phänomenologische Beschreibung eine wichtige Rolle (Häßler, 2014).

Die Gesamtprävalenz liegt in Deutschland bei ca.1% (Neuhäuser & Steinhausen, 2003). Die Häufigkeit der Ausprägungsgrade einer Intelligenzminderung ist nicht gleichmäßig verteilt. Bei 85% aller Intelligenzgeminderten lässt sich ein leichte und bei 10% eine mittelgradige Intelligenzminderung feststellen. 3 bis 4% weisen eine schwere Intelligenzminderung auf. Die schwerste Form betrifft 1 bis 2% der Gesamtprävalenz (Lingg & Theunissen, 2017).

Das klinische Bild einer Intelligenzminderung ist sehr heterogen. Grob verallgemeinernd sind Menschen mit einer leichten Intelligenzminderung in der Lage, ein weitestgehend unabhängiges Leben zu führen. Trotz Schwierigkeiten bei der Schulausbildung (z.B. Lese- und Schreibschwierigkeiten) können Betroffene größtenteils einer praktischen Arbeit nachgehen. Menschen mit einer mittelgradigen Intelligenzminderung erreichen selten ein unabhängiges Leben, sondern sind meist auf Unterstützung im Alltag angewiesen. Bei ausreichend sprachlichen Kompetenzen können Betroffene allerdings eine praktische und gut strukturierte Arbeit ausführen. Die schwere und schwerste Form der Intelligenzminderung verlangt ständige Unterstützung und Hilfe. Denn, neben kognitiven Beeinträchtigungen, sind Betroffene zusätzlich meist stark in ihrer Kommunikation und Mobilität eingeschränkt (Häßler, 2014; Rothenhäusler & Täschner, 2013).

Intelligenzminderungen können genetisch determiniert (Kochinke et al., 2016; Najmabadi et al., 2011; Srouf & Shevell, 2014) oder erworben sein, wie beispielsweise durch perinatale Komplikationen (Sauerstoffmangel), Infektionen und Intoxikationen während der Schwangerschaft oder postnatale Traumata (Bandelow et al., 2008). Eine Intelligenzminderung bleibt lebenslang bestehen. Abhängig von Ursache und Form lassen sich allerdings durch frühzeitige und kontinuierliche Förderung sowohl intellektuelle Fähigkeiten als auch Anpassungsfähigkeiten verbessern (Dilling et al., 2015).

## Intelligenzminderung und sexuelle Übergriffe

Grundsätzlich können bei Intelligenzgeminderten Menschen die gleichen sexuellen Verhaltensauffälligkeiten auftreten wie bei nicht-intelligenzgeminderten Menschen. Sexuelle Verhaltensauffälligkeiten werden bei Intelligenzgeminderten Menschen allerdings um ein Vielfaches häufiger beobachtet (Lingg & Theunissen, 2017). In einer Studie von 2.220 Menschen mit Intelligenzminderung im

Alter von 22 bis 38 Jahren berichteten 5,27% von Justizkontakt aufgrund von begangenen sexuellen Übergriffen. In der nicht-intelligenzgeminderten Vergleichsstichprobe bestehend aus 2.085 Menschen gaben ausschließlich 0,33% an, mit der Justiz aufgrund von sexuellen Übergriffen Kontakt gehabt zu haben. Bei Intelligenzgeminderten Menschen war das Risiko also um ein 15faches erhöht (Nixon et al., 2017).

Auch Rückfallraten scheinen bei Intelligenzgeminderten gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöht (Heaton & Murphy, 2013; Marotta, 2017). Eine Metaanalyse bestehend aus 95 follow-up Studien mit über 31.000 Probanden ergab eine allgemeine Rückfallrate bezüglich sexueller Übergriffe von 13,7% bei einem durchschnittlichen Katamnesezeitraum von 5 bis 6 Jahren (Hanson & Morton-Bourgon, 2004). Für Intelligenzgeminderte mit begangenen sexuellen Übergriffen konnte eine Rückfallrate von 34% nach zwei Jahren (Klimecki et al., 1994) und 21% nach vier Jahren ermittelt werden.

Intelligenzgeminderten Menschen aufgrund ihrer kognitiven Einschränkung ein grundsätzlich erhöhtes Risiko für sexuelle Übergriffe zuzuschreiben wäre allerdings voreilig. Unklar ist nämlich, ob die höheren Prävalenz- und Rückfallraten mit einem insgesamt gesteigerten Risiko für sexuelle Übergriffe bei Intelligenzgeminderten zu erklären sind, oder ob sie aber damit zusammenhängen, dass Intelligenzgeminderte häufiger ins Blickfeld von Justizbehörden geraten. Beispielsweise da sie häufiger unter enger sozialer Kontrolle leben oder weniger gut in der Lage sind, begangene Taten zu verdecken.

Gründe für das Begehen sexueller Übergriffe sind – genauso wie bei nicht-intelligenzgeminderten Menschen – multifaktoriell. Als risikosteigernd werden beispielsweise mangelnde exekutive Funktionen, eingeschränkte interpersonale Kompetenzen, fehlende Sexualaufklärung, mangelndes Verständnis von altersentsprechendem Sexualverhalten sowie kaum Gelegenheiten, sexuelle Beziehungen zu Gleichaltrigen einzugehen, diskutiert (Kuhle et al., 2014; Lindsay, 2011). Daneben können auch deviante sexuelle Fantasien und missbrauchsbegünstigende Einstellungen von Intelligenzgeminderten ausgebildet werden und das Risiko für sexuelle Übergriffe erhöhen (Craig & Hutchinson, 2005; Schlinzig et al., 2019).

## Intelligenzminderung und Diagnostik

Die Diagnostik von Menschen mit Intelligenzminderung und begangenen sexuellem Übergriff ist mehrdimensional und umfasst sowohl Verfahren aus der Allgemeinpsychiatrie als auch aus der Behindertenhilfe.

Im diagnostischen Prozess gilt es zu beachten, dass dieser meist durch eine eingeschränkte Mitteilungs- und Selbstbeobachtungsfähigkeit erschwert wird (Hanson et al., 2003). Demzufolge sind fremdanamnestic Angaben von Angehörigen oder Betreuungspersonal in Einrichtungen unabdingbar. Abhängig vom Schweregrad der intellektuellen Beeinträchtigung können allerdings auch Selbstberichtsverfahren und psychometrische Tests zum Einsatz kommen.

Grundsätzlich muss bei der Diagnostik von Intelligenzgeminderten mehr Zeit und Hilfestellung angeboten werden. Für ein besseres Verständnis sollte ferner eine Anpassung der Sprache an die Fähigkeiten der Patienten erfolgen, wie beispielsweise möglichst kurze und klare Sätze oder vorgegebene Antwortmöglichkeiten (z.B. ja, manchmal, nein, ich weiß es nicht). Fremdwörter sollten vermieden werden, bzw. gut erklärt werden.

Insgesamt sollte die Diagnostik von Menschen mit Intelligenzminderung und begangenen sexuellen Übergriffen folgende Informationen zu Risikofaktoren und Schutzfaktoren umfassen:

- detaillierte Feststellung der Leistungsfähigkeit
- soziosexuelle Entwicklung, sexuelle Fantasien, sexuelles Verhalten
- psychische Gesundheit
- Entwicklungsgeschichte, familiärer Hintergrund
- Individuelle Stärken und Schwächen, bzw. des Hilfesystems

Trotz methodischer Schwächen (z.B. Bodeneffekte) liefern standardisierte mehrdimensionale Intelligenztests, wie beispielsweise die *Wechsler Intelligence Scale for Children* (Petermann & Petermann, 2011) oder die *Wechsler Adult Intelligence Scale* (Petermann, 2012), wichtige Informationen über Stärken und Schwächen der kognitiven Entwicklung. Neben kognitiven Fähigkeiten sind bei Intelligenzgeminderten Menschen nicht selten emotionale, soziale und körperliche Funktionen eingeschränkt (Sappok & Zepperitz, 2016). In der Folge kann dies zu (sexuellen) Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen führen. Deswegen eignet sich zusätzlich die Erfassung der emotionalen Entwicklung (ebd.).

Intelligenzgeminderte Menschen weisen ein geringeres Wissen bezüglich Sexualität auf als Menschen ohne Intelligenzminderung (Lunsky et al., 2007). Demzufolge gilt es im Rahmen einer Sexualanamnese herauszufinden, ob kognitive Verzerrungen oder bestimmte Haltungen vorherrschen, welche sexuelle Übergriffe begünstigen. Im Hinblick auf Intelligenzgeminderte mit sexuellem Kindesmissbrauch steht vor allem die Exploration der Sexualfantasien – zur Abklärung von paraphilen Fantasieinhalten (z.B. Pädophilie, Sadismus) – im Vordergrund. Bei einer

leichten- und mittelgradigen Form der Intelligenzminderung lassen sich Sexualfantasien in einem sexualanamnestischen Interview gut erfassen (Schlinzig et al., 2019). Bei ausreichend bestehender Augen-Hand-Koordination eignet sich zudem das computerbasierte *Viewing-Time* Verfahren (Imhoff et al., 2010), welches verdeckt die Antwortlatenzen beim Betrachten und Bewerten des gezeigten Bildmaterials (z.B. Bilder von Menschen beiderlei Geschlechts und verschiedener Altersstufen) erfasst.

Für das Fallmanagement und die Rückfallprognose von sexuellen Übergriffen liefert insbesondere das *Assessment of Risk and Manageability for Intellectually Disabled Individuals Who Offend – Sexually* (Armidilo-S) (Boer et al., 2004), das demnächst auch in einer deutschen Fassung vorliegen wird, gute Vorhersagegüte bei Intelligenzgeminderten Menschen (Blacker et al., 2011). Das Armidilo-S wurde zwar für männliche Erwachsene entwickelt; es wird allerdings davon ausgegangen, dass es sich auch für Jugendliche mit begangenen sexuellen Übergriffen eignet (Blasingame, 2018).

Die Prävalenzraten für psychische Erkrankungen sind bei Intelligenzgeminderten Menschen gegenüber der Gesamtbevölkerung erhöht (Dilling et al., 2015). Wenn zusätzlich psychische Störungen nach ICD (oder DSM) gestellt werden, wird von einer Doppeldiagnose gesprochen. Bei eingeschränkten Selbstauskünften ist das Diagnostizieren von Doppeldiagnosen schwierig. Zudem zeigen psychische Störungen bei Intelligenzgeminderten Menschen nicht selten ein verändertes Erscheinungsbild. Eine Depression kann beispielsweise mit einer gereizten anstatt einer niedergeschlagenen Stimmung einhergehen (Erretkamps et al., 2017). Laut Hurley (2006) kann es deswegen hilfreich sein, Verhaltensweisen zu identifizieren, welche mit psychischen Störungen assoziiert sind (z.B. Aggressivität, Rückzugsverhalten). Diese Verhaltensweisen können dann, anstelle von Diagnosekriterien nach ICD (oder DSM), im diagnostischen Prozess berücksichtigt werden.

Auch Persönlichkeitsstörungen können entwickelt werden (Lindsay et al., 2006; Voß, 2014). In einer Gruppe von 164 Intelligenzgeminderten Tätern fand sich bei knapp 40% eine Persönlichkeitsstörung, wobei die antisoziale Persönlichkeitsstörung die am häufigsten vertretene Störung war (Lindsay et al., 2006). Lindsay und Kollegen (2016) fanden zudem, dass der Schweregrad der Persönlichkeitsstörung mit einem gesteigerten Rückfallrisiko für Gewalt und Sexualstraftaten assoziiert war.

## Intelligenzminderung und therapeutische Versorgung

Lange Zeit hatten Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung kaum Zugang zu psychotherapeutischer Versorgung. In den letzten Jahren scheint sich diese Sachlage jedoch sukzessive zu ändern (Willner, 2005). Allerdings mangelt es nach wie vor an wissenschaftlichen Studien über die Wirksamkeit der Angebote. Randomisierte kontrollierte Studien finden sich kaum (ebd.). Dies betrifft sowohl die Psychotherapie im Allgemeinen als auch präventive Maßnahmen und/oder psychotherapeutische Interventionen bei Sexualstraftätern mit Intelligenzminderung im Speziellen.

Die existierenden Studien liefern erste Hinweise für die Wirksamkeit der Interventionen bei Intelligenzgeminderten mit begangenen sexuellen Übergriffen (Beail, 1998; Hollomotz & Schmitz, 2018; Lindsay & Smith, 1998; Marotta, 2017). Dabei orientiert sich die Arbeit an denselben Prinzipien, deren Wirksamkeit generell in der Täterarbeit belegt ist: „Risk-Need-Responsivity-Prinzip“ (RNR-Prinzip), „Good-Lives-Model“ (GLM) und das Rückfallvermeidungsmodell.

### Zentrale Therapieziele sind:

- Aufbau von Verhaltenskontrolle,
- Erkennen von Problemverhalten und Risikofaktoren
- Entwicklung vom erwünschten Alternativverhalten,
- Förderung der entsprechenden Sozial- und Handlungskompetenzen,
- Erlangen von Wissen über Sexualität,
- Übernahme sozialer Normen und Werte,
- Vermittlung von Problemlösefertigkeiten und Fähigkeiten zur Selbstregulation.

Ein wichtiges Thema ist zudem die Auseinandersetzung der Patienten mit der intellektuellen Beeinträchtigung und den eigenen Einschränkungen, mit den damit verbundenen negativen Gefühlen und Erfahrungen (insbesondere Stigmatisierung, Abweisung). Die Therapie muss den Aufbau eines positiven Selbstbilds und die Wertschätzung der eigenen Person fördern, zugleich eine realistische Selbstsicht und Lebensperspektive entwickeln. Zusätzlich kann Unterstützung beim Aufbau einer angemessenen Freizeitgestaltung wichtig sein. Manche Patienten benötigen ein geduldiges, konkretes und konsequentes Einüben einer angemessenen Nähe-Distanz-Regulation.

## Anpassung der therapeutischen Techniken

Die psychotherapeutische Arbeit mit intelligenzgeminderten Menschen erfordert sorgfältige Anpassungen an die individuellen kognitiven Möglichkeiten und das langsamere Lerntempo (Zusammenfassungen bei: Erretkamps et al., 2017; Eusterschulte et al., 2019).

- vielfaches Wiederholen
- Vereinfachung, kleinschrittiges Vorgehen, Sitzungen mit kürzerer Dauer und einer klaren feststehenden Struktur
- direktives Vorgehen, konkrete Hilfen und Anweisungen geben
- einfache Wörter, kurze Sätze, am Wortschatz des Patienten orientieren, Fremdwörter vermeiden oder gut erklären. Immer wieder prüfen, was verstanden wurde, zusammenfassen lassen, Wortbedeutungen erfragen. Soweit Schriftsprache verwendet wird (z.B. für Arbeitsblätter oder Informationsmaterialien) sollte diese den Regeln der Leichten Sprache folgen.
- visuell anschauliche Arbeitsmaterialien und Symbole (Bilder, Piktogramme, Cartoons)
- viele Übungen und aktivierende Elemente, wie beispielsweise Rollenspiele, gemeinsames Anfertigen von Zeichnungen und Flipcharts sowie Arbeiten mit abwechselnden Modalitäten (z.B. Gefühle durch Malen oder mit Hilfe von Bildsymbolen darstellen)
- Sinnes- und Motorikeinschränkungen beachten

Die Langsamkeit der Lernprozesse verlangt Geduld und Zeit. Tatsächlich scheint die ausreichende Dauer des therapeutischen Angebots ausschlaggebend für das Rückfallrisiko zu sein (Day, 1993). So konnten Lindsay und Smith (1998) beispielsweise zeigen, dass Täter mit intellektueller Beeinträchtigung, welche eine Therapie unter einem Jahr erhielten, eine höhere Rückfallquote hatten, als diejenigen, die mindestens zwei Jahre Therapie erhielten.

## Gruppenangebote

Gruppentherapeutische Settings haben sich allgemein für intellektuell Beeinträchtigte und im Besonderen auch für die Arbeit mit Menschen mit sexuellem Missbrauchsverhalten bewährt (Hanson & Morton-Bourgon, 2004; Hollomotz & Schmitz, 2018; Rose et al., 2002). Stärken von Gruppensettings sind das Gruppentraining sozialer Kompetenzen, Edukation in lebenspraktischen Bereichen und Sexualität, Training von Problemlösefertigkeiten, Emotionsregulation und Verhaltenskontrolle in konkreten Situationen. Ein solches mehrdimensionales, gruppen-

therapeutisches Angebot gibt es am *Forensischen Institut Ostschweiz AG* (Forio). Forio bietet bereits seit mehreren Jahren ein Behandlungsangebot für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung und begangenen Sexualdelikten an, u.a. mit dem Ziel einer Reduktion des Rückfallrisikos, einer gesteigerten Verantwortungsübernahme für das eigene Handeln und einer Persönlichkeitsentwicklung.

## Einbeziehen des Hilfesystems

Der Einbezug des Hilfesystems in den therapeutischen Prozess spielt bei Intelligenzgeminderten eine wichtige Rolle (Schlinzig et al., 2019; Seidel, 2010). Aufgrund eingeschränkter kognitiver Fähigkeiten fällt es Betroffenen schwerer als Normintelligenten therapeutische Inhalte in den Alltag zu transferieren, was durch inhaltlich einbezogene Bezugspersonen unterstützt werden kann (Willner, 2005). Andererseits können Angehörige ohne Compliance den Therapieprozess empfindlich stören oder gänzlich hemmen. Mehr noch als bei anderen Patientengruppen muss daher, wo immer möglich, der „Schulterschluss“ gesucht, zumindest aber geduldig ein Kontaktangebot gemacht werden (Eusterschulte et al., 2019).

## Medikamentöse Behandlung zur Verbesserung der sexuellen Impulskontrolle

Insbesondere bei intelligenzgeminderten Menschen mit sexuellen Übergriffen stellt die Pharmakotherapie eine wichtige Säule der therapeutischen Möglichkeiten dar. Medikamentöse Behandlung und (Psycho)therapie sind keine gegensätzlichen („Pille oder Gespräch“), sondern sich ergänzende Strategien, denn viele Patienten profitieren aus einer Kombination von Pharmako- und Psychotherapie.

Diese Sichtweise ist nicht selbstverständlich. Gerade bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung und sexuellen Übergriffen wurden lange Zeit einseitig Psychopharmaka mit einer „ruhigstellenden“ Absicht eingesetzt, was aber nicht selten zu weiteren Einschränkungen der kognitiven Fähigkeiten und Lernmöglichkeiten der zu Behandelnden führte (Rothenhäusler & Täschner, 2013; Schanze, 2008).

Eine solche unspezifische Ruhigstellung ist obsolet. Zur sexuellen Impulsdämpfung stehen zwar verschiedene Medikamente zur Verfügung. Der Einsatz bei intelligenzgeminderten Tätern ist allerdings kaum wissenschaftlich erforscht (Sajith et al., 2008). Prinzipiell sind die medika-

mentösen Optionen grundsätzlich dieselben wie für nicht intellektuell beeinträchtigte Personen. Dabei ist die Risikominderung für sexualdelinquentes Verhalten ein gewichtiger, aber nicht der einzige Aspekt. Die Medikation kann z.B. helfen, drängende, als belastend erlebte sexuelle Impulse zu verringern, um den „Kopf frei zu bekommen“ für Alltagsaktivitäten sowie für psychoedukative und psychotherapeutische Interventionen (Amelung et al., 2012; Beier, 2018).

Die medikamentöse Behandlung erfordert grundsätzlich eine therapeutische Begleitung. Alleinige Medikamentengabe würde nicht nur das Potenzial der o.g. Wirkungen verschenken. Es würde auch bedeuten, Patienten mit den ungewohnten, möglicherweise verstörenden Effekten (bspw., dass die gewohnte Selbstbefriedigung nicht mehr funktioniert, dass Sexualität mit einem/einer Erwachsenen beeinträchtigt wird, u.a.m.) allein zu lassen. Zudem bereitet einseitige Fokussierung auf Medikamentengaben den Boden für fatale Fehleinschätzungen (bei Patienten, bei Bezugspersonen, vielleicht auch bei Behandlern), etwa: „Das Medikament beseitigt das Problem, nun kann ja nichts mehr passieren“. Auch gilt es Kontraindikationen und unerwünschte körperliche Nebenwirkungen zu adressieren und alltagspraktische Unterstützung zu bieten. Ob und welches Medikament wann und wie lange eingenommen wird, entsteht in einem gemeinsamen Entscheidungsprozess und sollte immer in einem umfassenden Behandlungsplan eingebettet sein.

## Medikamentöse Optionen zur sexuellen Impulskontrolle

**Androgenunterdrückende Behandlung** (englisch: „androgen deprivation treatment“, ADT) sind Medikamente, welche entweder die Rezeptoren für das Geschlechtshormon Testosteron blockieren (Antiandrogene, z.B. Cyproteronacetat) oder über eine Wirkung an Hormonsteuerungszentren des Gehirns die körpereigene Produktion des Geschlechtshormons Testosteron im Hoden reduzieren (GnRH-Analoga, z.B. Triptorelin) (Beier, 2018; Berner et al., 2007; Thibaut et al., 2016).

Das Geschlechtshormon Testosteron sorgt beim Menschen nicht nur für die Entwicklung des typisch männlichen Körpers (Wuchs von Körperhaaren, tiefe Stimmlage, typische Fettverteilung und Aufbau von Muskelmasse), sondern beeinflusst auf psychischer Ebene neben generellem Antrieb, Ausdauer, „Lebenslust“ und dominanten sowie aggressiven Verhaltensweisen unter anderem auch das sexuelle Verlangen und Interesse sowie das Auftreten sexueller Fantasien, Gedanken und Wünsche. Die genannten Medikamente führen zu einer Senkung des Testosteronspiegels und einer Minderung der Wirkung

von Testosteron und damit zu einer Beeinflussung der genannten psychischen Faktoren.

**Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer** (selektive Serotonin-Reuptake-Inhibitoren, SSRI) sind eine Gruppe von Medikamenten, die für die Behandlung von Depressionen sowie von Angst- und Zwangsstörungen zugelassen sind (z.B. Paroxetin, Citalopram). SSRIs bewirken im Gehirn eine Erhöhung der Konzentration des körpereigenen Botenstoffs Serotonin.

Der Botenstoff Serotonin ist dafür bekannt, dass er sich auf die sexuelle Erregbarkeit und den Erregungshöhepunkt (inklusive Samenerguss) auswirkt. Hohe Spiegel von Serotonin können sexuelles Verlangen reduzieren. Außerdem weiß man, dass bei Zwangserkrankungen Medikamente, die den Serotoninspiegel erhöhen, helfen können, impulsives Verhalten besser zu kontrollieren. Betroffene beschreiben eine Art Bremswirkung und dass sie von heftig anflutenden Impulsen (eben auch von sexuellen Impulsen) nicht mehr einfach überflutet werden. Im Gegensatz zu der erstgenannten Medikamentengruppe wirken die SSRIs also nicht über eine direkte Dämpfung des Sexualtriebs, sondern eher über eine Veränderung von inneren Erlebnis- und Gefühlszuständen.

**Opioidantagonisten** sind Medikamente, die am körpereigenen Opioidsystem und somit am Belohnungssystem des Gehirns ansetzen. Dazu gehören z.B. Naltrexon und Nalmefen, die in der Suchttherapie eingesetzt werden, um dranghaftes Verlangen zu stoppen. Klinischen Erfahrungen zufolge können diese Medikamente auch dranghaftes sexuelles Verlangen reduzieren und die Kontrollfähigkeit verbessern.

## Angebot für Intelligenzgeminderte in den Präventionsprojekten der Berliner Charité

Das *Präventionsprojekt Dunkelfeld* sowie das *Präventionsprojekt für Jugendliche* bieten intelligenzgeminderten Erwachsenen und Jugendlichen mit sexueller Präferenzbesonderheit (i.S. einer Ansprechbarkeit für kindliche Körper) eine angepasste Diagnostik, eine modular aufgebaute Einzel- und/oder eine gruppentherapeutische Behandlung und bei Bedarf medikamentöse Behandlung an.

## Fallbeispiel A – PPJ

Der damals 16-jährige Patient A. stellte sich in Begleitung seiner allein sorgeberechtigten Mutter im PPJ vor. Vorstellungsanlass waren durch A. per sozialer Medien verschickte Aufforderungen nach Nacktbildern an einen 10-jährigen Freund des damals 9-jährigen Bruders, sowie die Beobachtungen der Eltern, dass A. seinen Bruder nach gemeinsamem Duschen frage.

In der Sexualanamnese konnte eine sexuelle Ansprechbarkeit für das vorpubertäre männliche Körperschema festgestellt werden, wobei auch männliche Erwachsene eine leichte Anziehung auf ihn hatten. A. berichtete, dass er im Alter von 15/16 Jahren bereits mehrfach sexuelle Übergriffe auf seinen damals 8-/9-jährigen Bruder (aktiver Oralverkehr und anale Penetration) und zwei weitere Jungen im gleichen Alter begangen habe (aktiver Oralverkehr und digitale Penetration). Im während der Eingangsdiagnostik durchgeführten Intelligenztest erreichte er einen IQ-Gesamtwert von 60, womit sich das klinische Bild einer leichten Intelligenzminderung bestätigte. Seine körperliche Entwicklung wurde ärztlich auf das Tanner-Stadium 4 eingeschätzt. Im Rahmen der Sexualanamnese wünschte sich A. eine medikamentöse Unterstützung, da er die Sexualfantasien von Jungen als drängend und unangenehm erlebe.

Auf Basis der nur eingeschränkten Risikowahrnehmung von A. sowie Bagatellisierungstendenzen und der geringen Bereitschaft der Eltern, Schutzmaßnahmen (z.B. räumliche Trennung der Geschwister im elterlichen Haushalt) zu implementieren, erfolgte eine vollstationäre Aufnahme in die Kinder- und Jugendpsychiatrie zur medikamentösen Einstellung auf eine sexuell impulsdämpfende Medikation mittels eines Antidepressivums. Aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie heraus zog A. in eine therapeutische Wohngruppe für Jungen zwischen 14 und 18 Jahren, da der Schutz des jüngeren Bruders als nicht ausreichend gegeben eingeschätzt wurde.

A. erhielt zunächst eine einzeltherapeutische, später eine gruppentherapeutische Anbindung mit begleitenden Einzelgesprächen im PPJ. Oberstes Ziel war dabei der Aufbau von Verhaltenskontrolle und ein Verständnis der eigenen Sexualpräferenz.

Im Verlaufe der Therapie berichtete A., sexuell übergriffig auf die Zwillingsöhne des Lebenspartners der Kindsmutter (aktiver Oralverkehr) gewesen zu sein. Die Übergriffe waren A. insbesondere durch die Missachtung der klaren Absprachen mit der Kindsmutter möglich. Nach Bekanntwerden der Übergriffe erfolgte eine direkte Verschärfung der zu Beginn der Therapie vereinbarten Schutzmaßnahmen (bspw. keine Besuche im elterlichen Haushalt, Anpassung der Medikation, engmaschige einzeltherapeutische Anbindung). Gleichzeitig erfolgte ein

Umzug durch A. in eine Einrichtung für geistig behinderte junge Erwachsene nach SGB XII, da sich die bisherige Einrichtung nicht mehr in der Lage sah, ausreichend die Verantwortung für A. zu tragen.

Aufgrund von A.s Präferenz für vorpubertäre Jungen und der intellektuellen Beeinträchtigung wird eine langjährige Betreuung notwendig sein. A. ist weiterhin im PPJ angebunden und erhält dort regelmäßige Therapie-sitzungen. Die sexuell impulsdämpfende Medikation wird durch A. als große Erleichterung wahrgenommen, da sie A. dabei unterstützt, sich von den sexuellen Impulsen abzugrenzen. Eine ausführlichere Darstellung des Falles ist dem Artikel „Präventionsprojekt für Jugendliche (PPJ) mit sexueller Präferenzbesonderheit für das kindliche Körperschema: Erweiterungen und aktueller Stand“ des *Sexuologie*-Bands 26 (1–2), 2019 zu entnehmen.

## Fallbeispiel B – PPD

Der jetzt 43-jährige Mann wurde vor zwei Jahren von seinem Einzelfallhelfer im PPD vorgestellt mit der gezielten Frage nach einer sexualtriebdämpfenden Medikation. Anlass war, dass Herr B. nahezu täglich auf der Straße und im Wohnumfeld Mädchen in einer Weise ansprach, dass diese vor ihm Angst bekamen. Mehrere Eltern hatten ihm eine Anzeige angedroht. Herr B. ist vor einigen Jahren zu einer Bewährungsstrafe verurteilt worden, da er ein sechsjähriges Mädchen mehrmals ausgezogen, an der Scheide berührt und Nacktfotos von ihr gemacht habe.

Die Eingangsdiagnostik ergab eine Sexualpräferenz für das weibliche vorpubertäre Körperschema.

Seit Beginn der Masturbation (mit 11 oder 12 Jahren) stelle er sich ausschließlich aktiven Oral- und Vaginalverkehr bei vorpubertären Mädchen vor. Er gibt an, von Mädchen im Präferenzalter „magisch“ angezogen zu werden und sich immer wieder in Mädchen dieses Alters zu „verknall[en]“. Anamnestisch wurde zudem eine peripartale Hirnschädigung infolge Nabelschnurumschlingung benannt. Die aktuelle Testdiagnostik ergab einen Gesamt-IQ von 72 (knapp über dem Grenzwert zur Intelligenzminderung) sowie eine akzentuierte Persönlichkeit mit ängstlich-depressiven und autistischen Zügen. Herr B. besuchte die Lernbehindertenschule und ein Berufsförderungswerk. Derzeit arbeitet er im Garten- und Landschaftsbau einer Werkstatt für behinderte Menschen. Er ist langjährig in psychiatrischer Behandlung wegen rezidivierender Depressionen und nimmt Antidepressiva ein. Herr B. hat eine enge familiäre Beziehung mit seiner Mutter und seinem Bruder (mit dem er zusammenwohnt), sonst hat er außerhalb der Familie und der Arbeitsstätte kaum soziale Kontakte.

Er berichtet von zahlreichen Begebenheiten auf Spielplätzen, an Planschbecken usw., und dass er sich habe mächtig zusammenreißen müssen, um sich nicht an die dortigen Mädchen heranzusetzen. Bei der anschließenden Masturbation zu Hause male er sich in der Fantasie diese Begebenheiten weiter aus. Ein subjektives Belastungserleben entstehe regelmäßig, wenn z.B. in einem öffentlichen Verkehrsmittel Mädchen oder Schulklassen in seine Nähe kommen und er die Situation nicht einfach verlassen könne.

Seit nunmehr fast zwei Jahren erhält Herr B. Salvacyl-Depot. Er bewerte die desexualisierende Wirkung sehr positiv und wolle die Medikation beibehalten. Er erlebe sich viel entspannter und nicht mehr der zuvor stark ausgeprägten, dranghaften Erregung bei Begegnungen mit Mädchen ausgeliefert. So habe er nicht mehr den Druck, nach Hause eilen zu müssen, um zu masturbieren.

Die Beziehungssehnsucht aber besteht weiterhin, und zwar unverändert mit Ausrichtung auf vorpubertäre Mädchen. Bei jeder Gelegenheit versuche er, Mädchen auf sich aufmerksam zu machen und nennt es: „Heute hatte ich Erfolg“, wenn eines freundlich zurückwinkt oder ein „Guten Tag“ erwidert – das mache ihm „ein Riesenglücksgefühl“. Dass sein Verhalten unangenehm oder gar angsteinflößend ankommen könne, passt überhaupt nicht in seine Vorstellungswelt. Er wolle doch „bloß nett sein“, möchte ein starker Beschützer sein und nicht der Feind.

Begleitend zur Medikation finden einmal monatlich edukative Gespräche gemeinsam mit dem Einzelfallhelfer statt mit dem Schwerpunkt, Risikosituationen zu erkennen und Stopp-Regeln einzuüben. Anfang 2019 wurde eine stationäre psychiatrische Behandlung vermittelt, in der Herr B. über vier Wochen an einem komplexen Sozialkompetenztraining teilnahm. Die Lernfortschritte sind langsam. Es gelingt nur begrenzt, eingeübte Verhaltensregeln auf neue Situationen zu übertragen. Nach wie vor bestehen massive Wahrnehmungsverzerrungen. Immerhin kann Herr B. inzwischen einräumen: „Ich merke das immer erst hinterher, wenn ich zudringlich war.“ Einmal fügte er hinzu: „[...] und dass ich mich wieder mal zum Affen gemacht hab.“ Zukünftig werden wir Herrn B. in eine wöchentliche Therapiegruppe für intellektuell beeinträchtigte Männer aufnehmen. In der therapeutischen Arbeit werden wir ein besonderes Gewicht auf die angemessene Gestaltung der zwischenmenschlichen Beziehungen und der Beziehungswünsche legen.

## Fazit und Ausblick

Eine Intelligenzminderung stellt eine besondere Herausforderung im diagnostischen und therapeutischen Setting von Menschen mit begangenen sexuellen Übergriffen dar. Die Arbeit verlangt mehr Zeit und Geduld und ist eingeschränkt durch eine begrenzte Kommunikations- und Introspektionsfähigkeit der Patienten. Erforschte therapeutische Interventionen liefern allerdings erste Hinweise für eine Risikominimierung bei Intelligenzgeminderten Tätern.

Um eine flächendeckende, adäquate Behandlung intelligenzgeminderter Menschen zu gewährleisten, kommen wir nicht umher, Intelligenzgeminderte stärker in den Fokus wissenschaftlicher Studien zu rücken.

## Literatur

- Amelung, T., Kuhle, L.F., Konrad, A., Pauls, A., Beier, K.M., 2012. Androgen deprivation therapy of self-identifying, help-seeking pedophiles in the Dunkelfeld. *Int. J. Law Psychiatry, German Forensic Psychiatry. Contemporary Issues and Challenges* 35, 176–184.
- Bandelow, B., Gruber, O., Falkai, P., 2008. Intelligenzminderung (F7). [https://doi.org/10.1007/978-3-7985-1836-0\\_9](https://doi.org/10.1007/978-3-7985-1836-0_9)
- Beail, N., 1998. Psychoanalytic psychotherapy with men with intellectual disabilities: A preliminary outcome study. *Br. J. Med. Psychol.* 71 (1), 1–11. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1998.tb01363.x>
- Beier, K.M. (Hg.), 2018. Pädophilie, Hebephilie und sexueller Kindesmissbrauch: Die Berliner Dissexualitätstherapie, Psychotherapie: Manuale. Springer Verlag, Berlin/Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-56594-0>
- Berner, W., Hill, A., Briken, P., 2007. Sexualstraftäter behandeln: mit Psychotherapie und Medikamenten, Deutscher Ärzteverlag, Köln.
- Blacker, J., Beech, A., Wilcox, D., Boer, D., 2011. The assessment of dynamic risk and recidivism in a sample of special needs sexual offenders. *Psychology Crime & Law* 17 (1), 75–92. <https://doi.org/10.1080/10683160903392376>
- Blasingame, G.D., 2018. Risk Assessment of Adolescents with Intellectual Disabilities Who Exhibit Sexual Behavior Problems or Sexual Offending Behavior. *J. Child Sex. Abuse* 27 (8), 955–971. <https://doi.org/10.1080/10538712.2018.1452324>
- Boer, D., Tough, S., Haaven, J., 2004. Assessment of Risk Manageability of Intellectually Disabled Sex Offenders. *J. Appl. Res. Intellect. Disabil.* 17 (4), 275–283. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2004.00214.x>
- Craig, L.A., Hutchinson, R.B., 2005. Sexual offenders with learning disabilities: risk, recidivism and treatment. *J. Sex. Aggress.* 11 (3), 289–304. <https://doi.org/10.1080/13552600500273919>
- Day, K.A., 1993. Mental health services for people with mental retardation: a framework for the future. *J. Intellect. Disabil. Res. JIDR* 37 Suppl 1, 7–16. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.1993.tb00888.x>
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (Hg.), 2015. Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) – Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. Hogrefe AG, Bern.
- Erretkamps, A., Kufner, K., Schmid, S., Bengel, J., 2017. Therapie-Tools Depression bei Menschen mit geistiger Behinderung: Mit E-Book inside und Arbeitsmaterial in leichter Sprache. Beltz, Weinheim/Basel.
- Eusterschulte, B., Pilz, S., Neumann, M., 2019. Intelligenzgeminderte Rechtsbrecher im Maßregelvollzug. *NeuroTransmitter* 30 (10), 37–43.
- Hanson, R.K., Morton-Bourgon, K., 2004. Predictors of Sexual Recidivism: An Updated Meta-Analysis 2004-02. Public Safety and Emergency Preparedness Canada. Ottawa, Canada.
- Häßler, F., 2014. Diagnose von Intelligenzminderung. *Forensische Psychiatr. Psychol. Kriminol.* 8, 159–163. <https://doi.org/10.1007/s11757-014-0276-1>
- Heaton, K.M., Murphy, G.H., 2013. Men with intellectual disabilities who have attended sex offender treatment groups: a follow-up. *J. Appl. Res. Intellect. Disabil.* 26 (5), 489–500. <https://doi.org/10.1111/jar.12038>
- Hollomotz, A., Schmitz, S.C., 2018. Forio: a Swiss treatment program for young sex offenders with intellectual disabilities. *J. Intellect. Disabil. Offending Behav.* 9 (3), 117–127. <https://doi.org/10.1108/JIDOB-05-2018-0007>
- Hurley, A.D., 2006. Mood disorders in intellectual disability. *Curr. Opin. Psychiatry* 19 (5), 465–469. <https://doi.org/10.1097/01.yco.0000238471.84206.0a>
- Imhoff, R., Schmidt, A.F., Nordsiek, U., Luzar, C., Young, A.W., Banse, R., 2010. Viewing Time Effects Revisited: Prolonged Response Latencies for Sexually Attractive Targets Under Restricted Task Conditions. *Arch. Sex. Behav.* 39 (6), 1275–1288. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9595-2>
- Klimecki, M.R., Jenkinson, J., Wilson, L., 1994. A study of recidivism among offenders with an intellectual disability. *Australia and New Zealand J. Dev. Disabil.* 19 (3), 209–219. <https://doi.org/10.1080/07263869400035241>
- Kochinke, K., Zweier, C., Nijhof, B., Fenckova, M., Cizek, P., Honti, F., Keerthikumar, S., Oortveld, M.A.W., Kleefstra, T., Kramer, J.M., Webber, C., Huynen, M.A., Schenck, A., 2016. Systematic Phenomics Analysis Deconvolutes Genes Mutated in Intellectual Disability into Biologically Coherent Modules. *Am. J. Hum. Genet.* 98 (1), 149–164. <https://doi.org/10.1016/j.ajhg.2015.11.024>
- Kuhle, L.F., Grundmann, D., Beier, K.M., 2014. Sexueller Missbrauch von Kindern: Ursachen und Verursacher. In: Fegert, J.M., Hoffmann, U., König, E., Niehues, J., Liebhardt, H. (Hg.), *Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen*. Springer, Berlin/Heidelberg, 109–129.
- Lindsay, W.R., 2011. People with intellectual disability who offend or are involved with the criminal justice system. *Curr. Opin. Psychiatry* 24 (3), 377. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283479dc9>
- Lindsay, W.R., 2002. Research and literature on sex offenders with intellectual and developmental disabilities. *J. Intellect. Disabil. Res.* 46 Suppl. 1, 74–85. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.2002.00006.x>
- Lindsay, W.R., Hogue, T., Taylor, J.L., Mooney, P., Steptoe, L., Johnston, S., O'Brien, G., Smith, A.H.W., 2006. Two

- studies on the prevalence and validity of personality disorders in three forensic intellectual disability samples. *J. Forensic Psychiatry Psychol.* 17 (3), 485–506. <https://doi.org/10.1080/14789940600821719>
- Lindsay, W.R., Smith, A.H.W., 1998. Responses to treatment for sex offenders with intellectual disability: a comparison of men with 1- and 2-year probation sentences. *J. Intellect. Disabil. Res.* 42 (Pt. 5), 346–353. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.1998.00147.x>
- Lingg, A., Theunissen, G., 2017. *Psychische Störungen und geistige Behinderungen: Ein Lehrbuch und Kompendium für die Praxis*, 7. aktual. Aufl. Lambertus, Freiburg im Breisgau.
- Lunsky, Y., Frijters, J., Griffiths, D., Watson, S., Williston, S., 2007. Sexual knowledge and attitudes of men with intellectual disability who sexually offend. *J. Intellect. Dev. Disabil.* 32 (2), 74–81. <https://doi.org/10.1080/13668250701408004>
- Marotta, P.L., 2017. A Systematic Review of Behavioral Health Interventions for Sex Offenders with Intellectual Disabilities. *Sex. Abuse J. Res. Treat.* 29 (2), 148–185. <https://doi.org/10.1177/1079063215569546>
- Najmabadi, H., Hu, H., Garshasbi, M., Zemojtel, T., Abedini, S.S., Chen, W., Hosseini, M. et al., 2011. Deep sequencing reveals 50 novel genes for recessive cognitive disorders. *Nature* 478, 57–63. <https://doi.org/10.1038/nature10423>
- Neuhäuser, G., Steinhausen, H.-C. (Hg.), 2003. *Geistige Behinderung: Grundlagen, klinische Syndrome, Behandlung und Rehabilitation*, 3., überarb. und erweiter. Aufl. W. Kohlhammer, Stuttgart.
- Nixon, M., Thomas, S.D.M., Daffern, M., Ogloff, J.R.P., 2017. Estimating the risk of crime and victimisation in people with intellectual disability: a data-linkage study. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 52 (5), 617–626. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1371-3>
- Petermann, F., 2012. *Wechsler Adult Intelligence Scale - Fourth Edition (WAIS-IV) (German Version)*. Pearson Assessment, Frankfurt/M.
- Petermann, F., Petermann, U. (Eds.), 2011. *Wechsler Intelligence Scale for Children - Fourth Edition*, Pearson Assessment, Frankfurt/M.
- Rose, J., Jenkins, R., O'Connor, C., Jones, C., Felce, D., 2002. A Group Treatment for Men with Intellectual Disabilities who Sexually Offend or Abuse. *J. Appl. Res. Intellect. Disabil.* 15 (2), 138–150. <https://doi.org/10.1046/j.1468-3148.2002.00110.x>
- Rothenhäusler, H.B., Täschner, K.L., 2013. Intelligenzminderung (F70–F79). In: Dies. (Hg.), *Kompendium Praktische Psychiatrie und Psychotherapie*. Springer, Wien, 419–426.
- Sajith, S.G., Morgan, C., Clarke, D., 2008. Pharmacological management of inappropriate sexual behaviours: a review of its evidence, rationale and scope in relation to men with intellectual disabilities. *J. Intellect. Disabil. Res.* 52 (12), 1078–1090. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2008.01097.x>
- Sappok, T., Zepperitz, S., 2016. *Das Alter der Gefühle. Über die Bedeutung der emotionalen Entwicklung geistiger Behinderung*. Hogrefe, Bern.
- Schanze, C., 2008. Psychotherapie und Pharmakotherapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. *PiD - Psychother. Im Dialog* 9 (2), 157–162. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1067403>
- Schlinzig, E., Krügel, S., Schuler, M., Oezdemir, U.C., Ludwig, L., Hellenschmidt, T., Beier, K.M., 2019. Das Berliner Präferenzprojekt für Jugendliche (PPJ) mit sexueller Präferenzbesonderheit für das kindliche Körperschema – Erweiterungen und aktueller Stand. *Sexuologie* 26 (1–2), 31–38.
- Seidel, M., 2010. Psychische Störungen bei Erwachsenen mit geistiger Behinderung – eine Einführung. *Psychiatr. Psychother. Up2date* 4 (1), 9–24. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1223361>
- Srouf, M., Shevell, M., 2014. Genetics and the investigation of developmental delay/intellectual disability. *Arch. Dis. Child.* 99 (4), 386–389. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2013-304063>
- Thibaut, F., Bradford, J.M.W., Briken, P., De La Barra, F., Häfner, F., Cosyns, P., WFSBP Task Force on Sexual Disorders, 2016. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the treatment of adolescent sexual offenders with paraphilic disorders. *World J. Biol. Psychiatry Off. J. World Fed. Soc. Biol. Psychiatry* 17 (1), 2–38. <https://doi.org/10.3109/15622975.2015.1085598>
- Voß, T., 2014. Persönlichkeitsstörung und Intelligenzminderung. *Forensische Psychiatr. Psychol. Kriminol.* 8, 169–174. <https://doi.org/10.1007/s11757-014-0279-y>
- Willner, P., 2005. The effectiveness of psychotherapeutic interventions for people with learning disabilities: a critical overview. *J. Intellect. Disabil. Res.* 49 (5), 73–85. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2005.00633.x>
- World Health Organization, 2004. *ICD-10 : international statistical classification of diseases and related health problems : tenth revision*. World Health Organization.

---

#### Autor\_innen

M.Sc. Psych. Miriam Schuler, M.Sc. Psych. Hannes Ulrich, Dipl.-Psych. Lea Ludwig, Dr. med. Torsten Freitag, Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Luisenstraße 57, D-10117 Berlin, e-mail: miriam.schuler@charite.de

---