

Komorbid Störungen und Einzelversorgung im Präventionsprojekt Dunkelfeld

Klaus M. Beier, Zeev Hille, Torsten Freitag, Hannes Ulrich

Comorbid Disorders and Individual Care in the *Prevention Project Dunkelfeld*

Abstract

The article discusses comorbid disorders in pedophile and hebephile participants in the Berlin location of the *Prevention Project Dunkelfeld*. Overall, almost half of those receiving therapeutic care have psychological comorbidities, most frequently affective and somatoform disorders, but also intellectual deficits and personality or schizophrenia spectrum disorders. All these various comorbidities require special attention in addition to the pedophilic and/or hebephilic sexual preference and have an influence on the treatment planning and implementation of therapy, not least with regard to the limited group capacity of those affected and the resulting need for individual care as well as additional pharmaceutical treatment options. Care structures for people who are attracted to the prepubescent and/or the early adolescent body schema must take this aspect into account.

Keywords: Pedophilia, Hebephilia, Comorbid disorders, Individual care

Zusammenfassung

Dargestellt werden die komorbiden Beeinträchtigungen bei pädophilen und hebephilen Teilnehmenden im Berliner Standort des *Präventionsprojekts Dunkelfeld*. Insgesamt weisen annähernd die Hälfte der therapeutisch Versorgten psychische Komorbiditäten auf, am häufigsten affektive und somatoforme Störungen, relativ häufig finden sich aber auch Intelligenzminderungen, Persönlichkeitsstörungen oder Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. All diese verschiedenen komorbiden Störungen verlangen neben der pädophilen und/oder hebephilen Sexualpräferenz eine gesonderte Beachtung und haben Einfluss auf die Behandlungsplanung und Durchführung der Therapie, nicht zuletzt auch mit Blick auf die begrenzte Gruppenfähigkeit der Betroffenen und die daraus erwachsene Notwendigkeit einer Einzelversorgung sowie zusätzlich erforderliche medikamentöse Behandlungsoptionen. Zukünftige Versorgungsstrukturen für Menschen mit einer Ansprechbarkeit für das vorpubertäre und/oder das frühpubertäre Körperschema werden diesen Aspekt ausreichend Rechnung tragen müssen.

Schlüsselwörter: Pädophilie, Hebephilie, komorbide Störungen, Einzelversorgung

Einleitung

Verschiedene Untersuchungen weisen darauf hin, dass Komorbiditäten bei pädophilen Männern und Männern, die für sexuellen Kindesmissbrauch verurteilt wurden, eher die Regel als die Ausnahme darstellen (Dunsieth et al., 2004; Kafka & Hennen, 2002; Raymond et al., 1999). In der Untersuchung von Raymond und Mitarbeiter:innen (1999) wies die Mehrheit der untersuchten klinischen Stichproben ambulanter pädophiler Sexualstraftäter:innen komorbide psychiatrische Störungen der Achsen I und II des DSM-IV auf (American Psychiatric Association, 2000). Dabei stellten aktuelle affektive Störungen (31,1 %) und Angststörungen (5,3 %) die häufigsten Zusatzdiagnosen auf Achse I dar. Darüber hinaus erfüllten 60 % die Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung auf Achse II (Raymond et al., 1999). Diese und andere Ergebnisse in Bezug auf Komorbiditäten sind im Einklang mit den Erfahrungen der klinischen Arbeit im Rahmen des *Präventionsprojekts Dunkelfeld* (PPD). Zusätzlich scheinen die subklinischen Dysfunktionen oder Auffälligkeiten, die nicht die Kriterien einer psychiatrischen Störung erfüllen, noch häufiger vorzukommen.

In einer Untersuchung von Konrad et al. (2017) wurde die allgemeine psychische Belastung von 455 männlichen Teilnehmern des PPD mithilfe des *Brief Symptom Inventory* (BSI; Franke, 2000) erfasst. Die Ergebnisse zeigten, dass 59 % der Stichprobe eine klinisch relevante psychische Belastung aufwiesen, die mit der Belastung stationär behandelter Psychatriepatienten vergleichbar war.

Behandlungsmöglichkeiten und -notwendigkeiten

Aufgrund der in der Zielgruppe häufig auftretenden Komorbiditäten können diese kein generelles Ausschlusskriterium für die Behandlung pädophiler und hebephiler Menschen im Gruppensetting darstellen. Gleichzeitig können Komorbiditäten aber mit der therapeutischen Arbeit in den Gruppen in Konflikt geraten, indem sie z.B. die Fokussierung der Risikofaktoren oder des problematischen Verhaltens der Patient:innen erschweren.

Daher ist es unabdingbar, komorbide psychische Erkrankungen systematisch zu erfassen, um diese bei der Therapie-

planung berücksichtigen zu können. Im Rahmen des zu Beginn der Behandlung aufgestellten Störungsmodells und des individuellen Delinquenz- und Risikomodells wird daher auch berücksichtigt, inwieweit zusätzliche psychische Erkrankungen vorliegen oder sogar maßgeblich zu vergangenem dissexuellen Verhalten beigetragen haben. Basierend auf dem Störungs- und Risikomodell wird entschieden, ob eine Teilnahme an der Dissexualitätstherapie trotz komorbider Erkrankungen möglich ist.

Auch wenn die Frage nach dem genauen Ursache-Wirkungs-Zusammenhang oft nicht abschließend beantwortet werden kann, schätzen einige Patient:innen ihre depressiven Symptome als Folge der pädophilen und/oder hebephilen Sexualpräferenz ein. Häufig lässt sich im Rahmen der mikroanalytischen Betrachtung des Problemverhaltens ein entsprechender Teufelskreis erkennen. Beispielsweise berichten Patient:innen, dass sie auf negative Gefühlszustände (z.B. Niedergeschlagenheit, Unzulänglichkeitsempfinden) mit sexualisiertem Verhalten (z.B. Nutzung von Missbrauchsabbildungen) reagieren, sodass sie kurzfristig eine Erleichterung verspüren (im Sinne negativer Verstärkung), langfristig aber eine Zunahme von Unzulänglichkeitsgefühlen und Niedergeschlagenheit. Dies führt dann wiederum zum Wunsch, diesem aversiven Gefühl zu entkommen, und zum Impuls, Missbrauchsabbildungen zu nutzen. In diesem Fall lässt sich ein enger Zusammenhang der depressiven Symptomatik mit dem Problemverhalten erkennen.

Es ist möglich, dass eine Fokussierung auf das problematische Verhalten (Nutzung von Missbrauchsabbildungen) und der Aufbau alternativer Verhaltensweisen zum Umgang mit aversiven Gefühlen auch zu einer Verbesserung der depressiven Symptomatik führen, sodass diese komorbide psychische Erkrankung keine Kontraindikation für die Dissexualitätstherapie im Einzel- oder Gruppensetting darstellt. Gemäß den Grundprinzipien der Gruppentherapie sollten präferenz- und risikobezogene Anliegen von Teilnehmenden, die für die Gruppe relevant sind, als erstes angesprochen werden. Häufig ermöglicht aber auch die Thematisierung allgemeiner psychischer Belastungen eine bewusste und offene Annäherung an den Umgang mit Sexualpräferenz, Risikofaktoren oder problematischem Verhalten.

Fallbeispiel – Affektive Störung

Der 43-jährige Patient stellte sich im PPD vor, nachdem er acht Wochen wegen akuter Suizidalität, depressiver und ängstlicher Symptomatik in stationärer Behandlung gewesen war. Dort hatte er bereits antidepressive Medikamente (Lithium und Paroxetin) erhalten, die von dem niedergelassenen Psychiater weiter verordnet wurden.

Er berichtet, er lebe seit über 25 Jahren allein mit der pädophilen Neigung bezogen auf vor- und frühpubertäre Jungen und habe sich im Rahmen der Behandlung jetzt erstmals

Therapeut:innen anvertraut. Er habe keinerlei soziosexuelle oder Beziehungserfahrungen und leide stark unter Einsamkeitsgefühlen und massiver Selbstabwertung aufgrund der pädophilen Neigung. Es sei noch nie zu sexuellen Grenzüberschreitungen gegenüber Kindern oder zur Nutzung von Missbrauchsabbildungen gekommen.

Der Patient ist als jüngster Sohn (Bruder fünf Jahre älter) bei den Eltern in behüteten Verhältnissen in ländlicher Umgebung aufgewachsen. Zu beiden Eltern habe er ein gutes Verhältnis, wobei es mit dem Vater auch schwierige Phasen gegeben habe, da dieser ebenfalls depressiv war. Niemand in der Familie wisse von seiner pädophilen Neigung.

In seiner Kindheit habe er zunächst eine Sprachstörung während der Kindergartenzeit gehabt, die jedoch therapeutisch habe behoben werden können. Aufgrund einer Lese-Rechtsschwäche habe er Schwierigkeiten und Versagensängste in der Schule gehabt, wodurch sich seine soziale Phobie noch verstärkt habe. Nach dem Realschulabschluss habe er zunächst eine Ausbildung als Tischler abgeschlossen, schon bald aber eine medizinische Reha-Behandlung wegen Depression und Ängsten in Anspruch genommen und hiernach eine Umschulung zum Bürokaufmann gemacht. In diesem Beruf arbeitete er auch zum Zeitpunkt der Vorstellung am Institut, war jedoch aktuell krankgeschrieben.

Er habe wenige Außenkontakte, aber insbesondere einen Freund aus Schulzeiten, mit dem er sich treffe, wobei dieser einen Sohn habe, der für ihn sexuell ansprechend sei. Dies führe manchmal zu schwierigen Situationen für ihn, weil es ihm schwerfalle, mit dem Jungen Zeit zu verbringen. Es sei aber noch nie zu kritischen oder grenzüberschreitenden Situationen mit diesem gekommen und dies befürchte er auch nicht.

Der Patient nahm zunächst an der Psychoedukationsgruppe und hiernach an einer Therapiegruppe des PPD teil. Aufgrund seiner starken depressiven und angstbezogenen Belastung fanden zusätzlich zur Gruppentherapie einzeltherapeutische Sitzungen mit dem Schwerpunkt der Angstbewältigung statt.

Sowohl in der Gruppentherapie als auch in den Einzelgesprächen standen zunächst die Akzeptanz der pädophilen Neigung sowie ihre Integration ins Selbstkonzept im Vordergrund der Behandlung. Durch klare Differenzierung von sexuellen Fantasien und Impulsen einerseits und sexuellen Handlungen andererseits wurde der Patient dabei unterstützt anzuerkennen, dass er nicht für seine Neigung verantwortlich ist, wohl aber für seine sexuellen Handlungen. Es wurden positive Sätze formuliert, die ihn dabei unterstützen sollten, seiner stets präsenten inneren Selbstabwertung etwas Selbstwertstabilisierendes entgegenzusetzen.

Aufgrund der starken Selbstabwertung, die insbesondere bei Konfrontation mit sexuellen Fantasien oder Impulsen auftrat, entschied sich der Patient zu einer antiandrogen wirkenden Medikation (Triptorelin; ein GnRH-Analogon, das alle 12 Wochen intramuskulär verabreicht wird). Hierdurch kam es zu einer zuverlässigen Reduktion sexueller Fantasien und Im-

pulse. Dies half dem Patienten, sich weniger selbstabwertend mit der Neigung und ihrer Bedeutung auseinanderzusetzen. Thematisch beschäftigte ihn vor allem die unerfüllte Sehnsucht nach einer Beziehung, da für ihn klar war, dass er keine Beziehung zu einem Jungen haben könne, er gleichzeitig aber sehr über diesen Verlust grübelte und Schwierigkeiten hatte, sich von der Fantasie zu verabschieden. In der Therapie wurden daher alternative Beziehungsmöglichkeiten sowie soziale Kontakte thematisiert und der Patient bemühte sich um einige Verabredungen mit erwachsenen Männern, um die Möglichkeit zu überprüfen, einige seiner Bedürfnisse im Rahmen von Beziehungen zu erwachsenen Männern zu erfüllen.

Im Rahmen der einzeltherapeutischen Gespräche wurden klassische verhaltenstherapeutische Interventionen bezüglich der sozialen Phobie durchgeführt. Im Rahmen von Verhaltensexperimenten (Vortrag halten, Vorlesen, Essen und Trinken in der Öffentlichkeit, Bahn fahren, etc.) wurden sozialphobische Befürchtungen überprüft und der Patient führte zunehmend die Experimente auch als Hausaufgaben fort, sodass die sozialphobische Symptomatik rückläufig war und der Patient kaum noch Vermeidungsverhalten zeigte.

Darüber hinaus wurde das Outing der pädophilen Neigung gegenüber den Eltern und dem Schulfreund des Patienten begleitet. Diese wurden im Rahmen von Rollenspielen vorbereitet und das Outing-Gespräch mit den Eltern gemeinsam geführt. Beide Parteien reagierten wohlwollend und nicht verurteilend, was dem Patienten zusätzlichen Auftrieb gab.

Nach Absprache wurde nach den großen Fortschritten des Patienten daher nach einem Jahr das antiandrogen wirkende Medikament abgesetzt. Das führte drei Monate später trotz der insgesamt deutlichen Verbesserung zu einer Zunahme der selbstabwertenden Gedanken und zu erneuten Suizidgedanken, von denen sich der Patient zwar noch distanzieren konnte, die ihn aber sehr anstrengten und sorgten. Er wünschte sich daher wieder eine Medikation. Aufgrund der antiandrogenen Wirkung von Triptorelin, der potenziell starken Nebenwirkungen und des geringen Risikos des Patienten, dissexuelles Verhalten zu zeigen, wurde eine Off-Label-Medikation mit einem Opiat-Antagonisten (Naltrexon, 50 mg peroral) begonnen, die zu einer Verringerung sexueller Fantasien und Impulse und zusammen mit dem Einsatz metakognitiver Interventionen zur Distanzierung von Selbstabwertung und Suizidgedanken führte.

Durch die Stabilisierung des Patienten lag der therapeutische Fokus im weiteren Verlauf darauf, den Patienten dabei zu unterstützen, Aktivitäten aufzubauen und Beziehungsmöglichkeiten zu erwachsenen Männern zu prüfen. Er meldete sich unter anderem in einem Sportverein an und bemühte sich online und offline um Kontakte zu anderen Männern. Es ergaben sich hieraus auch einige Kontakte, aus denen jedoch keine sexuellen oder romantischen Verbindungen entstanden. Parallel wurden weitere Übungen gegen sozialphobische Befürchtungen, vor allem in Bezug auf das Einkaufen, besprochen und von dem Patienten auch umgesetzt.

Nach neunmonatiger Behandlung mit Naltrexon berichtete der Patient von zunehmender und ihn belastender sexueller Befasstheit bei gleichzeitig ausbleibendem Orgasmus, was ihn sehr frustrierte. Es wurde daher gemeinsam mit dem Patienten besprochen, die Medikation wieder abzusetzen.

Trotz der deutlichen Stabilisierung des Patienten blieb die Traurigkeit über die Beziehungslosigkeit und Unmöglichkeit, eine erfüllende Sexualität führen zu können, ein starker Belastungsfaktor für ihn. Durch die metakognitiven Verhaltensstrategien gelang es ihm zwar besser, diese einzugrenzen, jedoch konnten auch kleinere Auslöser (z.B. zufällige Begegnungen mit Jungen) dazu führen, dass er sich stark mit dieser Sehnsucht beschäftigte und Schwierigkeiten hatte, sich von diesen Gedanken zu lösen. Da bezüglich dieses Punktes keine Verbesserungen durch einen weiteren Verbleib in der Gruppentherapie mehr zu erwarten waren, wurde mit dem Patienten ein Ausstieg aus der Therapiegruppe und Übergang in die Nachsorgegruppe besprochen.

Mit dem Beginn der Nachsorgegruppe entschied er sich aber schließlich erneut für eine zusätzliche Medikation mit Triptorelin, weil insbesondere jede Selbstbefriedigung zu den belastenden Fantasieinhalten (gegenseitige manuelle und orale Stimulation mit einem vorpubertären Jungen) massive Selbstvorwürfe und -abwertung zur Folge hatte und er daher vorzog, lieber gänzlich auf Sexualität verzichten zu wollen als sich diesem negativen Selbsterleben auszusetzen.

Gleichzeitig wurde dem Patienten eine ambulante Psychotherapie vermittelt um weiter an der depressiven Symptomatik zu arbeiten sowie weiterhin Verhaltensexperimente durchzuführen, um einer erneuten Zunahme sozialphobischen Vermeidungsverhaltens vorzubeugen. Begünstigend hierfür war seine ehrenamtliche Tätigkeit in einem gemeinnützigen Verein, in dem er sich akzeptiert fühlte.

Perspektivisch war hier von einer langfristigen Begleitung des Patienten auszugehen, wobei die sexuelle Präferenzbesonderheit sich offensichtlich verstärkend auf die affektiven Störungen auswirkte. Diagnostisch lag eine Pädophilie vom exklusiven Typus, gerichtet auf Jungen (ICD-10: F65.4) sowie eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F33.1) und eine soziale Phobie (ICD-10: F40.1, gegenwärtig teilremittiert) vor (World Health Organization, 2019a). Als vorteilhaft war anzusehen, dass die homopädophile Sexualpräferenz (die sich nie auf der Verhaltensebene geäußert hatte, aber durch enormen Leidensdruck gekennzeichnet war) und die komorbiden Störungen in der Familie bekannt waren und er dort zusätzlichen Rückhalt fand.

Eine besondere Herausforderung im Gruppensetting stellen Projektteilnehmende mit komorbiden Persönlichkeits- oder schweren Interaktionsstörungen dar. Auch hier erscheint ein kategorischer Ausschluss dieser Patienten nicht indiziert, da die Durchführung einer fokussierten Dissexualitätstherapie bei einer ausgewogenen Gruppenzusammensetzung und guter Gruppenkohäsion durchaus auch mit einzelnen interaktions-

auffälligen Teilnehmenden möglich ist. Bei zu stark ausgeprägten Persönlichkeitsauffälligkeiten, die mit der Durchführung einer strukturierten Dissexualitätstherapie in der Gruppe im Konflikt stehen (z.B. antisoziale Persönlichkeitszüge, schwere narzisstische oder Borderline-Persönlichkeitsstörungen), muss eine einzeltherapeutische Versorgung durchgeführt werden. Dies ist insbesondere auch dann notwendig, wenn die stabilen Persönlichkeitseigenschaften zentraler Bestandteil der Störungs- und Delinquenzhypothese der Patient:innen sind.

Im Gegensatz zu den integrierbaren Behandelten kann es aber auch solche geben, die so im Vordergrund stehen und akut behandlungsbedürftig sind, dass eine Fokussierung auf Sexualität, Risikofaktoren und problematisches Verhalten kaum möglich ist. Auch in diesen Fällen kann es sein, dass es einen Zusammenhang zwischen der pädophilen und/oder hebephilen Störung und den komorbiden psychischen Erkrankungen gibt.

Aus diesem Grund stellen akut behandlungsbedürftige psychische Komorbiditäten und Beeinträchtigungen (z.B. floride Substanzabhängigkeit, akute psychotische Symptomatik, schwere depressive Symptomatik, Suizidalität) Ausschlusskriterien für die Aufnahme in die standardisierte Dissexualitätstherapie dar. In diesen Fällen wird eine allgemeinpsychiatrische/-psychotherapeutische Behandlung der komorbiden Erkrankung vorgezogen (z.B. bei akuter Substanzabhängigkeit zunächst Langzeitentwöhnungstherapie, nach Stabilisierung und mindestens dreimonatiger Abstinenz dann Aufnahme der Dissexualitätstherapie) oder der/die Patient:in im Einzelsetting versorgt, wodurch eine größere Individualisierung und Flexibilität ermöglicht werden. Hierbei wird auf Basis von Erkenntnissen des diagnostischen Prozesses oft auch die Entscheidung getroffen, die Behandlung innerhalb dieses Einzelsettings abweichend von der standardisierten Dissexualitätstherapie zu planen. Diejenigen, die eine im PPD sogenannte „Einzelversorgung“ erhalten, werden aufgrund individueller Therapieziele und Bedarfe ggf. rein medikamentös versorgt und/oder die Behandlung wird niederfrequent ohne wöchentliche Sitzungen gestaltet. Durch diese Aspekte unterscheidet sich die Einzelversorgung von der Einzeltherapie, welche die hochfrequente standardisierte Dissexualitätstherapie im Einzelsetting darstellt. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die psychischen Komorbiditäten und die Häufigkeit verabreichter Medikation für Einzelversorgte im PPD.

Fallbeispiel – Schizoaffektive Erkrankung

Der 46-jährige Tom hat eine psychiatrische Vorgeschichte, die im 24. Lebensjahr mit kurz aufeinanderfolgenden psychotischen Episoden beginnt und sich dann mit zahlreichen stationären Behandlungen in wechselnden Kliniken, mehrfachen

Zwangseinweisungen, suizidalen Krisen, ebenso wechselhaften und unsteten ambulanten Behandlungen fortsetzt. Es schien, als würde Tom, der vor der Erkrankung ein Einser-Abitur abgeschlossen und erfolgreich studiert hatte, „keinen Boden unter die Füße bekommen“, wie er selbst einmal formulierte. Erst in den letzten zwei Jahren sei ein vergleichsweise stabiler Zustand erreicht worden, was man vor allem einer „passenden“ Medikamenteneinstellung (mit einem neuen Depot-Antipsychotikum plus einem Antidepressivum) und strukturgebenden Hilfen (Betreuer, psychiatrische Pflege, Arbeit) anrechnen dürfe. Das psychopathologische Bild ist jetzt durch eine überdauernde Depression, verminderte Belastbarkeit, Selbstzweifel und immer wieder Suizidstimmungen gekennzeichnet. Tom hat eine eigene kleine Wohnung und arbeitet derzeit drei Stunden täglich in einer Druckerei in einer Werkstatt für seelisch behinderte Menschen. Er neige zu sozialem Rückzug, beschäftige sich mit Computerprogrammen und Online-Spielen. Aber er gehe auch (nicht ganz regelmäßig) zum Chorsingen, besuche in größeren Abständen seine beiden Brüder mit Familien sowie ein paar alte Freunde. Und seit zwei Jahren habe er eine etwas ältere Freundin, mit der er die meisten Wochenenden verbringe und manchmal auch intim werde, eine „Freundschaft plus“.

Bereits in der Prodromalphase der Psychose, mit etwa 18 Jahren, habe Tom Ängste berichtet, die sich auf sein sexuelles Erleben und auf die Begleitfantasien bei der Masturbation bezogen. Es besteht bei ihm eine Ansprechbarkeit auf das frühpubertäre und erwachsene Körperschema des weiblichen Geschlechts und seine Fantasien beinhalteten auch gewaltsame und erniedrigende Handlungen (eine nicht-ausschließliche hebephile Sexualpräferenz und Sadismus). Der Jugendliche sei verstört gewesen, habe Träume und Gedanken gehabt, sich den Penis abzuschneiden, um das Problem loszuwerden. In den späteren Psychosen habe Tom Bestrafung und Verdammung seiner Sexualität halluziniert, etwa „Gestalten, die den Penis abknabbern“ und weitere „Höllenszenen wie bei Brueghel oder Bosch“. Von Anfang an zeigte sich die Verzahnung von psychischer Krankheit und Leidensdruck aufgrund der Präferenzstörung. Selbstentwertung und Selbststigmatisierung zögen sich wie ein roter Faden durch die folgenden Jahre.

Es sei auch zu dissexuellem Verhalten gekommen: Zu dringlichkeiten gegenüber Gelegenheitspartnerinnen und Prostituierten sowie Konsum von Missbrauchsabbildungen. Körperliche Übergriffe auf Kinder gab es aber nie. Tom habe versucht, die Nutzung von Missbrauchsabbildungen zu unterlassen, was ihm auch über längere Dauer gelungen sei und dann doch mit Rückfällen geendet habe, der letzte im Sommer 2019. Er verbiete sich das Masturbieren, damit er „nicht diese Fantasien in den Kopf kriege.“ Er schäme und verurteile sich im Nachhinein für reales Fehlverhalten, aber auch, wenn er ein Mädchen auf der Straße attraktiv finde oder wenn er in der Fantasie ein Missbrauchsfoto von früher in Erinnerung rufe.

Erstmals stellte sich Tom im Jahre 2002 in der Hochschulambulanz für Sexualmedizin der Charité vor, dann im Jahre

Tab. 1: Verteilung der Komorbiditäten von Projektteilnehmenden in Einzelversorgung im PPD anhand der F-Codes des ICD-10 sowie Übersicht über verabreichten Medikamente

	<i>N</i>	%
Projektteilnehmende in Versorgung (Einzelversorgung, Einzeltherapie und Gruppentherapie)^a	146	100
davon in Einzelversorgung	65	44,52
davon männlichen Geschlechts	63	97
davon weiblichen Geschlechts	2	3
davon mit psychischen Komorbiditäten	39	60,00
davon mit medikamentöser Behandlung	26	40,00
Häufigkeit diagnostizierter psychischer Komorbiditäten bei Projektteilnehmenden in Einzelversorgung^b	67	100
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	1	1,49
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	3	4,48
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	8	11,94
Affektive Störungen	15	22,39
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	16	23,88
Verhaltensauffälligkeiten und körperliche Störungen und Faktoren	2	2,99
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	9	13,43
Intelligenzstörungen	10	14,93
Entwicklungsstörungen	2	2,99
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	1	1,49
Häufigkeit verabreichter Medikation bei Projektteilnehmenden in Einzelversorgung	39	100
Cyproteronacetat	12	30,77
GnRH-Analoga	17	43,59
SSRI	4	10,26
Opioid-Antagonisten	6	15,38

^a Die Gesamtzahl ergibt sich aus allen Projektteilnehmenden, die seit Beginn des Modellvorhabens 2018 neu ins Projekt aufgenommen wurden, in diesem Zeitraum die Therapie beendet haben oder bereits zuvor angebunden waren und aktuell immer noch in Versorgung sind.

^b Die Zahl diagnostizierter Komorbiditäten ergibt sich aus dem Sachverhalt, dass manche der in Einzelversorgung angebundenen Projektteilnehmenden keinerlei Komorbiditäten aufweisen, wohingegen andere die Kriterien von bis zu vier verschiedenen komorbiden psychischen Störungen erfüllen.

2009 im PPD, sowie im Jahre 2012 nochmals in der Hochschulambulanz, jeweils auf Initiative der damaligen psychiatrischen Behandler:innen. Er war ambivalent, brach die Angebote nach der ersten oder nach wenigen Sitzungen ab, so wie damals auch der psychiatrische Krankheits- und Behandlungsverlauf unsteigend war. Im Juli 2019, nach einer erneuten stationären Behandlung, meldete er sich wieder, und seitdem gelingt eine kontinuierliche Arbeit in Form einer „Einzelversorgung“ im PPD. Die Sitzungen fanden zunächst monatlich und jetzt alle zwei Wochen statt; Unterbrechungen gab es wegen der Corona-Lockdowns und während einer stationären Krisenintervention.

Inhaltlich bestand die Arbeit zunächst in Wissensvermittlung über das Präferenzkonzept, Unterscheidung von Fantasie und Verhalten, Erarbeiten der Haltung: „Du bist nicht verantwortlich für deine Präferenz, aber du bist verantwortlich für dein Verhalten; und du kannst verantwortungsvoll handeln.“

Ganz offenkundig besteht ein sich wechselseitig verstärkender Zusammenhang zwischen Selbstverurteilung und der depressiven Symptomatik. Anhand konkreter Alltagsbegebenheiten wurden die Einschätzung von Situationen, Erkennen von Risiken und angemessenen Verhaltensreaktionen erarbeitet. Beispielsweise vor den Besuchsreisen zu Angehörigen oder Freunden, bei denen Tom auch übernachtete und in nahen Kontakt zu deren Kindern kam, wurden die zu erwartenden Schwierigkeiten analysiert und dafür ein konkreter Schutzplan vorbereitet. Das Ergebnis war nicht nur Schutz vor potenziellen Übergriffen, sondern für Tom selbst ein Gewinn an Sicherheit und erlebter Selbstwirksamkeit. Weitere wichtige Themen waren Toms Unsicherheiten in der (auch sexuellen) Beziehung zur Freundin sowie die Rückfallprävention bezüglich eines indirekten sexuellen Missbrauchs an Kindern durch Bildernutzung.

Bei der insgesamt positiven Entwicklung in den letzten zwei Jahren ist seit einiger Zeit eine zunehmende Einschränkung von Aktivitäten zu beobachten. Sexuelle Aktivitäten, die früher viel Raum einnahmen, gehen derzeit gegen null, sowohl in der Partnerschaft als auch bei der Masturbation. Man könnte dies naheliegend als Symptom der Depression und Nebenwirkung der Psychopharmaka erklären. Auf die Frage, ob es auch als Verdammung und Abspaltung der Sexualität, so wie früher in den psychotischen Erlebnissen, nun in anderer Form zu verstehen sein könne, meint Tom: „Ja, das stimmt.“ Er stellte fest, dass er sich überhaupt kaum noch sinnliche Erlebnisse gönnt und dies wieder in sein Leben zurückholen möchte. Er befördert dies durch tägliche Achtsamkeits- und Genussübungen, mit dem Morgenkaffee beginnend. Er werde wieder regelmäßig am Chor teilnehmen und er mache angeleitete Meditationen mit einer Smartphone-App. Die Akzeptanz der sexuellen Präferenz wird sicherlich noch einige therapeutische Arbeit brauchen.

Zwei Angebote des PPD hat Tom noch gar nicht genutzt. Er hat es sich bisher nicht zugetraut. Das ist zum ersten eine Paarberatung gemeinsam mit der Freundin, wenn beide das möchten. Hier liegen große Ressourcen für die Erfüllung psychosozialer Grundbedürfnisse und Chancen für eine positiv erlebte Sexualität. Das ist zum zweiten ein niederschwelliges Gruppenangebot, das im Gegensatz zu den regulären Therapiegruppen des PPD in monatlichen Abständen stattfindet und eine hauptsächlich stützende und psychoedukative Zielstellung verfolgt, dennoch die Erfahrungsmöglichkeiten einer Gruppe bietet (unter anderem, mit der pädophilen oder hebephilen Präferenz nicht allein zu sein). Diese beiden Optionen werden Tom weiterhin angeboten werden.

Eine weitere wichtige Inanspruchnahmepopulation sind Menschen mit Intelligenzminderung und einer pädophilen und/oder hebephilen Sexualpräferenz. Verglichen mit der Allgemeinbevölkerung geraten Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung (IQ < 70) häufiger in Kontakt mit Justizbehörden aufgrund von sexuell übergriffigem Verhalten. Bei der Erreichbarkeit durch therapeutische Behandlungsmaßnahmen bei dieser besonderen Patientenklientel herrscht nach wie vor Uneinigkeit, obwohl Hinweise auf den Nutzen und die Wirksamkeit vorliegen (Hollomotz & Schmidt, 2018; Marotta, 2017). Dabei scheint eine ausreichende Dauer der therapeutischen Intervention von großer Bedeutung zu sein. Die Langsamkeit der Lernprozesse verlangt Geduld und Zeit (Day, 1993; Lindsay & Smith, 1998). Des Weiteren können der Erwerb von Wissen über Sexualität, das Erlernen der Übernahme sozialer Normen und Werte sowie die Vermittlung von Problemlösefertigkeiten und Fähigkeiten zur Selbstregulation protektiv und unterstützend sein. Da es den Betroffenen schwerer fällt, therapeutische Inhalte in den Alltag zu transferieren, ist der Einbezug des Umfeldes und das Etablieren eines Hilfesystems unabdingbar (Schlinzig et al., 2019; Seidel, 2010; Willner, 2005).

Fallbeispiel – Intelligenzminderung

Zur ambulanten Erstvorstellung erschien der damals 19-jährige Ben im Beisein einer Betreuerin aus seiner Wohneinrichtung. Aktuell bekannt geworden war die regelmäßige anale Penetration seines vier Jahre jüngeren Bruders über einen Zeitraum von mehreren Jahren, was zur Einschaltung des Jugendamtes führte. Betreuendes Personal habe den Patienten darüber hinaus kürzlich Hand in Hand mit einem Achtjährigen in einem Jugendclub angetroffen und es sei unklar, ob Ben auch bei diesem Jungen sexuelle Handlungen vorgenommen hatte. Die Aussagen des Patienten selbst blieben vage und widersprüchlich. Problembewusstsein war nicht erkennbar. Um die Therapie entsprechend der kognitiven Möglichkeiten anpassen zu können, erfolgten Intelligenzdiagnostik (WAIS-IV; Petermann & Wechsler, 2012) und die Feststellung des emotionalen Entwicklungsstandes durch ein validiertes Fremdrating-Verfahren (SEED; Sappok et al., 2018; vgl. Erretkamps et al., 2017; Eusterschulte et al., 2019). Sexuelles Erleben und Verhalten konnten aufgrund von sozial erwünschtem Antwortverhalten und weiteren Widersprüchen nicht exploriert werden. Die Auswertung des computergestützten Viewing-Time-Paradigmas zur Unterstützung der Exploration der sexuellen Orientierung konnte aufgrund von vielen Missings nicht ausgewertet werden. Beobachtungen diverser Betreuenden in Kombination mit dem Tatverhalten ließen jedoch auf eine sexuelle Ansprechbarkeit für das frühpubertäre männliche Körperschema (Hebephilie) schließen. Ben verfügt über einen emotionalen Entwicklungsstand eines 8- bis 12-jährigen und einen IQ-Gesamtwert von 57, was nach ICD-11 einer Störung der intellektuellen Entwicklung zuzuordnen ist (Lange, 2020; World Health Organization, 2019b). Im weiteren Verlauf erfolgte eine stationäre Diagnostik durch eine spezialisierte Psychiatrie, hierbei wurden die Diagnosen fetales Alkoholsyndrom und Impulskontrollstörung gegeben. Die Arbeit mit Ben kennzeichnet sich durch vielfaches Wiederholen und durch Vereinfachung der Sprache. Es bedurfte einer klaren feststehenden Struktur und kürzerer Sitzungen, da die Aufmerksamkeitspanne sehr begrenzt ist. Mit visuell anschaulichen Arbeitsmaterialien (z.B. Gefühlsmonster-Karten) und Symbolen konnte die Erreichbarkeit erhöht werden. Unter Beachtung eventueller Sinnes- und Motorikeinschränkungen unterstützten aktive Elemente wie Übungen und Rollenspiele das therapeutische Vorgehen. Auf offene Fragen antwortet Ben nicht adäquat und ist sprunghaft in den Themenfeldern. Es stellte sich heraus, dass die Mitarbeit erhöht werden kann, indem eine Auswahl aus zwei Antwortalternativen angeboten wird. Dieselben Worte wurden seitens des Therapeuten und des Patienten ständig wiederholt („Ich darf keinen Sex mit Kindern haben“). Das Vertrauen und die Beziehung konnten durch Smalltalk und Verständnis seiner alltäglichen Lebenswelt gestärkt werden. Zentrale Therapieziele sind der Aufbau von Verhaltenskon-

Alice Schwarzer, Chantal Louis (Hg.)

Transsexualität

Was ist eine Frau? Was ist ein Mann? - Eine Streitschrift

KiWi-Taschenbuch 2022

256 Seiten, kart., 12 €

Transsexualität und Feminismus – ein Beitrag zu einer brisanten und notwendigen Debatts

Das Ziel dieses Sammelbandes ist Aufklärung. Die Aufklärung über den Unterschied zwischen einem schwerwiegenden, psychisches Leiden erzeugenden Konflikt aufgrund der tiefen Überzeugung, im falschen Körper zu leben, und dem aktuellen Trend, bereits Geschlechterrollenirritation für »Transsexualismus« zu halten.

Die Herausgeberinnen begrüßen den seit 40 Jahren möglichen rechtlichen und medizinischen Beistand bei diagnostizierter »Geschlechterdysphorie« – aber sie melden humanitäre und politische Bedenken an zu dem aktuellen Trend, bereits bei einer Rollenirritation zu schnell mit schwerwiegenden Hormonbehandlungen und Operationen zu reagieren. Nicht zufällig hat sich die Richtung der »Transition« (früher mehrheitlich vom Mann zur Frau) in den letzten Jahrzehnten statistisch umgekehrt, was unübersehbar damit zu tun hat, die Erwartungen an die einengende Frauenrolle nicht erfüllen zu können. Statt die Mädchen zu ermuntern, aus dem starren Rollenkorsett auszubrechen, wird der biologische »sex« der Genderrolle angepasst.

In Alice Schwarzers und Chantal Louis' Sammelband melden sich Psychiaterinnen, Therapeuten, Pädagoginnen und Eltern jugendlicher Betroffener zu Wort, vor allem aber Betroffene selbst: Frauen, die Männer geworden sind, Männer, die Frauen geworden sind. Manche sind dageblieben, andere haben »detransitioniert«.

Sarah Charlotte Dionisius

Queere Praktiken der Reproduktion

Wie lesbische und queere Paare Familie, Verwandtschaft und Geschlecht gestalten

transcript 2021

338 Seiten, kart., 38 €

Ein, zwei, drei oder vier Elternteile, »Sponkel«, »Mapas« und lesbische Zeugungsakte – wer oder was Familie ist und wie sie gegründet wird, hat sich vervielfältigt. Sarah Charlotte Dionisius rekonstruiert aus einer von den Feminist Science and Technology Studies inspirierten, queertheoretischen Perspektive, wie lesbische und queere Frauen*paare, die mittels Samenspende Eltern geworden sind, Familie, Verwandtschaft und Geschlecht imaginieren und praktizieren. Damit wirft sie einen heteronormativitätskritischen Blick auf die sozialwissenschaftliche Familienforschung sowie auf gesellschaftliche und rechtliche Entwicklungen, die neue Ein- und Ausschlüsse queerer familialer Lebensweisen mit sich bringen.

Aus dem Inhalt:

Immer wieder wurde und wird eine gesellschaftliche Diskussion darüber entfacht, was unter dem Begriff »Familie« zu verstehen sei und was »gute Elternschaft«, die dem »Kindeswohl« diene, ausmache. Mit der Zunahme einer offenen Äußerung antifeministischer, homo- und transfeindlicher Haltungen ist auch eine Verschiebung der Diskurse einhergegangen, Nicht-Sagbares ist sagbar geworden.

In diesem Spannungsfeld diskursiver Aushandlungen und der Gleichzeitigkeit von Öffnungs- und Schließungstendenzen ist auch die vorliegende Forschungsarbeit situiert. Sie geht der Frage nach, wie Formen der Elternschaft jenseits der heterosexuellen Paarbeziehung in Deutschland eingegangen werden können und gelebt werden.



IHR PARTNER
IN DER FORENSISCHEN PSYCHIATRIE

Salvacyl®
TRIPTORELIN

3-Monats-Depot



Der erste LHRH-Agonist mit der Zulassung Schwerwiegende Paraphilie

Salvacyl* 11,25 mg Pulver und Lösungsmittel zur Herstellung einer Depot-Injektionssuspension. Wirkstoff: Triptorelin. Zus.: 1 Durchstechfl. mit Pulv. enth. 11,25 mg Triptorelin (als Triptorelinembonat). Nach Rekonstitution in 2 ml Lösg.mittel enth. die zub. Susp. 11,25 mg Triptorelin (als Triptorelinembonat). Sonst. Bestandt.: Pulver: Poly(glycolsäure-co-milchsäure), Mannitol (Ph. Eur.), Carmellose-Natrium, Polysorbat 80. Lösg.mittel: Wasser für Inj.-zwecke. **Anw.:** Reversible Reduzierung des Testosterons bis auf das Kastrationsniveau, um den Sexualtrieb bei erw. Männern mit schw. sexueller Abnormität zu verringern. Die Behandl. mit Salvacyl muss von einem Psychiater initiiert u. kontrolliert werden. In Komb. mit der Behandl. soll eine Psychotherapie erfolgen, um das abnorme Sexualverhalten zu vermindern. **Gegenanz:** Schwerwiegende Osteoporose; Überempf. geg. GnRH, GnRH-Analoga od. einen der sonst. Bestandt. **Nebenw.:** *Sehr häufig:* Astenie; Rückenschmerz.; Parästhesien in d. unt. Extremitäten; vermind. Libido; Erektile Dysfunkt. einschl. fehlende Ejakulation, Ejakulationsstör.; Hyperhidrose; Hitzewallung. *Häufig:* Mundtrockenh., Übelk.; Reakt. a. d. Inj.-stelle (z.B. Erythem, Entzünd. u. Schmerzen), Ödeme; Überempfindlichk.; Gewichtszun.; Schmerzen d. Skelettmuskulatur u. in d. Extremitäten; Schwindelanfälle, Kopfschmerz.; Libidoverlust. *Depression**, *Stimmungsschwank.*;* Unterleibsschmerzen; Hypertonie. *Gelegentl.:* Thrombozytose; Herzklopfen; Tinnitus, Vertigo; Sehbeeinträchtigung; Abdominalschmerz., Obstipation, Diarrhö, Erbr.; Lethargie, peripheres Ödem, Schmerzen, Schüttelfrost, Somnolenz; Erhöht. Alaninaminotransferase, erhöht. Aspartat-Aminotransferase, erhöht. Kreatinin im Blut, erhöht. Blutdruck, erhöht. Harnstoff im Blut, Gamma-Glutamyl-Transferase erhöht., Gewichtsabn., Anorexie, Diabetes mellitus, Gicht, Hyperlipodämie, Appetitzun.; Arthralgie, Knochenschmerzen, Muskelkrämpfe, Muskelschwäche, Myalgie; Parästhesien; Schlaflosigk., Reizbar.; Nykturie, Harnverhalt; Brustschmerz., Hodenatrophie, Gynäkomastie, Hodenschmerz.; Dyspnoe, Nasenbluten; Akne, Alopezie, Erythem, Pruritus, Rash, Urtikaria. Selten: abnormes Empfinden in den Augen, Sehstör.; aufgetrieb. Bauch, Geschmacksveränd., Blähung.; Schmerz im Brustkorb, Dysstasie, influenzzähnl. Sympt., Fieber, anaphylakt. Reakt.; Nasopharyngitis; Erhöht. alkal. Phosphatase im Blut; Gelenkversteif., Gelenkschwell., Versteif. der Skelettmuskulatur, Osteoarthritis; Gedächtnisstör.; Verwirrth., vermind. Aktivität, Euphorie; Orthopnoe; Blasenauschlag, Purpura; Hypotonie. *Zusätzl. nach Markteinführung (Häufigk. nicht bekannt):* QT-Verläng.*; Unwohlsein; Anaphylakt. Schock; Angst; Harninkontinenz; Angioödem. *Diese Häufigk. basieren auf Klasseneffekt-Häufigk., die für alle GnRH-Agonisten zutreffen. „Verschreibungspflichtig“ Zulassungsinhaber: Ipsen Pharma GmbH, D-81677 München. Mitvertrieb: Dr. Pfleger Arzneimittel GmbH, D-96045 Bamberg (SVL_FK_270919)

TRI-DE-000692

 **Dr. Pfleger**
ARZNEIMITTEL

Dr. Pfleger Arzneimittel GmbH · 96045 Bamberg · www.dr-pfleger.de

trolle und Erkennen von Problem- und Risikoverhalten. Um dies zu erleichtern, erfolgte von Beginn an eine medikamentöse Unterstützung mit Triptorelin, einem stark antiandrogen wirksamen GnRH-Analogen. Für die Einsicht, dass das Verhalten die Benachteiligten schädigen kann, bedarf es höherer kognitiver Fertigkeiten wie Empathie und „Theory of Mind“, die bei Ben nur bedingt und selektiv vorhanden sind. Um das Rückfallrisiko zu verringern, wurde gleichwohl mit Prinzipien gearbeitet, die aus der Täter:innenarbeit mit Normintelligenten bekannt sind: *Risk-Need-Responsivity-Prinzip*, *Good Lives Model* und das *Rückfallvermeidungsmodell*.

Um weitere Übergriffe zu verhindern, wurde darüber hinaus Bens Alltag mit den Eltern, Betreuenden der Wohnrichtung, seinem Bruder und dem Jugendamt besprochen. Sozialarbeitende in Jugendclubs sowie die Eltern der dort verkehrenden Kinder wurden informiert. Der Umgang mit Jungen wurde untersagt und er durfte nicht mehr bei Freundinnen mit Kindern übernachten. Des Weiteren erfolgte eine Zusammenarbeit mit einer Hilfsinstitution, die sich präventiv und beratend an Jungen wendet, die bereits sexualisierte Gewalt erfahren haben oder in deren Umfeld ebendiese Gefahr besteht. Ben wurde mehrfach von deren Mitarbeitenden zum Fußballspielen, in Jugendeinrichtungen und auf öffentliche Plätze begleitet, wo diese aufklärerisch über Gefahrensituationen und Auswege informierten. Eine alleinige Verantwortungsübernahme durch Ben ohne medikamentöse und therapeutische Unterstützung sowie den Einbezug des Umfeldes zur sozialen Kontrolle scheint derzeit undenkbar. In welcher Form, Frequenz und Intensität der Patient in Zukunft begleitet werden muss, ist abhängig von sozialer Integration, weiterer geistiger und emotionaler Reifung sowie lokalen und sozialen Umständen.

Medikamentöse Behandlungsoptionen

Entsprechend einem biopsychosozialen Grundverständnis menschlicher Sexualität wird in der *Berliner Dissexualitätstherapie* die Pharmakotherapie als eine wichtige zusätzliche Säule des therapeutischen Gesamtbehandlungsplans angesehen. Die sexuelle Präferenz und das sexuelle Verhalten eines jeden Menschen haben eine biologische Grundlage, wobei verschiedenste neurobiologische Systeme in diesen Zusammenhängen von Relevanz zu sein scheinen. Mit bestimmten Medikamenten können diese biologischen Systeme beeinflusst werden. Ziel dieser Beeinflussung durch Medikamente ist es, unmittelbar das sexuelle Erleben der betroffenen Personen zu beeinflussen, z.B. drängende, als belastend erlebte sexuelle Impulse zu verringern und mittelbar auch Änderungen im Hinblick auf das sexuelle Verhalten zu befördern.

Natürlich würde eine medikamentöse Therapie allein langfristig zu keinerlei Verhaltensänderung führen, solange

die mit der Sexualität in Verbindung stehenden psychosozialen Grundbedürfnisse unreflektiert bleiben und nicht adäquat erfüllt werden können. Dennoch kann eine medikamentöse Impulsbeeinflussung unter therapeutischer Betreuung und basierend auf einer detaillierten Aufklärung und informierten Einwilligung der Behandelten als starke Erleichterung empfunden werden. In der Praxis spielen dabei verschiedene Gruppen von Medikamenten eine Rolle, die sich in ihrem biologischen Wirkmechanismus unterscheiden (Hill et al., 2003). Es gibt medizinische Leitlinien sowohl in englischer Sprache als auch für den deutschsprachigen Raum, die bei der Entscheidung von Patient:innen und Behandelnden für das jeweils angemessene Medikament wichtige Informationen und Orientierung bieten (Berner et al., 2007; Thibaut et al., 2010). Erste Erfahrungen mit der medikamentösen Unterstützung im Rahmen des Projekts *Kein Täter werden* wurden auch bereits wissenschaftlich analysiert. Insgesamt konnte z.B. nachgewiesen werden, dass das Vertrauen in die Regulationsfähigkeit sexueller Impulse bei den so behandelten Projektteilnehmer:innen zunahm (Amelung et al., 2012). Im Wesentlichen sind antiandrogen wirkende Medikamente, Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer und Opiatantagonisten die wichtigsten pharmakologischen Optionen.

Die in der Einzelversorgung insbesondere intelligenzgeminderter (bislang ausschließlich männlicher) Patienten vorrangig eingesetzten Medikamente sind antiandrogen wirksam. Diese blockieren entweder direkt Bindungsstellen für das Geschlechtshormon Testosteron (Cyproteronacetat, Handelsname Androcur) oder beeinflussen die Hormonsteuerungszentren des Gehirns, wodurch letztlich die körpereigene Produktion des Geschlechtshormons Testosteron im Hoden reduziert wird (GnRH-Analoga wie Triptorelin, Handelsname Salvacyl®). 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 oben genannten Medikamente führen zu einer Senkung des Testosteronspiegels und Minderung der Wirkung von Testosteron und damit zu einer Beeinflussung der genannten psychischen Faktoren.

Die Entscheidung, ein Medikament einzunehmen, entsteht in einem partizipativen Entscheidungsprozess und muss nicht von heute auf morgen geschehen. Die Entscheidung von Projektteilnehmenden für oder gegen ein Medikament kann zu jeder Zeit der Therapie erfolgen. Die Therapeut:innen unterstützen den Entscheidungsprozess durch Bereitstellung von Informationen und motivierenden Interventionen.

Ein erstmalig nur zeitweises „Ausprobieren“ einer medikamentösen Begleittherapie kann bei der individuellen Entscheidungsfindung helfen, weil sowohl die positive Wirkung

und der Nutzen als auch unerwünschte Nebenwirkungen im Einzelfall kaum vorhergesagt werden können. Als typische positive Wirkung einer medikamentösen Behandlung kann angeführt werden, dass es leichter fällt, sich für andere Dinge zu interessieren, eine größere Gelassenheit im Alltag gelingt, dadurch mehr persönliche Freiheiten entstehen und Kontakte zu anderen Menschen als weniger stressbelastet wahrgenommen werden. Auch berichten Patient:innen, dass sie unter impulsdämpfender Medikation Sexualität als weniger drängend erleben, weniger oder keine als belastend erlebten sexuellen Fantasien mehr haben, sodass sich insgesamt ihr Risiko verringert, sexuelle Straftaten zu begehen.

Als mögliche Nachteile werden die Beeinträchtigung der Selbstbefriedigung (verminderte Erektions- und Orgasmusfähigkeit) genannt sowie die der Sexualität mit einem erwachsenen Partner, da nicht nur das sexuelle Interesse für Kinder vermindert wird. Auch ist zu erwarten, dass Sexualität als weniger intensiv und aufregend erlebt wird. Dies gilt allerdings nur für den auf sexuelle Erregung zielenden Anteil von Intimität, während die nicht-genital ausgerichtete Sexualität einschließlich der körperlichen Nähe zu einem erwachsenen Partner sich als neues, bisher nicht wahrgenommenes und positives Erlebnisfeld herausstellen kann, was in der Regel auch eine beziehungsfördernde Funktion hat. Allerdings kann es auch zu unerwünschten körperlichen Nebenwirkungen der Medikamente kommen, z.B. Gynäkomastie, Müdigkeit, Gewichtszunahme oder Verlust der Knochendichte (vgl. ausführlich in Beier, 2018). Alle eingesetzten Medikamente werden aber seit vielen Jahren angewendet und in der Regel gut vertragen (Turner et al., 2013).

Literatur

- American Psychiatric Association, 2000. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Forth Edition (DSM-VI). Washington, DC.
- Beier K.M., 2018. Pädophilie, Hebephilie und sexueller Kindesmissbrauch. Die Berliner Dissexualitätstherapie. Springer, Berlin, Heidelberg.
- Day, K.A., 1993. Mental health services for people with mental retardation: A framework for the future. *J Intellect Disabil Res* 37, 7–16. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.1993.tb00888.x>
- Dunsieth, N.W., Nelson, E.B., Brusman-Lovins, L.A., Holcomb, J.L., Beckman, D., Welge, J.A., McElroy, S.L., 2004. Psychiatric and legal features of 113 men convicted of sexual offenses. *J Clin Psychiat* 65 (3), 293–300. <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.v65n0302>
- Erretkamps, A., Kufner, K., Schmid, S., Bengel, J., 2017. Therapie-Tools: Depression bei Menschen mit geistiger Behinderung. Beltz, Weinheim.
- Eusterschulte, B., Pilz, S., Neumann, M., 2019. Intelligenzgeminderte Rechtsbrecher im Maßregelvollzug. *NeuroTransmitter* 30 (10), 37–43. <http://dx.doi.org/10.1007/s15016-019-6860-z>
- Franke, G.H., Derogatis, L.R., 2000. BSI: brief symptom inventory von LR Derogatis; Kurzform der SCL-90-R; deutsche Version. Beltz Test.
- 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>
- Kafka, M.P., Hennen, J., 2002. A DSM-IV Axis I comorbidity study of males (n = 120) with paraphilias and paraphilia-related disorders. *Sexual Abuse* 14 (4), 349–366. <http://dx.doi.org/10.1177/107906320201400405>
- Konrad, A., Haag, S., Scherner, G., Amelung, T., Beier, K.M., 2017. Previous judicial detection and paedophilic sexual interest partially predict psychological distress in a non-forensic sample of help-seeking men feeling inclined to sexually offend against children. *Journal of Sexual Aggression* 23 (3), 266–277.
- Lange, J., 2020. Intelligenzminderung und Schuldfähigkeit. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie* 14 (4), 419–426. <http://dx.doi.org/10.1007/s11757-020-00628-7>
- 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 (5), 346–353. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.1998.00147.x>
- Marotta, P.L., 2017. A systematic review of behavioral health interventions for sex offenders with intellectual disabilities. *Sexual Abuse* 29 (2), 148–185. <https://doi.org/10.1177/1079063215569546>
- Petermann, F. (Hrsg.), Wechsler, D., 2012. Wechsler Adult Intelligence Scale – Fourth Edition (WAIS-IV). Pearson, München.
- Raymond, N. C., Coleman, E., Ohlerking, F., Christenson, G. A., Miner, M., 1999. Psychiatric comorbidity in pedophilic sex offenders. *Am J Psychiatry* 156 (5), 786–788. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.5.786>
- Sappok, T., Zepperitz, S., Barrett, B.F., Došen, A., 2018. Skala der Emotionalen Entwicklung – Diagnostik (SEED). Hogrefe, Bern.
- Schlinzig, E., Krügel, S., Schuler, M., Oezdemir, U.C., Ludwig, L., Helenschmidt, T., Beier, K.M., 2019. Das Berliner Präventionsprojekt 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. *Psychiatrie und Psychotherapie* up2date 4 (1), 9–24. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1223361>
- Turner, D., Basdekis-Jozsa, R., Briken, P., 2013. Prescription of testosterone-lowering medications for sex offender treatment in German forensic-psychiatric institutions. *J Sex Med* 10 (2), 570–578.
- Willner, P., 2005. The effectiveness of psychotherapeutic interventions for people with learning disabilities: A critical overview. *J Intellect Disabil Res* 49 (1), 73–85. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2005.00633.x>
- World Health Organization, 2019a. International statistical classification of diseases and related health problems, tenth revision (ICD-10).
- World Health Organization, 2019b. International statistical classification of diseases and related health problems, eleventh revision (ICD-11).

Autoren

Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier, M.Sc. Zeev Hille, Dr. med. Torsten Freitag, M.Sc. Hannes Ulrich, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Centrum für Human- und Gesundheitswissenschaften, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Luisenstraße 57, e-mail: klaus.beier@charite.de