

Sexualmedizinische Aspekte in der gefängnispsychiatrischen Versorgung

Kathrin Bruch, Peer Briken, Alexander Voulgaris

Einleitung

Wie in der Fachliteratur beschrieben, wird ein hoher Bedarf an psychiatrischer Behandlung im Strafvollzug beobachtet. Laut der *World Health Organization* (WHO) sind die psychischen Störungen das häufigste gesundheitliche Problem in den Haftanstalten und der Suizid die häufigste Todesursache in Haft (WHO 2022). In der Zusammenschau zahlreicher internationaler Studien wird einer aktuellen systematischen Übersicht (Favril et al. 2024) zufolge von einer Prävalenz von psychotischen Störungen unter Menschen in Haft von 3,7% ausgegangen. Laut dieser Studie leidet mehr als jeder zehnte inhaftierte Mensch (11,4%) unter Symptomen einer schweren depressiven Episode und erfüllt die Diagnosekriterien für eine Posttraumatische Belastungsstörung (9,8%). In Deutschland gibt es keine aktuellere Datenerfassung allgemeiner Prävalenzen, aber in älteren Studien wurde ebenfalls von einer deutlich erhöhten Prävalenz psychischer Störungen unter den inhaftierten Personen gegenüber der Allgemeinbevölkerung ausgegangen (vgl. Konrad 2024). So wird nachvollziehbar, dass in den konsiliar-psychiatrischen Sprechstunden in Haft der medikamentösen Behandlung eine große Rolle zuteilwird. Dabei ist bekannt, dass Psychopharmaka über verschiedene neurobiologische Mechanismen auf die Sexualität einwirken und die verschiedenen Phasen der sexuellen Reaktion beeinträchtigen können. Diese Nebenwirkungen gelten als einer der häufigsten Gründe für Therapieabbrüche und beeinträchtigen die Lebensqualität erheblich. Besonders im Bereich der sexualmedizinischen Versorgung gibt es viele Herausforderungen und Besonderheiten unter Haftbedingungen. Der folgende Beitrag beleuchtet drei wesentliche sexualmedizinische Aspekte, die im Rahmen der gefängnispsychiatrischen Versorgung von Bedeutung sind: Die Nebenwirkungen von Psychopharmaka auf die Sexualität, die triebdämpfende Medikation bei Menschen, die Sexualstraftaten begangen haben und die Gesundheitsversorgung von trans*Personen in Haft.

Nebenwirkungen der Psychopharmakotherapie

Die Behandlung psychischer Erkrankungen erfolgt nicht nur im Haftsetting häufig mit Psychopharmaka, die einerseits notwendig sind, um die Symptome zu lindern, andererseits aber auch eine Reihe von Nebenwirkungen haben können. Besonders die Auswirkungen auf die Sexualität sind ein häufiges, aber oft wenig thematisiertes Problem. Bei der Behandlung mit Psychopharmaka ist es stets wichtig, die Patient*innen über das Risiko der Entwicklung einer sexuellen Funktionsstörung bzw. einer Beeinträchtigung aufzuklären. Entsprechend der ICD-11-Klassifikation handelt es sich bei sexuellen Funktionsstörungen um eine heterogene Gruppe unterschiedlicher Genese. Allen gemeinsam ist, dass eine klinische Beeinträchtigung der sexuellen Genussfähigkeit und/oder sexuellen Reaktionsfähigkeit vorliegt (Briken et al. 2020).

Antidepressiva

Unter einer antidepressiven Medikation wird eine Inzidenz von bis zu 50% beschrieben, wobei die einzelnen Präparate ein unterschiedlich hohes Risiko vorweisen (Chokka/Hankey 2018). Insbesondere bei den Antidepressiva der Gruppen SSRI und SNRI (Serotonin-Wiederaufnahmehemmer bzw. Serotonin-Noradrenalin Wiederaufnahmehemmer) sind sexuelle Funktionsstörungen eine häufige Nebenwirkung. Unter der Einnahme von Citalopram wurde in einer Studie von der Arbeitsgruppe um Montejo eine Inzidenz von 72,7% für jegliche Art der Beeinträchtigungen der Sexualität beobachtet (Montejo et al. 2001). Zu den häufigsten Nebenwirkungen zählen der Verlust sexueller Appetenz, Erregungs- und Erektionsstörungen, verzögerte Ejakulation und Orgasmusstörungen. In rund einem Drittel der Fälle persistieren die Störungen selbst nach Absetzen der Medikation (vgl. Healy et al. 2018; Healy 2019). Klinisch relevant ist, dass vorhandene Meta-Analysen erhebliche Unterschiede zwischen einzelnen Präparaten aufzeigen, wobei Paroxetin, Sertraline und Venlafaxin besonders hohe Raten sexueller Nebenwirkungen aufweisen. Antidepressiva der älteren Generation (z.B. Trizyklika) wurden zwar mit Nebenwirkungen wie Sedierung oder Gewichtszunahme in Verbindung gebracht, sexuelle Funktionsstörungen traten aber seltener in den Vordergrund.

Antidepressiva wie Mirtazapin und Agomelatin, aber auch Brupropion, was aufgrund des bekannten Missbrauchspotentials im intramuralen Set-

ting typischerweise eher seltener zum Einsatz kommt, zeigen hingegen ein günstigeres Profil, teils sogar vergleichbar mit Placebo (vgl. Berner 2017).

Antipsychotika

Auch unter der Einnahme von antipsychotisch wirksamer Medikation besteht ein erhöhtes Risiko für eine Beeinträchtigung der Sexualität (Montejo et al. 2018), meist durch die Blockade des D2-Dopaminrezeptors und dem Anstieg des Prolaktins, was zu einer reduzierten Testosteronsekretion und (bei Männern) zu einem Hypogonadismus führen kann. Einige neuere sog. atypische Antipsychotika wie Quetiapin, Ziprasidon und Aripiprazol sollen seltener sexuelle Nebenwirkungen auslösen im Vergleich zu den klassischen Präparaten wie Haloperidol oder Thioridazin. In einer bekannten Metaanalyse von Serretti und Chiesa (2008) fanden sich relevante Unterschiede zwischen verschiedenen Medikamenten. Quetiapin zeigte hier die geringste Rate an sexuellen Störungen auf (16%) und auch Ziprasidon, Perphenazin und Aripiprazol hatten eher geringe Raten (bis zu 27%). Höhere Raten wurden dabei für Olanzapin (40%), Risperidon, Haloperidol, Clozapin und Thioridazin (rund 60%) berichtet. Dabei wird beschrieben, dass Medikamente mit einer hohen Rate an Sexualstörungen sich meist auch auf alle Phasen der sexuellen Reaktion auswirken.

Da eine sexuelle Funktionsstörung ebenso aufgrund der psychischen Störung wie auch aufgrund der Behandlung einer solchen auftreten kann, ist eine ausführliche und spezifische Anamnese dringend erforderlich, um die Ursache zu erkennen. In der Regel wird von einer multifaktoriellen Genese ausgegangen, bei der es zur Überschneidung von biologischen, soziologischen und psychologischen Aspekten kommt (de Jager et al. 2017). Bei vielen psychischen Störungen mit einem chronischen Verlauf besteht die Gefahr des sozialen Rückzugs, Vereinsamung und des zunehmenden Mangels an ausreichend stabilen Beziehungen. Insbesondere bei schwerwiegenen chronischen Verläufen von einer Schizophrenie, Suchterkrankungen und auch schweren Depressionen sind Mangel an sexuellem Interesse und Libidoverlust häufige Symptome (Schöttle et al. 2009).

In den konsiliar-psychiatrischen Sprechstunden müssen sowohl diese Primärsymptome der psychischen Erkrankung wie auch die Nebenwirkungen aufgrund der Psychopharmakotherapie erfragt, berücksichtigt und behandelt werden. Im Rahmen dessen werden vorgetragene und beobachtete psychische Symptome diagnostisch eingeordnet und bei Bedarf eine psy-

chopharmakologische Behandlung unter Berücksichtigung der aktuellen Leitlinien angesetzt.

In einer ausführlichen Anamneseerhebung, die eben auch sexualmedizinische Aspekte umfassen sollte, wird erfasst, ob es sich bei einer beschriebenen sexuellen Beeinträchtigung um eine Störung des sexuellen Interesses oder um eine körperliche Funktionsbeeinträchtigung handelt. Hierbei wird auch erfasst, ob die Dysfunktion mit einem Leidensdruck einhergeht, da sie erst dann einen klinischen Krankheitswert erlangt. Sexuelle Nebenwirkungen werden der klinischen Erfahrung nach im Haftkontext von den Patient*innen häufig nicht spontan berichtet. Daher ist ein aktives Nachfragen in der Anamnese von großer Bedeutung. Diagnostisch entscheidend ist der zeitliche Zusammenhang zwischen Beginn der Medikation und dem Auftreten der Beschwerden.

Die Akzeptanz der verschiedenen sexuellen Funktionsstörungen unter den Patient*innen gestaltet sich sehr unterschiedlich. Einerseits gibt ein Teil der Betroffenen auf Nachfrage an, dass sie einen Verlust an Libido während der Haft nicht weiter beeinträchtigen würde, da während der Inhaftierung keine sexuellen Interaktionen für sie denkbar seien. Andererseits erlebt ein weiterer Teil der Patient*innen die Beeinträchtigungen von sexuellem Verlangen oder körperlicher Funktionen als ebenso unangenehm und beunruhigend, wie dies auch extramural häufig beschrieben wird und führt zu ähnlichen Schwierigkeiten bei der Compliance (Bella/Shamloul 2014). Neben der Angst vor anhaltenden Störungen auch nach Absetzen der Medikation wird die Beeinträchtigung der Masturbationsfähigkeit als Störfaktor benannt. Dies scheint besonders dann der Fall, wenn die Selbstbefriedigung als Copingmechanismus bei Stress und Anspannung genutzt wird (Wehrli et al. 2024; Carcedo et al. 2019).

Über die aktuelle Beeinträchtigung im Haftalltag hinaus, soll die mögliche Tragweite von sexueller Dysfunktion bei psychisch erkrankten Inhaftierten mitbedacht werden, da es mitunter negative Auswirkungen auf die bestehenden wie auch zukünftigen Beziehungen haben kann. Stabile Partnerschaften werden als Schutzfaktoren vor erneuter Inhaftierung gewertet (Visher et al. 2009). Ebenso werden stabile Partnerschaften als wichtige Faktoren für einen besseren Verlauf von schwerwiegenden psychischen Störungen angesehen (Mojtabai et al. 2017). Außerdem konnte in der Studie von der Arbeitsgruppe um Carcedo et al. (2019) ein Zusammenhang zwischen stabiler psychischer Gesundheit und sexueller Zufriedenheit erfasst werden. Hierbei wurde festgestellt, dass insbesondere die sexuelle Aktivität

einen positiven Einfluss darauf hatte, mehr noch als das Bestehen einer festen Partnerschaft.

Möglichkeiten, den unerwünschten Nebenwirkungen zu begegnen, sind weitgehend der allgemeinpsychiatrischen Praxis zu entnehmen. Die psychiatrische Behandlung zielt primär auf die Besserung der vorliegenden Grunderkrankung ab. Erst nach Erreichen einer psychischen (Teil-)Remission sollte über eine Anpassung der Therapie gesprochen werden. Dabei wird in der Regel bei ausreichender Stabilität die Dosis reduziert, meist mit dem Ziel die möglichst niedrige, jedoch ausreichend wirksame Dosis zu finden. Häufig kommt es in Rücksprache mit den Patient*innen zum Präparatewechsel. Alternativ kann je nach Fallkonstellation unter Abwägung der Vor- und Nachteile eine Begleitmedikation indiziert sein (z.B. Sildenafil bei erktiler Dysfunktion und vorhandenem Langzeitbesuch). Relevant erscheint auch das Angebot, entsprechendes Informationsmaterial auszuhändigen bzw. auch eine, je nach vorhandenen Möglichkeiten, spezifische Sexualberatung anzubieten.

Der vulnerablen Gruppe der psychisch erkrankten Inhaftierten sollte besondere Beachtung gewidmet werden und die sexuelle Gesundheit dieser Gruppe nicht in Vergessenheit geraten, da auch dies einen wichtigen Einfluss auf die Zufriedenheit und die Chancen einer erfolgreichen Resozialisierung haben kann.

Pharmakologische Behandlungsoptionen von paraphilen Störungen

Ein sexualmedizinisches Thema, das weitaus seltener im gefängnispsychiatrischen Alltag zu behandeln ist als die o.g. Nebenwirkungen, aber dennoch in Abhängigkeit vom Einsatzort (bspw. in der Sozialtherapeutische Anstalt) eine gewichtige Rolle einnehmen kann, ist die Therapie von Menschen mit sexuellen Präferenzstörungen. Insbesondere paraphile Störungen, die mit nicht-konsensuellen sexuellen Handlungen verbunden sein können, wie die pädophile Störung, exhibitionistische Störungen oder der sexuelle Sadismus erfordern eine differenzierte therapeutische Herangehensweise. Hierbei wird auf die Handlungsempfehlungen der *World Federation of Societies of Biological Psychiatry* (WFSBP) von Thibaut et al. (2020) verwiesen.

Nach den Empfehlungen der WFSBP stellt in einem ersten Schritt eine umfassende Anamneseerhebung einen zentralen Bestandteil der Diagnostik dar. Dabei sollten insbesondere die Sexualanamnese, psychische und

somatische Begleiterkrankungen (einschließlich Persönlichkeitsdiagnostik), traumatische Erfahrungen, Substanzkonsumstörungen, Anzeichen von Hypersexualität, etwaige Vorstrafen, bisherige Therapieerfahrungen sowie die aktuelle Behandlungsbereitschaft systematisch erfasst werden. Je nach individueller Ausgangslage ist zudem eine Risikoeinschätzung mithilfe standardisierter Instrumente wie bspw. dem Static-99 und dem Stable-2007 angezeigt. Die Diagnosestellung erfolgt auf Basis der Kriterien des ICD-11 oder DSM-5. Zusätzlich können je nach Möglichkeit standardisierte Fragebögen oder indirekte Messverfahren zur Anwendung kommen. Nicht selten liegen diese Informationen schon zumindest anteilig aus einem externen forensisch-psychiatrischen Gutachten vor, sie sollten dennoch vor einer möglichen Behandlung kritisch geprüft und ggf. ergänzt oder aktualisiert werden. Große Bedeutung kommt je nach angestrebter Therapie der somatischen Umfelddiagnostik zu, insbesondere der endokrinologischen Laborwerte (u.a. Testosteron, FSH, LH) und der Knochendichthemessung, als auch der regelmäßigen Verlaufskontrollen.

Eine wichtige Rolle nimmt die psychotherapeutische Behandlung ein. Die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) stellt ein zentrales Behandlungsverfahren zur Förderung therapeutischer Effekte und zur Prävention delinquenter Verhaltensweisen dar. Ihre Anwendung erfolgt orientiert am Risk-Need-Responsivity-(RNR)-Modell, bei dem der Ressourceneinsatz risikoadaptiert erfolgt, individuelle Risikofaktoren (z.B. sexuelle Handlungen als Bewältigungsstrategie) gezielt adressiert und patient*innenspezifische Merkmale wie kognitive Fähigkeiten und Sprachkompetenz berücksichtigt werden (Hanson et al. 2009).

Es stehen derzeit verschiedene psychotherapeutische Programme zur Verfügung, die insbesondere in der forensischen Praxis etabliert sind. Grundlegende Ziele der Behandlung bei sexuellen Präferenzstörungen sind die Regulation paraphiler Impulse, die Reduktion assoziierter psychischer Belastungen sowie die Minimierung des Risikos für fremdgefährdendes Verhalten. Ergänzend wird der Aufbau funktionaler Handlungsalternativen angestrebt. Die psychotherapeutische Behandlung erfolgt meist in einem spezifischen sozialtherapeutischen Setting, je nach etablierter Versorgungsstruktur ist aber ein Austausch, soweit umsetzbar, zwischen dem psychotherapeutischen und dem psychiatrischen Dienst sinnvoll.

Die WFSBP-Leitlinie (Thibaut et al. 2020) empfiehlt ein gestuftes diagnostisches und therapeutisches Vorgehen bei paraphilen Störungen, wobei diagnostisch kategoriale Verfahren (z.B. strukturierte Interviews auf Basis

von ICD-10, ICD-11 oder DSM 5) mit Schweregradbeurteilungen kombiniert werden sollten.

Die medikamentöse Therapie richtet sich gemäß oben genannten Empfehlungen nach dem Schweregrad und dem Risiko sexueller Gewalt. In *Level 1* (z.B. Voyeurismus, ohne Gewalt- oder Zwangsrиско) wird eine psychotherapeutische Behandlung, vorzugsweise mittels KVT, empfohlen. Ab *Level 2* (z.B. Exhibitionismus, geringes Risiko) kommen zusätzlich SSRIs (z. B. Fluoxetin 40–60 mg/d oder Sertraline 200 mg/d) zum Einsatz. In *Level 3*, bei moderatem Risiko ohne sadistische Fantasien und bei ausreichender Compliance, kann Cyproteronacetat (CPA; oral 50–200 mg/d oder i.m. 200–400 mg wöchentlich) ergänzt werden, wobei an dieser Stelle auf den Rote-Hand-Brief vom 16. April 2020 verwiesen werden muss (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte [BfArM] 2020). Bei höherem Risiko (*Level 4*), insbesondere bei sexuell sadistischen oder pädophilen Störungen und/oder fehlender Compliance, empfiehlt die Leitlinie den Einsatz langwirksamer GnRH-Agonisten (z.B. Triptorelin 11,25 mg alle drei Monate), initial in Kombination mit CPA zur Vermeidung eines hormonellen Flare-up-Effekts in der Initialphase. In *Level 5*, bei schwerster Symptomatik und hohem Gewaltpotenzial, erfolgt eine Kombinationstherapie aus KVT, GnRH-Agonisten, Antiandrogenen (z.B. CPA) sowie ggf. SSRIs. Unabhängig von dem Level ist eine psychotherapeutische Begleitung unabdingbar, insbesondere um die Wirkung und das sexuelle Erleben der Patient*innen als auch der (neue) Umgang mit der Sexualität unter der Medikation zu besprechen.

Die WFSBP betont, dass eine solche Behandlung nur mit Zustimmung der Patient*innen erfolgen sollte und dass die Prinzipien der Autonomie und des Respekts vor der Menschenwürde gewahrt bleiben müssen.

Die Transgenderversorgung im Haftkontext

Die Versorgung von trans*Personen im Justizvollzug ist ein Thema, dem in den letzten Jahren nachvollziehbar vermehrt Aufmerksamkeit zuteilwurde. In diesem Abschnitt sollen nur in Kürze relevante Aspekte für die gefängnispsychiatrische Arbeit Erwähnung finden, da in zwei weiteren Buchbeiträgen ausführlicher auf das Thema eingegangen wird.

Es ist wichtig aufzuzeigen, dass die Unterbringungsregelung von trans*Personen im Justizvollzug meist, soweit überschaubar, auf Grundlage einer Einzelfallprüfung erfolgt und dabei verschiedene Faktoren berück-

sichtigt werden. Dazu zählen der Personenstandseintrag, die geschlechtliche Selbstidentifikation sowie etwaige medizinische Maßnahmen im Rahmen einer Transition. Darüber hinaus fließen sicherheitsrelevante Erwägungen sowie der individuelle Schutzbedarf der betroffenen Person in die Entscheidung ein. In der Praxis existieren bislang keine bundeseinheitlichen Regelungen, sodass sich die Unterbringungspraxis zwischen den Bundesländern möglicherweise unterscheidet. Der *Europäische Gerichtshof für Menschenrechte* und der *Deutsche Ethikrat* betonen eine Orientierung an der geschlechtlichen Identität und dem Selbstbestimmungsrecht der betroffenen Personen.

Die gesundheitliche Versorgung von trans*Personen im Strafvollzug stellt indes eine besondere Herausforderung dar, da diese Personengruppe eine Vielzahl an körperlichen, psychischen und sozialen Bedürfnissen haben können und die intramurale Versorgung darauf in der Regel nicht ausgerichtet ist. Die verfügbare Literatur, die oftmals aus dem englischsprachigen Raum stammt, verweist wiederholt auf ein, meist heterogen ausgestaltetes, Versorgungsdefizit (vgl. Clark et al. 2017; Roth et al. 2017). Für den deutschsprachigen Raum finden sich keine aktuellen Informationen zu den Versorgungsmöglichkeiten.

Hinzu kommt, dass trans*Personen im Vergleich zu cis-Gefangenen besonders gefährdet sind, Opfer von Gewalt und sexueller Belästigung in Haftanstalten zu werden, durch mitinhaftierte Personen und/oder durch Haftpersonal (Meyer/Wilson 2019; Hughto et al. 2020). Dabei sehen sich trans*Personen in Haft häufig mit struktureller Diskriminierung konfrontiert, etwa bei der Zuordnung zu einer Haftabteilung, die nicht ihrer Geschlechtsidentität entspricht, oder bei der Zuteilung von Gefängniskleidung und hygienischen Produkten (vgl. Van Hout/Crowly 2021). Auf dieser Linie wird in einem aktuellen Review berichtet, dass trans*Personen in Haft ein höheres Risiko für depressive Episoden, posttraumatische Belastungsstörungen und Suizidversuche haben, was die Wichtigkeit einer adäquaten Versorgung unterstreicht (Marchi et al. 2024).

Dabei sind in der psychiatrischen Sprechstunde insbesondere die Fortsetzung (oder der Beginn) der Hormontherapie und die Behandlung von belastenden Symptomen im Rahmen der Geschlechtsdysphorie oder im Rahmen komorbider Störungen entscheidend für das Wohlbefinden und die psychische Gesundheit dieser Personengruppe. Ebenso wichtig ist die erforderliche somatische Umfeldagnostik entsprechend der aktuellen Leitlinienempfehlungen. Eine Unterbrechung der etablierten Hormontherapie durch einen Aufenthalt in Haft sollte möglichst vermieden werden.

Verfügbare Studien weisen wiederholt darauf hin, dass eine solche Unterbrechung negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit haben kann und zu einer Verschärfung der Geschlechtsdysphorie führt (vgl. Grant et al. 2011; Van Hout et al. 2020).

Ebenfalls notwendig ist die Verfügbarkeit psychologisch-psychotherapeutischer Unterstützung und der Zugang zu geschlechtsspezifischen Beratungsdiensten, um den Personen zu helfen, mit den besonderen Belastungen der Haftumgebung umzugehen. Es gilt hier ebenso wie in der allgemeinmedizinischen Versorgung das sog. *Äquivalenzprinzip*, das besagt, dass inhaftierte Personen einen gleichwertigen Anspruch auf medizinische Versorgung haben wie Menschen in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Gegenwärtig wird eine Studie zum Thema „trans*Personen im Strafvollzug: Erfahrungen, Bedürfnisse, Herausforderungen“ vom Kriminologischen Forschungsinstitut Niedersachsen (KFN 2023) und der Evangelischen Hochschule Freiburg durchgeführt mit dem Ziel, die rechtlichen Grundlagen und die praktische Umsetzung des Strafvollzugs in Bezug auf trans*Personen umfassend zu analysieren, möglichen Änderungsbedarf zu erkennen und daraus Empfehlungen für die Politik und die Vollzugsbehörden abzuleiten.

Fazit

- Für Menschen in Haft können sexuelle Funktionsstörungen zu einer Verstärkung von psychischen Problemen und einer zusätzlichen Belastung führen. Das Thema Sexualität sollte im Rahmen der psychiatrischen Sprechstunde aktiv und sensibel thematisiert werden.
- Trotz des Äquivalenzprinzips haben Menschen in Haft keine freie Arztwahl und in der Regel nur einen begrenzten Zugang zu entsprechenden Beratungsdiensten.
- Die Behandlung von paraphilen Störungen erfordert einen multidisziplinären Ansatz, der sowohl psychotherapeutische als auch medikamentöse Interventionen umfasst.
- Die WFSBP empfiehlt eine ganzheitliche Behandlung, die den Patient*innen sowohl bei der Bewältigung ihrer sexuellen Impulse als auch bei der Förderung einer gesunden sexuellen Identität unterstützt. Dabei ist es entscheidend, die ethischen und rechtlichen Standards zu wahren und die Rechte der Patient*innen zu respektieren.

- Es müssen klare Richtlinien und Standards entwickelt werden, die den Zugang für trans*Personen zu geschlechtsgerechter medizinischer Versorgung, psychologischer Unterstützung und Schutz vor Diskriminierung und Gewalt gewährleisten.
- Gleichzeitig sollten Haftanstalten besser auf die spezifischen Bedürfnisse von trans*Personen vorbereitet werden, um ihre Rechte zu wahren und ihre gesundheitliche Versorgung zu verbessern.

Literatur

- World Health Organization (WHO) (2022): Prison Health, Mental health disorders, https://cdn.who.int/media/docs/librariesprovider2/euro-health-topics/health-determinants/prison-health-mental-health-eng.pdf?sfvrsn=7dc3fc1_2&download=true, 21.05.2025
- Favril, Louis/Rich, Josiah D./Hard, Jake et al. (2024): Mental and physical health morbidity among people in prisons: an umbrella review. In: Lancet Public Health 9, H. 4, S. 250–260.
- Konrad, Norbert (2023): Wie geeignet ist der Strafvollzug für die Aufnahme psychisch kranker Rechtsbrecher? In: Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie 18, S. 43–50. DOI:10.1007/s11757-023-00807-2.
- Briken, Peer/Matthiesen, Silja/Pietras, Laura et al. (2020): Estimating the Prevalence of Sexual Dysfunction Using the New ICD-11 Guidelines. In: Deutsches Ärzteblatt International 117, H. 39, S. 653–658.
- Chokka, Pratap R./Hankey, Jeffrey R. (2018): Assessment and management of sexual dysfunction in the context of depression. In: Therapeutic advances in psychopharmacology 8, H. 1, S. 13–23.
- Montejo, Angel L./Llorca, Ginés/Izquierdo, Juan A. et al. (2001): Incidence of sexual dysfunction associated with antidepressant agents: a prospective multicenter study of 1022 outpatients. Spanish Working Group for the Study of Psychotropic-Related Sexual Dysfunction. In: The Journal of clinical psychiatry 62, Suppl 3, S. 10–21.
- Healy, David/Le Noury, Joanna/Mangin, Derelie (2018): Enduring sexual dysfunction after treatment with antidepressants, 5 α -reductase inhibitors and isotretinoin: 300 cases. In: The International Journal of Risk & Safety in Medicine 29, H. 3–4, S. 125–134.
- Healy, David (2019): Post-SSRI sexual dysfunction & other enduring sexual dysfunctions. In: Epidemiology and Psychiatric Sciences 29, e55.
- Berner, Michael (2017): Psychopharmaassozierte sexuelle Funktionsstörungen und ihre Behandlung. In: Der Nervenarzt 88, H. 5, 459–465. DOI:10.1007/s00115-017-0307-1
- Montejo, Angel L./Montejo, Laura/Baldwin, David S. (2018): The impact of severe mental disorders and psychotropic medications on sexual health and its implications for clinical management. In: World Psychiatry 17, H. 1, S. 3–11.

- Serretti, Alessandro/Chiesa, Alberto (2008): Treatment-emergent sexual dysfunction related to antidepressants: a meta-analysis. In: *Journal of clinical psychopharmacology* 29, H. 3, S. 259–266. DOI:10.1097/JCP.0b013e3181a5233f.
- de Jager, José/McCann, Edward (2017): Psychosis as a Barrier to the Expression of Sexuality and Intimacy: An Environmental Risk? In: *Schizophrenia Bulletin* 43, H. 2, S. 236–239.
- Schöttle, Daniel/Kammerahl, Dürten/Huber, Johannes et al. (2009): Sexuelle Störungen bei Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung [Sexual problems in patients with schizophrenia]. In: *Psychiatrische Praxis* 36, H. 4, S. 160–168.
- Bella, Anthony J./Shamloul, Rany (2014): Psychotropics and sexual dysfunction. In: *Central European Journal of Urology* 66, H. 4, S. 466–471.
- Wehrli, Fabienne S. V./Bodenmann, Guy J./Clemen, Joëlle et al. (2024): Exploring the Role of Masturbation as a Coping Strategy in Women. In: *International Journal of Sexual Health* 36, H. 3, S. 237–256.
- Carcedo, Rodrigo J./Perlman, Daniel/Fernández-Rouco, Noelia et al. (2019). Sexual Satisfaction and Mental Health in Prison Inmates. In: *Journal of Clinical Medicine* 8, H. 5, 705. DOI:10.3390/jcm8050705
- Visher, Christy/Knight, Carly/Chalfin, Aaron et al. (2009). The impact of marital and relationship status on social outcomes for returning prisoners. Washington D.C: The Urban Institute.
- Mojtabai, Ramin/Stuart, Elizabeth A./Hwang, Irving et al. (2017): Long-term effects of mental disorders on marital outcomes in the National Comorbidity Survey ten-year follow-up. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 52, H. 10, S. 1217–1226.
- Thibaut, Florence/Cosyns, Paul/Fedoroff, John P. et al. (2020): The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) 2020 guidelines for the pharmacological treatment of paraphilic disorders. In: *The World Journal of Biological Psychiatry* 21, H. 6, S. 412–490. DOI:10.1080/15622975.2020.1744723.
- Hanson, Karl R./Bourgon, Guy/Helmus, Leslie et al. (2009): A Meta-analysis of the effectiveness of treatment for sexual offenders: risk, need, and responsivity. Canada: Public Safety Canada.
- Clark, Kirsty A./White Hughto, Jaclyn M./Pachankis, John E. (2017): “What’s the right thing to do?” Correctional healthcare providers’ knowledge, attitudes and experiences caring for transgender inmates. In: *Social Science & Medicine* 193, S. 80–89. DOI:10.1016/j.socscimed.2017.09.052
- Routh, Douglas/Abess, Gassan/Makin, David et al. (2017): Transgender Inmates in Prisons. In: *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 61, H. 6, S. 645–666. DOI:10.1177/0306624X15603745
- Meyer, Ilan H./Wilson, Patrick (2019): The Health of Transgender People in Prison: Exploring the Burden of Mental Health Disparities and Access to Care. In: *Transgender Health Journal* 4, H. 1, S. 30–36.
- Hughto, Jaclyn M. W./Clark, Kirsty A./Daken, Kirstie et al. (2022): Victimization Within and Beyond the Prison Walls: A Latent Profile Analysis of Transgender and Gender Diverse Adults. In: *Journal of Interpersonal Violence* 37, H. 23–24, S. NP23075–NP23106. DOI:10.1177/08862605211073102.

- Van Hout, Marie-Claire/Crowley, Des (2021): The “double punishment” of transgender prisoners: a human rights-based commentary on placement and conditions of detention. In: International Journal of Prisoner Health 17, H. 4, S. 439–451. DOI:10.1108/IJPH-10-2020-0083
- Marchi, Mattia/Corbellini, Ilaria/Vaccari, Emma et al. (2024): Mental health of transgender people in prison: a systematic review and meta-analysis. In: International Review of Psychiatry 36, H. 7, S. 714–728. DOI:10.1080/09540261.2023.2287680
- Grant, Jaime M./Mottet, Lisa/Tanis, Justin E. et al. (2011): *Injustice at every turn. A report of the national transgender discrimination survey.* www.transequality.org/sites/default/files/docs/resources/NTDS_Report.pdf, 22.05.2025
- Van Hout, Marie Claire/Kewley, Stephanie/Hillis, Alyson (2020): Contemporary transgender health experience and health situation in prisons: A scoping review of extant published literature (2000-2019). In: International Journal of Transgender Health 21(3), S. 258–306. DOI:10.1080/26895269.2020.1772937.
- Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen (KFN) (2023): Trans Personen im Strafvollzug: Erfahrungen, Bedürfnisse, Herausforderungen. <https://kfn.de/forschungsprojekte/trans-personen-im-strafvollzug-erfahrungen-beduerfnisse-herausforderungen/>, 21.05.2025
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2020): Rote-Hand-Brief zu Cyproteronacetat: Anwendungsbeschränkungen aufgrund des Risikos für Meningome. www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Pharmakovigilanz/DE/RHB/2020/rhb-cyproteron.html, 16.05.2025