

# Diagnostik og behandling af pædofili

Susanne Bengtson<sup>1</sup>, Thorkil Sørensen<sup>2</sup> & Ellids Kristensen<sup>1,3</sup>

## STATUSARTIKEL

1) Sexologisk Klinik, Psykiatrisk Center København, Region Hovedstadens Psykiatri

2) Klinisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet

3) Institut for Klinisk Medicin, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet

Ugeskr Læger  
2019;181:V02190123

Pædofili og seksuelle overgreb er relateret til høj grad af subjektiv lidelse, somatisk og psykiatrisk komorbiditet – både for de børn, der udsættes for overgreb, dem, der har pædofili, og dem, der begår overgreb af andre grunde end pædofili [1, 2]. Af samme grund har emnet stor rets-, social- og sundhedspolitisk bevågenhed.

Pædofili er klinisk betragtet en ikkevelvalgt persisterende og intens seksuel interesse for børn. Den debuterer hyppigst i tidlig pubertet – jo tidligere, desto mindre fleksibel præference [1-3]. Pædofilidiagnosen har historisk set altid haft en negativ konnotation pga. sammenhængen mellem pædofili og seksuelle overgreb på børn. Det er dog ikke alle med pædofili, der begår seksualkriminalitet, ligesom hovedparten af dem, der begår seksualkriminalitet mod børn, begår overgreb af andre grunde end pædofili [2, 4].

Stigmatiseringen af pædofili har en ikketilsigtet risikoforøgende effekt ved indirekte at medvirke til dels marginalisering/isolation af personer med pædofili, dels at individer med seksuelle tanker om børn afholder sig fra at opsoge sundhedssystemet [5, 6]. Tabuiseringen af pædofili afholder antageligt også nogle børn/deres forældre fra at anmelde overgreb.

I Danmark foregår den primære og den sekundære forebyggelse af seksuelle overgreb qua indsatser i regi af Red Barnet, JanusCentret (børn og unge), telefonrådgivningen Brydcirklen.dk og den danske behandlingsordning for seksualkriminelle [7, 8]. Forebyggende indsatser i Danmark bør intensiveres for at få flere personer med seksuelle tanker om børn i behandling. I Tyskland har en kampagne om gratis, anonym behandling af ikkedømte med seksuel interesse for børn assisteret af oplysningskampagner om pædofili i løbet af få år fået næsten 900 personer med seksuelle tanker om børn til at søge behandling. Behandlingen er

fundet at mindske flere væsentlige risikofaktorer [9].

Læger og andre sundhedspersoner i psykiatrien og primærsektoren spiller en afgørende rolle i forebyggelsesarbejdet og behandlingen af pædofili og seksualkriminelle. Fagområdet betragtes dog ofte som perifert, ligesom forskningsaktiviteten på området er begrænset sammenlignet med forskningsaktiviteten inden for andre psykiske lidelser [1], særligt i Danmark.

Formålet med denne artikel er at præsentere evidensbaseret viden om diagnosticering, prognose og behandling af personer med pædofili og af personer, som er dømt for seksualkriminalitet mod børn. Målet er at fremme udvikling af fælles viden og faglig referenceramme på tværs af faglige specialer om personerne med denne stigmatiserede og ofte misforståede tilstand.

## DIAGNOSE

Pædofili er en psykiatrisk diagnose, der figurerer i ICD-10 [10, 11] og DSM-5 [12] (som er identisk med DSM-IV-TR). I **Tabel 1** opsummeres kriterierne for ICD- og DSM-diagnoserne. Der er stort overlap mellem de diagnostiske kriterier, men variation i specificitet af dem. I den kortfattede udgave af ICD-10 [10], der ofte anvendes i dansk klinisk praksis, defineres pædofili kortfattet som seksuel forkærlighed for børn i sen barnealder eller tidlig pubertet. I ICD-10 til forskningsbrug [11] defineres pædofili som vedvarende/dominerende præference af seksuel aktivitet med et eller flere præpubertære børn. I DSM-5 [12] defineres pædofili som gentagne og intense seksuelt ophidsende fantasier, trang eller adfærd, som involverer et præpubertært barn eller børn (generelt ≤ 13 år). Der defineres således lidt lavere aldersgrænse for barnet lavere i ICD-10 [11]. Præferencen skal i ICD-10 [11] og DSM-5 have været til stede i min. seks måneder, og personen, som har handlet på eller været væsentligt generet af præferencen, skal være mindst 16 år og mindst fem år ældre end barnet. I DSM-5 skelnes der mellem pædofil seksuel *interesse* og pædofil seksuel *forstyrrelse*; sidstnævnte forudsætter, at driften afstedkommer en adfærd, som er skadelig for personen selv eller andre. I DSM-5 skal præfereret køn (dreng, pige, begge køn) og eksklusivitet (er personens drift udelukkende rettet mod børn) specificeres, samt hvorvidt der er tale om incest.

Reliabilitet og validitet af ICD-10-pædofilidiagnosen er ikke undersøgt. For DSM-IV-TR (der som nævnt er

## HOVEDBUDSKABER

- ▶ Pædofili er associeret men ikke identisk med at begå overgreb på børn, ligesom de fleste, der er dømt for overgreb mod børn, ikke er pædofile.
- ▶ Stigmatisering komplicerer diagnosticering og behandling af pædofili.
- ▶ Samfundsoplysning, lettere behandlingsadgang og forskning er påkrævet som forebyggende indsats i Danmark.

TABEL 1

Diagnostiske kriterier for pædofili i International Classification of Diseases (ICD)-10, 2012 og 1993 [10, 11] og i Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)-5, 2013 [12].

Diagnose	Definitioner og diagnostiske guidelines
<p>ICD-10 F65.4 Pædofili 2012 1993</p>	<p>Seksuel forkærlighed for børn, ofte i sen barnealder eller tidlig pubertet</p> <p>Generelle kriterier for F65 Seksuelle afvigelser: perversjoner, parafilier, skal være opfyldt:</p> <p>G1. Vedvarende intense seksuelle impulser og fantasier, der involverer atypiske objekter eller aktiviteter</p> <p>G2. Personen har handlet på impulserne eller er væsentligt generet af dem</p> <p>G3. Præferencer har været til stede i min. 6 mdr.</p> <p>F65.4 Pædofili</p> <p>A. De generelle kriterier for F65 Seksuelle afvigelser skal være opfyldt</p> <p>B. En vedvarende eller dominerende præference af seksuel aktivitet med et eller flere præpubertære børn</p> <p>C. Personen skal være <math>\geq 16</math> år og <math>\geq 5</math> år ældre end barnet eller børnene i pkt. B</p>
<p>DSM-5 302.2 Pædofili, 2013</p>	<p>A. Gentagne og intense seksuelt ophidsende fantasier, seksuel trang eller adfærd, som involverer seksuel aktivitet med et præpubertært barn eller børn generelt 13 år eller yngre i en periode på <math>\geq 6</math> mdr.</p> <p>B. Personen har handlet på denne seksuelle trang, eller den seksuelle trang eller de seksuelle fantasier forårsager klinisk signifikant lidelse eller personlige problemer</p> <p>C. Personen er <math>\geq 16</math> år og er <math>\geq 5</math> år ældre end barnet eller børnene i pkt. A</p> <p><i>Bemærk</i> Inkluder ikke en person i sene teenageår som er involveret i et igangværende seksuelt forhold med en 12- eller 13-årig</p> <p><i>Specificer om</i> Eksklusiv type (kun tiltrukket af børn) eller ikkeeksklusiv type</p> <p><i>Specificer hvis</i> Seksuelt tiltrukket af mænd/drenge, seksuelt tiltrukket af kvinder/piger, seksuelt tiltrukket af begge køn Begrænset til incest</p>

identisk med DSM-5) rapporteres acceptabel interterreliabilitet og intern validitet, men lav prædiktiv validitet af [13]. Kritikken af pædofili diagnoserne vedrører blandt andet den manglende operationalisering af de diagnostiske kriterier *vedvarende, intens, handlet på og adfærd*. Ligeledes kritiseres, at seksuelt overgreb på barn i sig selv kan udløse pædofili diagnosen, heriblandt DSM-5 diagnosen pædofil forstyrrelse, uanset om personen har en hel/delvis seksuel præference for børn, ligesom personer, der har en seksuel præference for børn, alene diagnosticeres med pædofil seksuel interesse, hvis personen ikke er generet af præferencen og heller ikke har krænket børn [1, 4, 14]. Manualernes manglende differentiering mellem pædofil (præference for præpubertære børn) og hebefil (præference for børn i den tidlige pubertet) seksuel orientering kritiseres også [4, 14].

I den danske behandlingsordning for seksualkriminalitet anvendes pædofili diagnosen om personer med hel eller delvis eksklusiv seksuel præference for børn, uanset om seksualiteten har været udøvet i praksis. Denne terminologi forekommer ækvivalent med diagnosen i den kortfattede udgave af ICD-10 [10], men adskiller sig fra ICD-10 til forskningsbrug [11] og DSM-5 diagnosen. Den danske praksis er empirisk begrundet: Hel eller delvis eksklusiv orientering mod børn kræver en særlig behandlingsindsats og er associeret med forhøjet kriminalitetsrisiko [5].

Pædofili diagnosen i ICD-11 er foreslået at være konceptuelt tættere på DSM-5 [15]. Det vil være ideelt, om seksuel præference for børn og ikke adfærd alene vægtes som det væsentligste diagnostiske kriterium.

## DIAGNOSTIK

Personer med pædofil seksuel interesse er en heterogen gruppen. Diagnostik af pædofili sker normalt på baggrund af selvrapportering og oplysninger om kriminel historik, psykiatrisk anamnese etc. Vage diagnosekriterier, informanternes tilbageholdenhed med oplysninger pga. skam eller frygt for stigmatisering, dyssoziale træk etc. vanskeliggør opnåelse af valid diagnostik af pædofili [2].

Der er udviklet redskaber til identificering af seksuel interesse/præference for børn. En af de bedst validerede metoder er fallometri; personen præsenteres for stimuli (audio, fotos eller video af begge køn i varierende aldre), og penilresponsen måles. En fallometrisk måling af seksuel præference for børn er en af de stærkeste prædiktorer for fornyet seksualkriminalitet, men er teknisk krævende, giver etiske udfordringer og er kun tilladt i få lande [5].

Et andet redskab, der korrelerer signifikant og positivt med andre mål for pædofil interesse (bl.a. fallometri) og med risiko for seksualkriminalitet [2], er *Screening Scale for Pedophilic Interests (SSPI-2)* [16]. SSPI-2 indeholder fem variabler, nemlig at have kræn-

ket: 1) drenge < 15 år, 2) børn < 15 år, 3) børn < 12 år, 4) ubeslægtet barn < 15 år og 5) have besiddet utugtige billeder af børn (UBB).

Brug af UBB kan indikere pædofili, men kan også være relateret til andre lidelser (f.eks. autisme, obsessiv-kompulsiv tilstand og hyperseksualitet). Samtidig UBB-brug og kontaktseksual kriminalitet (kontaktovergreb) mod børn indikerer i højere grad pædofili og er associeret med forhøjet risiko for kontaktovergreb mod børn [4, 17].

### PRÆVALENS

Blandt personer, som er dømt for seksual kriminalitet mod børn, er 30-50% (inklusive danske dømte) diagnosticeret med ICD/DSM-pædofili [2, 18-22]. Variationen afspejler forskelle i samples og diagnostik.

Prævalensen af eksklusiv pædofili i den mandlige befolkning estimeres at være 1% og vurderes at være væsentlig lavere for kvinder [1, 18]. I specifikke befolkningsundersøgelser angiver 3-9% af mændene og 1-4% af kvinderne seksuel interesse for/fantasier om børn, masturbation til fantasier om børn eller interesse for at involvere et præpubertært barn i seksuelle aktiviteter, hvis det ikke medfører domfældelse [1, 23]. I en tysk befolkningsundersøgelse, hvor man også undersøgte forekomsten af eksklusiv interesse, rapporterede 4% af de 8.718 adspurgte mænd om seksuelle fantasier om præpubertære børn, 3% havde begået seksuelt overgreb på et præpubertært barn, mens kun 0,1% opfyldte

kriterierne for eksklusiv DSM-pædofili [24]. Fundet af lav prævalens af eksklusiv pædofili ligger i tråd med resultaterne fra en anden tysk undersøgelse [3].

I en befolkningsundersøgelse af UBB-forbrug angives brug af visuelle UBB af 20% af mændene [25]. I en anden lignende undersøgelse rapporterede 4% UBB-forbrug; forbruget var associeret med selvrapporeret seksuel adfærd over for præpubertære børn [2]. I en tredje undersøgelse havde < 1% af 231 adspurgte personer, der brugte UBB, begået kontaktovergreb [4].

Seksuel interesse for børn ytrer sig forskelligt med varierende grader af eksklusivitet og intention om/behov for at udleve trangen; en person kan have seksuelle tanker om børn og anvende UBB uden at have ønske om at realisere denne interesse i praksis [4]. Eksklusiv interesse kombineret med ønsket om at udleve interessen er forbundet med høj risiko for at begå overgreb (Figur 1).

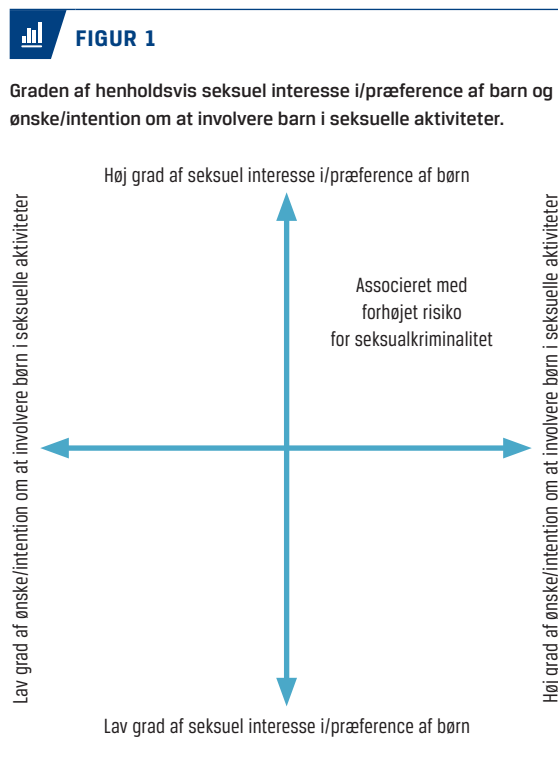
### KRIMINELT RECIDIV

Seksualkriminelles recidivrisiko korrelerer positivt med observationstiden. I 20-30-års followupundersøgelser rapporteres ca. 30% af dem, der dømmes for seksual kriminalitet mod børn at blive dømt for fornyet seksual kriminalitet [17], også danske dømte [26]. I en tysk followupundersøgelse recidiverede 50-80% af dem med hel/delvis præference for børn til fornyet seksual kriminalitet i løbet af 25 års followup mod 10-30% af dem, der ikke var diagnosticeret med pædofili [27]. De dømte grupperes vanligvis i forhold til beslægtethed med offer (ekstrafamilære og intrafamilære/incest dømte) og kriminalitetstype (kontaktovergreb/offline vs. online/internetkriminalitet), hvor offline og ekstrafamilære dømte generelt har højere risiko for kontaktovergreb end hhv. online og intrafamilære dømte (Tabel 2).

Prædiktorer for fornyet seksual kriminalitet er relateret til: 1) atypisk seksuel interesse (f.eks. pædofil præference), 2) dyssoziale træk og livsstil og 3) interpersonelle deficit (f.eks. sociale deficit, ensomhed og identifikation med børn) [5]. Vurdering af recidivrisiko bør foretages vha. strukturerede redskaber, som er udviklet til formålet, og ikke på baggrund af klinikerens eget skøn [2, 5, 27].

### BEHANDLING

I behandlingen af personer med pædofil præference er målet, at individet får indsigt i sin seksuelle interesse i børn og opnår kontrol heraf, og at der sker reduktion af kriminogene faktorer (f.eks. manglende beskæftigelse, misbrug og prokriminelle relationer). For ikkepædofile er fokus primært på kriminogene faktorer. For begge grupper er målet at identificere risikosituationer og korrigerende forestillinger om, at børn f.eks. selv kan invitere til og ikke tager skade af seksuel aktivitet med



voksne, idet disse forestillinger ofte tjener til legitimering af overgreb [2].

Der er ikke entydig konsensus om behandlingseffekt. I nogle metaanalyser/review konkluderes det med henvisning til metodisk variation og manglende randomiserede kontrollerede undersøgelser, at der ikke er dokumenteret entydig effekt af behandling af seksualkriminelle [28], og i andre konkluderes det, at der er lav-moderat positiv effekt af psykologisk/psykiatrisk behandling [29, 30]. I Danmark rapporteres der om positiv/lovene kriminalpræventiv behandlingseffekt [19].

I Danmark varetages den specialiserede behandling af JanusCentrene, behandlingsordningen for seksualkriminelle og Herstedvester Fængsel [7, 8]. Af dem, der visiteres i behandlingsordningen, ønsker/formår ca. 30% ikke at gå i behandling [19]. Øget motivationsarbejde og ændrede inklusionskriterier (f.eks. inklusion af benægtede) formodes at kunne øget antallet af behandlede.

## FORSKNING

Til trods for en relativ høj prævalens af seksuel interesse for børn og pædofili er forskning i emnet begrænset i Danmark og marginal i forhold til forskning i andre alvorlige psykiske lidelser med omtrentlig samme prævalens [1]. Det er vanskeligt at skaffe forskningsmidler til området, uagtet at effektiv forebyggelse forudsætter forskning.

## KONKLUSION

Pædofili er en ikkeselvalgt, persisterende seksuel interesse for og trang til børn. Trangen er relateret til, men ikke identisk med at begå seksuelle overgreb. Diagnostisering af pædofili er vanskelig. Intensivering af primær og sekundær forebyggelse, lettere adgang til behandling og øget forskningsaktivitet vil fremme indsatsen over for personer med seksuelle tanker om børn.

## SUMMARY

Susanne Bengtson, Thorkil Sørensen & Ellids Kristensen:

Diagnosing and treating paedophilia

Ugeskr Læger 2019;181:V02190123

In this review, we discuss paedophilia, which is a persistent and intense sexual interest in prepuberty children. Paedophilia is related to but not identical to sexual offending. Valid and reliable identification of paedophilia is complicated. In Denmark there is a need for intensifying primary and secondary preventive interventions aimed at increasing the number of individuals with paedophilia seeking treatment. Paedophilia has the same or a higher prevalence than other severe psychiatric disorders. Yet, in Denmark, this research field is delayed in comparison to research into other psychiatric disorders.



TABEL 2

Typen af seksualkriminalitet, modificeret [2, 5, 17, 26, 28].

### Intrafamilier seksualkriminalitet: incest

Seksuel krænkelse af  $\geq 1$  beslægtede børn

Stedforældre der har haft forældrelignende rolle for barnet i  $\geq 2$  år betragtes generelt som intrafamiliekrænker

Seksuelle overgreb på barn i familien begås som oftest af andre grunde end seksuel orientering mod barn og i stedet som følge af f.eks. parforholdsproblemer, alkohol/stofmisbrug, at personen selv været udsat for seksuelle eller voldeligt overgreb som barn

Intrafamiliekrænker er generelt seksuelt orienterede mod voksne

Intrafamiliekrænker har generelt lavere risiko for at begå fornyet seksualkriminalitet end dem der krænker ikkebeslægtede børn

### Ektrafamilier seksualkriminalitet: krænkelse af ikkebeslægtede børn

Seksuel krænkelse af  $\geq 1$  ikkebeslægtede børn

Seksuelle overgreb på ikkebeslægtede begås ofte som følge af manglende sociale færdigheder, alkohol/stofmisbrug, psykisk lidelse: personlighedsforstyrrelse, autisme, mental retardering etc.

Ektrafamiliekrænker har oftere en seksuel orientering mod børn end intrafamiliekrænker

Ektrafamiliekrænker har generelt højere risiko for fornyet seksualkriminalitet mod børn end intrafamiliekrænker

### Brug af UBB

Der sondres mellem hhv. eksklusiv UBB-brug, dvs. udelukkende brug af UBB uden kontakt, og UBB-brug kombineret med kontaktovergreb

Pædofili er oftere til stede ved sidstnævnte end når der er tale om eksklusiv UBB-brug

Individer med eksklusiv UBB-brug, dvs. individer der ikke har begået kontaktovergreb, har generelt højere funktionsniveau, er mere prosociale og mindre kriminelle end personer der udelukkende er dømt for kontaktovergreb

Individer med eksklusiv UBB-brug har oftere pædofile interesser, seksuel overoptagethed og andre atypiske seksuelle interesser end personer der udelukkende er dømt for kontaktovergreb

Ved eksklusiv UBB-forbrug er der generelt en forhøjet risiko for recidiv til UBB-forbrug men lav risiko for at begå kontaktseksualkriminalitet mod børn

Har et individ både anvendt UBB og begået kontaktseksualkriminalitet mod børn kan det være indikation på, at individet er seksuelt orienteret mod børn ensbetydende med forhøjet risiko for recidiv til begge typer af kriminalitet

UBB = utugtige billeder af børn.

**KORRESPONDANCE:** Susanne Bengtson.

E-mail: susanne.bengtson.pedersen@regionh.dk

**ANTAGET:** 20. juni 2019

**PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK:** 26. august 2019

**INTERESSEKONFLIKTER:** Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

**LITTERATUR:** Findes i artiklen publiceret på Ugeskriftet.dk

## LITTERATUR

1. Tenbergen G, Kruger THC, Walter H et al. The neurobiology and psychology of pedophilia: recent advances and challenges. *Front Hum Neurosci* 2015;9:344.
2. Seto M. Pedophilia and sexual offending against children: theory, assessment, and intervention (2. udg.). American Psychological Association, 2018.
3. Tozdan S, Briken P. Age of onset and its correlates in men with sexual interest in children. *Sex Med* 2019;7:61-71.
4. Berlin FS. Pedophilia and DSM-5: the importance of clearly defining the nature of a pedophilic disorder. *J Am Acad Psychiatry Law* 2014;42:404-7.
5. Hanson RK, Bussière MT. Predicting relapse: a meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *J Consult Clin Psychol* 1998;66:348-62.
6. Jahnke S. The stigma of pedophilia: clinical and forensic implications. *Europ Psychol* 2018;23:144-53.
7. Strange M. Statusrapport XIII 2003-2017. JanusCentret, 2018.
8. Kristensen E, Fristed P, Fuglestad M et al. The Danish sexual offender treatment and research program (DASOP). I: Boer DP, Eher R, Craig LA et al, red. International perspectives on the assessment and treatment of sexual offenders: theory, practice, and research. John Wiley & Sons, 2011:251-62.

9. Beier KM, Ahlers CJ, Goecker D et al. Can pedophiles be reached for primary prevention of child sexual abuse? *J Forensic Psychiatry Psychol* 2009;20:851-67.
10. World Health Organization. WHO ICD-10. Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser – klassifikation og diagnostiske kriterier. Munksgaard, 2012.
11. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. World Health Organization, 1993.
12. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. American Psychiatric Association, 2013.
13. Seto MC, Fedoroff JP, Bradford JM et al. Reliability and validity of the DSM-IV-TR and proposed DSM-5 criteria for pedophilia: implications for the ICD-11 and the next DSM. *Int J Law Psychiatry* 2016;49:98-106.
14. Blanchard R, Lykins A, Wherrett D et al. Pedophilia, hebephilia, and the DSM-V. *Arch Sex Behav* 2009;38:335-50.
15. Krueger R, Reed G, First M et al. Proposals for paraphilic disorders in the international classification of diseases and related health problems, eleventh revision (ICD-11). *Arch Sex Behav* 2017;46:1529-45.
16. Seto MC, Stephens S, Lalumière ML et al. The revised screening scale for pedophilic interests (SSPI-2): development and criterion-related validation. *Sex Abuse* 2017;29:619-35.
17. Seto MC, Hanson RK, Babchishin KM. Contact sexual offending by men with online sexual offenses. *Sex Abuse* 2011;23:124-45.
18. Seto MC. Pedophilia. *Annu Rev Clin Psychol* 2009;5:391-407.
19. En undersøgelse af behandlingsordningen – delrapport 1. Visitation-sundersøgelsen. Direktoratet for Kriminalforsorgen, 2015.
20. Seto MC, Cantor JM, Blanchard R. Child pornography offenses are a valid diagnostic indicator of pedophilia. *J Abnorm Psychol* 2006;115:610-5.
21. Schaefer GA, Mundt IA, Feelgood S et al. Potential and dunkelfeld offenders: two neglected target groups for prevention of child sexual abuse. *Int J Law Psychiatry* 2010;33:154-63.
22. Maletzky BM, Steinhauer C. A 25-year follow-up of cognitive/behavioral therapy with 7,275 sexual offenders. *Behav Modif* 2002;26:123-47.
23. Wurtele SK, Simons DA, Moreno T. Sexual interest in children among an online sample of men and women: prevalence and correlates. *Sex Abuse J Res Treat* 2014;26:546-68.
24. Dombert B, Schmidt AF, Banse R et al. How common is men's self-reported sexual interest in prepubescent children? *J Sex Res* 2016;53:214-23.
25. Ray JV, Kimonis ER, Seto MC. Correlates and moderators of child pornography consumption in a community sample. *Sex Abuse* 2014;26:523-45.
26. Bengtson S, Lund J. Kriminelt recidiv blandt sædelighedskriminelle. *Ugeskr Læger* 2008;170:4035-9.
27. Beier KM, Neutze J, Mundt IA et al. Encouraging self-identified pedophiles and hebephiles to seek professional help: first results of the Prevention Project Dunkelfeld (PPD). *Child Abuse Negl* 2009;33:545-9.
28. Furby L, Weinrott MR, Blackshaw L. Sex offender recidivism: a review. *Psychol Bull* 1989;105:3-30.
29. Hanson RK, Harris AJR, Gordon A et al. First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. *Sex Abuse* 2002;14:169-94.
30. Schmucker M, Lösel F. The effects of sexual offender treatment on recidivism: an international meta-analysis of sound quality evaluations. *J Exp Criminol* 2015;11:597-630.