

## Statusartikel

Ugeskr Læger 2021;183:V08200571

# Behandling af seksualkriminelle

Fie Madvig, Ellids Kristensen & Susanne Bengtson

Sexologisk Klinik, Psykiatrisk Center København

Ugeskr Læger 2021;183:V08200571

### HOVEDBUDSKABER

- Psykiatrisk/medicinsk behandling forventes at mindske risikoen for ligeartet kriminalitet blandt seksualkriminelle.
- I review rapporteres der imidlertid ikke om entydige resultater for behandlingseffekten.
- Der er behov for flere randomiserede kontrollerede undersøgelser på området.

Virker behandling af seksualkriminelle? I den videnskabelige litteratur er der ikke et entydigt svar på dette spørgsmål – mens det i nogle systematiske review rapporteres, at behandling af seksualkriminelle mindsker de behandlede risiko for at begå fornyet seksualkriminalitet, konkluderes det i andre, at der enten ikke er dokumenteret effekt af behandlingen, eller at den empiriske evidens ikke er tilstrækkelig til at konkludere noget endegyldigt om behandlingseffekt [1]. I et forsøg på at opnå et overblik over evidensen for behandlingseffekten for seksualkriminelle, er der tidligere gennemført overview af systematiske reviews af behandlingseffekten [2, 3]. I disse overview har man rapporteret om lovende effekt af behandling af seksualkriminelle [2, 3]. Imidlertid er der ikke skelnet mellem behandlingseffekten for henholdsvis unge og voksne i tidligere overview. Da den største gruppe af behandlede er voksne personer, som er dømt for at begå seksualkriminalitet, er formålet med denne artikel at foretage en systematisk opsummering af evidensen fra systematiske review af den kriminalpræventive effekt af behandling af *voksne* mænd, der har begået seksualkriminalitet.

### METODE

Overview er en metode til syntetisering af evidensen fra relaterede systematiske review på et givent område og er identisk med review af review og metareview [4]. Der er foretaget litteratursøgning efter systematiske review i PsycINFO, PubMed og Scopus via søgeordene sex offend\*, child molest\*, recidiv\*, treatment og psychotherapy frem til slut oktober 2020 – uden begrænsning på søgeperioden. In- og eksklusionskriterierne er kategoriseret i henhold til population (P), intervention (I), kontrolgruppe (C) og outcome (O) (PICO-modellen).

Vi inkluderede systematiske review vedrørende behandling af voksne dømte seksualkriminelle mænd (P). De var alle peerreviewede engelsksprogede review – med eller uden metaanalyse – af den kriminalpræventive effekt af alle typer af psykologisk, psykiatrisk, sexologisk, farmakologisk eller kirurgisk behandling (I). Der blev ikke stillet krav til kontrol-/sammenligningsgrupper (C). Review blev inkluderet, uanset om der var undersøgt differentiell effekt af behandling for krænkertyper (f.eks. voldtægt af voksne vs. seksuelle overgreb på børn). Der skulle som minimum fremgå oplysninger om forekomsten af seksualkriminalitet i followupperioden (O). Vi ekskluderede review, der inkluderede både voksne og unge seksualkriminelle, medmindre behandlingseffekten

var opgjort separat for voksne. Overviewet er ikke gennemført som et Cochraneoverview [4].

## RESULTATER

Søgningen i databaserne gav 15 resultater, hvoraf fire er inkluderet i artiklen jf. ovenstående in- og eksklusionskriterier. Yderligere tre resultater blev identificeret via referencelister, hvorved syv systematiske review – et Cochranereview og seks non-Cochranereview – er inkluderet. Trods inkludering af alle typer af behandling består behandlingen primært i psykoterapeutisk/psykologisk behandling. Nedenfor gennemgås review narrativt. De deskriptive karakteristika for review er præsenteret i **Tabel 1** og recidivrater/effektstørrelser i **Tabel 2**.

**TABEL 1** Metodiske karakteristika for review og metaanalyser.

Reference	Design	In- og eksklusionskriterier	Inkluderede studier, n	Inkluderede personer, n (periode)	Intervention for behandlede	Ubehandlede/kontroller	Followup (± SD), år
Furby et al, 1989 [5]	Review	Inklusion: studier med ≥ 10 mandlige dømte seksualkriminelle, adgang til oplysninger om kriminelle afgørelser Eksklusion: manglende/vage oplysninger om dataindsamling, followupperiode, recidivmål	42	7.000 behandlede Ubehandlede ikke angivet (-)	Psykologisk/ psykiatrisk/ farmakologisk/ kirurgisk	Fængsel/dropouts	0,08-20
Hanson et al, 2009 [1]	Metaanalyse	Inklusion: studier med kontrolgruppe Krav om minimumniveau af kvalitet jf. CODC-retningslinjer	23	6.746: 3.121 behandlede + 3.625 ubehandlede (1980-2009)	Kun psykologiske interventioner, primært KAT	Ingen behandling, alternativ behandling eller mindre behandling	Mean: 1-21 Median: 4,7
Dennis et al, 2012 [6]	Cochranereview	Inklusion: RCT-studier, seksualkriminelle mænd uden intellektuel svækkelse	10	944 (-)	Psykologisk	Ingen behandling, på venteliste til behandling eller standardbehandling	10
Walton & Chou, 2015 [7]	Review	Inklusion: RCT/kontrollerede/ kohortestudier med oplysninger om kriminelle afgørelser Eksklusion: studier der anvendte dropouts som kontroller	10	2.119: 1.105 behandlede + 1.014 ubehandlede (1980-2015)	Adfærdsterapi, KAT, anden forebyggende behandling	Randomiserede/ ikke-randomiserede uden behandling	Behandlede: 7,7 (± 5,0) Kontroller: 8,7 (± 6,3)
Grønnerød et al, 2015 [8]	Metaanalyse	Inklusion: studier af interventionseffekt for personer dømt for at begå seksualkriminalitet mod børn, oplysninger om kriminelle afgørelser for seksualkriminalitet Eksklusion: personer med kognitiv/ intellektuel svækkelse	14	2.930 (1980-2011)	Psykologisk	-	Minimum: 3 Mean: 6,8
Mpofu et al, 2018 [9]	Review	Inklusion: empiriske studier af effekten af KAT med kontrolgruppe Undersøgelsesdeltagere: voksne seksualkriminelle mænd med moderat-høj recidivrisiko der minimum er fulgt i 12 mdr.	10	6.661: 3.073 behandlede + 3.588 kontroller (2001-2014)	KAT	Sammenlignelig intervention	2-12,4
Harrison et al, 2020 [10]	Metaanalyse	Inklusion: studier med > 10 personer, ≥ 5 i hver gruppe med KAT hvor der er anvendt kontrolgruppe eller anden sammenligningsgruppe De inkluderede måtte ikke have betydelige psykiske eller udviklingsmæssigt problemer Adgang til oplysninger om kriminelle afgørelser for seksualkriminalitet i followupperioden	25	12.811 (1970-)	KAT	Standardbehandling/på venteliste til behandling/ behandlingsprogram der ikke er specifikt rettet mod seksualkriminelle/ ingen behandling	0,75-> 10

CODC = Collaborative Outcome Data Committee; KAT = kognitiv adfærdsterapi; RCT = randomiserede kliniske studier; SD = standardafvigelse.

**TABEL 2** Raten af fornyet seksualkriminalitet, nonseksuel vold, generel kriminalitet eller en eller anden form for kriminalitet for behandlede og ubehandlede/kontroller i inkluderede review og metaanalyser.

Reference	Design	Recidivrate, %				Effektstørrelse		
		seksualkriminalitet		ikke-seksuel vold			generel kriminalitet <sup>a</sup>	
		behandlede	kontroller	behandlede	kontroller	behandlede	kontroller	
<i>Furby et al</i> , 1989 [5]	Review	-	-	-	-	-	-	Jo længere followupperiode jo højere forekomst af fornyet kriminalitet: generel kriminalitet Ingen evidens for at behandling reducerede RR eller var differentielt effektiv for forskellige krænkerkertyper En vis evidens for at recidivrate er differentierede for forskellige krænkerkertyper, personer der havde begået seksualkriminalitet mod børn recidiverede i mindre grad end f.eks. voldtægtsdømte
<i>Hanson et al</i> , 2009 [1]	Metaanalyse	10,9	19,2	-	-	31,8	48,3	<i>Seksualkriminalitet</i> OR = 0,77 (95% KI: 0,65-0,91), p < 0,05 <i>Generel kriminalitet</i> OR = 0,75 (95% KI: 0,66-0,86), p < 0,05
<i>Dennis et al</i> , 2012 [6]	Review	-	-	-	-	-	-	<i>Seksualkriminalitet</i> Kognitiv adfærdsterapi: RR = 1,10 (95% KI: 0,78-1,56), p > 0,05 <i>Psykodynamisk intervention</i> RR = 1,87 (95% KI: 0,78-4,47), p > 0,05
<i>Walton &amp; Chou</i> , 2015 [7]	Review	13,9	18,6	-	-	-	-	-
<i>Grønnerød et al</i> , 2015 [8]	Metaanalyse	18,0	20,0	-	-	-	-	RR = 0,03 (95% KI: -0,04-0,10), for 9 studier vurderet som god eller svag RR = 0,08 (95% KI: 0,02-0,14), for alle studier inkl. svage studier
<i>Mpofu et al</i> , 2018 [9]	Review	10,3	17,7	21,1	32,6	27,12	51,1	<i>Seksualkriminalitet</i> OR = 0,33 (95% KI: 0,28-0,38), z = 14,15, p < 0,0001 Forskel på recidivrate: t(18) = -1,76, p < 0,05 Signifikans uoplyst for vold og generel kriminalitet
<i>Harrison et al</i> , 2020 [10]	Metaanalyse	13,3	-	30,4	-	31	-	<i>Seksualkriminalitet</i> OR = 0,64 (95% KI: 0,47-0,86), p < 0,005 Vold: OR = 0,64 (95% KI: 0,45-0,95), p < 0,05 <i>Generel kriminalitet</i> OR = 0,81 (95% KI: 0,65-1,02), p > 0,05

KI = konfidensinterval; OR = oddsratio; RR = recidivrisiko.

a) Kriminalitet, der ikke kategoriseres som seksuel eller voldelig.

## Review frem til 1999

I 1989 tog *Furby et al* [5] initiativ til at gennemføre den første metaanalyse. Imidlertid opgav forfatterne at lave metaanalysen pga. primærundersøgelsernes betragtelige metodiske variation. I stedet gennemførtes et kvalitativt review af 42 analyser, hvor man konkluderede, at: 1) jo længere followupperiode, desto højere forekomst af fornyet kriminalitet (generel kriminalitet), 2) ingen evidens for at behandling reducerede recidivrisiko eller var differentielt effektiv for forskellige krænkerkertyper (hhv. voldtægt af voksne vs. krænkelse af egne eller andres børn) og 3) en vis evidens for, at recidivrate var differentierede for forskellige krænkerkertyper: Personer, der havde begået seksualkriminalitet mod børn, recidiverede i mindre grad end f.eks. voldtægtsdømte.

## Review 2000-2009

I 2009 publicerede *Hanson et al* [1] en metaanalyse med 23 studier, hvor man undersøgte effekten af en såkaldt RNR-tilgang, hvor behandling tilpasses den dømtes recidivrisiko (risk), behandlingsbehov (need) og styrker og udfordringer (responsivity). I analysen blev der kun inkluderet studier, der opfyldte et vist antal metodiske kvalitetskrav jf. Collaborative Outcome Data Committee-retningslinjer [11]. Analysen viste, at behandlede havde lavere recidiv til både seksualkriminalitet (11% vs. 19%, p < 0,05) og generel kriminalitet (32% vs. 48%, p < 0,05) end ubehandlede. Behandlingsformer, der er baseret på RNR-principper, havde større effekt for begge kriminalitetstyper end de øvrige behandlingsprogrammer.

## Review 2010-2020

*Dennis et al* [6] publicerede i 2012 et Cochranereview, som udelukkende var baseret på ti randomiserede kontrollerede studier (RCT). I reviewet konkluderedes det, at behandling ikke reducerede risikoen for fornyet seksualkriminalitet, uanset om der var anvendt kognitiv adfærdsterapi (KAT) (relativ risiko (RR) = 1,10; 95%

konfidens-interval (KI): 0,78-1,56,  $p > 0,05$ ) eller psykodynamisk intervention (RR = 1,87; 95% KI: 0,78-4,47,  $p > 0,05$ ). Behovet for at udføre RCT'er blev accentueret.

I 2015 publicerede *Walton & Chou* [7] et kvalitativt review af studier af effekten af behandling af personer, der har begået seksualkriminalitet mod børn ( $k = 10$ ). I alt 14% af de behandlede mod 19% af de ubehandlede recidiverede til seksualkriminalitet ( $p$ -værdi uoplyst). Kun i tre af ti undersøgelser rapporterede man om en signifikant positiv behandlingseffekt, hvorfor forfatterne ikke fandt det muligt at konkludere noget entydigt om behandlingseffekten. Der blev efterlyst metodisk stærkere undersøgelser.

I 2015 publicerede *Grønnerød et al* [8] den første metaanalyse af effekten af psykologisk intervention hos personer, der havde begået seksualkriminalitet mod børn ( $k = 14$ ). I analysen fandt man, at 18% af de behandlede mod 20% af kontrolpersonerne begik fornyet seksualkriminalitet, hvilket er en lav behandlingseffekt, såvel for de ni studier, der levede op til de opstillede metodiske kriterier ( $r = 0,03$ ; 95% KI: -0,04-0,10), som ved inklusion af samtlige studier ( $r = 0,08$ ; 95% KI: 0,02-0,14). Forfatterne konkluderede, at der ikke var evidens for, at psykologisk behandling af personer, der har begået seksualkriminalitet mod børn, reducerede risikoen for fornyet seksualkriminalitet.

*Mpofu et al* [9] publicerede i 2018 et review, hvor de undersøgte effekten af KAT til seksualkriminelle med moderat eller høj recidivrisiko ( $k = 10$ ). De behandlede havde lavere risiko end kontrolpersonerne for at begå seksualkriminalitet (10% vs. 18%,  $p < 0,05$ ), vold (21% vs. 33%,  $p$ -værdi uoplyst) og generel kriminalitet (27% vs. 51%,  $p$ -værdi uoplyst). Forfatterne konkluderede, at KAT var en effektiv behandlingsform til forebyggelse af såvel seksualkriminalitet som andre former for kriminalitet, men fremhævede behovet for at matche kontrolpersoner på relevante variable som f.eks. krænkerstype, recidivrisiko, alder, familiestøtte, behandlingstype.

Senest har *Harrison et al* [10] i 2020 publiceret en metaanalyse, hvor de har undersøgt behandlingseffektivitet af KAT blandt voksne mandlige seksualkriminelle. Forfatterne fandt en positiv effekt af KAT for seksualkriminalitet (oddsratio (OR) = 0,64,  $p < 0,005$ ) og vold (OR = 0,64,  $p < 0,05$ ) men ikke for generel kriminalitet (OR = 0,81,  $p > 0,05$ ). Yderligere fandtes i metaanalysen, at der var større effekt af KAT i 1990'erne end i 1980'erne og 2000'erne.

## DISKUSSION OG KONKLUSION

Der er inkluderet syv systematiske review i denne artikel om behandlingseffekt for voksne seksualkriminelle. I tre ud af de syv review rapporterede man om signifikant lavere forekomst af fornyet seksualkriminalitet blandt behandlede [1, 9, 10], og i yderligere to rapporterede man om lavere recidiv for behandlede, men uden angivelse af om forskellen var signifikant [6, 7]. I de resterende to review rapporterede man om manglende effekt [5, 8]. Der blev også rapporteret om signifikant lavere forekomst af generel kriminalitet [1] og vold [10] blandt behandlede. I review med fund af positiv effekt havde behandlede henholdsvis syv og 16 procentpoint lavere risiko for at begå seksualkriminalitet og generel kriminalitet end ubehandlede. Overordnet beskrives behandlingseffekten som lav-moderat.

Den største behandlingseffekt blev rapporteret for KAT og RNR-tilgang [1, 9]. Den laveste effekt rapporteredes for behandling af personer, som var dømt for at begå seksualkriminalitet mod børn [7, 8]. I andre systematiske review, der er ekskluderet fra denne artikel pga. deres inklusion af unge seksualkriminelle, har man desuden rapporteret om en stor effekt af farmakologisk og kirurgisk kønsdriftsdæmpende behandlingsformer med snæver indikation [12] samt behandling givet i nyere tid, mens den laveste effekt rapporteredes for behandling i fængsler, ren gruppebehandling; gruppebehandling har større effekt, når der suppleres med individuel behandling [13].

Tilliden til fund af positiv behandlingseffekt bør dog modereres af, at mange primærundersøgelser er metodologisk svage og kun opfylder få af de nutidige minimumskrav til videnskabelige undersøgelser, ligesom den positive effekt synes at være stærkere i metodisk svage studier end i metodisk stærkere studier [1]. Forskelle mellem behandlede og ubehandlede recidivrater kan således være forårsaget af forskelle i juridiske forhold (f.eks. kan retspraksis variere, og der kan være forskelligartet operationalisering af kriminelt recidiv), followup (varierer fra få måneder til år), samples (forskelle i f.eks. motivation, recidivrisiko og krænkerstype) og kontekst (f.eks. gruppebehandling, behandling i fængsler og intervention) snarere end at være et udtryk for behandlingseffekt. Det er således velbegrunder, når man i tidligere review manede til forsigtighed i forhold til endegyldigt at konkludere, at behandling har en positiv effekt [1, 13-14].

Gennemførelse af kontrollerede undersøgelser, gerne RCT'er, anbefales [1, 6, 7, 14]. RCT for seksualkriminelle er dog omdiskuteret, da det opfattes som uetisk ikke at give behandling til de personer, som er vurderet til at være recidivtruede eller særligt motiverede for behandling, idet mulig effektiv behandling kan medvirke til at forebygge seksuelle overgreb. Der efterlyses desuden flere og bedre undersøgelser, hvor der anvendes lang followuptid, og hvor man også analyserer behandlingseffekt i lyset af, om behandling mindsker grovhed og frekvens af recidivet, og om behandling er differentielt effektiv for forskellige typer krænkere, idet seksualkriminelle udgør en heterogen gruppe [1, 13].

I danske primærundersøgelser af behandlingseffekt, rapporteres der også blandede resultater [12, 15-18] (Tabel 3). To af denne artikels forfattere evaluerer i øjeblikket effekten af den danske behandlingsordning, herunder dels om behandling på lang sigt mindsker forekomsten, grovheden og frekvensen af fornyet seksualkriminalitet og anden kriminalitet, dels om behandling udsætter tidspunktet for recidiv og er differentielt effektiv for de respektive krænker typer [19].

**TABEL 3** Behandlingseffekt for seksualkriminelle – recidivrate for behandlede og ubehandlede seksualkriminelle i dansk systematisk effektforskning [18].

Reference	n	Behandlede, %	Ubehandlede, %
<i>Stürup, 1953 [15]</i>	175	4	43
<i>Christiansen et al, 1965 [16]</i>	2.934	11	-
Direktoratet for Kriminalforsorgen, 2004 [17]	622	F-behandlede: <sup>a</sup> 4 V-behandlede: <sup>a</sup> 5	3
<i>Mollerup et al, 2006 [12]</i>	109	Behandlingsgruppe 1: 11 <sup>b</sup> Behandlingsgruppe 2: 0 <sup>c</sup>	Kontrolgruppe 1: 25 <sup>d</sup> Kontrolgruppe 2: 75 <sup>e</sup>

F: ophold i frihed; V: ophold i fængsel eller en anden institution under Kriminalforsorgen enten hele tiden eller en del af tiden.

a) Havde ikke nødvendigvis været i behandling men havde været henvist til behandling, ved korrektion for kendte risikofaktorer fandt man dog lovende resultater for behandlingseffekt.

b) Havde været i behandling men var ophørt hermed: 2 af 18.

c) Var fortsat i behandling: 0 af 14.

d) 13 af 52.

e) 3 af 4.

Effekten af behandling af seksualkriminelle har været drøftet i fire årtier uden klar konklusion. Dette overview peger i tråd med to tidligere overview af systematiske review på, at nogle former for behandling mindsker recidivrisikoen for nogle seksualkriminelle [2, 3]. Der er dog generelt tale om lav post-behandlingseffekt for seksualkriminalitet; antageligt er der højere kriminalpræventiv behandlingseffekt for vold og generel kriminalitet. Resultaterne vedrørende behandlingseffekt bør tolkes med varsomhed, idet overviewet kun inkluderer syv systematiske review. Det er dog afgørende at understrege, at selv lav effekt på dette område kan have stor samfundsmæssig/samfundsøkonomisk betydning, idet forebyggelse af selv få overgreb vejer tungt pga. de mange og alvorlige konsekvenser af overgreb for ofrene, pårørende og dømte.

Der er behov for at videreudvikle forebyggelsesindsatsen på området. De præventive tiltag skal rette sig mod såvel hele befolkningen som højrisikogrupper, herunder ikkedømte (f.eks. personer med seksuel interesse i børn, der ikke har begået seksuelt overgreb på børn) og allerede dømte. De præventive tiltag kan bestå i oplysning, udbygning af den anonyme telefonrådgivning og udvikling af mere effektive behandlingsformer. I

forhold til kvalitetsudviklinger der behov for finansiering og planlægning af flere og bedre kontinuerte kontrollerede effektundersøgelser nationalt og internationalt [13-14, 17, 20].

**Korrespondance** *Susanne Bengtson*

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

**Antaget** 25. februar 2021

**Publiceret på ugeskriftet.dk** 26. april 2021

**Interessekonflikter** ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

**Referencer** findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

**Artikelreference** Ugeskr Læger 2021;183:V08200571

## SUMMARY

### Therapy of sex offenders

Fie Madvig, Ellids Kristensen & Susanne Bengtson

Ugeskr Læger 2021;183:V08200571

Outcomes of reviews of the effect of interventions for sexual offenders vary and are inconclusive. The lack of consensus reflects the inherent ethic and methodological difficulties related to the evaluation of treatment effect for sexual offenders. In this overview, we examined seven reviews of treatment outcome studies for adult sexual offenders. Three of seven reviews reported a significant positive post-treatment effect on sexual re-offending risk. However, the evidence for successful treatment seems far from robust given the lack of controlled and methodological strong primary studies.

## REFERENCER

1. Hanson RK, Bourgon G, Helmus LM et al. A meta-analysis of the effectiveness of treatment for sexual offenders: risk, need, and responsivity. Public Safety Canada, 2009.
2. Kim B, Benekos PJ, Merlo AV. Sex offender recidivism revisited: review of recent meta-analyses on the effects of sex offender treatment. *Trauma Violence Abuse* 2016;17:105-17.
3. Craig LA, Browne KD, Stringer I. Treatment and sexual offence recidivism. *Trauma Violence Abuse* 2003;4:70-89.
4. Pollock M, Fernandes RM, Becker LA et al. Chapter V: overviews of Reviews. I: Higgins JPT, Thomas J, Chandler J et al, red. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.1 (updated September 2020)*. Cochrane, 2020.
5. Furby L, Weinrott MR, Blackshaw L. Sex offender recidivism: a review. *Psychol Bull* 1989;105:3-30.
6. Dennis JA, Khan O, Ferriter M, et al. Psychological interventions for adults who have sexually offended or are at risk of offending. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;12:CD007507.
7. Walton JS, Chou S. the effectiveness of psychological treatment for reducing recidivism in child molesters: a systematic review of randomized and nonrandomized studies. *Trauma Violence Abuse* 2015;16:401-17.
8. Grønnerød C, Grønnerød JS, Grøndahl P. Psychological treatment of sexual offenders against children: a meta-analytic review of treatment outcome studies. *Trauma Violence Abuse* 2015;16:280-90.
9. Mpofu E, Athanasou JA, Rafe C et al. Cognitive-behavioral therapy efficacy for reducing recidivism rates of moderate- and high-risk sexual offenders: a scoping systematic literature review. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2018;62:170-86.
10. Harrison JL, O'Toole SK, Ammen S et al. Sexual offender treatment effectiveness within cognitive-behavioral programs: a meta-analytic investigation of general, sexual, and violent recidivism. *Psychiatr Psychol Law* 2020;27:1-25.
11. Collaborative Outcome Data Committee. The Collaborative Outcome Data Committee's guidelines for the evaluation of

- sexual offender treatment outcome research: part 2: CODC guidelines. Public Safety Canada, 2007.
12. Mollerup S, Gabrielsen G, Jessen-Petersen B. Behandling af sædelighedskriminelle i Anstalten ved Herstedvester. Direktoratet for Kriminalforsorgen, 2006.
  13. Lösel F, Link E, Schmucker M et al. On the effectiveness of sexual offender treatment in prisons: a comparison of two different evaluation designs in routine practice. *Sex Abuse* 2020;32:452-75.
  14. Medicinska och psykologiska metoder för att förebygga sexuella övergrepp mot barn: en systematisk litteraturoversikt. Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2011.
  15. Stürup GK. Sexual offenders and their treatment in Denmark and the other Scandinavian countries. *International Rev Crim Policy* 1953;1-19.
  16. Christiansen KO, Elers-Nielsen M, le Maire L, Stürup GK. Recidivism among sexual offenders. I: Christiansen KO, red. *Scandinavian studies in criminology*, 1. udg. Tavistock, 1965:55-85.
  17. Slutrapport. Forsøgsordning vedrørende en forstærket behandlingsindsats over for personer, der er dømt for seksualforbrydelser. Direktoratet for Kriminalforsorgen, 2004.
  18. Bengtson S. Kriminelt recidiv blandt mentalundersøgte sædelighedskriminelle [ph.d.-afhandl]. Aarhus Universitet, 2008.
  19. En undersøgelse af behandlingsordningen – delrapport 1. Direktoratet for Kriminalforsorgen, 2015.
  20. Bengtson S, Sørensen T, Kristensen E. Diagnostik og behandling af pædofili. *Ugeskr Læger* 2019;181:V02190123.