

en wel van buitenlandse auteurs. Waarom verwees hij niet naar recente studies in onze eigen taal? Wilde hij daar liever nog geen commentaar op geven? Het zou belangrijk zijn als hij die discussie aanging.

2. Mijn grootste bezwaar tegen de les is echter dat MUSAPH nergens man en paard noemt. Dat kwam bij mij over als het zich de vingers niet willen branden. Bij dit onderwerp gebeurt dit immers snel. Maar aldus blijft zijn les wetenschappelijk ondermaats. Ik vind dat om de volgende redenen:

De les bevat geen probleemstelling. MUSAPH geeft er aanzetten toe, in de casuïstiek liggen ze voor het oprapen, maar geen enkele wordt duidelijk onder woorden gebracht.

De les bevat veel generalisaties. Een ernstig voorbeeld daarvan vind ik MUSAPH's mening dat in alle gevallen waar medische hulp gezocht wordt, het kind de voorrang moet hebben. Ik vind zo'n aanbeveling overdreven en ze zou wel eens meer kwaad dan goed kunnen doen. Alsof al vaststaat dat het kind in kwestie schade heeft geleden!

MUSAPH moraliseert. Hij heeft al uitgemaakt wat hier goed en kwaad is, wat schade en wat niet. Niet één keer gaf hij aan op grond waarvan hij iets meent.

Er staan in deze les veel beweringen. Een aantal ervan is zelfs insinuerend. Voorbeelden. Pedofilie komt veel meer voor bij mannen dan bij vrouwen. Waaruit is dit gebleken als er geen getallen over bekend zijn? Een ander voorbeeld. Dat een verhoor van het kind schadelijker kan zijn dan het pedofiele contact zelf, wordt door „de pedofielen” naar voren gebracht. En direct daarop aansluitend (bl. 2164, rechter kolom) de waarschuwing dat dit geen vrijbrief mag vormen voor pedofiel gedrag. Op bl. 2164, linker kolom, laatste alinea staat dat er de laatste tijd een andere, even gevaarlijke moraliserende stemming is ontstaan, namelijk het propageren van pedofilie als een vorm van seksuele voorlichting van het kind. Zo'n opmerking vind ik een gemene bewering als er niet bij gezegd wordt hoe men daaraan gekomen is.

MUSAPH is inconsequent. In deze les beschrijft hij dat de pedofiel gevangenisstraf bespaard moet blijven. Maar in het eindrapport van de Adviescommissie Zedelijkheids-wetgeving (1980), waarvan hij lid was, komt die visie nergens tot uiting. Op bl. 2162, eerste kolom, wordt gesproken over „slachtoffers van pedofiele contacten”, maar weer op een andere plaats over psychische schade die nihil kan zijn. Dat klopt niet met elkaar.

Belangrijke passages munten uit door vaagheden. Ik noem die welke gaan over de emotionele verwerkingsmogelijkheden van kinderen, over situaties die tot schade leiden en over seksuele gevoelens van kinderen.

Het zal me benieuwen of deze les ook maar één alinea bevat waarmee een medicus die van pedofilie weinig weet, beter kan begrijpen wat er aan de hand is als hij of zij voor een probleem op dit gebied geconsulteerd wordt.

Literatuur: Adviescommissie Zedelijkheidswetgeving (1980) *Eindrapport*. Staatsuitgeverij, Den Haag. — BRONGERSMA, E. (1975) *Intermediair* 11, nr. 18, 20 en 21. — MUSAPH, H. (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 2161. — Nationaal Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid (1976) *Pedofilie en samenleving*. — ROUWELER-WUTS, L. (1976) *Pedofielen in contact of conflict met samenleving*. Van Loghum Slaterus, Deventer. — SANDFORT, T. (1979) *Pedoseksuele kontakten en pedofiele relaties*; (1979) *De ervaringswereld van kinderen in pedofiele relaties*. — *Sex met kinderen* (1972) NVSH.

Graag wil ik een paar kanttekeningen plaatsen bij de klinische les van prof. MUSAPH (1980).

1. Definitie en criteria. Sprekend over pedofilie als, het seksuele gedragspatroon dat gekenmerkt wordt door een dwangmatig verlangen naar seksueel verkeer met niet-geslachtsrijpe kinderen” gebruikt de schrijver een belastende term als „dwangmatig verlangen”. Ik heb noch bij heterofilie of homofilie noch bij pedofilie behoefte om te spreken van dwangmatig verlangen. De belevingswereld van hetero-, homo- en pedofielen is op vergelijkbare wijze doortrokken van de seksuele preferentie. In alle drie de voorkeuren, die alleen kunstmatig van elkaar gescheiden kunnen worden, komen mensen voor met een groot en zeer dwingend verlangen en mensen met een veel matiger behoeftenpatroon. Ik moge wijzen op de definitie die BRONGERSMA gegeven heeft in zijn informatieve *Intermediair*-artikelen (1975): „Onder pedofilie (paidos = van het kind; philein = liefhebben) verstaan we het verschijnsel dat sommige volwassen mensen zich uitsluitend of bij voorkeur erotisch aangetrokken voelen tot kinderen.”

Niet zomin als de mensheid in twee groepen te verdelen is, hetero- en homoseksuelen, net zomin is een verdeling in niet- en wel-pedofielen mogelijk. Er is een continuum, een „sliding scale”, met als uiterste polen mensen die uitsluitend op volwassenen „vallen” en mensen die uitsluitend door kinderen erotisch worden geprikkeld.

2. Recente Nederlandse rapporten en publikaties. Er is kort geleden een nogal controversieel eindrapport van de adviescommissie zedelijkheidswetgeving gepubliceerd (1980), waaraan als bijlage is toegevoegd een petitie inzake leeftijds grenzen van Coornhertliga, Humanistisch Verbond, NVSH en ds. Klamer, en een brief van de sectie Kinder- en Jeugdpsychiatrie van de Ned. Ver. voor Psychiatrie. In dat eindrapport wordt geheel genegeerd dat er in 1976 een uitstekend rapport verschenen is van het Nationaal Centrum Geestelijke Volksgezondheid.

Eveneens recent is de publikatie van de psycholoog SANDFORT (1980) over een serie vraaggesprekken met jeugdigen die contacten hadden met pedofielen. Hij meent dat door de heersende seksuele moraal en de huidige zedelijkheidswetgeving kinderen en volwassenen onnodig in de problemen komen.

Gegéven deze publikaties kan het alleen maar verbazing wekken dat nu toch weer het vraagstuk van de pedofilie vernauwd wordt tot onderwerp van een klinische les. Er is aanmerkelijk meer aan de hand, pedagogisch, cultureel en maatschappelijk. MUSAPH duidt dat slechts zijdelings aan als hij over Jan en Ahmed spreekt die een verschillende beleving hebben bij een zelfde genitaal contact. We weten niet hoe we in een volgend decennium over pedofilie zullen denken, aldus de schrijver. Maar dat is geen vrijbrief om recente informatie zo gefilterd op te nemen in een geneeskundig blad.

3. Begeleiding van de erbij betrokken kinderen. Uit de beladen woordkeus „slachtoffers van pedofiel contact” en „actuele en late psychische schade” blijkt nog eens dat MUSAPH het begrip pedofilie sterk bevooroordeeld tegemoet treedt. Waarom niet gewoon de vraag stellen naar de invloed op het kind en naar de mogelijke voor- en nadelen van het contact voor het kind? Seksuele gevoelens uit een vroege periode van de gevoelsontwikkeling worden bijna steeds ervaren als agressief, angstaanjagend, schuldgevoelens opwekkend, zegt de schrijver, maar hij vraagt zich niet af wie er schuld draagt aan deze vreemde toestand.

Het lijkt uiterst waarschijnlijk dat ons opvoedingssysteem, waarbij aan het kind het hebben van seksuele gevoelens wordt ontzegd, oorzaak is voor het beladen van

seksuele gevoelens met schuld en angst. Dezelfde aanknopingspunten vind ik bij MONEY (1980): „It is possible that all the anomalies of eroticism and psycho-sexuality in adolescence and adulthood . . . share the same source, namely deprivation of normal sexual rehearsals in infancy and childhood.”

Over de benadering van kind en ouders door de arts zou meer te zeggen zijn. Schrijver zou modellen moeten aangeven van een begrijpende en warme opvang door de ouders, en wegen om te verhinderen dat kindzaken worden opgeblazen tot volwassenen-properties.

4. Begeleiding van pedofielen. MUSAPH meent dat gevangenisstraf niets oplost. Het is jammer dat hij die mening niet, desnoods in een minderheidsrapport, kenbaar maakt in het eindrapport van de commissie Zedelijkheidswetgeving, waaraan hij meewerkte en waarin nu nog eisen staan voor pedofilie van ten hoogste zes jaren gevangenisstraf.

Natuurlijk moet de wet veranderen. MUSAPH zou zich echt wat zwaarder daarvoor moeten inzetten. Het te zamen met de huisarts uit voorarrest bevrijden van een 68-jarige man riekt wat te sterk naar klasse-bevoorrechtting. Overigens is de oudere man, die als uiting van beginnende arteriosclerotische dementie seksuele handelingen met kleine meisjes verrichtte, meer een illustratie van de breedte van verschijnselen die bij dementie kunnen optreden dan een kernachtig voorbeeld van pedofilie. Van de door MUSAPH genoemde voorbeelden is alleen het eerste kenmerkend. De 20-jarige pedofiel, die na psychotherapie zich „weer gelukkige momenten in zijn leven kan veroorloven”. Ik zou die gelukkige momenten niet alleen afhankelijk willen stellen van de psychotherapie, maar ook, en vooral van veranderende normen in de maatschappij en van een beetje strijdbaarheid bij de desbetreffende jongen.

Schrijver geeft het advies „om bij iedere poging om pedofiel gedrag te seponeren eerst een medische opvang te organiseren, bijv. bij een psychiater. Men helpt dan de autoriteit om zijn verantwoordelijkheid te laten overdragen”. Het komt mij voor dat de arts niet zozeer de autoriteit hoeft te helpen, maar de desbetreffende pedofiel. Of die hulp langs een medisch kanaal zal slagen lijkt mij te betwijfelen.

Er bestaat in Nederland een landelijke werkgroep „Jeugdemancipatie”, oorspronkelijk opgericht vanuit de NVSH en nu mijn of meer autonoom werkend. Deze werkgroep zou samen met de ambulante voorzieningen van de geestelijke volksgezondheid een gespreide vorm van begeleiding moeten ontwikkelen. In Maastricht blijkt dat te werken. Een begeleidende verwijzing naar zo'n plaatselijk of regionaal samenwerkingsverband geeft voor de pedofiel mogelijkheden om tussen mensen die zijn voorkeuren delen, te leren om weerbaar te worden en op te komen voor zijn gevoelens. Pedofilie is in principe geen medisch probleem. Onder het begrip begeleidende verwijzing versta ik dat de verwijzer na enige tijd nagaat of de betrokkene is „aangekomen”, en zich laat informeren of de verwijzing tot enig resultaat heeft geleid. Dat brengt de verwijzende arts zonder twijfel in contact met de erbij betrokken werkgroep, naar ik hoop tot wederzijds heil.

5. Het geval van de anorgastische vrouw van begin dertig, die haar geïsoleerde symptoom zou hebben overgehouden van een geheime seksuele relatie met een pedofiel, laat naar mijn mening zien met welk gemak in de psycho-analyse wetenschappelijke bewijsvoering wordt gehanteerd. Meer dan veertig jaar geleden heeft MENNO TER BRAAK reeds gesproken van een „met causaliteits-trucs aangekleed geloof”.

6. De redactie van het tijdschrift zou er verstandig aan

doen om het probleem pedofilie breder en op een modernere wijze aan de orde te stellen. Wellicht nodigt de redactie daarvoor sociaal-seksuologen en mensen uit de geestelijke gezondheidszorg uit. Het onderwerp is naar mijn mening te belangrijk om nu verder in een ingezonden-mededelingenrubriek te worden afgedaan.

Literatuur: Eindrapport Adviescommissie Zedelijkheidswetgeving (1980) Staatsuitgeverij, Den Haag. — BRAAK, MENNO TER, Citaat uit H. van Galen Last, over Freud als charlatan, *NRC* 31 dec. 1980. — BRONGERSMA, E. (1975) *Intermediair* 11 nr 18, 20 en 21. — MONEY, J. (1980) *Love and love sickness: The science of sex, gender difference, and pair-bonding*. Johns Hopkins University, Baltimore. — MUSAPH, H. (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 2161. — Nationaal Centrum Geestelijke Volksgezondheid (1976) *Pedofilie en Samenleving*, Utrecht. — SANDFORT, TH. (1980) In: J. FRENKEN, *Seksuologie, een interdisciplinaire benadering*. Van Loghum Slaterus, Deventer.

Verwijzingsadres: Landelijke Werkgroep Jeugdemancipatie en Pedofilie, Postbus 132, 5240 AC Rosmalen. Er zijn in verschillende plaatsen werkgroepen.

Den Haag, december 1980

F. WAFELBAKKER

Gaarne wil ik de geachte inzenders bedanken voor hun reacties op mijn klinische les „Pedofilie”. Het probleem heeft zoveel facetten dat men meedenken op dit gebied slechts kan toejuichen.

Ik plaatste het probleem in een wijde psychosociale context. Als men uitsluitend wil wijzen op de onschadelijke werking van pedofiel contact op het niet-geslachtsrijpe kind dan past men wel een onverantwoorde reductie van de problematiek toe, die een wetenschappelijke discussie moeilijk maakt. Het is jammer dat sommige inzenders kennelijk niet op de hoogte zijn van de eisen die traditioneel door de redactie van dit tijdschrift aan „Klinische lessen” gesteld worden. Deze eisen verschillen van die van bijv. „Oorspronkelijke stukken”.

Het lijkt mij niet juist om homoseksualiteit en pedofilie op één lijn te stellen. Elk verschijnsel heeft zijn specifieke problemen. In mijn voordracht „The right of being different” op het wereldcongres voor seksuologie in Rome, 1978, poneerde ik de stelling dat ieder mens recht heeft op het beleven van eigen seksueel gevoels- en gedragspatroon, mits dit niet schadelijk is, zowel lichamelijk als psychisch bedoeld, voor hemzelf of zijn partner. Het risico hiervan lijkt mij bij pedofiel contact in principe anders dan bij homofiel contact.

Collega MEIJMAN spreekt van een psychopathologisch denkkader. Wellicht is het beter van een medisch denkkader te spreken. Hij zelf past dit toe bij homoseksuelen in de huisartsenpraktijk (MEIJMAN 1980) en hiermee voel ik mij zeer verwant.

De heer SANDFORT schuift mij veronderstellingen in de schoenen, die hij daarna gaat bestrijden. Kennelijk heeft hij behoefte aan het scheppen van tegenstanders. Ik gun hem dit van harte, maar hij maakt wel hierdoor een discussie onmogelijk.

Collega SENGERS moet accepteren dat ik nimmer de intentie heb kwetsend te zijn. Ik neem aan dat dit ook voor hem geldt. Wel ben ik verbaasd over zijn opmerking: „Dat er weinig of niets bekend is over het verschil in beleving van eventuele seksuele contacten bij kinderen vóór en bij kinderen ná het geslachtsrijp worden”. Graag wil ik op de

tallose kinderpsychiatrische studies op dit gebied wijzen, die vooral gepubliceerd zijn in de vele banden van de „psychoanalytic study of the child”, maar deze staan wel in een andere kast dan Menno ter Braak. Tevens wijs ik de collegae SENGERS en WAFELBAKKER op de brief van de Sectie Kinder- en Jeugdpsychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie d.d. 26-02-1980, opgenomen in het eindrapport van de Adviescommissie Zedelijkheidswetgeving (1980). Uit deze brief citeer ik: „Het is een pertinente onjuiste voorstelling van zaken als zouden kind en volwassene in een seksuele betrekking psychologisch gelijkwaardige partners kunnen zijn.” „De behandelingspraktijk van de kinder- en jeugdpsychiater brengt hem regelmatig in aanraking met gevallen en vooral met de psychologische gevolgen op korte en langere termijn”, (bl. 67). Ik heb geen reden om aan de juistheid van deze uitspraken van bij uitstek deskundigen te twijfelen.

Tot slot een opmerking over de misvatting die ik (naar ik hoop ten onrechte) bij de geachte inzenders vermoed. Ik bedoel de misvatting dat seksualiteitsbeleving bij het niet-geslachtsrijpe kind, volwassen seksualiteitsbeleving in het klein zou zijn, waardoor in een pedofiel contact sprake zou zijn van psychologisch gelijkwaardige partners. Het kind maakt in ons cultuurpatroon bepaalde fasen van psychoseksuele ontwikkeling door, die hun eigen wetmatigheid hebben. Dit te ontkennen is zichzelf historisch-wetenschappelijk plaatsen voor 1905 toen Freud zijn theorie over de infantiele seksualiteit publiceerde. Zij degraderen de ontwikkelingspsychologie tot een Marken-en-Volendampsychologie. Aldaar worden de kinderen precies zo gekleed als hun ouders, alleen in kleinere maten. Wie aldus pedofiel contact beoordeelt, en daar lijkt het bij de geachte inzenders bijzonder veel op, maakt niet alleen de fout van simplificatie en reductie, maar projecteert zijn eigen seksuele belevingswereld op zijn niet-geslachtsrijpe partner. En als de wens de vader is van de gedachte, waar blijft dan de wetenschap?

Literatuur: MEIJMAN, F. (1980) *Huisarts en Praktijk* 4, 45.

Amsterdam, februari 1981

H. MUSAPH

Bacteriologische aspecten van ziekten van de galwegen

In zijn artikel gaat ULRICH (1981) er vanuit dat de galblaasgal bij patiënten zonder galstenen steriel is. Omdat dit vermoedelijk onjuist is, heeft de volgende aanvulling wellicht zin. Gedurende de Journées de Chirurgie Digestives van de Université de Paris in januari van dit jaar deed de bacterioloog Boussougant over dit onderwerp een mededeling: „Bactériologie de la bile des sujets normaux et atteints d'affection bilio-pancréatique”. In een prospectief onderzoek bij 270 patiënten van wie 75 zonder biliaire afwijkingen, is hem gebleken dat er geen verschil bestaat in het percentage positieve kweken van galblaasgal tussen patiënten met galstenen en patiënten zonder stenen (13%). Ook de aard van de gekweekte bacteriën en het aantal per ml was voor beide groepen gelijk. Overigens kwamen zijn bevindingen geheel overeen met die van Ulrich.

Literatuur: ULRICH, C. (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 187.

Arnhem, februari 1981

M. N. VAN DER HEYDE

De publikatie van door collega VAN DER HEYDE geciteerde Boussougant zie ik met belangstelling tegemoet. Enerzijds om te vernemen of hij voor personen met normale galwegen dezelfde „waterdichte” criteria hanteerde als CSENDES e.a. (1975), te weten (1) afwezigheid van symptomen, (2) een normaal oraal cholecystogram, en (3) normale peroperatieve bevindingen bij palpatie en inspectie. Anderzijds is van belang wat voor soort operaties bij zijn controle-patiënten verricht werden. Alle tot nu toe gemelde negatieve galblaaskweken bij personen met normale galwegen betroffen patiënten die bovenbuikchirurgie ondergingen (EDLUND e.a. 1958; CSENDES e.a. 1975; LYKKEGAARD NIELSEN en JUSTESEN 1976). Indien men de theorie aanhangt, dat gal besmet wordt via de portale circulatie, zou men bij operatie van het colon zeker passagère positieve galkweken kunnen verwachten.

Literatuur: CSENDES, A., M. FERNANDEZ en P. URIBE (1975) *Amer. J. Surg.* 129, 629. — EDLUND, Y. A., B. O. MOLSTEDT en O. OUCHTERLONY (1958) *Acta chir. scand.* 116, 461. — LYKKEGAARD NIELSEN, M. en T. JUSTESEN (1976) *Scand. J. Gastroent.* 11, 437.

's-Gravenhage, februari 1981

C. ULRICH

Behandeling van chronische beenzweren met menselijk amnion

Collega LICHTVELD schrijft in zijn artikel (1980): „Het voornaamste bij de chirurgische behandeling van beenulcera is dat men enig inzicht heeft in de pathofysiologie van het huiddefect, en dat men de juiste verbandtechniek beheerst.” In de zin, voorafgaande aan deze uitspraak, geeft hij echter blijk niet meer dan „enig” inzicht in de pathofysiologie te hebben. Daar staat namelijk: „Het is algemeen bekend dat bij gebruikmaking van deze klassieke verbandtechniek (Blair) de meeste ulcera uitstekend gaan granuleren en na enkele dagen schoon genoeg zijn om met plasticjes volgens Thiersch te worden bedekt.” Het valt mij regelmatig op dat vele medici het ontstaan van granulatieweefsel een positief verschijnsel vinden. „Fraai granulatieweefsel”, „een wond dicht laten granuleren”, „wachten tot er granulatieweefsel ontstaat” en meer van dergelijke uitdrukkingen duiden erop dat granulatieweefsel met hoerageroep wordt verwelkomd.

Dit nu is voor mij onbegrijpelijk. Wat is granulatieweefsel? Het is een eindproduct van microbiologische invasie van beschadigd weefsel. Het is een gevolg van, en een zichtbare herkenning dat we met een open wond te maken hebben. Chirurgen willen een gesloten wond, geen open wond. Een granulerende wond is een teken van verwaarlozing. Het bevorderen van granulatieweefsel is een onheilsverschijnsel. Wanneer na een electieve operatie granulatieweefsel ter plaatse van de incisie ontstaat, betekent dit óf een geïnfecteerde onderhuidse hechting, óf een ander achtergebleven corpus alienum. Wanneer een half jaar na een halsdissectie granulatieweefsel in het litteken verschijnt, moeten we verdacht zijn op een ontsteking t.g.v. tumormoening. Een KNO-arts haat granulatieweefsel in het middenoor. Granulaties in een brandwond betekenen een geïnfecteerde (dus derde-graads) brandwond.

Intact weefsel vertoont nooit granulatieweefsel, zelfs niet wanneer het ontstoken is. Onder een intacte huid zien we het niet. Een adequaat gesloten wond vertoont het niet,