

# Seksualiteit en variabiliteit: enkele aspecten

A. A. Verveen

---

Mensen (en alle andere organismen) vertonen een grote variatie in gedrag. Dit lijkt op het intrappen van een open deur. In de praktijk van het dagelijks leven, inclusief de wetenschap, houdt men echter meestal weinig of geen rekening met deze variabiliteit (zie bijv. Bancroft, 1978).

## Hartfrequenties

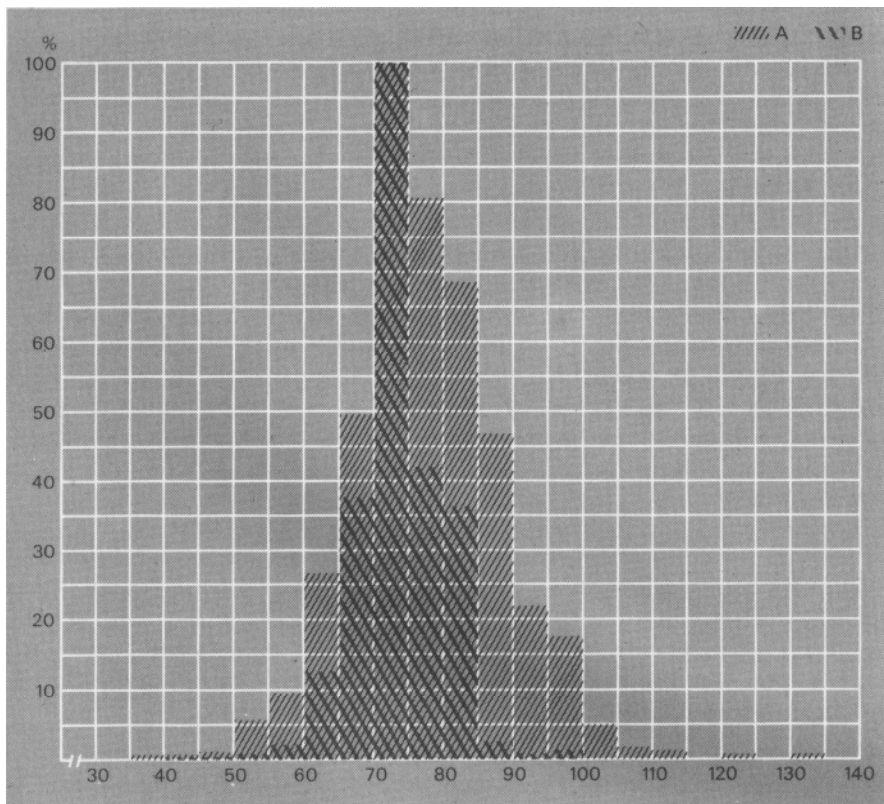
Eerstejaars studenten in de geneeskunde wéten dat het hart bij rustig zittende jonge volwassenen per minuut ongeveer 70 keer klopt. Haast ieder noemt één getal als referentiewaarde, dat meest tussen de 65 en de 80 slagen per minuut ligt (fig. 1). Bij metingen aan zichzelf, in de collegezaal, vertoont *de populatie* zittende studenten een beeld, dat sterk van hun verwachting afwijkt (fig. 1), de uitersten liggen hier tussen 40 en 130 slagen per minuut.

**A.A. Verveen, 1980. Seksualiteit en variabiliteit.  
Blz. 311-331 in  
Frenken, J. (Red.): Seksuologie, een interdisciplinaire  
benadering.  
Uitg. Van Loghum Slaterus, Deventer, 1980.**

Optische karakterherkenning van een scan van het originele artikel.

Er kunnen dus nog enkele "typefouten" in zitten.

Copyright:  
**Creative Commons Licentie**  
zie de laatste bladzij

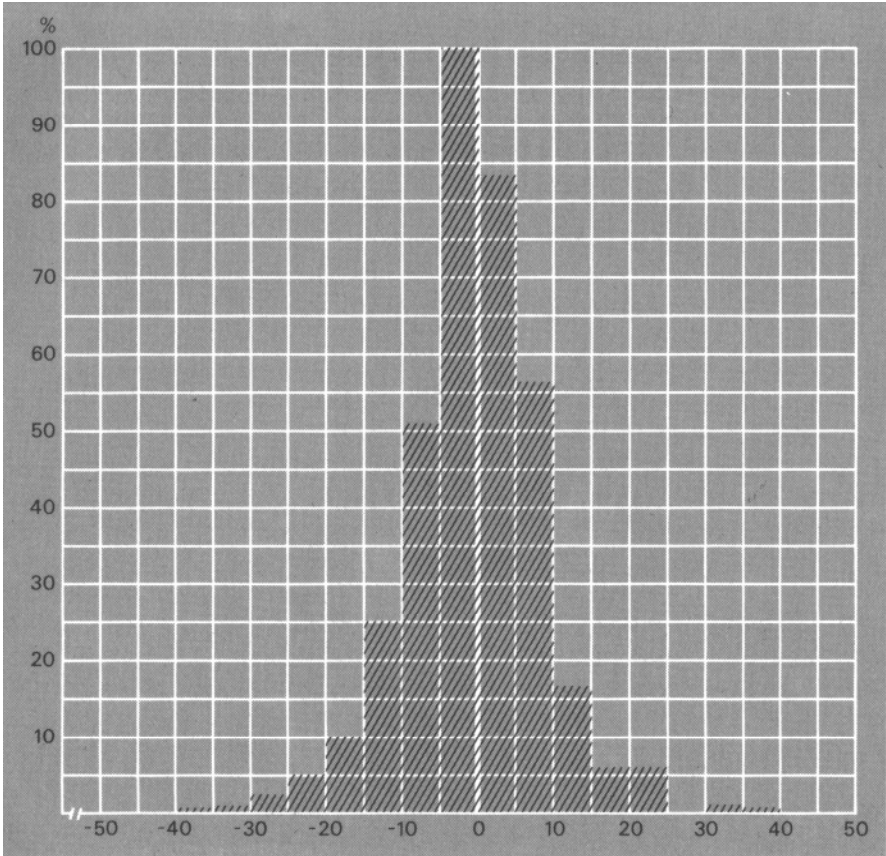


Figuur 1. Distributies van hart-minuut frequenties bij eerstejaars studenten in de geneeskunde. Samenvatting van de populaties in de jaren 1975 t/m 1978.

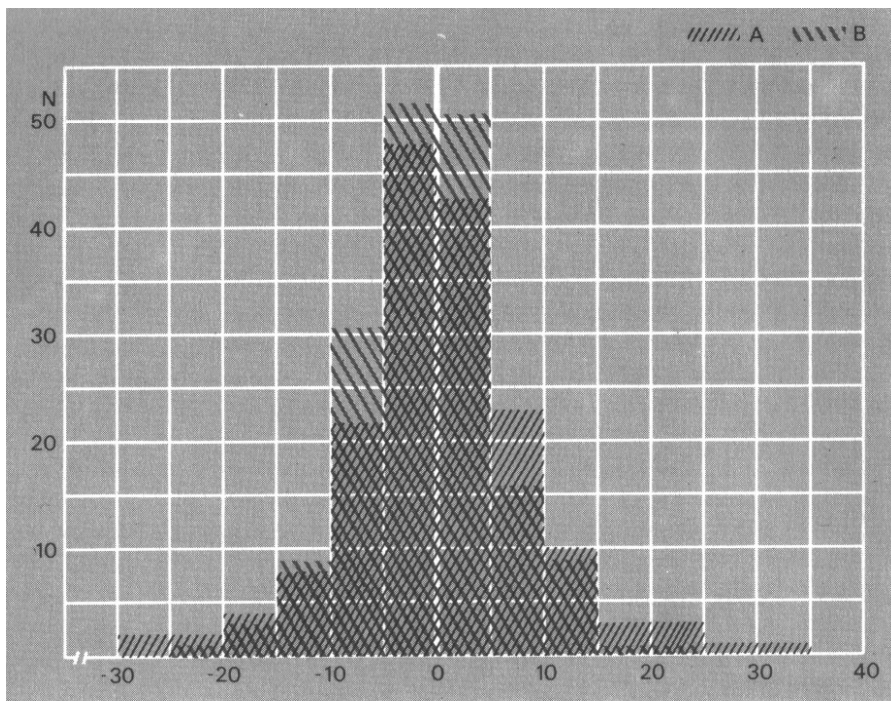
B: meningen over de referentie frequentie (752 mensen).

A: metingen van de hartminuut frequenties bij zichzelf (768 mensen). Het verschil in aantal (16 mensen) berust op het feit dat maar een enkeling een gebied aangeeft t. Deze zijn niet in de grafiek van meningen opgenomen.

Bij een daarop aansluitende meting, maar nu door en aan buurman of -vrouw blijkt ook, dat de variabiliteit *per individu* groot is (tot 40 slagen verschil t.o.v. de eerste keer). De opdracht elkaar opeens langdurig vast te houden bevat een seksueel moment en wekt emoties op. Wij verwachten, dat hun harten dan sneller zullen kloppen. Deze veronderstelling over de *richting* van de verandering (snellere hartslag) vinden wij niet bevestigd. Bij ca. de helft treedt juist een langzamere frequentie op, terwijl voor de hele populatie de *gemiddelde* verandering gelijk is aan *nul* (fig. 2).



*Figuur 2. Verschilfrequenties van de hartslag (per minuut) bij herhaalde meting.  
 A. 750 metingen door een derde, minus de voorafgaande meting bij zichzelf (eerste-  
 jaars, 1975 t/m 1978), uitgedrukt in % van de maximale klasse.*



B. Voor eerstejaars in 1979 zijn de verschilfrequenties aangegeven (in absolute aantallen, N) voor: de meting door een derde minus de voorafgaande eigen meting

A. 170 mensen, gem.  $-0,3$ , spreiding  $9,0$ ) en een herhaalde meting bij zichzelf minus de eigen meting een half uur tevoren *tevoren*  $x$ .  
 B. 174 mensen, gem.  $-1,3$ , spreiding  $6,3$ .

Op basis van het *gemiddelde* gedrag wordt de hypothese: 'onverwacht elkaar vasthouden geeft een hartversnelling' verworpen. De nieuwe hypothese zou dan luiden: 'onverwacht elkaar vasthouden heeft *gemiddeld* geen invloed op de hartfrequentie'. Een dergelijke formulering van deze hypothese zal in de praktijk tot gevolg hebben, dat de term 'gemiddeld' wegvalt: de reden hiervoor is, dat statistische uitspraken in het gewone spraakgebruik niet hanteerbaar zijn. Een uitspraak over het gemiddelde gedrag van de populatie kan, zeker in dit geval, beter helemaal worden vermeden. Bijv. door te stellen dat 'bij onverwacht elkaar vasthouden de hartfrequentie meestal *verandert*: deze wordt òf langzamer òf sneller. Eventueel aangevuld met: 'wàt er zal gebeuren is te voren niet aan te geven'.

Hoewel de eigen variabiliteit inderdaad ook erg groot is (fig. 2, metingen met tussenpoos van een half uur), is de variabiliteit van de meting door een derde significant groot (fig. 2B) (F-verdeling:  $P \ll 0.01$ ).

Voor aspecten van ons gedrag, die in maat en getal zijn uit te drukken, gebruikt men de statistische maten gemiddelde en spreiding\*. Voor het statistische werk zelf, zijn dit handige, bruikbare grootheden. Voor de praktijk betekent dit echter dat alle variabiliteit wordt weggemiddeld (de spreiding wordt vergeten) en dat de interesse zich toespitst op het gedrag van de waarde van de gemiddelde grootheid. Het zou al een grote winst zijn, wanneer wij af zouden spreken referentiewaarden voor praktisch gebruik niet meer in de vorm van gemiddelden (plus spreiding) te geven, maar als een gebied; bijv. het 90% interval:

‘Bij jonge, rustig zittende volwassenen ligt de hartfrequentie in ca. 9 van de 10 gevallen tussen 60 en 100 slagen per minuut’,

en

‘Bij een emotie zal de hartfrequentie in ca. 9 van de 10 gevallen een verandering tussen de  $-20$  en  $+20$  slagen vertonen, t.o.v. de in rust gemeten frequentie’.

Voor gedragsaspecten die moeilijker of *niet* in maat en getal zijn uit te drukken, is de situatie niet beter. Integendeel, onze neiging tot vereenvoudigde weergave van complexe verschijnselen speelt ons dan nog méér parten. Eenvoudige kenmerken gaan de boventoon voeren, ten koste van het bij beter kijken te vinden gedrag.

## Seksuele gerichtheid

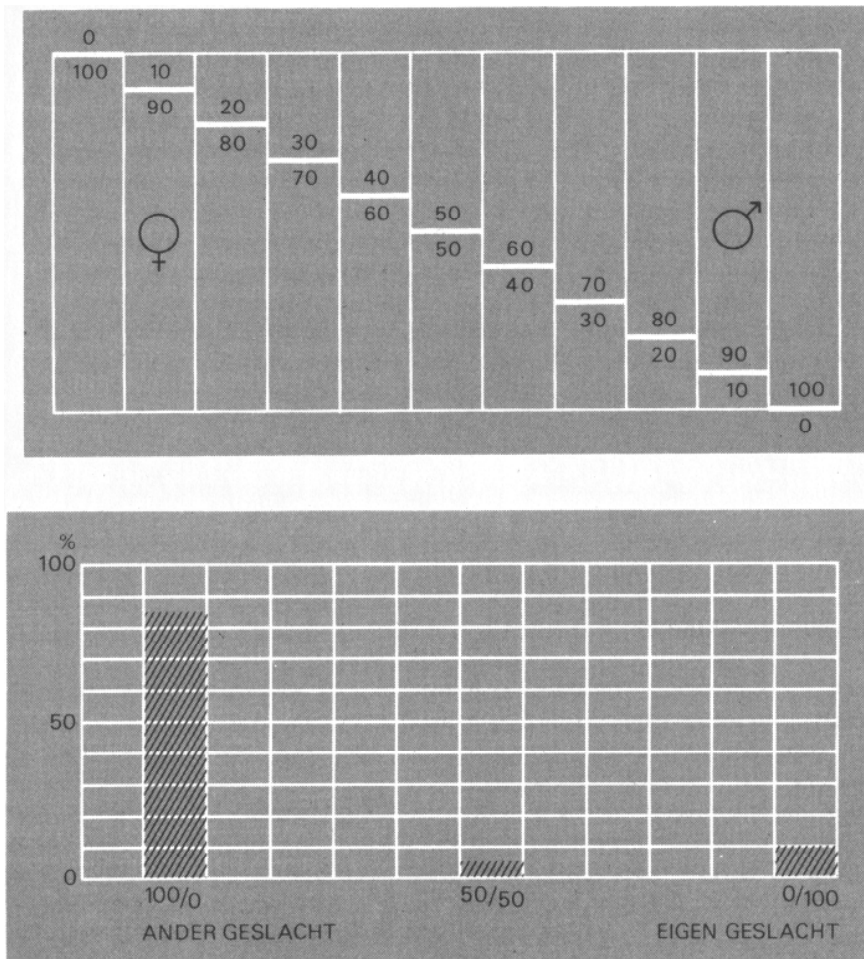
Ik neem als eerste voorbeeld de richting van onze seksuele interesse. Op basis van het nu maatschappelijk zichtbare patroon kan je als hypothese stellen, dat een populatie mensen op de vraag naar hun seksuele interesse, een patroon zal vertonen dat drie pieken bevat:

De meeste mensen zullen een heteroseksuele belangstelling aangeven, een klein deel zal een homoseksuele gerichtheid als antwoord geven, een ander klein deel zal beide gerichtheden noemen (vooropgesteld dat men eerlijk antwoordt).

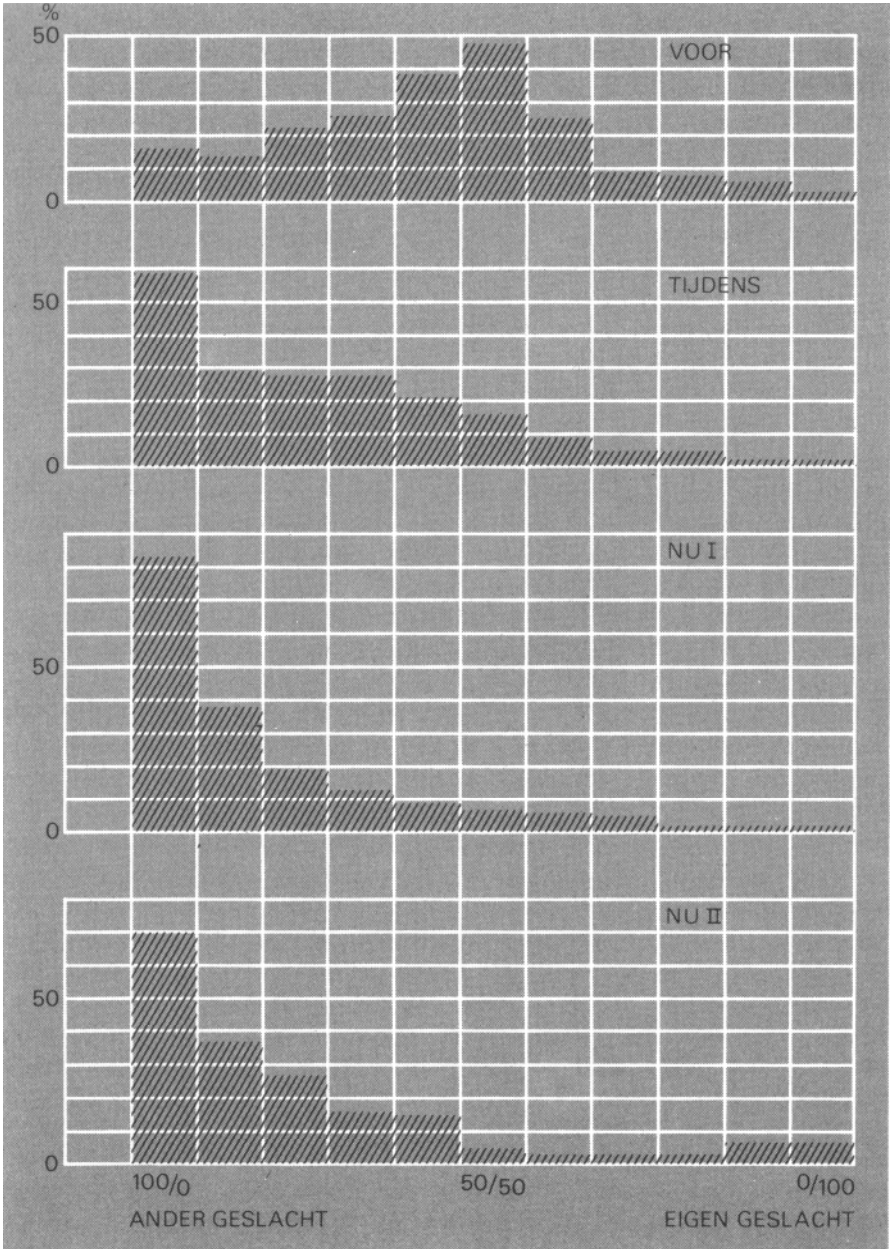
Aan studenten. heb ik deze vraag voorgelegd, waarin ik ruimte gaf voor een **genuanceerd**

\* Om nog maar te zwijgen van de verwarring tussen de spreiding voor de populatie als geheel. en de spreiding van de gemiddelde waarde zelf.

genueanceerd antwoord (fig. 3A). De genoemde hypothese staat onderaan in fig. 3B, waarin de absolute waarden van de drie fracties niet ter zake doen. Het gaat erom of wij een dergelijk duidelijk drietoppig (hetero, bi, homo) of tweetoppig (hetero, homo) beeld vinden of niet. Natuurlijk werd deze hypothese niet mee uitgedeeld.



Figuur 3 Seksuele gerichtheid: opgave (A) en hypothese over de verwachte verdeling (B).



Figuur 4 Seksuele gerichtheid: antwoorden van 193 eerstejaars (april 1978) over hun gerichtheid vóór de puberteit, tijdens, en erna (NU I) en bij herhaling een week later (NU II, 172).

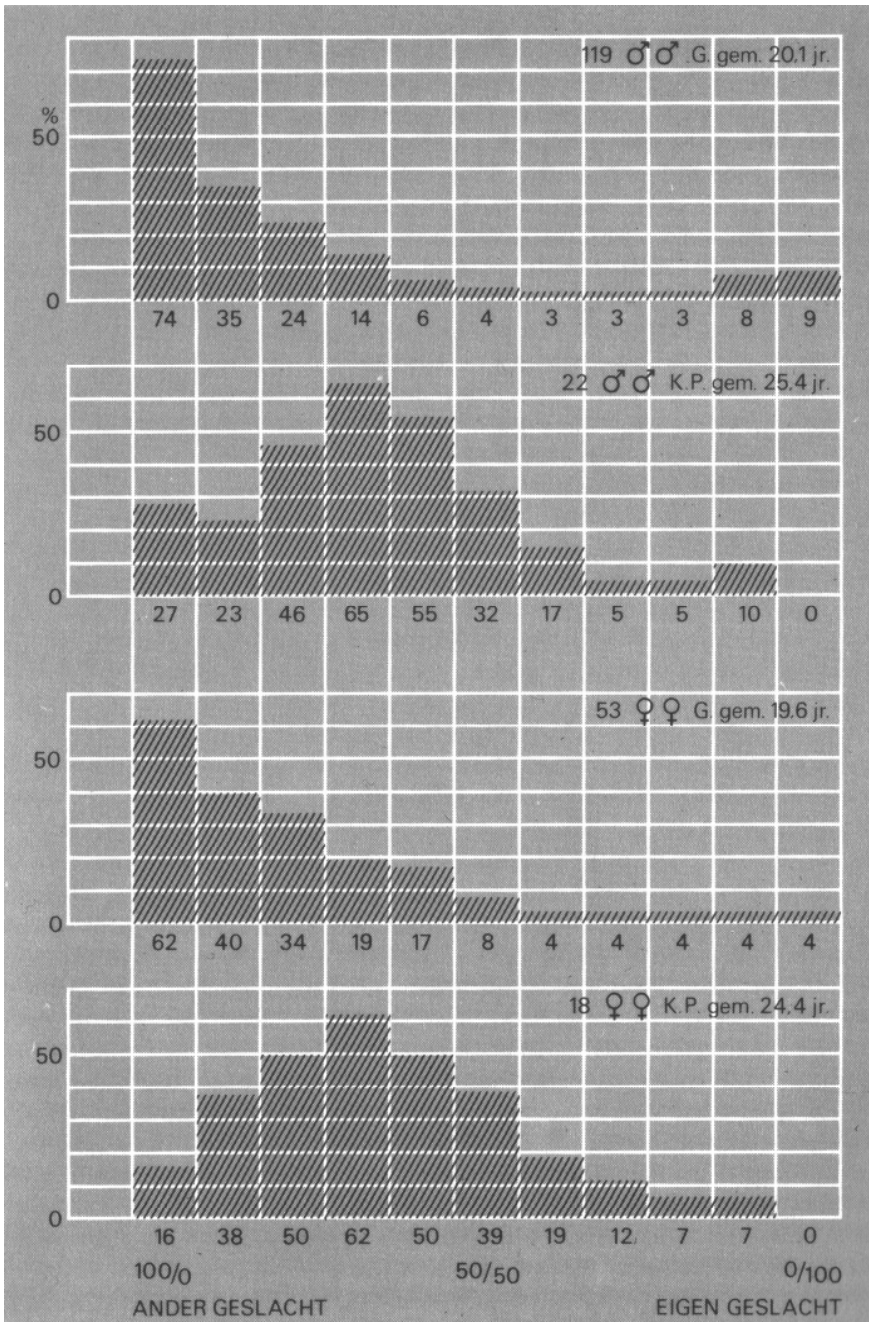
In fig. 4 staan de resultaten vermeld voor een grote groep eerstejaars studenten in de geneeskunde (april 1978). Voor deze héle deel-populatie blijkt het volgende.

- a. Het óf-óf karakter van de hypothese als afgebeeld in fig. 3*b* moet worden verworpen. Alle nuances tussen 100% hetero- en 100% homogegerichtheid komen voor.
- b. De biseksuele gerichtheid is veel sterker uitgesproken dan werd verwacht. In feite overheerst deze het beeld.
- c. Tijdens hun ontwikkeling treedt 'een verschuiving op van bi met een tendens naar hetero vóór de puberteit tot hetero en een fractie homo erna, met nog een vrij sterk bi-karakter.

Hierbij moet worden aangetekend, dat deze vraag onverwacht kwam in een zaal met 'dichte pakking'. Op het volgende college kreeg ik te horen, dat men daardoor toch een gekleurd antwoord had gegeven; dat deze vraag hen tot verder nadenken had gebracht en men nu genuanceerder zou antwoorden. Op het daarop volgende college stelde ik de vraag daarom opnieuw (fig. 4 NU II), waarin een kleine homo-piek valt te onderkennen, terwijl de hetero-piek vergeleken met (fig. 4 NU I) is ingezakt.

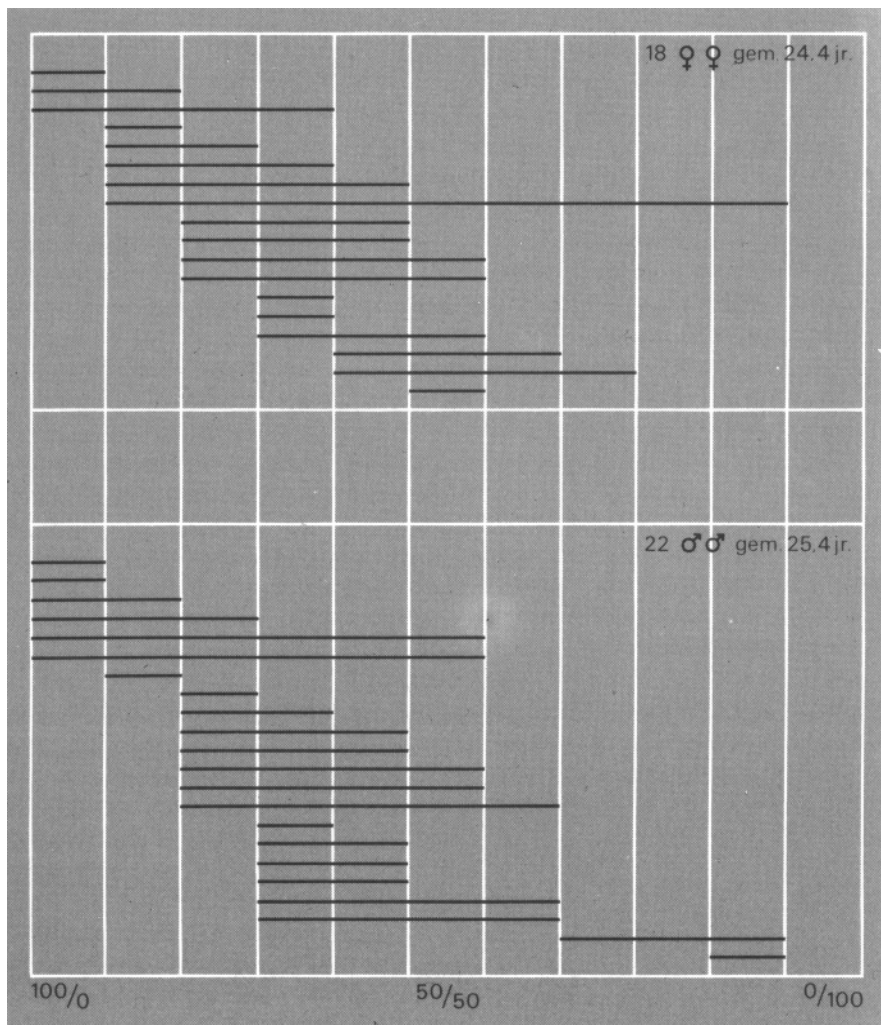
Een uitsplitsing naar de beantwoording door mannen en door vrouwen (fig. 5), laat zien dat de twee à drie toppen bij de mannen wèl enigszins zijn te herkennen; bij de vrouwen is de verdeling echter ééntoppig. Voor de wat oudere groep studenten in de klinische psychologie in 1977 treedt dit beeld duidelijker op, vergeleken met de wat jongere eerstejaars geneeskunde studenten in 1978 (beide groepen gegevens slaan op de cursus 1977/78): de curve verschuift naar het midden.





Figuur 5 Seksuele gerichtheid: antwoorden van eerstejaars geneeskunde (G) en oudere jaars Klinische Psychologie (KP) (> 4e jaar) in 1977/78.

Mijn conclusie is, dat voor de oorspronkelijke hypothese bij sommige groepen mensen wel aanwijzingen zijn te vinden, maar dat deze – als antwoord op de in fig. 3A geformuleerde vraag – in strikte zin moet worden verworpen, en wel ten gunste van een bi-seksuele hypothese (in relatie tot de aard van de vraag,



*Figuur 6 Seksuele gerichtheid: verdeling van de antwoorden van de ouderejaars van fig. 5. Elk lijntje is het antwoord van één student(e).*

fig. 3A). De in 1977 ondervraagde vrouwelijke studenten in de klinische psychologie vertoonden *als deel populatie* een zuivere bi-seksuele gerichtheid: van de verwachte meertoppigheid was bij hen geen spoor te vinden. Dit beeld is bij hen bovendien zó duidelijk, dat een verdere, numerieke, statistische analyse overbodig werk betekent (Mosteller en Tukey, 1977, p. 31). De *schijn* van wetenschappelijkheid zou natuurlijk wel worden bevorderd door het uitvoeren van zo'n dwang-handeling.

Deze uitspraken gelden niet voor elk van de individuen, die deze deelpopulatie vormen. Dit blijkt, als wij kijken naar de oorspronkelijke antwoorden, waaruit (bijvoorbeeld) de deelpopulaties 'mannelijke c.q. vrouwelijke ouderejaars studenten in de klinische psychologie in 1977' zijn opgebouwd (fig. 6).

De 'natuur'-hypothese: 'elk mens is in wezen hetero-seksueel gericht' (afhankelijk van de maatschappelijke context vaak vertaald als: 'elk mens hoort hetero-seksueel te zijn'; 'de vrouw is van nature op de man gericht, en omgekeerd') was uiteraard al te verwerpen op basis van de voor-informatie dat er homo- en bi-seksueel gerichte mensen bestaan. Hier volgt verwerping uit het 'groei-patroon', van overwegend bi naar bi met tendens naar hetero.

Er is echter nog een heel andere reden voor het verwerpen van 'natuur'-hypothesen. De gedachte, die achter het op zo'n manier hanteren van het begrip 'natuur' (en 'natuurlijk') ligt, is die van de *kwaliteit*: 'natuur' is per definitie goed, gezond, e.d.; wat er niet onder valt is dat niet. Deze gedachte ontkent het bestaan van variabiliteit en op basis van deze er achter liggende ontkenning is de uitgangshypothese *a priori* te verwerpen. De aanwezigheid van variabiliteit valt niet serieus te ontkennen. Het begrip 'in wezen' hoort dus geen rol te spelen, omdat het verificatie onmogelijk maakt. Secundair kan het insluipen via beschouwingen over gemiddelden, waarbij variabiliteit wordt ontkend. Op zo'n – volgens mij ongeoorloofde – manier is zelfs uit fig. 5 te destilleren dat vrouwen 'in wezen' op mannen zijn gericht, en omgekeerd.

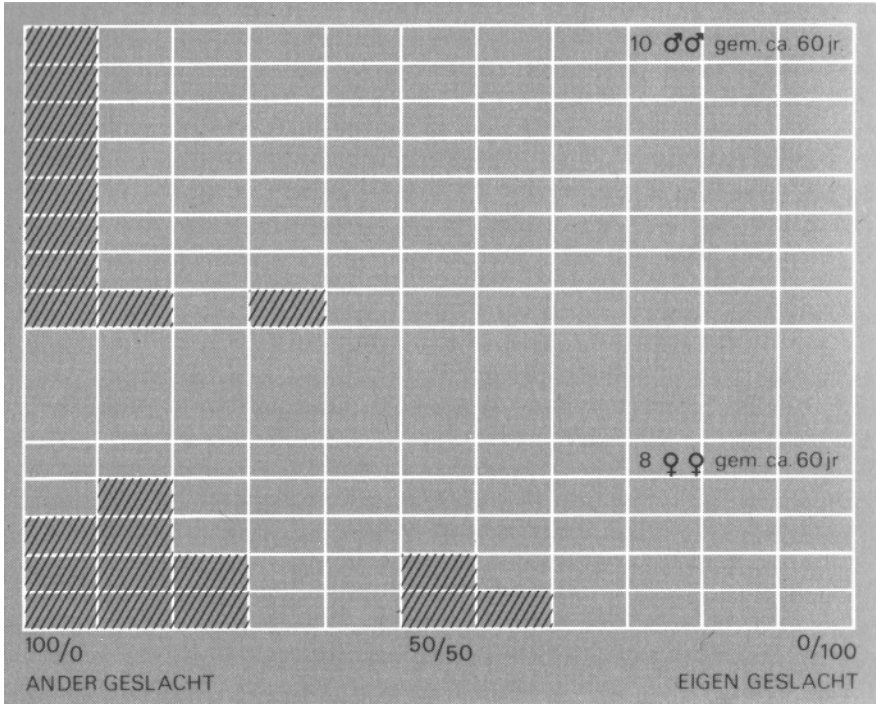
Uit dit onderzoek volgt in feite het volgende, samenhangende stelsel – niet-exclusieve – uitspraken:

'mensen zijn seksueel op mensen gericht'

'met een tendens naar hetero-seksualiteit',

waarbij het gedrag van de deel-populaties als zodanig verder in de gegeven figuren is te vinden.

Afhankelijk van de maatschappelijke situatie en van invloeden in de opvoeding en veranderingen tijdens de groei zullen dan opscherpingen kunnen optreden, die eventueel tot meertoppigheid leiden, of tot een extreme vernauwing naar de hetero-seksuele richting (fig. 7, voor 18 mensen van gem. ca. 60 jaar, waarbij ook hier de vrouwen een genuanceerder beeld laten zien).

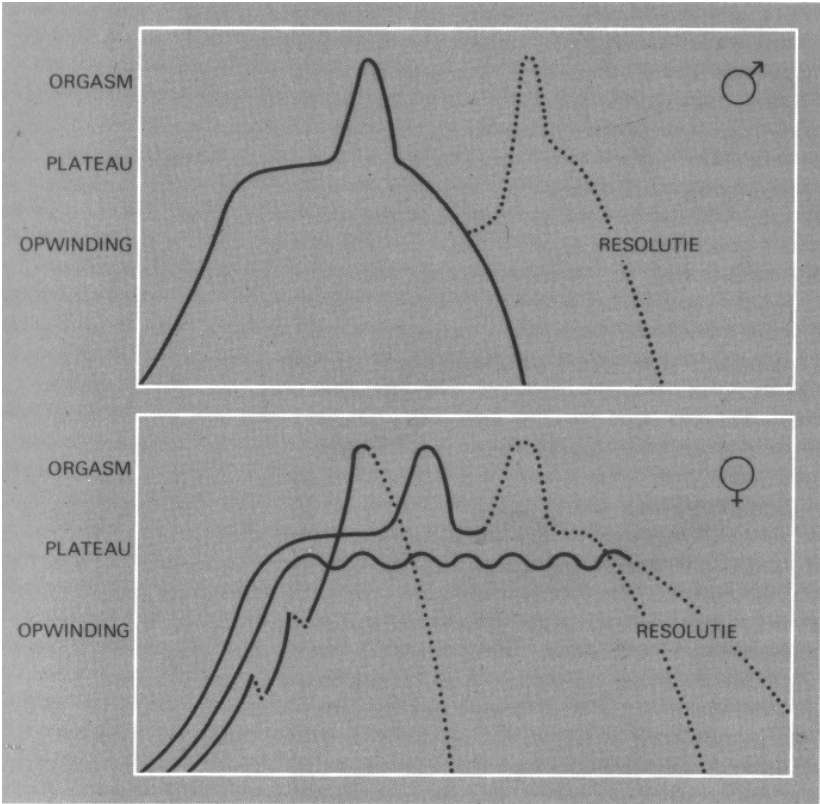


*Figuur 7 Seksuele gerichtheid: verdeling van de antwoorden van een kleine groep oudere mensen (1977). Elk blokje stelt een aangekruiste kolom voor.*

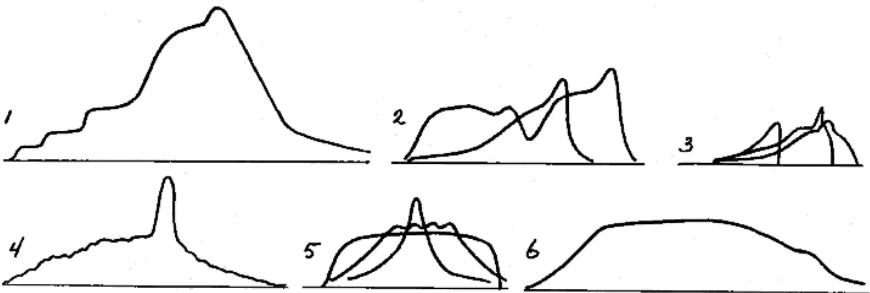
### **Seksuele responsie curve**

Omstreeks 1920 werd het verloop van de seksuele opwinding grafisch in beeld gebracht (o.a. Kehrer, 1922). In 'Het Volkomen Huwelijk' van de pionier Van de Velde uit 1926 geeft hij ook ruime aandacht aan de variabiliteit. Bij hem is het — nu — opmerkelijk, dat hij in wezen géén verschillen tussen het verloop van mannelijke en vrouwelijke curven aangeeft. Het is — achteraf gezien — jammer dat hij *a.* het bestaan van bevrediging zonder orgasme (Stopes, 1918, p. 85; De Bruijn, 1976) ontkende (l.c. p. 181, 206/207) en *b.* de gelijktijdigheid van de orgasmen van de partners predikte (l.c., p. 182), waardoor de mensen wederom in een dwangbuis konden raken. In hun boek 'Human Sexual Response' (1965) verdeelden Masters en Johnson deze curven in vier fasen: opwinding, plateau, orgasme en resolutie; plus de periode waarin geen seksuele activiteit plaatsvindt: de rust-, tussen- of inter-fase. Zij wezen op een **opmerkelijk verschil**

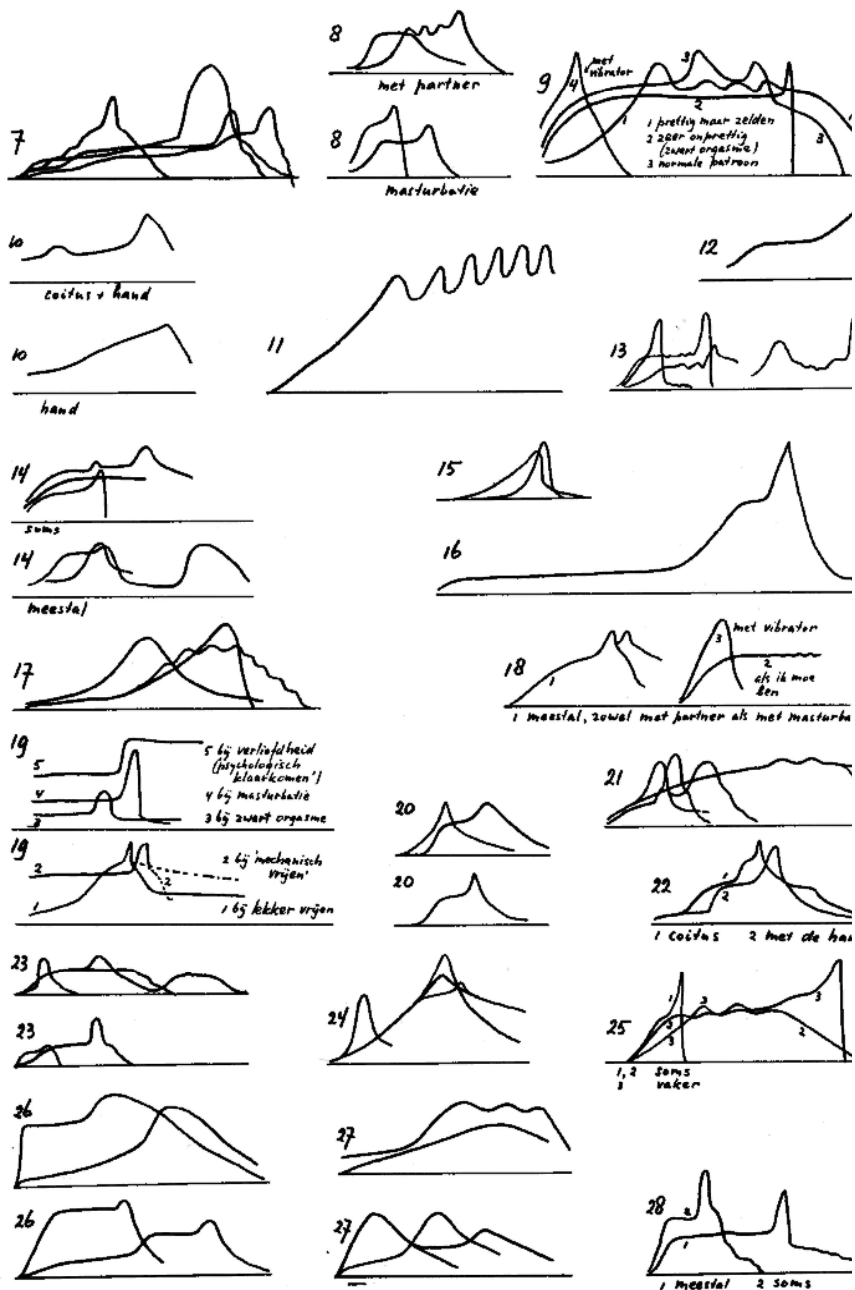
kelijk verschil in variabiliteit tussen mannen en vrouwen (1.c. p. 4; fig. 8) : het patroon 'is' star bij de mannen, flexibel en variabel bij de vrouwen.

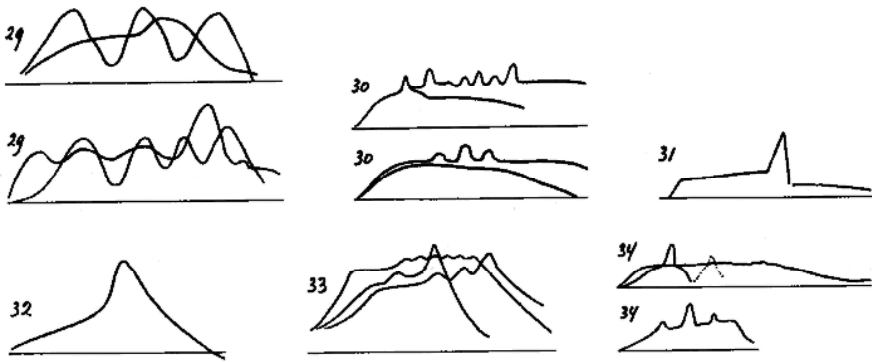


Figuur 8 Seksuele responsie curven volgens Masters en Johnson (1966).



Figuur 9 →





Figuur 9 Orgasmekrommen van een populatie volwassenen. De verdeling naar geslacht is 50/50. Overgetrokken met een viltstift. De door mannen en vrouwen getekende krommen zijn volgens een bepaald systeem genummerd. Opgave: welke krommen zijn door mannen en welke door vrouwen getekend.

Voor veel vrouwen hebben hun vondsten bevrijdend gewerkt; o.a. hun conclusie dat een 'sub-orgasmetoestand' mogelijk is; dat een vrouw wel degelijk seksueel bevredigd, kan zijn, zonder dat zij een 'typisch mannelijk' orgasme hoeft te vertonen. Ook brachten zij de mogelijkheid van het optreden van multipale orgasmen bij vrouwen duidelijk ter sprake. Daarbij vermeldden zij tevens ook, dat sommige mannen dit hebben (1.c. p. 5).

In 1977 en 1978 vroeg ik verschillende groepen mannen en vrouwen hun responsie curve(n) uit het hoofd te tekenen. Uit de verzameling schetsen is voor iedere deelpopulatie *geen essentieel verschil in gedrag* tussen vrouwen en mannen terug te vinden. In fig. 9 is één verzameling gereproduceerd. Hierin zijn de krommen die door de 17 vrouwen en door de 17 mannen zijn getekend volgens een bepaalde regel geordend. Wanneer dit systematische verschil in gedrag bestaat, moet deze regel beslist zijn te vinden. Dit is tot nu toe, voor deze en andere groepen schetsen, nog niemand gelukt (de oplossing is in dit boek te vinden, waarbij ik geen pagina vermeld). Ik sluit niet uit, dat een kwantitatieve analyse geringe verschillen zou opleveren. Gezien de grote overeenkomsten meen ik, dat een dergelijke analyse geen essentiële informatie zal geven en heb ik mij de moeite ervan dus maar bespaard (zie ook: Frenken, 1976, p. 175-193). Het door Masters en Johnson gesignaleerde verschil in variabiliteit moet m.i. gezien worden als tijd-gebonden aan de door hen onderzochte groep, waarbij maatschappelijke factoren de variabiliteit bij de mannen moet hebben onderdrukt.

Uit veel curven blijkt ook per *individu* een grote variabiliteit aanwezig te zijn, *al is dit niet*

al is dit niet bij iedereen duidelijk. Deze variabiliteit is niet geslachtsgebonden. Ik moet dan ook veronderstellen dat deze variabiliteit, als ze niet aanwezig is, tijdens de ontwikkeling is onderdrukt. Bij sommigen echter niet – of wéér niet. De kennis dat deze variabiliteit bij mensen van beide geslachten aanwezig kan zijn, moet van belang zijn voor de behandeling van mensen met seksuele problemen. Een oefening als hier gegeven (fig. 3A) kan daarbij behulpzaam zijn.

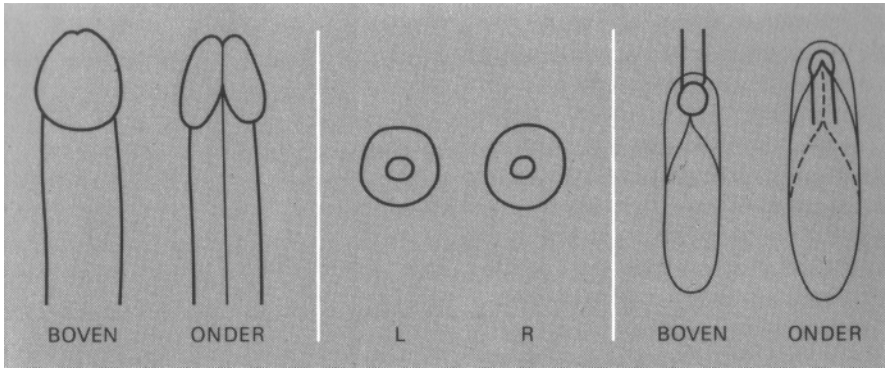
### **De primaire erogene zones**

Hiermee bedoelen wij die huidgebieden, waarvan prikkeling tot orgasme voert, c.q. aanleiding geeft tot de meest intense subjectieve sensaties. Van de Velde geeft aan, dat dit gebied zowel bij mannen als bij vrouwen aan de onderkant van de clitoris/penis ligt en wel daar waar zich het frenulum (teugeltje) bevindt (l.c. p. 53, 118/119). Masters en Johnson melden dat bij de vrouw de schacht van de clitoris (in het bijzonder de zijkant) en het direct erom liggende deel van de venusheuvel een dergelijke functie vertoont (l.c. p. 63, 64). Terloops vermelden zij, dat orgasme ook door stimulatie elders op kan treden (l.c., p. 54, 134), iets waar overheen kan worden gelezen. Voor de man geven zij geen details: de meesten stimuleerden de hele penis (schacht), een enkele het ventrale gebied.

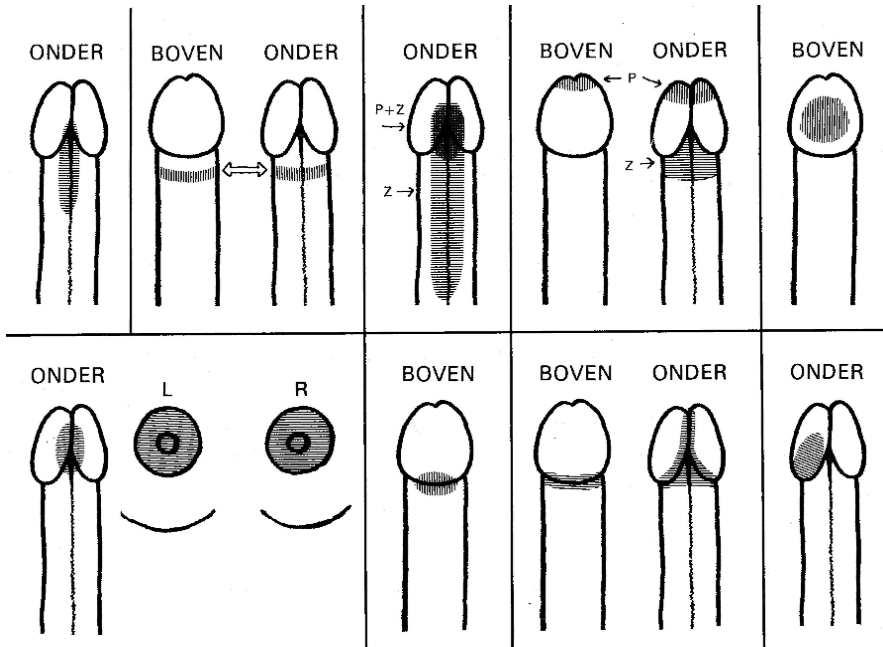
Omdat het in seksuele relaties van praktisch belang is te weten waar dit gebied ligt, heb ik lang de gegevens van Van de Velde op college verteld. Mijn twijfels hierover namen echter toe, maar gegevens over de variabiliteit kon ik niet in de literatuur vinden. Uit het elk jaar gehouden vóór-onderzoek wist ik, dat vrij veel van de eerste jaars-studenten in de geneeskunde het orgasme uit eigen ervaring kennen (♀♀ tussen 25 en 50%; ♂♂ ca. 80%). In 1975 besloot ik toen hen die dit kenden en die gewend waren met zichzelf te vrijen, te vragen dit gebied – anoniem – in kaart te brengen en in te leveren. Hiervoor deelde ik stencils uit met schetsen van de uitwendige geslachtsorganen (fig. 10). De hen gegeven reden voor dit onderzoek staat hierboven, waar ik tevens bij vertelde, dat dit onderzoek van belang was om een eventuele variabiliteit te kunnen vertellen, zodat mensen met andere zones dan tot nu toe verteld, zich niet als uitzonderingen zouden gaan zien.

Daarnaast telde voor mij mee, dat ca. 10% schuldgevoelens had (voor-onderzoek). Deze opdracht hielp hen – naar ik hoop – bij de verwerking hiervan. Voorts was het mijn bedoeling hen te stimuleren bij het proces van jezelf -leren-kennen (vandaar de naam: ontdek-je-plekje-practicum). In de jaren '76, '77 en '78 werd dit herhaald. De resultaten werden uitgeknipt, op grote vellen geplakt en op college opgehangen (fig. 11).

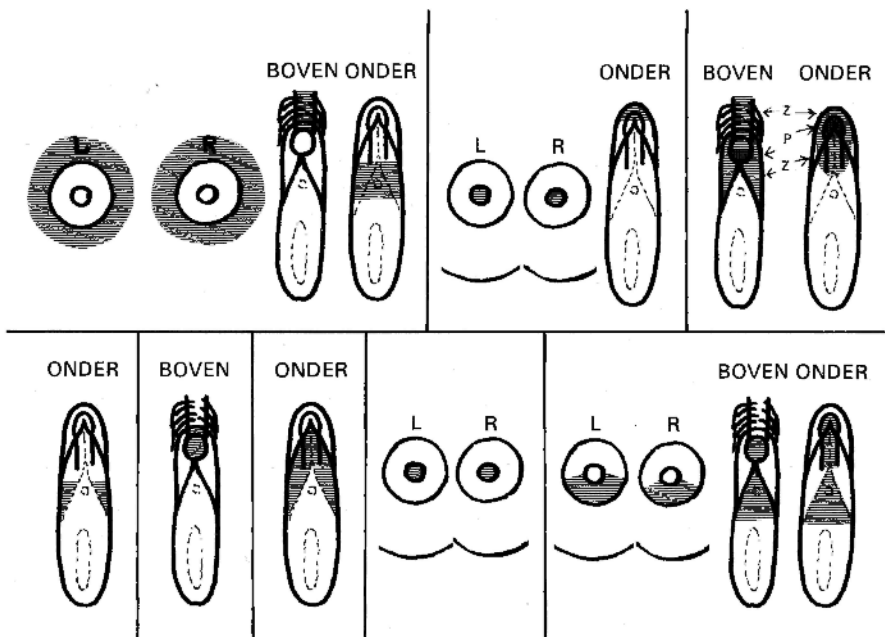




*Figuur 10* Formulier dat werd uitgereikt om de eigen primaire erogene gebieden op in te tekenen (tegenwoordig wordt een uitgebreider formulier uitgereikt).



*Figuur 11* →



*Figuur 11 Primaire erogene zones: een keuze uit ingeleverde tekeningen van eerstejaars studenten. De keuze (8 vrouwen, 9 mannen) is representatief voor variabiliteit, niet voor frequentie. Zelfstimulatie (niet aangegeven) en enkelen waarbij naast zelfstimulatie (z) ook stimulatie door de partner (p) werd aangegeven.*

De inlever-respons was steeds gering, waarbij opviel dat door alle jaren heen het percentage vrouwen dat inleverde steeds groter was dan het percentage mannen. Op bij na-onderzoek gevraagde redenen voor het niet inleveren varieerden de (anonieme) antwoorden van: 'Ik ben er nog niet aan toe', via 'Ik was er te sloom voor, sorry', tot 'Dit is iets van mijzelf, waar u als docent niets mee hebt te maken'.

Uit de ingeleverde resultaten (fig. 11) blijkt:

- dat de variabiliteit van de (subjectief vastgestelde) ligging van de primaire erogene zone erg groot is,
- dat vrouwen vaak meerdere gebieden aangeven,
- dat in sommige gevallen van een duidelijke asymmetrie sprake is, terwijl twee bijzonder belangwekkende typen karteringen werden ingeleverd:
  - Een enkeling gaf óók de gebieden aan, die bij stimulatie door de partner als meest plezierig en voor het bereiken van orgasme nodig werden ervaren.

Hier blijkt wel van overlap sprake te zijn, maar deze gebieden werden duidelijk als verschillend aangegeven. II

II Een man schreef dat hij besneden was en dat dit héle litteken-gebied als primaire erogene zone fungeerde (fig. 11, open pijl).

Uit het onder I vermelde blijkt, dat de ligging van een primair eroge gebied mee van de situatie afhangt, terwijl waarneming II duidelijk maakt dat deze zone zich na een ingreep over het hele gebied van het litteken heeft uitgebreid.

Naast de variabiliteit tussen individuen is dus een tweede type variabiliteit aanwezig, dat per individu situatie-afhankelijk is (van de relationele situatie: alléén of met een partner; en/of van vroegere gebeurtenissen). Dit betekent, dat wij niet meer uit mogen gaan van de gedachte dat zo'n huidgebied eens en voor altijd eenduidig vast ligt (de 'natuur'-hypothese), maar dat ook hier variabiliteit en flexibiliteit van groot belang zijn. De mededeling van Bonaparte (1948), geciteerd door Masters en Johnson (l.c. p. 64), dat na chirurgisch noodzakelijke clitoridectomie masturbatie van dit gebied tot orgasme voerde, moet dan ook mede in dit licht worden gezien. Deze resultaten zijn van belang voor allen die door ziekte of anderszins van deze gebieden, of van de zenuwvoorziening ervan, zijn of worden beroofd. Deze kennis kan hen mede helpen bij de verwerking van hun situatie. Het is daarbij ook van groot belang, dat ik van twee verschillende kanten hoorde, dat volledige verplaatsing van de primaire erogene zone op kan treden na een volledige dwarslaesie van het rug-merg (bij wie vanaf een bepaalde ringvormige plaats op het lichaam het hele onderliggende gebied van alle gevoelens is beroofd). Eén patiënte, een vrouw met een hoge laesie, kreeg een primaire erogene zone terug achter op een schouder. Bij een andere patiënt, een man met een lagere laesie, kwam zo'n gebied ook terug, een deel van de nog gevoelige buikhuid. Dit type waarnemingen ben ik in de literatuur niet tegengekomen. Hoewel de informatie dus tweedehands is – en voor mij niet verifieerbaar – vermeld ik dit hier, vanwege het grote belang ervan voor de seksualiteit van invalide mensen. Ook hoop ik, dat dit nader onderzoek zal bevorderen.

## Conclusie

Variabiliteit speelt bij nader onderzoek een grotere rol dan men op het eerste gezicht zou denken. Voor elk van de hier weergegeven aspecten van seksueel gedrag blijkt dit het geval te zijn. Door de aanwezigheid van inter-individuele variabiliteit, kan zelfs bij ernstige veranderingen van een duidelijke mogelijkheid tot aanpassing sprake zijn: *flexibiliteit*. Een adequate, realistische benadering en advisering van mensen met problemen en van ernstig gehandicapten wordt daardoor mogelijk, wat voor de herintegratie van groot belang kan zijn.

## Noot van de redacteur

Op mijn verzoek hebben twee mensen hun ervaringen met het ontstaan van nieuwe erogene zones na een dwarslaesie opgeschreven. Met hun toestemming geven we die ervaringen hier weer:

*Man, 25 jaar:*

Ik ben vanaf mijn 1½ jaar gehandicapt. Ik heb toen polio gehad, hetgeen mij sindsdien in een rolstoel deed belanden. Dit heeft mij echter niet belet aan het normale leven deel te nemen, inclusief het seksuele leven. Op mijn 15e heb ik er een dwarslaesie bij gekregen door een fout bij een rugoperatie. Hierbij ben ik het gevoel beneden mijn tepels, alsmede de normale blaasfunctie kwijtgeraakt. Mijn armfunctie bleef gelijk en beenfunctie had ik al niet (vanwege de polio). Mijn seksleven is hier-door uiteraard nogal veranderd. Vóór mijn laesie was de seks vooral gericht op de gebruikelijke erogene zones, m.n. de penis (masturbatie, graag bloot slapen), ofschoon men niet mag spreken van een intensief seksleven (zo heb ik het althans niet ervaren). Na de operatie heb ik dit alles als een groot gemis ervaren (ik bedoel zaken als masturbatie e.d.). Echter strelen van de binnenkant van m'n armen en m.n. mijn gezicht (ook likken) kan mij nu zeer opwinden. Ook het idee dat iemand mijn penis streelt en zuigt en daar opgewonden van wordt, windt mij ook weer op. Afsluitend wil ik nog zeggen dat de extra handicap mij niet minder doet genieten van seks.

*Vrouw, 26 jaar:*

Op 14-jarige leeftijd een laesie opgelopen bij een auto-ongeluk, de breuk zit op de plaats van de 6e en 7e halswervel, concreet: volledige verlamming van het onderlichaam en gedeeltelijke uitval van arm-(strekspier verlamd) en handfunctie (bijna totaal afwezig).

Wat mijn gevoel betreft, er is een gevoel blijven bestaan dat ik een volledig lijf heb. Ter verduidelijking: ik hou niet op waar mijn lichaam aanraking niet meer signaleert; zelfs een inmiddels (zonder verdoving) afgezette teen is in mijn lichaamsbewustzijn nog steeds aanwezig. Ook buikpijn (bijv. bij blaasonsteking of menstruatie) en misselijkheid blijven als gevoel bestaan. Dit als kleine situatieschets over de veranderingen die o.a. plaats hebben gehad na het ongeluk.

Mijn gevoelsgrens wat betreft het waarnemen van directe aanraking (huid-aan-huid-contact) ligt vrij diffuus, op mijn lijf verreweg gezegd dicht onder mijn oksels, ook op mijn armen en handen bestaat een niet duidelijk te onderscheiden scheidslijn tussen voelbaar en niet voelbaar. De buitenkant (kant van de triceps) en bij de onderarm de kant die naar de pinkmuis loopt vanaf de elleboog geven bij aanraking alleen een gevoel alsof je een 'slapend' (zoals ik me dat van vroeger herinner) lichaamsdeel aanraakt. De rechterkant van de hand is totaal ongevoelig — scheiding tussen wijs- en middelvinger — en de linker kant, vooral de duimmuis overgevoelig. Ook de totale 'binnenkant' van de arm is erg gevoelig.

Veel vergelijkingsmateriaal met de tijd voor het ongeluk heb ik niet. In die tijd experimenteerde ik met 1 of 2 vingers in mijn vagina en heb nooit ontdekt dat ik een clitoris had, ook plezierige gevoelens tijdens fietsen of iets dergelijks heb ik nooit ervaren, laat staan een orgasme. Op dit moment zijn als erogene zones voor mij het meest belangrijk mijn schouders, nek en achterhoofd, vooral het kuiltje, en soms meen ik vooral sensaties van plezier in mijn onderbuik te krijgen wanneer de plaats van de breuk gestimuleerd wordt.

Er ontstaat bij een goede stimulatie (stevig mag best) een gevoel van 'me open willen stellen' mits ik me eraan over kan geven en de behoefte me bloot te geven d.w.z. het op mijn buik liggen (zo gebeurt dat meestal) te verwisselen voor op mijn rug. Ik ervaar een gevoel van opgewondenheid en de wens om te neuken en/of clitoraal gestimuleerd te worden. Een directe sensatie is daarbij niet aanwezig maar mijn lichaam reageert met warm worden, en schokkende bewegingen die ik als prettig en opwindend ervaar. Ik heb het gevoel dat ik dan op een gegeven moment heel dicht tegen een orgasme aanzit (vergelijkingen met ervaring van vriendinnen) maar er niet kom. Zelf denk ik als oorzaak aan remmingen i.v.m. onvolwaardig partner zijn als gehandicapt, mezelf niet kunnen laten gaan en mede daardoor teveel bij het genot bezorgen van de ander betrokken zijn.

Andere plaatsen waar stimulatie me plezier bezorgd in de vorm van opwindend en fijne gevoelens in mijn onderbuik zijn tepels (voorzichtig) en de plaats waar mijn ribbekast opzij houdt (stevig). Stimulatie van een punt in de buurt van mijn staartbeen is ook opwindend en plezierig.

Verdere erogene zones zijn ongeveer in volgorde van belangrijkheid: mond, lippen, tong (bijten, zoenen, spelen, likken), oren (blazen, zachtjes en likken), oogleden en rest van het gezicht en de hals (zacht strelen) ook zacht strelen van de binnenkant van de armen en als het heel voorzichtig gaat de duimmuis. Dit laatste is vooral belangrijk bij het voorspel en het ontspannen genieten van elkaar, maar is minder opwindend in de zin van oporgasme gericht vrijen.

Nog even over een uitprobeersituatie voor gehandicapten. Ik heb deze week met mijn zusje (zeer goede relatie) geëxperimenteerd; zij stimuleerde mijn clitoris en ik probeerde me op mezelf en mijn gevoel en reacties (fysiek) te concentreren, maar dat bleek althans deze eerste keer niet eenvoudig.

Uit deze twee verhalen blijkt dat mensen met een ernstige invaliditeit die ook hun geslachtsorganen treft, wel degelijk bevredigende seksuele ervaringen kunnen (leren) beleven (mits hun omgeving voldoende tolerant is). Het belang hiervan voor deze mensen maakt nader onderzoek nodig.

## Literatuur

- Bancroft, J., The relationship between hormones and sexual behaviour in humans. In: J.B. Hutchison (Ed.), *Biological determinants of sexual behaviour*. New York: Wiley, 1978, hfdst. 15.
- Bruijn, G.M. de, *Over opwindend en bevredigend bij vrouwen*. Zeist-Amersfoort: NISSO Cahiers, 1975.
- Frenken, J., *Afkeer van seksualiteit*. Deventer. Van Loghum Slaterus, 1976.
- Masters, W.H. en V.E. Johnson, *Human sexual response*. London: Churchill Ltd., 1966.
- Mosteller, F. en J.W. Tukey, *Data analysis and regression*. Reading, Mass.: Addison-Wesley, 1977.
- Stopes, M.C., *Married love*. London: C.P. Putnam's Sons Ltd., 1918.
- Velde, Th.H. van de, *Het volkomen huwelijk; een studie omtrent zijn psychologie en zijn techniek*. Leiden: Leidsche Uitgevers Maatschappij, 1926.

Dr. A.A. Verveen  
2300 RC Leiden, Laboratorium voor Fysiologie, Wassenaarseweg 62, 071-148333 toestel 3693/3615

In 1957 afgestudeerd als arts. Enige jaren klinisch gewerkt in psychiatrische afdelingen en in een sociaal-psychiatrische dienst. Verricht wetenschappelijk onderzoek naar de rol en de aard van toevalsprocessen in ons lichaam (in het bijzonder in ons zenuwstelsel).

Geeft vanaf 1965 colleges in de algemene fysiologie aan studenten in de geneeskunde. Hierin wordt veel aandacht gegeven aan de beschrijving van relaties binnen complexe systemen en de bijbehorende ziekten (systeem-fysiologie en -pathofysiologie). Geeft hen colleges over de seksuele gedragingen van mensen, eveneens vanaf 1965. Tracht in al deze colleges (voor ca. 180 mensen per keer) het onderwijs interactief te geven, uitgaande van de belevingswereld van de studenten zelf.

Hier volgt de oplossing van de opgave die hoort bij figuur 9 in de bijdrage van Prof. Verveen in dit handboek.

449

In fig. 9 zijn de 33 responsie-curven aldus in volgorde geordend: eerst twee manencurven, dan één vrouwencurve, vervolgens één manencurve en tot slot twee vrouwencurven. Dit patroon (2-1-1-2) wordt steeds herhaald (behoudens nr. 34).

450

**© Copyright:**

Van Lochum Slaterus

en A.A. Verveen, Poelwaai 3, NL 2162 HA Lisse.

Zie:

<http://www.verveen.eu/Page002PublicDomain.htm>

**Creative Commons Licence:**

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/deed.en>

Men mag de inhoud van dit artikel gebruiken mits er adequaat naar wordt verwezen (zie de eerste bladzij) en dat het in de bijbehorende lijst van publicaties wordt opgenomen, dit alles naar goed wetenschappelijk gebruik.

Bij het publiceren van een foto of grafiek moet de auteur ervan in het onderschrift worden vermeld

This paper may be used, but it is, of course, understood that any use of the work mentioned in this paper will be adequately referred to (see the first page), as well as mentioned in the list of references accompanying such a publication, on paper or for a different medium, according to good scientific and public usage.

The author of a picture or graph should be mentioned in the caption too.