

SEKSUALITEITSBELEVING BIJ VROUWEN MET EEN LICHAMELIJKE HANDICAP⁰

Ilse Jans¹ en Alfons Vansteenwegen²

Het doel van deze studie was een aantal hypothesen omtrent de seksualiteitsbeleving van vrouwen met een lichamelijke handicap op een wetenschappelijk gefundeerde wijze te toetsen. 82 vrouwen met en 85 vrouwen zonder een lichamelijke handicap hebben een uitgebreide vragenlijst ingevuld, die naast een sectie Algemene Gegevens meetschalen bevatte voor Seksuele Aanvaarding, Psychoseksuele Stimuleerbaarheid, Seksuele Motivatie en Algemene Seksuele Voldoening. Er werd ook kort gepeild naar seksuele kennis en ervaring. Bovendien werd voor elk van deze variabelen nagegaan of de beginleeftijd van de handicap een betekenisvolle rol speelt. Er werd vastgesteld dat vrouwen met een handicap een meer afwijzende attitude hebben ten aanzien van seksualiteit, alsook minder seksuele kennis en seksuele ervaring (vooral dan met geslachtsgemeenschap) en dat zij minder tevreden zijn omtrent hun seksualiteitsbeleving dan niet-gehandicapte vrouwen. Beide groepen vrouwen verschillen echter niet van elkaar met betrekking tot seksueel verlangen en fantaseren, en zij hebben ook een even grote seksuele motivatie (dit laatste geldt alleszins voor die vrouwen die in een seksuele relatie leven).

Mensen met een lichamelijke handicap zijn mensen die op grond van een lichamelijk functietekort, belemmeringen ondervinden in hun psychisch en sociaal functioneren (Dechesne, 1979). Het lichamelijk gebrek hindert hen in het bereiken van menselijke doeleinden, zoals onder meer seksuele expressie en ontplooiing. Seksualiteit is een leerproces dat bestaat uit verschillende interagerende componenten. De lichamelijke component omvat de genitale functie, motoriek en sensibiliteit (Siösteen, Lundqvist, Blomstrand, Sullivan & Sullivan, 1990); de psychologische omvat seksuele interesse en tevredenheid, zelfrespect en gevoelens van aantrekkelijkheid als partner; de sociale karakteriseert de aard van de relatie en de gedragscomponent omvat het repertorium van seksuele expressies dat het paar gebruikt (Kreuter, Sullivan & Siösteen, 1994).

Elk mens is een seksueel wezen en dat is even waar voor de mens met een handicap als voor de niet-gehandicapte. Toch blijkt uit een onderzoek van Anderson en Cole (1975) dat 95% van de niet-gehandicapte populatie seksueel actief is, tegenover slechts 50% van de populatie met een handicap. Ook Nosek et al. (1996) vonden, ruim 20 jaar later, dat niet-gehandicapte vrouwen significant

hoger scoorden op seksuele activiteit, seksuele voldoening en seksueel reageren dan gehandicapte vrouwen. Beide groepen vrouwen verschilden echter niet van elkaar wat betreft seksueel verlangen. De Haan en Wallander (1988) merkten dat vrouwen met een aangeboren of vroeg verworven handicap het laagst scoorden met betrekking tot seksuele activiteit en de tevredenheid daaromtrent, gevolgd door de laat-gehandicapte groep en tenslotte door de niet-gehandicapte groep.

Vroegere studies omtrent handicap en seksualiteit (Berkman, Weismann & Frielich, 1978; Helsinga, 1972) beperkten zich vaak tot fysiologische aspecten van het seksueel functioneren; meestal betrof het enkel mannen met een verworven letsel aan het ruggenmerg. Recentelijk kregen vrouwelijke subjecten meer aandacht en werden ook psychologische aspecten van seksualiteit onder de loep genomen (De Haan & Wallander, 1988; Rieve, 1989). Nog niet zo lang geleden is de onderzoeksweld tot het inzicht gekomen dat de seksualiteit van de vrouw meer is dan alleen vruchtbaarheid en zwangerschap. Net als de man heeft ook de vrouw, of zij nu een lichamelijke handicap heeft of niet, behoefte aan een seksuele expressie die haar voldoening schenkt.

¹ Ilse Jans, psycholoog, Den Abt 20, B-2340 Beerse.

² Prof. dr. A. Vansteenwegen, psycholoog.

⁰ Dit artikel is gebaseerd op een onderzoek door de eerste auteur uitgevoerd (Jans, 1998) in het kader van de opleiding Klinische Psychologie aan de K.U. Leuven onder begeleiding van de tweede auteur.

Geaccepteerd voor publicatie 2 december 1998.

Heel wat veronderstellingen omtrent de seksualiteitsbeleving van vrouwen met een lichamelijke handicap worden intuïtief voor waar aangenomen. Het doel van deze studie was om deze assumpties, die leven bij hulpverleners, leken en gehandicapte vrouwen zelf, op een wetenschappelijk gefundeerde wijze te toetsen aan de werkelijkheid.

Hypothesen

De basisveronderstelling vanwaaruit we vertrekken, is dat er significante verschillen zijn in seksualiteitsbeleving tussen vrouwen met en vrouwen zonder een lichamelijke handicap: verwacht wordt dat vrouwen met een handicap hun seksualiteit in het algemeen als minder positief beleven dan niet-gehandicapte vrouwen. Een aangeboren afwijking, ziekte of trauma brengt immers heel wat belemmeringen met zich mee op gebied van seksualiteit (zie het WHO-classificatieschema in van Son-Schoones, 1993). De problemen kunnen zich voordoen op orgaanniveau: seksuele stoornissen treden dan op wanneer de sensibiliteit in geslachtsdelen en elders in het lichaam gestoord is, bij gestoorde motoriek, bij verminderde fysiologische arousal. Daarnaast kunnen bijvoorbeeld urine- en darm-incontinentie (Heslinga, 1972; Levie & van der Laan, 1983; Rieve, 1989; Schellen, 1981; Stewart, 1979/1981) een ernstige verstoring betekenen van het seksuele samenzijn. Wanneer men niet in staat is bepaalde activiteiten of vaardigheden uit te voeren, dan spreken we van gevolgen van het lichamenlijk gebrek op persoonlijk niveau. Ook seksuele beperkingen kunnen op dit niveau ontstaan, onder meer door afname van de subjectief beleefde seksuele opwinding, door het wegvallen van een aantal mogelijkheden tot seksuele stimulatie, en doordat het lichamenlijk contact met de partner bemoeilijkt wordt door stoornissen in motoriek en/of sensibiliteit. Tenslotte kunnen er gevolgen zijn op maatschappelijk niveau. Men gaat zich dan gehandicapt voelen; men heeft het gevoel niet aan een aantal normen te kunnen voldoen die door de buitenwereld en ook door zichzelf als belangrijk worden gezien. Ook op gebied van seksualiteit gelden dergelijke normen, zoals: seksualiteit is gericht op coïtus en orgasme; seks gebeurt binnen een vaste en heteroseksuele relatie; je moet een mooi-aantrekkelijk lichaam hebben; je moet sociaal vaardig zijn en relaties kunnen aangaan. Bovendien wordt de persoon met een handicap door de samenleving nog te veel als asexueel beschouwd (Pons, 1981; Rousso, 1991). Tenslotte wijzen we op de

enorme sociale kloof (Robinault, 1978) die mee in stand wordt gehouden door beperkte contactmogelijkheden met leeftijdgenoten, of bijvoorbeeld door een bemoeilijkte verbale communicatie.

Verder denken we dat de beginleeftijd (leeftijd waarop de handicap aanving) hierin mee een rol speelt: hoe vroeger zich deze beginleeftijd situeert, des te negatiever is de seksualiteitsbeleving. Nosek et al. (1996) menen dat de seksuele ontwikkeling bij mensen met een aangeboren handicap substantieel verschillend is van de seksuele ontwikkeling bij mensen die gehandicapt raakten op volwassen leeftijd. Inadequate sociale vaardigheden, sociale isolatie, de moeilijkheid om partners te vinden, gebrek aan seksuele kennis en aan andere gedragingen die betrekking hebben op het vormen van intieme relaties die mogelijk tot seksuele activiteit leiden, zijn waarschijnlijk het meest opvallend aanwezig bij volwassenen bij wie de handicap begon vanaf de geboorte of tijdens de kindertijd. Vaak draagt de houding van de opvoeders bij tot deze gebrekkige seksuele ontwikkeling. Volgens Louis-Morin (1990) wordt het lichamenlijk gehandicapte kind vaak op een asexuele wijze opgevoed. Alles verloopt in het teken van het gebrek; het kind als persoon, als jongen of meisje, telt niet. Wanneer seksuele gevoelens de kop opsteken, worden opvoeders ongerust; vaak handelen ze dan vanuit de gedachte 'maak slapende honden niet wakker'. Waarom het kind binnenleiden in een wereld die voor hem of haar toch alleen maar teleurstellingen zal opleveren? Dikwijls zien we ook overbescherming optreden: de opvoeder is niet in staat het kind te laten opgroeien tot een zelfstandig persoon met een eigen (seksuele) identiteit (Thompson, 1990). Het kind met een handicap blijft het verlengstuk van de ouders; Greengross (1976/1978) spreekt hier van 'infantilisering'.

Deze basishypothese wordt opgesplitst in een aantal concrete voorspellingen. Ten eerste voorspellen we dat vrouwen met een handicap meer afwijzende attitudes hebben ten aanzien van seksualiteit dan vrouwen zonder handicap. Vooral vrouwen met een aangeboren of op kinderleeftijd verworven handicap hebben een strengere attitude dan vrouwen die hun handicap tijdens puberteit/adolescentie of op volwassen leeftijd verworven hebben. Ook hierin zou de opvoeding een niet te onderschatten rol kunnen spelen. De overbeschermende ouder heeft niet alleen controle over de activiteiten van het kind, maar ook over diens ideeën en gevoelens (Stewart, 1979/1981). Bij het kind dat

in een lichamenlijk en/of geestelijke afhankelijkheid verkeert, is de impact van al wat de ouders gebieden en verbieden enorm. Wanneer bijvoorbeeld seksuele nieuwsgierigheid en spelletjes worden genegeerd, bestraft of afgedaan als "vies" dan zal het kind deze reacties introjecteren en zelf een negatieve attitude ontwikkelen tegenover seksualiteit. En doordat de jongere vaak relatief weinig in contact komt met leeftijdgenoten, heeft hij of zij ook niet de gelegenheid om de 'oude(rlijke)' ideeën te toetsen aan nieuwe, alternatieve opvattingen.

Vervolgens nemen we aan dat vrouwen met een handicap minder seksuele kennis en ook minder seksuele ervaringen hebben opgedaan dan niet-gehandicapte vrouwen. Ook hier weer zouden de vroeger gehandicapte vrouwen minder seksuele kennis hebben dan de later gehandicapte groepen (puberteit/adolescentie en volwassenheid). Voor seksuele ervaringen wordt verwacht dat die het meest beperkt zijn voor de vroeg gehandicapte groep, iets minder beperkt voor de puberteit/adolescentie-groep en het minst beperkt voor de laat gehandicapte groep. De Haan en Wallander (1988) vonden een significant lagere frequentie in seksuele activiteit bij vrouwen met een aangeboren of vroeg verworven handicap. Wat betreft seksuele kennis vonden zij echter geen verschil met de laat gehandicapte groep.

We doen geen concrete voorspellingen omtrent seksueel verlangen en seksueel fantaseren bij beide groepen vrouwen. We beperken ons tot een exploratie van dit aspect van de seksualiteitsbeleving. Nosek et al. (1996) vonden geen verschil tussen gehandicapte en niet-gehandicapte vrouwen voor seksueel verlangen. Ondanks bijvoorbeeld een meer afwijzende houding van opvoeders, blijven seksuele gevoelens en verlangens een wezenlijk facet van ieders persoonlijkheid, dat niet zomaar kan weggedrukt worden.

Wat betreft vrouwen die momenteel in een seksuele relatie leven (hetzij door huwelijk, hetzij door samenwonen), verwachten we *geen* significante verschillen tussen de gehandicapte en niet-gehandicapte vrouwen met betrekking tot de mate van seksuele motivatie: gehuwde/samenwonende vrouwen met een handicap beleven even vaak en even graag seksuele interacties als niet-gehandicapte vrouwen die gehuwd zijn of samenwonen. Hierbij wordt aangenomen dat vrouwen die tot een relatie zijn gekomen, ook voldoende mondig en vaardig zijn om met de partner bevredigende seksuele interacties op te bouwen.

Tenslotte verwachten we dat gehandicapte vrou-

wen over het algemeen minder tevreden zijn met hun seksualiteit dan niet-gehandicapte vrouwen. Binnen de gehandicapte groep zijn het dan opnieuw de vroeg gehandicapten die het minst tevreden zijn, gevolgd door de puberteit/adolescentie-groep en gevolgd door de volwassenheid-groep. Ook De Haan en Wallander (1988) vonden resultaten in deze richting: de algemene seksuele voldoening bleek het grootst te zijn bij vrouwen zonder handicap, gevolgd door eerst de laat en dan de vroeg gehandicapte vrouwen.

Methode

Proefpersonen

Om dit onderzoek te kunnen uitvoeren, waren er gegevens nodig van twee steekproeven. Beide steekproeven bestonden uit volwassen vrouwen met een leeftijd tussen 20 en 50 jaar. De onderzoeksgroep bevatte alle vrouwen die een lichamenlijke handicap hebben; zintuiglijke of mentale gebreken waren een contra-indicatie. Met betrekking tot aard of ernst van het lichamenlijk gebrek werden verder geen specifieke criteria vooropgesteld. De controlegroep werd gevormd door vrouwen zonder een lichamenlijke handicap.

Hoewel een zuiver toevallige wijze van steekproeftrekking de kans op representatieve steekproeven aanzienlijk verhoogt (Loosen, 1992), bleek deze werkwijze onmogelijk toepasbaar te zijn bij het rekruteren van subjecten. De Belgische wet van 8 december 1992 op de "Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer" liet immers niet toe over bruikbare persoonsregisters te beschikken. Niet alleen randomsgewijze selectie werd hierdoor onmogelijk gemaakt, maar ook het "matchen" van de twee steekproeven. Er werd geopteerd voor a posteriori methoden die zoveel mogelijk corrigeren voor storende variabelen, indien deze aanwezig zouden zijn (zie sectie Resultaten).

Bij de rekrutering van de deelnemers werden zeer verschillende wegen bewandeld. Dit gebeurde tussen augustus 1996 en april 1997. Voor de **onderzoeksgroep** werden projecten voor Zelfstandig Wonen gecontacteerd, werden leden aangesproken van gehandicaptenverenigingen (zoals de Katholieke Vereniging voor Gehandicapten -KVG-, de JongVolwassenen van de Christelijke Mutualiteiten,...) en werden ook via de Revalidatie-afdeling van het Universitair Ziekenhuis Pellenberg en via de MS-kliniek van Melsbroek deelnemers gerekruteerd. Verschillende vrouwen gaven ook

zelf nog vragenlijsten door aan vriendinnen. Tenslotte verscheen er nog een oproep in Handiscoop (het ledenblad van KVG) van december 1996. Voor het rekruteren van subjecten voor de **niet-gehandicapte groep** werden vragenlijsten verspreid onder de vrouwelijke leerkrachten en onderhoudspersoneel van een plaatselijke basisschool en middelbare school, en onder het verzorgings- en keukenpersoneel van een rusthuis. Verder werden vragenlijsten uitgedeeld via boven vernoemde gehandicaptenverenigingen, via de oproep in Handiscoop en ook weer via 'doorverwijzingen' door deelnemers.

In de niet-gehandicapte groep werden 85 van de 148 verspreide vragenlijsten ingevuld, dit is 57%. Gehandicapte vrouwen vulden 82 van de 132 verspreide vragenlijsten in, dit is 62%. Met betrekking tot de aard van de handicap kan deze groep verder als volgt ingedeeld worden: 12 van deze vrouwen hadden een letsel aan het ruggenmerg, 9 hadden een spastisch syndroom, 8 hadden MS; er waren er verder 6 met een spieraandoening, 6 met een CVA, 6 met Spina Bifida, 5 met een post-polio-handicap; dan nog een aantal vrouwen met lichamelijk gebrek ten gevolge van asfysie, van schedeltrauma of van gewrichtsaandoeningen. Nog eens dertien vrouwen rapporteerden uiteenlopende aandoeningen en acht vrouwen hebben de aard van hun handicap niet gespecificeerd.

Procedure

Vragenlijsten werden per post opgestuurd of, indien mogelijk, persoonlijk bezorgd. Elke vragenlijst was vergezeld van een begeleidende brief, waarin de nadruk werd gelegd op het belang van deelname, de garantie van anonimiteit en het wetenschappelijk karakter van het onderzoek. Ook werd er uitdrukkelijk in vermeld dat het hebben van een seksuele partner of van seksuele ervaringen **geen** vereiste is. Bij elke vragenlijst zat verder ook een gefrankeerde en geadresseerde briefomslag zodat de ingevulde lijst rechtstreeks per post kon teruggezonden worden, dit om de grootst mogelijke anonimiteit te waarborgen. Voor vrouwen die niet in staat waren zelf de vragenlijst in te vullen en die hierbij geen, voor hen bekende, persoon wilden inschakelen, werden oplossingen voorzien. Er werd dan een afspraak gemaakt om de vragenlijst samen met de onderzoeker door te nemen. Deze laatste hield zich hierbij strikt aan het voorlezen van de items en antwoordmogelijkheden, omwille van de objectiviteit en de standaardisatie van

de afname.

Meetschalen

De vragenlijstbundel begon met een sectie **Algemene Gegevens**, waarin onder andere een aantal demografische kenmerken werd opgevraagd. Achtereenvolgens kwamen aan bod: geboortedatum, burgerlijke staat, kinderen, woonplaats, opleiding, tewerkstelling en anticonceptiegebruik. De vrouwen met een lichamelijke handicap kregen nog twee vragen die specifiek gerelateerd waren aan hun handicap: de aard van hun ziekte/trauma met de beginleeftijd ervan en de algemene lichaams-toestand. De antwoordvorm bestond in deze korte sectie uit vaste antwoordalternatieven of uit een open antwoord.

De **Meetschaal voor Seksualiteitsbeleving** was gebaseerd op de integrale versie van de SBS - Seksualiteits Belevings Schalen - van Frenken en Vennix (1978). De oorspronkelijke schaal bevat in totaal 83 zelfrapporteringsitems, telkens met vaste antwoordcategorieën.

De eerste subschaal meet de *Seksuele Aanvaardingsmoraal*: de items verwijzen naar attitudes, normen en waarden met betrekking tot seksuele lustgenieting, voorechtelijke seksuele relaties en seksuele socialisatie van kinderen en jongeren. In de normatieve evaluatie van deze 'seksueel' geïndiceerde gedragingen en situaties ligt de nadruk op het voorkomen, vermijden en beheersen ervan versus het toelaten, aanvaarden en goedkeuren ervan. Een hoge score duidt op een moraal van seksuele aanvaarding; een lage score op een moraal van seksuele verwerping. Deze subschaal wordt gebruikt voor de hypothese omtrent attitudes ten aanzien van seksualiteit.

Alle items werden gevolgd door vijf antwoordkeuzes, gaande van "volkomen mee eens" tot "helemaal niet mee eens". De antwoorden werden gescoord van 1 tot 5 of omgekeerd en dan gesommeerd. Waar nodig werd een zesde antwoordmogelijkheid "geen ervaring mee" toegevoegd (voor personen die niet gehuwd waren of die geen ervaring hadden met geslachtsgemeenschap). Dit zesde antwoord kreeg geen getalwaarde; hiervoor werd statistisch gecorrigeerd op basis van de overige antwoorden zodat alsnog een geldige, dit is vergelijkbare, score werd verkregen.

De items van *Psychoseksuele Stimulatie*, de tweede subschaal, verwijzen naar de mate waarin de persoon symbolische, seksuele stimuli zoekt of

toelaat versus niet zoekt, vermijdt of afweert, en dit in waarneming en fantasie. De items refereren overwegend aan een ander persoon dan de eigen partner. De verschillende stimulussituaties worden beoordeeld op een continuüm dat loopt van "vind ik erg fijn" tot "staat me erg tegen" en ook op de mate van opwinding erdoor opgeroepen. Ook een aantal gedragingen in niet-interactionele seksuele situaties wordt beschreven op het frequentie-continuüm "zeer vaak - absoluut nooit". Drie items werden door onderzoeker toegevoegd om het zuivere fantasie-aspect te concretiseren. Slechts één item had betrekking op een interactionele seksuele situatie. Voor vrouwen die niet op dit item konden antwoorden (wanneer zij geen ervaring hadden met geslachtsgemeenschap), werd opnieuw een statistisch gecorrigeerde somscore berekend. Een hoge score duidt op hoge toelaatbaarheid voor deze stimuli of hoge psychoseksuele stimuleerbaarheid. Een lage score duidt op het niet betrokken zijn, vermijden of afweren: lage psychoseksuele stimuleerbaarheid. Deze subschaal wordt gebruikt ter exploratie van seksueel verlangen en seksueel fantaseren.

De items van de derde subschaal, die van *Seksuele Motivatie*, verwijzen naar gedragingen en belevingen van de persoon in geseksueerde situaties mét een partner. Vrouwen die geen seksuele ervaring hadden en voor wie bijgevolg het merendeel van de items niet van toepassing was, werden uitgesloten van verdere analyses wat betreft deze subschaal.

De items verwijzen ten eerste naar de mate van seksueel reageren in geseksualiseerde situaties: ze meten intensiteit van de opwinding in seksueel spel, frequentieproblemen met opwinding, duur van het voorspel, passief-actief tijdens coïtus, werkelijke en geprefereerde coïtusfrequentie en orgasmie. Ten tweede worden de mate waarin men de lichaams- en lustbeleving exploreert en ook de evaluatie van die belevingen beoordeeld op respectievelijk een "zeer vaak - absoluut nooit" continuüm en een "erg fijn - staat erg tegen" continuüm. Concreet gaat het over tongkussen, aanraken van de genitaliën van de partner, aangeraakt worden, naakt zijn, een actieve partner, lang voorspel, variaties in houdingen en in tijd en plaats. Tenslotte wordt ook het vóórkomen en de frequentie van bepaalde emotionele belevingen gedurende voorspel, coïtus en orgasme beoordeeld op een "zeer vaak - absoluut nooit" continuüm. Angst, afkeer, lusteloosheid, koelheid, zenuwachtigheid, gespannenheid, teleurstelling en (on)tevredenheid worden

hierin bevraagd. Deze subschaal plaatst de seksuele gedragstendens op een bipolaire dimensie. De toewendingstendens (een hoge score) houdt in dat men in geseksueerde situaties vaak en graag deze gedragingen en belevingen ervaart. De vermijdingstendens (een lage score) betekent het afweeren, beperken en/of met negatieve gevoelens beleven van deze interacties. Seksuele 'appetijt' (een term van Frenken & Vennix, 1978) wordt hier geplaatst tegenover seksuele 'aversie'. Deze subschaal wordt gebruikt ter toetsing van onze voorspelling omtrent seksuele motivatie.

Hoewel de vierde subschaal van de SBS, *Attractie-tot-Huwelijk*, niet relevant was voor de door ons gestelde hypothesen, werden de items toch opgenomen in de vragenlijst. De resultaten zullen echter niet vermeld worden in dit artikel.

In aansluiting op deze vier subschalen voor seksualiteitsbeleving werden nog vijf vragen toegevoegd: drie van deze vragen meten seksuele ervaring en één ervan meet seksuele kennis. Dit aantal items is uiteraard zeer beperkt om betekenisvolle uitspraken te doen, maar de antwoorden kunnen toch een belangrijke tendens aangeven met betrekking tot seksuele ervaring en kennis. Concreet gaat het om volgende vragen: heeft u al ooit geslachtsgemeenschap gehad, heeft u al seksuele handelingen gesteld met iemand zonder dat u geslachtsgemeenschap had, doet u aan zelfbevrediging, weet u wat een orgasme (klaarkomen) is? Het vijfde item vroeg naar de seksuele voorkeur (hetero-, homo- of biseksueel).

Aan het einde van de vragenlijst kwam nog een korte **Meetschaal voor Algemene Seksuele Voldoening**. Deze 9 item-schaal was gebaseerd op een meetschaal, ontworpen door De Haan en Wallander (1988). Elk item kon beantwoord worden door een cijfer van 1 tot 5 te omcirkelen, op het continuüm van "helemaal niet tevreden" tot "uitermate tevreden". De somscore zou een indicator zijn voor de algemene tevredenheid van deze vrouwen met betrekking tot hun seksualiteit. Wanneer om één of andere reden een item niet zou beantwoord worden, dan werd ook hier een gecorrigeerde totaalscore berekend op basis van de overige antwoorden, zodat vergelijking met andere subjecten mogelijk bleef. Het gaat concreet om volgende items: mijn algemene seksuele voldoening, de beschikbaarheid van seksuele partners, de frequentie van seksuele interacties met mannen, de mate waarin mijn lichaam reageert op seksuele stimulatie, het niveau van mijn interesse in seks, de seksu-

ele interesse die mannen hebben in mij, het comfort waarmee ik seksuele dingen bespreek, het niveau van mijn fysiek-seksuele aantrekkelijkheid en mijn contraceptiemethode.

Statistische analyses

De algemene gegevens worden weergegeven in percentages. Het zal meteen opvallen dat er aanzienlijke verschillen zijn in deze frequenties, afhankelijk van het feit of men al dan niet gehandicapt is (zoals reeds eerder besproken, konden de twee steekproeven niet apriori worden "gematcht" met betrekking tot deze algemene kenmerken). Dergelijke verschillen tussen de twee groepen doen sterk het vermoeden rijzen dat er samenhang is tussen Handicap en Algemene Gegevens. Het is belangrijk na te gaan of deze samenhang significant is, omdat dit consequenties heeft voor verdere interpretaties.

Voor elke variabele van Algemene Gegevens werd dan ook een χ^2 -toets uitgevoerd en een contingentiecoëfficiënt berekend. Deze coëfficiënt geeft aan in welke mate twee gegevens samenhangen (bijvoorbeeld in welke mate hangt ongehuwd zijn samen met een handicap hebben). Deze maat kan variëren tussen de waarden 0 en 1; de waarde 1 wijst dan op een perfecte samenhang. Verder werd er ook nog bekeken of een eventuele samenhang tussen Handicap en een Algemeen Gegeven, te maken heeft met de beginleeftijd van de handicap (eveneens met een χ^2 -toets). *De vroeg gehandicapte groep heeft haar handicap verworven tussen 0 en 10 jaar ($n=54$), de puberteit/adolescentiegroep tussen 11 en 20 jaar ($n=11$) en de laat gehandicapte groep tijdens de volwassenheid (vanaf 21 jaar; $n=17$).*

We verwachten dat er verschillen zijn in de scores voor Seksualiteitsbeleving en Algemene Seksuele Voldoening, afhankelijk van het feit of men al dan niet een lichamelijke handicap heeft. Om dit na te gaan werd de t-toets-procedure uitgevoerd, met als nulhypothese dat het gemiddelde van de gehandicapte groep gelijk is aan het gemiddelde van de niet-gehandicapte groep. Het betreft met andere woorden hypothesetoetsing voor contrasten $\mu_x - \mu_y$ (Loosen, 1995). Er werd tevens nagegaan of er met betrekking tot Seksualiteitsbeleving en Algemene Seksuele Voldoening ook verschillen zijn binnen de gehandicapte groep, afhankelijk van de beginleeftijd van de handicap. Dit gebeurde door middel van variantie-analyse (ANOVA) op een uni-

factorieel proefopzet: Beginleeftijd fungeerde als onafhankelijke variabele, de Seksualiteits-belevings-variabelen en Algemene Voldoening vervulden telkens de rol van afhankelijke variabele.

De contrasttoetsen die oorspronkelijk werden uitgevoerd om verschillen tussen de groep vrouwen met een handicap en de groep vrouwen zonder een handicap, ten aanzien van de afhankelijke variabelen (die van Seksualiteitsbeleving en Algemene Seksuele Voldoening) te toetsen op hun significantie, mogen niet zomaar geïnterpreteerd worden. Ook al blijken deze contrasten significant te zijn, dan mag men niet dadelijk dit effect toeschrijven aan het feit of men al dan niet gehandicapt is. Reden hiervoor is dat er verscheidene samenhangen werden gevonden tussen de variabele Handicap en een aantal Algemene Gegevens, meer bepaald Burgerlijke Staat, Kinderen, Woonplaats, Opleiding en Tewerkstelling. Hierdoor kunnen we niet langer met enige zekerheid stellen dat de significante verschillen tussen beide groepen vrouwen enkel en alleen toe te schrijven zijn aan het feit of men al dan niet een lichamelijke handicap heeft; de Algemene Gegevens waarvan samenhang met Handicap aangetoond werd, kunnen evenzeer hun bijdrage geleverd hebben aan de vastgestelde verschillen in Seksualiteitsbeleving en Algemene Seksuele Voldoening. Zonder specifieke statistische controles kunnen we niet uitmaken of er enkel een effect is van Handicap, enkel een effect van het betreffende Algemeen Gegeven, of een gezamenlijk effect van beiden.

Bijgevolg werden nog verdere analyses uitgevoerd, waarbij de Algemene Gegevens waarvoor samenhang met de variabele Handicap werd aangetoond, als storende variabelen werden ingevoegd (Delbeke & Van Der Meulen, 1994). In de sectie Methode - Proefpersonen werd reeds uitgelegd waarom onmogelijk voor deze storende variabelen apriori gecontroleerd kon worden. Er werd toen geopteerd voor aposteriori statistische controle van deze concomitante variabelen. Zodoende werd er variantie-analyse (ANOVA) op een bifactorieel proefopzet met twee onafhankelijke variabelen toegepast. Hierdoor wordt het zuiver hoofdeffect nagegaan van de eerste onafhankelijke variabele (Handicap), van de tweede onafhankelijke variabele (elk Algemeen Gegeven dat samenhangt met Handicap) en verschijnt er eventueel ook een interactie-effect. Doordat de hoofdeffecten worden uitgezuiverd van de samenhang Handicap - Algemeen Gegeven, is er wel het risico dat, als deze

samenhang sterk was, er weinig zuiver hoofdeffect zal overblijven. Een ander nadeel van elke statistische controle is dat men er nooit zeker van kan zijn dat men niet één of andere variabele over het hoofd heeft gezien, die mogelijk de beoordeling van het experiment kan vertekenen.

Resultaten

Algemene Gegevens en hun samenhang met Handicap

Leeftijd. De leeftijdscategorie 31-40 jaar was in beide groepen het meest vertegenwoordigd, gevolgd door de categorie 21-30 jaar. Vrouwen tussen 41 en 50 jaar waren met iets minder. Er was echter geen samenhang tussen Leeftijd en Handicap; $\chi^2(2) = 0.272$, n.s.

Burgerlijke staat. Tussen de twee groepen is er een significant verschil wat betreft Burgerlijke Staat; $\chi^2(1) = 31.950$, $p < .001$. Van de gehandicapte groep is 65% ongehuwd, tegenover slechts één vijfde van de niet-gehandicapte groep. Deze samenhang (coëfficiënt = 0.41) tussen handicap en burgerlijke staat kan uitgelegd worden door de factor Beginleeftijd; $\chi^2(2) = 15.095$, $p < .001$. Terwijl 76% van de vroeg gehandicapte groep en 64% van de puberteit/adolescentie-groep ongehuwd is, is slechts 29% van de laat gehandicapte groep ongehuwd.

Kinderen. Waar slechts ongeveer een kwart (28%) van de gehandicapte vrouwen één of meer kinderen heeft, is dit bij de niet-gehandicapte vrouwen 73%. In deze samenhang met $\chi^2(1) = 33.656$, $p < .001$ en coëfficiënt = 0.41, speelt opnieuw de beginleeftijd van de handicap een significante rol; $\chi^2(2) = 19.060$, $p < .001$. 87% van de vroeg gehandicapte groep heeft geen kinderen, tegenover 55% van de puberteit/adolescentie-groep en 35% van de laat gehandicapte vrouwen.

Woonplaats. Ook met dit algemeen gegeven hangt het al dan niet hebben van een lichamelijke handicap samen; $\chi^2(2) = 41.645$, $p < .001$ en coëfficiënt = 0.43. Eén derde van de gehandicapte groep woont nog bij de ouders of verblijft in een instituut, één derde woont alleen of in een Zelfstandig Wonen-project en één derde woont bij haar partner. Bij de niet-gehandicapte vrouwen is dit respectievelijk 9%, 9% en 82% (er moet rekening gehouden worden met het feit dat niemand van deze niet-gehandicapte vrouwen in een instituut of in een Zelfstandig Wonen-project verblijft). Ook hier is de samenhang tussen Woonplaats en Beginleeftijd significant; $\chi^2(2) = 15.781$, $p < .01$. Vroeg gehandicapte

vrouwen wonen vooral bij de ouders of in een instituut (43%) of zelfstandig (37%), vrouwen die hun handicap verwierven tijdens puberteit/adolescentie wonen vooral alleen of in een Zelfstandig Wonen-project (55%) en van de laat gehandicapte groep woont 65% bij de partner.

Opleiding. Dit algemeen gegeven vertoont eveneens een significante samenhang met Handicap; $\chi^2(2) = 33.585$, $p < .001$ en coëfficiënt = 0.41. Van de gehandicapte vrouwen heeft 69% een diploma van het secundair onderwijs en 26% heeft hoger onderwijs genoten; vier van de 82 vrouwen met een handicap volgden enkel lager onderwijs. Ongeveer één derde van de vrouwen zonder handicap volgde secundair en twee derde hoger onderwijs. Opleiding hangt significant samen met Beginleeftijd; $\chi^2(4) = 10.300$, $p < .05$. De vier vrouwen die enkel lager onderwijs hadden gevolgd, kwamen alle vier uit de vroeg gehandicapte groep. Driekwart van deze groep haalde een diploma secundair onderwijs. Dat gold ook voor driekwart van de puberteit/adolescentie-groep. Van de vrouwen die pas op volwassen leeftijd hun handicap verwierven, had 47% secundair en 53% hoger onderwijs gevolgd.

Tewerkstelling. Wat betreft dit algemeen gegeven liggen de verschillen tussen de twee groepen zeer extreem. Van de vrouwen met een lichamelijke handicap werkt 73% niet en 27% wel. Bij de niet-gehandicapte vrouwen is dit 12% respectievelijk 88%; $\chi^2(1) = 64.640$, $p < .001$ en de contingentiecoëfficiënt bedraagt maar liefst 0.53. Deze verschillen zijn echter niet verder uit te leggen door de beginleeftijd van de handicap; $\chi^2(2) = 0.729$, n.s.

Anticonceptie. Er werd geen significante samenhang gevonden tussen handicap en het al dan niet gebruiken van anticonceptiva; $\chi^2(1) = 1.063$, n.s. Niettemin is er wel een tendens merkbaar: 59% van de gehandicapte vrouwen gebruikt geen anticonceptiva, tegenover 51% van de niet-gehandicapte vrouwen.

Samenhang tussen Handicap en Seksuele Ervaring, Seksuele Kennis en Seksuele Voorkeur

Zoals reeds eerder vermeld, werden aan het einde van de Meetschaal voor Seksualiteitsbeleving vijf items toegevoegd. Opnieuw werd een mogelijke samenhang tussen Handicap en Seksuele Ervaring, Kennis en Voorkeur nagegaan aan de hand van een χ^2 -toets. Daarnaast werd een contingentiemaat berekend en werd, in geval van significante samenhang, de rol van Beginleeftijd verder onderzocht. *Ervaring met geslachtsgemeenschap.* Het meren-

deel van de vrouwen blijkt ervaring met geslachts-gemeenschap te hebben: 71% van de vrouwen met en 99% van de vrouwen zonder handicap (er was in deze groep één vrouw van 21 jaar die rapporteerde nog geen ervaring hiermee te hebben). Bijna één derde van de gehandicapte vrouwen heeft nog nooit geslachts-gemeenschap gehad. De samenhang tussen handicap en ervaring met geslachts-gemeenschap is significant; $\chi^2(1) = 25.875, p < .001$ en de coëfficiënt bedraagt 0.37. De factor Beginleeftijd van de handicap speelt hierin een doorslaggevende rol. Alle vrouwen die nog geen ervaring hebben met geslachts-gemeenschap, behoren tot de groep met een aangeboren of op kindereleeftijd verworven handicap; $\chi^2(2) = 17.594, p < .001$. *Ervaring met seksuele-handelingen-zónder-geslachts-gemeenschap.* Vrouwen met en vrouwen zonder lichamelijke handicap verschillen niet van elkaar wat betreft het ervaring hebben met seksuele-handelingen-zónder-geslachts-gemeenschap; $\chi^2(1) = 1.377, n.s.$ De term "seksuele handelingen" kan uiteraard door de deelnemers op zeer verschillende wijzen ingevuld zijn; het beslaat het hele bereik van strelen, zoenen, aanraken van de genitaliën tot wederzijdse masturbatie, echter zonder coïtus.

Zelfbevrediging. Ongeveer de helft van alle vrouwen doet aan zelfbevrediging; bij de niet-gehandicapte vrouwen zijn er dat wat meer dan bij de gehandicapte vrouwen (54% tegenover 48%). Dit verschil is evenwel niet significant; $\chi^2(1) = 0.718, n.s.$ *Weet u wat een orgasme is?* Dit item is het enige

item dat rechtstreeks seksuele kennis bevroegt. Twaalf procent van de gehandicapte vrouwen weet niet wat een orgasme is (tegenover niemand van de vrouwen zonder handicap). De samenhang is significant; $\chi^2(1) = 11.026, p < .001$ en de coëfficiënt is 0.25. Wanneer we deze samenhang verder exploreren naar Beginleeftijd, dan zien we dat acht van de tien vrouwen die niet wisten wat een orgasme was, behoren tot de vroeg gehandicapte-groep. De samenhang met Beginleeftijd is echter niet statistisch significant; $\chi^2(2) = 1.078, n.s.$

Seksuele voorkeur. Tenslotte blijken vrouwen met en vrouwen zonder een lichamelijke handicap ook gelijkelijk verdeeld te zijn met betrekking tot seksuele voorkeur; $\chi^2(2) = 1.508, n.s.$ Bij de gehandicapte vrouwen zijn er geen lesbische, wel drie biseksuele vrouwen.

Contrasttoetsen

Deze contrasttoetsen leveren volgende resultaten op voor de scores op Seksualiteitsbeleving (zie ook Tabel 1).

Seksuele Aanvaarding. Beide groepen vrouwen blijken zeer significant van elkaar te verschillen in hun scores op Seksuele Aanvaarding, waarbij de vrouwen zonder handicap gemiddeld hoger scoren dan de gehandicapte vrouwen; $t(143.3) = 3.738, p < .001$. De beginleeftijd van de handicap speelt hierin echter geen significante rol.

Seksuele Stimulatie. Op deze variabele liggen de gemiddelde scores van de twee groepen vrouwen

Tabel 1. T-toetsen voor de contrasten tussen de gehandicapte en de niet-gehandicapte groep m.b.t. zelfbeeld, seksualiteitsbeleving en algemene seksuele voldoening.

afhankelijke variabele	handicap			geen handicap			t-toets
	n	M	SD	n	M	SD	
Seksualiteitsbeleving							
seksuele aanvaarding	82	65.537	11.294	85	71.167	7.787	$t(143.3) = 3.738^{***}$
seksuele stimulatie	82	41.831	10.498	85	41.281	7.407	$t(145.2) = -0.390$
seksuele motivatie	58	104.152	16.641	85	106.060	16.442	$t(140.0) = 0.677$
Voldoening							
algemene seksuele voldoening	78	29.005	6.563	84	33.576	6.242	$t(160.0) = 4.543^{***}$

*** $p < .001$

even hoog; $t(145.2) = -0.390$, n.s. Binnen de gehandicapte groep blijken er ook geen verschillen te zijn qua seksuele stimuleerbaarheid, afhankelijk van de beginleeftijd van de handicap.

Seksuele Motivatie. De vrouwen met een lichamelijke handicap die deze subschaal konden beantwoorden (die met andere woorden ervaring hadden met seksuele gemeenschap) verschillen niet van vrouwen zonder handicap wat betreft hun seksuele 'appetijt'; $t(140.0) = 0.677$, n.s. Ook hier zijn er geen verschillen in seksuele motivatie, afhankelijk van de beginleeftijd van de handicap.

Algemene Seksuele Voldoening. De gemiddelde score van 78 gehandicapte vrouwen op Algemene Seksuele Voldoening ligt lager dan die van niet-gehandicapte vrouwen; het verschil is significant met $t(160.0) = 4.543$, $p < .001$. Er zijn echter binnen de gehandicapte groep geen verschillen qua Algemene Seksuele Voldoening volgens de leeftijd waarop de handicap begon.

Variantie-analyse op een bifactoriële proefopzet

De ANOVA-resultaten worden gerapporteerd per afhankelijke variabele. Alleen significante effecten worden hier vermeld.

Seksuele Aanvaarding. In de contrasttoetsen werd een zeer significant verschil gevonden wat betreft Seksuele Aanvaarding, waarbij niet-gehandicapte vrouwen gemiddeld hoger scoorden dan gehandicapte vrouwen. Voor deze variabele werd aldus het effect van Handicap uitgezuiverd voor die Algemene Gegevens die bleken samen te hangen met Handicap. Het hoofdeffect van Handicap op Seksuele Aanvaarding is, over de niveaus van Burgerlijke Staat heen, uiterst significant; $F(1,155) = 14.01$, $p < .001$. Ook over de niveaus van Kinderen heen vertoont Handicap een sterk effect op Seksuele Aanvaarding; $F(1,163) = 11.71$, $p < .001$, alsook over niveaus van Woonplaats heen; $F(1,162) = 12.70$, $p < .001$. Burgerlijke Staat, Kinderen en Woonplaats vertonen dus geen effect over de twee niveaus van Handicap heen. Dit is wel het geval voor Opleiding: niet alleen vertoont Handicap een hoofdeffect over de niveaus van Opleiding heen; $F(1,162) = 4.30$, $p < .05$, maar ook Opleiding heeft een effect op Seksuele Aanvaarding over de twee niveaus van Handicap heen; $F(2,162) = 4.38$, $p < .05$. Hoe hoger de opleiding, hoe hoger ook de gemiddelde score op Seksuele Aanvaarding. Er is geen significante interactie; $F(1,162) = 1.37$, n.s. Tenslotte heeft Handicap ook een significante invloed op Seksuele Aanvaarding over de niveaus van Tewerkstelling

heen; $F(1,163) = 10.37$, $p < .01$, maar er is geen effect van Tewerkstelling. Hoewel het algemene gegeven Anticonceptie geen samenhang vertoont met Handicap, zijn de ANOVA-resultaten toch interessant om even te vermelden. Er blijkt immers niet alleen een hoofdeffect van Handicap te zijn op Seksuele Aanvaarding over niveaus van Anticonceptie; $F(1,163) = 11.96$, $p < .001$, maar ook Anticonceptie heeft een significante invloed op Seksuele Aanvaarding; $F(1,163) = 11.64$, $p < .001$. Vrouwen die anticonceptiva gebruiken, staan doorgaans ook meer aanvaardend ten aanzien van seksualiteit.

Seksuele Stimulatie. In Tabel 1 werd reeds gerapporteerd dat de gehandicapte vrouwen gemiddeld gezien niet verschillen van de niet-gehandicapte vrouwen wat betreft psychoseksuele stimuleerbaarheid. De ANOVA-resultaten liggen volledig in lijn hiermee: geen enkel significant hoofdeffect van Handicap op Seksuele Stimulatie werd vastgesteld. Evenmin waren er hoofdeffecten van Algemene Gegevens en ook de interactie-effecten waren niet significant.

Seksuele Motivatie. Opnieuw bleek na uitvoering van de t-toetsprocedure dat er geen significant verschil is tussen de gemiddelde scores op Seksuele Motivatie van vrouwen met en vrouwen zonder een lichamelijke handicap. Ook in de ANOVA-resultaten werd geen enkel significant hoofdeffect van Handicap gevonden op Seksuele Motivatie, over niveaus van de Algemene Gegevens heen. Handicap heeft met andere woorden geen enkele invloed op iemands seksuele motivatie. Verder zijn er geen hoofdeffecten van Algemene Gegevens op Seksuele Motivatie, over de niveaus van Handicap heen, met uitzondering dan van Woonplaats; $F(2,136) = 3.13$, $p < .05$. Vrouwen die alleen wonen, in een instituut of Zelfstandig Wonen-project scoren hoger op seksuele motivatie dan vrouwen die bij hun ouders wonen of bij hun partner.

Algemene Seksuele Voldoening. De laatste variabele waarvoor een uiterst significante t-toets werd gevonden, is die van Algemene Seksuele Voldoening. Bekijken we de ANOVA-resultaten, dan zien we een significant effect van Handicap op Algemene Seksuele Voldoening over de niveaus van Burgerlijke Staat heen; $F(1,150) = 9.65$, $p < .01$. Er is eveneens een significant hoofdeffect van Burgerlijke Staat op Algemene Seksuele Voldoening, over de twee niveaus van Handicap heen; $F(1,150) = 10.35$, $p < .01$. Gehuwde of samenwonende vrouwen scoren hoger op Algemene Seksuele Voldoening dan ongehuwde vrouwen. Er is geen interac-

tie. Handicap heeft een zeer significante invloed over niveaus van Kinderen heen; $F(1,158) = 11.74$, $p < .001$. en ook over de drie niveaus van Woonplaats heen; $F(1,156) = 5.84$, $p < .05$. Maar ook voor Woonplaats is er een significant hoofdeffect op Voldoening; $F(2,156) = 4.58$, $p < .05$. Seksuele Voldoening is het laagst bij vrouwen die bij de ouders of in een instituut wonen, is hoger bij alleenwonenden of vrouwen die leven in een Zelfstandig Wonen-project en is tenslotte het hoogst voor vrouwen die leven bij hun partner. Tenslotte vertoont Handicap een uiterst significant effect op Algemene Seksuele Voldoening over niveaus van Opleiding heen; $F(1,157) = 170.6$, $p < .001$, alsook over niveaus van Tewerkstelling; $F(1,158) = 11.83$, $p < .001$. Burgerlijke Staat en Woonplaats blijken dus mede Algemene Seksuele Voldoening te beïnvloeden, maar dit kan niet gezegd worden van Kinderen, Opleiding en Tewerkstelling. Hoewel er geen samenhang is tussen Handicap en Anticonceptie, is het interessant op te merken dat er naast een effect van Handicap op Seksuele Voldoening; $F(1,158) = 19.50$, $p < .001$, er ook een effect is van anticonceptiegebruik op Algemene Seksuele Voldoening, ongeacht men een lichamelijke handicap heeft of niet; $F(1,158) = 16.17$, $p < .001$. Vrouwen die anticonceptiva gebruiken, zijn over het algemeen meer tevreden omtrent hun seksualiteit.

Discussie

Onze basisveronderstelling was dat er significante verschillen zouden zijn tussen de seksualiteitsbeleving van vrouwen met en vrouwen zonder een lichamelijke handicap en dat verder de beginleeftijd van de handicap hierin een rol zou spelen. De vijf concrete voorspellingen die voortkwamen uit deze hypothese, worden nu beantwoord aan de hand van de onderzoeksresultaten. Mogelijke verklaringen voor deze resultaten kunnen onder andere gezocht worden bij de argumenten die werden aangedragen ter onderbouwing van onze hypothesen.

De voorspelling dat vrouwen met een handicap meer afwijzende attitudes hebben ten aanzien van seksualiteit dan vrouwen zonder handicap, wordt bevestigd.

Gehandicapte vrouwen scoren significant lager op de schaal van Seksuele Aanvaarding dan niet-gehandicapte vrouwen. Dit betekent dat vrouwen met een lichamelijke handicap doorgaans strengere attitudes, normen en waarden hanteren met betrekking tot seksuele lustgenieting, voorechtelijke

seksuele relaties en seksuele socialisatie van kinderen en jongeren. Bij deze vrouwen ligt er dus meer nadruk op het voorkomen, vermijden en beheersen van deze 'seksueel' geduide gedragingen en situaties, terwijl niet-gehandicapte vrouwen op dit gebied juist meer aanvaardende en goedkeurende attitudes hebben. Deze tendens tot 'seksuele verwerping' doet zich vooral voor bij de vroeg gehandicapte groep.

Tenslotte zij vermeld dat het wel degelijk het al dan niet hebben van een handicap is, dat invloed uitoefent op seksuele aanvaarding versus seksuele verwerping. Het al dan niet gehuwd zijn, het al dan niet hebben van kinderen of het wonen bij ouders, in een instituut of met de partner heeft geen impact op de attitudes die men heeft ten aanzien van seksualiteit. Het niveau van opleiding echter speelt hierin wel een rol: hoe hoger de opleiding die men genoot, hoe meer toelatend-aanvaardend men staat tegenover bovengenoemde 'seksueel' geduide gedragingen en situaties.

Vrouwen met een lichamelijke handicap hebben minder seksuele kennis en ook minder seksuele ervaringen opgedaan dan niet-gehandicapte vrouwen.

Zoals reeds eerder vermeld was er slechts één item dat rechtstreeks seksuele kennis bevroeg, nl. "weet u wat een orgasme (klaarkomen) is?". De antwoorden op deze vraag bleken een significant verschil aan te geven tussen vrouwen met en vrouwen zonder handicap: waar elke niet-gehandicapte vrouw wist wat een orgasme was, waren er bij de gehandicapte vrouwen maar liefst 12% die dat niet wisten. (We willen er nogmaals op wijzen dat hier een uitspraak over seksuele kennis wordt gedaan op basis van één item). En hoewel er verder statistisch geen verband werd gevonden tussen seksuele kennis en beginleeftijd van handicap, zijn de resultaten hieromtrent toch opmerkelijk: blijkt dat van de tien vrouwen die niet weten wat een orgasme is, er acht behoren tot de vroeg gehandicapte groep.

Gehandicapt-zijn heeft een significante invloed op ervaring met geslachtsgemeenschap. Bijna één derde van de gehandicapte vrouwen heeft nog nooit geslachtsgemeenschap gehad, terwijl er bij de vrouwen zonder handicap zo goed als niemand is die nog nooit seksuele gemeenschap ervaren heeft. Ook hier speelt het tijdstip waarop de vrouw haar handicap verworven heeft, een doorslaggevende rol: alle vrouwen die nog geen ervaring hebben met geslachtsgemeenschap, behoren tot de

groep met een aangeboren of op kinderleeftijd verworven handicap. Elke vrouw van de puberteit/adolescentie-groep en van de laat gehandicapte-groep heeft reeds deze seksuele ervaring.

Vrouwen met een handicap hebben wel evenveel ervaringen opgedaan als niet-gehandicapte vrouwen, wanneer het seksuele handelingen betreft waarbij er zich geen geslachtsgemeenschap voordeed. Onder 'seksuele handelingen' kan het hele bereik vallen van strelen, zoenen, aanraken van borsten en genitaliën tot wederzijdse masturbatie. In verder onderzoek kan geëxploreerd worden om welke seksuele handelingen het precies gaat. Tenslotte komt zelfbevrediging evenveel voor bij gehandicapte als bij niet-gehandicapte vrouwen.

Het seksuele verlangen en seksueel fantaseren blijkt niet beïnvloed te worden door het feit of men al dan niet een lichamelijke handicap heeft.

Gehandicapte vrouwen verschillen doorgaans niet van niet-gehandicapte vrouwen wat betreft hun psychoseksuele stimuleerbaarheid. Dit betekent dat de vrouw met een lichamelijke handicap, niet meer of niet minder dan de vrouw zonder handicap, symbolisch-seksuele stimuli opzoekt of toelaat, zowel in haar waarnemingen als in haar fantasie. Gehandicapte vrouwen vinden de verschillende seksuele stimulussituaties even fijn als niet-gehandicapte vrouwen, en ze worden er in dezelfde mate ook door opgewonden. Ook een aantal gedragingen in niet-interactionele seksuele situaties, die de seksuele fantasie en het seksuele verlangen prikkelen, worden door vrouwen met een handicap even vaak gesteld als door niet-gehandicapte vrouwen.

De scores op Seksuele Motivatie lagen voor beide groepen vrouwen even hoog: in interactionele seksuele situaties vertonen vrouwen met een handicap een even grote seksuele motivatie als vrouwen zonder handicap.

Concreet betekent dit dat in geseksualiseerde situaties mét de partner, al deze vrouwen even sterk seksueel reageren. Het hebben van een lichamelijke handicap verandert niets aan de intensiteit en de frequentie van de opwinding, aan de duur van het voorspel, aan de werkelijke en geprefereerde coïtusfrequentie, of aan anorgasmie. Verder zullen vrouwen met een handicap even vaak bepaalde lichaams- en lustbelevingen exploreren dan dat niet-gehandicapte vrouwen dit doen en ze zullen het ook even fijn vinden. Dit exploreren van seksuele belevingen gebeurt op verschillende gebieden

en verschillende manieren: tongkussen, aanraken van genitaliën van de partner en aangeraakt worden, naakt zijn, een lang voorspel en variaties uitproberen in houding, tijdstip en plaats. Tenslotte betekent dit ook dat bepaalde emotionele belevingen tijdens voorspel, coïtus en orgasme bij gehandicapte vrouwen niet meer voorkomen dan bij niet-gehandicapte vrouwen. Het betreft hier dan gevoelens als angst, afkeer, lusteloosheid, koelheid, zenuwachtigheid, gespannenheid, teleurstelling en ontevredenheid. (Ter herhaling wordt nog even vermeld dat de meetschaal voor Seksuele Motivatie alleen kon worden ingevuld door vrouwen die reeds bepaalde seksuele ervaringen hadden gehad. We kunnen dus geen uitspraak doen over de toewendingstendens tot seksuele belevingen en gedragingen, bij vrouwen die hiermee (nog) geen ervaring hebben).

Er blijkt een uiterst significant verschil te zijn tussen beide groepen vrouwen wat betreft de algemene tevredenheid omtrent hun seksualiteit.

Vrouwen met een handicap zijn doorgaans minder tevreden hierover dan vrouwen zonder een handicap. Dat houdt concreet in dat gehandicapte vrouwen minder tevreden zijn over onder andere de beschikbaarheid van seksuele partners, de frequentie van seksuele interacties met mannen, de seksuele interesse vanwege mannen en de eigen fysiek-seksuele aantrekkelijkheid. Verder betreft het ook (on)tevredenheid omtrent de mate waarin men zelf interesse heeft in seks en het comfort waarmee men seksuele dingen bespreekt, alsook de contraceptiemethode. Waar de mindere tevredenheid van gehandicapte vrouwen omtrent hun seksualiteit zich precies situeert, kan verder geëxploreerd worden.

De leeftijd waarop de handicap verworven werd, speelt geen enkele rol in de algemene seksuele voldoening van gehandicapte vrouwen.

Naast een effect van lichamelijke handicap op algemene seksuele voldoening, werden er ook effecten gevonden hierop van Burgerlijke Staat, Woonplaats en Anticonceptie. Gehuwde of samenwonende vrouwen zijn tevredener met hun seksualiteit dan ongehuwde vrouwen. Vrouwen die wonen bij hun ouders of in een instituut zijn het minst tevreden, vrouwen die alleen of in een Zelfstandig Woonproject wonen, zijn al meer tevreden en vrouwen die bij hun partner wonen, zijn het meest tevreden over hun seksualiteit. Vrouwen die anticonceptiva gebruiken, vertonen een grotere tevredenheid met hun seksualiteit dan vrouwen die dat niet doen.

Een aantal opmerkingen dient bij dit onderzoek gemaakt te worden. Ten eerste werden de variabelen Aard en Ernst van de handicap niet verder onderzocht. De aard of de ernst van een lichamelijke gebrek kunnen echter een belangrijk impact hebben op Seksualiteitsbeleving en Seksuele Voldoening. Daarom is het zinvol om deze variabelen aan verdere studie te onderwerpen. Daarnaast kan de gehandicapte groep zelf nog verder opgedeeld worden volgens andere variabelen dan beginleeftijd. Een voorbeeld maakt dit duidelijk: de resultaten wijzen uit dat vrouwen met een handicap minder seksueel actief zijn, alsook minder tevreden omtrent hun seksuele beleving. Zijn het dan vooral de niet-seksueel actieve vrouwen binnen de gehandicapte groep die minder tevreden zijn? Ook hier liggen nog vele mogelijkheden voor verder onderzoek.

Wat intuïtief reeds lange tijd verondersteld werd door gehandicapte vrouwen, door hun hulpverleners en hun 'opvoeders' werd in dit onderzoek wetenschappelijk getoetst. Deze veronderstellingen werden in vraag gesteld en verder onderworpen aan een - herhaalbaar - vragenlijstonderzoek, waarvan de resultaten een antwoord gaven op onze hypothesen.

Er zijn verschillen op gebied van seksualiteitsbeleving. Handicap maakt wel degelijk verschil. Vrouwen met een lichamelijke handicap hebben even sterke seksuele verlangens dan vrouwen zonder handicap; seksuele fantasieën komen bij hen even vaak voor; hun psychoseksuele stimuleerbaarheid is even groot. Blijkbaar hebben vrouwen dezelfde seksuele behoeften, ongeacht of ze gehandicapt zijn of niet. Echter, in de beleving van haar seksualiteit lijken zich barrières op te werpen voor de vrouw met een lichamelijke handicap. Want hoewel gehandicapte vrouwen even vaak seksuele handelingen-zonder-coïtus stellen en even vaak aan zelfbevrediging doen, heeft bijna één derde van hen nog nooit geslachtsgemeenschap gehad. Liggen deze barrières in de opvoeding (zie bijvoorbeeld Françoise Louis-Morin, 1990; Levie & van der Laan, 1983; Stewart, 1979/1981 en Greengross, 1976/1978)? Vanwaar komt het gebrek aan seksuele kennis of alleszins de beperking daarin? Vanwaar komen deze strengere normen ten aanzien van seksualiteit? Krijgt de opgroeiende jongere de kans om (emotioneel) onafhankelijk te worden en een eigen leven te gaan leiden, ook een seksueel leven (Thompson, 1990)? Of bevinden de barrières zich misschien op niveau van de samenleving, van

de sociaal-seksuele kloof tussen gehandicapten en niet-gehandicapten (zie bijvoorbeeld Dechesne, 1979 en ook Nosek et al., 1996 of Kokkonen, Saukkonen, Timonen, Serbo en Kinnunen, 1991). Heeft het meisje of de vrouw met een handicap voldoende gelegenheid tot contact met leeftijdgenoten, is zij voldoende communicatievaardig? Hanteert zij een voldoende positief beeld van haar eigen lichaam, haar aantrekkelijkheid en haar seksualiteit? Acht zij zichzelf in sociale situaties kwaam en waardevol?

Handicap maakt verschillen en we kunnen ons afvragen wat mogelijke bouwstenen zijn om die verschillen te reduceren. Veronderstellingen aangaande de impact van een adequate seksuele opvoeding op attitudes en seksualiteitsbeleving van vrouwen, de effecten van sociale vaardigheidstraining of van het bevorderen van sociaal contact met leeftijdgenoten, en het actief werken aan een positief zelfbeeld en een gevoel van eigenwaarde kunnen verder geëxploreerd en getoetst worden in nieuw wetenschappelijk onderzoek.

Summary

Sexuality experience of women with a physical disability

The aim of this study was to investigate in a scientific manner some hypotheses about sexuality experience of women with a physical disability. 82 women with and 85 women without a physical disability have filled in an extensive questionnaire which included, besides a section General Data, scales for Sexual Acceptance, Psychosexual Stimulation, Sexual Motivation and General Sexual Satisfaction. Sexual knowledge and experience were also briefly explored. In addition we examined for each of these variables, if the beginning age of the disability plays a part. We could conclude that women with a disability have a more rejective attitude with respect to sexuality, that they have less sexual knowledge and less sexual experience (especially with intercourse), and that they are less satisfied with their sexuality experience than nondisabled women. Both groups of women do not differ from each other with regard to sexual desire and fantasy, and they both have an equal sexual 'appetite' (this equal sexual appetite applies to women who live in a sexual relationship).

Literatuur

- Anderson, T. P. en T. M. Cole (1975). Sexual Counseling of the Physically Disabled. *Postgraduate Medicine*, 58: 117-123.
- Berkman, A. H., R. Weismann en M. H. Frielich (1978). Sexual Adjustment of Spinal Cord Injured Veterans Living in the Community. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 59: 29-33.
- Dechesne, B. H. H. (1979). *Lichamelijk gehandicapte jongeren. Seksualiteit - relaties - zelfbeeld*. Lemniscaat, Rotterdam.
- De Haan, C. B. en J. L. Wallander (1988). Self-concept, Sexual Knowledge and Attitudes, and Parental Support in the Sexual Adjustment of Women with Early- and Late-Onset Physical Disability. *Archives of Sexual Behavior*, 17: 145-161.

- Delbeke, L. en E. C. Van Der Meulen (1994). *Vraagstukken uit de psychologische statistiek. Variantie-analyse*. Acco, Leuven.
- Frenken, J. en P. Vennix (1978). *Seksualiteit Belevings Schalen (SBS)*. Swets & Zeitlinger, Amsterdam.
- Greengross, W. (1978). *Recht op liefde. De seksuele en emotionele behoeften van gehandicapten*. (R. Markveldt & L. Zondervan, Transl.). Bert Bakker, Amsterdam. (Original Work Published 1976).
- Heslinga, K. (1972). *Wij zijn niet van steen. Seksuele problematiek van de gehandicapte mens*. Stafleu, Leiden.
- Kokkonen, J., A.-L. Saukkonen, E. Timonen, W. Serbo en P. Kinnunen (1991). Social Outcome of Handicapped Children as Adults. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 33: 1095-1100.
- Kreuter, M., M. Sullivan en A. Siösteen (1994). Sexual Adjustment after Spinal Cord Injury (SCI) Focusing on Partner Experiences. *Paraplegia*, 32: 225-235.
- Levie, L. H. en B. van der Laan (1983). *Sexuele en emotionele aspecten bij verpleging en verzorging*. Elsevier, Amsterdam/Brussel.
- Loosen, F. (1992). *Statistiek voor psychologen. Deel 1*. Acco, Leuven
- Loosen, F. (1995). *Statistiek voor psychologen. Deel 2*. Acco, Leuven.
- Louis-Morin, F. (1990). L'intégrité du corps et le droit au plaisir. *Cahiers des Sciences Familiales et Sexologiques*, 13: 97-101.
- Nosek, M. A., D. H. Rintala, M. E. Young, C. A. Howland, C. C. Foley, D. Rossi en G. Chanpong (1996). Sexual Functioning Among Women with Physical Disabilities. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 77: 107-115.
- Pons, C. (1981). Seksuele problemen bij neurologische aandoeningen, toegespitst op de dwarslaesie. In B. H. H. Dechesne, C. Pons & A. M. C. M. Schellen (Eds.), *Seksualiteit en handicap: problematiek van motorisch gehandicapten* Stafleu, Alphen/Brussel
- Rieve, J. E. (1989). Sexuality and the Adult with Acquired Physical Disability. *Nursing Clinics of North America*, 24: 265-276.
- Robinault, I. P. (1978). *Sex, Society and the Disabled. A Developmental Inquiry into Roles, Reactions and Responsibilities*. Harper & Row, Hagerstown, Maryland.
- Rouso, H. (1991). Affirming Adolescent Women's Sexuality. *Western Journal of Medicine*, 154(4), 629-630.
- Schellen, A. M. C. M. (1981). Seksualiteit en voortplanting: stoornissen en therapie. In B. H. H. Dechesne, C. Pons & A. M. C. M. Schellen (Eds.), *Seksualiteit en handicap: problematiek van motorisch gehandicapten* (pp. 34-65). Alphen/Brussel: Stafleu.
- Siösteen, A., C. Lundqvist, C. Blomstrand, L. Sullivan en M. Sullivan (1990). Sexual Ability, Activity, Attitudes and Satisfaction as Part of Adjustment in Spinal Cord - Injured Subjects. *Paraplegia*, 28: 285-295.
- Stewart, W. F. R. (1981). *Seksualiteit van gehandicapten. Een leidraad voor hulpverleners*. (Administratief Centrum Bergeyck, Transl.). Van Loghum Slaterus, Deventer. (Original Work Published 1979).
- Thompson, C. E. (1990). Transition of the Disabled Adolescent to Adulthood. *Pediatrician*, 17: 308-313.
- Van Son - Schoones, N. (1993). Seksualiteit en relaties van mensen met een lichamelijke of verstandelijke handicap: mogelijkheden, beperkingen, problemen. *Relaties en seksualiteit*, 3: 98-125.

Productinformatie Androskat®

Samenstelling & Farmaceutische vorm: 2 ml oplossing voor injectie voor intracaverneus gebruik bevat 30 mg papaverinehydrochloride (15 mg/ml) en 1 mg fentolaminemesylaate (0.5 mg/ml). **Indicaties:** Behandeling van erectiele dysfunctie en gebruik bij onderzoeken waarbij artificiële erectie noodzakelijk is. **Dosering:** Behandeling: afhankelijk van etiologie en ernst aandoening tussen 0.1 en 2 ml, 1 maal per week. Maximaal 3 ml. Onderzoek: 0.5, 1 of 2 ml per keer afhankelijk van soort diagnostisch onderzoek. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor papaverine of fentolamine, andere organische aandoeningen van de penis, bij patiënten met verhoogde kans op priapisme, ernstige lever- of nierfunctiestoornissen, aritmieën en ernstige ischemische hartziekten of verlaagde systolische bloeddruk en glaucoom. **Waarschuwingen:** Adequate instructie van de injectie-techniek is noodzakelijk indien de patiënt zichzelf injecteert. Voorkom injectie in zichtbare bloedvaten of in de onderkant van de penis. Voorzichtigheid is geboden bij patiënten die worden behandeld met anti-coagulantia, verhoogde leverenzymwaarden hebben of lijden aan aandoeningen waarbij acute bloeddrukdaling ongewenst is. **Interacties:** Door Androskat kan het effect van vaatverwijdende geneesmiddelen worden versterkt en het effect van bloedvatvernauwende geneesmiddelen worden verminderd. Gelijktijdig gebruik van alfa-blokkers wordt niet aanbevolen. Roken vanaf 1 uur voor gebruik wordt afgeraden. Alcohol kan bloedvatverwijdend effect versterken. **Rijvaardigheid:** Geen gegevens bekend. Duizeligheid kan incidenteel optreden. **Bijwerkingen:** Verlengde erecties, oppervlakkige hematoma en ecchymose op injectieplaats, verdoofd gevoel in penis, voorbijgaande pijn en zwelling van voorhuid en duizeligheid. Bij herhaalde toediening kans op reversibele lokale fibrose. **Overige informatie:** Verpakkingsgrootte: 5 patronen of 5 ampullen à 2 ml injectieoplossing, steriele naalden en alcoholdoekjes. Kanalisatie: UR. Vergoedingsstatus GVS: volledig vergoed. Volledige informatie op aanvraag beschikbaar. Androskat RVG 15490.

© Byk Nederland bv, augustus 1997.



Byk Nederland bv
Weerenweg 29
1161 AG Zwanenburg