De G-plek en de vrouwelijke ejaculatie

Maureen Luyens*

Vanuit een overzicht van de klinische en de onderzoeksLiteratuur rond de G-plek worden volgende conclusies getrokken:
- er zijn vrouwen die in de vagina een plek ervaren waar ze gevoelig zijn voor seksuele stimulatie;
- er zijn vrouwen die een vloeistof uitstoten gedurende het orgasme;
- het is niet bewezen dat deze vloeistof geen urine zou zijn;
- er is geen verband bewezen tussen de aanwezigheid van de G-plek en de or-gasmische uitstotingen.
Tenslotte worden implicaties voor de praktijk van seksuele therapie besproken en de relatieve en de 'wetenschappelijke kennis' van de therapeut benadrukt.


Het leek ons zinvol genoeg om hieromtrent de publicaties bijeen te brengen (althans de Engelstalige). We geven een literaturoverzicht in verband met de vrouwelijke ejaculatie waarbij we langer blijven stilstaan bij een meer recente wetenschappelijke studie.


Tijdschrift voor Seksuologie/jrg. 8/1984/3
Freud sprak over de ondergeschiktheid van het clitoraal orgasme ten overstaan van het vaginaal orgasme. Het is pas als het meisje een vrouw wordt dat ze haar ‘kinderachtige’ belangstelling voor de clitoris kan opgeven en dat ze haar genotsgeloofsnis moet verplaatsen naar haar vagina. Als dat niet gebeurt is ze in haar ontwikkeling blijven vaststeken, gestagneerd. Zowel Kinsey (1953) als Masters en Johnson (1966) poneren dat uitsluitend de clitoris gevoelig is voor seksuele prikkeling. De vagina zou bij gebrek aan zenuwuiteinden gevoelloos zijn.


Dit werd dan ook uitvoerig beschreven in de zelfhulp-boeken voor vrouwen (Barbach, 1979; Heiman, LoPiccolo & LoPiccolo, 1976). In zelfexploratie programma’s voor anorgastische vrouwen werd het verlangen naar een vaginaal orgasme gerelativeerd en werd het accent gelegd op het clitoraal orgasme. Sommige vrouwenbewegingen waren er als de kippen bij om coitus bijna uitsluitend te plaatsen in functie van de voortplanting. Ze gingen ervan uit dat een rechtstreeks prikkeling van de clitoris, manueel of oraal, meer seksueel genot kan verschaffen.


Zij spreken voor het eerst over de G-spot, in het Nederlands reeds vertaald en bekend als de G-plek, een gevoelige plek in de schede genoemd naar Grafenberg die deze plek reeds in 1950 beschreef. In de voorwand van de vagina, een centimeter of vijf achter de ingang, zou zich een plek bevinden die uiterst gevoelig is als er krachtig op gedrukt wordt. Bij aangepaste stimulering zwelt de G-plek door vasocongestie en leidt bij vele vrouwen tot een orgasme, zonder dat de clitoris rechtstreeks of onrechtstreeks moet gestimuleerd worden. De druk die uitgeoefend wordt moet echter wel intens en krachtig zijn.

Aansluitend bij Singer en Singer (1978) onderscheiden Ladas, Perry en Whip-
ple (1982) verschillende vormen van orgasme bij de vrouw: een vulvaal orgasme veroorzaakt door stimulatie van de clitoris en omstrekken, een uterus orgasme veroorzaakt door coitus of manuele stimulatie waarbij de G-plek geprikkeld wordt, en een orgasme dat eerder een combinatie is van beide.


Aan de hand van enerzijds geschriften en publikaties van o.a. Van de Velde (1965), Grafenberg (1950), Kinsey en Pomeroy (1953), Sevely en Bennett (1978) en anderzijds klinische verhalen (Belzer, 1981) van vrouwen en hun partners die de expulsie beschrijven als verschillend van urine (de kleur en de geur zou anders zijn en niet vlekken als urine, de vloeistof wordt beschreven als kleurloos, helder of melkachtig) formuleerde Belzer (1981) in zijn uitstekend overzichtsartikel verschillende hypothesen in verband met de oorsprong van de vrouwelijke ejaculatie:

1. De vrouwelijke expulsie bij orgasme is niets anders dan urine tengevolge van een urinaire incontinentie (Ellis, 1937, p. 154).
2. Vrouwelijke ejaculatie bij orgasm is voort uit de Bartholin-klieren (Van de Velde, 1965, p. 138).

Op deze laatste hypothese gaan we even verder in. Sevely en Bennett stellen dat de urethra van de vrouw omringd is door een systeem van klieren en kanaaltjes die in oorsprong gelijkens zou hebben met de prostaat van de man. Ze zullen dan ook spreken van de 'vrouwelijke prostaat'. Er zou wel een grote variatie zijn in grootte en ontwikkeling van de klieren. Tourneaux, een Europeaan, zou gevonden hebben dat embryologisch de urethrale klieren van de vrouw overeenstemmen met de mannelijke prostaatklier van een vijf tot zes maanden oude foetus (Evatt, 1911, p. 125).

In 1980 analyseerde een researchteam bestaande uit Belzer, Whipple en Perry (zie Ladas, Perry, Whipple, 1982, p. 80) monsters urine en ejaculaat van vrijwilligers, die opdracht hadden minstens 48 uur voordat ze hun urine en ejaculaatmonsters verzamelden elk contact met mannelijk sperma te vermijden. Het
vocht van andere proefpersonen werd eveneens geanalyseerd en de resultaten waren identiek. Een chemische analyse onderscheidde het ejaculatievocht van urine op basis van vier proeven. Twee substanties, nl. prostaatzuurfosfatase en glucose waren in aanzienlijk grotere hoeveelheden aanwezig in de ejaculatievloeistof dan in de urinemonsters. Ureum en creatinine werden beduidend minder aangetroffen in de ejaculatievloeistof dan in de urine. Ook andere onderzoekers, o.a. Addiego en Whipple, stuurden ook ongeïdentificeerde monsters van mannelijk ejaculatievocht, vrouwelijk ejaculatievocht en urinemonsters naar een plaatselijk laboratorium voor chemische analyse. Hier ook was het prostaatzuurfosfatasepeil hoger in het ejaculatievocht van de vrouw dan in het urinemonster, al was het wel minder hoog dan in het vocht van de man.

Ondanks alle beschrijvingen van de vrouwelijke ejaculatie in de medische en populaire literatuur wezen een aantal hedendaagse seksuologen het verschijnsel van de hand. Ondermeer Masters en Johnson die in 1966 schreven dat vrouwelijke ejaculatie een onjuiste maar wijd verspreide opvatting was. Een gering aantal mensen in hun onderzoek naar de anatomie van het seksuele reageren zouden ten onrechte geloven dat ze een vloeistof afscheiden tijdens het orgasme.


Deze klinische indrukken doen de behoefte ontstaan om op een meer wetenschappelijke manier (in laboratorium situaties, met vastgelegde condities en welomschreven hypothesen) deze bevindingen te toetsen.

Wij vonden één publikatie die daar een poging toe doet, namelijk die van Goldberg e.a. (1983). Gezien het belang ervan wil ik er iets meer op ingaan, ondanks het gering aantal betrokken vrouwen. Goldberg e.a. onderzoeken vier hypothesen:

- het bestaan van de G-plek als gevoelige plek in de schede;
- sommige vrouwen stoten tijdens het orgasme een vloeistof af;
- de afscheiding zou significant verschillend zijn van urine en bevat een hoge graad van prostaatzuurfosfatase;
- bij vrouwen die een vloeistof afscheiden, de zogenaamde 'ejaculators', zou de G-plek meer aanwezig zijn dan bij de 'niet-ejaculators'.

In totaal zijn er elf vrouwen (gemiddeld 35 jaar oud) die aan het onderzoek meedenen. De vrouwen moeten op zijn minst éénmaal per week tot orgasme kunnen komen, hetzij via coitus, hetzij via een andere vorm van seksuele stimulatie. Er zijn zes ejaculators en vijf niet-ejaculators.

Een eerste fase van het onderzoek is gericht op het al dan niet bestaan van de
G-plek. In een tweede fase onderzoekt men of vrouwen op het moment van het orgasme een vloeistof afscheiden. Men zou dan ook meteen de biochemische samenstelling van de vloeistof onderzoeken.

- Er worden twee vrouwelijke gynaecologen opgeleid om het onderzoek te doen. Deze wisten vooraf niets over het mogelijke bestaan van de G-plek af. Er wordt hen gezegd dat er een onderzoek gaande is naar het eventuele bestaan van een gevoelige plek in de schede. Aangezien er nog niets zeker is kan men met het onderzoek alle richtingen uit. De gynaecologen wordt een bepaalde manier aangeleerd om de vagina te onderzoeken.

Hetzelfde onderzoek zelf.

1. Eerst wordt de vrouwen gevraagd te urineren. Deze urine zou dan kunnen vergelezen worden met urine na het orgasme. Een hypothese is namelijk dat de samenstelling van de urine verandert tijdens seksuele stimulatie en opwinding.

2. De artsen zijn niet op de hoogte van de ejaculatiemogelijkheden van de subjecten. Er werd gevraagd om niet onderling te praten. Alleen kan men meer feedback geven over de gevoeligheid tijdens het onderzoek van de schede.

3. Het vaginaal onderzoek gebeurt bij iedere vrouw door twee gynaecologen. Er zijn twee fasen:
   - het traag betasten van de schede in de richting van de klok,
   - gedurende 1 à 2 minuten met de vingers de plaats intensief stimuleren waarvan men denkt dat het een gevoelige plek zou zijn.

4. De gynaecologen en de vrouwen geven elk hun subjectieve ervaring weer bij iedere aanraking van de verschillende plaatsen van de vagina.

5. Vrouwen kunnen dan zelf overgaan tot een vorm van seksuele stimulatie waarbij ze orgasme bereiken. De eventuele afscheiding wordt dan opgevangen voor onderzoek.

6. Er wordt een tweede urinestaal genomen.

We bekijken nu even de resultaten.

- Beide gynaecologen zijn in staat om een gevoelige plek te herkennen bij vier van de elf vrouwen. De plek is gelocaliseerd in de bovenwand van de schede en de grootte varieert van 2 tot 4 centimeter. Deze plaats schijnt ook duidelijk op te zwellen bij aanhoudende stimulatie. Er is een duidelijke overeenstemming tussen de gynaecologen wat betreft hun indrukken over de plaats, de grootte, het aanvoelen van de plek.

- De Grafenberger-plek zou niet méér te onderkennen zijn bij ejaculatores dan bij niet-ejaculatores.

- Zes vrouwen van de elf scheiden inderdaad een vloeistof al langs de urethra op het moment van het orgasme. Het onderzoek naar de samenstelling van het
vocht kan echter de bevindingen van Addiego e.a. (1981) niet bevestigen: er zou geen significant verschil zijn tussen de urine en de ejaculatie vooral wat betreft prostaatzuurfosfatase, ureum, creatinine en glucose.

Nu de conclusies van dit beperkte onderzoek:
— Wat de *eerste hypotheese* betreft, het bestaan van de G-plek, is men geneigd te stellen dat *sommige vrouwen een plek onderkennen in de schede die kan opzwellen bij seksuele stimulatie*. Maar of het hier gaat om een plek met een unieke anatomiche structuur verbonden met specifieke zenuwen is iets wat echter nog helemaal niet vaststaat. Tot nu toe is er daarvoor onvoldoende bewijsmateriaal en blijft verder onderzoek over deze G-plek nodig. In ieder geval is het zo dat er voldoende klinische indrukken en exploratieve wetenschappelijke bevindingen zijn om het onderzoek voort te zetten. Opvallend is toch dat er veel overeenkomst bestaat in de beschrijving van verschillende gynaecologen (in experimentele condities) inzake de plaats, grootte en aanvoelen van de plek.

— *De tweede hypotheese*, als zouden vrouwen op het moment van het orgasme een vloeistof afscheiden via de urethra, schijnt wel bevestigd te zijn.

— *De derde hypotheese*, waarbij de afscheiding verschillend zou zijn van urine, is *niet bevestigd*. Er is onvoldoende bewijsmateriaal voor een gelijkenis met het mannelijk ejaculaat. De onderzoeken met gecontroleerde condities tonen eerder dat de afscheiding wel degelijk urine zou zijn. Toch zijn er veel klinische gegevens waarbij men de afscheiding een andere geur, kleur en uitzicht toeschrijft dan aan urine, zodat onderzoek daarnaar zeker voortgezet moet worden.

— *De vierde hypotheese*, waarbij er een verband zou bestaan tussen de aanwezigheid van de G-plek en het al of niet ejaculeren tijdens het orgasme, is ook *niet bevestigd*. De onderzoekers waarschuwen bovendien ook voor het feit dat men te snel een verband heeft gelegd tussen het bestaan van de G-plek en de ejaculatie. Het zouden wel eens twee totaal aparte fenomenen kunnen zijn.

In Nederland wordt er op dit ogenblik een onderzoek gedaan naar de belevingen van vrouwen die zich als ejaculators hebben aangemeld (G. de Bruyn, in voorbereiding).

**Implicaties voor de praktijk**

Uit het voorgaande blijkt dat twee klinische bevindingen, nl. het bestaan van een plaats in de schede die gevoelig zou zijn bij seksuele stimulatie en het feit dat sommige vrouwen tijdens het orgasme tot een bijzondere vochtafscheid zouden komen via de urethra, reeds énige bevestiging vanuit het wetenschappelijk on-
derzoek hebben gekregen. Het precieze verloop van beide fenomenen en het mogelijk verband tussen beide blijven nog onbekend. Toch kan men met deze gegevens rekening houden in de praktijk.

Doordrongen van het werk van Masters en Johnson zijn hulpverleners gewend om de vrouw die tevergeefs een vaginaal orgasme wil bereiken, te informeren dat de schedewand ongevoelig is en dat ze meer aandacht moet schenken aan de stimulatie van de clitoris. Door deze benadering wordt er meer aandacht geschonken aan andere vormen van seksueel contact dan coïtus. Ervaring met vele cliënten leerde ons dat uitbreiding van hun seksuele omgangsvormen en het herwaarden van seksuele lustgevoelens tot een grotere tevredenheid kan leiden zowel bij de vrouw als bij haar man.

Ondanks deze uitbreiding van mogelijkheden en het minder expliciet gefixeerd zijn op 'orgasme moet bij coïtus' konden we anderzijds ook vaststellen dat er toch bij vele vrouwen een diep verlangen bleef bestaan om plezier en orgasme te beleven tijdens de gemeenschap. Coïtus blijft een belangrijk (zonzien het belangrijkste) seksuele gebeuren tussen man en vrouw.

Vrouwen kregen dus te horen dat zowel de vagina als de clitoris twee belangrijke onderdelen zijn van hun lichaam als seksueel lichaam. Vaginale reactie werd dan dikwijls in verband gebracht met het genot van clitorale stimulatie. De voorlopige bevindingen zoals hierboven beschreven brengen ons een stap verder: de clitoris die zich uitwendig dicht bij de ingang van de schede bevindt en de G-plek, binnen in de voorwand van de schede, kan men als twee afzonderlijke plaatsen beschouwen. De wijze waarop deze plaatsen gestimuleerd worden is belangrijk. Zoals reeds bekend kan een zachte benadering van de clitoris voldoende zijn om seksuele prikkeling te geven. Voor de G-plek zou dat anders liggen. Er is dan een intense druk binnen in de schede nodig. De ervaring leert dat vele vrouwen hiervoor bang zijn.

Immers, de schede wordt vaak beleefd als een onbekende, onzichtbare en broze ruimte waarbij men goed moet oppassen voor pijn. Dat de grens tussen pijn en genot soms dicht bij elkaar ligt, is voor velen niet denkbaar. Het is dan ook niet zo verondersteld dat vrouwen weinig voelen binnen de schede. Vrouwen die hulp vragen voor opwindings- en anorgasmieproblemen worden aangespoord een uitvoeriger exploratie te ondernemen. De gewone coïtushouding (de zogenaamde missionarishouding) is zeker niet de aangewezen houding. De penis heeft hier immers moeilijker contact met de juiste plaats en kan onmogelijk de nodige druk uitoeffen. Andere houdingen geven wel een rechtstreeks contact van de penis met de G-plek, maar dikwijls volstaat deze druk niet (bijv. coïtus a tergo).

De meest aangewezen weg in deze exploratiefase is manueel contact, waarbij de vrouw op haar rug ligt met opgetrokken benen en haar partner twee vingers

Het is in deze context ook te begrijpen dat men het belang van de werking van de bekkenbodemspieren onderlijnt. Zoals men reeds lang weet is de werking van deze spiergroep eveneens belangrijk om o.a. verzakking van de baarmoeder te voorkomen en incontinentie tegen te gaan (Kegel, 1956).

We sluiten deze praktische tips af met twee overwegingen. Aan gynaecologen en chirurgen vragen we een nog grotere omzichtigheid bij het uitvoeren van operaties. Het vernietigen van één weefsel in de omtrek van de G-plek zou een belangrijke bron van seksueel genot kunnen verstoren of elimineren.

Uit het voorafgaande blijkt ook dat het gebruik van een pessarium als contraceptief middel tot problemen kan leiden. Het pessarium moet immers zo geplaatst worden dat het de stimulering van de G-plek niet verhindert. We vragen ook een grotere aandacht voor ervaringen van vrouwen rond ejaculatie.

Uit dit alles blijkt dat men aan deze bevindingen zo maar niet mag voorbijgaan, al blijft fundamenteel onderzoek omtrent de G-plek en de vrouwelijke ejaculatie nog nodig. Voor de hulpverlener is het geen gemakkelijke opdracht om een goede middenweg te vinden tussen de (relatieve) kennis waarover men bij een bepaalde stand van de wetenschap beschikt en de oplossing van de vraag van de patiënt. Dit wordt nog moeilijker als men vanuit de praktijk weet dat de vraag van de patiënt ingebed is in een persoonlijke belevingswereld en relationele interactie.

Mij lijkt het erg belangrijk dat men in het gesprek met de patiënt eerst en vooral afstand doet van deze ‘zich steeds wijzigende kennis’ en dat men vermindert de patiënt te indoctrineren met eigen ‘wijsheid’. Het attent blijven voor de ervaringen en verwachtingen van de patiënt lijken mij centraal. Door de jaren heen zijn we overtuigd geraakt, dat onze informatie en gedragsvoorschriften zowel de lichamelijke als de belevingservaringen van sommige patiënten kunnen veranderen. Bij anderen, waar de informatie niet helpt of waar ze onbevredigend blijkt, is ze slechts een beperkt middel om door te dringen tot de diepere problematiek.

Terecht kunnen we als besluit stellen dat men wel enige informatie aan de patiënt kan doorspelen maar dat het echte luisteren van de therapeut naar de boodschappen van het lichaam en beleving van de patiënt een rol speelt die veel meer van belang is.
De G-plek en de vrouwelijke ejaculatie

Literatuur


Summary

The G-spot and female ejaculation

The clinical and experimental literature about the G-spot and female ejaculation is reviewed: 1. Some women experience in the vagina a spot, sensitive to sexual stimulation; 2. some women expulse a fluid during orgasm; 3. it is not proved that this fluid is not urine; 4. the relation between the presence of a G-spot and orgasmic expulsions is not confirmed. Conclusions for the practice of sex therapy are drawn and the relativity of the 'scientific knowledge' of the therapist is emphasized.