

Opiniestuk holebi's en trans*personen in de hulpverlening

Onze samenleving kenmerkt zich door een grote mate van etnisch-culturele en socio-economische diversiteit. Andere opvattingen omtrent gender, religie en levensovertuiging, seksualiteit, enzovoort... circuleren in een geheel aan maatschappelijke denkers die ons in meer of mindere mate beïnvloeden. Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) bevinden zich middenin dit speelveld aan invloeden en vervullen een belangrijke maatschappelijke opdracht in het aanbieden van ambulante medisch-psychiatrische en psychotherapeutische hulpverlening aan zowel kinderen, jongeren, volwassenen en ouderen met psychische problemen. De diversiteit die onze samenleving rijk is, komt dus ook binnen in de werking van het CGG. Dit weerspiegelt zich zowel in specifieke hulpverleningsmodaliteiten (bijv. forensische hulpverlening, hulpverlening aan personen met een verstandelijke beperking en bijkomende psychische problemen) als in projectwerkingen (bijvoorbeeld Buddywerking Vlaanderen en werkondersteuning voor werknemers binnen de Bijzondere Jeugdzorg).

Maatschappelijke evoluties, zoals deze op vlak van gendergelijkheid, dwingen de hulpverlening tot het aanbieden van een aangepast gendersensitief zorgaanbod. Louder administratief gezien stoten we met de huidige versie van het Elektronische Patiënten Dossier (EPD) reeds op een aantal tekortkomingen – althans in het centrum waar ik werk. Zo is er slechts een binaire optie inzake 'geslacht' (M/ V) en bij het invullen van de sociale gegevens van de ouders (een noodzakelijk element in de kinderteams) wordt uitgegaan van een heteronormatieve gezinsconstellatie. Gezinnen met twee vaders of twee moeders (of varianten daarop) bestaan blijkbaar niet. Diverse realiteiten vragen volgens mij unieke benaderingen. Het argument dat EPD omwille van het juridisch ontbreken van een derde optie geslacht geen categorie 'X' of 'Andere' kan toevoegen, kan ik nog enigszins volgen. Al vind ik dat dit argument eenvoudig kan weerlegd worden en/ of dat alternatieven mogelijk zijn. Zo zou men bijvoorbeeld naast 'geslacht' ook 'gender(identiteit)' als een categorie ter registratie op kunnen nemen. Sekse en gender zijn immers twee verschillende zaken, net zoals ook een seksuele identiteit iets anders is dan een genderidentiteit. Toch is het een vaak voorkomende (foutieve) aanname dat gendernon-conformiteit een homoseksuele geaardheid impliceert. Misschien komt het omdat er nog (té?) vaak wordt uitgegaan van heteroseksualiteit als de *default option*, zowel van de cliënt als van de therapeut. En dat dergelijke vooronderstellingen bijgevolg elektronische cliëntsystemen (zoals bijvoorbeeld EPD) informeren en in de ban houden.

In het werken met holebi's en transgenderpersonen wordt, althans in theorie, vaak uitgegaan van een diathese-stressmodel. De centrale aanname is dat holebi- en trans*negativiteit een weerslag hebben op het welbevinden van individuen die tot deze doelgroep(en) behoren. Een hogere mate van stigma ervaren verhoogt tevens de drempel tot hulpverlening (Whitehead, Shaver & Stephenson, 2016). In tegentelling tot mensen die openlijk holebi zijn, zou openheid over de geaardheid en genderidentiteit bij transgenderpersonen en mensen die zich als gender non-binair beschouwen de toegang

tot hulpverlening net bemoeilijken. Het zou dus een vergissing zijn te veronderstellen dat stigma, discriminatie en vooroordelen op eenzelfde wijze op alle holebi- en trans*personen inwerken. De impact ervan zal verschillend zijn naargelang de heersende opvattingen omtrent onder meer gender en genderexpressie, etniciteit, religie, serostatus, leeftijd, het al dan niet hebben van een beperking en de maatschappelijke klasse/sociaal-economische status die iemand geniet. Het is dan ook aangewezen dat de hulpverlener zich bewust is van de impact die maatschappelijke in- en uitsluitingsprocessen op leden van een seksuele minderheidsgroep kunnen nalaten – en dit zowel buiten als binnen de LGBTQ-gemeenschap zelf. Ik vraag me af in welke mate men hier in de reguliere hulpverlening rekening mee houdt. Met reguliere hulpverlening bedoel ik in het bijzonder de gesubsidieerde en private diensten voor geestelijke gezondheidszorg die zich niet expliciet richten op de doelgroep LGBTQ.

Het is overigens interessant hoe we van cliënten als het ware automatisch aannemen dat ze over hun kwetsbaarheden, relaties, seksualiteit... vertellen, maar onszelf als hulpverlener er bij voorkeur van weerhouden iets kenbaar te maken. Een holebi- of trans*persoon die zich naar de reguliere hulpverlening wendt, wendt zich als het ware automatisch tot een heteroseksuele hulpverlener (tot het tegendeel bewezen wordt). Zowel tegenover cliënten als tegenover hulpverleners lijkt de standaard te beantwoorden aan de (blanke, middenklasse) cisgender heteroseksuele man – of, misschien beter gezien de gegenderdheid van de zorgsector, de (blanke, middenklasse) cisgender heteroseksuele vrouw.

Dit doet me tevens de vraag stellen in welke mate de reguliere hulpverlening uitgaat van een substitutief identiteitsmodel, waarbij de centrale aanname is dat, bijvoorbeeld, een homo-identiteit afgeleid en inwisselbaar is met homoseksueel gedrag. In welke mate kan een hulpverlener die vanuit dit model vertrekt erkenning bieden aan mensen die zich niet als holebi identificeren? Dat dergelijk model niet opgaat blijkt bijvoorbeeld uit de specifieke doelgroep van mannen die seks hebben met mannen (MSM). Bovendien betreft het substitutief identiteitsmodel een Westerse kijk op en invulling van LGBT-seksualiteit. Coming-out wordt hierbij als standaard beschouwd. Dat dit een versmalde identiteit met zich meebrengt, een keurslijf waaraan men als het ware moet voldoen en waartegenover men geëvalueerd wordt (“Oh, je bent een échte homo/ ...!”; “Tiens, is dit typisch voor homo’s/ ...?”), is niet altijd even onschuldig. In vele gevallen dreigt dit de maatschappelijke positie van mensen met een migratieachtergrond (en van vluchtelingen en asielzoekers in het bijzonder) in zowel het gastland als in het land van herkomst te verzwakken (Gérard, P. & Parrein, 2011).

Hoewel één van de thema’s van het huidige Vlaamse Gelijkekansenbeleid (2014 – 2019) focust op holebi’s en transgenderpersonen, ontbreekt volgens mij specifieke aandacht voor deze doelgroep binnen het reguliere Vlaamse (of zeg ik beter: Belgische?) hulpverleningslandschap. Toegegeven: er zijn natuurlijk de Holebifoon en het Transgender Infopunt (TIP). Deze diensten staan holebi’s en transgenderpersonen op een

zo laagdrempelig en kwaliteitsvol mogelijke manier te woord en verwijzen door indien nodig. Ook is er, althans in Vlaanderen, aandacht voor suïcidepreventie bij de LGBT-populatie. En gelukkig maar. Holebi's en transgenders blijken immers een kwetsbare doelgroep voor wat het risico op zelfdoding betreft (Missiaen & Seynaeve, 2016). Maar liefst 22 procent van de holebi's en 38,7 procent van de transgenders die deelnamen aan het onderzoek ondernam een suïcidepoging. Deze cijfers liggen in lijn met nationaal en internationaal onderzoek (Mathy, 2002; Motmans, 2009). Dit pleit voor een doelgroep specifieke aanpak binnen het suïcidepreventiebeleid die tot voor kort ontbrak. Het preventieproject *Ça va? Suïcidepreventie bij holebi's en transgenderpersonen*, een samenwerking tussen Çavaria , TIP en het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP), klinkt in dit opzicht alvast beloftevol. De resultaten worden in 2019 verwacht.

Ondanks deze bedenkingen, ervaar ik ook zelf een zeker spanningsveld tussen een 'doelgroepspecifieke' versus 'mainstream' benadering. Dit spanningsveld impliceert in zekere zin de paradox van gelijkheid en verschil, die evenzeer kenmerkend is voor en beschouwd kan worden als de constitutieve basis en zelfs strategie van het feminisme als politieke beweging doorheen haar geschiedenis (Scott, 1996; Kent, 2004; Carlier, 2010). Ja, holebi's en trans*personen zijn én gelijk en evenwaardig aan de cis-gender heteroseksuele populatie én tegelijkertijd ook verschillend. De paradox leidt ertoe dat men in naam van gelijkheid ijvert voor de inclusie van het verschil, terwijl in naam van het verschil gelijkheid geëist wordt. De vertaalslag hiervan uit zich volgens mij in bijvoorbeeld het (in naam van gelijkheid) niet organiseren van een doelgroepspecifiek aanbod binnen reguliere diensten geestelijke gezondheidszorg en in (naam van het verschil) het pleidooi dat LGBTQ-rechten niet anders zijn dan de universele mensenrechten. Op dit punt gekomen verwijs ik graag naar Danuta Walters (2014), die scherp uithaalt naar wat zij *The Tolerance Trap* heet. Iets tolereren betekent dat we er eigenlijk vanuit gaan dat er iets mis en/of onwenselijk is aan datgene wat we tolereren. We tolereren datgene wat we liever wensen te vermijden. Klinken de commentaren van omstanders tijdens de Pride onbekend in de oren dat "Homo's nu ook niet moeten overdrijven met hun pluimen en blote lijven"? Doe eens normaal. Trouw en krijg kinderen zoals wij.

Gelijke Burgerrechten en anti-discriminatiewetgeving garanderen echter niet dat iedereen van de bevolking deze onderschrijft. Zowel internationaal als nationaal komen geregeld berichten in de media dat holebi- en trans*personen nog steeds negatieve reacties over zich heen krijgen en het slachtoffer worden van holebi- en transnegatief geweld. Ondanks de grotere openheid in onze samenleving inzake seksuele diversiteit, zou het dus onvoorzichtig zijn te beweren dat homo-, bi- en trans*negativiteit tot het verleden behoren. Zo is 'homo' nog steeds een scheldwoord en wordt het nog liefst voorafgegaan door een adjectief als 'vuile' of 'vieze' om de weerzin extra te benadrukken. Als hulpverlener is het zinvol stil te staan bij onze eigen mening over seksuele identiteiten, relatievorming en seksualiteitsbeleving. In welke mate spelen onze eigen opvattingen inzake (mono)seksisme, stereotype denkers inzake holebiseksualiteit, de waarde en

betekenis die we hechten aan monogamie enzovoort mee in onze cliëntcontacten? Vallen we op deze punten samen met het men-denken, of zijn we in staat om vanuit een oprechte nieuwsgierigheid naar de cliënt te luisteren? Vind je het nodig de sekse, gender en seksuele identiteit van een cliënt te weten, deze te benoemen en te classificeren? Welke zijn de reële effecten die het (al dan niet) benoemen van een seksuele identiteit voor de cliënt inhouden? Op welke unieke manier beleeft de cliënt haar/zijn seksuele identiteit? Is de individuele hulpvraag en/of vraag tot partnerrelatietherapie direct gerelateerd aan de seksuele identiteit van de cliënt? Heeft de cliënt toegang tot een steunend netwerk, al dan niet binnen een LGBTQ-organisatie? Deze en andere vragen kunnen een leidraad bieden om op een niet-beoordelende manier een veelheid aan beïnvloedingen en betekenissen op vlak van seksualiteitsbeleving, genderexpressie en zelfomschrijving met de cliënt te verkennen.