

De toekomst van gender: iedereen een letter of gewoon de hokjes afschaffen?

Els Elaut^{1,2}

¹ Centrum voor Seksuologie en Gender, Universitair Ziekenhuis Gent, Gent, België

² Vakgroep Experimenteel-Klinische en Gezondheidspsychologie, Universiteit Gent, Gent, België

Gezien de grote maatschappelijke focus op identiteit en specifiek op gender en seksuele oriëntatie, heb ik veel zin om samen na te denken over de toekomst.

Vooraleer ik start, wil ik twee zaken toelichten. Ten eerste is veel van mijn denken, ervaring en kennis gebaseerd op de vele verhalen die doorheen de afgelopen vijftien jaar aan mij zijn toevertrouwd door transgender en gender diverse personen die transitie-gerelateerde zorg opzochten. Daarmee wil ik niet impliceren dat transgender mensen altijd zorg nodig hebben of zelfs zouden wensen. Het is wél van belang om mee te geven dat ik mij bewust probeer te blijven van de *klinische illusie*¹ waarin ik functioneer, ik spreek namelijk vooral mensen met een zorgvraag. Een tweede punt is dat ik graag onderscheid wil maken tussen iemands individuele beleving en ons gezamenlijk nadenken over bredere maatschappelijke tendensen. Mijn ideeën rond de huidige maatschappelijke tendensen staan los van mijn vermogen om als psycholoog empathie te blijven voelen voor elke individuele invulling van gender. Ik meen met het hand op mijn hart te kunnen stellen dat ik nooit iemands genderbeleving heb miskend. Vandaag is het echter meer dan ooit van belang dat ook de zorg zijn verantwoordelijkheid opneemt om het individuele te overstijgen en het identiteitsdebat in metaperspectief te bekijken.

Want het is een *understatement* om te stellen dat het al tien jaar druk is in 'transgender land': de media berichten de afgelopen jaren in steeds genuanceerder termen, met een merkbare en positieve impact op ons maatschappelijk denken. En het belang daarvan is niet te onderschatten. Een recente studie bevestigt wat genderteams al jaren weten: er bestaat een verband

tussen het verschijnen van het transgender thema in populaire media en de aanmeldingscijfers in de transitie-gerelateerde of transgenderzorg (Pang et al, 2020). Tegelijk mogen we niet negeren dat voor bepaalde delen van onze samenleving de verandering snel gaat, en dat we zeker niet iedereen bereiken. Deze Twitter-tijden hebben helaas op meerdere domeinen last van polarisering, en die woedt zeker even hard rond het topic gender. In mijn ervaring leiden pogingen om de ander op basis van louter feiten van je gelijk te overtuigen alleen maar tot minder dialoog, minder wederzijds begrip en dus meer afstand. Ik pleit dan ook consequent en expliciet voor meer mildheid en veel meer nuance in ons onderling spreken en debateren, omdat enkel die houding ons vooruit zal helpen.

LGBTQIA+ en andere termen

Eén van de vragen op deze Inspiratiedag is welke letters nog zullen worden toegevoegd aan de term LGBTQIA+? Een besluit van het Gentse café Blond beroert in het najaar van 2021 nog de gemoederen: wordt ook de cisgender homo man gediscrimineerd door hem niet toe te laten op avonden voorbehouden aan FLINTA^{*1}-personen? De media debateren over discriminatie van de cisgender man, niet gehinderd door enige voorkennis over het fenomeen *safe spaces*. Dergelijke *safe spaces* bieden FLINTA*- of LGBTQIA+ personen een veilige ruimte waarin ze vrij kunnen zijn van vooroordelen, conflicten en kritiek, die in de bredere samenleving permanent aanwezig zijn. Deze plekken bieden verschillende groepen essentiële plekken waar men vrij de eigen identiteit kan uiten en in dialoog kan gaan met gelijkgestemden (MacEoghain, 2021). Uiteraard zijn *safe spaces* niet nieuw, alleen had de algemene bevol-

E. Elaut is psycholoog-seksuoloog VVS, coordinator van het Centrum voor Seksuologie en Gender van het UZ Gent en klinisch professor aan de vakgroep Experimenteel-Klinische en Gezondheidspsychologie, Universiteit Gent.

¹ Hulpverleners in de media hoor ik vaak een betoog starten met 'in mijn praktijk hoor ik vaak dat...'. Er schuilt een gevaar in de gewoonte om een bepaalde groep enkel door een klinische lens te bekijken. Een zorgverlener die enkel transgender en gender diverse mensen spreekt in een professionele context, zou kunnen gaan denken dat alle mensen uit deze groep psychische klachten vertonen. Ook wetenschappelijke literatuur vertoont wel eens zo'n denkfouten (A Campo et al, 2003). Uiteraard vertonen mensen die zorg opzoeken wel eens psychische klachten; daarom zoeken ze op dat moment ook zorg op... Wanneer je buiten een klinische context in interactie gaat met deze groep, zal je echter een heel ander -en veel diverser- beeld ontwikkelen.

king lang weinig idee van hun bestaan en de redenen van hun bestaan.

Hoewel het waarschijnlijk niet meer nodig is, zet ik voor de goede orde nog enkele termen op een rij voor degenen die zelden in aanraking komen met het genderthema. Denk je zelf even na: hoe kwam bij jezelf die M of V op je identiteitskaart terecht? Medisch personeel heeft jou een (geboorte)geslacht toegewezen na genitale inspectie en die observatie van een penis of vulva heeft geresulteerd in een bepaalde registratie op de burgerlijke stand. Dat benoemen we als **geboortegeslacht**. Hoewel de meeste mensen daar niet bij stilstaan, wijzen we baby's op dat moment ook een **genderidentiteit** toe (als het al niet eerder gebeurde op een zogenaamde *gender reveal party*...). We veronderstellen dus collectief en gemakkelijkschalve dat iemand zich man of vrouw zal voelen (zijn we eigenlijk niet allemaal een bepaalde tint paars, elk onze eigen verhouding van 'roze' en 'blauw'?). Bovendien kent elke cultuur en elke tijd een specifieke invulling van wat mannelijke/vrouwelijke eigenschappen zijn en hoe mensen zich in de samenleving *horen* te uiten. Zo zijn lange gewaden onder mannen veel gewoner in bijvoorbeeld India dan in België. De invulling van de **genderrol** en **genderexpressie** is dan ook verbonden aan bepaalde gendernormen en soms aan genderstereotypen (bijvoorbeeld 'vrouwen zijn zachter', 'mannen zijn directer'). Deze concepten onderscheiden zich **van seksuele oriëntatie** of identiteit, of tot wie we ons seksueel aangetrokken voelen. Het is uiteraard evident dat dit overzicht niet volledig kan zijn.

Van genderbinariteit naar een genderspectrum

Hoewel ik het hier niet ga hebben over psychiatrische handboeken, moet toch ook gezegd dat ook DSM-5 intussen al bijna 10 jaar stelt dat genderidentiteit een spectrum is. Naast trans mannen en trans vrouwen, zijn er tevens mensen die zich niet duidelijk in het hokje man of vrouw thuisvoelen en 'genderfluïde', 'non-binair' of nog andere termen hanteren om hun genderidentiteit te omschrijven, en al dan niet om andere voornaamwoorden of aanspreking verzoeken. Het is belangrijk hier te benadrukken dat erkenning voor deze laatste groep geen miskenning van vrouwen en mannen hoeft in te houden. Het genderspectrum is breed genoeg om allemaal naast elkaar te kunnen gaan staan, zonder iemand uit te sluiten. In deze context is het van belang ook aan te stippen dat de natuur even goed variatie in geslachtelijke kenmerken creeërt, **interseks** personen genoemd (google eens de verhalen van Caster Semenya of Hanne Gaby Odiele). Hoewel transgender personen in de regel een binair geboortegeslacht heb-

ben, is het belangrijk om op te merken dat noch gender noch geslacht exclusief binaire categorieën zijn. We spreken dan ook niet alleen over transgender mannen (vrouwelijk geboortegeslacht, mannelijke genderidentiteit) en transgender vrouwen (mannelijk geboortegeslacht, vrouwelijke genderidentiteit), maar ook over genderfluïde en non-binaire personen. **Genderfluïde personen** stellen dat hun identiteit fluctueert afhankelijk van de omstandigheden of situatie. **Non-binaire personen** voelen zich noch in het hokje man, noch in het hokje vrouw thuis, ofwel net in allebei. Om recht te doen aan deze brede genderdiversiteit, wordt dan ook vaak gesproken van een 'transgender paraplu' (waaronder uiteraard nog meer dan de hier genoemde termen vallen). De verhalen van trans mannen en trans vrouwen zijn intussen al vaker verteld in populaire media (Bo Van Spilbeek, Sam Bettens en vele anderen). Non-binaire personen (zoals Sam Smith of Christine and The Queens) voelen zich niet helemaal thuis in ons maatschappelijk man- of vrouwbeeld en zijn nog maar weinig vertegenwoordigd in mainstream media. Een nog onzichtbaarder groep zijn de mensen die aan **cross-dressing** en/of *drag* doen, hoewel dat laatste vandaag al iets meer gemainstreamed lijkt door de Netflix-reeks 'Ru Pauls drag race'.

Over het 'groene licht' en andere ideeën over transitie-gerelateerde zorg

'Transitie-gerelateerde zorg is er enkel voor mensen met een medische zorgvraag', daar moet je eerst groen licht van de genderpsycholoog vooraleer je naar medische interventies kan'... Deze en vele andere ideeën zijn gemeengoed. Wanneer mensen genderzorgen ervaren en bij de transitie-gerelateerde zorg aankloppen: wat kunnen zij van deze zorg verwachten? Voor wie de eerste opvatting zou onderschrijven: hoewel de teamleden op het Centrum voor Seksuologie en Gender (CSG, UZ Gent) vooral mensen spreken die een medische zorgvraag hebben, kunnen mensen bij ons even goed terecht om na te denken over hun gendervragen zonder daar medische stappen aan te verbinden. Genderpsychologen zijn ervaren in het ondersteunen van een denkproces rond gendervragen en geassocieerde topics zoals bijvoorbeeld erover spreken met significante anderen, uitzoeken wat jouw plek op het genderspectrum zou kunnen zijn, experimenteren met diverse genderexpressies enzomeer, uiteraard altijd zonder het antwoord voor jou in te vullen.

Een andere wijdverspreide opvatting betreft de rol van genderpsychologen en het befaamde 'groene licht'. Laat ons eens van naderbij gaan bekijken welke richtlijnen toonaangevende organisaties hierover formuleren.

¹ De term FLINTA* (Female, Lesbian, Intersex, Trans, Agender en iedereen die zich in geen van voornoemde categorieën herkent maar toch onderdrukking ervaart in de cispatriarchale samenleving) onlenen de café-uitbaters aan de Berlijnse queerscene (3).

De **Standards of Care** (versie 7 – versie 8 zou in de loop van 2022 verschijnen) van de *World Professional Association of Transgender Health* (WPATH) stellen samengevat het volgende:

“Mental health professionals need to have a functioning relationship with their clients, and have sufficient information on them. Clinicians need to 1. assess gender dysphoria, 2. inform on possible medical interventions, 3. discuss treatment options for co-existent mental health concerns, 4. assess eligibility, prepare, and refer for hormone therapy, 5. if applicable: assess eligibility, prepare and refer for surgery. The treatment decision is first and foremost the client’s decision, but the mental health professional shares ethical and legal responsibility for the decision with the providing physician.” (4)

Naast het opbouwen van een degelijke cliënt-therapeut samenwerkingsrelatie, dienen genderpsychologen dus ook ‘genderdysforie (DSM-5)’ of ‘genderincongruentie (ICD-11)’ vast te stellen, mensen te informeren over potentiële medische interventies, voor eventueel aanwezige mentale klachten verwijzingen voorzien (althans voor wat niet kan gebeuren binnen transitie-gerelateerde zorg) en mensen voorbereiden op eventuele medische stappen. Hoewel de beslissing tot behandeling de beslissing van de cliënt blijft, wordt juridische aansprakelijkheid voor deze beslissing gedeeld door de psycholoog en de behandelend arts (endocrinoloog, chirurg en vele anderen). Transgender en gender diverse cliënten kunnen genderpsychologen de facto dus niet ontheffen van deze verantwoordelijkheid, zo bevestigt eveneens de Belgische wetgeving.

Wie hier iets langer over nadenkt, merkt al snel dat de *Standards of Care* met deze formulering eigenlijk een **impliciet onoplosbaar moreel conflict** doen ontstaan. De genderpsycholoog dient namelijk de nodige kennis en vaardigheden aan te wenden om een degelijke *assessment* van genderdysforie/genderincongruentie uit te voeren, want *regret* of *damage* moeten worden voorkomen (Coleman et al, 2012). Deze formulering plaatst een zorgverlener potentieel in een zekere vorm van paternalisme (‘zorgverlener weet het beter en beslist voor de cliënt’), ook wel ‘poortwachterschap of *gate-keeping*’ genoemd. Tegelijk wordt de autonomie van de cliënt relationeel ingevuld, want ‘*people should be able to realize their gendered selves*’ (Coleman et al, 2012). De genderpsycholoog wordt dus gevraagd om een positieve en relationele invulling van autonomie te hanteren. Mensen zijn namelijk altijd verbonden met anderen, niemand van ons bestaat op zichzelf. We worden ook

niet geboren met een vastliggende set aan normen en waarden, maar deze worden ontplooid tijdens onze socialisatie. Ons autonome zelf is dus altijd en onvermijdelijk in interactie met anderen. In dergelijke houding moet kritische reflectie een plek krijgen, maar kan dat wel altijd verzoend worden met het valideren van de identiteit en beleving van onze cliënten (Gerritse et al, 2021; Heylens & Elaut, in druk)? Idealiter komt de genderpsycholoog terecht in een volleerd ‘koordansen’ binnen een **deliberatief model**, waarbij de psycholoog oprecht kan meedenken met de cliënt en diens noden, waardoor de cliënt zich voldoende veilig kan voelen om in alle oprechtheid en openheid te spreken (Heylens & Elaut, in druk). Twee voorwaarden lijken dus noodzakelijk om tot een werkzame samenwerkingsrelatie te kunnen komen: de cliënt in de rol van de expert in het eigen leven, persoonlijke voorkeuren en waardensysteem, en de gekwalificeerde, goed geïnformeerde genderpsycholoog met unieke vaardigheden en klinische expertise, als een expert die de cliënt op transparante wijze kan gidsen doorheen diens hoogst persoonlijke ‘genderreis’ (Heylens & Elaut, in druk). Want uiteraard zijn transgender en gender diverse mensen bij uitstek de expert hun eigen levensverhaal en beleving; de genderpsycholoog heeft een even unieke expertise op vlak van ervaringen van vele anderen en over hoe zaken kunnen verlopen, en beide expertises worden idealiter samengelegd. De belangrijkste en eerste taak van een genderpsycholoog is dan ook altijd het opbouwen van een **constructieve psychotherapeutische samenwerkingsrelatie**. Veel meer en heel anders dan bij somatische artsen, is deze band hét werkinstrument van psychologen.

Hoewel internationale richtlijnen psychologen in de rol (kunnen) zetten om voor genderbevestigende hormoontherapie en chirurgie verwijsbrieven op te maken, is het belangrijk te benadrukken dat psychologen in deze context niet zomaar “brievenschrijvers” zijn. Dergelijke **doorverwijsbrief** is idealiter een weergave van een erg persoonlijk en individueel verhaal en zorgnood. Als je nadenkt over wat de transitie-gerelateerde zorg vandaag inhoudelijk relevant vindt om aan te kaarten (bijvoorbeeld genderontwikkeling, eventuele sociale transitie, betrekken van significante anderen, nadenken over gewenste mogelijkheden in toekomstige vruchtbaarheid/kinderwens, in dialoog gaan rond de verwachtingen van genderbevestigende medische mogelijkheden, impact van genderbevestigende medische interventies op seksualiteitsbeleving etc), wordt het duidelijk dat één gesprek zelden zal volstaan om al deze aspecten aan bod te laten komen. Zeker gezien de dalende leeftijd van zorgvragers, is het van belang om de tijd te mogen nemen om de zorgnood

degelijk in kaart te brengen. Tien jaar geleden zag het Centrum voor Seksuologie en Gender (CSG) (UZGent) vaker dertigers en veertigers met een voltooid gezin; we spraken dan vaak over het dilemma dat ontstond in dat gezin. Vandaag zien wij steeds vaker adolescenten en jongvolwassenen, die nog niet aan de start van gezinsvorming toe zijn en vaak nog inwonen bij hun ouders. Deze evolutie vraagt dus om een aanpak die per definitie de omgeving betreft: wij zetten bewust in op het proberen herstellen of in stand houden van een vorm van verbinding met het gezin van oorsprong of andere relevante zorgfiguren, partners enzomeer. Het spreekt voor zich dat de tijd van één intakegesprek meestal niet kan volstaan om ook vanuit de cliënt het vertrouwen en mandaat te krijgen om deze significante anderen te mogen uitnodigen in hun verhaal.

Naar een toekomst zonder gender?

Na dit verhaal moet ik helaas nuanceren dat ondanks een vertienvoudiging van het aantal psychologen op het CSG het aantal zorgvragen nog steeds sneller blijft stijgen dan het zorgaanbod. Tot mijn grote spijt raakt hierdoor de toegang tot de transitie-gerelateerde zorg in Vlaanderen ernstig gehinderd en zijn wachtlijsten ontstaan. Ter illustratie: in 2021 waren ongeveer 1400 zorgtrajecten lopend, maar wachten bijna 1000 mensen op een eerste gesprek met een genderpsycholoog. Deze situatie is door alle betrokken hulpverleners ongewenst, maar helaas niet in een vingerknip op te lossen. Het CSG lanceerde begin 2021 via de media dan ook een duidelijke oproep aan andere ziekenhuizen om eveneens gespecialiseerde genderteams op te richten. Wie de oprichting van een multidisciplinair genderteam in een Vlaams ziekenhuis ambieert, is dan ook van harte welkom op onze studiedag van 23 april 2022.

Uiteraard weten we dat de impact van maatschappelijke rolmodellen, sociale media e.d. een grote rol spelen in het bekender maken van deze zorg. Velen hebben zich al het hoofd gebroken over welke processen deze maatschappelijke tendens aansturen: is het enkel die verborgen ijsberg (een zogenaamd *dark number*) die boven water komt? Vinden meer mensen de weg naar de zorg, eenvoudigweg omdat de maatschappelijke toon de afgelopen tien jaar in positieve zin is geëvolueerd, of gebeurt er ook iets anders? Is het echt zo dat het maatschappelijk manbeeld of vrouwbeeld de laatste decennia minder rigide zou zijn geworden? Hoe moet de transitie-gerelateerde zorg zich verhouden tegenover de zichtbaarder wordende groep non-binaire mensen en *cross-dressers*, die vaak niet gerepresenteerd worden door onze samenleving en waarover erg beperkte wetenschappelijke evidentie de medische interventies onderbouwt? En wat zegt het over onze samenleving indien steeds meer mensen zich buiten het systeem voelen vallen? Misschien moeten we gewoon stoppen met voor elke individuele beleving een nieuw hokje of een nieuwe letter toe te voegen, en mogen mensen zichzelf zijn zonder daar een reeks nieuwe

woorden voor te moeten creëren? Dus als we ons collectief buigen over de vraag hoe gender in de toekomst vorm zouden kunnen krijgen, vraag ik mij alvast af of dit debat eigenlijk alleen maar over genderminderheden gaat. Is de mens als soort niet gewoon rijker en veerkrachtiger *dankzij* onderlinge verschillen, die onze gelijkwaardigheid niet beïnvloeden? Hoe raken wij naar een samenleving waarin menselijke verschillen gelijkwaardig naast elkaar mogen staan, waarin je je vrouw mag noemen ondanks je over een aantal trekken beschikt die als mannelijk worden gelabeld?

Literatuur

- À Campo, J., Nijman, H., Merckelbach, H., & Evers, C. (2003). Psychiatric comorbidity of gender identity disorders: a survey among Dutch psychiatrists. *American Journal of Psychiatry*, 160(7), 1332-1336.
- Coleman, E. et al (2012). Standards of Care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people (7th version). *International Journal of Transgender Health*, 13(4), 165-232.
- Heylens, G., & Elaut, E. (in druk). The ever changing role of the mental health care professional in transgender health care. In Van Trotsenburg, M., Luikenaar, R., & Meriggiola, M. C. *Trans*Gynecology: Managing Transgender Patients in ObGyn Practice*, Cambridge University Press.
- Gerritse, K., Hartman, L.A., Bremmer, M.A., Kreukels, B.P.C., & Molewijk, B.C. (2021). Decision-making approaches in transgender healthcare: conceptual analysis and ethical implications. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 24, 687-699.
- Goossens, L. (2021). 'Cismannen uitgesloten'? Wij hadden liever gelezen 'FLINTA-personen krijgen eindelijk plaats': Gents café reageert op commotie. *De Morgen*, 6.10.2021.
- MacEoghain, J. (2021). Resisting your norms: queer power in social spaces. *The Macksey Journal*, 2, article 122.
- Pang, K.C., de Graaf, N.M., Chew, D., Hoq, M., Keith, D.R., Carmichael, P., & Steensma, T. (2020). Association of media coverage of transgender and gender diverse issues with rates of referral of transgender children and adolescents to specialist gender clinics in the UK and Australia. *JAMA Network Open*. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.11161
- T'Sjoen, G. *Transgendercentrum van UZ Gent roept andere ziekenhuizen op om ook gespecialiseerde zorg op te starten*. *De Ochtend*, 11.1.2021.

Reflectie op de toekomst van gender en seksuele oriëntatie

Sandra Van den Eynde & Svenja Vergauwen

Leven op een spectrum is uitdagend voor mens en maatschappij, zo leidde de eerste sessie het thema van gender en seksualiteit in. Hoewel het thema veel media-aandacht geniet, is genderdiversiteit en variatie nog lang niet breed ingeburgerd, laat staan aanvaard. Met die insteek startte het debat van sessie over de toekomst van gender en seksuele oriëntatie met Jaouad Alloul, Bieke Purnelle en Els Elaut.

Misschien, zo werd gesteld in het debat, bestaat onze uitdaging er wel uit om te evolueren naar een maatschappij die net minder belang hecht aan identiteit en seksuele voorkeuren. De huidige opdeling in hokjes heeft nu mogelijks zijn hoogtepunt wel bereikt. Begrijpen waar die hang naar individuele erkenning vandaan komt, kan ons wellicht tot een meer werkbaar alternatief brengen om de hokjes collectief te laten varen, zo meende men. Dat mensen zich op steeds jongere leeftijd uitdrukken over hun positie op het genderspectrum, zal eveneens mee een motor voor verandering zijn. Het zal er ongetwijfeld aan bijdragen dat we met z'n allen elkaar beter trachten te begrijpen door met elkaar in gesprek te gaan. Toegegeven, ons maatschappelijk debat en de bijhorende evolutie in aanbod en regelgeving is nog nooit zo hard (snel) gegaan als vandaag en de voorbije 10 jaren.

Dat er iets aan het bewegen is, voelen we tot in de kleinste bezigheden van onze dagelijkse interacties, de manier waarop we elkaar versieren, de taal en iconen die we gebruiken. Wie weet moeten we binnenkort zelfs onze conventies in de ontwikkelingspsychologie herzien en gaan we van het vertrouwde lineaire model over naar een meer iteratief proces waarbij je identiteitsvorming doorheen je leven kan herbezoekt en fundamenteel hertekend worden. Verandering en evolutie brengen de uitdaging met zich mee om het vertrouwde los te laten. Net als in de Innovatietheorie van Rogers zal ook deze evolutie zijn innovatoren en achterblijvers kennen. De uitdaging zal eruit bestaan om de groep die grote moeite heeft met de veranderingen (bv TERF¹, machismo), zo klein mogelijk te houden. Of beter, hen trachten te ontmoeten in hun bekommernissen. Wie weet zitten daar zelfs meer gelijkenissen in dan verschillen. Waarom roept een vrije seksualiteitsbeleving of een andere genderbeleving dan zoveel weerstand op of komt het bedreigend over? Volgens Jaouad Alloul

heeft het ermee te maken dat sommige mensen niet geconfronteerd willen worden met de eigen gevoelens, dat je bijvoorbeeld als man niet onderkent dat je ook een vorm van vrouwelijkheid hebt. Angst lijkt wel het sleutelwoord. Die angst begrijpen en leren erkennen, aanvaarden zal een stap verder brengen. Zo is er ook de angst om persoonlijk verlies te lijden bij verandering en kan deze net gezamenlijk overwonnen worden. In verbinding met een ander waarbij je je veilig voelt, lukt dat immers makkelijker, zo weet ook Binu Singh. Het is zelfs verrijkend om meer aandacht te hebben voor hoe we naar elkaar kijken, hoe we zelf worden gepercipieerd om de invloed van onze eigen privileges beter te begrijpen. Dat was alvast het betoog van Jaouad Alloul, Bieke Purnelle en Els Elaut tijdens het debat. Seksualiteit manifesteert zich niet enkel rond de puberteit maar kan een leven lang ontwikkelen waarin iedereen de vrijheid zou moeten ervaren (of het nu heteroseksualiteit, mannelijkheid of vrouwelijkheid is) om vorm te geven aan de eigen seksualiteit, los van heersende normen. En dat we daar met z'n allen wat minder drama hoeven over te maken door wat meer diversiteit in onze genderrollen aan te brengen. De uitdaging voor de toekomst zal zijn om beter met elkaars grenzen om te gaan, zo weet ook Alloul.

“De toekomst van seks gaat over consent. Niet over diversiteit. Diversiteit is er gewoon.” Jaouad Alloul

“In de toekomst zullen de rollen voor jongens en mannen star en rigide blijven” was de poll-vraag die aan de deelnemers werd voorgelegd. 61% van de deelnemers was het hier niet mee eens, 1/3e van de deelnemers twijfelde en 5% was ervan overtuigd dat jongens en mannen binnen 25 jaar nog steeds even weinig bewegingsruimte zouden hebben in de invulling van hun genderrol. Een genderrol-verstarring dient ons zorgen te baren. We weten immers dat de strakke genderrol voor mannen hen net in het vizier brengt van meer suicide, meer geweld, minder snel hulp zoeken. Sterker nog, we werken het als maatschappij in de hand dat mannen geen (of niet zoveel) zorg nodig hebben. Gelukkig ziet twee derde van de deelnemers de toekomst gunstiger tegemoet, misschien zelfs al aan de hand van eigen voorbeelden of rondom zich. Dat die diversiteit

¹ TERF: trans-exclusionary radical feminist

door rolmodellen kan getoond worden, heeft zeker zijn belang. Meer nog, we hebben elkaar nodig om gangbare genderrollen te ontmantelen en te hertekenen. Voor mannen ligt hier wellicht nog het grootste werk om een nieuwe invulling aan mannelijkheid te geven. Inspirerend is het dan om te kijken naar jongeren en hoe zij, los van enige hang naar nostalgie, zichzelf de ruimte toe-eigenen om te leren door het uit te proberen (*'learning by doing'*) en bij te stellen onderweg.

*"Rechten zijn geen taart die op kan raken.
Iedereen heeft recht op rechten."* Bieke Purnelle