

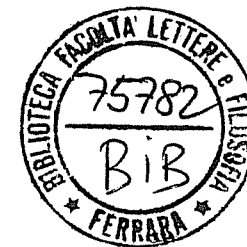
159295

**Genere**

**La costruzione sociale del femminile  
e del maschile**

a cura di

Simonetta Piccone Stella e Chiara Saraceno



**Società editrice il Mulino**

complessa fra questi due elementi che spiega perché la mascolinità riesca ad incidere profondamente su esperienza ed azione, spesso in modi che sfuggono alla consapevolezza dei soggetti. Ad un tempo e allo stesso tempo, gli uomini perseguono obiettivi pratici di potenziamento del loro genere e sono guidati da inconsapevoli fantasie atte a difendere la psiche<sup>22</sup>. Questo a parer mio è il significato del patriarcato. Quasi tutte le forme patriarcali della storia sono nate da bisogni psichici uniti alla percezione dei vantaggi materiali che derivano dal potere sulle donne. Definire le interrelazioni e valutare il loro impatto sociale è senza dubbio uno dei principali obiettivi degli storici. La sfida è stata lanciata più di dieci anni fa da Sally Alexander e Barbara Taylor [Samuel 1981, 372], e bisogna dire che finora sono stati fatti pochi progressi.

L'altro punto che vorrei mettere in evidenza riguarda la mia analisi delle gerarchie di mascolinità. È di fondamentale importanza stabilire che queste gerarchie sono a sé stanti, non riducibili a distinzioni di classe, etnicità o religione e questa è la ragione per cui, quando inseriamo il genere nella storia sociale, non stiamo semplicemente contestualizzando le reazioni delle persone in modo più completo – stiamo spostando il peso della spiegazione. Ma ciò rende ancor più urgenti i problemi di interpretazione. Qual era la dinamica dietro l'equilibrio precario fra lavoro, casa e associazione che ho individuato come aree principali del riconoscimento della mascolinità? E come dovremmo concepire la relazione fra il discorsivo ed il sociale nel caso di strutture di potere che spesso sono rimaste discretamente nascoste? Di fronte a tali interrogativi sono di certo necessarie tutte le risorse dello storico culturale e sociale. A mio parere le risposte non riguarderanno una ennesima sottospecializzazione, ma saranno fondamentali per definire il modo in cui noi storici affrontiamo la nostra materia.

<sup>22</sup> Oppure, per dirla con Joanna de Groot, il potere maschile «dovrebbe essere inteso non solo come funzione pratica ma anche come processo di definizione del sé e degli altri» [de Groot, in Mendus e Rendall 1989, 100].

## La costruzione medica del genere: il caso dei bambini intersessuati

La nascita di bambini intersessuati, cioè nati con genitali né chiaramente maschili né chiaramente femminili, è documentata sin dai tempi più antichi<sup>1</sup>. Alla fine del ventesimo secolo la tecnologia medica consente ormai agli scienziati di determinare il genere cromosomico e ormonale, comunemente considerato il vero genere biologico, quello naturale, che di solito viene indicato come «sesso» [Kessler e McKenna 1985]. Ciononostante, i medici che affrontano i casi dei bambini intersessuati considerano diversi fattori quando devono determinare, attribuire ed annunciare il genere di un bambino. In effetti la loro decisione è spesso basata più che su fattori biologici su fattori culturali, quali la «giusta» lunghezza del pene e la capacità della vagina.

Nella letteratura sull'intersessualità, questioni quali l'annuncio del genere di un neonato nel momento del parto, i discorsi *post partum* con i genitori e gli incontri con i pazienti durante l'adolescenza sono considerati di secondaria importanza rispetto ai momenti propriamente medici – l'eziologia, la diagnosi e le tecniche chirurgiche [si veda, ad esempio, Bolkenius *et al.* 1984, 33-38; Glassberg 1980, 409-421; Lee *et al.* 1980, 156-163]. Eppure i membri delle équipe mediche seguono pratiche standard nel trattamento dell'intersessualità che in ultima analisi si basano su concezioni culturali di genere. Il processo e le regole di condotta in base alle quali vengono prese decisioni sulla (ri)costruzione del genere rivelano il modello per la costruzione sociale del genere nel suo complesso. Inoltre, di fronte a fatti chiaramente inconfutabili – bambini nati con caratteristiche sessuali e riproduttive sia maschili che femminili – i medici sono irrimediabilmente convinti ed

<sup>1</sup> Per rassegne storiche sulla persona intersessuata nell'antichità greca e romana si veda Fiedler [1978]; Bullogh [1976]. Per il Medioevo e il Rinascimento si veda Foucault [1978]. Per il diciottesimo e il diciannovesimo secolo si veda Foucault [1978]; e per l'inizio del ventesimo secolo, si veda Ellis [1942].

insistono sul fatto che il femminile e il maschile siano le uniche due possibilità «naturali». Questo paradosso mette in luce e chiama in causa l'idea secondo cui il femminile ed il maschile sono dati biologici che impongono una cultura composta solo di due generi.

Ho intervistato sei esperti medici (tre donne e tre uomini) nel campo dell'intersessualità pediatrica: un genetista clinico, tre endocrinologi (due dei quali specialisti in pediatria), uno psicoendocrinologo ed un urologo. Tutti hanno avuto una vasta esperienza clinica con varie sindromi di intersessualità ed alcuni sono ricercatori universalmente noti in questo campo. Sono stati scelti in base alla loro importanza nel settore e perché rappresentano quattro diversi centri medici di New York. Sebbene si conoscano tra loro, non collaborano nelle ricerche né fanno parte dello stesso gruppo di lavoro. Tutti furono intervistati nella primavera del 1985, nel loro ufficio, e le interviste ebbero la durata di circa quarantacinque minuti-un'ora. Tutte le citazioni riportate in questo articolo, salvo diversa indicazione, sono tratte da queste interviste.

### La teoria della gestione della intersessualità

L'avanzato livello dell'odierna tecnologia medica ha consentito una vasta compilazione di varie categorie di intersessualità fondate sulle diverse cause della malformazione dei genitali. Meno del 5 per cento di tutti i casi di ambiguità genitale sono dovuti alla «vera» condizione di «intersessualità», in cui sia il tessuto ovarico che quello testicolare sono presenti o nella stessa gonade o nelle gonadi controlaterali [Castro-Magana *et al.* 1984, 172-188]. Più comunemente, il bambino ha o le ovaie o i testicoli, ma i genitali sono ambigui. Se il bambino ha due ovaie, si parla di pseudoermafroditismo femminile. Se il bambino ha due testicoli, si parla di pseudoermafroditismo maschile. Per entrambe le forme di pseudoermafroditismo le cause sono numerose e benché ci siano pericoli per la vita in alcune di queste condizioni, avere genitali ambigui non è di per sé pericoloso per la salute del bambino<sup>2</sup>. Anche

<sup>2</sup> Ad esempio, i bambini la cui intersessualità è causata da iperplasia surrenale congenita possono sviluppare gravi disturbi elettrolitici se la loro condizione non viene tenuta sotto controllo con trattamenti al cortisone. I bambini intersessuati la cui condizione è causata da insensibilità androgena sono a rischio a livello di degenerazione maligna dei testicoli se questi non vengono tolti. Per un catalogo completo delle sindromi cliniche legate alla condizione di intersessualità, si veda Lev-Ran [1978], in Money e Musaph [1978, 157-173].

se la maggior parte dei casi di ambiguità genitale non rappresenta una vera condizione di intersessualità, mi atterrò al metodo della letteratura contemporanea considerandoli tutti come casi di intersessualità.

Gli atteggiamenti correnti nei confronti della condizione di intersessualità sono influenzati da tre fattori principali. In primo luogo, ci sono i progressi straordinari delle tecniche chirurgiche e dell'endocrinologia negli ultimi dieci anni. Ad esempio, oggi i genitali femminili possono essere costruiti in modo identico a quelli naturali, almeno nell'apparenza. Certi peni di dimensioni eccezionalmente ridotte possono essere ingranditi con introduzione di ormoni, sebbene le abilità chirurgiche non consentano ancora di costruire un pene con un aspetto ed una funzionalità normali utilizzando altri tessuti<sup>3</sup>. In secondo luogo, oggi negli Stati Uniti l'influenza del movimento femminista ha messo in causa la valutazione delle donne secondo funzioni strettamente riproduttive, e la presenza o l'assenza di gonadi funzionanti non è più l'unico criterio, o quello determinante, per l'attribuzione del genere. In terzo luogo, i teorici della psicologia contemporanea hanno iniziato a porre l'attenzione sulla «identità di genere» (la percezione individuale del sé come appartenente alla categoria femminile o a quella maschile) distinta dal «ruolo di genere» (le aspettative culturali del comportamento, in quanto «adatto» a una femmina o a un maschio)<sup>4</sup>. L'aspetto rilevante di questa nuova teoria dell'identità

<sup>3</sup> Gran parte della sperimentazione chirurgica in questo campo è stata eseguita da urologi che cercano di creare dei peni per transessuali maschi nati femmine. Benché ci siano stati dei progressi negli ultimi anni nella capacità di creare un pene «estetivamente ragionevole» da tessuto preso da qualche altra parte del corpo, le complesse esigenze dell'organo (sia le funzioni urinarie che quelle sessuali) hanno posto dei problemi a livello chirurgico. Può darsi, tuttavia, che le preoccupazioni degli urologi non siano identiche a quelle dei pazienti. Mentre non disponiamo ancora dei dati sugli intersessuati, sappiamo che i transessuali maschi nati femmine danno molta più importanza alle esigenze «pubbliche» del pene (ad esempio, il poter apparire normali all'orinatoio o con un costume da bagno) che a quelle funzionali (ad esempio, poter urinare o raggiungere un'erezione) [Kessler e McKenna 1985, 128-132]. Col miglioramento delle tecniche chirurgiche, i transessuali maschi nati femmine (e i maschi intersessuati) potrebbero richiedere sempre più spesso organi con un aspetto ed una funzionalità migliori.

<sup>4</sup> Storicamente, la psicologia era stata incline a oscurare la distinzione fra i due facendo coincidere l'accettazione da parte di una persona dei propri genitali col ruolo di genere e ignorando l'identità di genere. Ad esempio, secondo la teoria freudiana, se uno avesse un pene e ne prendesse atto, allora il comportamento di ruolo di genere maschile ne conseguirebbe naturalmente [Freud 1978, vol. X].

di genere per una revisione dei casi di ambiguità genitale è che il genere va stabilito il prima possibile per consentire uno sviluppo positivo dell'identità di genere. Conseguentemente a questi tre fattori, oggi l'intersessualità è considerata una condizione curabile dei genitali, condizione che chiede di essere risolta rapidamente.

Secondo tutti gli specialisti intervistati, i casi di intersessualità vanno affrontati seguendo la teoria del genere proposta inizialmente da John Money, J.G. Hampson e J.L. Hampson nel 1955 e sviluppata nel 1972 da Money e Anke A. Ehrhardt, secondo la quale l'identità di genere può mutare approssimativamente fino ai diciotto mesi d'età. «Per usare l'allegoria di Pigmàlione, si può cominciare con la stessa creta e modellare un dio o una dea.» La teoria si fonda sul soddisfacimento di varie condizioni: gli esperti devono accertare che i genitori non abbiano alcun dubbio sul fatto che il loro bambino sia maschio o femmina; i genitali devono essere adattati al genere stabilito il prima possibile; gli ormoni corrispondenti al genere vanno somministrati nella pubertà; e i bambini intersessuati devono essere informati sulla loro situazione con spiegazioni adatte alla loro età. Se queste condizioni vengono soddisfatte, la teoria sostiene che il bambino intersessuato svilupperà un'identità di genere corrispondente all'attribuzione del genere (indipendentemente dal genere cromosomico) e non porrà in dubbio il genere attribuitogli/le per richiederne un altro in seguito.

La teoria di Money ed Ehrhardt è suffragata concretamente solo da alcuni casi molto citati, ma è stata accettata a causa del prestigio dei due teorici e poiché si accorda con le idee correnti sul genere, i bambini, la psicologia e la medicina. Il genere e i bambini sono malleabili; la psicologia e la medicina sono gli strumenti usati per la loro trasformazione.

I medici intervistati concordano sulla tesi secondo la quale il genere venga stabilito immediatamente, perentoriamente ed in maniera irreversibile e ogni parere professionale sia presentato in modo chiaro e privo di ambiguità. Lo psicoendocrinologo disse che quando i medici affermano qualcosa sul bambino, dovrebbero poi «mantenere il punto». L'urologo disse: «Se fai un'affermazione per poi doverla negare o sminuire, hai perso la tua credibilità». Un'attribuzione di genere espressa con decisione, chiarezza e irrevocabilità contribuisce a dare l'impressione che sia stato scoperto il vero «sesso» naturale del bambino e che sia stato trovato qualcosa che già c'era. Serve inoltre a conservare la credibilità della professione medica, a rassicurare i genitori e a convalidare di riflesso la teoria di Money ed Ehrhardt.

Sempre secondo la teoria, se è necessaria una correzione chirurgica, dovrebbe essere fatta il prima possibile. Se il bambino viene assegnato al sesso maschile, la prima fase della correzione del pene viene intrapresa solitamente nel primo anno di vita e l'intervento successivo viene completato prima che il bambino cominci a frequentare la scuola. Se il bambino viene riconosciuto di genere femminile, la correzione della vulva (compresa la riduzione della clitoride) comincia di solito entro i tre mesi d'età. Money suggerisce che se la riduzione del tessuto fallico fosse ritardata oltre il periodo neonatale, il bambino avrebbe dei ricordi traumatici di castrazione [Money 1974, 215-222]. La vaginoplastica, in femmine con un'adeguata struttura interna (ad esempio, il canale vaginale è vicino alla zona prevista), viene eseguita fra il primo e il quarto anno di vita. Per le bambine che richiedono interventi chirurgici più complessi, il momento dell'intervento potrebbe essere rimandato alla preadolescenza, non prima [Castro-Magana *et al.* 1984]. La costruzione del canale vaginale completo avviene di solito solo quando il corpo ha raggiunto il pieno sviluppo, in seguito alla femminilizzazione puberale con gli estrogeni, anche se ultimamente alcuni specialisti hanno affermato di aver eseguito con successo la costruzione chirurgica della vagina nei primi anni d'infanzia [Braren *et al.* 1980, 569-574]. Nonostante i medici suppongano che sia possibile un trauma per il ricordo della «castrazione» nella prima infanzia, non c'è alcun timore che anche la ricostruzione chirurgica della vagina ritardata oltre il periodo neonatale possa essere traumatica.

Anche se la teoria dell'identità di genere colloca il limite critico di età per la riattribuzione del genere fra i diciotto mesi ed i due anni, i medici riconoscono che la diagnosi, l'attribuzione del genere e la ricostruzione genitale non possono essere posticipate ai due anni, dal momento che una chiara attribuzione del genere e la formazione corretta dei genitali determineranno il tipo di interazione che i genitori avranno col bambino<sup>5</sup>. Il genetista sostenne che quando i genitori «cambiano un pannolino e vedono dei genitali che non significano molto in termini di attribuzione di genere, credo che questo prolunghi una reazione negativa al bambino... Se la dimensione della clitoride è tale che i genitori non riescono a distinguere fra maschio e femmina, talvolta è utile ridurlo in modo che il genitore consideri il proprio bambino una femmina».

<sup>5</sup> Studi su neonati normali hanno indicato che dal momento della nascita la reazione del genitore si basa sul genere del bambino [Rubin *et al.* 1974, 512-519].

Un altro medico fu dello stesso parere: i genitori «devono andare a casa e svolgere il loro compito di genitori sapendo chiaramente se hanno un maschio o una femmina».

### La diagnosi

L'annuncio prematuro del genere di un bambino da parte di un'ostetrica, prima di un attento esame dei genitali, può essere problematico. Money ed i suoi colleghi sostengono che le principali complicazioni nel caso di bambini intersessuati possono derivare dall'incompetenza del personale medico non ben preparato nella sessuologia [Money *et al.*]. Secondo uno degli endocrinologi pediatri intervistati, i ginecologi non ben informati sulle condizioni di intersessualità «non esaminano con sufficiente attenzione i neonati alla nascita e prima di allargare le gambe ed osservare tutto attentamente, saltano subito alle conclusioni dopo una prima occhiata, visto che nel 99 per cento dei casi l'attribuzione è giusta... Chi è presente resta sgomento, i medici intendo. E dicono cose del tutto inappropriate». Ad esempio, egli disse che un ginecologo inesperto potrebbe avere un'uscita di questo tipo: «Penso che lei abbia avuto un maschio, oppure no, forse ha avuto una femmina». Un'altra affermazione impropria che un medico potrebbe fare durante il colloquio *post partum* con i genitori può essere: «Voi avete un maschietto, ma non avrà mai le funzioni di un maschietto, per cui è molto meglio che lo alleviate come una femminuccia». Di conseguenza, disse l'endocrinologo pediatra, «la famiglia se ne va con l'idea di avere un maschietto e questo è ciò che volevano e questo è ciò che hanno intenzione di avere». In tali casi i genitori insistono talvolta nell'allevare il bambino come maschio nonostante le istruzioni del medico di fare l'esatto contrario. «Le persone hanno in mente certe cose che hanno sentito dire, che si tratta di un maschio, e probabilmente non lo dimenticheranno, non lasceranno perdere tanto facilmente l'idea di aver avuto un maschio». Anche secondo l'urologo la prima attribuzione di genere è cruciale: «Una volta che è stato annunciato, hai tra le mani un problema grosso». «Una delle cose peggiori è consentire [ai genitori] di andare avanti e di scegliere un nome, di dirlo a tutti, quando poi salta fuori che il bambino deve essere allevato nel sesso opposto»<sup>6</sup>.

<sup>6</sup> È dimostrato, da altri tipi di fonti, che una volta fatta un'attribuzione di genere, tutte le altre informazioni rafforzano quell'attribuzione e che solo una

Secondo i medici, la gestione errata di casi come questi richiede un'azione correttiva molto delicata. Lo psicoendocrinologo asserì che: «Quando sono coinvolto in prima persona, passo ore intere con i genitori per spiegare loro come sono andate le cose e come un errore simile, o meglio non tanto un errore quanto una decisione diversa», possa essere stato commesso (il corsivo è mio). Un endocrinologo pediatra disse: «[Io] cerco di dissuaderli da equivoci precedenti e dico "Beh, so cosa intendevano, ma il modo in cui ve lo hanno detto vi ha confusi. Credo che questo sia un modo migliore per pensarci"». Queste affermazioni testimoniano lo sforzo dei medici non solo per proteggere i genitori dalla conclusione che il loro bambino non sia né maschio né femmina, ma anche per proteggere altri medici nel loro modo di prendere decisioni. Il trattamento dei casi implica perpetuare l'idea che una buona decisione medica si fonda sulle interpretazioni del vero «sesso» del bambino piuttosto che sulle concezioni culturali di genere.

Probabilmente le «cattive gestioni» si verificano meno in comunità con grossi centri medici, dove gli specialisti sono preparati ad affrontare l'intersessualità ed un'équipe medica (che forse attinge i medici da più cliniche universitarie) viene costituita rapidamente. L'équipe è di solito formata dal medico referente d'origine (un ostetrico o un pediatra), dall'endocrinologo pediatra, dal chirurgo pediatrico (un urologo o un ginecologo) e da un genetista. Possono avere un ruolo importante anche uno psicologo, uno psichiatra, o uno psicoendocrinologo. Se nasce un bambino con genitali incerti in un piccolo ospedale di provincia, senza la presenza di specialisti di rilievo, probabilmente lui o lei viene trasferita in un ospedale in cui siano possibili una diagnosi ed un trattamento. I bambini intersessuati che nascono in aree rurali povere in cui c'è scarsa assistenza medica forse non verranno mai indirizzati alla ricostruzione genitale. Molti di questi bambini, come quelli nati in periodi storici precedenti, cresceranno e vivranno la loro vita adulta nella condizione di ambiguità genitale - cavandosela in qualche modo.

La diagnosi delle condizioni di intersessualità comprende la determinazione del sesso cromosomico e della sindrome che ha causato l'ambiguità genitale e può comprendere procedure mediche quali lo *screening* citologico; l'analisi cromosomica; l'accertamento degli elettroliti del siero; la valutazione degli steroidi, della

nuova informazione estremamente contrastante porterà a mettere in dubbio l'attribuzione originale. Si veda, ad esempio, Kessler e McKenna [1985].

gonadotropina e degli ormoni; l'esame digitale; e l'esame radiologico dei genitali [Castro-Magana 1984]. In qualsiasi condizione di intersessualità, se il bambino viene riconosciuto geneticamente femmina (cioè con un carattere cromosomico XX), allora il trattamento – un intervento chirurgico genitale per ridurre la dimensione del fallo – può aver luogo in tempi relativamente brevi, una volta soddisfatte quelle che secondo i medici sono esigenze psicologiche e culturali. Ad esempio, il deficit di 21-idrossilasi, una forma di pseudoermafroditismo femminile ed una delle condizioni più frequenti, può essere determinata con un esame del sangue entro i primi giorni di vita.

Se, al contrario, si scopre che il bambino ha almeno un cromosoma Y, allora l'intervento chirurgico può essere rimandato considerevolmente. Bisogna però decidere se esaminare prima la capacità del tessuto fallico di rispondere al trattamento androgeno (HCG), che ha lo scopo di ingrandire il microfallo fino ad essere un pene. Come spiegò l'endocrinologo: «Si fa un test di stimolazione con HCG e si scopre che il maschio sta producendo testosterone... I risultati sono pronti probabilmente dopo tre settimane... Sei sicuro che il maschio sta producendo testosterone – ma può rispondervi? Possono essere necessari anche tre mesi di attesa per vedere se il fallo risponde». Se il bambino dal cromosoma Y non può produrre testosterone o non può rispondere al testosterone che sta producendo, il fallo non si svilupperà e il bambino dal cromosoma Y non verrà considerato un maschio dopotutto.

Nel caso in cui il fallo del bambino dovesse rispondere all'applicazione locale di testosterone o ad un breve ciclo di iniezioni intramuscolari di androgeno a bassa potenza, il problema dell'attribuzione di genere sarebbe risolta, anche se forse solo con qualche costo successivo, dal momento che il pene non si svilupperà una seconda volta nella pubertà quando avverrà lo sviluppo del resto del corpo [Money 1974]. Secondo la filosofia con cui Money gestisce questi casi, si suppone che se può essere difficile per un maschio adulto avere un pene molto più piccolo della media, è davvero dannoso per il morale del ragazzino avere un micropene<sup>7</sup>. Nel primo caso può essere in gioco la virilità del maschio, ma nel secondo potrebbe essere in gioco proprio la sua mascolinità essenziale. Sebbene le conseguenze psicologiche di queste esperienze

<sup>7</sup> Tecnicamente, il termine «micropene» dovrebbe essere usato solamente in riferimento ad una struttura eccezionalmente piccola ma ben formata. Un «pene» piccolo e malformato dovrebbe essere chiamato «microfallo» [Lee *et al.* 1980].

non siano state documentate empiricamente, Money ed i suoi colleghi ritengono saggio evitare i problemi sia del micropene durante l'infanzia sia di un pene ancora troppo piccolo dopo la pubertà riattribuendo molti di questi bambini al genere femminile [Money *et al.* 1969, 26]<sup>8</sup>. Questo approccio dimostra che per Money ed i suoi colleghi la determinazione del genere si fonda meno sui cromosomi che sulla misura del pene e ciò implica che la definizione di «maschio» non è data dalla condizione genetica di chi possiede un cromosoma Y ed un cromosoma X o dalla produzione di sperma, ma dalla condizione estetica di chi ha un pene della misura giusta.

Gli esami e le procedure necessarie per formulare la diagnosi (e, di conseguenza, per l'attribuzione del genere) possono richiedere anche diversi mesi [Hecker 1984, 21-31]. Sebbene i medici si preoccupino di non dare un'attribuzione di genere prematura, il loro linguaggio indica la loro difficoltà a prendere una posizione del tutto neutrale e a considerare e a parlare solamente del tessuto fallico che appartiene ad un bambino il cui genere non è stato ancora determinato e deciso. Commenti quali «vediamo se il maschio risponde al testosterone» implicano almeno un'ipotetica attribuzione di genere maschile ad un bambino XY. Anche la spiegazione dello psicoendocrinologo ai genitori circa il programma di trattamento del loro bambino illustra questa implicita attribuzione di genere maschile. «È evidente che questo bambino ha un fallo poco sviluppato. Ma se il fallo risponderà a questo trattamento, siamo quasi sicuri che le tecniche chirurgiche ed ormonali aiuteranno il bambino ad avere l'aspetto di un maschietto. Ma vogliamo esserne assolutamente sicuri: per questo intendiamo usare alcuni trattamenti ormonali e vedere se il tessuto risponde.» Il semplice fatto che questo medico si riferisca ai genitali come ad un fallo «poco sviluppato» piuttosto che come a una clitoride troppo sviluppata suggerisce che il bambino è stato considerato, almeno per il momento, un maschio. Nel caso di un fallo sotto misura, l'ambiguità non è data dal suo essere un pene o meno, ma dal suo essere «abbastanza giusto» per restare un pene. Se al termine del periodo di trattamento il tessuto fallico non ha risposto, quello che era stato un pene potenziale (definito nella letteratura medica «clitoropene») viene considerato ora una clitoride più grande del

<sup>8</sup> Un diverso punto di vista viene sostenuto da un altro eminente teorico dell'identità di genere: «Quando un maschietto (dal pene imperfetto) sa di essere un maschio, si crea un pene che funziona simbolicamente allo stesso modo di quei maschi che hanno un pene normale» [Stoller 1968, 49].



normale (o «penocloride») e si programma un intervento chirurgico come se si trattasse geneticamente di una femmina.

Pertanto il tempo notevole richiesto da una diagnosi di intersexualità e l'assunto, sulla base della teoria dell'identità di genere, che il genere dovrebbe essere attribuito il più presto possibile pongono i medici di fronte a dilemmi di difficile soluzione. Il personale medico si impegna a individuare l'eziologia della condizione al fine di determinare il trattamento migliore, e questo richiede tempo. Eppure essi sentono il dovere di dare un'attribuzione immediata e di presentare dei genitali normali per aspetto e funzione. Un'attribuzione immediata che poi dovrà essere ritrattata è più problematica di un'attribuzione fatta in ritardo, poiché una seconda attribuzione significa dover affrontare tutta una serie di complicazioni sociali in più. L'endocrinologo intervistato aveva commentato: «Abbiamo fatto grossi passi avanti nel senso che possiamo fare la diagnosi di molti casi. Ma non è abbastanza... Non siamo in grado di farla abbastanza presto... Molto spesso si prende una decisione prima di avere a disposizione tutte queste informazioni, semplicemente perché richiede tanto tempo formulare una diagnosi corretta. E non si può far crescere un bambino per un tempo indefinito, non in questa società... C'è pressione sui genitori [per una decisione] e i genitori la trasmettono ai medici». Anche un endocrinologo pediatra fu dello stesso avviso: «A volte ci si può sentire in dovere di operare prima di poter fare una diagnosi... In un caso si disse ai genitori di aspettare per annunciare il sesso mentre il bambino veniva sottoposto a trattamento per vedere se il fallo sarebbe cresciuto con la cura di androgeni. Quando, dopo il primo mese di attesa, si era verificata una certa crescita, i genitori dissero di avergli dato un nome da maschio. Erano riusciti ad aspettare un mese soltanto».

Riflettendo a voce alta sull'assennatezza di far attendere i genitori riguardo all'attribuzione, l'endocrinologo domandò retoricamente: «Perché eseguiamo tutti questi esami se poi alla fine sappiamo benissimo di decidere semplicemente sulla base dell'aspetto dei genitali?». Questa domanda suggerisce che i principi che determinano le decisioni dei medici sono culturali più che biologici, fondati sulla reazione dei genitori e sulla percezione dell'équipe medica di quelle che saranno le prospettive di adattamento sociale del bambino, considerato l'aspetto dei suoi genitali o l'aspetto che a questi sarà dato. Inoltre, finché la decisione si basa in larga misura sull'aspetto dei genitali e il maschio è definito da un pene della «misura giusta», il numero di bambini assegnati al genere femminile supererà di certo quelli assegnati al genere maschile.

## Il periodo di attesa: come affrontare l'ambiguità

Durante il periodo di ambiguità fra la nascita e l'attribuzione del sesso, i medici non solo devono valutare quali saranno le prospettive del bambino di essere un buon maschio, ma devono anche saper affrontare l'incertezza dei genitori su un bambino privo di genere. I medici consigliano ai genitori di rimandare l'annuncio del genere del bambino fino a quando non sia stato chiarito esplicitamente a quale genere appartiene. Secondo loro, i genitori non si dovrebbero sentire obbligati a comunicarlo agli altri. Il genetista clinico intervistato disse che i medici «incoraggiano fondamentalemente [i genitori] a considerare [il bambino] come un neutro». Uno degli endocrinologi pediatri raccontò che in Francia i genitori che si trovavano di fronte a questo dilemma a volte davano al loro bambino un nome neutro, come Claude o Jean. Lo psicoendocrinologo fu dello stesso parere: «Se ti capita un caso veramente al limite e decidi di provare a risolverlo col trattamento ormonale... allora bisogna parlare ai genitori in questo modo: "Cercate di non prendere alcuna decisione. Parlate del vostro bambino come 'bebè' e basta. Non pensate a lui come maschietto o femminuccia"». Eppure, alla domanda se questa fosse una richiesta ragionevole da fare ai genitori nella nostra società il medico rispose: «Credo di no. Penso che i genitori non possano farlo».

Lo stato di New York richiede che il certificato di nascita venga compilato entro quarantotto ore dal parto, ma non è necessario presentarlo prima di trenta giorni. Il genetista dice ai genitori di scrivere «figlio di» invece di un nome. Ci fu un caso in cui i genitori compilarono due moduli di registrazione, uno per ciascun genere, rifiutando di firmarli fino al momento dell'attribuzione finale del genere [Bing e Rudikoff 1970, 73-88]. Uno degli endocrinologi pediatri disse: «Ho sentito una storia; non so se sia vera o meno. Ci furono genitori di un bambino ermafrodita che dissero a tutti di aver avuto due gemelli, un maschio e una femmina. Quando fu chiarito il vero genere, dissero che l'altro era morto».

La genetista spiegò che quando i genitori le chiedono direttamente cosa dire agli altri sul genere del bambino il suo consiglio è di dire «semplicemente che il bebè ha qualche problema al momento e non appena starà meglio ci faremo sentire». Simile a questo è il suggerimento di un endocrinologo pediatra, che consiglia ai genitori di dire: «fino a che il problema non sarà risolto, preferiremmo decisamente non discutere i particolari». Secondo l'urologo, «se non lo si annuncia [il genere], la gente può mormorare e borbottare al proposito, ma non ha nulla di concreto su cui spar-

lare o per cui creare problemi al bambino, o ai genitori o a chichessia». In poche parole, ai genitori si chiede di eludere la questione del genere del bambino piuttosto che ammettere che esso è incerto, facendosi in tal modo complici di tutta una serie di bugie innocenti, omissioni e mistificazioni<sup>9</sup>.

Anche quando insegnano ai genitori come comportarsi con chi non comprenderà o non accetterà la condizione del bambino, i medici devono rendere tale condizione comprensibile e accettabile ai genitori stessi, cercando di presentare la condizione di intersessualità nel modo più normale possibile. Così facendo essi aiutano i genitori a considerare la condizione del bambino nel modo più positivo. Ci sono quattro aspetti chiave in questo processo di «normalizzazione».

Primo, i medici insegnano ai genitori come avviene il normale sviluppo del feto e spiegano che tutti i feti sono potenzialmente sia maschio che femmina. Come spiega uno degli endocrinologi, «in assenza della mascolinità c'è la femminilità... È questo lo schema di base. L'altro [l'interessamento] non è altro che una variazione dello stesso tema». Secondo questa spiegazione la condizione di intersessualità è una fase naturale di ogni sviluppo fetale. Ad un altro endocrinologo «piace mostrare loro delle figure e spiegare che ad un certo punto dello sviluppo i maschi e le femmine appaiono uguali per poi differenziarsi per questa e quella ragione». La letteratura professionale suggerisce che i medici usino diagrammi per illustrare «il principio della natura di usare gli stessi embrioni per produrre le parti genitali esterne del maschio e della femmina» [Mazur 1983, 417-431; Money 1974, 218].

<sup>9</sup> Queste elusioni hanno per forza numerose conseguenze nelle interazioni sociali quotidiane fra genitori, famiglia ed amici. Come si riesca a «colmare» l'incertezza in modo da mantenere una relativa normalità in queste interazioni è un aspetto interessante che meriterebbe ulteriori studi. Invero, l'intera questione della reazione genitoriale merita un'analisi. Uno degli endocrinologi pediatri intervistati ha riconosciuto che i testi pubblicati sull'argomento affrontano la gestione intersessuale solo dal punto di vista medico. Si chiede: «Come vivono [i genitori] ciò che è stato loro detto; e cosa ricordano... cosa si portano dietro?». Un'eccezione a questa negligenza è uno studio che mette a confronto i diversi modi di affrontare la situazione di due coppie. La prima coppia, sebbene inizialmente angosciata, superò l'evento traumatico considerando l'anormalità un atto di dio. La seconda coppia, più istruita e meno religiosa, si affidò alla scienza medica e manifestò il bisogno di comprendere a fondo la biochimica del difetto [Bing e Rudikoff 1970, 73-88]. Si può aggiungere che in molti contesti linguistici, come ad esempio l'italiano, una situazione di questo tipo non si può gestire neppure lessicalmente, dal momento che non esiste un termine neutro per indicare il neonato e la parola «bambino» ha questa funzione solo durante la gravidanza.

Secondo, i medici sottolineano la normalità del bambino per altri aspetti. Ad esempio, il genetista dice ai genitori che «il bambino è sano, ma c'era un problema nel suo sviluppo». L'endocrinologo dichiara che il bambino ha «un leggero difetto, proprio come qualsiasi altra cosa che si potrebbe considerare un difetto di nascita, un neo o un emangioma». Questo linguaggio non solo attenua il colpo per i genitori ma devia anche la loro attenzione. Termini quali «ermafrodita» o «anormale» non vengono mai usati. L'urologo disse di aver consigliato ai genitori «di soffermarsi generalmente sugli aspetti positivi e di non confondere le persone con qualcosa di superfluo».

Terzo, i medici (almeno inizialmente) suggeriscono che non è il genere del bambino ad essere ambiguo ma i suoi genitali. Essi parlano di organi «non sviluppati», «sviluppati male» o «incompleti». Vari medici intervistati diedero le seguenti spiegazioni: «Ad un certo punto lo sviluppo ha seguito un corso diverso e talvolta lo sviluppo non è completo e si può avere qualche problema... nel determinare qual è il sesso *reale*. E così dobbiamo eseguire un esame del sangue per aiutarci» (il corsivo è mio); «il bebè può essere una femmina, il che potrebbe essere indicato dallo striscio buccale, ma non si può ancora provare. Se così risulta, allora si tratta di una femmina normale con un aspetto diverso. Questo può essere corretto chirurgicamente»; «il genere di vostro figlio non ci è chiaro al momento»; «anche se questo sembra un pene piccolo, è in realtà una clitoride grande. E ciò che faremo è rimetterlo nella sua giusta posizione e ridurne la misura della punta in modo da non farlo apparire strano, ma normale». Money ed i suoi colleghi citano un caso in cui ai genitori fu consigliato di dire ai loro amici che il motivo per cui il genere del loro bambino non era maschile come era stato annunciato ma femminile era che «il bebè era... "chiuso là in basso" ... quando la pelle chiusa venne divisa, apparvero gli organi femminili e si scoprì che il bambino era, *in effetti*, una bambina (il corsivo è mio). All'inizio si era pensato erroneamente che fosse un maschio perché "c'era un eccesso di pelle sulla clitoride"» [Money *et al.* 1969, 211].

Ciò che questi esempi dimostrano è che il problema sta nell'abilità del medico di determinare il genere, non nel genere del bambino di per sé. Il vero genere sarà presumibilmente determinato/provato dalle indagini, e i genitali «sbagliati» (che confondono la situazione per tutti) saranno «aggiustati». L'enfasi non cade sul fatto che i medici creano il genere, ma sul fatto che essi completano i genitali. Infatti essi dicono di «ricostruire» i genitali, non di «costruirli». I chirurghi ricreano con altre parti ciò che avrebbe



dovuto esserci. Il semplice fatto che il genere di un bambino viene «riannunciato» piuttosto che «riattribuito» indica che il primo annuncio era stato un errore poiché chi lo aveva dato era confuso dai genitali. Il genere è sempre stato quello che adesso si può vedere<sup>10</sup>.

Infine, i medici dicono ai genitori che i fattori sociali sono più importanti di quelli biologici, nello sviluppo del genere, nonostante essi ricerchino le cause biologiche. Essenzialmente, i medici insegnano ai genitori la teoria dello sviluppo di genere di Money e Ehrhard. In questo modo, essi spostano l'accento dalla scoperta dei fattori biologici che indicano il «vero» genere alla creazione delle giuste condizioni sociali per produrre il «vero» genere. Ciò che rimane non detto è l'evidente contraddizione nella nozione che un genere «vero» o «naturale» possa, o debba essere prodotto artificialmente. I colloqui medici/genitori chiariscono ai familiari che il genere non è un dato biologico (anche se, naturalmente, le loro procedure per giungere ad una diagnosi presuppongono che lo sia) e che il genere è variabile. Lo psicoendocrinologo parafrasò in questo modo una spiegazione data ai genitori: «Dipenderà, in ultima analisi, dal modo in cui ciascuna persona tratterà il vostro bambino e da come il vostro bambino apparirà come persona... Io posso dire loro con sicurezza che in generale [l'identità] di genere concorda chiaramente con l'attribuzione». Similmente, un endocrinologo pediatra spiegò: «[Lo] cerco di convincerli che c'è un'enorme quantità di dati clinici a sostegno del fatto che se si cambia il sesso a un bambino... la maggioranza delle volte l'identità di genere assegnata è commisurata alla socializzazione, all'educazione che riceve e al modo in cui la gente lo vede, e questo sembra essere il punto più critico».

Questi commenti implicano che l'identità di genere (di tutti i bambini, non solo di quelli nati con genitali ambigui) è determinata in primo luogo da fattori sociali, che i genitori e la comunità costruiscono sempre il genere del bambino. Nel caso di bambini intersessuati, i medici non fanno altro che rendere i genitali adatti alla socializzazione. Naturalmente, nelle nascite normali, quando non c'è ambiguità genitale, non si dice ai genitori che il genere del bambino dipende in ultima analisi dalla socializzazione. In quei casi, i medici considerano veramente il genere come un dato biologico.

<sup>10</sup> Il termine «riattribuzione» è più comunemente usato per descrivere i mutamenti di genere di coloro che sono a conoscenza del loro genere precedente, ad esempio i transessuali - persone in cui il genere stesso era un errore.

## L'influenza dei fattori sociali nelle decisioni

Quasi tutti i medici intervistati sostennero che le convinzioni personali dei medici non dovrebbero avere alcun ruolo nel processo decisionale. Come spiegò la psicoendocrinologa: «Io credo che i fattori più importanti siano la probabilità che questo bambino cresca con genitali simili nell'aspetto a quelli del genere attribuito e la possibilità che essi funzionino in effetti secondo quel genere... Questa è la ragione per cui è così importante che l'équipe sia solida, perché [le convinzioni personali] non possono veramente entrarci in alcun modo. Ciò che conta è quello che è chirurgicamente ed endocrinologicamente possibile per quel bambino... In verità sono i criteri medici quelli determinanti. Non credo che molti fattori sociali vi abbiano un ruolo». Se da un lato questo medico mette da parte l'importanza dei fattori sociali nell'attribuzione di genere, dall'altro sostiene energicamente che i fattori sociali sono di estrema importanza nello sviluppo dell'identità di genere. In effetti, ella vuole dire che i fattori sociali entrano effettivamente in gioco subito dopo che il bambino lascia l'ospedale.

In realtà, i medici prendono le loro decisioni sul genere in base a valori culturali condivisi non dichiarati, forse persino inconsci, e perciò considerati oggettivi piuttosto che soggettivi. Money stabilisce la regola fondamentale per l'attribuzione di genere: «mai stabilire che un bambino sia allevato, e sottoposto a terapia chirurgica ed ormonale, come maschietto, se nel periodo neonatale la struttura fallica, ipospadica o altrimenti malformata, non è almeno dello stesso calibro di quella dei maschi della stessa età con dei peni mediamente piccoli» [Money 1975, 610]. In un altro passaggio lui e i suoi colleghi danno le misure precise di ciò che può essere qualificato come micropene: «per convenzione, si definisce un pene micropene quando le sue dimensioni alla nascita corrispondono a tre o più deviazioni standard al di sotto della media... Quando è corrispondentemente ridotto di diametro con corpi cavernosi che sono rudimentali... si qualifica indubbiamente come micropene» [Money *et al.*, 18]. Un endocrinologo pediatra affermò che anche se «la [misura del] fallo non è il fattore decisivo... se alla nascita il fallo è meno di 2 centimetri di lunghezza e non risponde alle cure di androgeni, allora verrà trasformato in femmina».

Queste linee guida sono chiare, ma sono impregnate su un'unica caratteristica fisica, caratteristica decisamente impregnata di significato culturale. Ciò emerge in modo evidente nel caso di un bambino XX con normali gonadi riproduttive femminili ed un

pene perfetto. In tal caso è forse la misura e la forma del pene il fattore decisivo per stabilire che il bambino è «maschio» oppure il pene perfetto viene chirurgicamente distrutto per creare dei genitali femminili? Money osserva che questo dilemma sarebbe ulteriormente complicato dall'anticipata reazione dei genitori nel vedere «il loro figlio, a quanto pare maschio, perdere il pene» [1968, 449-464]. Altri ricercatori concordano sul fatto che probabilmente i genitori vogliono allevare un bambino che abbia un pene di forma normale (indipendentemente dalla misura) come «maschio», specialmente se l'area scrotale appare normale e se i genitori non hanno avuto alcuna esperienza di intersessualità<sup>11</sup>. Altrove Money sostiene di essere contrario all'amputazione del pene nei bambini XX quando sono neonati, dal momento che la mascolinizzazione fetale delle strutture del cervello li predisporrebbero «quasi invariabilmente [a] sviluppare un comportamento da maschiaccio, anche quando fossero allevati come femmine» [Money 1974]. Questo ragionamento implica, primo, che il comportamento da maschiaccio nelle ragazze è negativo e andrebbe evitato; e secondo, che è preferibile rimuovere gli organi femminili interni, impiantare testicoli protesici e regolare gli ormoni «del ragazzo» per tutta la vita piuttosto che ignorare o trascurare la perfezione del pene<sup>12</sup>.

Ciò che in definitiva dimostra a questi medici di essere intervenuti nel modo corretto e di aver dato al bambino intersessuato la giusta attribuzione di genere è che i genitali ricostruiti siano esteticamente normali e che svolgano le normali funzioni una volta che il paziente abbia raggiunto l'età adulta. La vulva, le labbra e la clitoride dovrebbero avere l'aspetto che comunemente hanno per la donna e per il suo o i suoi partner e la vagina dovrebbe essere in grado di accogliere un pene di dimensioni normali. Allo stesso modo, l'uomo e la sua partner dovrebbero sentire che il pene (anche se un po' più piccolo della norma) appare e funziona

<sup>11</sup> [Besheshti *et al.* 1983, 604-607]. Naturalmente, se il pene fosse esteticamente normale e lo scroto vuoto venisse trascurato, sarebbe anche possibile non scoprire fino alla pubertà che il bambino maschio era XX, con una struttura interna femminile.

<sup>12</sup> Un altro fattore sociale entra in gioco quando si prende la decisione, e cioè la probabilità di ottenere un pene perfetto ma anche il probabile trauma che tali procedure possono comportare. Secondo uno degli endocrinologi intervistati, se un bambino XY con un pene non idoneo richiedesse fino a dieci operazioni genitali in un periodo di tempo di sei anni per poter avere un pene idoneo, al bambino sarebbe attribuito il genere femminile. In tal caso, il senso pratico e la pietà dell'endocrinologo avrebbero la meglio su criteri puramente genitali.

in modo non strano. Sebbene non disponiamo di dati per capire quanta importanza la persona intersessuata, lui o lei, riponga sull'aspetto e sul funzionamento dei propri genitali, i medici non hanno dubbi su ciò che essi ritengono importante. Il genetista clinico affermò: «Se hai... una ragazza di diciassette anni che è stata sottoposta a terapia ormonale e che ha il seno sviluppato e peli pubici ma è priva di apertura vaginale, non posso nemmeno concepire l'idea che questa ragazza non voglia subire un intervento chirurgico correttivo». L'urologo riassunse i suoi criteri: «La felicità è il fattore più importante. L'anatomia fa parte della felicità». A quanto afferma Money, «il deficit principale [del fatto di non avere un pene sufficiente] – e ciò che distrugge il morale di una persona – consiste nell'incapacità di soddisfare proprio il partner» [Money 1974, 217]. Un'altra équipe di clinici rivela il proprio fallocentrismo, sostenendo che l'errore più grave nell'attribuzione del genere è la creazione di un «individuo incapace di fare sesso genitale [eterosessuale]» [Castro-Magana *et al.* 1984, 180].

L'equazione genere = genitali poteva emergere solamente in un'era in cui la scienza medica può creare genitali esteticamente credibili e funzionanti, e soprattutto l'enfasi sul buon fallo può emergere solamente in una cultura che concepisce la virilità secondo rigidi criteri di estetica e di prestazione. La formulazione «un buon pene significa maschio; l'assenza di un buon pene significa femmina» rappresenta nella letteratura e per i medici intervistati un criterio oggettivo, operativo in tutti i casi. Pochissima attenzione viene posta su come devono essere i genitali femminili, in termini di misura e di forma, ad eccezione del fatto che la vagina deve poter accogliere un pene<sup>13</sup>.

Alla fine del diciannovesimo secolo, quando la funzione riproduttiva delle donne era culturalmente riconosciuta come la loro caratteristica essenziale, la presenza o l'assenza di ovaie (sia che fossero fertili o meno) era ritenuta il criterio decisivo dell'attribuzione di genere per gli ermafroditi. L'urologo intervistato ricordò un caso dagli anni Cinquanta del nostro secolo in cui a un bambino maschio fu riattribuito il genere di «femmina» all'età di quattro o cinque anni perché erano state scoperte le ovaie. Nondimeno, i medici di oggi, preparati nell'eziologia e nella cura delle va-

<sup>13</sup> Non è chiaro quanto di questa tendenza sia il risultato di una generale svalutazione culturale della femmina e quanto il risultato della maggiore facilità dei medici a costruire genitali femminili esteticamente corretti e sessualmente funzionanti.

rie sindromi di intersessualità, ritengono sbagliate le decisioni che si fondano soprattutto sulle gonadi, sebbene, essi lamentano, la convinzione che le gonadi siano il criterio definitivo «influenza ancora le decisioni di chi è inesperto e disinformato» [Money 1974, 215]<sup>14</sup>. Presumibilmente, chi è preparato ed informato oggi sa che le decisioni basate principalmente sulla misura, la forma e la capacità sessuale del fallo sono giuste.

Se la prospettiva di costruire dei buoni genitali è per i medici la considerazione primaria nelle attribuzioni del genere, un altro fattore non medico fu più volte citato dai sei medici intervistati – la specialità del medico che segue il caso. Benché generalmente i bambini intersessuati siano seguiti da équipes di spécialistes, è solo la persona che coordina l'équipe ad essere effettivamente responsabile del caso. Questa persona, a cui gli altri medici riconoscono la responsabilità principale, gestisce il rapporto coi genitori come portavoce del gruppo. Anche se tutti i medici sostennero che queste équipes mediche lavorano tranquillamente senza troppi contrasti d'opinione, parecchi parlarono di orientamenti decisionali fondati su specifiche specializzazioni mediche. Secondo un endocrinologo, «la via più facile da seguire, quando c'è un problema... è allevare il bambino come femmina... In questo paese ciò è abituale se il bambino è seguito da un endocrinologo pediatra... Se la decisione è presa dagli urologi, che sono per la maggior parte maschi,... essi tendono sempre, poiché sono loro a operare, a credere di poter correggere qualsiasi cosa». Un altro endocrinologo fu dello stesso parere: «[Quasi tutti gli urologi] non ragionano in termini di processi dinamici. A loro interessa fissare ed allungare dei canali, non affrontare questioni ormonali, di certo non questioni psicologiche... "Cosa posso fare con ciò che ho davanti a me"». Gli urologi furono difesi però dal genetista clinico: «I chirurghi qui, non posso ora parlare di altri luoghi, non si impelagano in una situazione in cui il bambino ha un anno di età e non possono fare nulla». Sia che agli urologi «piaccia fare dei maschi» o meno, come affermò un endocrinologo, l'esempio seguente di un urologo che fu intervistato sottolinea chiaramente il nesso fra un'interpretazione culturale della mascolinità e il piano di terapia medica. Il

<sup>14</sup> Tracce di questa visione anacronistica si possono ancora trovare, tuttavia, quando i medici giustificano la rimozione di gonadi contraddittorie con l'argomento sono tipicamente sterili o a rischio di tumori maligni [Dewhurst e Grant 1984, 1191-1194]. Presumibilmente, se le gonadi fossero funzionanti e sane la loro rimozione presenterebbe un dilemma etico per almeno alcuni dei professionisti medici.

caso in questione riguardava un adolescente a cui era stato attribuito alla nascita il genere femminile ma che stava sviluppando sintomi puberali maschili e voleva essere un ragazzo. «Era male equipaggiato», disse l'urologo, «tuttavia ne abbiamo fatto un uomo molto rispettabile. Ora è titolare di una grandissima impresa edile – quelle grandi gru che portano il materiale sui palazzi».

### La gestione del caso dopo l'infanzia

Dopo l'attribuzione del genere al bambino, generalmente i genitori identificano l'attribuzione con la soluzione del problema – e così è. Il medico ha svolto il ruolo di detective nel raccogliere le prove, di avvocato nel presentare il caso e di giudice nel pronunciare un verdetto. Anche se quasi tutti gli intervistati hanno detto che i genitori avevano preso parte all'intero processo in condizioni di parità, non hanno fatto alcun esempio di partecipazione dei genitori prima dell'attribuzione del genere<sup>15</sup>. Una volta che i medici hanno comunicato il genere del bambino, i genitori sono invitati a dare credibilità pubblica a quell'attribuzione, dando ad esempio una dettagliata spiegazione medica a un leader della loro comunità, che può essere un medico o un pastore, il quale a sua volta spiegherà la situazione ad eventuali conoscenti curiosi. Secondo Money, «la terminologia medica ha una speciale magia laica in tale contesto; è definitiva ed autorevole e chiude la questione». Egli ha anche consigliato che alla fine la madre «affronti [l'] argomento una volta per tutte con le sue amiche consentendo ad alcune di loro di vedere i genitali ricostruiti del bambino» [Money 1975, 613]. A quanto sembra, il potente effetto prodotto da genitali apparentemente normali serve a superare una storia di ambiguità di genere.

<sup>15</sup> Sebbene alcuni autori abbiano sostenuto che le opinioni dei genitori sul genere più adatto per il loro bambino vadano prese in considerazione [Dewhurst e Grant 1984, 1192], i medici intervistati negarono la conoscenza diretta di questo tipo di partecipazione. Essi affermarono di avere incontrato personalmente pochi casi, se mai ne incontrarono qualcuno, di genitori che insistevano sull'attribuzione di un genere particolare al loro bambino. Tuttavia ciascuno di essi aveva sentito di casi in cui l'etnicità o il retroterra religioso della famiglia li aveva influenzati verso la scelta dei maschi. Nessuno dei medici ricordò se questa preferenza per un figlio maschio significava che i genitori volevano un maschio indipendentemente dalla «inadeguatezza» del pene, o se significava che i genitori avrebbero avuto maggiori difficoltà ad accettare un maschio meno che perfetto piuttosto che una femmina «normale».

Alcuni dei problemi che si presentano nell'attribuzione del genere si ripresentano alcuni anni dopo quando, durante l'adolescenza, il bambino verrà mandato da un medico per un sostegno psicologico<sup>16</sup>. Il medico allora dirà all'adolescente più o meno le stesse cose che erano state dette ai suoi genitori anni prima, usando lo stesso linguaggio. Parole come «anormale», «disordine», «malattia» ed «ermafroditismo» vengono evitate; la condizione viene normalizzata e il genere del bambino viene considerato come assolutamente non problematico. Un clinico spiega ai suoi pazienti che gli organi sessuali sono esteticamente diversi in ogni persona, non solo in coloro che sono intersessuati. Inoltre, egli dice alle ragazze «che mentre quasi tutte le donne hanno il mestruo, non tutte lo hanno... che il concepimento è solo uno dei tanti modi per diventare un genitore; [e] che al giorno d'oggi ci sono alcune persone che scelgono di non diventare genitori» [Mazur 1983, 421]. Il genetista clinico rivolge queste parole ad una paziente femmina: «Tu sei una femmina. La tua femminilità non è determinata dai geni. Moltissime altre cose fanno di una donna una donna. E tu sei una donna ma non potrai avere figli».

Uno degli endocrinologi pediatri ha raccontato un caso di un'adolescente femmina con insensibilità androgena che è particolarmente indicativo per comprendere il processo di gestione del genere dopo l'infanzia. All'età di quattordici anni le fu detto «che le sue ovaie non erano normali e che erano state tolte. Ecco perché doveva prendere delle pillole per apparire normale... Volevo convincerla della sua femminilità. Poi le dissi che si poteva sposare ed avere dei normali rapporti sessuali... [il suo] utero non si sarebbe sviluppato ma [lei] poteva adottare dei bambini». All'urologo fu chiesto di commentare questo modo di consigliare la ragazza. «Sembra un'ottima soluzione del problema. Non fa che affermare la verità e se non dici la verità... allora sarai nei pasticci in seguito». Questa è una strana versione della «verità», tuttavia, dal momento che l'adolescente era cromosomicamente XY ed era nata con testicoli normali che producevano quantità normali di androgeni. Ovaie o utero non erano anormali perché non esistevano proprio. Un altro endocrinologo pediatra, commentando la gestione di questo caso, aggirò la questione dicendo che egli avrebbe usato un termine generico come «le gonadi». Un terzo endocrino-

logo donna disse che lei avrebbe sostenuto che l'utero non si era mai formato.

In sintesi, di solito all'adolescente si dice che certi organi interni non si sono formati a causa di un difetto endocrinologico, non perché questi organi non avrebbero mai potuto svilupparsi in presenza dei suoi cromosomi sessuali. L'argomento cromosomi viene evitato. Non esistono pubblicazioni su come questi adolescenti vivano la loro condizione ed il loro trattamento da parte dei medici. Uno degli endocrinologi intervistati accennò che i suoi pazienti adolescenti raramente fanno domande specifiche riguardo a ciò che non va in loro, suggerendo che essi sono complici di questa elusione. Nonostante la «verità» non sia stata affrontata, l'impressione del clinico è che «non sembra che le loro identità di genere e il loro senso generale di benessere ed autostima ne abbiano sofferto» [Mazur 1983, 421].

## Conclusioni

I medici esaminano con molta attenzione i genitali dei bambini intersessuati ed eseguono complesse analisi di laboratorio. Essi sono degli interpreti del corpo, preparati ed impegnati a scoprire il «vero» genere nascosto da genitali ambigui. Eppure essi hanno anche un margine considerevole nell'attribuire il genere e le loro decisioni sono influenzate non solo da fattori medici ma anche da fattori culturali. Qual è il rapporto fra il medico che scopre e il medico che determina il genere? È fuorviante dire che i medici di cui abbiamo riportato le parole si presentano pubblicamente ai genitori come coloro che possono svelare il vero genere del bambino, ma che in privato riconoscono che il bambino non ha altro genere che quello determinato e costruito dai professionisti medici. Non sono degli ipocriti. Non è nemmeno giusto sostenere che l'attenzione dei medici si sposta nel corso del trattamento dalla scoperta alla determinazione: in un primo momento i medici considerano il genere del bambino come una realtà sconosciuta ma individuabile; in seguito rinunciano ai loro tentativi di trovare il vero genere e trattano il genere del bambino come qualcosa che essi devono costruire. Non sono professionalmente incompetenti o limitati. Anzi, la mia tesi è che l'equilibrio particolare fra la scoperta e la determinazione nel corso del trattamento consente ai medici di affrontare casi di genere molto problematici nei modi meno problematici possibili.

Questo equilibrio si fonda essenzialmente su una concezione

<sup>16</sup> Come per la letteratura sull'infanzia, gran parte del materiale sugli adolescenti riguarda la gestione chirurgica e ormonale piuttosto che la gestione sociale. Si veda, ad esempio, Roslyn *et al.* [1983, 138-144].

particolare di ciò che è «naturale»<sup>17</sup>. Anche se la deformità dei genitali intersessuati è fenomeno che rimarrebbe immutabile se non fosse per l'intervento medico, i medici non la considerano naturale. Essi invece considerano l'alterazione chirurgica/ormonale di tali deformità come naturale e ne parlano come qualcosa di naturale perché tale intervento riporta il corpo alla condizione in cui «avrebbe dovuto essere» se tutto avesse seguito il suo corso normale. Ciò che non è normativo viene fatto diventare normativo, e lo stato normativo viene considerato naturale<sup>18</sup>. L'ambiguità genitale viene corretta in modo che si conformi ad una dicotomia di genere «naturale», cioè culturalmente indiscutibile. In questo contesto diventa rilevante l'affermazione di Sherry Ortner che la stessa distinzione cultura/natura è una costruzione – un prodotto culturale. Il linguaggio e le immagini contribuiscono a creare e a mantenere una specifica visione di ciò che è naturale riguardo ai due generi e, vorrei aggiungere, riguardo all'idea stessa di genere – che consiste in due tipi esclusivi: il maschio e la femmina [Rosaldo e Lamphere 1974, 67-87]. Il principio che il genere consiste di due tipi esclusivi è confermato e perpetuato dalla comunità medica, a dispetto di incontrovertibili prove fisiche che ciò non è dettato dalla biologia.

Secondo la concezione comune dell'anatomia e della fisiologia umana, c'è una concordanza fra gli indicatori di genere chiaramente dimorfici – cromosomi, genitali, gonadi, ormoni – ma i medici sanno benissimo che concordanza e dimorfismo non sempre esistono. La loro capacità di comprendere la complessità biologica, tuttavia, non investe anche la loro concezione della complessità di genere. Al fine di gestire la condizione di intersessualità in modo diverso da quello attuale, i medici dovrebbero prendere seriamente l'affermazione di Money secondo cui considerare ogni cellula del corpo umano come autenticamente maschile o femminile significa travisare l'epistemologia [Money 1975, 618]. Se l'autenticità del genere non è data da una natura chiaramente identificabile ma da ciò che qualcuno dichiara, allora c'è sempre la possibilità di dichiarare qualcos'altro. Se i medici riconoscessero che la

<sup>17</sup> Per un'ampia analisi dei diversi modi di concettualizzare «naturale», si veda Bullough [1976, 103-111].

<sup>18</sup> Questo avvalorava il discorso del sociologo Harold Garfinkel, secondo cui noi trattiamo gli eventi quotidiani come ciò che ci spetta in qualità di membri della società e consideriamo il genere, come tutte le forme normali, come un imperativo morale. Non c'è da meravigliarsi, dunque, che i medici concettualizzano ciò che fanno come naturale e indiscutibilmente «giusto» [Garfinkel 1967].

loro gestione del genere implica la nozione che alla fine, e sempre, sono le persone a costruire il genere oltre ai sistemi sociali fondati sui concetti di genere, le possibilità di reali trasformazioni sociali sarebbero veramente illimitate. Sfortunatamente, i medici intervistati per questo studio non traggono implicazioni di così vasta portata dal loro lavoro, né nelle spiegazioni dell'intersessualità che danno alle famiglie né fra di loro. La loro «interpretazione» che in casi particolari il genere è (ri)costruito clinicamente non li porta alla consapevolezza che il genere è sempre costruito. Accettare l'ambiguità genitale come opzione naturale comporterebbe per i medici riconoscere anche che l'ambiguità genitale viene «corretta» non perché costituisca una minaccia per la vita del bambino, ma perché è una minaccia per la cultura del bambino.

Invece di riconoscere il loro ruolo nella perpetuazione del genere, i medici «psicologizzano» la questione parlando dell'angoscia e dell'umiliazione dei genitori di fronte ad un bambino anomalo. Essi parlano come se non avessero altra scelta che rispondere alla pressione dei genitori per risolvere in qualche modo il loro disagio psicologico e come se non avessero altra scelta che usare la tecnologia medica al servizio di una cultura che riconosce solo due generi. Né la psicologia né la tecnologia vengono messe in dubbio, dal momento che entrambe proteggono i medici dalle loro responsabilità. In realtà, nella maggior parte dei casi, né i medici né i genitori escono dall'esperienza della gestione di un caso di intersessualità con una maggiore comprensione della costruzione sociale di genere. La responsabilità della società, come la loro, è mascherata dall'assunto che il genere è un dato. Pertanto, i casi di intersessualità, invece di rivelare il fallimento della natura nel regolare il genere in questi «sfortunati» casi isolati, indicano la mancanza di immaginazione dei medici e della società occidentale – l'incapacità di immaginare che ciascuna di queste decisioni gestionali è un momento in cui un esemplare specifico di «sesso» biologico viene trasformato in un genere costruito culturalmente.