Università degli Studi di Napoli

Federico II

FACOLTÀ DI LETTERE E FILOSOFIA

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN SCIENZE STORICHE

TESI DI LAUREA

IN

STORIA DI GENERE

INTERSESSUALITÀ:

RAPPRESENTAZIONI E PRATICHE DAL NOVECENTO A OGGI

RELATORE

PROF.

LAURA GUIDI

CANDIDATO

MARIA CHIARA FERRO

MATR. N68/162

ANNO ACCADEMICO 2012 – 2013

Indice

Introduzione 4

Capitolo I – L'atteggiamento della medicina durante l'Epoca delle Gonadi 14

1. Scelta del termine "intersessualità" e cifre 14
2. Utilizzo dei termini "genere" e "sesso" 18
3. Genere, "differenza sessuale", e rapporti di potere sociale 20
4. La proposta dei "cinque sessi" di Anne Fausto-Sterling 27
5. Interazione "natura/cultura" e Nastro di Möbius 31
6. La figura di Ermafrodito in Grecia antica 35
7. L'Epoca delle Gonadi (1870-1915) 39
   - 7.1 Saint-Hilaire (1805-1861) e Young Simpson (1811-1870) 40
   - 7.2 Klebs (1834-1913), Blacker (1865-1948) e Lawrence (1858-1936) 42
   - 7.3 Blair-Bell (1871-1936) 44
   - 7.4 I medici cercano i segni del "vero sesso" 46
   - 7.5 Legami tra intersessualità e omosessualità nello sguardo dei medici 49
8. La categoria degli ormoni "sessuali" 51
   - 8.1 Starling (1866-1927), Berthold (1803-1861), Brown-Séquard (1817-1894) 53
   - 8.2 Blair-Bell (1871-1936), Steinach (1861-1944) 56
   - 8.3 Lillie (1870-1947), Moore e Price 61
   - 8.4 Il contesto sociale degli anni '20 e '30 64
   - 8.5 Ormoni "estrogeni" e "androgeni" 67

Capitolo II – Il trattamento clinico dell'intersessualità durante il Novecento 74

1. Hugh Hampton Young (1870-1945) 74
2. Il contesto legislativo degli anni '50 – '70 76
3. Alfred Kinsey (1894-1956) 78
4. Harry Benjamin (1885-1986) 83
5. John Money (1921-2006): "sesso di crescita" 89

6. Il modello di trattamento clinico delle persone intersessuali 92
6.1 Importanza del “sesso di crescita” 92
6.2 Il paziente intersessuale deve essere eterosessuale 95
6.3 Bisogna modificare i genitali “ambigui” 98
6.4 I medici mentono a pazienti e genitori 102
6.5 Ottica “fallocentrica” della chirurgia genitale infantile 106
6.6 Il paradigma culturale del trattamento clinico dell’intersessualità 113
7. John Money e l’assegnazione al genere femminile di David Reimer – 1967 116
8. L’esperienza di Brenda Reimer, secondo il “sesso di crescita” di Money 119

Capitolo III – L’interpretazione biologica della differenza e l’intersessualità 127
1. Collegamento tra comportamento e azione degli ormoni “sessuali” 127
1.1 Alfred Jost (1916-1991) 127
1.2 Frank A. Beach (1911-1988) 130
1.3 William C. Young (1899-1965) 134
2. Critica al paradigma Organizzativo/Attivazionale 136
3. I medici legano intersessualità e omosessualità tramite gli ormoni “sessuali” 143
4. Ripensamento dell’interpretazione biologica della differenza 149
5. Milton Diamond (1934): “predeterminazione biologica” 156
6. Milton Diamond e il passaggio al genere maschile di David Reimer – 1980 162
7. David Reimer, secondo la “predeterminazione biologica” di Diamond 164
8. Milton Diamond contro gli interventi genitali infantili 167
9. John Colapinto e l’articolo su ‘Rolling Stone’ – 1997 170
10. Riflessioni di David Reimer 175

Capitolo IV – Associazioni intersessuali e lotta contro la discriminazione di genere 178
1. Cheryl Chase e l’Intersex Society of North America: 1993/2008 178
2. L’ISNA contro la chirurgia genitale infantile 186
3. Esperienze di persone intersessuali sottoposte a chirurgia infantile 193
3.1 Cheryl Chase 193
3.2 Angela Moreno 195

3.3 Morgan Holmes 197
3.4 Martha Coventry 202
3.5 Jeff McClintock 207
4. L'esperienza di David Reimer secondo Judith Butler, e la sua morte nel 2004 210
5. Il 'Consensus' del 2006: nuove linee guida della medicina 217
6. Conseguenze del 'Consensus' 225
7. Comitato Nazionale per la Bioetica – Italia 230
8. Controversia sulla nomenclatura DSD 233
8.1 Ellen K. Feder e Katrina Karzakis 234
8.2 Elizabeth Reis 241
8.3 Milton Diamond 247
9. Principi di Yogyakarta sui diritti umani del 2007 249
10. Importanza dei 29 Principi di Yogyakarta 253
11. La Commissione Europea contro la discriminazione di genere: 2012 259

Conclusione 265

Bibliografia 273

Introduzione

Come sottolineato nell'introduzione al volume 'Culture della sessualità', pubblicato nel 2012 dalla rivista 'Genesis'[1], gli studi di genere si stanno dedicando con particolare attenzione all'analisi della storia delle categorie di "sesso", "genere" e "sessualità". Numerose riviste dedicano infatti a quest'ambito di studi numeri monografici, che segnalano l'esistenza di numerosi percorsi di ricerca, e una varietà di prospettive da prendere in considerazione. Oltre al numero del 2012 di 'Genesis', la rivista 'Clio. Histoire, femmes et sociétés' pubblica nel 2010 il volume 'Érotiques', 'Gender & History' dedica nel 2010 un numero a genere e sessualità, e 'Signs: Journal of Women in Culture and Society' pubblica nel 2012 il volume 'Sex: A Thematic Issue'[2]. L'analisi storica delle categorie di "sesso", "genere", e "sessualità" permette infatti di cogliere le costruzioni culturali e i movimenti sociali attraverso i quali si configurano identità, e si costituiscono pratiche e rappresentazioni, messe in atto in periodi e luoghi differenti.

La società occidentale contemporanea parte dal presupposto che ci siano due "sessi" separati, quello maschile e quello femminile. Secondo questo paradigma, a ogni "sesso" corrisponde un determinato tipo di corpo, con delle caratteristiche morfologiche specifiche, che non sono mai presenti nei corpi dell'altro "sesso". Oltre ad avere un corpo specifico, ogni "sesso" possiede anche una particolare serie di comportamenti e atteggiamenti, che permettono al resto della società di identificare ogni individuo come maschio o femmina; di nuovo, questi comportamenti appartengono soltanto a uno dei due "sessi". Utilizzando le categorie di "natura" e "cultura", e ponendole in contrapposizione tra loro, il concetto di "genere" viene spesso usato per indicare la componente di costruzione culturale relativa alle identità maschili e femminili; in questo senso, esisterebbero

[1] E. ASQUER (*ed.*), 'Culture della sessualità', *Genesis*, vol. 11, n. 1-2, 2012

[2] V. SEBILLOTTE CUCHET, S. STEINBERG (*ed.*), 'Érotiques', *Clio. Histoire, femmes et sociétés*, vol. 31, 2010; K. P. MURPHY, J. M. SPEAR (*ed.*), *Gender & History*, vol. 22, n. 3, 2010; 'Sex: A Thematic Issue', *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, vol. 37, n. 4, 2012

effettivamente due “sessi” e due tipi di corpo differenti, e su questa base biologicamente determinata si innesterebbero in un secondo momento le norme sociali, che guidano la maggior parte delle persone a comportarsi secondo quanto è previsto per il proprio “sesso”.

Se però il concetto di “genere” viene allargato fino a includere anche quello di “sesso”, superando la dicotomia natura/cultura, è invece possibile evidenziare che siano esigenze sociali di ordine e stabilità a conferire un significato particolare a determinati elementi morfologici; i corpi, che di per sé hanno molto in comune, a parte il tessuto che forma l’apparato riproduttivo, diventano differenti, e vengono divisi in base al “sesso”. Il particolare modello in uso nella società occidentale contemporanea, che la maggior parte delle persone percepisce come “naturale” e immutabile, prevede due opzioni, maschio e femmina; a queste due identità sono collegate due diverse modalità comportamentali, due ruoli sociali separati, due differenti espressioni di genere. La società considera i gruppi di maschi e femmine come nettamente separati, e ritiene che non sia possibile che un individuo possegga contemporaneamente caratteristiche considerate maschili e caratteristiche considerate femminili. Il paradigma binario è talmente pervasivo da impedire alla maggior parte delle persone di rendersi conto che non esistono caratteristiche maschili o femminili in sé; ogni cultura conferisce un particolare significato a determinati elementi, allo scopo di dividere la popolazione in gruppi, e poterla classificare. Il modello binario, che prevede soltanto due generi, maschio e femmina è semplicemente un modo di suddividere le persone, e differenziarle le une dalle altre, non una necessità “naturale”.

La società deriva la propria stabilità da queste divisioni in gruppi, che prevedono infatti che un individuo non possa muoversi liberamente tra l’uno e l’altro; una volta che i maschi e le femmine sono stati separati, non è possibile passare tra un gruppo e l’altro a proprio piacimento, o mescolare nella stessa persona caratteristiche considerate maschili e femminili. Infatti, la società occidentale contemporanea percepisce come una minaccia alla propria stabilità

l'esistenza di individui che si muovono tra i generi, e che sovvertono i confini del modello binario, attraverso il proprio corpo, la propria identità, e la propria sessualità. Secondo il paradigma binario che pervade la società, la possibilità che qualcuno possa avere un'identità, o un corpo, in cui convivono caratteristiche che di solito sono associate ai maschi o alle femmine, non è concepibile. Se non è possibile negare l'esistenza di un individuo di questo tipo, allora la società non può considerarlo "normale", e scardinare le sue fondamenta binarie; una persona che possegga caratteristiche contemporaneamente "maschili" e "femminili" deve essere necessariamente malata, a livello mentale o fisico. Infatti, se qualcuno può vivere felicemente al di fuori del modello binario, allora l'intera divisione della società in due gruppi separati potrebbe essere messa in dubbio.

Questo processo di costruzione culturale dei corpi, e non solo delle identità, è stato recentemente messo in luce dagli studi di genere, che hanno sottolineato che la società non regola soltanto la produzione delle varie identità, ma anche dei corpi, in base alle sue norme[3]. Il conferimento di significato a specifiche caratteristiche anatomiche varia a seconda del contesto sociale e del momento storico, poiché segue le esigenze della società. La costruzione sociale del corpo, in base al modello binario, acquista un particolare significato nel caso dell'intersessualità, che si configura appunto come l'esistenza di un corpo che possiede caratteristiche morfologiche sia "maschili" che "femminili". Lo stesso modello binario, che prevede l'esistenza di due tipi di corpo specifici, considerati molto differenti e distanti tra loro, esclude la possibilità che possano convivere nella stessa persona caratteristiche dell'uno e dell'altro. L'intersessualità non è un fenomeno particolarmente raro, ma la norma sociale che separa maschi e femmine cerca di oscurarlo, poiché i corpi difformi dal paradigma binario rappresentano una minaccia.

L'utilizzo della dicotomia tra le categorie di "natura" e "cultura" favorisce

[3] S. KESSLER, W. MCKENNA, *Gender: An Ethnomethodological Approach*, Chicago University Press, 1978; J. BUTLER, *Gender trouble: feminism and the subversion of identity*, New York, Routledge, 1990; *Bodies that matter: on the discoursive limits of "sex"*, New York, Routledge, 1993; A. FAUSTO.STERLING, *Myths of gender: biological theories about women and men*, New York, Basic Books, 1992

la formazione di una serie di teorie relative all'intersessualità, che acquistano maggiore o minore favore durante il Novecento, a seconda dell'impostazione dei medici. La ricerca di un'origine biologica della differenza tra le persone guida infatti l'idea che le persone intersessuali siano differenti dalle altre, a causa di una particolare esposizione agli ormonali prenatali; questi ormoni vengono considerati come fondamentali nella formazione di un'identità maschile o femminile, in accordo con quanto prevede il modello sociale. Le persone intersessuali sarebbero allora intrinsecamente differenti dalle altre, non soltanto a livello della morfologia del corpo, ma anche di identità e sessualità; queste teorie della differenza biologica, che si sviluppano durante il Novecento, ritengono che le persone intersessuali, e quelle omosessuali e transgender, siano distinguibili, attraverso la materia del corpo, dai "normali" maschi e femmine eterosessuali. In questo senso, la cosiddetta "predeterminazione biologica"[4] avrebbe grande importanza nella formazione dell'identità individuale; l'influenza dell'ambiente culturale sarebbe invece secondaria. Un'altra teoria che utilizza le categorie di "natura" e "cultura" durante il Novecento, in modo opposto rispetto alla precedente, è quella basata sul "sesso di crescita"[5], che considera predominante l'influenza ambientale nella formazione dell'identità in senso binario, rispetto alla componente biologica. Secondo questa idea, le persone possono "imparare" a essere maschi e femmine, a prescindere dal loro corpo; l'identità si svilupperà in senso maschile o femminile, a seconda dell'insegnamento impartito loro, e del modo in cui vengono cresciute. Questo modello, che ritiene l'influenza ambientale più importante rispetto alla biologia, considera in ogni caso il paradigma binario come una realtà "naturale", e non prevede altre opzioni identitarie a parte quelle di maschio e femmina.

Entrambe le teorie studiano inoltre le persone intersessuali per scoprire se la loro identità si sia formata nel modo che considerano "giusto", ovvero secondo il modello sociale in vigore; il comportamento e la sessualità degli individui

---

[4] M. DIAMOND, 'Biased-Interaction Theory of Psychosexual Development: "How Does One Know if One is Male or Female?"', *Sex Roles*, vol. 55, n. 9, 2006, pp. 589-600

[5] J. MONEY, A. EHRHARDT, *Man & woman, boy & girl: the differentiation and dimorphism of gender identity from conception to maturity*, Johns Hopkins University Press, 1972

intersessuali sono un "esperimento della natura" per gli studiosi, che osservano criticamente ogni atteggiamento e ogni desiderio sessuale che si discosti dal paradigma binario di genere. Al contrario, proposte recenti[6] sottolineano che il superamento della contrapposizione tra le categorie di "natura" e "cultura" potrebbe portare a una comprensione migliore del comportamento umano; infatti, se si considera la formazione dell'identità come il risultato di un processo complesso, che prevede interazioni costanti tra la sfera "biologica" e quella "culturale", allora è possibile superare questa opposizione. La necessità sociale di dividere le persone in gruppi è sottostante alla ricerca di una spiegazione "biologica" della differenza, e non è nemmeno possibile considerare gli individui come completamente malleabili dalla "cultura" e dall'ambiente. Le categorie di "natura" e "cultura" vengono create e contrapposte dagli studiosi, secondo una pratica tipica della società occidentale; le stesse caratteristiche attribuite a questi concetti sono una costruzione umana, che può variare a seconda del contesto. In realtà ogni organismo è il prodotto di una serie complessa di continue interazioni, che impediscono di tracciare un confine netto tra "biologia" e "cultura"; specialmente nel caso della sessualità umana, è allora necessario tenere conto di questa complessità.

Studi recenti si occupano delle diverse pratiche adottate dalla società nei confronti dell'intersessualità, sottolineando il contributo della medicina[7]: a partire dalla fine dell'Ottocento, fino a oggi, l'intersessualità viene infatti considerata come una condizione clinica, una patologia da cui guarire le persone. La medicina, attraverso il trattamento dell'intersessualità, esprime esigenze e paure sociali relative al sovvertimento del sistema binario di genere; infatti, il tentativo

---

[6] L. ROGERS, *sesso e cervello: le differenze tra l'uomo e la donna,* Torino, Einaudi, 2000 (ed. or. *Sexing the Brain,* London, Weidenfeld & Nicolson, 1999); A. FAUSTO-STERLING, *Sexing the Body: gender politics and the construction of sexuality*, New York, Basic Books, 2000

[7] A. FAUSTO-STERLING, *Sexing the Body,* cit.; A. DREGER, *Hermaphrodites and the Medical Invention of Sex,* Harvard University Press, 2000. Per quanto riguarda l'Italia, vedi M. BALOCCHI, 'Intersex. Dall'ermafroditismo ai "disturbi dello sviluppo sessuale"', *Zapruder. Storie in movimento,* n. 29, settembre/dicembre 2012, pp. 76-84; L. SCHETTINI, 'Un sesso che non è sesso: medicina, ermafroditismo e intersessualità in Italia tra Otto e Novecento', *Genesis,* vol. 11, n. 1-2, 2012, pp. 19-40; R. DE NARDI, 'La gestione biomedica dell'intersessualità: l'incorporazione del dimorfismo sessuale', *Genesis,* vol. 11, n. 1-2, 2012, pp. 171-192

di occultare e nascondere l'intersessualità aumenta proprio in coincidenza con periodi storici di fermento culturale, durante i quali si ritiene necessario ristabilire l'ordine, e il modello normativo maschio/femmina. Infatti, tra la fine dell'Ottocento e l'inizio del Novecento, all'interno della società acquistano forza i movimenti delle femministe e delle persone omosessuali, che rivendicano una maggiore elasticità dei ruoli di genere; in tempi recenti invece, a partire dagli anni '90, le teorie relative all'interpretazione biologica della differenza si diffondono, e cercano di dividere chiaramente gli individui a seconda di orientamento sessuale e identità di genere, mentre a livello sociale la comunità LGBTQ acquisisce sempre più diritti e visibilità. Prima della fine dell'Ottocento, l'intersessualità non è ancora sottomessa alla sfera della medicina, e le persone possono vivere con corpi che possiedono caratteristiche sia "maschili" che "femminili", ma in seguito questa eventualità viene considerata assolutamente da evitare. La motivazione clinica nasconde in effetti una profonda preoccupazione sociale, poiché i ruoli di genere potrebbero essere modificati dall'esistenza di individui con corpi che si collocano al di fuori del modello binario.

A partire dalla fine dell'Ottocento l'intersessualità viene socialmente "eliminata" ricorrendo a una definizione estremamente ristretta dei criteri che, secondo i medici, qualificano un "vero ermafrodita"; questo periodo, dal 1870 al 1915, viene chiamato l'Epoca delle Gonadi[8], poiché il criterio fondamentale per l'assegnazione di genere sono appunto le gonadi. Se una persona possiede le ovaie, allora è una donna, e se possiede i testicoli, è un uomo; nessun'altra considerazione è importante. I medici stabiliscono che un "vero ermafrodita" debba possedere entrambi i tipi di tessuto gonadico, mentre tutte le altre persone intersessuali sono in realtà "pseudoermafroditi maschili" o "pseudoermafroditi femminili", dal momento che possiedono soltanto un tipo di gonadi. Tramite questa classificazione, i medici riescono ad attribuire un unico "sesso" a ogni corpo, conservando la stabilità del paradigma binario; quasi tutte le persone intersessuali vengono infatti considerate "pseudoermafroditi", e assegnate al

[8] A. DREGER, *Hermaphrodites and the Medical Invention of Sex*, cit.

genere maschile o femminile. In questo modo, i “veri ermafroditi” spariscono durante l’Epoca delle Gonadi, a causa dell’utilizzo delle gonadi come indicatore fondamentale; tutti gli individui con caratteristiche anatomiche “maschili” e “femminili” possono essere ricondotti con successo a un solo genere e ruolo sociale. La medicina garantisce in questo modo la salvezza del modello binario, che stabilisce che a ogni “sesso” corrisponda un solo corpo, e un solo ruolo.

Dopo l’Epoca delle Gonadi, anche nel Novecento la medicina adotta delle tattiche specifiche per “eliminare” l’intersessualità, che viene ancora considerata una patologia. In realtà, l’intersessualità in sé non è una malattia, mentre lo sono alcune condizioni cliniche che a volte possono accompagnarsi a essa; i medici, invece, considerano tutti i casi di intersessualità come patologici, anche in assenza di reali malattie. Secondo la medicina, infatti, la condizione clinica è determinata proprio dalla compresenza di caratteristiche “maschili” e “femminili” nello stesso corpo; è il possesso di un corpo non assimilabile al modello binario in uso nella società a essere considerato una patologia. Durante il Novecento, l’intersessualità viene fatta sparire attraverso l’alterazione chirurgica dei corpi, e la negazione della sua esistenza; la società, attraverso la medicina, ha bisogno di conoscere il “sesso” di ogni persona già al momento della nascita, e l’intersessualità non può esistere. Ogni individuo deve essere maschio o femmina, con un corpo corrispondente al suo “sesso”.

A partire dalla metà del Novecento, la chirurgia inizia a modificare irreversibilmente i genitali delle persone intersessuali, in modo da renderli classificabili secondo il paradigma binario. Queste operazioni danneggiano la capacità di provare piacere sessuale, e alterano corpi altrimenti sani; questo tipo di interventi viene eseguito su neonati, o bambini che non possono esprimere il proprio parere, e scegliere per sé. I medici ritengono che parlare dell’intersessualità, far sapere che esiste qualcuno con un corpo diverso da quello che stabilisce il modello binario, sarebbe pericoloso; ritengono che la decisione migliore sia mentire, in modo da non sollevare dubbi sulla “naturalità” della divisione tra maschi e femmine. Nessuno deve sapere di essere nato con un corpo

con caratteristiche sia "maschili" che "femminili", che è stato alterato chirurgicamente. I medici sono guidati inoltre da una serie di presupposti, collegati al paradigma binario; i genitali delle persone vengono infatti "costruiti" per essere funzionali allo specifico tipo di rapporto sessuale che la società ritiene "normale", ovvero la penetrazione vaginale eterosessuale. Il corpo deve essere modificato, in modo da non mettere in dubbio l'esistenza di due "sessi", maschile e femminile, e non bisogna nemmeno parlare dell'intersessualità, ma continuare a sostenere l'idea che a ogni corpo corrisponda un solo "sesso", e un solo ruolo sociale.

I corpi delle persone intersessuali vengono così fatti sparire, tramite la chirurgia, e le loro identità negate, poiché l'esistenza dell'intersessualità non viene comunicata alla società, e soltanto i medici ne sono a conoscenza, ma la considerano una patologia. A partire dagli anni '90 del Novecento, il paradigma clinico che ha guidato il trattamento dell'intersessualità nei decenni precedenti inizia a essere messo in discussione, grazie a critiche interne al mondo della medicina, al contributo di alcune studiose di genere[9], e alle prime rivendicazioni degli attivisti intersessuali[10], che collaborano con le associazioni omosessuali e transgender. Lo sguardo della medicina rimane però, ancora oggi, convinto che l'intersessualità sia una condizione clinica; gli interventi genitali infantili, volti alla modifica dei genitali in senso "maschile" e "femminile", vengono fortemente criticati, ma non sono stati del tutto abbandonati. Inoltre, i medici propongono una nuova terminologia[11], che classifica l'intersessualità come un "disordine";

---

[9] S. KESSLER, *La costruzione medica del genere: il caso dei bambini intersessuati*, in S. PICCONE, C. SARACENO (*ed.*), *Genere. La costruzione sociale del femminile e del maschile*, Bologna, Il Mulino, 1996, pp. 95-117 (ed. or. 'The medical construction of gender: Case management of intersexed infants, *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, vol. 16, n. 1, 1990, pp. 3-26); A. FAUSTO-STERLING, 'The Five Sexes: why male and female are not enough', *The Sciences*, marzo/aprile, 1993, pp. 20-24

[10] C. CHASE, *Hermaphrodites with attitude: mapping the emergence of intersex political activism*, in S. STRYKER, S. WHITTLE (*ed.*), *The Transgender Studies Reader*, New York, Routledge, 2006, pp. 300-314 (ed. or. *GLQ: a Journal of Lesbian and Gay studies*, vol. 4, n. 2, 1998, pp. 189-211); 'Affronting Reason', in D. ATKINS (*ed.*), *Looking queer: Image and identity in lesbian, bisexual, gay and transgendered communities*, Binghamton, Haworth Press, 1998, pp. 209-235

[11] I. HUGHES, C. HOUK, F. AHMED, P. LEE, LPWES, ESPE, 'Consensus statement on management of intersex disorders', *Archives of Disease in Childhood*, vol. 91, n. 7, 2006, pp. 554-563

l'espressione "disordini dello sviluppo sessuale" comunica in questo modo l'idea che l'intervento clinico sia necessario, e che la diversità del corpo dal paradigma binario equivalga a una malattia.

Come evidenziato, l'intersessualità si colloca all'intersezione di interessi differenti, e viene spesso "sfruttata" a seconda degli scopi specifici di chi se ne occupa. La medicina la considera una malattia, e modifica il proprio trattamento clinico a seconda delle richieste etiche del periodo storico, ma senza mettere in discussione che sia una patologia; gli studi di genere rischiano di utilizzare l'intersessualità come presupposto "naturale", per mostrare la costruzione culturale e sociale del paradigma binario; l'endocrinologia considera le persone intersessuali come esempi dell'influenza degli ormoni prenatali nello sviluppo di identità di genere e orientamento sessuale, in modo da fornire una base biologica alla differenza; le varie esigenze della comunità LGBTQ possono oscurare le richieste specifiche delle associazioni intersessuali. L'intersessualità non deve essere semplicemente considerata né una malattia, né un'identità, specialmente da qualcuno che non ne ha esperienza in prima persona: ogni individuo deve invece essere libero di ricorrere all'intervento della medicina, o di utilizzare il termine "intersessuale" per descrivere se stesso, senza restrizioni e senza l'obbligo di sottostare alle norme sociali.

A partire dagli anni '90, sono numerose le associazioni di persone intersessuali che denunciano il trattamento clinico a cui sono sottoposti i bambini, e rendono pubblici i danni conseguenti alle menzogne dei medici, e agli interventi chirurgici non necessari[12]. Gli attivisti intersessuali degli Stati Uniti, durante gli anni '90, collaborano strettamente con la comunità LGBTQ, e collegano le proprie rivendicazioni a quelle di altri gruppi oppressi dalle norme di genere in vigore nella società. Nonostante le affinità presenti tra i vari gruppi, è però necessario non assimilare le esigenze specifiche e le richieste delle persone

[12] C. CHASE, M. COVENTRY. (*ed.*), 'Intersex Awakening', *Chrysalis: The Journal of Transgressive Gender Identities,* vol. 2, n. 5, 1997; ISNA, *Clinical Guidelines for the management of Disorders of Sex Development in Childhood*, consultabile online, 2006; ISNA, *Handbook for Parents,* consultabile online, 2006

intersessuali a quelle della comunità LGBTQ[13]. L'esperienza degli individui intersessuali è assolutamente specifica e peculiare, e non va confusa con quella delle persone transgender, omosessuali o queer; proprio perché l'intersessualità è stata resa invisibile, e costretta al silenzio così a lungo, è necessario analizzare attentamente la discriminazione sperimentata dalle persone intersessuali, e il trattamento che la medicina riserva loro durante tutto il Novecento. Come sottolineano gli attivisti, infatti, lo studio delle pratiche utilizzate dalla medicina nei confronti dell'intersessualità ha molto da rivelare: l'analisi non deve però riguardare le persone intersessuali, ma la società e le norme che la regolano[14]. Infatti, l'analisi del trattamento clinico dell'intersessualità, attraverso le pratiche e le categorie utilizzate dai medici, permette di chiarire quali siano i ruoli di genere in uso nella società, e quali istanze, ritenute sovversive per il modello binario, si cerchi di combattere.

Al di là della specificità dell'intersessualità, rispetto alle esigenze di persone transgender, omosessuali, e queer, è però necessario sottolineare che l'oppressione sperimentata, e che proviene dal paradigma binario, è la stessa. La pervasività del modello binario si manifesta infatti in modi differenti, e utilizza tattiche specifiche per ogni gruppo che si discosta dalle norme sociali, ma la minaccia per il paradigma che prevede che ogni individuo sia maschio o femmina, con relativi corpi, identità, e ruoli sociali, è la stessa. Ogni persona che si discosti da questa formulazione binaria deve necessariamente essere assimilata alle categorie di maschio o femmina, oppure la sua esistenza deve essere negata, in modo da garantire la stabilità sociale. In questo senso, l'esigenza della comunità LGBTQ, e quella delle persone intersessuali, coincidono: se il modello binario garantisse una maggiore elasticità delle categorie sociali di maschio e femmina, e permettesse di muoversi in libertà tra i confini di genere, allora i corpi, le identità, e le sessualità differenti dalla norma avrebbero diritto di esistere.

---

[13] E. KOYAMA, *Suggested Guidelines for Non-Intersex Individuals Writing about Intersexuality and Intersex People*, consultabile online, 2003
[14] *Ibid.*

Capitolo I – L'atteggiamento della medicina durante l'Epoca delle Gonadi

1. Scelta del termine "intersessualità" e cifre

Il sistema binario maschio/femmina in uso nella società occidentale contemporanea prevede che i cromosomi, la morfologia dei genitali e i caratteri sessuali secondari siano completamente riconducibili all'uno o all'altro estremo di questa dicotomia; chi è al di fuori da questa situazione si trova nella condizione di intersessualità. Inoltre, secondo tale formulazione binaria, sono possibili soltanto due alternative, maschio e femmina, da cui derivano gli orientamenti sessuali di omosessuale o eterosessuale. Nel corso del tempo, vari termini vengono utilizzati in ambito clinico per indicare gli individui con corpi e genitali che differiscono da quello che viene considerato "normale" dalla società; a partire dalla fine del'Ottocento, la situazione che si presenta, ogni volta che un individuo nasce con dei genitali non chiaramente attribuibili al "sesso" maschile o a quello femminile, viene infatti considerata come un problema che richiede l'intervento di un medico.

Per quanto riguarda l'età contemporanea, durante l'Ottocento e parte del Novecento le espressioni utilizzate sono "vero ermafroditismo" e "pseudoermafroditismo" femminile e maschile; in seguito entra nell'uso clinico anche il termine "intersessualità". La prima volta che tale espressione viene utilizzata è in un articolo del 1917, dal biologo Richard Goldschmidt, ma non è riferita agli esseri umani[1]; la definizione di "intersessualità" resta poi in uso in ambito clinico durante tutto il Novecento, ma non è considerata come un espressione precisa e dal valore diagnostico. Al contrario, i medici utilizzano le espressioni "intersessualità", "ermafroditismo" e "pseudoermafroditismo" come termini dal valore generale, per descrivere in maniera non specifica tutte le condizioni in cui lo sviluppo sessuale non avviene secondo quanto previsto

[1] E. K. FEDER, K. KARZAKIS, 'What's in a name? The controversy over "Disorders of Sex Development"', *Hastings Center Report*, vol. 38, n. 5, 2008, pp. 33-36, p. 35, nota 6; E. REIS, 'Divergence or disorder? The politics of naming intersex', *Perspectives in Biology and Medicine*, vol. 50, n. 4, 2007, pp. 535-543, p. 536

dalla norma[2].

Pur non essendo apprezzato in maniera unanime, a causa del suo collegamento con la sfera della medicina, il termine "intersessualità" viene poi usato, a partire dagli anni '90, dai movimenti per i diritti delle persone intersessuali, proprio come rivendicazione di un'identità non sempre riconducibile a un rigido modello maschio/femmina[3]. In un primo momento, alcune associazioni di persone intersessuali, come l'ISNA (Intersex Society of North America), rivendicano anche il termine "ermafrodita": gli attivisti si appropriano infatti di tale definizione, usandola in maniera politicizzata per riferirsi a se stessi, rovesciandone il significato "negativo" che assume nel linguaggio medico. Ad esempio, la prima manifestazione pubblica di persone intersessuali, che avviene nel 1996, viene organizzata proprio da un gruppo di attivisti dell'ISNA, chiamato 'Hermaphrodites with Attitude'[4], e anche la newsletter dell'associazione ha questo nome. Dal momento in cui sono apparsi, tali movimenti collaborano con le associazioni provenienti dal mondo LGBTQ[5], e spesso l'iniziale I viene infatti aggiunta alla sigla[6], unendo le rivendicazioni intersessuali a quelle delle persone omosessuali, transgender[7] e queer[8]. Tutti questi movimenti sono accomunati proprio dalla consapevolezza che sia necessario rivedere il paradigma binario maschio/femmina; tale paradigma prevede infatti l'esistenza di due sole opzioni,

---

[2] E. K. FEDER, K. KARZAKIS, 'What's in a name? The controversy over "Disorders of Sex Development"', cit., p. 33

[3] C. CHASE, *Hermaphrodites with attitude: mapping the emergence of intersex political activism*, cit., pp. 300-301

[4] *Ibid.*, p. 308

[5] L'acronimo viene utilizzato a partire dagli anni '90, e indica collettivamente le varie realtà Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer (Lesbica, Gay, Bisessuale, Transgender, Queer).

[6] Un'altra iniziale che viene aggiunta, recentemente, alla sigla è la A, che rappresenta la realtà Asexual (Asessuale). Le persone asessuali, infatti, non provano attrazione sessuale, e quindi possono non riconoscersi nel tradizionale concetto di "orientamento sessuale".

[7] Si preferisce utilizzare il termine "transgender", poiché comprende varie identità, come quella delle persone "transessuali"; le persone "transgender" non modificano il proprio corpo, per vivere secondo un genere diverso da quello assegnato alla nascita, mentre le persone "transessuali" lo modificano. Il termine "transgender" può inoltre comprendere tutte le persone che vivono al di fuori del modello binario, e delle tradizionali categorie di genere.

[8] Il termine "queer" viene utilizzato da coloro che si collocano sia oltre il modello binario, che al di là delle tradizionali categorie di "eterosessuale" e "omosessuale". Una persona "omosessuale" può infatti non identificarsi come "queer", mentre una persona "eterosessuale" può definirsi tale, poiché le sue relazioni e pratiche sessuali si collocano al di fuori delle norme sociali tradizionali.

maschio e femmina, con due tipi diversi di comportamento sociale, e interessi sessuali rivolti verso persone che siano, a loro volta, sottostanti a questa divisione. I nuovi concetti di queer e transgender, che si diffondono all'inizio degli anni '90 negli Stati Uniti, mirano proprio a sovvertire tale impostazione binaria, e creare spazio per una più ampia varietà di espressioni di identità di genere e orientamenti sessuali.

In ambito medico, è invece stata presentata solo in tempi recenti una proposta per abbandonare una nomenclatura ormai superata e avvertita spesso come offensiva dai pazienti. Nel 2006 è stata dunque suggerita l'introduzione dell'espressione "disordini dello sviluppo sessuale (DSD)", per rimpiazzare gli appellativi di "intersessuale", "ermafrodita", "pseudoermafroditismo maschile" e "pseudoermafroditismo femminile"[9]; in seguito a questa classificazione si è sviluppata una controversia piuttosto accesa[10]. In effetti, il concetto di intersessualità è maggiormente legato all'idea che i corpi, le identità di genere e gli orientamenti sessuali siano costruzioni sociali, storiche e culturali su cui operano forze politiche e di gestione del potere; il termine "disordini dello sviluppo sessuale" è invece legato alla medicina, e spesso connesso a uno sguardo clinico e patologizzante verso la varietà dell'esperienza umana[11]. Per queste ragioni, e a causa del suo legame con i movimenti LGBTQ, in questo lavoro viene preferito l'utilizzo del termine "intersessualità". Dunque, sia l'espressione "disordini dello sviluppo sessuale", che il termine "ermafroditismo", verranno impiegati soltanto quando è l'autore di riferimento a utilizzarli.

Per quanto riguarda le cifre della percentuale di popolazione intersessuale, sono disponibili vari studi piuttosto recenti, e riferiti soprattutto al mondo occidentale. Secondo la stima presentata all'interno del 'Consensus' del 2006 sulla gestione clinica dell'intersessualità, e in uno studio del 2007 che analizza le

---

[9] I. HUGHES, C. HOUK, F. AHMED, P. LEE, LPWES, ESPE, 'Consensus statement on management of intersex disorders', cit.

[10] Vedi *infra*, p. 233

[11] M. BALOCCHI, *L'Invisibilizzazione dell'Intersessualità in Italia*, Paper per il Convegno 'Lo spazio della differenza', Università Milano-Bicocca, 20-21 ottobre 2010; 'Intersex. Dall' "ermafroditismo" ai "disturbi dello sviluppo sessuale"', cit.

conseguenze del documento, il numero sarebbe di una nascita intersessuale su 4500[12]. La stima compiuta nel 2000 da un gruppo di studiosi del Dipartimento di Biologia Molecolare, Biologia Cellulare e Biochimica, della Brown University del Rhode Island, considera invece il numero delle nascite intersessuali come l'1,7 del totale[13]. Gli studiosi sono guidati da Anne Fausto-Sterling[14], che insegna Biologia e Gender Studies alla Brown University; la stima di 1,7% dello studio del 2000 non è però da considerare estremamente preciso, e potrebbe essere ancora più ampio. Il gruppo di ricerca ha utilizzato una serie di studi clinici e sulla popolazione, coprendo il periodo dal 1955 al 1998, ma non è stato possibile avere un grado soddisfacente di uniformità tra i materiali esaminati. In ogni caso, la percentuale di nascite intersessuali sarebbe dell'1,7% del totale, e lo studio sottolinea come questo numero sia piuttosto sostanzioso rispetto a quanto generalmente si pensi. Inoltre, non vengono considerate soltanto le situazioni in cui è presente una visibile "ambiguità genitale", ma anche quelle in cui gonadi, cromosomi, ormoni, genitali, presentano delle caratteristiche differenti rispetto allo schema maschio/femmina[15].

Il dimorfismo sessuale nella specie umana non è infatti assoluto come spesso la scienza sembra pensare; "maschi" e "femmine" presentano una serie di differenze fenotipiche, ma non costituiscono affatto due insiemi separati e non comunicanti. Piuttosto, esiste un'ampia gamma di variazioni ormonali, cromosomiche e di morfologia dei genitali di cui tenere conto; le persone intersessuali si configurano come un'eccezione rispetto alla norma soltanto se si utilizza come griglia interpretativa della realtà una rigida dicotomia tra corpi maschili e femminili[16].

---

[12] I. HUGHES, C. HOUK, F. AHMED , P. LEE, LWPES, ESPE, 'Consensus statement on management of intersex disorders', cit., p. 554; I. HUGHES (*et al.)*, 'Consequences of the ESPE/LWPES guidelines for diagnosis and treatment of disorders of sex development', *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, vol. 21, n. 3, 2007, pp. 351-365, p. 352

[13] MELANIE BLACKLESS (*et al.)*, 'How sexually dimorphic are we?', *American Journal of Human Biology*, n. 12, vol. 151, 2000

[14] A. FAUSTO-STERLING, *Sexing the Body: gender politics and the construction of sexuality*, cit.

[15] MELANIE BLACKLESS (*et al.)*, 'How sexually dimorphic are we?', cit., p. 161

[16] *Ibid.*, pp. 162-163; M. BALOCCHI, *L'Invisibilizzazione dell'Intersessualità in Italia*, cit.

2. Utilizzo dei termini “genere” e “sesso”

I termini “sesso” e “genere” vengono solitamente utilizzati in maniera da connettere il primo alla dimensione biologica e materiale dei corpi, e il secondo alla sfera della costruzione culturale e della percezione dell’identità. La maggior parte delle persone ritiene che ci siano due “sessi” separati, quello femminile e quello maschile, e ognuno dei due sia dotato di una serie di caratteristiche fisiche e comportamentali tipiche, che di solito non sono presenti nell’altro “sesso”. Da questa base biologica, quindi, si passerebbe in seguito alla componente culturale, che produrrebbe “uomini” e “donne”, a seconda del ruolo sociale e delle norme in vigore in una determinata società. Tale distinzione è stata molto utilizzata dal femminismo, poiché serviva a rifiutare l’idea che le donne fossero “inferiori” agli uomini dal punto di vista “biologico”, e a porre l’attenzione sulla diseguaglianza come prodotto sociale. Come sottolinea Joan Scott, infatti, «l’attenta distinzione tra il genere come categoria sociale – l’attribuzione di significato ai corpi sessuati – e il sesso – la differenza anatomica tra uomini e donne – ha svolto un ruolo importante»[17].

Questa visione è invece stata messa recentemente in discussione nell’ambito del femminismo, della sociologia, e della gender e queer theory, che ritengono che non si possa considerare il “sesso” come separato dal “genere”, secondo la dicotomia tra la categorie di “natura” e “cultura”; il concetto di “genere” viene considerato maggiormente importante, rispetto a quello di “sesso”, poiché la divisione sociale viene considerata alla base dell’attribuzione di un significato particolare a certe caratteristiche anatomiche[18]. Come nota Anne Fausto-Sterling, questo non significa sostenere che «[…] le persone creano i corpi. Significa che creano il sistema che li divide, e un sistema con soltanto due

---

[17] J. SCOTT, ‘*Usi e abusi del “genere”*’, in I. FAZIO (*ed.*) *Genere, politica, storia*, Roma, Viella, 2013, pp. 105-127

[18] S. KESSLER, W. MCKENNA, *Gender: An Ethnomethodological Approach*, cit.; J. BUTLER, *Gender trouble: feminism and the subversion of identity*, cit.; *Bodies that matter: on the discoursive limits of “sex”*, cit.; A. FAUSTO.STERLING, *Myths of gender: biological theories about women and men*, cit.; J. LORBER, *Paradoxes of Gender*, Yale University Press, 1994

corpi non è l'unico possibile»[19]. Secondo tali ricerche, la stessa biologia non è priva di preconcetti derivanti dal contesto sociale in cui operano gli studiosi, che attribuiscono un genere a determinate caratteristiche anatomiche, utilizzandole poi per dividere in categorie le persone.

Se non esistessero già, all'interno della società, due categorie di genere distinte, femmine e maschi, non sarebbe necessario attribuire a determinate caratteristiche anatomiche un significato particolare; il corpo assume invece un genere, proprio perché nel contesto sociale e culturale è in vigore una divisione in due gruppi. Le caratteristiche del corpo, come i genitali o l'apparato riproduttivo, diventano allora particolarmente significativi, poiché vengono interpretati sulla base della divisione sociale esistente tra maschi e femmine, e collegati a preconcetti culturali che riguardano tali categorie. In questo senso, la divisione degli individui in gruppi separati sulla base della differenza "sessuale", tipica delle società occidentali, non è affatto necessaria, immutabile o "naturale", ma un prodotto sociale. Come nota Judith Lorber, «l'attribuzione di un genere alle persone non deriva dalla fisiologia o dagli ormoni, ma da esigenze di ordine sociale […]»[20].

Secondo questi studi, infatti, non esiste nessuna caratteristica fisica, né alcun tratto comportamentale, che appartiene esclusivamente a un solo "sesso", e permette di distinguere tra "donne" e "uomini". Inoltre, le differenze tra l'apparato riproduttivo e i genitali (interni ed esterni) non sono immediatamente visibili, e la prima attribuzione di genere nei confronti di un individuo sconosciuto non si basa certo su tali elementi[21]. Come sottolinea Judith Lorber, che ha insegnato Sociologia e Women's Studies, «In realtà, il materiale corporeo essenziale è lo stesso per femmine e maschi, e, a parte organi e ormoni legati alla procreazione, gli esseri umani femmine e maschi hanno corpi simili. […] Eppure, nelle società occidentali, abbiamo due sessi differenti e due generi distinguibili,

---

[19] A. FAUSTO-STERLING, *Sexing the Body*, cit., pp. 286-287, nota 114. La traduzione è di chi scrive, così come quella degli altri brani riportati in seguito.
[20] J. LORBER, 'Believing is Seeing: Biology as Ideology', *Gender & Society*, vol. 7, n. 4, 1993, pp. 568-581, p. 577
[21] S. KESSLER, W. MCKENNA, *Gender: An Ethnomethodological Approach*, cit., pp. 1-2

perché la nostra società si fonda su due classi di persone, “donne” e “uomini”. Una volta stabilita la categoria di genere, anche alle caratteristiche di una persona viene attribuito un genere: ogni cosa relativa a una “donna” è “femminile”; ogni cosa relativa a un “uomo” è “maschile”»[22].

In questo lavoro il termine “genere” viene utilizzato anche nei casi in cui solitamente si preferisce “sesso”, proprio per sottolineare la componente di costruzione culturale, presente nell’attribuzione di un significato particolare a un determinato tipo di genitali, gonadi o altre caratteristiche fisiche. Infatti, non soltanto il comportamento, l’aspetto, e la sessualità delle persone vengono suddivise secondo le categorie di maschile e femminile, ma anche i cromosomi, i geni e gli ormoni, secondo le norme sociali in vigore. Come spiegano Suzanne Kessler e Wendy McKenna, nel libro ‘Gender: An Ethnomethodological Approach’: «Useremo genere, invece di sesso, anche in riferimento a quegli aspetti dell’essere donna (ragazza) o uomo (ragazzo) che vengono tradizionalmente considerati biologici. In questo modo è possibile enfatizzare la nostra posizione, secondo la quale l’elemento di costruzione sociale è primario in tutti gli aspetti dell’essere femmina o maschio […]»[23].

3. Genere, “differenza sessuale”, e rapporti di potere sociale

Il modello di “differenza sessuale” tipico della società occidentale contemporanea è più recente di quanto non si pensi di solito; secondo l’analisi, pubblicata nel 1990, di Thomas Laqueur[24], la sua introduzione risale infatti alla fine del diciottesimo secolo, e si basa più su considerazioni di tipo sociale e politico, che non su dei progressi scientifici. Il modello precedente, risalente alla Grecia antica, prevede un unico “sesso”, che si realizza concretamente in due forme differenti, quella maschile e quella femminile, a seconda del maggiore o minore calore dell’individuo. Gli organi genitali sono gli stessi in entrambi in casi,

---

[22] J. LORBER, ‘Believing is Seeing: Biology as Ideology’, *Gender & Society,* vol. 7, n. 4, 1993, pp. 568-581, p. 569

[23] S. KESSLER, W. MCKENNA, *Gender: An Ethnomethodological Approach,* cit., p. 7

[24] T. LAQUEUR, *Making Sex: Body and Gender from the Greeks to Freud,* Harvard University Press, 1990

è solo la loro disposizione a cambiare, essendo esterna nel maschio e interna nella femmina. Ovaie e vagina sono ancora prive di nomi propri, e vengono designate come la versione femminile dei testicoli e del pene. Gli uomini sono qualificati come "caldi", le donne come "fredde", mentre le donne con qualità considerate maschili e gli uomini con qualità considerate femminili sono invece "tiepidi"[25].

Nel Medioevo si ritiene che i neonati maschi provengano dalla parte destra dell'utero, caratterizzata da un maggiore calore, e le femmine da quella sinistra, più fredda; le persone con tratti socialmente tipici dell'altro "sesso" sono considerate come provenienti da una zona intermedia dell'utero[26]. Il "sesso" è uno solo, mentre i generi sono due, distinti nettamente sul piano giuridico e sociale; maschi e femmine condividono un unico corpo, con gradi diversi di perfezione, e vengono distinti tramite la morfologia genitale. Lo status privilegiato è quello maschile, senza alcun dubbio, e perciò è necessario che i genitali che contraddistinguono i due generi non vengano confusi; per il mantenimento dell'ordine sociale bisogna che la linea di confine sia chiara[27].

Durante il Settecento nasce il moderno sistema della "differenza sessuale": esistono due "sessi" distinti, ed è questa presunta verità naturale il fondamento della differenza di genere tra uomini e donne. Il sapere scientifico si tende verso la fisicità del corpo, allo scopo di giustificare i rapporti sociali esistenti sulla base di leggi oggettive; le donne sono rappresentate allora come più passive e conservatrici, rispetto a uomini intraprendenti e attivi. La società ha una parte fondamentale nella creazione del sistema dei "sessi", e sulla base di presunte differenze biologiche tra maschi e femmine, è possibile garantire la continuazione di rapporti sociali oppressivi[28]. Dunque, tra il Settecento e l'Ottocento, secondo l'analisi di Laqueur, avviene un mutamento fondamentale: da un modello che prevede un solo "sesso", si passa a un modello che ne possiede due, in contrapposizione tra loro. In precedenza, le donne e gli uomini avevano lo stesso

---

[25] M. BUSONI, *Genere, sesso, cultura. Uno sguardo antropologico*, Roma, Carocci, 2000, p. 52
[26] A. FAUSTO-STERLING, *Sexing the Body*, cit., p. 34
[27] M. BUSONI, *Genere, sesso, cultura*, cit., p. 53
[28] *Ibid.*, pp. 55-56.

“sesso”, ma differenti genitali, mentre adesso i “sessi” sono due, e la differenza tra maschi e femmine è anche psicologica e morale[29]. In effetti, secondo il precedente paradigma interpretativo, la differenza tra uomini e donne non è assoluta, ma soltanto quantitativa, poiché i corpi vengono classificati in base al possesso di maggiore o minore calore; al contrario, la separazione dicotomica diventa assoluta, con il modello a due “sessi”, che non prevede alcuna continuità tra maschi e femmine. Secondo tale interpretazione, la classificazione delle persone in due “sessi” diversi deriva da uno sguardo che utilizza già un’ottica di genere: «il *sesso*, o il corpo, deve essere inteso come l’epifenomeno, mentre il *genere,* che per noi è una categoria culturale, era primario o “reale”»[30].

La cultura occidentale è abituata all’uso di dualismi, per spiegare e classificare il mondo: “natura/cultura” ne è un esempio, da cui discende infatti il dualismo “sesso/genere”. Grazie a questa impostazione dualistica, è stato possibile per la critica femminista, a partire dagli anni ’80 del Novecento a oggi, analizzare il genere come un terreno fondamentale di produzione e gestione del potere; in questo modo però il “sesso” viene escluso da tale critica, e lasciato al dominio della biologia, come presupposto “naturale” su cui in seguito si articola il sistema sociale della divisione maschile/femminile[31]. In seguito, tramite il ripensamento dell’'impostazione dualistica sesso/natura-genere/cultura, viene sottolineato come sia in effetti il “genere”, ossia la necessità della divisione tra uomini e donne per mantenere l’ordine sociale, a produrre il “sesso”. Il contributo dell’antropologia è fondamentale in questo ripensamento, poiché, grazie ai suoi studi, è possibile mostrare come il sistema moderno occidentale, basato su dimorfismo sessuale ed eterosessualità, non sia affatto “universale”. La differenza “naturale” tra i corpi non è dunque un presupposto, su cui si articola in seguito un sistema di potere, che costruisce culturalmente “uomini” e “donne”, ma è essa stessa il prodotto di una determinata società e un determinato sistema di valori[32].

---

[29] Vedi T. LAQUEUR, *Making Sex,* cit.
[30] *Ibid.,* p. 8
[31] A. FAUSTO-STERLING, *Sexing the Body,* cit., p. 4
[32] *Ibid.,* pp. 41-42

In effetti, il rapporto tra "sesso" e genere non è fisso e immutabile; inoltre, non è il primo termine a stabilire i rapporti di genere, ma il contrario. L'ottica di genere crea la differenza tra i due "sessi", e lo fa sulla base di norme sociali, non "naturali". A questo punto, è chiaro come le differenze tra la posizione politica e sociale di uomini e donne non possano più fondarsi su una presupposta diversità presente nei corpi; è la presenza di una gerarchia a creare le differenze tra gruppi sociali, non sono delle differenze preesistenti a giustificare i rapporti di potere diseguali. La certezza scientifica, presente ancora oggi, che nella materia del corpo sia possibile trovare segni di una differenza tra "maschi" e "femmine", tra persone omosessuali ed eterosessuali, si configura così come un'espressione di questa diseguaglianza sociale; tutte queste categorie sono infatti prodotti storici, che cambiano nel corso del tempo, a seconda dei rapporti di potere, e quindi del contesto ideologico di una società[33].

L'idea della "differenza sessuale" non è quindi altro se non il modo in cui un gruppo sociale impone il suo dominio, materiale e simbolico, su un altro gruppo sociale; infatti, in precedenza, tale funzione viene affidata alla differenza tra i generi, mentre in età contemporanea questo compito passa alla differenza tra i "sessi". Con questo mutamento, però, avviene un cambiamento fondamentale: la relazione di dominio, prima esibita chiaramente, diviene occulta. L'idea della naturalità della "differenza sessuale" produce questo occultamento della relazione di dominio, che diventa "invisibile", come appunto deve essere ogni gerarchia funzionante. Le relazioni di potere presenti nella società sono quindi percepite come la conseguenza di una differenza biologica tra le persone, e non come un sistema di distribuzione ineguale di valore tra i membri della stessa società. Il meccanismo che presiede alla formulazione della "differenza sessuale" è lo stesso che regola la produzione della diversità, materiale e simbolica, tra "razze" e classi sociali diverse: tutte queste categorie hanno infatti la funzione di regolare i rapporti tra dominanti e dominati[34].

---

[33] M. BUSONI, *Genere, sesso, cultura*, cit., p. 56-57
[34] *Ibid.*, pp. 57-58

Per quanto riguarda l'utilizzo della categoria di "genere" all'interno dell'analisi storica, secondo il contributo di Joan Scott[35], alla fine degli anni '80, è necessario estendere l'ambito di analisi di tale categoria all'intera società, e cercare i motivi per cui i rapporti sociali tra i "sessi/generi" si configurino in una determinata maniera. La categoria di "genere" non andrebbe quindi intesa come sinonimo di "donne", e non dovrebbe essere esclusa dallo studio di fenomeni come le guerre o la politica; Joan Scott sottolinea infatti come il genere non riguardi soltanto fenomeni come la storia della sessualità o della famiglia, ma anche la sfera della politica e del potere. Il genere si configura come «un terreno fondamentale all'interno del quale o per mezzo del quale viene elaborato il potere»[36]; i concetti della differenza biologica fondano ogni forma di vita sociale, sia dal punto di vista materiale che simbolico. Secondo Joan Scott il genere è un modo persistente e ricorrente in cui in Occidente si sono manifestati i rapporti di potere; la "differenza sessuale" ha organizzato e strutturato ogni elemento della vita sociale. In questo senso, la categoria di "genere" è coinvolta effettivamente in ogni ambito in cui ci sia una distribuzione del potere, e quindi partecipa della creazione stessa del potere[37]. Come sottolinea infatti anche Judith Lorber, «il genere organizza i processi e le pratiche dei maggiori settori di una società – lavoro, famiglia, politica, legge, istruzione, medicina, servizio militare, religioni, e cultura. Il genere è un sistema di potere, poiché privilegia alcuni gruppi di persone e ne svantaggia altri, in accordo con altri sistemi di potere (categorie razziali, etnie, classi sociali, e orientamento sessuale)»[38].

Il "sesso" si configura così come un elemento sociale e storico, niente affatto immutabile e legato alla materialità del corpo; questa categoria viene invece prodotta da specifici sistemi di potere, che utilizzano una scienza biologica che è anch'essa un prodotto storico, e dunque non può essere dotata di uno

---

[35] J. SCOTT, *Il "genere": un'utile categoria di analisi storica,* in P. DI CORI (*ed.*), *Altre storie: la critica femminista alla storia,* Bologna, CLUEB, 1996, pp. 307-347 (ed. or. *Rivista di storia contemporanea,* n. 4, 1987, pp. 560-586)
[36] *Ibid.,* p. 336
[37] Vedi anche M. BUSONI, *Genere, sesso, cultura,* cit. pp. 58 e sgg
[38] J. LORBER, *Gender Inequality: Feminist Theories and Politics,* Oxford University Press, 2010, p. 9

sguardo oggettivo sul fenomeno che studia. La dicotomia "sesso/genere", che qualifica il secondo termine come la costruzione culturale di "femminilità" e "virilità", lascia il primo al dominio della biologia, e sembra escluderlo dal terreno della produzione culturale e sociale di significato. Al contrario, anche il "sesso" è strumento di creazione del potere, attraverso il controllo dei corpi e delle identità ad essi legati; il "sesso" non è il precedente logico e cronologico del genere, non esiste una dimensione naturale e biologica in cui esistono corpi maschili e femminili, su cui in seguito operano forze sociali e culturali che danno forma alle identità maschile e femminile. La griglia interpretativa dalla quale prendono avvio le indagini della biologia non è neutra e scevra da ogni pregiudizio: la matrice del genere del quale è imbevuta la società occidentale moderna permea ogni sguardo rivolto ai corpi e alle identità che la popolano. Come sottolineato da Michel Foucault e, in seguito, da Judith Butler, il potere produce la sessualità, e le norme che la regolano: il corpo è al tempo stesso prodotto e produttore di significati relativi alla sessualità[39].

L'analisi di Michel Foucault[40], a partire dalla seconda metà degli anni '70, evidenzia appunto l'esistenza di una "società della normalizzazione", e di una disciplina statale fondata sul controllo dei corpi, che, per essere funzionali, devono essere resi docili. Secondo tale analisi, è possibile notare come i corpi non esistano, indipendentemente e in precedenza, rispetto alle norme sociali che agiscono su di essi; le scienze moderne, come la medicina e la psichiatria, costruiscono i corpi, e le identità, di cui si occupano. Non esiste una "naturalità del corpo", preesistente rispetto alle norme sociali, così come non esistono categorie di "desideri sessuali", intese come entità astoriche; è il meccanismo, scientifico e sociale, che studia i corpi e la sessualità a produrre la divisione tra persone "normali" e "anormali". Il corpo è il terreno su cui agisce la "biopolitica", strumento del potere istituzionale sugli individui, esercitato attraverso il controllo

[39] *Ibid.*, pp. 41 e sgg; A. FAUSTO-STERLING, *Sexing the Body*, cit., pp. 20 e sgg; in particolare su Michel Foucault vedi pp. 7-8 e su Judith Butler vedi pp. 22-23.
[40] M. FOUCAULT, *Surveiller et punir: naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1975; *Histoire de la sexualité*, vol. 1, *La volonté de savoir*, Paris, Gallimard, 1976; *Les anormaux: cours au Collège de France (1974-1975)*, Paris, Gallimard-Le Seuil, 1999

della vita biologica.

Secondo l'analisi di Foucault, il potere non ha solo una funzione repressiva nei confronti della sfera della sessualità, ma anzi esercita in questo ambito soprattutto una funzione produttiva. In questo modo, la scienza produce i soggetti di cui si occupa, e fornisce al resto della società delle categorie da utilizzare, per regolare l'esistenza degli individui; la creazione, da parte del potere sociale e istituzionale, di varie identità sessuali permette di classificare ogni persona, legandola a uno specifico modello. Inoltre, il modo in cui vengono studiati i corpi e le sessualità non è mai scevro da meccanismi culturali: non esiste un'oggettività scientifica, poiché ogni conoscenza viene prodotta all'interno di un preciso sistema di valori. Il medico non può che osservare il suo paziente attraverso una determinata lente di significati sociali e culturali. Categorie come quelle di "omosessuale" ed "eterosessuale" non sono entità al di fuori della storia, che esistono prima del loro uso scientifico durante l'Ottocento; tale meccanismo di controllo sociale permette così di dividere le persone, e produce sia corpi "normali" da regolare, sia corpi "anormali" che resistono al disciplinamento sociale.

L'analisi di Judith Butler[41], dai primi anni '90, affronta invece i legami tra la realtà del corpo, il "sesso" come presunto dato naturale, il genere, e l'eterosessualità; secondo la sua interpretazione "sesso" e genere sono prodotti all'interno di un sistema binario che è condizionato dall'eterosessualità. Non sono quindi i primi due elementi a produrre l'eterosessualità, ma il contrario; non esiste un "sesso" biologico, su cui poi vengono sovrapposti gli elementi culturali di "femminilità" e "virilità". La categoria stessa di "sesso" non esiste prima di quella di "genere", e una formulazione dicotomica non è adatta a cogliere la performatività del genere. Secondo Judith Butler, la materia stessa che costituisce i corpi è interpretata dal pensiero occidentale attraverso una matrice già permeata dalla nozione di "genere"; poiché ogni discorso che riguarda il corpo contiene

[41] J. BUTLER, *Gender trouble: feminism and the subversion of identity*, cit.; *Bodies that matter: on the discoursive limits of "sex"*, cit.

originariamente dei concetti relativi al "sesso" e alla sessualità, tale materia corporea non può essere un punto di partenza neutro e oggettivo per un discorso scientifico sulla "differenza sessuale". La categoria stessa di "sesso" è quindi alla base della costruzione culturale dei corpi; questo non significa però che la materialità del corpo vada ignorata o lasciata fuori dalla critica femminista, ma che proprio questa problematicità possa costituire un elemento del discorso.

Basandosi sull'idea di Foucault che la soggettività è prodotta discorsivamente, e che non c'è un soggetto preesistente, su cui in seguito agiscono le norme sociali, Judith Butler applica tale nozione al genere: la performatività del genere è appunto la ripetizione di una serie di atti, che produce l'apparenza di un dato naturale, ossia una presunta eterosessualità originaria. L'identità di genere si estrinseca attraverso l'espressione di genere, che può anche realizzarsi senza l'intenzione del soggetto. L'identità di genere non esiste né in precedenza, né al di fuori dell'espressione di genere, intesa come azione. In questa prospettiva, il genere non è né naturale, né culturale, ma è un continuo fare, che può quindi essere decostruito. La reiterazione della performatività del genere è ritualizzata e sotto costrizione, non è un singolo atto compiuto da un soggetto; è proprio questa ripetizione di atti stilizzati e collettivi, all'interno di un contesto di norme sociali, a produrre il contesto normativo dal quale scaturisce la presunta "naturalità" del sistema eterosessuale. Proprio perché non esiste un genere "originario", e non esiste un'eterosessualità "naturale", ci si può appropriare di questa serie di atti culturali, di questa ripetizione, per decostruirla in maniera sovversiva[42].

4. La proposta dei "cinque sessi" di Anne Fausto-Sterling

Nel 1993 la studiosa Anne Fausto-Sterling, che insegna Biologia e Gender Studies alla Brown University, nella città di Providence nel Rhode Island, pubblica un articolo sulla rivista 'The Sciences', in cui formula una provocatoria proposta, relativa all'ampliamento del modello binario di genere. Fausto-Sterling nota infatti che l'esistenza di persone intersessuali, che hanno dei corpi differenti

[42] Vedi anche A. FAUSTO-STERLING, *Sexing the Body*, cit., pp. 22-23

rispetto a quanto previsto dallo schema maschio/femmina, mostra che l'idea che ci siano soltanto due "sessi" non sia una necessità naturale. «[…] dal punto di vista biologico, ci sono molte gradazioni tra femmina e maschio; a seconda di chi decide in merito, si potrebbe pensare che su questo spectrum ci siano almeno cinque sessi – e forse ancora di più»[43]. Fausto-Sterling nota che la pratica clinica di intervenire, in modo da creare dei corpi che possano inserirsi nel sistema binario, non è sempre stata in vigore, e sottolinea che non si dovrebbe mentire alle persone intersessuali, negando la realtà. A suo avviso, invece, le persone intersessuali dovrebbe essere lasciate libere, e messe in condizioni di vivere come preferiscono, senza essere obbligate a sottostare alla norme binarie della società. La studiosa suggerisce quindi di prendere in considerazione l'idea che i "sessi" siano cinque: oltre a maschi e femmine ci sarebbero dunque le persone intersessuali, divise in "herms", "merms" e "ferms".

Gli herms sarebbero i veri "ermafroditi", con tessuto gonadico sia testicolare che ovarico, i merms sarebbero gli "pseudoermafroditi maschili", con testicoli e genitali esterni morfologicamente "femminili", e i ferms sarebbero gli "pseudoermafroditi femminili", con ovaie e genitali esterni morfologicamente "maschili". «[…] suggerisco che i tre tipi di intersessualità, herm, merm e ferm, dovrebbero essere considerati a buon diritto altri sessi. Anzi, direi anche che il sesso è un continuum ampio e infinitamente malleabile, che sfugge alle restrizioni anche di cinque categorie»[44]. Naturalmente la proposta di Fausto-Sterling è provocatoria, in quanto vuole sollevare, in maniera ironica, la questione dell'esistenza di persone con corpi differenti dalla norma. Invece, la proposta dei "cinque sessi" viene presa estremamente sul serio da chi sostiene fermamente la "naturalità" del modello binario, come i cristiani di destra degli Stati Uniti, che collegano l'articolo di Fausto-Sterling alla Conferenza Mondiale sulle Donne, che si tiene a Pechino nel 1995, e viene organizzata dalle Nazioni Unite; a loro avviso, infatti, i "sessi" sono due, e la loro esistenza non può essere messa in

[43] A. FAUSTO-STERLING, 'The Five Sexes: why male and female are not enough', cit.; 'The Five Sexes: Revisited', *The Sciences,* vol. 40, n. 4, 2000, pp. 18-23
[44] *Ibid.*

discussione[45].

Tra le risposte positive all'articolo di Anne Fausto-Sterling c'è invece quella di Cheryl Chase, che proprio tramite la pubblicazione di una lettera inviata alla rivista 'The Sciences' fonda l'associazione di persone intersessuali ISNA (Intersex Society of North America). Nel 1993, Chase risponde infatti all'articolo dei "cinque sessi" con una lettera alla rivista, in cui racconta la propria esperienza, sottolineando quanto sia dannoso il trattamento clinico a cui vengono sottoposti i neonati intersessuali, e annuncia la fondazione dell'associazione[46]. Anche la studiosa Suzanne Kessler[47], che si occupa in particolare della costruzione sociale delle categorie di genere, e che già nel 1990 scrive un articolo in cui denuncia il trattamento clinico a cui vengono sottoposti i bambini intersessuali[48], si interessa alla proposta di Anne Fausto-Sterling, menzionandola in un suo libro del 1998, dedicato appunto alle persone intersessuali, 'Lessons from the Intersexed'[49]. Kessler pone all'idea dei "cinque sessi" una critica che la stessa Fausto-Sterling, in seguito, accetta: «la limitazione della proposta di Fausto-Sterling è che conferisce comunque ai genitali uno status primario di significato, e ignora il fatto che nella vita quotidiana le attribuzioni di genere vengono fatte senza l'accesso a ispezioni genitali. L'aspetto predominante nella vita quotidiana è che il genere viene performato, a prescindere dalla conformazione della carne al di sotto dei vestiti». Anne Fausto-Sterling, in un articolo del 2000 in cui rivisita la proposta dei "cinque sessi", nota infatti di essere d'accordo con la critica di Suzanne Kessler: «adesso sono d'accordo con quanto sostiene Kessler. Sarebbe meglio per le persone intersessuali e i loro sostenitori di spostare l'attenzione di tutti dai genitali. Anzi, come suggerisce, bisognerebbe rendersi conto che le persone hanno una gamma di identità sessuali e caratteristiche ancora più ampia di quanto

---

[45] A. FAUSTO-STERLING, *Sexing the Body*, cit., p. 78

[46] A. FAUSTO-STERLING, 'The Five Sexes: Revisited', cit.; C. CHASE, *Intersexual Rights*, lettera alla rivista, *The Sciences*, luglio/agosto, 1993; S. PREVES, Out of the O.R. and Into the Streets: Exploring the Impact of Intersex Media Activism', 2005, pp. 247-288, p. 258 e p. 260

[47] S. KESSLER, W. MCKENNA, *Gender: An Ethnomethodological Approach*, cit.

[48] S. KESSLER, *La costruzione medica del genere: il caso dei bambini intersessuati*, cit.

[49] S. KESSLER, *Lessons from the Intersexed*, New Brunswick, Rutgers University Press, 1998

possano stabilire i soli genitali»[50].

Fausto-Sterling conferisce alla sua proposta un valore provocatorio e ideale, in quanto ritiene che un cambiamento nel trattamento clinico a cui sono soggette le persone intersessuali potrebbe, nel corso del tempo, contribuire a cambiare la società, rendendola più aperta alle variazioni e alle forme di identità e sessualità che non si conformano allo schema binario. In effetti, secondo quanto nota in seguito, la società sembra muoversi in tale direzione positiva, poiché un'attenzione maggiore viene posta sul rispetto dei "diritti di genere", e cambiamenti legislativi, come la possibilità dei matrimoni tra persone dello stesso sesso, sono adesso disponibili in vari stati[51]. Nel 1993 Fausto-Sterling scrive: «quali sarebbero le conseguenze psicologiche del prendere la strada alternativa – crescere i bambini come intersessuali senza vergogna (unabashed)? […] A lungo termine – anche se potrebbero volerci generazioni – il premio potrebbe essere una società in cui la sessualità sia qualcosa da celebrare nella sua complessità; non qualcosa da cui essere spaventati o da deridere»[52]. Nell'articolo del 2000 in cui rivisita la proposta dei "cinque sessi", Fausto-Sterling sottolinea inoltre di non aver mai voluto suggerire l'idea di una società in cui non siano presenti sfumature e differenze tra le persone, ma di voler semplicemente mostrare che un rigido modello binario maschio/femmina non sia necessario. «A volte le persone mi fanno notare, con parecchio orrore, che sto suggerendo un mondo a colori pastello, in cui regna l'androginia e gli uomini e le donne sono noiosamente uguali. Invece, nella mia visione, i colori forti coesistono con quelli pastello. Ci sono e continueranno a esserci persone molto mascoline; semplicemente alcune di loro sono donne. E alcune delle persone più femminili che conosco sono uomini»[53].

---

[50] A. FAUSTO-STERLING, 'The Five Sexes: Revisited', cit.
[51] *Ibid.*; A. FAUSTO-STERLING, *Sexing the Body*, cit., p. 307, nota 100
[52] A. FAUSTO-STERLING, 'The Five Sexes: why male and female are not enough', cit.
[53] A. FAUSTO-STERLING, 'The Five Sexes: Revisited', cit.

5. Interazione “natura/cultura” e Nastro di Möbius

Il superamento dell’opposizione tra le categorie di “natura” e “cultura” viene considerata da molte studiose, che uniscono l’approccio femminista alle discipline scientifiche, come un elemento essenziale per una reale comprensione della complessità del comportamento umano in materia di sessualità. In effetti, studiose come Anne Fausto-Sterling e Lesley Rogers sottolineano che non si possa attribuire importanza primaria né alla biologia né alla componente culturale, per un’analisi veritiera della sessualità umana; l’approccio suggerito è invece basato sull’interazione tra il corpo e l’ambiente, tra i fenomeni biologici e l’influenza culturale e sociale. In questo modo, sarebbe possibile effettuare una ricerca maggiormente efficace, che tiene conto dei molteplici rapporti che intercorrono tra l’interno e l’esterno di un corpo, e della continua interazione tra esperienza e biologia.

Lo stesso concetto di “naturale”, che viene applicato al tipo di sessualità considerata “normale” nelle società occidentali contemporanee, è una costruzione culturale; il mondo biologico è infatti estremamente vario e ricco di esempi di comportamenti “naturali”, non corrispondenti al modello di sessualità “normale” umana. L’idea che ogni atto sessuale sia collegato alla riproduzione, ad esempio, impedisce di analizzare e concettualizzare i comportamenti “omosessuali” animali, poiché tali atti si collocano al di fuori rispetto al paradigma interpretativo utilizzato dalla maggior parte degli studiosi; finché gli animali si comportano secondo le norme che regolano la sessualità umana, allora possono essere utilizzati per rinforzarle, ma quando hanno comportamenti differenti, allora vengono ignorati o minimizzati. L’eteronormatività che pervade lo sguardo degli studiosi nell’incontro con il mondo biologico impedisce di cogliere la specificità del comportamento di animali, batteri, funghi e piante; in realtà, il mondo “naturale” non è immobile e immutabile, ma molto più vario e dinamico rispetto alla rappresentazione che ne hanno gli esseri umani[54]. Comportamenti differenti

[54] C. MORTIMER-SANDILANDS, B. ERICKSON (*ed.*), *Queer Ecologies: Sex, Nature, Politics, Desire,* Indiana University Press, 2010

rispetto al modello normativo di sessualità umana sono diffusi, e le stesse categorie su cui si fonda tale modello vengono messe in discussione: l'idea che esistano soltanto due generi, due tipi di corpi diversi, e specifiche pratiche sessuali "normali", non è affatto "naturale". Come sottolinea Myra J. Hird, che insegna presso il dipartimento di Studi Ambientali della Queen's University, in Canada, «i corpi umani, come quelli di altri organismi viventi, sono "sessuati" soltanto utilizzando una prospettiva particolarmente ristretta. La maggior parte delle cellule nei corpi umani sono intersessuali (e questa stessa categoria è possibile solo conservando la distinzione tra cromosomi "maschili" e "femminili"), e soltanto le cellule degli ovuli e dello sperma sono sessualmente dimorfiche»[55].

Le categorie di "natura" e "cultura", differenziate da specifiche caratteristiche, e la loro contrapposizione, acquistano dunque significato soltanto in base al paradigma utilizzato dagli studiosi durante il Novecento, attraverso il quale i comportamenti aderenti alle norme sociali sono considerati anche "naturali". In realtà, non esiste una contrapposizione tra l'ambito della "natura" e quello della "cultura" per quanto riguarda la sessualità umana e lo sviluppo di un singolo organismo. In effetti, come nota Lesley Rogers, non ha senso considerare l'influenza genetica e quella ambientale come contrapposte, dal momento che, nello sviluppo di un singolo individuo, l'esperienza e i geni interagiscono per produrre un determinato comportamento. Lo sviluppo individuale, l'ontogenesi, è infatti basato sia su fattori genetici, e quindi biologici, che su elementi derivanti dall'esperienza, e quindi culturali; in realtà, l'esperienza può modificare la stessa biologia cerebrale, così come lo stesso atto dell'apprendimento. In questo senso, dunque, sarebbe impossibile considerare come contrapposti i contributi di biologia e cultura[56]. Anche Catherine Vidal, neurobiologa francese dell'Institut Pasteur di Parigi, sottolinea tale capacità di adattamento del cervello, chiamata appunto "plasticità cerebrale": «l'apprendimento modifica la struttura e il funzionamento del cervello umano, non soltanto durante l'infanzia ma anche in età adulta. Si

[55] M. J. HIRD, 'Naturally Queer', *Feminist Theory,* vol. 5, n. 1, 2004, pp. 85-89, p. 85
[56] L. ROGERS, *Sesso e cervello: le differenze tra l'uomo e la donna,* cit.

parla di "plasticità cerebrale" per descrivere i processi di modellamento dei circuiti neurali in funzione dell'esperienza vissuta. Nel corso del tempo, la forma delle connessioni tra neuroni si modifica»[57]. L'idea che la ricerca di una causa biologica per un dato comportamento equivalga a considerarlo poi come "immutabile" e inevitabile, è a sua volta errata, proprio perché un comportamento può essere modificato dal processo di apprendimento, e quindi dalla componente culturale[58]. Anche per quanto riguarda gli ormoni, il processo di interazione tra l'ambiente esterno e la secrezione di questi composti chimici è più complesso di quanto si pensi solitamente; il cervello può infatti reagire a stimoli ambientali, regolando la concentrazione di ormoni nel sangue. Secondo l'analisi di Lesley Rogers, invece, la maggior parte degli studi sull'influenza degli ormoni sul comportamento sessuale non tiene conto di tale facoltà; tali ricerche presuppongono quindi un processo che parte dai geni, e, tramite la secrezione degli ormoni, controlla il comportamento sessuale. Invece, secondo la studiosa, tale processo può essere anche analizzato diversamente, considerando il comportamento come causa retrostante alla secrezione ormonale[59].

Lesley Rogers sottolinea inoltre un altro aspetto del processo di ontogenesi, ovvero l'importanza della continua interazione tra la componente biologica e quella culturale. A suo avviso, la maggior parte delle persone ritiene che ci sia una sorta di "programma" per ogni individuo, stabilito dai geni e conservato all' "interno" del corpo; in seguito, su questo "programma" preesistente possono agire gli influssi dell'esperienza "esterna", in modo da modificarlo, secondo limiti stabiliti in precedenza. «Si immagina il programma come qualcosa che è "dentro" l'organismo, mentre l'esperienza che lo modifica proviene da "fuori". […] Una simile descrizione del processo di sviluppo dell'organismo, non è tuttavia adeguata. Il "dentro" e il "fuori" dell'individuo

[57] C. VIDAL, D. B. BROWAEYS, *Il sesso del cervello. Vincoli biologici e culturali nelle differenze fra uomo e donna,* Bari, Dedalo, 2006, p. 32 (ed. or. *Cerveau, sexe et pouvoir,* Paris, Belin, 2005)
[58] L. ROGERS, *sesso e cervello,* cit., p. 101
[59] *Ibid.,* p. 110

interagiscono infatti tra loro»[60]. Nella realtà, quindi, la contrapposizione tra le categorie di natura e cultura non è una descrizione adeguata per il processo di ontogenesi: lo sviluppo individuale prevede infatti una continua interazione tra la biologia e l'esperienza. «Il comportamento di un individuo e la sua posizione nella società non sono il risultato di un piano preesistente plasmato dall'esperienza: si tratta piuttosto del prodotto di interazioni che si verificano in tutti gli stadi di sviluppo e che sono sempre soggette a ulteriori cambiamenti»[61].

Anne Fausto-Sterling riporta un esempio utilizzato originariamente da Elizabeth Grosz, studiosa femminista di filosofia, per illustrare l'interazione tra il "dentro" e il "fuori" di un corpo. In effetti, la componente biologica (cervello, ormoni, genitali) e quella culturale (esperienza, influenza ambientale) sono costantemente in rapporto tra loro, e si influenzano a vicenda. L'esempio utilizzato per chiarire tale concetto è il Nastro di Möbius, una figura matematica (o più precisamente topologica) formata da una striscia rettangolare unita a formare un anello, ma a cui è prima stata impressa una torsione di mezzo giro (180°). Se si percorre la superficie del nastro, quindi, non ci si sposta mai da un lato "esterno" a uno "interno", poiché la superficie è unica. Il Nastro di Möbius viene dunque utilizzato in questo contesto per esplicitare la costante interazione tra gli elementi biologici, "interni" al corpo, e quelli culturali, ovvero "esterni". «Si può percorrere la superficie, ad esempio, immaginando una formica che vi cammina. All'inizio del percorso circolare, la formica è chiaramente all'esterno. Ma mentre attraversa il nastro torto, senza alzare le zampe dal piano, finisce sulla superficie interna. […] l'interno e l'esterno sono continui, e ci si può muovere dall'uno all'altro senza nemmeno sollevare i piedi da terra»[62]. In questo senso, il "dentro" e il "fuori" del corpo si collocano su un continuum, e non ci si rende affatto conto di spostarsi da una sfera all'altra. La componente biologica e quella culturale non sono allora in contrapposizione, e il modello "natura/cultura", che prevede un dualismo tra due categorie opposte, non è realistico né funzionale.

---

[60] *Ibid.*, pp. 30-31
[61] *Ibid.*, p. 32
[62] A. FAUSTO-STERLING, *Sexing the Body*, cit., p. 24

Una persona è il prodotto di un processo decisamente complesso, che non può essere ridotto al contrasto tra i concetti di "natura" e "cultura"; per quanto riguarda in particolare l'analisi della sessualità umana, sarebbe consigliabile l'abbandono di tale dicotomia, per considerare invece la varietà del comportamento come il prodotto di una continua interazione tra vari elementi.

6. La figura di Ermafrodito in Grecia antica

Il termine "ermafroditismo" deriva da una figura appartenente alla mitologia della Grecia antica: Ermafrodito, che possiede contemporaneamente le caratteristiche fisiche del "sesso" maschile e di quello femminile. Le due versioni più note del mito di Ermafrodito sono quelle di Diodoro Siculo e di Ovidio, e in entrambe tale personaggio è figlio di Ermes e Afrodite. Secondo alcuni studiosi la figura di Ermafrodito deriverebbe invece da un'altra divinità, Afrodito, che sarebbe una versione maschile di Afrodite, venerata sull'isola di Cipro e ad Atene, con celebrazioni caratterizzate dal travestitismo rituale di uomini e donne; Afrodito viene rappresentato come una figura dal corpo e dagli abiti femminili, e con la barba e un pene. Secondo questa interpretazione, il nome Ermafrodito significherebbe "Afrodite sotto forma di erma"; l'erma è un tipo di statua di forma quadrangolare, sormontata da una testa e spesso dotata di un fallo. Queste statue hanno nella Grecia antica la funzione di proteggere gli ingressi delle abitazioni, i crocevia, e i confini di un territorio, poiché, come dimostra il loro nome, sono legate a Ermes, la divinità dei confini e dei passaggi. Solo in seguito quindi, Ermafrodito sarebbe stato considerato il figlio di Afrodite ed Ermes.

Secondo la versione di Diodoro Siculo[63], creature simili a Ermafrodito, ossia con gli attributi fisici di entrambi i "sessi", appaiono a volte nel mondo, e hanno la capacità di predire il futuro, sia in maniera positiva che negativa. Una narrazione ampia del mito è invece presente in Ovidio[64]: Ermafrodito, figlio di Ermes e Afrodite, viene allevato dalle ninfe Naiadi sul Monte Ida, in Frigia, ma a

[63] Diodoro Siculo, *Bibliotheca Historica,* IV, 4.6.5
[64] Ovidio, *Le Metamorfosi*, vv. 285-399

quindici anni decide di viaggiare verso la Licia e la Caria, e in un bosco in Caria, nei pressi di Alicarnasso, oggi Bodrum in Turchia, incontra la ninfa Salmace sulle rive di un lago. La ninfa si innamora di Ermafrodito, ma il giovane ne respinge il tentativo di seduzione; quando pensa che Salmace si sia allontanata, Ermafrodito si immerge nel lago. In quel momento la ninfa si getta in acqua e abbraccia il giovane, chiedendo agli dei di non separare mai più i loro corpi. Gli dei rispondono alla richiesta di Salmace, e Ermafrodito si trasforma in una creatura che possiede entrambi i "sessi" contemporaneamente. Inoltre, anche il giovane fa una richiesta agli dei: da quel momento in poi, tutti coloro che si bagnano nelle acque del lago, diventeranno come Ermafrodito.

Per quanto riguarda la rappresentazione di Ermafrodito nell'arte antica, di solito si tratta di una figura femminile, con genitali maschili. Sia Afrodite che Ermes sono collegati alla sfera della sessualità, e anche Ermafrodito potrebbe essere connesso al matrimonio e alla fertilità. Durante l'antichità, il lago di Salmace, presso la città di Alicarnasso, sembra infatti essere luogo di riti collegati al matrimonio, poiché le fanciulle vi si recano prima delle nozze; inoltre, un'iscrizione scoperta nel 1995 presso il promontorio di Kaplan Kalesi o Salmakis, in Turchia, dove era situata l'antica Alicarnasso, collega l'invenzione dell'istituzione matrimoniale proprio all'unione tra Ermafrodito e Salmace[65]. Secondo l'interpretazione diffusa nel Novecento, Ermafrodito viene invece collegato alle categorie di "doppia sessualità" e "bisessualità", e analizzato in quanto possessore di un corpo con caratteristiche sia maschili che femminili[66]; secondo questo paradigma, Ermafrodito viene inoltre messo in rapporto con altre figure presenti nella cultura greca, e che rappresenterebbero a loro volta esempi di "doppia sessualità"[67].

Un'altra figura di questo tipo sarebbe quella di Tiresia, indovino cieco di

---

[65] S. ISAGER, 'The Pride of Halikarnassos. Editio Princeps of an Inscription from Salmakis', *Zeitschrift für Papyrologie und Epigraphik*, n. 123, 1998, pp. 1-23

[66] M. DELCOURT, *Hermaphrodite: mythes et rites de* , Paris, PUF, 1958; *Hermaphroditea: Recherches sur l'être double promoteur de la fertilité dans le monde classique*, Bruxelles, Lamomus, 1966; L. BRISSON, *Le sexe incertain: androgynie et hermaphroditisme dans l' Antiquité gréco-romaine*, Paris, Les Belles Lettres, 1997

[67] L. BRISSON, *Le sexe incertain*, cit.

Tebe, che, secondo il mito, viene trasformato in donna per alcuni anni, per poi ritornare nuovamente uomo; Tiresia vive quindi sia con un corpo maschile che con un corpo femminile, ma in momenti differenti. Un altro racconto che viene collegato al concetto di "doppia sessualità" è invece contenuto nel 'Simposio' di Platone[68], poiché Aristofane narra di un tempo primordiale in cui esistono tre "sessi". Un "sesso" è completamente maschile, uno è completamente femminile, e uno è invece androgino (dai termini greci per uomo e donna, 'andros' e 'gynos'). Secondo il mito narrato da Aristofane, le divinità decidono poi di dividere questi antichi individui a metà; in seguito a tale avvenimento, ognuno cerca incessantemente la metà con la quale formava in precedenza un unico essere. Questa ricerca della propria metà perduta dà origine all'amore, poiché le persone vorrebbero ritrovarsi, e ripristinare l'antica unità. Dal momento che i "sessi" erano originariamente tre, questa ricerca fonda sia l'amore omosessuale che quello eterosessuale: coloro che formavano in precedenza un unico individuo completamente maschile o completamente femminile cercano infatti una persona del loro stesso "sesso", mentre gli individui che componevano gli antichi esseri androgini, sono invece eterosessuali.

Questa interpretazione, basata sui concetti di "doppia sessualità" e "bisessualità", non tiene adeguatamente conto delle caratteristiche della cultura greca, e utilizza categorie di genere relative alla società occidentale moderna, più che all'antichità. Infatti, secondo la lettura più recente del mito di Ermafrodito, é invece necessario evidenziare il legame con l'istituzione matrimoniale, e la sua importanza dal punto di vista sociale. Al momento dell'incontro con Salmace, Ermafrodito è un ragazzo, e quindi deve ancora accedere alle funzioni sociali e alla sessualità di un adulto; il rapporto con la ninfa rappresenterebbe allora l'accesso, tramite il matrimonio, al ruolo sociale e alla sessualità adulta maschile, mentre il rifiuto della relazione con Salmace si configurerebbe come la permanenza nella sfera dell'indeterminatezza collegata alla giovinezza. In questo senso, la fusione dei corpi di Ermafrodito e Salmace rappresenterebbe dunque il

[68] Platone, *Simposio*, 189 e sgg

rapporto matrimoniale, e il possesso di un corpo con caratteristiche sia maschili che femminili non sarebbe collegato alla "doppia sessualità"[69]. L'applicazione di categorie provenienti da un contesto differente impedisce dunque di cogliere il significato reale di un mito, poiché attribuisce a una cultura i concetti e le norme appartenenti a un'altra. In questo senso, infatti, le categorie di genere della società occidentale contemporanea sono inadeguate a cogliere la complessità e specificità della Grecia antica.

Specialmente per quanto riguarda il politeismo greco, infatti, la divisione di genere in divinità maschili e femminili è inadatta, e non tiene conto delle caratteristiche proprie della categoria di "divinità" in Grecia; anche Ermafrodito, pur non avendo un culto specifico, è una figura divina, in quanto figlio di Afrodite ed Ermes. Gli studiosi attribuiscono spesso agli dei e alle dee qualità tipicamente femminili e maschili secondo la divisione di genere in uso nella società da cui provengono; per quanto riguarda la Grecia, invece, è presente una notevole differenza tra i ruoli di genere all'interno della società, e in ambito religioso. Se a livello sociale, infatti, la divisione tra "uomini" e "donne", con ruoli e caratteristiche diverse, è necessaria al mantenimento dell'ordine e dei rapporti di potere, per quanto riguarda la sfera della divinità la situazione è del tutto differente. Una netta divisione delle divinità secondo le categorie di genere, in accordo con i ruoli presenti nella società greca, è impossibile; proprio in quanto divinità, le regole valide per gli esseri umani non vengono più applicate, e la netta distinzione tra ambito maschile e femminile non è più in vigore. In questo senso, una "dea" non è una "donna", e un "dio" non è un "uomo", poiché si tratta di sfere completamente diverse, nelle quali non operano le stesse norme[70]. L'applicazione di categorie proprie della società da cui provengono gli studiosi non permette quindi di cogliere la realtà culturale della Grecia antica; la figura di Ermafrodito, infatti, assume per la società occidentale contemporanea un significato diverso da

---

[69] S. ISAGER, 'The Pride of Halikarnassos. Editio Princeps of an Inscription from Salmakis', cit., pp. 12 e sgg; A. J. ROMANO, 'The Invention of Marriage: Hermaphroditus and Salmacis at Halicarnassus and in Ovid', *Classical Quarterly*, vol. 59, n. 2, 2009, pp. 543-561

[70] N. LORAUX, 'Che cos'è una dea?', J. DUBY, M. PERROT (*ed.*), Storia delle donne in Occidente, vol. 1, P. S. PANTEL (*ed.*), L'Antichità, Roma-Bari, Laterza, 1990, pp. 13-55

quello che ha in Grecia, dal momento che ogni società utilizza categorie relative a genere e sessualità differenti.

7. L'Epoca delle Gonadi (1870-1915)

Per quanto riguarda l'età contemporanea, secondo le analisi di Anne Fausto-Sterling e Alice Dreger[71], storica della medicina e della scienza, che insegna Medical Humanities e Bioetica alla Northwestern University di Chicago, è possibile rilevare due grandi periodi nella storia del trattamento medico delle persone intersessuali, che riflettono gli orientamenti relativi alla sessualità presenti all'interno della società; l'Epoca delle Gonadi, che va dal 1870 al 1915, e l'Epoca della Conversione, dal 1920 fino alla fine del secolo. In precedenza, infatti, il controllo sui corpi diversi dalla norma è affidato a giudici e legislatori, non alle scienze naturali. L'analisi di Alice Dreger sul trattamento clinico durante l'Epoca della Gonadi è focalizzata su Francia e Gran Bretagna, ma la specificità di questo periodo viene confermata anche da Elizabeth Reis[72] per gli Stati Uniti, con lievi variazioni. L'Epoca della Conversione riguarda invece principalmente gli Stati Uniti, da cui poi si diffonde un nuovo modello di trattamento medico. Durante il primo periodo l'unico indicatore attendibile del "vero sesso" di una persona sono considerate le gonadi (ovaie o testicoli), e basta la loro presenza ad assegnare un individuo al ruolo sociale di "uomo" o "donna", a prescindere da quale percezione della propria identità una persona avesse fino a quel momento[73]. Il paradigma dominante prevede inoltre che un "vero ermafrodita" sia esclusivamente un

---

[71] A. DREGER, (*ed.*), *Intersex in the Age of ethics*, Hagerstown, University Publishing Group, 1999; '"Ambiguous Sex" - or Ambivalent Medicine? Ethical Issues in the Treatment of Intersexuality', *The Hastings Center Report*, vol. 28, n. 3, 1998

[72] E. REIS, 'Impossible Hermaphrodites: Intersex in America, 1620–1960', *The Journal of American History*, vol. 92, n. 2, 2005, pp. 411-441, p. 412

[73] La persona intersessuale più nota dell'Ottocento è Herculine Adélaîde Barbin (1838-1868), chiamata dai suoi familiari Alexine; nel 1860 l'intersessualità di Alexine, che ha un'identità di genere femminile, e una relazione con una donna, viene scoperta. I medici decidono che Alexine in realtà è un maschio, e una decisione legale le impone di vivere da uomo; Alexine cambia allora il suo nome in Abel, si trasferisce a Parigi, e scrive le sue memorie. Nel 1868 si suicida nel suo appartamento, inalando il fumo della stufa a carbone. La sua notorietà è dovuta alla riscoperta delle sue memorie da parte di Michel Foucault, che ne cura la pubblicazione nel 1978. Vedi A. DREGER, *Hermaphrodites and the Medical Invention of Sex*, cit., pp. 16 e sgg, pp. 51-52; M. FOUCAULT (*ed.*), *Herculine Barbin, dite Alexina B.*, Paris, Gallimard, 1978

individuo che possiede entrambi i tipi di gonadi (ovaie e testicoli); in un momento storico di grandi mutamenti sociali come il passaggio tra l'Ottocento e il Novecento, è importante diminuire la presenza nell'immaginario collettivo di figure pericolose per il sistema binario, cercando di ricondurne la maggior parte all'appartenenza, oltre ogni dubbio, all'uno o all'altro "sesso". Nel secondo periodo, che copre quasi interamente il Novecento, ci si focalizza invece, grazie all'avanzamento delle possibilità offerte dalla scienza medica, sull'eliminazione concreta e tangibile delle persone intersessuali, attraverso modificazioni chirurgiche e manipolazioni ormonali: ancora una volta è indispensabile che tutti siano "uomini" o "donne", nella società non c'è spazio per identità lontane dagli estremi della dicotomia[74].

7.1 Saint-Hilaire (1805-1861) e Young Simpson (1811-1870)

Nel corso dell'Ottocento vivono due precursori delle idee dell'Epoca delle Gonadi, che si interessano di intersessualità, nel periodo immediatamente precedente alla formazione del paradigma di "vero ermafroditismo" e "pseudoermafroditismo": lo zoologo francese Isidore Geoffroy Saint-Hilaire (1805-1861) e il medico scozzese James Young Simpson (1811-1870). Entrambi propongono un proprio sistema di classificazione dell' "ermafroditismo", molto in uso fino agli ultimi decenni del secolo; la maggior parte dei medici in Francia utilizza il sistema di Saint-Hilaire, mentre i medici in Gran Bretagna usano quello di Young Simpson[75]. Il primo si occupa di storia naturale e medicina, seguendo le orme del padre Etienne Geoffroy Saint-Hilaire, grande biologo e naturalista, collaboratore di Jean-Baptiste Lamarck; Etienne è infatti un sostenitore della teoria lamarckiana dello sviluppo biologico degli organismi nel corso del tempo, e dell'appartenenza di tutta la vita organica a un insieme unitario. Anche Isidore Geoffroy Saint-Hilaire segue questo tipo di approccio, e crede in un'unità sottostante al mondo naturale; tra il 1832 e il 1837 pubblica un imponente lavoro

[74] A. DREGER, *Hermaphrodites and the Medical Invention of Sex*, Harvard University Press, 2000, pp. 29-30; A. FAUSTO-STERLING, *Sexing the Body*, cit., p. 40
[75] A. DREGER, *Hermaphrodites and the Medical Invention of Sex*, cit., p. 140

dedicato alla teratologia, disciplina che si occupa delle anomalie sviluppate dal feto durante la gravidanza, e che provocano difetti congeniti, la 'Storia generale e particolare delle anomalie dell'organizzazione nell'uomo e negli animali'. Saint-Hilaire crede che anche le nascite "anormali" degli "ermafroditi" facciano parte dell'insieme naturale, e che siano appunto causate da uno sviluppo anomalo durante la gestazione; inoltre, lo studioso ritiene che lo studio di queste nascite diverse dalla norma possa gettare nuova luce proprio sullo sviluppo "normale" della maggior parte degli individui, concetto che è in effetti ancora presente negli studi clinici che si occupano di persone intersessuali.

Lo studioso francese apre il terreno alla futura classificazione in "ermafroditi veri" e "falsi", dividendo il corpo in sei zone sessuali, tre a destra e tre a sinistra, suddivise ancora in profonde (ovaie, testicoli), medie (utero, vescicole seminali) ed esterne (genitali esterni): soltanto quando tutte e sei le zone sono maschili, la persona può essere considerata un uomo, e soltanto quando sono tutte e sei femminili, la persona è effettivamente una donna. Lo schema di Saint-Hilaire inserisce nell'ordine naturale la presenza di "variazioni sessuali" all'interno della specie umana, e le classifica in base alla presenza o assenza di organi genitali in misura differente rispetto alla norma; la divisione tra "ermafroditismo vero" e "falso" non è ancora presente, e anche se sono gli organi genitali interni a essere analizzati, la compresenza di ovaie e testicoli è solo una delle possibilità, non l'unica forma "vera" di "ermafroditismo" [76].

Il secondo studioso è invece lo scozzese James Young Simpson, professore di Ostetricia e medico a Edimburgo, noto per aver scoperto le proprietà anestetiche del cloroformio, e averle applicate alle sue pazienti durante il parto. Egli è il primo a proporre una divisione degli "ermafroditi" in "spuri" e "veri", in un articolo dedicato a tale argomento, scritto nella seconda metà degli anni '30 per l'Enciclopedia di Anatomia e Fisiologia di Robert Bentley Todd. Per il dottor Simpson gli "ermafroditi spuri" hanno organi genitali più o meno simili a quelli dell'altro "sesso", a causa di malformazioni dovute a uno sviluppo "anomalo",

[76] *Ibid.*, pp. 140 e sgg

mentre, nel secondo caso, nel corpo della stessa persona sono presenti, in misura variabile, entrambi i tipi di organi. Inoltre, per Young Simpson, gli organi genitali non sono soltanto le gonadi (ovaie o testicoli), ma anche l'utero e le vescicole seminali; secondo la sua classificazione, per essere un "vero ermafrodita" bisogna avere testicoli e utero, oppure ovaie e vescicole seminali, ma non è necessario possedere entrambi i tipi di gonadi (ovaie e testicoli). La sua classificazione non è rigorosa come saranno le successive, e molte persone possono essere dunque incluse nella categoria di "veri ermafroditi"[77].

In questo momento storico la scienza naturale ottocentesca inizia dunque a ricondurre all'interno del suo dominio anche i corpi considerati in precedenza "innaturali", inserendoli così nel contesto normativo della società, che tramite la medicina è in grado di gestirli, eliminandone la pericolosità e facendoli scomparire il più possibile dalla vista[78].

7.2 Klebs (1834-1913), Blacker (1865-1948) e Lawrence (1858-1936)

Il vero atto fondatore del paradigma dell'Epoca delle Gonadi è nel 1876 con Theodor Albrecht Edwin Klebs (1834-1913); nel suo trattato di anatomia patologica stabilisce infatti che il "vero sesso" di una persona è determinato dalle gonadi, e divide l' "ermafroditismo" in due tipi, "vero" e "falso". Il "vero ermafrodita" possiede sia ovaie che testicoli, e si divide in tre categorie: bilaterale (un testicolo e un'ovaia su ogni lato del corpo), unilaterale (un'ovaia o un testicolo su un lato e sull'altro lato entrambi), laterale (un'ovaia su un lato e un testicolo sull'altro). Lo "pseudoermafroditismo", invece, può essere "maschile" o "femminile", a seconda della presenza di testicoli e genitali esterni "femminili", o di ovaie e genitali esterni "maschili". Da questo momento in poi, in tutta Europa viene seguita questa linea, che punta all'eliminazione teorica dell'intersessualità: pochissime persone hanno i requisiti per essere classificate come "veri

[77] *Ibid.*, pp. 143-144
[78] A. FAUSTO-STERLING, *Sexing the Body*, cit., p. 37

ermafroditi". Molti casi che in passato sono analizzati come "ermafroditismo", adesso non lo sarebbero più, secondo i rigidi criteri basati sulle gonadi. In effetti, tale definizione permette ai medici di ridurre i numeri delle persone intersessuali, minimizzandone i rischi sociali; a praticamente tutte le persone è adesso possibile attribuire un "vero sesso", con un chiaro modello di comportamento e un determinato ruolo. Le barriere tra "uomini" e "donne" non sono più minacciate: a ogni corpo appartiene un solo "sesso", e ovviamente un orientamento sessuale eterosessuale[79].

Nel 1896 l'articolo di Klebs appare in lingua inglese, con un commento critico di due autori, il medico ostetrico presso l'University College Hospital, George F. Blacker (1865-1948), e il curatore del museo dell'University College di Londra, Thomas William Pelham Lawrence (1858-1936). I due restringono ancora la definizione di "ermafroditismo" data da Klebs, interpretandola in maniera diversa da come era formulata, e ripercorrono 28 casi clinici di "presunti ermafroditi" presenti nella passata letteratura medica, fino a ridurne il numero, usando i loro moderni criteri, a tre. Grazie alle analisi microscopiche i due medici scoprono un caso di ovario testicolare, ossia un'unica gonade contenente sia tessuto ovarico che testicolare, che in precedenza non si conosce; su questa base la definizione di Klebs viene rivista, e il "vero ermafrodita" non è più una persona che possiede sia un'ovaia che un testicolo, ma una persona che presenta i due tipi di tessuto gonadico insieme[80].

Tre conseguenze derivano dalla nuova definizione di "ermafroditismo", basata sull'analisi microscopica delle gonadi: innanzitutto la passata letteratura medica viene riletta, eliminandone i casi di "ermafroditismo" che non corrispondono ai criteri moderni, in secondo luogo, è quasi impossibile scoprire nuovi casi di "vero ermafroditismo", e infine, visto il livello della medicina dell'epoca, l'unico modo per analizzare istologicamente il tessuto di una persona è dopo la sua morte, o in seguito a castrazione. In effetti, la progressiva diminuzione

[79] A. DREGER, *Hermaphrodites and the Medical Invention of Sex*, cit., pp. 145-146
[80] *Ibid.*, pp. 146 e sgg

dell' "ermafroditismo" dalla letteratura e dalla pratica medica avviene durante un periodo storico che vede l'emergere dei movimenti delle femministe e delle persone omosessuali; non a caso, tra la fine dell'Ottocento e l'inizio del Novecento, la società europea si muove, e nuove definizioni e rappresentazioni dell'identità maschile e femminile irrompono sulla scena sociale[81].

7.3 Blair-Bell (1871-1936)

Nella pratica però, la definizione del "sesso" basata sulle gonadi presenta alcuni problemi per i medici; è probabile infatti che in alcuni casi essi abbiano lasciato che i loro pazienti continuassero a vivere come facevano in precedenza, tralasciando i loro organi interni. Dal punto di vista teorico, gli studiosi concordano sul ruolo delle gonadi, ma quando nella pratica incontrano uomini con il seno o donne con la capacità dell'erezione, ritengono più opportuno allinearsi con il ruolo sociale di queste persone, per evitare di creare situazioni ancora più pericolose per l'ordine binario.

Bisogna però attendere fino al 1915, che è appunto il momento in cui si chiude l'Epoca delle Gonadi, per trovare un medico che metta ufficialmente in dubbio il paradigma in uso: il dottore inglese William Blair-Bell (1871-1936), fondatore del Royal College degli Ostetrici e Ginecologi. Grazie alle nuove tecnologie mediche, come laparotomie esplorative e biopsie, disponibili a partire dal primo decennio del Novecento, è ora possibile verificare effettivamente la presenza di gonadi ovario testicolari in pazienti vivi; i medici si confrontano in misura sempre crescente con nuovi casi di "vero ermafroditismo" , e il problema che si presenta è notevole. Secondo William Blair-Bell, nel caso di pazienti che sembrano donne "normali", sulla base delle loro caratteristiche fisiche, è evidente che le gonadi, testicoli in questi casi, non funzionano. A questo punto non avrebbe senso per il medico smantellare l'ordine binario, attribuendo queste persone al genere maschile sulla base di organi interni non funzionanti, quando la maggior parte del loro corpo sembra invece femminile, e potrebbero continuare a svolgere

[81] *Ibid.*, pp. 149-150

il loro ruolo sociale di donne in maniera assolutamente soddisfacente, capacità di concepire a parte[82].

William Blair-Bell vuole assolutamente mantenere stabile l'ordine binario, sia rispetto ai suoi pazienti che per quanto riguarda la società in generale; inoltre, pur abbandonando l'idea che le gonadi siano le uniche custodi del "vero sesso" di una persona, il medico non è affatto contrario al concetto che a ogni corpo corrisponda un solo "sesso". Anzi, il suo compito clinico è proprio quello di uniformare le eventuali caratteristiche discordanti di un paziente al resto delle sue caratteristiche fisiche e sociali; attraverso la moderna chirurgia è possibile modificare un corpo, rendendolo il più simile possibile agli altri, in modo da farlo restare in maniera stabile all'interno di un gruppo preciso. Quindi, piuttosto che considerare una persona dall'aspetto femminile e con dei testicoli un "vero ermafrodita", per cui non c'è spazio all'interno della società, William Blair-Bell consiglia un'operazione, in modo da eliminare i testicoli, e produrre così una donna praticamente uguale alle altre, salvando l'ordine del sistema dei due "sessi". All'inizio del Novecento, i grandi miglioramenti della medicina hanno dunque un duplice effetto: l'Epoca delle Gonadi si avvia ormai alla sua conclusione, e si apre un nuovo orizzonte per il trattamento clinico dell' "ermafroditismo", in cui è possibile costruire chirurgicamente un solo "sesso" per ogni corpo[83].

Ogni teoria sull' "ermafroditismo" apparsa tra Ottocento e Novecento appartiene a un più ampio insieme di teorie sulla differenza biologica: maschi e femmine, bianchi e neri, classe media e lavoratori, sono tutti considerati dalla scienza come gruppi separati, non solo dal punto di vista culturale, ma anche da quello biologico[84]. Ogni persona ha il proprio posto nella società, a non può allontanarsi dal ruolo che le viene assegnato. La giustificazione per istituzioni sociali come il colonialismo, il matrimonio, il diritto di voto o alla proprietà, risiede in parte proprio nel fondamento biologico della differenza tra le persone.

---

[82] *Ibid.*, pp. 158 e sgg
[83] *Ibid.*, pp. 165-166
[84] Vedi *infra*, p. 149

Una delle ragioni dietro alla proibizione per le donne di frequentare le università è proprio una preoccupazione per la loro salute, in quanto tale attività le renderebbe sterili. Le opinioni dei medici riflettono quindi ampie preoccupazioni sociali: assottigliare la separazione tra i "sessi" significa colpire le fondamenta dell'ordine[85].

7.4 I medici cercano i segni del "vero sesso"

La fine dell'Ottocento è un periodo di professionalizzazione per i medici europei, che dall'incontro con individui "ermafroditi" guadagnano prestigio e autorità; la loro fama supera i confini nazionali, e le persone sono disposte a lunghi viaggi per presentare i loro bambini al giudizio di questi medici. Una vera comunità internazionale di specialisti si forma, con frequenti incontri di più medici, che si consultano nel tentativo di stabilire il "vero sesso" di una persona. In effetti, spesso la determinazione di questo "vero sesso" non è facile; non viene messa in dubbio l'esistenza, in generale, di due "sessi" distinti, maschile e femminile, ma per quanto riguarda i singoli casi, la sua "scoperta" non è sempre immediata. Per quanto siano le gonadi l'elemento determinante, spesso non è possibile esaminarle; almeno fino al 1910 la chirurgia non raggiunge un livello sufficiente per effettuare biopsie sulle gonadi di individui ancora vivi. La presenza di genitali interni come ovaie, utero, testicoli, prostata, può essere accertata con ispezioni rettali da parte del medico, ma spesso tale procedura è sconsigliata per le complicazioni che possono seguire. Nonostante queste difficoltà nell'esaminare gli organi interni, i medici sono convinti che la presenza delle gonadi si riveli attraverso dei segni tangibili, e che soppesando l'aspetto di una persona e il suo comportamento, sia possibile capirne il "vero sesso". Il compito del medico è dunque quello di distinguere attentamente i "veri" segni del "sesso" da quelli "spuri", senza farsi ingannare dall'apparenza dei genitali, dai vestiti, o da altri segni corporei[86].

---

[85] A. FAUSTO-STERLING, *Sexing the Body*, cit., pp. 39-40
[86] A. DREGER, *Hermaphrodites and the Medical Invention of Sex*, cit., p. 61, e pp. 91 e sgg

Un elemento importante nel rapporto tra medici e pazienti "pseudoermafroditi" è quello relativo alle rappresentazioni fotografiche dei corpi dei pazienti e dei loro genitali; spesso, nelle immagini della fine dell'Ottocento è presente una caratteristica peculiare, che sottolinea la forte relazione tra lo sguardo della medicina e la determinazione del "sesso" di una persona. Infatti, nelle immagini di individui intersessuali della fine dell'Ottocento, sia in fotografie che in disegni, la raffigurazione dei genitali è accompagnata dalla mano di un medico, che pone i genitali in una posizione in cui siano più visibili le caratteristiche considerate "anomale". In molte immagini di questo periodo i genitali vengono in questo modo "presentati" dal medico, che entra materialmente nell'immagine, rendendo impossibile dimenticare la sua presenza; allo stesso tempo, il volto del paziente non sempre è visibile, poiché per questo tipo di immagini "genitali" spesso è sdraiato. In effetti, secondo l'analisi di Alice Dreger, i medici, in molti casi, vedono i loro pazienti come "esemplari" da studiare, più che come persone; da questo punto di vista, anche l'introduzione, alla fine dell'Ottocento, di norme che dovrebbero garantire la privacy del paziente, spesso contribuiscono a nascondere la sua stessa umanità nelle rappresentazioni cliniche. Infatti, i pazienti iniziano a essere indicati soltanto con le iniziali nella letteratura medica, e nelle foto a figura intera, in cui vengono rappresentati in piedi e completamente nudi, spesso viene posta della stoffa nera sui loro volti. In seguito, tale pratica viene poi rimpiazzata dall'utilizzo di una barra nera che copre gli occhi; in questo modo il tentativo di garantire la privacy del paziente si unisce a una tendenza a rappresentare le persone come "esemplari" da studiare, privi di una identità specifica di cui tenere conto[87].

Nella loro ricerca del "vero sesso", i medici dell'Ottocento non si limitano all'analisi dei genitali e di altri elementi del corpo di una persona, ma prendono in considerazione anche caratteristiche appartenenti alla sfera dei desideri e dei comportamenti, poiché le considerano utili per la scoperta del "sesso". La

[87] *Ibid.*, pp. 46 e sgg. La pratica di scattare fotografie ai pazienti intersessuali, in modo da mostrare le caratteristiche fisiche e genitali considerate "ambigue", prosegue poi per tutto il Novecento, vedi *infra*, p. 104 e p. 224

distinzione tra “sesso” (elementi anatomici), “identità di genere” (categoria sociale) e “sessualità” (interesse sessuale) non è infatti ancora presente durante l’Epoca delle Gonadi; in questo periodo storico, tra la fine dell’Ottocento e l’inizio del Novecento, i medici esaminano i loro pazienti non solo attraverso i genitali o altri tratti somatici, ma utilizzano anche altri segni, ritenuti allo stesso modo rivelatori del “sesso”. Il timbro della voce, i giochi preferiti nell’infanzia, il possesso di coraggio e fierezza, o invece di grazia e timidezza, sono rivelatori dell’appartenenza al “vero sesso” maschile o femminile. I segni esteriori sono invece classificati come “spuri” o “veri”, a seconda dell’opinione del medico sul “sesso” del suo paziente; mestruazioni, barba, seno, eiaculazione, possono dunque essere, di volta in volta, reali o falsi, poiché a decidere è il medico[88].

Anche se l’aspetto esteriore dei genitali può essere praticamente lo stesso su due persone diverse, i medici decideranno a seconda del caso, ovvero soppesando con cura tutti gli altri elementi (voce, carattere, orientamento sessuale), se si tratta “realmente” di grandi labbra o invece di uno scroto bifido; su una donna avremo quindi una “vera” vulva, mentre su un uomo avremo una “pseudo” vulva. In questo modo, la possibilità di “veri”, sostanziali elementi “femminili” su un uomo è completamente eliminata, e viceversa; i due “sessi” rimangono chiaramente separati, e ogni corpo ne possiede soltanto uno. L’operazione compiuta dai medici durante l’Epoca delle Gonadi è in effetti quella di far sparire lentamente il “vero ermafroditismo” , rinforzando la convinzione che esistano solo due “sessi”, e che ogni corpo appartenga inequivocabilmente all’uno o all’altro. Le categorie di “pseudo ermafroditismo” maschile e femminile sono utilizzate proprio per far diminuire i casi di “vero ermafroditismo”, sospingendo ogni individuo verso il “sesso” maschile o femminile: il “vero ermafroditismo” è ritenuto, nella maggior parte dei casi, “apparente”, rendendo impossibile, dal punto di vista teorico, l’esistenza di persone con caratteristiche sia “maschili” che “femminili”[89].

---

[88] *Ibid.*, pp. 88 e sgg
[89] *Ibid.*, pp. 107 e sgg

7.5 Legami tra intersessualità e omosessualità nello sguardo dei medici

Secondo il sistema di valori in uso durante l'Epoca delle Gonadi (1870-1915), "sesso", genere e orientamento sessuale formano dunque un unico insieme coeso, in cui ogni elemento si accorda naturalmente all'altro. L'eterosessualità è vista, nell'ambiente medico europeo, come un avvenimento "naturale"; la diffusione delle idee post-darwiniane prevede che la spinta verso la continuazione della specie sia sottostante all'eterosessualità umana. La differenza tra i "sessi" è prevista dall'evoluzione, proprio per creare nuova vita; l'unico possibile punto di arrivo per uomini e donne è un'unione eterosessuale[90].

Il paradigma interpretativo dell' "ermafroditismo" proprio di questo periodo, basato sulle gonadi, è assolutamente chiaro su quali atti siano omosessuali e quali eterosessuali; ovviamente, questa certezza appartiene soltanto alla sfera della teoria medica, perché sul piano sociale la situazione è più complessa. L'elemento determinante del "vero sesso" sono le gonadi, e quindi a seconda che si posseggano testicoli o ovaie, il medico si aspetta che si prediligano, secondo una spinta del tutto "naturale", le donne o gli uomini. Spesso però, la persona in questione ha dei desideri che non corrispondono a quelli che il medico ritiene eterosessuali, sulla base delle gonadi; un comportamento eterosessuale secondo la società, e secondo la percezione della propria identità, corrisponde così a un interesse omosessuale, secondo i criteri della medicina dell'epoca. A volte, infatti, il medico può addirittura decidere di non operare un paziente, per non contribuire alla "creazione" di un corpo che commetterà atti omosessuali[91].

In effetti, durante l'Epoca della Gonadi, le identità di omosessuale ed "ermafrodita" si intrecciano in vari modi, secondo i tentativi della scienza di fare chiarezza sui tipi di unione non eterosessuali; secondo l'analisi di Alice Dreger, è

[90] *Ibid.*, pp. 113-114
[91] *Ibid.*, pp. 115-116

possibile individuare le figure dell'ermafrodita "omosessuale", e dell'omosessuale "ermafrodita". Nel primo caso si intendono le persone classificate dai medici come "pseudoermafroditi", che hanno interessi sessuali verso persone del loro stesso "sesso" gonadico, seppure di "sesso" opposto secondo la società. Come per tutte le altre persone, anche per gli "pseudoermafroditi" è infatti possibile essere omosessuali, e avere desideri in contrasto con quelli che il medico si aspetta sulla base delle gonadi; una coppia di persone con gonadi differenti è eterosessuale, mentre una coppia di persone con gonadi dello stesso tipo è omosessuale, a prescindere dall'identità sociale posseduta[92].

Nel secondo caso, invece, l' "ermafroditismo" viene accostato a comportamenti omosessuali da parte di persone "normali" dal punto di vista biologico; il concetto di "inversione sessuale" utilizzato nel periodo a cavallo tra Ottocento e Novecento, ha in effetti qualcosa in comune con l' "ermafroditismo", agli occhi degli scienziati dell'epoca. In questo periodo, il concetto di orientamento sessuale non è separato dai riferimenti al corpo, e quindi le categorie storiche di "eterosessuale" e "omosessuale" si formano sulla base dell'idea che un individuo, che possiede "naturalmente" un "sesso" maschile o femminile, abbia interesse verso persone divise a loro volta in maschi e femmine. Il concetto di "inversione sessuale" contiene l'idea che il desiderio per gli uomini sia proprio delle donne, e il desiderio per le donne sia proprio degli uomini; secondo questa linea interpretativa, in ogni uomo omosessuale c'è qualcosa di "femminile", e in ogni donna omosessuale c'è qualcosa di "maschile". Tra l'Ottocento e il Novecento, la categoria di "inversione sessuale" si riferisce infatti sia alle persone omosessuali che a quelle transgender, ossia comprende ogni gradazione di desideri e comportamenti non conformi a quanto considerato socialmente "normale" per un determinato genere. In questo senso, il legame con l' "ermafroditismo" non risiede nel corpo, ma nei desideri di una persona: anche se per la scienza il corpo in questione è chiaramente di un uomo o di una donna, il desiderio sessuale viene considerato appartenente a un "sesso" differente da

[92] *Ibid.*, pp. 126 e sgg

quello assegnato alla nascita[93].

8. La categoria degli ormoni "sessuali"

Anne Fausto-Sterling e Nelly Oudshoorn[94] si occupano dell'applicazione in biologia delle categorie di genere, e analizzano in particolare il processo storico che porta alla costruzione del concetto di ormoni "sessuali". Le studiose uniscono una prospettiva femminista a competenze scientifiche; Oudshoorn insegna infatti Technology Dynamics e Health Care alla University of Twente, in Olanda. In effetti, è impossibile separare le idee che circolano all'interno della società occidentale contemporanea dai prodotti della ricerca scientifica; i risultati scientifici sono quindi portatori anche di significati relativi a un certo contesto culturale. Specialmente per quanto riguarda l'applicazione delle categorie di genere alla struttura del corpo umano, le opinioni differenti che circolano nella società, e i fermenti culturali che la muovono, non possono non influenzare la ricerca scientifica. Studi recenti mettono infatti in evidenza questo tipo di processo storico nella formazione di altre categorie oltre a quella degli ormoni "sessuali"; anche i geni e i cromosomi acquisiscono infatti un genere, e un certo comportamento, secondo le categorie binarie presenti nella società[95]. Gli scienziati e i medici non sono affatto separati dal contesto nel quale operano, e i risultati delle loro ricerche riflettono indubbiamente il momento storico in cui vengono prodotti. Così come la categoria di "razza" influenza a lungo la ricerca scientifica, guidandone i risultati in base a preconcetti culturali, anche il concetto di "genere" si riflette sui prodotti della scienza; anzi, in questo modo, categorie appartenenti alla sfera della cultura vengono rese "naturali", attraverso le scelte compiute dai ricercatori.

---

[93] *Ibid.*, pp. 130 e sgg

[94] N. OUDSHOORN, *Beyond the Natural Body: An Archaeology of Sex Hormones*, London, Routledge, 1994

[95] Per quanto riguarda i geni "sessuali", vedi J. H. FUJIMURA, 'Sex Genes: A Critical Sociomaterial Approach to the Politics and Molecular Genetics of Sex Determination', *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, vol. 32, n. 1, 2006, pp. 49-82; per quanto riguarda invece i cromosomi "sessuali", vedi S. S. RICHARDSON, 'Sexing the X: How the X Became the "Female Chromosome"', *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, vol. 37, n. 4, 2012, pp. 909-933

Durante l'Ottocento e il Novecento, le varie idee che circolano nella società riguardo al rapporto tra uomini e donne, e, in seguito, il femminismo e i movimenti omosessuali, influenzano in maniera notevole gli studi relativi al corpo umano. Concetti relativi a "virilità" e "femminilità" permeano lo studio di elementi biologici come il cervello, i genitali, e le gonadi; tali componenti del corpo vengono infatti studiate attraverso un paradigma culturale che non viene affatto percepito. Le categorie sociali che operano durante un determinato periodo storico non vengono mai messe in discussione dai ricercatori, che non si accorgono della loro presenza; tali categorie vengono infatti considerate come "naturali", e, in questo modo, filtrano nel loro lavoro, creando una serie di preconcetti culturali sulla differenza tra le persone. Il concetto di "genere" viene così collegato direttamente alla sostanza stessa del corpo, attraverso lo studio di vari elementi biologici; le gonadi e i genitali vengono invariabilmente analizzati sulla base delle idee che operano nella società dell'Ottocento e del Novecento, ma i medici non si accorgono di osservare la realtà attraverso uno specifico paradigma culturale[96].

Durante il Novecento, il legame tra genere e corpo diventa ancora più profondo, attraverso lo studio dei cosiddetti ormoni "sessuali"; infatti, alcuni composti chimici che regolano vari processi all'interno di tutto il corpo umano vengono collegati fermamente alla "differenza sessuale", rendendo poco visibile il loro ruolo in organi e tessuti con un ruolo non specificamente collegato alla riproduzione. In effetti, gli ormoni "sessuali" non si occupano soltanto di funzioni legate all'apparato riproduttivo, ma operano per regolare la crescita in molte aree del corpo; inoltre, essi sono presenti sia nelle donne che negli uomini. Un ormone è semplicemente una sostanza che viaggia all'interno dell'organismo, attraverso il sistema circolatorio, fino ad arrivare a svolgere la sua funzione in un organo collocato a una certa distanza rispetto al punto in cui viene secreta. Gli ormoni "sessuali" fanno parte della categoria degli ormoni steroidei, che agiscono in tutto l'organismo per regolarne il metabolismo e la crescita; essi sono presenti sia nei

[96] A. FAUSTO-STERLING, *Sexing the Body*, cit., p. 148

maschi che nelle femmine, e la loro azione non è limitata soltanto alla sfera "sessuale" della crescita dell'organismo, seppure svolgano un ruolo di notevole importanza in tale ambito[97].

Questo tipo di ormoni steroidei, oggi divisi in "androgeni" ed "estrogeni", viene invece studiato principalmente in relazione alla "differenza sessuale", legando anche l'ambito della chimica del corpo al concetto di genere. La categorie sociali e culturali di femminilità e virilità non possono non prendere parte al processo di scoperta e classificazione degli ormoni, e la stessa disciplina dell'endocrinologia nasce possedendo già il concetto di una differenza binaria tra le persone. Dei composti chimici, che non hanno di per sé alcun legame con le categorie di "sesso" e "genere", vengono invece analizzati e interpretati sulla base della rappresentazione sociale della differenza tra le persone; donne e uomini, individui eterosessuali e omosessuali vengono considerati dalla società come "naturalmente" diversi tra loro. Dunque, la disparità culturale tra le persone viene percepita come una realtà intrinseca, che si rispecchia anche nella sostanza del corpo: i composti chimici acquisiscono così un genere, e gli ormoni "sessuali" vengono studiati attraverso categorie relative a quanto il paradigma culturale di un certo periodo storico prescrive per maschi e femmine[98].

8.1 Starling (1866-1927), Berthold (1803-1861), Brown-Séquard (1817-1894)

Il termine "ormone" viene coniato nel 1905 in Inghilterra, da Ernest Henry Starling (1866-1927), professore di fisiologia presso l'University College di Londra. La definizione deriva dalla parola greca 'hormao', che significa "eccitare, mettere in movimento", e in effetti gli ormoni sono proprio dei messaggeri chimici, che trasmettono indicazioni, relative al metabolismo e all'attività dei tessuti di un organismo, da un gruppo di cellule a un altro[99]. Nel 1902, Starling, insieme al collega William Maddock Bayliss (1860-1924), scopre il primo

[97] *Ibid.*, p. 193
[98] *Ibid.*, p. 147; N. OUDSHOORN, *Beyond the Natural Body*, cit., pp. 39 e 41
[99] *Ibid.*, p. 150

ormone, che viene chiamato ‘secretina’; i due fisiologi stanno studiando il ruolo del sistema nervoso all’interno del processo digestivo, ma si rendono invece conto che le secrezioni prodotte dal pancreas allo scopo di facilitare il passaggio del cibo all’interno dell’intestino, sono governate non dai nervi, ma da una sostanza secreta dal duodeno. Dunque, non è il sistema nervoso a emettere il comando che guida la secrezione prodotta dal pancreas, ma è una sostanza secreta dall’intestino, che i due studiosi ritengono venga trasportata dal sangue, e che chiamano appunto secretina. All’inizio del Novecento, dunque, la scienza scopre questi messaggeri chimici che regolano varie funzioni all’interno del corpo; per quanto riguarda la sessualità, questo significa che non sono più esclusivamente le gonadi a determinare la femminilità o virilità di un individuo. In seguito alla scoperta degli ormoni, non basta il semplice possesso di ovaie o testicoli per essere una donna o un uomo; durante il Novecento, gli scienziati ritengono infatti che siano le secrezioni chimiche di tali organi a fornire all’organismo qualità, fisiche e psicologiche, “femminili” o “maschili”.

Seguendo l’analisi di Anne Fausto-Sterling, la nascita dell’interesse scientifico verso gli ormoni, e il legame tra questi composti chimici e l’ambito della “differenza sessuale”, avvengono in un momento storico particolare, poiché, sia in Europa che negli Stati Uniti, nuovi movimenti agitano la società; tra la fine dell’Ottocento e l’inizio del Novecento, infatti, le persone omosessuali diventano maggiormente visibili, mentre le donne chiedono con sempre più insistenza diritti uguali agli uomini, tra cui soprattutto quello di voto. In un contesto sociale di questo tipo, in cui sembra che le tradizionali definizioni di virilità e femminilità siano in crisi, la ricerca scientifica svolge un ruolo decisamente importante, in quanto viene influenzata dal fermento culturale che la circonda, ma contribuisce a sua volta al dibattito, fornendo nuovi concetti e definizioni. In questo senso, i nascenti studi relativi agli ormoni “sessuali”, intesi come i composti chimici che “creano” gli uomini e le donne, si inseriscono in un determinato scenario culturale, e partecipano alla definizione del ruolo sociale relativo a femminilità e

virilità, durante l'inizio del Novecento[100].

Durante l'Ottocento sono le gonadi ad avere il ruolo più importante nel processo di formazione di "femminilità" e "virilità", secondo i medici; il loro esatto funzionamento non è perfettamente compreso, e si ipotizza che tali organi comunichino con il resto dell'organismo attraverso il sistema nervoso. In effetti, durante l'Ottocento, la maggior parte degli scienziati interpreta l'azione delle gonadi sul corpo come il risultato di un collegamento tramite i nervi, e non dà importanza all'idea che siano invece delle sostanze secrete dagli organi a controllare determinate funzioni biologiche. Sono in particolare due fisiologi europei a sottolineare il ruolo svolto dalle secrezioni chimiche delle gonadi per quanto riguarda la "differenza sessuale", ma il risultato dei loro studi non viene considerato particolarmente credibile.

Nel 1849, Arnold Adolf Berthold (1803-1861), professore di fisiologia presso l'Università di Göttingen, in Germania, effettua un esperimento sulle gonadi di alcuni animali: in un primo momento rimuove i testicoli di quattro galli, e poi li reinserisce soltanto in due degli animali. Dal momento che adesso le gonadi non sono più collegate al sistema nervoso dei galli, Arnold Adolf Berthold deduce che qualsiasi effetto "virilizzante" possano avere sugli animali a cui le ha reimpiantate debba scaturire da elementi che circolano nel sangue. In effetti, i due animali privati dei testicoli, adesso chiamati capponi, sembrano avere un comportamento più docile, e si interrompe la crescita di cresta e bargigli. Nel 1889, invece, Charles-Edouard Brown-Séquard (1817-1894), professore di ricerca medica presso il Collége de France, a Parigi, riferisce di essersi iniettato un estratto di testicoli di porcellino d'India e cane, ricevendone un grande beneficio, sia dal punto di vista della forza fisica, che della lucidità mentale. In seguito, lo scienziato ammette che l'effetto è stato in realtà di breve durata, e dovuto, probabilmente, soltanto alla suggestione; in effetti, però, Charles-Edouard Brown-Séquard intuisce che esistano delle sostanze che circolano nel sangue, e

[100] *Ibid.*, p. 151

che sono in grado di influenzare il comportamento degli organi[101].

8.2 Blair-Bell (1871-1936), Steinach (1861-1944)

Il modello di genere in vigore all'interno della società, sia in Europa che negli Stati Uniti, all'inizio del Novecento prevede due preconcetti di base, che vengono percepiti dalla maggior parte delle persone come due dati "naturali": la "differenza sessuale" tra gli uomini e le donne, e l'inferiorità delle donne rispetto agli uomini. Per quanto non tutti credano a tali pregiudizi, essi contribuiscono fortemente a modellare un contesto sociale e culturale in cui lo spazio pubblico è visto come luogo esclusivamente maschile, e una donna che voglia entrarvi deve essere per forza "mascolina". Le donne non dovrebbero desiderare un ruolo differente da quello tradizionale, e non dovrebbero affatto abbandonare la casa, per accedere al diritto di voto e a una partecipazione politica attiva. Lo scenario nel quale prende avvio lo studio degli ormoni cosiddetti "sessuali" non può dunque non essere influenzato dal fermento culturale che circonda il ruolo sociale di uomini e donne, e i concetti di virilità e femminilità[102].

All'inizio del Novecento è infine il ginecologo inglese William Blair-Bell (1871-1936), fondatore del Royal College degli Ostetrici e Ginecologi, a collegare le differenze sociali tra i due "sessi" agli ormoni. Il lavoro di Blair-Bell con le persone intersessuali contribuisce alla fine del paradigma dell'Epoca delle Gonadi (1870-1915): secondo il medico, non sono esclusivamente le gonadi a determinare il "sesso" di un individuo, ma è invece necessario tenere conto di tutto l'insieme delle caratteristiche dell'organismo[103]. Infatti, Blair-Bell sottolinea che non bisogna considerare la sostanza secreta da un singolo organo come un evento isolato, ma sia invece opportuno analizzare tutte le secrezioni degli organi come appartenenti a un sistema interconnesso. Per Blair-Bell, la femminilità non dipende semplicemente dal possesso delle gonadi giuste, ossia le ovaie, ma dall'insieme di tutte le sostanze secrete dal sistema endocrino di una donna.

[101] *Ibid.*, pp. 149-150
[102] *Ibid.*, p. 154
[103] Vedi *supra*, p. 44

Proprio grazie al suo lavoro con le persone intersessuali, Blair-Bell arriva quindi alla conclusione che un individuo che occupa il ruolo sociale di un uomo, ma possiede delle ovaie, non può essere certo considerato una donna, a differenza di quanto sarebbe accaduto utilizzando le categorie tipiche della precedente Epoca delle Gonadi.

Secondo l'interpretazione di Blair-Bell, le gonadi e gli altri organi del sistema endocrino di una donna producono l'effetto di farle preferire "naturalmente" attività e abitudini sessuali tipicamente femminili, secondo i canoni sociali in vigore. Il medico ritiene che «la condizione mentale di una donna dipende dal suo metabolismo; il metabolismo è a sua volta influenzato dalle secrezioni interne»[104]. Le donne non femminili, secondo Blair-Bell, vivono in contrasto rispetto a quanto prevede il loro stesso corpo; le donne femminili sono, invece, persone non toccate dalla civiltà, vista come portatrice di istanze negative, e vicine alla natura, che asseconda i desideri del corpo, e le fa essere assolutamente "normali". Secondo le categorie del medico, una donna "normale" deve amare i rapporti sessuali (eterosessuali), anche essendo promiscua in una certa misura, ma deve allo stesso tempo possedere un forte desiderio di maternità. Le donne toccate dalla civiltà, invece, possono essere coloro che rifuggono il sesso, ma desiderano la maternità, mentre altre donne "anormali" sono coloro che indulgono in attività sessuali, ma non desiderano la maternità. Altre donne ancora sono proprio "al margine della mascolinità", in quanto non desiderano né il sesso, né la maternità. Per Blair-Bell, che collega il sistema endocrino al comportamento sociale delle persone, «la normale psicologia di ogni donna dipende dalla condizione delle sue secrezioni interne, e a meno che non sia spinta dalla forza delle circostanze – economiche e sociali – non avrà alcun interesse innato a lasciare la sua normale sfera di azione»[105]. Insomma, la responsabilità del comportamento "anomalo" delle donne, che desiderano lasciare la cura di casa e figli per partecipare alla vita pubblica, ricade assolutamente, per William

[104] A. FAUSTO-STERLING, *Sexing the Body*, cit., p. 330, nota 52
[105] *Ibid.*, p. 157

Blair-Bell, su forze sociali, che interferiscono con il "normale" istinto femminile, profondamente radicato nella sostanza corporea, grazie all'azione di sostanze secrete dall'organismo, gli ormoni.

Il fisiologo austriaco Eugen Steinach (1861-1944), direttore del reparto di fisiologia presso l'Istituto Viennese di Biologia Sperimentale, non si limita invece a ritenere che gli ormoni influenzino il comportamento in senso tipicamente "maschile" o "femminile", ma attribuisce agli ormoni stessi caratteristiche "sessuali"; Steinach sostiene infatti che gli ormoni "maschili" e "femminili" abbiano tra loro un rapporto di antagonismo, e siano in uno stato continuo di lotta. Il fisiologo effettua numerosi esperimenti sugli animali, durante la sua carriera, trapiantando ad esempio testicoli in roditori femmine, e ovaie nei maschi. Iniziato alla fine dell'Ottocento, il suo lavoro dà inizio a una tradizione di esperimenti ormonali sugli animali, effettuati allo scopo di comprendere la "differenza sessuale" tra gli esseri umani, percepita come un dato oggettivo; in realtà, le idee di genere che già appartengono a uno scienziato hanno anch'esse un ruolo nella ricerca. Gli studi condotti sui corpi degli animali diventano così il punto di partenza per la verifica dell'esistenza di elementi biologici alla base delle differenze sociali tra uomini e donne, e tra persone omosessuali ed eterosessuali. Il ruolo degli ormoni viene così interpretato, ancora oggi, alla luce di categorie culturali che pongono come dato imprescindibile l'esistenza di una effettiva differenza tra gli esseri umani, a seconda del proprio orientamento sessuale o identità di genere[106].

Eugen Steinach inizia quindi il suo lavoro con il preconcetto che ci sia una ferma distinzione tra "maschi" e "femmine", e tra persone eterosessuali e omosessuali, e compie trapianti di gonadi sugli animali proprio per mostrare gli effetti "sessuali" degli ormoni. Steinach ritiene che le sostanze secrete dalle gonadi influenzino in senso "sessuale" sia il corpo che la mente degli animali, attraverso dei cambiamenti operati sul cervello; inoltre, pensa che ogni animale contenga le strutture rudimentali di entrambi i "sessi", ma che gli ormoni, oltre a

[106] *Ibid.*, p. 158

stimolare la crescita verso un "sesso", inibiscano la crescita delle caratteristiche tipiche dell'altro. In questo senso, dunque, per Steinach gli ormoni "sessuali" svolgono un ruolo "antagonista", in quanto se all'interno di un corpo gli elementi "maschili" aumentano, allora devono necessariamente diminuire quelli "femminili". Secondo Steinach l'azione degli ormoni in ambito sessuale si caratterizza come una vera e propria "battaglia", e questa idea lo porta a distorcere i risultati ottenuti dagli esperimenti sui roditori. Il fisiologo impianta ovaie in ratti e porcellini d'India maschi castrati, e osserva dei cambiamenti in senso "femminile" sia dal punto di vista morfologico, che comportamentale. Invece, se le ovaie vengono impiantate in roditori maschi non castrati, Steinach non nota gli stessi effetti; inoltre, nel caso di animali a cui vengono impiantati sia i testicoli che le ovaie, non è possibile dimostrare che un tipo di gonadi prevalga sull'altro, ma sembra che entrambi i tipi di organi svolgano il loro effetto contemporaneamente, senza che nessuno predomini sull'altro[107].

In effetti, le conclusioni a cui arriva Steinach sono influenzate dalle sue idee relative alla "differenza sessuale" tra donne e uomini all'interno della società, e dai moti culturali in atto nel mondo in cui vive; le condizioni in cui vengono effettuati gli esperimenti non rendono possibile chiarire appieno il motivo delle differenze che il fisiologo riscontra tra i roditori, poiché potrebbero essere presenti altri fattori, come ad esempio l'interazione tra le gonadi e altri organi. D'altro canto, la teoria della "battaglia tra gli ormoni sessuali" è in perfetto accordo con l'immagine dei rapporti tra uomini e donne presente nella società di inizio Novecento, e quindi l'idea che le funzioni biologiche rispecchino la realtà sociale suscita reazioni favorevoli[108].

Un altro aspetto da sottolineare riguardo al lavoro di Steinach è la scelta di concentrare gli esperimenti sull'effetto che hanno le gonadi all'interno del corpo "sbagliato", e non sullo sviluppo di caratteristiche sessuali "normali", ovvero relativamente allo studio di ovaie in roditori femmine, e testicoli in roditori

[107] *Ibid.*, pp. 159 e sgg
[108] *Ibid.*, p. 162

maschi. Tale concentrazione sullo sviluppo “innaturale” dei caratteri sessuali riflette l’ansia sociale, presente all’inizio del Novecento, nei confronti di uomini “effeminati” e donne “mascoline”; Steinach, infatti, è particolarmente interessato all’omosessualità, e ritiene che i dati ottenuti dalla ricerca sui roditori possano essere utilizzati per analizzare le differenze di orientamento sessuale negli esseri umani. A suo parere, l’impianto di ovaie in un roditore maschio, e di testicoli in un roditore femmina, porta ad alterazioni del comportamento sessuale; per quanto riguarda gli essere umani, quindi, la presenza di desideri omosessuali in un uomo deve essere dovuta a una mutazione delle gonadi, che si modificano in senso “femminile”, e secernono appunto ormoni “femminili”. Steinach ritiene di aver trovato, all’interno del tessuto dei testicoli di uomini omosessuali, delle cellule “deviate”, che chiama cellule-F, e che hanno, a suo parere, un effetto “femminilizzante o di creazione dell’omosessualità”.

All’inizio del Novecento Steinach, insieme al chirurgo e urologo viennese Robert Lichtenstern, compie un esperimento su degli uomini omosessuali, sostituendo un loro testicolo con quello prelevato dal corpo di un uomo eterosessuale; i testicoli rimossi ai pazienti eterosessuali sono stati precedentemente rimossi per ragioni cliniche, e vengono poi impiantati negli uomini omosessuali, allo scopo di modificare in senso “maschile” il loro livello ormonale, in modo da far loro provare desiderio verso le donne. Tra il 1916 e il 1921 almeno undici uomini omosessuali vengono sottoposti a tale trattamento, ma poi le operazioni di fermano, dal momento che i medici si rendono conto che non sembrano funzionare, visto che l’orientamento sessuale dei loro pazienti rimane invariato. Le categorie culturali in uso all’inizio del Novecento, che prevedono una netta divisione tra donne e uomini, persone omosessuali e persone eterosessuali, influenzano in grande misura la ricerca scientifica sugli ormoni, che a sua volta crea nuovi strumenti per classificare gli individui. Grazie alla scoperta degli ormoni “sessuali”, infatti, nasce anche una nuova spiegazione nei confronti dell’omosessualità: uno squilibrio ormonale è alla base di desideri “anormali”, e l’orientamento sessuale è collegato alla chimica del corpo. Inoltre, la nuova

disciplina scientifica dell'endocrinologia ha i mezzi per misurare i livelli di ormoni "femminili" e "maschili", dividendo chiaramente le varie categorie di persone. Quindi, le differenze di orientamento sessuale possono essere "spiegate" attraverso la scienza, e vengono profondamente collegate alla realtà biologica del corpo: attraverso l'azione di ormoni dotati di genere è ancora possibile classificare le persone, in una società in cui i margini tra i ruoli tradizionali stanno cambiando[109].

8.3 Lillie (1870-1947), Moore e Price

In effetti la teoria di Steinach, che prevede un rapporto di antagonismo tra ormoni "femminili" e "maschili", non è la sola a essere proposta all'inizio del Novecento; altri scienziati studiano la chimica del corpo, sempre attraverso esperimenti sugli animali, ma non arrivano alle stesse conclusioni del fisiologo austriaco. Lo zoologo ed embriologo americano Frank Rattray Lillie (1870-1947) che lavora con i bovini, non è convinto della teoria che prevede uno stato di lotta tra gli ormoni "sessuali", e pensa invece che lo sviluppo "maschile" e quello "femminile" possano avvenire in tempi diversi durante la gravidanza, secernendo così ormoni differenti in momenti diversi. Lillie studia in particolare il fenomeno naturale del 'freemartin', comune in tutti i bovini: quando si ha un gravidanza gemellare in cui uno degli animali è maschio e l'altro femmina, quest'ultima è sterile e ha un comportamento simile a quello dei vitelli. Lo scienziato arriva, nel 1916, a una conclusione che stabilisce un collegamento tra le nascenti discipline della genetica e dell'endocrinologia, proponendo una spiegazione del 'freemartin' che unisce la spiegazione della "differenza sessuale" sulla base dei cromosomi, a quella fondata sulla componente ormonale. Lillie ritiene infatti che il fenomeno del 'freemartin' sia dovuto all'azione degli ormoni dell'animale maschio sul feto geneticamente femmina; attraverso la circolazione sanguigna all'interno della placenta, gli ormoni e le cellule dei gemelli si mischiano, e il corpo della femmina si modifica. In questo modo, le nuove scienze della genetica e dell'endocrinologia

[109] *Ibid.*, p. 163; N. OUDSHOORN, *Beyond the Natural Body*, cit., pp. 56-57

possono continuare a studiare la "differenza sessuale", ma ognuna ha un suo ambito, poiché la prima si occupa della "determinazione del sesso", e la seconda della "differenziazione sessuale". La componente genetica servirebbe quindi a stabilire le condizioni iniziali per il successivo sviluppo dell'organismo in senso "femminile" o "maschile", mentre gli ormoni si occuperebbero di gestire lo sviluppo delle caratteristiche sessuali durante la vita dell'organismo[110].

Dal momento che Lillie non è convinto della teoria di Steinach, ma si rende conto che il loro lavoro presenta delle notevoli somiglianze, suggerisce al giovane biologo americano Carl Moore di ripetere gli esperimenti del fisiologo austriaco. Carl Moore lavora insieme a Dorothy Price, ed entrambi iniziano la loro carriera come biologi sperimentali presso il Dipartimento di Zoologia dell'Università di Chicago; il loro lavoro sugli ormoni modifica radicalmente il paradigma "antagonistico" proposto da Steinach, introducendo nuovi elementi negli studi di endocrinologia sulla "differenza sessuale". Moore ripete gli esperimenti sui ratti compiuti da Steinach, impiantando ovaie in animali maschi castrati e testicoli in femmine sterilizzate, ma non nota gli stessi risultati osservati in precedenza dal fisiologo: alcuni comportamenti dei roditori sembrano cambiare in base all'azione degli ormoni, mentre non sono presenti sensibili cambiamenti fisici. A suo avviso, anzi, le variazioni fisiche riscontrate in precedenza nei corpi di ratti e porcellini d'India non sono un indicatore soddisfacente, e Steinach ha enfatizzato eccessivamente il peso e la lunghezza degli animali, per sottolinearne caratteristiche "maschili" o "femminili". Secondo Moore, invece, le variazioni corporee tra un animale e un altro non sono risolutive e non possono portare ad alcuna certezza nell'ambito della "differenza sessuale"; inoltre, la tipologia di ratti o porcellini d'India utilizzati negli esperimenti può bastare a produrre risultati diversi. Moore nota infatti che la differenza delle sue conclusioni rispetto a quelle di Steinach potrebbe addirittura dipendere dall'utilizzo di tipi diversi di roditori; in questo senso, la scelta dello scienziato di compiere esperimenti su una certa tipologia di roditori invece che un'altra, può incidere direttamente sulle sue

[110] *Ibid.*, pp. 163-164; N. OUDSHOORN, *Beyond the Natural Body*, cit., p. 20

conclusioni finali[111].

Nel 1932 Carl Moore e Dorothy Price presentano le loro conclusioni sul ruolo degli ormoni nella "differenziazione sessuale", superando la teoria "antagonistica" di Steinach, e integrando nuovi elementi nella loro analisi. In precedenza il ruolo delle gonadi nell'ambito della "differenza sessuale" è predominante, dal momento che si ritiene che gli ormoni "sessuali" vengano secreti da ovaie e testicoli, e poi gestiscano lo sviluppo di caratteristiche "maschili" e "femminili" sia a livello fisico che comportamentale; con gli studi di Moore e Price, invece, è il cervello ad avere un ruolo fondamentale nella "differenza sessuale". Secondo i due scienziati, infatti, le gonadi e l'ipofisi lavorano insieme nella regolazione della produzione ormonale, attraverso un sistema integrato che utilizza la modalità del feedback. L'ipofisi, o ghiandola pituitaria, è situata alla base del cranio, e produce numerosi ormoni, controllando così il funzionamento endocrino e metabolico di tutto il corpo; la ghiandola controlla appunto anche la secrezione di estrogeni e testosterone da parte delle gonadi. Rispetto alla visione precedente, dunque, le gonadi non sono più l'unico elemento che gestisce la produzione di ormoni "sessuali", e la creazione di caratteristiche "maschili" e "femminili" viene attribuita anche all'azione del cervello.

Inoltre, la nuova teoria del sistema di feedback tra gonadi e ipofisi elimina l'idea propugnata da Steinach, che prevede un rapporto di antagonismo tra ormoni "femminili" e "maschili"; secondo Moore e Price, gli ormoni hanno funzioni del tutto indipendenti, con sfere di azione separate. Piuttosto che un rapporto "antagonista" tra loro, basato esclusivamente sulle gonadi, gli ormoni "sessuali" possono invece influenzare l'attività dell'ipofisi, modificando la produzione di altri ormoni. Ad esempio, in presenza di ormoni "femminili" all'interno di un organismo, secondo Moore e Price, l'ipofisi subirebbe un effetto inibitorio, che porterebbe di conseguenza a una diminuzione della produzione di ormoni "maschili" da parte delle gonadi. Secondo l'analisi dei due biologi, gli ormoni

[111] *Ibid.*, pp. 164-165, e nota 81, p. 333

“sessuali” agiscono soltanto sugli organi di loro competenza, e le gonadi non sono in rapporto diretto; gli ormoni “femminili”, ad esempio, non possono modificare direttamente lo sviluppo delle caratteristiche “maschili”, dal momento che il sistema descritto da Moore e Price prevede vari fattori che operano in sinergia[112].

Dunque, durante gli anni ’30, iniziano a diffondersi nuove idee all’interno dell’endocrinologia, e l’idea che gli ormoni “maschili” e “femminili” siano in lotta tra loro comincia a essere abbandonata. Secondo la teorie più recenti, gli ormoni “sessuali” hanno funzioni separate e sfere d’azione diverse, e le gonadi non sono l’unico elemento da considerare, per quanto riguarda la secrezione di tali composti chimici. L’origine della differenza tra le persone non sembra più collocata soltanto all’interno delle gonadi, e gli scienziati iniziano a considerare il cervello come l’organo più importante nel processo di differenziazione sessuale.

8.4 Il contesto sociale degli anni ‘20 e ‘30

Dopo l’interruzione subita a causa della prima guerra mondiale, la ricerca nel campo dell’endocrinologia riprende con vigore, e inizia una vera “età dell’oro” per questo ambito scientifico. Scienziati provenienti dagli Stati Uniti e dalla Gran Bretagna collaborano, e il loro retroterra culturale svolge a sua volta un ruolo importante nella direzione che intraprende lo studio degli ormoni “sessuali”. La ricerca scientifica viene vista come utile dal punto di vista sociale, e ci si rivolge alla scienza per risolvere questioni come la povertà o il crimine. Secondo l’analisi di Anne Fausto-Sterling, in questo periodo è possibile notare una collaborazione tra scienziati, persone che operano nel campo sociale, e organismi statali: pur avendo obiettivi differenti, varie persone e istituzioni cooperano nella ricerca sugli ormoni. John D. Rockfeller Jr., filantropo americano, fonda nel 1913 il Bureau of Social Hygiene, allo scopo di indagare su problemi sociali come la prostituzione e la diffusione di malattie sessualmente trasmissibili, e di migliorare la ricerca su questioni come il controllo delle nascite. In seguito, l’ente statale degli Stati Uniti per la ricerca scientifica, il National Research Council, promuove

[112] *Ibid.*, pp. 168-169; N. OUDSHOORN, *Beyond the Natural Body*, cit., pp. 31-32

la fondazione di un'organizzazione completamente dedicata alla ricerca nel campo della sessualità. Nel 1922 nasce così il Committee for Research in Problems of Sex (CRPS), grazie a finanziamenti erogati dal Bureau of Social Hygiene di John D. Rockfeller Jr.; il CRPS rimane in attività fino al 1965, e promuove numerosi progetti, tra cui ad esempio gli studi di Alfred Kinsey. Tra i membri più influenti all'interno del CRPS sono presenti Frank Lillie e lo psicologo Robert Yerkes, che dirige il comitato; i due orientano fortemente l'ambito di ricerca dell'ente in direzione degli ormoni, poiché ritengono che gli studi in quel campo possano produrre un notevole effetto sociale[113].

Un altro beneficiario dei fondi donati da John D. Rockfeller Jr. è Margaret Stanger, attivista per il controllo delle nascite negli Stati Uniti; Stanger fonda nel 1916 la prima clinica per il controllo delle nascite, a Brooklyn, e viene successivamente arrestata, perché la legge dello stato di New York proibisce la distribuzione di contraccettivi alle donne. Nel 1919 Margaret Stanger crea l'American Birth Control League, che riceve fondi da Rockfeller Jr. a partire dal 1924; i suoi interessi nel campo della ricerca scientifica sulla sessualità la portano inoltre in contatto con Frank Lillie e Robert Yerkes, che lavorano presso il CRPS. I tre condividono una visione di tipo eugenico, secondo la quale la riproduzione di individui considerati "inferiori" va limitata per il benessere della nazione.

Margaret Sanger scrive nel 1919 che: «più figli dai meritevoli, meno dagli inadatti – è questa la questione principale del controllo delle nascite»[114]. Inoltre, Stanger ritiene che l'immigrazione negli Stati Uniti vada limitata, in modo da garantire l'accesso nel paese soltanto a coloro che non indebolirebbero la "razza"; le persone con disabilità mentali e i portatori di malattie ereditarie dovrebbero essere sterilizzati, e gli individui di "razza bianca" sono considerati superiori. La concezione di Margaret Stanger è una visione eugenica negativa, secondo la quale i tratti ereditari della "razza" andrebbero migliorati tramite la riduzione delle nascite nella parte di popolazione considerata "inferiore". Anche Frank Lillie ha le

[113] *Ibid.*, p. 173 e sgg
[114] *Ibid.*, p. 176

stesse idee, e sostiene che la parte "migliore" della popolazione degli Stati Uniti sia in pericolo a causa della grande quantità di immigrati e persone non bianche; gli individui considerati "inferiori" si riproducono più rapidamente di quelli ritenuti "adatti", e in questo senso la ricerca in campo biologico può aiutare la posizione eugenica, fornendo degli strumenti per arginare quello che viene percepito come un "declino razziale"[115]. Lo psicologo Robert Yerkes condivide a sua volta questo tipo di concezione, secondo la quale ci sono delle chiare differenze biologiche tra le persone, e scrive infatti che: «negli Stati Uniti d'America, nei limiti stabiliti da età, sesso e razza, le persone sono uguali rispetto alla legge e possono accedere ai diritti del cittadino». Secondo lo psicologo, le differenze sociali derivano direttamente da differenze biologiche, e la disuguaglianza è dunque un fenomeno "naturale". Yerkes, durante la prima guerra mondiale, lavora allo sviluppo di strumenti per misurare il quoziente intellettivo delle persone, in modo da poterle classificare; lo psicologo sviluppa infatti un test di intelligenza a cui sottoporre i soldati, e ritiene che i risultati indichino un minore livello intellettivo nelle persone immigrate di recente negli Stati Uniti, e in particolare in coloro che provengono dall'Europa dell'Est o del Sud. In seguito, tale conclusione viene criticata, poiché il test è studiato in maniera tale da misurare, più che l'intelligenza, il livello di acculturazione, ovvero di integrazione nel modello culturale in uso negli Stati Uniti in quel momento storico[116].

La visione sociale delle persone che promuovono e orientano la ricerca nel campo degli ormoni, durante gli anni '20 e '30, è dunque legata a una specifica concezione della realtà, che prevede che la disuguaglianza sociale sia strettamente legata a una diversità biologica delle persone. Partendo da un paradigma di questo tipo, gli studi sugli ormoni non riescono a liberarsi completamente dall'idea che i composti chimici siano inevitabilmente connessi alle categorie di femminilità e virilità. Nel 1939 il CRPS promuove la seconda pubblicazione del libro 'Sex and Internal Secretions', che racchiude le nuove scoperte in ambito endocrinologico, e

[115] *Ibid.*, p. 175
[116] *Ibid.*, p. 176

ripercorre lo sviluppo degli studi sulla chimica del corpo. L'introduzione di Frank Lillie sottolinea come la categoria di "sesso" non sia un fenomeno "naturale", ma nella pratica scientifica resta molto difficile staccarsi dalla visione degli ormoni "sessuali" in senso binario; Anne Fausto-Sterling evidenzia infatti come lo stesso Lillie in un primo momento critichi tale "antropomorfismo pre-scientifico", ma poi continui a utilizzare la nozione tradizionale di genere, che prevede una netta divisione biologica tra l'ambito maschile e quello femminile. Frank Lillie scrive inizialmente che: «non esiste un'entità biologica come il sesso. […] in ogni specie riconosciamo una forma maschile e una forma femminile, sia se queste caratteristiche siano classificate come biologiche, o psicologiche, o sociali. Il sesso non è una forza che produce questi contrasti. Si tratta semplicemente del nome per la nostra impressione totale delle differenze». Inoltre nota che: «liberarci dall'antropomorfismo pre-scientifico è difficile…e siamo stati particolarmente lenti nel campo dello studio scientifico delle caratteristiche sessuali a liberarci non solo dalla terminologia, ma anche dall'influenza di tali idee». In seguito, Lillie scrive però che: «così come ci sono due tipologie sessuali, così ci sono due ormoni sessuali, quello maschile…e quello femminile». La cosiddetta "età dell'oro dell'endocrinologia" stabilisce così un modello interpretativo della chimica del corpo che guida le decisioni relative alla misurazione degli ormoni "sessuali", e la scelta dei nomi da attribuire loro: il modello dicotomico presente nella società viene replicato all'interno del corpo, la cui chimica viene analizzata attraverso le categorie di "maschile" e "femminile"[117].

8.5 Ormoni "estrogeni" e "androgeni"

Una volta che gli ormoni "sessuali" hanno conquistato un ruolo stabile all'interno del processo di creazione di virilità e femminilità, gli scienziati si pongono nuove domande, relative in particolare alla produzione, da parte delle aziende farmaceutiche, di medicinali basati sugli ormoni. Il nuovo ambito

[117] *Ibid.*, p. 178

commerciale attrae grande attenzione da parte delle aziende farmaceutiche, che hanno bisogno di certezze scientifiche, prima di poter commercializzare i prodotti: è necessario chiarire come vengano sintetizzati dal corpo gli ormoni "sessuali", stabilire uno standard per misurarne i livelli, e dare loro un nome[118].

Per quanto riguarda la fonte degli ormoni "femminili", si scopre inizialmente che essi si trovano all'interno del liquido contenuto dai follicoli ovarici; in seguito, anche nell'urina di donne incinte vengono riscontrati livelli elevati di ormoni "femminili". Anche gli ormoni "maschili" vengono estratti dall'urina degli uomini, e gli scienziati hanno dunque a disposizione una fonte decisamente accessibile di ormoni "sessuali"; in questo modo è possibile isolare esattamente i composti chimici e purificarli, così da poterli eventualmente trasformare in farmaci. Inoltre, gli scienziati si rendono conto che gli ormoni "sessuali" sono presenti all'interno del corpo in una grande varietà; ci sono insomma diversi composti chimici, simili a livello molecolare, che svolgono compiti diversi all'interno dell'organismo[119].

Nel sistema che prevede che l'urina di una donna contenga ormoni "femminili", e l'urina di un uomo ormoni "maschili" si presenta però anche una complicazione imprevista: ormoni "femminili" vengono trovati nell'urina degli uomini, e ormoni "maschili" nell'urina delle donne. Tali risultati, che iniziano ad accumularsi dall'inizio degli anni '30, causano grande perplessità negli scienziati, che non riescono a spiegare il fenomeno. Viene proposta un'origine diversa rispetto alle gonadi per gli ormoni "sessuali" trovati nel corpo "sbagliato", in modo da conservare il ruolo di genere delle gonadi in un sistema binario, o addirittura si sospetta un "ermafroditismo latente" per gli uomini in cui vengono trovati ormoni "femminili". Infine, ci si rende conto che gli ormoni "sessuali" non possono essere definiti "maschili" o "femminili" soltanto sulla base della loro presenza all'interno del corpo di un uomo o di una donna, visto che tali composti chimici sono presenti in tutte le persone[120].

---

[118] *Ibid.*, p. 179
[119] *Ibid.*, pp. 180 e sgg
[120] *Ibid.*, p. 183

Per risolvere la questione gli scienziati si dedicano alla creazione di una modalità di studio degli ormoni che sia assolutamente standardizzata: soltanto in presenza di criteri uniformi, relativamente alla misurazione degli ormoni, è possibile stabilire con chiarezza il ruolo dei composti chimici in relazione a femminilità e virilità. Durante gli anni '30, quindi, il problema principale diventa quello di stabilire in quale modo misurare gli ormoni "sessuali", e quale nome dare loro, in modo da poter creare del prodotti commercializzabili. Le aziende farmaceutiche seguono con attenzione gli sviluppi nello studio degli ormoni "sessuali", e spesso contribuiscono al finanziamento della ricerca, o forniscono materiale, come preparati di ormoni purificati, agli scienziati. Inoltre, come sottolineato da Anne Fausto-Sterling e Nelly Oudshoorn, studiosi provenienti da discipline scientifiche diverse utilizzano, durante i primi decenni del Novecento, modalità piuttosto diverse nell'analizzare gli ormoni. Per quanto riguarda l'azione degli ormoni "femminili", infatti, i ginecologi preferiscono affidarsi a test relativi alla grandezza dell'utero, mentre coloro che compiono esperimenti su animali, come i fisiologi, si affidano a un'ampia varietà di criteri (metabolismo, piumaggio, crescita delle ghiandole mammarie), e gli psicologi utilizzano valutazioni comportamentali relative alla riproduzione dei roditori[121].

Nel 1932 viene organizzata a Londra la First Conference on the Standardization of Sex Hormones, un incontro internazionale a cui partecipano numerosi ginecologi e fisiologi, e che ha lo scopo di stabilire una modalità standard di misurazione e di descrizione degli ormoni "femminili". La definizione scelta durante la conferenza è quella di "ormoni che producono l'estro": gli ormoni "femminili" sono dunque quelle sostanze che, in animali femmine prive delle ovaie, producono una serie di effetti biologici simili a quelli riscontrabili durante il periodo di estro[122]. Inoltre, durante la conferenza, si stabilisce anche che l'unico metodo riconosciuto come accettabile per misurare gli effetti biologici

[121] *Ibid.*, 184-184; sul rapporto tra aziende farmaceutiche e ricerca sugli ormoni, vedi anche nota 69, p. 341; N. OUDSHOORN, *Beyond the Natural Body*, cit., pp. 43-44

[122] Il termine "estro" indica il periodo in cui le femmine dei mammiferi sono fertili; alcuni cambiamenti fisiologici possono segnalare tale momento, in modo da facilitare l'accoppiamento.

degli “ormoni che producono l’estro” è l’analisi delle secrezioni vaginali di ratti o topi. In questo modo, soltanto un test viene ritenuto valido per l’analisi degli effetti degli ormoni “femminili”, semplificando notevolmente il confronto tra le ricerche di studiosi diversi. Il restringimento dell’azione degli ormoni “femminili” al periodo dell’estro, ossia a questioni di carattere esclusivamente riproduttivo, comporta però un calo di attenzione relativamente agli altri effetti degli ormoni “femminili”; alcuni scienziati sottolineano infatti, già nel 1936, che la ricerca di un test che potesse essere standardizzato ha fatto trascurare gli aspetti non connessi alla riproduzione degli ormoni “femminili”. Tali composti chimici operano invece anche su organi non appartenenti all’apparato riproduttivo, e svolgono numerose funzioni all’interno dell’organismo, non soltanto quelle collegate al periodo di estro negli animali. Inoltre, l’unità di misura scelta per classificare la quantità di preparato che serve a ripristinare gli effetti biologici dell’estro, in animali a cui sono state espiantate le ovaie, differisce a seconda della provenienza degli scienziati: in Europa si compiono esperimenti sui topi, mentre negli Stati Uniti sui ratti, e così vengono creare due unità di misura differenti, la Mouse Unit e la Rat Unit[123].

Nel 1935, a Londra, si tiene la Second Conference on the Standardization of Sex Hormones, in cui si discute soprattutto degli ormoni “ maschili” e si stabilisce un metodo per misurarne gli effetti. Un’ampia varietà di elementi biologici studiati dai fisiologi che praticano esperimenti sugli animali è a disposizione degli scienziati, ma la scelta ricade su una specifica caratteristica, che diventa l’unico criterio valido per misurare gli effetti degli ormoni “maschili”: la crescita della cresta in galli che sono stati castrati. L’unità di misura degli ormoni “maschili” è di conseguenza relativa alla quantità giornaliera che bisogna somministrare per osservare la crescita della cresta negli animali, in un dato periodo di tempo. Nella pratica, anche altri criteri vengono utilizzati dagli scienziati, come la crescita delle vescicole seminali in roditori a cui sono stati asportati i testicoli, dal momento che studiare la crescita della cresta è un metodo

[123] *Ibid.*, pp. 184-185; N. OUDSHOORN, *Beyond the Natural Body*, cit., pp. 45-46

più lento; inoltre, gli scienziati ritengono che l'osservazione in laboratorio di animali di piccole dimensioni, come topi o ratti, sia più semplice rispetto al lavoro con i polli[124].

La ricerca sugli ormoni "femminili" progredisce molto più rapidamente, rispetto a quella sugli ormoni "maschili", forse anche a causa della differenza nel tipo di criterio scelto per quantificare gli effetti dei composti chimici. In ogni caso, è necessario sottolineare come la scelta di utilizzare l'estro e la crescita della cresta come standard scientifici per misurare gli effetti degli ormoni "sessuali", abbia influenzato il successivo periodo di ricerca. Nonostante il ruolo biologico degli ormoni "sessuali" in organi non collegati alla riproduzione e alla "differenza sessuale", si decide di utilizzare come criteri degli elementi corporei profondamente connessi alla sessualità. Nel caso degli ormoni "femminili", si sottolinea il legame con l'estro e la riproduzione, mentre per gli ormoni "maschili" si utilizza una caratteristica sessuale secondaria come la cresta del gallo. Lo studio sugli ormoni "sessuali" parte dal preconcetto che tali composti chimici siano indissolubilmente legati alle categorie di femminilità e virilità, e si configurino anzi come la realizzazione biologica di una "naturale" dicotomia di genere. Partendo da un paradigma interpretativo di questo tipo, gli scienziati non possono fare a meno di collegare gli ormoni che hanno appena scoperto e iniziato a misurare alla sfera della sessualità. I caratteri sessuali secondari e la riproduzione svolgono un ruolo centrale nella definizione scientifica degli ormoni "sessuali", e le caratteristiche fisiche degli animali utilizzati per gli esperimenti vengono utilizzate come base per l'interpretazione in senso "sessuale" degli ormoni. Le funzioni biologiche non sessuali degli ormoni non vengono poste in rilievo, ma vengono anzi assorbite dalla sfera della sessualità: infatti, se gli ormoni sono "sessuali", allora ogni attività che svolgono all'interno di un organismo deve essere relativa alla sessualità[125].

Anche i nomi attribuiti agli ormoni "sessuali" riflettono idee relative alla

---

[124] *Ibid.*, p. 185; N. OUDSHOORN, *Beyond the Natural Body*, cit., pp. 50-51
[125] *Ibid.*, pp. 186-187; N. OUDSHOORN, *Beyond the Natural Body*, cit., pp. 51-52

categoria di genere, e il dibattito sulla nomenclatura si sviluppa durante gli anni ’30. Per quanto riguarda gli ormoni “maschili”, non c’è un’ampia discussione in ambito scientifico, e il termine attribuito a questo gruppo di composti chimici deriva semplicemente dalla parola greca che significa “uomo”, ovvero “andros”, unita al termine scientifico che designa il tipo di sostanza analizzata; soltanto l’ormone “testosterone” prende il suo nome da una parte del corpo maschile, ovvero il testicolo[126]. Nel caso degli ormoni “femminili”, invece, la discussione scientifica è accesa, e varie proposte vengono sottoposte alla comunità scientifica: alcune si riferiscono al concetto di “creazione della donna”, come la parola di derivazione greca “thelykin” (‘thelys’ significa infatti femminile), mentre altre si collegano agli effetti dell’estro e all’ambito riproduttivo. Infine, il termine “estrogeno”, formato sulla base della parola “estro”, viene ritenuto migliore, e accettato dalla maggior parte degli scienziati e dalle aziende farmaceutiche; anche per i derivati degli ormoni “femminili” si utilizza quindi il termine “estro”, come nei casi di estriolo ed estradiolo[127]. Un questione rimane irrisolta, ovvero la denominazione da applicare agli ormoni “sessuali” che operano all’interno del corpo “sbagliato”, come ad esempio gli ormoni “femminili” all’interno di un corpo maschile. In effetti, gli ormoni “androgeni” ed “estrogeni” non si trovano soltanto, rispettivamente, in uomini e in donne, ma in tutte le persone; inoltre, essi operano anche all’interno dell’organismo “sbagliato”[128].

I termini “androgeno” ed “estrogeno” sono quindi riferiti ad ambiti piuttosto diversi, e non rappresentano un insieme coerente: gli ormoni “maschili” vengono classificati in base al loro ruolo nella “creazione di un uomo”, mentre quelli “femminili” in relazione alla riproduzione. Nel 1938, l’endocrinologo A. S. Parkes si rende già conto dello squilibrio terminologico, e cerca di modificare la nomenclatura esistente, sottolineando come il termine “estrogeno” andrebbe riferito soltanto a un insieme specifico di effetti, ovvero quelli relativi propriamente al ciclo riproduttivo. A suo avviso, sarebbe necessario ripensare i

[126] *Ibid.*, p. 190
[127] *Ibid.*, pp. 188-189
[128] *Ibid.*, p. 190

nomi degli ormoni “sessuali”, in modo da evidenziare, anche nel caso femminile, la “creazione della femminilità” in un senso più ampio; in questo senso, al termine “androgenico” non andrebbe affiancata la parola “estrogenico”, ma, secondo la sua proposta, si potrebbe invece usare il termine “gynecogenico”, che deriva dalla parola greca “gynos”, ossia “donna”. Lo squilibrio terminologico resta invece in uso, e l’idea che gli ormoni “femminili” siano inesorabilmente legati all’ambito della riproduzione non viene più abbandonata[129].

[129] *Ibid.*, pp. 189-190

Capitolo II – Il trattamento clinico dell'intersessualità durante il Novecento

1. Hugh Hampton Young (1870-1945)

Il dottor Hugh Hampton Young (1870-1945), un chirurgo e urologo americano, si occupa di intersessualità durante il suo lavoro come professore di urologia presso la Johns Hopkins University di Baltimora, nel Maryland, cattedra che ricopre dal 1897 al 1940. Il medico è noto per varie innovazioni in ambito chirurgico, come l'invenzione del "boomerang needle" per lavorare con incisioni profonde, la scoperta dell'antisettico merbromina (più noto con il nome commerciale di mercurocromo), e l'esecuzione della prima prostatectomia radicale, effettuata per rimuovere un tumore alla prostata.

Il dottor Young pubblica nel 1937 il libro 'Genital Abnormalities, Hermaphroditism and Related Adrenal Diseases', in cui viene riproposta la classificazione di "veri" e "pseudoermafroditi", tipica dell'Epoca delle Gonadi. Tale libro ripercorre i casi di numerosi pazienti, sia del dottor Young che di suoi colleghi, allo scopo di mostrare il trattamento medico disponibile all'epoca per i casi di intersessualità. Nonostante il suo approccio sia piuttosto sensibile, e privo di giudizi sulla vita delle persone che incontra, il dottor Young applica le categorie formatesi durante l'Epoca delle Gonadi, e consiglia sempre un trattamento chirurgico e ormonale alle persone di cui si occupa, in modo da farle "diventare" chiaramente uomini o donne[1].

Il dottor Young esamina numerosi casi di persone che chiama "ermafroditi praticanti", intendendo con questa definizione individui che hanno esperienze sessuali sia come "uomini" che come "donne"; più precisamente, il medico si riferisce a chi utilizza i suoi organi genitali "maschili" nel rapporto sessuale con una donna, assumendo un ruolo "maschile", e i suoi organi genitali "femminili" nel rapporto con un uomo, assumendo un ruolo "femminile". Secondo quest'ottica, ruolo maschile e femminile in un rapporto eterosessuale si

[1] A. FAUSTO-STERLING, *Sexing the Body,* cit., p. 42

qualificherebbero esclusivamente sulla base della capacità di eseguire o ricevere penetrazione[2]. Alcune delle persone intersessuali esaminate dal dottor Young non hanno alcuna intenzione di sottoporsi a trattamenti medici, e preferiscono continuare la loro vita come in precedenza, mantenendo organi genitali che permettono loro un'ampia varietà di esperienze sessuali. Young non obbliga nessuno a sottoporsi a interventi chirurgici o somministrazione di ormoni, e non commenta in maniera negativa le decisioni dei pazienti che rifiutano il trattamento clinico; questa sensibilità non sarà sempre presente nei medici che nei decenni successivi si occuperanno di persone intersessuali. Nonostante tale approccio poco invasivo, il dottor Young raccomanda comunque, almeno in via teorica, il ricorso alle tecniche della medicina, allo scopo di creare corpi che siano esclusivamente "maschili" o "femminili"[3].

In vari casi, motivazioni economiche e sociali spingono le persone a rifiutare l'intervento clinico; in effetti, anche se i medici pensano che per raggiungere il benessere sia necessario appartenere chiaramente al "sesso" maschile o femminile, spesso i loro pazienti hanno già una vita soddisfacente, o almeno equilibrata e sicura, che perderebbero come conseguenza del trattamento medico. Un caso di questo tipo, riportato dal dottor Young, riguarda una giovane donna nera, di nome Emma, che ha organi sessuali (una vagina, e una clitoride piuttosto grande rispetto a quanto considerato nella norma) che le permettono di avere rapporti "normali", ovvero eterosessuali, sia con uomini che con donne. Da giovane, Emma ha rapporti sessuali con numerose ragazze, e poi sposa un uomo quando ha 19 anni; in seguito si sposa altre volte, continuando comunque a frequentare delle ragazze. I rapporti sessuali che ha con il marito non sono soddisfacenti, mentre quelli che ha con la sua ragazza lo sono; quando il dottor Young le suggerisce che la chirurgia potrebbe farla diventare un uomo, la donna rifiuta, preferendo continuare la sua vita come in precedenza. Emma spiega infatti al medico che rimuovere la sua vagina sarebbe come perdere il suo "buono pasto",

[2] *Ibid.*, vedi anche la nota n. 41, p. 275
[3] *Ibid.*, pp. 43-44

che le permette di vivere bene, poiché il marito la mantiene economicamente; senza di lui, la donna sarebbe costretta a lavorare. Inoltre, Emma sottolinea che, anche se con il marito i rapporti sessuali non sono piacevoli, ha una ragazza con cui la situazione è del tutto diversa; dunque preferisce rifiutare la proposta del medico. Il dottor Young non insiste ulteriormente, e lascia la sua paziente libera di vivere come vuole[4].

In questo periodo le persone intersessuali hanno quindi ancora la possibilità di vivere secondo i loro desideri; anche se il dottor Young ha un'opinione in merito, non obbliga nessuno a sottoporsi a trattamenti ormonali o chirurgici. In seguito la situazione cambia, e il trattamento clinico diventa la prassi; poche persone riescono a sottrarsi al controllo della medicina, che utilizza le sue categorie per modificare e modellare i corpi. A partire dagli anni '50, i progressi del sapere scientifico permettono di individuare una persona intersessuale alla nascita, così che i medici possano decidere il prima possibile se si tratta di un maschio o di una femmina. Dietro questo interesse all'attribuzione di un "sesso" inequivocabile a ogni persona sono presenti tre elementi, che formano un preciso sistema di valori: devono esistere soltanto due "sessi", il comportamento eterosessuale è l'unico "normale", la salute psichica di uomini e donne dipende da ruoli di genere ben distinti. Per quanto lo scopo dei medici sia di creare delle persone "sane" e felici, che vivano bene all'interno della società, in effetti le loro azioni si basano su dei presupposti mai messi in discussione[5].

2. Il contesto legislativo degli anni '50 – '70

Negli Stati Uniti, durante gli anni '40 e '50 la società prescrive due ruoli decisamente diversi per gli uomini e le donne; il modello familiare a cui conformarsi è quello formato da una coppia eterosessuale, in cui l'uomo lavora e guadagna, mentre la donna bada alla casa e ai figli. La relazione eterosessuale è l'unica accettabile, con rapporti sessuali che iniziano soltanto dopo le nozze, e

[4] A. FAUSTO-STERLING, *Sexing the Body*, cit., p. 43; C. CHASE, *Hermaphrodites with attitude*, in S. STRYKER, S. WHITTLE (*ed.*), *The Transgender Studies Reader*, cit., p. 301
[5] *Ibid.*, p. 44

dovrebbero essere a scopo procreativo; le donne dovrebbero inoltre essere timide e ritrose, mentre per gli uomini è del tutto naturale essere passionali e aggressivi.

L'omosessualità negli Stati Uniti viene lentamente depenalizzata durante gli anni '70 e '80: l'Illinois è il primo stato a eliminare tale reato nel 1961, e infine una sentenza del 2003 fa cadere le leggi anti-sodomia (oltre all'omosessualità, tali leggi dovrebbero colpire anche i rapporti orali e anali tra persone eterosessuali, specialmente quando non sposate) ancora in vigore in 14 stati. L'aborto diviene legale in tutti gli stati dopo una sentenza del 1973, che consente a una donna di abortire anche in assenza di condizioni mediche che lo impongano; in precedenza, l'aborto era illegale in 30 stati, e soltanto in 4 era consentito senza altro motivo che la scelta della donna. In Italia l'aborto senza ragioni mediche, entro tre mesi dall'inizio della gravidanza, è legale dal 1978. Il divorzio negli Stati Uniti è inizialmente possibile soltanto quando uno dei coniugi è colpevole di un torto, come abbandono, adulterio o crudeltà; soltanto in seguito diventa possibile separarsi senza altro motivo se non l'incompatibilità. Questo tipo di divorzio senza colpe diventa legale nel 1953 in Oklahoma, poi nel 1969 in California, e poi in tutti gli altri stati, fino a quello di New York, in cui diventa legale nel 2010. In Italia il divorzio diventa legale a partire dal 1970, ma l'anno successivo viene presentata la richiesta di un referendum abrogativo; nel 1974 il referendum mantiene invece in vigore la legge, e il divorzio resta così possibile.

Inoltre, tra il 1955 e il 1968 gli Stati Uniti sono attraversati da un'ondata di proteste contro le discriminazioni razziali; disobbedienza civile e manifestazioni non violente da parte dei cittadini neri si susseguono nel paese. Nel 1954 una legge stabilisce che le scuole pubbliche separate su base razziale siano incostituzionali, e nel 1965, grazie al Voting Rights Act, le persone nere accedono finalmente al diritto di voto senza restrizioni. In precedenza in alcuni stati, specialmente nel Sud del paese, erano infatti in vigore delle prove per verificare il livello di alfabetizzazione dei votanti; tramite questo espediente, l'accesso al voto veniva controllato, e di fatto impedito a molti cittadini neri. Inoltre, nel 1967, una legge abolisce il precedente divieto di contrarre matrimonio tra persone di "razze"

diverse; tale concezione, secondo cui uno stato ha il dovere di garantire ai suoi cittadini la libertà di sposare chi desiderano, è in effetti recentemente tornata nel dibattito pubblico degli Stati Uniti a proposito del matrimonio tra persone dello stesso sesso.

La pillola contraccettiva entra in commercio negli Stati Uniti a partire dal 1960, e i Moti di Stonewall, che danno maggiore spinta alle rivendicazioni e alla visibilità delle persone transgender, gay e lesbiche, avvengono nel 1969: la società dei decenni precedenti non è certo priva di individui omosessuali o di donne che vivono al di fuori dei ruoli loro imposti, ma secondo l'opinione comune il modello tradizionale è ben saldo, e produce persone felici e socialmente integrate. La famiglia eterosessuale, in cui il sesso dovrebbe avere scopo procreativo, e la chiara differenza di ruolo sociale tra uomini e donne, sembrano appartenere alla maggioranza della popolazione. Questa visione della sessualità umana non è invece rispecchiata dalle abitudini e dai comportamenti degli individui, ma poiché il sesso non è un argomento di cui si discuta pubblicamente, la maggior parte delle persone ignora quanto la realtà sia in effetti differente dal modello loro proposto.

3. Alfred Kinsey (1894-1956)

Nel 1947 il professor Alfred Kinsey fonda un istituto di ricerca a Bloomington, presso l'Indiana University, allo scopo di stimolare gli studi nel campo della sessualità umana; l'istituto, creato grazie a contributi affidati a Kinsey dalla Fondazione Rockfeller, è inizialmente chiamato 'Institute for Sex Research', mentre oggi è invece 'The Kinsey Institute for Research in Sex, Gender, and Reproduction'. Al suo interno sono conservati i materiali raccolti dal professor Kinsey e i suoi collaboratori, e un'estesa collezione di opere d'arte relative alla sessualità. Alfred Kinsey è un biologo, esperto di zoologia ed entomologia, che inizia a interessarsi di sessualità umana durante gli anni '30, a seguito dei suoi studi sulla riproduzione degli insetti. Kinsey si rende conto di quanto sia diffusa all'epoca l'ignoranza sul comportamento umano in materia di sesso, e inizia quindi una serie di indagini sulle abitudini sessuali di uomini e

donne americani. A suo parere, le scienze hanno indagato troppo poco il campo della sessualità umana, abbandonando tale ambito alle norme religiose, sociali e legislative; in effetti, sottolinea Kinsey, la scienza, fino a quel momento, conosce meglio le abitudini riproduttive degli animali di laboratorio, che non quelle delle persone[6].

Nel 1938 l'Indiana University fornisce per la prima volta ai suoi studenti un corso "matrimoniale", tenuto da Kinsey, proprio per fornire delle informazioni riguardanti la sessualità; nonostante l'opposizione dei membri più conservatori ai vertici dell'università, ci si inizia a rendere conto della necessità di corsi di educazione sessuale per i giovani, in modo, ad esempio, da frenare la diffusione di malattie sessualmente trasmissibili. Il corso "matrimoniale" viene aperto soltanto agli studenti dell'ultimo anno e a quelli sposati, ma ha un grande successo, e viene ripetuto ogni semestre. Kinsey, inoltre, offre agli studenti anche dei colloqui privati, e raccoglie in questo modo una notevole quantità di materiale per la sua ricerca sulla sessualità umana. Nel 1940, poi, altri docenti dell'Indiana University segnalano che lo studioso sta utilizzando il corso "matrimoniale" come fonte per la sua ricerca, e Kinsey deve scegliere se continuare a tenere il corso, o lasciarlo a qualcun altro e continuare il suo lavoro in altro modo.

Il risultato della ricerca di Kinsey e dei suoi collaboratori sono i cosiddetti 'Kinsey Reports', due volumi pubblicati rispettivamente nel 1948 e nel 1953: 'Sexual Behavior in the Human Male' e 'Sexual Behavior in the Human Female'. L'analisi di Kinsey è condotta attraverso una serie di interviste, e per quanto riguarda la sessualità maschile si tratta di 5300 uomini bianchi, per la sessualità femminile si tratta invece di 5940 donne bianche[7]. Anche se le interviste condotte sono molto più numerose rispetto a quelle analizzate nei testi, Kinsey preferisce concentrarsi su un campione compatto, escludendo dai volumi le storie appartenenti a persone provenienti da contesti differenti, per cui non dispone di un

---

[6] A. KINSEY, W. POMEROY, C. MARTIN, *Sexual Behavior in the Human Male*, Indiana University Press, 1998 (ed. or. 1948), p. 3

[7] A. KINSEY, W. POMEROY, C. MARTIN, P. GEBHARD, *Sexual Behavior in the Human Female*, Indiana University Press, 1998 (ed. or. 1953), p. 3

insieme sufficientemente ampio di testimonianze (ad esempio gli uomini neri o di più di 50 anni)[8]. Questo campione è effettivamente relativo soltanto a una specifica parte della popolazione degli Stati Uniti, come sottolineato dall'autore stesso, che ricorda come i suoi volumi non intendano essere una storia del comportamento sessuale di tutti gli uomini e tutte le donne, ma soltanto di una porzione di essi; la validità dei dati raccolti è dunque riconducibile soltanto alle persone bianche che vivono negli Stati Uniti in quel momento storico e contesto culturale[9]. In ogni caso, la ricerca di Kinsey è un evento dall'impatto enorme, che mostra pubblicamente, per la prima volta, come il comportamento umano riguardo al sesso sia vario e pieno di sfumature, rispetto al modello che viene prescritto dalla società[10]. In effetti, la sua ricerca crea un grande scandalo, in quanto si occupa di argomenti considerati proibiti; durante il suo lavoro, Kinsey subisce l'intervento della polizia, la minaccia della censura, vari tentativi di persuadere l'Indiana University a non pubblicare i risultati, nonché le critiche di parte della comunità scientifica[11].

Kinsey crea inoltre un nuovo metodo per classificare l'orientamento sessuale delle persone; in precedenza le categorie utilizzate sono soltanto quelle di "eterosessuale" e "omosessuale", e compongono una rigida dicotomia. La 'scala Kinsey' invece, considera il comportamento umano come un insieme di esperienze, che si svolge lungo tutto l'arco della vita; secondo quest'ottica, eterosessualità e omosessualità non sono due estremi senza alcun punto di contatto, ma si collocano su un continuum. La sessualità umana non è divisa, per Kinsey, in due categorie distinte, ma forma una scala di gradazioni, al cui punto intermedio si trova la bisessualità, intesa come un'attrazione uguale per uomini e donne. Inoltre, viene sottolineato come la posizione che un individuo occupa sulla scala possa variare nel corso della vita, a seconda delle esperienze sessuali prevalenti in un dato momento dell'esistenza. Kinsey nota come in natura non

---

[8] A. KINSEY, W. POMEROY, C. MARTIN, *Sexual Behavior in the Human Male,* cit., p. 6
[9] A. KINSEY, W. POMEROY, C. MARTIN, P. GEBHARD, *Sexual Behavior in the Human Female,* cit., p. 4
[10] A. FAUSTO-STERLING, *Sexing the Body,* cit., p. 199
[11] A. KINSEY, W. POMEROY, C. MARTIN, *Sexual Behavior in the Human Male,* cit., pp. 11-12

esistano categorie così specifiche, e che gli uomini non possono essere divisi in due insiemi separati, eterosessualità e omosessualità; il mondo non va distinto in "pecore e capre", ma analizzato tenendo conto della varietà della sessualità umana[12].

Secondo Kinsey «è una caratteristica della mente umana il cercare di creare una dicotomia nella sua classificazione dei fenomeni. Le cose sono in un modo, o non lo sono. Il comportamento sessuale è normale oppure anormale, socialmente accettabile o inaccettabile, eterosessuale oppure omosessuale; e molte persone non vogliono credere che ci siano delle gradazioni in queste questioni, da un estremo all'altro»[13]. In effetti Kinsey ha ben chiaro come sia la società a creare delle categorie, sotto le quali vengono poi raggruppate le persone; la sua scala dell'orientamento sessuale, rispetto alla classificazione in uso nell'epoca in cui è formulata, è un tentativo di tenere conto della varietà delle esperienze umane. La 'scala Kinsey' si configura quindi come uno strumento descrittivo decisamente migliore, rispetto alle rigide categorie di "eterosessuale" e "omosessuale" in uso in precedenza, ma cionondimeno non può essere utilizzata per descrivere persone che vivono in un periodo storico, e in un contesto culturale del tutto diversi da quello in cui viene creata. Al contrario, per quanto la 'scala Kinsey' non sia adeguata a descrivere le persone che vivono nella società contemporanea, in cui le idee riguardo all'orientamento sessuale e all'identità di genere sono diverse, rispetto a quelle in uso alla fine degli anni '40, tale strumento viene spesso utilizzato in studi clinici relativi alle persone intersessuali.

La 'scala Kinsey' presenta sette possibili variabili: sei sono per le gradazioni tra eterosessualità e omosessualità, e sono contrassegnate da un numero, mentre la settima, denominata X, riguarda le persone asessuali, ovvero coloro i quali non sono interessati ad attività di tipo sessuale. La variabile con il numero 0 è per le persone che in quel momento sono "esclusivamente eterosessuali", il numero 1 per le persone "prevalentemente eterosessuali, solo a

---

[12] *Ibid.*, pp. 639-656

[13] A. KINSEY, W. POMEROY, C. MARTIN P. GEBHARD, *Sexual Behavior in the Human Female*, cit., p. 469

volte omosessuali", il numero 2 per le persone "prevalentemente eterosessuali, ma occasionalmente omosessuali", mentre il numero 3 è per individui "ugualmente eterosessuali e omosessuali"; il numero 4 riguarda persone "prevalentemente omosessuali, ma occasionalmente eterosessuali", il numero 5 è per individui "prevalentemente omosessuali, solo a volte eterosessuali", il numero 6 è per coloro i quali siano "esclusivamente omosessuali"[14].

I risultati delle analisi di Kinsey su questo argomento sono ben diversi da quanto la società degli anni '40 e '50 prescrive: l'11.6% dei maschi bianchi tra i 20 e i 35 anni si colloca sotto il numero 3 della scala, mentre il 10% dei maschi bianchi, per almeno tre anni, tra i 16 e i 55, si trova tra i numeri 5 e 6 della scala. Per quanto riguarda le donne, il 7% di quelle non sposate, e il 4% di quelle che hanno avuto un marito, tra i 20 e i 35 anni, si collocano sotto il numero 3 della scala; tra il 2% e il 6% di donne tra i 20 e 35 anni si trovano nel numero 5, mentre tra l'1% e il 3% di donne non sposate tra i 20 e 35 anni, si trovano nel numero 6. In effetti, la frequenza di rapporti omosessuali, presenti almeno in qualche periodo della vita delle persone esaminate, è molto alta, rispetto al comportamento previsto dalle norme sociali[15].

Kinsey sottolinea inoltre come una persona omosessuale sia diversa da una persona intersessuale, e nota come l'attrazione sessuale che prova un individuo non sia legata alle sue caratteristiche fisiche, né ai suoi ormoni. Secondo la sua definizione, una persona che possiede le caratteristiche sessuali di entrambi i "sessi", ossia ovaie e testicoli, è un "ermafrodita"; un individuo "intersessuale" è invece, per Kinsey, chi possiede dei caratteri sessuali, in parte o completamente, configurati in maniera intermedia, rispetto a quelli considerati tipici di maschi e femmine. Kinsey sottolinea però che, a suo parere, un uomo con un pene ipospadico, o una donna con una clitoride più grande della norma, non dovrebbero essere considerati "ermafroditi" o "intersessuali" esclusivamente su questa base,

---

[14] *Ibid.*, pp. 470 e sgg; A. KINSEY, W. POMEROY, C. MARTIN, *Sexual Behavior in the Human Male,* cit., pp. 639 e sgg

[15] *Ibid.*, pp. 468-475; A. KINSEY, W. POMEROY, C. MARTIN, *Sexual Behavior in the Human Male,* cit., pp. 636-659

poiché bisognerebbe avere una certezza scientifica sulla situazione, prima di applicare tale denominazione.[16]

4. Harry Benjamin (1885-1986)

Il dottor Harry Benjamin è un endocrinologo e esperto di sessualità, noto per il suo lavoro con persone "transessuali", svolto con grande comprensione e sensibilità. Nel 1979 è stata fondata in suo nome la 'Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association', oggi chiamata invece 'World Professional Association for Transgender Health'. Il medico è nato in Germania, ma dal 1914 vive negli Stati Uniti: quando inizia la prima guerra mondiale, il dottor Benjamin si trova in viaggio per tornare in Germania dagli Stati Uniti; la sua nave viene intercettata dalla marina britannica, e dopo un periodo come prigioniero di guerra, il medico ottiene di essere rilasciato, a patto di tornare a New York, e non a Berlino. Durante gli anni '40, il dottor Benjamin collabora con Alfred Kinsey durante le ricerche per i 'Kinsey Reports'; mentre i due si trovano a San Francisco, nel 1948, è proprio il professor Kinsey a presentargli il caso di un bambino che "vuole diventare una bambina". La madre del bambino ritiene che la scelta migliore sia di assecondare i desideri del figlio, invece di ostacolarli; il dottor Benjamin inizia quindi a somministrare al suo paziente ormoni estrogeni, e organizza per madre e figlio un viaggio in Germania, dove l'intervento chirurgico potrà completare il trattamento. Da questo momento il medico perde i contatti con il suo paziente, ma questo incontro dà inizio al suo lavoro con le persone "transessuali".

In precedenza, l'unico termine in uso nell'ambito medico è quello di "travestitismo", con cui si intende il comportamento di una persona che indossa degli abiti considerati socialmente tipici del genere diverso da quello a cui è stata assegnata. Il termine "travestitismo" viene utilizzato a partire dal primo decennio del Novecento, e spesso le figure di "travestito", "transessuale" e "omosessuale" vengono confuse dalla medicina, e dalla maggior parte della società. Oggi si

[16] A. KINSEY, W. POMEROY, C. MARTIN, *Sexual Behavior in the Human Male*, cit., pp. 658-659

preferisce evitare l'uso del termine "travestitismo", poiché patologizzante nei confronti di un tipo di espressione che non è né una malattia, né un problema mentale; il termine da utilizzare è quindi quello di "cross-dressing", che indica semplicemente l'abitudine di utilizzare indumenti, e altri elementi espressivi, che sono considerati dalla società come tipici del genere diverso da quello a cui si è stati assegnati. Il "cross-dressing" non implica affatto che la persona in questione sia transgender oppure omosessuale, poiché si tratta di un'abitudine relativa al proprio aspetto esteriore, e non necessariamente legata all'identità di genere o all'orientamento sessuale.

Il dottor Benjamin è il primo a occuparsi estesamente delle persone "transessuali", e il suo contributo è fondamentale, sia per la diffusione di tale termine, sia per la separazione della categoria di "transessuale" da quelle di "travestito" e "omosessuale". Il suo libro 'The Transsexual Phenomenon' viene pubblicato nel 1966, ma già in un articolo del 1954[17] è presente il nucleo centrale del suo lavoro, ossia la riflessione, nuova per l'epoca in cui viene formulata, sulla differenza tra le categorie di "travestiti", "transessuali" e "omosessuali"; il dottor Benjamin ritiene infatti queste tre condizioni come sostanzialmente diverse tra loro, e sviluppa idee nuove sui rapporti tra "sesso" biologico, identità di genere e orientamento sessuale. Inoltre, il medico sottolinea come le persone "transessuali" siano assolutamente "normali" dal punto di vista fisico, nel senso che si tratta di uomini e donne biologicamente simili agli altri[18].

L'articolo del 1954 viene presentato alla U.S. Association for the Advancement of Psychotherapy, a un simposio organizzato proprio dal dottor Benjamin, in seguito al clamore sollevato dal caso di Christine Jorgensen (1926-1989), la prima persona divenuta nota negli Stati Uniti in seguito al suo

---

[17] H. BENJAMIN, *Transsexualism and Transvestism as a psycho-somatic and somato-psychic sindrome*, in *The Transgender Studies Reader*, S. STRYKER, S. WHITTLE (*ed.*), *The Transgender Studies Reader*, cit., pp. 45-52 (ed. or. *American Journal of Psychotherapy*, vol. 8, n. 2, 1954, pp. 219-230)

[18] H. BENJAMIN, *The Transsexual Phenomenon*, edizione online, Düsseldorf, Symposium Publishing, 1999 (ed. or. *The Transsexual Phenomenon*, New York, The Julian Press, 1966), p. 33

intervento di riassegnazione genitale, nel 1952[19]. Christine Jorgensen non è in effetti la prima persona a sottoporsi a questo tipo di intervento[20], ma diventa celebre negli Stati Uniti in seguito alla pubblicazione, nel 1953, di un articolo sul New York Daily News dal titolo «ex-soldato diventa una bellezza bionda»; Christine viene operata e segue una terapia ormonale a Copenhagen, in Danimarca, e sceglie il suo nome proprio in onore del dottor Christian Hamburger, l'endocrinologo che si occupa di lei. Grazie al clamore suscitato dalla sua esperienza, molte persone negli Stati Uniti si rendono conto che sia in effetti possibile ricevere interventi di riassegnazione genitale. Lo stesso Harry Benjamin sottolinea infatti l'importanza della "celebrità" ottenuta da Christine Jorgensen, per le altre persone "transessuali": «se un transessuale femmina, dopo essere diventato maschio, ricevesse la stessa pubblicità di Christine Jorgensen, è possibile che un maggior numero di pazienti femmine richiederebbe il trattamento»[21].

Secondo il dottor Benjamin è necessario distinguere le tre categorie di "travestiti", "transessuali" e "omosessuali", e sottolinea come il termine "intersessualità" non si possa applicare a nessuna di queste tre condizioni, in quanto riguardante esclusivamente la sfera delle manifestazioni fisiche[22]. La sua analisi si riferisce principalmente a "transessuali maschi", nel senso di persone che si rivolgono al medico per essere riassegnate al genere femminile, ma si occupa anche, seppur in maniera più breve, di "transessuali femmine", per cui valgono le stesse considerazioni dei pazienti "maschi"[23]. Prendendo come esempio il caso di un "maschio", il dottor Benjamin analizza la differenza tra un "travestito", un "transessuale" e un "omosessuale": il primo ha un problema sociale, il secondo un problema di genere, e il terzo un problema di "sesso".

---

[19] S. STRYKER, S. WHITTLE (*ed.*), *The Transgender Studies Reader,* cit., p. 45
[20] Una delle prime persone a sottoporsi a un intervento di riassegnazione genitale è infatti Lili Elbe (1882-1931), un'artista danese; secondo quanto riportato dai medici che la operano, sembra inoltre che fosse una persona intersessuale. Lili Elbe viene sottoposta a cinque operazioni in Germania, durante il 1930 e il 1931, e muore in seguito a complicazioni post-operatorie.
[21] H. BENJAMIN, *The Transsexual Phenomenon,* cit., p. 84
[22] *Ibid.,* p. 16
[23] *Ibid.,* '*The Female Transsexual*', pp. 84-91

Quello che il medico intende è che un uomo omosessuale non ha alcun desiderio di essere una donna, ma prova semplicemente attrazione sessuale verso altri uomini, e in questo senso il suo è un "problema" che appartiene soltanto all'ambito sessuale. Un uomo che pratica il "travestitismo" non lo fa per nessun altro a parte se stesso, e di solito è eterosessuale; in quest'ottica il suo è un "problema" sociale, nel senso che si tratta di un individuo che non vuole essere una donna, e che non desidera altri uomini. Un "uomo transessuale" ha invece un "problema" di genere, poiché desidera essere una donna, e questo riguarda esclusivamente se stesso; inoltre, questo desiderio non ha alcun rapporto con la sua attrazione sessuale verso le altre persone[24].

Le considerazioni del dottor Benjamin sono molto importanti, poiché separano i concetti di "identità di genere" e "orientamento sessuale"; in precedenza, le odierne categorie di "omosessuale" e "transgender" non venivano distinte l'una dall'altra. Poiché il desiderio per le donne è considerato come invariabilmente relativo alla sfera della virilità, e il desiderio per gli uomini alla sfera della femminilità, se un uomo prova attrazione per altri uomini, allora deve possedere degli elementi "femminili", e se una donna è attratta da altre donne, allora deve avere delle qualità "maschili". A partire dalla fine dell'Ottocento, la rappresentazione sociale delle persone omosessuali non separa la sfera dell'attrazione sessuale da quella relativa alla percezione della propria identità, creando delle categorie piuttosto rigide. Il dottor Benjamin, invece, sottolinea come un individuo omosessuale manifesti le sue preferenze sessuali attraverso i rapporti con altre persone, mentre il desiderio di appartenere a un altro genere riguarda esclusivamente la sfera della soggettività individuale. Un uomo omosessuale non vuole essere una donna, ma è anzi a suo agio con il suo "sesso" biologico, e il suo ruolo sociale maschile; il suo orientamento sessuale, che in questo caso è omosessuale, non ha rapporti con la sua identità di genere, che è senza dubbio maschile.

Inoltre, il dottor Benjamin nota come la domanda "il transessuale è

[24] *Ibid.*, pp. 16-17

omosessuale?", riferita a un "uomo" che percepisce la sua identità come femminile, non presenti una risposta immediata: la risposta sarebbe affermativa nel caso in cui si considerasse l'anatomia, ma negativa se si considerasse la mente di questa persona. Il medico sottolinea poi un'altra questione: dopo l'intervento della chirurgia, tramite il quale il corpo del paziente è stato reso il più simile possibile a quello di una donna, è possibile considerare questa "nuova donna" come un uomo omosessuale? Il dottor Benjamin ritiene che la seconda domanda sia priva di buonsenso, nonché di rispetto nei confronti del paziente[25]. Nel lavoro del dottor Benjamin, dunque, le categorie di "identità di genere" e "orientamento sessuale" sono del tutto separate, e si riferiscono ad ambiti diversi: l'identità di genere riguarda soltanto la percezione individuale di se stessi, mentre l'orientamento sessuale trova il suo dispiegamento nel rapporto con gli altri.

Nel periodo in cui 'The Transsexual Phenomenon" viene pubblicato, negli Stati Uniti sia le persone omosessuali che le persone "transessuali" sono considerate come sofferenti di disturbi mentali; negli Stati Uniti, l'omosessualità viene rimossa dall'elenco delle malattie mentali durante gli anni '70, e adesso viene considerata da psichiatria e psicologia come una semplice variazione del comportamento umano (per quanto riguarda le persone transgender la questione è invece più complessa[26]). Il dottor Benjamin sottolinea come i tentativi di "guarire" un "uomo transessuale", nel senso di fargli accettare il suo corpo, e vivere una vita soddisfacente in un ruolo socialmente maschile, siano del tutto inutili. A suo parere, l'unica strada verso la felicità dei suoi pazienti passa attraverso la terapia ormonale e chirurgica, allo scopo di modificare il corpo per farlo assomigliare a quanto il paziente desidera; allo scopo di ottenere il benessere mentale del paziente, infatti, vengono rimossi organi perfettamente sani, in contrasto con quanto prevede di solito la medicina. Il dottor Benjamin nota che un paziente con problemi di depressione non sarà del tutto privo di tali problemi, in seguito all'intervento medico; i momenti di infelicità saranno però minori, e la vita del

[25] *Ibid.*, pp. 16-17
[26] Vedi *infra*, p. 220 e p. 245

paziente sarà nel complesso più soddisfacente. Il dottor Benjamin evidenzia con lucidità che nessuno può definirsi completamente felice; un medico che nega il trattamento a un paziente "transessuale", lo priva però anche della possibilità di avere una vita migliore[27]. Quindi, il dottor Benjamin, grazie all'esperienza con tutti i pazienti esaminati e il confronto con i colleghi, ritiene che il trattamento medico possa migliorare sensibilmente la vita delle persone "transessuali": «sono convinto, sulla base di quello che ho visto, che un uomo transessuale infelice e triste possa, con l'aiuto della chirurgia e dell'endocrinologia, ottenere un futuro più felice come donna. In questo modo, si rende un servizio sia all'individuo che alla società»[28]. La conclusione del dottor Benjamin è chiara, e vale per tutte le persone "transessuali", sia quelle che vogliono vivere come uomini, sia quelle che vogliono vivere come donne: il trattamento clinico deve modificare il corpo, per adeguarlo il più possibile a un estremo o all'altro del binario maschio/femmina[29].

Per quanto il dottor Benjamin sia motivato da un sincero interesse verso il benessere dei suoi pazienti, grazie al suo contributo inizia a stabilirsi un paradigma del trattamento clinico delle persone "transessuali", che comincia a modificarsi soltanto a partire dagli anni '90, quando si diffonde il concetto di "transgender", che comprende tutte le identità e i corpi non conformi alle norme sociali di genere[30]; la divisione binaria tra maschi e femmine, che crea due gruppi completamente separati, continua a esistere, e riporta anzi sotto il suo dominio anche i corpi delle persone "transessuali". La medicina, tramite interventi chirurgici e trattamenti ormonali, crea dei corpi che possano trovare un posto stabile all'interno di un modello dicotomico, secondo il quale un uomo e una donna sono due entità completamente diverse, biologicamente e socialmente. Gli unici corpi, e le uniche identità autorizzate a esistere all'interno della società sono quelle che si collocano sotto il dominio del paradigma binario maschio/femmina: non sono contemplate possibilità alternative, è necessario ricondurre la propria

---

[27] *Ibid.*, pp. 89-90
[28] *Ibid.*, p. 77
[29] *Ibid.*, pp. 89 e sgg
[30] S. STRYKER, S. WHITTLE (*ed.*), *The Transgender Studies Reader*, cit., pp. 4-5

identità, e il proprio corpo, a quello che la società identifica con le definizioni di "uomo" e "donna".

5. John Money (1921-2006): "sesso di crescita"

A partire dalla metà degli anni '40, e fino agli anni '60, presso il Johns Hopkins Hospital lavora il dottor Lawson Wilkins (1894-1963), considerato come il fondatore della disciplina dell'endocrinologia pediatrica, negli Stati Uniti; oltre a una clinica specializzata, il medico crea un programma di borse di studio, tramite il quale un'intera generazione di professionisti viene formata. Oggi, l'associazione dei medici che si occupano di endocrinologia pediatrica negli Stati Uniti porta il suo nome (Lawson Wilkins Society for Pediatric Endocrinology).

Durante gli anni '50, il dottor Wilkins collabora con lo psicologo infantile ed esperto di sessualità John Money (1921-2006), riguardo ai pazienti intersessuali del Johns Hopkins Hospital; in questo modo viene creato un paradigma per il trattamento clinico delle persone intersessuali, applicato durante tutta la seconda metà del Novecento, che soltanto di recente ha iniziato a essere abbandonato dai medici, grazie al lavoro di attivisti intersessuali come Cheryl Chase, e di studiosi come Suzanne Kessler, Anne Fausto-Sterling e Alice Dreger.

Il dottor John Money nasce in Nuova Zelanda nel 1921, e dopo essersi laureato in Psicologia si trasferisce negli Stati Uniti, nel 1947, per conseguire un dottorato di ricerca; nel 1952 termina i suoi studi presso l'università di Harvard, nel Massachusetts, con una tesi intitolata 'Hermaphroditism: An Inquiry into the Nature of a Human Paradox'. Nel 1951 John Money viene quindi invitato dal dottor Wilkins presso il Johns Hopkins, a Baltimora, per svolgere il lavoro di psicoendocrinologo clinico per i pazienti pediatrici; il dottor Money rimane presso il Johns Hopkins per il resto della sua carriera, diventando professore di pediatria e psicologia medica. Viene considerato come una figura estremamente importante nel campo della psicoendocrinologia e della psicologia medica, e si occupa per tutta la sua carriera di questioni che riguardano l'intersessualità, l'orientamento sessuale e l'identità di genere.

A partire dal 1965, presso il Johns Hopkins Hospital vengono praticati interventi di riassegnazione genitale su pazienti "transessuali", e nel 1966 la notizia viene pubblicata sul New York Daily News: «una ragazza stupenda è in giro per i club di Manhattan in queste notti, e ammette di essere stata un maschio fino a meno di un anno fa, quando si è sottoposta a un'operazione di cambio di "sesso", presso, tra tutti i posti, il Johns Hopkins Hospital di Baltimora». In seguito alla pubblicazione dell'articolo, i medici decidono che sia meglio affrontare la situazione, e convocano una conferenza stampa per annunciare ufficialmente l'apertura della Gender Identity Clinic, che esegue interventi di riassegnazione genitale su pazienti "transessuali". I medici del Johns Hopkins sottolineano come il "problema" delle persone "transessuali" sia mentale e non fisico; a loro giudizio, visto che la terapia psicologica non riesce a modificare la mente per renderla conforme al corpo, allora la chirurgia deve intervenire, e modificare il corpo per adeguarlo alla mente del paziente.

Dal 1951 il dottor Money lavora presso la clinica di endocrinologia pediatrica, nel nuovo dipartimento di ricerca psico-ormonale, insieme agli psichiatri Joan e John Hampson; dopo il trasferimento dei due colleghi a Washington, John Money continua a studiare numerosi casi di pazienti intersessuali, sia adulti che bambini, accumulando una vasta esperienza sull'argomento. Il dottor Money, in due articoli del 1955 e del 1957, compie alcune notevoli innovazioni terminologiche, nell'ambito degli studi sulla sessualità umana, creando il termine "gender role", "ruolo di genere", più tardi modificato in "gender-identity/role", abbreviato come "G I/R". John Money modifica così il precedente concetto di "sex role", che si riferisce soltanto ai genitali e al comportamento sessuale di un individuo; il termine "gender-identity/role", "ruolo/identità di genere", invece, comprende tutte le modalità espressive di una persona, che permettono alla società di classificarla come "uomo" o "donna"[31].

[31] J. MONEY, 'Hermaphroditism, gender and precocity in hypoadrenocorticism: psychologic findings', *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, n. 96, 1955, pp. 253-264; J. MONEY, J. HAMPSON,

Nell'articolo pubblicato nel 1955, il dottor Money definisce in questo modo il concetto di "gender role": «il termine *gender role* è utilizzato per indicare tutte le cose che una persona fa o dice, allo scopo di chiarire il suo status di ragazzo o uomo, ragazza o donna, rispettivamente. Il termine include, ma non è esclusivamente relativo, la sessualità nel senso di erotismo». Secondo la definizione di Money, il concetto di "ruolo di genere" è riferito in particolare alla manifestazione sociale della propria identità di genere, ossia tutto l'insieme di elementi esteriori che permettono agli altri individui di stabilire se una persona è maschio o femmina, secondo le convenzioni in uso nella società. Il termine di "identità di genere", secondo la formulazione di Money, è invece riferito alla propria percezione individuale, nel senso che si tratta di una classificazione della propria identità rispetto alle categorie di "virilità" e "femminilità", eseguita all'interno di se stessi; in base a un'analisi del proprio comportamento e dei propri pensieri, una persona stabilisce il suo posto, rispetto ai concetti di "uomo" e "donna", al di là dei propri genitali[32].

Oltre a John Money, anche lo psicologo Robert Stoller utilizza i termini "sesso", "genere", "ruolo di genere" e "identità di genere"; durante gli anni '60, Stoller lavora infatti al Gender Identity Research Projec dell'UCLA, a Los Angeles, e si occupa di persone transgender[33]. Stoller considera il "sesso" come l'insieme delle caratteristiche biologiche che ritiene distinguano i maschi dalle femmine, mentre il "genere" è costituito da elementi psicologico e culturali, e si manifesta attraverso la "virilità" o "femminilità" di un individuo, a prescindere dal suo "sesso"[34]. L' "identità di genere", secondo Stoller, è la propria percezione di appartenere a un "sesso" oppure all'altro, mentre il "ruolo di genere" è formato dai comportamenti sociali che stabiliscono la propria appartenenza di genere. In seguito all'introduzione del termine di "gender role" da parte di John Money, e la

---

J. HAMPSON, 'Imprinting and the establishment of gender role', *Archives of Neurology and Psychiatry*, n. 57, 1957, pp. 333-336

[32] *Ibid.*

[33] R. STOLLER, *Biological Substrates of sexual Behavior*, in S. STRYKER, S. WHITTLE (*ed.*), *The Transgender Studies Reader*, cit., pp. 53-57 (ed. or. *Sex and Gender: On the Development of Masculinity and Femininity*, New York, Science House, 1968)

[34] *Ibid.*, pp. 55-56

distinzione tra “sesso” e “genere” operata dallo psicologo Robert Stoller, la definizione di “genere” prende mano a mano il posto del temine “sesso” nelle pubblicazioni scientifiche. Il termine “genere” inizia però a essere ampiamente utilizzato soltanto in seguito, a partire dagli anni ’70 e ‘80, con la critica femminista, che pone l’attenzione sulla contrapposizione tra le due categorie. Infatti, prima del contributo del dottor Money e di Stoller, il termine “genere” viene utilizzato in maniera intercambiabile con “sesso”, e soltanto in seguito all’apporto del femminismo si stabilisce una netta contrapposizione tra gli ambiti di “genere” e “sesso”, intendendo nel primo caso gli elementi culturali, e nel secondo la componente biologica, che operano nel binario maschio/femmina[35]. Più recentemente, tale contrapposizione è stata messa in discussione, poiché non tiene conto dell’interazione tra cultura e biologia, e si serve di una dicotomia troppo netta, che non sempre riesce a tenere conto della complessità umana[36].

6. Il modello di trattamento clinico delle persone intersessuali

6.1 Importanza del “sesso di crescita”

John Money, fin dalla metà degli anni ’50, propone una concezione della percezione individuale dell’appartenenza al genere maschile o femminile, che riduce al minimo l’influenza di componenti biologiche. Il medico non mette in dubbio l’esistenza di componenti materiali come gli ormoni, i cromosomi, o le gonadi, ma ritiene che tutti questi elementi siano subordinati all’influsso del genere, come strumento sociale e culturale, nella formazione dell’identità maschile o femminile di una persona. La componente corporea non è dunque particolarmente influente, secondo Money, nella creazione di un’identità di genere (per il medico, tale identità può essere soltanto maschile o femminile, secondo la ripartizione binaria in uso nella società); nonostante tale importanza marginale della biologia all’interno della sua concezione, l’esistenza della dicotomia

[35] D. HAIG, ‘The Inexorable Rise of Gender and the Decline of Sex: Social Change in Academic Titles, 1945–2001’, *Archives of Sexual Behavior*, vol. 33, n. 2, 2004, pp. 87-96
[36] Vedi *supra*, p. 18

“uomo/donna” non viene mai messa in dubbio. In effetti, John Money non crede che sia una struttura biologicamente determinata a fondare questa dicotomia; secondo la sua concezione, le categorie di maschile e femminile non sono immutabili, in quanto “naturali”. Tali categorie sono invece modificabili, e un’identità di genere maschile o femminile può essere “creata” dal medico, a prescindere dal corpo del paziente.

Nel 1972 John Money scrive addirittura, a proposito delle persone intersessuali: «per usare l’allegoria di Pigmalione, si può iniziare con la stessa argilla, e creare un dio o una dea»[37]. Nonostante tali riflessioni, secondo le quali la dicotomia sociale “uomo/donna” non viene fondata da una “naturale” differenza dei corpi, ma può essere modellata attraverso categorie culturali, Money non mette mai in dubbio il paradigma binario in sé. Anzi, lo studio delle persone intersessuali viene condotto proprio seguendo il presupposto che tali individui siano “anormali”, e bisognosi dell’intervento medico. Quindi, pur negando l’idea che la differenza sociale tra maschi e femmine abbia un fondamento biologico, John Money non discute sulla necessità della divisione binaria, e le persone intersessuali sono esaminate proprio come esempi difformi dalla norma, che devono essere ricondotti alla dicotomia[38].

Nell’articolo pubblicato nel 1957 insieme ai coniugi Hampson, Money scrive: «il sesso di assegnazione e di crescita è, coerentemente ed evidentemente, un indicatore più affidabile dell’orientamento e del ruolo di genere di un ermafrodita, rispetto a sesso cromosomico, sesso gonadico, sesso ormonale, la morfologia dell’apparato riproduttivo interno, o la morfologia ambigua dei genitali esterni»[39]. Secondo il sistema creato da John Money per il trattamento clinico dei pazienti intersessuali, l’identità di genere è malleabile fino almeno ai 18 mesi di età; fino a quel momento il neonato ha la capacità di andare sia in direzione di un’identità “maschile”, sia verso un’identità “femminile”. In seguito

---

[37] J. MONEY, A. EHRHARDT, *Man & woman, boy & girl: the differentiation and dimorphism of gender identity from conception to maturity,* cit., p. 152
[38] A. FAUSTO-STERLING, *Sexing the Body,* cit., p. 46
[39] J. MONEY, J. HAMPSON, J. HAMPSON, ‘Imprinting and the establishment of gender role’, cit.

però, tale possibilità non è ammissibile: un individuo adulto deve avere un'identità di genere stabile, deve essere chiaramente un "uomo" o una "donna", secondo i canoni sociali. Il possesso di un'identità di genere stabile è, secondo John Money, una condizione imprescindibile per il benessere psicosociale del paziente intersessuale[40].

Secondo il modello di Money, è necessario stabilire il prima possibile quale sia il "vero" genere del bambino, per poi comunicarlo ai genitori in maniera tale da non suscitare alcun dubbio. Infatti, se i genitori avessero delle esitazioni nel crescere il bambino secondo il genere prescelto, allora l'esito del trattamento clinico potrebbe non essere garantito; per "creare" una femmina o un maschio, bisogna comportarsi in modo coerente, e adattare ogni elemento educativo alla direzione voluta. Maschi e femmine vanno assolutamente differenziati, secondo il modello sociale in uso. L'atteggiamento dei genitori, i giocattoli, i vestiti, la scelta del nome: ogni elemento deve andare rigorosamente verso la formazione di un'identità "maschile" o "femminile", intese come due entità completamente separate. In quest'ottica, una persona "sana", non deve soltanto essere eterosessuale, ma deve anche conformarsi a un modello che prevede due ruoli sociali completamente diversi per uomini e donne; infatti, i maschi dovrebbero lavorare per mantenere la famiglia, mentre le femmine dovrebbero occuparsi della casa e dei figli. Allo scopo di non creare dei dubbi nei genitori, riguardo al genere del figlio, è poi necessario operare il prima possibile i genitali "ambigui", in modo da differenziarli chiaramente in senso "femminile" o "maschile". Tale intervento serve anche al paziente stesso, che potrà confrontarsi con gli altri bambini, e rendersi conto di essere simile a quelli del suo genere. Oltre alla chirurgia, anche l'endocrinologia ha un ruolo importante, e la somministrazione di ormoni, adeguati al genere scelto per il paziente, deve iniziare nel momento della pubertà, in modo da "creare" tutti i caratteri sessuali secondari adatti.

Infine, secondo il modello di John Money, il paziente intersessuale deve ricevere soltanto informazioni ritenute adatte alla sua età; anche i genitori non

[40] A. FAUSTO-STERLING, *Sexing the Body*, cit., p. 63

devono necessariamente ricevere tutte le informazioni a disposizione dei medici. L'equipe che si occupa del bambino, può decidere quali elementi comunicare alla famiglia e al paziente stesso; dal momento che il fine ultimo della terapia è la creazione di un'identità psicosessuale stabile, i medici ritengono che sia meglio evitare di menzionare alcuni dati, che potrebbero mettere a rischio tale risultato. La condivisione delle informazioni non è dunque completa, e spesso i genitori prendono delle decisioni irreversibili, senza possedere tutti gli elementi necessari; i bambini vengono cresciuti senza conoscere la verità su se stessi, e le frequenti visite in ospedale vengono spiegate in maniera inesatta e incompleta. Secondo il modello di Money, è meglio non mettere il paziente intersessuale a conoscenza della situazione reale, poiché tale informazione potrebbe pregiudicare l'acquisizione di un'identità di genere stabile, e rendere vano il trattamento ricevuto. Insomma, per la produzione di un individuo "normale", è necessario non svelare alcun elemento che possa mettere in discussione il sistema binario, rendendo nota l'esistenza di corpi difformi da tale paradigma[41].

6.2 Il paziente intersessuale deve essere eterosessuale

Inoltre, oltre ad acquisire un'identità di genere stabile, il paziente intersessuale, una volta diventato adulto, deve anche essere eterosessuale; l'omosessualità, in questo periodo, viene considerata come un comportamento anomalo, una deviazione rispetto alle regole sociali. Le persone omosessuali sono considerate come pericolose per la società, in quanto non conformi alle regole; negli anni '50 l'omosessualità rappresenta, per la propaganda diffusa negli Stati Uniti, una vera minaccia per il modello tradizionale di famiglia, e per l'unità della nazione. Omosessuali e comunisti sono accomunati, e visti allo stesso modo come nemici, in quanto portatori di forze disgregatrici dell'ordine costituito, e della stabilità politica e sociale degli Stati Uniti[42].

Di conseguenza, un paziente intersessuale, per essere "normale" rispetto a

---

[41] S. KESSLER, *La costruzione medica del genere*, in S. PICCONE, C. SARACENO (*ed.*), *Genere. La costruzione sociale del femminile e del maschile*, cit., p. 98
[42] A. FAUSTO-STERLING, *Sexing the Body*, cit., pp. 71-72

quanto la società prescrive per i suoi membri, deve essere eterosessuale; infatti, per i medici, l'orientamento sessuale eterosessuale del paziente di cui si sono occupati, rappresenta un successo professionale, e la certezza del risultato positivo della terapia[43]. In un articolo del 1955 scritto insieme a John Money, i coniugi Hampson suggeriscono ai medici cosa spiegare ai genitori di bambini intersessuali, riguardo l'omosessualità: «è necessario dire che il loro bambino non è destinato a crescere con desideri perversi e anormali, perché confondono immancabilmente ermafroditismo e omosessualità»[44]. I genitori dei pazienti vanno dunque rassicurati, poiché grazie all'intervento medico ogni pericolosa "ambiguità" può essere eliminata dal neonato, che potrà poi crescere come un uomo o una donna "normale", cioè eterosessuale. Nonostante la situazione che si presenta alla nascita, insomma, il trattamento clinico è in grado di garantire la produzione di una persona "normale", e in grado di vivere in una società in cui opera un modello rigidamente binario.

Il legame tra intersessualità e omosessualità è sempre presente nello sguardo dei medici, che si preoccupano sia di "costruire" dei corpi chiaramente femminili o maschili, sia di "creare" delle persone eterosessuali. Nel caso di persone con "genitali ambigui", i medici considerano sempre presente il rischio di comportamenti "inadatti" per il ruolo sociale corrispondente al genere che viene attribuito al paziente; l'omosessualità viene spesso considerata, anche in studi decisamente recenti, come uno di questi comportamenti da evitare. Il tentativo di "prevenire" un orientamento sessuale omosessuale è infatti collegato anche alla somministrazione di farmaci durante la gravidanza, per evitare l'intersessualità del feto; infatti, nell'ottica dei medici, le implicazioni dell'intersessualità in una ragazza CAH comprendono anche che potrebbe essere lesbica, e questo viene considerato come un elemento assolutamente negativo[45]. Il trattamento clinico dell'intersessualità è infatti sempre collegato, durante il Novecento, al tentativo di

---

[43] *Ibid.*

[44] J. MONEY, J. HAMPSON, J. HAMPSON, 'Hermaphroditism: recommendations concerning assignment of sex, change of sex and psychologic management', *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital,* n. 97, 1955 pp. 284-300

[45] E. REIS, 'Divergence or disorder? The politics of naming intersex', cit., p. 540, nota 3

non “creare” delle persone omosessuali, e di non favorire comportamenti sessuali diversi dall’eterosessualità.

Dal momento che il paradigma di John Money sottolinea l’importanza degli elementi culturali e sociali nella produzione delle categorie di “femminilità” e “virilità”, e sminuisce invece il ruolo di componenti biologiche come i geni o le gonadi, allora il trattamento medico delle persone intersessuali dovrebbe effettivamente produrre individui eterosessuali, conformi alle regole sociali. Il modello di Money è infatti volto alla “creazione” di persone adeguate rispetto al sistema binario; la biologia può non essere importante, ma l’educazione e il genere di crescita lo sono, e dovrebbero garantire la produzione di un’identità psicosessuale “sana”, e convenzionale rispetto a quanto richiede la società. Se la società prevede due ruoli sociali diversi per uomini e donne, allora una persona nata con dei genitali “ambigui”, ma trattata secondo il paradigma di John Money, dovrebbe avere un ruolo sociale adatto al suo genere. Allo stesso modo, visto che la società prevede come unico comportamento accettabile quello eterosessuale, allora, in seguito al trattamento clinico e all’educazione ricevuta, i pazienti dovrebbero essere eterosessuali[46].

In seguito la visione che la società degli Stati Uniti ha dell’omosessualità cambia, e quella che è considerata fino alla metà degli anni ’70 una patologia mentale, oggi è vista come una semplice possibilità dell’orientamento sessuale. Nonostante questo cambiamento, nell’ambito degli studi clinici sulle persone intersessuali è ancora presente, da parte dei medici, la ricerca di comportamenti “anomali”, secondo un paradigma di analisi che prevede uno stretto legame tra omosessualità e atteggiamenti considerati “atipici”, rispetto al genere di appartenenza. Per quanto le precedenti categorie culturali, usate per descrivere orientamento sessuale e identità di genere, vengano oggi messe in discussione, in ambito medico tale cambiamento non è percepito[47]. Chi si occupa di persone

---

[46] A. FAUSTO-STERLING, *Sexing the Body*, cit., pp. 72-73

[47] L. ROGERS, J. WALSH, ‘Shortcomings of the Psychomedical Research of John Money and Co-Workers into Sex Differences in Behavior: Social and Political Implications’, *Sex Roles*, vol. 8, n. 3, 1982, pp. 269-281

intersessuali da un punto di vista clinico, considera ancora le categorie di "uomo/donna" ed "eterosessuale/omosessuale" come rigidamente separate e immutabili: secondo questo approccio, una persona omosessuale è caratterizzata dal possesso di tratti socialmente tipici del genere diverso dal proprio[48]. Per i medici che studiano l'intersessualità, insomma, ogni comportamento divergente rispetto alle aspettative sociali previste dal proprio genere, non può non riflettersi sull'orientamento sessuale. Tale prospettiva culturale non è in effetti molto diversa da quella in uso nell'Ottocento, secondo la quale un "vero" omosessuale può essere soltanto un uomo "effeminato" o una donna "mascolina", ovvero delle persone che si allontanano dal comportamento socialmente previsto dal proprio genere.

6.3 Bisogna modificare i genitali "ambigui"

Secondo il modello proposto dal dottor Money, fino ai 18 mesi di età, è possibile "modificare" un paziente, a prescindere dai suoi cromosomi e organi genitali interni ed esterni, poiché a stabilire il suo genere in senso maschile o femminile, sarà il modo in cui viene cresciuto. Il "sesso di assegnazione" e il "sesso di crescita" sono, per John Money, gli elementi più importanti, che determinano, praticamente da soli, la percezione della propria identità come "uomo" o "donna"[49]. Seguendo tale paradigma, il medico ritiene che sia necessario avere un corpo conforme alle norme sociali che stabiliscono cosa è maschile e cosa è femminile; il linguaggio clinico designa infatti i genitali difformi dal modello binario come "ambigui". Tali genitali "ambigui" devono necessariamente essere alterati, fino a conformarsi il più possibile ai canoni dei "normali" genitali maschili e femminili: l'esistenza di corpi collocati al di fuori della dicotomia "uomo/donna" non può essere permessa. La correzione chirurgica della pericolosa "ambiguità" dei corpi delle persone intersessuali è dunque volta alla riaffermazione del paradigma binario, che prevede inoltre soltanto il

[48] Per quanto riguarda l'omosessualità femminile, vedi M. MAGEE, D. MILLER, *Lesbian Lives: Psychoanalytic Narratives Old and New*, New York, Analytic Press, 1997, pp. 81-92
[49] *Ibid.*, p. 66

comportamento eterosessuale.

I criteri che presiedono alle modifiche sui genitali "ambigui" rivelano infatti che l'unico tipo di rapporto sessuale per cui tali genitali vanno resi "funzionali" è quello eterosessuale; nell'ottica dei medici, lo scopo dei genitali femminili si riduce al possesso di una vagina in grado di contenere un pene, mentre per i genitali maschili, l'unico fattore importante è il possesso di un pene in grado di entrare in una vagina[50]. La capacità del paziente di provare piacere sessuale non viene presa in considerazione, né viene considerata la possibilità di complicazioni post-operatorie. Il paradigma di John Money non prevede che un gran numero di informazioni venga fornito a pazienti e genitori, che quindi spesso non conoscono rischi e conseguenze delle operazioni chirurgiche che vengono loro consigliate. Quando un collega chiede a dei medici che si occupano di persone intersessuali, presso il Johns Hopkins Hospital, come definiscano un rapporto sessuale soddisfacente per le ragazze sottoposte a interventi genitali, e se qualche ragazza abbia la capacità di provare l'orgasmo, il dottor John P. Gearheart risponde in questi termini: «si considera la penetrazione vaginale efficace come un rapporto sessuale adeguato»[51].

I genitali maschili e femminili vengono dunque analizzati e modificati chirurgicamente sulla base di considerazioni ritenute oggettive e scientifiche dai medici, ma che in realtà sono basate su una serie di presupposti culturali, che variano a seconda del contesto. Il trattamento dei pazienti intersessuali secondo il modello di John Money inizia negli anni '50, ma continua durante i decenni successivi, fino al Consensus del 2006, che mette definitivamente al bando gli interventi sui bambini, e impone ai medici di essere del tutto onesti con i genitori[52]. Secondo il Consensus, l'approccio odierno verso gli interventi sui

---

[50] *Ibid.*, p. 87; S. KESSLER, *La costruzione medica del genere: il caso dei bambini intersessuati*, in S. PICCONE, C. SARACENO (*ed.*), *Genere. La costruzione sociale del femminile e del maschile*, cit., pp. 110-111;

[51] A. DREGER, *Hermaphrodites and the Medical Invention of Sex*, cit., p. 256, nota 32. Il dottor John P. Gearheart potrebbe aver pronunciato anche un'altra frase piuttosto significativa, in merito al trattamento chirurgico delle persone intersessuali, vedi *infra*, p. 113

[52] I. HUGHES, C. HOUK, F. AHMED , P. LEE, LWPES, ESPE, 'Consensus statement on management of intersex disorders', cit.

genitali delle persone intersessuali è motivato da ragioni "funzionali", e non "estetiche" come in precedenza; ciononostante, il paradigma binario che prescrive un comportamento eterosessuale, e stabilisce quali caratteristiche deve avere un corpo per essere maschile o femminile è ancora in uso nella società. Di conseguenza, per quanto il contesto culturale di oggi sia cambiato, rispetto a quello degli anni '50, alcune supposizioni relative a cosa sia "maschile" e cosa "femminile", e quali atti sessuali siano praticati dalle persone, non possono non avere una parte nella produzione di studi scientifici sulle persone intersessuali.

Una volta stabilito il genere a cui assegnare un bambino, è necessario dunque modificare i suoi genitali "ambigui", in modo da renderli il più somiglianti possibile a quelli dei "normali" maschi e femmine. Secondo il modello di Money, tali operazioni sui genitali vanno eseguite il prima possibile, poiché per i genitori è importante "credere" davvero che il genere attribuito al bambino sia quello giusto. Anzi, spesso i medici suggeriscono ai genitori che il "sesso" scelto per il bambino non è frutto di una decisione più o meno arbitraria, ma era presente fin dall'inizio all'interno del corpo. Una spiegazione che prevede la presenza di un solo, vero "sesso naturale" per ogni corpo, sottostante a ogni grado di "ambiguità" genitale, viene fornita ai genitori dei pazienti intersessuali per decenni[53]. Secondo tale ottica, i medici devono interpretare il corpo "anomalo" del paziente, fino a scoprire quale sia il suo "vero" genere, per poter poi adattare genitali, ormoni e comportamento dei genitori alla loro conclusione[54]. Tale spiegazione dell'intersessualità rievoca in effetti la concezione in uso durante l'Epoca della Gonadi (1870-1915), secondo la quale ogni corpo possiede un vero "sesso", e anche le persone che sembrano "anormali", sono, in realtà, esclusivamente maschi o femmine.

A partire dagli anni '50, e fino agli anni '90, si sviluppa in effetti un doppio binario nel trattamento medico dei bambini intersessuali: i medici sanno che i loro pazienti sono intersessuali, ma non forniscono ai genitori tale

---

[53] A. FAUSTO-STERLING, *Sexing the Body*, cit., pp. 63-64

[54] S. KESSLER, *La costruzione medica del genere*, in S. PICCONE, C. SARACENO (*ed.*), *Genere. La costruzione sociale del femminile e del maschile*, cit., p. 115

spiegazione. La verità viene tenuta nascosta, poiché si preferisce sottolineare che ogni corpo ha soltanto un "sesso", e nessuno può possedere contemporaneamente elementi considerati tipicamente maschili e femminili. Il sistema binario non prevede alternative: donne e uomini hanno corpi, ruoli sociali e identità di genere del tutto diverse. L'esistenza di persone con corpi "naturalmente" diversi da questa concezione, è decisamente pericolosa, poiché porta alla luce l'arbitrarietà e la componente culturale della dicotomia. Dunque, i medici non possono fare altro che negare che i loro pazienti siano "intersessuali", per cercare di tenere in vita l'ordine binario nel quale credono; non bisogna in alcun modo suggerire che i bambini di cui si occupano non siano né maschi né femmine, o entrambi allo stesso tempo. I corpi delle persone intersessuali possono mettere in dubbio la convinzione che maschi e femmine siano categorie separate e immutabili, e per questo vanno nascosti e modificati[55].

Inoltre, come sottolinea Suzanne Kessler nel 1990, i medici spiegano ai genitori che i genitali del bambino sono "sbagliati" rispetto al suo "vero" genere, e vanno quindi "aggiustati". In questo senso, il genere del bambino è sempre stato lo stesso, e i genitali "ambigui" hanno inizialmente causato confusione; dopo l'intervento della chirurgia, però, i genitali saranno finalmente in accordo con il "vero" genere del bambino, che potrò crescere come maschio o femmina. I medici spiegano poi ai genitori la teoria di John Money, per cui a formare l'identità di genere non è la biologia, ma la componente culturale; in questo modo, i genitori potranno guidare il bambino verso l'identità di genere "giusta", dal momento che la parte più importante, una volta sistemati i genitali, è il processo di socializzazione come maschio o femmina. Secondo Suzanne Kessler, questo atteggiamento denota un'incongruenza notevole, poiché il presupposto che l'identità di genere sia creata culturalmente è applicato soltanto ai bambini intersessuali. Invece, alla nascita di un bambino considerato "normale", nessuno spiega ai genitori che il loro atteggiamento è determinante per la formazione di un'identità maschile o femminile; in tale caso i medici considerano il genere come

[55] A. FAUSTO-STERLING, *Sexing the Body*, cit., pp. 50-51; p. 65

il prodotto di un dato biologico[56].

6.4 I medici mentono a pazienti e genitori

I genitori, e il bambino, non vengono mai completamente informati di quanto stia accadendo, e anche le descrizioni delle operazioni chirurgiche previste per modificare i genitali "ambigui" sono spesso inesatte e parziali. Anne Fausto-Sterling, ad esempio, riporta il caso di una ragazza con cromosomi XY, a cui da bambina vengono rimossi i testicoli; i medici consigliano di non rivelarle mai la verità su tale intervento. Le operazioni devono essere motivate con la necessità di rimuovere degli organi malformati, senza specificarne il nome; il trattamento clinico non va spiegato come funzionale alla costruzione di un corpo femminile, ma semplicemente come la rimozione di organi non appartenenti a un corpo femminile[57]. I medici rassicurano i genitori, dicendo loro che non è il genere del bambino a essere "ambiguo", ma soltanto la sua anatomia; nelle conversazioni riguardanti il trattamento chirurgico parlano di "gonadi non completamente formate", e organi "sviluppati male" o "incompleti"[58].

Per quanto riguarda i pazienti adolescenti, il paradigma è sempre lo stesso, e rimane in uso fino alle critiche sollevate ufficialmente dal Consensus del 2006: nascondere la verità sull'intersessualità. Suzanne Kessler riporta il caso di una ragazza nata con cromosomi XY e testicoli funzionanti, a cui i medici evitano di chiarire la situazione, una volta arrivata all'adolescenza; le spiegano invece che le sue ovaie non erano funzionanti, e quindi sono state rimosse. Inoltre, le dicono che, grazie a delle pillole, sarebbe stata come le altre ragazze, avrebbe potuto sposarsi e avere "normali" rapporti sessuali; anche se il suo utero non si sarebbe mai sviluppato, avrebbe potuto adottare dei bambini. In effetti, come sottolinea Suzanne Kessler, quella dei medici è una strana versione della verità, dal

---

[56] S. KESSLER, *La costruzione medica del genere,* in S. PICCONE, C. SARACENO (*ed.*), *Genere. La costruzione sociale del femminile e del maschile*, cit., pp. 107-108
[57] A. FAUSTO-STERLING, *Sexing the Body*, cit., pp. 64-65
[58] *Ibid.*, p. 64; S. KESSLER, *La costruzione medica del genere,* in S. PICCONE, C. SARACENO (*ed.*), *Genere. La costruzione sociale del femminile e del maschile*, cit., p. 107

momento che la ragazza non ha mai avuto né ovaie né utero[59]. Tale comportamento da parte dei medici è però la norma, e di conseguenza la maggior parte delle persone intersessuali sottoposte al trattamento clinico secondo il paradigma di John Money, scopre la verità riguardo alle operazioni subite, soltanto dopo molto tempo.

Inoltre, è necessario sottolineare come, in molti casi, gli organi rimossi dai pazienti intersessuali non siano pericolosi per la loro salute, o causa di dolore fisico. I medici si basano insomma più su fattori culturali, che non ragioni di necessità clinica[60]. Un imperativo sociale si trasforma in un imperativo medico, che fa perdere di importanza alle possibili conseguenze negative della chirurgia: il paziente potrebbe perdere la capacità dell'orgasmo, avere notevoli cicatrici, e anche la necessità di più operazioni, in seguito alla prima[61]. I genitali "ambigui" non vengono affatto alterati in quanto costituiscono una minaccia per la vita del bambino, ma perché rappresentano un pericolo per la sua cultura. La "naturalità" di genitali diversi dal modello dicotomico non è ammessa, e l'intervento medico viene presentato come inevitabile, a causa della divisione in due generi operante nella società[62].

I medici sostengono che rivelare la verità al paziente e ai suoi genitori potrebbe compromettere l'esito del processo di creazione di un'identità psicosessuale stabile; portare le persone a conoscenza dell'esistenza dell'intersessualità, significa insomma mettere in discussione le regole sociali. In effetti, i medici giustificano le loro decisioni ricorrendo a motivazioni di tipo culturale: dal momento che la società concepisce soltanto due generi, è impossibile pensare che una persona dall'identità "ambigua" possa essere felice. Per produrre individui "normali", certi di appartenere a una delle due categorie disponibili, e in grado di avere rapporti eterosessuali, bisogna insomma

---

[59] S. KESSLER, *La costruzione medica del genere,* in S. PICCONE, C. SARACENO (*ed.*), *Genere. La costruzione sociale del femminile e del maschile*, cit., pp. 114-115

[60] C. CHASE, *Hermaphrodites with attitude,* in S. STRYKER, S. WHITTLE (*ed.*), *The Transgender Studies Reader,* cit., p. 302

[61] A. FAUSTO-STERLING, *Sexing the Body,* cit., p. 80

[62] S. KESSLER, *La costruzione medica del genere,* in S. PICCONE, C. SARACENO (*ed.*), *Genere. La costruzione sociale del femminile e del maschile*, cit., p. 117

nascondere la verità. I medici suggeriscono quindi che ogni neonato possiede un "vero sesso", nascosto da genitali "ambigui", e omettono la loro parte nella decisione dell'assegnazione di genere. In quest'ottica, l'intersessualità è vista esclusivamente come una patologia, che richiede l'intervento medico il prima possibile; un bambino in tale situazione non può assolutamente essere escluso dall'attenzione della medicina[63].

Dunque, è necessario nascondere informazioni e mentire, sia al paziente che ai genitori, poiché bisogna evitare di gettare dubbi sul sistema binario. Le persone intersessuali che subiscono gli interventi durante l'infanzia ricevono, quindi, soltanto spiegazioni parziali e bugie. I loro soggiorni in ospedale, le ripetute operazioni, la somministrazione di ormoni, vengono motivati con ragioni differenti dalla verità; di conseguenza, i bambini crescono spesso con la sensazione che ci sia qualcosa che non va in loro, ma senza sapere esattamente cosa. In ospedale, inoltre, i bambini intersessuali sono sottoposti a ispezioni dei genitali, che si ripetono più volte nel corso del tempo. Spesso i genitali del paziente vengono mostrati, senza esitazione, a studenti di medicina e assistenti; anche i controlli post-operatori richiedono un contatto ravvicinato tra il medico e i genitali dei bambini, che possono percepire tali pratiche come invasive e disturbanti. I medici hanno poi l'abitudine di scattare numerose fotografie dei loro pazienti, e immagini di bambini nudi, e dei loro genitali, sono presenti in vari studi clinici[64]. Tale trattamento può ovviamente creare un forte disagio per i bambini, e rivela inoltre un'ottica patologizzante, che tratta i corpi dei bambini intersessuali come semplici strumenti della ricerca medica. In effetti, tale pratica di riprodurre i genitali dei pazienti intersessuali, considerandoli come "anomalie naturali" a disposizione dei medici, è già presente durante l'Epoca delle Gonadi[65].

Il trattamento dell'intersessualità, vista come un disturbo, secondo il paradigma di John Money, prevede che il minor numero di informazioni possibile

---

[63] C. CHASE, *Hermaphrodites with attitude*, in S. STRYKER, S. WHITTLE (*ed.*), *The Transgender Studies Reader*, cit., p. 302
[64] A. FAUSTO-STERLING, *Sexing the Body*, cit., p. 86
[65] Vedi *supra*, p. 47

sia condiviso dall'equipe medica; i genitori devono sapere soltanto che il "vero" genere del bambino è stato scoperto, e verrà fatto tutto il possibile per creare un "normale" maschio o femmina. Le operazioni chirurgiche non vengono spiegate in maniera sufficiente ai genitori, che prendono quindi decisioni irrevocabili senza avere tutte le informazioni, ed è ritenuto assolutamente accettabile intervenire su bambini troppo piccoli per esprimere il loro consenso. I corpi delle persone intersessuali vengono modificati irrevocabilmente, pur di mantenere saldo il modello binario, che impone una netta divisione di genere tra uomini e donne. Il consenso della persona a cui appartiene il corpo "ambiguo" in questione non è affatto richiesto, così come non è necessario spiegare, in seguito, quale fosse la condizione alla nascita. Quindi, le persone intersessuali sottoposte al trattamento medico secondo il paradigma di John Money, a volte scoprono la verità soltanto da adulte; devono cercare le proprie cartelle cliniche, e informarsi su una condizione nota soltanto in ambito medico.

La logica sottostante al trattamento delle persone intersessuali durante la seconda metà del Novecento è di mantenere saldo il paradigma binario, non permettendo a persone diverse da quanto considerato "normale" di esistere; tramite la chirurgia e gli ormoni, i corpi delle persone intersessuali vengono modificati, e resi somiglianti al tradizionale corpo "maschile" o "femminile". I medici non considerano "naturale" un corpo che non riescono a classificare secondo lo schema binario; al contrario, è l'intervento clinico a riportare tale corpo sotto il dominio dell'ordine "naturale", che prevede due corpi completamente diversi per uomini e donne. In questo senso, la componente culturale della dicotomia maschio/femmina viene trasformata in dato biologico dalla medicina, che trasforma i corpi delle persone intersessuali per adeguarli a un modello percepito come "naturale". I corpi difformi dal binario maschile/femminile vengono così modificati, e resi simili a quanto previsto dalla divisione in due generi che permea la società; tali corpi non possono restare nel loro stato "naturale", poiché rappresentano la prova "biologica" di come sia

possibile esistere al di fuori delle categorie sociali “uomo” e “donna”[66].

6.5 Ottica “fallocentrica” della chirurgia genitale infantile

I criteri che guidano l’attribuzione dei bambini intersessuali al genere maschile o femminile durante la seconda metà del Novecento sono frutto di un determinato contesto storico e culturale, e non possono essere considerati oggettivi e privi di elementi variabili. In effetti, gli elementi che guidano i medici nella decisione di crescere un bambino come femmina o maschio sono culturali, e si basano su considerazioni estremamente soggettive. Durante il processo clinico di assegnazione di un bambino al genere maschile o femminile, grande importanza è rivestita dalla morfologia dei genitali alla nascita. Infatti, secondo il modello di John Money, l’aspetto dei genitali è fondamentale: un bambino, per sentirsi davvero un maschio o una femmina, deve rendersi conto di essere simile agli altri. Anche i genitori devono vedere che i genitali del figlio non sono differenti da quelli degli altri bambini, altrimenti lo tratterebbero in maniera diversa; secondo la teoria del dottor Money, questo sarebbe dannoso per la creazione di un’identità di genere stabile. Il trattamento chirurgico dei genitali “ambigui” delle persone intersessuali è quindi un punto indispensabile del modello di John Money, ma non è affatto privo di implicazioni culturali, e di cambiamenti a seconda del momento storico. In linea teorica, nel caso di persone con cromosomi XX di solito si preferisce conservare la capacità riproduttiva, assegnando il bambino in questione al genere femminile; invece, per quanto riguarda persone con cromosomi XY, l’elemento su cui si basa essenzialmente l’attribuzione del genere è la dimensione del fallo[67].

In effetti, in accordo con tale ottica “fallocentrica”, persone con cromosomi XX, ma che alla nascita hanno i genitali esterni “virilizzati”, vengono assegnate al genere maschile a seconda del grado di “virilizzazione” genitale;

---

[66] S. KESSLER, *La costruzione medica del genere*, in S. PICCONE, C. SARACENO (*ed.*), *Genere. La costruzione sociale del femminile e del maschile*, cit., pp. 115-116
[67] A. FAUSTO-STERLING, *Sexing the Body*, cit., p. 55

questo accade nel caso dell'iperplasia surrenale congenita (CAH), per cui persone con cromosomi XX hanno una morfologia genitale considerata più simile a quella "maschile". I medici decidono quindi se crescere una persona come maschio o femmina, sulla base dell'aspetto che ha alla nascita il fallo. Secondo tale ottica, che si focalizza fortemente sul possesso del pene come unico requisito per l'appartenenza al genere maschile, una donna si configura semplicemente come "mancante" di qualcosa[68]. Inoltre, la maggior parte delle persone intersessuali cresciute come maschi non sono fertili, e quindi sono esclusivamente fattori culturali e sociali a guidare l'approccio dei medici con verso i genitali "ambigui". Secondo l'ottica in uso in ambito clinico, essere un "uomo" si riduce al possesso di un pene, ed essere una "donna" si riduce al non possederlo; tale concetto viene applicato come se si trattasse di un dato scientifico, e permea il trattamento a cui sono sottoposti i neonati intersessuali[69].

I medici considerano soprattutto due fattori, nella definizione di un fallo della grandezza giusta: la capacità di urinare in piedi, e la capacità di avere "normali" rapporti sessuali, ovvero la penetrazione vaginale di una donna. Entrambi questi elementi non sono riferiti al rapporto dei genitali con il corpo, e con l'identità, di chi li possiede, ma riguardano invece la sfera dei rapporti sociali, e sessuali, con altre persone[70]. Il pene deve sembrare "normale" agli altri bambini, mentre ci si trova in bagno insieme, e deve essere in grado di funzionare "bene" durante il rapporto sessuale con una donna; la virilità di una persona viene misurata esclusivamente in base al risultato di tali prove. Secondo i medici che si occupano di bambini intersessuali, un uomo non può evidentemente considerarsi tale, se non è in grado di urinare in piedi; nel tentativo di ottenere tale funzione, bisogna quindi sottoporre un bambino a numerose operazioni genitali. L'intervento chirurgico è previsto anche per quanto riguarda il trattamento clinico dell'ipospadia, che causa l'apertura dell'uretra non all'apice del pene, e una

---

[68] *Ibid.*, p. 59
[69] S. KESSLER, *La costruzione medica del genere*, in S. PICCONE, C. SARACENO (*ed.*), *Genere. La costruzione sociale del femminile e del maschile*, cit., p. 111
[70] A. FAUSTO-STERLING, *Sexing the Body*, cit., p. 58

curvatura durante l'erezione, ma spesso non comporta alcun rischio per la salute; operazioni che dovrebbero costruire un pene "normale", e simile agli altri, espongono il paziente al rischio di complicazioni[71].

Per quanto riguarda le dimensioni dei genitali alla nascita, secondo le informazioni raccolte dagli attivisti intersessuali e riportate da Anne Fausto-Sterling e Suzanne Kessler, i medici considerano "problematici" un pene inferiore ai 2,5 cm, e una clitoride vicina a 1 cm. Il pene di un bambino appena nato dovrebbe misurare tra i 2,5 cm e i 4,5 cm, mentre una clitoride dovrebbe collocarsi al di sotto di 1 cm; seguendo queste regole, e affidandosi semplicemente alla loro personale impressione di come dovrebbero essere i genitali di un neonato, i medici modificano chirurgicamente tutto quello che non appartiene alla tradizionale immagine di maschio o femmina, ovvero tutti i genitali tra 0,9 cm e 2,5 cm.[72].

Per quanto riguarda la riduzione della clitoride, che viene effettuata sui pazienti che si decide di crescere come femmine, varie procedure sono a disposizione dei medici, e la frequenza del loro utilizzo è legata al contesto culturale. Infatti, idee differenti rispetto alla morfologia femminile si avvicendano, durante la seconda metà del Novecento, e modificano lo sguardo dei chirurghi che si occupano di bambini intersessuali. Le tre tipologie di intervento sulla clitoride sono la clitoridectomia, la riduzione, e la recessione della clitoride. Nel primo caso si tratta dell'asportazione totale della clitoride, con conseguente eliminazione della capacità di avere l'orgasmo; infatti, questo tipo di operazione viene praticato soprattutto tra gli anni '50 e '60, quando si pensa che la clitoride non sia necessaria per il piacere sessuale di una donna. L'idea che l'orgasmo femminile provenga dalla penetrazione vaginale guida le azioni dei medici, che eliminano completamente le clitoridi considerate di dimensioni eccessive, senza preoccuparsi delle conseguenze per la vita sessuale delle pazienti. D'altro canto,

---

[71] *Ibid.*, p. 62

[72] *Ibid.*, p. 57, e pp. 59-60; S. KESSLER, *Creating good-looking genitals in the service of gender*, in M. KIMMEL, R. PLANTE (*ed.*), *Sexualities: Identities Behavior, and Society*, Oxford University Press, 2004, pp. 64-70 (ed. or. M. DUBERMAN (*ed.*), *A Queer World: The Center for Lesbian and Gay Studies Reader*, New York University Press, 1997, pp. 153-173), p. 65

per i medici una donna "normale" si misura soltanto dalla capacità della sua vagina, e il resto dei genitali non è particolarmente necessario. Agli occhi dei medici, l'importante, per sentirsi una donna, non è avere organi sessuali in grado di provocare piacere al proprio corpo, ma possedere una vagina in grado di contenere un pene, in modo da poter avere rapporti "normali", cioè eterosessuali[73]. Inoltre, la maggior parte dei medici non è particolarmente esperta riguardo alla variabilità dell'anatomia femminile, e spesso non tiene conto del margine di "normali" variazioni morfologiche tra le persone. La struttura e funzione della clitoride non sono esaminate in maniera sufficiente dai medici, che quindi non possiedono parametri validi per giudicare la riuscita degli interventi sui genitali "ambigui"[74].

Le altre due operazioni si diffondono dunque dalla metà degli anni '60, e cercano di conservare parte della sensibilità clitoridea, anche se questo non è certo lo scopo primario dei medici; la questione veramente importante è infatti l'eliminazione delle parti anatomiche che non corrispondono alla tradizionale immagine femminile. Nel caso della riduzione della clitoride, che viene perfezionata nel 1970, il chirurgo elimina la parte centrale del fallo della paziente, per poi ricucirne l'apice sulla base, cercando di preservare i nervi. La recessione della clitoride, invece, prevede il ripiegamento del fallo, che viene sigillato sotto una porzione di pelle, in modo da far restare visibile solo la sua punta; tale operazione viene perfezionata negli Stati Uniti nel 1961[75]. In questo modo, la medicina cerca di "creare" delle donne il più simili possibile all'immagine che ne ha la società, anche se, in tale processo, rischia di provocare problemi alle pazienti. Gli attivisti come Cheryl Chase sottolineano, a partire dagli anni '90, la somiglianza tra le clitoridectomie praticate negli ospedali degli Stati Uniti sui bambini intersessuali, e le "mutilazioni genitali femminili" in uso in alcune zone dell'Africa. Secondo l'analisi di Cheryl Chase, l'opinione pubblica è pronta a

---

[73] *Ibid.*, pp. 60-61
[74] *Ibid.*, p. 85
[75] *Ibid.;* C. CHASE, *Hermaphrodites with attitude*, cit., pp. 302-303; S. KESSLER, *Creating good-looking genitals in the service of gender,* cit., p. 67

esprimere indignazione, quando la questione riguarda paesi considerati a un diverso livello di sviluppo, mentre non si preoccupa di esaminare il trattamento medico in uso negli ospedali occidentali[76].

Cheryl Chase riporta inoltre l'opinione di un medico, che nel 1966 collega le clitoridectomie praticate sulle persone intersessuali, a quelle effettuate in Africa: «prove che la clitoride non è essenziale per il normale coito, possono essere fornite da alcuni dati sociologici. Per esempio, in un certo numero di tribù africane, la tradizione prevede l'escissione della clitoride e di altre parti dei genitali esterni. Eppure, una normale funzione sessuale è osservabile in queste donne»[77]. L'attivista riporta anche l'opinione di un altro medico, che nel 1993 ripercorre la sua carriera di operazioni chirurgiche su pazienti intersessuali: dopo quarant'anni di interventi sulla clitoride, il medico sostiene che «nessuno si è lamentato di una perdita di sensazione, nemmeno nel caso della rimozione dell'intera clitoride»[78]. I medici sono effettivamente convinti che per le donne il rapporto sessuale si identifichi con la penetrazione vaginale; l'unico tipo di attività sessuale presa in considerazione è quella eterosessuale, e l'orgasmo non è clitorideo, ma vaginale.

Un altro medico, intervistato nel 1985 da Suzanne Kessler, dice: «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 che questa ragazza non voglia subire un intervento chirurgico correttivo»[79]. Infatti, oltre alla riduzione della clitoride, sono previsti anche interventi di ricostruzione vaginale, per creare una morfologia adatta agli atti sessuali considerati "normali" dai medici[80]. Un altro medico, la cui opinione viene riportata da Suzanne Kessler nel 1997, sostiene infatti che «se sei in grado di fornire a una paziente una vagina funzionale, hai realizzato quello che Eva è stata

[76] C. CHASE, *Hermaphrodites with attitude*, cit., pp. 310 e sgg
[77] *Ibid.*, pp. 302-303, vedi anche nota n. 18, p. 314
[78] *Ibid.*, e vedi nota 13, p. 313
[79] S. KESSLER, *La costruzione medica del genere*, cit., p. 111
[80] A. FAUSTO-STERLING, *Sexing the Body*, cit., p. 61

creata per realizzare. Senza una vagina una donna non è normale»[81]. Una persona non può essere veramente una donna, se non è dotata di un'apertura vaginale che, a giudizio del chirurgo, è in grado di contenere il pene di un uomo. Nell'ottica del medico è impossibile sentirsi come gli altri, senza tale caratteristica: per essere una donna, è necessario avere una vagina della grandezza corretta.

Infatti, un altro tipo di operazione chirurgica a cui vengono sottoposti i bambini intersessuali è la vaginoplastica, volta alla creazione della vagina, o al suo allargamento. Tale intervento non è privo di rischi, e spesso una sola operazione non basta per ottenere il risultato voluto dai medici. Molti pazienti, infatti, scelgono di non proseguire il trattamento, e rifiutano ulteriori operazioni, dopo il fallimento delle prime. Inoltre, un criterio che viene utilizzato dai medici per classificare la riuscita di una vaginoplastica in un adulto, è l'abilità di praticare sesso vaginale con un uomo[82]. Spesso l'operazione di vaginoplastica può portare complicazioni, come un eccesso di tessuto cicatriziale, e la stenosi, ovvero il restringimento del canale vaginale. La stenosi vaginale, in effetti, si presenta piuttosto di frequente, soprattutto come conseguenza di operazioni chirurgiche effettuate su bambini. Naturalmente, la necessità di più interventi porta alla produzione di più tessuto cicatriziale, oltre a provocare un disagio per il bambino, che può risentire dell'eccessiva attenzione prestata ai suoi genitali in ambito medico[83].

Inoltre, è necessario sottolineare anche un aspetto relativo alle persone intersessuali non sottoposte a interventi chirurgici genitali durante l'infanzia, ma durante o dopo l'adolescenza. Secondo la ricerca compiuta da Anne Fausto-Sterling, infatti, è presente una differenza, tra le persone cresciute come maschi e quelle cresciute come femmine, al momento di sottoporsi al trattamento clinico. Per quanto riguarda le persone cresciute come femmine, al momento della pubertà o in seguito, soltanto un numero esiguo richiede l'intervento clinico per

---

[81] S. KESSLER, *Creating good-looking genitals in the service of gender*, cit., pp. 68-69
[82] A. FAUSTO-STERLING, *Sexing the Body*, cit., pp. 86-87; S. KESSLER, *Creating good-looking genitals in the service of gender*, cit., pp. 68-69
[83] *Ibid.*, pp. 85-86

modificare il corpo in senso femminile; invece, la quantità di persone cresciute come maschi che, da adolescenti o adulti, vogliono modificare il corpo in senso maschile, è decisamente maggiore. Inoltre, un numero sostanzioso di queste persone, una volta adulte, compie una transizione dal punto di vista dell'identità di genere, da femmina a maschio. Al contrario, la percentuale di individui cresciuti come maschi, che sceglie di compiere una transizione da maschio a femmina, è decisamente minore. Secondo Anne Fausto-Sterling, è difficile non collegare tale dato alla predominanza maschile all'interno della società; in un contesto che valuta in maniera migliore il genere maschile rispetto a quello femminile, non è peculiare che ci siano più persone intersessuali desiderose di modificare il proprio corpo in senso maschile, che non in senso femminile[84].

Per quanto riguarda le persone che hanno un'anatomia che le colloca nel mezzo della scala di grandezza dei genitali, ossia con un fallo troppo grande per essere una clitoride "normale", ma troppo piccolo per essere un pene "normale", vengono di solito assegnate al genere femminile. In effetti, in tale situazione rientra una gran numero di persone intersessuali, dal momento che la variabilità morfologica dei genitali alla nascita è piuttosto rilevante. Per i medici, che stabiliscono una norma precisa per misurare i genitali dei neonati, alla nascita un pene deve superare i 2,5 cm, e una clitoride deve essere più piccola di 1 cm[85]. I falli che si collocano tra 0,9 cm e 2,5 cm vanno modificati, e di solito tale intervento si configura appunto in senso femminile[86].

Il motivo sottostante a tale decisione è estremamente semplice: l'anatomia maschile va costruita, mentre quella femminile viene creata per sottrazione. Il criterio su cui si basa l'appartenenza al genere femminile o maschile è la presenza di un pene, che deve però essere di grandezza sufficiente, e di aspetto "normale". Secondo l'ottica dei medici che si occupano di bambini intersessuali, la creazione di un "uomo" è molto più complicata rispetto alla creazione di una "donna"; per produrre un corpo maschile, bisogna costruire qualcosa, mentre per produrre un

[84] *Ibid.*, p. 95
[85] *Ibid.*, p. 59
[86] *Ibid.*, pp. 60-61

corpo femminile non è necessario costruire nulla, basta sottrarre della virilità in eccesso[87]. Quindi, per vari decenni, la maggior parte delle persone con genitali considerati "ambigui", viene assegnata al genere femminile, semplicemente perché è più facile per i medici creare una vagina in grado di contenere un pene, rispetto alla difficoltà che presenta la creazione chirurgica di un pene "normale", che permetta di urinare in piedi e penetrare la vagina di una donna. Un medico che si occupa di intersessualità presso il Johns Hopkins Hospital si riferisce addirittura all'argomento in questi termini: «puoi fare una buca, ma non puoi costruire un'asta (You can make a hole, but you can't build a pole)»[88].

6.6 Il paradigma culturale del trattamento clinico dell'intersessualità

In effetti, il trattamento clinico delle persone intersessuali non può non essere influenzato dalle categorie sociali di genere; i medici che lavorano in questo campo, però, non si rendono conto che il loro sguardo è filtrato da idee preconcette. A seconda del periodo storico, nella società occidentale cambia il significato dell'essere "uomini" e "donne", e cambiano gli elementi su cui si fonda l'appartenenza a tali categorie. Infatti, lo stesso John Money si scaglia contro il criterio utilizzato in precedenza per stabilire a quale genere appartiene una persona intersessuale, ossia le gonadi. Secondo il paradigma in uso nell'Epoca delle Gonadi (1870-1915), il "vero sesso" di una persona viene stabilito sulla base del possesso di ovaie o testicoli, a prescindere dalla loro funzionalità a scopo riproduttivo. I medici devono quindi scoprire di che tipo sia il tessuto gonadico, per capire se il loro paziente sia maschio o femmina. Per il dottor Money, invece, questo metodo non è giusto: non è il corpo a svelare la verità sul genere di una persona, poiché la percezione della propria identità come uomo o donna è una costruzione culturale. Il medico si lamenta dei colleghi che considerano ancora le gonadi come il criterio definitivo per l'assegnazione del

---

[87] *Ibid.*, p. 59

[88] *Ibid.*; C. CHASE, *Hermaphrodites with attitude*, cit., p. 302. Sembra che la frase sia stata pronunciata dal dottor John P. Gearheart, urologo al Johns Hopkins Hospital, e presenta un gioco di parole difficilmente traducibile in italiano, per cui è preferibile riportarla anche in inglese.

“sesso”, ma non si rende conto di quanto anche i suoi criteri siano connotati culturalmente[89].

Se durante l’Epoca delle Gonadi sono i genitali interni a stabilire chi è realmente una donna o un uomo, durante la seconda metà del Novecento è la morfologia dei genitali alla nascita a essere fondamentale. Le innovazioni chirurgiche permettono di costruire e modificare i corpi in maniera sufficiente, ed è quindi possibile intervenire sui bambini intersessuali, fino a renderli adatti al modello binario. Inoltre, in precedenza, le persone potevano arrivare all’età adulta senza sapere di essere intersessuali, mentre per un bambino che nasce in un moderno ospedale occidentale non c’è modo di evitare il trattamento clinico. Un’equipe di medici cerca immediatamente di scoprire se, dietro ai genitali “ambigui” di un neonato, si celi in realtà un maschio o una femmina. Bisogna chiarire il genere del neonato il prima possibile, ed è impensabile che la medicina non intervenga: la società possiede infatti soltanto due categorie, femminile e maschile, e tutti i suoi membri devono sottostare a tale dicotomia[90]. Come sottolinea Anne Fausto-Sterling: «[…] la chirurgia genitale infantile è chirurgia estetica, allo scopo di conseguire uno scopo sociale – modificare un corpo sessualmente ambiguo, in modo che si conformi al nostro sistema di due sessi»[91].

Secondo l’analisi di Suzanne Kessler, alcuni fattori hanno influenzato il cambiamento di paradigma tra l’Epoca delle Gonadi e il Novecento: le innovazioni chirurgiche ed endocrinologiche, la considerazione del ruolo femminile non solo su base riproduttiva, la separazione tra i concetti di “identità di genere” e “ruolo di genere”. Grazie ai miglioramenti delle tecniche della medicina diventa infatti possibile, durante il Novecento, “costruire” corpi e genitali molto simili al risultato voluto, e senza eccessivi rischi per i pazienti. In seguito alla critica femminista, la valutazione delle donne esclusivamente in funzione del loro ruolo nella riproduzione viene messa in discussione, e dunque diminuisce l’importanza delle gonadi nell’attribuzione di genere. Infine, i concetti

---

[89] S. KESSLER, *La costruzione medica del genere,* cit., pp. 111-112
[90] A. FAUSTO-STERLING, *Sexing the Body,* cit., p. 45
[91] *Ibid.,* p. 80

di “identità di genere” e “ruolo di genere” vengono separati, e tale operazione mette in luce la differenza tra le aspettative sociali e culturali legate al genere, e la propria percezione di sé, in senso maschile o femminile[92]. Inoltre, Suzanne Kessler sottolinea come sia cambiata la percezione delle donne all’interno della società: se alla fine dell’Ottocento la femminilità è collegata essenzialmente a una funzione riproduttiva, durante il Novecento non è più così. Durante l’Epoca delle Gonadi, la presenza di ovaie, anche se non sono fertili, è quindi fondamentale nell’assegnazione di una persona al “sesso” femminile; nel momento in cui il “valore” sociale di una donna cessa di essere misurato principalmente dalla sua capacità riproduttiva, anche le gonadi perdono di importanza nell’attribuzione del genere[93].

Se nell’Epoca delle Gonadi sono i genitali interni a definire, per la medicina, l’appartenenza al genere maschile o femminile, durante il Novecento, segnato dal paradigma di John Money, questo criterio perde importanza, e il genere è considerato principalmente come costruzione culturale. Quello che non cambia è però la presenza di una divisione binaria all’interno della società, che prevede soltanto due categorie, “maschio” e “femmina”. Con l’avanzare delle conoscenze a disposizione della medicina, i corpi vengono alterati, e resi conformi al modello dicotomico. I concetti di femminilità e virilità sono inequivocabilmente collegati all’anatomia: sono i genitali a definire l’identità di genere di una persona. La società non riesce a concepire la possibilità di una vita soddisfacente, per una persona con dei genitali “ambigui”, e di conseguenza l’intervento della medicina viene percepito come assolutamente necessario. Al contrario, tale presupposto non è dimostrabile, e non possiede una connotazione oggettiva: è soltanto il contesto culturale in cui ci si trova, a conferire valore alla pretesa che un corpo “ambiguo” non abbia posto nella società. La medicina non è dotata di criteri in grado di misurare, realmente, la felicità e il benessere delle persone intersessuali cresciute con genitali “ambigui”; il pregiudizio culturale che

[92] S. KESSLER, *La costruzione medica del genere,* cit., pp. 97-98
[93] *Ibid.,* p. 111

prevede che l'unico modo per avere un'esistenza appagante sia di sottostare alla divisione tra le categorie di uomo e donna, intese come stereotipi sociali, è talmente pervasivo da diventare invisibile. Le persone intersessuali non sottoposte a interventi di chirurgia genitale, nonostante l'immagine veicolata dal paradigma clinico, non hanno affatto esistenze infelici e instabili. La possibilità che un individuo possa condurre una vita felice, con dei genitali differenti dall'immagine prevista dalla società per il suo genere, non è contemplata dalla medicina, pur essendo un dato reale[94].

7. John Money e l'assegnazione al genere femminile di David Reimer – 1967

La teoria del dottor Money sostiene che l'influenza delle componenti biologiche nello sviluppo dell'identità di genere in senso "maschile" o "femminile" è minore rispetto al contributo del cosiddetto "sesso di crescita". Tale paradigma è ritenuto valido per tutti coloro che nascono con genitali "ambigui" e con corpi "anormali"; in effetti, l'applicazione pratica delle idee di Money ai neonati intersessuali è dovuta semplicemente al fatto che «una proibizione etica impedisce di condurre esperimenti su esseri umani. Di conseguenza, bisogna affidarsi agli esperimenti della natura, ovvero «le varie condizioni di difetti degli organi sessuali alla nascita»[95]. Lo stesso John Money sottolinea questo punto, dimostrando come le persone intersessuali vengano considerate, ancora nel 1988, degli "esperimenti della natura", che è lecito utilizzare per dimostrare la validità di una teoria, anche se questo significa alterare irreversibilmente il corpo di un neonato. La proibizione etica che impedisce al medico di condurre esperimenti su persone considerate "sane", non viene applicata ai bambini intersessuali, poiché vengono ritenuti bisognosi dell'intervento clinico, volto alla creazione di un genere stabile.

Il dottor Money è inoltre convinto che il suo paradigma dello sviluppo

---

[94] A. FAUSTO-STERLING, *Sexing the Body*, cit., pp. 94-95

[95] J. MONEY, *Gay, Straight, and In Between: The Sexology of Erotic Orientation*, Oxford University Press, 1988, p. 7

psicosessuale sia applicabile a tutti gli individui, non soltanto alle persone intersessuali; in ogni caso, a giudizio del medico, è il "sesso di crescita" a prevalere sul "sesso biologico". Insomma, la componente culturale domina gli elementi biologici, a prescindere dalla situazione di una persona alla nascita[96]. John Money non può certo condurre esperimenti su neonati "sani", ma nel caso di incidenti infantili che comportano dei danni ai genitali, può invece intervenire; coerentemente con il suo paradigma, se i genitali sono troppo danneggiati per essere "soddisfacenti" per l'appartenenza a un genere, allora è meglio riassegnare il neonato all'altro genere. L'aspetto dei genitali è il criterio più importante, e il comportamento dei genitori con il bambino, cresciuto senza sapere la verità, completerà la formazione dell'identità di genere, che dovrebbe avvenire in maniera indipendente dalla condizione biologica alla nascita. Seguendo tale impostazione, nel 1967 il medico non esita ad applicare il suo paradigma a un neonato che perde il pene durante un incidente; Money suggerisce ai genitori di crescerlo come una bambina, in modo da garantirgli una vita felice. Il criterio alla base di questa scelta rivela nuovamente l'ottica "fallocentrica" dei medici, che non riescono a concepire un'esistenza soddisfacente per una persona con un'identità di genere maschile, ma genitali diversi da quanto prevede la società.

Inoltre, il modello a due generi utilizzato da Money per plasmare l'identità dei suoi pazienti è decisamente rigido; un bambino e una bambina sono due entità assolutamente diverse, e polarizzate tra loro. In effetti, pur ritenendo il genere una costruzione culturale, Money non lascia un gran margine di movimento all'interno delle categorie di maschile e femminile; un "uomo" e una "donna" non hanno nulla in comune, e ricoprono due ruoli sociali separati. Il neonato riassegnato al genere femminile nel 1967 ha un fratello gemello, elemento per Money estremamente favorevole, in quanto il medico ha così a disposizione due persone con gli stessi cromosomi e la stessa struttura genetica, che differiscono soltanto per il tipo di educazione ricevuta dai genitori. Secondo il medico, quando i

[96] A. FAUSTO-STERLING, *Sexing the Body*, cit., pp. 66-67

bambini saranno cresciuti, si comporteranno in maniera del tutto diversa, poiché avranno assunto due identità di genere differenti, a prescindere dalla loro situazione identica alla nascita.

Grazie all'esperienza di questo paziente, di cui non viene rivelata l'identità, John Money è in grado di sostenere ancora più fermamente il suo paradigma, e rendere pubblico il successo dei suoi metodi. Il caso viene ampiamente sfruttato dal dottor Money, in numerosi testi e articoli pubblicati lungo un ampio periodo di tempo, e presentato come la prova indiscutibile del risultato positivo della riassegnazione genitale, in caso di neonati con genitali "anomali". John Money sostiene per decenni che il neonato in questione si sia perfettamente adattato a vivere come una bambina; naturalmente, nessuno le ha mai detto niente riguardo alla sua condizione alla nascita, in modo da non compromettere il percorso di formazione dell'identità di genere. I due gemelli sarebbero del tutto diversi tra loro, e sarebbero entrambi felici delle loro identità di genere; grazie al caso di un paziente non intersessuale, su cui il suo paradigma ha avuto un successo completo, il dottor Money diventa una personalità difficile da mettere in discussione.

In seguito, però, il dottor Milton Diamond, che ha idee decisamente differenti sullo sviluppo psicosessuale rispetto a quelle del dottor Money, inizia a seguire il caso, poiché è convinto che la storia resa pubblica dal medico non sia la verità. Il dottor Diamond è infatti convinto che ci sia una base biologica imprescindibile, nel processo di formazione dell'identità di genere e dell'orientamento sessuale; la componente culturale svolge sicuramente un ruolo, secondo il suo parere, ma all'interno di margini stabiliti da geni e ormoni. In ogni caso, Diamond segue il paziente di Money per decenni, finché non riesce a scoprire cosa sia effettivamente accaduto; nel 1997, il medico pubblica un articolo, in cui rivela gli sviluppi del caso pubblicizzato dal dottor Money come un successo. In realtà, John Money ha distorto i fatti, dal momento che il suo paziente ha iniziato a identificarsi come un maschio già durante l'adolescenza, e ha poi richiesto trattamenti chirurgici e ormonali per modificare, nuovamente, il

suo corpo, stavolta in senso maschile. Dopo l'articolo di Milton Diamond, un giornalista di 'Rolling Stone', John Colapinto, decide di cercare la persona dietro al caso, e rende pubblica l'esperienza di David Reimer. In seguito, dopo il grande interesse suscitato nell'opinione pubblica dall'articolo di John Colapinto, lo stesso David Reimer decide di raccontare in prima persona la sua storia, e scrive un libro insieme al giornalista, che viene pubblicato nel 2000.

Una volta che l'esperienza di David Reimer diventa nota, la sua storia continua a essere utilizzata, come già fatto dal dottor Money, come strumento per invalidare o supportare varie teorie riguardo all'identità di genere; oltre a Milton Diamond, infatti, anche Judith Butler se ne occupa, con un capitolo all'interno del libro 'Undoing Gender', nel 2004[97]. Oltre a essere strumentale per idee diverse sulla formazione dell'identità di genere, e sul rapporto tra i concetti del binomio "natura/cultura", la storia di David Reimer attira l'attenzione dell'opinione pubblica degli Stati Uniti sugli interventi di chirurgia genitale praticati in età infantile. Il "fallimento" del caso più celebre di John Money suscita dei dubbi che colpiscono tutto il suo paradigma; oltre alla critica sociale che inizia a sollevarsi nei confronti degli interventi sui bambini, riprende forza anche la critica verso la prevalenza culturale nella formazione dell'identità di genere. Infatti, durante gli anni '90, ritornano in maniera vigorosa idee che tendono a legare la differenza tra le persone a una reale componente biologica; gli esseri umani sarebbero quindi diversi strutturalmente, a livello della materia stessa del corpo, e non soltanto a causa di differenze culturali e di ruolo sociale.

8. L'esperienza di Brenda Reimer, secondo il "sesso di crescita" di Money

David Reimer nasce il 22 agosto del 1965 in Canada, a Winnipeg, nella provincia di Manitoba; il suo nome alla nascita è Bruce, mentre il suo gemello si chiama Brian. I genitori, Janet e Ronald, sono di provenienza rurale, e hanno

[97] Il capitolo viene pubblicato originariamente nel 2001, come articolo in *GLQ: a Journal of Lesbian and Gay Studies*, vol. 7, n. 4, pp. 621-636

interrotto gli studi prima delle scuole superiori. I due si sposano quando hanno rispettivamente 18 e 20 anni; entrambi sono cresciuti in una fattoria, e si trasferiscono in città dopo il matrimonio[98]. Quando i gemelli hanno 6 mesi, viene loro diagnosticata la fimosi, una condizione che impedisce lo scoprimento del glande da parte del prepuzio, creando difficoltà a urinare; i genitori decidono quindi di sottoporre entrambi i figli alla circoncisione. La procedura viene effettuata il 27 aprile del 1966, tramite cauterizzazione con un elettro-cauterio; l'apparecchio viene però portato a una temperatura eccessiva, a causa di un errore umano o di un malfunzionamento, e brucia completamene il pene di David, causandone la necrosi. Il pene è troppo danneggiato, e nel giro di pochi giorni il tessuto dell'organo muore, e si stacca dal corpo. Di conseguenza, la circoncisione di Brian non viene effettuata, e la fimosi si risolve da sola dopo qualche tempo. I genitori si rivolgono allora ai medici, sperando che ci sia la possibilità di ricostruire il pene del figlio, ma viene loro spiegato che le tecniche chirurgiche disponibili in quel periodo non garantirebbero un buon risultato. Nemmeno un viaggio negli Stati Uniti, alla Mayo Clinic di Rochester, in Minnesota, offre altre possibilità: la chirurgia non è in grado di ricostruire un pene soddisfacente[99].

Janet e Ronald Reimer non sanno assolutamente cosa fare, quando, nel dicembre del 1966, ascoltano il dottor Money in televisione. Il medico sta intervistando una sua paziente, che ha ricevuto il trattamento di riassegnazione genitale, da maschio a femmina, presso la Gender Identity Clinic del Johns Hopkins Hospital. Dopo aver ascoltato l'esposizione della teoria dello sviluppo psicosessuale di Money, che garantisce una vita migliore da donna, per una persona con genitali "anormali", i genitori di David decidono di scrivere immediatamente al medico. John Money risponde prontamente, suggerendo alla coppia di portare il prima possibile entrambi i figli a Baltimora, in modo da poter esaminare sia David, che il suo gemello Brian. La prospettiva di una soluzione per

[98] Nell'articolo del 1997 di John Colapinto vengono usati degli pseudonimi per David Reimer e i suoi familiari; i genitori vengono chiamati Frank e Linda Thiessen, e il fratello Kevin. David viene invece indicato come John o Joan, i nomi utilizzati in precedenza da Milton Diamond.
[99] J. COLAPINTO, 'The true story of John/Joan', *Rolling Stone,* 11 dicembre 1997, pp. 54-97

la condizione del figlio appare incoraggiante per la giovane coppia, e inoltre il dottor Money è piuttosto noto e autorevole. Nel 1967, la famiglia si reca quindi presso il Johns Hopkins Hospital, dove David viene esaminato; John Money consiglia ai genitori di intervenire chirurgicamente ed endocrinologicamente, poiché il bambino potrebbe avere una vita "normale" come donna, a patto che si inizi il trattamento il prima possibile. David sta infatti avvicinandosi all'età oltre la quale non sarebbe più possibile modificare l'identità di genere. Dopo qualche mese, i genitori acconsentono, e ritornano a Baltimora, per iniziare la terapia[100].

Il 3 luglio del 1967 David subisce la prima operazione, volta alla trasformazione del suo corpo in senso femminile; i testicoli vengono rimossi, e lo scroto viene modificato per assomigliare alla morfologia dei genitali esterni femminili. La vaginoplastica, invece, viene rimandata fino alla pubertà, che dovrebbe essere regolata dalla somministrazione di ormoni estrogeni. Il nome di Bruce viene a questo punto cambiato in Brenda, e anche ogni altro aspetto della sua vita viene modificato in senso tipicamente "femminile"; Janet inizia a cucire vestiti e cuffiette da bambina, in modo da rafforzare la formazione di un'identità di genere femminile, secondo quanto ritenuto "normale". In seguito alla prima operazione chirurgica, sarà necessaria soltanto una visita di controllo all'anno, presso il Johns Hopkins Hospital; il dottor Money rimane però in contatto con la famiglia Reimer anche tramite numerose lettere, in cui, durante gli anni successivi, Janet lo aggiorna sulla vita di Brenda, e sulle differenze comportamentali con il gemello Brian[101].

Il dottor Money riporta con entusiasmo i dettagli della crescita di Brenda nel libro del 1972 'Man and Woman, Boy and Girl: Differentiation and Dimorphism of Gender Identity from Conception to Maturity', da cui trae il materiale per l'articolo del 1975 'Ablatio Penis: Normal Male Infant Sex-Reassigned as a Girl'. In effetti il caso è fondamentale per la validità del paradigma dello sviluppo psicosessuale di Money, per almeno due ragioni. La

---

[100] *Ibid.;* J. MONEY, 'Ablatio Penis: Normal Male Infant Sex-Reassigned as a Girl', *Archives of Sexual Behavior*, vol. 4, n. 1, 1975, pp. 65-71, vedi pp. 66-67

[101] *Ibid.;* J. MONEY, 'Ablatio Penis: Normal Male Infant Sex-Reassigned as a Girl', cit., pp. 66-67

prima è che il paziente non è una persona intersessuale, ma del tutto "normale" alla nascita, secondo l'opinione del medico, che considera le persone intersessuali come "esperimenti della natura"[102]. Il secondo motivo è dato dalla presenza di un gemello monozigote, che condivide quindi la stessa struttura cromosomica e gli stessi valori ormonali del paziente; la differenza di identità di genere tra i due sarebbe quindi la prova definitiva che la forza più importante nella formazione di un'identità maschile o femminile è la componente culturale e sociale.

Nell'articolo del 1975, John Money sottolinea vari aspetti dell'educazione tradizionalmente femminile impartita dai genitori a Brenda; ad esempio, la madre usa per la bambina soltanto vestiti e camicie da notte, prediligendo il colore rosa, e le fa crescere i capelli, che lega con dei fiocchi[103]. Janet nota anche una differenza tra i figli riguardo alla pulizia, in quanto il maschio non ama particolarmente lavarsi, al contrario della sorella; la donna nota però che questa diversità comportamentale potrebbe essere accentuata dall'incoraggiamento che offre alla figlia: «a lei piace quando le lavo il viso. Non le piace essere sporca, mentre mio figlio è piuttosto diverso. Non riesco affatto a lavargli il viso… Lei sembra essere più delicata. Forse è perché la incoraggio». La madre sottolinea inoltre quanto Brenda sia femminile, e quanto le piaccia mettersi un vestito nuovo o farsi sistemare i capelli. Il dottor Money riporta anche una differenza nell'atteggiamento di Janet, quando i bambini si spogliano in giardino, all'età di 4 anni e mezzo: nel caso di Brian, la madre si mette semplicemente a ridere, non lo rimprovera affatto, e riferisce l'episodio al marito, mentre quando è Brenda a spogliarsi, Janet la redarguisce, dicendole che le "piccole brave bambine" non si comportano in quel modo[104]. Dunque, il modello di comportamento proposto dalla famiglia Reimer per un maschio e una femmina non ha nulla in comune, e quello che a Brian è permesso, ed è anzi interpretato come un gioco divertente, diventa un'azione sconveniente, che non si addice a una persona "femminile", quando è compiuta da Brenda.

---

[102] J. MONEY, *Gay, Straight, and In Between*, cit., p. 7
[103] J. MONEY, 'Ablatio Penis: Normal Male Infant Sex-Reassigned as a Girl', cit., p. 67
[104] *Ibid.*, p. 68

I genitori si comportano quindi in maniera piuttosto diversa con i figli, e il dottor Money ne è compiaciuto, in quanto ritiene che un bambino e una bambina debbano ricevere un'educazione differente, in modo da essere preparati al loro futuro ruolo sociale. Il medico specifica infatti che: «naturalmente, ragazze e ragazzi non sono semplicemente preparati diversamente per i loro futuri ruoli riproduttivi di madre e padre, ma anche per i loro altri differenti ruoli, come moglie e marito, o chi supporta economicamente la famiglia e chi si prende cura dei bambini e della casa». Infatti, Money è lieto che i bambini apprendano il diverso tipo di comportamento che ci aspetta socialmente per il loro genere, e nota che, secondo quanto afferma Janet, il figlio tenda a copiare l'atteggiamento del padre, mentre Brenda imita la madre. Ad esempio, Brian mima con la sorella i gesti di affetto che il padre rivolge alla madre, come un bacio sulla guancia o un abbraccio; Brenda, invece, a volte si comporta in maniera ritrosa rispetto a tali gesti, e quando il fratello rientra in casa, dove lei sta aiutando la madre, allora lo abbraccia come se fosse contenta di vederlo tornare. Secondo l'ottica dicotomica presente in questo contesto, è appropriato insomma che sia il maschio a "prendere l'iniziativa" nei confronti di una donna, mentre quest'ultima può spesso mostrarsi infastidita dal contatto fisico[105].

Anche per quanto riguarda i lavori domestici, i ruoli sono completamente separati tra maschi e femmine, e John Money nota con soddisfazione come Brenda cerchi di imitare il comportamento della madre, aiutandola a pulire e sistemare la cucina, mentre il fratello non si cura affatto di tali attività; d'altronde, Janet incoraggia questa diversità di comportamento, lodando la figlia quando la aiuta nei lavori domestici. Anche le preferenze nei confronti nei giocattoli vengono considerate un importante indicatore della "prova del futuro ruolo sociale" di maschi e femmine: la bambina vuole bambole e accessori per le bambole, e il fratello vuole un garage con macchine e pompe del gas[106]. In effetti, la scelta dei giocattoli viene studiata con particolare attenzione durante tutta la

[105] *Ibid.*, p. 69
[106] *Ibid.*, pp. 69-70

seconda metà del Novecento, in riferimento sia a persone intersessuali, che omosessuali e transgender, dal momento che i giochi infantili vengono immancabilmente interpretati come indicativi rispetto all'identità di genere e all'orientamento sessuale. I giochi dell'infanzia devono seguire uno schema binario, in quanto sono una preparazione al ruolo sociale che si avrà da adulti: una bambina deve "provare" il ruolo materno con bambole e animali, e giocare con tranquillità, mentre un bambino deve essere interessato ad automobili e giochi "aggressivi", con grande dispendio di energia fisica. La predilezione per le bambole da parte di un bambino, e la scelta di un gioco fisicamente energico da parte di una bambina vengono quindi analizzati in collegamento con l'identità di genere e l'orientamento sessuale che ha un individuo da adulto; ogni elemento divergente rispetto al paradigma binario, che prevede bambole per le femmine e macchine per i maschi, diventa particolarmente significativo per i medici, che lo interpretano sulla base della concezione sociale di cosa sia "appropriato" a seconda del genere[107].

Per quanto riguarda le idee per il futuro lavorativo dei gemelli Reimer, anche queste sono divise a seconda del genere, ma il dottor Money sottolinea come lo standard del periodo preveda anche le donne la possibilità di una carriera, invece della vita da casalinga. Janet, che non è andata alle scuole superiori, desidera infatti che entrambi i figli continuino la scuola, e abbiano un lavoro; ritiene inoltre che per Brian sia particolarmente necessario studiare, per poi avere migliori possibilità lavorative, dal momento che dovrà mantenere una famiglia, mentre Brenda dovrebbe almeno terminare le scuole superiori. La madre riporta anche i desideri per il futuro espressi dai bambini a 5 anni e 9 mesi, notando come il figlio si interessi a lavori particolarmente "maschili" come il pompiere o il poliziotto, e voglia imitare il padre in attività come guidare una macchina e portare il pranzo al lavoro. La bambina, invece, vorrebbe una carriera differente

[107] Sul ripensamento di tale paradigma, vedi D. C. HALDEMAN, 'Gender Atypical Youth: Clinical and Social Issues', *School Psychology Review*, vol. 29, n. 2, 2000, pp. 192-200; S. J. LANGER, J. L. MARTIN, 'How dresses can make you mentally ill: Examining Gender Identity Disorder in children', *Child and Adolescent Social Work Journal*, vol. 21, n. 1, 2004, pp. 5-23

rispetto a quella del fratello, in quanto la sua scelta sarebbe di lavorare come medico o insegnante. Janet nota come questi desideri le sembrino un segnale positivo, in quanto: «nessuna delle cose che vorrebbe fare sono il poliziotto o il pompiere, e questo genere di cose non le è mai interessato. Mi è sembrato che questo fosse in un certo senso un buon segno… Penso che sia bello che il tuo ragazzo voglia essere un poliziotto o un pompiere, o qualcosa del genere, e la ragazza voglia fare cose da ragazza come il medico o l'insegnante, o qualcosa del genere, e ho cercato di mostrare loro che questo va assolutamente bene…». Dunque, anche il futuro lavorativo va differenziato a seconda del genere, anche se è lecito anche per una donna desiderare una carriera[108].

Il dottor Money conclude il suo articolo notando come Brenda presenti alcuni tratti da "maschiaccio (tomboy)", come un'abbondanza di energia fisica, un grande livello di attività, e una particolare testardaggine, che la madre cerca di modificare, in modo da farla essere più "femminile": una bambina non dovrebbe avere un comportamento duro, ma tranquillo ed educato. Janet nota di non possedere tali virtù femminili, ma desidera insegnarle alla figlia, per farla comportare maggiormente "da signora" (ladylike)[109]. Infine, il medico nota che: «prima o poi è inevitabile che vanga informata della sua storia clinica, che è troppo nota ai parenti per un'aspettativa realistica di segretezza definitiva. Nessun altro sa che è lei il bambino di cui si è letto nelle notizie di cronaca al momento dell'incidente. Nessuno lo immaginerebbe. Il suo comportamento è quello di una normale e attiva ragazzina, ed è così tanto differente dai modi da ragazzo del suo gemello, che non presenta nessun margine di congettura»[110].

Dunque, la "creazione" di un'identità di genere femminile in una persona nata con un "normale" corpo maschile è, per John Money, perfettamente riuscita. Grazie all'esperienza di Bruce, poi Brenda, Reimer, il medico prova definitivamente il suo paradigma dello sviluppo psicosessuale: sia le persone intersessuali, che le persone non intersessuali, ma con dei genitali "anomali",

---

[108] *Ibid.*, p. 70
[109] J. MONEY, 'Ablatio Penis: Normal Male Infant Sex-Reassigned as a Girl', cit., p. 70
[110] *Ibid.*, p. 71

possono avere un'identità di genere stabile, grazie a un'educazione coerente in senso "femminile" o "maschile". Il dottor Money sostiene infatti fermamente che «[…] l'identità di genere è differenziata in maniera sufficientemente incompleta alla nascita, da permettere con successo l'assegnazione di un maschio genetico in senso femminile. L'identità di genere si differenzia quindi in maniera coerente con l'esperienza di crescita». Il caso di David Reimer permette dunque al medico di supportare con grande fermezza la sua teoria, che domina il trattamento clinico delle persone intersessuali per tutta la seconda metà del Novecento. John Money sostiene infatti per decenni che, per una persona nata con un corpo differente da quanto prevede il sistema binario in uso nella società, l'intervento della medicina sia l'unica possibilità per avere una vita soddisfacente. In effetti, secondo le sue stesse parole, grazie al suo paradigma di trattamento clinico: «l'individuo non si sente un mostro (freak)»[111].

[111] *Ibid.*, p. 66

Capitolo III – L'interpretazione biologica della differenza e l'intersessualità

1. Collegamento tra comportamento e azione degli ormoni "sessuali"

1.1 Alfred Jost (1916-1991)

All'inizio degli anni '40 le conoscenze scientifiche in ambito endocrinologico sono ormai piuttosto avanzate: sono disponibili preparati ormonali purificati, e gli studiosi conoscono abbastanza bene il funzionamento degli organi che secernono ormoni, e quale sia la funzione di tali composti chimici all'interno dell'organismo. A questo punto, l'attenzione degli scienziati inizia a spostarsi nel campo del comportamento, per studiare l'effetto degli ormoni in tale ambito. Esperimenti su roditori come i ratti e i porcellini d'India permettono la formulazione di vari modelli di comportamento, che si inseriscono nel dibattito sociale sui ruoli di uomini e donne. Il modello culturale in uso durante gli anni '50, che prevede che un uomo debba lavorare per mantenere la sua famiglia, mentre la moglie si occupa dei figli e delle attività domestiche, viene messo in discussione, e la realtà sociale si rivela decisamente più complessa rispetto a quanto previsto da tale modello. Gli studi di Alfred Kinsey mostrano come le abitudini sessuali delle persone siano varie, mentre gli interventi di riassegnazione genitale e l'omosessualità iniziano a entrare nel dibattito pubblico. In un tale contesto, il piano scientifico e quello sociale si intrecciano, e modelli diversi di comportamento sessuale vengono proposti dagli studiosi che si occupano dell'azione degli ormoni sui roditori[1].

L'embriologo ed endocrinologo francese Alfred Jost (1916-1991) concepisce lo sviluppo di maschi e femmine come due processi profondamente differenti; gli ormoni che governano lo sviluppo dell'apparato riproduttivo negli animali non danno origine, a suo parere, a due percorsi paralleli. Jost esegue esperimenti su animali, ma concepisce le sue ricerche come utili anche per gli

[1] A. FAUSTO-STERLING, *Sexing the Body*, cit., pp. 195 e sgg

esseri umani; infatti l'embriologo è in contatto con il dottor Lawson Wilkins, l'endocrinologo pediatrico che si occupa di pazienti intersessuali presso il Johns Hopkins Hospital di Baltimora[2]. Alfred Jost inizia i suoi studi sugli animali alla fine degli '40, proseguendo poi nel suo lavoro fino agli anni '70, ed esegue una serie di esperimenti su feti di coniglio ancora all'interno del corpo della madre; lo scienziato modifica le gonadi degli animali, allo scopo di scoprire in che modo lo sviluppo delle caratteristiche fisiche di maschi e femmine sia legato all'azione degli ormoni. Ad esempio, Jost elimina le gonadi del feto, o applica chirurgicamente ovaie su un feto maschio e testicoli su un feto femmina. Lo scienziato nota che, in assenza di testicoli, il sistema maschile non si forma, mentre gli organi femminili si formano anche senza ovaie. Inoltre, in animali castrati, il sistema maschile inizia a modificarsi in senso femminile. Jost arriva quindi alla conclusione che gli organi femminili si formano in ogni caso, e non è necessaria l'azione di alcun ormone prodotto dalle ovaie; nel caso degli organi maschili, invece, è assolutamente necessaria la presenza dei testicoli. In assenza degli ormoni secreti dai testicoli non si formano gli organi maschili, e non viene impedito lo sviluppo di quelli femminili[3].

All'interno del modello proposto da Alfred Jost, lo sviluppo maschile si caratterizza come una continua lotta contro la spinta della femminilità; lo sviluppo femminile, al contrario, è caratterizzato da una condizione di mancanza. Per "diventare" maschio è necessario avere i testicoli, mentre una femmina non ha bisogno di nulla, se non dell'assenza dei testicoli. Questa interpretazione dell'azione ormonale sullo sviluppo delle caratteristiche riproduttive degli animali rispecchia in effetti il concetto culturale che classifica una donna semplicemente come "mancante di qualcosa", mentre un uomo si caratterizza proprio in base alla "presenza di qualcosa". Una "donna" è considerata come passiva e imperfetta, a uno stadio di sviluppo inferiore rispetto a quello maschile; un "uomo" è invece superiore, è possiede numerose qualità che una donna non potrebbe avere. Lo

[2] *Ibid.*, p. 205
[3] *Ibid.*, pp. 201-202

stato femminile si configura così come quello "naturale", e lo "sviluppo sessuale" da analizzare è in effetti soltanto quello maschile, dal momento che è l'unico a essere considerato come un processo attivo[4]. Nel 1969 Jost ribadisce infatti che: «diventare un maschio è un'avventura lunga, complicata e rischiosa; è come una lotta contro spinte intrinseche verso la femminilità»[5].

Inoltre, secondo l'analisi di Anne Fausto-Sterling, si può sottolineare come il paradigma di sviluppo maschile e femminile proposto da Alfred Jost sia in accordo con alcune idee circolanti all'interno della società americana degli anni '50, secondo le quali una donna sarebbe in grado "istintivamente" di assumere il suo ruolo all'interno di una famiglia tradizionale, mentre un uomo dovrebbe costantemente vigilare per mantenere un ruolo sufficientemente "virile". Dopo la seconda guerra mondiale, gli Stati Uniti attraversano un periodo in cui i tradizionali ruolo di genere si modificano: le donne lavorano fuori casa, e gli uomini spesso hanno lavori che non prevedono sforzi fisici, ma sono "da scrivania". L'omosessualità e gli interventi di riassegnazione genitale diventano visibili alla maggior parte della popolazione, e viene così a crearsi una situazione di movimento culturale, in cui i confini tra i ruoli di genere sembrano diventare meno rigidi rispetto al passato. Di conseguenza, l'attenzione si sposta sul mantenimento del modello virile tradizionale, che prevede un uomo attivo, che lavora per mantenere la sua famiglia, e che ha un ruolo sociale superiore a quello femminile. Una donna non avrebbe bisogno di alcuno sforzo per compiere il suo ruolo sociale di moglie e madre, e dovrebbe anzi rassicurare suo marito riguardo alla sua virilità. Il ruolo femminile non richiede particolare sforzo, ma è compiuto in maniera "istintiva", mentre un uomo deve sempre coltivare la virilità tradizionale, in particolare per quanto riguarda la crescita dei figli maschi. Infatti, se questi venissero lasciati esclusivamente all'educazione materna, potrebbero crescere "effeminati"; soltanto il contributo paterno può creare degli uomini abbastanza "virili", in grado di assumere il corretto ruolo sociale. Se una madre

[4] *Ibid.*, p. 203, vedi anche nota 32, p. 347; C. VIDAL, D. B. BROWAEYS, *Il sesso del cervello,* cit., p. 44
[5] *Ibid.*, p. 199, vedi anche nota 22, p. 345, e nota 30, pp. 346-347

crescesse da sola un figlio maschio, quest'ultimo non sarebbe mai abbastanza "virile"; una donna può crescere "istintivamente" una figlia femmina, ma l'educazione dei maschi deve essere affidata agli uomini[6].

Il modello proposto da Alfred Jost prevede quindi che lo sviluppo maschile sia influenzato dalla presenza degli ormoni, mentre lo sviluppo femminile avvenga spontaneamente; questo modello viene in seguito applicato anche alla sfera del comportamento animale. Secondo tale paradigma interpretativo il comportamento "maschile" viene causato dalla presenza di testosterone che agisce sul cervello, mentre quello "femminile" deriva dall'assenza di testosterone. Dunque, dall'analisi delle caratteristiche materiali del corpo in senso maschile e femminile, si passa allo studio del comportamento in senso binario; i roditori su cui vengono effettuati gli esperimenti vengono analizzati allo scopo di creare un modello che spieghi il comportamento in base all'azione ormonale sul cervello[7].

1.2 Frank A. Beach (1911-1988)

Frank Ambrose Beach (1911-1988), psicologo americano che studia il comportamento animale, è considerato il fondatore della disciplina dell'endocrinologia comportamentale, di cui conia il nome e stabilisce le linee guida nel 1975, oltre a fondare la rivista 'Hormones and Behavior'; Beach rappresenta il punto di contatto tra la disciplina americana della psicologia comparativa e la disciplina europea dell'etologia, che riesce a integrare nei suoi studi. Nel 1951 Frank Beach, insieme a Clellan S. Ford pubblica il libro 'Patterns of Sexual Behavior', in cui analizza il comportamento umano in materia di sesso in 191 contesti culturali differenti, collocati in continenti diversi, e li paragona a comportamenti animali, con particolare riferimento ai primati. 'Patterns of Sexual Behavior' viene pubblicato tra i due 'Kinsey Reports', e analizza vari comportamenti relativi alla sessualità, come le posizioni sessuali adottate e

[6] *Ibid.*, pp. 198-199
[7] *Ibid.*, pp. 205-206

l'esperienza dell'orgasmo; inoltre, Beach e Ford considerano l'omosessualità come una pratica normale, e piuttosto diffusa sia tra gli esseri umani che tra gli animali. Insieme al lavoro di Kinsey e i suoi collaboratori, anche il volume di Beach e Ford contribuisce a stabilire che l'ambito della sessualità possa essere una materia di indagine come le altre, e non debba essere trascurata dall'analisi scientifica; inoltre, Frank Beach è personalmente in contatto con Alfred Kinsey durante gli anni '40, e i due studiosi condividono una posizione di apertura rispetto alla variabilità del comportamento umano in maniera di sessualità. Secondo entrambi, infatti, il comportamento "normale" non è limitato a un orientamento sessuale di tipo eterosessuale, e un'ampia varietà di pratiche sessuali è considerata del tutto accettabile[8].

A partire dalla metà degli anni '40, Beach inizia a proporre una teoria relativa alla sessualità dei roditori utilizzati per gli esperimenti, di cui studia il comportamento relativo al momento dell'accoppiamento. Lo studioso sottolinea che ogni sua conclusione derivi da esperimenti precisi, e non possa essere generalizzata; a suo parere, il comportamento animale varia in maniera troppo grande tra le differenti specie per poter giungere a una teoria valida in modo universale. Inoltre, è necessario tenere conto che, secondo Beach, il processo attraverso il quale gli ormoni influenzano il comportamento animale tramite un'azione sul sistema nervoso non è l'unico fattore da prendere in considerazione, poiché hanno grande importanza gli elementi ambientali e le esperienze fatte dall'animale studiato. Frank Beach propone dunque un sistema che integra la componente biologica e la componente che deriva dall'esperienza, nei confronti del comportamento animale nella sfera della sessualità; partendo dalla consapevolezza che gran parte del comportamento animale deriva da stimoli esterni, e da quello che viene insegnato dagli adulti della specie, Beach si occupa di scoprire cosa governi esattamente la cosiddetta "parte istintiva" del comportamento animale, che è presente anche in assenza di stimoli

[8] *Ibid.*, p. 206 e p. 211

esterni specifici[9].

Durante gli anni ’40, Beach si occupa in particolare del comportamento dei ratti durante il momento dell’accoppiamento, dal momento che alcuni comportamenti sono considerati chiaramente e scientificamente distinguibili in maschili e femminili; ad esempio, la femmina permette l’accoppiamento tramite la lordosi, ossia l’assunzione di una posizione con la schiena incurvata, in modo da permettere al maschio la monta. Il maschio, intanto, si lecca i genitali tra una monta e l’altra. Ogni momento dell’accoppiamento tra roditori viene studiato, in modo da stabilire quali comportamenti siano tipicamente femminili e quali maschili. Frank Beach vuole studiare in particolare quali siano i fattori, ormonali e ambientali, che portano a un dato comportamento da parte dell’animale, dal momento che dal punto di vista neurologico, maschi e femmine di ratto sono uguali. In questo senso, secondo Beach, tutti gli animali sono “bisessuali”, ovvero hanno il potenziale biologico per comportarsi sia in maniera femminile che in maniera maschile[10].

Frank Beach sottolinea la grande importanza dell’esperienza, riguardo al comportamento dei ratti relativamente all’accoppiamento, e osserva che i ratti maschi cresciuti con altri maschi sono meno propensi ad accoppiarsi, rispetto ad animali cresciuti da soli o insieme a delle femmine. Inoltre, anche in presenza di livelli ormonali “corretti”, ogni ratto è diverso dagli altri, ed è “naturale” che alcuni animali siano più propensi ad accoppiarsi, mentre altri, invece, non lo desiderano particolarmente[11]. Inoltre, Beach si rende conto che il fattore dell’esperienza è ancora più importante nei primati rispetto ai roditori; la somministrazione di ormoni a ratti privi di esperienza di accoppiamento può infatti scatenare un’ampia gamma di comportamenti “sessuali”, mentre il comportamento dei primati è piuttosto differente. In effetti, senza il precedente contributo dell’esperienza, i primati non presentano comportamenti relativi all’accoppiamento, a prescindere dai livelli ormonali; il comportamento dei

[9] *Ibid.,* p. 206 e p. 208
[10] *Ibid.,* pp. 206-207
[11] *Ibid.,* p. 209

primati dimostra quindi che, negli animali più simili geneticamente agli essere umani, la componente istintiva è subordinata all'esperienza[12].

Per quanto riguarda specificamente l'azione degli ormoni, Beach nota che sia il testosterone che gli estrogeni hanno l'effetto di indurre comportamenti tipici dell'accoppiamento, sia in senso maschile che femminile, in tutti i roditori. Il testosterone, infatti, spinge i ratti maschi a cercare di accoppiarsi sia con femmine che con maschi della stessa specie, e anche con porcellini d'India; le femmine di ratto a cui viene somministrato il testosterone, invece, presentano comportamenti tipici dell'accoppiamento sia maschili che femminili. Inoltre, anche femmine di ratto a cui non viene somministrato il testosterone hanno comportamenti maschili, quando entrano in contatto con un'altra femmina in estro. Gli estrogeni, oltre a indurre l'estro nelle femmine di roditore, producono anche comportamenti di accoppiamento maschile sia in ratti maschi che femmine. Dunque, il testosterone non induce esclusivamente un comportamento maschile, e gli estrogeni non inducono sempre un comportamento femminile negli animali studiati[13].

Secondo il modello interpretativo proposto da Frank Beach, maschi e femmine sono diversi soltanto quantitativamente, ma non qualitativamente; infatti, le cellule del sistema nervoso ricevono gli impulsi sensoriali e attivano il comportamento "sessuale", ma tali recettori degli stimoli prodotti dai sensi variano da individuo a individuo, e dunque l'azione degli ormoni non è uniforme. Gli ormoni androgeni possono quindi stimolare un comportamento maschile anche in ratti femmine, seppure in misura minore che nei ratti maschi, ma è presente una certa variabilità, dovuta alla specifica conformazione dei recettori sensoriali di ogni animale. Lo schema di Beach presenta dunque una grande elasticità, che tiene conto della variazione tra diversi individui e tra specie differenti. Inoltre, è possibile in questo modo evidenziare altri due elementi di grande rilevanza: sia i maschi che le femmine hanno la capacità di eseguire tutti i comportamenti dell'accoppiamento, come ad esempio la lordosi e la monta, e

[12] *Ibid.*, p. 208
[13] *Ibid.*, p. 209, e nota 64, pp. 352-353

qualsiasi ormone, estrogeno o androgeno, può indurre un comportamento femminile e maschile in ogni animale[14].

1.3 William C. Young (1899-1965)

William Caldwell Young (1899-1965), considerato tra i fondatori della neuroendocrinologia comportamentale, inizia a studiare negli anni ’30 i porcellini d’India, e propone alla fine degli anni ’50 un nuovo sistema riguardante l’influenza ormonale sul comportamento degli animali. Il modello di Young segna un punto fondamentale negli studi sul collegamento tra gli ormoni e il comportamento, e si colloca all’interno di un certo contesto culturale, in cui i ruoli di genere sono considerati come meno soggetti a variabilità. Il paradigma di Alfred Jost sullo sviluppo degli organi riproduttivi, che vede la virilità come una lotta e la femminilità come un’assenza, viene inoltre applicato allo studio del comportamento animale; anche l’esperienza e le variazioni individuali degli animali studiati vengono messe da parte, per focalizzare invece l’attenzione sugli elementi biologici, interpretati come i fattori più importanti per un determinato comportamento[15].

William Young studia in un primo periodo, durante gli anni ’30 e ’40, il comportamento di porcellini d’India femmine e maschi durante l’accoppiamento, misurando scientificamente varie manifestazione fisiche, come la lordosi e la monta. Questi studi permettono a Young di formulare una teoria riguardo alla reazione degli animali alla somministrazione di ormoni: non è la quantità di testosterone a modificare il comportamento in senso maschile, ma la risposta individuale dell’organismo rispetto all’ormone. Secondo Young, tale risposta individuale dipende in parte dall’esperienza, e dal contatto con altri roditori; l’esperienza e l’elemento genetico predispongono i roditori a determinati comportamenti, che vengono poi stimolati dall’azione degli ormoni[16].

Nel 1959 il dottor William Young pubblica, insieme a dei giovani

[14] *Ibid.*, p. 210
[15] *Ibid.*, p. 211
[16] *Ibid.*, pp. 212-213

collaboratori (Charles H. Phoenix, Robert W. Goy, Arnold. A. Gerall), un articolo che propone un nuovo paradigma sul collegamento tra ormoni e comportamento: l'esposizione prenatale a ormoni estrogeni o androgeni si rifletterebbe sul comportamento relativo all'accoppiamento in età adulta[17]. In questo modo, è possibile collegare il comportamento sessuale delle persone all'effetto degli ormoni, subìto durante la gravidanza; la chimica del corpo agisce così direttamente sulla differenza di genere. Lo stesso Young effettua tale collegamento nel suo articolo, scrivendo che la sua teoria potrebbe positivamente «dirigere l'attenzione su una possibile origine delle differenze comportamentali tra i sessi, che è *ipso facto* importante per la teoria psicologica e psichiatrica»[18]. Gli ormoni androgeni ed estrogeni non svolgerebbero quindi una funzione fondamentale soltanto nello sviluppo degli organi riproduttivi, ma anche nello sviluppo di comportamenti tipicamente "maschili" o "femminili". Una possibile spiegazione scientifica, che si basa sull'effetto degli ormoni prenatali, per classificare orientamenti sessuali diversi da quello eterosessuale e identità di genere diverse dal modello binario, inizia a profilarsi.

La teoria di William Young propone un modello Organizzativo/Attivazionale dell'effetto degli ormoni, secondo il quale l'esposizione prenatale organizza il sistema nervoso, in modo che gli ormoni secreti alla pubertà attivino determinati comportamenti. Basandosi sul sistema di Jost, che prevede che durante la gravidanza gli ormoni androgeni causino la crescita di organi maschili, e facciano degenerare quelli femminili, Young applica tale modello anche al sistema nervoso; lo scienziato suppone quindi che gli ormoni prenatali abbiano un effetto simile anche sul sistema nervoso, modificandolo irrimediabilmente in senso "maschile" o "femminile". Virilità e femminilità sono considerate come due categorie che si escludono a vicenda: se una aumenta, allora l'altra deve diminuire. Seguendo la teoria di Jost, Young

[17] C. H. PHOENIX, R. W. GOY, A. A. GERALL, W. C. YOUNG, 'Organizing action of prenatally administered testosterone propionate on the tissues mediating mating behavior in the female guinea pig', *Endocrinology*, vol. 65, n. 3, 1959, pp. 369-382
[18] A. FAUSTO-STERLING, *Sexing the Body*, cit., p. 214

sostiene che l'esposizione prenatale al testosterone ha due effetti, in quanto aumenta la risposta al testosterone assunto durante la pubertà, e causa una diminuzione della capacità di avere comportamenti femminili in caso di esposizione a ormoni estrogeni[19]. Quindi, l'esposizione prenatale agli ormoni avrebbe un effetto organizzativo, agendo direttamente sul sistema nervoso centrale in modo da modificarlo in maniera permanente, e in seguito, con gli ormoni estrogeni o androgeni secreti nel momento della pubertà, specifici comportamenti, tipicamente "maschili" o "femminili", verrebbero attivati.

Secondo Young, inoltre, la teoria di Beach secondo cui gli animali adulti sarebbero "bisessuali", in quanto hanno il potenziale per comportamenti sia maschili che femminili, non è corretta; l'azione degli ormoni prenatali, che crea dei genitali differenti per maschi e femmine, svolgerebbe lo stesso compito anche sul sistema nervoso, che sarebbe quindi diverso in maschi e femmine. La possibilità di comportamenti maschili in roditori femmine e comportamenti femminili in roditori maschi è presente, ma per Young si tratta di elementi di importanza inferiore, dal momento che ritiene che la maggior parte della struttura biologica di un organismo sia coerente in senso esclusivamente maschile o femminile. Inoltre, i fattori ambientali che possono influenzare il comportamento vengono considerati come subordinati rispetto all'azione degli ormoni prenatali sul sistema nervoso centrale. In questo senso, come sottolinea Anne Fausto-Sterling, al roditore "bisessuale" di Frank Beach si sostituisce il roditore "eterosessuale" di William Young, e il paradigma Organizzativo/Attivazionale, dopo la sua prima formulazione nel 1959, si estende oltre l'analisi del comportamento degli animali durante l'accoppiamento[20].

2. Critica al paradigma Organizzativo/Attivazionale

La teoria proposta da William Young nel 1959 inizia rapidamente a diffondersi, diventando un vero paradigma; l'applicazione del modello si amplia

[19] *Ibid.*, pp. 214-215
[20] *Ibid.*, p. 214 e p. 216

fino a includere animali diversi dai roditori, e comportamenti differenti rispetto a quelli dell'accoppiamento. In precedenza gli scienziati considerano come parte di un unico sistema la variabilità individuale, la componente ambientale, e l'influenza ormonale, e studiano la relazione tra tutti questi fattori in rapporto a comportamenti diversi tra femmine e maschi; in seguito all'introduzione del modello Organizzativo/Attivazionale, invece, la componente ormonale diventa in fattore decisivo, nella produzione di comportamenti diversi a seconda del genere. Lo stesso Young sottolinea più volte l'utilità del suo paradigma per gli studi di psicologia, in relazione quindi al comportamento degli esseri umani, e ritiene che la ricerca in campo psicologico procederà insieme a quelle in ambito neurologico e biochimico. In questo senso, la ricerca di una spiegazione scientifica per la variabilità del comportamento degli individui si colloca all'interno del corpo, e l'attenzione si focalizza sulla componente chimica, più che sull'influenza di fattori culturali e sociali[21].

In effetti, come sottolineato da Anne Fausto-Sterling, la teoria Organizzativo/Attivazionale non pone abbastanza attenzione sull'interazione tra il fattore biologico e quello culturale, ricadendo nella dicotomia "natura/cultura"; secondo il modello di Young, infatti, la componente biologica è fondamentale, e l'esperienza soggettiva di un individuo può portare a un grado di variazione che si colloca esclusivamente all'interno di limiti stabili dall'azione degli ormoni. Gli ormoni prenatali impongono insomma una "struttura" al sistema nervoso centrale, e soltanto all'interno di tale struttura è possibile avere una differenza individuale. L'esperienza, e quindi la componente sociale e culturale relativa alla percezione di genere, è secondaria rispetto ai limiti imposti dalla biologia, tramite l'azione chimica degli ormoni[22].

Inoltre, come nota Lesley Rogers, l'applicazione del modello di differenziazione degli organi genitali anche alla struttura cerebrale, che subirebbe dunque l'azione degli ormoni a seconda del genere, non è un dato

[21] *Ibid.*, pp. 216-217
[22] *Ibid.*, p. 218

scientificamente certo. Tale modello viene invece accettato dalla maggior parte degli scienziati, anche in assenza di dati certi; gli ormoni secreti dalle gonadi agirebbero sulla struttura del cervello, modificandolo in senso "maschile" o "femminile", secondo lo stesso processo che avviene per i genitali. Rogers nota che tale modello non sia affatto stato dimostrato, eppure la sua validità non viene messa in discussione; inoltre, la studiosa sottolinea che il cervello è un organo decisamente più complesso delle gonadi, che sono ghiandole su cui si hanno molte più informazioni a disposizione. In effetti, il modello di sviluppo dei genitali in senso maschile o femminile viene utilizzato anche per il cervello, senza alcuna prova certa[23].

Frank Beach, durante gli anni '70, continua invece a sostenere una "bisessualità" dei roditori, proprio per sottolineare che non ritiene che gli ormoni possano causare dei cambiamenti nella struttura del sistema nervoso centrale, ossia del cervello. In effetti, Beach non pensa affatto che i roditori maschi e femmine siano assolutamente identici, ma vuole porre l'attenzione sull'evidenza che entrambi siano in grado di comportarsi sia in maniera maschile che in maniera femminile durante l'accoppiamento. Nonostante le obiezioni di Beach, la teoria proposta da Young continua ad avere successo, e viene inoltre dimostrato che gli ormoni possono provocare dei cambiamenti anatomici nel cervello; il rapporto tra tali cambiamenti anatomici e la sfera del comportamento non è invece affatto chiaro, ancora oggi[24].

Durante gli anni '70, inoltre, nuove ricerche portano l'attenzione sui criteri utilizzati durante gli esperimenti sui roditori, e notano che il comportamento delle femmine non è stato abbastanza studiato. In effetti, sembra che il comportamento delle femmine durante l'accoppiamento non dipenda soltanto dai livelli ormonali, come sostenuto dai sostenitori della teoria di Young, ma anche da fattori che dipendono dal modo stesso in cui viene condotto l'esperimento. Ad esempio, se per l'osservazione dell'accoppiamento viene utilizzato più volte lo stesso

[23] L. ROGERS, *Sesso e cervello,* cit., p. 41
[24] A. FAUSTO-STERLING, *Sexing the Body,* cit., pp. 218-219

maschio, alla fine l'animale conosce talmente bene la procedura da cercare di accoppiarsi senza alcuna sollecitazione da parte della femmina, avendo cioè un comportamento assolutamente differente da quello osservabile in natura. Inoltre, spesso le femmine vengono poste in stanze circolari, in modo da non potersi sottrarre alla monta; anche il comportamento di lordosi varia a seconda della situazione, e non soltanto in base al livello degli ormoni. Infatti, dopo la somministrazione di androgeni sembra che una femmina di ratto non presenti più il comportamento di lordosi, ma quando l'animale viene lasciato in una gabbia per alcune ore, prima di introdurre il maschio, invece di essere inserita nella gabbia contenente già il maschio, allora la lordosi compare; se l'animale si trova in un luogo familiare, quindi, il comportamento femminile è presente a prescindere dal livello ormonale. Gli esperimenti non sono quindi sempre un indicatore affidabile del comportamento maschile e femminile che si avrebbe in animali liberi, eppure da tali risultati vengono tratte conclusioni che sono applicate anche al comportamento degli esseri umani[25].

Il clima culturale e politico degli anni '70 negli Stati Uniti crea un contesto favorevole per il ripensamento del modello Organizzativo/Attivazionale dell'azione degli ormoni. In effetti, in un momento storico in cui i movimenti omosessuali e il femminismo incitano la società a una riflessione sui ruoli di genere, anche all'interno della comunità scientifica vengono messi in discussione i tradizionali concetti di maschile e femminile. Infatti, il paradigma di Young prevede che femminilità e virilità si escludano a vicenda, e che all'aumentare di una categoria, debba diminuire l'altra. Altri scienziati iniziano invece a domandarsi se virilità e femminilità non possano essere interpretate come due categorie distinte, che variano di quantità senza influenzarsi a vicenda. Richard Whalen, uno degli studenti di Beach, propone nel 1974 un modello "ortogonale", relativo al comportamento dei ratti, dal momento che ha scoperto di poter indurre in animali maschi e femmine un'alta frequenza sia di lordosi che di monta. Seguendo l'analisi di Anne Fausto-Sterling, il modello tradizionale è di tipo

[25] *Ibid.*, pp. 220-221

“lineare”, e se ci si allontana dalla virilità ci si avvicina alla femminilità; il modello “ortogonale”, invece, studia le due categorie come fenomeni separati, in grado di variare in maniera indipendente tra loro. Alcuni animali potrebbero così essere contemporaneamente maschili e femminili, in misura variabile[26].

La ricerca sull’azione degli ormoni in relazione alle differenze comportamentali tra uomini e donne si fonda principalmente sugli studi compiuti sui roditori, dal momento che la ricerca scientifica su animali più simili agli esseri umani, come i primati, è piuttosto complicata. I primati hanno infatti bisogno di vivere in maniera in maniera abbastanza vicina a come farebbero in natura, per poterne studiare il comportamento; dal momento che sono animali decisamente complessi, non è possibile ricavare risultati certi, in un ambiente di laboratorio. Inoltre, la sintesi degli ormoni è differente tra i primati e altri tipi di animali, e dunque è difficile confrontare i risultati relativi ai roditori con altre specie[27]. La ricerca sui roditori ha invece prodotto una serie di conclusioni che vengono considerate valide anche per gli esseri umani, in relazione all’orientamento sessuale e all’identità di genere.

Non potendo compiere direttamente degli esperimenti sulle persone, per confermare le conclusioni sull’influenza ormonale sul comportamento ricavate dallo studio dei roditori, a partire dagli anni ’70 gli scienziati iniziano a studiare gli individui intersessuali. Dal momento che le persone intersessuali sono considerate come degli “esperimenti della natura”, allora è assolutamente lecito osservarle e classificarle, allo scopo di scoprire se la loro diversità biologica, rispetto agli individui considerati “normali” secondo il modello binario, abbia delle conseguenze relative a identità di genere e orientamento sessuale. Per scienziati e medici è del tutto “normale” ed etico compiere degli esperimenti sugli animali, ma non è possibile intervenire sugli essere umani; le persone intersessuali rappresentano quindi una perfetta soluzione, e permettono la produzione di una vasta letteratura scientifica[28]. Negli ultimi decenni le persone intersessuali

[26] *Ibid.*, p. 222
[27] *Ibid.*, nota 11, p. 344, vedi anche p. 232
[28] *Ibid.*, p. 73

vengono studiate in maniera estesa, e gli scienziati, basandosi sulla ricerca sui roditori, che ha concluso che gli ormoni prenatali sono determinanti rispetto al comportamento in età adulta, applicano anche agli esseri umani tale paradigma, nella ricerca di una spiegazione scientifica riguardo l'esistenza di persone omosessuali e transgender.

Durante gli anni '70 e '80, infatti, la comunità scientifica è influenzata dal mutato contesto sociale e culturale, in cui l'omosessualità e le identità diverse dal modello binario sono più visibili; la ricerca scientifica cerca dunque di utilizzare i suoi metodi e le sue categorie nei confronti delle nuove identità che si muovono nella società. La scienza cerca allora, tramite la biologia, di fornire una spiegazione per l'esistenza di individui omosessuali e transgender; tra le altre proposte, anche gli ormoni prenatali vengono utilizzati come motivazione biologica, retrostante alla differenza tra le persone[29]. I precedenti studi relativi ai roditori non possono però fornire alcuna base per la ricerca riguardo alla sessualità degli esseri umani, dal momento che un animale studiato in laboratorio, e spesso modificato per ridurre al minino la variabilità individuale, non può essere messo in relazione all'esperienza culturale di un essere umano[30]. Ciononostante, tali ricerche vengono spesso utilizzate come materiale di partenza per le nuove pubblicazioni; in numerosi studi, anche recenti, che utilizzano le persone intersessuali come "prova" dell'azione degli ormoni prenatali, il richiamo alla ricerca sui roditori è presente.

Inoltre, come sottolinea Anne Fausto-Sterling, la ricerca relativa al comportamento sessuale degli animali si è confusa con quella relativa agli esseri umani anche dal punto di vista terminologico. Quando Frank Beach classifica i roditori come "bisessuali", naturalmente non intende applicare agli animali un concetto appartenente alla classificazione culturale degli esseri umani, ma soltanto evidenziare che sia i maschi che le femmine possiedano la capacità fisica di eseguire ogni tipo di atto sessuale. Già Alfred Kinsey, nel 1948, nota che sarebbe

[29] *Ibid.*, pp. 224-225
[30] *Ibid.*, nota 106, pp. 358-359

meglio evitare di utilizzare, nei riguardi del comportamento animale, termini come “omosessuale” o “bisessuale”, poiché rimandano a concetti precisi, che appartengono alla sfera della sessualità umana. Kinsey sottolinea che la ricerca relativa all’influenza degli ormoni nel comportamento dei roditori durante l’accoppiamento, non deve essere interpretata partendo dal presupposto che tale processo sia valido anche per gli esseri umani. Infatti, le categorie culturali di “omosessuale” ed “eterosessuale” nascono in un preciso contesto storico e non sono affatto universali; il comportamento animale non può essere classificato secondo tali concetti[31].

Durante gli anni ’80, invece, studiosi alla ricerca di una spiegazione biologica per l’omosessualità si basano sulle conclusioni riguardanti l’azione degli ormoni prenatali sui roditori, interpretando secondo le proprie categorie gli studi relativi agli animali, e deducendo che le persone siano omosessuali a causa dell’esposizione alla tipologia o quantità sbagliata di ormoni durante la gravidanza. In effetti, però, è impossibile applicare il modello di comportamento animale agli esseri umani, dal momento che si tratta di fenomeni completamente diversi. La maggiore visibilità delle persone omosessuali, e della loro vita, porta infatti alla luce una serie di presupposti problematici insiti nella classificazione del comportamento degli animali. Ad esempio, secondo le categorie odierne, in una coppia omosessuale entrambe le persone vengono considerate omosessuali, e questo concetto è a sua volta un prodotto storico. All’inizio del Novecento, infatti, in una coppia di due donne, soltanto una viene considerata omosessuale; lo studio dei roditori utilizza questo tipo di categoria, e soltanto il ratto femmina che compie la monta è “omosessuale” o “bisessuale”, e propone così una classificazione differente rispetto all’idea di orientamento sessuale in uso nella società. Allo stesso modo, anche in una coppia formata da due uomini, entrambi vengono considerati omosessuali, mentre la ricerca sui roditori classifica come atto “omosessuale” quello del maschio che esibisce la lordosi, mentre il

[31] *Ibid.*, p. 225, vedi anche note 140 e 141, p. 364

comportamento del maschio che compie la monta è "eterosessuale"[32]. Dunque, non è corretto assimilare gli studi relativi all'azione degli ormoni prenatali sul comportamento sessuale dei roditori, alla classificazione di orientamento sessuale e identità di genere propria di una certa società e un dato contesto culturale; medici e scienziati, invece, utilizzano le persone intersessuali proprio per dimostrare che l'azione degli ormoni prenatali è valida tanto per i roditori quanto per gli esseri umani.

3. I medici legano intersessualità e omosessualità tramite gli ormoni "sessuali"

Durante la seconda metà del Novecento, i corpi delle persone intersessuali vengono modificati chirurgicamente, in maniera da rispettare il sistema binario in uso nella società, che divide in corpi secondo le categorie di maschile e femminile. I corpi delle persone intersessuali vengono però studiati anche da un altro punto di vista, che si fonda appunto sul paradigma relativo all'azione degli ormoni prenatali; le persone intersessuali vengono dunque esaminate, oltre che per "risolvere" la loro "anormalità" fisica, anche allo scopo di dimostrare che la dicotomia maschio/femmina sia in effetti un dato "naturale". Dal momento che i genitali delle persone intersessuali differiscono dal tipico modello femminile/maschile proprio a causa dell'effetto degli ormoni durante la gravidanza, gli studiosi considerano tali corpi come un esempio perfetto, decisamente simile agli esperimenti ormonali che non è possibile compiere sugli esseri umani. La ricerca compiuta sugli animali crea un paradigma per cui sia lo sviluppo degli organi genitali, che la differenza comportamentale a seconda del genere, si fondano sull'azione degli ormoni prenatali, e, a partire dagli anni '70, le persone intersessuali diventano il campione umano su cui provare definitivamente la teoria[33].

Gli studiosi partono dal presupposto che i maschi e le femmine presentino

---

[32] *Ibid.*, pp. 225-226
[33] *Ibid.*, pp. 73-74

delle differenze "naturali" dal punto di vista biologico; uomini e donne sarebbero quindi differenti per quanto riguarda, ad esempio, la sfera della cognizione e delle abilità spaziali. Inoltre, si ritiene che i bambini e le bambine giochino in maniera diversa, sia come scelta dei giocattoli, sia come dispendio di energie; in questo senso, se un bambino preferisce una macchinina e una bambina una bambola, si tratta di un comportamento motivato dalla biologia, innato e preesistente rispetto ai fattori culturali[34]. Gli stereotipi di genere in uso in una determinata società, anche quando sono percepiti come tali dagli studiosi, e quindi intesi come categorie soggettive e variabili, non vengono comunque messi in discussione, ma utilizzati come griglia interpretativa per arrivare a conclusioni considerate scientificamente oggettive[35].

In particolare, vengono studiate le ragazze intersessuali classificate come affette da iperplasia surrenale congenita (CAH, Congenital Adrenal Hyperplasia): alla nascita, persone con cariotipo 46, XX presentano dei genitali esterni simili a quelli tipicamente maschili, a causa di un aumento nella produzione di androgeni durante la gravidanza. Anche se non è possibile dimostrare scientificamente che, durante la gravidanza di un essere umano, gli ormoni agiscano nello stesso periodo sul cervello e sullo sviluppo dei genitali, le ragazze CAH continuano a essere considerate particolarmente "interessanti" allo scopo di dimostrare l'effetto degli ormoni prenatali. Gli scienziati partono dunque dal presupposto che gli androgeni assunti durante la gravidanza avrebbero, in qualche misura, influenzato in maniera "maschile" il comportamento delle ragazze CAH; questo fenomeno sarebbe quindi osservabile, nonostante l'evidenza che la maggior parte delle ragazze ha un'identità di genere femminile. Di solito, per dimostrare questa ipotesi, gli studiosi fanno ricorso al precedente paradigma interpretativo che collega l'omosessualità femminile alla sfera della virilità[36].

Già il dottor John Money, alla fine degli anni '60, inizia ad applicare la

---

[34] *Ibid.*, p. 73

[35] Su questo argomento, vedi L. ROGERS, J. WALSH, 'Shortcomings of the Psychomedical Research of John Money and Co-Workers into Sex Differences in Behavior: Social and Political Implications', cit.

[36] A. FAUSTO-STERLING, *Sexing the Body*, cit., p. 74

teoria basata sull'azione degli ormoni prenatali alle ragazze CAH, tramite il concetto che gli alti livelli di testosterone presenti nell'utero durante la gravidanza avrebbero un'azione "mascolinizzante" sul cervello di feti con cariotipo 46, XX. Basandosi poi sugli studi relativi agli animali, Money sostiene che queste bambine giochino in maniera maggiormente "maschile" rispetto alle altre, a causa dell'effetto degli ormoni androgeni assunti in eccesso durante il periodo prenatale, rispetto alle bambine "normali", cioè non intersessuali[37]. In questo senso, l'intersessualità continua a essere utilizzata come un "esperimento della natura", che può servire a dimostrare la "naturalità" della differenza comportamentale tra uomini e donne, mettendo in secondo piano l'effetto della diseguaglianza sociale e culturale. In tale ottica, gli ormoni, e quindi la biologia, sono considerati come fattori che creano una vera distinzione materiale tra le persone, a seconda di orientamento sessuale e identità di genere.

Se una donna omosessuale viene considerata come differente rispetto a una donna eterosessuale, e più vicina invece agli uomini a causa del suo desiderio per altre donne, sembra dunque "naturale" la scelta di studiare le ragazze CAH; una lesbica viene ritenuta una donna "mascolina" già alla fine dell'Ottocento, e quindi una ragazza CAH, che è una donna "normale" dal punto di vista genetico, ma che è stata esposta ad alti livelli di ormoni "maschili" è in perfetto accordo con una preesistente categoria culturale. Come notano le psicoanaliste Meggie Magee e Diana C. Miller, tale categoria opera a livello sociale e scientifico, e prevede che: «una persona che ama una donna deve essere come un uomo»[38]. Il desiderio omosessuale femminile non è dunque interpretabile di per sé, ma soltanto attraverso il modello binario e le sue categorie[39]; nelle ragazze CAH l'omosessualità si colloca così, agli occhi degli studiosi odierni, come un'ulteriore caratteristica maschile dovuta all'esposizione agli ormoni androgeni[40].

L'idea stessa di "attività" e "passività" all'interno del rapporto amoroso è

---

[37] *Ibid.*, nota 105, p. 358
[38] M. MAGEE, D. MILLER, *Lesbian Lives: Psychoanalytic Narratives Old and New,* cit., p. 67
[39] In particolare, per quanto riguarda questo concetto alla fine dell'Ottocento, vedi J. HALBERSTAM, *Female Masculinity,* Duke University Press, 1998, pp. 76-77
[40] A. FAUSTO-STERLING, *Sexing the Body,* cit., p. 74

plasmata da uno schema interpretativo che risale alla fine dell'Ottocento, e che prevede che l'uomo sia l'unica persona "attiva" in una coppia. La donna è caratterizzata invece da una grande "passività", e dalla mancanza di desiderio sessuale; tale atteggiamento sarebbe del tutto innato, e non dovuto alla diversa educazione impartita a seconda del genere. Secondo tale prospettiva culturale, una donna con forte desiderio sessuale, e che è oltretutto rivolto verso altre donne, non può non essere considerata "mascolina", visto che possiede qualità assolutamente "innaturali" per una "vera donna". Alla fine dell'Ottocento la società ritiene infatti che ci sia un fondamento biologico alla base della differenza tra le persone eterosessuali e quelle omosessuali; i veri "invertiti", ovvero gli uomini "effeminati" e le donne "mascoline", sono considerati degli "pseudoermafroditi", in quanto differenti dalla "normale" dicotomia maschio/femmina. Nel caso delle donne omosessuali, inoltre, soltanto coloro che possiedono qualità o atteggiamenti "maschili", come fumare sigari, vestirsi da uomo, e avere donne come amanti, sono considerate realmente omosessuali, mentre le donne omosessuali percepite come "passive", in quanto non tipicamente "virili", sono considerate "normali" e quindi non omosessuali[41].

Come sottolineato dalle psicoanaliste Maggie Magee e Diana C. Miller, gli studi sulle ragazze CAH pubblicati tra gli anni '60 e '90 applicano il paradigma che vede una lesbica come una donna che si è allontanata dal "normale" sviluppo femminile, e ha desideri e comportamenti tipicamente maschili[42]. I ricercatori osservano le ragazze CAH per trovare elementi che siano coerenti con l'idea che a una maggiore quantità di ormoni androgeni corrispondano comportamenti più "virili" rispetto a quelli di ragazze "normali" biologicamente. Secondo il metodo di analisi utilizzato in tali studi, se una bambina non ama le bambole e desidera avere una carriera lavorativa rispetto a essere madre, allora è probabile che, una volta adulta, sia anche omosessuale[43]. In effetti, però, negli studi sulle ragazze CAH non è possibile trovare una definizione univoca relativa all'omosessualità

[41] *Ibid.*, nota 119, pp. 287-288
[42] M. MAGEE, D. MILLER, *Lesbian Lives,* cit., pp. 81-92
[43] A. FAUSTO-STERLING, *Sexing the Body,* cit., p. 74

femminile, dal momento che alcuni studi fanno riferimento a esperienze e relazioni omosessuali e altri a sogni e fantasie omosessuali[44]. Magee e Miller notano inoltre che il concetto stesso di omosessualità femminile si configuri negli studi sulle ragazze CAH come il prodotto di uno sviluppo "anomalo", legato alla condizione di intersessualità vista in senso patologico[45]. In effetti, secondo le studiose, l'origine dell'omosessualità femminile viene analizzata attraverso uno schema concettuale "fallocentrico", che prevede che una donna con desideri omosessuali debba essere, in qualche modo, "virilizzata" biologicamente. Una donna eterosessuale e una donna omosessuale devono quindi essere distinguibili dal punto di vista biologico, e gli scienziati, tramite l'analisi dei vari elementi del corpo, possono distinguerle tra loro[46]. In tale ottica, orientamento sessuale e identità di genere si collocano completamente all'interno del paradigma dicotomico tipico della società occidentale contemporanea, che continua a servirsi delle persone intersessuali per legittimare l'ordine binario.

Il ricorso agli ormoni prenatali come causa per i diversi orientamenti sessuali non sembra in effetti conclusivo, dal momento che non sono ancora stati prodotti risultati certi e definitivi; la diversità di criteri utilizzata e il persistente ricorso a categorie di genere stereotipate impedisce di considerare gli ormoni come fattore principale nella creazione di orientamento sessuale e identità di genere. Nonostante ciò, parte della comunità scientifica sembra convinta di poter utilizzare gli ormoni prenatali come fondamento biologico della differenza tra le persone, spostando di conseguenza in secondo piano l'influenza del contesto culturale e sociale nel processo di formazione delle diverse identità individuali.

Il paradigma interpretativo utilizzato dagli scienziati prevede che l'azione degli ormoni prenatali si dispieghi in un'ampia gamma di comportamenti in età adulta, collocando in questo modo l'origine delle differenze tra le persone nella sfera della biologia. Gli ormoni che agiscono sul feto ne creano insomma orientamento sessuale e identità di genere. In effetti, gli studi sugli ormoni

---

[44] *Ibid.*, p. 75
[45] M. MAGEE, D. MILLER, *Lesbian Lives,* cit, p. 81
[46] *Ibid.*, p. 92

prenatali utilizzano immancabilmente una serie di categorie fisse, come omosessuale ed eterosessuale, o comportamento maschile e comportamento femminile, senza tenere conto dei complessi fenomeni culturali che contribuiscono a creare le categorie stesse, intese invece come dati storici e mutevoli. Anche gli studi più recenti presentano come fenomeni preesistenti le categorie di "eterosessuale", "omosessuale", "transessuale", e l'azione degli ormoni viene utilizzata così come mezzo per classificare le persone, e inserirle in gruppi che si basano su concetti percepiti come oggettivi e già dati, ma che in realtà sono categorie parziali e soggette a cambiamenti, a seconda del contesto culturale e storico.

L'esistenza di persone omosessuali e transgender viene interpretata sulla base del modello binario maschio/femmina, inteso come fenomeno "naturale" e oggettivo; gli omosessuali maschi sono dunque simili biologicamente alle donne, mentre le donne lesbiche sono biologicamente simili agli uomini[47]. Una donna transgender dovrebbe essere biologicamente vicina alle altre donne, e un uomo transgender dovrebbe essere biologicamente simili agli altri uomini. La differenza biologica tra le persone viene immancabilmente collegata all'azione degli ormoni prenatali, che diventano quindi la causa per una molteplicità di fenomeni fisici, che hanno però profonde implicazioni, stavolta nell'ambito di categorie culturali. L'orientamento sessuale degli individui viene studiato partendo da uno schema binario, che classifica i comportamenti secondo un modello lineare di femminilità e virilità: se una donna ha interessi considerati maschili dalla società, allora è probabile che sia anche omosessuale, e se un uomo ha interessi considerati tipicamente femminili, allora potrebbe essere omosessuale. Per gli scienziati che studiano l'azione degli ormoni prenatali sembra impossibile dividere i comportamenti in categorie che prescindano dalla dicotomia maschio/femmina: un atto è quindi interpretabile soltanto in base ai concetti di maschile e femminile, intesi secondo il modello di genere in uso.

Ad esempio, una donna omosessuale viene considerata come

[47] L. ROGERS, *Sesso e cervello,* cit., p. 135

“intrinsecamente” maschile, e questo presupposto culturale si riflette quindi sul suo corpo, a livello biologico, secondo gli studi sugli ormoni. Addirittura, l’azione degli ormoni androgeni prenatali, assunti in eccesso nel caso di una donna omosessuale rispetto a una donna eterosessuale, sarebbe ulteriormente differenziata nei casi di una lesbica “mascolina” e una lesbica “femminile”; la prima avrebbe dunque assunto quantità maggiori di ormoni androgeni, e la seconda quantità minori, nel rispetto del tradizionale modello binario, che viene utilizzato anche per identità che dovrebbero collocarsi al di fuori di esso. Il dato biologico fornisce in quest’ottica le “prove” inconfutabili, in quanto inscritte nel corpo, per classificare le persone a seconda degli schemi culturali propri di uno specifico contesto sociale, in cui il desiderio per una donna non riesce a essere concettualizzato, se non tramite un collegamento con l’ambito della virilità, attraverso la riproposizione dello schema binario.

4. Ripensamento dell’interpretazione biologica della differenza

Negli ultimi anni una serie di studiose si dedicano al problema della “differenza sessuale” tra le persone, ripercorrendo le ricerche in tali ambito, e sollevando una serie di questioni, relative in particolare ai preconcetti che orientano tali ricerche, e ai criteri utilizzati dagli scienziati, non sempre oggettivi. Tali studiose uniscono un’impostazione femminista a una preparazione scientifica, e in questo modo sono in grado di fornire critiche interne all’ambito della ricerca scientifica, ma utilizzando anche l’apporto degli studi di genere e di concetti formatisi in area femminista. Le ricerche di Anne Fausto-Sterling[48], Lesley Rogers, Catherine Vidal[49], ripercorrono la storia della “differenza sessuale”, e notano come le teorie relative alla diversità biologica tra le persone, in particolare donne e uomini, si formino e vengano utilizzate in maniera strumentale rispetto al contesto sociale e culturale, in quanto se gli individui sono

[48] A. FAUSTO.STERLING, *Myths of gender: biological theories about women and men,* cit.; *Sexing the Body,* cit.; *Sex/Gender: Biology in a Social World*, New York, Routledge, 2012

[49] C. VIDAL, D. B. BROWAEYS, *Il sesso del cervello,* cit.; C. VIDAL, *Hommes, femme: avons-nous le même cerveau?,* Paris, Le Pommier, 2007

“naturalmente”, biologicamente, diversi tra loro, allora l’uguaglianza non è possibile, e i rapporti di potere saranno sempre diseguali.

Infatti, secondo l’analisi di Lesley Rogers[50], che ha insegnato Neuroscienze e Comportamento Animale presso l’University of New England, nel Maine, gli studi che considerano gli ormoni “sessuali” come fondamentali per la differenza di genere non sono aggiornati né precisi; a suo avviso, infatti «sembra dunque che esista una certa riluttanza ad abbandonare le teorie relative all’influenza degli ormoni sulle differenze sessuali, accompagnata da un interesse precostituito per l’idea che vede le nostre vite controllate dagli ormoni»[51]. In effetti, Rogers nota invece che alcuni preconcetti relativi all’azione degli ormoni siano ormai stati svalutati in ambito scientifico, ma sembra che tali risultati non vengano presi in considerazione, e si preferisca continuare a considerare lo sviluppo cerebrale come quello genitale, ovvero come sottostante all’azione degli ormoni secreti dalle gonadi, e differenziato in senso “maschile” o “femminile”[52]. Ad esempio, il testosterone, per esercitare un’azione sulle cellule del cervello, deve prima essere convertito in estrogeno, tramite un processo di aromatizzazione; quindi, un ormone considerato tipicamente maschile deve diventare un ormone cosiddetto femminile, prima di poter agire sul cervello, fenomeno scoperto già durante gli anni ’70[53]. Altri preconcetti accompagnano inoltre il testosterone, considerato per tutto il Novecento l’ormone maggiormente collegato alla virilità: secondo uno studio del 1991[54], non ci sarebbe alcuna prova che un aumento della quantità di testosterone nel sangue provochi un aumento dell’aggressività, eppure la maggior parte degli scienziati e delle persone sono convinti che il testosterone sia collegato a comportamenti aggressivi[55]; anche il desiderio sessuale non è collegato alla presenza di testosterone nell’organismo, e uomini sterilizzati per motivi clinici in età adulta non presentano alterazioni

[50] L. ROGERS, *Sesso e cervello,* cit.
[51] *Ibid.,* p. 141
[52] *Ibid.,* p. 41
[53] *Ibid.,* p. 46, e p. 115; A. FAUSTO.STERLING, *Sexing the Body,* cit, p. 224
[54] J. ARCHER, ‘The influence of testosterone on human aggression’, *British Journal of Psychology,* vol. 82, n. 1, 1991, pp. 1-28
[55] L. ROGERS, *Sesso e cervello,* cit., pp. 140-141

sessuali, contrariamente a quanto le persone pensano di solito[56].

In effetti, gli ormoni "maschili" e "femminili" sono presenti allo stesso modo sia nelle donne che negli uomini, e il cervello presenta lo stesso numero di recettori per tutti i tipi di ormoni "sessuali", a prescindere dal genere; anzi, un elemento da tenere in considerazione è che la quantità di recettori cambia in ogni persona, e quindi l'azione ormonale può variare non a seconda della sua concentrazione nel sangue, ma in base alla quantità di recettori in grado di percepirne la presenza[57]. Gli ormoni "sessuali" vengono divisi a seconda del genere, e la maggior parte degli individui crede che soltanto gli uomini abbiano il testosterone, e soltanto le donne abbiano gli estrogeni, ma la realtà, come sottolinea Lesley Rogers, è piuttosto differente: tutti secernono gli stessi ormoni, sia quelli "maschili" che quelli "femminili". Anche le concentrazioni di tali composti nel sangue non sono sempre differenti a seconda del genere, dal momento che esiste una certa sovrapposizione tra i livelli ormonali di donne e uomini, che variano a seconda del periodo della vita; alcune donne hanno quindi nel sangue più testosterone di alcuni uomini, e alcuni uomini hanno più estrogeni rispetto alle donne[58]. Gli androgeni e gli estrogeni, dunque, circolano allo stesso modo nei corpi delle persone, e tutti posseggono i recettori per percepirne la presenza; l'idea che a un certo corpo corrisponda un determinato tipo di ormoni "sessuali", la cui presenza esclude l'altra tipologia, è un preconcetto scientifico, modellato sulla divisione sociale di genere[59].

Anche altre spiegazioni, oltre a quella basata sugli ormoni, vengono proposte per dare una motivazione biologica alla differenza tra gli individui: alcuni ritengono che la spiegazione per ogni differenza si trovi nei geni, che causerebbero una vera differenza cerebrale di genere, mentre altri pensano che la causa sia l'evoluzione, durante la quale uomini e donne avrebbero avuto compiti

[56] *Ibid.*, p. 113
[57] *Ibid.*, p. 115
[58] *Ibid.*, p. 45, e pp. 114-115
[59] *Ibid.*, p. 44

differenti, in modo da modificarne le capacità a seconda del genere[60]. Lesley Rogers nota come i ricercatori che si occupano di differenze sessuali tendano a utilizzare una modalità analitica di tipo "riduzionista", che tende a semplificare un fenomeno complesso come il comportamento, trascurandone le componenti psicologiche o sociali, per focalizzare la ricerca soltanto sugli elementi di tipo biologico (molecole cerebrali, ormoni). In questo modo, una ricerca si fonda su un livello di analisi inferiore, rispetto a quello necessario per prendere in considerazione l'interazione tra diversi fattori sociali; il comportamento umano è infatti il risultato di un sistema complesso, nel quale non solo avvengono interazioni tra la componente biologica e quella psicologica, ma anche tra un individuo e l'altro, tra le persone e l'ambiente in cui vivono, e la società intera.

Invece, il "riduzionismo" sfrutta una spiegazione esclusivamente biologica, e la utilizza poi come se comprendesse già tutte le altre componenti di complessità superiore. «I riduzionisti, in ultima analisi, ritengono che sia possibile spiegare ogni aspetto del comportamento in termini di atomi o molecole del cervello. Presuppongono che le spiegazioni ai livelli più semplici possano comprendere tutti gli altri livelli di spiegazione più complessi. […] l'approccio riduzionista […] costituisce il più diffuso modo di pensare nella scienza occidentale, e si sta affermando diffusamente nella società»[61]. Secondo l'analisi di Lesley Rogers, la disciplina scientifica della sociobiologia si basa completamente sul "riduzionismo", in quanto riduce a un livello di complessità inferiore l'analisi del comportamento umano, tralasciando sociologia e psicologia per concentrarsi soltanto sulla genetica. La sociobiologia dà poi origine, a sua volta, a una nuova disciplina, chiamata "psicologia evolutiva". Inoltre, Rogers nota che la sociobiologia conosca grande diffusione durante gli anni '70, ovvero in un periodo storico di grande fermento sociale, e di lotta contro la disuguaglianza sociale, da parte delle femministe e altre minoranze: «la sociobiologia appariva in pratica come una reazione ai mutamenti che si stavano verificando. Anche se

[60] *Ibid.*, p. 29
[61] *Ibid.*, pp. 54-55

allora si disse che le affermazioni dei sociobiologi erano idee davvero nuove non è difficile far risalire queste opinioni al secolo precedente. L'idea del determinismo genetico della natura umana infatti era ormai quasi universalmente accettata verso l'inizio del XX secolo»[62].

In effetti, le spiegazioni di tipo genetico del comportamento umano considerano una serie di fenomeni complessi come l'intelligenza, l'orientamento sessuale, e l'egoismo come fondate sull'evoluzione, che avrebbe selezionato una serie di geni, portando gli uomini e le donne ad avere, ancora oggi, atteggiamenti differenti. Le differenze sessuali sarebbero allora causate dal tipo di vita condotto in passato dagli esseri umani; se gli uomini e le donne avevano compiti sociali differenti, e diverse necessità in ambito riproduttivo, i geni collegati a tali comportamenti sarebbero stati selezionati e favoriti durante l'evoluzione, portando donne e uomini delle società odierne a seguire ancora tali impulsi, seppure in un contesto ambientale molto differente. Ad esempio, secondo i sociobiologi, le femmine hanno un maggiore investimento biologico nella riproduzione rispetto ai maschi, poiché la produzione di ovuli è limitata rispetto a quella dello sperma; inoltre gli uomini, per moltiplicare i propri geni, dovrebbero cercare di avere rapporti sessuali con quante più donne è possibile, mentre una donna dovrebbe cercare di legare a sé un uomo, in modo da ricevere aiuto nell'allevamento del figlio. Per la sociobiologia, da questa diversità derivano due tipi di comportamento differenti, visti come un fenomeno "naturale", in quanto basato sulla genetica: gli uomini sarebbero dunque inclini alla promiscuità, mentre le donne ad avere rapporti con una sola persona. Un comportamento promiscuo è dunque del tutto "naturale" per un maschio, mentre non lo è affatto per una femmina, ma in questa differenza non avrebbe alcun ruolo il contesto sociale e culturale, con le sue regole che cambiano a seconda del momento storico e del luogo. La biologia fornisce così una spiegazione per comportamenti sottostanti a specifiche norme sociali, senza tenere conto di tale componente nella sua analisi; i geni guidano il comportamento, e gli uomini e le donne non possono

[62] *Ibid.*, p. 58

essere uguali[63].

La ricerca di una spiegazione biologica delle differenze tra le persone è parte della scienza da molto tempo, e varie motivazioni si susseguono per dividere gli individui in base a categorie come "sesso" e "razza". Come sottolinea Catherine Vidal, «la storia della medicina degli ultimi due secoli è caratterizzata dalla ricerca di un supporto biologico che consenta di spiegare le differenze tra i due sessi, e più in generale tra i gruppi umani. Gli studiosi si sono ostinati a evidenziare ogni minima differenza, dell'ordine di un millimetro cubo in più o in meno, aggrappandosi all'idea che una circonvoluzione cerebrale leggermente diversa potesse risolvere la questione. Ogni epoca si è servita degli strumenti di cui disponeva»[64]. Nell'Ottocento si ritiene infatti che le donne non posseggano la zona del cervello in cui ha sede l' "intelletto", e si sottolinea che la massa cerebrale delle donne sia più piccola di quella degli uomini. In questo modo, attraverso misurazioni della grandezza del cranio, si cerca di dimostrare che le donne siano inferiori agli uomini; questa inferiorità rispetto agli uomini le accomuna inoltre ad altri gruppi di individui, come le cosiddette popolazioni "selvagge", non bianche e da civilizzare. Le persone soggette alla colonizzazione durante l'Ottocento, infatti, sono considerate come diverse "naturalmente", e per questo destinate alla dominazione di chi è loro "superiore"; allo stesso modo, anche le donne sono un gruppo sociale che non gode degli stessi diritti rispetto agli uomini. In effetti, già all'inizio del Novecento viene dimostrato che non ci sono differenze di genere nelle dimensioni del cervello, se si considera la grandezza di tale organo in rapporto a quella del corpo; anche per quanto riguarda il numero delle circonvoluzioni cerebrali non sono affatto presenti differenze tra donne e uomini[65].

Le teorie che pongono nella biologia l'origine delle differenze si diffondono in particolare nei momenti in cui la società è in un momento di fermento culturale, in cui alcuni gruppi denunciano la diseguaglianza dei rapporti

---

[63] *Ibid.*, pp. 57-58
[64] C. VIDAL, D. B. BROWAEYS, *Il sesso del cervello,* cit., p. 18
[65] L. ROGERS, *Sesso e cervello,* cit., pp. 10-11 e p. 18

di potere esistenti. Come sottolinea Lesley Rogers, per quanto riguarda gli ultimi decenni: «[…] le teorie che tendono a spiegare su base genetica le cause delle differenze comportamentali tra i due sessi sono state nuovamente al centro dell'attenzione negli anni Settanta, quando da parte delle donne si sono avute rivendicazioni di parità in casa e sul lavoro. Il determinismo genetico si integrava nella reazione contro i movimenti femministi che erano decisamente in crescita in quel periodo»[66]. In effetti, anche in questo periodo le spiegazioni della differenza su base biologica sono piuttosto diffuse, e il momento attuale è decisamente di fermento culturale, con una grande visibilità per le persone che non vivono secondo le norme sociali di genere.

La ricerca di basi biologiche per la differenza di genere non è mai esclusivamente scientifica, ma ha anche una notevole importanza sociale; come nota infatti Rogers «una vasta parte della società considera gli individui eterosessuali superiori gli omosessuali e ai transessuali e le differenze biologiche sono utilizzate per dar credito a questo atteggiamento»[67]. L'idea che le persone eterosessuali, omosessuali, e transgender formino dei gruppi separati tra loro a livello biologico non servirebbe affatto alla creazione di una società più giusta, come dimostrano i preconcetti collegati al colore della pelle; in quel caso, la dimostrazione scientifica della componente genetica alla base delle differenze del colore della pelle, non ha portato all'uguaglianza sociale. Come sottolinea infatti Rogers, «[…] la scoperta del ruolo dei geni nel determinare il colore della pelle non ha portato a una diminuzione dei pregiudizi razziali»[68]. In questo senso, infatti, la divisione delle persone all'interno di una società è collegata ai rapporti di potere diseguali in vigore; alcuni gruppi sociali devono quindi rimanere separati da quelli dominanti, e le varie teorie scientifiche sulla differenza biologica si inseriscono in tale contesto di potere[69]. Le categorie prese in considerazione possono variare, a seconda di momento storico e luogo, ma il fine

[66] *Ibid.*, p. 14
[67] *Ibid.*, p. 18
[68] *Ibid.*, p. 100
[69] J. TERRY, J. L. URLA (*ed.*), *Deviant Bodies: Critical Perspectives on Difference in Science and Popular Culture*, Indiana University Press, 1995

è sempre lo stesso: «la contrapposizione tra donne e uomini e quella tra eterosessuali e omosessuali sono soltanto due dei molti modi in cui possiamo dividere le persone in base a criteri di tipo sociale. Si potrebbe allora indagare sulle differenze nel cervello per correlarle con una qualunque tra le numerose suddivisioni che si basano su criteri di tipo sociale. Non molto tempo fa, del resto, si riteneva avessero valore scientifico confronti tra gruppi di individui divisi secondo linee di demarcazione tracciate tra le presunte razze o le classi. […] Le scoperte non servono semplicemente a soddisfare la curiosità scientifica, ma anche fini a sociopolitici che vanno ben oltre i confini della scienza»[70].

5. Milton Diamond (1934): "predeterminazione biologica"

A partire dalla metà degli anni '60, il modello proposto da John Money inizia a essere criticato fortemente da un altro studioso, Milton Diamond (1934); quest'ultimo è professore di anatomia e biologia della riproduzione presso la John A. Burns School of Medecine, all'interno dell'University of Hawai'i a Manoa, di cui dirige inoltre, dal 1985 fino al 2009, anno in cui lascia l'insegnamento, il Pacific Centre for Sex and Society. Il professor Diamond si colloca nell'ambito di studi di William Young, e sostiene che gli esseri umani siano in parte biologicamente predisposti, per quanto riguarda l'identità di genere e l'orientamento sessuale. Diamond inizia già nel 1965 ad attaccare fortemente la teoria di John Money, proseguendo poi per decenni con la sua critica, durante tutti gli anni '70 e '80, ma senza ricevere particolare attenzione; infine, riesce a entrare in contatto con lo psichiatra di David Reimer, H. Keith Sigmundson, e nel 1997 i due pubblicano un articolo nel quale rivelano pubblicamente che il caso ha avuto uno sviluppo differente da quanto sostenuto dal dottor Money.

L'articolo di Milton Diamond del 1965 è il primo a criticare la teoria di Money, e lo fa partendo da presupposti e studi che si collocano all'interno dell'ambito di ricerca relativo all'azione degli ormoni prenatali sugli animali, in particolare i roditori. Diamond, che in quel momento è un giovane studioso,

[70] L. ROGERS, *Sesso e cervello,* cit., pp. 18-19

ringrazia infatti il dottor Robert W. Goy, che gli ha suggerito di pubblicare l'articolo, e anche William C. Young, Charles H. Phoenix e Arnold A. Gerall, ovvero tutti gli autori dell'articolo che, nel 1959, fonda il paradigma Organizzativo/Attivazionale. Dunque, il contesto dal quale prende l'avvio la critica di Diamond verso il paradigma di John Money è piuttosto chiaro, e si basa essenzialmente sull'idea che il comportamento umano sia collocato all'interno di margini stabiliti prima della nascita, e che gli elementi culturali non possano prevalere su quelli biologici, nel processo di formazione di identità di genere e orientamento sessuale[71].

Milton Diamond non è d'accordo con l'idea che le persone siano "neutre" dal punto di vista psicosessuale alla nascita, e che, da un punto di partenza comune a tutti gli individui, soltanto in seguito si formino due tipi di identità distinti, quello femminile e quello maschile; al contrario, Diamond sostiene che maschi e femmine abbiano alla nascita un ampio spettro di possibilità, dal punto di vista del comportamento sessuale, che si sovrappongono anche parzialmente tra loro, ma in seguito avviene un'inevitabile differenziazione e un restringimento delle possibilità, a seconda del contesto culturale e biologico di ogni individuo. A suo parere, il modello di Money prevede un punto di partenza comune per tutte le persone, e su questa base "indifferenziata" in seguito intervengono soltanto forze culturali a garantire la formazione e il mantenimento di un'identità di genere stabile, in senso femminile o maschile, a prescindere se ci si riferisca a una persona intersessuale o no. Invece, basandosi su elementi biologici come il sistema nervoso o quello endocrino, Diamond ritiene che ci sia una struttura sottostante agli elementi sociali e culturali, che stabilisce dei limiti invalicabili rispetto alla sessualità di ogni individuo; una persona ha quindi a disposizione una certa gamma di possibilità, a seconda sia del contesto culturale, sia della predisposizione biologica, che è soggetta a forze che operano sia prima che dopo la nascita[72].

---

[71] M. DIAMOND, 'A Critical Evaluation of the Ontogeny of Human Sexual Behavior', *Quarterly Review of Biology*, vol. 40, n. 2, 1965, pp. 147-175
[72] *Ibid.*; A. FAUSTO-STERLING, *Sexing the Body*, cit., pp. 67-68

Al modello di sviluppo psicosessuale di John Money, che secondo Diamond prevede un'origine "neutra", e indifferenziata in senso maschile o femminile, lo studioso affianca la sua proposta, ovvero un modello di sviluppo psicosessuale "predeterminato": secondo tale modello, alla nascita una persona è già predisposta per interagire con il suo ambiente in senso maschile o femminile. Milton Diamond riconosce a Money che il suo modello dell'origine "neutra" potrebbe essere valido per le persone intersessuali, che a suo parere hanno seguito uno sviluppo differente rispetto a quello abituale, ma non crede che sia applicabile agli individui non intersessuali; non sono forze culturali che agiscono dopo la nascita a determinare la sessualità di una persona, ma elementi già presenti all'interno del corpo prima della nascita. A suo parere, il modello di sviluppo psicosessuale "neutro" di John Money prevede una base ristretta e comune per tutti, da cui poi, dopo la nascita, si dipartono due rami, quello maschile e quello femminile, che si allargano gradualmente mentre si procede oltre la pubertà; quando si arriva all'età adulta, ogni ramo ha a disposizione una gamma di possibilità sessuali, che è più ampia rispetto a com'era prima della nascita, ed ogni ramo è chiaramente separato dall'altro. Il modello di sviluppo psicosessuale "predeterminato" proposto da Diamond nel 1965, invece, ha una base estremamente ampia, in cui il ramo femminile e quello maschile si sovrappongono in una certa misura, prima della nascita; in seguito, durante l'infanzia e l'adolescenza, i due rami si separano gradualmente tra loro, restringendosi fino a non presentare più alcun punto di contatto, e avere una gamma di possibilità sessuali inferiore rispetto a quelle presenti prima della nascita. In questo modo, il professor Diamond cerca di sottolineare l'ampiezza delle possibilità sessuali disponibili, all'inizio del suo sviluppo, a ogni essere umano; a suo parere, tali possibilità diminuiscono poi durante la crescita, in accordo con contesto culturale e componente biologica[73].

Secondo Diamond, il modello di Money prevede un punto di partenza troppo ristretto, che non è in grado di tenere conto di tutte le variazioni del

[73] *Ibid.*, vedi 'Summary'; A. FAUSTO-STERLING, *Sexing the Body*, cit., p. 68

comportamento sessuale di un essere umano; a suo avviso, invece, il modello "predeterminato" è più efficace nel prendere in considerazione la varietà delle persone in materia di sessualità. In effetti, Diamond non sostiene affatto che un tipo di orientamento sessuale sia "normale" rispetto a un altro, o che ci sia un tipo di identità di genere non consentita: l'intera gamma della sessualità umana è presa in considerazione come assolutamente "normale". Diamond ritiene che una persona non abbia a disposizione una gamma infinita di possibilità, ma possa muoversi, dal punto di vista di identità di genere o orientamento sessuale, soltanto all'interno di confini stabiliti dalla biologia; la sessualità umana è quindi fortemente collegata a una struttura biologica sottostante, che stabilisce le varie possibilità che si hanno a disposizione. Allo stesso tempo, tale delimitazione dello spettro di possibilità di orientamento sessuale e identità di genere disponibili a un individuo, porta alla conclusione che ogni comportamento, per quanto possa essere considerato "anomalo" e "illecito" dalla società, fa in effetti parte del "normale" sviluppo biologico di una persona. Milton Diamond sottolinea infatti, nel 1965, che è il contesto culturale a stabilire quali comportamenti siano "normali" e quali non lo siano, e che anche le forme di sessualità considerate "anomale" siano in realtà coerenti con la componente biologica di ogni individuo, considerato come sottoposto alla forza dell'evoluzione. Il professor Diamond riprende infatti la teoria della "bisessualità" originaria di Frank Beach, che prevede che l'omosessualità umana possa essere considerata in accordo con l'appartenenza degli esseri umani ai mammiferi; inoltre, Diamond cita anche gli studi di Alfred Kinsey, che portano alla luce il dato che un gran numero di uomini e donne non sia esclusivamente eterosessuale. Secondo quest'ottica, dunque, tutte le possibilità della sessualità umana sono considerate "normali", in quanto derivanti dalla biologia e coerenti con il processo di evoluzione; la spiegazione relativa all'esistenza di persone omosessuali e transgender è quindi fondata sulla materia del corpo, e la differenza tra le persone si basa su elementi biologici. Seppure al fine di considerare "normali" anche gli orientamenti sessuali e le identità di genere differenti rispetto al modello considerato tradizionalmente

accettabile, l'origine del comportamento sessuale viene ricondotta a una base biologica, che stabilisce dei confini invalicabili per l'influenza culturale[74].

Il professor Diamond chiarisce più volte la sua posizione sullo sviluppo psicosessuale, e sull'interazione tra gli elementi biologici e l'influenza ambientale, anche in risposta a critiche provenienti dall'ambito femminista e dai gender studies più recenti. Nel 2006, Diamond pubblica un articolo in cui sintetizza la sua teoria dello sviluppo psicosessuale, sottolineando che non ha mai inteso escludere del tutto la forza del contesto sociale e culturale, nella formazione di identità di genere e orientamento sessuale. Così come la teoria di John Money viene spesso considerata come un esempio dell'esclusivo valore della componente sociale, nella creazione dell'identità di genere, rispetto agli elementi biologici, così anche la teoria di Milton Diamond viene a volte analizzata come se eliminasse completamente l'influenza sociale, in tale processo, per fondarsi del tutto sulla biologia. In effetti, entrambi i paradigmi considerano sia le forze sociali che quelle biologiche come fattori da prendere in considerazione, ed è soltanto quale sia ritenuto preponderante sull'altro a cambiare. Secondo John Money, l'ambiente, e quindi la componente culturale, è più forte rispetto all'azione della biologia, mentre per Milton Diamond è l'influenza biologica a stabilire il terreno nel quale si muovono le forze sociali e culturali[75].

Inoltre, nell'articolo del 2006, il professor Diamond sottolinea con forza che nessuno dovrebbe imporre agli altri quello che ritiene sia giusto in materia di genere o "espressione sessuale"; secondo Diamond ogni persona ha insomma il diritto di seguire liberamente le proprie inclinazioni sessuali. In un altro contributo pubblicato nel 2010, Diamond chiarisce anche la sua posizione sulle persone transgender, che ritiene siano in realtà intersessuali. Diamond nota che tale idea sia al momento minoritaria nella comunità scientifica, ma a suo parere le persone che chiama "transessuali" sarebbero affini agli individui intersessuali. Secondo la sua opinione, l'intersessualità delle persone "transessuali" è una condizione che

---

[74] *Ibid.*, 'Considerations regarding inherent sexuality at birth'
[75] M. DIAMOND, 'Biased-Interaction Theory of Psychosexual Development: "How Does One Know if One is Male or Female?"', cit.

risiede nel cervello, e non in altri elementi biologici (gonadi, ormoni, cromosomi, genitali), come invece accade di solito[76]. In effetti tale idea colloca in una categoria uniforme sia le persone che si identificano con il termine "intersessuale", sia coloro che si considerano transgender, riconducendo a una motivazione biologica ogni esistenza che si collochi al di fuori del modello binario in uso nella società. Secondo Milton Diamond, dunque, una persona transgender sarebbe biologicamente differente da una persona cisgender[77], e questa diversità si colloca in ogni caso in un'ottica che non mette in discussione il sistema binario maschio/femmina. Per Diamond, infatti, il cervello di una donna transgender dovrebbe essere più simile a quello di una donna cisgender, rispetto a quello di un uomo cisgender, e il cervello di un uomo transgender dovrebbe essere più simile a quello di un uomo cisgender rispetto a quello di una donna cisgender[78]. In tale contesto, l'esistenza di una differenza biologica tra le donne e gli uomini, a livello cerebrale, è accettata senza alcun dubbio, e considerata come un punto di partenza oggettivo per una ricerca scientifica. Uomini e donne, transgender o cisgender, sarebbero quindi diversi tra loro dal punto di vista corporeo, a livello biologico; inoltre, le due scelte previste dal modello binario sono le uniche prese in considerazione, e non è contemplata la possibilità di avere un'identità estranea a tale dicotomia culturale.

Dunque, per quanto cerchi di tenere conto anche del contesto culturale in cui una persona vive, il paradigma di sviluppo psicosessuale "predeterminato" proposto da Milton Diamond pone, alla base della formazione di identità di genere e orientamento sessuale, dei confini stabiliti a livello biologico, su cui poi soltanto

---

[76] M. DIAMOND, *Intersexuality*, consultabile online, 2010, in E. J. HAEBERLE (*ed.*), *Human Sexuality: An Encyclopedia,* edizione online, 2006 (ed. or. V. L. BULLOUGH, B. BULLOUGH (*ed.*), *Human Sexuality: An Encyclopedia*, New York, Garland Publishing, 1994)

[77] Il termine "cisgender" viene utilizzato in rapporto al termine "transgender": se il secondo è riferito a una persona che ha una percezione della propria identità differente rispetto al genere che le è stato attribuito alla nascita, il primo indica una persona in cui la percezione individuale dell'identità, il genere assegnato alla nascita, e il relativo ruolo sociale sono in accordo.

[78] M. DIAMOND (*et al.)*, 'Dichotic Listening, Handedness, Brain Organization and Transsexuality', *International Journal of Transgenderism*, vol. 12, n. 3, 2010, pp. 144-154

in seguito possono operare forze sociali e culturali. Nella concreta applicazione di tale modello, il fattore biologico e quello culturale vengono considerati come due fenomeni separati, e non viene affatto messo in discussione il paradigma binario in uso nella società; la biologia "crea" quindi in ogni essere umano una struttura da cui non si può prescindere, e che predispone esclusivamente verso un'identità di tipo maschile o femminile, su cui solo in un secondo momento può intervenire la componente sociale, per operare all'interno di confini stabiliti in precedenza.

6. Milton Diamond e il passaggio al genere maschile di David Reimer – 1980

Milton Diamond è particolarmente interessato a scoprire cosa sia realmente successo a David Reimer, il cui caso è stato pubblicizzato dal dottor Money come il più rappresentativo rispetto al successo del suo modello di sviluppo psicosessuale. John Money utilizza infatti David Reimer per dimostrare la validità del suo paradigma anche per le persone non intersessuali, ovvero per sottolineare la preponderanza del contesto culturale rispetto alla componente biologica, nella formazione dell'identità di genere. Il professor Diamond non è assolutamente d'accordo con Money su questo punto, dal momento che, se può concedere che un individuo intersessuale possa adattarsi a un ruolo di genere differente rispetto alla sua struttura biologica, poiché ha avuto uno sviluppo "anomalo" rispetto alle altre persone, in particolare per quanto riguarda l'influenza ormonale, in nessun caso una persona non intersessuale dovrebbe potersi adattare a vivere secondo un ruolo di genere non previsto dai confini stabiliti biologicamente prima della nascita.

Nel 1980 la BBC decide di girare un documentario su David Reimer, ed entra in contatto sia con John Money che con Milton Diamond, rivelando loro le informazioni più recenti: dal 1976, gli psichiatri che seguono la bambina si sono resi conto che ha delle difficoltà ad adattarsi al genere femminile, e ritiene che i maschi abbiano una vita migliore delle femmine. A questo punto John Money, che inizialmente è disponibile a partecipare al programma, decide di non prendere più

parte al documentario, e preferisce non farsi intervistare. Milton Diamond viene informato di tutto dagli organizzatori del programma, che va poi in onda in Gran Bretagna il 19 marzo del 1980. Il documentario della BBC, però, non viene trasmesso negli Stati Uniti, e nessuno è così in grado di scoprire che il caso più riuscito del dottor Money abbia in realtà avuto uno sviluppo differente da quanto sostiene il medico[79].

Milton Diamond pubblica allora un articolo, nel 1982, in cui spiega cosa abbiano scoperto gli inviati della BBC, ma non riesce a sollevare particolare attenzione; decide allora di occuparsi direttamente degli sviluppi del caso di Money. Diamond inizia a pubblicare annualmente sulla 'American Psychiatric Association Journal' una richiesta rivolta a chiunque si stia occupando del caso dei gemelli riportato da John Money, chiedendo di mettersi in contatto con lui. Infine, nel 1991, tramite un'altra psichiatra che si è occupata precedentemente di David Reimer, Milton Diamond riesce finalmente a ottenere il numero di H. Keith Sigmundson, che ha supervisionato il caso di David prima che fosse affidato a una psichiatra donna, e che gli dice di aver visto per anni la sua richiesta sulla rivista, ma di non avere mai trovato il coraggio di rispondere. Il dottor Sigmundson è infatti spaventato dalla notorietà di John Money, e ha paura di danneggiare la propria carriera, esponendosi pubblicamente contro la sua teoria del trattamento dei bambini intersessuali; Milton Diamond riesce infine a convincere lo psichiatra, e i due prendono contatto con David Reimer, che acconsente a collaborare alla produzione di un articolo che racconti la sua storia. Nel 1980 i genitori hanno raccontato infatti la verità a Brenda, che ha deciso di iniziare a vivere come maschio, scegliendo il nome di David. Nel 1997 l'articolo viene finalmente pubblicato, e Diamond utilizza gli pseudonimi di John e Joan[80], per raccontare la storia di David Reimer, e utilizzarla come prova per la sua teoria

[79] A. FAUSTO-STERLING, *Sexing the Body*, cit., pp. 69-70; M. DIAMOND, 'Sexual Identity, Monozygotic Twins Reared in Discordant Sex Roles and a BBC Follow-Up', *Archives of Sexual Behavior*, vol. 11, n. 2, 1982, pp. 181-185

[80] In seguito, infatti, la storia di David Reimer diventa nota negli Stati Uniti come "caso di John/Joan".

dello sviluppo psicosessuale predeterminato biologicamente[81].

Diamond e Sigmundson sollevano in particolare, nell'articolo del 1997, due critiche al paradigma di trattamento delle persone intersessuali fondato da John Money: le persone non sarebbero "neutre" dal punto di vista psicosessuale alla nascita, e uno sviluppo "sano" non sarebbe collegato all'aspetto dei genitali. Utilizzando il caso di David, Diamond intende dimostrare che una persona è già "predisposta", al momento della nascita, per interagire con l'ambiente in maniera femminile o maschile; anche se si viene educati in maniera coerente con uno specifico ruolo di genere, se questo fosse differente rispetto all'organizzazione prenatale del sistema nervoso, allora l'influenza biologica sarebbe troppo forte, e impedirebbe la conduzione di una vita "normale". Se una persona nasce con cariotipo 46, XY, Diamond ritiene che sarebbe meglio crescerla come maschio, a prescindere dallo stato del fallo, poiché la componente biologica maschile, formatasi prima della nascita, dovrebbe impedire l'accettazione di un ruolo di genere femminile. Milton Diamond, grazie al caso di David Reimer, ha finalmente modo di far acquistare notorietà alla sua teoria dello sviluppo psicosessuale "predeterminato", che stabilisce dei confini all'interno dei quali possono agire elementi sociali e culturali[82]. Nel 1997 il professor Diamond presenta fermamente la sua posizione, scrivendo che: «sembra provato oltre ogni dubbio che i normali umani non sono neutri dal punto di vista psicosessuale alla nascita ma, in accordo con la loro eredità di mammiferi, sono predisposti e predeterminati per interagire con l'ambiente, la famiglia e le forze sociali, in modalità maschile o femminile»[83].

7. David Reimer, secondo la "predeterminazione biologica" di Diamond

Nel 1994 e nel 1995, Diamond e Sigmundson intervistano più volte David Reimer, sua madre e sua moglie; inizialmente sembra che David sia piuttosto

[81] J. COLAPINTO, 'The true story of John/Joan', cit.
[82] M. DIAMOND, H. K. SIGMUNDSON, 'Sex Reassignment at Birth: A Long Term Review and Clinical Implications', *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, vol. 151, n. 3, 1997, pp. 298-304; A. FAUSTO-STERLING, *Sexing the Body*, cit., p. 70
[83] *Ibid.*

restìo a partecipare al progetto, ma Diamond riesce infine a convincerlo, facendogli notare che altre persone si trovano nelle sue stesse difficoltà, e rivelare quale sia il reale esito del suo trattamento clinico potrebbe impedire che altri debbano affrontare i suoi stessi problemi[84]. In effetti, la versione riportata dall'articolo di Diamond è piuttosto differente da quella descritta da John Money; in precedenza, infatti, la madre di David aveva riferito al medico che la figlia fosse assolutamente "normale", e a suo agio con vestiti e giocattoli tipicamente femminili. Secondo quanto raccontato a Diamond, invece, già a 4 o 5 anni la bambina preferisce imitare il padre e non la madre, e questi dati vengono quindi interpretati in accordo con la teoria che vede la virilità come innata e biologica. Il professor Diamond riferisce infatti un episodio che considera tipico: «quando i gemelli avevano 4 o 5 anni stavano guardando i genitori. Il padre si stava radendo, e la madre si stava truccando. Joan si mise la schiuma da barba e fece finta di radersi. Quando Joan venne corretta e le venne detto di mettersi il rossetto e il trucco come la madre, Joan disse: "No, non voglio truccarmi, voglio radermi"»[85].

Altre attività ritenute tipicamente maschili preferite da Brenda sono giocare in maniera "violenta" e non evitare gli scontri fisici; al contrario, la bambina non ama attività considerate femminili come cucire o giocare con le bambole. Secondo il racconto riportato da Diamond, tra i 9 e gli 11 anni, Brenda ha problemi con gli altri bambini, sia maschi che femmine, che la prendono in giro e la attaccano; inoltre, David ricorda che in quel periodo ha iniziato a sentire di non appartenere al ruolo femminile che gli è stato attribuito, e di sentirsi più affine al modello maschile proprio del suo ambiente sociale. Brenda desidera essere, da grande, un ragazzo pieno di muscoli, una bella macchina e tanti amici[86]. David ricostruisce i suoi pensieri di quel periodo, ed è possibile notare quanto fossero differenti i ruoli sociali a sua disposizione, a seconda del genere: «[…] non mi piace questo tipo di vestiti, non mi piacciono i giocattoli che mi vengono

[84] J. COLAPINTO, 'The true story of John/Joan', cit.
[85] M. DIAMOND, H. K. SIGMUNDSON, 'Sex Reassignment at Birth: A Long Term Review and Clinical Implications', cit.
[86] *Ibid.;* J. COLAPINTO, 'The true story of John/Joan', cit.

sempre dati, a me piace stare con i maschi e arrampicarmi sugli alberi e cose di questo tipo, e alle ragazze non piace niente di tutto questo. […] le mie spalle sono così larghe, voglio dire, non c'è niente di femminile in me. Sono magra, ma a parte questo, nulla»[87].

Inoltre, Milton Diamond riporta che, a partire dai 7 anni, la bambina non vuole più andare a Baltimora per le visite con il dottor Money; queste occasioni diventano quindi sempre più complicate da affrontare per i genitori, che cercano di convincerla unendo la visita medica alla prospettiva di una vacanza. Inoltre, quando Brenda ha 13 anni, mentre si trova al Johns Hopkins Hospital, John Money la fa incontrare con una donna transgender, che dovrebbe parlarle dei benefici dell'intervento di ricostruzione vaginale; l'idea del medico non ha l'effetto desiderato, e Brenda si allontana dall'ospedale. In seguito, quando Brenda ha 14 anni, il suo rifiuto di continuare le visite con John Money diventa categorico, e inizia allora a essere seguita a livello locale, da un gruppo di medici (pediatri, chirurgi, endocrinologi, psichiatri)[88].

A partire dai 12 anni, infatti, Brenda inizia la somministrazione di ormoni estrogeni e, secondo il progetto originale previsto dal dottor Money, la ragazza dovrebbe anche sottoporsi a un intervento chirurgico, per la creazione del canale vaginale; in precedenza, infatti, le sono stati rimossi i testicoli ed è stata creata una struttura esterna che somigli a una vulva, ma sarebbe necessario procedere al più presto con la ricostruzione della vagina, poiché secondo il paradigma di John Money, il possesso dei genitali "giusti" è indispensabile per la formazione dell'identità di genere. La ragazza si ribella invece alla somministrazione ormonale, dal momento che non desidera che le si sviluppi il seno, e, quando arriva ai 14 anni, smette di assumere gli ormoni. A scuola la ragazza si trova in difficoltà, e viene spesso chiamata "donna delle caverne"; inoltre, preferisce urinare in piedi, e questo le crea dei problemi, dal momento che né le ragazze né i ragazzi la accettano nei loro bagni, naturalmente divisi a seconda del genere.

[87] *Ibid.*
[88] *Ibid.*

Infine, dopo discussioni con la sua psichiatra e il suo endocrinologo, in cui Brenda continua a ribadire di non voler essere una ragazza, i medici decidono che sia il momento di dirle la verità[89].

Nel 1980, il padre di Brenda le spiega finalmente cosa sia realmente successo, e la ragazza decide che continuerà a vivere da maschio, scegliendo di chiamarsi David. Inizia immediatamente la terapia ormonale in senso maschile, e subisce un intervento per rimuovere il seno; due operazioni chirurgiche per la creazione di un pene avvengono invece quando David ha 15 e 16 anni. David racconta a Diamond di essersi sentito sollevato quando ha scoperto la verità, dal momento che aveva sempre ritenuto di essere un "mostro", una persona strana e diversa dagli altri, poiché non era una ragazza come le altre; sapendo di essere nato maschio, invece, la sua precedente difficoltà ad adattarsi al particolare ruolo sociale femminile che gli veniva imposto, gli sembra del tutto comprensibile. In questo senso, l'idea che la componente biologica "maschile" fosse troppo forte per farlo comportare come una ragazza tradizionale, porta sollievo a David, dandogli la sensazione di non essere strano: «improvvisamente aveva senso, il perché mi sentivo nel modo in cui mi sentivo. Non *ero* strano (weirdo)»[90].

8. Milton Diamond contro gli interventi genitali infantili

Secondo quanto riportato da Diamond, dopo aver iniziato a vivere come un maschio, i problemi di David cessano, dal momento che sente che il suo corpo e le sue inclinazioni comportamentali sono in accordo, rispetto al periodo precedente; il professor Diamond nota inoltre che, quando ha 25 anni, David si sposa e adotta i figli della sua compagna. Quando ha 18 anni, la prima esperienza sessuale di David è con una donna; Diamond nota inoltre che i rapporti sessuali con sua moglie non sono particolarmente frequenti. Come conseguenza degli interventi chirurgici necessari alla ricostruzione del pene, infatti, la maggior parte del tessuto è priva di sensibilità, e anche l'uretra non viene ricostruita completamente. Il

[89] *Ibid.*, J. COLAPINTO, 'The true story of John/Joan', cit.
[90] J. COLAPINTO, 'The true story of John/Joan', cit.

seguito al passaggio al genere maschile, David inizia inoltre la somministrazione di testosterone. Secondo l'opinione della moglie, riportata da Diamond, David è, in maniera del tutto tradizionale, l'uomo di casa: «prima che arrivasse ero molto più severa con i bambini, perché dovevo. [Adesso] John è quello veramente severo, e io sono quella permissiva …non c'è dubbio su chi porta i pantaloni in questa famiglia» [91].

Secondo l'analisi di Milton Diamond, la teoria di John Money ha fallito completamente nel caso di David, poiché, nonostante tutte le istruzioni impartite in senso contrario, il comportamento e i desideri di David sono sempre stati "maschili". Secondo Diamond anche l'orientamento sessuale sarebbe, completamente o parzialmente, predeterminato nel periodo prenatale; dunque non avrebbe senso assegnare una persona al genere femminile aspettandosi che sia attratta dagli uomini, se durante la gravidanza ha seguito il "normale" modello di sviluppo maschile, che prevede un orientamento sessuale eterosessuale. Basandosi sul suo paradigma della predisposizione prenatale, il professor Diamond solleva finalmente il problema degli interventi chirurgici sui bambini, e consiglia che ogni persona con cariotipo 46, XY, nata con un "normale" sistema nervoso, venga cresciuta come un maschio. Dal momento che, secondo il paradigma di Money, quasi il 90% delle persone intersessuali vengono assegnate al genere femminile, con la motivazione della facilità di costruzione di una vagina rispetto a un pene, la proposta di Diamond cerca di modificare l'intera modalità di gestione dei casi di "ambiguità genitale". A suo parere, l'influenza della "predisposizione" prenatale è troppo forte, e non ha senso sottoporre dei bambini a interventi chirurgici irreversibili, se non si ha la certezza che il genere assegnato sia quello "giusto". Inoltre, Milton Diamond solleva il problema della privazione della capacità di procreare per le persone intersessuali assegnate al genere femminile, ma con genitali interni maschili. Anche nel caso di David, infatti, i testicoli sono stati rimossi, prima che il paziente potesse capire il significato dell'operazione che

[91] M. DIAMOND, H. K. SIGMUNDSON, 'Sex Reassignment at Birth: A Long Term Review and Clinical Implications', cit.

subiva; in seguito, David si rammarica di non poter avere figli biologicamente, dal momento che i testicoli che gli sono stati rimossi erano perfettamente funzionanti[92].

Diamond ritiene che i comportamenti tipicamente "maschili" di David siano stati interpretati per molto tempo secondo quanto i medici si aspettavano di vedere, che li hanno quindi classificati come comportamenti "atipici" per una ragazza, ma possibili durante il periodo di infanzia e adolescenza. Inoltre il professor Diamond sottolinea quanto sia complicato riuscire a notare elementi che non si accordano con quanto previsto inizialmente; secondo la sua analisi, dal momento che il paradigma di John Money viene ritenuto assolutamente valido, è piuttosto difficile metterlo sotto esame, e osservare in maniera distaccata la crescita di un paziente. In effetti, la riflessione di Diamond sembra implicare che ci sia una differenza effettiva tra un comportamento "maschile" e uno da "maschiaccio", mentre in realtà è proprio la precedente appartenenza a un genere, che già possiede una serie di aspettative sociali di comportamento, a creare tale distinzione. Milton Diamond sottolinea, in riferimento all'analisi degli atteggiamenti di Brenda, che i medici che la osservano da bambina utilizzano dei preconcetti e producono un'analisi inesatta della realtà: «manifestazioni comportamentali tipiche di un ragazzo vengono allora considerate ripetutamente come da "maschiaccio" (tomboyish)»[93]. Se si analizza invece un dato comportamento senza prima ricondurlo all'appartenenza a uno dei due generi previsti dal modello binario, non è più possibile utilizzare la distinzione che applica Diamond, che sembra ritenere che una bambina che si arrampica su un albero, e un bambino che si arrampica su un albero, stiano compiendo due azioni intrinsecamente differenti.

Dunque, basandosi sull'esperienza di David Reimer, che, pur non essendo una persona intersessuale, è diventato un modello per il trattamento clinico nei casi di "genitali ambigui", e utilizzando i numerosi studi sull'azione degli ormoni

[92] *Ibid.*
[93] *Ibid.*

prenatali sugli animali, Milton Diamond critica fortemente il paradigma di John Money. Secondo Diamond, il presupposto secondo il quale è necessario avere dei genitali il più somiglianti possibile al modello femminile o maschile, per sentirsi appartenente al relativo genere, non è corretto; a suo parere, è meglio attendere prima di sottoporre dei bambini a interventi chirurgici genitali. La sua proposta è dunque quella di aspettare, in modo da capire con certezza verso quale genere si dirigano le inclinazioni del paziente, prima di intervenire drasticamente; è necessario inoltre fornire ai bambini e alle famiglie un continuo supporto psicologico, ma, secondo Diamond, non c'è ragione per sostenere che, senza chirurgia genitale infantile, non sia possibile avere una vita "normale" da adulti[94].

9. John Colapinto e l'articolo su 'Rolling Stone' – 1997

L'11 dicembre del 1997 su 'Rolling Stone' appare un articolo del giornalista John Colapinto, 'The True Story of John/Joan', in cui viene resa nota al pubblico la storia di David Reimer; John Colapinto utilizza uno pseudonimo, ma in seguito David renderà pubblica la propria identità, scrivendo un libro sulla sua esperienza, insieme al giornalista. L'approccio utilizzato da Colapinto si basa su concetti come lo schema binario in uso nella società, la differenza di comportamento tra donne e uomini, e la convinzione che la biologia determini una vasta gamma di atteggiamenti. Il titolo del libro scritto insieme a David, e pubblicato del 2000, è infatti 'As Nature Made Him'[95], scelta che implica già l'accettazione dell'idea che ci sia una "predisposizione biologica" innata in ogni individuo, che spinge verso l'identificazione con un ruolo di genere maschile o femminile; non è quindi una circostanza individuale che l'identità di David non si sia sviluppata in senso tradizionalmente femminile, ma è un dato generale, dal momento che le donne e gli uomini sono considerati come biologicamente, sostanzialmente differenti tra loro. In questo senso, la denuncia degli interventi genitali sui bambini intersessuali, per quanto assolutamente necessaria, si fonda

[94] *Ibid.*, 'Conclusions'
[95] J. COLAPINTO, *As Nature made Him: the boy who was raised as a girl*, New York, Harper Collins, 2000

sul rischio di attribuire una persona al genere "sbagliato", sulla base della sua innata "predisposizione biologica", più che sull'idea che ci siano delle norme sociali alla base della divisione dei comportamenti in convenzionalmente maschili e femminili.

Nel 2002 il libro viene recensito da Suzanne Kessler e Wendy McKenna, che studiano la costruzione sociale delle categorie di genere[96], e evidenziano che Colapinto utilizza i concetti di natura e cultura, e la dicotomia sesso/genere, come se si trattasse di fenomeni oggettivi e già determinati, esistenti ancora prima che qualcuno se ne serva per descrivere la realtà in cui vive[97]. «Ma se invece guardassimo agli eventi della vita di David da una prospettiva che non considera il sesso/genere[98] come un dato oggettivo? Come costruzioniste sociali consideriamo il sesso/genere, e le sue componenti psicologiche e biologiche, come prodotti di riflesso delle autorità scientifiche che li considerano reali e dicotomici. Prima di concludere che gli androgeni "virilizzano" il cervello, o che i Reimer trattavano la figlia come una "ragazza vera", Diamond o Money (o chiunque altro che si occupi di ricerca sul sesso/genere all'interno della contrapposizione "natura/cultura") devono già avere una "nozione" di cosa sia il sesso/genere, e su come dividere le persone in femmine e maschi»[99]. Kessler e McKenna pongono quindi l'attenzione sull'utilizzo delle dicotomie sesso/genere e natura/cultura, e notano che analizzare l'identità di una persona attraverso queste contrapposizioni porti a conclusioni inesatte; a loro avviso, infatti, l'idea stessa che il genere sia "creato" dalla biologia, oppure sia una costruzione culturale, è falsa. Questo concetto è a sua volta un prodotto umano, che si serve delle dicotomie per analizzare la realtà[100].

Nell'articolo di 'Rolling Stone', John Colapinto racconta l'esperienza di David, sottolineando appunto la componente biologica della sua "virilità", che

---

[96] S. KESSLER, W. MCKENNA, *Gender: An Ethnomethodological Approach*, cit.
[97] S. KESSLER, W. MCKENNA, 'Book Reviews. As Nature Made Him: The Boy Who Was Raised as a Girl', *Archives of Sexual Behavior*, vol. 31, n. 3, 2002, pp. 301-303
[98] Le autrici utilizzano il termine "sesso/genere" (sex/gender) proprio per rifiutare la tradizionale contrapposizione tra "sesso/biologia" e "genere/cultura", ritenendo entrambe le dicotomie costruzioni sociali. Vedi *Ibid.*, nota 4, p. 301
[99] *Ibid.*, p. 302
[100] *Ibid.*, p. 303

viene considerata come un prodotto del corpo, innata e talmente forte da rendere inutili sia la chirurgia genitale, che gli sforzi dei medici di convincerlo che fosse in realtà una bambina. Il giornalista nota più volte quanto sia maschile l'aspetto di David, e ritiene che sia impossibile pensare che sia stato in realtà cresciuto come una bambina: «l'impressione più forte che mi è rimasta dopo il primo incontro è relativa alla virilità intensa e inequivocabile di John. I suoi gesti, la camminata, le attitudini, i gusti, il vocabolario – nessuno di loro tradisce il benché minimo indizio che è stato cresciuto come una ragazza. E infatti, quando gli si chiede se pensa che la sua straordinaria infanzia gli abbia dato una speciale comprensione delle donne, rifiuta la domanda»[101].

Secondo il racconto riportato da Colapinto, tutti i membri della famiglia si rendono conto che il paradigma di John Money non sta funzionando come dovrebbe, e che nonostante tutti i tentativi di rinforzare l'identità femminile di Brenda, la bambina non riesce a comportarsi nel modo richiesto, ovvero secondo un modello decisamente tradizionale di donna. Nel contesto da cui proviene David, le attività femminili e quelle maschili sono nettamente separate: le ragazze amano truccarsi, e vogliono un marito e dei figli, mentre ai maschi piacciono le macchine, i giochi movimentati, e vogliono essere il capofamiglia. La non accettazione di un modello binario di questo tipo viene immancabilmente ricollegata a motivazioni biologiche, prestabilite prima della nascita, secondo uno schema che prevede che se una persona è, a livello genetico e sulla base dell'esposizione ai giusti livelli ormonali, una donna, allora dovrebbe anche amare i trucchi, le pulizie di una casa, e gli uomini.

Il fratello gemello di David ricorda ad esempio la poca "femminilità" della sorella, quando sono bambini, ricorrendo a una serie di interessi tipici di maschi e femmine: «"quando dico che non c'era niente di femminile riguardo Joan" ride Kevin, "intendo che non c'era *niente* di femminile. Camminava come un maschio. Parlava di cose da maschi, non le importava nulla di pulire la casa, sposarsi, truccarsi… Entrambi volevamo giocare con i maschi, costruire fortini e fare

[101] J. COLAPINTO, 'The true story of John/Joan', cit.

battaglie di palle di neve e giocare ai soldati"»[102]. Anche lo stesso David ricostruisce i suoi ricordi d'infanzia, sottolineando che non si sia mai sentito realmente una bambina: «"sai com'è fatta solitamente una bambina" dice John, "e sai com'è fatto solitamente un bambino. E tutti ti dicono che sei una ragazza. Ma tu dici tra te e te 'Io non mi *sento* una ragazza.' Pensi che le ragazze dovrebbero essere delicate e amare cose da ragazza – il thè con le bambole (tea parties), cose del genere. Ma a me piace fare cose da ragazzo. Qualcosa non torna. Quindi pensi 'Bene, c'è qualcosa di *sbagliato* qui. Se dovrei essere come questa ragazza, ma mi comporto come quel ragazzo, allora immagino di essere un *qualcosa* (an *it*)'"»[103].

La madre di David riferisce inoltre al giornalista che a volte, quando vuole, Brenda si comporta in maniera "femminile", e sono quelle occasioni che lei cerca di enfatizzare nelle lettere che scrive a John Money, in modo che il medico pensi che lei e il marito stanno facendo esattamente quanto è stato raccomandato loro; Money è infatti estremamente fermo riguardo alla necessità di non sollevare alcun dubbio sull'identità femminile di Brenda, che va anzi rafforzata in ogni modo possibile. Janet, invece, racconta a Colapinto di aver notato che Brenda non è come le altre bambine, e non è femminile in modo tradizionale; invece di classificare i suoi atteggiamenti come "maschili", però, la madre sembra allargare i confini del modello binario, classificando i modi della figlia come quelli di un diverso tipo di donna. In questo senso, sembra essere presente nella riflessione di Janet la consapevolezza che le donne non sono tutte uguali tra loro, e che è possibile una gamma di variazioni rispetto al comportamento maschile e femminile previsto dalle norme sociali. Janet ricorda dunque: «"ho visto tutti i tipi di donne nella mia vita", dice, "e alcune, giureresti che sono uomini. Quindi ho pensato, 'Bene, allora magari non sarà un problema, perché ci sono tante donne che non sono molto effeminate. Magari può funzionare'. Io *volevo* che funzionasse"»[104].

John Colapinto rende inoltre pubblico un aspetto piuttosto controverso

[102] *Ibid.*
[103] *Ibid.*
[104] *Ibid.*

relativo al lavoro di John Money: i gemelli raccontano infatti che il medico chiede loro di spogliarsi, quando sono bambini, e di esaminare ognuno i genitali altrui. Secondo i loro racconti, a volte nella stanza sono presenti anche cinque o sei assistenti di Money, e naturalmente i bambini non si sentono a proprio agio nello spogliarsi davanti a così tante persone. Viene inoltre riferito al giornalista che Money perdesse spesso la pazienza, e diventasse brusco con i bambini, quando non obbedivano subito alle sue richieste. Inoltre, quando Brenda ha circa nove anni, le viene chiesto da Money se preferisca stare insieme a un ragazzo o a una ragazza, e la bambina risponde che preferirebbe una ragazza. A questo punto, il dottor Money riferisce l'episodio ai genitori, che non sanno cosa rispondere; secondo il racconto riferito a Colapinto, sembra che i genitori si sentano sollevati poiché pensano che a Money non importi particolarmente che la figlia possa essere omosessuale. Il padre risponde allora al medico che l'eventualità che Brenda sia omosessuale non gli sembra la cosa più importante della vita[105]. In questo senso, l'interesse per le ragazze viene considerato come un'ulteriore prova del fallimento della formazione di un'identità femminile, secondo il paradigma tradizionale, che colloca l'attrazione per le donne tra gli elementi fondativi della virilità.

In seguito al passaggio al genere maschile, la vita di David migliora, ma dal punto di vista dei rapporti con le ragazze, secondo quanto raccontato a Colapinto, la situazione rimane complicata, poiché il ragazzo è consapevole di avere dei genitali differenti da quelli degli altri. Quando ha 18 anni, David inizia a uscire con una ragazza di 16 anni, e dopo qualche mese le rivela di avere avuto un "incidente"; la ragazza non mantiene il segreto, e dopo poco tempo tutti ridono e commentano alle spalle di David, che rimane estremamente ferito. David cerca di suicidarsi, con un'overdose di farmaci anti-depressivi, ma viene trovato in tempo dai genitori, e portato in ospedale. Dopo appena una settimana dall'uscita dall'ospedale, il ragazzo tenta nuovamente il suicidio, e stavolta viene trovato dal fratello Brian. Un periodo di solitudine segue ai tentativi di suicidio, in cui David

[105] *Ibid.*

non riesce a interagire con le altre persone, al di fuori della sua famiglia[106].

Quando ha 21 anni, David viene sottoposto a un'altra operazione per la ricostruzione del pene, e, secondo quanto viene raccontato a Colapinto, anche se gli organi genitali sono adesso piuttosto realistici, David non riesce ad avere relazioni con le ragazze, poiché ritiene di non avere molto da offrire, dal momento che non può avere figli biologicamente. Quando suo fratello Brian ha 23 anni è ormai sposato e ha dei figli, e presenta David a una ragazza di 26 anni; quest'ultima ha tre figli da tre padri diversi, e racconta che, nel momento in cui ha incontrato David, avesse perso fiducia nei confronti degli uomini. Avendo già tre figli, da uomini che non si sono poi occupati di loro, la donna non ritiene che il fatto che David non possa avere figli biologicamente sia un problema, e dice a Colapinto di aver pensato che la cosa più importante fosse l'aver trovato una persona che si comportasse bene sia con lei che con i suoi figli. Meno di un anno dopo, i due si sposano, e per quando David ha 25 anni, sta vivendo la vita che ha sempre desiderato: ha un lavoro in fabbrica, una casa in un quartiere tranquillo, una moglie e tre figli[107].

10. Riflessioni di David Reimer

John Colapinto conclude il suo articolo del 1997, che rende nota al grande pubblico l'esperienza di David Reimer, con una riflessione del giovane su cosa significhi per lui ricoprire il ruolo sociale di un uomo; secondo i concetti utilizzati in tale analisi, l'esperienza di David non crea un allargamento dei confini tra i generi, e un ripensamento delle categorie culturali di "uomo" e "donna", ma è piuttosto una riproposizione di concetti tradizionali, secondo i quali un "vero uomo" deve occuparsi della sua famiglia. Colapinto riporta infatti le parole di David: «[…] quando parla del suo orgoglio nel suo ruolo di marito, padre, e unica fonte di reddito (breadwinner) nella famiglia che non credeva sarebbe stato abbastanza fortunato da avere. "Secondo quello che mi ha insegnato mio padre"

[106] *Ibid.*
[107] *Ibid.*

dice “quello che ti rende un uomo è: Tratta bene tua moglie. Metti un tetto sulla testa della tua famiglia. Sii un buon padre. Cose del genere aggiungono di più all’essere un uomo rispetto al sesso del tipo - *bang bang bang*. Immagino che John Money considererebbe i padri biologici dei miei figli come veri uomini. Ma loro non sono rimasti a crescere i bambini. Io sì. Questo, per me, è un uomo”»[108]. In effetti, nell’esperienza di David Reimer, le categorie di maschio e femmina sembrano decisamente rigide e polarizzate; David, durante l’infanzia, inizia a non sentirsi una bambina, ma d’altro canto, nel contesto da cui proviene, le uniche occupazioni disponibili per una donna sembrano essere quelle di truccarsi, indossare un vestito, e avere un marito e dei figli. Allo stesso modo, l’uomo che David desidera essere è una persona che si prende cura di moglie e figli, che lavora, ha una bella macchina e un corpo muscoloso. In tale ottica, da un’esperienza decisamente singolare e atipica, che si colloca in un territorio di margine tra le categorie di genere, trova invece nuova forza la formulazione tradizionale della dicotomia femminile/maschile, ormai considerata invece come obsoleta da ampie parti della società.

Secondo quanto riportato da Milton Diamond, nel suo articolo del 1997, è inoltre possibile evidenziare anche un altro aspetto delle riflessioni di David Reimer, relative in particolare all’idea che sia necessario avere i genitali “giusti” per sentirsi pienamente appartenente a un determinato genere. Diamond riporta infatti le parole di David a proposito della chirurgia di ricostruzione vaginale, che sottolineano quanto, già durante l’infanzia, trovasse decisamente superficiale da parte dei medici l’interessarsi tanto ai suoi genitali, come se da soli tali organi potessero determinare il corso della sua intera esistenza. In questo senso, sulla base di queste riflessioni di David Reimer, il margine tra le categorie di genere diventa più ampio, poiché viene posta l’attenzione sul dato che non siano affatto i soli organi genitali a qualificare una persona come appartenente alle categorie di “donna” o “uomo”. Diamond scrive allora: «John ricorda che pensava fosse segno di una mente chiusa da parte degli altri, il pensare che tutta la sua personalità fosse

[108] *Ibid.*

riassunta dalla presenza o assenza di un pene. Lo esprime in questi termini: “il dottore… dice, sarà difficile, ti prenderanno in giro, sarai molto sola, non troverai nessuno a meno che tu non abbia la chirurgia vaginale e viva come una femmina. E io mi sono detto, non ero molto grande in quel periodo, ma mi è piombato addosso che queste persone dovevano essere davvero superficiali se pensavano che questo fosse tutto quello che mi aspettava; che l’unico motivo per cui le persone si sposano e hanno figli e hanno una vita produttiva è a causa di quello che hanno tra le gambe.” … “Se questo è tutto quello che pensano di me, se misurano il mio valore in base a quello che ho tra le gambe, allora devo essere un completo perdente”»[109].

[109] M. DIAMOND H. K. SIGMUNDSON, ‘Sex Reassignment at Birth: A Long Term Review and Clinical Implications’, cit.

Capitolo IV – Associazioni intersessuali e lotta contro la discriminazione di genere

1. Cheryl Chase e l'Intersex Society of North America: 1993/2008

Nel 1993 viene fondata l'ISNA (Intersex Society of North America), da Cheryl Chase[1], pseudonimo utilizzato in quel periodo da Bo Laurent[2]. Cheryl Chase ricostruisce, in un articolo pubblicato nel 1998, il percorso che la porta alla creazione di un tipo di realtà associativa del tutto inedita in quel momento storico; il titolo dell'articolo è 'Hermaphrodites with Attitude: mapping the emergence of intersex political activism', e chiarisce immediatamente la rivendicazione politica del termine "ermafrodita", utilizzato invece in precedenza in maniera patologizzante e denigratoria, per indicare uno stato "anormale" e bisognoso di attenzione medica.

Chase scopre di essere stata operata da bambina a causa dell'intersessualità quando ha più di venti anni, dopo una lunga lotta con i medici, che per tre anni cercano di negarle l'accesso alle sue vecchie cartelle mediche; in seguito alla scoperta di quello che le è stato fatto durante l'infanzia, e della sua condizione alla nascita, che le è stata tenuta nascosta per tutta la vita, Chase si chiude nel silenzio, e non parla a nessuno di quello che ha scoperto. Alla nascita, Cheryl Chase è stata infatti assegnata al genere maschile, e per un anno e mezzo è stata considerata un bambino; in seguito, invece, i medici decidono che sarebbe meglio attribuirle il genere femminile, e la operano per asportare il tessuto gonadico testicolare, e per ridurre le dimensioni del fallo, che è considerato troppo piccolo per appartenere a un maschio, ma troppo grande per essere una clitoride "normale". Chase sarebbe infatti un cosiddetto "vero ermafrodita", secondo la definizione clinica in uso all'epoca, in quanto le sue gonadi sarebbero formate sia da tessuto testicolare che ovarico.

---

[1] C. CHASE, 'Affronting Reason', cit.

[2] Bo Laurent inizia a usare il suo nome anche in ambito associativo nel 2008, mentre in precedenza il suo lavoro come attivista viene svolto come Cheryl Chase. Si preferisce utilizzare Cheryl Chase, dal momento che i testi analizzati sono anteriori al 2008, e sono stati pubblicati con questo nome.

Quando scopre di essere un "ermafrodita", che è stato cresciuto per un anno e mezzo come maschio, Chase si identifica già come lesbica, e questo le causa ulteriori problemi: sottolinea infatti che, nel periodo in cui scopre la verità, ovvero negli anni '70, le sembra impossibile riuscire a conciliare le due diverse identità, quella di donna omosessuale, e quella di persona che alla nascita possedeva un "fallo". «Era la metà degli anni '70, quando avevo poco più di 20 anni. Ero arrivata a definirmi come lesbica, in un periodo in cui l'essere lesbica e un essenzialismo di genere su base biologica erano praticamente sinonimi: gli uomini erano stupratori che causano la guerra e la distruzione ambientale; le donne erano buone e avrebbero curato la terra; le lesbiche erano una forma superiore, incontaminata dall' "energia maschile". In un mondo del genere, come potevo dire a qualcuno che avevo realmente posseduto l'odiato "fallo"? Ai miei occhi non ero più una donna, ma una creatura mostruosa e mitica»[3].

Dopo 15 anni, Chase ha un crollo psicologico, a cui segue però una nuova consapevolezza, e il desiderio di cambiare la sua vita; tutto ciò che le è accaduto diventa un'occasione per conferire un significato alla sua esperienza, e modificare il trattamento riservato dai medici e dalla società alle persone intersessuali. «Fantasticavo di uccidermi in maniera caotica e drammatica nell'ufficio del chirurgo che aveva eliminato la mia clitoride, obbligandolo a confrontarsi con l'orrore che aveva causato alla mia vita. Nel riconoscere il desiderio di utilizzare il mio dolore per uno scopo, non sprecare semplicemente la mia vita, svoltai un angolo fondamentale, trovando il modo di dirigere produttivamente la mia rabbia verso il mondo, e non distruttivamente verso me stessa. […] Non potevo accettare che fosse corretto o giusto o buono trattare chiunque come ero stata trattata – il mio "sesso" cambiato, i miei genitali modificati, la mia esperienza messa a tacere e costretta all'invisibilità»[4]. In seguito, Cheryl Chase inizia dunque a interessarsi ai movimenti omosessuali, al femminismo e alla teoria queer e di genere; in precedenza, infatti, pur considerandosi lesbica, Chase non partecipa alla vita

[3] C. CHASE, *Hermaphrodites with attitude*, cit., p. 304
[4] *Ibid.*

politica o associativa della comunità omosessuale.

Pur non conoscendo ancora a fondo tale ambito politicizzato, Chase si rende conto che il suo desiderio di creare una comunità per le persone intersessuali, e di rendere visibili le loro storie, può essere concretizzato attraverso l'unione con altri movimenti, di persone omosessuali e transgender. Nell'autunno del 1992, quindi, Cheryl Chase si trasferisce a San Francisco, che all'epoca considera una "mecca queer", e scopre una realtà in movimento, nella quale iniziano a emergere gruppi di transgender, che intendono rendere visibili le proprie esperienze, collocandole in una prospettiva diversa da quella dell'aderenza al modello binario di genere. Chase trova, nella San Francisco degli anni '90, una comunità nella quale inserire la propria voce di persona intersessuale, in un contesto nel quale proprio in quel periodo stanno emergendo realtà associative come quella di Transgender Nation, nata da Queer Nation, che cerca di rendere nota a livello mediatico l'esistenza di persone transgender, e pubblicizzare le loro rivendicazioni. Un'altra associazione nazionale impegnata per le persone transgender è invece GenderPAC (Gender Public Advocacy Coalition), fondata nel 1995 da Riki Anne Wilchins[5]. In questa situazione, Chase trova numerosi interlocutori che condividono la sua posizione, come Kate Bornstein[6], Leslie Feinberg[7], Susan Stryker[8], Sandy Stone[9]. Insieme agli altri "attivisti di genere", Cheryl Chase intende sfidare il convenzionale paradigma binario uomo/donna in uso nella società, aprendo in questo modo nuovi spazi per diversi tipi di identità e sessualità: «[…] esploravo con loro le politiche culturali dell'intersessualità, che per me rappresentava ancora un'altra nuova configurazione di corpi, identità,

---

[5] R. A. WILCHINS, *Read My Lips: Sexual Subversion & the End of Gender*, Ithaca, Firebrand Books, 1997

[6] K. BORNSTEIN, *Gender Outlaw: on Men, Women, and the Rest of Us*, New York, Routledge, 1994

[7] L. FEINBERG, *Transgender Liberation: A Movement Whose Time Has Come*, New York, World View Forum, 1992

[8] S. STRYKER, *Gay by the Bay: A History of Queer Culture in the San Francisco Bay Area*, San Francisco, Chronicle Books, 1996; S. STRYKER, S. WHITTLE (*ed.*), *The Transgender Studies Reader*, cit.

[9] S. STONE, *The 'Empire' Strikes Back: A Posttranssexual Manifesto*, in S. STRYKER, S. WHITTLE (*ed.*), *The Transgender Studies Reader*, cit., pp. 221-235 (ed. or. J. EPSTEIN, K. STRAUB (*ed.*), *Body Guards: The Cultural Politics of Gender Ambiguity*, New York, Routledge, 1991, pp. 280-304)

desideri, e sessualità da cui poter sfidare gli aspetti violentemente normativi del sistema sesso/genere dominante»[10].

Nel 1993, Cheryl Chase viene invitata a partecipare a un ritiro di un weekend, la New Woman Conference, organizzata dall'associazione Transgender Nation; il ritiro è indirizzato a donne transessuali che hanno subito l'intervento di riassegnazione genitale, e che possono quindi condividere le loro esperienze, ed esporre liberamente i loro corpi. Chase racconta di essere profondamente colpita dall'effetto positivo di tale esperienza sulle donne che hanno partecipato, e di essere ancora più motivata nel tentativo di creare uno spazio di questo tipo anche per le persone intersessuali, ridotte fino a quel momento all'invisibilità e al silenzio. Durante il 1993 nasce dunque l'ISNA, tramite una lettera in chi Chase risponde alla proposta dei "cinque sessi" di Anne Fausto-Sterling, pubblicata sulla rivista 'The Sciences'[11]; Cheryl Chase inizia allora a pubblicizzare l'esistenza dell'associazione, sia attraverso il racconto della sua esperienza personale a chiunque incontri, sia attraverso inserzioni sui giornali e la creazione di un sito web e di una newsletter, chiamata 'Hermaphrodites with attitude'[12]. In breve tempo, numerose persone intersessuali contattano l'ISNA, sia dagli Stati Uniti, che dal Canada e dall'Europa, raccontando le proprie storie e condividendo le disastrose conseguenze degli interventi genitali infantili. L'ISNA crea anche un ritiro annuale per le persone intersessuali, modellato sulla New Woman Conference, che ha tanto colpito Chase nel 1993, e che inizia a partire dal 1996. Nel corso del tempo, l'ISNA garantisce quindi una rete di supporto per le persone intersessuali, che possono contare sull'aiuto e l'appoggio di individui che già sanno cosa significhi la loro situazione, e forniscono inoltre una collaborazione per risolvere problemi pratici, come l'ottenimento delle vecchie cartelle cliniche, o la ricerca di un medico (psicologo o endocrinologo) comprensivo[13].

---

[10] C. CHASE, *Hermaphrodites with attitude,* cit., p. 305

[11] A. FAUSTO-STERLING, 'The Five Sexes: why male and female are not enough', cit.; C. CHASE, *Intersexual Rights,* lettera all'editore, *The Sciences,* luglio/agosto, 1993

[12] S. PREVES, Out of the O.R. and Into the Streets: Exploring the Impact of Intersex Media Activism', cit., p. 258 e p. 260

[13] C. CHASE, *Hermaphrodites with attitude,* cit., p. 306

L'ISNA è, fin dall'inizio, decisamente differente rispetto ad altre associazioni di persone intersessuali, in quanto è politicizzata e parte da un ripensamento delle categorie di genere; prima della sua fondazione, infatti, esistono già dei gruppi di supporto, fondati da pazienti e genitori di persone con differenti tipi di intersessualità, secondo la classificazione clinica. Tali associazioni forniscono un supporto alle famiglie dei pazienti, ma non mettono in discussione la gestione medica dell'intersessualità, e non criticano la presunta necessità degli interventi genitali infantili. Soltanto in seguito alla nascita dell'ISNA, invece, iniziano a prendere forma anche associazioni di genitori di bambini intersessuali che rifiutano gli interventi chirurgici, e hanno un approccio meno morbido nei confronti del trattamento medico dell'intersessualità. L'ISNA rimane però l'unica associazione a essere chiaramente di matrice politicizzata, e a rivendicare una revisione del sistema di genere alla base della gestione clinica dell'intersessualità; l'associazione non intende soltanto fornire un supporto a bambini e genitori, ma mettere in discussione il fondamento stesso su cui si basa la patologizzazione dell'intersessualità. Chase stessa sottolinea questa differenza rispetto alle altre associazioni: «[…] io volevo che l'ISNA avesse un focus differente. Ero poco incline a considerare l'intersessualità come una patologia o una disabilità, e più interessata a sfidare la sua medicalizzazione in modo generale, e più interessata ancora nella politicizzazione di un'identità pan-intersessuale, oltre le divisioni di particolari eziologie, in modo da destabilizzare più efficacemente i preconcetti eteronormativi, sottostanti alla violenza a cui sono soggetti i nostri corpi»[14].

Cheryl Chase, in un'intervista del 2006 chiarisce inoltre la sua posizione più recente nei confronti degli studi di genere e del femminismo, ribadendo che a suo parere, il punto fondamentale verso cui indirizzare gli sforzi sia il benessere dei pazienti intersessuali, e non il tentativo di utilizzare la loro esistenza allo scopo di creare una società futura senza categorie di genere; secondo Chase, l'intersessualità influirebbe direttamente sull'identità di genere e

[14] *Ibid.*, p. 307

sull'orientamento sessuale, tramite l'azione degli ormoni prenatali assunti dal feto. Chase ritiene inoltre che lo scopo dell'ISNA non sia mai cambiato, ma si sia modificato il modo in cui ottenere quello scopo, ovvero la cessazione di interventi chirurgici genitali dannosi eseguiti sui bambini. Per ottenere tale risultato, Chase dice di essersi resa conto che fosse necessario collaborare anche con persone provenienti da contesti differenti, e che non fosse sufficiente lavorare insieme ad altre persone intersessuali, che avevano subito interventi genitali durante l'infanzia; l'associazione ha quindi iniziato a lavorare anche con i medici e gli psicologi, focalizzandosi su una migliore gestione clinica dell'intersessualità. In questo senso, Cheryl Chase rimprovera agli studi di genere e femministi l'utilizzo delle persone intersessuali come uno "strumento" per combattere le categorie di genere, dimenticando i problemi concreti che tali individui affrontano nella loro vita; a suo avviso, non bisogna considerare l'esistenza delle persone intersessuali come una dimostrazione "naturale" che le categorie di genere in uso nella società potrebbero cambiare, in una prospettiva futura. Chase nota che la medicalizzazione tramite la correzione chirurgica dei "genitali ambigui" sia entrata in uso soltanto nella seconda metà del Novecento, ed è questo il problema su cui la sua associazione intende focalizzarsi, per raggiungere l'obiettivo concreto di garantire una vita migliore per le persone intersessuali, senza occuparsi di modificare le categorie di genere; infatti, secondo Cheryl Chase, la società avrà sempre una divisione di genere tra donne e uomini, ma spera che possa essere meno rigida e normativa, in modo da accogliere anche coloro che non aderiscono perfettamente a tale modello[15].

L'ISNA, nel corso degli anni, riesce a stabilire un dialogo con realtà differenti, portando una grande attenzione sul problema degli interventi genitali infantili, e influendo direttamente sul loro progressivo abbandono da parte della medicina, in particolare per quanto riguarda gli Stati Uniti. L'ISNA è infatti appoggiata nelle sue rivendicazioni da un gruppo di studiose, particolarmente

[15] V. A. ROSARIO, 'An interview with Cheryl Chase', *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, vol. 10, n. 2, 2006, pp. 93-104

interessate alla gestione medica dell'intersessualità come problema storico e soggetto a mutamenti a seconda del contesto culturale, come Suzanne Kessler[16], Alice Dreger[17], Anne Fausto-Sterling[18]; inoltre, l'associazione stabilisce un forte dialogo anche con studiose che si occupano di bioetica, sociologia della medicina e filosofia, come Katrina Karzakis[19], Sharon Preves[20], Ellen K. Feder[21], Sharon Sytsma[22]. La nuova visibilità delle persone intersessuali interessa anche chi si occupa di gender e queer theory, come dimostra il numero del 2009 'Intersex and After', della rivista 'GLQ: a Journal of Lesbian and Gay studies'[23]. L'ISNA riesce quindi, nel corso degli anni, a integrare differenti realtà, da quella associativa e politicizzata che trova la sua origine nei movimenti omosessuali e transgender della San Francisco degli anni '90, a un costante e costruttivo apporto degli studi femministi e di genere, e di storia della medicina, che vengono influenzati dalle esperienze di persone intersessuali, e forniscono a loro volta una base teorica per le richieste dell'associazione[24]. In questo modo, l'attivismo intersessuale degli Stati Uniti riesce a sollevare l'attenzione nazionale sulla questione del trattamento clinico dell'intersessualità.

Nel 2006 l'ISNA pubblica online due volumi, che contengono le linee guida dell'associazione nei confronti dell'intersessualità; un volume è rivolto a chi lavora nell'ambito clinico, e l'altro ai genitori di bambini intersessuali. Nel corso del 2006, inoltre, l'ISNA decide di utilizzare il termine "DSD" (Disorders of Sex Development), invece di intersessualità; dal momento che, in questo periodo, lo scopo principale dell'associazione è quello di garantire un buon trattamento

---

[16] S. KESSLER, *Lessons from the Intersexed*, cit.
[17] A. DREGER, *Hermaphrodites and the Medical Invention of Sex*, cit.
[18] A. FAUSTO-STERLING, *Sexing the Body*, cit.
[19] K. KARZAKIS, *Fixing sex: intersex, medical authority, and lived experience*, Duke University Press, 2008
[20] S. PREVES, *Intersex and Identity: The Contested Self* , Rutgers University Press, 2003
[21] E. K. FEDER, 'Imperatives of normality: from "intersex" to "disorders of sex development"', *GLQ: a Journal of Lesbian and Gay studies*, vol. 15, n. 2, 2009, pp. 225-247
[22] S. E. SYTSMA (*ed.*), *Ethics and Intersex*, vol. 29, International Library of Ethics, Law, and the New Medicine, Dordrecht, Springer, 2006
[23] I. MORLAND *(ed.*), 'Intersex and After', *GLQ: a Journal of Lesbian and Gay Studies*, vol. 15, n. 2, 2009
[24] C. CHASE, *Hermaphrodites with attitude*, cit., pp. 308-309

medico per una persona intersessuale, i membri dell'ISNA ritengono che sia meglio scegliere un termine più vicino al mondo della medicina. Inoltre, visto che il termine "intersessuale" (intersex) è stato precedentemente utilizzato in un contesto politico, e per alcune persone rappresenta una vera alternativa identitaria rispetto a quanto previsto dal modello binario maschio/femmina, l'ISNA ritiene che, nel 2006, sia meglio non utilizzarlo. In questa fase, l'associazione non si configura più come radicale e contrapposta rispetto all'ambiente medico, ma cerca un dialogo costruttivo con i medici; l'ISNA non è più un'associazione di supporto per adulti intersessuali, ma si rivolge invece a medici e genitori, per garantire la migliore gestione possibile dei pazienti pediatrici. L'ISNA viene sciolta nel 2008, proprio perché l'associazione ritiene di avere svolto il suo compito, e di dover cambiare, dal momento che il momento storico è mutato.

Viene fondata quindi un'altra associazione, Accord Alliance, votata all'interazione e la promozione del dialogo tra l'ambiente medico e le famiglie dei pazienti intersessuali; Cheryl Chase, che proprio dal 2008 inizia a utilizzare anche in questo ambito il suo nome, Bo Laurent, collabora con Accord Alliance, come membro fondatore del suo comitato. Accord Alliance è dunque piuttosto differente rispetto all'ISNA, e si pone in una posizione di dialogo e non più di radicale opposizione con l'ambiente medico; in effetti, le critiche rivolte dall'ISNA alla gestione medica dell'intersessualità si sono sempre inserite in una prospettiva costruttiva, e votata alla collaborazione, allo scopo di garantire gli interessi dei pazienti intersessuali. In questo senso, l'ISNA ritiene di avere svolto il suo compito, in seguito in particolare alla pubblicazione del Consensus del 2006, in cui vengono stabilite delle nuove linee guida per il trattamento clinico dell'intersessualità, e una nuova nomenclatura; Accord Alliance sceglie di utilizzare la nomenclatura proposta, ritenuta da altri patologizzante, e decide di continuare il suo lavoro collaborando con i medici. Il nuovo termine di "DSD" (Disorders of Sex Development), viene infatti utilizzato proprio per garantire un dialogo con l'ambiente medico, che non comprende appieno l'utilizzo della parola "intersessuale", a causa del suo precedente retaggio politico, e del suo

collegamento con un ripensamento delle categorie tradizionali di genere. L'associazione ritiene infatti che, in un contesto storico e sociale differente da quello degli anni '90, la strategia più valida, allo scopo di garantire il miglior trattamento possibile per le persone intersessuali, sia quella di favorire la cooperazione tra i medici, i gruppi di supporto, e i pazienti.

2. L'ISNA contro la chirurgia genitale infantile

L'obiettivo principale che si pone l'ISNA, fin dal momento della sua fondazione, è quello di cambiare il trattamento clinico nei confronti dei bambini intersessuali; l'associazione pone una grande attenzione nel sottolineare che le operazioni chirurgiche sui cosiddetti "genitali ambigui" non vadano mai eseguite esclusivamente per ragioni estetiche, ma soltanto nel caso di reali necessità cliniche, come ad esempio un problema relativo all'espulsione dell'urina. Inoltre, l'ISNA chiede che ai genitori vengano forniti tutti gli strumenti e il supporto psicologico necessari per comprendere la situazione dei figli, che non devono essere considerati come "anormali" e bisognosi di interventi chirurgici, ma semplicemente differenti rispetto ad altri bambini, senza che questo implichi alcuna connotazione negativa e patologizzante[25].

L'ISNA ribadisce inoltre con forza che ritiene sia meglio, e nell'interesse dei bambini, attribuire in ogni caso un genere, secondo il modello binario in uso nella società; Cheryl Chase sottolinea che la possibilità di esplorare differenti categorie identitarie, che si pongano al di fuori rispetto al paradigma binario maschio/femmina, sia affascinante e valida. Nel caso di bambini, però, che devono vivere in una società che riconosce e accetta soltanto lo schema donna/uomo, l'associazione ritiene che bisogni assegnare sempre un genere, seppur tenendo presente la possibilità che in seguito, in età adulta, una persona desideri passare da un genere all'altro. Tale facoltà di passare da un genere all'altro, così come la richiesta di utilizzare strumenti chirurgici o endocrinologici per cambiare il proprio corpo, dovrebbero essere, secondo Chase e l'ISNA,

[25] *Ibid.*, p. 306

assolutamente libere e personali; nessuno, né i medici, né i genitori, dovrebbe prendere decisioni irreversibili per un bambino. Inoltre, il criterio per cui un medico sceglie di operare i genitali di un bambino non può essere esclusivamente estetico, né può riguardare soltanto la futura capacità di procreazione; al contrario, la possibilità di avere una vita sessuale soddisfacente da adulti, e il tentativo di preservare la sensibilità dei genitali, e la capacità di avere l'orgasmo, dovrebbero essere privilegiati nelle decisioni prese dai medici nei confronti dei genitali dei bambini intersessuali[26].

Cheryl Chase nota inoltre che la posizione dell'ISNA nei riguardi della chirurgia genitale infantile sia a sua volta piuttosto dirompente, rispetto all'approccio utilizzato in ambito clinico fino a quel momento: infatti, l'assegnazione di un genere, a prescindere dall'aspetto dei genitali, e dalla loro somiglianza con quanto previsto dal modello binario maschio/femmina, si colloca come una rottura del sistema binario tradizionale, secondo il quale genere e genitali dovrebbero perfettamente accordarsi. Secondo quanto prevede lo schema binario in uso nella società, infatti, un uomo deve possedere un pene e dei testicoli, mentre una donna deve avere una vagina e delle ovaie. Chase scrive invece che: «sostenere l'assegnazione di genere senza ricorrere alla chirurgia normalizzante è una posizione radicale, dal momento che richiede la consapevole rottura della presupposta concordanza tra categoria di genere e forma del corpo. […] Il punto fondamentale è che i soggetti intersessuali non dovrebbero essere violati per la comodità o convenienza altrui»[27].

Nel 1996 un gruppo di attivisti intersessuali, chiamati appunto 'Hermaphrodites with Attitude', organizza una manifestazione a Boston, durante il congresso annuale della American Academy of Pediatrics, iniziando a rendere finalmente visibile anche al resto della popolazione degli Stati Uniti, oltre alla comunità omosessuale e transgender, e alle studiose interessate all'intersessualità, la realtà delle persone intersessuali e delle loro rivendicazioni; Chase ricorda

[26] *Ibid.*
[27] *Ibid.*

l'evento come «[…] la prima notizia registrata di una protesta pubblica di persone intersessuali nella storia moderna»[28]. Nel suo primo periodo di attività, in effetti, l'ISNA si scontra con la sfera della medicina, che fatica a fare i conti con le istanze di cui gli attivisti sono portatori; i medici cercano di non dare troppa importanza alla protesta delle persone intersessuali, dal momento che le loro voci rischiano di mettere in dubbio l'applicazione di un paradigma clinico che dura dalla metà del Novecento. Chase nota anche acutamente che molte persone intersessuali si stupiscono quando si rendono conto che i medici che le hanno operate, durante l'infanzia, lo hanno fatto senza percepire alcun compenso; a suo parere, invece, «la fascinazione dell'ambiente medico con il suo potere nel cambio di sesso, e il suo desiderio di salvare i genitori dai loro bambini intersessuali, sono così forti che interventi eroici vengono compiuti senza curarsi del modello capitalista che di solito governa il servizio medico»[29]. In effetti, i medici sono sinceramente convinti di operare per il bene dei loro pazienti, poiché non riescono a concepire che una persona possa condurre un'esistenza felice, con dei genitali che ritengono "ambigui".

Al di là della sua posizione politica, l'ISNA vuole che i medici accettino la portata delle conseguenze delle operazioni genitali eseguite in età infantile, e ammettano che non sempre il ricorso alla chirurgia è necessario per i bambini intersessuali. Grazie a tutte le testimonianze raccolte dall'associazione, inizia a essere disponibile una grande massa di informazioni, che chiariscono che la maggior parte delle persone sottoposte a interventi di chirurgia genitale durante l'infanzia, seguiti poi da continue bugie per nascondere la verità, non ha affatto vissuto bene questo tipo di esperienza. Gli attivisti intersessuali, al di là delle diverse posizioni politiche e delle differenti visioni sul sistema sociale di genere, più o meno radicali, sono tutti d'accordo sulla immediata necessità di modificare il trattamento clinico per i bambini intersessuali, in maniera da interrompere gli interventi genitali sui bambini. Cheryl Chase, nell'articolo del 1998, sintetizza i

[28] *Ibid.*, p. 308
[29] *Ibid.*

problemi che ritiene che l'esistenza dell'ISNA ponga ai medici: «non soltanto l'ISNA critica i preconcetti normativi insiti nella maggior parte delle pratiche scientifiche, ma chiede un protocollo di trattamento per i bambini intersessuali che disgrega la convenzionale interpretazione del rapporto tra corpi e generi. Ma a un livello più personalmente pericoloso per i medici, la posizione dell'ISNA implica che hanno – inconsapevolmente, o addirittura con rifiuto deliberato – trascorso le loro carriere infliggendo un profondo danno, da cui i loro pazienti non si riprenderanno mai completamente»[30].

Nel corso del tempo, anche alcuni medici iniziano a rendersi conto che sia necessario cambiare il loro approccio verso la gestione dei cosiddetti "genitali ambigui", soprattutto a causa della mole di testimonianze prodotta dall'ISNA, che mostra quante persone abbiano problemi, psicologici o sessuali, a causa della chirurgia infantile genitale. L'ISNA sottolinea pubblicamente che non siano ancora disponibili studi a lungo termine sugli effetti degli interventi genitali effettuati sui bambini, e che la scelta di mentire ai bambini per anni non produce certo degli effetti positivi, secondo i racconti di coloro che hanno dovuto cercare per anni di scoprire cosa fosse realmente accaduto loro durante l'infanzia. Rispetto al momento in cui l'associazione viene fondata, l'obiettivo di rendere pubblici gli effetti dannosi degli interventi chirurgici genitali sui bambini può essere considerato raggiunto, almeno per quanto riguarda gli Stati Uniti. Il 14 maggio 2013, nello stato del South Carolina, inizia infatti la prima causa contro un intervento di "normalizzazione" genitale, eseguita su un neonato di 16 mesi, in quel periodo sotto la tutela dello stato. I genitori adottivi del bambino, che adesso ha 8 anni, con la collaborazione delle associazioni Advocates for Informed Choice e The Southern Poverty Law Center, e il patrocinio gratuito di due studi legali, citano il dipartimento dei servizi sociali del South Carolina, l'ospedale, e i medici che hanno eseguito l'intervento, poiché ritengono che tale trattamento clinico non fosse necessario, ma anzi dannoso. Il primo stato ad affrontare ufficialmente la questione degli interventi genitali infantili è invece la Colombia, la cui Corte

[30] *Ibid.*, p. 309

Costituzionale si occupa nel 1999 dei casi di due bambini, di due e otto anni, sottoposti a questo tipo di trattamento; le decisioni finali (12 maggio e 2 agosto 1999) stabiliscono che in entrambi i casi il consenso dato dai genitori alle operazioni chirurgiche non può essere considerato valido, poiché si tratta di interventi troppo invasivi, che dovrebbero essere motivati da reali e urgenti necessità cliniche. Al contrario, la Corte ritiene che i genitori fossero spinti da motivi discriminatori verso i loro figli, a causa della loro diversità rispetto alla norma sociale. Inoltre, si stabilisce l'età per fornire il consenso a un'operazione chirurgica a cinque anni, dal momento che si ritiene che a questa età un bambino sia in grado di partecipare alle decisioni cliniche che lo riguardano direttamente. Il 27 maggio 2004, invece, a San Francisco si tiene un'udienza della commissione locale per i Diritti Umani, che intende indagare sulla pratica di "normalizzare" chirurgicamente i genitali dei neonati intersessuali; la commissione conclude che questo tipo di trattamento non è etico, e ritiene che non bisognerebbe modificare i genitali dei bambini, in assenza di reali pericoli per la salute[31]. La gestione medica dell'intersessualità, grazie al contributo degli attivisti intersessuali, è cambiata, e pone grande attenzione sulla questione del trattamento etico del paziente[32]; anche le linee guida ufficiali non consigliano più di modificare irreversibilmente gli organi genitali dei bambini, se non in presenza di condizioni pericolose per la salute[33]. Il silenzio di decenni sull'esistenza di persone intersessuali, e il trattamento clinico che ne modifica i corpi per renderli "gestibili" dal paradigma binario presente nella società, sono stati in parte combattuti in maniera efficace dall'ISNA, che ha reso visibili, e messo in contatto tra loro, persone intersessuali che, prima della nascita dell'associazione, non avrebbero avuto alcun modo di farlo.

Nei due volumi del 2006, uno dedicato ai genitori di bambini intersessuali,

---

[31] M. DE MARÍA ARANA, *A human rights investigation into the medical 'normalization' of intersex people. Report of a public hearing by the human rights commission of the city & county of San Francisco*, consultabile online, 2005

[32] S. BERTELLONI, O. HIORT (*ed.*), 'New Concepts for Human Disorders of Sexual Development', *Sexual Development*, vol. 4, n. 4-5, 2010

[33] I. HUGHES, C. HOUK, F. AHMED, P. LEE, LPWES, ESPE, 'Consensus statement on management of intersex disorders', cit.

e l'altro a chi lavora con pazienti intersessuali in ambito medico, è possibile trovare le raccomandazioni suggerite dall'ISNA, che sono infatti focalizzate esclusivamente sul benessere delle persone intersessuali, in maniera concreta. Nel volume 'Clinical Guidelines for the management of Disorders of Sex Development in Childhood' viene ribadito con forza che il punto di partenza dell'approccio clinico ai pazienti intersessuali deve essere fondato sul paziente, attraverso una serie di punti: «garantire cure mediche e chirurgiche nel caso di complicazioni che rappresentino un pericolo reale e immediato; non costringere il paziente in una norma sociale; promuovere apertura (e non vergogna) e contatto positivo con gli altri; il paziente può partecipare attivamente alle decisioni; rispettare i genitori rispondendo alle loro preoccupazioni e ansie; occuparsi direttamente delle eventuali difficoltà del bambino; dire sempre la verità al bambino e alla famiglia»[34]. Inoltre, vengono offerti degli esempi di risposte, in modo da soddisfare efficacemente i dubbi dei genitori, senza nascondere la verità, ma chiarendo che il bambino non è "anormale" né in pericolo. Il volume sottolinea inoltre che la medicina odierna non considera più un'eventuale orientamento sessuale differente dall'eterosessualità come indice di un trattamento clinico "sbagliato"; l'ISNA raccomanda però di tenere presente che la società potrebbe in ogni caso far percepire a un paziente intersessuale, specialmente un bambino, che il suo orientamento sessuale non è "corretto", ed è quindi necessario essere particolarmente attenti nel supporto psicologico[35].

Il volume dedicato ai genitori, invece, chiamato appunto 'Handbook for Parents', offre una serie di chiarimenti, e sottolinea decisamente la necessità di essere onesti con i figli, e di non escluderli dalle decisioni che vengono prese. L'ISNA offre una serie di possibili risposte e consigli, differenziati a seconda dell'età di un bambino, che i genitori possono utilizzare per spiegare ai figli, durante i vari periodi della crescita, come mai il loro corpo è differente da quello di altre persone, o come comportarsi quando dei compagni di scuola sono scortesi.

---

[34] ISNA, *Clinical Guidelines for the management of Disorders of Sex Development in Childhood*, cit., pp. 2-3
[35] *Ibid.*, p. 37 e p. 40

Il volume spiega inoltre ai genitori come affrontare l'argomento dell'eventuale ricorso alla chirurgia, durante l'adolescenza, e come mantenere un dialogo con i figli riguardo alla sessualità e alla capacità di avere figli biologicamente[36]. L'ISNA raccoglie anche una serie di testimonianze, sia di genitori che di figli, membri dell'associazione, in modo da sottolineare che l'intersessualità sia più comune di quanto non si pensi, e non sia una situazione da affrontare con vergogna o nascondendo la realtà agli altri[37]. Il volume sottolinea anche che lo sviluppo di identità di genere e orientamento sessuale non sono collegati esclusivamente al tipo di educazione impartita dai genitori, e che sarebbe meglio in ogni caso «Tenere a mente che a volte alle bambine piace giocare con i camion, e ai bambini giocare con le bambole. Soltanto perché tuo figlio potrebbe avere dei comportamenti che, in passato, venivano considerati inappropriati per il suo genere, non significa che rifiuterà il genere che gli è stato assegnato.». Inoltre, anche nel caso di un futuro passaggio di genere, non si tratta certo di una "responsabilità" dei genitori, ma di un evento che accade sia in persone intersessuali che in persone non intersessuali[38]. Anche nei confronti dell'eventuale omosessualità dei figli, il volume consiglia ai genitori di ricordare che anche le persone omosessuali possono avere una vita piena e soddisfacente; per quanto possa essere complicato, dice l'ISNA, il consiglio migliore è di amare i propri figli allo stesso modo, a prescindere dal loro orientamento sessuale o identità di genere[39]. Il volume ricorda inoltre anche un altro punto importante, ovvero che l'intersessualità è soltanto uno degli aspetti della vita di una persona, e non l'unico da considerare: «anche se questa guida è focalizzata sul DSD di tuo figlio, cerca di mantenere la prospettiva. Anche se il DSD di tuo figlio potrà sembrare a volte come un grattacielo che torreggia su di te e tuo figlio, è soltanto un aspetto della vita di tuo figlio – e soltanto un aspetto della tua vita con tuo figlio. Ricorda che tuo figlio, e il tuo rapporto con lui, è in realtà molto più ricco e più grande di

[36] ISNA, *Handbook for Parents,* cit., p. 13 e sgg
[37] *Ibid.,* pp. 79 e sgg
[38] *Ibid.,* pp. 54-55
[39] *Ibid.,* p. 56

quanto possa essere catturato in questo libro»[40].

3. Esperienze di persone intersessuali sottoposte a chirurgia infantile

3.1 Cheryl Chase

Cheryl Chase ricostruisce, una volta adulta, la gestione clinica che è stata ritenuta appropriata al suo "caso" durante l'infanzia; nel 1956, alla nascita, dopo un periodo durato tre giorni, e durante il quale alla madre non viene spiegato nulla riguardo al neonato, Cheryl viene assegnata al genere maschile, e i genitori la crescono come tale per un anno e mezzo. Soltanto dopo questo periodo, i genitori consultano altri medici, e ritornano così in ospedale; a questo punto i medici decidono che il genere maschile non sia quello "giusto", e che la precedente assegnazione di genere sia stata errata. Il fallo di Cheryl viene ritenuto "inadeguato" per appartenere a un uomo, e incapace di penetrare una donna; al contrario, i medici scelgono di privilegiare la sua potenziale fertilità e la capacità di essere penetrata, come appartenente al genere femminile, e eliminano chirurgicamente il fallo, creando una clitoride di dimensioni che ritengono "normali" e adatte a una donna. In seguito al cambio di genere deciso dai medici, la famiglia riceve istruzioni di non menzionare mai che Cheryl è stata effettivamente considerata un maschio per un anno e mezzo, e di tenere nascosta la realtà alla bambina: «seguendo gli ordini dei medici, i miei genitori cambiarono il mio nome, ripulirono la casa in modo da eliminare tutte le tracce della mia vita da maschio (fotografie, biglietti di compleanno, ecc), cambiarono il mio certificato di nascita, si trasferirono in una città diversa, spiegarono ai membri della famiglia allargata di non parlare di me come un maschio, e non dissero mai a nessuno – me compresa – cosa fosse successo. La mia intersessualità e il cambio di sesso erano i piccoli segreti sporchi della famiglia»[41].

Quando ha otto anni, Cheryl viene riportata in ospedale per subire un

---

[40] *Ibid.*, p. 2
[41] C. CHASE, *Hermaphrodites with attitude*, cit., p. 303

intervento chirurgico, ma non le viene spiegato il motivo dell'operazione che viene eseguita, che serve in realtà per eliminare la parte testicolare di tessuto gonadico. «Nessuna spiegazione mi fu data né per la lunga permanenza in ospedale e la chirurgia addominale, né per le regolari visite in ospedale che seguirono, durante le quali i medici fotografavano i miei genitali e inserivano dita e strumenti nella mia vagina e nell'ano»[42]. In seguito all'inizio delle mestruazioni, le visite in ospedale cessano, poiché i genitori ritengono che adesso la figlia sia una "vera donna", e non abbia più bisogno di alcun trattamento clinico; in effetti, Cheryl ricostruisce che i medici avessero precedentemente detto ai genitori che, una volta cresciuta, la figlia sarebbe stata una donna come le altre, e avrebbe potuto avere una "normale" vita sessuale e dei figli. Durante l'adolescenza, però, Cheryl inizia a rendersi conto di non avere una clitoride, e di non poter avere un orgasmo. Dopo lunghe ricerche, riesce finalmente a ottenere le sue vecchie cartelle mediche, dalle quali scopre di essere un "vero ermafrodita".

Dopo 15 anni di convivenza con tale consapevolezza, ma senza poterla condividere con nessuno, Cheryl ha un crollo psicologico, che descrive in questi termini: «non avevo un ambito concettuale per creare un'immagine positiva di me stessa. Sapevo solo di sentirmi mutilata, non completamente umana, ma ero determinata a guarire. Ho lottato per settimane in un caos emotivo, senza riuscire a mangiare, o dormire, o lavorare. Non potevo accettare la mia immagine di un corpo ermafrodita, non più di quanto potessi accettare quello macellato con cui mi avevano lasciato i chirurghi. Pensieri di me stessa come un patchwork del mostro di Frankenstein si alternavano al desiderio di fuggire nella morte, per poi essere seguiti da indignazione, rabbia, e una determinazione a sopravvivere. […] Portavo un inferno privato con me, disperatamente sola nella mia situazione, senza nemmeno i miei tormentatori come compagnia»[43].

In seguito, Cheryl Chase si riappropria della sua intersessualità, negata per così tanto tempo dai medici, e collega tale rivendicazione identitaria anche alla

[42] *Ibid.*
[43] *Ibid.*, p. 304

sua percezione della propria identità omosessuale, unendo entrambe nell'appartenenza al comune ambito di identità queer, che si collocano cioè al di fuori rispetto al paradigma binario. «Rivendico l'identità di lesbica perché sono le donne lesbiche che provano desiderio per me, perché mi sento maggiormente femmina in atti sessuali, e perché desidero le donne come non faccio con gli uomini. Molte persone intersessuali condividono il mio senso di un'identità queer, anche quelli che non condividono questa identità omosessuale»[44]. Questa appartenenza dell'identità intersessuale al più ampio insieme dei movimenti LGBTQ, se in tempi più recenti è stata parzialmente accantonata dalla stessa Chase, che si è invece avvicinata, in nome del benessere dei pazienti, alla sfera della medicina, è in ogni caso un elemento costitutivo della presa di coscienza delle persone intersessuali negli ultimi decenni, che le ha portate a una nuova visibilità sociale. Senza l'apporto teorico e l'ispirazione associativa dei movimenti LGBTQ, con particolare riferimento agli Stati Uniti a partire dagli anni '90, la categoria di "intersessualità" non sarebbe riuscita a staccarsi dall'ambito clinico, e sarebbe rimasta soltanto una patologia, e non una possibile identità di cui riappropriarsi.

3.2 Angela Moreno

Anche Angela Moreno viene sottoposta, quando è una bambina, a un'operazione chirurgica di cui non le viene spiegato nulla. Moreno nasce nel 1972, e viene assegnata al genere femminile; quando ha 12 anni, però, sua madre si accorge che la clitoride della figlia è diventata piuttosto grande, e la porta immediatamente dal pediatra. Moreno ricorda di essersi accorta che la sua clitoride fosse abbastanza prominente, ma che non pensasse nulla di particolare al riguardo, e certamente nulla di negativo. Un mese dopo la bambina viene portata in ospedale per essere operata, e non le viene affatto raccontata la verità: «mi dissero qualcosa riguardo la parte in cui avrebbero "rimosso le mie ovaie", perché sospettavano il cancro o qualcosa del genere. Non menzionarono la parte in cui

[44] A. DREGER, *Hermaphrodites and the Medical Invention of Sex*, cit., p. 178

avrebbero tagliato via la mia clitoride. Tutta. Immagino che i medici avessero dedotto che fossi sconvolta dalle dimensioni della mia clitoride come loro, e non ci fosse bisogno di parlarne con me. Dopo una settimana in ospedale, andammo tutti a casa e non ne parlammo praticamente più»[45].

Soltanto quando ha 24 anni, Angela Moreno inizia a scoprire quale sia la realtà, e cosa le sia effettivamente successo da bambina; nessuno dei medici che si occupa di lei le spiega nulla, anzi le viene raccontato qualcosa di molto differente dalla verità. Dopo molti anni, Moreno ottiene le sue vecchie cartelle cliniche, e le esamina insieme alla sua ginecologa, che finalmente inizia a chiarirle la situazione. In seguito, Moreno entra in contatto con l'ISNA, attraverso la newsletter 'Hermaphrodites with Attitude', e si rende conto che la sua esperienza sia simile a quella di molte altre persone. I medici le hanno mentito riguardo all'operazione che ha subito quando ha 12 anni, e sicuramente non sospettavano che avesse il cancro: non le sono state rimosse le ovaie, ma i testicoli, e il suo cariotipo è 46, XY.

Moreno ritiene che il trattamento ricevuto da bambina abbia segnato tutta la sua vita, creandole una serie di difficoltà psicologiche e disturbi alimentari: «adesso ho 24 anni. Ho passato gli ultimi dieci anni in una foschia di disordini alimentari e depressione occasionale. La mia lotta con la bulimia è stata una parte piuttosto segreta di me, ma divorante, e adesso ritengo che rappresenti un tentativo di esprimere la paura, vergogna, rabbia e profondo odio per il mio corpo che ho provato come conseguenza dell'innominabile – fino ad ora – aggressione che ho subìto, sotto forma di trattamento medico»[46]. Anche dal punto di vista della sensibilità genitale, la situazione cambia totalmente in seguito all'intervento, e Moreno ritiene che la recessione della clitoride e la vaginoplastica che le vengono praticate abbiano ridotto la sua sensibilità in maniera intollerabile.

Inoltre, i medici non offrono alcun tipo di supporto psicologico per la bambina, o per i suoi genitori; l'esperienza del soggiorno in ospedale non è affatto

---

[45] A. MORENO, 'In Amerika They Call Us Hermaphrodites', *Chrysalis: The Journal of Transgressive Gender Identities,* vol. 2, n. 5, 1997, pp. 11-12
[46] *Ibid.,* p. 12

piacevole per Angela Moreno, che ha soltanto ricordi negativi al riguardo. «Innanzitutto, i medici resero un ricovero traumatico ancora più traumatico nel mettermi in mostra per una serie di giovani e zelanti tirocinanti con un ghigno da "sei-un-mostro-ma-siamo-compassionevoli". Tutto questo senza infermiere o i miei genitori nei paraggi. In secondo luogo, adesso so dai miei genitori che gli endocrinologi pediatrici dissero loro più volte che non era necessario che sapessi la verità. Raccontarono ai miei genitori una qualche storia dell'orrore, in cui una ragazza come me aveva sbirciato nella sua cartella mentre il dottore era fuori dalla stanza, e poi si era uccisa. Mia madre chiese specificamente ai medici se pensavano che avrei tratto beneficio da un supporto psicologico. Le sconsigliarono di farlo».[47]

Angela Moreno inizia infine a collaborare con l'ISNA, e scrive: «sono inorridita da quello che mi è stato fatto, e dalla cospirazione di silenzio e bugie. Sono piena di dolore e rabbia, ma anche sollevata nel sapere finalmente che forse non sono l'unica. […] Sono piena di attesa, ansia ed eccitazione al pensiero che, attraverso l'ISNA, potrò finalmente parlare e incontrare altri che condividono tali esperienze»[48]. Angela Moreno scrive inoltre, riguardo alla sua percezione della propria identità, che: «se dovessi definirmi un uomo o una donna, direi un diverso tipo di donna…Non sono un caso di un sesso o l'altro, né sono un'insieme dei due. Sono nata specificamente ermafrodita – e dal profondo del cuore, vorrei che mi fosse stato consentito di restare così»[49].

3.3 Morgan Holmes

Morgan Holmes, sociologa che insegna presso l'università Wilfrid Laurier a Waterloo in Canada, è l'autrice dell'antologia del 2009 'Critical Intersex'[50], e un membro dell'ISNA. Holmes viene operata per ridurre le dimensioni della sua clitoride a 7 anni, nel 1974. Holmes scrive di ricordare la sensazione di avere la

---

[47] *Ibid.*
[48] *Ibid.*
[49] A. FAUSTO.STERLING, *Sexing the Body*, cit., p. 84
[50] M. HOLMES (*ed.*), *Critical Intersex*, Farnham-Burlington, Ashgate Publishing, 2009

sua clitoride tra le dita, prima dell'intervento, e racconta anche che questo non le provocasse assolutamente alcun tipo di emozione negativa: «ho un ricordo tattile di come avvertissi la clitoride tra le dita. Non ricordo assolutamente che mi causasse dolore o dispiacere. Il mio pediatra, però, disse a mio padre che […] l'intervento avrebbe alleviato il crescente trauma che stavo avendo a causa del mio corpo»[51]. I medici, invece, ritengono che senza un'operazione per ridurre le dimensione della clitoride, la bambina sarà sicuramente traumatizzata dall'aspetto del suo corpo; inoltre, al padre di Holmes non viene spiegato esattamente in cosa consista l'intervento chirurgico. L'uomo crede infatti che si tratti semplicemente di ridurre lievemente le dimensioni della clitoride, tramite un'operazione chiamata "recessione della clitoride"; Holmes ricorda che mentre si trova in ospedale nessuno le spiega cosa le sia per succedere, e nessuno chiede il suo parere, anche se si tratta del suo corpo che sta per essere alterato chirurgicamente. «Dissero a mio padre che sarei stata perfettamente normale. Dissero a mio padre che i miei problemi si sarebbero risolti. Dissero a mio padre che una volta cresciuta avrei avuto una sessualità normale. Forse non lo capivano, ma tutte queste cose erano menzogne. Prima dell'intervento, non avevo mai pensato al mio corpo»[52].

Inoltre, Holmes racconta del dolore provato dopo l'operazione, a cui nessuno la prepara: «quando mi stavano preparando per l'intervento, ancora non avevo idea di cosa avrebbero fatto. Quando mi svegliai ero coperta di pittura arancione dall'ombelico alle ginocchia, all'interno delle cosce. E faceva male! Poche persone in questa stanza hanno mai avuto i genitali tagliati via. Non potete immaginare quanto faccia male fare pipì dopo. E fa male per molto tempo. Invece, nessuno pensò al mio dolore, se non per decidere che non ce ne sarebbe stato alcuno […]»[53]. Soltanto dopo un po' di tempo, quando la ferita smette di farle male, la bambina si rende conto che la sua clitoride non c'è più: «quella è stata la prima volta in cui mi sono resa conto che ero così brutta che avevano dovuto

[51] M. HOLMES, 'Is Growing up in Silence Better Than Growing up Different?', *Chrysalis: The Journal of Transgressive Gender Identities*, vol. 2, n. 5, 1997, pp. 7-9, p. 8
[52] *Ibid.*
[53] *Ibid.*

cambiarmi, mentre ero nel bagno a scuola, avendo appena sofferto durante una terribile pipì pungente, e volevo chiedere alla mia amica […] se a lei era stato fatto lo stesso, ma pensando tra me e me che non avrei dovuto chiederglielo. Mi resi conto che i miei compagni di classe non sparivano per due settimane e poi tornavano a scuola senza potersi sedere bene, perché il cavallo dei loro pantaloni sfregava contro una cicatrice fresca che bruciava e prudeva. Non ne parlai a nessuno»[54].

Soltanto in seguito, quando è un'adolescente, Holmes scopre durante le lezioni a scuola che l'anatomia dei suoi genitali è differente da quella delle altre ragazze, dal momento che non ha la clitoride. A questo punto, la ragazza inizia a sentirsi un "mostro" e a rifiutare ogni occasione che possa portare a un'intimità con un'altra persona, dal momento che ha paura che qualcuno scopra che è in realtà "finta". Holmes si sposa poi con un uomo, e ha un figlio, e scopre la verità su se stessa ancora in seguito, quando ha 25 anni. Decide allora di smettere di tacere riguardo alla sua esperienza, e ne parla nella sua tesi di laurea magistrale, per poi continuare a farlo anche attraverso la partecipazione all'ISNA. Ad esempio, nel 1996, Holmes partecipa a un'iniziativa che ha luogo presso l'ospedale Mount Sinai di New York, in occasione di un convegno di chirurghi plastici, durante il quale si tratta anche della chirurgia genitale infantile per i bambini intersessuali. L'ISNA propone di partecipare al convegno, presentando una sezione dedicata ai pazienti, ma l'idea viene rifiutata; allora, alcuni membri decidono di andare lo stesso a New York, e di offrire il loro contributo nella stanza adiacente a quella dei medici che stanno partecipando al convegno. Morgan Holmes partecipa appunto a tale iniziativa, raccontando la sua esperienza personale, ma sottolineando anche che, essendo una studiosa di antropologia della medicina, ha a disposizione una serie di dati che ampliano la sua storia individuale, per dimostrare che gli interventi genitali sui bambini non producono gli effetti positivi sostenuti invece dai medici.

Holmes sottolinea come la sua vita sia cambiata soltanto in seguito

[54] *Ibid.*

all'intervento chirurgico, poiché in precedenza a tale momento non si era mai sentita "anormale": «mio padre, pressato da vari esperti medici, "acconsentì" a un'operazione che promise di rendermi sessualmente normale. Quello che in realtà fece, fu cambiare una bambina perfettamente sana di 7 anni in una donna che aveva paura del proprio corpo e del proprio passato, e che odiava se stessa per essere diversa. La cura mi ha insegnato come odiare e avere paura. Ma questo è quello che è la sessualità perfettamente normale – l'odio e la paura che sono l'eterosessismo e l'omofobia»[55]. Inoltre, dice ancora Holmes: «per me, il punto più importante è che genitori e medici non debbano decidere cosa è la normalità sessuale. La promessa fatta a mio padre non era certo che sarei stata sessualmente felice – era che sarei stata normale. Spero che vi rendiate conto che obbligare un corpo a sembrare tipico, non è la stessa cosa che far sentire una persona normale, e in effetti, come credo dimostri il mio caso, può addirittura produrre l'effetto opposto, facendo sentire una persona del tutto anormale»[56].

Inoltre, Holmes ribadisce che il suo intento non è di rifiutare qualsiasi tipo di intervento genitale per quanto riguarda le persone intersessuali, ma di voler lasciare tale decisione esclusivamente al paziente; nessuno dovrebbe insomma prendere tali decisioni per un'altra persona, in nome della sua futura "normalità" o vita sessuale, né i genitori, né i medici. «I genitori e i medici devono rinunciare al possesso del futuro sessuale dei minori. I bambini non sono più di proprietà de genitori; non siamo beni da possedere. Le nostre sessualità non appartengono alla professione medica. Può darsi che se non fossi stata operata da giovane, avrei scelto io l'intervento. Allo stesso modo è possibile che avessi deciso di tenere la mia grande clitoride; le donne che conosco che sono sfuggite alla chirurgia sono piuttosto grate di avere le loro grandi clitoridi. Quella decisione avrebbe dovuto essere mia. Senza considerare quella decisione come un mio diritto personale, tutti gli altri aspetti della mia salute sessuale sono stati decisamente limitati»[57].

Morgan Holmes parla anche della propria sessualità, notando che, da

[55] *Ibid.*, p. 9
[56] *Ibid.*
[57] *Ibid.*

giovane, la sua percezione di essere "anormale", in conseguenza dell'intervento subito ai genitali, le ha impedito di seguire i propri desideri verso altre donne: «qualche anno dopo, presi la decisione di non avere una relazione con una donna. Ho preso più volte tale decisione. In quel periodo facevo sesso con gli uomini, ma non era "normale". Facevo sesso con gli uomini invece che con le donne perché pensai che se i chirurghi maschi avevano deciso come fosse una "vulva normale", allora avrei potuto ingannare i ragazzi con quella che chiamavo la mia "figa firmata" (designer cunt). Ma le donne. Bene, non pensavo che le avrei ingannate. Pensavo che avrebbero saputo che ero stata "riparata", che ne avevo una "finta". Questa era la normalità sessuale che avevano promesso a mio padre. Ma insomma, andavo a letto con gli uomini – questo è tutto quello che serve per essere normale, quindi immagino che avessero ragione. Non importa che non mi piacesse. Non importa che lo facessi solo perché avevo paura che le donne che amavo non mi avrebbero amata. Non importa che sprecassi il mio tempo nella paura di essere scoperta»[58].

Nella sua tesi, inoltre, Holmes sottolinea l'ampiezza delle possibilità che avrebbe avuto, se i medici avessero lasciato intatta la sua clitoride; in un contesto di rottura rispetto allo schema binario, che prevede soltanto le identità e le sessualità comprese nelle categorie uomo/donna e omosessuale/eterosessuale, Holmes interpreta i genitali differenti dalla norma, e le identità che possono legarsi ad essi, come un ulteriore strumento attraverso il quale esplorare le diverse possibilità che si aprono, come sottolineato infatti dai recenti studi di genere e queer, oltre e al di fuori rispetto ai modelli tradizionali di sessualità e identità. «Mi piace immaginare, se il mio corpo fosse stato lasciato intatto e la mia clitoride fosse cresciuta come il resto del mio corpo, come sarebbero state le mie relazioni lesbiche? Come sarebbe la mia attuale relazione eterosessuale? Cosa accadrebbe se – come donna – potessi assumere un ruolo penetrativo…sia con uomini che con donne? Quando i medici inizialmente rassicurarono mio padre che crescendo avrei avuto "normali funzioni sessuali", non intendevano che potessero garantire che la

[58] *Ibid.*

mia clitoride amputata avesse sensibilità o che potessi avere un orgasmo…Quello che garantivano era che non sarei cresciuta confondendo la questione di chi (uomo) scopa chi (donna). Queste possibilità…furono negate in un'operazione di due ore, relativamente semplice. Tutte le cose che il mio corpo avrebbe potuto fare, tutte le possibilità, sono andate via lungo il corridoio, insieme alla mia clitoride, verso il dipartimento di patologia. Io e quello che rimaneva, siamo andati verso la stanza di guarigione (recovery room) e non ne siamo ancora usciti»[59].

3.4 Martha Coventry

Martha Coventry nasce a metà degli anni '50, e quando ha sei anni viene operata per ridurre le dimensioni della sua clitoride, ritenuta troppo grande; soltanto a 35 anni Coventry inizia a cercare di scoprire cosa le sia accaduto da bambina, grazie anche alla comprensione del suo ginecologo, definito come un «uomo saggio e irriverente»[60]. Quando ha sei anni, la madre di Coventry dice alla figlia che il giorno dopo dovrà andare in ospedale per un'operazione, senza spiegarle nulla in proposito, e senza dirle che si tratta di eliminare la sua clitoride, ritenuta di dimensioni eccessive; la bambina fino a quel momento non ha alcun problema con il suo corpo, e non ha mai pensato eccessivamente alla forma dei suoi genitali. «Nemmeno una parola di spiegazione fu mai data per l'intervento, e quando tagliarono la mia clitoride, tagliarono la mia lingua. Non potei urlare per salvarmi, e quell'urlo represso è rimasto incastrato nella mia gola, bloccando la mia voce. Paure senza fine riguardo a chi e cosa fossi presero il posto delle parole e scesero come tenebre su di me»[61].

Quando ha undici o dodici anni, Martha Coventry inizia a pensare di essere diversa dalle altre persone, di non essere realmente una bambina e di non appartenere al genere femminile, dopo aver ascoltato una conversazione notturna

---

[59] A. FAUSTO.STERLING, *Sexing the Body*, cit., p. 299, nota 22
[60] M. COVENTRY, 'Finding the Words', *Chrysalis: The Journal of Transgressive Gender Identities,* vol. 2, n. 5, 1997, pp. 27-29, p. 29
[61] *Ibid.*, p. 27

tra i suoi genitori, seguita poi da un rifiuto di condividere alcuna informazione riguardo all'operazione chirurgica che ha subito in precedenza; in questo modo, Coventry cresce con una sensazione di vergogna e rifiuto del proprio corpo, e soltanto da adulta riesce a scoprire la verità e a vivere bene con se stessa: «sedevano al tavolo della cucina. Grandi foto in bianco e nero delle mie sorelle e di me erano disposte sotto la luce. Mia madre prese la mia e io sentii la parola "ragazzo" uscirle dalla bocca. La paura crebbe in me. Ero un ragazzo. Avrei dovuto essere un ragazzo. Era tardi per fermarmi. "Cos'era l'operazione che ho avuto?" Esclamai, mentre mi si stringeva lo stomaco aspettando l'esplosione della risposta. Mio padre, un chirurgo, guardò verso di me. […] Il padre che mi amava più di ogni altra cosa si girò e, senza avere idea di cosa le sue parole avrebbero fatto al resto della mia vita, disse "Non essere così introspettiva". Il momento di silenzio che seguì a quel brusco congedo durò per quasi 25 anni»[62].

Coventry scrive di essere sempre stata una persona "sessuale", ma che, da ragazza, evita le esperienze sessuali che desidera, poiché non si sente "normale"; la mancata spiegazione riguardo all'operazione chirurgica subita da bambina crea in Martha Coventry la convinzione di non essere una "vera donna", e di non avere un corpo "normale" come quelli delle altre persone. «Il sesso è stato la mia ossessione per tutta la vita. […] Ma, a distruggere la mia crescente sessualità, c'era il continuo ricordo di essere un mostro (freak). Non ero a posto, mentre tutti gli altri erano perfetti. Volevo essere normale. Volevo scopare. Volevo essere la ragazza hippie che fumava erba e faceva sesso dappertutto e in ogni momento. La prima parte era facile, la seconda mi terrorizzava. Il segreto che avevo sul mio corpo fermava ogni mano che iniziava la sua inevitabile discesa […] Al liceo erano le puttane (sluts) che invidiavo, le ragazze che mi sembrava fossero così libere con i loro corpi»[63].

Una volta all'università, Coventry si sposa con un uomo e ha due figlie, ma non considera mai la sua vita sessuale come "normale", e non riesce a essere

[62] *Ibid.*, p. 28
[63] *Ibid.*

penetrata dal marito: «sposai il ragazzo e passavamo ore insieme ad amare i nostri corpi, imparando a venire nello stesso momento usando le mani e le bocche. Ma in questa società, e nella mia mente, era il vecchio dentro-e-fuori che contava. Era il mio metro per misurare una donna, ed ero terribile in quello. La mia vagina era assolutamente chiusa, e non c'era nulla che si potesse fare.»[64]. Dopo la fine del suo matrimonio, Coventry decide di esplorare i suoi desideri verso le donne, che racconta di avere avuto fin da ragazza, ma di avere accantonato, poiché «Non avevo idea di chi fossi realmente, ed ero troppo spaventata di scoprirlo. […] i loro corpi erano normali. Mi misi, ancora una volta, al di fuori del gregge»[65].

In seguito alla separazione dal marito, e alla morte del padre, a cui è molto legata, per Martha Coventry si aprono invece nuove possibilità, che portano alla rivendicazione di un'identità queer per se stessa. «Con la fine del mio matrimonio, la morte di mio padre, e una crescente determinazione di guardare onestamente alla mia vita, non avevo più ragioni per allontanare il mio desiderio. […] Tutta la queerness che provavo crescendo aveva finalmente una casa. Essere lesbica (dyke) si accorda con la mia strana identità ermafrodita così comodamente, così bene. Mi fa sentire completamente e profondamente a posto»[66]. Per Coventry, quindi, le sue identità di persona intersessuale e di persona omosessuale, rivendicate dopo praticamente quaranta anni di silenzio, creano una sensazione di benessere, e di soddisfazione con la propria vita, che manca del tutto nel periodo precedente. Coventry nota anche che è proprio la sua riscoperta della sessualità a stimolare la sua curiosità nei confronti dell'intersessualità, che nasce dopo aver letto un numero della newsletter dell'ISNA, 'Hermaphrodites with attitude'. «Accettare il mio amore per le donne non solo mi fa felice, ma è la cosa che stavo aspettando per darmi il coraggio di guardare il mio corpo, e chi e cosa fossi davvero, senza voltarmi. Non avrei mai trovato la mia identità intersessuale, se non avessi prima trovato e amato la mia identità sessuale»[67].

---

[64] *Ibid.*
[65] *Ibid.*, p. 29
[66] *Ibid.*
[67] *Ibid.*

Coventry scrive inoltre di non biasimare suo padre, dal momento che non vede le sue azioni come un tradimento nei suoi confronti, ma come una decisone difficile da prendere, che può capitare a un genitore, dal quale non ci si può aspettare sempre la scelta giusta: «farmi praticare una clitoridectomia per proteggermi dall'essere scambiata per un'ermafrodita non voleva essere un tradimento, ma semplicemente una di quelle decisioni estremamente difficili che prendono i genitori e che poi alla fine, tragicamente, era sbagliata». Coventry sottolinea però che il modo in cui vengono cresciuti i bambini intersessuali è assolutamente sbagliato, e crea soltanto infelicità e solitudine: «una delle cose relative al nascere con genitali che sfidano quello che è considerato normale, è che nessuno ti dice che c'è qualcun altro come te. Ti senti completamente e profondamente solo. Anche oggi, i bambini non sono mai messi in contatto come altri che stanno vivendo la stessa cosa. Sei consapevolmente isolato, la tua differenza nascosta – è orribile»[68].

In seguito alla lettura della newsletter 'Hermaphrodites with attitude', che le fa scoprire di non essere l'unica ad aver vissuto l'esperienza degli interventi genitali infantili, e il lungo silenzio che ne segue, Martha Coventry inizia a collaborare con l'ISNA, fino a essere co-editrice, insieme a Cheryl Chase, di un numero della rivista 'Chrysalis: The Journal of Transgressive Gender Identities', dal titolo 'Intersex Awakening', pubblicato nel 1997, e interamente dedicato alle persone intersessuali[69]. «Così iniziò, la forza che deriva dal trovare altri come te. Le parole che mi spaventavano, mi facevano venire i brividi, come *genere* ed *ermafrodita*, mi scivolano sulla lingua più facilmente adesso. Stanno iniziando ad appartenermi».

Coventry scrive della sua esperienza, e della sua rivendicazione dell'identità di "ermafrodita", negata per così tanti anni; sottolinea inoltre che, per quanto sia importante riappropriarsi di tale identità, pubblicamente e con orgoglio, sia anche necessario tutelare se stessi, e proteggersi per non causare altro dolore,

---

[68] *Ibid.*, p. 29
[69] C. CHASE, M. COVENTRY (*ed.*), 'Intersex Awakening', cit.

dopo tutto quello provocato dagli anni di solitudine, invisibilità e silenzio. «Abbiamo vite intere di vergogna da superare e, per molti di noi, si tratta di un segreto che abbiamo difeso con le nostre vite e con grande costo. Fare coming out come ermafrodita ha i suoi specifici tempi. […] Se sei una persona intersessuale, ascolta il tuo cuore – ne verrai fuori lentamente. Ci vuole impegno e coraggio, è spaventoso, ma non così spaventoso come il mostro che hai creato in tutti questi anni dal tuo stesso bel corpo». Martha Coventry nota quindi che sia necessario trovare il coraggio di fare coming out relativamente alla propria identità intersessuale, in modo da creare una comunità che possa far prevalere l'accettazione e il rispetto per i corpi differenti dalla norma sociale, invece di ridurli al silenzio e alla vergogna. La riappropriazione della propria identità intersessuale diventa così un mezzo per conoscere e accettare se stessi, e creare una vita migliore sia per sé, che per altre persone intersessuali; in questo senso, infatti, la categoria di coming out ha in effetti la stessa funzione che ha nella comunità omosessuale e transgender, per cui è un atto dall'effetto positivo sia per chi lo compie, che per il resto della comunità.

Coventry scrive infine proprio della necessità di creare ed espandere la comunità intersessuale, per garantire la possibilità di una vita migliore a tutte le persone con corpi differenti da quanto previsto dalle regole sociali e culturali; nel 1997, l'idea di una comunità di persone intersessuali, che possano condividere le proprie storie, e trovare sollievo nella consapevolezza di non essere gli unici ad aver subito un trattamento ingiusto durante l'infanzia, è decisamente un punto centrale delle attività dell'ISNA. Martha Coventry ribadisce infatti la necessità di costruire una comunità di persone intersessuali, che accettino e siano fiere della propria identità, in modo da poter avere una vita più felice, e garantirne una anche per gli altri, sconfiggendo la vergogna e il silenzio degli anni precedenti: «inizi a parlare per tutte le persone intersessuali che sono mai vissute e che devono ancora nascere. […] Cerca di amare te stesso abbastanza da liberare la tua voce ermafrodita, così che possiamo tutti rivendicare le nostre vite, e i corpi che

meritiamo di celebrare»[70]

3.5 Jeff McClintock

Jeff McClintock nasce durante gli anni ’50, e viene operato sedici volte, per la ricostruzione chirurgica del pene; alla nascita il bambino viene assegnato al genere maschile, e dunque per i medici è fondamentale “creare” dei genitali coerenti con il suo genere. McClintock ha infatti l’apertura dell’uretra alla base del pene, nei paraggi dello scroto, e quindi per urinare deve sedersi; per i medici tale comportamento è incompatibile con il genere maschile, e continuano a eseguire nuovi interventi chirurgici, nel tentativo di rendere McClintock in grado di urinare in piedi. «Ogni anno eseguivano un intervento su di me, e io guardavo e sentivo quanto rapidamente l’operazione non funzionasse ogni volta. Non potevano non accorgersene, certo – non c’è motivo, oltre all’arroganza o all’incompetenza, per parte del lavoro eseguito su di me. Ho passato anni per interventi che avevano lo scopo di farmi urinare dalla fine del pene. Se avessero lasciato il mio meato urinario [uretra] dov’era, alla base del mio pene, accanto allo scroto, avrei potuto evitare almeno dodici di quegli interventi. E non si tratta solo dei miei genitali. Prendevano larghi pezzi di tessuto da altri posti del mio corpo, per cercare di creare un canale di pelle attraverso il quale potessi urinare, e anche queste zone sono piene di cicatrici»[71].

McClintock ricorda che la madre gli abbia raccontato del comportamento dei medici al momento della sua nascita: nessuno le spiega cosa stia accadendo, e vede due infermiere evitare il suo sguardo. I medici proibiscono ai genitori di vedere il neonato, finché non terminano le loro valutazioni, e decidono di assegnarlo al genere maschile. Il padre, invece, non parla volentieri di tale argomento con il figlio, e McClintock nota che debba essere difficile per lui avere un figlio differente dagli altri. Durante l’infanzia, McClintock passa lunghi periodi in ospedale, piuttosto regolarmente; delle sedici operazioni al pene che subisce,

[70] M. COVENTRY, ‘Finding the Words’, cit., p. 29
[71] J. MCCLINTOCK, ‘Growing up in the Surgical Maelstrom’, *Chrysalis: The Journal of Transgressive Gender Identities,* vol. 2, n. 5, 1997, pp. 53-54, p. 54

dieci vengono infatti eseguite entro i suoi dieci anni, e quindi si tratta di un intervento chirurgico ai genitali all'anno. «La mia infanzia era piena di dolore, chirurgia, innesti di pelle, e isolamento. Mi ricordo che, quando arrivavano le vacanze scolastiche, gli altri bambini andavano in qualche posto divertente. Io andavo in ospedale durante le vacanze, in modo da non perdere troppa scuola. Quando le vacanze finivano, ritornavo a scuola, spesso non ancora guarito dall'ultimo intervento. A volte tornavo a scuola con tubi che uscivano da me, e punti e cicatrici, e non potevo camminare bene. Si organizzavano in modo che potessi usare i bagni degli insegnanti. Non so cosa dicessero agli insegnanti»[72].

McClintock ricorda inoltra di essere stato estremamente solo e depresso, durante l'adolescenza, a causa della difficoltà di avere rapporti con altre persone; la sua vita, scandita dai continui soggiorni in ospedale, è in effetti piuttosto differente rispetto a quella della maggior parte dei suoi coetanei. «Dall'inizio mi avevano ribadito con forza di non lasciare che gli altri bambini mi vedessero senza vestiti, e in particolare di non far vedere loro i miei genitali. Naturalmente era piuttosto facile per gli altri bambini prendermi in giro visto che per anni non avevo usato il bagno dei bambini, o che non camminavo bene quando tornavamo dalle vacanze». Tale situazione è estremamente pesante, e McClintock inizia a pensare al suicidio: «la privacy del mio inferno era qualcosa di cui mi dovevo occupare da solo, ed ero molto solitario e depresso. Per quando ero un adolescente, ero senza speranza, desideravo di suicidarmi. Pensavo che fosse una buona via d'uscita»[73].

Inoltre, anche nel suo caso, non viene messo in contatto con nessuno che sia nella stessa situazione, e ai genitori non viene offerto alcun tipo di supporto psicologico: «non conoscevo nessun altro bambino che fosse come me. Facevo domande ai medici tutto il tempo, ma non mi dicevano niente, a parte di stare attento e non lamentarmi. Non mi dissero mai che c'erano altri bambini come me. Gli altri bambini andavano in vacanza; io andavo in ospedale. I bambini,

[72] *Ibid.*
[73] *Ibid.*

naturalmente, sono veloci a notare la differenza, ed erano molto crudeli con me. Mi sentivo un mostro (freak), una causa di imbarazzo e un fardello per la mia famiglia. Ma mi arrivava il messaggio che dovevo fare finta che tutto fosse OK»[74].

I medici continuano a operare i genitali di Jeff McClintock per anni, ripetutamente, anche quando è evidente che le operazioni non producono il risultato desiderato; la necessità di urinare in piedi viene percepita come più urgente, rispetto alla salute e al benessere psicologico del bambino. McClintock, una volta adulto, ritiene che sarebbe stato meglio se i suoi genitali fossero stati lasciati com'erano alla nascita, poiché la capacità di urinare in piedi, invece che seduto, non gli sembra una ragione sufficiente rispetto a tutto quello che lui e i suoi familiari hanno dovuto affrontare. «Il canale attraverso cui la maggior parte degli uomini urina non è fatto di pelle, è fatto di un tipo speciale di tessuto che può stare a contatto con l'urina, ed essere sempre umido e caldo senza rompersi o infettarsi. I canali che facevano per me, da pelle che veniva da altre zone del corpo, si rompeva più volte, e avevo spesso infezioni alla vescica. E devo ancora sedermi per urinare. Non sono mai stato senza fistole [buchi nel pene, dove la chirurgia ha ceduto], e ho avuto l'intero canale sostituito due volte, con grandi innesti di pelle. Se mi avessero semplicemente lasciato urinare da seduto, né io né la mia famiglia avremmo dovuto soffrire per tutto questo – la spesa, il dolore, i ripetuti interventi, i farmaci, le ripetute rotture di tessuto e le perdite di urina. Sarebbe andato bene se avessi avuto un pene che urinava dalla base invece che dalla punta, e non avesse la sensibilità danneggiata»[75].

McClintock dice inoltre di aver dovuto affrontare un lungo processo di guarigione, e adesso, a quarant'anni, è finalmente sereno nei confronti di tutto quello che ha subìto da bambino; il suo lavoro con le persone con il cancro gli permette anzi di utilizzare la sua esperienza, in modo da far evitare ad altri degli interventi chirurgici inutili, e potenzialmente dannosi, come quelli eseguiti

[74] *Ibid.*
[75] *Ibid.*

durante la sua infanzia. «Ho adesso quarant'anni e sono guarito molto. Sono un terapista abilitato, e ho usato la mia esperienza – mi è stata inflitta molta sofferenza senza necessità a causa del trattamento per l'intersessualità – per fare della difesa del paziente un aspetto importante del mio lavoro. […] Ho studiato il sesso e la sessualità, ed è stato un elemento importante per arrivare a un punto dal quale posso aiutare gli altri, invece di sentirmi l'unica persona al mondo. Mi ha anche aiutato a capire che posso avere relazioni con successo, includendo quelle sessuali. Molta della sconfitta e depressione che provavo crescendo mi ha lasciato, quando ho capito che i medici e i genitori avevano torto. Credevano che non sarei stato felice senza dei genitali normali. Quando ho capito che non era vero, la mia vita è cambiata completamente»[76].

4. L'esperienza di David Reimer secondo Judith Butler, e la sua morte nel 2004

Nel 2001 Judith Butler pubblica un articolo su 'GLQ: a Journal of Lesbian and Gay studies', in cui si occupa di David Reimer, utilizzando gli pseudonimi di "John/Joan"; in seguito l'articolo, 'Doing Justice to Someone: Sex Reassignment and Allegories of Transsexuality', viene pubblicato all'interno del suo libro del 2004, 'Undoing Gender'[77]. Butler ripercorre le posizioni di John Money e Milton Diamond, e ne dà una propria interpretazione, che, specialmente nel caso di Diamond, non è particolarmente precisa; la storia di David Reimer viene utilizzata, all'interno del contesto della gender theory, per indagare sui margini di soggettività in un contesto normativo. Partendo da una prospettiva foucaultiana, Butler pone come inizio della sua analisi il concetto di "politiche della verità", ovvero «[…] politiche relative alle relazioni di potere che circoscrivono dall'inizio cosa sia verità e cosa non lo sia, che ordinano il mondo in alcuni modi regolari e regolabili, e che alla fine accettiamo come il terreno della conoscenza a

[76] *Ibid.*, p. 53
[77] J. BUTLER, *Undoing Gender*, New York, Routledge, 2004, pp. 57-74

disposizione»[78]. Infatti, le norme che governano la formazione di soggetti riconoscibili possono essere sia leggi, che modelli relativi alla conoscenza e alla verità; in questo modo, il soggetto è reso intelligibile o meno da un complesso sistema normativo, che funziona anche grazie alle categorie conoscitive in uso. «Quando ci interroghiamo su quali siano le condizioni di intelligibilità attraverso le quali emerge l'umano, attraverso le quali l'umano è riconosciuto, attraverso le quali alcuni soggetti diventano i soggetti dell'amore umano, ci stiamo interrogando sulle condizioni di intelligibilità composte di norme, di pratiche, che sono diventate dei presupposti, senza le quali non siamo affatto in grado di pensare l'umano»[79].

Butler intende esaminare l'intelligibilità del soggetto, ma di un soggetto collocato proprio al limite di tale dominio di intelligibilità, in modo da capire cosa accada a un soggetto non riconosciuto appieno come tale, in quanto non completamente appartenente alla struttura normativa, composta sia da leggi che da concetti, che ne determina l'esistenza in quanto soggetto. «Questo rapporto, tra l'intelligibilità e l'umano, è urgente; porta con sé una certa urgenza teoretica, proprio in quei punti dove si incontra l'umano ai margini della stessa intelligibilità. Vorrei evidenziare che questa domanda ha qualcosa a che vedere con la giustizia. La giustizia non riguarda soltanto ed esclusivamente il modo in cui le persone vengono trattate, o le società costituite, ma emerge anche […] se riconosciamo altri esseri viventi come persone o meno, a seconda del riconoscimento o meno di una certa norma, manifestata attraverso e nel corpo dell'altro»[80]. Butler sottolinea inoltre che un criterio fondamentale per stabilire se qualcuno sia una persona, un soggetto intelligibile, è il genere; l'esistenza di un individuo in quanto "dotato di genere" è possibile soltanto se tale genere sia collocato all'interno della struttura normativa. In caso contrario, se il genere di qualcuno non è analizzabile, poiché non è compreso nelle leggi e nei modelli

---

[78] J. BUTLER, *Doing Justice to Someone: Sex Reassignment and Allegories of Transsexuality*, in S. STRYKER, S. WHITTLE (*ed.*), *The Transgender Studies Reader*, cit., pp. 183-193 (ed. or. *GLQ: a Journal of Lesbian and Gay Studies*, vol. 7, n. 4, 2001, pp. 621-636), p. 183
[79] *Ibid.*
[80] *Ibid.*, p. 184

conoscitivi in uso, allora viene messa in dubbio la sua stessa esistenza come persona, come soggetto.

Judith Butler racconta la storia di David Reimer, e ripercorre le posizioni contrapposte di John Money e Milton Diamond, che pongono l'attenzione, rispettivamente, sul genere come costruzione sociale e sul genere come forza innata. Butler pone poi in evidenza l'intersezione delle identità di intersessuale e "transessuale" nell'esperienza di David Reimer: «[…] sembra essere il luogo in cui i dibattiti sull'intersessualità (John non è una persona intersessuale) e la transessualità (John non è una persona transessuale) convergono. Il corpo diventa il punto di riferimento per una narrativa che non si occupa di questo corpo, ma che utilizza il corpo, com'era, per inaugurare una narrativa che interroga i limiti di quello che è concepibile come umano»[81]. Grazie ai movimenti intersessuali, gli interventi chirurgici infantili vengono ampiamente criticati, e Butler sottolinea questo elemento, che le sembra possa portare al superamento del dimorfismo di genere; nuove voci all'interno della comunità transgender, come Kate Bornstein[82], evidenziano inoltre che il passaggio da un genere all'altro non sia necessariamente collegato all'accettazione del sistema binario, ma possa invece rappresentare un differente modo di intendere il genere, come trasformazione in sé. «Il punto è di cercare di immaginare un mondo in cui individui con genitali indeterminati o misti possano essere accettati e amati senza doversi sottoporre a una trasformazione, verso un tipo di genere più coerente con la società, o più normativo. In questo senso, il movimento intersessuale ha cercato di chiedere perché la società mantenga l'ideale del dimorfismo di genere, quando una percentuale significativa di bambini hanno variazioni cromosomiche, ed esiste un continuum tra maschio e femmina, che suggerisce l'arbitrarietà e falsità del dimorfismo di genere come un prerequisito dello sviluppo umano. In altre parole, ci sono umani che vivono e respirano negli interstizi di questo rapporto binario,

[81] *Ibid.*, p. 187
[82] K. BORNSTEIN, *Gender Outlaw*, cit.; K. BORNSTEIN, S. B. BERGMAN, *Gender Outlaws: The Next Generation*, Berkeley, Seal Press, 2010

mostrando che non è esaustivo; non è necessario»[83].

Secondo Butler, il passaggio di David Reimer al genere maschile avviene attraverso un'allegoria della transessualità, poiché vengono utilizzati i mezzi che la medicina mette a disposizione per modificare il corpo in senso maschile, tramite gli ormoni e la chirurgia. In questo senso, ritiene che «utilizzi un'allegoria della transessualità per ottenere un senso di naturalità.»; inoltre, sia la teoria di Money che quella di Diamond vengono rese operative, secondo Butler, attraverso l'utilizzo di mezzi che contraddicono le stesse premesse poste dai due paradigmi. Infatti, se Money sostiene che il genere sia modificabile, in un secondo momento impone in maniera normativa un determinato modello di comportamento, «[…] in modo che la malleabilità della costruzione di genere, che è parte della sua tesi, alla fine richieda un'applicazione forzata.». Anche la teoria di Diamond, che prevede che il genere sia stabilito dalla "natura" per ogni corpo, utilizza infine i mezzi della chirurgia e dell'endocrinologia, e «[…] a un certo punto un certo intervento non naturale nell'anatomia e nella biologia, è esattamente quanto richiesto dalla natura». Per Butler, dunque, la storia di David Reimer rivela le debolezze delle due teorie: «quindi, in ogni caso, la premessa iniziale è in un certo modo rinnegata dai mezzi attraverso i quali viene messa in atto. La malleabilità è imposta violentemente, e la naturalità è prodotta artificialmente»[84].

Judith Butler intende allora raccontare l'esperienza di David Reimer in maniera differente, rispetto a quanto è stato fatto in precedenza, senza cercare di confermare né la teoria di Money né quella di Diamond, ovvero senza utilizzare né il modello della costruzione sociale di genere, né quello dell'essenzialismo di genere; a suo avviso, la storia di David Reimer ha qualcosa di ancora diverso da rivelare, se viene analizzata attraverso gli strumenti della gender theory. «[…] quello che spero di sottolineare è il contesto disciplinare nel quale Joan/John sviluppa un discorso di analisi di sé e comprensione di sé, dal momento che costituisce la griglia di intelligibilità attraverso la quale la sua umanità viene sia

[83] J. BUTLER, *Doing Justice to Someone*, cit., p. 187
[84] *Ibid.*, p. 188

messa in discussione che ribadita»[85].

Inoltre, Butler sottolinea che sia necessario ricordare che David Reimer sia soggetto all'intensa attenzione dei medici durante l'infanzia, e ogni aspetto della sua identità e del suo corpo viene analizzato ripetutamente. In questo senso, secondo Butler bisogna tenere conto del pubblico a cui David si rivolge, dal momento che le sue riflessioni personali non possono venire separate dalla costante attenzione medica che gli viene rivolta, e che sottolinea fortemente quale sia la norma di genere a cui uniformarsi. «C'era un apparato di conoscenza applicato alla persona e al corpo di Joan/John che viene di rado, se non mai, preso in considerazione come una parte di quanto John risponda, nel riportare quello che prova rispetto al suo reale genere»[86]. Secondo Butler, la domanda posta continuamente a "Joan" riguarda la sua femminilità, poiché i medici sono interessati a scoprire se la norma di genere stia funzionando, producendo cioè un'identità riconoscibile e concettualizzabile; a suo avviso, anzi, i ripetuti interrogatori volti al rafforzamento dell'identità femminile non hanno soltanto lo scopo di ribadire la norma, ma anche quello di istituzionalizzare il potere stesso di tale ripetizione, che serve a sua volta a rafforzare la struttura normativa.

Judith Butler analizza dunque alcune frasi di David Reimer, interpretandole alla luce della categoria di "politiche della verità" introdotta da Foucault; secondo la sua interpretazione, infatti, David è consapevole di quale sia la norma, ma si posiziona consapevolmente al di fuori di essa, rischiando in questo modo di perdere la sua soggettività. Per Butler, David Reimer non diventa però inintelligibile, ma rimane invece al margine dell'intelligibilità, «[…] offrendo una prospettiva sui modi variabili con cui le norme circoscrivono l'umano»[87]. Secondo l'analisi di Butler, questo dato è particolarmente visibile quando David critica l'approccio dei medici, che sembrano ridurre tutta la sua persona al possesso di un determinato tipo di genitali, dicendo: «[…] queste persone dovevano essere davvero superficiali se pensavano che questo fosse tutto

[85] *Ibid.*
[86] *Ibid.*, p. 189
[87] *Ibid.*, p. 193

quello che mi aspettava; che l'unico motivo per cui le persone si sposano e hanno figli e hanno una vita produttiva è a causa di quello che hanno tra le gambe. …Se questo è tutto quello che pensano di me, se misurano il mio valore in base a quello che ho tra le gambe, allora devo essere un completo perdente»[88]. In questo momento, David sta sottolineando la differenza tra il suo "io" e i genitali che secondo la norma dovrebbe possedere, ponendo una certa distanza tra i due elementi; per Butler, David Reimer è a conoscenza di quello che richiede la norma, ma non vuole sottostare del tutto alle sue istruzioni, ovvero «si posiziona consapevolmente in relazione alla norma, ma non si uniforma alle sue richieste»[89].

Secondo l'analisi di Judith Butler, David Reimer, nel suo rifiuto delle categorie proposte dai medici, ovvero nel collegamento del suo valore ai suoi genitali, mantiene e rivendica la sua soggettività; anche se si colloca al di fuori delle norme che regolano l'intelligibilità, David non rinuncia alla sua identità: «[…] non si è uniformato alla norma, e ciononostante è ancora qualcuno, che parla, che insiste, che fa riferimento a se stesso»[90]. Inoltre, «[…] potremmo chiedergli di entrare nell'intelligibilità per parlare ed essere conosciuto, ma quello che invece fa, attraverso il suo discorso, è offrire una prospettiva critica sulle norme che conferiscono la stessa intelligibilità. […] Se si rende inintelligibile a coloro che cercano di conoscere e catturare la sua identità, questo significa che qualcosa di lui è intelligibile al di fuori del contesto di quello che è accettato come intelligibile»[91].

Quando i medici collegano il possesso di un certo tipo di genitali all'unica possibilità per essere amato, David rifiuta tale concetto, e colloca il motivo per cui qualcuno dovrebbe amarlo al di fuori rispetto alle categorie che utilizzano i medici, e il resto della società; Judith Butler ritiene che in questo momento David stia utilizzando la sua posizione ai margini dell'intelligibilità, per posizionare al di fuori della norma la ragione per cui qualcuno dovrebbe amarlo, disgregando le

---

[88] *Ibid.*, p. 191
[89] *Ibid.*, p. 192
[90] *Ibid.*
[91] *Ibid.*

“politiche della verità”, che non hanno i mezzi per conoscere qualcosa che si colloca al di fuori delle norme che contribuiscono a creare. «[…] loro hanno quello che gli serve per essere amato […] Ma lui rifiuta di accettare che quello che stanno offrendo nel loro discorso sia amore. Rifiuta la loro offerta di amore, riconoscendolo come una corruzione, una seduzione della soggettività. Lui sarà ed è, ci dice, amato per qualche altra ragione, una ragione che non capiscono, e che non ci viene spiegata. Chiaramente si tratta di una ragione che è oltre il regime della ragione stabilito dalle norme della stessa sessuologia. […] stabilisce i limiti di quello che conoscono, scardinando le politiche della verità, utilizzando la sua desoggettivizzazione all’interno di quel modo di essere, in modo da creare la possibilità di amare, oltre la portata di quella norma»[92].

Quando il libro ‘Undoing Gender’ viene pubblicato, nel 2004, David Reimer è morto, e Judith Butler aggiunge infatti un poscritto in cui scrive che «la vita per lui è sempre stata una scommessa e un rischio, un risultato coraggioso e fragile»[93]. David Reimer si uccide il 5 maggio del 2004, con un colpo di fucile alla testa, dopo essere andato in macchina nel parcheggio di un supermercato. Il 2 maggio la moglie Jane gli dice di voler terminare il loro matrimonio, e David ha perso il lavoro da qualche tempo; il fratello Brian è morto nel 2002, per un’overdose di farmaci anti depressivi. Non è possibile conoscere esattamente i motivi del suicidio di David, né è necessario interessarsi in maniera eccessiva alla sua morte. La grande attenzione suscitata dalla sua esperienza, il trattamento clinico subìto durante l’infanzia, e l’utilizzo della sua storia per dimostrare e dare validità a diverse teorie, non hanno sicuramente contribuito al benessere di David Reimer. Senza voler continuare a strumentalizzare la sua personale esperienza, la sua storia ha almeno contribuito al processo che ha reso nuovamente visibili, e ha restituito la voce alle persone intersessuali, anche se lui stesso non lo era.

---

[92] *Ibid.*
[93] J. BUTLER, *Undoing Gender*, cit., p. 74

5. Il ‘Consensus’ del 2006: nuove linee guida della medicina

Nell’ambito della medicina, dopo la pubblicazione dell’articolo di Diamond e Sigmundson e lo sviluppo dell’attivismo intersessuale, alcuni medici che si occupano di bambini intersessuali iniziano a porsi delle domande riguardo al paradigma di trattamento in uso. Oltre ad alcune pubblicazioni di Diamond[94], nei primi anni 2000 appaiono numerosi articoli che pongono sotto esame il trattamento clinico dei bambini intersessuali, e suggeriscono lo sviluppo di studi a lungo termine, che possano evidenziare le eventuali carenze di tale modello clinico[95]. Per quanto riguarda la chirurgia genitale, alcuni contributi iniziano a chiarire quanto lo stesso presupposto di tali interventi sia irreale: non esiste infatti un modello preciso di genitali femminili o maschili a cui rifarsi, se non quello presente nella mente del chirurgo, e dunque è impossibile ricreare tramite la chirurgia dei genitali cosiddetti “normali”. Per quanto riguarda la ricostruzione del pene, infatti, nel caso dell’ipospadia l’intervento serve a riposizionare l’apertura dell’uretra, nel caso in cui non si trovi esattamente all’apice del pene. Uno studio del 1995, eseguito in Germania, analizza la posizione dell’apertura dell’uretra di 500 uomini che si trovano in ospedale per altre questioni, e mostra che soltanto il 55% presenta tale apertura in posizione “ideale”; gli uomini rimanenti avrebbero dunque varie condizioni di ipospadia, senza saperlo. Gli autori dello studio raccomandano quindi ai chirurghi di tenere presente i loro risultati, in modo da non eseguire interventi meramente estetici, cercando di posizionare l’apertura dell’uretra in una zona “ideale”, ma che non è conforme alla realtà, e al corpo di

---

[94] M. DIAMOND, ‘Pediatric Management of Ambiguous and Traumatized Genitalia’, *The Journal of Urology,* vol. 162, n. 3, 1999, pp. 1021-1028; M. DIAMOND, H. G. BEH, ‘An Emerging Ethical and Medical Dilemma: Should Physicians Perform Sex Assignment on Infants with Ambiguous Genitalia?’, *Michigan Journal of Gender & Law,* vol. 7, n. 1, 2000, pp. 1-63

[95] J. J. DAABOUL, *Does the Study of History Affect Clinical Practice? Intersex as a Case Study: The Physician’s View*, paper presentato all’incontro annuale dell’ American Association for the History of Medicine, Bethesda, 19 maggio 2000; S. M. CREIGHTON, L. M. LIAO, ‘Changing attitudes to sex assignment in intersex’, *British Journal of Urology International*, vol. 93, n. 5, 2004, pp. 659-664; J. FRADER (*et al.*), ‘Health Care Professionals and Intersex Conditions’, *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, vol. 158, n. 5, 2004, pp. 426-429; J. M. SCHOBER, ‘Sexual quality of life in an intersexual population: a needs assessment’, *British Journal of Urology International*, vol. 93, n. 3, 2004, pp. 54-56

molti uomini considerati "normali"[96]. Per quanto riguarda invece i genitali femminili, uno studio del 2005 analizza 50 donne che si trovano presso un ospedale di Londra, misurandone e osservandone i genitali. Le variazioni di dimensioni delle labbra e della clitoride, della posizione dell'uretra e del colore dei genitali sono molto più ampie di quanto si ritiene comunemente; lo studio sottolinea che non esiste una presunta "normalità" a cui fare riferimento nelle ricostruzione chirurgica dei genitali femminili, che possono anzi essere danneggiati, in termini di sensibilità e recettività, dagli interventi. Le autrici raccomandano quindi di continuare in questa direzione di ricerca, e consigliano ai chirurghi di tenere presente i loro risultati, e di discutere delle "normali" variazioni morfologiche dei genitali femminili con la paziente che dovesse richiedere il loro intervento[97].

I nuovi studi iniziano a sottolineare vari elementi, tra cui l'importanza di ridurre gli interventi chirurgici infantili, che adesso vengono considerati da sconsigliare, se vengono eseguiti soltanto per ragioni legate all'aspetto dei genitali, dal momento che possono danneggiare irreparabilmente la sensibilità e la capacità di provare piacere sessuale[98]; viene inoltre notata la necessità di offrire un supporto psicologico per i bambini e i loro genitori[99], che possa rispondere alle loro domande, e garantire una presenza in grado di collaborare con il paziente, una volta arrivato all'adolescenza, e nel momento in cui inizi ad avere rapporti sessuali; i nuovi studi pongono infine l'attenzione sul dato che non si conosce

---

[96] J. FICHTNER *(et al.)*, 'Analysis of meatal location in 500 men: Wide variation questions need for meatal advancement in all pediatric anterior hypospadias cases', *Journal of Urology*, vol. 154, n. 2, 1995, pp. 833-834; A. FAUSTO-STERLING, *Sexing the Body*, cit., pp. 57-58

[97] J. LLOYD *(et al.)*, 'Female genital appearance: 'normality' unfolds', *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 112, n. 5, 2005, pp. 643-646

[98] S. M. CREIGHTON (*et al.*), 'Objective cosmetic and anatomical outcomes at adolescence of feminising surgery for ambiguous genitalia done in childhood', *The Lancet*, vol. 358, n. 9276, 2001, pp. 124-125

[99] Su questo argomento, vedi A. I. LEV, 'Intersexuality in the Family: An Unacknowledged Trauma', *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, vol. 10, n. 2, 2006, pp. 27-56; J. DRESCHER, 'Dall'omosessualità e dalla bisessualità all'intersessualità: ripensando alle categorie di genere', *Psicoterapia e Scienze Umane*, vol. XLII, n. 3, 2008, pp. 301-318; E. M. LEIDOLF (*et al.*), 'Intersex Mental Health and Social Support Options in Pediatric Endocrinology Training Programs', *Journal of Homosexuality*, vol. 54, n. 3, 2008, pp. 233-242; C. SANDERS (*et al.*), 'Parents need to protect: influences, risks and tensions for parents of prepubertal children born with ambiguous genitalia', *Journal of Clinical Nursing*, vol. 21, n. 21-22, 2012, pp. 3315-3323

esattamente come funzioni lo sviluppo dell'identità di genere, e che quindi la possibilità di un successivo passaggio di genere non sia un segnale di un trattamento clinico sbagliato, né un elemento che rende il paziente "anormale". L'identità di genere viene considerata come il risultato di un processo complesso, che prevede l'interazione tra numerosi fattori, e che non può essere previsto alla nascita, sulla base esclusiva di dati biologici. Inoltre, viene sottolineata la differenza tra "ruolo di genere" e "identità di genere": il primo termine si riferisce alle aspettative culturali, che cambiano a seconda del contesto storico, collegate ai ruoli sociali di donne e uomini, mentre il secondo si riferisce alla percezione soggettiva che ogni individuo ha della propria identità. In questo senso, una persona può, ad esempio, avere un'identità di genere maschile, ma non un ruolo di genere perfettamente coerente con quanto la società si aspetta da un uomo. Grazie a questa distinzione, comportamenti interpretati in precedenza come segni di "transessualità" o di un'assegnazione di genere "sbagliata", come i giochi di una bambina con macchine invece che con bambole, possono adesso essere analizzati senza essere collegati all'identità di genere; questo significa, nel caso della bambina, che anche se i suoi giochi sono considerati dal contesto culturale e sociale come tipicamente maschili, questo non significa che la sua identità di genere non sia femminile[100].

Nel caso in cui una persona intersessuale non si trovi a suo agio con il genere che le è stato assegnato alla nascita, allora i nuovi studi suggeriscono di utilizzare il trattamento clinico messo a punto per i pazienti transgender, che vengono considerati dalla medicina come sofferenti di una patologia[101]. Il

[100] Per quanto riguarda i comportamenti infantili considerati "atipici" rispetto al genere assegnato alla nascita, vedi D. C. HALDEMAN, 'Gender Atypical Youth: Clinical and Social Issues', cit.; S. J. LANGER, J. L. MARTIN, 'How dresses can make you mentally ill: Examining Gender Identity Disorder in children', cit.

[101] Un celebre caso riportato dal sociologo Harold Garfinkel riguarda invece una persona transgender, Agnes, che "sfrutta" le categorie utilizzate dai medici, fingendosi intersessuale, in modo da ottenere l'intervento per la riassegnazione genitale. Nel 1958, a 19 anni, Agnes viene esaminata dai medici, tra cui Robert Stoller, all'UCLA di Los Angeles: ha dei genitali maschili, e un'identità di genere femminile. Agnes dice di avere subito un processo di "femminilizzazione" spontaneo, durante la pubertà, e quindi i medici ritengono che sia una persona intersessuale; Agnes "sembra" loro una "vera" donna, e manifesta repulsione verso le persone omosessuali e transessuali. Nel 1959 Agnes riceve quindi l'intervento di riassegnazione genitale, durante il quale

DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali), lo strumento diagnostico più utilizzato da medici, psicologi e psichiatri, redatto dall'American Psychiatric Association, considera le persone transgender come affette da "disturbi dell'identità di genere" (Gender Identity Disorders), e specifica che per tale diagnosi non deve essere presente una condizione di intersessualità; le persone intersessuali che soffrono del cosiddetto "disturbo dell'identità di genere", secondo la quarta edizione con revisione del testo, edita nel 2000, del manuale diagnostico, sono infatti considerate come una diversa tipologia di pazienti. La quinta edizione del DSM, che verrà pubblicata nel 2013, dovrebbe cambiare la classificazione del "disturbo dell'identità di genere" in "disforia di genere", un termine considerato meno "offensivo" e patologizzante, in quanto sottolinea la condizione di malessere collegata al genere, ma senza utilizzare la parola "disturbo"; per quanto riguarda le persone intersessuali affette da "disforia di genere", verrà utilizzato il nuovo termine di DSD, che invece non viene apprezzato in maniera unanime. L'ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - Classificazione ICD) è invece lo strumento diagnostico utilizzato dal WHO (World Health Organization - Organizzazione Mondiale della Sanità), e considera anch'esso le persone transgender come affette dalla patologia dei "disturbi dell'identità di genere"; in questo momento è in uso la decima edizione della classificazione, e l'undicesima dovrebbe essere edita nel 2015. Entrambe le classificazioni considerano per un certo periodo l'omosessualità come una patologia mentale, e in seguito alla sua eliminazione dalla lista dei disordini, che avviene nel 1974 nel caso del DSM e nel 1990 nel caso dell'ICD, l'attenzione si sposta sui "disturbi dell'identità di

---

vengono creati dei genitali femminili. Otto anni dopo, Agnes parla di nuovo con i medici, e spiega loro la verità: dall'età di 12 anni ha assunto ormoni estrogeni, e la "femminilizzazione" del suo corpo non è stata dunque spontanea. I medici capiscono allora che Agnes non è intersessuale, e si è servita delle loro categorie e delle loro opzioni di trattamento clinico, in modo da ottenere ciò che voleva. Vedi H. GARFINKEL, *Passing and the managed achievement of sex status in an 'intersexed' person*, in S. STRYKER, S. WHITTLE (*ed.*), *The Transgender Studies Reader*, cit., pp. 58-93 (ed. or. *Studies in Ethnomethodology*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1967)

genere", che entrano a questo punto nell'elenco delle patologie[102].

Nel 2006 viene infine pubblicato, contemporaneamente su varie riviste specializzate, un articolo che riassume le nuove linee guida per il trattamento clinico dei pazienti intersessuali, il 'Consensus Statement on Managment of Intersex Disorders'[103]. Il Consensus viene prodotto dal lavoro congiunto di due organismi, uno europeo e uno americano, che si occupano di pediatria, l'European Society for Paediatric Endocrinology e la Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society; un gruppo di 50 medici che si occupa di bambini intersessuali, e che comprende membri provenienti da vari stati occidentali, collabora alla stesura del documento. Nell'ottobre del 2005 viene tenuta una conferenza a Chicago, durante la quale ci si accorda sulle nuove linee guida, che confluiscono poi nell'articolo pubblicato nel 2006; all'incontro, oltre ai medici, sono presenti soltanto due persone intersessuali, Cheryl Chase dell'ISNA e Barbara Thomas dell'associazione tedesca XY-Frauen[104]. Il Consensus rappresenta un punto importante nella storia del trattamento clinico dell'intersessualità, poiché rappresenta le nuove linee guida ufficiali del mondo della medicina, e segna dunque un cambio di paradigma, che intende chiudere definitivamente con il modello proposto dal dottor Money, che viene applicato a partire dagli anni '60. Le nuove linee guida per occuparsi dei bambini intersessuali incorporano alcune delle critiche rivolte alla sfera della medicina dagli attivisti, ma naturalmente non abbandonano l'ottica patologizzante, che vede nell'intersessualità una condizione di interesse clinico, da tenere sotto controllo, e che potrebbe essere una causa di problemi per l'individuo. Ad esempio, infatti, il 'Consensus' si riferisce all'intersessualità in questi termini: «trovare una precisa diagnosi nei DSD è altrettanto importante che in altre condizioni mediche croniche, con conseguenze

[102] Su questo argomento, vedi A. I. LEV, 'Disordering Gender Identity: Gender Identity Disorder in the *DSM-IV-TR*', *Journal of Psychology & Human Sexuality*, vol. 17, n. 3-4, 2005, pp. 35-69; C. A. ROSS, 'Ethics of Gender Identity Disorder', *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, vol. 11, n. 3, 2009, pp. 165-170; J. C. SCHOELLKOPF, J. MENA, 'Gender Identity Disorder: An Unethical Diagnosis of Normal Human Diversity', *Lesbian Gay Bisexual Transgender Queer Center*, Paper 31, 2012

[103] I. HUGHES, C. HOUK, F. AHMED, P. LEE, LPWES, ESPE, 'Consensus statement on management of intersex disorders', cit.

[104] E. REIS, 'Divergence or disorder? The politics of naming intersex', cit., p. 538, nota 1

che durano tutta la vita»[105].

Il 'Consensus' propone una nuova nomenclatura per sostituire l'utilizzo di termini come "intersessualità", "ermafroditismo" e "pseudoermafroditismo", poiché i medici ritengono che siano percepiti come "peggiorativi" dai pazienti, e possano creare confusione sia nei genitori che nel personale medico; la nuova proposta è l'espressione DSD, ovvero "disordini dello sviluppo sessuale" (disorders of sex development): «il termine Disorders of Sex Development (DSD) viene proposto, e definisce le condizioni congenite in cui lo sviluppo del sesso cromosomico, gonadico o anatomico è atipico»[106]. In questo modo, i medici intendono spostare l'attenzione dalla totalità del paziente alla condizione specifica della sua "malattia"; a loro avviso, termini come "intersessuale" o "ermafrodita" suggerirebbero infatti che l'identità stessa di una persona sia diversa da quella degli altri individui, mentre con l'espressione DSD ritengono che non si trasmetta questo tipo di idea, ma anzi ci si focalizzi soltanto sull'aspetto propriamente clinico del "disordine" dello sviluppo sessuale, senza implicare che il paziente sia differente dalle altre persone[107]. In effetti, il termine "ermafrodita" è il più antico, mentre la parola "intersessualità" viene utilizzata per la prima volta nel 1917, dal biologo Richard Goldschmidt (in quel periodo il termine non è però riferito agli esseri umani), e poi rivendicata dagli attivisti durante gli anni '90[108].

La nuova proposta di trattamento clinico si articola in cinque punti fondamentali, che dimostrano la distanza rispetto al modello di John Money: «un buon trattamento clinico delle persone con DSD dovrebbe comprendere i seguenti elementi: 1) l'assegnazione di genere va evitata, prima che i neonati siano valutati da un esperto; 2) la valutazione e il trattamento a lungo termine vanno eseguiti presso un centro con un esperto team multidisciplinare; 3) deve essere attribuito un genere a tutti gli individui; 4) una comunicazione aperta con pazienti e

---

[105] *Ibid.*, p. 17
[106] *Ibid.*, p. 2
[107] I. HUGHES (*et al.*), 'Consequences of the ESPE/LWPES guidelines for diagnosis and treatment of disorders of sex development', cit., p. 359
[108] E. K. FEDER, K. KARZAKIS, 'What's in a name? The controversy over "Disorders of Sex Development"', cit., p. 35, nota 6; E. REIS, 'Divergence or disorder? The politics of naming intersex', cit., p. 536

famiglie è essenziale, e la partecipazione alle decisioni è incoraggiata; 5) le preoccupazioni di pazienti e famiglie devono essere rispettate, e affrontate in privato»[109]. Dunque, le nuove linee guida proposte nel 2006 mettono in primo piano una comunicazione onesta con i genitori e i pazienti, che dovrebbero partecipare a ogni decisione clinica; non viene più consigliato il silenzio, ma anzi si incoraggia il dialogo con pazienti e genitori. Inoltre, viene sottolineato che «anche se la privacy va rispettata, un DSD non è causa di vergogna»[110], elemento che è invece fortemente presente nei racconti delle persone intersessuali sottoposte al trattamento clinico dei decenni precedenti, a cui i genitori non raccontano nulla e raccomandano di non farsi mai vedere senza vestiti dai coetanei. Inoltre, un altro aspetto che cambia rispetto al precedente paradigma è l'importanza attribuita al supporto psicologico, che secondo il Consensus dovrebbe sempre essere offerto a pazienti e genitori; nel team multidisciplinare che si occupa del paziente intersessuale è incluso infatti anche uno psicologo o uno psichiatra, poiché si ritiene che tale supporto psicologico sia necessario, e serva a garantire il benessere del paziente e dei suoi genitori. La diagnosi dovrebbe essere chiarita al paziente al momento opportuno, secondo quanto deciso insieme dallo psicologo e dai genitori, e una continua valutazione relativa alla propria percezione dell'identità di genere viene consigliata. Nel caso in cui un paziente abbia una certa disforia di genere si consiglia di offrire la possibilità di esplorare tali sentimenti con un professionista, e nel caso in cui un paziente desiderasse passare a un altro genere rispetto a quello assegnato alla nascita, tale desiderio dovrebbe essere appoggiato dai genitori[111].

Strumenti come gruppi di supporto composti da pazienti intersessuali vengono inoltre consigliati, poiché il confronto con altre persone con un'esperienza simile viene considerato positivo, a differenza di quanto accade in precedenza, quando i pazienti vengono deliberatamente isolati. Il Consensus

---

[109] I. HUGHES, C. HOUK, F. AHMED, P. LEE, LPWES, ESPE, 'Consensus statement on management of intersex disorders', cit., p. 555
[110] *Ibid.*
[111] *Ibid.*, pp. 557-558

sottolinea poi che alcuni pazienti potrebbero rifiutare il proprio corpo e le attività sessuali, e in questo caso la terapia psicologica dovrebbe essere consigliata, al fine di garantire che ogni persona possa avere una vita sessuale e relazionale soddisfacente[112]. Il Consensus nota anche che lo stesso trattamento clinico possa influire sul benessere psicologico di un paziente, dal momento che gli interventi chirurgici e le pratiche mediche, come le ispezioni genitali o le fotografie, potrebbero avere effetti negativi. La pratica di scattare fotografie ai genitali dei pazienti intersessuali è in effetti in uso in ambito clinico già nell'Epoca delle Gonadi (1870-1915)[113], e prosegue durante tutto il Novecento, nonostante le critiche rivolte a tale sguardo strumentale e patologizzante, che utilizza le immagini di corpi differenti da quanto prevede la norma sociale per sottolinearne la "natura anormale", riducendo l'identità di una persona all'aspetto dei suoi genitali. Inoltre, durante la seconda metà del Novecento, spesso le fotografie dei bambini intersessuali vengono scattate senza il loro consenso, e senza la presenza dei genitori, in modo da rendere l'intera situazione decisamente spiacevole; le immagini non sempre rappresentano soltanto i genitali, ma a volte si tratta di fotografie di bambini completamente nudi, che non possono essere giustificate da alcuna necessità clinica[114]. Il Consensus non rinnega tale pratica, e ne sottolinea l'utilità ai fini didattici, notando però che dovrebbe essere limitata, quando possibile, ai momenti in cui un paziente è sotto anestesia, e non effettuata senza il suo consenso[115].

Anche l'argomento della chirurgia genitale infantile viene affrontato, e tale aspetto del trattamento medico non viene completamente escluso, ma si specifica che sia meglio non illudere il paziente con possibilità di successo che la chirurgia non può ragionevolmente offrire, e che «l'enfasi è sul risultato funzionale,

---

[112] *Ibid.*, p. 558

[113] A. DREGER, *Hermaphrodites and the Medical Invention of Sex*, cit., pp. 46 e sgg

[114] S. M. CREIGHTON *(et al.),* 'Medical photography: ethics, consent and the intersex patient', *British Journal of Urology International*, vol. 89, n. 1, 2002, pp. 67-72

[115] I. HUGHES, C. HOUK, F. AHMED, P. LEE, LPWES, ESPE, 'Consensus statement on management of intersex disorders', cit., p. 558

piuttosto che sul semplice aspetto estetico»[116]. Nei casi di ricostruzione chirurgica della vagina o del pene, il Consensus consiglia di rimandare gli interventi al periodo dell'adolescenza, poiché il paziente deve essere consapevole del trattamento a cui si sta sottoponendo, e deve essere sufficientemente motivato; nel caso di un'operazione subìta in età infantile, invece, sarebbe impossibile garantire la piena collaborazione del paziente con il medico. Gli interventi chirurgici genitali perdono quindi il posto fondamentale che hanno nel paradigma di trattamento clinico di John Money, e diventano semplicemente una delle opzioni che la medicina può offrire a un paziente intersessuale; la decisione spetta in ogni caso al paziente, e viene sconsigliato di suggerire ai genitori tale possibilità chirurgica nel caso di pazienti in età infantile. L'aspetto dei genitali non è quindi più necessario al fine dello sviluppo di un'identità psicosessuale "appropriata", e le nuove linee guida consigliano di sottoporre soltanto pazienti adulti o adolescenti a interventi chirurgici genitali[117].

6. Conseguenze del 'Consensus'

Anche in seguito alla pubblicazione del 'Consensus', numerosi medici continuano a sottolineare la necessità di una revisione approfondita del trattamento clinico dell'intersessualità, in tutti i suoi aspetti; le linee guida del 2006 vengono infatti percepite come un segnale importante, ma che deve rappresentare soltanto l'inizio di un percorso critico, in grado di garantire ai pazienti un approccio attento ai loro specifici bisogni[118]. Nel 2010, ad esempio, un numero della rivista 'Sexual Development' viene interamente dedicato all'argomento, e la questione etica viene sollevata con decisione[119]. Nel 2007

---

[116] *Ibid.*, p. 557
[117] *Ibid.*
[118] K. KARZAKIS (*et al.*), 'Genital Surgery for Disorders of Sex Development: Implementing a Shared Decision-Making Approach', *Journal of Pediatric Endocrinology & Metabolism*, vol. 23, n. 8, 2010, pp. 789-806; C. WIESEMANN (*et al.*), 'Ethical principles and recommendations for the medical management of differences of sex development (DSD)/intersex in children and adolescents', *European Journal of Pediatrics*, vol. 169, n. 6, 2010, pp. 671-679
[119] S. BERTELLONI, O. HIORT (*ed.*), 'New Concepts for Human Disorders of Sexual Development', cit.; per quanto riguarda la questione etica, vedi in particolare C. WIESEMANN, 'Ethical Guidelines for the Clinical Management of Intersex', pp. 300-303; S. BERTELLONI, 'Disclosing Disorders of

viene pubblicato un articolo, in cui vengono esaminate le conseguenze prodotte dal 'Consensus' dell'anno precedente, e si analizzano le direzioni verso le quali indirizzare in futuro l'attenzione. Viene esplicitamente riconosciuto il precedente problema di comunicazione con le associazioni di persone intersessuali, e vengono menzionati i due volumi editi dall'ISNA, in collaborazione con alcuni medici, le 'Clinical Guidelines' e l' 'Handbook for Parents'; in seguito alla pubblicazione dei due volumi, infatti, le organizzazioni professionali per l'endocrinologia pediatrica di Stati Uniti ed Europa, la LWPES e l'ESPE, decidono di organizzare una conferenza, e produrre delle linee guida per il trattamento clinico dei pazienti intersessuali, in modo da incorporare, nei limiti del possibile, le richieste delle associazioni e dei pazienti. «Un consensus è una decisione o accordo generale, che riconosce che le obiezioni della minoranza che partecipa al processo dovrebbero essere risolte, finché sia praticabile»[120]. In questo senso, la nuova nomenclatura, ovvero "disordini dello sviluppo sessuale" (DSD), viene considerata un importante passo in avanti, poiché specifica chiaramente a cosa ci si riferisca, ma senza utilizzare termini come "ermafroditismo", percepito come "offensivo" dai pazienti. Il termine DSD viene invece considerato chiaro ed efficace, in grado di comprendere una serie di condizioni cliniche e di sintetizzarle in modo corretto, dal momento che comprende ogni «condizione congenita in cui lo sviluppo del sesso cromosomico, gonadico o anatomico è atipico»[121].

Un altro aspetto importante che viene sottolineato è relativo al supporto psicologico, poiché l'articolo nota che tale innovazione nel trattamento clinico dei pazienti intersessuali sia fondamentale; uno psicologo dovrebbe essere presente fin dal momento in cui ai genitori viene comunicata la diagnosi, in modo da osservare la loro reazione, e anche in seguito dovrebbe essere sempre presente, in

---

Sex Development and Opening the Doors', pp. 304-309; M. L. CULL, M. SIMMONDS, 'Importance of Support Groups for Intersex (Disorders of Sex Development) Patients, Families and the Medical Profession', pp. 310-312

[120] I. HUGHES (*et al.)*, 'Consequences of the ESPE/LWPES guidelines for diagnosis and treatment of disorders of sex development', cit., p. 352

[121] *Ibid.*, p. 353

modo da capire se la famiglia è in grado di reagire allo stress causato dalla "condizione clinica" del figlio. L'articolo nota inoltra che le idee culturali e religiose dei genitori dovrebbero essere prese in considerazione, perché potrebbero influenzare le loro decisioni. Inoltre, si sottolinea nuovamente che l'eventuale decisione di un paziente intersessuale di cambiare genere durante l'adolescenza o l'età adulta dovrebbe essere compresa e sostenuta, grazie alla collaborazione con medici specializzati nel trattamento di persone transgender. Secondo l'articolo del 2007, inoltre, l'identità di genere non si basa esclusivamente su fattori biologici, e dunque non è possibile prevedere alla nascita quale sarà la percezione della propria identità di un bambino, basandosi esclusivamente sull'esposizione ormonale o la composizione genetica; viene sottolineato anche che un comportamento differente dal ruolo sociale del genere al quale si viene assegnati non è un indicatore del desiderio di cambiare genere in seguito[122]. In effetti, si riconosce finalmente che una persona possa comportarsi in maniera diversa da quanto la società prescrive per donne e uomini, senza per questo voler cambiare genere.

L'articolo solleva anche altre questioni che il 'Consensus' lascia aperte, come la necessità di comprendere se un paziente intersessuale di età infantile sia in grado di capire appieno le informazioni che gli vengono date, e dunque possa prendere decisioni relative al suo trattamento clinico in maniera efficace; un altro punto importante riguarda poi la condivisione delle informazioni relative all'intersessualità del bambino con altre persone, oltre alla famiglia. L'articolo nota infatti che «se il condividere informazioni con un ambiente allargato avrà conseguenze positive o negative per il bambino, è ancora una domanda aperta. Vivere una vita 'normale' con un segreto, è più dannoso che vivere una vita senza segreti, ma con il rischio di stigma e vergogna?»[123]. Questo è il punto di vista della medicina, ma per quanto riguarda le persone intersessuali, sembra che la risposta data da chi è stato cresciuto nel silenzio sia di essere onesti in ogni caso,

[122] *Ibid.*, p. 357
[123] *Ibid.*, p. 358

poiché la prospettiva di vivere nascondendosi è peggiore rispetto al rischio di non essere accettati da tutti.

Per quanto riguarda l'argomento della chirurgia genitale, l'articolo del 2007 restringe ulteriormente il campo, rispetto a quanto sostenuto dal 'Consensus', consigliando di ritardare ogni tipo di intervento il più possibile. Ad esempio, nel caso delle ragazze AIS (sindrome da insensibilità agli androgeni – Androgen Insensitivity Syndrome), il 'Consensus' consiglia sempre la rimozione delle gonadi, a causa della possibilità che il tessuto subisca una degenerazione cancerogena; in effetti, tale eventualità di solito non si presenta prima dell'adolescenza, e in ogni caso evitare la rimozione delle gonadi durante l'infanzia consentirebbe di affrontare la pubertà senza l'utilizzo di una terapia ormonale. L'articolo del 2007, infatti, non consiglia la rimozione delle gonadi in ogni caso, e sottolinea che tale punto del 'Consensus' è piuttosto controverso[124]. La posizione "ufficiale" della medicina nei confronti della chirurgia genitale viene ribadita ulteriormente: «un approccio più cauto verso la chirurgia estetica infantile è un passo nella giusta direzione. Sono necessarie maggiori prove di soddisfazione a lungo termine per giustificare la pratica della chirurgia estetica infantile, e per confrontarla con la pratica di non intervenire e osservare. C'è l'impressione che gli interventi chirurgici vengano effettuati sulla base che, se la procedura è tecnicamente possibile, allora l'intervento verrà eseguito. […] Come regola generale, sarebbe preferibile evitare gli interventi su neonati e bambini, o almeno quando è possibile. La conservazione del tessuto, specialmente quello gonadico, e il mantenimento dell'integrità del corpo nella sua totalità sono aspetti clinici che dovrebbero avere la più alta priorità»[125].

Un ulteriore elemento che viene sollevato dall'articolo del 2007 riguarda la gestione dell'intersessualità in culture differenti da quella occidentale; la modalità di trattamento clinico descritta è relativa infatti alla società occidentale, e

---

[124] *Ibid.*, p. 360; I. HUGHES, C. HOUK, F. AHMED, P. LEE, LPWES, ESPE, 'Consensus statement on management of intersex disorders', cit., p. 557
[125] *Ibid.*

alle sue specifiche pratiche e categorie di genere[126]. L'articolo nota che in alcuni paesi non occidentali è spesso la povertà a decidere chi può accedere al trattamento clinico, mentre chi non ha questa possibilità resta nella condizione in cui si trova alla nascita. Nel mondo occidentale contemporaneo, al contrario, praticamente tutti i neonati vengono controllati immediatamente dall'apparato della medicina, e le persone intersessuali vengono individuate subito, e viene loro offerto il trattamento medico considerato più appropriato. Inoltre, il maggiore potere collegato al ruolo sociale maschile in alcune culture può guidare il desiderio dei genitori di assegnare i loro figli al genere maschile a prescindere dalla funzionalità sessuale, poiché una figlia considerata non in grado di avere un marito può essere vista in maniera negativa. Ad esempio, alcuni medici che si occupano di intersessualità in Arabia Saudita riferiscono di avere difficoltà nell'applicare il modello di trattamento clinico in uso nei paesi occidentali, come Europa e Stati Uniti, a causa del differente contesto sociale e culturale. Nel caso di neonati con genitali esterni considerati simili a quelli maschili, e che hanno le ovaie, e quindi la capacità di procreare, nei paesi occidentali di solito si consiglia l'attribuzione di genere in senso femminile, dal momento che si preferisce preservare la potenziale facoltà di procreare; in Arabia Saudita, invece, una volta che il neonato viene assegnato al genere maschile a causa dell'aspetto dei genitali, i genitori rifiutano l'idea di eseguire interventi chirurgici per "femminilizzarne" il corpo, e di cambiarne il genere in senso femminile, poiché preferiscono decisamente avere un figlio, che non una figlia[127]. Il contesto culturale è dunque un aspetto da prendere in considerazione nel caso del trattamento clinico dell'intersessualità, e d'altro canto le stesse pratiche mediche contribuiscono a influenzarlo, e ne vengono a loro volta modificate. L'articolo del 2007 sottolinea poi che, nel mondo contemporaneo, tali questioni non riguardano soltanto i paesi

[126] Su questo argomento, vedi anche G. L. WARNE, J. RAZA, 'Disorders of sex development (DSDs), their presentation and management in different cultures', *Reviews in Endocrine & Metabolic Disorders*, vol. 9, n. 3, 2008, pp. 227-236; S. I. ISMAIL, I. A. MAZEN, 'A Study of Gender Outcome of Egyptian Patients with 46, XY Disorder of Sex Development', *Sexual Development*, vol. 4, n. 4-5, 2010, pp. 285-291

[127] A. FAUSTO-STERLING, *Sexing the Body*, cit., pp. 58-59

non occidentali, a causa del grande movimento di persone tra i diversi stati; per quanto riguarda il Regno Unito, infatti, la percentuale di popolazione che è immigrata nel paese è dell'8,3%, e i passaporti rilasciati a persone provenienti da altri stati, negli ultimi dieci anni, sono un milione. La raccomandazione della medicina è quindi di tenere presente l'importanza del contesto culturale nella gestione clinica dell'intersessualità, e di considerare le varie istanze presenti nella società, soprattutto nel caso di una futura revisione delle linee guida stabilite nel 'Consensus'[128].

7. Comitato Nazionale per la Bioetica – Italia

Anche in Italia, sembra che le linee guida del 'Consensus' del 2006 vengano recepite, almeno a livello "ufficiale", come dimostra un documento del Comitato Nazionale per la Bioetica, prodotto nel 2010. Il documento si inserisce appieno in un contesto di medicalizzazione dell'intersessualità, e intende porsi come strumento per medici e genitori, in modo da stabilire quale sia la procedura migliore da eseguire, nell'interesse di un minore intersessuale. Infatti, le prime parole del testo chiariscono subito che l'intersessualità, chiamata "disordini dello sviluppo sessuale" secondo la nuova nomenclatura, costituisce una condizione clinica, una "malattia": «il Comitato Nazionale per la Bioetica si occupa in questo parere delle patologie - che si possono manifestare nei bambini con diversi livelli di gravità e di frequenza - di 'ambiguità sessuale' (anche detti stati di 'intersessualità'), ossia di sviluppo non armonico delle diverse componenti del sesso (genetico, gonadico, ormonale, fenotipico) […]»[129]. Il documento considera anche come "accertata" l'influenza degli ormoni prenatali nello sviluppo dell'identità di genere, a differenza di quanto si afferma nel 'Consensus' del 2006, e questo è uno dei motivi per cui gli interventi chirurgici genitali infantili vengono sconsigliati. Nel documento l'attenzione si focalizza sulla diagnosi precoce, e

[128] I. HUGHES (*et al.)*, 'Consequences of the ESPE/LWPES guidelines for diagnosis and treatment of disorders of sex development', cit., p. 363

[129] COMITATO NAZIONALE BIOETICA, *I disturbi della differenziazione sessuale nei minori: aspetti bioetici*, consultabile online, 2010, p. 3

sull'intervento chirurgico della medicina, dietro consenso informato, poiché lo scopo del trattamento clinico è quello di "creare" degli uomini e delle donne il più simili possibile a quanto previsto dal modello binario in uso nella società. «Il CNB sottolinea la delicatezza bioetica delle decisioni nei casi di ambiguità sessuale di minori, essendo in gioco il problema del fondamento della differenziazione sessuale, e della strutturazione dell'identità sessuale, quale elemento indispensabile dell'identità personale, individuale e relazionale di ogni soggetto. Il Comitato ritiene importante che ogni scelta in questa peculiare situazione sia adeguatamente ponderata […] con l'obiettivo di armonizzare elementi di disarmonia»[130]. Il documento esplicita così l'adesione allo schema binario, che prevede che donne e uomini siano due gruppi nettamente separati; in quest'ottica, un individuo non può assolutamente avere una vita soddisfacente, se il suo corpo non è perfettamente in accordo con lo schema binario. Lo scopo del trattamento clinico dell'intersessualità rimane quello di garantire il benessere del paziente, ma tale risultato andrebbe raggiunto tramite la sua "normalizzazione" e assimilazione a un modello preesistente, piuttosto che attraverso la valorizzazione della diversità umana, che potrebbe invece svalutare l'idea che ci sia un unico modo "giusto" per essere uomini o donne.

Infatti, per quanto riguarda gli interventi chirurgici volti alla modifica dei "genitali ambigui", il documento sostiene che: «Tali interventi non solo sono leciti, ma anche doverosi se rappresentano l'unica via ragionevole e praticabile da percorrere per garantire - nella misura del possibile - alla persona le condizioni future per giungere ad una armonica identificazione, comprendendo fra le stesse anche l'esercizio della futura attività sessuale. La compresenza di elementi sessuali discordi, se non è conforme al progetto di essere uomo o donna, rende lecito rimuovere ciò che impedisce la realizzazione, almeno parziale, di questa armonia.»[131]. Un uomo deve avere un determinato tipo di corpo, e lo stesso vale per una donna: secondo il Comitato Nazionale per la Bioetica, e in contrasto con

[130] *Ibid.*, p. 16
[131] *Ibid.*, p. 17

quanto sostenuto da una parte della comunità intersessuale e transgender, non è possibile essere una donna o un uomo, ed essere felici, se non si hanno i genitali "giusti". Anche l'idea di iscrivere all'anagrafe i neonati senza dover immediatamente dichiararne il genere è rifiutata con veemenza, e considerata pericolosa e destabilizzante per il sistema italiano; la proposta viene inoltre ricollegata esclusivamente a un contesto clinico, senza esaminarla ulteriormente, e si fa riferimento soltanto a «disturbi, anomalie e patologie»[132]. Viene in questo modo nuovamente ribadita l'intenzione di conformarsi a un modello che prevede soltanto due alternative, donna o uomo, e che viene percepito come una vera "necessità", dalla quale non si può prescindere. In effetti, invece, sono numerosi i paesi in cui i documenti di una persona non prevedono soltanto le due opzioni maschile e femminile, ma è prevista anche una terza categoria (India, Nuova Zelanda, Australia, Malesia, Nepal, Sud Africa)[133].

Per quanto riguarda inoltre il caso di un futuro passaggio di genere di un bambino intersessuale, il documento consiglia ai legislatori di considerare la possibilità di aggiungere un' "annotazione" nel momento della registrazione all'anagrafe del neonato, in modo che, una volta adulto, possa effettuare una semplice modifica dei suoi documenti anagrafici, invece di intraprendere il percorso della riassegnazione genitale, secondo quanto previsto dalla norma italiana (Legge 14 aprile 1982, n. 164)[134]. Infatti, fino a tempi recenti la legge viene interpretata in maniera rigida, impedendo il cambiamento di genere sui documenti, se non ci si sottopone prima all'intervento di riassegnazione genitale, subordinando così l'intero processo alla modifica dei genitali. L'11 marzo 2011, invece, il tribunale di Roma, con la sentenza n. 5896, modifica tale interpretazione della legge, consentendo il cambio di genere a una persona che non si è sottoposta a interventi genitali; la norma del 1982 viene infatti considerata in maniera differente, e l'intervento della chirurgia non è più fondamentale per modificare il

---

[132] *Ibid.*, p. 19

[133] EUROPEAN COMMISSION, *Trans and intersex people: Discrimination on the grounds of sex, gender identity and gender expression*, consultabile online, 2012, p. 83, e nota 212

[134] COMITATO NAZIONALE BIOETICA, *I disturbi della differenziazione sessuale nei minori*, cit., p. 19

proprio genere dal punto di vista legale. Secondo la nuova sentenza del 2011, l'intervento chirurgico è necessario soltanto nel caso in cui non sia possibile raggiungere il benessere psicologico, a causa della discrepanza tra la propria identità e il proprio corpo; se invece una persona è a suo agio con i propri genitali e con la propria identità, allora è possibile effettuare il cambio di genere dal punto di vista legale, e adeguare i documenti, senza bisogno di sottoporsi a un intervento chirurgico.

8. Controversia sulla nomenclatura DSD

In seguito alla proposta del 'Consensus' del 2006, che cerca di introdurre una nuova terminologia per sostituire parole come "ermafrodita" e "intersessuale", diverse voci si sollevano per appoggiare o criticare l'espressione di "disordini dello sviluppo sessuale". Per quanto riguarda le associazioni di persone intersessuali, l'ISNA, che in seguito confluisce in Accord Alliance, sostiene fortemente il termine DSD, modificando profondamente la sua politica, dal momento che negli anni '90 è proprio tale associazione a rivendicare e utilizzare in maniera politicizzata termini come "ermafrodita" e "intersessuale"; infatti, la newsletter dell'ISNA si chiama appunto "Hermaphrodites with Attitude", e Cheryl Chase produce nel 1997 un documentario chiamato "Hermaphrodites Speak!". L'ISNA spinge verso l'utilizzo del termine DSD già prima del 'Consensus' del 2006, poiché ritiene che sia clinicamente preciso, e non collegato a concetti relativi all'identità di una persona, ma soltanto alla sua "patologia"; tale posizione dell'associazione intersessuale più nota degli Stati Uniti contribuisce alla diffusione del termine DSD, dal momento che non viene proposto soltanto dai medici, ma anche da chi collabora con pazienti e genitori. Durante il 2005 e il 2006 una serie di eventi contribuiscono al cambio di nomenclatura, avvertito ormai come urgente sia in ambito clinico, che tra i membri dell'ISNA. Nel 2005 ha infatti luogo la conferenza organizzata da LWPES ed ESPE, durante la quale si discute su come cambiare la nomenclatura esistente per le condizioni di intersessualità; intanto anche membri dell'ISNA

come Cheryl Chase e la studiosa di storia della medicina Alice Dreger dibattono sullo stesso argomento, e nello stesso anno pubblicano un articolo, nel quale sottolineano la necessità di non utilizzare più la vecchia terminologia. Quando i medici partecipanti alla conferenza si accordano sul termine DSD, allora anche l'ISNA inizia a utilizzare tale espressione, inserendola immediatamente nei due volumi allora in preparazione, e che vengono pubblicati nel 2006, 'Clinical Guidelines' e 'Handbook for Parents', pubblicizzando così il nuovo termine[135].

8.1 Ellen K. Feder e Katrina Karzakis

Ellen K. Feder e Katrina Karzakis si occupano di intersessualità negli Stati Uniti, la prima come studiosa di filosofia e studi delle donne e di genere, e la seconda in quanto antropologa e studiosa di biomedicina, e denunciano il trattamento clinico "normalizzante" che viene eseguito sui bambini. Le due studiose affrontano anche il dibattito sulla nuova nomenclatura, poiché intendono utilizzare il termine DSD senza rinunciare a una contemporanea critica di alcuni aspetti della medicalizzazione dei "disordini dello sviluppo sessuale"[136]. Secondo Feder e Karzakis, che pubblicano nel 2008 un articolo chiamato 'What's in a name? The controversy over "Disorders of Sex Development"', la questione dell'intersessualità viene affrontata in maniera imprecisa, e spesso dei problemi propriamente clinici, relativi alla salute di una persona, vengono confusi con elementi relativi alle categorie di genere e sessualità, che non riguardano invece la sfera della medicina, ma quella delle norme sociali. «L'intersessualità, secondo la nostra interpretazione, era più un problema di *significato*, che non di medicina: le caratteristiche di genere atipiche associate alle condizioni di intersessualità sono state considerate, a torto, come necessitanti di intervento»[137]. Feder e Karzakis si interrogano dunque se il termine DSD rappresenti una nuova forma di

[135] E. K. FEDER, K. KARZAKIS, 'What's in a name? The controversy over "Disorders of Sex Development"', cit., p. 6, nota 13
[136] E. K. FEDER, K. KARZAKIS, 'The art of medicine: Naming the problem: disorders and their meanings', *The Lancet*, vol. 372, n. 9655, 2008, pp. 2016-2017
[137] E. K. FEDER, K. KARZAKIS, 'What's in a name? The controversy over "Disorders of Sex Development"', cit., p. 33

“patologizzazione” dei corpi differenti dal modello binario, o se invece possa essere un passo in avanti, che non considera tali corpi come “anormali”, ma si focalizza invece sulle reali condizioni mediche che possono accompagnarsi a questi corpi, e che possono essere pericolose per la salute. «[…] queste condizioni sono state considerate semplicemente come problemi di genere, in modo da trascurare le più ampie questioni di salute, e il benessere degli individui che ne sono affetti»[138]. In questo senso, non sarebbe più la differenza rispetto allo schema binario, che prevede due corpi completamente diversi per donne e uomini, ma la presenza di effettivi problemi di salute, aldilà della conformazione dei genitali, a guidare l’intervento della medicina.

Secondo l’analisi delle due studiose, il termine “ermafrodita”, utilizzato per secoli, non è riferito soltanto a una condizione clinica, ma a una specifica tipologia di persone, considerata “problematica”; il termine “intersessuale”, invece, che entra in uso durante il Novecento, non viene oggi più usato dai medici, poiché molti genitori e pazienti lo rifiutano, ritenendo che sia collegato all’idea di una persona che non è né maschio né femmina, o un insieme di entrambi. In seguito al cambiamento di opinione che ha luogo all’interno di associazioni come l’ISNA, la definizione di “intersessuale” perde ancora più favore, poiché si ritiene che «[…] sia un termine politicizzato identificato con attivisti di genere radicali, che rifiutano l’assegnazione di genere, e si oppongono alla chirurgia infantile genitale o gonadica. […] i sostenitori di un migliore trattamento clinico – che cercavano di rinforzare il messaggio che le questioni di genere non dovrebbero essere il punto principale del trattamento clinico – iniziarono a pensare che il termine intersessuale rinforzava e ristabiliva un discorso proprio su quelle questioni»[139]. In questo senso, il mutamento terminologico e di intenti che avviene all’interno dell’ISNA è fondamentale, poiché a causa del suo recente impegno nella comunicazione tra pazienti e medici, la necessità di utilizzare un termine più “neutro” e meno politicizzato rispetto a

[138] *Ibid.*
[139] *Ibid.*, p. 34

“intersessualità” diventa predominante; in effetti, negli anni ’90, è proprio l’ISNA a rendere “radicale” il termine “intersessualità”, tramite il suo collegamento con la sfera del genere e gli attivisti LGBTQ, per poi abbandonarlo successivamente, quando viene preferita una posizione più conciliante, in favore di DSD.

Secondo Feder e Karzakis, l’utilizzo dei termini “ermafrodita” e “intersessuale” non è compatibile con la medicina moderna, e sarebbe addirittura responsabile di aver contribuito al trattamento clinico “non etico” riservato ai pazienti intersessuali a partire dalla metà del Novecento; a loro avviso, questo è causato da un utilizzo improprio di tali definizioni, che si focalizza sull’identità, invece che sulla salute. «L’uso di questi termini per identificare tipologie di persone, invece di individui con condizioni che potrebbero avere conseguenze profonde sulla loro salute […]»[140]. D’altro canto, però, le due studiose sottolineano che l’utilizzo della nuova nomenclatura di DSD dovrebbe essere collegata a un nuovo trattamento medico, profondamente differente rispetto a quello precedente, che prevedeva segreto e vergogna per i corpi differenti dalle norme di genere: «se DSD rimpiazza semplicemente l’intersessualità, il suo unico scopo è rinforzare una storia di medicalizzazione che ha portato molto dolore, fisico ed emozionale»[141]. Secondo le due studiose, l’intersessualità viene considerate dalla medicina, durante il Novecento, come una patologia “differente da tutte le altre”, consentendo così l’utilizzo di pratiche cliniche contrarie a quanto stabilito per altre condizioni, e violando principi di bioetica che vengono invece presi in considerazione in altri casi. In questo senso, l’introduzione del termine DSD viene considerato coerente con la sfera della medicina, che, per i suoi specifici scopi, si serve della categoria di “disordine”, intesa come “variazione rispetto alla norma”; la nuova terminologia non sarebbe quindi soltanto un tentativo di modificare in maniera meno stigmatizzante le precedenti espressioni, ma il modo della medicina di interrompere pratiche contrarie ai suoi principi, per focalizzarsi invece sulle condizioni di salute collegate ai DSD. Tramite il nuovo

[140] *Ibid.*
[141] *Ibid.*

termine, i “disordini dello sviluppo sessuale” potrebbero diventare una patologia “come tutte le altre”, garantendo così un migliore trattamento clinico, realmente efficace e che non abbia lo scopo di normalizzare le differenze anatomiche secondo il modello binario[142].

Inoltre, Feder e Karzakis prendono in considerazione alcune differenti proposte, che cercano di migliorare la definizione di DSD, tramite l’utilizzo del termine “divergenza” o “variazione”, invece di “disordine”, che viene rifiutato con veemenza da una parte degli attivisti intersessuali, sulla base della rivendicazione che «sono una persona, non un disordine»[143]. Secondo il loro parere, tali modifiche potrebbero essere nel giusto, nel sostenere che la differenza di anatomia genitale non sia diversa rispetto ad altre variazioni, come ad esempio i colori degli occhi, ma potrebbero anche implicare la sottovalutazione delle condizioni cliniche collegate a tali differenze della morfologia dei genitali. A loro avviso, infatti, la differenza di anatomia genitale non va analizzata di per sé, ma in collegamento alle reali esigenze mediche dei pazienti, che potrebbero avere problemi di salute a causa di patologie collegate a tale diversità morfologica. «La nuova nomenclatura porta con sé la possibilità di focalizzarsi sulle genuine necessità mediche, nell’analizzare – e questa è la vera, persistente sfida – le differenze anatomiche che sono sintomo di tali condizioni come semplici variazioni»[144]. In questo senso, il nuovo termine di DSD dovrebbe essere interpretato, secondo Feder e Karzakis, come un tentativo di collocare tali condizioni all’interno della sfera della medicina, in accordo con quanto previsto dalle sue regole e pratiche; secondo le due studiose, ogni terminologia è collegata al rischio di “patologizzare” i corpi differenti dalla norma, ma se l’espressione DSD può spostare l’attenzione dall’identità del paziente alle sua condizioni di salute, allora potrebbe essere una buona scelta. Inoltre, l’utilizzo della nuova nomenclatura dovrebbe essere sempre collegato a termini che descrivano le specifiche condizioni cliniche, in modo da cercare di eliminare gradualmente lo

[142] *Ibid.*, p. 35
[143] *Ibid.*, p. 34
[144] *Ibid.*, p. 35

stigma collegato alla precedente medicalizzazione della differenza anatomica: «la mossa critica è la raccomandazione di utilizzare DSD insieme a un sistema basato su termini *descrittivi clinicamente* – ad esempio, "iperplasia surrenale congenita" e "sindrome da insensibilità agli androgeni". […] un focus sullo specifico disordine in questione – contiene l'immediata premessa di una demedicalizzazione degli aspetti della condizione che sono stati impropriamente patologizzati»[145].

Infine, le due studiose sottolineano l'unicità dell'intersessualità, nell'ambito della medicina, e notano che il termine DSD potrebbe contribuire a una nuova impostazione, sia in ambito clinico che sociale, che possa iniziare a considerare le parole "normale" e "anormale" non in collegamento alle categorie di genere, sessualità e identità, ma semplicemente come termini medici, utilizzati ordinariamente anche in altre condizioni: «[…] quello che rende le condizioni di intersessualità uniche è che sono state trattate, sia dai medici che cercano di "correggerle", che dagli attivisti che resistono a quelle pratiche, come una questione di identità. Se il cambio di nomenclatura può stimolare un importante sviluppo dell'attenzione sulle condizioni mediche reali che sono associate alle condizioni di intersessualità, e eliminare le preoccupazioni riguardo all'identità di genere, allora l'intersessualità può essere considerata come gli altri disordini per i quali i termini "normale" e "anormale" rappresentano differenze – alcune consequenziali, altre meno – nel funzionamento dei corpi umani»[146] .

Ellen K. Feder, in un articolo del 2009, 'Imperatives of Normality: From "Intersex" to "Disorders of Sex Development"'[147], amplia ulteriormente la sua posizione sul termine DSD, effettuando un'analisi del legame tra l'omosessualità e l'intersessualità. A suo avviso, l'unione di tali istanze, compiuto dai medici fin dall'inizio del trattamento clinico dell'intersessualità durante l'Ottocento, e poi utilizzato anche dagli attivisti intersessuali degli anni '90 per rivendicare la loro identità al di fuori della "patologia" loro attribuita, ha portato a trascurare le

[145] *Ibid.*
[146] *Ibid.*
[147] E. K. FEDER, 'Imperatives of normality: from "intersex" to "disorders of sex development"', cit.

questioni propriamente cliniche collegate ai DSD. «A mio avviso la contemporanea associazione dell'omosessualità con le condizioni di intersessualità rischia di oscurare le preoccupazioni specifiche del trattamento delle condizioni di intersessualità, e le conseguenze per gli individui affetti»[148]. Secondo Feder, la categoria di "normalizzazione", utilizzata da Foucault, non è relativa soltanto alla repressione di un'identità, ma può anche collegarsi alla sua creazione; secondo l'analisi di Foucalt relativa alla categoria di "omosessualità", infatti, le persone sfruttano i concetti e il vocabolario delle scienze che li definiscono "anormali", proprio allo scopo di dimostrare invece la "naturalità" della loro esistenza. In questo senso, dunque, Feder sottolinea che il processo di "normalizzazione" non serve soltanto a reprimere e cancellare un tipo di identità, ma può anche contribuire alla sua creazione e al suo riconoscimento[149]. «L'interpretazione di Michel Foucault del potere di "normalizzazione" […] può aiutarci a capire la storia della medicalizzazione e i suoi effetti dannosi, ma può anche permettere a coloro con condizioni di intersessualità e ai loro alleati di capire le possibilità positive che il mutamento tra intersessualità e DSD può portare»[150]. Feder considera inoltre come scopo della medicina la crescita e il miglioramento della condizione umana, e ritiene che in questo senso il mutamento terminologico possa essere utile a spostare l'attenzione di medici e persone intersessuali verso un tipo di trattamento clinico votato a tale risultato, e non alla modifica di genitali considerati fuori dalla norma[151].

Secondo l'analisi di Feder, l'utilizzo del termine DSD dovrebbe essere collegato esclusivamente alle condizioni cliniche presenti nei casi di intersessualità, e alla creazione di un nuovo modello di trattamento medico, profondamente differente da quello messo in atto nella seconda metà del Novecento, che ha danneggiato i corpi e il benessere psicologico di molte persone. Inoltre, il collegamento dell'intersessualità all'omosessualità, effettuato sia dai

[148] *Ibid.*, p. 226
[149] *Ibid.*, p. 235
[150] *Ibid.*, p. 227
[151] *Ibid.*, pp. 226-227

medici che dagli attivisti, dovrebbe a suo parere essere abbandonato per quanto riguarda il futuro, pur tenendo presente l'importanza di tale legame in un contesto di analisi storica; infatti, secondo Feder, lo scopo della medicina non è affatto quello di occuparsi delle identità delle persone, ma di migliorare la loro salute e la loro vita. In tale ottica, la studiosa ritiene più utile collegare il trattamento clinico dell'intersessualità a quello di altre condizioni cliniche, come la tubercolosi: alla fine del Novecento viene scoperta la causa della malattia, e i medici si rendono conto che si tratta di una patologia contagiosa, causata dai microbi. In precedenza, invece, si ritiene che la tubercolosi, chiamata "consunzione", sia tipica di una certa tipologia di persone, differenti dalle altre, e sofferenti di una debolezza morale e di carattere. Secondo l'analisi di Feder, negli Stati Uniti per un certo periodo di tempo coesistono due interpretazioni della malattia: ormai è noto che la tubercolosi sia una condizione clinica, non causata da un fattore psicologico, ma si ritiene anche che sia tipica di alcuni gruppi della popolazione, ovvero gli immigrati e i poveri, e non colpisca le classi più agiate. In questo senso, per Feder, anche il trattamento clinico dell'intersessualità presenta un elemento collegato allo stigma sociale, e uno relativo alla realtà clinica della malattia[152]. «Se per un certo periodo lo stigma sociale e la "verità" clinica coesistevano nel caso della tubercolosi, potremmo considerare allo stesso modo il trattamento dell'intersessualità, in uno stato di transizione»[153].

L'analisi di Feder intende quindi evidenziare le qualità positive della medicina, intesa come una scienza che cerca di migliorare la condizione umana; in questo senso, l'accettazione della nuova nomenclatura di DSD potrebbe, a suo parere, portare il trattamento clinico dell'intersessualità verso risultati clinici più efficaci, e che non si focalizzino più sull'identità delle persone, e sull'aspetto dei loro genitali. «Piuttosto che combattere per la demedicalizzazione delle condizioni di intersessualità che in effetti hanno conseguenze per la salute degli individui, l'accettazione di questo cambiamento può cambiare la concettualizzazione delle

[152] *Ibid.*, pp. 229-230
[153] *Ibid.*, p. 230

condizioni di intersessualità»[154]. Secondo Feder, la categoria di "normalizzazione" può mostrare il suo significato positivo, attraverso un trattamento clinico migliore, e il nuovo termine di DSD le sembra un passo in tale direzione: «l'utilizzo della nomenclatura di DSD, secondo me, può "normalizzare" in senso positivo le condizioni di intersessualità, spostando l'attenzione verso un trattamento appropriato ed etico, e allontanarla da questioni di identità che non riguardano – e la storia del trattamento dell'omosessualità lo dimostra appieno – la medicina»[155]. Per Feder, la categoria di "omosessuale" e quella di "intersessuale" non sono comparabili, poiché, se la prima può essere riferita soltanto all'ambito di sessualità e genere, nel secondo caso non si dovrebbe ignorare la presenza di reali condizioni cliniche; secondo la sua analisi, quindi, non esisterebbe un'identità "intersessuale", ma semplicemente una serie di condizioni patologiche, che sarebbe stata messa da parte dalla medicina, fin dall'inizio del trattamento clinico dell'intersessualità alla fine dell'Ottocento, per dedicarsi esclusivamente alla morfologia dei genitali. A suo avviso, dunque, «se si ignorano i punti in cui l'esperienza e gli interessi di persone queer e persone intersessuali divergono, si rischia di oscurare le esigenze specifiche di coloro che hanno una condizione di intersessualità. Il tipo di esigenze a cui mi riferisco è quello che *la medicina stessa ha ignorato o marginalizzato* a favore di una preoccupazione sproporzionata, o anche a volte isterica, per il genere e i genitali»[156]. Dunque, la scelta di queste studiose dell'utilizzo del nuovo termine DSD è collegato fortemente al rifiuto della categoria identitaria di "intersessualità", a cui si contrappone invece l'enfasi sulla condizione patologica e sulle malattie che possono essere collegate all'intersessualità, unita alla messa in luce degli aspetti positivi della medicina, intesa come uno strumento per migliorare la vita delle persone.

8.2 Elizabeth Reis

Elizabeth Reis è una storica che si occupa di studi di genere e delle donne

[154] *Ibid.*, p. 227
[155] *Ibid.*, p. 240
[156] *Ibid.*, p. 229

presso l'University of Oregon, che studia l'intersessualità negli Stati Uniti. In effetti, nel 2005 pubblica un articolo nel quale analizza la storia dell'intersessualità negli Stati Uniti, dal 1620 al 1960, chiamato 'Impossible Hermaphrodites: Intersex in America, 1620–1960'[157], arrivando a delle conclusioni simili a quelle di Alice Dreger per l'Europa[158]; secondo Reis, infatti, l'intersessualità viene resa "invisibile", e in questo senso l' "ermafroditismo" è "impossibile", anche negli Stati Uniti, poiché l'idea che una persona sia in grado di possedere sia qualità maschili che femminili provoca una grande ansia sociale. Di conseguenza, le persone con corpi differenti dalla norma non vengono classificati come "ermafroditi", ma come casi di errata assegnazione del "sesso", a causa di organi genitali, interni o esterni, "ambigui"[159].

Inoltre, per quanto riguarda specificamente gli Stati Uniti, nel primo periodo della repubblica, alla fine del Settecento, l'ansia collegata alle persone con genitali "ambigui", che rischiano di sovvertire, con la loro esistenza, le rigide categorie di genere, si collega a un'altra ansia sociale, collegata al cambiamento di "razza"; in effetti, l'idea che alcuni individui possano "cambiare razza", diventando bianchi da neri, e neri da bianchi, viene considerata "reale", e manifesta la paura che le categorie costituite possano cambiare[160]. In seguito, tale collegamento delle categorie di "razza" e genere continua, allo scopo di perpetuare rapporti di potere ineguali: «nel diciannovesimo secolo, mentre i neri del nord diventavano, figurativamente, bianchi attraverso l'emancipazione, le donne minacciavano di diventare uomini – di nuovo, figurativamente – attraverso la rivendicazione dei diritti politici di cittadinanza riservati ai maschi bianchi. Una risposta di quelli più spaventati dal caos, e più impegnati nelle strutture di potere costituito, fu una classificazione più stretta di categorie come la razza e il sesso, basate sulla convinzione che tali divisioni fossero manifeste ed essenziali. Gli afroamericani vennero allora definiti come inferiori e servili in base alla loro

---

[157] E. REIS, 'Impossible Hermaphrodites: Intersex in America, 1620–1960', cit.
[158] A. DREGER, *Hermaphrodites and the Medical Invention of Sex*, cit.
[159] E. REIS, 'Impossible Hermaphrodites: Intersex in America, 1620–1960', cit., pp. 411-412
[160] *Ibid.*, p. 429

stessa essenza, resi tali non dal caso, ma dalla natura stessa, e le donne furono giudicate inadatte al compito della cittadinanza pubblica – dominio dei maschi bianchi – a causa della natura essenzialmente dipendente del loro sesso»[161].

In un articolo pubblicato nel 2007, 'Divergence or disorder? The politics of naming intersex', Reis si occupa invece della questione della nuova nomenclatura di DSD proposta dal 'Consensus', che non considera adatta; ritiene invece che sarebbe meglio utilizzare la parola "divergenza" al posto di "disordine"[162]. Reis nota infatti che la questione della nomenclatura non riguarda esclusivamente i medici, ma anche le persone intersessuali e i loro genitori, e anche altre categorie, non appartenenti alla sfera clinica, ma comunque toccate dall'argomento, come storici, studiosi di genere e di legge, e coloro che lavorano nei media. In questo senso, la scelta di un termine per le condizioni di intersessualità non viene considerata di dominio soltanto della medicina, poiché tale denominazione avrà affetti anche politici, e non solo clinici[163]. Reis sottolinea inoltre che il termine "intersessualità", pur essendo in uso in ambito medico dall'inizio del Novecento, non è considerato abbastanza specifico, e i medici non riescono ad accordarsi sul suo esatto utilizzo, finendo così per utilizzare ancora il precedente vocabolario, composto da parole come "ermafrodita" e "pseudoermafroditismo" maschile e femminile. Alcuni medici si rendono conto di quanto i pazienti e i genitori siano colpiti in maniera negativa da questi termini, e a volte li utilizzano soltanto sulle cartelle cliniche, per poi applicare un diverso linguaggio nella comunicazione con i pazienti, creando però un'impressione di segreto e vergogna[164].

Da questo punto di vista, la conferenza del 2005 e il successivo 'Consensus' rappresentano indubbiamente un punto di partenza, per una nuova modalità di gestione clinica dell'intersessualità, che preveda un minor utilizzo della chirurgia e una maggiore comunicazione e collaborazione con i genitori e i pazienti; l'espressione di DSD dovrebbe essere un cambiamento in tale direzione,

---

[161] *Ibid.*, p. 430
[162] E. REIS, 'Divergence or disorder? The politics of naming intersex', cit.
[163] *Ibid.*, p. 536
[164] *Ibid.*, p. 537

poiché dovrebbe riguardare soltanto la sfera delle necessità cliniche, e riguardare esclusivamente le reali esigenze mediche dei pazienti. Reis nota infatti che il problema principale con il nuovo termine di DSD sia proprio nella parola "disordine", che viene considerata in maniera negativa. «*Disordine* non implica che qualcosa è molto sbagliato e bisogna correggerlo? Se usare la parola *disordine* implica una necessità di riparazione, allora questa nuova nomenclatura contraddice uno degli assunti fondamentali degli attivisti intersessuali: un'anatomia sessuale inusuale *non* implica necessariamente una correzione ormonale o chirurgica»[165]. Inoltre, Reis nota che gli attivisti intersessuali non hanno pareri concordi su tale argomento, poiché alcuni sostengono la nuova nomenclatura di DSD, mentre altri continuano a preferire il termine di "intersessualità"; la studiosa sottolinea inoltre che forse la scelta di un nuovo termine non dovrebbe essere di esclusivo appannaggio della sfera della medicina. «Utilizzando il termine *disordini dello sviluppo sessuale,* e dando ai medici il potere di decidere la terminologia, non stiamo in effetti dando un controllo sproporzionato alla professione medica? Penso di sì, anche se usare *DSD* in ambito medico non impedisce alle persone intersessuali di rivendicare per sé il termine di *intersessualità,* in quanto adulti»[166]. Dal momento che la storia del trattamento clinico dell'intersessualità è segnata dal tentativo di uniformare tutti i corpi al modello binario, creando grande dolore, iniziare a utilizzare un termine "patologizzante" come "disordine" non è una scelta apprezzata da tutti gli attivisti intersessuali, né da una parte degli studiosi di genere, che concepiscono tale categoria in maniera più fluida e meno normativa rispetto al passato, e ritengono che non si dovrebbe tornare a un lessico così clinico. Inoltre, anche l'apporto dell'attivismo delle persone "disabili" non viene tenuto in considerazione, secondo Reis, nella scelta del termine DSD, poiché viene ribadita la distinzione tra corpi "normali" e corpi "anormali", malati. Le persone "disabili", infatti, intendono mettere in discussione il presupposto che ci sia un certo tipo di corpi

[165] *Ibid.,* p. 358
[166] *Ibid.,* p. 541

“normali” e sani, e che quelli che non si conformano a tale norma vadano invece “curati”, in modo da diventare uguali agli altri, o se questo non è possibile, siano tenuti a distanza. «Usare il termine *disordine* contraddice quindi un precetto fondamentale delle politiche della disabilità, che prevede che la differenza fisica non vada vista come intrinsecamente insufficiente o difettiva»[167].

Reis si domanda quindi quale terminologia possa essere la migliore, e possa mettere d’accordo tutte le parti interessate: «a che punto siamo? Alcune persone intersessuali (non tutte) non vogliono che la loro condizione venga patologizzata come “disordine”. I genitori dei bambini non vogliono che vengano considerati “anormali”, o intersessuali. Vogliono ragazze e ragazzi “normali”. Dal canto loro, i medici vogliono offrire il miglior trattamento possibile, e, ironicamente, nel loro mondo definire qualcosa un “disordine” lo normalizza. I medici (e le compagnie assicurative) comprendono i disordini»[168]. Da questo punto di vista, infatti, la situazione delle persone intersessuali e le persone transgender è simile, dal momento che entrambe le condizioni vengono considerate “disordini” dalla medicina: DSD (disorders of sex development) nel primo caso, e GID (Gender Identity Disorders) nel secondo. Infatti, la proposta, che è stata recentemente accolta dal DSM, di modificare l’espressione “disturbo (disorder) dell’identità di genere” in “disforia di genere” è collegata proprio alla “patologizzazione” contenuta nella parola “disordine”, che viene considerata inaccettabile dalle persone transgender, dai loro alleati, e dalla comunità LGBTQ in generale. In effetti, la medicina tende a utilizzare la parola “disordine” in vari casi, e come sottolinea Reis, il riconoscimento di una condizione da parte del mondo clinico porta con sé altri effetti, tra cui quello collegato alla copertura assicurativa delle spese mediche. Tale elemento è particolarmente importante nel trattamento clinico del cosiddetto “disturbo dell’identità di genere”, poiché, a causa della sua appartenenza a un elenco di “patologie”, l’intervento per la riassegnazione genitale e la terapia ormonale non sono considerati come

[167] *Ibid.*, p. 539
[168] *Ibid.*, p. 540

operazioni “estetiche”, e quindi non devono essere pagate dal paziente. Quindi, l’appartenenza della condizione di chi vuole cambiare genere chirurgicamente alle “malattie” riconosciute dalla medicina, oltre ad avere un effetto “patologizzante”, permette di avere una copertura assicurativa per le spese collegate a tali interventi.

Reis propone allora di conservare l’acronimo DSD, ma di sostituire la parola “disordine” con “divergenza”, che a suo avviso non ha lo stesso effetto negativo avvertito da molte persone. La studiosa ritiene che il termine “intersessuale” potrebbe continuare a essere usato soltanto dagli adulti, come espressione collegata a una rivendicazione politica, mentre l’espressione “divergenze dello sviluppo sessuale” potrebbe essere utile ai medici, in modo da metterli in condizione di esaminare i vari pazienti con attenzione, ma senza l’impiego di un linguaggio stigmatizzante. Tale cambiamento, secondo la studiosa, sarebbe in effetti auspicabile anche in altre condizioni cliniche, e potrebbe servire a sensibilizzare i medici riguardo alle implicazioni della terminologia che utilizzano. Reis specifica inoltre che propone di utilizzare il termine “divergenza”, invece di “variazione”, poiché l’acronimo VSD è giù in uso in ambito clinico, e significa “ventricular septal defect” (difetto del setto interventricolare). «*Divergenze dello sviluppo sessuale* sarebbe meno patologizzante rispetto a *disordini dello sviluppo sessuale* ma potrebbe soddisfare coloro che vogliono minimizzare l’enfasi sui genitali, l’identità di genere e l’orientamento sessuale, che può essere incoraggiata dall’etichetta *intersessualità*. Usando *divergenza,* le persone intersessuali non sarebbero considerate in uno stato fisico che deve assolutamente essere riparato. […] La denominazione di *divergenza dello sviluppo sessuale* non proibirebbe l’intervento medici né lo richiederebbe inevitabilmente. *Divergenza* continua a implicare un mutamento rispetto allo sviluppo tipico, ma per quanto riguarda la sua incidenza, il termine è coerente con la realtà. Come ogni divergenza, i medici dovrebbero controllare la presenza di un serio problema sottostante, relativo alla salute organica, che richiede intervento, e solo allora, utilizzando gli stessi principi dell’etica medica applicati ad altre condizioni, fare delle scelte terapeutiche concordi, senza

suggerire a pazienti o genitori un senso di stigma o vergogna»[169].

8.3 Milton Diamond

Anche il professor Diamond si inserisce all'interno della controversia sulla nuova nomenclatura di DSD, e sostiene, come scrive ad esempio in un articolo del 2008[170], l'espressione "differenze dello sviluppo sessuale", che conserva l'acronimo proposto nel 2006, ma ne modifica il termine "disordine". In un primo momento, invece, Diamond propone un'espressione differente, ossia quella di VSD, "variazioni nello sviluppo sessuale", che a suo avviso è scevra da ogni tipo di giudizio, e non presenta né una spinta all'intervento clinico, né alla sua totale eliminazione. Milton Diamond, insieme a Hazel G. Beh, scrive nel 2006 una lettera alla rivista che pubblica il 'Consensus', per sollevare immediatamente i suoi dubbi sulla nuova terminologia proposta[171]. Secondo il suo parere, pur presentando dei punti di apertura alle questioni sollevate dagli attivisti e dai genitori dei pazienti intersessuali, che rappresentano un indiscutibile miglioramento rispetto al trattamento clinico precedente, «[…] il consensus rimane sposato alla nozione che le variazioni nello sviluppo sessuale sono dei "disordini" o "qualcosa di sbagliato" che dovrebbe essere gestito clinicamente o chirurgicamente. A nostro avviso tale decisione dovrebbe riguardare soltanto la persona in questione»[172]. Diamond sottolinea che la medicina non sia affatto statica, e che categorie come "malattia" e "disordine" siano costantemente influenzate da quanto accade all'interno della società, dal contesto politico, e dalla scienza; dal momento che questi tre elementi sono soggetti a mutamento nel corso del tempo, allora anche i concetti e le categorie che producono non possono essere considerati come "naturali" e immutabili. Quindi, secondo Diamond, sarebbe appropriato ripensare alle etichette che la medicina applica alle persone, poiché

---

[169] *Ibid.*, p. 541
[170] M. DIAMOND, H. G. BEH, 'Changes in the Management of Children with Intersex Conditions', *Nature Clinical Practice, Endocrinology & Metabolism*, vol. 4, n. 1, 2008, pp. 4-5
[171] M. DIAMOND, H. G. BEH, *Variations of sex development instead of disorders of sex development*, lettera alla rivista, *Archives of Disease in Childhood*, 2006
[172] *Ibid.*

sono anch'esse prodotti storici, come dimostrato nel caso dell'omosessualità, considerata prima una "malattia", e poi una condizione del tutto "normale". «La medicina non è certamente statica. Basta pensare soltanto alla battaglia e infine alla rimozione dell'omosessualità dal DSM, per realizzare che i concetti di malattia e disordine sono influenzati dalla costruzione sociale e dalla politica, così come si basano sulla scienza […] di tanto in tanto è appropriato riconsiderare quali etichette vengano assegnate a condizioni del corpo umano»[173].

Milton Diamond ricorda anche il termine che usa John Money, per riferirsi alla condizione delle persone intersessuali, ovvero "errori sessuali del corpo"; Money ritiene infatti che le parole "ermafrodita" e "intersessuale" siano troppo stigmatizzanti, e preferisce non utilizzarle, poiché pensa che siano troppo collegate all'identità di un individuo, mentre gli "errori sessuali del corpo" farebbero riferimento soltanto all'anatomia. Diamond riporta inoltre una frase di Money, in cui il medico sostiene che «le parole posso ferire. La medicina può essere molto crudele in termini diagnostici»[174]. John Money decide quindi di utilizzare il termine "errore", per poi intervenire chirurgicamente per aiutare le persone, e Diamond sottolinea che quest'impostazione, che vede nelle variazioni rispetto alla norma dei veri "errori biologici" da correggere, sia ancora presente, nel trattamento clinico dell'intersessualità, e nella nuova nomenclatura proposta.

Diamond sottolinea inoltre che le etichette che fornisce la medicina esercitano il loro potere anche al di fuori del campo propriamente clinico, creando delle categorie che le persone possono vivere con disagio, poiché stabiliscono delle distinzioni tra chi è "normale" e chi è in uno stato di "inferiorità". «Le etichette cliniche hanno innegabilmente un potere che trascende il trattamento medico. Coloro che influenzano il modo in cui la medicina classifica gli individui dovrebbero essere sensibili al potere potenzialmente trasformativo delle etichette che assegnano. Le etichette cliniche influenzano l'ordine legale e sociale. Ma, in maniera più importante, le etichette influenzano gli individui. Mentre la medicina,

[173] *Ibid.*
[174] *Ibid.*

di tanto in tanto, riconsidera la terminologia, le etichette assegnate a persone che oggi nascono con caratteristiche sessuali al di fuori delle norme statistiche, possono diventare dei simboli statici della loro inferiorità, che potrebbero portare con sé per tutta la vita»[175]. In questo senso, a suo avviso, la denominazione di "disordine" non è la scelta giusta, poiché servirebbe a perpetuare una visione delle persone intersessuali come "sbagliate", e diverse da tutti gli altri; una scelta diversa, invece, potrebbe evidenziare semplicemente una condizione che si differenzia dallo sviluppo a cui si assiste di solito, senza però implicare che si tratti di un "disordine", o di una condizione pericolosa e dannosa per l'organismo.

In questo senso, la proposta di Milton Diamond dell'espressione "variazioni dello sviluppo sessuale" vuole eliminare del tutto l'idea che le persone intersessuali siano diverse, e si trovino in una situazione in qualche modo "patologica". «Le variazioni dello sviluppo sessuale riguardano inestricabilmente l'identità sessuale e di genere, la sessualità, e la percezione individuale di sé. Quindi, il termine disordine è decisamente troppo limitato e troppo patologico per essere accurato. In questa sede ci opponiamo al suo utilizzo. Suggeriamo che l'istituzione della medicina abbia un approccio più umile e compassionevole, riconoscendo che l'istituzione della medicina non agisce da una sfera di conoscenza perfetta, né possiede il monopolio riguardo alla classificazione degli individui. Quelle che osserva la medicina sono variazioni nello sviluppo sessuale umano, e non conosce lo scopo biologico di tali variazioni, e c'è ancora una grande controversia riguardo a come, se, e quando intervenire. Termini come errore o disordini rivelano un'arroganza che non è la benvenuta, considerato il limitato vantaggio della medicina. La medicina può fare di meglio»[176].

9. Principi di Yogyakarta sui diritti umani del 2007

Nel 2006 si tiene un incontro in Indonesia, a Yogyakarta, dal 6 al 9 novembre, al quale partecipano funzionari delle Nazioni Unite, persone

[175] *Ibid.*
[176] *Ibid.*

provenienti da associazioni non governative, ed esponenti del mondo accademico e giuridico, al fine di produrre un documento sull'applicazione internazionale dei diritti umani agli individui che fanno parte di una minoranza a causa di identità di genere e orientamento sessuale[177]. I Principi di Yogyakarta[178], resi pubblici nel 2007, stabiliscono i diritti delle persone LGBTQI secondo quanto sostenuto dalle leggi internazionali già in vigore[179], e sostengono l'applicazione a tale comunità di 29 principi fondamentali dei diritti umani; il nome completo del documento è 'Principi di Yogyakarta: Principi per l'applicazione delle leggi internazionali sui diritti umani in relazione a orientamento sessuale e identità di genere'. L'incontro di Yogyakarta è il frutto di una collaborazione tra organizzazioni e persone diverse, con 29 partecipanti provenienti da 25 paesi diversi, e quindi non rappresenta l'opera né di un singolo stato né di un singolo organismo; in questo senso, il contenuto dei Principi di Yogyakarta non è vincolante per le nazioni, ma propone un nuovo modo di diffondere l'applicazione dei diritti umani alle persone appartenenti alla comunità LGBTQI.

I Principi di Yogyakarta sono «una serie di principi sull'applicazione delle leggi internazionali sui diritti umani, in relazione a orientamento sessuale e identità di genere»[180], che cercano di collegare rivendicazioni locali a rivendicazioni globali, in modo da promuovere un cambiamento reale nell'atteggiamento di molte nazioni. «In parole semplici, i Principi di Yogyakarta sono un documento sullo stato corrente della legge internazionale sui diritti umani, della sua applicazione a orientamento sessuale e identità di genere. I

---

[177] Tra le associazioni non governative sono presenti l'International Service for Human Rights, l'International Commission of Jurists, lo Human Rights Commitee; importante anche il contributo di Louise Arbour, Alto Commissario per i Diritti Umani delle Nazioni Unite in quel periodo. Vedi D. SANDERS, *The Role of the Yogyakarta Principles*, consultabile online, 2008, pp. 4-5

[178] *The Yogyakarta Principles: Principles on the Application of International Human Rights Law in relation to Sexual Orientation and Gender Identity*, 'Introduction to the Yogyakarta Principles', consultabile online, 2007

[179] I principali trattati analizzati sono l'International Covenant of Civil and Political Rights, il Covenant of Economic, Cultural and Social Rights, la Convention on the Elimination of Discrimination Against Women, e il Covenant on the Rights of the Child. Vedi P. L. ETTELBRICK, A. T. ZERÀN, *The Impact of the Yogyakarta Principles on International Human Rights Law Development*, consultabile online, 2010, p. 2

[180] R. R. THORESON, 'Queering Human Rights: The Yogyakarta Principles and the Norm That Dare Not Speak Its Name', *Journal of Human Rights*, vol. 8, n. 4, 2009, pp. 323-339, p. 323

Principi di Yogyakarta […] derivano da uno studio attento dei principali trattati internazionali sui diritti umani, e l'interpretazione data a questi trattati da vari corpi autorevoli all'interno delle Nazioni Unite. Come supplemento agli stessi Principi, il documento articola gli obblighi degli Stati di adottare misure in accordo con le loro responsabilità legali, secondo tali trattati, e anche raccomandazioni a praticamente ogni settore della comunità internazionale»[181].

L'introduzione dei Principi sottolinea che: «tutti gli esseri umani nascono liberi e uguali in dignità e diritti. Tutti i diritti umani sono universali, interdipendenti, indivisibili e intercollegati. L'orientamento sessuale e l'identità di genere sono fondamentali per la dignità e umanità di ogni individuo, e non devono essere la base per discriminazione o abuso. […] Ciononostante, le violazioni dei diritti umani rivolte alle persone a causa di orientamento sessuale e identità di genere, reali o considerati tali, costituiscono un quadro globale e consolidato che causa seria preoccupazione»[182]. Inoltre, si nota che la situazione attuale non è positiva per le persone che non si conformano alle norme sociali: «molti stati e società impongono norme relative a genere e orientamento sessuale alle persone, attraverso costumi, leggi e violenza, e cercano di controllare come vivano le relazioni personali e il modo in cui si identificano. Il controllo (policing) della sessualità rimane una grande potenza, retrostante alla perpetuazione della violenza di genere e della diseguaglianza di genere». Nel Preambolo dei Principi di Yogyakarta, inoltre, si fa menzione anche delle persone intersessuali, insieme agli altri gruppi di individui esposti alla discriminazione: «[…] storicamente le persone sono soggette a queste violazioni dei diritti umani perché sono o vengono considerate lesbiche, gay o bisessuali, a causa della loro condotta sessuale consensuale con persone dello stesso genere, o perché sono o vengono considerate transessuali, transgender o intersessuali, oppure a causa dell'appartenenza a gruppi sociali che in particolari società vengono identificati sulla base di

[181] P. L. ETTELBRICK, A. T. ZERÀN, *The Impact of the Yogyakarta Principles on International Human Rights Law Development*, cit., p. 2
[182] *The Yogyakarta Principles*, cit.

orientamento sessuale o identità di genere»[183]. Il Preambolo termina infine con il rimando alle leggi internazionali già in vigore, ritenute un mezzo efficace per iniziare a combattere la discriminazione: «per affrontare queste carenze è necessaria una solida comprensione dell'azione globale delle leggi internazionali sui diritti umani, e la sua applicazione alle questioni di orientamento sessuale e identità di genere»[184]. Dopo l'elenco dei 29 principi, il documento contiene poi una serie di 16 raccomandazioni aggiuntive, rivolte a organizzazioni non governative, enti per i diritti umani, e stati membri delle Nazioni Unite.

I 29 Principi di Yogyakarta coprono una vasta gamma di diritti umani, dalla libertà di pensiero alla protezione contro la tortura, e ribadiscono che nessun ostacolo deve essere posto, né da individui né da nazioni, al godimento di tali diritti; inoltre, chi dovesse compiere una violazioni di questi diritti umani, dovrebbe essere giudicato da istituzioni affidabili, e ricevere una sanzione appropriata. «1. Diritto al godimento universale dei diritti umani 2. Diritto all'uguaglianza e alla non-discriminazione 3. Diritto al riconoscimento in base alla legge 4. Diritto alla vita 5. Diritto alla sicurezza della persona 6. Diritto alla privacy 7. Diritto alla libertà dall'arbitraria privazione della libertà 8. Diritto a un giusto processo 9. Diritto a un trattamento umano durante la detenzione 10. Diritto alla libertà dalla tortura e da trattamenti o punizioni crudeli, inumane o degradanti 11. Diritto alla protezione da ogni forma di sfruttamento, vendita e commercio di esseri umani 12. Diritto al lavoro 13. Diritto alla sicurezza sociale e altre misure di protezioni sociale 14. Diritto a un adeguato tenore di vita 15. Diritto a abitazioni adeguate 16. Diritto all'istruzione 17. Diritto allo standard di salute più alto disponibile 18. Protezione dall'abuso medico 19. Diritto alla libertà di opinione e di espressione 20. Diritto alla libertà di associazione e assemblee pacifiche 21. Diritto alla libertà di pensiero, coscienza e religione 22. Diritto alla libertà di movimento 23. Diritto di chiedere asilo 24. Diritto di creare una famiglia 25. Diritto di partecipare alla vita pubblica 26. Diritto di partecipare alla vita culturale

[183] *Ibid.*, 'Preamble'
[184] *Ibid.*

27. Diritto di diffondere i diritti umani 28. Diritto ad azioni giudiziarie efficaci e alla giustizia 29. Responsabilità (chi vìola tali diritti deve essere giudicato, senza impunità)»[185].

10. Importanza dei 29 Principi di Yogyakarta

Douglas Sanders scrive che i Principi di Yogyakarta si basano sull'applicazione dei diritti umani a tutte le persone, secondo quanto previsto dai trattati internazionali che vincolano le nazioni: «la premessa base è che lesbiche, uomini gay, persone transgender e intersessuali sono tutti esseri umani e spettano loro gli stessi diritti umani. Lo sviluppo della legge internazionale sui diritti umani li ha ampiamente ignorati – come le minoranze razziali erano ignorate una volta – come le donne erano ignorate una volta – come i disabili erano ignorati una volta. Quindi è logico ribadire i principi costitutivi dei diritti umani internazionali, e suggerire in che modo tali principi si applichino alla situazione delle persone LGBTI»[186]. Secondo Ryan Richard Thoreson, in un articolo pubblicato nel 2009, è infatti il nuovo approccio di Yogyakarta a garantirne il successo, a differenza di quanto accaduto a precedenti tentativi di diffusione dei diritti alle "minoranze sessuali". La strategia utilizzata dai promotori dell'incontro è innovativa: i Principi non sostengono l'introduzione di nuovi diritti alle "minoranze sessuali", ma sottolineano che si tratta di esseri umani, e quindi già soggetti ai diritti umani in vigore secondo la legge internazionale. In questo senso, è la condizione di umanità delle persone soggette a persecuzioni sulla base di orientamento sessuale e identità di genere, a proteggerle da tale violenza, e i vari stati non devono "creare" appositamente delle nuove leggi, ma soltanto applicare quelle già esistenti, e garantire l'adesione a quanto previsto dai trattati internazionali che hanno sottoscritto[187]. «Essenzialmente la strategia è umanizzante, e chiede agli stati di riconoscere le minoranze sessuali *come umane* all'interno del contesto esistente dei diritti umani. […] Se gli attivisti non hanno stabilito nessun *diritto*

---

[185] *Ibid.*
[186] D. SANDERS, *The Role of the Yogyakarta Principles*, cit., p. 6
[187] R. R. THORESON, 'Queering Human Rights', cit., p. 336

sessuale di per sé, sono in ogni caso riusciti a definire le *minoranze* sessuali come una popolazione a rischio che merita protezione»[188].

Thoreson utilizza l'espressione "minoranze sessuali" per indicare tutte le persone che hanno generi e sessualità di tipo differente da quanto previsto dalla norma; in questo modo è possibile comprendere tutte le varie possibilità, senza riferirsi in maniera troppo specifica a un concetto di "normalità" che varia a seconda del luogo in cui ci si trova, e che dunque è particolarmente inadatto per chi si occupa di diritto internazionale. «La definizione di minoranze sessuali è intenzionalmente ampia e aperta, perché la violenza è spesso diretta verso coloro che vengono percepiti, in qualsiasi modo, come queer, anche se in effetti non è così». Thoreson sottolinea inoltra la necessità di strategie internazionali, che riescano a collegare la pretesa di ogni nazione di governare nel suo territorio e sulla sua popolazione secondo le proprie norme, e l'urgenza di garantire una protezione adeguata a tutti gli esponenti delle "minoranze sessuali", che in molti luoghi non sono ancora soggetti agli stessi diritti delle altre persone. «Una strategia globale per proteggere le minoranze sessuali è quindi giustificata sia dalla repressione che le minoranze sessuali affrontano praticamente in tutti gli stati sovrani, sia dal fatto che le élite anti-queer del mondo condividono già obiettivi, retoriche e tattiche tra di loro»[189]. Inoltre, secondo Thoreson, l'importanza e la diffusione dei Principi di Yogyakarta dipendono dalla capacità dei suoi promotori di nascondere le rivendicazioni delle "minoranze sessuali" dietro i trattati internazionali già in vigore, utilizzando così concetti più "accettabili", e privi apparentemente di una carica ideologica e politica. Secondo Thoreson, l'attenzione degli organismi internazionali si è spostata nel corso degli ultimi anni, grazie anche ai Principi di Yogyakarta, e la questione al centro delle discussioni è profondamente cambiata, poiché adesso sia chi difende i diritti delle "minoranze sessuali", sia chi vi si oppone, parte dal presupposto che tali individui necessitino protezione, e siano a rischio: «direi che la domanda si è spostata da se

[188] *Ibid.*, p. 327
[189] *Ibid.*, p. 326

le minoranze sessuali *meritino* una protezione riguardo ai diritti umani base, a se la comunità internazionale debba *obbligare* gli stati sovrani a provvedere a specifiche protezioni sulla base di orientamento sessuale e identità di genere»[190].

I Principi di Yogyakarta vengono promossi dalle Nazioni Unite nel corso del 2007, attraverso diversi incontri, a Ginevra e New York; anche l'Europa risponde rapidamente ai Principi, che vengono menzionati nel 2008 dal Parlamento Europeo e dalla Commissione Europea per i Diritti Umani[191]. Come sottolinea uno degli organizzatori dell'incontro a Yogyakarta, «il posto era scelto con cura. […] a sud dell'equatore, in un paese a maggioranza musulmana, e in una giurisdizione governata da un Sultano. Il luogo preciso era la Gadjah Mada University, una istituzione guida nell'istruzione»[192]. Yogyakarta riesce e riunire realtà differenti, provenienti sia dall'ambito delle Nazioni Unite, che dalle associazioni non governative per i diritti umani, allo scopo di produrre un documento che sottolinei con forza che la comunità LGBTQI non sta chiedendo "nuovi diritti", ma vuole semplicemente l'applicazione dei principi internazionali in materia di diritti umani. In questo modo è possibile evitare, per quanto possibile, una contrapposizione frontale, e stabilire dei principi contro la discriminazione, che possano essere un punto di riferimento per far ottenere a tutte le persone gli stessi diritti. In questo senso, Sanders sottolinea che «le parti più controverse dei Principi potrebbero non essere le più visibili»[193], proprio perché, nascosta dietro la richiesta di applicazione della legge internazionale già esistente, si cela l'idea che tutti dovrebbero avere gli stessi diritti, e questo vale anche per le questioni su cui i singoli paesi legiferano in maniera differente.

Thoreson nota infatti che «i governi sono notoriamente riluttanti nell'impegno per i diritti sessuali, per le incerte implicazioni che questi potrebbero avere per i loro contesti legali – e culturali – che collegano genere, matrimonio,

---

[190] *Ibid.*, p. 336
[191] D. SANDERS, *The Role of the Yogyakarta Principles*, cit., pp. 7-6 e p. 8
[192] *Ibid.*, p. 5
[193] *Ibid.*, p. 6

crescita dei figli e la famiglia»[194]. In questo senso, l'applicazione dei Principi di Yogyakarta potrebbe essere fondamentale, perché fornisce una serie di norme, non vincolanti, che ogni tipo di governo, sia a livello locale che nazionale, può scegliere di utilizzare nel suo territorio. In Nepal e in India, infatti, i Principi sono stati utilizzati in sede legale, in cause contro la discriminazione nel primo caso, e per la depenalizzazione della sodomia nel secondo; in Olanda e Svezia l'applicazione dei Principi viene utilizzata come criterio per l'erogazione di fondi governativi, e in Canada è stata presentata una proposta al Parlamento, per applicare i Principi nel territorio canadese[195]. «Dunque, uno degli usi più importanti dei Principi di Yogyakarta […] è quello di fornire una serie dettagliata di principi o politiche che i governi locali, nazionali o regionali possono scegliere di trasformare in legge, in modo da garantire l'applicazione della giustizia (redress)»[196].

In effetti, secondo Thoreson, proprio la diversità di approccio adottata a Yogyakarta ne ha permesso tale successo, a differenza di quanto accaduto in precedenza; nel 2003, infatti, la delegazione del Brasile alle Nazioni Unite propone, a sorpresa, un documento riguardante i diritti umani e l'orientamento sessuale, noto come Brazil Resolution, ma l'opposizione è troppo forte, la mozione viene emendata fino a rimanere del tutto bloccata, e viene poi abbandonata nel 2004. All'opposizione prendono parte membri della Organization of the Islamic Conference, stati dell'Africa sub-sahariana, Pakistan, Egitto, Libia, Arabia Saudita, Malesia, e inoltre viene assicurato il supporto del Vaticano; i 19 stati favorevoli alla Brazil Resolution non riescono a garantirne il successo, poiché l'applicazione dei diritti umani alla comunità LGBTQI, attraverso l'azione delle Nazioni Unite, viene percepita come una violazione della sovranità nazionale[197]. A questo punto gli attivisti e i sostenitori dei diritti umani si rendono conto che la sede più adatta per l'applicazione dei diritti umani alla comunità

---

[194] R. R. THORESON, 'Queering Human Rights', cit., p. 335
[195] *Ibid.*, pp. 334-335
[196] *Ibid.*, p. 334
[197] *Ibid.*, pp. 326-327; D. SANDERS, *The Role of the Yogyakarta Principles*, cit., p. 3

LGBTQI non è quella della politica internazionale "ufficiale", e promuovono una conferenza a Montreal, in Canada, nel 2006. La International Conference on LGBT Human Rights si tiene a luglio, e vede l'incontro di numerosi attivisti provenienti da differenti paesi; la conferenza si chiude con la produzione di un documento, la Declaration of Montreal, in cui la comunità LGBTQI chiede il riconoscimento di numerosi diritti, non ancora garantiti in molte nazioni. In questo senso lo scopo della Declaration of Montreal non è esattamente "politico", ma "ideale", in quanto fornisce una serie di spunti per il lavoro degli attivisti, e non si fonda sulle norme del diritto internazionale. Il documento sottolinea la necessità di garantire diritti per le persone queer, e riconoscere i loro rapporti e le loro famiglie, ma non fa riferimento alla legge internazionale in vigore, e quindi è uno strumento più utilizzato dagli attivisti, che non da giuristi e legislatori[198]. Proprio sulle esperienze della Brazil Resolution e della Declaration of Montreal si fondano i Principi di Yogyakarta, che utilizzano una strategia differente per ottenere uguali diritti per le persone con identità di genere e orientamenti sessuali differenti dalle varie norme sociali: l'acquisizione dei diritti viene radicata nei trattati internazionali preesistenti, e non nell'idea che il mondo dovrebbe essere migliore e più giusto. «La Brazil Resolution e la Declaration of Montreal rappresentano due approcci transnazionali per promuovere la diversità sessuale: il primo cerca di garantire un impegno ufficiale degli stati sovrani all'interno del diritto internazionale, mentre la seconda è una dichiarazione normativa, non ufficiale, che sostiene il valore della diversità sessuale. Fino a ora, hanno prodotti pochi risultati concreti»[199]. Al contrario, i 29 Principi di Yogyakarta vengono impiegati sia a livello statale che locale, e costituiscono una guida nel campo della lotta alle discriminazioni e alle violenze contro le persone con orientamento sessuale e identità di genere differente dalla norma[200].

I Principi vengono originariamente pubblicati in inglese, e poi tradotti, in

---

[198] *Ibid.*, p. 327
[199] *Ibid.*, p. 327
[200] P. L. ETTELBRICK, A. T. ZERÀN, *The Impact of the Yogyakarta Principles on International Human Rights Law Development*, cit., pp. 11-12

maniera ufficiale, dai partecipanti alla conferenza, in francese, spagnolo, cinese, arabo e russo; in seguito molte altre traduzioni non ufficiali si susseguono, eseguite da enti o attivisti, in modo da aumentare la loro diffusione il più possibile[201]. «Nella sua forma fisica – che consiste nel Preambolo, i 29 principi, e gli specifici obblighi e raccomandazioni che li accompagnano – la versione Inglese dei Principi di Yogyakarta, stampata in un compatto libretto viola, condensa centinaia di pagine di trattati, giurisprudenza, rapporti e altre azioni relative ai diritti umani, che trasformano la legge dei diritti umani in relazione a orientamento sessuale e identità di genere in 26 pagine di dimensioni minime (bite-sized). I Principi di Yogyakarta sono una cartina stradale comprensibile. Se verranno seguiti, cambieranno esponenzialmente e concretamente le condizioni in cui le persone LGBT vivono»[202]. Nel 2013, ad esempio, le Nazioni Unite rilasciano un rapporto relativo ad alcuni trattamenti medici, che vengono considerati dannosi e da evitare; il paradigma clinico di gestione dell'intersessualità viene apertamente criticato, facendo riferimento anche ai Principi di Yogyakarta[203]. Il rapporto sottolinea che non sia ammissibile modificare i genitali esterni o interni di un bambino, al fine di "normalizzarli", eliminando spesso anche la capacità di procreare biologicamente[204]. Secondo Paula L. Ettelbrick e Alia Trabucco Zeràn, che si occupano di un rapporto sull'impatto dei Principi di Yogyakarta nello sviluppo del diritto internazionale in relazione ai diritti umani dal 2007 al 2010, l'effetto positivo dei Principi è dovuto in parte all'impegno costante degli attivisti, che in tutto il mondo combattono per garantire a ogni individuo gli stessi diritti. «Gli sviluppi presentati in questo rapporto sono prima di tutto, e soprattutto, un tributo all'attivismo. Agli attivisti dei diritti umani. A coloro che vivono apertamente, senza scusarsi e con coraggio, come lesbiche, gay, transgender, o persone sessualmente complesse

[201] *Ibid.*, p. 9
[202] *Ibid.*, pp. 9-10
[203] UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY, HUMAN RIGHTS COUNCIL, *Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez*, 1 febbraio 2013, p. 8
[204] *Ibid.*, pp. 18-19

(multi-faceted), che sono parte della naturale complessità umana. A coloro che organizzano sollevazioni popolari contro la violenza e la crudeltà nelle loro comunità. A coloro che formano ONG – localmente e internazionalmente – per chiedere a chi governa le loro comunità, i loro stati, e in contesti regionali e internazionali, di impegnarsi con forza nella causa universale per la dignità e l'uguaglianza umana. Alle persone gay e lesbiche, bisessuali e transgender, intersessuali, non-conformi per sessualità e genere, e alleati etero (straight) e difensori dei diritti umani in tutto il mondo, che, ogni giorno, sfidano i preconcetti che la sessualità umana sia monolitica e che il genere sia binario»[205].

11. La Commissione Europea contro la discriminazione di genere: 2012

Un recente documento della Commissione Europea, finanziato dal Directorate-General for Justice si occupa specificamente della discriminazione contro le persone transgender e intersessuali: 'Trans and intersex people: Discrimination on the grounds of sex, gender identity and gender expression'[206]. Il testo è stato scritto da Silvan Agius e Christa Tobler, per conto dell'European Network of Legal Experts in the non-discrimination field, e pubblicato nel 2012, per conto dell'Unione Europea. Il documento esamina numerosi casi giudiziari, e lo stato legislativo dei vari stati membri, per poi fornire una serie di raccomandazioni, relative specificamente alla situazione giuridica delle persone transgender e intersessuali; in particolare, si evidenzia che l'attuale apparato legislativo contro la discriminazione menzioni esclusivamente la "discriminazione su base sessuale". Tale espressione non viene sempre considerata, e non in tutti gli stati europei, come rilevante anche per le persone transgender e intersessuali, a causa del suo significato limitato; in questo senso, il documento del 2012 consiglia con forza l'estensione della "discriminazione su base sessuale" anche ad altri aspetti relativi al genere e alla sessualità di una persona. Il documento

[205] P. L. ETTELBRICK, A. T. ZERÀN, *The Impact of the Yogyakarta Principles on International Human Rights Law Development*, cit., p. 9
[206] EUROPEAN COMMISSION, *Trans and intersex people*, cit.

sottolinea infatti che non è realistico pensare che le leggi europee verranno modificate in tal senso in tempi brevi, e dunque sarebbe più utile ampliare il raggio d'azione dell'espressione "discriminazione su base sessuale", in modo da includere anche gli atti contro persone transgender e intersessuali, secondo l'esempio stabilito dalla Germania. La "discriminazione su base sessuale" dovrebbe allora comprendere anche la discriminazione fondata sull'identità di genere, quella basata sull'espressione di genere, e la discriminazione verso le persone intersessuali[207]. Infatti, per "identità di genere" il documento intende la percezione interiore e individuale della propria identità, mentre con "espressione di genere" si indicano le manifestazioni esteriori di tale identità, così come può essere percepita anche dalle altre persone[208].

Soltanto due stati europei, in questo momento, applicano infatti una piena protezione alle persone intersessuali, e sono la Germania e la Finlandia. In Finlandia, nel 2011, il Parlamento estende l'Equality Act a tutte le minoranze, includendo in questo modo le persone transgender e intersessuali, e sottolinea la necessità di garantire una totale eguaglianza di genere alla popolazione. In Germania, invece, il concetto di "identità sessuale" viene interpretato in maniera ampia, in modo da essere estremamente inclusivo, e comprendere la discriminazione in base all'orientamento sessuale (persone eterosessuali, gay, lesbiche, bisessuali), in base all'identità di genere e all'espressione di genere (persone transgender e cisgender), e al "sesso" (persone intersessuali, uomini, donne)[209]. Il documento europeo sottolinea inoltre che la discriminazione verso le persone intersessuali non sia spesso affrontata in relazione ai diritti umani, e nota che nei Principi di Yogyakarta la questione venga menzionata soltanto una volta. I diritti delle persone intersessuali sono spesso avvicinati a quelli delle persone transgender, e seppure la lotta alla discriminazione sia un obiettivo comune, è necessario considerare le persone intersessuali e quelle transgender come

[207] *Ibid.*, p. 87
[208] *Ibid.*, p. 88
[209] *Ibid.*, pp. 82-83

appartenenti a due comunità distinte, con caratteristiche specifiche[210]. Il documento nota infatti che la legislazione europea «[…] è silente sulla questione e la definizione dell'ambito del sesso è ancora basato sul modello sessuale binario maschio/femmina»[211]. L'estensione delle leggi contro la discriminazione potrebbe applicarsi allo stesso modo sia alle persone intersessuali che a quelle transgender, e anzi si potrebbe pensare che una legge che protegga le persone transgender potrebbe valere anche per gli individui intersessuali, ma il terreno su cui i due gruppi sono discriminati non è esattamente lo stesso, e bisognerebbe evitare di considerare le persone intersessuali come appartenenti alla comunità transgender. «Sembrerebbe logico pensare che ogni mossa dei legislatori per assicurare protezione legale dalla discriminazione alle persone transgender (che non vogliono allineare perfettamente i loro corpi con l'altro genere), estenderebbe di conseguenza una protezione simile alle persone intersessuali. Invece, deve essere fatta una distinzione chiave: la discriminazione contro le persone intersessuali è collegata maggiormente alla discriminazione sessuale (che è una forma di discriminazione verso coloro che hanno una particolare struttura biologica, che non è esclusivamente maschile né femminile), che non alla discriminazione basata su identità di genere ed espressione di genere (che si riferiscono all'esperienza interiore e individuale di genere e alle sue manifestazioni)»[212].

Il documento europeo sottolinea infatti la specificità della condizione degli individui intersessuali, che sono soggetti a discriminazioni e violenze differenti da quelle rivolte alle persone transgender. Vengono menzionati gli interventi chirurgici eseguiti durante l'infanzia, prima che il paziente possa capire e partecipare al processo decisionale; inoltre, si nota che gli adulti intersessuali spesso non avrebbero voluto le operazioni genitali a cui sono stati sottoposti da bambini, e possono scegliere di non rivolgersi affatto alla chirurgia, per non rischiare di perdere la capacità di provare piacere sessuale[213]. Inoltre, i casi

[210] *Ibid.*, p. 82
[211] *Ibid.*
[212] *Ibid.*
[213] *Ibid.*, p. 7

giudiziari riguardanti individui intersessuali sono decisamente rari, dal momento che si tratta soltanto di due cause, entrambe avvenute in Germania: «nel primo caso, il richiedente chiese l'introduzione di una classificazione intersessuale, alternativa al modello sessuale binario maschio/femmina, per i documenti di status civile, mentre nel secondo caso il richiedente iniziò una causa contro il chirurgo che aveva rimosso le caratteristiche sessuali primarie femminili senza il suo consenso, e chiese un risarcimento di 100.000 €»[214]. In seguito alla grande attenzione suscitata da tali casi giudiziari, il governo tedesco crea una commissione appositamente per analizzare le difficoltà che potrebbero incontrare i cittadini intersessuali: «[…] non è una coincidenza che adesso la Germania sia guida nelle questioni relative all'intersessualità. Nel 2010, il governo della Germania crea un ente di esperti del German Ethics Council, per occuparsi delle condizioni di vita e delle difficoltà affrontate dalle persone intersessuali»[215].

Il documento del 2012 sottolinea inoltre che la discriminazione a cui sono soggette le persone intersessuali e transgender è assolutamente incompatibile con gli stessi presupposti fondativi dell'Unione Europea, basati sul rispetto dei diritti umani: «le società europee si basano su norme derivanti dall'idea semplicistica di una dicotomia di due "sessi" reciprocamente esclusivi e determinati biologicamente, a cui vengono tradizionalmente ricondotti differenti ruoli e comportamenti (il modello binario di genere). Le persone che non rientrano facilmente in queste norme, come le persone trans e intersessuali, incontrano numerose difficoltà, sia per quanto riguarda il livello pratico della vita quotidiana, che dal punto di vista legale. Ovviamente, questo non è accettabile in un'unione legale come l'Unione Europea, il cui trattato fondativo, secondo l'Art. 2 TEU[216], si basa sul rispetto della dignità umana e i diritti umani, includendo i diritti degli individui appartenenti a minoranze»[217]. Lo scopo del rapporto del 2012 è infatti

[214] *Ibid.*, p. 83
[215] *Ibid.*, p. 84
[216] Treaty on European Union (Trattato sull'Unione Europea), conosciuto anche come Trattato di Maastricht, firmato nel 1992; stabilisce la creazione dell'Unione Europea, e l'introduzione di una moneta unica, l'euro.
[217] EUROPEAN COMMISSION, *Trans and intersex people*, cit., p. 9

proprio quello di sottolineare il collegamento tra la discriminazione e le norme sociali in vigore, che causano la medicalizzazione dei corpi e delle identità differenti dal modello binario maschio/femmina: «il rapporto mostra che gli atteggiamenti negativi rivolti verso le persone trans e intersessuali sono spesso correlati direttamente all'importanza che una determinata società pone nel modello di genere binario, così come ai livelli di stereotipi di genere, sessismo e ineguaglianze di genere che esistono al suo interno. In Europa e in altre parti del mondo questo si riflette sui vari requisiti legali che le persone trans e intersessuali devono soddisfare per inserirsi in uno dei due possibili generi/sessi. Il rapporto esplora nel dettaglio la medicalizzazione e patologizzazione delle identità trans e dei corpi intersessuali»[218].

Le persone intersessuali e transgender sono soggette a una serie di atteggiamenti negativi e discriminatori, estremamente diffusi e pervasivi, che sono presenti, in misura maggiore o minore, in tutta l'Europa. «Oltre allo svantaggio proveniente dal modello binario di genere, le persone trans e intersessuali sono soggette a transfobia e interfobia, che sono formate da convinzioni culturali e personali, opinioni, atteggiamenti e comportamenti basati su pregiudizio, disgusto, paura e/o odio delle persone trans e intersessuali, o contro le variazioni di sesso, identità di genere ed espressione di genere. La transfobia e interfobia istituzionalizzate si manifestano attraverso sanzioni legali e il rafforzamento legale del modello binario di genere; la patologizzazione delle identità trans e dei corpi intersessuali e i meccanismi inesistenti/inadeguati per combattere la violenza e la discriminazione. La transfobia e l'interfobia sociali si manifestano attraverso la violenza fisica e di altro tipo, incitazioni all'odio, discriminazione, minacce, marginalizzazione, esclusione sociale, esoticizzazione, derisione e insulti»[219]. Le persone transgender e intersessuali sono soggette a una forte discriminazione, in quanto individui non conformi a quanto previsto dal sistema binario, e considerati da molte persone come "differenti" e "anormali". «Il

[218] *Ibid.*, p. 5
[219] *Ibid.*, p. 13

modello binario di genere classifica sia il sesso che il genere in due distinte ed esclusive forme di identità maschili e femminili. Questo sistema viene mantenuto attraverso un sistema cisnormativo che legittima e privilegia tramite varie pratiche e istituzioni coloro i quali sono a proprio agio con il genere che corrisponde al sesso che è stato loro assegnato alla nascita. Inoltre, questa norma svantaggia e marginalizza sistematicamente tutte le persone il cui sesso, identità di genere ed espressione di genere non incontrano le aspettative sociali. Questo accade attraverso il rinforzamento di ampie barriere tra i due sessi (e i generi corrispondenti), in modo da scoraggiare le persone a oltrepassarle o stabilire terzi sessi o terzi generi alternativi. Anche gli stereotipi di genere giocano un ruolo significativo nel rendere altro da sé (othering) e marginalizzare le persone trans e intersessuali. In effetti, gli stereotipi di genere che favoriscono una particolare forma di 'virilità' in relazione agli uomini e una particolare forma di 'femminilità' in relazione alle donne, espongono molte persone trans e intersessuali alla discriminazione istituzionalizzata»[220]. L'esistenza di un modello binario che favorisce le persone cisgender, in cui l'identità di genere si accorda perfettamente con il ruolo sociale corrispondente al "sesso" assegnato alla nascita, e la pervasività dell'idea che ci sia un solo modo per essere "uomini" o "donne", creano un sistema in cui vigono delle categorie rigide e normative a cui corpi, identità e sessualità dovrebbero sottostare; in questo modo il sistema binario cerca di non lasciare molto spazio all'interno della società per le persone che vivono al di fuori di esso.

[220] *Ibid.*

Conclusione

L'analisi delle reazioni della società nei confronti delle persone intersessuali permette di porre in luce gli stereotipi di genere, il significato delle categorie di "maschio" e "femmina", e le paure collegate all'eventuale modifica del modello binario, che operano in un determinato periodo storico e contesto culturale. Infatti, l'atteggiamento verso le persone con corpi differenti rispetto a quanto prevede la norma binaria cambia, a seconda della società che si analizza; l'intersessualità, e lo stesso paradigma binario, non sono affatto categorie immutabili e "naturali". Durante l'epoca contemporanea, nel mondo occidentale, i corpi diversi dal modello maschio/femmina sono affidati alle scienze, e in particolare alla medicina. Sono allora i medici ad analizzare questi corpi, e a classificarli a seconda delle categorie in uso nella società, in modo da minimizzare il rischio per il paradigma binario di genere che viene loro attribuito.

A partire dalla fine dell'Ottocento si colloca il periodo chiamato Epoca delle Gonadi[1], che inizia intorno al 1870 e prosegue fino al 1915 circa. Durante quest'epoca, il principale indicatore del "sesso" di una persona è rappresentato dalle gonadi; i medici analizzano i corpi intersessuali, in modo da scoprire se possiedano testicoli oppure ovaie. L'eventualità che qualcuno possa essere un "vero ermafrodita", ovvero possedere contemporaneamente caratteristiche "maschili" e "femminili", viene allontanata dai medici; la società ha bisogno di conferme dei ruoli di genere esistenti, che vengono messi in discussione dai movimenti per i diritti delle donne, e la maggiore visibilità delle persone omosessuali. In questo contesto culturale, in cui i tradizionali stereotipi di genere vengono minacciati, l'idea che possano esistere individui con corpi allo stesso tempo maschili e femminili è problematica; la medicina inizia allora a servirsi del criterio delle gonadi per distinguere tra maschi e femmine. Non importa quali possano essere le caratteristiche morfologiche del corpo, o l'espressione di genere, poiché le gonadi sono l'elemento fondamentale nella ricerca del "vero sesso".

[1] A. DREGER, *Hermaphrodites and the Medical Invention of Sex*, cit.

Soltanto nel caso in cui una persona possieda sia tessuto gonadico testicolare, che tessuto gonadico ovarico, i medici ritengono di poter utilizzare la categoria di "vero ermafroditismo"; tutti gli altri individui appartengono a un solo "sesso", e sono "pseudoermafroditi". Questo criterio permette ai medici di restringere notevolmente i requisiti necessari per essere un "vero ermafrodita", anche perché le competenze scientifiche dell'epoca non sono tali da poter analizzare adeguatamente il tessuto delle gonadi. In questo modo, i "veri ermafroditi" spariscono dalla società, con i loro corpi "disturbanti", e la "normalità" del paradigma binario è salva, visto che la maggior parte delle persone intersessuali viene definitivamente assegnata a un solo "sesso". La categoria più numerosa è infatti quella degli "pseudoermafroditi", che secondo i medici sono in realtà maschi o femmine, e possono essere assimilati all'una o all'altra categoria sociale. Attraverso il criterio delle gonadi, e l'utilizzo di una classificazione ristretta per individuare i "veri ermafroditi", quasi tutte le persone intersessuali esaminate dai medici durante l'Epoca delle Gonadi vengono assegnate al genere maschile o a quello femminile, in modo da salvaguardare la stabilità del modello binario, già minacciata da fermenti sociali.

Con i progressi della medicina, il paradigma che prevede l'assegnazione al genere maschile o femminile delle persone intersessuali acquista maggiore forza. Nel mondo occidentale, durante il Novecento, la maggior parte dei neonati viene esaminata alla nascita dai medici, che possono così accorgersi subito se il corpo non è conforme al paradigma binario. L'attribuzione di genere viene considerata fondamentale, e si cerca di attuarla il prima possibile; i medici cercano allora di determinare quale sia il "vero sesso" del neonato, basandosi anche sulla morfologia dei genitali. Infatti, una volta stabilito il genere, il modello binario prevede anche che maschi e femmine abbiano corpi con specifiche caratteristiche, in modo da formare due gruppi separati. Dal momento che ormai la medicina è in grado di intervenire chirurgicamente ed endocrinologicamente per modificare il corpo, in modo da renderlo somigliante a quanto prescrive il paradigma binario, i neonati intersessuali iniziano a essere sottoposti a una precisa modalità di

trattamento clinico. Questo trattamento, in uso a partire dalla metà del Novecento, e fondato negli Stati Uniti, viene messo in discussione dai medici soltanto in tempi decisamente recenti, e non è ancora stato abbandonato del tutto.

Per garantire uno sviluppo "sano", i medici ritengono che sia necessario modificare i genitali delle persone intersessuali, e pensano che sia meglio intervenire in età infantile; a loro avviso, è infatti impossibile sentirsi un "uomo" o una "donna", se non si hanno dei genitali dall'aspetto "corretto". Guidati da questo paradigma, i medici non esitano a sottoporre neonati e bambini a numerosi interventi chirurgici, dalle conseguenze irreparabili. Spesso la prima operazione provoca delle complicazioni, e bisogna allora intervenire nuovamente, anche più di una volta; la sensibilità sessuale viene danneggiata definitivamente, e alcune persone non saranno più in grado di avere l'orgasmo. L'area dei genitali viene sottoposta a vari trapianti di pelle, e il tessuto cicatriziale è privo di sensibilità. Inoltre, questo tipo di operazione chirurgica viene guidato dai preconcetti dei medici, relativi a dimensione e funzione dei genitali appropriati per maschi e femmine. Secondo i criteri utilizzati dai medici, infatti, i genitali devono essere adeguati per un rapporto eterosessuale, inteso come penetrazione vaginale. Un "uomo" deve essere in grado di urinare in piedi, e deve avere un pene abbastanza grande, mentre una "donna" deve avere una clitoride di dimensioni ridotte, e una vagina in grado di contenere un pene.

Secondo il paradigma di trattamento clinico dell'intersessualità in uso durante il Novecento, questi interventi devono avvenire senza fornire particolari informazioni al paziente; ai genitori viene spiegato il minimo necessario, e non si ritiene che i bambini debbano prendere parte alle decisioni che modificheranno irreversibilmente il loro corpo. Inoltre, i medici ritengono che sia meglio non dire la verità, e non spiegare ai pazienti cosa sia l'intersessualità, poiché potrebbe sollevare dei dubbi sulla "naturalità" del sistema binario di genere. In questo modo, l'esistenza delle persone intersessuali viene negata, e i loro corpi alterati in modo da essere assimilabili alle categorie di maschi e femmine. Le persone operate durante l'infanzia devono spesso eseguire lunghe ricerche, una volta

adulte, in modo da scoprire il reale scopo degli interventi chirurgici. I medici non forniscono tutte le informazioni nemmeno ai genitori, che spesso non conoscono i rischi delle operazioni chirurgiche, e non si rendono conto che i bambini potrebbero desiderare qualcosa di diverso. I medici sono fermamente convinti che la chirurgia sia l'unico modo per garantire una vita "normale" alle persone intersessuali; il paradigma binario in vigore nella società rende loro impossibile concepire l'idea che avere dei genitali tipicamente maschili o femminili non sia la cosa più importante per le persone che operano. Inoltre, la "costruzione" chirurgica di genitali aderenti al modello binario non tiene conto della grande varietà morfologica umana, e si basa sulla sessualità considerata "normale" dalle regole sociali.

La pratica di eseguire interventi genitali su neonati e bambini è stata recentemente criticata, e la stessa medicina ha rimesso in discussione i propri criteri. L'intersessualità viene ancora considerata una patologia, ed è stata anzi proposta una nuova terminologia[2], "disordini dello sviluppo sessuale", che dimostra tale atteggiamento della medicina. Il paradigma di trattamento clinico in uso in questo periodo non prevede il ricorso alla chirurgia per "normalizzare" in senso maschile o femminile i genitali, poiché si cerca di stabilire una distinzione tra interventi "estetici" e reali necessità di salute. In questo senso, la medicina ha riconosciuto gli errori del passato, anche se continua a considerare l'intersessualità come una patologia, anche nel caso in cui non sono presenti pericoli per la salute, ma soltanto l'esistenza di un corpo diverso dal modello binario. L'intersessualità è tornata visibile a livello sociale soltanto recentemente, a partire dagli anni '90: alcune studiose, come Suzanne Kessler[3] e Anne Fausto-Sterling[4], sollevano infatti la questione degli interventi genitali infantili, sottolineando che i corpi intersessuali rappresentano una minaccia per le categorie di genere della società, e non per la salute degli individui. Nello stesso periodo

---

[2] I. HUGHES, C. HOUK, F. AHMED, P. LEE, LPWES, ESPE, 'Consensus statement on management of intersex disorders', cit.
[3] S. KESSLER, *La costruzione medica del genere*, cit.
[4] A. FAUSTO-STERLING, 'The Five Sexes: why male and female are not enough', cit.

l'attivista Cheryl Chase[5] fonda un'associazione intersessuale negli Stati Uniti, l'ISNA (Intersex Society of North America), che rende pubblici gli effetti dannosi degli interventi genitali, e collabora con la comunità LGBTQ per combattere la discriminazione di genere.

Gli attivisti intersessuali criticano fortemente il paradigma di trattamento clinico che prevede la modifica dei corpi che non si conformano al modello binario, e uniscono le loro rivendicazioni a quelle della comunità LGBTQ; la discriminazione sperimentata dagli individui con corpi, identità e sessualità differenti dal modello maschio/femmina in uso nella società occidentale contemporanea è infatti la stessa. Le associazioni intersessuali hanno richieste specifiche, relative soprattutto a una diversa gestione clinica, che non preveda operazioni chirurgiche su bambini, fornisca tutte le informazioni necessarie a pazienti e genitori, e garantisca un supporto psicologico in caso di difficoltà[6]. In questo senso, l'azione degli attivisti intersessuali degli Stati Uniti è fondamentale, poiché riesce finalmente a mettere in discussione il paradigma della medicina, che inizia a prendere in considerazione le questioni etiche sollevate dai pazienti. Infatti, le persone sottoposte al trattamento clinico dell'intersessualità sottolineano la sofferenza provata nel crescere nel silenzio e nella vergogna; non viene spiegato loro il motivo degli interventi che subiscono, e che causano tanto dolore durante l'infanzia, e devono scoprire da sole la verità, una volta adulte[7]. I danni provocati dal paradigma della medicina sono notevoli, poiché l'intersessualità viene considerata una condizione clinica da nascondere, di cui non parlare apertamente, ma soltanto in ambito clinico; la stabilità del paradigma binario non va minacciata, ed è meglio mentire, piuttosto che ammettere l'esistenza di corpi diversi dal modello maschio/femmina.

Al di là delle specifiche richieste delle persone intersessuali, legate appunto al trattamento clinico messo in atto durante il Novecento, è presente una

---

[5] C. CHASE, *Hermaphrodites with attitude*, cit.; 'Affronting Reason', cit.
[6] ISNA, *Clinical Guidelines for the management of Disorders of Sex Development in Childhood*, cit.; ISNA, *Handbook for Parents*, cit.
[7] C. CHASE, M. COVENTRY. (*ed.*), 'Intersex Awakening', cit.

collaborazione con la comunità LGBTQ, poiché la necessità di combattere la discriminazione sociale è la stessa. Recentemente, alcuni importanti provvedimenti accostano infatti la violenza contro le persone intersessuali a quella contro le persone transgender e omosessuali. I Principi di Yogyakarta[8] ribadiscono che i diritti umani, e i trattati internazionali che vincolano i diversi stati, devono estendere la propria protezione a tutti coloro che subiscono violenza e discriminazione di genere, a causa della loro diversità dalle norme sociali. Anche la Commissione Europea prende posizione[9], e menziona specificamente il trattamento clinico subito dalle persone intersessuali; si sottolinea infatti che la medicina non può essere guidata da pregiudizi e stereotipi di genere, ma soltanto da reali necessità e pericoli per la salute. Le persone intersessuali non hanno necessariamente un'identità differente rispetto a quanto previsto dal paradigma binario, ma il trattamento clinico che subiscono è espressione della discriminazione di genere, poiché cerca di adeguare il corpo alle categorie sociali di maschio e femmina. In questo senso, le persone intersessuali e quelle transgender e omosessuali vengono accostate, poiché subiscono gli effetti delle stesse norme di genere, che regolano l'esistenza di corpi, identità, e sessualità differenti dal modello "maschio/femmina".

Le varie teorie proposte dalla medicina del corso del Novecento hanno spesso considerato le persone intersessuali come "esperimenti della natura", da utilizzare per dimostrare la propria validità. Nello sguardo dei medici è sempre presente una particolare attenzione verso il comportamento e la sessualità degli individui intersessuali, che vengono studiati allo scopo di provare definitivamente in che modo avvenga la formazione dell'identità. Il paradigma binario non viene però mai messo in discussione dai medici, e i preconcetti da cui partono queste ricerche prevedono che le opzioni identitarie siano soltanto due, con ruoli sociali e comportamenti chiaramente diversi, e un orientamento sessuale eterosessuale. L'intersessualità viene così utilizzata per dimostrare il predominio della

[8] *The Yogyakarta Principles,* cit.
[9] EUROPEAN COMMISSION, *Trans and intersex people,* cit.

"biologia" nella formazione dell'identità[10], o al contrario per sostenere la prevalenza della "cultura" in questo processo[11]. Le persone intersessuali vengono sottoposte a un'attenta osservazione, interessata a cogliere ogni minima differenza rispetto alle categorie sociali di maschio e femmina; ogni comportamento e ogni desiderio sessuale viene utilizzato dai medici per provare la propria teoria.

Il dualismo "natura/cultura" viene costantemente sfruttato dai medici, che percepiscono queste categorie come "reali" e immutabili; lo sviluppo degli esseri umani non viene concepito come un processo in cui avviene una costante interazione tra "biologia" e "cultura", ma si ritiene che questi concetti siano in opposizione, e che l'uno debba prevalere sull'altro. A seconda della teoria formulata dai medici nei confronti dell'intersessualità, è possibile conoscere la loro concezione sociale, e capire in che modo si pongano nei confronti degli stereotipi sociali di genere. Inoltre, i tentativi di fondare la differenza tra le persone nella biologia, e la paura nei confronti degli individui differenti dal paradigma binario, acquistano maggiore forza nei periodi storici di fermento culturale. L'utilizzo della scienza, e della medicina, allo scopo di classificare le persone, e dividerle fermamente in categorie separate, rivela una profonda preoccupazione sociale per la stabilità dell'ordine esistente. In questo senso, il trattamento clinico dell'intersessualità messo a punto durante il Novecento è pervaso dalla necessità di contrastare quella che viene considerata una minaccia verso il modello binario. Le persone intersessuali sono infatti percepite dalla società come un pericolo per la propria stabilità, poiché la divisione di genere, e le categorie fisse di maschi e femmine, vengono ritenute fondamentali per la conservazione dell'ordine.

Nei periodi storici di movimento culturale, in cui le categorie normative vengono messe in discussione, e le persone acquisiscono una maggiore libertà di movimento tra i confini di genere, allora la preoccupazione per l'ordine sociale

---

[10] M. DIAMOND, 'Biased-Interaction Theory of Psychosexual Development: "How Does One Know if One is Male or Female?"', cit.

[11] J. MONEY, A. EHRHARDT, *Man & woman, boy & girl: the differentiation and dimorphism of gender identity from conception to maturity*, cit.

impone di costruire divisioni e rinforzare regole. La classificazione clinica messa a punto durante l'Epoca delle Gonadi coincide infatti con la maggiore presenza sociale delle femministe e dei movimenti omosessuali, tra la fine dell'Ottocento e l'inizio del Novecento; le teorie basate sull'interpretazione biologica della differenza, che cercano di separare le persone a seconda di identità di genere e orientamento sessuale, si diffondono particolarmente a partire dagli anni '90, quando la comunità LGBTQ acquisisce visibilità e diritti. In questo modo, viene sottolineata la presunta "naturalità" e "necessità" delle categorie e dei ruoli di genere previsti del paradigma binario; la società cerca così di conservare la propria stabilità, e allo stesso tempo di nascondere l'esistenza di persone che si collocano al di fuori delle regole del modello maschio/femmina. Infatti, come dimostra l'atteggiamento della medicina del Novecento nei confronti dell'intersessualità, l'esistenza di corpi, identità, sessualità, che si collocano al di fuori del paradigma normativo di genere non è consentita; le persone devono essere assimilate alle categorie del modello binario, oppure devono essere socialmente invisibili. La necessità è allora quella di creare maggiore libertà per le persone, oltre i ruoli sociali costrittivi e le regole rigide di cui si serve il paradigma binario, in modo da aprire uno spazio al di fuori delle categorie normative di genere.

Bibliografia

ARCHER J., 'The influence of testosterone on human aggression', *British Journal of Psychology,* vol. 82, n. 1, 1991, pp. 1-28

ASQUER E. (*ed.*), 'Culture della sessualità', *Genesis,* vol. 11, n. 1-2, 2012

BALOCCHI M., *L'Invisibilizzazione dell'Intersessualità in Italia*, Paper per il Convegno 'Lo spazio della differenza', Università Milano-Bicocca, 20-21 ottobre 2010

BALOCCHI M., 'Intersex. Dall'ermafroditismo ai "disturbi dello sviluppo sessuale"', *Zapruder. Storie in movimento,* n. 29, settembre/dicembre 2012, pp. 76-84

BENJAMIN H., *Transsexualism and Transvestism as a psycho-somatic and somato-psychic sindrome,* in *The Transgender Studies Reader,* STRYKER S., WHITTLE S. (*ed.*), *The Transgender Studies Reader,* cit.), pp. 45-52 (ed. or. *American Journal of Psychotherapy*, vol. 8, n. 2, 1954, pp. 219-230)

BENJAMIN H., *The Transsexual Phenomenon,* edizione online, Düsseldorf, Symposium Publishing, 1999 (ed. or. *The Transsexual Phenomenon,* New York, The Julian Press, 1966)

BERTELLONI S., HIORT O. (*ed.*), 'New Concepts for Human Disorders of Sexual Development', *Sexual Development*, vol. 4, n. 4-5, 2010

BERTELLONI S., 'Disclosing Disorders of Sex Development and Opening the Doors', *Sexual Development*, vol. 4, n. 4-5, 2010, pp. 304-309

BORNSTEIN K., *Gender Outlaw: on Men, Women, and the Rest of Us,* New York, Routledge, 1994

BORNSTEIN K., BERGMAN S. B., *Gender Outlaws: The Next Generation*, Berkeley, Seal Press, 2010

BRISSON L., *Le sexe incertain: androgynie et hermaphroditisme dans l' Antiquité*

gréco-romaine, Paris, Les Belles Lettres, 1997

BUSONI M., *Genere, sesso, cultura. Uno sguardo antropologico*, Roma, Carocci, 2000

BUTLER J., *Gender trouble: feminism and the subversion of identity*, New York, Routledge, 1990

BUTLER J., *Bodies that matter: on the discoursive limits of "sex"*, New York, Routledge, 1993

BUTLER J., *Undoing Gender*, New York, Routledge, 2004

BUTLER J., *Doing Justice to Someone: Sex Reassignment and Allegories of Transsexuality*, in STRYKER S., WHITTLE S. (*ed.*), *The Transgender Studies Reader*, New York, Routledge, 2006, pp. 183-193 (ed. or. *GLQ: a Journal of Lesbian and Gay Studies*, vol. 7, n. 4, 2001, pp. 621-636)

CHASE C., *Intersexual Rights*, lettera alla rivista, *The Sciences*, luglio/agosto, 1993

CHASE C., COVENTRY M. (*ed.*), 'Intersex Awakening', *Chrysalis: The Journal of Transgressive Gender Identities*, vol. 2, n. 5, 1997

CHASE C., 'Affronting Reason', in ATKINS D. (*ed.*), *Looking queer: Image and identity in lesbian, bisexual, gay and transgendered communities*, Binghamton, Haworth Press, 1998

CHASE C., *Hermaphrodites with attitude: mapping the emergence of intersex political activism*, in STRYKER S., WHITTLE S. (*ed.*), *The Transgender Studies Reader*, New York, Routledge, 2006, pp. 300-314 (ed. or. *GLQ: a Journal of Lesbian and Gay studies*, vol. 4, n. 2, 1998, pp. 189-211)

COLAPINTO J., 'The true story of John/Joan', *Rolling Stone*, 11 dicembre 1997, pp. 54-97

COLAPINTO J., *As Nature made Him: the boy who was raised as a girl*, New York, Harper Collins, 2000

COMITATO NAZIONALE BIOETICA, *I disturbi della differenziazione sessuale nei*

minori: aspetti bioetici, consultabile online, 2010

COVENTRY M., 'Finding the Words', *Chrysalis: The Journal of Transgressive Gender Identities,* vol. 2, n. 5, 1997, pp. 27-29

CREIGHTON S. M. (*et al.*), 'Objective cosmetic and anatomical outcomes at adolescence of feminising surgery for ambiguous genitalia done in childhood', *The Lancet*, vol. 358, n. 9276, 2001, pp. 124-125

CREIGHTON S. M. *(et al.),* 'Medical photography: ethics, consent and the intersex patient', *British Journal of Urology International,* vol. 89, n. 1, 2002, pp. 67-72

CREIGHTON S. M., LIAO L. M., 'Changing attitudes to sex assignment in intersex', *British Journal of Urology International,* vol. 93, n. 5, 2004, pp. 659-664

CULL M. L., SIMMONDS M., 'Importance of Support Groups for Intersex (Disorders of Sex Development) Patients, Families and the Medical Profession', *Sexual Development*, vol. 4, n. 4-5, 2010, pp. 310-312

DAABOUL J. J., *Does the Study of History Affect Clinical Practice? Intersex as a Case Study: The Physician's View*, paper presentato all'incontro annuale dell' American Association for the History of Medicine, Bethesda, 19 maggio 2000

DE MARÍA ARANA M., *A human rights investigation into the medical 'normalization' of intersex people. Report of a public hearing by the human rights commission of the city & county of San Francisco*, consultabile online, 2005

DE NARDI R., 'La gestione biomedica dell'intersessualità: l'incorporazione del dimorfismo sessuale', *Genesis,* vol. 11, n. 1-2, 2012, pp. 171-192

DELCOURT M.,
classique, Paris, PUF, 1958

DIAMOND M., 'A Critical Evaluation of the Ontogeny of Human Sexual Behavior', *Quarterly Review of Biology,* vol. 40, n. 2, 1965, pp. 147-175

DIAMOND M., ‘Sexual Identity, Monozygotic Twins Reared in Discordant Sex Roles and a BBC Follow-Up’, *Archives of Sexual Behavior,* vol. 11, n. 2, 1982, pp. 181-185

DIAMOND M., SIGMUNDSON H. K., ‘Sex Reassignment at Birth: A Long Term Review and Clinical Implications’, *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, vol. 151, n. 3, 1997, pp. 298-304

DIAMOND M., ‘Pediatric Management of Ambiguous and Traumatized Genitalia’, *The Journal of Urology,* vol. 162, n. 3, 1999, pp. 1021-1028

DIAMOND M., BEH H. G., ‘An Emerging Ethical and Medical Dilemma: Should Physicians Perform Sex Assignment on Infants with Ambiguous Genitalia?’, *Michigan Journal of Gender & Law,* vol. 7, n. 1, 2000, pp. 1-63

DIAMOND M., ‘Biased-Interaction Theory of Psychosexual Development: “How Does One Know if One is Male or Female?”’, *Sex Roles,* vol. 55, n. 9, 2006, pp. 589-600

DIAMOND M., BEH H. G., *Variations of sex development instead of disorders of sex development*, lettera alla rivista, *Archives of Disease in Childhood*, 2006

DIAMOND M., BEH H. G., ‘Changes in the Management of Children with Intersex Conditions’, *Nature Clinical Practice, Endocrinology & Metabolism*, vol. 4, n. 1, 2008, pp. 4-5

DIAMOND M., *Intersexuality*, consultabile online, 2010, in HAEBERLE E. J. (*ed.*), *Human Sexuality: An Encyclopedia*, edizione online, 2006 (ed. or. BULLOUGH V. L., BULLOUGH B. (*ed.*), *Human Sexuality: An Encyclopedia*, New York, Garland Publishing, 1994)

DIAMOND M. (*et al.)*, ‘Dichotic Listening, Handedness, Brain Organization and Transsexuality’, *International Journal of Transgenderism,* vol. 12, n. 3, 2010, pp. 144-154

DREGER A., '"Ambiguous Sex" – or Ambivalent Medicine? Ethical Issues in the Treatment of Intersexuality', *The Hastings Center Report*, vol. 28, n. 3, 1998

DREGER A., (*ed.*), *Intersex in the Age of ethics*, Hagerstown, University Publishing Group, 1999

DREGER A., *Hermaphrodites and the Medical Invention of Sex*, Harvard University Press, 2000

DRESCHER J., 'Dall'omosessualità e dalla bisessualità all'intersessualità: ripensando alle categorie di genere', *Psicoterapia e Scienze Umane*, vol. XLII, n. 3, 2008, pp. 301-318

ETTELBRICK P. L., ZERÀN A. T., *The Impact of the Yogyakarta Principles on International Human Rights Law Development*, consultabile online, 2010

EUROPEAN COMMISSION, *Trans and intersex people: Discrimination on the grounds of sex, gender identity and gender expression*, consultabile online, 2012

FAUSTO-STERLING A., *Myths of gender: biological theories about women and men*, New York, Basic Books, 1992

FAUSTO-STERLING A., 'The Five Sexes: why male and female are not enough', *The Sciences*, marzo/aprile, 1993, pp. 20-24

FAUSTO-STERLING A., 'The Five Sexes: Revisited', *The Sciences*, vol. 40, n. 4, 2000, pp. 18-23

FAUSTO-STERLING A., *Sexing the Body: gender politics and the construction of sexuality*, New York, Basic Books, 2000

FAUSTO-STERLING A., *Sex/Gender: Biology in a Social World*, New York, Routledge, 2012

FEDER E. K., KARZAKIS K., 'What's in a name? The controversy over "Disorders of Sex Development"', *Hastings Center Report*, vol. 38, n. 5, 2008, pp. 33-36

FEDER E. K., KARZAKIS K., 'The art of medicine: Naming the problem: disorders and their meanings', *The Lancet*, vol. 372, n. 9655, 2008, pp. 2016-2017

FEDER E. K., 'Imperatives of normality: from "intersex" to "disorders of sex development"', *GLQ: a Journal of Lesbian and Gay studies*, vol. 15, n. 2, 2009, pp. 225-247

FEINBERG L., *Transgender Liberation: A Movement Whose Time Has Come*, New York, World View Forum, 1992

FICHTNER J. *(et al.)*, 'Analysis of meatal location in 500 men: Wide variation questions need for meatal advancement in all pediatric anterior hypospadias cases', *Journal of Urology*, vol. 154, n. 2, 1995, pp. 833-834

FOUCAULT M., *Surveiller et punir: naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1975

FOUCAULT M., *Histoire de la sexualité*, vol. 1, *La volonté de savoir*, Paris, Gallimard, 1976

FOUCAULT M. (*ed.*), *Herculine Barbin, dite Alexina B.*, Paris, Gallimard, 1978

FOUCAULT M., *Les anormaux: cours au Collège de France (1974-1975)*, Paris, Gallimard-Le Seuil, 1999

FRADER J. (*et al.*), 'Health Care Professionals and Intersex Conditions', *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, vol. 158, n. 5, 2004, pp. 426-429

FUJIMURA J. H., 'Sex Genes: A Critical Sociomaterial Approach to the Politics and Molecular Genetics of Sex Determination', *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, vol. 32, n. 1, 2006, pp. 49-82

GARFINKEL H., *Passing and the managed achievement of sex status in an 'intersexed' person*, in STRYKER S., WHITTLE S. (*ed.*) *The Transgender Studies Reader*, New York, Routledge, 2006, pp. 58-93 (ed. or. *Studies in Ethnomethodology*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1967)

HAIG D., 'The Inexorable Rise of Gender and the Decline of Sex: Social Change in Academic Titles, 1945–2001', *Archives of Sexual Behavior*, vol. 33, n. 2, 2004, pp. 87-96

HALBERSTAM J., *Female Masculinity*, Duke University Press, 1998

HALDEMAN D. C., 'Gender Atypical Youth: Clinical and Social Issues', *School Psychology Review*, vol. 29, n. 2, 2000, pp. 192-200

HOLMES M., 'Is Growing up in Silence Better Than Growing up Different?', *Chrysalis: The Journal of Transgressive Gender Identities,* vol. 2, n. 5, 1997, pp. 7-9

HOLMES M. (*ed.), Critical Intersex,* Farnham-Burlington, Ashgate Publishing, 2009

HUGHES I., HOUK C., AHMED F., LEE P., LPWES, ESPE, 'Consensus statement on management of intersex disorders', *Archives of Disease in Childhood*, vol. 91, n. 7, 2006, pp. 554-563

HUGHES I. (*et al.*), 'Consequences of the ESPE/LWPES guidelines for diagnosis and treatment of disorders of sex development', *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, vol. 21, n. 3, 2007, pp. 351-365

HIRD M. J., 'Naturally Queer', *Feminist Theory,* vol. 5, n. 1, 2004, pp. 85-89

ISAGER S., 'The Pride of Halikarnassos. Editio Princeps of an Inscription from Salmakis', *Zeitschrift für Papyrologie und Epigraphik*, n. 123, 1998, pp. 1-23

ISMAIL S. I., MAZEN I. A., 'A Study of Gender Outcome of Egyptian Patients with 46, XY Disorder of Sex Development', *Sexual Development,* vol. 4, n. 4-5, 2010, pp. 285-291

ISNA, *Clinical Guidelines for the management of Disorders of Sex Development in Childhood*, consultabile online, 2006

ISNA, *Handbook for Parents,* consultabile online, 2006

KARZAKIS K., *Fixing sex: intersex, medical authority, and lived experience*, Duke University Press, 2008

KARZAKIS K. (*et al.*), 'Genital Surgery for Disorders of Sex Development:

Implementing a Shared Decision-Making Approach', *Journal of Pediatric Endocrinology & Metabolism*, vol. 23, n. 8, 2010, pp. 789-806

KESSLER S., MCKENNA W., *Gender: An Ethnomethodological Approach,* Chicago University Press, 1978

KESSLER S., *La costruzione medica del genere: il caso dei bambini intersessuati*, in PICCONE S., SARACENO C. (*ed.*), *Genere. La costruzione sociale del femminile e del maschile*, Bologna, Il Mulino, 1996, pp. 95-117 (ed. or. 'The medical construction of gender: Case management of intersexed infants, *Signs: Journal of Women in Culture and Society,* vol. 16, n. 1, 1990, pp. 3-26)

KESSLER S., *Creating good-looking genitals in the service of gender,* in KIMMEL M., PLANTE R. (*ed.*), *Sexualities: Identities Behavior, and Society,* Oxford University Press, 2004, pp. 64-70 (ed. or. DUBERMAN M. (*ed.*), *A Queer World: The Center for Lesbian and Gay Studies Reader,* New York University Press, 1997, pp. 153-173)

KESSLER S., *Lessons from the Intersexed,* New Brunswick, Rutgers University Press, 1998

KESSLER S., MCKENNA W., 'Book Reviews. As Nature Made Him: The Boy Who Was Raised as a Girl', *Archives of Sexual Behavior*, vol. 31, n. 3, 2002, pp. 301-303

KINSEY A., POMEROY W., MARTIN C., *Sexual Behavior in the Human Male*, Indiana University Press, 1998 (ed. or. 1948)

KINSEY A., POMEROY W., MARTIN C., GEBHARD P., *Sexual Behavior in the Human Female,* Indiana University Press, 1998 (ed. or. 1953)

KOYAMA E., *Suggested Guidelines for Non-Intersex Individuals Writing about Intersexuality and Intersex People,* consultabile online, 2003

LANGER S. J., MARTIN J. L., 'How dresses can make you mentally ill: Examining Gender Identity Disorder in children', *Child and Adolescent Social Work*

Journal, vol. 21, n. 1, 2004, pp. 5-23

LAQUEUR T., *Making Sex: Body and Gender from the Greeks to Freud*, Harvard University Press, 1990

LEIDOLF E. M. (*et al.*), 'Intersex Mental Health and Social Support Options in Pediatric Endocrinology Training Programs', *Journal of Homosexuality*, vol. 54, n. 3, 2008, pp. 233-242

LEV A. I., 'Disordering Gender Identity: Gender Identity Disorder in the *DSM-IV-TR*', *Journal of Psychology & Human Sexuality*, vol. 17, n. 3-4, 2005, pp. 35-69

LEV A. I., 'Intersexuality in the Family: An Unacknowledged Trauma', *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, vol. 10, n. 2, 2006, pp. 27-56

LLOYD J. *(et al.)*, 'Female genital appearance: 'normality' unfolds', *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 112, n. 5, 2005, pp. 643-646

LORAUX N., 'Che cos'è una dea?', DUBY J., PERROT M. (*ed.*), Storia delle donne in Occidente, vol. 1, PANTEL P. S. (*ed.*), L'Antichità, Roma-Bari, Laterza, 1990, pp. 13-55

LORBER J., 'Believing is Seeing: Biology as Ideology', *Gender & Society*, vol. 7, n. 4, 1993, pp. 568-581

LORBER J., *Paradoxes of Gender*, Yale University Press, 1994

LORBER J., *Gender Inequality: Feminist Theories and Politics*, Oxford University Press, 2010

MAGEE M., MILLER D., *Lesbian Lives: Psychoanalytic Narratives Old and New*, New York, Analytic Press, 1997

MCCLINTOCK J., 'Growing up in the Surgical Maelstrom', *Chrysalis: The Journal of Transgressive Gender Identities*, vol. 2, n. 5, 1997, pp. 53-54

MONEY J., 'Hermaphroditism, gender and precocity in hypoadrenocorticism:

psychologic findings', *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, n. 96, 1955, pp. 253-264

MONEY J., HAMPSON J., HAMPSON J., 'Hermaphroditism: recommendations concerning assignment of sex, change of sex and psychologic management', *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, n. 97, 1955, pp. 284-300

MONEY J., HAMPSON J., HAMPSON J., 'Imprinting and the establishment of gender role', *Archives of Neurology and Psychiatry*, n. 57, 1957, pp. 333-336

MONEY J., EHRHARDT A., *Man & woman, boy & girl: the differentiation and dimorphism of gender identity from conception to maturity*, Johns Hopkins University Press, 1972

MONEY J., 'Ablatio Penis: Normal Male Infant Sex-Reassigned as a Girl', *Archives of Sexual Behavior*, vol. 4, n. 1, 1975, pp. 65-71

MONEY J., *Gay, Straight, and In Between: The Sexology of Erotic Orientation*, Oxford University Press, 1988

MORENO A., 'In Amerika They Call Us Hermaphrodites', *Chrysalis: The Journal of Transgressive Gender Identities*, vol. 2, n. 5, 1997, pp. 11-12

MORLAND I. *(ed.)*, 'Intersex and After', *GLQ: a Journal of Lesbian and Gay Studies*, vol. 15, n. 2, 2009

MORTIMER-SANDILANDS C., ERICKSON B. (*ed.*), *Queer Ecologies: Sex, Nature, Politics, Desire*, Indiana University Press, 2010

MURPHY K. P., SPEAR J. M. (*ed.*), *Gender & History*, vol. 22, n. 3, 2010

OUDSHOORN N., *Beyond the Natural Body: An Archaeology of Sex Hormones*, London, Routledge, 1994

PHOENIX C. H., GOY R. W., GERALL, A. A., YOUNG W. C., 'Organizing action of prenatally administered testosterone propionate on the tissues mediating mating behavior in the female guinea pig', *Endocrinology*, vol. 65, n. 3, 1959, pp. 369-382

PREVES S., *Intersex and Identity: The Contested Self* , Rutgers University Press, 2003

PREVES S., Out of the O.R. and Into the Streets: Exploring the Impact of Intersex Media Activism', 2005, pp. 247-288

REIS E., 'Impossible Hermaphrodites: Intersex in America, 1620–1960', *The Journal of American History*, vol. 92, n. 2, 2005, pp. 411-441

REIS E., 'Divergence or disorder? The politics of naming intersex', *Perspectives in Biology and Medicine*, vol. 50, n. 4, 2007, pp. 535-543

RICHARDSON S. S., 'Sexing the X: How the X Became the "Female Chromosome"', *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, vol. 37, n. 4, 2012, pp. 909-933

ROGERS L., WALSH J., 'Shortcomings of the Psychomedical Research of John Money and Co-Workers into Sex Differences in Behavior: Social and Political Implications', *Sex Roles*, vol. 8, n. 3, 1982, pp. 269-281

ROGERS L., *Sesso e cervello: le differenze tra l'uomo e la donna,* Torino, Einaudi, 2000 (ed. or. *Sexing the Brain*, London, Weidenfeld & Nicolson, 1999)

ROMANO A. J., 'The Invention of Marriage: Hermaphroditus and Salmacis at Halicarnassus and in Ovid', *Classical Quarterly*, vol. 59, n. 2, 2009, pp. 543-561

ROSARIO V. A., 'An interview with Cheryl Chase', *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, vol. 10, n. 2, 2006, pp. 93-104

ROSS C. A., 'Ethics of Gender Identity Disorder', *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, vol. 11, n. 3, 2009, pp. 165-170

SANDERS D., *The Role of the Yogyakarta Principles*, consultabile online, 2008

SANDERS C. (*et al.*), 'Parents need to protect: influences, risks and tensions for parents of prepubertal children born with ambiguous genitalia', *Journal of Clinical Nursing*, vol. 21, n. 21-22, 2012, pp. 3315-3323

SCHETTINI L., ‘Un sesso che non è sesso: medicina, ermafroditismo e intersessualità in Italia tra Otto e Novecento’, *Genesis,* vol. 11, n. 1-2, 2012, pp. 19-40

SCHOBER J. M. , ‘Sexual quality of life in an intersexual population: a needs assessment’, *British Journal of Urology International,* vol. 93, n. 3, 2004, pp. 54-56

SCHOELLKOPF J. C., MENA J., ‘Gender Identity Disorder: An Unethical Diagnosis of Normal Human Diversity’, *Lesbian Gay Bisexual Transgender Queer Center,* Paper 31, 2012

SCOTT J., *Il “genere”: un'utile categoria di analisi storica,* in DI CORI P. (*ed.*), *Altre storie: la critica femminista alla storia*, Bologna, CLUEB, 1996, pp. 307-347 (ed. or. *Rivista di storia contemporanea,* n. 4, 1987, pp. 560-586)

SCOTT J., ‘*Usi e abusi del “genere”*’, in FAZIO I. (*ed.*) *Genere, politica, storia*, Roma, Viella, 2013, pp. 105-127

Signs: Journal of Women in Culture and Society, ‘Sex: A Thematic Issue’, vol. 37, n. 4, 2012

SEBILLOTTE CUCHET V., STEINBERG S. (*ed.*), ‘Érotiques’, *Clio. Histoire, femmes et sociétés,* vol. 31, 2010

STOLLER R., *Biological Substrates of sexual Behavior,* in STRYKER S., WHITTLE S. (*ed.*), *The Transgender Studies Reader,* cit., pp. 53-57 (ed. or. *Sex and Gender: On the Development of Masculinity and Femininity,* New York, Science House, 1968)

STONE S., *The ‘Empire’ Strikes Back: A Posttranssexual Manifesto,* in STRYKER S., WHITTLE S. (*ed.*), *The Transgender Studies Reader,* New York, Routledge, 2006, pp. 221-235 (ed. or. EPSTEIN J., STRAUB K. (*ed.*), *Body Guards: The Cultural Politics of Gender Ambiguity,* New York, Routledge, 1991, pp. 280-304)

STRYKER S., *Gay by the Bay: A History of Queer Culture in the San Francisco Bay Area,* San Francisco, Chronicle Books, 1996

STRYKER S., WHITTLE S. (*ed.*), *The Transgender Studies Reader*, New York, Routledge, 2006

SYTSMA S. E. (*ed.*), *Ethics and Intersex*, vol. 29, International Library of Ethics, Law, and the New Medicine, Dordrecht, Springer, 2006

The Yogyakarta Principles: Principles on the Application of International Human Rights Law in relation to Sexual Orientation and Gender Identity, consultabile online, 2007

TERRY J., URLA J. L. (*ed.*), *Deviant Bodies: Critical Perspectives on Difference in Science and Popular Culture,* Indiana University Press, 1995

THORESON R. R., 'Queering Human Rights: The Yogyakarta Principles and the Norm That Dare Not Speak Its Name', *Journal of Human Rights,* vol. 8, n. 4, 2009, pp. 323-339

UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY, HUMAN RIGHTS COUNCIL, *Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez,* 1 febbraio 2013

VIDAL C., BROWAEYS D. B., *Il sesso del cervello. Vincoli biologici e culturali nelle differenze fra uomo e donna,* Bari, Dedalo, 2006 (ed. or. *Cerveau, sexe et pouvoir,* Paris, Belin, 2005)

VIDAL C., *Hommes, femme: avons-nous le même cerveau?,* Paris, Le Pommier, 2007

WARNE G. L., 'Disorders of sex development (DSDs), their presentation and management in different cultures', *Reviews in Endocrine & Metabolic Disorders,* vol. 9, n. 3, 2008, pp. 227-236

WIESEMANN C. (*et al.*), 'Ethical principles and recommendations for the medical management of differences of sex development (DSD)/intersex in children and adolescents', *European Journal of Pediatrics,* vol. 169, n. 6, 2010,

pp. 671-679

WIESEMANN C., 'Ethical Guidelines for the Clinical Management of Intersex', *Sexual Development*, vol. 4, n. 4-5, 2010, pp. 300-303

WILCHINS R. A., *Read My Lips: Sexual Subversion & the End of Gender*, Ithaca, Firebrand Books, 1997