

## Paolo Valerio e Fabiana Santamaria

### *Bambini e adolescenti intersessuali: quali dilemmi?*

#### *Abstract*

Il contributo presenta alcune rilevanti questioni relative ai Disordini della Differenziazione Sessuale; questioni rispetto alle quali attualmente è molto vivace un dibattito internazionale scientifico e sociale che investe non solo il bambino o l'adolescente intersessuale e la sua famiglia, ma anche tutti gli operatori che entrano in contatto con questi nuclei familiari.

Con il termine Disordini della differenziazione sessuale si indica un insieme di condizioni congenite nelle quali lo sviluppo del sesso cromosomico, gonadico o anatomico è atipico. La terminologia utilizzata per indicare queste condizioni è uno degli attuali temi sui quali la comunità scientifica e sociale dibatte. Altra rilevante questione è quella relativa agli interventi chirurgici effettuati durante l'infanzia. Le condizioni intersessuali, infatti, rappresentano un'emergenza medica in quanto metterebbero in dubbio la nitidezza dei confini morfologici che distinguono i due generi e il medico sarebbe colui che è chiamato ad intervenire per ripristinare, attraverso la correzione dei genitali ambigui o atipici, l'assetto dicotomico dei due sessi. In questo caso, quindi, le persone intersessuali sarebbero medicalizzate e patologizzate a causa di un'atipia genitale che non rientrerebbe appieno nella dicotomia maschio-femmina che la società si attenderebbe, portando, in alcuni casi, a precoci interventi chirurgici nei primi anni di vita del bambino tesi alla "normalizzazione" dei genitali, ovvero all'adeguare il genitale del bambino o della bambina a quello femminile o a quello maschile.

Il contributo presenta la questione da più punti di vista, pur consapevole che l'identità di psicologi clinici dei due autori prevarrà nella lettura delle questioni presentate.

**Keywords:** Disordini della differenziazione sessuale, Identità di genere, Sviluppo psico-sessuale.

#### *Premessa*

Presentare un contributo introduttivo sull'intersessualità significa affrontare una serie di questioni particolarmente importanti e complesse non solo dal punto di vista medico e psicologico, ma anche e soprattutto dal punto di vista etico e sociale; questioni rispetto alle quali attualmente è molto vivace un dibattito internazionale scientifico e sociale che investe non solo il bambino o l'adolescente intersessuale e la sua famiglia, ma anche tutti gli operatori che entrano in contatto con questi nuclei familiari.

Prima di procedere, riteniamo interessante inquadrare storicamente l'evoluzione del concetto di "ambiguità sessuale", specificando che comunque, benché in questo contributo si cerchi di presentare la questione da più punti di vista, la nostra personale identità di psicologi clinici prevarrà nella lettura delle questioni presentate.

1. *Tra identità e ambiguità sessuale: un percorso storico*

L'ambiguità sessuale ha da sempre interessato l'uomo, rivestendo, nei diversi periodi, molteplici significati secondo il mutare della cultura, dei principi morali e dell'etica religiosa. Ispiratrice di credenze, di miti e di opere d'arte, in seguito è stata presa in considerazione da filosofi, naturalisti, giuristi e, in tempi moderni, da endocrinologi, sessuologi, psicologi, chirurghi. La letteratura sull'argomento è caratterizzata, quindi, da mutamenti sostanziali. Nell'antichità classica l'ambiguità sessuale, a quanto riferisce Erodoto, era attribuita ad una punizione divina: la dea Astarte, adorata dai popoli Caldeo-Babilonesi ed Egizi, irata per la devastazione del suo tempio di Ascalona, cambiò gli uomini e i loro discendenti in donne.

Un racconto mitologico concernente gli Sciiti narra che la dea Venere, adirata per il saccheggio di un suo tempio, trasformò i saccheggiatori in donne e decretò che la loro discendenza fosse similmente colpita. Nell'antichità era pure viva un'altra tradizione nel mito di Attis. Secondo questo mito, Zeus avrebbe generato dalla Grande Madre l'androgina Agdistis. Da questa e dalla figlia del re Sangario, Nana, sarebbe nato Attis, amato poi dalla stessa Agdistis. Questa, invasa dalla gelosia per Attis, il quale si preparava a sposare la figlia del re Mida, irruppe nella sala del banchetto ed obbligò tutti i convitati ad automutilarsi. Attis in seguito morì e risorse, divenendo poi una divinità.

La mitologia si arricchisce dell'argomento e poeti come Esiodo, Orazio, Marziale e Lucrezio nei loro versi sono ispirati da queste leggende. Ovidio con i suoi versi appassionati riprende la storia di Salmacis che, perdutamente innamorata di Ermafrodite, figlio di Ermes e Afrodite, non riuscendo a sedurlo, chiede ed ottiene dagli dei di essergli eternamente congiunta formando un unico corpo maschile e femminile (*Metamorfosi*, lib. IV).

Tra i filosofi è da menzionare Platone che nel *Simposio* ci tramanda il mito dell'Androgino riguardante l'origine dei primi esseri viventi. In quest'opera l'Autore racconta che, durante un banchetto, eruditi commensali si alternano in una gara di spiritosa eloquenza; tra questi c'è Aristofane, narratore del mito:

Tanto tempo fa la nostra forma era diversa da quella attuale. Per cominciare, i generi erano tre, non come oggi, due. Al maschio ed alla femmina se ne aggiungeva un terzo partecipe di entrambi i sessi. Sopravvive il nome ma il genere si è estinto: il maschio-femmina, l'androgino [...] Zeus decise di tagliare in due ciascun uomo [...] Dopo il dimezzamento della figura umana, ogni parte rimpiangeva quel suo doppio [...] Zeus ne ebbe compassione: trasportò sul davanti i loro genitali, così rese possibile il processo di generazione reciproco. La ragione del provvedimento: voleva che se l'uomo si fosse incontrato con la donna avrebbero generato per mezzo dell'amplesso, se si fosse incontrato con l'uomo sarebbe nata una piena soddisfazione dall'amplesso.

Di conseguenza ciascuno di noi va alla ricerca della propria metà. Gli uomini provenienti dal taglio dell'androgino amano le donne e la stessa cosa accade alle donne che vanno alla ricerca degli uomini. Tutte le donne che, invece, sono un taglio del sesso

femminile, non si curano per niente dei maschi, ma piuttosto hanno una propensione per le altre donne; quanti sono taglio del sesso maschile, vanno dietro ai maschi (Platone, 2005, pp. 67-69).

Con l'affermarsi del Cristianesimo poco a poco mutano i costumi e i principi della morale. Già San Paolo nella sua *Epistola ad Romanos* condanna l'omosessualità e l'ambiguità sessuale; Sant'Agostino ne fa menzione nel *De Civitate Dei*, mentre in campo scientifico Galeno precisa i caratteri anatomoclinici, suggerendo criteri di terapia chirurgica dell'androgino.

Nel Rinascimento, sono ampiamente trattati problemi importanti quali l'etiopatogenesi e la valutazione dell'ermafroditismo in ambito etico-religioso e giuridico; ma i criteri fondamentali anatomoclinici ed etiopatogenetici risentono troppo dei racconti fantasiosi e delle superstizioni, portando a modesti progressi in campo scientifico. A metà del secolo XVIII, abbiamo i primi segni di comprensione e pietà. Alberto Haller nel 1751 con una dotta ed ampia disquisizione tocca i punti essenziali del problema, concludendo che è ingiusto infierire contro chi è stato maltrattato dalla natura. Nel XIX secolo le idee diventano più chiare almeno dal punto di vista etico, giuridico e religioso; gli ermafroditi non sono più mostri, ma sfortunate vittime di un'anomalia (Belgrano et al., 1999).

È solo agli inizi del XX secolo che i progressi biologici e genetici, aprono la strada ai concetti più moderni, che preludono a quelli attuali, basati su precisi criteri di endocrinologia, psicologia, genetica e chirurgia. Se da una parte è possibile, quindi, osservare l'evoluzione della concezione dell'ambiguità sessuale, dall'altra si osserva un apparente stallo rispetto al dimorfismo sessuale maschio-femmina che viene considerato come un elemento proprio dell'ordine naturale del mondo e, in quanto tale, riscontrabile in modo oggettivo. Tuttavia ci sono voluti molti secoli per arrivare al dimorfismo. Nel II secolo, Galeno riteneva esistesse un unico modello corporeo che rifletteva sia quello maschile che quello femminile: i due corpi erano posizionati lungo una scala gerarchica al cui vertice vi era il genere maschile, mentre quello femminile ne rappresentava una variazione imperfetta. A partire dal '700 ci si discosta dal modello dell'unico sesso, per approdare al paradigma binario. Gli organi sessuali iniziano ad avere nomi propri ed assumono l'importante funzione di dar vita alle differenze di genere. E' negli anni novanta del secolo scorso che Gilbert Herdt (Herdt, 1996) pubblica un'interessante raccolta di casi che si differenziano dai due poli: maschile e femminile. Vengono presentate altre categorie che si discostano dal modello binario e che iniziano a trovare una collocazione sociale che garantisca loro un riconoscimento. Vi è difficoltà, tuttavia, a discostarsi dal dimorfismo; pertanto, uno degli assunti fondamentali del pensiero filosofico occidentale diviene la dimensione binaria, dicotomica del genere, secondo la quale o si è maschi o si è femmine. Crediamo che a questo punto sia necessaria una precisazione terminologica rispetto ad alcuni termini ricorrenti che, spesso usati impropriamente, possono destare notevole confusione: ci riferiamo, in particolare, a *sesso* e *genere*. Il *sesso* si riferisce alla genitalità della persona e si intende con esso la possibilità, nell'ambito del genere umano, di avere dei genitali "maschili", pene e testicoli, o dei genitali "femminili", vagina e ovaie. Il *genere* è, invece, l'aspetto culturale e sociale nato sulla base della distinzione delle persone in sessi, perciò dal

“maschio” e “femmina” derivano i generi “uomo” e “donna” (Stoller, 1968). Anche per arrivare a queste definizioni, tuttavia, ci sono voluti diversi secoli.

Tradizionalmente il sesso era considerato una realtà antropologica primariamente corporea finalizzata alla procreazione: i dati somatici costituivano il criterio fondamentale per la determinazione del sesso di appartenenza. L'unica possibilità per affrontare il problema era quella della normalizzazione sociale ed univoca ad un sesso, quello prevalente sul piano biologico (CNB, 2010). Nel XVI secolo, con la nascita della scienza biologica si affermarono criteri di identificazione sessuale più rigorosi in riferimento alla specificità anatomo-fisiologica del maschio e della femmina. Per il sesso maschile divenne criterio discriminante la presenza dei testicoli, per il sesso femminile il riscontro del flusso mestruale e la presenza dell'utero (CNB, 2010).

Dalla seconda metà del XIX secolo, le scoperte fisiologiche nella definizione dei caratteri sessuali, condussero a riconoscere nelle gonadi (testicoli ed ovaie) l'elemento determinante del vero sesso di una persona. Per cui alla maggior parte delle persone con ambiguità genitali, possedendo gonadi o maschili o femminili, il sesso poteva essere attribuito senza indugi (CNB, 2010). È a partire dalla metà del XX secolo che fu introdotto il criterio del sesso genetico per l'identificazione sessuale.

Attualmente le recenti conoscenze scientifiche hanno fatto emergere la consapevolezza che la sessualità di una persona non è riconducibile ad un solo aspetto, per quanto rilevante esso possa essere: la sessualità ha, infatti, componenti fisiche (somatiche, anatomo-fisiologiche, gonadiche e genetiche) e psichiche e nell'assegnazione del sesso è necessario tener conto di tutti questi aspetti (CNB, 2010). L'assegnazione del sesso alla nascita può sembrare un qualcosa di scontato, vi sono delle condizioni, tuttavia, che comportano una variabilità rispetto al paradigma binario uomo-donna, condizioni in cui lo sviluppo del sesso cromosomico, gonadico o anatomico è atipico e che, proprio per tale motivo sono chiamate condizioni intersessuali. Tale termine è, in realtà, un po' in disuso in quanto attualmente si parla di DSD il cui acronimo indica Disturbi o Disordini della Differenziazione Sessuale, sebbene non tutti concordino con tale termine. Esso, infatti, coniato nel 2006, a Chicago, durante un Congresso in cui erano presenti i maggiori esperti internazionali nell'ambito di quelle che allora erano definite condizioni intersessuali, è attualmente osteggiato da alcune associazioni di persone intersessuali che lo ritengono ingiustamente patologizzante, dal momento che tale termine presume un "disordine" che può essere corretto chirurgicamente, ma tali persone non si considerano "disordinate"! Più di recente, nel luglio 2012, il WPATH propone di utilizzare la nomenclatura "Sviluppo Sessuale Atipico", per eliminare il termine "disordini". Non avendo ancora trovato un accordo terminologico, attualmente alcune persone intersessuali ritengono di sentirsi meglio rappresentate dal vecchio termine "intersessualità" e chiedono ci si riferisca ad esse con tale termine. Concordiamo con ciò e questo è il motivo per il quale scegliamo di utilizzare il termine intersessualità in un contributo come questo, per iniziare a dare un primo segnale di ascolto delle istanze di alcune persone intersessuali proveniente anche dal mondo scientifico.

## 2. *Persone intersessuali: diritti e istanze*

In questo intervento vorremmo riflettere sulle istanze e sui diritti delle persone intersessuali, diritti che non riguardano, come si potrebbe pensare, solamente le persone LGBTQI, ma anche le persone con un orientamento eterosessuale. L'intersessualità e la sua patologizzazione rientrano, infatti, come abbiamo visto, in una cornice dualistica, dicotomica, in cui o si è maschi o si è femmine. Tale dicotomia, nella quale siamo tutti inseriti, porta ancora purtroppo a discriminare le persone omosessuali, transessuali e intersessuali. L'intersessualità rappresenterebbe, secondo quest'ottica, un'emergenza medica in quanto metterebbe in dubbio la nitidezza dei confini morfologici che distinguono i due generi e il medico sarebbe colui che è chiamato ad intervenire per ripristinare, attraverso la correzione dei genitali ambigui, l'assetto dicotomico dei due sessi. In questo caso, quindi, le persone intersessuali sarebbero medicalizzate e patologizzate a causa di un'atipia genitale che non rientrerebbe appieno nella dicotomia maschio-femmina che la società si attenderebbe, portando, in alcuni casi, a precoci interventi chirurgici nei primi anni di vita del bambino tesi alla "normalizzazione" dei genitali, ovvero all'adeguare il genitale del bambino a quello femminile o a quello maschile. Su questo punto è in corso un delicato dibattito scientifico e sociale. La Butler nel 2006 parla di "decostruzione del genere" intendendo con tale termine la possibilità di andare al di là della classica dicotomia di genere, poiché il genere rappresenterebbe una norma che costruisce i soggetti socialmente e culturalmente come maschili e femminili, ma sarebbe necessario, secondo l'Autrice, un disfacimento del genere per far sì che gli esseri umani non siano più divisi in questa doppia categoria (Butler, 2006). La forza del pensiero critico della Butler sta proprio nel contestare animatamente le strutture nelle quali si viene collocati, rifiutando aspramente la presa normalizzatrice e violenta secondo la quale un neonato con genitali atipici deve essere "corretto" chirurgicamente per aderire alla normalizzazione sociale e culturale del genere maschile o femminile (Butler, 2006). La Butler, così come molte associazioni, si batte molto su questo punto in quanto l'adesione alla norma culturale e sociale binaria dei due generi, è evidente quando si parla di intersessualità e, in particolare, dei precoci interventi chirurgici ai quali molti bambini, in particolare bambine intersessuali, sono sottoposti. In questo caso, dice la Butler:

i bambini nati con caratteristiche sessuali primarie irregolari devono essere 'corretti' per raggiungere la normalità, integrarsi e sentirsi a proprio agio. La chirurgia correttiva è talvolta praticata con l'approvazione dei genitori in nome della normalizzazione, ma si è visto che il prezzo fisico e psichico dell'intervento chirurgico è enorme per coloro che sono stati sottoposti alla norma. I corpi creati tramite tale imposizione regolatrice di genere sono corpi che soffrono, che portano i segni della violenza e della sofferenza (Butler, 2006. pp. 80-81).

In particolare, un primo tipo di intervento chirurgico viene effettuato alle bambine con Iperplasia Congenita del Surrene. Tale condizione comporta un cattivo funzionamento del surrene con conseguente virilizzazione che può portare ad un ispessimento del clitoride tale da farlo apparire come un micro-pene impedendo, talvolta anche al pediatra, un'immediata assegnazione del sesso alla bambina. Pertanto, le bambine che

presentano importanti atipie genitali, attualmente sono sottoposte ad un intervento chirurgico di "correzione" dell'ambiguità genitale per "normalizzare" l'aspetto estetico dei genitali in direzione femminile. Un secondo tipo di intervento, frequentemente effettuato, è la gonadectomia, e cioè l'asportazione delle gonadi che, ricordiamo sono i testicoli e le ovaie. In particolare, tale intervento viene talvolta effettuato nelle bambine con Sindrome di Turner e in quelle con Sindrome di Morris. La sindrome di Turner comporta nella maggior parte dei casi la monosomia cromosomica, il cariotipo più frequente è X0, quindi femminile, e l'intervento viene effettuato nei rari casi in cui nel cariotipo sono presenti anche frammenti di cromosoma Y. La seconda condizione che può comportare una gonadectomia è la Sindrome di Morris, condizione definita anche di insensibilità agli androgeni in cui una persona con cariotipo XY, quindi maschile, a causa di una rara insensibilità agli androgeni non si svilupperà in senso maschile, ma femminile. Vediamo più nello specifico perché attualmente questi interventi chirurgici vengono effettuati con tanta urgenza.

Per quanto riguarda le bambine con ICS e, quindi, bambine che presentano atipie genitali, in medicina viene consigliato di effettuare l'intervento di correzione dell'atipia prima dei due anni d'età della bambina; tale intervento viene effettuato principalmente per migliorare l'aspetto estetico dei genitali e si giustifica la precocità di questo intervento non solo affermando che i risultati estetici di un intervento chirurgico effettuato prima dei due anni di età sono migliori, ma anche per limitare, se non addirittura evitare, nelle successive fasi della vita, come per esempio la pubertà, possibili danni psicologici causati dal confronto corporeo con coetanee. In opposizione a ciò, in quanto psicologi noi sappiamo bene quanto interventi chirurgici, sebbene precoci, in area genitale, possano causare seri traumi in un bambino. Per quanto riguarda, invece, le gonadectomie, esse vengono effettuate perché alcuni dati della letteratura ritengono che le gonadi di queste bambine, inattive, siano a rischio di degenerazioni tumorali. Si può ben comprendere quanto l'effettuare interventi chirurgici così invasivi abbia sollevato un delicatissimo dibattito scientifico e sociale. I sostenitori degli interventi ritengono non solo che sia necessario attribuire un sesso alla nascita, ma anche che sia importante "normalizzare" il prima possibile l'aspetto estetico dei genitali della bambina, così da consentire un adeguato sviluppo dell'identità di genere. Sappiamo, però, che per la strutturazione dell'identità di genere, che possiamo definire come il riconoscersi nei modelli di uomo o di donna definiti dalla società ed il percepire il proprio sesso come facente parte di questa identità, concorrono componenti complesse e di diversa natura, che investono il piano biologico-ormonale, quello socio-culturale e, non ultimo, un livello psicologico profondamente fantasmatico che attiene agli scambi relazionali tra il bambino e i suoi genitori. Il pensiero interventista, infatti, non è supportato da tutta la letteratura. Nell'ultimo *Consensus* del 2006 (Hughes et al., 2006) è stato, infatti, rilevato che molte di queste bambine in futuro sviluppano problematiche relative all'identità di genere, maggiori di quelle presenti nella popolazione generale. Per tale motivo attualmente è in atto un vivace e delicato dibattito affinché non sia effettuato alcun intervento di correzione chirurgica dei genitali così che possa essere solo la bambina, una volta cresciuta e sostenuta adeguatamente dal punto di vista psicologico, a decidere se effettuare o no l'intervento chirurgico. Un simile discorso vi è anche relativamente alle gonadectomie: il rischio di degenerazioni tumorali nelle gonadi

è, infatti, piuttosto esiguo, ma parte della comunità scientifica invita lo stesso i genitori di bambine con ST e con SM ad autorizzare la gonadectomia sostenendo che sebbene il rischio di degenerazioni tumorali sia esiguo, è però presente. Ritengono, pertanto, sia preferibile rimuovere delle gonadi atrofiche e, quindi, inattive, piuttosto che mettere a rischio la vita della bambina. Gli oppositori si soffermano sui termini "rischio" ed "esiguo" e sostengono che non essendovi certezze rispetto a degenerazioni tumorali, si prospettano ai genitori dei fantasmi che riattivano angosce di morte e che danno come risultato il far sottoporre le proprie figlie a delle gonadectomie che rappresentano una violenza inaudita.

La delicatezza medica e sociale di tali pratiche chirurgiche ha sollevato, già da diversi anni, un vero e proprio dibattito sorto in merito alle riflessioni sui precoci interventi chirurgici ai quali Money negli anni Cinquanta del secolo scorso suggeriva di sottoporre i bambini intersessuali.

J. Money (1921- 2006), psicologo, sessuologo, esperto di identità di genere e di dimorfismo sessuale che ha avuto un grande impatto medico, psicologico e mediatico per le sue idee sulla riassegnazione del sesso, sosteneva la irrilevanza dell'identità sessuale genetica e gonadica nella convinzione che l'identità di genere derivi dalla strutturazione psichica quale conseguenza indotta dall'educazione familiare e dalla socializzazione. Egli riteneva, pertanto, che un'immediata assegnazione del sesso al bambino e un intervento chirurgico che rimuovesse l'ambiguità genitale rappresentassero i migliori elementi predittivi in vista della definizione dell'identità di genere di un adulto (Williams, 2002). Money aveva teorizzato che i bambini al di sotto dei due anni fossero psicosessualmente "neutrali" e ciò consentiva un'assegnazione precoce del sesso basata sull'apparenza dei genitali, sulla funzione sessuale e, non ultimo, sul desiderio dei genitori. Naturalmente il successo di questo trattamento dipendeva dal modo in cui l'incertezza genitale del bambino veniva presentata e spiegata ai genitori. Essi, infatti, dovevano essere rassicurati rispetto al fatto che il sesso scelto e, quindi, assegnato fosse quello "reale", anche quando ciò non poteva essere veramente accertato. L'idea di poter quasi magicamente risolvere la questione nascondendo al bambino la propria ambiguità genitale, troppo difficile da accettare, sosteneva la rapidità e la precocità di questi interventi chirurgici "correttivi". Si andava così delineando una pratica di intervento "correttiva", tesa solitamente alla femminilizzazione, fondata sulla segretezza e finalizzata alla costruzione di uomini e donne "normali". Fino al 1960, quindi, tutti i bambini nati con genitali ambigui furono "tempestivamente" trattati chirurgicamente e probabilmente ancora oggi alcuni di essi sono "inconsapevoli" della loro condizione. L'efficacia di questo trattamento, comunque, non era stata dimostrata a causa dell'assenza di ricerche di follow-up a lungo termine.

I primi studi in opposizione a quelli di Money arrivano nel 1997 (Reiner, 1997), ma è nel 2004 che il modello sostenuto da Money è stato oggetto di ulteriori critiche, quando la cronaca ha riportato l'eclatante caso di un bambino trattato da Money secondo i suoi metodi, noto come "il caso di John/Joan".

Nel 1972, John Money e i suoi colleghi alla Johns Hopkins University riferirono di aver riassegnato con successo il sesso di un bambino, David, di 8 mesi parte di una

coppia di gemelli, che aveva subito incidentalmente la distruzione del pene durante una circoncisione (Colapinto, 2001). Ritenendo, secondo la convinzione ampiamente diffusa in quel periodo, che gli individui fossero psicosessualmente neutrali alla nascita, Money propose ai genitori di effettuare un intervento di Riattribuzione Chirurgica del Sesso rimuovendo i testicoli e creando una neovagina preliminare per facilitare la femminilizzazione, di dare al bambino un nome femminile e di crescerlo, quindi, come una bambina, il tutto con l'idea di aiutare il bambino e la famiglia a identificarlo come femmina. Visite annuali sembravano confermare il successo di questo trattamento (Colapinto, 2001). Nel 1997, tuttavia, Diamond e Sigmundson e, nel 2001, John Colapinto sostennero che il famoso caso trattato da Money in realtà era stato un tragico fallimento.

Nonostante fosse stato cresciuto come una bambina, gli fosse stato detto da sempre di essere una femmina e pur avendo genitali all'apparenza femminili, David mantenne sempre una forte percezione della sua identità maschile. Quando, intorno ai quattordici anni, divenne chiaro ai genitori di David che l'esperimento era fallito miseramente, essi dissero al figlio cosa era successo e lui immediatamente cessò l'assunzione di estrogeni, gli ormoni femminili che doveva prendere per essere aiutato nella femminilizzazione, e cominciò il trattamento con il testosterone. La sua vita andò avanti, e David giunse a sposarsi come uomo e a diventare genitore adottando i bambini che la moglie aveva avuto da un'unione precedente, ma non superò mai davvero il trauma di quella scoperta e si suicidò nel maggio del 2004 (Colapinto, 2001).

Tale caso, così come studi più recenti (Diamond and Sigmundson, 1997; Berenbaum, 2003; Cohen-Kettenis and Pfafflin, 2003; Heino et. al, 2004, Carmichael, 2006, Richter-Appelt, 2007) hanno, dunque, contraddetto l'approccio di Money, dimostrando, come prima accennato, come in realtà lo sviluppo dell'identità di genere in neonati intersesso non sia un processo malleabile, facilmente prevedibile dall'infanzia. Le posizioni che presenteremo, apparentemente in opposizione, in realtà non si discostano molto le une dalle altre, sebbene nessuna di loro prenda in dovuta considerazione l'aspetto psicologico.

Le linee guida elaborate da Diamond e Sigmundson nel 1997 cercano di armonizzare l'identità di genere con la vita sessuale adulta e la fertilità, nel tentativo di orientare il trattamento terapeutico e l'educazione tenendo conto di diversi fattori nella scelta del sesso: fenotipo prevalente e cioè l'aspetto estetico della persona se si presenta esteriormente come un maschio o come una femmina, cariotipo vale a dire i cromosomi sessuali se sono maschili o femminili, eventuale fertilità, funzionalità sessuale, influsso ormonale nella sessualizzazione cerebrale. I trattamenti chirurgici sono consigliati solo se necessari terapeuticamente. Nei casi estremi e rari in cui la diagnosi è incerta, è raccomandata la posticipazione dell'intervento, la scelta di un nome che possa essere utilizzato al maschile e al femminile e un'educazione che lasci spazio alle inclinazioni spontanee e alla libera espressione sia maschile sia femminile, affinché sia il soggetto stesso, raggiunta una sufficiente consapevolezza e maturazione sotto il profilo cognitivo-emotivo, ad essere coinvolto nella decisione.

Cheryl Chase (Chase, 1998), fondatrice della Intersexed Society of North America, ha espresso scetticismo nei confronti delle indicazioni di Diamond e Sigmundson, sebbene, a nostro parere, non se ne discosti tanto. Nel 2006, infatti, le

linee guida elaborate dalla Intersexed Society of North America ribadiscono la necessità di un criterio diagnostico nelle ambiguità sessuali e della rilevanza, accanto agli indici somatici e funzionali, anche della individuazione dei fattori genetici ed endocrini in fase prenatale. Propongono, inoltre, che gli interventi medici e chirurgici siano effettuati solo di fronte ad un'imminente minaccia per l'integrità fisica del soggetto, non forzando la persona verso una "normalizzazione" sociale che potrebbe provocare danni. Tali linee guida invitano, nei casi in cui non vi sia un'urgenza medica, a ritardare gli interventi chirurgici e a posticipare i trattamenti ormonali per consentire una partecipazione attiva del soggetto alla decisione. Si ritiene, inoltre, che alla famiglia vada comunicata la verità, evitando forme di stigmatizzazione e garantendo un adeguato sostegno psicosociale, anche mediante la formazione di équipe multidisciplinari che sappiano affrontare questi casi. Secondo questa prospettiva, non è la modificazione chirurgica dei caratteri sessuali primari (testicoli e ovaie) e secondari (pene, seno...) del bambino che può alleviare l'ansia dei genitori o favorire l'accettazione sociale, ma un appropriato sostegno e un supporto psicologico ed educativo nella scelta, qualunque essa sia.

La convinzione di Chase (Chase, 1998) è che, anche se l'attribuzione del sesso risulta necessaria per la costruzione di un'identità sociale stabile, non ne consegue che la società debba effettuare interventi chirurgici forzati per ricreare un corpo secondo l'immagine sociale di un genere stabilito. Interessante è, a tal riguardo, il punto di vista della Butler (Butler, 2006) che in "La disfatta del genere", scrive: "È possibile immaginare un mondo in cui le persone sessualmente ibride possano essere accettate e amate senza doversi trasformare in una versione del genere conforme alla norma o socialmente più coerente?" La riflessione porta a pensare ancora, come già accennato, che si dovrebbe andare al di là della classica dicotomia stigmatizzante maschio-femmina ed iniziare a pensare ad un continuum di variabilità umane ai cui estremi sono presenti il maschio e la femmina.

Queste divergenti posizioni hanno fatto sì che anche l'Italia prendesse una posizione stilando un documento Ministeriale del Comitato Nazionale per la Bioetica (2010) che, basandosi sulle linee guida bioetiche internazionali sottoscrive che:

ogni intervento medico nei casi di DSD deve avere come obiettivo quello di armonizzare elementi di disarmonia sul piano fisico-psichico e sociale; ogni intervento sul corpo deve essere guidato dal principio del miglior interesse per il bambino, evitando mutilazioni non necessarie (tali interventi andrebbero attuati solo in condizioni di urgenza, essendo preferibile attendere che il soggetto raggiunga una maturazione che consenta di esprimere il consenso); la famiglia e il minore stesso vanno adeguatamente sostenuti psicologicamente e la comunicazione deve essere attenta e graduale.

Tale documento, stilato a sostegno delle scelte di medici, genitori e bambini intersessuali, in breve, auspica:

1. ove la diagnosi sia possibile, crescere il bambino in senso maschile o femminile;
2. nei casi di ambiguità genitale, è opportuna un'assegnazione sessuale condivisa tra i genitori e i medici;
3. eventuali interventi chirurgici siano effettuati solo se strettamente necessari;

4. nel caso di posticipati interventi chirurgici, sia garantito al soggetto un supporto psicologico;
5. in caso di discrepanza tra sesso assegnato e sviluppo dell'identità di genere, sia facilitato, in via legislativa, il cambiamento del sesso anagrafico;
6. siano incentivati studi a lungo termine e la ricerca.

### *Conclusioni*

Da quanto detto finora, possiamo comprendere, anche come vedremo successivamente attraverso la presentazione di un caso clinico, quanto sia difficile per una coppia di genitori prendere decisioni di questo tipo. Infatti, sebbene tali documenti sottolineino la posticipazione dell'intervento chirurgico, attualmente, come abbiamo visto, i bambini intersessuali subiscono molti interventi chirurgici che impediscono loro di poter scegliere il proprio sesso di appartenenza. Nonostante numerosi studi psicologici dimostrino il contrario, l'attribuzione del genere alla nascita con un adeguamento genitale che rispecchi la norma sociale e culturale del genere sessuale assegnato, sembra essere ancora una condizione necessaria per un adeguato sviluppo dell'identità di genere. Fa riflettere, naturalmente, quanto emerso dal *Consensus* (2006) rispetto alla probabilità che bambini intersessuali sviluppino in futuro problematiche relative all'area dell'identità di genere maggiori rispetto alla popolazione generale. Per questo motivo numerose associazioni si battono per evitare queste pratiche chirurgiche che impediscono alle persone intersessuali di poter scegliere, parlando di vere e proprie mutilazioni genitali che causano malcontento e sono vissute come vere e proprie violenze.

Le attuali linee guida per l'assegnazione del sesso alla nascita erano e sono tuttora fortemente soggette all'impronta culturale e sociale che ancora si fonda sull'adesione alla norma binaria dei due generi e sull'idea che la funzionalità coincida con l'aspetto estetico, pertanto l'impronta culturale e sociale fa sì che ancora ci si concentri sulle dimensioni del pene e sulla lunghezza della vagina che deve avere la giusta profondità per accogliere un pene nell'ottica di un'unica possibilità per la sessualità umana: la penetrazione vaginale eterosessuale. Si parla, quindi, ancora di conseguenze estetiche senza pensare alle conseguenze psicologiche che tali violenti interventi chirurgici possono avere non solo sull'identità di genere di queste persone, ma anche più in generale sulla loro vita. La decisione di operare un bambino o un adolescente dipende, quindi, ancora dal non avere dei genitali conformi alla norma, ed è quindi una decisione a-prioristica, sulla base di criteri esclusivamente culturali. Poca attenzione, inoltre, viene posta nei confronti del piacere, poiché si ritiene che sia la clitoridectomia (termine con il quale si indica la rimozione chirurgica del clitoride), sia la ricostruzione vaginale possono causare una perdita di sensibilità, che spesso viene denunciata dalle persone intersessuali. Allo stesso modo, sempre nell'ottica di privilegiare un rapporto sessuale di tipo penetrativo, la ricostruzione dei genitali maschili è considerata inefficace perché incapace di garantire un'erezione. Emerge, in tal modo, una visione discriminante tra l'organo sessuale femminile, passivo, predisposto ad accogliere e contenere e un pene attivo che penetra. Da qui la preferenza ad effettuare interventi chirurgici in direzione femminile data la maggiore semplicità a "costruire" una vagina funzionante passiva, piuttosto che un pene funzionale attivo (Wilson e Reiner, 2000). Ma possiamo veramente

pensare che un intervento chirurgico dettato dall'idea di "normalizzare" dei genitali e, quindi, di evitare situazioni di stigma sociale possa essere una valida motivazione per effettuare interventi chirurgici che modifichino irreversibilmente la vita di una persona?

Il dibattito ancora in corso ci fa comprendere quanto sia difficile trovare attualmente una soluzione e che qualunque decisione si prenda corra il rischio di essere errata, ma è necessario muoversi da una prospettiva integrata medico-psico-sociale che tenga conto in primo luogo del principio di autodeterminazione a cui tutte le persone aspirano e che non dovrebbe mai essere negato a nessuno, e, in secondo luogo dell'importanza del sostegno psicologico di cui necessita una giovane coppia di genitori a cui nasce un figlio intersessuale che, ancora alle prese con l'elaborazione della profonda ferita narcisistica per aver generato un bambino diverso da quello sognato e idealizzato, è spesso vorticosamente costretta a prendere repentine decisioni rispetto agli interventi chirurgici ai quali il proprio figlio potrebbe essere sottoposto.

Vorremmo condividere a questo punto della riflessione una vignetta clinica esemplificativa delle difficoltà e dei dilemmi cui continuamente vanno incontro i genitori di un bambino o di una bambina intersessuale, difficoltà con cui continuamente ci confrontiamo in quanto psicologi clinici esperti nell'area dell'identità di genere e in quanto membri di un'équipe interdisciplinare in Italia, a Napoli, presso l'Università degli Studi di Napoli "Federico II".

#### *Martina*

I genitori di Martina vengono incontrati da una psicoterapeuta della nostra équipe di Napoli pochi giorni dopo la nascita della bambina. È stata la pediatra endocrinologa con la quale collaboriamo a chiedere con urgenza questo incontro, poiché era nata una bambina con i genitali così atipici da ostacolare l'immediata assegnazione del sesso da parte del neonatologo che aveva sentito l'urgenza di consultare l'endocrinologa pediatra. Sebbene l'endocrinologa avesse ipotizzato la presenza di un'Iperplasia Congenita del Surrene, erano necessarie indagini specifiche per poter porre una diagnosi certa.

Dopo un primo incontro, effettuato il giorno dopo la nascita della bambina, psicoterapeuta, endocrinologa e neonatologo incontrano congiuntamente i genitori per spiegare loro quanto accaduto alla bambina. Si tratta di un incontro molto delicato e complesso durante il quale vengono prospettate delle ipotesi relative alla diagnosi, senza che vi sia alcuna certezza.

La coppia di genitori, necessitando di un sostegno psicologico in questo delicatissimo periodo, sarà incontrata settimanalmente e riuscirà ad usufruire enormemente dello spazio psicologico, entro cui sarà possibile cominciare a portare il dolore per quanto accaduto, ma anche tutti i dubbi e le incertezze rispetto ad un sesso non ancora assegnato.

Raccontano così la loro storia: una gravidanza travagliata nei primi 3 mesi, un cariotipo XX, la nascita di una bambina con un ispessimento clitorideo tanto evidente da apparire come un pene, sicché l'immediata assegnazione del sesso subisce un arresto. Da un'ecografia, inoltre, sembravano presenti delle piccole masse, probabili testicoli ritenuti, che avrebbero potuto comportare la presenza di frammenti del cromosoma Y nel cariotipo; erano dunque necessarie indagini più approfondite. Dopo circa una settimana di ricovero, la bambina inizia a perdere sali e questa condizione sostiene una diagnosi di ICS con perdita di sali. La cura farmacologica repentinamente iniziata consente anche alle piccole masse di rientrare. La bambina, tuttavia, sarà dichiarata all'anagrafe come femmina dopo dieci giorni. Possiamo immaginare il peso, l'angoscia e l'incertezza con cui questo piccolo nucleo familiare ha dovuto fare i conti in un momento atteso, che avrebbe dovuto portare gioia. D'altra parte, l'assegnazione del sesso alla bambina non sembra poter tranquillizzare i genitori, molto angosciati per il futuro della loro piccola e preoccupati dell'eventuale intervento chirurgico prospettato loro al fine di rimuovere del tutto l'atipia genitale. La madre appare convinta ad intervenire immediatamente per "evitare traumi psicologici" nella figlia causati dai suoi genitali atipici, così da non far sorgere mai dubbi alla bambina riguardo alla propria identità di genere, forse nella fantasia di poter rimuovere con l'intervento anche ogni sospetto ed ambiguità, cancellando il problema. Il padre, forse in seguito a minuziose letture su internet, appare, al contrario, più propenso ad aspettare per consentire poi alla stessa Martina di scegliere per sé in futuro, considerando la figlia "una Dea" proprio per la sua imperfezione e ritenendo che se optassero per un'immediata operazione chirurgica correttiva, probabilmente interverrebbero per loro stessi piuttosto che per la figlia. Questa divergenza di opinioni crea una frattura irreparabile nella coppia che non riesce in alcun modo a trovare una soluzione in accordo per il bene della bambina.

I colloqui psicologici hanno cercato di aiutare questa coppia a pensare a cosa fosse meglio per la bambina evitando di prendere decisioni repentine che avrebbero potuto prendere più per se stessi che per la piccola.

Quando la bambina viene dimessa dalla TIN (Terapia intensiva Neonatale), il piccolo nucleo familiare, che viene da un paesino del sud Italia distante circa 200 Km da Napoli, decide di interrompere il sostegno psicologico prospettando la possibilità di una separazione della coppia.

Attualmente la piccola Martina non ha ancora compiuto un anno e non ha subito alcun intervento chirurgico "correttivo".

Abbiamo scelto di presentare questo caso, perché è uno dei primi casi con i quali ci siamo confrontati con una così divergente opinione nella coppia genitoriale, ma che attualmente è riuscita a non optare per la soluzione chirurgica "normalizzante". Ancora non sappiamo se in futuro questa coppia deciderà di far operare la figlia, ma è importante osservare che, forse per la prima volta, c'è stato un primo segnale di ascolto non soltanto dei desideri dei genitori, come solitamente avviene, ma anche, in una società genderista come la nostra, delle istanze delle persone intersessuali, così che un giorno, si spera, possa essere soltanto Martina a scegliere cosa voler fare della propria vita decidendo se effettuare questo intervento di chirurgia genitale.

Bibliografia

- AASSG (Sindrome di Morris), [www.sindromedimorris.org](http://www.sindromedimorris.org)
- Auricchio Maria, Barone Antonella, Boursier Valentina, Capalbo Donatella, Lettiero Teresa, Lombardi Silvana, Nunziante Cesàro Adele, Officioso Annunziata, Parisi Immacolata, Salerno Mariacarolina, Santamaria Fabiana, Valerio Paolo, Zito Eugenio (2008). *Disordini della differenziazione sessuale: un approccio interdisciplinare*. VIII Congresso Nazionale della Società Italiana di Psicologia della Salute (SIPSA) “La salute come responsabilità sociale condivisa“, Rovigo 1-4 ottobre
- Belgrano Emanuele, Fabris Bruno, Trombetta Carlo (1999). *Il transessualismo*. Milano: Kurtis.
- Berenbaum, Sheri (2003). “Management of children with intersex conditions: psychological and methodological perspective”, *Growth genetics and hormones*, 19 (1), 1-6.
- Butler, Judith (2006). *La disfatta del genere*. Roma: Meltemi
- Carmichael Polly (2006). *Gender identity development in disorders of sex differentiation, implications for gender assignment and re-assignment*. Relazione presentata al *Convegno ONIG, Roma, 2006*.
- Chase, Cheryl (1998). “Hermaphrodites with Attitude: Mapping the Emergence of Intersex Political Activism”, *A Journal of Gay and Lesbian Studies*. Volume 4 (2) Duke University Press, Jan 1.
- Cohen-Kettenis Peggy, Pfäfflin Friedemann (2003). *Transgenderism and intersexuality in childhood and adolescence. Developmental Clinical Psychology and Psychiatry*, California: Sage Publications.
- Cohen Kettenis, Peggy (2005). “Gender change in 46XY Persons with 5 $\alpha$ -Reductase-2 Deficiency and 17 $\beta$ -Hydroxysteroid Dehydrogenase-3 Deficiency”, *Archives of Sexual Behavior*, vol.34, n° 4, pp. 399-410.
- Colapinto, John (2001). *As Nature Made Him. The Boy Who Was Raised As a Girl*. New York: HarperCollins.
- Comitato Nazionale per la Bioetica (CBN) (2010). *I Disturbi della Differenziazione Sessuale nei minori: aspetti bioetici*.
- “Consensus Statement on Management of Intersex Disorders”, *Official Journal of the American Academy of Pediatrics*, 2006.
- Diamond Milton, Sigmundson Keith (1997). “Sex reassignment at birth. Long-term review and clinical implications”, *Arch Pediatr Adolesc Med*, 151, pp. 298-304.
- Herd, Gilbert (1996). *Third Sex, Third Gender*. New York: Zone Books.
- Nunziante Cesàro Adele, Valerio Paolo (2006). *Dilemmi dell'identità: chi sono?* Milano: FrancoAngeli.
- Nunziante Cesàro, Adele. “Lo ‘spazio cavo’ nelle vicende dell'identità femminile”. In Ferraro Fausta, Nunziante Cesàro Adele (1992). *Lo spazio cavo e il corpo saturato*. Milano: FrancoAngeli.
- Platone, (2005), *Simposio*, Milano: Mondadori.
- Reiner, William (1997). *To be male or female: that is the question*. Arch. Pediatr. Adolescent Med.

Richter-Appelt, Herta (2007). "Psychological Distress, Self-Harming Behavior, and Suicidal Tendencies in Adult Persons with Disorders of Sex Development", *Archives of Sexual Behavior*. Stoller Robert (1968). *Sex and Gender. The Development of Masculinity and Femininity*. Karnak Books, London, New York; Science House, New York.

Tomassoni Monica, Solano Luigi (2003). *Una base più sicura. Esperienze di collaborazione diretta tra medici e psicologi*, Milano: FrancoAngeli.

Valerio Paolo, Bottone Mario, Galiani Riccardo, Vitelli Roberto (2001). *Il transessualismo*, Milano: Franco Angeli.

Williams, Nina (2002). "The Imposition of Gender: Psychoanalytic Encounters with Genital Atypicality. Bodies Like Ours", *Psychoanalytic Psychology*, Vol. 19, No.3, pp. 455-474.

Wilson Bruce, Reiner William (2000). *Management of intersex: a shifting paradigm*. In Dreger Alice. *Intersex in the age of aetics*. Hagerstown, Maryland: University Publishing Group.

*Paolo Valerio*, professore ordinario di Psicologia Clinica, Dipartimento di Neuroscienze, Scienze Riproduttive e Odontostomatologiche all'Università degli Studi di Napoli "Federico II", è Direttore del Centro Servizi per l'Inclusione Attiva e Partecipata Studenti con Disabilità (SInAPSI). Tra le numerose aree di ricerca, si occupa di questioni relative all'identità di genere e sue problematiche. Ha curato e pubblicato numerosi volumi e articoli nazionali ed internazionali su tali temi. Attualmente è Presidente dell'Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere (ONIG) e membro del World Professional Association for Transgender Health (WPATH). E-mail: [valerio@unina.it](mailto:valerio@unina.it)

*Fabiana Santamaria*, psicologa, psicoterapeuta, specialista in psicologia clinica, è Dottore di ricerca in Studi di Genere. Si occupa da numerosi anni di questioni relative all'identità di genere e sue problematiche principalmente in età evolutiva. Ha pubblicato numerosi articoli su tali temi. Attualmente è socio dell'Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere (ONIG).

E-mail: [fabiana.santamaria@virgilio.it](mailto:fabiana.santamaria@virgilio.it)