

"NEODREĐEN POL" ILI AMBIVALENTNA MEDICINA?*

Šta nas čini "ženskim" ili "muškim", "devojkama" ili "dečacima", "ženama" ili "muškarcima" – naši hromozomi, naše genitalije, način na koji smo (mi i drugi) odgajani da mislimo o sebi, ili sve to skupa? Jedno od prvih reagovanja kliničara i roditelja po rođenju deteta neodređenog pola jeste da "odrede" situaciju: da odrede identitet novorođenčeta kao ženski ili muški, hirurški modifikuju detetove genitalije tako da uverljivo odgovaraju tom polnom identitetu i pruže ostali medicinski tretman (kao što je hormonski) koji potvrđuje dodeljeni pol. Pretpostavke koje leže u osnovi napora da se "normalizuju" interseksualni pojedinci i etika "tretmana" interseksualnosti zavreduju pomnije ispitivanje od onog koje im se inače posvećuje.

Nedavno su neki događaji izazvali znatno interesovanje javnosti za interseksualnost (urođeni "neodređeni pol") i "rekonstruktivnu" genitalnu hirurgiju. Možda je najsenzacionalnije među njima bilo skorašnje objavljivanje neočekivanih dugoročnih rezultata klasičnog i dobro poznatog slučaja "Džon/Džoan".¹ "Džon" je kao tipičan XY muškarac rođen s bratom blizancem ali mu je, tokom obrezivanja u osmom

* Naslov originala: Alice Domurat Dreger, "Ambiguous Sex - or Ambivalent Medicine? Ethical Issues in the Treatment of Intersexuality", *Hastings Center Report* 28, no. 3 (1998), str. 24-36.

1 Diamond/Sigmundson 1997.

mesecu, lekar slučajno odstranio penis. Posle konsultacija s timom lekara i seksologa u bolnici Džons Hopkins (1963), odlučeno je da, zbog nesrećnog gubitka normalnog penisa, Džon bude medicinski rekonstruisan i podignut kao devojčica – “Džoan”. Stoga su hirurzi odstranili Džonove/Džoanine testise i potom podvrgli Džoan daljim hirurškim i hormonskim tretmanima, u nastojanju da njeno telo učine što više nalik devojačkom. Rad tima profesionalnih lekara uključivao je i primenu ozbiljnog psihološkog savetovanja koje je trebalo da pomogne Džoan i njenoj porodici da se lakše prilagode Džoaninom ženskom rodu. Oni su verovali da će Džoan i njenoj porodici biti potrebna pomoć da se prilagode njenom novom rodu, ali i da je potpuno (ili gotovo potpuno) prilagođavanje moguće.

Decenijama su navodni uspeh ove konkretnе promene pola svuda navodili seksolog sa Univerziteta Hopkins Džon Mani i drugi, kao dokaz da lekari zaista mogu da kreiraju rod svakog deteta ukoliko se kozmetička promena rano obavi. Mani i ostali stalno su ponavljali da se od “Džona” mogu napraviti “Džoane”, od “Džoana” “Džoni”, pod uslovom da genitalije izgledaju “normalno” i svi se jednoglasno slažu o dodeljenom polu detetu. Postulat tog pristupa jezgrovito su saželi Milton Dajamond i Kit Zigmundson: “(1) jedinke su psihoseksualno neutralne na rođenju, i (2) zdrav psihoseksualni razvoj zavisi od izgleda genitalija”.² Mnogi kliničari koji se bave interseksualnošću su, i pored toga što to nije bio slučaj kongenitalne interseksualnosti, slučaj Džon/Džoan ipak koristili kao dokaz da isti postulati važe i za interseksualne slučajeve. Izgledalo je da je ključ u hirurškom kreiranju uverljive seksualne anatomije i opšte potvrde da je dete “stvarno” dodeljenog pola.

Međutim, izveštaji o uspehu slučaja Džon/Džoan bili su preuranjeni – u stvari, pogrešni. Dajamond i Zigmundson nedavno su intervjuisali tu osobu, sada odraslu, i saznali da je Džoan, zapravo, odlučila da nastavi da živi kao Džon kad joj je bilo četrnaest godina. Sada odrasli Džon oženjen je i, usvojenjem, otac ženine dece. Džon i njegova majka govore o tome da se u vreme kad je bio Džoan, Džon nije

2 Isto: 298.

dobro osećao u svom ženskom identitetu. Zapravo, Džoan je pokušavala da se aktivno odupre nekim od tretmana namenjenim utvrđivanju njenog ženskog identiteta tako što je, recimo, tajno bacala estrogene koji su joj propisani kad je imala dvanaest godina. Depresivna i nesrećna, Džoan je, najzad, u četrnaestoj pitala oca o tome šta je istina i, pošto je čula “Odjednom se sve sklopilo. Prvi put sve je imalo smisla i shvatila sam ko sam i ko sam bila.”³ Na svoj zahtev, Džonu je u četrnaestoj urađena mastektomija, a u naredne dve godine nekoliko plastičnih operacija da bi njegove genitalije postale muževnije.⁴

Dajamond i Zigmundson, uglavnom koristeći nove podatke, zaključuju da “ima ubedljivih dokaza da se normalna ljudska bića ne rađaju psihološki neutralna već su, sledeći nasleđe sisara, predisponirana i sklona da u interakciju s prirodnim, porodičnim i društvenim silama stupaju na muški ili ženski način”.⁵ Drugim rečima, seksualna priroda nije beskrajno fleksibilna – važna je biologija.

Dajamond i Zigmundson iskoristili su publikaciju i da komentarišu problem nedostatka dugoročnog praćenja ovakvih slučajeva. Međutim, podjednako uzne-miravajući je i manjak etičke analize onoga što okružuje te slučajeve – posebno slučajeve medicinskog tretmana interseksualnosti, pojave neuporedivo češće od traumatskog gubitka penisa. Mada je bilo nekih kratkih rasprava o moralnosti obmanjivanja interseksualnih pacijenata (o tome će ovde kasnije biti reči), etičari su uglavnom ignorisali medicinski tretman rođenih interseksualaca. U stvari, našla sam vrlo malo literature o bilo kom etičkom pitanju vezanom za “normalizovanje” dece s navodno “kozmetički napadnom” anatomijom. Pokazuje se da se ta tišina zasniva na pretpostavci da su postupci “normalizovanja” nužno sasvim blagotvorni i da nikog ne dovode u škripac. Ovim tekstom pokušaću da doveđem u pitanje tu pretpostavku i podstaknem zainteresovane strane da razmotre, s etičke tačke gledišta, vladajuće protokole tretmana dece i odraslih s neobičajenom genitalnom anatomijom.

3 Isto: 300.

4 Produbljeniju biografiju videti u: Calapinto 1997.

5 Diamond/Sigmundson 1997: 303.

UČESTALOST INTERSEKSUALNOSTI

Mimo jasne pretpostavke da su "normalizujuće" operacije nužno dobre, sumnjam da etičari ignoriraju problem tretmana interseksualnosti i zbog toga što, kao i većina ljudi, smatraju da je pojava interseksualnosti izuzetno retka. Nije. Ali, koliko je česta? Odgovor, naravno, zavisi od toga kako se ona definiše. Široko uzev, interseksualnost čini niz anatomskih karakteristika u kojima anatomija jedne iste osobe sadrži smešu ključnih muških i ključnih ženskih anatomija. Međutim, problem se javlja čim pokušamo da definisemo "ključnu" ili "suštinsku" žensku i mušku anatomiju. U stvari, svako pomnije proučavanje seksualne anatomije dovodi do gubitka vere u postojanje jednostavne, "prirodne" seksualne razlike koja ne bi paša pred određenim anatomskim, bihevioralnim ili filozofskim izazovima.⁶

Ponekad se izraz "neodređene genitalije" zamenjuje terminom "interseksualnost", ali to ne rešava problem učestalosti, jer se i dalje rčemo s pitanjem šta bi to važilo kao "neodređeno". (Koliko mali treba da bude bebin penis da bi se smatrao "neodređenim"?) Za naše svrhe, najjednostavnije je da pragmatično postavimo pitanje učestalosti: Koliko često se lekari nađu u nedoumici koji pol da odrede novorođenčetu? U jednom ginekološkom tekstu iz 1993. godine procenjuje se da je "u jednom na svakih 500 rođenja, pol neodređen zbog spoljnih genitalija".⁷ Mene je skorija, dobro dokumentovana literatura uverila da je brojka približno jedan na 1 500 živorodenih.⁸

6 O ovome podrobno raspravljam u Dreger 1998. Videti naročito prolog i poglavljje 1.

7 Videti: Sloane 1993: 168. Deniz Grejdi navodi da je ispitanje više od 6 500 žena sportistkinja koje su učestvovali na sedam različitih medunarodnih sportskih takmičenja pokazalo jedan slučaj interseksualnosti na svakih 500 žena (Grady 1992). Grejdijeva, nažalost, ne navodi izvor u kom su objavljeni podaci tog istraživanja. Uzorak populacije ne treba jednostavno uzeti kao reprezentativan za čitavu populaciju, ali brojka je sigurno veća no što bi većina ljudi očekivala.

8 Fausto-Sterling 1999, 1999a i lična komunikacija. Najvišu savremenu procenu učestalosti seksualno neodređene novorođenčadi daje Džon Mani, po kome čak 4 odsto živorodenčadi dolazi danas na свет kao "interseksualno" (navedeno kod Fausto-Sterling 1993: 20-25). Manijeve kategorije su izuzetno šroke i slabo definisane i nereprezentativne za ono što bi većina današnjih medicinskih profesionalaca smatrala "interseksualnošću".

Procjena učestalost dramatično skače ukoliko uključimo svu decu rođenu s onim što neki lekari smatraju kozmetički "neprihvatljivim" genitalijama. Mnoge tehnički neinterseksualne devojčice radaju se s "velikim" klitorisima, a mnogi tehnički neinterseksualni dečaci s hipospadičnim penisima kojima je mokračni otvor na drugom mestu a ne na vrhu penisa.

ISTORIJSKA POZADINA

Do teme sam došla kao istoričar i filozof. Inicijalno me je, zapravo, interesovalo da saznam kako su se krajem devetnaestog veka britanski i francuski lekari i naučnici bavili ljudskim hermafroditizmom. Kraj devetnaestog veka bio je doba kada su navodnu prirodnost evropskih društvenih seksualnih granica ozbiljno ugrozili feministkinje, homoseksualci i antropološki izveštaji o polnim ulogama u drugim kulturnama. Želela sam da saznam šta su, u tom politički napetom vremenu, biomedicinski profesionalci radili s onima koji su nenamerno ugrožavali anatomske seksualne granice.

Odgovor je da su biomedicinski profesionalci činili sve da učvrste granice između muškosti i ženskosti.⁹ Stručnjaci su zavirili u tkiva jajnika i testisa i odlučili da su ona ključ seksualnog identiteta svakog tela. Tako se "pravi pol" većine jedinki, po definiciji, lepo uklapao u jedan od dva velika i poželjna tabora, ma kako bio zbunjujući ostatak njihove seksualne anatomije. Osobe s tkivom testisa a inače "neodređenom" anatomijom sada su nazivane "muškim pseudohermafroditima" – to jest "pravim" mušarcima; osobe s tkivom jajnika a inače "neodređenom" anatomijom sada su nazivane "ženskim pseudohermafroditima" – "pravim" ženama.

Izjednačavanjem seksualnog identiteta samo s tkivom polnih žlezda zaista bi se moglo pokazati da je gotovo svako telo "pravi muškarac" ili "prava žena", bez obzira na sve veći broj sumnjivih slučajeva. Ako se ima u vidu da se, uz to, biopsije gonada nisu radile sve do 1910-ih godina i da su viktorijanski lekari insistirali na histološkom dokazu postojanja tkiva jajnika i testisa za određivanje "pravog hermafroditma", jedini "pravi hermafrodi" bili su mrtvi i obducirani hermafrodi.

⁹ Dreger 1998; pregled britanske scene krajem devetnaestog veka videti u Dreger 1995: 335-69.

Ipak, u drugoj deceniji dvadesetog veka, nove tehnologije – posebno laparatomije i biopsije – taj pristup učinile su neodrživim. Postalo je moguće (po važećim pravilima i neophodno) na osnovu biopsije nekog živog čoveka oglasiti “pravim” hermafroditom, a pometeni lekari primetili su da niko ne zna šta da radi s takvim osobama. Ni socijalno ni pravno mesta za prave hermafrodite nije bilo. Uz to su lekari naišli na sve više slučajeva krajnje izgledom i poнаšanjem feminiziranih žena za koje se, pažljivom analizom, pokazalo da imaju testise a ne jajnike. Bili su to slučajevi onoga što se danas naziva sindrom androgene neosetljivosti (SAN), poznat i kao sindrom testikularne feminizacije. Danas znamo da osobe sa SAN-om (otprilike 1/60 000)¹⁰ imaju XY (“muški”) sastav hromozoma i testise, ali njihovi receptori androgena ne mogu da “čitaju” muške hormone koje luče njihovi testisi. Stoga se, u materici i, kasnije, u životu, njihova anatomija razvija upadljivo “ženskim” pravcem. SAN se često ne otkrije do puberteta, kad devojčice ne dobiju menstruaciju, a ginekološki pregledi otkriju SAN. Žene sa SAN-om izgledaju i osećaju se uglavnom kao “tipične” žene, i u praktičnom, socijalnom, pravnom i svakom drugom smislu jesu žene, iako kongenitalno imaju testise i XY hromozome.

U drugoj deceniji dvadesetog veka lekari koji su se bavili interseksualnošću shvatili su da bi svrstavanje ovih žena u muški pol (zbog njihovih testisa), ili priznavanje živih “pravih hermafrodita” (zbog njihovih ovotestisa) samo izazvalo socijalni nered. Posledično se medicinska profesija u praksi okrenula od strogog pojma gonadnog “pravog pola” ka jednom pragmatičnom shvatanju “roda”, i lekari su počeli da se usredsređuju na rodnu “rekonstrukciju”. Sada su razvijeni razrađeni hirurški i hormonski tretmani da bi se seksualna anatomija učinila uverljivijom, to jest “tipičnjom”, za rod koji su odredili lekari.

VLADAJUĆI PROTOKOLI TRETMANA

Dakle, u poznom dvadesetom veku medicinski pristup interseksualnosti, u osnovi, počiva na anatomske strane psihosocijalnoj teoriji rodnog identiteta. Pre-

10 Kupfer/Quigley/French 1992: 319-31, nar. 325.

ma savremenoj teoriji, ustanovljenoj i uglavnom široj kroz rad Džona Manija¹¹, koju je prihvatile Američka akademija za pedijatriju, rodni identitet prevashodno proizlazi iz psihosocijalnog odgoja (nurture), a ne direktno iz biologije (nature); da bi se formirao konzistentan, "uspešan" rodni identitet, on se kod svakog deteta mora utvrditi vrlo rano; anatomijski deteta u najranijem dobu mora da odgovara anatomiji "standardnoj" za njen/njegov rod; za psihosocijalno formiranje rodnog identiteta dečaka pre svega je neophodno da imaju "adekvatne" penise i da nemaju vagine, dok devojčicama pre svega treba vagina bez uočljivog falusa.¹²

Imajte u vidu da ova teorija prepostavlja da se ta pravila moraju poštovati da bi interseksualna deca mogla da ostvare uspešno psihosocijalno prilagođavanje u skladu s određenim im rodom – to jest da bi se ponašali kako "treba" da se ponašaju devojčice, dečaci, muškarci i žene. Teorija implikacijom prepostavlja i da postoji ograničen broj prihvatljivih i neprihvatljivih uloga za dečake, devojčice, muškarce i žene, te da ovaj pristup omogućava uspešno psihosocijalno prilagođavanje, bar neuporedivo češće od ma kog drugog.

Mnoge roditelje, naročito one koji ne znaju mnogo o polnom razvoju, muče interseksualne genitalije njihove dece i prijemčivi su za ponude "normalizujućeg" medicinskog tretmana. Mnogo ih je i koji aktivno traže uputstva o određivanju roda i roditeljskoj praksi. Stoga se danas, u Sjedinjenim Državama, po pravilu, čim se identifikuje "neodređena" ili interseksualna beba, odmah okupljaju timovi specijalista (genetičara, dečjih endokrinologa, dečjih urologa, i drugih), i ti timovi lekara odlučuju koji će pol/rod odrediti konkretnom detetu. Potom se koristi mnoštvo tehnologija da bi se tako određeni pol stvorio i održao u što je moguće ubedljivijem obliku, uključujući, po pravilu, hirurgiju genitalija, a kasnije potekad i drugih "anomalnih" delova kao što su grudi kod onog deteta koje je srstano u muškarce; praćenje hormona i tretmana da bi se pronašao "koktel"

11 Sažetke i kritike Manijevog bavljenja interseksualnošću naročito pogledati: Chase 1998 i 1998a; Fausto-Sterling 1997; Lee 1994.

12 Videti, na primer: Donahoe 1987.

koji će pomoći a ne biti protivan dodeljenom polu (i koji ne nosi metaboličke opasnosti); jačanje uverenosti u porodici i zajednici da dete zaista pripada dodeljenom mu polu - "psihosocijalno" odgajanje deteta u skladu s normama izabranog pola. Lekari, po pravilu, na sebe uzimaju prve dve vrste aktivnosti u nadi da će detetova porodica i zajednica uspešno obaviti vrlo kritičnu treću.

Kliničari koji se bave interseksualnošću plaše se da će rođaci detetu saopštiti nešto konfuzno o njegovom seksualnom identitetu što bi dovelo do ogromnih psiholoških problema, pa potencijalno i stanja "nelagodnosti" u adolescenciji i odrasloj dobi. U nastojanju da preduprede ili okončaju svaku konfuziju o detetovom seksualnom identitetu, kliničari pokušavaju da se pobrinu da polni/rodni identitet interseksualne bebe uvek određuju specijalisti u roku od 48 časova po rođenju. S istim ciljem na umu, mnogi kliničari insistiraju da se roditeljima interseksualne novorođenčadi kaže da je njihovo neodređeno dete muškog, odnosno ženskog pola, samo što njegov polni razvoj još nije "dovršen" te da će lekari veoma brzo oblikovati "pravi" pol i potom pomoći "okončanje" polnog razvoja. U svojoj snažnoj socio-loškoj analizi savremenog tretmana interseksualnosti, sociolog Suzan Kesler konstatiše da se tim roditeljima "šalje poruka... da je problem u sposobnosti lekara da odrede rod, a ne u bebinom rodu *per se*".¹³ U interseksualnim slučajevima, zaključuje Elen Hiun-Ju Li, "lekari nude sliku 'prirodnog pola', muškog ili ženskog, bez obzira na ulogu koju zapravo igraju u njegovom konstruisanju".¹⁴

Zbog široke prihvaćenosti anatomske stroge psihosocijalne teorije tretmana, većina specijalista za interseksualnost danas prihvata sledeća pravila: genetski muškarci (deca sa Y hromozomima) moraju imati "adekvatne" penise da bi im se odredio muški rod. Kad se prosudi da genetski muškarac ima falus "adekvatne" veličine, hirurzi mogu da ga operišu, ponекад više puta, nastojeći da penisu daju "normalniji" izgled. Ako se odluči da su njihovi penisi "nadekvatni" za uspešno prilagođavanje kao muška-

13 Kessler 1990; uporediti sa preporukom u Meyers-Seifer / Charest 1992.

14 Lee 1994: 45.

raca, određuje im se ženski rod i rekonstruišu se da bi izgledali ženski. (Otud Džon u Džoan.) U slučajevima interseksualne dece kojima je određen ženski pol/rod, hirurzi mogu "veliki falus smanjiti u klitoris" (prevashodno nastojeći da falus u erekciji ne bude primetan), "napraviti vaginu koristeći komad debeleg creva" ili drugih delova tela, "načiniti usne od onoga što je bio penis", ukloniti testise, i slično.¹⁵

Istovremeno se genetske žene (to jest bebe bez Y hromozoma), rođene s neodređenim genitalijama, oglašavaju devojčicama – koliko god izgled njihovih genitalija bio muški. To se radi uglavnom u interesu očuvanja potencijalne ženske reproduktivne sposobnosti te dece i radi dovođenja njihovog anatomskeg izgleda i psiholoških sposobnosti u sklad s tom reproduktivnom ulogom. Posledično, ta deca se, pomoću nekih opštih tehnika nalik onima koje se primenjuju kod genetski muške dece kojima je određena ženska uloga, rekonstruišu tako da izgledaju ženski. Hirurzi smanjuju "uvećane" klitorise da ne bi izgledali "muški". Vagine se po potrebi prave ili povećavaju, kako bi bile dovoljno velike da prime penis prosečne veličine. Spojene usne se razdvajaju, različiti hirurški i hormonski tretmani primenjuju da bi se napravila ubedljiva i, nadaju se, plodna devojka.

Koje su granice prihvatljivosti falusa? Klitorisi (to jest falusi dece koja su označena kao ženska) često se smatraju prevelikim ako su duži od jednog centimetra.¹⁶ Dečji hirurzi, specijalisti za tretman interseksualnosti, "uvećane" klitorise kod devojčica smatraju "kozmetički neprimerenim" pa ih zato hirurški smanjuju da bi im izgled bio "ženskiji" i "delikatniji".¹⁷ Penisi (to jest falusi dece označene kao muška) često se smatraju premalim ako im je izvučena dužina manja od dva i po centimetra (oko inča). Tako se na vreme rođenog genetski muškoj deci "s izvučenim penisom kraćim od dva i po centimetra obično određuje ženski pol".¹⁸ Uopšte uzev, isti protokoli primenjuju se i na slučajeve "pravog" herma-

15 Hendricks 1993: 10.

16 Mc Gillivray 1991: 366.

17 Newman/Randolf/Anderson 1992: 651 i 647.

18 Meyers-Seifer/Charest 1992: 337. Vidi i: Upfer/Quigley/French 1992: 328; Shah/Wooley/Costin 1992: 757.

froditizma (u kojima su bebe rođene sa tkivom testisa i jajnika). Dok su krajem devetnaestog veka zbog tadašnje anatomsко-materijalističke metafizike pola hermafroditи predstavljali ogroman problem za lekare i naučnike tog doba, današnji kliničari veruju da se “pravi hermafroditи” (kao i “pseudohermafroditи”) hirurškim i drugim tretmanima srazmerno lako mogu ponovo uklopliti u prihvatlјiv bilo muški bilo ženski pol/rod.

Jedan od problematičnih aspekata ovih protokola je asimetričan način na koji se odnose prema ženskosti i muškosti. Na primer, lekari kao da se znatno više trude da očuvaju reproduktivni potencijal dece rođene s jajnicima nego one rođene s testisima. Mada genetski muški interseksualci često imaju neplodne testise, neki muškarci s mikropenisima mogli bi postati očevi ako bi im se dozvolilo da zadrže svoje testise.¹⁹

Hirurzi, isto tako, kao da neuporedivo više zahtevaju od penisa da bi se smatrao “uspešnim” nego od vagine da bi to stvarno bila. I zaista, logika koja stoji iza tendencije određivanja ženskog pola u slučajevima interseksualnosti počiva ne samo na ubeđenju da su dečacima neophodni “adekvatni” penisi već i na mišljenju hirurga da se “funkcionalna vagina može napraviti bukvalno svakom, [dok] je funkcionalni penis neuporedivo teži cilj”.²⁰ To je tačno jer, posebno dečji urolozi, mnogo traže od penisa a vrlo malo od vagine. Da bi se penis smatrao prihvatlјivim – “funkcionalnim” – mora da bude zaista ili potencijalno dovoljno veliki da bi odmah bio prepoznatljiv kao “pravi” penis. Pored toga, od “funkcionalnog” penisa uglavnom se očekuje da može da se ukruti i opusti po potrebi, kao i da deluje kao odvod za izbacivanje semena i urina, takođe kad treba. Očekuje se da mokračni otvor bude na samom vrhu penisa. Hirurzi, po pravilu, takođe očekuju da penis ima “uverljiv” oblik i boju.

U isto vreme, hirurzima treba vrlo malo da hirurški konstruisanu vaginu smatraju “funkcionalnom”. Da bi hirurzi-specijalisti za interseksualnost konstruisa-

19 Džastin Šober, lična komunikacija; podatke o tome vidi kod: Reilly/Woodhouse 1989: 569-71.

20 Catlin 1993: 49.

nu vaginu smatrali prihvatljivom, u osnovi je potrebno samo da to bude dovoljno velika šupljina da primi penis prosečne veličine. Ne traži se da se samovlaži, čak ni da uopšte bude osetljiva, a svakako ne da menja oblik na način na koji se to obično dešava kod seksualno uzbuđenih žena. Tako je, recimo, na jednoj raspravi hirurga koji se bave interseksualnošću jedan od njih na pitanje "Kako definišete uspešan seksualni odnos? Koliko ovih devojaka zaista ima orgazam, na primer?", odgovorio: "Adekvatan seksualni odnos definisan je kao uspešna vaginalna penetracija."²¹ Sve što se traži jeste receptivna uloga.

Kliničari koji se bave interseksualnom decom zaista često govore o vaginama ove dece kao o odsustvu nečega, prostoru, "šupljini", mestu da se nešto stavi. Upravo zbog toga važi mišljenje da se "funkcionalna vagina bukvalno može napraviti svakome". (Nije uvek lako održati ih otvorenim i neinficiranim.) Stoga se odluka da se "napravi" žensko smatra relativno sigurnom, dok je "određivanje muškog pola deteta neminovno teško i treba da ga se poduhvati isključivo iskusom tim", sposoban da odredi da li će penis biti adekvatan za "uspešnu" muževnost.²²

PROBLEM "NORMALNOSTI"

Stroga koncepcija "normalne" seksualne anatomije i normalnog seksualnog ponašanja na kojoj počivaju vladajući protokoli tretmana dokazivo je seksistička zbog svog asimetričnog odnosa prema reproduktivnom potencijalu i svojih definicija anatomske "adekvatnosti". Pored toga, Li i drugi kritičari tretmana interseksualnosti primećuju da su "odluke o određivanju roda i potonjoj hirurškoj rekonstrukciji nedovoljive od heteroseksualne matrice, koja ne dopušta druge seksualne prakse i seksualnosti. Čak i u okvirima heteroseksualnosti, bogata lepeza seksualnih praksi svedena je na vaginalnu penetraciju".²³ Ne čudi što feministkinje i interseksualci dosledno privođaju pretpostavkama prema kojima postoji "pravi" način da se bude muško i "pravi" način da se bude

21 Videti komentare Džona P. Girharta u: Bailez/Gearhart/Migeon/Rock 1992: 684.

22 Kupfer/Quigley/French 1992: 328.

23 Lee 1994: 27.

žensko te da decu koja dovode u pitanje te kategorije treba rekonstruisati da se uklope u njih (i tako ih ojačaju).

Zaista, pored važnog (i prečesto prenebregavanog) filozofsko-političkog pitanja rodnih uloga, postoji i jedno praktičnije pitanje: kako neko odlučuje gde da postavi granice prihvatljivog nivoa anatomske varijacije? Ne iznenađuje što se u praksi među lekarima javljaju različite definicije genitalne "normalnosti". Recimo, bar jedan lekar je postavio minimalnu dužinu "prihvatljivog" penisa na 1,5 centimetar.²⁴ Bar dva lekara su uverena (i za to imaju dokaza) da je svaki penis dovoljno veliki za muško prilagodavanje, ako je sve drugo u redu. Skoro pre deset godina Džastin Šober (rođena Rajli), dečji urolog, sada u Medicinskom centru Hamot u Iriju, Pensilvanijska, i Kristofer Vudhauz, lekar iz Instituta za urologiju i bolnice Sent Džordž u Londonu, "intervjuisali su i pregledali 20 pacijenata s primarnom dijagnozom mikropenisa u detinjstvu", koji su bili označeni i odgojeni kao dečaci. Među postpubertetskim (odraslim) pacijentima, "svi su bili heteroseksualni i imali su erekciju i orgazme. Jedanaest pacijenata imalo je ejakulaciju, devetorica su bili seksualno aktivni i imali su vaginalnu penetraciju, sedmorica su bili oženjeni ili živeli u vanbračnoj zajednici, dok je jedan bio otac deteta".²⁵

Šoberova i Vudhauz zaključili su da "mali penis ne onemogućava normalnu mušku ulogu" i ne treba da diktira određivanje ženskog roda. Oni su našli da su roditelji, "valjano savetovani o dijagnozi, pokazivali brižan stav ali ne anksioznost zbog problema, i nisu na decu prenosili anksioznost. Bili su pošteni i detetu su objasnili problem i podsticali normalnost u ponašanju. Uvereni smo da je takav stav ono što omogućava da ta deca s poverenjem pristupaju svojim vrsnjacima".²⁶

Konačno, Šoberova i Vudhauz složili su se s doktrinom psihosocijalne teorije u tome da "na sve pacijente najsnažnije utiče stav roditelja". Umesto da se ta deca pretvaraju u devojčice i da se oni i njihovi

24 Videti: Donahoe 1987.

25 Reilly/Woodhouse 1989: 569.

26 Isto: 571.

roditelji uveravaju u njihov "pravi" ženski identitet, Šoberova i Vudhauz nalaze da su "valjano obavešteni i otvoreni roditelji...odgojili sigurnije i bolje prilagođene dečake". Treba primetiti da seksualni životi ovih dečaka nisu smatrani "tipičnim": "Grupi je bio svojstven eksperimentalni pristup [seksualnim] položajima i metodima... Čini se da grupa stvara bliske i dugotrajne veze. Oni često pripisuju seksualno zadovoljstvo partnerki i stabilnost svojih veza [sa ženskim partnerima] svojoj potrebi da učine dodatni napor, uključujući i nepenetrativne tehnike".²⁷

"Neodređene" genitalije ne predstavljaju bolest. One su prosto neuspeh da se uklopi u određenu (i, zasad, posebno zahtevnu) definiciju normalnosti. Tačno je da bi lekari, kad god se rodi dete s "neodređenim" genitalijama, trebalo da razmotre situaciju potencijalne medicinske hitnosti, jer interseksualnost može da bude signal potencijalno ozbiljnog metaboličkog problema, naime kongenitalne adrenalinske hiperplazije (KAH), koja pre svega podrazumeva elektrolitsku neravnotežu i može dovesti do "maskulinizacije" genetski ženskih fetusa. Lečenje KAH-a može spasti život i plodnost deteta. Stoga se, odmah po rođenju interseksualnog deteta, mora brzo dijagnostikovati i lečiti ili isključiti adrenogenitalni sindrom. Međutim, kako стоји u medicinskoj literaturi, "od svih okolnosti odgovornih za neodređene genitalije, jedino kongenitalna adrenalinska hiperplazija može ugroziti život novorođenčeta", a čak i u slučajevima KAH-a "neodređene" genitalije, kao takve, nisu smrtonosne.²⁸

Kao što je KAH medicinski jasan problem, danas lekari znaju i da testisi pacijenata sa SAN-om u srazmerno visokom stepenu postaju kancerozni, pa se zato SAN mora dijagnostikovati što je moguće ranije da bi se testisi mogli pažljivo posmatrati ili ukloniti. Međutim, genitalije osobe neosetljive na androgen nisu bolesne. Ipak, mada neobične genitalije mogu da budu znak postojeće ili potencijalne ugroženosti zdravlja, same po sebi one jedino izgledaju drugačije. Kao što smo videli, zbog percepcije "socijalne hitnosti" koja okružuje rođenje interseksualne bebe,

27 Isto.

28 Donahoe/Powell/Lee 1991: 540.

kliničari uzimaju sebi pravo da nestandardne genitalije tretiraju kao medicinski problem koji zahteva neodložnu korekciju. Ali kako Suzan Kesler sumira situaciju, interseksualnost ne ugrožava pacijentov život; ona ugrožava pacijentovu kulturu.

PSIHOLOŠKO ZDRAVLJE I PROBLEM OBMANJIVANJA

Jasno je i da u našoj kulturi, koja često ne prašta, interseksualnost može da ugrozi i psihu pacijenta. Priznavanje te činjenice стоји iza tretmanskog pristupa u celini. Međutim, tu se javljaju dva osnovna problema. Prvo, kliničari koji se bave interseksualnim pojedincima mogu neuporedivo više biti zaukljeni strogim definicijama genitalne normalnosti nego interseksualci, njihovi roditelji i njihovi poznanci (pa i ljubavnici). To, na primer, jasno dokazuje slučaj Džon/Džoan:

Džon se seća da je, u zabavištu i osnovnoj školi, mislio da lekare mnogo više brine izgled Džoaninih genitalija nego samu Džoan. Njene genitalije pregledane su prilikom svake posete bolnici Džons Hopkins. Mislila je da prave veliki problem ni oko čega ne dajući joj nijedan razlog da misli drugačije. Džon se seća kako je mislio: "Ostavite me na miru i biće mi dobro... To je bizarno. Mene ne muče moje genitalije; pojma nemam zbog čega vas ljudi toliko muče."²⁹

Drugo i bitnije, nije samoočvidno da jedan psihosocijalni problem treba rešavati medicinski ili hirurški. Mi ne pokušavamo da rešimo probleme s kojima će se u našoj zemlji suočiti mnoga tamnoputa deca ako im se posvetli koža. U tom smislu je Čeril Čejs postavila zanimljivo pitanje: kada se beba rodi s ozbiljno deformisanom ali uglavnom funkcionalnom rukom, hoćemo li brzo ukloniti ruku i zameniti je verovatno funkcionalnom protezom kako bi roditelji i dete doživeli manju psihološku traumu? Mada je tačno da su genitalije fizički zaštićenje od ruku, genitalije se i lakše i češće drže skrivene, bez obzira na stanje u kome su. Pozivajući se na Suzan Kesler, dečiji urolog Šoberova tvrdi u radu koji je u štampi da se "zbog hirurgije roditelji i lekari osećaju lagodnije,

29 Diamond/Sigmundson 1997: 300-301.

ali i savetovanje ima isti učinak, a nije ireverzibilno”. Potom nastavlja: “Samo shvatanje i izvođenje dobre operacije nije dovoljno. Moramo znati i kad treba da primenimo hirurgiju ili da je ne primenimo. Naša moralna dužnost kao hirurga jeste da ne nanosimo štetu i da služimo najboljim interesima našeg pacijenta. To, ponekad, znači da priznamo da je ‘savršeno’ rešenje nedostizno.”³⁰

Ironija je da, umesto da smanji osećanje nakaznosti, način na koji se u praksi, po pravilu, tretira interseksualnost, kod mnogih interseksualaca može zaista proizvesti ili pojačati osećanje nakaznosti. Mnogi interseksualci imaju u vidu sledeće dve činjenice: (1) predmet su, iz osećanja “samilosti”, hitnih operacija bez svog ličnog pristanka; i (2) često im se ne kaže cela istina o njihovom anatomske stanju i anatomske slučaju. Razumljivo je da zaključuju da ih njihovi lekari vide kao potpune nakaze i da zaista moraju biti nakaze. Martin Malin, profesor kliničke seksologije i terapeut na Institutu za dete i porodicu u Sakramantu, Kalifornija, nalazi da je to trajna tema koja se provlači kroz medicinske slučajevne interseksualaca:

“Dok sam slušao priče /interseksualaca/, iz delića njihovih istorija počeli su da se pojavljuju određeni lajtmotivi. Njih i njihove roditelje malo su, ako ih uopšte i jesu, savetovali. Mislimi su da se jedino oni tako osećaju. Mnogi su tražili da sretnu druge pacijente sa medicinskim istorijama sličnim njihovim, ali su nailazili na neprobojan zid. Prepoznavali su se u objavljenim slučajevima, ali kad su tražili medicinske dosijee, rečeno im je da se ne mogu pronaći....

Pacijenti koje sam sretao nisu operisani zbog životne opasnosti ili ozbiljno lošeg medicinskog stanja. Njihove dijagnoze bile su ‘mikropenis’, odnosno ‘klitoralna hipertrofija’. Bili su to pacijenti kojima je rečeno, ako im je išta rečeno, da im je urađena vaginoplastika ili klitorektomija zbog ozbiljnih psiholoških posledica koje bi pretrpeli da operacija nije urađena. Ali, operacije su izvršene, a oni govore o dugotrajnom psihološkom poremećaju. Sigurni su da bi radije imali ‘abnormalne’ genitalije kakve su imali nego ‘osakaćene’ genitalije koje su im date. Bili su neprijateljski raspoloženi i često kivni na profesio-

30 Navedeno u: Schober (u štampi).

nalce odgovorne za njih i, ponekad transferom, i na mene. Bili su besni zbog toga što su bili lagani.”³¹

Ako se ima u vidu nepostojanje studija o dugoročnom praćenju ovakvih slučajeva, nije jasno da li većina interseksualaca završava s takvim osećanjima, ali čak i ako su sasvim malobrojni moramo se zapitati da li je praksa obmanjivanja i “neprobojnog zida” u biti neetična.

Zašto bi lekar ikad uskratio interseksualnom pacijentu medicinsku informaciju ili detalje iz ličnog dosjea? Zbog toga što on/ona veruje da je istina toliko strašna ili toliko složena da bi pacijent s njom izašao na kraj. U svom komentaru Izveštaja Hejstings centra za 1988, Brendan Minok i Robert Tarževski tvrde, recimo, da lekar može opravdano uskratiti informaciju šesnaestogodišnjoj pacijentkinji koja ima SAN i/ili njenim roditeljima ako je uveren da pacijentkinja i/ili njena porodica verovatno neće biti u stanju da izađu nakraj s činjenicom da ona ima testise i XY hromozome.³² Pokazuje se, zaista, da je takvo razmišljanje tipično za kliničare koji se bave interseksualnošću; mnogi i dalje veruju da bi otvoreni razgovor sa interseksualcima i njihovim porodicama počinio sve “pozitivne” efekte tehnoloških napora učinjenih da se otkloni sve sumnje. Tako je, bez obzira na sve prigovore zbog obmanjivanja koje su objavili i ponavljali interseksualci i etičari, Kanadsko medicinsko društvo 1995. godine dodelilo novčanu nagradu za medicinsku etiku jednom studentu medicine za članak u kom posebno zagovara obmanjivanje pacijenata (pa i odraslih) sa SAN-om o biološkim činjenicama njihovog stanja. Dobitnik nagrade tvrdio je da “lekari koji uskraćuju informaciju pacijentima sa SAN-om u stvari ne lažu; oni samo obmanjuju” selektivno uskraćujući činjenice o pacijentovom telu.³³

No, takvo razmišljanje gubi iz vida da prikrivanje činjenica o stanju neće nužno spriječiti pacijenta i porodicu da misle o tome. U stvari, to što lekar i porodica nisu spremni da iskreno govore o stanju verovatno će samo doprineti osećanju srama i kon-

31 H.M. Malin u ličnoj komunikaciji 1. januara 1997. sa Džastin M. Šober, navedeno u: Schober (u štampi).

32 Minogue/Taraszewski 1988: 34-35.

33 Natarajan 1996: 568-70.

fuzije. Jedna Britanka sa SAN-om piše: "Moja mračna tajna skrivana je od svih izvan medicinske profesije (pa i od porodice), ali to ne bi trebalo da bude način jer se tako pojačava osećanje nakaznosti i jača izolacija."³⁴ Marta Koventri, žena kojoj su hirurzi uklonili "uvećani" klitoris kad je imala šest godina, insistira da "biti kao dete lagan o vlastitom telu, iskusiti da vaš život kao seksualnog bića bude toliko ignorisan da vas čak ne udostoji nekog odgovora na vaša pitanja, znači da su vaše srce i duša nemilosrdno podrivani".³⁵

Lagati pacijenta o njegovom/njenom biološkom stanju može ga, isto tako, navesti na nenamerno preuzimanje nepotrebnih rizika. Šeri Groumen, koja ima SAN, kao mladoj ženi, njen lekar je kazao da je imala "udvojene jajnike" koji su morali da budu uklonjeni; u stvari, uklonjeni su joj bili testisi. Sa dvadeset godina je "sama i prestravlјena u [medicinskoj] biblioteci" otkrila istinu o svom stanju. Tada su se "kockice konačno složile. Ali ono što se raspalo bio je moj odnos s porodicom i lekarima. Nije saznanje o hromozomima ili testisima ono što je izazvalo trajnu traumu; bilo je to otkriće da sam bila lagana. Sledéčih četvrtast godina izbegavala sam sve lekare. Zbog nedostatka lečenja imam tešku osteoporozu.

To je ono što proizvode laži."³⁶

I Dajan Kemp, "socijalna radnica s više od 35 godina iskustva i žena rođena sa sindromom androgene neosetljivosti, stara 63 godine", konstatajuje: "tajnost kao metod izlaženja nakraj s uznenirujućim informacijama je primitivan, ponižavajući i često neefikasan. Čak i kad se tajna sačuva, njeno postojanje stvara auru nelagodnosti koju većina ljudi može da oseti..."

Tajne su mi osakatile život."³⁷

Jasno je da je ideja da će obmanjivanje ili selektivno govorenje istine zaštiti dete, porodicu, pa čak i od raslog interseksualca krajnje paternalistička i naivna i, iako možda dobromernna, protivna preovlađujućem trendu u medicinskoj etici onakvoj kakva se etičkim smernicama primenjuje na druge, slične situ-

34 Anonymus 1994: 1041-42.

35 Coventry 1997: 27-30.

36 Groveman 1996: 1829, 1832.

37 Kemp 1996: 1829.

acije. U kojoj drugoj oblasti se pacijentima redovno ne kaže medicinski naziv njihovog stanja, čak i kad to traže? Što se tiče ideje da lekari ne treba da kažu pacijentima ono sa čim oni verovatno “neće moći da izadu nakraj”, da li bi bilo opravdano da lekar sledi takvo razmišljanje da bi izbegao da kaže pacijentkinji da ima rak ili AIDS?

U svom komentaru izveštaja Hejstings centra, Šerman Ilajas i Džordž Enas naglašavaju da lekar koji počne da se poigrava činjenicama o stanju pacijenta vrlo lako može da bude primoran da laže ili da prizna ranije obmanjivanje. “Praktično je”, pišu Ilajas i Enas, “nerealno verovati da [pacijent sa SAN-om] na kraju neće saznati pojedinosti o tome da ima testikularni sindrom. Farsu će od početka biti teško održati.”³⁸ Oni konstatuju i da, ukoliko pacijentkinji nisu saopšteni naziv i pojedinosti o njenom stanju, nijedan pristanak pacijentkinje sa SAN-om zaista neće biti “zasnovan na obaveštenosti”. I Groumenova, kao advokat, tvrdi da “zakoni o pristanku zasnovanom na obaveštenosti predviđaju da pacijentkinja zna istinu pre nego što lekari uklone njene testise ili rekonstruišu njenu vaginu».

PRISTANAK ZASNOVAN NA OBAVEŠTENOSTI I PREUZIMANJE RIZIKA

Uopšte nije jasno da li sve ili čak većina interseksualnih operacija uključuju ono što bi pravno i etički predstavljalo pristanak zasnovan na obaveštenosti. Izgleda da je malo interseksualaca ili njihovih roditelja bilo upoznato, pre no što su dali pristanak, s anatomski strogim psihosocijalnim modelom koji se primenjuje. Model bi verovatno trebalo opisati roditeljima kao zasad nedokazan budući da teorija još nije potvrđena široko zasnovanim dugoročnim studijama praćenja slučajeva, a direktno je dovode u pitanje slučajevi kao što je Džon/Džoan i sve brojnije ‘anegdotske’ ispovesti bivših pacijenata koji su se, pošto su ih kliničari razvlastili i etiketirali kao “izgubljene za praćenje”, okrenuli popularnoj štampi i javnom protestu da bi ih čuli. Razume se, sve dok se interseksualnim pacijentima dosledno ne govori istina o njihovom stanju, ostaje sporno da li bi bilo dovoljno njihovo uključivanje u dugoročne studije.

38 Elias/Annas 1988: 35.

Na tananjem nivou, i mnoge od nedavnih konkretnih kozmetičkih operacija izvršenih na interseksualnim bebama i deci u osnovi ostaju nedokazane i moraju se, kao takve, opisati u sporazumima o pristanku. Tako, na primer, tim hirurga iz Dečjeg medicinskog centra i Medicinskog fakulteta Univerziteta Džordž Vašington, izveštava da je, u slučaju odabranje klitoralne "recesije" (izvršene da bi "veliki" klitoris izgledao "kako treba"), "kozmetički efekat izvanredan", ali da "nema novijih studija procene seksualnog zadovoljstva, orgazma i opšte psihološke prilagođenosti... i on ostaje sporan".³⁹ U stvari, postupak može dovesti do problema kao što su stenoza, povećan rizik od infekcija, gubitak osetljivosti i psihološka trauma. (Ovi rizici svojstveni su svim genitalnim operacijama.)

Nepostojanje dugoročnog praćenja slučaj je ne samo s operacijama klitorisa: Dejvid Tomas, dečji urolog koji radi u Univerzitetskoj klinici i ambulanti St. Džems u Lidsu, Engleska, nedavno je konstatovao isti problem kad je reč o ranim vaginalnim rekonstrukcijama. "Toliko ovih pacijenata je izmaklo praćenju. Ako ove operacije obavimo u prvoj godini života i detinjstvu, dužni smo da pratimo odrastanje te dece, da procenimo šta radimo."⁴⁰ Ovde leži ozbiljan etički problem: rizične operacije obavljaju se kao standarno zbrinjavanje a nisu adekvatno praćene.⁴¹

Sve veća zajednica javno deklarisanih odraslih interseksualaca pita se da li bi ikom trebalo da budu ugroženi sposobnost seksualnog uživanja ili fizičko zdravlje bez ličnog pristanka, samo zbog toga što ima klitoris, penis ili vaginu koji su van okvira standardnih odstupanja. Čak i da imamo statistiku koja pokazuje "delotvornost" određenih postupaka, većinu vremena morali bismo da budemo suočeni sa činjenicom da u nekom periodu oni neće biti delotvorni, pa se moramo zapitati da li takav rizik treba preuzeti u ime neke druge osobe.

39 Newman/Randolph/Anderson 1992: 651.

40 Thomas 1997: 10-12.

41 Razumljivo je što su interseksualci umorni od slušanja da "nema podataka o dugoročnom praćenju", a operacije se i dalje obavljaju. O tome naročito videti komentar Davida Sandberga (Sandberg 1995-1996: 8-9), i mnoga reagovanja interseksualaca u istom broju.

S ONU STRANU “ETIKE ČUDOVIŠTA”

Džordž Enas je 1987. godine, u članku o etičnosti ubijanja jednog od spojenih blizanaca da bi se spasao drugi, sugerisao (ne i zagovarao) da bi jedini način da se opravda takav postupak bio da se zauzme “pristup čudovišta”, prema kojem su spojeni blizanci tako groteskni, tako patetični da je svaki medicinski postupak za njihovo normalizovanje moralno opravдан.⁴² Nažalost, izgleda da je sadašnji tretman interseksualnosti u SAD pod dubokim uticajem tog pristupa: etičke smernice koje bi se primenile u bezmalo svakoj drugoj medicinskoj situaciji, ignorisu se u slučajevima interseksualnosti. Pacijenti se lažu; rizični postupci primenjuju se bez praćenja; pristanak nije u potpunosti zasnovan na obaveštenosti; ugrožavaju se anatomija i zdravlje zbog nedokazanog (i čak opovrgnutog) strahovanja da će atipična anatomija dovesti do psihološke katastrofe. Zašto? Možda zbog toga što se seksualna anatomija tretira drugačije od ostatka ljudske anatomije, ili možda zbog toga što mi prosto prepostavljamo da je svaki postupak “normalizovanja” nekog “abnormalnog” deteta čin milosrđa. Koji god razlog bio, medicinski tretman interseksualnosti i drugih metabolički bezopasnih, kozmetički neuobičajenih anatomija zahteva pomnu i neodložnu pažnju.

Da bismo stekli uvid u praksu koja okružuje interseksualnost, odmah možemo primeniti metode narativne etike. Sada su nam dostupne mnoge autobiografije odraslih interseksualaca,⁴³ kao što je ona Džona/Džoan. Bez obzira na to da li su karakteristične za dugoročne ishode, te autobiografije postavljaju ozbiljna pitanja o preovlađujućim protokolima tretmana.

Narativna etika sugeriše nam i da koristimo maštu dok prolazimo kroz priču interseksualca i zapitamo se koji bismo tretman želeli da nam bude pružen da smo i sami rođeni kao interseksualni. Radoznala da

42 Annas 1987: 27-29.

43 Videti, na primer, Holmes 1994, Chase 1998, Cowley 1997: 64-65, Angier 1997. Autobiografije dolaze i od grupa za podršku, uključujući i Interseksualno društvo Severne Amerike (Intersex Society of North America). Za informacije o grupama za podršku videti poseban broj *Chrysalis*, vol. 2, 1997.

sazna šta bi odrasli neinterseksualci za sebe izabrali, Suzan Kesler je ispitala grupu studenata o njihovim osećanjima s tim u vezi. Žene su pitane: "Pretpostavimo da ste rođeni s klitorisom većim od normalnog koji će ostati veći od normalnog dok budete odrastali. Uzmimo da su lekari predložili da se vaš klitoris hirurški smanji, pod kojim okolnostima biste hteli da vaši roditelji odobre da se to uradi?" Odgovarajući, oko jedna četvrtina žena kazala je da ne bi želete redukciju klitorisa ni pod kojim okolnostima; oko polovina bi htela da im se klitoris smanji samo ukoliko bi veći od normalnog izazivao zdravstvene probleme. Veličina, za njih, nije bila faktor. Preostala četvrtina uzorka mogla je da zamisli da bi htela da im se klitoris smanji da je veći od normalnog, ali jedino ukoliko operacija ne bi dovela do smanjenja osjetljivosti za zadovoljstvo.⁴⁴

Istovremeno, muškarci su zamoljeni da zamisle da su rođeni s penisom manjim od normalnog i da im je rečeno da lekari predlažu smanjivanje falusa i određivanje ženskog pola. Svi, osim jednog muškarca, odgovorili su da ne bi hteli operaciju ni pod kojim okolnostima. Taj jedan je kazao da bi, da mu je penis dug jedan centimetar ili kraći i ako bi bio sterilan, htio da njegovi roditelji odobre lekarima da obave operaciju i naprave od njega ženu.⁴⁵ Keslerova oprezno preneće da nam je potrebno više informacija za potpunu procenu ovih podataka, ali da oni ipak ukazuju da bi, imajući izbora, većina ljudi odbila da se podvrgne genitalnoj plastičnoj operaciji.

Kao istoričar, takođe smatram da treba da razmotrimo istorijske i kulturne osnove prakse genitalnog konformizma i da shvatimo da većina ljudi u SAD pokazuje malo tolerancije prema praksama u drugim kulturama koje bi se lako mogle smatrati sličnim. Govorim, naravno, o nedavnom usvajanju saveznih propisa kojima se lekarima zabranjuje da "obrezuju" genitalije devojčica mladih od osamnaest godina, bez obzira na to da li devojčice na to pristaju ili lično zahtevaju postupak. Afričko "rezanje" ženskih genitalija, po pravilu, podrazumeva delimično uklanjanje tkiva klitorisa tako da se njegova osjetljivost gubi, uglavnom ili u potpunosti. Dok zagovornici ovog tra-

44 Kessler 1997: 33-37.

45 Isto: 36.

dicionalnog ženskog genitalnog “rezanja” naglašavaju da je ta praksa važna kulturna tradicija, kulturno analogna muškom obrezivanju, zastupnici američkog zakona ističu da je ona varvarska i da krši ljudska prava. Konkretno, u federalnom propisu usvojenom oktobra 1996. godine, Kongres oglašava da: “Osim kako je predviđeno u pododeljku (b), svako ko svesno obrezuje, odstranjuje, ili prikopčava cele ili ma koji deo velikih ili malih usana ili klitoris druge osobe mlađe od osamnaest godina, biće po ovom zakonu novčano kažnjen ili zatvoren na najviše pet godina, ili oboje.”⁴⁶

U pododeljku (b) specifikuje se da: “Hirurška intervencija nije kršenje ovog odeljka ukoliko je operacija (1) neophodna zbog zdravlja osobe nad kojom se obavlja, i ukoliko je obavlja lice ovlašćeno da obavlja medicinsku praksu u mestu njenog vršenja; ili (2) obavlja se nad licem koje se porađa ili se upravo porodilo i obavlja se u medicinske svrhe povezane s porodajem ili rođenjem.”

Hirurzi koji se bave interseksualnošću verovatno bi tvrdili da je postupak koji obavljaju na genitalijama devojčica (a očito podrazumeva odstranjivanje delova klitorisa) zaista “neophodan za zdravlje lica nad kojim se obavlja”. Lako je osuditi afričku praksu genitalnog sakraćenja žena kao varvarske običaje koji krši ljudska prava, trebalo bi priznati da se preovladujuće reagovanje na interseksualnost američke medicine pretežno tiče genitalnog konformizma i “ispravnih” polnih uloga. Kao što smatramo neophodnim da zaštитimo prava i dobrobit afričkih devojčica, moramo da razmotrimo i teška pitanja prava i dobrobiti interseksualno rođene dece u Sjedinjenim Državama.

Dok sam radila na ovom tekstu, dramatično je porasla pažnja popularnih medija i lekara za probleme vladajućih kliničkih protokola, te ih odskora sve više lekara i etičara dovode u pitanje. Dajamond i Zigmundson su, srećom, predložili privremene nove “smernice za tretman lica s neodređenim genitalijama”.⁴⁷

U daljoj razradi novih smernica ključno je da se ozbiljno prihvate dva zadatka. Prvi, kao što sam već

46 Omnibus Consolidated Appropriations Bill, H.R. 3610, EL. 104-208.

47 Diamond/ Sigmundson 1997a: 1046-50.

ELIS DOMIRA DREGER

tvrđila, na interseksualce se ne smeju primenjivati drugačiji etički standardi nego na druge ljudе samo zbog toga što su interseksualni. Drugi, moraju se tražiti i uzeti u obzir iskustva i saveti odraslih interseksualaca. Nekorektno je tvrditi, kako sam čula da nekolicina kliničara radi, da su pritužbe odraslih interseksualaca irelevantne jer su bili podvrgnuti "stariм, nesavršenim" operacijama. Kliničari prečesto pribegavaju pogrešnom verovanju da će savršenije tehnologije (na primer, bolje hirurške tehnike) otklonili etičke dileme vezane za tretman interseksualnosti. U pitanju je mnogo više od ožiljačnog tkiva i gubitka osjetljivosti zbog nesavršenih operacija.

Prevela s engleskog
Vera Vukelić

