

Wat maakt het verschil? Een genderkritisch perspectief op het thema intersekse

Joz Motmans¹, Chia Longman²,

¹Transgender Infopunt, Universitair Ziekenhuis Gent, België

²Onderzoekscentrum voor Cultuur en Gender, Universiteit Gent, België

Samenvatting

Vanuit een gender-theoretisch perspectief gaan we in deze bijdrage in op de verschillende betekenissen die in het westers denken zijn toegekend aan het fenomeen van intersekse. Terwijl het premoderne denken werd gekenmerkt door 'één-seksexmodel' die relatieve tolerantie toeliet ten aanzien van gepercipieerde afwijkingen op het mannelijke en vrouwelijke, zorgt de opkomst van de biologie, geneeskunde en het twee-seksen-model vanaf de achttiende eeuw voor een steeds stringenter classificatiesysteem ten aanzien van wat als normale en abnormale lichamen wordt beschouwd. In de tweede helft van de twintigste eeuw maakt het sociaal-constructionistische denken en de maakbaarheid van genderrol en -identiteit opgang. Ondanks de loskoppeling van gender van sekse, wordt het binair sekse-gender-model echter niet in vraag gesteld, wat vooral vanuit de hoek van de kritische genderstudies is gebeurd sinds de jaren negentig. Het binair heteronormatief model heeft nochtans lange tijd de moderne medische behandeling van interseksuele borelingen bepaald. In het nieuwe millennium geeft het medische veld steeds meer gehoor aan de kritiek van de opkomende intersekse-beweging tegen niet-noodzakelijke chirurgie, en voor meer wetenschappelijk onderbouwd onderzoek, *evidence based* kennis en een gedegen follow-up van chirurgisch-cosmetische en/of hormonale medische interventies bij personen met intersekse/DSD zonder hun geïnformeerde toestemming. De bijdrage van een genderkritisch perspectief daarbij is om blijvend de beperkingen van het binair-sekse-gender-denken aan te kaarten en te werken aan een bredere bewustzijnsverruiming rond sekse- en gender variatie, onder stakeholders én in de bredere maatschappij.

Inleiding

Sometimes people suggest to me, with not a little horror, that I am arguing for a pastel world in which androgyny reigns and men and women are boringly the same. In my vision, however, strong colors coexist with pastels. There are and will continue to be highly masculine people out there; it's just that some of them are women. And some of the most feminine people I know happen to be men. (Fausto-Sterling 2000b: 23)

In deze bijdrage geven we een beknopt literatuuroverzicht van het denken over intersekse vanuit gendertheoretisch perspectief, zoals ontwikkeld in het veld van de genderstudies. Genderstudies is een paraplueterm voor wat vandaag een variëteit aan interdisciplinaire velden en subdisciplines dekt zoals de vrouwenstudies, mannenstudies, feministische studies en theorie; holebi (of HLB) studies en queer-

studies. Een belangrijke factor bij het ontstaan van de vrouwenstudies zo'n halve eeuw geleden, en de genderstudies die daaruit voortkwamen, was een kritische houding ten aanzien van het biologisch determinisme in verklaringen voor verschillen en vooral de ongelijkheid in de maatschappelijke positie van man en vrouw, van het private domein van interpersoonlijke relaties tot en met kwesties zoals politieke vertegenwoordiging, de arbeidsmarkt en beeldvorming in media, kunst en cultuur. Binnen de HLB-studies is dan weer de ongelijke behandeling van seksuele identiteiten die afwijken van de dominante heteroseksuele norm (hetero-normativiteit), als de enige 'natuurlijke' of maatschappelijk aanvaardbare standaard, aan de kaak gesteld. De later ontstane queertheorie, stelt het binair denken in termen van man-vrouw, mannelijk-vrouwelijk, en seksuele oriëntatie helemaal in vraag. Beïnvloed door de poststructuralistische theorie wordt de notie van een 'stabiele identiteit' bekritiseerd, waaronder de idee dat er automatische verbanden zouden bestaan tussen gender, sekse, seksualiteit en verlangen. Tot slot is de intersectionele theorie van belang in de hedendaagse genderstudies; niet enkel sekse, gender of seksuele oriëntatie, maar ook andere dimensies van ge-

construeerde 'verschillen', zoals etniciteit, nationaliteit, klasse, of levensbeschouwing, bepalen de gegeven identiteit van een persoon, en afhankelijk van de dominante machtsverhoudingen ook de manier waarop h/zij geprivilegieerd dan wel benadeeld of onderdrukt wordt in de maatschappij (bijvoorbeeld de positie van de middenklasse-witte-hetero-man tegenover de arme-zwarte-lesbische-moslimvrouw in het Nederland of België van vandaag...).

Hoewel we niet al deze aspecten in beschouwing kunnen nemen, nemen we in deze bijdrage een algemeen 'genderkritisch' perspectief in ten aanzien van intersekse, geïnspireerd door dergelijke theoretische posities die in de genderstudies zijn ontwikkeld. Dit is daarmee ook een 'gesitueerd' perspectief. In de genderstudies, vooral onder invloed van de feministische wetenschapskritiek, staat de gesitueerdheid en contextualisering van kennis en kennisproductie centraal. Als kritische menswetenschappers brengen we hier één mogelijke kijk op het fenomeen intersekse vanuit onze eigen achtergrond, en pretenderen we niet een 'exhaustief' overzicht te bieden, laat staan dé waarheid over intersekse te verkondigen.

Terwijl het begrip 'gender' in Engelstalige landen doorgaans wordt gebruikt om naar grammaticaal 'geslacht' te verwijzen, wordt het midden vorige eeuw door een aantal wetenschappers in Noord-Amerika ingevoerd in de betekenis zoals later binnen de *genderstudies* gemeengoed zal worden. Seksuoloog en psycholoog John Money (1921-2006), oprichter van de *Gender Identity Clinic* aan de *John Hopkins University* introduceert het begrip gender in een publicatie uit 1955 als volgt: "De term *genderrol* wordt gebruikt om te verwijzen naar al die zaken die een persoon zegt of doet om te onthullen dat hij of zij de status van jongen, man, meisje of vrouw heeft. Het omvat, maar is niet beperkt tot seksualiteit in de betekenis van *erotiek*." (Money 1973, onze vert.) *Genderrol* verving voor Money het vroegere *seks-rol* en werd gezien als een veel breder concept dat veel meer behelst dan enkel de lichamelijke verschillen tussen mannen en vrouwen. Ook niet-genitale en niet-erotische eigenschappen en praktijken bepalen de *genderrol* waaronder het gedrag op basis waarvan je in een bepaalde *genderrol* wordt toegewezen. Met deze omschrijving benadrukt Money voor het eerst het 'geconstrueerd' karakter van mannelijkheid en vrouwelijkheid: een rol die je aanneemt via de acties die je stelt. De gender van een persoon bestaat uit een complex geheel van uiterlijk, spraak en beweging dat zich niet beperkt tot biologische kenmerken.

De invoering van het begrip 'gender' – wat in het Nederlands vaak gewoon wordt overgenomen om het onderscheid aan te geven met biologische 'seks' of 'geslacht' – ging daarmee gepaard met een sociaal-constructionistische visie op de werkelijkheid, of zoals Simone de Beauvoir het *avant-la-lettre* formuleerde: je wordt niet als vrouw geboren, maar tot vrouw gemaakt. Deze invulling van 'gender' werd later overgenomen en

verder uitgewerkt als analytisch concept in de zich ontwikkelende vrouwen- en genderstudies (Oakley, 1996 (orig. 1972); Scott, 1986). De genderstudies als interdisciplinair vakgebied, hoewel ze overwegend in de geestes- en menswetenschappen zijn verankerd, richten zich ook vandaag de dag daarmee in de eerste plaats op de *betekenissen* die worden gegeven aan mannelijkheid en vrouwelijkheid. Centraal daarbij is niet zozeer wat gender 'is', maar hoe het wordt ingevuld, gemaakt, ervaren en doorwerkt in het dagelijks leven: van het individueel niveau (de subjectieve identiteitsbeleving); via de rol die gender speelt als structurerend principe in de maatschappelijke ordening en in instituties (zoals het recht, maar ook in de wetenschap en de medische wereld); tot en met het meta-niveau van taal, normen, symboliek en beeldvorming.

In deze bijdrage richten we ons op één bepaald aspect, namelijk de manier waarop genderbetekenissen zijn toegekend aan het fenomeen van intersekse (en historisch: *hermafroditisme*) aan de hand van een samenvattend literatuuroverzicht, waarbij we ons vooral op het medische discours richten. We gaan na wat de belangrijkste verschuivingen, maar ook vormen van continuïteit zijn in de geschiedenis van het (westers) denken over sekse, gender en lichamelijkeheid, die ertoe bijdragen dat tot op de dag van vandaag zowel in de medische wereld, de wetenschap, als bredere maatschappij, interseksualiteit op een beperkte, en ons inziens, nog altijd dikwijls problematische manier wordt benaderd. Voor een meer gedetailleerde historiek van de tegenstrijdigheden in het denken over gender in het medische discours en de levensverhalen van Nederlandse mensen met intersekse/DSD, verwijzen we naar het recente proefschrift *Ze wisten niet of ik een jongen of een meisje was* van Margriet Van Heesch (2015).

Het premoderne denken over sekse, gender en intersekse

Onder de invloed van het sociaal-constructionisme is het dominante paradigma in de hedendaagse genderstudies initieel vertrokken vanuit een binair sekse-gender-model; er bestaan twee biologische seksen of geslachten (natuur: man/vrouw); waar 'bovenop' twee genders (cultuur: mannelijk/vrouwelijk) maatschappelijk worden vorm gegeven. Hoewel de studie van gender vanuit sociologische, historische en antropologische hoek aangaf dat betekenissen van mannelijkheid en vrouwelijkheid variëren naar gelang tijdperk, generatie, cultuur, samenleving of sociale milieu, werd er aanvankelijk relatief weinig in vraag gesteld ten aanzien van het onderliggend 'twee-seksen'-model, dat werd 'overgelaten' aan de biologen en medici. Het boek *Making sex: body and gender from the Greeks to Freud* (1990) door historicus Thomas Laqueur vormt echter een belangrijke bijdrage in het laten zien dat het dominante twee-seksen-twee-genders-paradigma pas in de 17^{de} eeuw ontstond. Laqueur bestudeerde de rol van de geneeskunde in de evolutie van het één-sekse-

model naar het moderne twee-seksenmodel. De studies van Holly Devor (1997), Geertje Mak (2012) en Kaat Wils (2001) vormen belangrijke aanvullingen daarbij wat betreft de bredere sociale en ideologische context, waaronder het belang van de kerk en religie.

Laqueur (1990) stelt dat van de Oudheid tot de Middeleeuwen er feitelijk slechts één sekse is, de mannelijke, maar dat het aantal genders doorheen de eeuwen schommelt. Het heersende één-seksemodel, op de humoren- en temperamentenleer gestoeld, gaat uit van het principe van homologie (Bosch, 2001: 147). Deze theorie over lichaamsvochten volgens Bosch (ibid.) stelt dat mannen warm en droog, en vrouwen koud en vochtig zijn. Mannen worden biologisch (anatomisch) gezien niet als essentieel anders dan vrouwen beschouwd; de vrouwelijke genitaliën worden identiek aan die van de man beschouwd, zij het dan dat ze bij de vrouw niet naar buiten maar naar binnen waren ontwikkeld. Eierstokken zijn inwendige testikels, de vagina is een omgekeerde penis. Vrouwen zijn eigenlijk mannen met een gebrek aan lichamelijke warmte, en dit gemis aan warmte voorkomt dat haar interne genitaliën naar buiten treden (Devor, 1997: 5). Vrouwen zijn in deze visie niet essentieel anders dan mannen, 'alleen' van een iets mindere kwaliteit, inferieur, want kouder (Bosch, 2001: 147). Man of vrouw zijn betekent aldus een sociale rangorde of een culturele rol vervullen, en niet alleen het hebben van bepaalde lichamelijke kenmerken. Het fysieke is immers veranderlijk, en het performatieve (de genderrol) doorslaggevend. Sekse is kortom voor de zeventiende eeuw voornamelijk een sociologische categorie (Laqueur, 1997: 8).

Vanaf de zeventiende en de achttiende eeuw spreekt men van het ontstaan van het moderne lichaam (Wils, 2001: 18; Laqueur, 1990) en de opkomst van het binair twee-seksen-twee-gendersmodel. Vrouwen worden gedefinieerd als absoluut verschillend van, en zelfs tegengesteld aan mannen. Het vrouwelijke lichaam krijgt eigen biologische karakteristieken en wordt een absoluut onvergelykbare entiteit, 'seks' wordt een primaire, ontologische categorie waarop sociale en culturele verschillen worden geënt (Wils, 2001: 9). Sekse wordt daarmee steeds meer gepolariseerd en genaturaliseerd via biomedische definities van het 'andere' vrouwenlichaam en dit heeft politieke en maatschappelijk grote gevolgen voor de verhouding tussen mannen en vrouwen (Bosch, 2001: 148). 'Mens' leest zich vanaf dan als een algemene en neutrale aanduiding voor personen met een mannelijk lichaam.

Reeds binnen het homologe denken over sekse in de Oudheid ten tijde van het één-seksemodel wordt er, geeft Fausto-Sterling (2000a: 34) aan, veelvuldig over *hermafroditisme* geschreven. Aangezien de seksuele verschillen slechts een kwestie zijn van kwantitatieve variatie, zijn vele variaties op het seksuele continuüm tussen een vrouwenlichaam en een mannenlichaam mogelijk. Deze klassieke theorie van het seksuele continuüm werd ook door artsen in de Middeleeuwen

aangehouden. De bereidwilligheid om een plaats te zoeken voor hermafrodieten in wetenschappelijke theorieën, vertaalde zich echter niet in een sociale acceptatie: historisch gezien werden hermafrodieten vaak als "opstandig", "storend" en "frauduleus" omschreven. De negatieve persoonlijkheidstrekken die ze in middeleeuwse medische en wetenschappelijke teksten kregen toegeschreven kwamen weliswaar frequent voor, een volledige veroordeling of afwijzing kwam echter zelden voor. Biologen en geneesheren hadden in dat tijdperk immers nog niet het sociale aanzien en de autoriteit zoals vandaag de dag, en waren niet de enigen in de positie om de hermafrodieten te definiëren en te regulariseren, ook de Kerk, juristen en politici waren spelers in dat veld (Fausto-Sterling, 2000a: 34). Die relatieve tolerantie verdwijnt met de verschuiving naar het twee-seksenmodel.

Het denken over het lichaam kent duidelijk een geschiedenis die samenhangt met socio-culturele opvattingen of kortweg: 'gegenderde' opvattingen. Dit moderne lichaam houdt ook vandaag de dag nog grotendeels stand. "Het moderne lichaam is een geseksueerd lichaam geworden waarin een onontwaaibaar kluwen van 'natuur' en 'cultuur', norm en ervaring kleuren" (Wils, 2001: 23). Het twee-seksenmodel wordt koste wat het kost onderhouden, ondanks maatschappelijke en wetenschappelijke inzichten in verschillende vormen van gendervariatie. In het moderne twee-seksenmodel lijkt het vast te liggen dat er slechts twee mogelijkheden bestaan: een mannen- of een vrouwenlichaam. Bijna iedereen groeit op met het gegeven een mannen- óf vrouwenlijf te hebben en weinig mensen hoeven ooit te twijfelen aan hun sekse-identiteit.

Het twee-seksenmodel

Verskillende Europese landen hebben verschillende opvattingen over de origine, gevaren, burgerrechten en plichten van hermafrodieten. Niettemin ligt in heel Europa het strikte onderscheid tussen mannen en vrouwen aan de basis van recht en politiek. In het algemeen wordt aangenomen dat het individu samen met medische en legale experts het recht heeft één sekse te kiezen die vanaf dat keuzemoment dient gerespecteerd te worden om de sociale orde te bewaren en de rechten van mannen te beschermen (Fausto-Sterling, 2000a: 35-36).

In de late achttiende eeuw en begin negentiende eeuw ontwikkelen de biologie en geneeskunde zich als georganiseerde disciplines. De toenemende kennis over het menselijke lichaam in het bijzonder, gaat gepaard met autoriteit in het bestempelen van sommige lichamen als abnormaal (Fausto-Sterling, 2000a: 36). De bioloog Isidore Geoffroy Saint-Hilaire (beschreven in Dreger, 1998b) speelt een cruciale rol in de ontwikkeling van het wetenschappelijk denken rond hermafroditisme. De studie en classificatie van ongewone geboorten benoemt hij de 'teratologie'. Deze 'afwijkingen' schrijft hij toe aan fout gelopen embryonale

ontwikkelingen. Hij gelooft dat wanneer het ontwikkelingsstelsel bij hermafroditisme ontcijferd wordt, de medische wetenschap meer inzicht krijgt in de normale ontwikkeling van het seksuele verschil (Fausto-Sterling, 2000a: 36). Hij steunt op de standaard wetenschappelijke techniek van classificatie en deelt hermafrodieten in verschillende types. Hiermee legt hij de grondslag voor toekomstige wetenschappers zoals James Young Simpson (1830) en Theodor Albrecht Klebs (1876) om een verschil in te roepen tussen 'echte' en 'valse' hermafrodieten (Fausto-Sterling, 2000a: 36) en recht verder te helpen zegeviereren. Vooral Klebs' indeling in 'echt' of 'vals' hermafroditisme op basis van de aanwezigheid of afwezigheid van de gonaden (Dreger, 1998c) heeft een periode ingeleid – *the age of the gonads* – waarin de autoriteit van artsen die van rechters en advocaten enigszins stuurt. Volgens Klebs heeft een 'echte' hermafrodiet zowel ovarieel als testiculair weefsel in het lichaam, en bij wat hij noemt de 'pseudo-hermafrodieten' is er de combinatie van ofwel ovaria ofwel testes met de 'tegenovergestelde' genitaliën (Fausto-Sterling, 2000a: 37-38). Het achterliggende idee bij deze 'valse' of 'pseudo' hermafrodieten is dat er in feite een 'echte' sekse als man of vrouw ligt te wachten die met behulp van medische ingrepen naar buiten kan komen. Artsen helpen als het ware het verwarde lichaam om zich te bevrijden. *'The age of gonads'* via Klebs' classificatiesysteem verandert dus niet alleen de manier waarop door artsen wordt ingegrepen, maar geeft ook aanleiding tot het doen verenigen van de categorie hermafrodieten: 'echte' hermafrodieten zijn immers zeldzaam, en de 'valse' worden gecorrigeerd in naam van het 'verbeteren van de fouten der natuur'. Velerlei soorten variaties verdwijnen aldus uit het gezichtsveld door deze classificatiemethode (Fausto-Sterling 2000a: 37).

Waar in de negentiende eeuw advocaten en rechters de arbiters van hermafrodieten zijn – op basis van bovenstaande wetenschappelijke classificatiesystemen –, verschuift dit begin twintigste eeuw richting artsen. De opkomst van de geneeskunde (en meer bepaald endocrinologie en genetica als subdisciplines door de ontdekking van chromosomen, genen en hormonen) heeft in het begin van de 20e eeuw de wijze veranderd waarop intersekse-omstandigheden tot dan toe behandeld werden. Of net niet behandeld werden. Intersekse-kenmerken werden eerder aangezien als een beproeving van God's heilige toorn, een kwaad omen voor de zonde die een bepaalde gemeenschap of persoon daarvan had begaan en dus werden die mensen maar beter met rust gelaten (Reis, 2012). Maar omdat culturele veranderingen, zoals stemrecht voor vrouwen en het wettelijk aan banden leggen van homoseksualiteit, plots riepen om duidelijke grenzen tussen mannen en vrouwen enerzijds en hetero- en homoseksualiteit anderzijds,

kwamen ook mensen met intersekse in het vizier (Dreger, 1998; Karkazis, 2008). In de tweede helft van de twintigste eeuw zien artsen zich verplicht om hermafrodieten bij de geboorte 'op te vangen' en hen om te vormen tot ofwel eenduidig mannelijk ofwel eenduidig vrouwelijk. Zo speelden begin 1900 de ontdekking van Barr-lichamen en het Y-chromosoom, en ook gonadaal weefsel een belangrijke rol in de M/V-indeling. Man zijn werd op een bepaald ogenblik gereduceerd tot de aanwezigheid van testes; vrouw zijn tot de aanwezigheid van ovaria (Dreger, 1998).

Intersekse en het sociaal-constructionistisch denken

In de *'age of conversion'* in tweede helft van de twintigste eeuw verschuift de focus van de fysiologische basis naar de maakbaarheid van de genderidentiteit (het gevoel tot een of ander geslacht te behoren). Zoals hoger aangehaald munt in de jaren vijftig de psycholoog en seksuoloog John Money de term gender. Het zijn vooral de wetenschappelijke studies over interseksualiteit maar ook transseksualiteit, die er voor zorgen dat eind jaren 1960 het begrip 'gender' wordt losgekoppeld van het begrip 'sekse', met name de 'John/Joan' casus (zie Benjamin, 1966; Stoller, 1968; Money & Ehrhardt, 1972). John, een 'gewone' (zonder enige vorm van interseksualiteit) jongen, lid van een eenzijdige tweeling, verliest als acht maanden oude baby zijn gehele penis bij een mislukte besnijdenis. Het team van artsen en seksuologen van het John Hopkins Hospital (waaronder de beroemde psycholoog John Money, zie verder) raadt de ouders van het kind aan om John chirurgisch om te vormen tot een meisje, Joan, en het zo op te voeden. De testes van de jongen worden verwijderd en met hormoontherapie wordt het lichaam zo volledig mogelijk aangepast aan dat van een meisje. De ouders en het kind worden jarenlang psychologisch bijgestaan en opgevolgd. Money & Ehrhardt (1972) publiceren dit 'succesverhaal'¹ en verspreiden hiermee de overtuiging dat wanneer een kind voor de leeftijd van tweeënhalf jaar een genderrol krijgt toebedeeld, de socialisatie en opvoeding er verder voor zorgen dat dit kind zich als man of als vrouw zal ontwikkelen, ongeacht de oorspronkelijke lichaamskenmerken. Zolang de genitaliën er 'correct' uitzien en iedereen in de omgeving akkoord is met de gendertoewijzing en deze bekrachtigt, kan bij elk kind een gender gecreëerd worden (Dreger, 1998b: 24).

John Money introduceerde de term 'gender-identiteit-rol' speciaal voor mensen met intersekse/DSD, terwijl vandaag de dag de term los van intersekse/DSD gebruikt wordt. Volgens Money waren er zes sekse variabelen (externe genitale morfologie, interne reproductieve structuren, hormonale en secundaire seksuele kenmerken, gonadale geslacht, chromosomale

¹ Later zal onderzoek van Diamond & Sigmundson (1997) aantonen dat het John/Joan verhaal helemaal geen succes is, en dat Joan terug als John is gaan leven (zie Colapinto, 2000). Dit keer wordt zijn levensverhaal gebruikt ter staving van het vastleggen van genderidentiteit in de hersenen, dus het tegenovergestelde van Money's theorie. In 2004 kwam het John/Joan verhaal opnieuw in de pers naar aanleiding van de zelfmoord van John, in het echte leven David Reimer geheten.

geslacht en geslacht bij de geboorte toegewezen) die bij elke persoon moesten onderzocht worden via psychologisch, lichamelijk en hormonaal onderzoek. Indien er een combinatie of permutatie was van deze zes variabelen, dan moest een zevende variabele nader onderzocht worden, genderidentiteit/rol, namelijk als man of vrouw, vastgelegd tijdens het opvoedingsproces (voor een uitgebreidere bespreking zie Karkazis, 2008).

Deze 'Pygmalion-theorie' van Money wordt erg populair en veelvuldig toegepast in de behandeling van wat nu 'interseksuele' kinderen worden genoemd. Zij menen dat de volgende criteria gelden voor de geslachtstoekenning: de experts moeten er zeker van zijn dat de ouders geen enkele twijfel hebben over de sekse van hun kind; de genitaliën moeten zo vlug mogelijk in overeenstemming met deze sekse gemaakt worden en interseksuele kinderen moeten geïnformeerd blijven over hun conditie met uitleg aangepast aan de leeftijd. Als aan deze condities voldaan is, zal het interseksuele kind een genderidentiteit ontwikkelen die overeenkomt met de sekse dat het toegekend kreeg (losstaand dus van de hormonale of genetische sekse). Bovendien zal het kind zijn of haar genderattributie niet in vraag stellen, noch later een aanpassing vragen, zo werd beweerd (Kessler, 1998: 15).

De bredere impact van deze visie is dat de sociale rol van mannen en vrouwen (de genderrol) en de persoonlijke identiteit als man of vrouw (de genderidentiteit) worden onderscheiden van de biologische sekse. Zoals hoger aangegeven wordt de introductie van 'gender' voor de zich ontwikkelende vrouwenstudies en genderstudies (vooral de Angelsaksische variant) sinds de jaren zeventig en tachtig van de twintigste eeuw ook ter harte genomen als ontsnappingsroute uit de dichotomie natuur/cultuur. Onderscheiden elementen zoals biologisch geslacht, seksuele voorkeur, sociale sekserol en genderidentiteit worden echter lange tijd bipolair gedacht alsof het ene ten koste van het andere gaat (Shively & De Cecco, 1993). Dit geeft aanleiding tot de ontwikkeling van schalen, zoals de Kinsey-schaal of het mannelijkheid-vrouwelijkheid-continuüm (Bem, 1983). Met andere woorden, ondanks de loskoppeling van gender van sekse, wordt het binair sekse-gendermodel niet in vraag gesteld.

Binnen de genderstudies krijgt de maakbaarheid van 'sekse', vooral vanaf de jaren negentig echter steeds meer aandacht, onder de invloed van historisch onderzoek zoals hierboven besproken, maar daarnaast ook de poststructuralistische en queer-theorie (Butler, 1990; 1993; 2004), en sociologische (West & Zimmerman, 1987) en antropologische studies (Herdt, 1996; Longman, 2002; Nanda, 2014). De talrijke studies over interseksualiteit, halebiseksualiteit en genderidentiteit die zullen volgen, maken ook duidelijk dat spreken over een bipolair continuüm een reductie inhoudt van de beleefde werkelijkheid. Gender, sekse en seksualiteit blijken meer complexe fenomenen te zijn dan deze bi-

polaire modellen toelaten te representeren. Bovendien zijn ze veel meer veranderlijk doorheen de levensloop dan dichotome percepties veronderstellen, zoals ook wordt aangekaart door het activisme in de groeiende LHBT(l) beweging die gelijke rechten voor niet-normatieve sekse, seksuele en gender-identiteiten bepleit (zie verder). De specifiek feministische bijdrage is het blootleggen van de machtsverhoudingen en machtsprocessen die steeds vasthangen aan het 'maken van het verschil'; sekse/gender wordt verstaan als een set van hiërarchische relaties tussen subjecten, en genderidentiteit als een proces dat relationeel gevormd is (Heyes, 2003).

Auteurs binnen het veld van de genderstudies zoals Anne Fausto-Sterling (biologe) (1993, 2000a, 2000b, 2012), Alice Dreger (historica en moraalwetenschapster) (1998a, 1998b, 1998c, 2015) en Suzanne J. Kessler (psychologe) (1990, 1998), richten zich daarbij vanuit een wat we ook herkennen als een genderkritische bril op de geschiedenis van wat later interseksualiteit genoemd wordt. De laat twintigste-eeuwse verhouding tot personen met een intersekse-conditie is volgens Kessler (1998) bepaald door drie grote invloeden. Ten eerste zijn er de ontwikkelingen in de endocrinologie en de genetica waardoor de diagnose met grotere precisie gemaakt kan worden omdat ook de hormonale functies en de chromosomen in kaart kunnen worden gebracht. De verhoogde kennis van de fysiologische basis van interseksualiteit gecombineerd met verbeteringen in de chirurgische technologie, zeker vanaf 1950, maakt het voor medici mogelijk om de meeste interseksuele kinderen op het moment van de geboorte te ondervangen. Ten tweede is er de invloed van het feminisme die de definitie verwerpt die een 'vrouw' en 'vrouwelijkheid' louter herleidt tot moederschap en vruchtbaarheid. Een vrouw hoeft niet langer vruchtbaar te zijn om vrouw te mogen heten, en de socialisatietheorieën vervangen de anatomische determinatie. De aan- of afwezigheid van geslachtsklieren is niet meer het enige of het definitieve criterium voor geslachtstoekenning. Het accent verschuift naar hoe de genitaliën het best heteroseksueel kunnen gebruikt worden. De grootte van de penis wordt van doorslaggevend belang (Kessler, 1998: 27, 106). Ten derde leggen psychologen grote nadruk op de genderidentiteit. Hieruit vloeit de idee voort dat er bij een twijfelachtige sekse zo vlug mogelijk een gender moet worden toegekend, opdat het kind succesrijk een genderidentiteit kan ontwikkelen (Fausto-Sterling, 2000a: 40-42). Kortom, interseksualiteit wordt beschouwd als een behandelbare conditie van de genitaliën, een conditie die zo snel mogelijk moet worden aangepast, liefst voor de leeftijd van 18 maanden (Kessler, 1998: 14).

Het sekse-gender-denken en intersekse vandaag

De assumpties die Kessler schetst, (h)erkennen we en treden we bij als genderkritisch: ze legt bloot hoe ze getuigen van een aanhoudend binair heteronormatief

denken, dat nog lange tijd doorwerkt in de moderne medische behandeling van interseksuele borelingen, en gebaseerd is op een anatomische strenge psychosociale theorie van genderidentiteit (Dreger, 1998b: 27). De behandeling is erg afhankelijk van de particuliere perceptie van 'normaal': het idee dat sekse bestaat uit twee elkaar uitsluitende types. Dit idee wordt in stand gehouden en vereeuwigd door de medische gemeenschap, ook al worden juist de artsen het vaakst geconfronteerd met onweerlegbare fysische bewijzen dat er veel meer geslachtelijke variatie mogelijk is (Kessler, 1998: 31).

De studies van Money & Ehrhardt (1972) zijn hierbij enorm invloedrijk geweest; ze gingen ervan uit dat het moeilijk is voor een volwassen man om met een veel kleiner dan gemiddelde penis te zitten, en onbekwaam te zijn in het penetreren van de partner (Kessler, 1998: 26). Money & Ehrhardt (1972) suggereren dan ook dat het aangeraden is om deze problemen te voorkomen - hoewel de psychologische consequenties van deze ervaringen niet empirisch gedocumenteerd zijn - door deze kinderen de vrouwelijke sekse toe te kennen. Hierdoor tonen zij aan dat zij aan chromosomen minder belang hechten dan aan de lengte van de penis, en dat 'de man' bijgevolg niet gedefinieerd wordt door de genetische conditie van het hebben van een Y- en een X-chromosoom of door de spermaproductie, maar door de esthetische conditie van het hebben van een 'gepaste' lengte van penis (Kessler, 1998: 19). Wat zij blijken te vergeten is dat de lengte van de penis bij de geboorte misleidend is, want deze is niet betrouwbaar gecorreleerd met grootte en functie in de puberteit (Ellen Hyun-Lee, geciteerd in Kessler, 1998: 156). In het algemeen geldt dat bij pasgeboren kinderen een penis vanaf 2,5 centimeter duidt op mannelijkheid. Bovendien moet een penis een urinekanaal hebben, anders - ongeacht de lengte - is het een clitoris. Een medisch aanvaardbare clitoris mag niet groter zijn dan 0,9 centimeter (Kessler, 1998: 41-43). Dit komt neer op het bestaan van een soort neutraal geslachtsloos territorium van bijna 1,5 centimeter, wat Fausto-Sterling (2000a) beschrijft als '*phallic Neverland*'.

Een ander criterium volgens Money & Ehrhardt (1972) voor de indeling man of vrouw, is de capaciteit van de vagina om een penis te ontvangen. Ook dit heeft lange tijd de sekse- en gender-normen bepaald; artsen lijken te geloven dat vrouwelijke seksualiteit gelijk is aan heteroseksuele geslachtsgemeenschap en dat vrouwen van alle leeftijden focussen op de capaciteit van hun vagina als de primaire attributie voor hun vrouwelijkheid (Kessler, 1990: 107). Via chirurgische technieken wordt een vagina gecreëerd die via heteroseksuele geslachtsgemeenschap verder in stand wordt gehouden. Kortweg komt deze redeneringslogica erop neer dat elk kind dat geen penis heeft die aan de minimumnormen voldoet, grote kans heeft tot een meisje te worden gemaakt. Of wel: "*Good penis equals male, absence of good penis equals female*" (Kessler, 1990: 45).

In de praktijk was er dus vaak een '*feminization bias*' die kinderen vaker toewees aan het vrouwelijk geslacht.

De sociale factoren die een rol spelen in de ontwikkeling van een genderidentiteit lijken pas een rol te spelen als het kind het ziekenhuis verlaat, alsof een ziekenhuis een genderneutrale plek is en geneeskunde gendervrij is (Kessler, 1998: 24-25). Maar het is duidelijk vanuit een genderkritisch perspectief dat dokters beslissingen nemen over de sekse van een kind op basis van gedeelde culturele en ideologische overtuigingen die onuitgesproken, en misschien wel onbewust zijn, en dat ziekenhuizen als milieu aan dezelfde sociale genderorde en -wetten ten prooi vallen. Waar Fausto-Sterling nog in 1990 beweert dat 'succesvolle heteroseksualiteit' het feitelijke hoofdcriterium is voor de geslachtstoekenning en de evaluatie van de ingreep (geciteerd in: Kessler, 1990: 108), wordt vandaag de dag meer rekening gehouden met tal van andere factoren, waaronder fertilitéitsmogelijkheden, chirurgische technieken en de invloed van prenatale androgenen op genderidentiteit (zie ook de bijdrage van Dessens & van Hoorde in dit nummer). Daarbij valt het enigszins op dat meer kinderen in bepaalde intersekse-groepen aan het mannelijk geslacht toegekend worden dan aan het vrouwelijke (d.i. de '*feminization bias*' verschuift richting een '*masculinization bias*') (Kolesinska, et al. 2014). Indirect speelt de heteronorm wel nog een rol in de motivatie voor bepaalde behandelingen om penetratieve seksuele activiteiten te kunnen hebben, zoals bijvoorbeeld bij vaginale dilatatiebehandelingen en phalloplastieën. Het gaat dan enerzijds om de motivatie van artsen om de behandeling voor te stellen (zie o.a. Roen, 2015) en anderzijds om de motivatie van (jong)volwassenen om een behandeling te ondergaan (zie o.a. Callens, 2014). Op dit vlak is een duidelijke rol weggelegd voor artsen, psychologen en seksuologen om de betekenis van 'het hebben van seks' te verruimen, en de verschillende mogelijke seksuele activiteiten in counseling te bespreken (Callens, 2014).

De eenentwintigste eeuw: Kenteringen in nomenclatuur, behandelingen en beleid?

Ondanks het feit dat er in de natuur een heel scala aan seksevormen aanwezig zijn, werden er verschillende technologische pogingen door het medische establishment ondernomen om de variëteit binnen één geslacht te verminderen en de verschillen tussen de geslachten te vergroten (Kessler, 1998: 119). Met de geschiedenis van de behandeling van intersekse wordt tevens duidelijk dat de gebruikte categorieën voor het indelen van mannen en vrouwen arbitrair zijn. De grens tussen mannelijkheid en vrouwelijkheid kan dan ook op uiteenlopende plaatsen worden gesitueerd: genetisch, hormonaal, anatomisch, sociaal, psychisch... Artsen hebben het gevoel te kunnen en te moeten corrigeren, want het lichaam wordt gebracht tot wat het eigenlijk had moeten zijn. Ze praten alsof ze geen andere keuze hebben dan, ten eerste, te beantwoorden aan de druk

van de ouders voor een oplossing voor het psychologische onbehagen, en ten tweede, de medische technologie te gebruiken ten dienste van een binaire, tweeslachtige cultuur.

Auteurs als Kessler (1990, 1998), Dreger (1998a, 1998b, 1998c) en Fausto-Sterling (1993, 2000a, 2000b) uit de hoek van de genderstudies hebben echter duidelijk gemaakt dat het mes niet in dezelfde mate snijdt voor mannelijkheid en vrouwelijkheid. Achter de humanitaire wens om kinderen eenduidig in de categorie man of vrouw onder te brengen, liggen volgende assumpties: ten eerste dat er enkel twee seksen (mogen) zijn, ten tweede dat enkel heteroseksualiteit normaal is en ten derde dat bepaalde genderrollen de psychologisch gezonde man en vrouw definiëren (Fausto-Sterling, 2000a: 44). Het privilege van één gender – mannelijk – resulteerde in het privilege van het mannelijke lichaam. Daar het vrouwelijke lichaam ondergewaardeerd wordt, is het meer het object van 'verbeteringscampagnes' (Kessler, 1998: 111). Dreger (1998b: 29) noemt de strikte conceptualisering van 'normale' seksuele anatomie en 'normaal' seksueel gedrag, die onderliggend is aan de behandelingsprotocollen, rondt seksistisch in zijn asymmetrische behandeling van het reproductieve potentieel en in zijn definities van anatomische 'adequaatheid'.

De medische wereld gaat met intersekse vandaag de dag nog steeds vaak om als een corrigeerbare geboortefwijking. In de huidige medische praktijk wordt de geslachtskeuze bepaald door het genetische en gonadale geslacht en door eventuele procreatiemogelijkheden (De Sutter & Hoebeke, 2004). Kinderen geboren als 'het een/het andere' – 'geen van beiden/beiden' – verdwijnen uit zicht omdat artsen hen direct 'corrigeren' met ingrepen. In het verleden werden personen met een intersekse-conditie (of hermafrodieten) echter cultureel bevestigd in hun bestaan (Fausto-Sterling, 2000a: 31). Eens de merktekens voor geslacht gecorrigeerd zijn, verdwijnt de interseksueel, als interseksueel, in de cultuur (Kessler, 1998: 5). Moderne chirurgische technieken helpen zo het twee-seksenmodel in stand te houden. In het algemeen komen noch de artsen, noch de ouders uit deze situatie met een verhoogd begrip van de sociale constructie van sekse (Kessler, 1998: 31-32).

In het nieuwe millennium verschijnen er echter steeds meer stemmen uit het medische veld die de opmerkingen van de intersekse-beweging, met bekende figuren zoals Cheryl Chase en Georgiann Davis, met respect aanhoren en tevens pleiten voor meer wetenschappelijk onderbouwd onderzoek en goede follow-up studies (zie De Sutter & Hoebeke, 2004). Geïnspireerd door het activisme van de Intersex Society of North America (ISNA, actief van 1993 tot 2007), ijveren auteurs zoals Fausto-Sterling (2000a: 79) ervoor dat 1) kinderen geen onnodige chirurgie ondergaan; 2) artsen een voorlopige sekse kunnen toeschrijven aan het kind, gebaseerd op de bestaande kennis over

de waarschijnlijkheid van een bepaalde genderidentiteitsontwikkeling; en 3) het medische team volledige informatie en levenslange counseling aan de ouders en het kind aanbieden. Dreger (1998b: 35) beschouwt de richtlijnen van Diamond & Sigmundson (1997) als 'goede praktijken' en deze worden ook opgepikt door beleidsmakers (GIREs, et al., 2006).

Sommige activisten zoals Cheryl Chase (ISNA) ijveren ook specifiek voor het afschaffen van de term (pseudo) hermafrodiet – evenals de term intersekse –, omdat ze pejoratief en verwarrend kunnen zijn voor individuen in de eerste plaats, maar ook voor zorgverleners en families (Lee et al., 2006; ISNA, 2007). In 2005 wordt op een bijeenkomst van zorgverleners een nieuwe terminologie geïntroduceerd, hoewel die bijeenkomst in de eerste plaats was georganiseerd om het medische beleid ten aanzien van aangeboren variaties in de geslachtsontwikkeling te herevalueren na aanhoudende kritieken van (feministische) onderzoekers en intersekse activisten (Chase, 1998; Chase, 2003; Dreger, 1998a; Fausto-Sterling, 1993; Kessler, 1998). Het acroniem DSD (*disorders of sex development*) vindt ingang en wordt tien jaar later veelvuldig gebruikt door de meeste medische professionals (Lee et al., 2006; Van Hoecke, 2009; Pasterski, Prentice, & Hughes, 2010; Nederlands Netwerk Intersekse/DSD, 2013; Siminoff & Sandberg, 2015). Ook sommige organisaties, zoals AIS DSD Support Group in Noord-Amerika of dsdfamilies.org in het Verenigd Koninkrijk, gebruiken de nieuwe term omdat het de collaboratie met medische stakeholders in specifieke steun en informatie voor jongeren, volwassenen en ouders van kinderen met DSD ten goede komt.

Patiëntenorganisaties staan soms in een zeker spanningsveld met een aantal andere recent opgerichte organisaties, zoals Organisation Intersex International (OII) (Callens, Longman & Motmans, 2016). Deze koepelorganisatie werd opgericht in 2013, en heeft een politieke agenda die opkomt voor de mensenrechten van personen met een intersekse-conditie (Organisation Intersex International Europe, 2017). Zij werken daarvoor ook nauwer samen met de HLBT-koepelverenigingen (waaronder ILGA). Deze HLBT-beweging is echter niet homogeen; en lang niet alle personen met een intersekse-conditie voelen zich noodzakelijk aangesproken. Bij niet iedereen maakt immers seksuele oriëntatie (zoals bij HLB), noch genderidentiteit (zoals bij T) de essentie uit van de grootste uitdagingen waarmee ze worden geconfronteerd, die zich eerder situeren op het vlak van schaamte, geheimhouding en trauma (Dreger, 2014).

Uit het beperkte, maar toenemende sociaalwetenschappelijk onderzoek naar de levenservaringen van DSD/intersekse-personen gedurende de laatste 10 jaren, blijkt dat de meningen verdeeld zijn wat betreft de terminologie, afhankelijk ook van de ervaring ten aanzien van kwesties als identiteit, zorg en belangenverdediging. Degenen die meer aansluiting vinden bij

het HLBT(I) activisme staan kritisch tegenover het medische establishment en de term DSD die ze als pathologisch beschouwen. Sommigen (her)claimen daarom ook de term intersekse om een sociale identiteit uit te drukken die het binaire sekse-verhaal uitdaagt en gender als een sociale constructie aanziet (Davis, 2015). Een gelijkaardige ontwikkeling heeft zich de laatste decennia afgespeeld op het vlak van de sociale/politieke identiteit van transgenderpersonen (Motmans, 2010). Het groeperen van de vele verschillende (en vaak complexe) benamingen van de exacte diagnoses en de daaraan gekoppelde lotgenotenverenigingen onder één noemer 'intersekse' kan als politiek mobilisatie-instrument zijn nut zeker bewijzen. Meer onderzoek naar de effecten van intersekse-activisme op de persoonlijke en politieke identiteit 'intersekse' is echter een noodzakelijk te bewandelen piste. Recent onderzoek met een beperkte groep volwassenen en ouders van kinderen met een atypische sekse-ontwikkeling in België en Nederland - uitgebreider besproken in de bijdrage van van Lisdonk & Callens in dit themanummer - geeft immers aan dat het enthousiasme om deel te nemen aan 'intersekse-activisme' laag ligt en er weinig interesse is om zowel de term intersekse als de term DSD te gebruiken voor de eigen conditie of die van het kind (Callens, Longman & Motmans, 2017; van Lisdonk, 2014). Het binaire sekse-gender-model wordt ook weinig tot niet in vraag gesteld. In het onderzoek van van Heesch (2015) in Nederland, daarentegen, wordt positiever op de benaming 'intersekse' gereageerd.

Stilaan komen (door het beter georganiseerde middenveld en getuigenissen o.a. door deze studies) verhalen naar boven van ouders en volwassenen die over de problemen en uitdagingen vertellen van het leven met een intersekse-conditie (van Heesch 2015).² Kinderen kunnen in toenemende mate als jongvolwassenen zelf kiezen in welke genderrol ze zich het beste voelen en in overleg met behandelaars zelf bepalen of en wat er met hun lichaam moet gebeuren (bijvoorbeeld: verwijdering van testes, hormoontherapie). Geheimzinnigheid moet verdwijnen in de naam van 'geïnformeerde toestemming', en de kans moet er zijn om de persoonlijke genderidentiteit (al dan niet binair) te ontwikkelen. Prioritair is het zelfbeschikkingsrecht over het eigen ongeschonden lichaam en een 'patiëntgecentreerde zorg' in plaats van een 'cultuurgecentreerde zorg' voor het welzijn van de psyche van het interseksele individu, eerder dan het hebben van 'genormaliseerde' genitaliën.

Mensenrechtenorganisaties bekritisieren het inzetten van een medische behandeling wanneer de medische noodzaak op gezondheidsvlak ontbreekt (Feder, 2014; Karkazis, 2008; Nederlands Netwerk Intersekse/DSD, 2013; Organisation Intersex International Europe, 2017). Een rapport van onder meer de Verenigde Na-

ties haalde vernietigend uit naar de praktijken van die 'normaliserende' behandelingen bij kinderen en beschouwt het als 'marteling' en 'genitale mutilatie' (Méndez, 2013), waardoor genitale chirurgie onder de noemer van 'schadelijke culturele praktijken' zou kunnen worden vervat (Longman & Bradley 2015). Ondanks deze 'goede' bedoelingen, staan een aantal belangenverenigingen - maar ook medische zorgverleners (Cools et al., 2016) - kritischer. Zij vinden dat politieke agenda- en actiepunten van mensenrechtenorganisaties er moeten komen op basis van i) objectieve studies van verschillende vormen van 'evidence' (zowel levensverhalen als wetenschappelijke studies die aan een aantal kritieke criteria voldoen om de betrouwbaarheid en validiteit van de studie te kunnen evalueren), en ii) overleg met alle stakeholders, inclusief de medische wereld, vertegenwoordigers van specifieke intersekse/DSD-variantie-lotgenotenverenigingen en individuen zelf. In lijn met een genderkritisch perspectief moeten dominante vertogen over sekse en gender aangekaart kunnen worden, terwijl de beleving van individuen met een intersekse conditie zelf centraal blijft staan. De recente onderzoeken naar de ervaringen van personen in de Belgische (Callens, Longman & Motmans, 2017) en Nederlandse context (van Heesch, 2015; van Lisdonk, 2014) sluiten aan bij zo'n genderkritisch perspectief dat enerzijds theoretische bruggen tracht te bouwen tussen die subjectiviteit, en wetenschappelijke en medische kennis, en anderzijds praktische bruggen wil bouwen dat een open communicatie en participatie-beleid in dit veld optimaliseert.

Besluit

Een genderkritische blik op het thema hermafroditisme/intersekse/DSD heeft vooral bijgedragen tot het blootleggen van de contingentie van het binair heteronormatief sekse-gender-model dat grotendeels de moderne conceptualisatie, omgang met en aanpak van DSD/intersekse heeft bepaald. De ingang van het 'gender-denken' via het sociaal-constructionisme betekende echter aanvankelijk dat het belang van het lichaam en biologische variatie werd ontkend of genegeerd. Belangrijke gendertheoretici zoals Dreger, Fausto-Sterling, Kessler hebben vervolgens het intersekse-thema bestudeerd om de 'maakbaarheid' van sekse en gender te illustreren, maar hebben ook aansluiting gevonden bij het intersekse-activisme dat intersekse-personen verenigde en opkwam voor de daadwerkelijke problemen en uitdagingen waarvoor intersekse-individen staan. Deze situeren zich veelal op het terrein van schaamte, geheimhouding en trauma, waarvoor *evidence based* kennis, opleiding en een geïntegreerd medische en psychologische zorgaanbod zijn vereist, ondersteund door een degelijk beleid.

Mensenrechtenorganisaties ondersteunen de

² Zie <http://www.aisnederland.nl/media/index.html/> voor een media overzicht in Nederlandstalige pers.

steeds groeiende kritiek op niet-noodzakelijke chirurgie die gericht is op het in stand houden van het binair 'sekseverschil' en stellen het recht op zelfbeschikking centraal. De taak van een genderkritisch perspectief is om blijvend de beperkingen van het binaire sekse-gender-denken aan te kaarten en te werken aan een bredere bewustzijnsverruiming rond sekse- en gendervariatie, onder stakeholders én in de bredere maatschappij. Tegelijkertijd moet er gewaakt worden vanuit een feministisch-emancipatorisch perspectief voor een eventuele 'coöptatie' van DSD/intersekse voor bepaalde politieke agenda's, over de hoofden en lichamen van de betrokkenen zelf.

Literatuur

- Ahmed, S. F., Achermann, J. C., Arlt, W., Balen, A., Conway, G., Edwards, Z., . . . Willis, D. (2015). Society for Endocrinology UK guidance on the initial evaluation of an infant or an adolescent with a suspected disorder of sex development (Revised 2015). *Clinical Endocrinology (Oxford)*, *84*(5), 771-788.
- Bem, S.L. (1983). Gender Schema Theory and Its Implications for Child Development: Raising Gender-Aschematic Children in a Gender-Schematic Society. *Signs*, *8*(4): 598-616.
- Benjamin, H. (1966). *The Transsexual Phenomenon*. New York: The Julian Press, Inc. publishers.
- Bosch, M. (2001). Vrouwelijke vruchtbaarheid en mannelijke melkproductie: Aletta Jacobs en Catharina van Tussenbroek over lichaam en leven. In K. Wils (Ed.), *Het lichaam m/v*. (pp. 141-164). Leuven: Leuven University Press.
- Brain, C. E., Creighton, S. M., Mushtaq, I., Carmichael, P. A., Barnicoat, A., Honour, J. W., . . . Achermann, J. C. (2010). Holistic management of DSD. Best Practice & Research. *Clinical Endocrinology & Metabolism*, *24*(2), 335-354.
- Butler, J. (1990). *Gender trouble. Feminism and the subversion of identity*. New York: Routledge.
- Butler, J. (1993). *Bodies that matter. On the discursive limits of 'sex'*. New York: Routledge.
- Butler, J. (2004). *Undoing gender*. New York: Routledge.
- Callens, N., Longman, C., & Motmans, J. (2016). *Terminologie en zorgdiscours m.b.t. Differences of Sex Development (DSD)/intersekse in België*. Gent: UZ Gent.
- Callens, N., Longman, C., & Motmans, J. (2017). *Intersekse/DSD in Vlaanderen*. Gent: UGent.
- Chase, C. (1998). Hermaphrodites with attitude: mapping the emergence of intersex political activism. *GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies*, *4*(2), 189-211.
- Chase, C. (2003). What is the agenda of the intersex patient advocacy movement? *Endocrinologist*, *13*(3), 240-242.
- Colapinto, J. (1997). The true story of John/Joan. *Rolling Stone*, *775*(December 11, 1997), 54-73-92-97.
- Cools, M., Simmonds, M., Elford, S., Gorter, J., Ahmed, S. F., D'Alberton, F., . . . Technology Action, B. M. (2016). Response to the Council of Europe Human Rights Commissioner's Issue Paper on Human Rights and Intersex People. *European Urology*, *70*(3), 407-409.
- Davis, G. (2015). *Contesting Intersex: The Dubious Diagnosis*. New York, NY: New York, University Press.
- De Sutter, P. & Hoebeke, P. (2004). Van von Neugebauer tot Chase: 100 jaar interseksualiteit. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, *60*(14), 1022-1027.
- Devor, H. (1997). *FTM. Female-to-male transsexuals in society*. Bloomington: Indiana University Press.
- Diamond, D.A., & Sigmundson, K. (1997). Sex reassignment at birth: long-term review and clinical implications. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, *151*(3), 298-304.
- Dreger, A.D. (1998a). 'Ambiguous sex'—or ambivalent medicine? Ethical issues in the treatment of intersexuality. *Hastings Center Report*, *28*(3), 24-35.
- Dreger, A.D. (1998b). A history of intersexuality: from the age of gonads to the age of Consent. *Journal of Clinical Ethics*, *9*(4), 345-355.
- Dreger, A.D. (1998c). *Hermaphrodites and the Medical Invention of Sex*. Cambridge MA: Harvard University Press.
- Dreger, A.D. (2013). *When to Do Surgery on a Child With 'Both' Genitalia*. The Atlantic, May 16, 2013). Geraadpleegd via <http://www.theatlantic.com/health/archive/2013/05/when-to-do-surgery-on-a-child-with-both-genitalia/275884/>
- Dreger, A. D. (2014). Equitable Care Begins with Appropriate Terminology. In A. D. Hollenbach, K. L. Eckstrand & A. D. Dreger (Eds.), *Implementing Curricular and Institutional Climate Changes to Improve Health Care for Individuals Who Are LGBT, Gender Nonconforming, or Born with DSD* (pp. 6-9). Washington, DC: Association of American Medical Colleges.
- Dreger, A. D., & Sandberg, D. E. (2010). Disorders of sex development. In G. Miller (Ed.), *Pediatric Bioethics* (pp. 149-162). New York, NY: Cambridge University Press
- Dreger, A. D. (2015). *Galileo's Middle Finger: heretics, activists, and the search for justice in science*. New York: Penguin Press.
- Fausto-Sterling, A. (1993). "The Five Sexes". *The Sciences*, *33*(2), 20-24.
- Fausto-Sterling, A. (2000a). *Sexing the Body: Gender Politics and the Construction of Sexuality*. New York: Basic Books.
- Fausto-Sterling, A. (2000b). The Five Sexes, Revisited. *The Sciences*, July/August, 18-23.
- Fausto-Sterling, A. (2012). *Sex/Gender: Biology in a Social World*. New York: Routledge.
- Feder, E. K. (2014). *Making Sense of Intersex: Changing Ethical Perspectives in Biomedicine*. Bloomington, IN: Indiana University Press.
- Gender Identity Research and Education Society (GIRES). (2006). Atypical Gender Development – A Review. *International Journal of Transgenderism*, *9*(1), 29-44.
- Herd, G. (ed.) (1996). *Third Sex, Third Gender: Beyond Sexual Dimorphism in Culture and History*. New York: Zone Books.
- Heyes, C.J. (2003). Feminist Solidarity After Queer Theory: The Case of Transgender. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, *28*(4): 1093-1120.
- Hughes, I. A., Houk, C., Ahmed, S. F., & Lee, P. A. (2006). Consensus statement on management of intersex disorders. *Journal of Pediatric Urology*, *2*(3), 148-162.
- Intersex Society of North America. (2007). *Dear ISNA Friends and Supporters*. Geraadpleegd via <http://www.isna.org/>
- Karkazis, K. (2008). *Fixing Sex: Intersex, Medical Authority, and Lived Experience*. Durham, NC: Duke University Press.
- Kessler, S.J. (1990). The Medical Construction of Gender: Case management of intersexed infants. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, *15*(1), 3-26.
- Kessler, S.J. (1998). *Lessons from the intersexed*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Kolesinska, Z., Ahmed, S. F., Niedziela, M., Bryce, J., Molinska-Glura, M., Rodie, M., . . . Weintrob, N. (2014). Changes over time in sex assignment for disorders of sex development. *Pediatrics*, *134*(3), e710-715.
- Laqueur, T. (1990). *Making sex: body and gender from the Greeks to Freud*. Harvard: University Press.

- Lee, P. A., Houk, C. P., Ahmed, S. F., Hughes, I. A., & Participants in the International Consensus Conference on Intersex. (2006). Consensus statement on management of intersex disorders. *Pediatrics*, 118(2), e488-e500.
- Longman, C. (2002). Dynamics of Sex, Gender and Culture: On Native American "Berdache" and "Two-Spirit People" in Discourse and Context, In: B. Saunders and M.-Cl. Foblets (eds.), *Changing Genders in Intercultural Perspectives*. Leuven: Leuven University Press (Studia Anthropologica vol. 5), 121-154.
- Longman, C., & Bradley, T. (eds.) (2015). *Interrogating Harmful Cultural Practices: Gender, Culture and Coercion*. Surrey: Ashgate.
- Mak, G. (2012). *Doubting Sex. Inscriptions, bodies and selves in nineteenth century hermaphrodite case histories*. Manchester: Manchester University Press.
- Mendez, J. E., United Nations (2013). *Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment*. A/HRC/22/53. Geraadpleegd via www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf.
- Money, J., & Ehrhardt, A.A. (1972). *Man and Woman, Boy and Girl, The differentiation and dimorphism of gender identity from conception to maturity*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Money, J. (1973). Gender role, gender identity, core gender identity: usage and definitions of terms. *The Journal of American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry* 1(4): 397-402.
- Motmans, J. (2010). *Op brakke grond. Identiteitspolitiek als mobilisatiestrategie in de Vlaamse transgenderbeweging*. (Proefschrift), Universiteit Antwerpen: Antwerpen.
- Nanda, S. (2014). *Gender Diversity: Crosscultural Variations* (2nd ed.). Long Grove, Illinois: Waveland Press.
- Organisation Intersex International Europe. (2017). *Statement of the 1st European Intersex Community Event (Vienna, 30st – 31st of March 2017)*. Retrieved 24 April 2017 from <https://oiieurope.org/statement-1st-european-intersex-community-event-vienna-30st-31st-march-2017/>.
- Van der Have, M., & Van Heesch, M. (2013). *Standpunten en Beleid Nederlands Netwerk Intersekse/DSD*. Nijmegen, the Netherlands.
- Pasterski, V., Prentice, P., & Hughes, I. A. (2010). Consequences of the Chicago consensus on disorders of sex development (DSD): current practices in Europe. *Archives of Disease in Childhood*, 95(8), 618-623.
- Reis, E. (2012). *Bodies in Doubt. An American History of Intersex*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Roen K. (2014) Clinical intervention on sex development: a focus on multidisciplinary team work and psychological contributions. *13th European Congress of Paediatric and Adolescent Gynaecology*. London, UK.
- Scott, J. W. (1986). Gender: A Useful Category of Historical Analysis. *The American Historical Review* 91 (5): 1053-1075.
- Shively, M.G., & De Cecco, J.P. (1993). Components of Sexual Identity, In Garnets, L.D., & Kimmek, D.C. (eds.). *Psychological Perspectives on Lesbian and Gay Male Experiences*. New York: Columbia University Press.
- Siminoff, L. A., & Sandberg, D. E. (2015). Promoting Shared Decision Making in Disorders of Sex Development (DSD): Decision Aids and Support Tools. *Hormone and Metabolic Research*, 47(5), 335-339.
- Stoller, R. (1968). *Sex and Gender: On the Development of Masculinity and Femininity*. N.Y.: Science House.
- van Heesch, M. (2015). *Ze wisten niet of ik een jongen of een meisje was: Kennis, keuze en geslachtsvariëaties*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Van Hoecke, E. (2009). Psychosociale aspecten bij kinderen en jongeren met aandoeningen van de seksuele ontwikkeling (DSD) en hun ouders: je ziet het niet, maar je voelt het wel! *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 65(16), 744-749.
- van Lisdonk, J. (2014). *Leven met intersekse/dsd: Een verkennend onderzoek naar de leefsituatie van personen met intersekse/dsd*. Den Haag, Nederland: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- West, C., & D. H. Zimmerman (1987). Doing Gender. *Gender and Society*, 1(2): 125-151.
- Wils, K. (red.) (2001). *Het lichaam (m/v)*. Leuven: Universitaire Pers.

Summary

What makes the difference? A gender-critical perspective on the theme of intersex

In this article the different meanings are explored from a gender-theoretical perspective that have been attributed to the phenomenon of intersex in western thought. While pre-modern thought was characterised by a 'one-sex-model' and relative tolerance towards perceived deviations from the masculine and the feminine, from the eighteenth century, the rise of biology, medicine and the two-sex-model led to a more strict classification of what are seen as normal and abnormal bodies. The second half of the twentieth century shows the rise of social constructionist thought and the malleability of gender role and identity. Despite the split between sex and gender, the binary sex/gender model remains unquestioned, until the contribution of critical gender studies in the nineties. However, the binary heteronormative model has long determined the modern medical treatment of intersex births. In the new millennium the medical field increasingly takes the criticisms from the growing intersex movement into account against unnecessary surgery, and in favour of more scientific research, evidence-based knowledge and sound follow-up of surgical and/or hormonal intervention in children with intersex/DSD, without their informed consent. The contribution of a gender-critical perspective is to keep exposing the limitations of binary thought and to strive for more consciousness-raising about sex and gender variation, among stakeholders and the broader society.

Keywords: intersex/DSD, gender studies, heteronormativity, binary thought, sex and gender variation

Trefwoorden: intersekse/DSD, genderstudies, heteronormativiteit, binair denken, sekse-gendervariatie