



ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

Σπουδές φύλου: Μεθοδολογίες, θεωρίες, πολιτικές

Διπλωματική Εργασία

Ίντερσεξ, μια Αόρατη & Σιωπηρή Γενοκτονία:
Ιατρικές Στάσεις & Επιλεκτικοί Τερματισμοί στην Ελλάδα και Διεθνώς

Μια μετα-αποικιακή φεμινιστική προσέγγιση

Ειρήνη Συμεωνίδου

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: **Δρ. Δήμητρα Τζανάκη**

Πάτρα, Ιούνιος 2026

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία της φοιτήτριας («συγγράφισσας/δημιουργού») που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης η συγγράφισσα/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας της συγγράφισσας/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση της συγγράφισσας/δημιουργού. Η συγγράφισσα/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών της δικαιωμάτων.

Ίντερσεξ, μια Αόρατη & Σιωπηρή Γενοκτονία:
Ιατρικές Στάσεις & Επιλεκτικοί Τερματισμοί στην Ελλάδα και Διεθνώς
Μια μετα-αποικιακή φεμινιστική προσέγγιση

Ειρήνη Συμεωνίδου

Επιτροπή Επίβλεψης Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Συν-Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

Δρ. Δήμητρα Τζανάκη **Δρ. Μαίρη Λεοντσίνη**

Επίκουρη Καθηγήτρια Τμήμα Κοινωνιολογίας του Φύλου Πανεπιστήμιο Αιγαίου	Καθηγήτρια Τμήμα Εκπαίδευσης και Αγωγής στην Προσχολική Ηλικία Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
---	---

Πάτρα 2026

[έκταση: 19.805 λέξεις]

Αφιερώνεται

*στα παιδιά μου
που είναι η πυξίδα μου,
στον σύντροφό μου
που είναι το λιμάνι μου,
& στις υπέροχες συντροφισσές μου
που συνταξιδεύουμε, αλλάζοντας τον κόσμο
για τα ίντερσεξ παιδιά που έρχονται
και για όλα τα παιδιά.*

Ευχαριστίες

Ευχαριστώ από καρδιάς την επόπτριά μου Δρ. Δήμητρα Τζανάκη, για την ενθάρρυνση και συντρόφευση σ αυτό το ταξίδι, για την καθοδήγηση, τη διαρκή υποστήριξη, την εμπιστοσύνη και τις ουσιαστικές παρατηρήσεις της σε όλη τη διάρκεια εκπόνησης της παρούσας εργασίας.

Ευχαριστώ θερμά τη δεύτερη επόπτριά της εργασίας, Δρ. Μαίρη Λεοντσίνη, για τη θεσμική της παρουσία και τη συμμετοχή της στη συμβουλευτική επιτροπή.

Ευχαριστώ επίσης θερμά τα άτομα και τις συλλογικότητες της ίντερσεξ κοινότητας, στην Ελλάδα και διεθνώς, των οποίων οι αγώνες, οι μαρτυρίες και η γνώση έχουν καταστήσει δυνατή τη δημόσια συζήτηση για ζητήματα που για δεκαετίες παρέμεναν στη σιωπή.

Ιδιαίτερα ευχαριστώ τα μέλη του Δ.Σ. της Intersex Greece, τα ίντερσεξ πρόσωπα και τους γονείς ίντερσεξ παιδιών που μοιράστηκαν βιώματα, σκέψεις, δύσκολα συναισθήματα και προβληματισμούς, συμβάλλοντας στην κατανόηση ενός πεδίου βαθιά προσωπικού, πολιτικού και θεσμικά υποκαταγεγραμμένου.

Ευχαριστώ τέλος τους πιο κοντινούς μου ανθρώπους, τον σύντροφο και τα παιδιά μου που με στήριξαν πρακτικά και συναισθηματικά με αγάπη και υπομονή σε αυτή τη διαδρομή, ιδίως στις στιγμές κόπωσης, αμφιβολίας και αναμέτρησης με ένα δύσκολο και συχνά επίπονο υλικό.

Η παρούσα εργασία δεν θα είχε υλοποιηθεί χωρίς την πρακτική συμβολή, κατανόηση, εμπιστοσύνη και υπομονή όλων αυτών και πολλών ακόμα ανθρώπων, που δεν αναφέρω ονομαστικά, αλλά γνωρίζουν καλά ποιες, ποιοι και ποια είναι.

Σας ευχαριστώ όλες, όλους και όλα.

Περίληψη

Η παρούσα εργασία εξετάζει την ιστορική, ιατρική και βιοπολιτική διαχείριση της ίντερσεξ ποικιλομορφίας, με έμφαση στους επιλεκτικούς τερματισμούς επιθυμητών ίντερσεξ κυήσεων μετά από προγεννητική διάγνωση διαφοροποιήσεων των χαρακτηριστικών φύλου. Μέσα από ιστορική, βιβλιογραφική και νομοθετική ανασκόπηση, αναλύεται η συγκρότηση των ίντερσεξ σωμάτων ως αντικειμένων διάγνωσης, ταξινόμησης, πρόληψης ή κανονικοποίησης. Το ερευνητικό μέρος επικεντρώνεται στην ελληνική πραγματικότητα, μέσα από αυτοεθνογραφική αφήγηση, συνεντεύξεις με επαγγελματίες υγείας και συμμετοχική έρευνα δράσης με ομάδα εστιασμένης συζήτησης γονέων. Στόχος είναι να αναδειχθεί ότι, παρά την πρόοδο στη νομική και ηθική θεώρηση των ίντερσεξ δικαιωμάτων, πολλοί ιατροί εξακολουθούν να προτείνουν, ή/και να ασκούν πίεση για, τον τερματισμό ίντερσεξ κυημάτων. Υποστηρίζεται ότι οι επιλεκτικοί τερματισμοί προγεννητικά και οι μη αναγκαίες κανονικοποιητικές παρεμβάσεις μεταγεννητικά ανήκουν στο ίδιο συνεχές σιωπηρής βιοπολιτικής «εξαφάνισης»: είτε αποτρέπουν τη γέννηση ίντερσεξ σωμάτων είτε καθιστούν αόρατα τα χαρακτηριστικά φύλου τους μετά τη γέννηση. Η εργασία αναδεικνύει την ανάγκη πολιτικών παρεμβάσεων, καλών πρακτικών, νομικών ρυθμίσεων και ευαισθητοποίησης της ιατρικής κοινότητας, των θεσμών και της κοινωνίας, ώστε να προστατευθούν η φυσική ανθρώπινη ποικιλομορφία και τα δικαιώματα των ίντερσεξ ανθρώπων.

Λέξεις κλειδιά: ίντερσεξ, επιλεκτικοί τερματισμοί κύησης, κανονικοποιητικές παρεμβάσεις, βιοπολιτική εξαφάνιση, ανθρώπινα δικαιώματα

Abstract:

This thesis examines the historical, medical and biopolitical management of intersex variation, with an emphasis on the selective termination of wanted intersex pregnancies following prenatal diagnosis of variations in sex characteristics. Through historical, bibliographic and legal review, it analyses the construction of intersex bodies as objects of diagnosis, classification, prevention or normalization. The empirical part focuses on the Greek context, through autoethnographic narration, interviews with health professionals, and participatory action research with a parents' focus group. The aim is to show that, despite progress in the legal and ethical understanding of intersex rights, many physicians still recommend and/or exert pressure for the termination of intersex pregnancies. The thesis argues that selective terminations prenatally and medically unnecessary normalizing interventions postnatally belong to the same continuum of silent biopolitical "erasure": they either prevent the birth of intersex bodies or render their sex characteristics invisible after birth. The study highlights the need for political interventions, good practices, legal reforms, and awareness-raising within the medical community, institutions and society, in order to protect natural human diversity and the rights of intersex people.

Keywords: intersex, selective termination of pregnancy, normalizing interventions, biopolitical erasure, human rights.

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες.....	4
Περίληψη.....	5
Abstract.....	5
Περιεχόμενα.....	6
Εισαγωγή.....	7
Κεφάλαιο 1: Μεθοδολογία.....	9
Βιωματική γνώση, αυτοεθνογραφία και φεμινιστική μεθοδολογία.....	10
Κεφάλαιο 2: Θεωρητικό & Επιστημολογικό Πλαίσιο.....	13
Ορισμός, ιστορική πλαισίωση & νομικά όρια της γενοκτονίας.....	13
Ιστορικές μορφές γενοκτονίας: από τη φυσική εξόντωση στη βιοπολιτική διαχείριση πληθυσμών.....	15
Από το «γένος» στην ευγονική: γενεαλογία της αναπαραγωγής και της «παιδοκομίας»	16
Από την «εξαίρεση», στην επιστημική αδικία, στην αποσιώπηση, στη βία και τη νεκροπολιτική.....	18
Βιοπολιτική της προγεννητικής επιλογής: από τη «διαχείριση της ζωής» στην επιλεκτική αποτροπή της γέννησης.....	21
Αναπαραγωγική ρύθμιση, σωματική κανονικοποίηση & τα όρια της γενοκτονίας ως αναλυτικής κατηγορίας.....	24
Κεφάλαιο 3: Ιστορικότητα της διαχείρισης ίντερσεξ/DSD.....	27
Γενεαλογία των όρων.....	27
Από τον «ερμαφροδιτισμό» ως θεολογικο-δικανικό πρόβλημα στη νεωτερική βιοϊατρική ταξινόμηση του φύλου.....	28
Μεταπολεμική βιοϊατρικοποίηση του ίντερσεξ σώματος: από τη χρωματίνη φύλου στον Money.....	32
Από <i>intersex</i> σε <i>DSD</i> : αναταξινόμηση, ιατρική ανασυγκρότηση και κριτική.....	35
IGM: Βιοπολιτική, ικανοτισμός και αποικιακή εξαφάνιση.....	38
Πολιτική υποκειμενοποίηση: η συγκρότηση του διεθνούς κινήματος και η ελληνική περίπτωση.....	41
Τερματισμοί, εγκαταλείψεις, βρεφοκτονίες.....	44
Προγεννητική διάγνωση και επιλεκτικοί τερματισμοί κυήσεων λόγω ίντερσεξ/DSD διαφοροποιήσεων.....	44
Ίντερσεξ βρεφοκτονίες και γονεϊκή εγκατάλειψη.....	47
Κεφάλαιο 4: Αυτοεθνογραφία: «Θα γεννήσεις ένα τέρας της φύσης», ή Όταν το προσωπικό γίνεται πολιτικό.....	49
Επανυποκειμενοποίηση: από τη συμμόρφωση στην ανυπακοή.....	51
Από το προσωπικό βίωμα στην πολιτική συνειδητοποίηση.....	54
Κεφάλαιο 5: Ερευνητικά Ευρήματα.....	57
Ευρήματα από τις συνεντεύξεις επαγγελματιών υγείας.....	58
Ευρήματα από την ομάδα εστιασμένης συζήτησης γονέων.....	60
Η διαπραγμάτευση της ιατρικής αυθεντίας.....	63
Από την ατομική αναζήτηση γνώσης στη συλλογική γνώση.....	64
Αναστοχασμός, φροντίδα και διεκδίκηση.....	64
Σύνθεση ευρημάτων.....	65
Συμπεράσματα & καλές πρακτικές.....	67
Βιβλιογραφικές Αναφορές.....	69
Παραρτήματα.....	78
I. Έντυπο συγκατάθεσης.....	78
II. Ερωτηματολόγιο ημιδομημένων συνεντεύξεων ιατρών.....	82

Εισαγωγή

Ίντερσεξ¹ είναι ο όρος-ομπρέλα για τους ανθρώπους που γεννιούνται με χαρακτηριστικά φύλου που δεν ανταποκρίνονται πλήρως στις κοινωνικές και ιατρικές προσδοκίες για τα «αρσενικά» ή «θηλυκά» σώματα. Τα χαρακτηριστικά αυτά μπορεί να αφορούν χρωμοσώματα, γονάδες, ορμόνες, εσωτερικά ή εξωτερικά γεννητικά όργανα και αποτελούν φυσικές παραλλαγές της ανθρώπινης σωματικότητας (Ghattas, 2015). Ο όρος περιγράφει επίσης *τη ζωντανή εμπειρία των κοινωνικών, πολιτισμικών και πολιτικών συνεπειών που υφίστανται άνθρωποι των οποίων τα σώματα δεν εμπίπτουν στις κανονιστικές νόρμες των «αρσενικών» και «θηλυκών» σωμάτων*² (Van der Have, όπως αναφέρεται στο Rehman, 2022). Οι οργανώσεις της ίντερσεξ κοινότητας προσεγγίζουν τις παραλλαγές των χαρακτηριστικών φύλου ως υγιείς εκφάνσεις της ανθρώπινης βιοποικιλότητας και διεκδικούν τον σεβασμό της σωματικής ακεραιότητας, της αυτοδιάθεσης και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ίντερσεξ ατόμων. Υπολογίζεται ότι περίπου 2% των ανθρώπων γεννιούνται με διαφυλικά χαρακτηριστικά (Greenberg, 2012).

Η ίντερσεξ ποικιλομορφία αποτελεί διαχρονικό μέρος της ανθρώπινης ιστορίας, όμως η κυρίαρχη βιοϊατρική προσέγγιση τη συγκρότησε ως αντικείμενο διάγνωσης, ταξινόμησης και διόρθωσης. Η διεθνής βιβλιογραφία και οι οργανώσεις ανθρωπίνων δικαιωμάτων καταγράφουν ένα συνεχές πρακτικών, από τους επιλεκτικούς τερματισμούς κυήσεων μετά από προγεννητική διάγνωση έως τις μη αναγκαίες, αισθητικές και μη συναινετικές ιατρικές παρεμβάσεις σε βρέφη και παιδιά. Στις δυτικές κοινωνίες, αλλά και σε άλλα κοινωνικοπολιτισμικά πλαίσια, καταγράφονται επίσης εγκατάλειψη, βρεφοκτονία, στιγματισμός, διακρίσεις και κοινωνικός αποκλεισμός. Οι πρακτικές αυτές συνδέονται με την προσαρμογή των ίντερσεξ σωμάτων στις κυρίαρχες αντιλήψεις περί «αρσενικού» και «θηλυκού», επηρεάζοντας την επιβίωση, την ευζωία και την κοινωνική ορατότητα των ίντερσεξ πληθυσμών.

Η παρούσα εργασία εξετάζει τις πρακτικές αυτές ως μέρος ευρύτερου καθεστώτος βιοπολιτικής διαχείρισης της ίντερσεξ ποικιλομορφίας. Ιδιαίτερη σημασία

¹ *Intersex: Διαφυλικό ή άτομο με VSC (Variation of Sex Development)*. Στην παρούσα εργασία επιλέχθηκε ο ελληνοποιημένος όρος ίντερσεξ, ως πιο συχνά χρησιμοποιούμενος από το διεθνές ίντερσεξ κίνημα.

² μετα-ιατρικός ορισμός

έχει ο τρόπος με τον οποίο η παθολογικοποίηση των ίντερσεξ σωμάτων συνοδεύεται από μηχανισμούς παραγωγής άγνοιας: οι επιλεκτικοί τερματισμοί σπανίως καταγράφονται ως πρακτικές που αφορούν την ίντερσεξ ποικιλομορφία· οι μη αναγκαίες ιατρικές παρεμβάσεις παραμένουν σε μεγάλο βαθμό αόρατες στις επίσημες στατιστικές· οι εμπειρίες των ίδιων των ίντερσεξ ατόμων και των οικογενειών τους υποεκπροσωπούνται στην επιστημονική γνώση, στις δημόσιες πολιτικές και στην εκπαίδευση. Η απουσία δεδομένων συνιστά μέρος του ίδιου του φαινομένου.

Κεντρικό ερώτημα της εργασίας είναι κατά πόσο οι πρακτικές προγεννητικής επιλογής, οι μη αναγκαίες ιατρικές παρεμβάσεις και οι ευρύτερες κοινωνικές πρακτικές διαχείρισης της ίντερσεξ ποικιλομορφίας μπορούν να αναλυθούν ως μορφές βιοπολιτικής εξάλειψης των ίντερσεξ πληθυσμών. Ειδικότερα διερευνώνται: α) η ιστορική συγκρότηση της ίντερσεξ ποικιλομορφίας ως αντικειμένου διάγνωσης και κανονικοποίησης· β) οι μορφές προγεννητικής και μεταγεννητικής διαχείρισης που καταγράφονται στη διεθνή βιβλιογραφία και στο πεδίο των ανθρωπίνων δικαιωμάτων· γ) οι εμπειρίες και αντιλήψεις επαγγελματιών υγείας και γονέων σχετικά με τη λήψη αποφάσεων μετά από προγεννητική ή μεταγεννητική διάγνωση· και δ) οι αναγκαίες αλλαγές για την προστασία της σωματικής ακεραιότητας και των δικαιωμάτων των ίντερσεξ παιδιών.

Η έρευνα εδράζεται σε ποιοτική, φεμινιστική, διαθεματική και αποαποικιακή προσέγγιση. Συνδυάζει βιβλιογραφική ανασκόπηση, αυτοεθνογραφία, ημιδομημένες συνεντεύξεις με επαγγελματίες υγείας και ομάδα εστιασμένης συζήτησης γονέων, επιδιώκοντας να αναδείξει μορφές γνώσης που παραμένουν εκτός των κυρίαρχων βιοϊατρικών αφηγήσεων και να δώσει χώρο στις εμπειρίες όσων επηρεάζονται άμεσα από τις πρακτικές αυτές.

Η εργασία οργανώνεται σε έξι κεφάλαια. Το πρώτο παρουσιάζει τη μεθοδολογία, τη φεμινιστική επιστημολογία, την αυτοεθνογραφία, τη συμμετοχική έρευνα δράσης και τους περιορισμούς του πεδίου. Το δεύτερο συγκροτεί το θεωρητικό και επιστημολογικό πλαίσιο μέσα από τη γενοκτονία ως αναλυτική κατηγορία, τη βιοπολιτική/νεκροπολιτική, την ευγονική, την αγνωτολογία και την επιστημική αδικία σε σχέση με την αναπαραγωγική ρύθμιση. Το τρίτο εξετάζει την ιστορικότητα της διαχείρισης της ίντερσεξ σωματικότητας και τη διεθνή κατάσταση: από τη γενεαλογία των όρων και τη μεταπολεμική βιοϊατρικοποίηση έως τις IGM, το διεθνές ίντερσεξ

κίνημα, τους επιλεκτικούς τερματισμούς, τις εγκαταλείψεις και τις βρεφοκτονίες. Το τέταρτο αναπτύσσει την αυτοεθνογραφική αφήγηση, συνδέοντας το προσωπικό βίωμα με την ιατρική εξουσία, την υποκειμενοποίηση και την πολιτική συνειδητοποίηση. Το πέμπτο παρουσιάζει τα ευρήματα από τις συνεντεύξεις επαγγελματιών υγείας και την ομάδα εστιασμένης συζήτησης γονέων και καταλήγει σε σύνθεσή τους. Τέλος, συνοψίζονται τα συμπεράσματα και διατυπώνονται καλές πρακτικές και θεσμικές παρεμβάσεις για την προστασία της σωματικής ακεραιότητας, της αυτοδιάθεσης και των δικαιωμάτων των ίντερσεξ παιδιών.

Ο τίτλος της εργασίας, «Ίντερσεξ: Μια Αόρατη και Σιωπηρή Γενοκτονία», συνοψίζει το κεντρικό επιχείρημα. Η αορατότητα αφορά την απουσία συστηματικών καταγραφών, τη χαμηλή κοινωνική αναγνώριση, την υποεκπροσώπηση των ίντερσεξ εμπειριών και τη διαγραφή τους από τη συλλογική μνήμη. Η σιωπή αφορά την παθολογικοποίηση, την αποσιώπηση των βιωμάτων των ίδιων των ίντερσεξ ατόμων και των οικογενειών τους, καθώς και την παραγωγή άγνοιας γύρω από τις συνέπειες πρακτικών όπως οι επιλεκτικοί τερματισμοί κυήσεων, οι μη αναγκαίες ιατρικές παρεμβάσεις, η εγκατάλειψη και οι βρεφοκτονίες. Η *αόρατη και σιωπηρή γενοκτονία* αφορά τελικά ένα συνεχές αποκλεισμών της φυσικής ανθρώπινης ποικιλομορφίας πριν από τη γέννηση, κατά τη γέννηση και σε όλη τη μετέπειτα ζωή: τη συστηματική διαγραφή σωμάτων, βιωμάτων και μνήμης που αρνούνται να χωρέσουν στις κυρίαρχες νόρμες του φύλου, συγκροτώντας μια θηλυκοκτονία της μνήμης (Τζανάκη, 2025α) και μια γενοκτονία της ανυπακοής.

Κεφάλαιο 1: Μεθοδολογία

Η παρούσα έρευνα εκκινεί από —και εδράζεται σε— φεμινιστική επιστημολογική προσέγγιση, που αναγνωρίζει τη γνώση ως ενσώματη, τοποθετημένη και άρρηκτα συνδεδεμένη με την εμπειρία (Haraway, 1988). Η αυτοεθνογραφία αξιοποιείται ως μεθοδολογικό εργαλείο διερεύνησης της διαπλοκής προσωπικού βιώματος και ευρύτερων κοινωνικών, πολιτισμικών και θεσμικών δομών (Ellis et al., 2011). Η επιλογή της δεν είναι ουδέτερη μεθοδολογική επιλογή, αλλά πολιτική πράξη, ευθυγραμμισμένη με τη φεμινιστική αρχή ότι *«το προσωπικό είναι πολιτικό»*³ (Hanisch, 1970). Υπό αυτή την οπτική, η ατομική εμπειρία δεν αντιμετωπίζεται ως ιδιωτικό

³ Βλ. και Ε. Βαρίκα (2000) *«Το προσωπικό είναι πολιτικό»*

γεγονός, αλλά ως σημείο εισόδου για την κατανόηση δομικών μορφών εξουσίας, κανονικοποίησης και κοινωνικού ελέγχου.

Βιωματική γνώση, αυτοεθνογραφία και φεμινιστική μεθοδολογία

Η έρευνα τοποθετείται ρητά στο πλαίσιο της φεμινιστικής και κριτικής επιστημολογίας, η οποία αμφισβητεί την ουδέτερη, αποστασιοποιημένη γνώση, αναγνωρίζοντας κάθε γνωστική/ερευνητική διαδικασία ως ενσώματη, τοποθετημένη και διαμορφωμένη μέσα σε συγκεκριμένες κοινωνικοϊστορικές συνθήκες και σχέσεις εξουσίας. Η Haraway (1988) υποστηρίζει ότι η γνώση συγκροτείται πάντα μέσα από συγκεκριμένες θέσεις και εμπειρίες· η αναγνώριση αυτής της τοποθέτησης αποτελεί όρο επιστημονικής υπευθυνότητας και όχι μεθοδολογικό μειονέκτημα. Αντίστοιχα, η Harding (1991) επισημαίνει ότι η φεμινιστική επιστημολογία δεν επιδιώκει την εξάλειψη της υποκειμενικότητας, αλλά την κριτική αξιοποίησή της ως πηγής γνώσης.

Η ερευνήτρια δεν προσεγγίζει το πεδίο ως εξωτερική παρατηρήτρια, αλλά ως υποκείμενο με άμεση βιωματική εμπλοκή. Η εμπειρία της προγεννητικής διάγνωσης και της πιεστικής ιατρικής σύστασης για τερματισμό επιθυμητής κύησης, σε συνδυασμό με τη μετέπειτα δράση υπεράσπισης των ίντερσεξ δικαιωμάτων, συγκροτούν μορφές ενσώματης γνώσης που επηρεάζουν τόσο τη διατύπωση του ερευνητικού ερωτήματος όσο και την ερμηνεία των δεδομένων. Η αυτοεθνογραφία ανταποκρίνεται σε αυτή τη συνθήκη, συνδέοντας συστηματικά την προσωπική εμπειρία με τα θεωρητικά, κοινωνικά και θεσμικά πλαίσια παραγωγής της. Όπως επισημαίνει η Ellis (2011), δεν αποτελεί απλή αφήγηση εμπειριών, αλλά αναλυτική πρακτική που γεφυρώνει το προσωπικό και το συλλογικό. Η διττή θέση της ερευνήτριας, ταυτόχρονα «εντός» και «εκτός» του πεδίου, συνιστά παράδειγμα *αναστοχαστικότητας (reflexivity)*, δηλαδή διαρκούς επίγνωσης της σχέσης μεταξύ υποκειμένου που ερευνά και ερευνώμενου αντικειμένου (Finlay, 2002), κρίσιμης σε πεδία έντονων ανισορροπιών εξουσίας, όπως η ιατρική γνώση και η κλινική πρακτική.

Η αυτοεθνογραφική γραφή της έρευνας συνομιλεί με την *escrevivência* της Evaristo (2020): γραφή ως επιβίωση, μνήμη και αντίσταση απέναντι σε σιωπή, διαγραφή και κανονικοποίηση. Εκκινώντας από την εμπειρία της μαύρης, φτωχής γυναίκας, η *escrevivência* δεν χωρίζει το προσωπικό από το συλλογικό. Όπως γράφει η Evaristo: «*Η δική μας escrevivência δεν μπορεί να διαβαστεί σαν ιστορίες που*

νανουρίζουν τους κατοίκους του “μεγάλου σπιτιού”, αλλά για να τους ταραξουν στους άδικους ύπνους τους». Η *escrevenhência* αναγνωρίζει ότι το ποιος γράφει έχει σημασία, απορρίπτει την αποστασιοποιημένη «ουδετερότητα» και κάνει τη γραφή πράξη διεκδίκησης και επανύπαρξης. Όπως η αυτοεθνογραφία, αξιοποιεί το βίωμα ως γνώση και συνδέει το «εγώ» με το «εμείς»: ωστόσο, προέρχεται από λαϊκές, αποικιοκρατικά αποκλεισμένες εμπειρίες και δεν στοχεύει μόνο στην ανάλυση, αλλά στη μεταμόρφωση της πραγματικότητας. Σε αντίθεση με την αυτοβιογραφία, που αφηγείται την ατομική διαδρομή ενός «εγώ», η *escrevenhência* γράφει το προσωπικό ως μέρος μιας αποσιωπημένης συλλογικής ιστορίας: «*Η ζωή μου είναι κομμάτι μιας ιστορίας που δεν έχει ειπωθεί· γράφοντάς την, επιβιώνουμε όλα*».

Ο αρχικός σχεδιασμός προέβλεπε ερωτηματολόγια και συνεντεύξεις με επαγγελματίες υγείας για την προγεννητική και μεταγεννητική διαχείριση ίντερσεξ/DSD διαγνώσεων. Στάλθηκαν πέντε ομαδικές προσκλήσεις σε κλινικές και είκοσι τρεις εξατομικευμένες σε ιατρούς —κυρίως μαιευτήρες-γυναικολόγους και γενετιστές/τριες— με διαφοροποίηση ως προς φύλο, ηλικία, εμπειρία, αναγνωρισιμότητα και γεωγραφική τοποθέτηση, σε αστικά κέντρα και περιφέρεια. Η ανταπόκριση υπήρξε μηδαμινή: συμμετείχαν μόνο τρεις επαγγελματίες, δύο εμβρυομητρικοί μαιευτήρες και μία γενετίστρια εργαστηρίου, σε ατομικές συνεντεύξεις περίπου 45 λεπτών. Η περιορισμένη ανταπόκριση δεν αντιμετωπίζεται μόνο ως πρακτικό εμπόδιο, αλλά ως στοιχείο του πεδίου, ως «σιωπηλό δεδομένο» (*silent data*): στην ποιοτική μεθοδολογία, η σιωπή δεν συνιστά απουσία νοήματος, αλλά ενεργό ερευνητικό στοιχείο (Mazzei, 2003). Η απροθυμία συμμετοχής μπορεί να αντανakλά σχέσεις εξουσίας, φόβο έκθεσης, θεσμικούς περιορισμούς και μορφές επιστημικής, ιδίως ερμηνευτικής, αδικίας: αδυναμία ορισμένων βιωμάτων να γίνουν κατανοητά ή εκφράσιμα μέσα στα κυρίαρχα εννοιολογικά πλαίσια (Fricker, 2007). Έτσι, οι εμπειρίες γύρω από τη διαχείριση της ποικιλομορφίας του φύλου παραμένουν συχνά υποκαταγεγραμμένες ή αόρατες στην ιατρική γνώση. Η ερμηνεία αυτή ενισχύεται από τη διεθνή βιβλιογραφία των Intersex Studies, όπου επισημαίνονται θεσμικές «σιωπές», απουσίες και διαγραφές γύρω από ίντερσεξ ζωές και εμπειρίες, αλλά και περιορισμένη ορατότητα σε πεδία ιατρικής πολιτικής και φροντίδας, συχνά χαρακτηριζόμενα από περιορισμένη διαφάνεια και απροθυμία δημόσιας συζήτησης (Monro et al., 2024).

Στην υγειονομική έρευνα, τα δεδομένα δεν είναι ουδέτερα, αλλά παράγονται μέσα από σχέσεις εμπιστοσύνης, συγκατάθεσης, εμπιστευτικότητας και συγκεκριμένων συμφραζομένων (Broom et al., 2009)· συνεπώς, η μη ανταπόκριση των Ελλήνων ιατρών δεν αποτελεί απουσία δεδομένων, αλλά ένδειξη των ορίων και εντάσεων του πεδίου. Η περιορισμένη ελληνική ιατρική βιβλιογραφία αναδεικνύει κυρίαρχες παθολογικοποιητικές στάσεις, καθώς προσεγγίζει τις DSD/ίντερσεξ παραλλαγές κυρίως ως ζήτημα γενετικής διάγνωσης, τεχνικής ανίχνευσης και χειρουργικής κανονικοποίησης, χωρίς ρητή αναφορά σε ανθρώπινα δικαιώματα, βιοηθική ή ανθρωποκεντρική φροντίδα. Ενδεικτικά, η Προκοπάκη (2017), μέσα από βιολογικοκρατική αντίληψη του φύλου, εντάσσει την ίντερσεξ ποικιλομορφία στις «*Διαταραχές Ανάπτυξης Φύλου (DSD)*» ως παθολογικές καταστάσεις που δημιουργούν «σοβαρά ζητήματα διάγνωσης και παρέμβασης», παρουσιάζοντας τα νεογνά με μη τυπικά γεννητικά όργανα ως κλινικό πρόβλημα προς διαγνωστική και θεραπευτική διαχείριση. Αντίστοιχα, ο Παφτούνος (2021) παρουσιάζει τον προγεννητικό έλεγχο για ανευπλοειδίες χρωμοσωμάτων φύλου —Turner, Klinefelter, XXX και XYY— ως εργαλείο έγκαιρης και αξιόπιστης διάγνωσης/πρόληψης DSD, εστιάζοντας στην αποτελεσματικότητα των μεθόδων, χωρίς ουσιαστική συζήτηση των κοινωνικών ή βιοηθικών συνεπειών τους, όπως οι επιλεκτικοί τερματισμοί μετά από διάγνωση. Αντίθετα, η Ελματζόγλου (2024), από τις διατμηματικές σπουδές φύλου, μετατοπίζει την ανάλυση στις βιωμένες εμπειρίες των ίντερσεξ ατόμων και στις κοινωνικές και ηθικές συνέπειες των ιατρικών πρακτικών, αναδεικνύοντας τη μετάβαση από το ιατρικό παράδειγμα διάγνωσης, πρόληψης και κανονικοποίησης σε δικαιωματική προσέγγιση, με επίκεντρο τη συναίνεση, τη σωματική ακεραιότητα και τη φωνή των ίδιων των ίντερσεξ υποκειμένων.

Η ελάχιστη ανταπόκριση και ο γρήγορος κορεσμός από τις/τους τρεις γιατρούς οδήγησαν τη διερεύνηση της προγεννητικής διαχείρισης ίντερσεξ κυημάτων στην Ελλάδα και προς τη μαιευτική, καθώς η μαία συχνά παρίσταται ως βοηθός και μάρτυρας της ιατρικής συμβουλευτικής και διαχείρισης. Η Τζαμαρία (2022) αναδεικνύει σημαντικά κενά γνώσης και εκπαίδευσης των μαιών/μαιευτών στα ίντερσεξ ζητήματα, καθώς και κακοποιητικές ή απορριπτικές συμπεριφορές απέναντι σε ίντερσεξ άτομα και γονείς ίντερσεξ παιδιών. Τα ευρήματά της δείχνουν ότι άγνοια, παθολογικοποίηση και κανονικοποιητικές αντιλήψεις εξακολουθούν να διαμορφώνουν την περιγεννητική

και νεογνική φροντίδα, εγγράφοντας τις παραβιάσεις των ίντερσεξ δικαιωμάτων στις καθημερινές πρακτικές του συστήματος υγείας.

Η περιορισμένη πρόσβαση στο ιατρικό πεδίο οδήγησε σε μεθοδολογική αναπροσαρμογή, με έμφαση σε ποιοτικά δεδομένα από γονείς ίντερσεξ παιδιών που βίωσαν είτε προγεννητικό έλεγχο —όπως και η ερευνήτρια— είτε μεταγενέστερη διάγνωση του παιδιού, μέσω ομάδας εστιασμένης συζήτησης. Η επιλογή συνδέεται με τη φεμινιστική έρευνα στην υγεία, που αναγνωρίζει το βίωμα ως κρίσιμη γνώση: οι ομάδες εστίασης διευκολύνουν τη συμμετοχή όσων δεν θα έδιναν εύκολα ατομική συνέντευξη ή θεωρούν ότι «δεν έχουν τίποτα να πουν» (Kitzinger, 1995), ενώ αναδεικνύουν συλλογικά μοτίβα εμπειρίας και λόγου (Morgan, 1996). Η ομάδα οργανώθηκε ως *συμμετοχική έρευνα δράσης*⁴, δηλαδή συνεργατική, προσανατολισμένη στη δράση έρευνα «με» και «για» τα υποκείμενα, όχι «πάνω» σε αυτά (Kindon et al., 2007). Παρότι οι συμμετοχικές προσεγγίσεις ενέχουν κινδύνους ως προς τις σχέσεις εξουσίας, τα όρια συμμετοχής και την αναπαραγωγή ιεραρχιών, η σχέση ομοτίμων, η προϋπάρχουσα εμπιστοσύνη και η ανατροφοδότηση της ομάδας μετά την ανάλυση τους περιόρισαν.

Έτσι, η αυτοεθνογραφία της ερευνήτριας και οι μαρτυρίες των γονέων λειτουργούν ως εργαλεία ανάλυσης της διαπλοκής βιοϊατρικής γνώσης, κανονιστικών αντιλήψεων και αναπαραγωγικών αποφάσεων, στο πλαίσιο μικτής μεθοδολογίας που αναγνωρίζει τη γνώση ως ενσώματη, σχεσιακή και πολιτικά τοποθετημένη (Haraway, 1988).

⁴ Παρότι η Participatory Action Research (PAR) περιγράφεται συνήθως ως μεθοδολογική προσέγγιση με τη συμμετοχή των υποκειμένων ως συν-ερευνητών, προσανατολισμό στην κοινωνική αλλαγή και διαδοχικούς κύκλους σχεδιασμού, δράσης, παρατήρησης και αναστοχασμού, στην παρούσα εργασία ο όρος χρησιμοποιείται με την ευρύτερη έννοια της φεμινιστικής και κριτικής συμμετοχικής μεθοδολογίας. Η «δράση» δεν νοείται πρωτίστως ως οργανωμένη παρέμβαση ή εφαρμογή του κλασικού κυκλικού μοντέλου της PAR, αλλά ως διαδικασία συλλογικού αναστοχασμού και συμπαραγωγής γνώσης, μέσω της ανάδειξης των βιωμένων εμπειριών ως έγκυρης γνώσης και ενδυνάμωσης των συμμετεχόντων. Στο πλαίσιο αυτό, η ομάδα εστιασμένης συζήτησης λειτούργησε ως χώρος συγκρότησης εναλλακτικού λόγου απέναντι στις κυρίαρχες βιοϊατρικές αφηγήσεις για τα ίντερσεξ άτομα και τις εμπειρίες τους, δημιουργώντας προϋποθέσεις για επιστημική και πολιτική ενδυνάμωση μέσω της συλλογικής παραγωγής γνώσης

Κεφάλαιο 2: Θεωρητικό & Επιστημολογικό Πλαίσιο

Ορισμός, ιστορική πλαισίωση & νομικά όρια της γενοκτονίας

Η έννοια της γενοκτονίας, θεσμοθετημένη στη *Σύμβαση του ΟΗΕ για την Πρόληψη και Καταστολή του Εγκλήματος της Γενοκτονίας* (1948), αποτελεί τον βασικό νομικό άξονα κατανόησης του όρου στη σύγχρονη διεθνή τάξη. Σύμφωνα με το Άρθρο II, γενοκτονία συνιστούν *πράξεις που τελούνται με πρόθεση καταστροφής, εν όλω ή εν μέρει, εθνικής, εθνοτικής, φυλετικής ή θρησκευτικής ομάδας ως τέτοιας* (UN, 1948). Ο ορισμός δεν περιορίζεται στη θανάτωση, αλλά περιλαμβάνει σοβαρή σωματική ή ψυχική βλάβη, επιβολή συνθηκών ζωής που οδηγούν στην καταστροφή της ομάδας, παρεμπόδιση γεννήσεων και βίαιη μεταφορά παιδιών. Η «παρεμπόδιση γεννήσεων» μετατοπίζει τη γενοκτονία από στενά θανατοκεντρικό φαινόμενο σε διαδικασία ρύθμισης της αναπαραγωγής και της πληθυσμιακής συνέχειας.

Παρά την ευρύτητα των πράξεων, ο ορισμός παραμένει περιοριστικός ως προς τις προστατευόμενες ομάδες: φύλο, χαρακτηριστικά φύλου και διαφοροποιήσεις ανάπτυξης φύλου (DSD) δεν αναγνωρίζονται ρητά. Έτσι, πρακτικές εξάλειψης συγκεκριμένων μορφών σωματικότητας ή ύπαρξης δεν εντάσσονται αυτόματα στο νομικό πλαίσιο της γενοκτονίας, παρότι παρουσιάζουν δομικές ομοιότητες με γενοκτονικές λογικές. Η διεθνής νομολογία έχει διευρύνει την κατανόηση της γενοκτονικής βίας, ιδίως ως προς πράξεις και πρόθεση. Στην υπόθεση *Prosecutor v. Akayesu*, το Διεθνές Ποινικό Δικαστήριο για τη Ρουάντα αναγνώρισε ότι ο βιασμός και η σεξουαλική βία μπορούν να συγκροτούν γενοκτονία, όταν τελούνται με πρόθεση καταστροφής προστατευόμενης ομάδας (ICTR, 1998). Η καταστροφή μιας ομάδας μπορεί, επομένως, να συντελείται και μέσω επιθέσεων στη σωματική και αναπαραγωγική της ακεραιότητα.

Στο πεδίο των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, οι ιδιαιτερότητες των ίντερσεξ σωμάτων και οι πρακτικές που εφαρμόζονται σε αυτά αναγνωρίζονται όλο και περισσότερο. Ο Ειδικός Εισηγητής του ΟΗΕ για τα βασανιστήρια έχει επισημάνει ότι οι μη συναινετικές ιατρικές παρεμβάσεις σε ίντερσεξ άτομα μπορούν να συνιστούν απάνθρωπη και εξευτελιστική μεταχείριση (Méndez, 2013), ενώ το Συμβούλιο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων του ΟΗΕ έχει αναγνωρίσει την ανάγκη προστασίας τους

από μη αναγκαίες ιατρικές πρακτικές και διακρίσεις (UNHRC, 2024). Οι παρεμβάσεις αυτές δεν εντάσσουν ρητά τις πρακτικές στο πλαίσιο της γενοκτονίας· αναγνωρίζουν όμως ότι η σωματική ακεραιότητα, η αυτονομία και η δυνατότητα ύπαρξης των ίντερσεξ ατόμων τίθενται υπό συστηματική διακινδύνευση.

Έτσι, η γενοκτονία μπορεί να επανεξεταστεί όχι ως άμεσα εφαρμοστέα νομική κατηγορία, αλλά ως αναλυτικό εργαλείο για πρακτικές εξάλειψης, κανονικοποίησης ή αποτροπής ύπαρξης συγκεκριμένων σωμάτων. Το κρίσιμο ερώτημα δεν είναι αν οι πρακτικές που αφορούν τα ίντερσεξ σώματα εμπίπτουν ήδη στον νομικό ορισμό, αλλά πώς ο ίδιος ο ορισμός, με την έμφαση στην πρόθεση καταστροφής και την παρεμπόδιση γεννήσεων, επιτρέπει την κατανόηση σύγχρονων μορφών πληθυσμιακής ρύθμισης, όπου η γενοκτονία συνδέεται με την αναπαραγωγή, την κανονικότητα και την πολιτική διαχείριση της ζωής.

Ιστορικές μορφές γενοκτονίας: από τη φυσική εξόντωση στη βιοπολιτική διαχείριση πληθυσμών

Η ιστορική εξέταση της γενοκτονίας δείχνει ότι η καταστροφή μιας ομάδας δεν συντελείται μόνο μέσω άμεσης φυσικής εξόντωσης, αλλά και μέσω πρακτικών που αποδομούν τους όρους ζωής, αναπαραγωγής και συνέχειάς της (Moses, 2010; Wolfe, 2006). Φεμινιστικές και αποαποικιακές προσεγγίσεις χρησιμοποιούν όρους όπως *“femigenocide”* ή *“femogenocide”* για να αναδείξουν συστηματικές, μαζικές και δομικές μορφές έμφυλης βίας εναντίον γυναικών και θηλυκοποιημένων σωμάτων, χωρίς να ταυτίζουν νομικά τη γυναικοκτονία με τη γενοκτονία, αλλά αναδεικνύοντας αναλογίες εξάλειψης, απαξίωσης και κοινωνικής καταστροφής. Το Ολοκαύτωμα παραμένει το εμβληματικότερο παράδειγμα γενοκτονίας λόγω της έκτασης της εξόντωσης και της γραφειοκρατικής και τεχνολογικής οργάνωσης της βίας. Η ναζιστική πολιτική δεν περιορίστηκε στη δολοφονία εκατομμυρίων Εβραίων, αλλά εντάχθηκε σε ευγονικό/φυλετικό πρόγραμμα «καθαρότητας» και βελτίωσης της άριας φυλής (Browning, 2004; Friedlander, 1995). Έτσι, η γενοκτονία συνδέεται άμεσα με την ευγονική: αφενός με την εξόντωση «ανεπιθύμητων» πληθυσμών, δηλαδή ενός υποτιθέμενα «εκφυλισμένου» ανθρώπινου γένους όπως κατασκευάστηκε στον ευγονικό και κοινωνικοδαρβινικό λόγο του τέλους του 19ου αιώνα· αφετέρου με την

ενίσχυση αναπαραγωγής «επιθυμητών» σωμάτων. Η γενοκτονία, συνεπώς, δεν καταστρέφει μόνο έναν πληθυσμό· προωθεί και την παραγωγή ενός άλλου.

Οι αποικιακές γενοκτονίες διευρύνουν περαιτέρω την έννοια. Η εξάλειψη ιθαγενών πληθυσμών σε Βόρεια Αμερική, Αυστραλία, Νέα Ζηλανδία, Αφρική και αλλού συντελέστηκε μέσω άμεσης βίας, εκτοπισμών, καταστροφής μέσω διαβίωσης, αφομοίωσης, καταναγκαστικής εκπαίδευσης (Wolfe, 2006) και νεανικών αυτοκτονιών σε συνθήκες απώλειας νοήματος ζωής (Tatz, 2013). Για τον Wolfe (2006), η εποικιστική αποικιοκρατία δεν είναι γεγονός αλλά διαρκής δομή αντικατάστασης, οργανωμένη στη «λογική της εξάλειψης». Η λογική αυτή δεν περιορίζεται στη θανάτωση, αλλά διαλύει κοινωνικές, πολιτισμικές και αναπαραγωγικές δομές· έτσι, η καταστροφή γλώσσας, οικογένειας και μνήμης γίνεται εξίσου κρίσιμη με τη φυσική εξόντωση (Moses, 2010).

Σήμερα, η γενοκτονία συνδέεται και με μορφές βίας που καθιστούν τη ζωή επισφαλή, μη βιώσιμη και διαρκώς εκτεθειμένη. Η Puar, στο *The Right to Maim* (2017), υποστηρίζει ότι η κρατική βιοπολιτική, πέρα από το θανατοπολιτικό «δικαίωμα να σκοτώνει», ασκεί και «δικαίωμα ακρωτηριασμού»: παράγει μόνιμες βλάβες και *αποδυνάμωση (debility)* χωρίς αναγκαστική εξόντωση. Η αποδυνάμωση διαφέρει από τη θεσμικά αναγνωρισμένη αναπηρία (disability) και καθιστά πληθυσμούς αντικείμενα εκμετάλλευσης, ελέγχου και ρύθμισης μέσω ιατρικών και ανθρωπιστικών παρεμβάσεων. Η Παλαιστίνη, ιδίως η Γάζα και η Δυτική Όχθη, λειτουργεί στην ανάλυσή της ως παράδειγμα γενοκτονικής διαδικασίας με άμεσες και έμμεσες μορφές καταστροφής.

Η *νεκροπολιτική* (Mbembe, 2003) συμπληρώνει το σχήμα, δείχνοντας ότι η σύγχρονη εξουσία δεν διαχειρίζεται μόνο τη ζωή, όπως στον Foucault, αλλά καθορίζει και ποιοι πληθυσμοί εκτίθενται στον θάνατο και υπό ποιες συνθήκες. Η βία λειτουργεί όχι μόνο ως άμεση εξόντωση, αλλά και ως παραγωγή μη βιώσιμων όρων ζωής. Οι μορφές αυτές δεν αντικαθιστούν τις παλαιότερες γενοκτονικές πρακτικές· συνυπάρχουν μαζί τους, ενσωματώνοντας υγεία, αναπαραγωγή και σωματική κανονικότητα στους μηχανισμούς εξουσίας. Έτσι, η γενοκτονία μπορεί να ιδωθεί ως φάσμα πρακτικών εξάλειψης πληθυσμών, από τη φυσική βία έως τη διαχείριση των όρων ζωής, επιτρέποντας την ανάλυση σύγχρονων πρακτικών που δεν εντάσσονται

εύκολα στο νομικό πλαίσιο της γενοκτονίας, αλλά ακολουθούν λογικές εξάλειψης και ρύθμισης της ζωής.

Από το «γένος» στην ευγονική: γενεαλογία της αναπαραγωγής και της «παιδοκομίας»

Η μετάβαση από τον νομικό ορισμό της γενοκτονίας σε ευρύτερη θεωρητική κατανόηση προϋποθέτει γενεαλογία της έννοιας του «γένους». Η γενοκτονία, πέραν της θανάτωσης, αφορά την καταστροφή της συλλογικής ύπαρξης συνδεδεμένης με καταγωγή, συγγένεια, αναπαραγωγή και διαγενεακή συνέχεια. Ήδη ο Lemkin, αναλύοντας τις ναζιστικές μεθόδους ως δημογραφική αναδιάρθρωση της Ευρώπης, έδειξε ότι η γενοκτονία αφορά και την αποδόμηση των όρων συνέχισης μιας ομάδας (Lemkin, 1944). Η σύνδεση γένους-αναπαραγωγής-συνέχειας καθίσταται σαφέστερη στην ευγονική σκέψη του τέλους του 19ου και αρχών του 20ού αιώνα, όπου η κληρονομικότητα γίνεται καθεστώς γνώσης και πρακτικών για τη διαχείριση της αναπαραγωγής, την επιλογή «κατάλληλων» σωμάτων και την αποτροπή γέννησης «ανεπιθύμητων» ίντερσεξ πληθυσμών (Karkazis, 2008; Dreger, 1998). Στις αρχές του 20ού αιώνα, η ευγονική επεκτείνεται στα σώματα που παρεκκλίνουν από τη δυαδική αντίληψη του φύλου: ο Αμερικανός ευγονιστής Charles Davenport χρησιμοποιεί γενεαλογικά διαγράμματα (pedigree charts) για την καταγραφή «κληρονομικών ανωμαλιών», συμπεριλαμβανομένων ίντερσεξ περιπτώσεων (Τζανάκη, 2025α).

Η γενεαλογία της ευγονικής ξεκινά από τον Quetelet (1796–1874), που εισάγει τον «μέσο άνθρωπο» (*l'homme moyen*), τη στατιστική κανονικότητα και τη μέτρηση της «απόκλισης από το φυσιολογικό». Ο Charles Darwin (1809–1882), με τη φυσική επιλογή (1859), κληροδοτεί στον βιολογικό ντετερμινισμό την ιεράρχηση της ζωής σε ανώτερη και κατώτερη, την οποία ο Galton (1822–1911) μετατρέπει σε ευγονικό πρόγραμμα «βελτίωσης» του πληθυσμού μέσω αναπαραγωγικού ελέγχου, εισάγοντας τον όρο *eugenics*. Ο Pearson (1857–1936) προσδίδει στην ευγονική στατιστική και βιομετρική νομιμοποίηση, ενώ ο Lombroso (1835–1909) και η θετικιστική εγκληματολογία συνδέουν τη σωματική «απόκλιση» με εγκληματικότητα, εκφυλισμό και ηθική κατωτερότητα. Παράλληλα, ψυχιατρική και σεξολογία παθολογικοποιούν κάθε σεξουαλική και έμφυλη ετερότητα (Kevles, 1985; Τζανάκη, 2025). Έτσι, η ευγονική δεν λειτουργεί μόνο ως πολιτική πρόληψης ή εξάλειψης, αλλά κυρίως ως

καθεστώς παραγωγής της «ορθής» ανθρώπινης φύσης: το ευγονικό φαντασιακό του Galton οργανώνει αναπαραγωγή, επιθυμία και σεξουαλικότητα γύρω από τον *fit* άνθρωπο, μετατρέποντας την «κανονική» ζωή σε προϊόν επιστημονικής, ηθικής και κοινωνικοσεξουαλικής ρύθμισης (Τζανάκη, 2026b).

Στον 20ό αιώνα, ο Foucault (1976) περιγράφει το πέρασμα από την τιμωρία του σώματος στη διαχείριση πληθυσμών μέσω ιατρικής, ψυχιατρικής και κρατικής επιτήρησης ως *βιοπολιτική*. Η Τζανάκη (2025) δείχνει ότι τα ίντερσεξ σώματα μετατρέπονται από ανθρώπινες παραλλαγές σε αντικείμενα ταξινόμησης, διόρθωσης και αναπαραγωγικού ελέγχου στο όνομα της κανονικότητας και της κοινωνικής υγιεινής. Στον μεσοπόλεμο η λογική αυτή κορυφώνεται σε κρατικές ευγονικές πρακτικές· μεταπολεμικά, η ανοιχτά ευγονική γλώσσα υποχωρεί, αλλά η βιοπολιτική διαχείριση συνεχίζεται μέσω ιατρικής κανονικοποίησης, ενδοκρινολογίας, χειρουργικής και ψυχιατρικής.

Στο ελληνικό πλαίσιο, η μετάφραση της σεξολογίας ως «γενολογία» δείχνει ότι το επιστημονικό ενδιαφέρον δεν περιορίζεται στο άτομο ή στη σεξουαλική συμπεριφορά, αλλά επεκτείνεται στη ρύθμιση αναπαραγωγής και πληθυσμού. Η ευγονική συγκροτείται ως τεχνολογία εξουσίας για τη «βελτίωση» του ανθρώπινου γένους μέσω επιλογής, κατηγοριοποίησης και ιεράρχησης σωμάτων. Το δίπολο «άρρεν-θήλυ» λειτουργεί ως κανονιστικό πλαίσιο, συνδεδεμένο με φυλετική υγιεινή, εκπολιτισμό και κοινωνική οργάνωση· το φύλο γίνεται τεχνολογία ταξινόμησης και ιεράρχησης της ζωής, συμβάλλοντας στη συγκρότηση «ορθού» ανθρώπινου τύπου (Τζανάκη, 2026).

Η ευγονική δεν αποκόπτεται, επομένως, από φύλο, αναπηρία και σωματική αρτιότητα. Συγκροτείται μέσω της οριοθέτησης «φυσιολογικού»/«παθολογικού», «υγιούς»/«ανεπιθύμητου». Οι ιατρικές πρακτικές κανονικοποίησης των ίντερσεξ σωμάτων δεν συνιστούν θεραπείες, αλλά εντάσσονται σε πλαίσιο όπου η απόκλιση από το δυαδικό φύλο εμφανίζεται ως πρόβλημα προς διόρθωση (Karkazis, 2008; Greenberg, 2012). Αν το γένος αφορά τη διαγενεακή συνέχεια μιας ομάδας, τότε η επιλογή, ο αποκλεισμός ή η αποτροπή συγκεκριμένων μορφών ζωής από τη γέννηση παρεμβαίνουν στους όρους συγκρότησης και συνέχισης των πληθυσμών. Η ευγονική λειτουργεί έτσι ως κρίκος ανάμεσα στη βιοϊατρική διαχείριση της αναπαραγωγής και

στις λογικές πληθυσμιακής ρύθμισης που βρίσκονται στον πυρήνα μιας διευρυμένης έννοιας της γενοκτονίας.

Από την «εξαίρεση», στην επιστημική αδικία, στην αποσιώπηση, στη βία και τη νεκροπολιτική

Η «κατάσταση εξαίρεσης» (*state of exception*) (Agamben, 2005), αναφέρεται στη μορφή κυριαρχικής εξουσίας όπου η έννομη τάξη αναστέλλεται στο όνομα έκτακτης ανάγκης, χωρίς να παύει να ισχύει· ενεργοποιώντας, αντίθετα, τον ίδιο τον νόμο. Συγκροτεί έτσι μια «ζώνη μη-διάκρισης» μεταξύ νομιμότητας-ανομίας, όπου το όριο δικαίου και βίας θολώνει. Κεντρική εδώ είναι η «γυμνή ζωή» (*bare life*): ζωή που εντάσσεται στο δίκαιο μόνο μέσω της δυνατότητας αποκλεισμού της και γίνεται αντικείμενο διαχείρισης χωρίς πλήρη πολιτική αναγνώριση. Για τον Agamben (1998; 2005), η εξαίρεση δεν είναι παροδική ανωμαλία, αλλά διαρκής τεχνική διακυβέρνησης, μέσω της οποίας ορισμένες ζωές τίθενται σε ειδικό καθεστώς λόγω απόκλισης από τον κανόνα.

Η εξαίρεση δεν αφορά μόνο ακραίες ιστορικές μορφές κυριαρχίας· εμφανίζεται και σε καθημερινές βιοπολιτικές πρακτικές, όταν συγκεκριμένα σώματα κατασκευάζονται ως «έκτακτες» ή «επείγουσες» περιπτώσεις. Στα ιατρικά περιβάλλοντα, η ίντερσεξ διάγνωση παρουσιάζεται στους γονείς ως «σπάνια» και «εξαίρεση». Έτσι, οι σωματικές διαφοροποιήσεις δεν γίνονται απλώς αντικείμενα φροντίδας, αλλά εντάσσονται σε καθεστώς αναστολής των συνήθων βιοηθικών κανόνων. Οι ιατρικές παρεμβάσεις υποστηρίζουν το δυαδικό φύλο, καθιστώντας το ίντερσεξ σώμα απόκλιση από τις ιατρικές νόρμες και εξαλείφοντας την ποικιλομορφία των χαρακτηριστικών φύλου (VSC)⁵, ώστε τα σώματα να ταξινομούνται αποκλειστικά ως «αρσενικά»/«θηλυκά» (Crocetti et al., 2020).

Οι Davis & Murphy (2013) δείχνουν ότι τα ίντερσεξ παιδιά αντιμετωπίζονται στη γέννηση ως «καταστάσεις εξαίρεσης», ακόμη και χωρίς άμεσο κίνδυνο υγείας. Το «επείγον» δεν αφορά τη βιολογική επιβίωση, αλλά την άμεση ταξινόμηση στο δυαδικό σύστημα φύλου. Έτσι αναστέλλονται αρχές όπως η μη επέμβαση σε υγιή σώματα, η σωματική ακεραιότητα και ο αυτοπροσδιορισμός, καθιστώντας θεμιτές πρακτικές όπως ο επιλεκτικός τερματισμός κύησης ή οι μη αναγκαίες χειρουργικές και ορμονικές

⁵ Variations of Sex Characteristics: Ποικιλομορφία ή Διαφοροποιήσεις των Χαρακτηριστικών Φύλου.

παρεμβάσεις σε βρέφη. Η εξαίρεση δεν οργανώνεται, όπως το στρατόπεδο του Agamben, σε εξωτερικό χώρο· εγγράφεται στο σώμα: όταν το ίντερσεξ σώμα δεν εξοντώνεται, τροποποιείται ώστε να συμβαδίσει με τη νόρμα. Τα ίντερσεξ χαρακτηριστικά απαλείφονται ή μετασχηματίζονται, ενώ το σώμα «διασώζεται» ως αρσενικό ή θηλυκό, παράγοντας εκ των υστέρων την κανονικότητα που υποτίθεται ότι προϋπήρχε (Davis & Murphy, 2013).

Η εξαίρεση, επομένως, δεν αποκλίνει απλώς από τον κανόνα· συγκροτεί και συντηρεί το ίδιο το δυαδικό φύλο. Παρά τα δεδομένα και τις μαρτυρίες για τη βλάβη των «κανονικοποιητικών» ή IGM⁶ επεμβάσεων, η επιμονή σε αυτές συνιστά *επιστημική αδικία (epistemic injustice)* κατά τη Fricker (2007): υποβάθμιση ή αποκλεισμό ορισμένων υποκειμένων ως φορέων έγκυρης γνώσης, με δύο μορφές: τη *μαρτυρική αδικία (testimonial injustice)*, όταν η αξιοπιστία των υποκειμένων υποτιμάται λόγω προκατάληψης, και *ερμηνευτική αδικία (hermeneutical injustice)*, όταν τα διαθέσιμα γλωσσικά/ερμηνευτικά εργαλεία δεν επαρκούν για την απόδοση της εμπειρίας. Οι ίντερσεξ μαρτυρίες αγνοούνται ή θεωρούνται λιγότερο αξιόπιστες, ενώ η ιατρική γλώσσα των «DSD⁷» και της «διόρθωσης» δυσκολεύει τη νοηματοδότηση της ίντερσεξ εμπειρίας έξω από την παθολογία.

Η επιστημική αδικία γύρω από το ίντερσεξ ζήτημα περιπλέκεται μέσα από τις «γεωγραφίες της σιωπής» της Casanova-Molina (2026): τα χωρικά και θεσμικά πλαίσια όπου η γνώση για τα ίντερσεξ σώματα παράγεται, περιορίζεται ή αποκρύπτεται. Στη Χιλή, η Casanova-Molina δείχνει ότι η σιωπή δεν είναι ατομική επιλογή ή πολιτισμικό ταμπού, αλλά συγκροτείται στον ιατρικό, οικογενειακό και ακτιβιστικό χώρο. Στην ιατρική, η πληροφορία συγκεντρώνεται στους επαγγελματίες υγείας και διαχειρίζεται πατερναλιστικά, στερώντας από τα υποκείμενα γνώση και απόφαση για το σώμα τους. Στην οικογένεια, η επιβεβλημένη σιωπή τα απομονώνει από γνώση, κοινότητα και φροντίδα. Ακόμη και στους ακτιβιστικούς χώρους, η ορατότητα μπορεί να παράγει νέους αποκλεισμούς. Η επιστημική αδικία δεν περιορίζεται στον λόγο· οργανώνεται χωρικά και θεσμικά, μέσα από άνισες συνθήκες πρόσβασης στη γνώση, την υγεία και τη ζωή. Το πρόβλημα αφορά τη διαχείριση ορατότητας, πληροφορίας και συναίνεσης, αλλά και τη βιοϊατρική οργάνωση του

⁶ IGM: Intersex Genital Mutilation / Ακρωτηριασμός των ίντερσεξ γεννητικών οργάνων. Αφορά επεμβάσεις μείωσης κλειτορίδας, κολποπλαστικής, γοναδεκτομής, αποκατάστασης υποσπαδία, κ.ά. κυρίως για να «κανονικοποιηθεί» η αισθητική εμφάνιση του φύλου και όχι για να βελτιωθεί η λειτουργία.

⁷ Disorders of Sex Development (DSD): Διαταραχές της Ανάπτυξης Φύλου.

φύλου, που αναπαράγει τη βία.

Η σιωπή στα ιατρικά περιβάλλοντα συνδέεται με την αγνωτολογία: τη στρατηγική κατασκευή άγνοιας από την εξουσία (Burke, 2023), που παράγει στοχευμένα συσκότιση ή σύγχυση. Η άγνοια γύρω από την ίντερσεξ ποικιλομορφία δεν είναι τυχαίο έλλειμμα πληροφόρησης, αλλά αποτέλεσμα πρακτικών που αορατοποιούν την ίντερσεξ ύπαρξη. Η ιατρικοποίηση παράγει διαγραφή σε τρία επίπεδα: πολιτισμικό, όταν η ίντερσεξ ποικιλομορφία απουσιάζει από τη συλλογική αναπαράσταση· επιστημολογικό, όταν γνώση, αρχεία και δεδομένα παραμένουν στους ειδικούς· και σωματικό, όταν οι παρεμβάσεις εξαλείφουν τα ίντερσεξ χαρακτηριστικά. Έτσι, η άγνοια δεν προηγείται της βίας· τη νομιμοποιεί, παρουσιάζοντας την κανονικοποίηση ή την πρόληψη ως φροντίδα (Raz, 2024).

Η αποσιώπηση της ίντερσεξ σωματικότητας στην ιατρική, η οικογενειακή σιωπή και η «*ρυθμισμένη/βαθμονομημένη αποκάλυψη*» (*calibrated disclosure*) έχουν επιπτώσεις στην υγεία. Η απόκρυψη διάγνωσης, η αποθάρρυνση ερωτήσεων και η μεταφορά της σιωπής στην οικογένεια οδηγούν σε καθυστερημένες διαγνώσεις, αποφυγή φροντίδας και περιορισμένη πρόσβαση σε κατάλληλη παρακολούθηση. Η σιωπή λειτουργεί ως βιοπολιτικός μηχανισμός που μετατρέπει την «έλλειψη γνώσης» σε δομικό παράγοντα ανισότητας (Casanova-Molina, 2026). Η υγεία καθορίζεται και από τους όρους υπό τους οποίους η γνώση για το σώμα γίνεται —ή δεν γίνεται— προσβάσιμη. Η βαθμονομημένη αποκάλυψη δείχνει ότι η απόκρυψη διάγνωσης δεν είναι άγνοια ή παθητικότητα, αλλά στρατηγική αυτοπροστασίας σε εχθρικά περιβάλλοντα· μπορεί ωστόσο να οδηγήσει σε ελλιπή φροντίδα, μετατοπίζοντας την ευθύνη σε θεσμικά πλαίσια που καθιστούν την αποκάλυψη επικίνδυνη.

Η εξαίρεση αποκτά αναλυτική δύναμη όταν οι Davis & Murphy συνδεθούν με τη *νεκροπολιτική* του Mbembe. Ο Mbembe (2003), επεκτείνοντας τη φουκωική βιοπολιτική, υποστηρίζει ότι η σύγχρονη εξουσία δεν διαχειρίζεται μόνο τη ζωή, αλλά οργανώνει «ζώνες θανάτου», όπου ορισμένα σώματα εκτίθενται στη βία, στον αποκλεισμό ή στη μειωμένη βιωσιμότητα και τίθενται εκτός πλήρους πολιτικής και ηθικής προστασίας. Τα ίντερσεξ σώματα βρίσκονται σε αυτή την τομή: είτε εξαλείφονται προγεννητικά είτε υποβάλλονται σε κανονικοποιητικές παρεμβάσεις που περιορίζουν εκ των προτέρων τις δυνατότητες ύπαρξης. Όπως σημειώνουν οι Davis & Murphy, «η εξαίρεση δημιουργεί τον κανόνα»: η εξάλειψη των ίντερσεξ

χαρακτηριστικών αναπαράγει το φαντασιακό των αποκλειστικά αρσενικών/θηλυκών σωμάτων. Με τη Vergès (2022), αυτή η διαχείριση διαβάζεται ως θεσμικά κανονικοποιημένη βία που εμφανίζεται ως προστασία, ασφάλεια, φροντίδα ή πρόοδος, ενώ παράγει άνισα εκτεθειμένα, εγκαταλείψιμα και πρόωρα φθειρόμενα σώματα.

Βιοπολιτική της προγεννητικής επιλογής: από τη «διαχείριση της ζωής» στην επιλεκτική αποτροπή της γέννησης

Η μετάβαση από κλασικές μορφές γενοκτονίας στις σύγχρονες πρακτικές διαχείρισης πληθυσμών κατανοείται μέσα από την έννοια της *βιοπολιτικής*. Ο Foucault (1976) περιγράφει τη στροφή της εξουσίας, από τον 18ο αιώνα, στη διαχείριση της ζωής μέσω μηχανισμών όπως η ιατρική, η δημόσια υγεία και η αναπαραγωγή. Η εξουσία δεν λειτουργεί μόνο μέσω της απειλής θανάτου, αλλά μέσω της «βελτιστοποίησης» της ζωής, της ρύθμισης της γονιμότητας και της διαχείρισης της σωματικής κανονικότητας. Ωστόσο, η βιοπολιτική δεν αποτελεί ουδέτερη φροντίδα· ενσωματώνει ιεραρχήσεις που καθορίζουν ποια ζωή αξίζει να ενισχυθεί και ποια μπορεί να περιοριστεί ή να αποκλειστεί (Rabinow & Rose, 2006).

Η σύνδεση αυτή αποτυπώνεται στην ευγονική, η οποία, από τον Galton και έπειτα, συγκροτήθηκε ως πρόγραμμα «βελτίωσης» του πληθυσμού μέσω ενίσχυσης ορισμένων μορφών ζωής και αποτροπής άλλων (Kevles, 1995). Αν και η κλασική ευγονική συνδέθηκε με καταναγκαστικές πρακτικές, μορφές «φιλελεύθερης ευγονικής» συνεχίζουν να λειτουργούν μέσω ατομικών επιλογών που διαμεσολαβούνται από την ιατρική γνώση και τεχνολογία (Agar, 2004; Rose, 2007). Έτσι, η προγεννητική διάγνωση παρουσιάζεται ως ενημέρωση και επιλογή, αλλά οι αποφάσεις επηρεάζονται από πρότυπα «φυσιολογικού», «υγιούς» και «επιθυμητού» παιδιού (Rapp, 1999; Shakespeare, 2013).

Η περίπτωση των ίντερσεξ διαφοροποιήσεων και χρωμοσωμικών ανευπλοϊδιών, όπως το «σύνδρομο Klinefelter» ή ορθότερα 47,XXY⁸, είναι ενδεικτική της βιοπολιτικής διαχείρισης της αναπαραγωγής. Διεθνείς μελέτες δείχνουν ότι η προγεννητική διάγνωση τέτοιων χαρακτηριστικών συχνά συνοδεύεται από υψηλά

⁸ Στα ιατρικά περιβάλλοντα συνεχίζει να αποκαλείται γενικευτικά ως «σύνδρομο» Klinefelter, που «εμφανίζεται στους άνδρες», παρόλο που άτομα με 47,XXY μπορεί να έχουν διαφορετικούς φαινοτύπους ή να μην εμφανίζουν όλα τα συμπτώματα που μελέτησε ο Dr. Harry Klinefelter το 1942. Αντίθετα, έχουν βρεθεί 46,XY άνδρες που εμφανίζουν τα συμπτώματα του συνδρόμου.

ποσοστά τερματισμού κύησης, με διαφοροποιήσεις ανά χώρα, κουλτούρα, σύστημα υγείας και συμβουλευτική. Η χρήση του μη επεμβατικού προγεννητικού ελέγχου (NIPD) εντείνει τις ανησυχίες για επιλεκτικούς τερματισμούς λόγω γενετικών διαφοροποιήσεων, ακόμη και όταν δεν συνδέονται με σοβαρή παθολογία, συμβάλλοντας σε νεοευγονικές μορφές αναπαραγωγικής επιλογής (Benn & Chapman, 2010). Οι αποφάσεις δεν στηρίζονται μόνο σε ιατρικούς κινδύνους, συχνά περιορισμένους ή διαχειρίσιμους, αλλά σε κοινωνικές προσδοκίες για το φύλο, τη σεξουαλικότητα και την «τυπική» ανάπτυξη. Όπως δείχνουν οι Karkazis (2008) και Dreger (1998), η ιατρική διαχείριση των ίντερσεξ χαρακτηριστικών ιστορικά δεν στοχεύει μόνο σε ιατρικές ανάγκες, αλλά στην προσαρμογή των σωμάτων στο δυαδικό φύλο. Η προγεννητική επιλογή επεκτείνει αυτή τη λογική πριν από τη γέννηση: αντί για χειρουργική «διόρθωση», η διαφοροποίηση αποτρέπεται εκ των προτέρων μέσω τερματισμού.

Όταν η ίντερσεξ ποικιλομορφία διαγιγνώσκεται μεταγεννητικά, συνήθως προτείνονται «κανονικοποιητικές» επεμβάσεις (IGM) ή/και ορμονικές παρεμβάσεις, ώστε η ίντερσεξ φυσιολογία να ενταχθεί στο κοινωνικά αποδεκτό πλαίσιο φύλου. Με μακροχρόνιες σωματικές και ψυχοκοινωνικές συνέπειες, οι παρεμβάσεις αυτές δεν αποτελούν απλή «διόρθωση», αλλά βιοπολιτική ρύθμιση του ποια σώματα επιτρέπεται να υπάρχουν και υπό ποιους όρους. Η κατασκευή της ίντερσεξ σωματικότητας ως «επείγουσας» ιατρικής κατάστασης συνδέεται με τη μεταπολεμική εδραίωση του δυαδικού μοντέλου φύλου, τις θεωρίες πρώιμης έμφυλης κοινωνικοποίησης του John Money και τη συγκρότηση ενός «οικουμενικού φύλου» που διασφάλιζε τη Δύση μέσω της ταυτότητας φύλου (Τζανάκη & Γεωργοπούλου, 2025· Τζανάκη, 2025).

Η «αποδυνάμωση» (*debility*) της Puar (2017) ως εργαλείο ανάλυσης γεωπολιτικών πλαισίων, όπως η συνεχιζόμενη γενοκτονία στην Παλαιστίνη, δείχνει ότι η εξουσία δεν περιορίζεται στη διάκριση ζωής/θανάτου, αλλά παράγει καθεστώα σταδιακής μείωσης της βιωσιμότητας μέσω συστηματικής φθοράς που δεν αναγνωρίζονται απαραίτητα ως αναπηρία. Η Orr (2022) μεταφέρει την έννοια στο ίντερσεξ πεδίο, υποστηρίζοντας ότι η ιατρική και νομική ανοχή των IGM συνιστά «δικαίωμα ακρωτηριασμού»: νομιμοποιεί παρεμβάσεις που προκαλούν πόνο, απώλεια αισθητικότητας, τραύμα ή επίκτητες αναπηρίες, με θεσμικά αόρατες συνέπειες. Στην *crip* θεώρηση, η δυτική βιοϊατρική κατασκευή του «άρρεν-θήλυ»

λειτουργεί ως σεξιστικό, αποικιοκρατικό και μισαναπηρικό καθεστώς αλήθειας. Έτσι, η κατηγοριοποίηση των ίντερσεξ σωμάτων ως DSD δεν είναι ουδέτερη, αλλά εντάσσει την ίντερσεξ ποικιλομορφία στο ευγονικό αφήγημα ανάπτυξης του «ορθού» φύλου, καθιστώντας την αποδυνάμωση της ίντερσεξ ζωής μισαναπηρική διαδικασία πρόληψης, διόρθωσης ή εξάλειψης (Τζανάκη & Κουρούτζας, 2024).

Οι εξαναγκαστικές στείρωσεις σε γυναίκες Ρομά, ιθαγενείς Inuit της Γροιλανδίας, ανάπηρα άτομα και ψυχιατροποιημένους πληθυσμούς δείχνουν ότι η ευγονική δεν λειτούργησε μόνο ως βιολογική εξόντωση, αλλά και ως κρατική και βιοϊατρική διαχείριση πληθυσμών, περιορίζοντας την αναπαραγωγική/σωματική δυνατότητα ύπαρξής τους. Οι ερήμην στείρωσεις, η άρνηση αναπαραγωγικής αυτονομίας και η μετατροπή ορισμένων σωμάτων σε «βάρος» συγκροτούν βιοπολιτική και αποικιοκρατική διαχείριση της ζωής απέναντι σε στιγματισμένους, φυλετικοποιημένους ή θεσμικά αποκλεισμένους πληθυσμούς (Αγγελίδης, Τσιροπούλου, ΕφΣυν, 2025). Αν και στην Ελλάδα δεν εφαρμόστηκαν μαζικά προγράμματα στείρωσεων, η ευγονική λογική επιβίωσε μέσω «ηθικής-ψυχικής ευγονικής», κοινωνικής υγιεινής και ιατροκοποιημένης διαχείρισης της αναπαραγωγής. Στα ίντερσεξ σώματα, εκφράζεται με μη συναινετικές «κανονικοποιητικές» παρεμβάσεις και νεοευγονικές στρατηγικές, όπως προγεννητικοί έλεγχοι και επιλεκτικοί τερματισμοί κύησης, που αποκλείουν ανθρώπους πριν τη γέννηση (Τζανάκη, ΕφΣυν, 2025).

Η αποδυνάμωση επιτρέπει να αναλυθούν μορφές εξάλειψης που δεν στηρίζονται στην άμεση θανάτωση, αλλά στη σταδιακή αποδιάρθρωση της ζωής. Σε συνδυασμό με το άρθρο II(d) της Σύμβασης του ΟΗΕ για τη Γενοκτονία, που αφορά την παρεμπόδιση γεννήσεων, οι πρακτικές διαχείρισης της αναπαραγωγής και πρόληψης της ποικιλομορφίας μπορούν να ιδωθούν ως συνεχές μηχανισμών που επηρεάζουν τη δημογραφική παρουσία συγκεκριμένων πληθυσμών, χωρίς να ταυτίζονται με τον στενό νομικό ορισμό της γενοκτονίας.

Η σύνδεση με τη *νεκροπολιτική* του Mbembe είναι σαφής. Αν η νεκροπολιτική αφορά την οργάνωση της έκθεσης στον θάνατο, τότε οι προγεννητικές επιλογές και οι στείρωσεις λειτουργούν ως «προληπτική» ρύθμιση της ζωής, όπου ορισμένες ζωές δεν επιτρέπεται να γεννηθούν. Όταν εφαρμόζονται συστηματικά σε συγκεκριμένους πληθυσμούς, ανακύπτουν ερωτήματα για τα όρια μεταξύ ατομικής επιλογής και

συλλογικής εξάλειψης. Έτσι προετοιμάζεται η διερεύνηση του κατά πόσο οι πρακτικές για τα ίντερσεξ σώματα μπορούν να ενταχθούν, προγεννητικά ή μεταγεννητικά, σε μια διευρυμένη κατανόηση της γενοκτονίας.

Αναπαραγωγική ρύθμιση, σωματική κανονικοποίηση & τα όρια της γενοκτονίας ως αναλυτικής κατηγορίας

Η προηγούμενη συζήτηση επιτρέπει στοχευμένη προσέγγιση του ζητήματος: όχι ως άμεση νομική υπαγωγή των πρακτικών που αφορούν τα ίντερσεξ σώματα στη γενοκτονία, αλλά ως διερεύνηση της σύγκλισής τους με επιμέρους διαστάσεις του ορισμού της: Η διάταξη του άρθρου II(d) της Σύμβασης του ΟΗΕ (1948), που αναγνωρίζει ως γενοκτονική πράξη την «παρεμπόδιση γεννήσεων εντός μιας ομάδας», εντάσσει την αποτροπή αναπαραγωγής στο πεδίο της γενοκτονίας και επιτρέπει την ανάλυση πρακτικών που δεν συνδέονται με άμεση εξόντωση, αλλά με έλεγχο της πληθυσμιακής συνέχειας. Στην περίπτωση των ίντερσεξ σωμάτων, τέτοιες πρακτικές εμφανίζονται ιατρικά και κοινωνικά κανονικοποιημένες, είτε ως επιλεκτικοί τερματισμοί, είτε ως ανατομικές αλλαγές, είτε ως αφαίρεση γονάδων, δηλαδή στερήσεις.

Η κανονικοποίηση αυτή έχει επικριθεί από διεθνείς οργανισμούς ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Ο Ειδικός Εισηγητής του ΟΗΕ για τα βασανιστήρια επισήμανε ότι μη αναγκαίες επεμβάσεις σε ίντερσεξ βρέφη και παιδιά, χωρίς ενημερωμένη συναίνεση, μπορεί να συνιστούν απάνθρωπη ή εξευτελιστική μεταχείριση, ακόμη και βασανιστήριο (Méndez, 2013). Το 2024, το Συμβούλιο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων του ΟΗΕ υιοθέτησε ψήφισμα προστασίας των ίντερσεξ δικαιωμάτων, αναγνωρίζοντας σοβαρές παραβιάσεις, συμπεριλαμβανομένων μη αναγκαίων και μη συναινετικών ιατρικών επεμβάσεων, καλώντας τα κράτη να προστατεύσουν τη σωματική ακεραιότητα και αυτονομία τους (UN, 2024).

Παρότι ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας δεν έχει αποπαθολογικοποιήσει τις ίντερσεξ παραλλαγές, διατηρώντας τις στο ICD-11 ως «διαταραχές ανάπτυξης φύλου»/DSD (Carpenter, 2018b), αναγνωρίζει ότι οι διακρίσεις λόγω χαρακτηριστικών φύλου εκδηλώνονται και μέσω συστημάτων υγείας. Οι μη αναγκαίες «επεμβάσεις συμμόρφωσης φύλου» σε ίντερσεξ βρέφη συνδέονται με θεσμική βία και κοινωνικο-ιατρική πίεση προσαρμογής στο δυαδικό φύλο (Blondeel et al., 2018). Οι ευρωπαϊκοί

θεσμοί αναγνωρίζουν τις μη συναινετικές κανονικοποιητικές επεμβάσεις ως σοβαρές παραβιάσεις θεμελιωδών δικαιωμάτων, καλώντας τα κράτη να τις αναστείλουν (FRA⁹, 2015; PACE¹⁰, 2017).

Η Σύσταση CM/Rec(2025)7 του Συμβουλίου της Ευρώπης, παρότι μη δεσμευτική, αποτελεί το πρώτο ολοκληρωμένο διεθνές πλαίσιο προστασίας των ίντερσεξ ατόμων. Καλεί τα κράτη να απαγορεύσουν μη αναγκαίες/μη συναινετικές παρεμβάσεις, να αναβάλουν κάθε μη επείγουσα πράξη μέχρι το ίδιο το άτομο να μπορεί να αποφασίσει, και να τα προστατεύσουν από διακρίσεις και βία. Ιδιαίτερα σημαντικό είναι το άρθρο 35, που καλεί τα κράτη να διασφαλίσουν ότι *οι παραλλαγές χαρακτηριστικών φύλου δεν αποτελούν επαρκή βάση για επιλεκτική άμβλωση* και ότι οι μελλοντικοί γονείς πρέπει να λαμβάνουν σαφείς, ολοκληρωμένες, τεκμηριωμένες πληροφορίες και ψυχοκοινωνική υποστήριξη (CoE¹¹, 2025).

Η σύγκλιση μεταξύ ΟΗΕ, CoE και FRA δείχνει ότι τέτοιες πρακτικές δεν νοούνται πλέον ως ουδέτερες ή αποκλειστικά ιατρικές. Αναγνωρίζονται ως συστηματική διαχείριση της σωματικής ποικιλομορφίας, με συνέπειες σε δικαιώματα, αυτονομία και αναπαραγωγική δικαιοσύνη. Παράλληλα, οι τεχνολογίες προγεννητικής και προεμφυτευτικής διάγνωσης μετατοπίζουν την παρέμβαση από το μεταγεννητικό στο προγεννητικό επίπεδο. Οι Pikramenou & Cyran (2026) επισημαίνουν ότι η επιλεκτική διακοπή κυήσεων βάσει διαφοροποιήσεων χαρακτηριστικών φύλου παραμένει αόρατη, παρότι συνδέεται με κοινωνικές και πολιτισμικές προσδοκίες γύρω από το φύλο και την ετεροκανονικότητα. Σε αντίθεση με τις μεταγεννητικές επεμβάσεις, που αμφισβητούνται όλο και περισσότερο, οι προγεννητικοί τερματισμοί ίντερσεξ κυημάτων παρουσιάζονται ως «ιδιωτικές επιλογές», δυσχεραίνοντας την κριτική τους. Έτσι, ο συνδυασμός προγεννητικής αποτροπής και μεταγεννητικής «διόρθωσης» συγκροτεί πλέγμα διαχείρισης της ίντερσεξ ποικιλομορφίας, όπου η ιατρική εξουσία λειτουργεί όχι θεραπευτικά αλλά κανονιστικά, διατηρώντας το δυαδικό φύλο ως κοινωνικό κανόνα (Karkazis, 2008· Carpenter, 2018a).

Η *κυβερνητικότητα του φύλου*, όπως αναπτύσσεται από την Τζανάκη (2018), εντάσσει τις πρακτικές αυτές σε μια ευρύτερη ανάλυση της εξουσίας. Το φύλο

⁹ European Union Agency for Fundamental Rights

¹⁰ Parliamentary Assembly of the Council of Europe/Κοινοβουλευτική Συνέλευση του Συμβουλίου της Ευρώπης.

¹¹ Council of Europe/Συμβούλιο της Ευρώπης

λειτουργεί ως μηχανισμός ρύθμισης του πληθυσμού, συνδεδεμένος με οικονομικές, κοινωνικές και πολιτισμικές λογικές που ορίζουν τα όρια της αποδεκτής ζωής. Η αποτροπή γέννησης ή η τροποποίηση ίντερσεξ σωμάτων εμφανίζεται ως μέρος του συστήματος διατήρησης της κανονικότητας.

Υπό αυτές τις συνθήκες, η γενοκτονία λειτουργεί ως αναλυτικό εργαλείο για τη σχέση αναπαραγωγής και εξάλειψης. Η συστηματική αποτροπή γέννησης συγκεκριμένων χαρακτηριστικών, μαζί με τη μεταγεννητική κανονικοποίησή τους προς εξαφάνιση, εγείρει ερωτήματα για τα όρια ανάμεσα στην ατομική επιλογή, την ιατρική πρακτική και τη συλλογική διαχείριση πληθυσμού. Η καταστροφή μιας ομάδας μπορεί να πραγματοποιείται και μέσω σταδιακής αποδόμησης των όρων ύπαρξής της (Moses, 2010), ιδίως ως παρεμπόδιση γεννήσεων.

Κεφάλαιο 3: Ιστορικότητα της διαχείρισης ίντερσεξ/DSD

Γενεαλογία των όρων

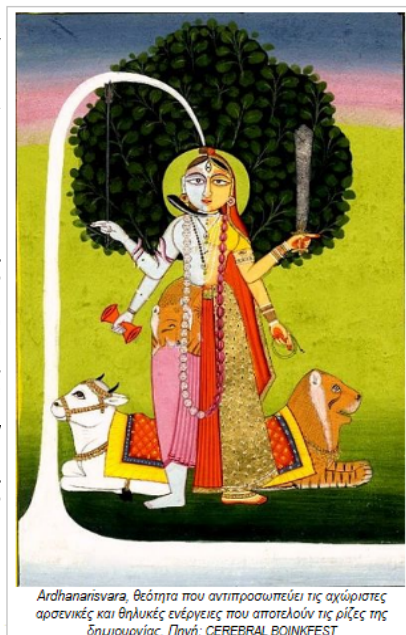
Οι ίντερσεξ ή διαφυλικοί άνθρωποι —ή όπως αλλιώς ονομάστηκαν ανά τους αιώνες τα άτομα με ποικιλομορφίες χαρακτηριστικών φύλου— υπάρχουν από την αυγή του ανθρώπινου είδους. Η διαχείριση των ίντερσεξ σωμάτων προηγείται κατά πολύ της σύγχρονης ιατρικής και βιολογίας, οι οποίες, παρά την εξέλιξή τους, δεν απαλλάχθηκαν πλήρως από κανονιστικές και ιδεολογικές παραδοχές. Ένας από τους πλέον προβληματικούς και επιστημονικά ανακριβείς όρους υπήρξε το *hermaphrodite*/«ερμαφρόδιτο», καθώς αποδίδει στους ανθρώπους βιολογική κατάσταση οργανισμών με πλήρως λειτουργικά αρσενικά και θηλυκά αναπαραγωγικά συστήματα, κάτι που δεν απαντάται στην ανθρώπινη ποικιλομορφία. Όπως επισημαίνουν οι Vilain et al. (2007), ο όρος δημιουργεί ψευδή εντύπωση ταυτόχρονης ύπαρξης δύο πλήρως λειτουργικών συστημάτων, ενώ οι ποικιλομορφίες χαρακτηριστικών φύλου αφορούν σύνθετες χρωμοσωμικές, γοναδικές, ορμονικές ή ανατομικές διαφοροποιήσεις.

Η κριτική αυτή προϋπήρχε του Chicago Consensus (2006). Η Dreger (1998) είχε ήδη δείξει ότι κατηγορίες όπως *true hermaphrodite*, *male pseudohermaphrodite* και *female pseudohermaphrodite* δεν ήταν ουδέτερες περιγραφές, αλλά μηχανισμοί ταξινόμησης που παρήγαν ιατρικές και κοινωνικές «αλήθειες», επιβάλλοντας την

αναζήτηση ενός μοναδικού «αληθινού φύλου». Έτσι, η αλλαγή ορολογίας δεν συνεπάγεται εγκατάλειψη της επίμονης λογικής ταξινόμησης, κανονικοποίησης και διόρθωσης του φύλου.

Από τον «ερμαφροδιτισμό» ως θεολογικο-δικανικό πρόβλημα στη νεωτερική βιοϊατρική ταξινόμηση του φύλου

Ιστορικά, τα ίντερσεξ άτομα αντιμετωπίστηκαν διαφορετικά από διαφορετικούς πολιτισμούς. Είτε αποδεκτή είτε στιγματισμένη, η ύπαρξή τους ήταν γνωστή σε πολλούς αρχαίους και προνεωτερικούς πολιτισμούς και νομικά συστήματα, όπως μαρτυρούν πολυάριθμες μυθολογικές, θρησκευτικές και ιστορικές αναφορές: από τον/την *Nibru* της σουμεριανής κοσμογονίας, τους *TumTum* του Εβραϊσμού και τον *Ardhanarishvara* των Ινδουιστών μέχρι τον Ερμαφρόδιτο της ελληνικής παράδοσης και τους *khuntha* του Ισλάμ (Wikipedia, 2026a).



Ο όρος *ερμαφρόδιτος-η-το*, από το λατινικό *hermaphroditus*, συνδέθηκε με τους μύθους για το παιδί του Ερμή και της Αφροδίτης, για το οποίο μίλησαν, με διαφορετική χροιά, αρχαίοι συγγραφείς και φιλόσοφοι. Στον Πλάτωνα¹², επηρεασμένος από τους ορφικούς, ο Αριστοφάνης περιγράφει θετικά το μυθικό ανδρόγυνο ως το *τέλειο σφαιρικό ον* και το *ερμαφρόδιτο* ως κυρίαρχο φύλο των πρώτων ανθρώπων, που μαζί με τα διφυή αρσενικά και θηλυκά φύλα «*συντελούν στη μυθική αιτιολόγηση της ευρύτητας της φυσικής σεξουαλικότητας*» (Georgoroulos, 2021). Αντίθετα, ο Αριστοτέλης¹³ θεωρεί τα μικτά γεννητικά χαρακτηριστικά παθολογία, καθώς αντιλαμβάνεται τη διάκριση άρρεν/θήλυ ως απόλυτη. Στην ιπποκρατική γραμματεία, η ανδρογυνία αναφέρεται μία φορά, ως *συνεχές συμπεριφορών αρρενωπότητας και θηλυκότητας*¹⁴.

Κατά τους Θεόφραστο και Στράβωνα, στον Ερμαφρόδιτο λατρευόταν η γονιμότητα και «*η απόλυτη ενότητα και αρμονία των δύο φύλων*». Στην Κύπρο

¹² στο Συμπόσιο (περίπου 385 π.Χ.)

¹³ στο *Περί Ζώων Γενέσεως* (μεταξύ 330 και 322 π.Χ.)

¹⁴ Ένα συνεχές από αρρενωπούς άνδρες - θηλυπρεπείς άνδρες - θηλυκές γυναίκες - αρρενωπές γυναίκες.

λατρευόταν η αμφίφυλη *Αφροδίτη-Αφρόδιτος* (λατ. *Biformis*), ενώ στη Φρυγία εμφανίζονται συγγενείς μορφές όπως η Κυβέλη και η Άγδιστις, με αρσενικά και θηλυκά γεννητικά όργανα που ευνουχίστηκε από τους θεούς εξαιτίας της χαοτικής και ανυπάκουης δύναμής της. Η λατρεία της συνδέθηκε με τον Άπτι και την Κυβέλη, εξαπλώθηκε ως την Αίγυπτο και συνδέθηκε με εκστατικές τελετουργίες και αυτο-ευνουχισμούς. Είναι ενδιαφέρον ότι αργότερα στη Ρώμη, οι ιερείς της Άγδιστις, γνωστοί ως Galli, ήταν ευνούχοι (Georgopoulos, 2021· Hedrick, 2011· Walter, 2001). Σύμφωνα με τον Διόδωρο Σικελιώτη, ο Ερμαφρόδιτος γεννήθηκε με αρσενικά και θηλυκά χαρακτηριστικά. Στον επικρατέστερο μύθο του Οβίδιου, συγχωνεύεται παρά τη θέλησή του με τη Σαλμακίδα και γίνεται “μισός άνδρας”, στοιχείο που πιθανόν συνέβαλε στη σύνδεση της διαφυλικότητας με την «εκθήλυνση» ως απειλή προς την αμιγή αρρενωπότητα (Georgopoulos, 2021).



Ερμαφρόδιτος, παιδί του Ερμή και της Αφροδίτης, η προέλευση της λέξης "ερμαφρόδιτος"
Πηγή: By Unknown author - Lady Lever Art Gallery, Public Domain,
<https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=9998492>

Η μη δυαδικότητα του φύλου δεν αντιμετωπίστηκε πάντα αρνητικά. Από τα τέλη της αρχαιότητας, ορισμένοι χριστιανοί θεολόγοι περιέγραφαν τον Αδάμ ως σεξουαλικά αδιαφοροποίητο, χαμένο πρωτότυπο της ανθρώπινης φύσης που αντανakλούσε τη θεϊκή αθωότητα στην απαρχή του χρόνου. Η «*αρχέγονη ανδρογυνία*» (*primal androgyny*)¹⁵ αναδύθηκε στη χριστιανική θεολογία τις πρώτες δεκαετίες του 3ου αιώνα. Αν και η ιδέα ενός *ανδρόγυνου Αδάμ* συνάντησε σκεπτικισμό στις απαρχές του Χριστιανισμού, υπήρξαν θεολόγοι που θεώρησαν το μη δυαδικό ως ιδανικό φύλο, ως τέλεια ένωση αρσενικού/θηλυκού. Ενώ ορισμένοι πρώιμοι θεωρητικοί φαντάζονταν τη σεξουαλική αδιαφοροποίηση ως αρχική και αγνότερη φύση, μετέπειτα θεολόγοι του δωδέκατου και του δέκατου τρίτου αιώνα, συνέδεσαν το αρχέγονο ανδρόγυνο με ένα σωματικό, διφυλικό «ερμαφρόδιτο», περιγράφοντάς το αρνητικά. Για αυτούς, το φύλο

¹⁵ Ο Ωριγένης, ο Γρηγόριος Νύσσης, κ.ά., θεωρούσαν τους πρώτους ανθρώπους άυλους και αδιαφοροποίητους ως προς το φύλο, με την ικανότητα να αναπαράγονται όπως οι άφυλοι άγγελοι. Η κατάσταση ονομάστηκε «αρχική ανδρογυνία», αν και ο Ωριγένης και ο Γρηγόριος είχαν κατά νου αυτό που θα μπορούσαμε να ονομάσουμε «άφυλη» ή «ασεξουαλική» κατάσταση, και όχι το σωματικά διπλό φύλο που περιγράφεται στο «Συμπόσιο» και σε ορισμένα εβραϊκά κείμενα.

υπήρχε μόνο «διαιρεμένο και διακριτό», ενώ οι ανδρόγυνοι και οι ερμαφρόδιτοι θεωρούνταν ελαττωματικό φύλο και ατυχής παρέκκλιση της φυσικής βιβλικής τελειότητας (DeVun, 2021; Τζανάκη, 2023).

Τον 7ο μ.Χ. αι., ο Βυζαντινός γιατρός και χειρουργός Παύλος ο Αιγινήτης, στην επτάτομη ιατρική του εγκυκλοπαίδεια, αφιερώνει ένα κεφάλαιο στον *ερμαφροδιτισμό*, παρέχοντας αναλυτικούς ορισμούς, αιτιολογική κατηγοριοποίηση, κλινική περιγραφή και διορθωτική χειρουργική αντιμετώπιση, με όρους και πρακτικές που συναντάμε ως σήμερα (Georgoroulos, 2021).

Ο όρος *hermaphrodite* εισέρχεται στην αγγλική στα τέλη του 14ου αιώνα (Wikipedia, 2026b.). Ήδη από τον Μεσαίωνα, σώματα που δεν εντάσσονταν ξεκάθαρα στο δίπολο του φύλου καταγράφονται ως «οριακά», συνδεδεμένα με το τερατώδες, το εξωτικό και το «άγριο». Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί ο χάρτης του *Hereford Mappa Mundi* (1300 μ.Χ.), όπου οι «ερμαφρόδιτοι» απεικονίζονται μαζί με τις “τερατώδεις φυλές/*monstrous races*”¹⁶ στα όρια της χριστιανοσύνης, εκτός «πολιτισμένης Δύσης».

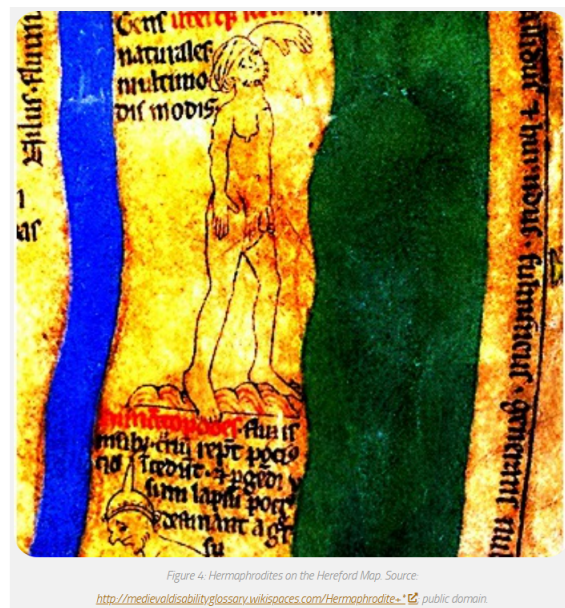


Figure 4. Hermaphrodites on the Hereford Map. Source:

<http://medievalstudies.glossary.wikisources.com/Hermaphrodite>.¹⁶ public domain.

Ανάλογους μύθους¹⁷ διέδωσαν από τον πρώτο αιώνα, ο Πλίνιος ο Πρεσβύτερος, ο Αυγουστίνος της Ιππώνος και ο Ισίδωρος της Σεβίλλης, συμπεριλαμβάνοντάς τους σε εγκυκλοπαίδειες, ταξιδιωτικά χρονικά και χάρτες.

Οι περιγραφές τεράτων μπορεί να διασκέδαζαν το λαϊκό κοινό, αλλά ταυτόχρονα όριζαν τι θεωρούνταν πολιτισμένο, εδραιώνοντας αντιπάθεια προς σώματα και επιθυμίες αντίθετα στο ευρωπαϊκό χριστιανικό ιδεώδες (DeVun, 2021). Η σημασία τους δεν βρίσκεται μόνο στη δαιμονοποίηση της σωματικής ποικιλομορφίας, αλλά και στη γεωγραφικοποίησή της. Οι «ερμαφρόδιτοι» τοποθετούνται στα όρια της

¹⁶ Η διαφυλική μορφή στον χάρτη συνοδεύεται από την επιγραφή “*Gens uterque sexus innaturalis multimodis*” («λαός με δύο φύλα, αφύσικος με πολλούς τρόπους»), ενώ η απεικόνιση του στον χάρτη συνδέει το διττό φύλο με την έννοια του ανοίκειου, του εξωτικού και του “μη φυσικού”.

¹⁷ Μύθους για υποτιθέμενες φυλές εξωτικών, ανθρωποειδών με ασυνήθιστη ανατομία και έθιμα—που θεωρούνταν ότι ζούσαν σε περιοχές εκτός Ευρώπης, συχνά στην Αφρική, την Ασία ή στα άκρα της γης.

οικουμένης, μαζί με άλλες «τερατώδεις φυλές», εκτός χριστιανικής και ευρωπαϊκής κανονικότητας: οι μεσαιωνικοί χάρτες αποτύπωναν ιεραρχίες πολιτισμού και κριτήρια ανθρωπινότητας, παρουσιάζοντας τη σωματική και ηθική αμφισημία στο όριο μεταξύ ανθρώπινου και μη πλήρως ανθρώπινου (Rolker, 2016). Η σύνδεση της έμφυλης αμφισημίας με το «αφύσικο» και το «α-πολίτιστο» προηγείται της σύγχρονης ιατρικής.

Ο Foucault (2003), στο πλαίσιο της γενεαλογίας του «τέρατος», αναπαράγει την άποψη ότι οι “hermaphrodites” στον Μεσαίωνα θεωρούνταν τέρατα και αντιμετωπίζονταν με ακραία τιμωρητικά μέτρα¹⁸. Ωστόσο, νεότερη ιστοριογραφική έρευνα αμφισβητεί τη γενίκευση, επισημαίνοντας ότι οι περισσότερες μεσαιωνικές νομικές πηγές αφορούσαν κυρίως ταξινόμηση, κληρονομιά, γάμο και κοινωνική θέση (Rolker, 2014).

Τα μεσαιωνικά κανονιστικά κείμενα αναγνώριζαν την ύπαρξη των *hermaphroditi*, επιχειρώντας να καθορίσουν την ένταξή τους σε θεσμούς όπως γάμος, κληρονομιά και δικαστική μαρτυρία, συνήθως βάσει του «επικρατέστερου» φύλου (Wikipedia, 2026b). Παράλληλα, η αναπτυσσόμενη χειρουργική καθιέρωσε πρακτικές εξάλειψης της σωματικής αμφισημίας, για την ένταξη του ατόμου στη μία ή την άλλη κατηγορία φύλου (DeVun, 2021). Από τον ύστερο Μεσαίωνα έως τον 16ο αιώνα, ο αυτοπροσδιορισμός διατηρούσε σχετική βαρύτητα. Από τα τέλη όμως του 16ου αιώνα, ο ορισμός του φύλου μεταφέρεται στο κράτος, στο δικαστικό σύστημα και στην αναδυόμενη ιατρική εμπειρογνωμοσύνη, συνδέοντας τον «ερμαφροδιτισμό» με αταξία, ανυπακοή και εγκληματικότητα (Τζανάκη, 2023). Η υπόθεση Marie/Marin Lemarcis αποτυπώνει τη μετάβαση, καθώς το διακύβευμα δεν ήταν μόνο η ανατομία, αλλά το δικαίωμα να ορίζει το άτομο το φύλο και τη φύση του.

Παράλληλα, μετασχηματίζεται η έννοια της «ανωμαλίας». Ενώ η αρχαία ιατρική λειτουργούσε κυρίως περιγραφικά, από τον 18ο αιώνα επικρατεί το βοτανικό ταξινομικό μοντέλο, που ονοματοδοτεί ιεραρχώντας ευρύ φάσμα σωμάτων και ιατρικών παθήσεων. Η ονοματοδοσία των ασθενειών δεν έγινε καθολικά αποδεκτή από τους γιατρούς, ωστόσο το ταξινομικό σχέδιο επικράτησε (Davis, 2014).

¹⁸ Ο Foucault, στη διάλεξη της 22 Ιανουαρίου 1975 στο *Les anormaux*, αναφέρει την αφήγηση ότι από τον Μεσαίωνα έως τον 16ο/αρχές 17ου αιώνα οι «ερμαφρόδιτοι» θεωρούνταν τέρατα και γι' αυτό εκτελούνταν, καίγονταν και οι στάχτες τους σκορπίζονταν στον άνεμο (Foucault, 2003)

Η κρίσιμη τομή της Νεωτερικότητας δεν ήταν η «ανακάλυψη» των ίντερσεξ σωμάτων, αλλά η μετατροπή τους από θεολογικο-δικανικό ζήτημα σε αντικείμενο βιοϊατρικής αλήθειας. Τον 18ο -κυρίως 19ο- αιώνα, η ανατομία, η ψυχιατρική, η εγκληματολογία και η σεξολογία συγκροτούν το φύλο ως μονοσήμαντη βιολογική ουσία. Έννοιες όπως «ερμαφροδιτισμός», «ψυχικός ερμαφροδιτισμός», «αναστροφή φύλου» και «εκθηλυσμός» συνδέονται με εκφυλισμό, ηθική παθολογία και κοινωνική παρακμή. Ιδιαίτερα μετά το 1870, στον λόγο της ψυχιατρικής, της ιατροδικαστικής και της εγκληματολογίας, η απόκλιση από το δίπολο άρρεν/θήλυ ανάγεται σε βιοπολιτικό πρόβλημα και κίνδυνο για την κοινωνική και φυλετική υγιεινή (Τζανάκη & Κουρούτζας, 2024).

Η νεωτερική ιατρική δεν περιορίζεται στην «ανακάλυψη» προϋπάρχοντος φύλου, αλλά αναλαμβάνει ενεργό ρόλο στην παραγωγή του. Η Feder (2014) υποστηρίζει ότι το κεντρικό πρόβλημα της νεωτερικής δυτικής ιατρικής δεν ήταν η σωματική ποικιλομορφία καθαυτή, αλλά η αδυναμία ένταξής της στο δυαδικό σύστημα φύλου. Η χειρουργική και η ενδοκρινολογία οργανώθηκαν γύρω από την απαίτηση συνοχής σώματος, κοινωνικού ρόλου και αναπαραγωγικής λειτουργίας. Η ίντερσεξ κατάσταση καθίσταται αντικείμενο «διόρθωσης», όχι επειδή απειλεί την επιβίωση, αλλά επειδή αποσταθεροποιεί το νεωτερικό καθεστώς αλήθειας του φύλου (Τζανάκη, 2023).

Μεταπολεμική βιοϊατρικοποίηση του ίντερσεξ σώματος: από τη χρωματίνη φύλου στον Money

Η ιατρικοποίηση της διαφυλικότητας συνδέεται με τη συγκρότηση ενός αυστηρού δυαδικού μοντέλου φύλου στα τέλη του 19ου-αρχές του 20ού αιώνα. Καθώς τα αρσενικά και θηλυκά σώματα νοούνταν ως απόλυτα διακριτές κατηγορίες, τα ίντερσεξ σώματα και η ομοφυλοφιλία αντιμετωπίστηκαν ως αποκλίσεις που αποσταθεροποιούσαν αυτή την τάξη και εντάχθηκαν στους ιατρικούς και εξελικτικούς λόγους περί εκτροπής και εκφυλισμού. Ο όρος *intersexuality* (διαφυλικότητα) εμφανίστηκε αρχικά στη βιολογία και γενετική αρχές του 20ού αιώνα, όταν οι ορμόνες αναδεικνύονταν ως βασικός παράγοντας διαφοροποίησης φύλου και σεξουαλικότητας. Ο Goldschmidt, μελετώντας τον σκόρο *Lymantria dispar*, παρήγαγε μορφές ενός συνεχούς του φύλου τις οποίες ονόμασε *intersex* (δια-φυλικές). Το 1917 διατύπωσε τον «χρονικό νόμο της διαφυλικότητας», σύμφωνα με τον οποίο η ανάπτυξη του φύλου

μπορούσε να κινηθεί από το ένα άκρο στο άλλο ανάλογα με το σημείο καμπής της διαφοροποίησης (Karkazis, 2008). Παρότι ο όρος γεννήθηκε από την αμφισβήτηση του απόλυτου διμορφισμού, μεταφερόμενος στον άνθρωπο συνδέθηκε με παθολογικοποιητικές και σεξολογικές ερμηνείες, ιδίως με την ομοφυλοφιλία και την ιδέα μιας γενετικής ή ορμονικής «ενδιάμεσης» κατάστασης (Feder, 2014· Τζανάκη & Κουρούτζας, 2024).

Λίγο πριν ανακαλυφθούν τα χρωμοσώματα και η χρωματίνη φύλου, ο Cawadías (1943)¹⁹, υποστήριξε ότι το ανθρώπινο φύλο αποτελεί διαβαθμισμένο συνεχές και ότι η διαφυλικότητα είναι φυσιολογικό φαινόμενο, οφειλόμενο σε «ατελή σεξουαλική διαφοροποίηση». Απέρριψε τον «αληθή ερμαφροδιτισμό» ως μυθολογική κατασκευή, υποστηρίζοντας ότι δεν υπάρχουν τέλεια αρσενικά ή θηλυκά σώματα αλλά διαφορετικοί συνδυασμοί αρσενικών και θηλυκών χαρακτηριστικών, ενώ μίλησε για αρσενικά και θηλυκά ίντερσεξ σώματα (Cawadías, 1943). Παρά τους προβληματικούς όρους («ατελής», «θηλυκοποιημένο άρρεν», «αρρενοποιημένο θήλυ»), το έργο του δείχνει ότι πριν τη μεταπολεμική κυτταρογενετική υπήρχαν ήδη βιοϊατρικές προσεγγίσεις που αντιλαμβάνονταν το φύλο ως συνεχές και όχι ως απόλυτο δίπολο.

Μεταπολεμικά, η τεχνική πρόοδος αναδιοργάνωσε την έννοια του φύλου. Η ανακάλυψη από τον Barr της Χ-χρωματίνης (τέλη της δεκαετίας 1940) και η κλινική της αξιοποίηση (δεκαετία 1950), μετέφεραν το κέντρο βάρους από την ενδοκρινολογία στην κυτταρογενετική αναζήτηση ενός «βαθύτερου βιολογικού φύλου» (Miller, 2006). Όπως δείχνει η Löwy, χρωμοσωμικές διαφοροποιήσεις -επονομαζόμενες ως «σύνδρομα» Turner (45,X0) και Klinefelter (47,XXY), που αρχικά αντιμετωπιζόνταν ως ενδοκρινολογικές καταστάσεις, ανανοηματοδοτήθηκαν μετά τις μελέτες του Barr ως σώματα που «δεν ήταν αυτό που φαίνονταν». Ο ίδιος και οι συνεργάτες του τα περιέγραψαν ως *nature's freaks*, ως «τερατώδεις εκτροπές της φύσης», και ως μορφές «ψευδοερμαφροδιτισμού» ή «αναστροφής φύλου». Το φύλο παύει να νοείται ως ορμονική ή φαινοτυπική πραγματικότητα και εγκαθίσταται ως κρυμμένο κυτταρικό γνώρισμα που ο ειδικός αποκαλύπτει, ως μόνος αρμόδιος να αποδώσει, πέρα από εμφάνιση, ανατροφή ή αυτοαντίληψη, το «σωστό» φύλο. Το στίγμα συγκροτείται μέσω επιστημονικής ταξινόμησης συγκεκριμένων σωμάτων ως βιολογικά παραπλανητικά, ατελή ή «τερατώδη» (Löwy, 2017).

¹⁹ Στο βιβλίο του *Hermaphroditos: The Human Intersex*

Η κυτταρογενετική λογική του Barr προετοίμασε την προγεννητική ανίχνευση ανευπλοϊδιών²⁰ φύλου, που συνδέθηκε και αναπτύχθηκε στο πλαίσιο αναζήτησης του συνδρόμου Down: Η ανίχνευση Turner, Klinefelter και άλλων χρωμοσωμικών διαφοροποιήσεων φύλου εμφανιζόταν συχνά ως «παράπλευρο» αποτέλεσμα τεχνολογιών σχεδιασμένων για την τρισωμία 21. Καθώς οι ανευπλοειδίες φύλου έχουν ηπιότερες και πιο μεταβλητές συνέπειες από αυτοσωμικές χρωμοσωμικές ατυπικότητες, η διάκριση «φυσιολογικού»/«παθολογικού» εμβρύου καθίσταται ασταθής (Löwy, 2017). Έτσι, η διάγνωση εισάγει την κύηση σε πεδίο πρόγνωσης, αβεβαιότητας, αξιολόγησης και αναπαραγωγικής απόφασης.

Παράλληλα, το Johns Hopkins διαμόρφωσε διαφορετικό μοντέλο διαχείρισης. Την δεκαετία του 1950, ο John Money και οι συνεργάτες του υποστήριξαν ότι η έμφυλη ταυτότητα μπορούσε να μεταστραφεί μέσω πρώιμης ανάθεσης φύλου, χειρουργικής προσαρμογής και συνεπούς κοινωνικοποίησης. Η προσέγγιση στηρίχθηκε στην αναπόδεικτη *έμφυλη ευπλαστικότητα* κατά τη γέννηση και στην ιδέα ότι η «πρέπουσα» εμφάνιση των γεννητικών οργάνων καθορίζει την ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη. Οι Diamond και Sigmundson (1997) σημειώνουν ότι βρέφη με ανεπαρκές ή τραυματισμένο πέος συχνά προτεινόταν να ανατραφούν ως κορίτσια, καθώς η κατασκευή κόλπου θεωρούνταν τεχνικά ευκολότερη από την κατασκευή λειτουργικού πέους.

Η μεταπολεμική αυτή βιοϊατρικοποίηση αποτελεί συνέχεια μιας ευγονικής λογικής ανατροφής, με στόχο τον κοινωνικό-σεξουαλικό ισομορφισμό (Foucault, 2013; Τζανάκη, 2025α)²¹: το μοντέλο του «βέλτιστου φύλου ανατροφής» στο Johns Hopkins επιδίωξε την ευθυγράμμιση σώματος, ανατροφής και έμφυλης ταυτότητας των παιδιών με διαφοροποιήσεις φύλου στα δυαδικά πρότυπα άρρεν/θήλυ, μετατρέποντας τη χειρουργική και ορμονική παρέμβαση σε μηχανισμό παραγωγής μιας σταθερής, τεχνητής «φύσης» (Τζανάκη, 2026b).

Η περίπτωση των διδύμων Reimer υπήρξε το γνωστότερο αποτυχημένο παράδειγμα του μοντέλου Money. Μετά από αποτυχημένη περιτομή που κατέστρεψε το πέος του, στον David, τυπικό άρρεν, ανατέθηκε θηλυκό φύλο, έγινε ορχεκτομή και

²⁰ Χρωμοσωμική ανευπλοειδία: Η απόκλιση από τον τυπικά αναμενόμενο αριθμό χρωμοσωμάτων (υπάρχουν είτε περισσότερα είτε λιγότερα χρωμοσώματα) στο 23ο ζεύγος χρωμοσωμάτων (φυλοκαθοριστικό).

²¹ Η απαίτηση οι σχέσεις, τα σώματα, οι επιθυμίες και οι μορφές αναπαραγωγής να ευθυγραμμίζονται με το δυτικό, λευκό, πατριαρχικό και ευγονικό πρότυπο «φυσικότητας».

ανατράφηκε ως κορίτσι. Ο Money παρουσίαζε την υπόθεση ως επιτυχή απόδειξη της πλαστικότητας της έμφυλης ταυτότητας. Οι Diamond & Sigmundson (1997) αποκάλυψαν ότι ο David δεν αποδέχθηκε ποτέ το φύλο ανατροφής, αντιστάθηκε στη θηλυκή κοινωνικοποίηση, στην εφηβεία επέστρεψε στο αρσενικό φύλο, παντρεύτηκε και αυτοκτόνησε το 2004, δύο χρόνια μετά τον δίδυμο αδελφό του, Brian. Χωρίς μονοαιτιακή σύνδεση, η βιβλιογραφία καταγράφει σοβαρό ψυχικό τραύμα από τις ιατρικές και ψυχολογικές παρεμβάσεις του Money. Η δημοσίευση του 1997 ανέτρεψε το αφήγημα επιτυχίας, αποκαλύπτοντας τις κλινικές και ηθικές συνέπειες ενός μοντέλου βασισμένου σε ανεπαρκή τεκμηρίωση και απόκρυψη κρίσιμων πληροφοριών (Colapinto, 2000). Για τη Davis (2015), η υπόθεση Reimer απονομιμοποιεί την αυθεντία του Money, καταρρίπτει το παράδειγμά του και αμφισβητεί την ιατρική εξουσία στα ίντερσεξ σώματα, παρότι το μοντέλο του εφαρμόζεται νόμιμα σε ίντερσεξ παιδιά στις περισσότερες χώρες.

Από τη δεκαετία 1950 έως τη δεκαετία του 1990, συγκροτούνται δύο αλληλένδετες μορφές βιοϊατρικής διαχείρισης: η κυτταρογενετική αναζήτηση του «πραγματικού» φύλου και η χειρουργικό-ψυχολογική παραγωγή κοινωνικά αναγνώσιμου φύλου. Η πρώτη υπόσχεται αποκάλυψη, η δεύτερη κανονικοποίηση· αμφότερες προϋποθέτουν ότι η έμφυλη ποικιλομορφία πρέπει να ερμηνευθεί και να διορθωθεί.

Από *intersex* σε *DSD*: αναταξινόμηση, ιατρική ανασυγκρότηση και κριτική

Μέχρι τα τέλη του 20ού αιώνα, η κλινική διαχείριση των ίντερσεξ σωμάτων στηριζόταν σε όρους όπως *hermaphrodite*, *male pseudohermaphrodite*, *female pseudohermaphrodite* και *sex reversal*, που έφεραν ιστορικό στίγμα και προϋπέθεταν «αληθινό» φύλο προς ανακάλυψη ή αποκατάσταση. Όροι κοινωνικά προσβλητικοί και εννοιολογικά ασαφείς, συνέδεαν εμβρυολογικά, γοναδικά, ανατομικά και κοινωνικά κριτήρια χωρίς συνεκτική βιολογική λογική (Dreger et al., 2005). Η κριτική τους τροφοδοτήθηκε από βιοηθικές και ακτιβιστικές αντιρρήσεις και εξελίξεις στη μοριακή γενετική, την ενδοκρινολογία και τη διάγνωση, που δυσχέραιναν τη διατήρηση δυαδικών ταξινομήσεων.

Το 2005 πραγματοποιήθηκε στο Σικάγο το International Consensus Conference on Intersex που κατέληξε στο *Consensus Statement on Management of Intersex Disorders*. Το κείμενο εισηγήθηκε την εγκατάλειψη όρων όπως *intersex*, *hermaphroditism*, *pseudohermaphroditism* και *sex reversal*, προτείνοντας τον όρο-ομπρέλα *Disorders of Sex Development (DSD)*, δηλαδή «συγγενείς καταστάσεις στις οποίες η ανάπτυξη χρωμοσωμικού, γοναδικού ή ανατομικού φύλου είναι άτυπη» (Hughes et al., 2006). Το ιατρικό επιχείρημα ήταν η απομάκρυνση από στιγματιστικούς όρους, η διαγνωστική σαφήνεια και η συγκρότηση κλινικού πλαισίου. Η Machado (2008), ωστόσο, δείχνει ότι το Chicago Consensus δεν ήταν απλή ορολογική αναθεώρηση, αλλά αναδιοργάνωση του πεδίου γύρω από την αυθεντία γενετικής και μοριακής βιολογίας. Παρότι παρουσιάστηκε ως «συναίνεση», συμμετείχε μόλις μία ίντερσεξ ακτιβίστρια, που αποκλείστηκε από τις συζητήσεις για χειρουργικές παρεμβάσεις. Το ίντερσεξ κίνημα αναγνωρίστηκε ως «ομάδα υποστήριξης», όχι ως ισότιμος συνομιλητής στη διαμόρφωση θεραπευτικών πλαισίων, αναδεικνύοντας άνισες σχέσεις εξουσίας (Machado, 2008).

Οι Feder και Karkazis (2008) επισημαίνουν ότι η μετάβαση από *intersex* σε *DSD* δεν εγκατέλειψε την κανονιστική λογική της ιατρικής διαχείρισης, αλλά την αναδιατύπωσε σε βιοϊατρική γλώσσα. Ενώ το *intersex* περιγράφει σωματική διαφοροποίηση χωρίς εγγενή παθολογική αξιολόγηση, το *disorder* μετατοπίζει την ποικιλομορφία στο πεδίο της διαταραχής. Η αλλαγή αφορά και τη δικαιοδοσία: η ποικιλομορφία του φύλου παραμένει αντικείμενο διάγνωσης, ταξινόμησης και παρέμβασης. Έτσι, το Chicago Consensus επανανομιμοποίησε κανονικοποιητικές πρακτικές μέσω εκσυγχρονισμένου ιατρικού λόγου. Η Roen (2019) δείχνει ότι η ψυχοκοινωνική βλάβη των ίντερσεξ ατόμων δεν απορρέει από τη σωματική ποικιλομορφία, αλλά από τις ιατρικές παρεμβάσεις, την ανεπαρκή ενημέρωση και τις προβληματικές διαδικασίες γονικής συναίνεσης. Ο Cabral (2003) υποστηρίζει ότι η ίντερσεξ κατάσταση δεν αποτελεί εξαίρεση ή ανωμαλία, αλλά φυσική σωματική ποικιλομορφία που αποκαλύπτει τα όρια του δυαδικού φύλου· η μετατροπή της σε ιατρικό ζήτημα αποκρύπτει τον κοινωνικοπολιτικό χαρακτήρα του φύλου, ενώ οι «κανονικοποιητικές» παρεμβάσεις επιβάλλουν τη δυαδική τάξη σε σώματα που την αμφισβητούν.

Η Davis (2015) ερμηνεύει τη μετάβαση ως ανασυγκρότηση της διαγνωστικής εξουσίας που καθορίζει -όχι ουδέτερα- ποια σώματα αναγνωρίζονται ως *κανονικά* και ποια ως *παθολογικά*. Η κατηγορία DSD επανατοποθετεί τα ίντερσεξ σώματα υπό ιατρική επιτήρηση, ενώ η αποστιγματοποίηση μέσω ορολογικής αλλαγής μπορεί να παράγει νέα παθολογικοποίηση. Οι ίντερσεξ οργανώσεις υποστήριξαν ότι η αλλαγή από intersex σε DSD δεν θεραπεύει το στίγμα, αλλά το αναδιατυπώνει, συνοψίζοντας την αντίρρηση στη θέση «*I am not a disorder*». Το DSD αντιμετωπίζει τα ίντερσεξ σώματα ως ελαττωματικά σώματα προς διόρθωση, ενώ το intersex αναγνωρίζει ανθρώπινη ποικιλομορφία χωρίς προϋπόθεση παθολογίας (Briffa, 2014). Αντίστοιχα, η interACT και άλλες οργανώσεις επισήμαναν ότι η αλλαγή ορολογίας δεν συνοδεύτηκε από εγκατάλειψη μη συναινετικών παρεμβάσεων.

Το Chicago Consensus ανέδειξε πεδίο σύγκρουσης ανάμεσα στη βιοϊατρική αυθεντία και την ίντερσεξ πολιτική υποκειμενικότητα. Αν προηγουμένως το επίδικο ήταν η ανακάλυψη ή κατασκευή του «σωστού» φύλου, από τις αρχές του 21ου αιώνα γίνεται το ποιος δικαιούται να ορίζει τη σωματική ποικιλομορφία. Η μετάβαση στο DSD συνιστά επιστημική αδικία: η βιωμένη γνώση των ίντερσεξ ατόμων υποτιμήθηκε έναντι της ιατρικής αυθεντίας, ενώ τα πλαίσια περιγραφής των σωμάτων τους διαμορφώθηκαν χωρίς ουσιαστική συμμετοχή τους²² (ερμηνευτική αδικία). Η ιατρική κοινότητα διατήρησε την ερμηνευτική εξουσία, να ορίζει τα ίντερσεξ σώματα ως παθολογικά, περιθωριοποιώντας τη γνώση τους, προτάσσοντας το γονεϊκό στρες έναντι της σωματικής ακεραιότητας, του αυτοπροσδιορισμού και της αυτονομίας τους (Merrick, 2019). Στη φουκωική γενεαλογία, από το παράδειγμα του Damiens που αρνείται μέχρι τέλους να ομολογήσει έως τα νεωτερικά πειθαρχικά και βιοπολιτικά καθεστώτα, η εξουσία μετατοπίζεται από την άμεση σωματική βία στην παραγωγή «αλήθειας» για τα σώματα μέσω θεσμών, ειδικών και κανονιστικών λόγων (Foucault, 2011· Tzanaki, 2025).

Η Ziemińska (2020) επεκτείνει την κριτική: οι «κανονικοποιητικές» παρεμβάσεις αποτελούν υλική έκφραση προϋπάρχουσας επιστημικής αδικίας: το ανεπαρκές ερμηνευτικό πλαίσιο του δυαδικού φύλου, αδυνατώντας να κατανοήσει την ίντερσεξ ποικιλομορφία, τη μετατρέπει σε παθολογία και «διαταραχή», νομιμοποιώντας την ιατρική παρέμβαση. Η ίδια θεωρεί τη δυαδική διάκριση θηλυκού/αρσενικού γνωστική

²² Στο Chicago Consensus συμμετείχαν 48 γιατροί, μία εκπρόσωπος οργάνωσης γονέων και μόλις μία ίντερσεξ ακτιβίστρια, η Cheryl Chase.

υπεραπλούστευση (epistemic oversimplification), που αγνοεί πλήθος εμπειρικών δεδομένων των ίντερσεξ ατόμων, αντιπροτείνοντας ένα μη δυαδικό, πλουραλιστικό πλαίσιο κατανόησης του φύλου και της σωματικής ποικιλομορφίας.

Η ανάδυση του διεθνούς ίντερσεξ κινήματος από το 1990, συνιστά ρήξη με την επιστημική σιωπή. Οι δημόσιες μαρτυρίες, η αμφισβήτηση της ιατρικής αυθεντίας και η διεκδίκηση αυτο-ερμηνείας των σωμάτων αποτελούν πράξη επανύπαρξης: οι ίντερσεξ άνθρωποι επαναδιεκδικούν τη δυνατότητα να υπάρχουν όχι ως αντικείμενα διάγνωσης και διόρθωσης, αλλά ως υποκείμενα λόγου, γνώσης και πολιτικής αυτενέργειας (Τζανάκη, 2026).



Pidgeon Pagonis, the co-founder of the Intersex Justice Project at a protest in 2017. SARAH-JI, INTERSEX JUSTICE PROJECT

IGM: Βιοπολιτική, ικανοτισμός και αποικιακή εξαφάνιση

Για την απο-αποικιακή φεμινιστική κριτική, η μετονομασία σε DSD και ο χαρακτηρισμός της φυσικής σωματικής ποικιλομορφίας ως «διαταραχής» δεν είναι τυχαία. Οι ιατρικές επεμβάσεις (IGM) αποτελούν πρακτική συμμόρφωσης σε ένα καθεστώς γνώσης που παράγει και σταθεροποιεί το «αληθινό» φύλο. Ιστορικά, η ίντερσεξ σωματικότητα οργανώθηκε ως βιοϊατρική κατηγορία με κλινική γλώσσα που απέφευγε τον όρο intersex. Προτιμούσε υπόρρητες χρωμοσωμικές, γοναδικές ή ανατομικές διαγνώσεις, ώστε το παιδί να παραμένει εντός του έμφυλου διπόλου. Η εξαφάνιση ξεκινά από τη διαγνωστική μετάφραση της ποικιλομορφίας σε απόκλιση προς ταξινόμηση και ρύθμιση (Holmes, 2009).

Η Orr (2022) εξηγεί ότι το ίντερσεξ σώμα αντιμετωπίζεται ως ελλειμματικό που χρήζει θεραπείας για να χωρέσει στην υποχρεωτική έμφυλη δυαδικότητα (*compulsory dyadism*)²³. Η απαίτηση αυτή συνδέεται με την υποχρεωτική σωματική κανονικότητα (*compulsory able-bodiedness*): όταν το σώμα διαψεύδει το δίπολο, νοείται ως διαταραγμένο ή μη βιώσιμο. Έτσι, η IGM συγκροτείται ως *curative violence*: βία που εμφανίζεται ως θεραπεία, ενώ επιβάλλει κανονικότητα, προκαλώντας ψυχοσωματική βλάβη ή αναπηρία. Για την Orr, η απελευθερωτική αποπαθολογικοποίηση απαιτεί κριτική του ικανοτισμού που θεωρεί τα σώματα «διορθώσιμα».

Η Roen (2009) αναλύει τη χειρουργική ως τεχνολογία παραγωγής ενσώματου εαυτού. Η κλινική παρέμβαση διαμορφώνει τη σχέση του παιδιού με το σώμα, τη γονεϊκή πρόσληψη και την κοινωνική αναγνωρισιμότητα. Η «διόρθωση» επιβάλλει στο σώμα τη δυαδική σταθερότητα, συγκροτώντας έναν χειρουργικό εαυτό μέσα από την ιατροκοποίηση και την απώλεια ελέγχου. Η Eckert (2009) εστιάζει στην παθολογικοποίηση: η ίντερσεξ σωματικότητα παράγεται ως αντικείμενο ιατρικής και ανθρωπολογικής γνώσης μέσω διαγνώσεων και ταξινομήσεων. Η ορολογία DSD ενισχύει αυτή τη διαδικασία, διατηρώντας την ιατρική κυριαρχία και περιορίζοντας την πολιτική δυναμική του όρου *intersex* ως κριτικής κατηγορίας (Eckert, 2009; Holmes, 2009). Αυτή η διαχείριση ενισχύει την αποικιακή παραγωγή γνώσης, εντάσσοντας το ίντερσεξ σώμα στην ιστορία των σωμάτων που κατασκευάζονται ως τερατώδη ή μη ταξινομήσιμα επειδή διαταράσσουν τις νόρμες φύλου και ανθρωπινότητας.

Επεκτείνοντας την κριτική του Quijano (2000) από τη φυλή στο φύλο, η Malatino (2009) εντοπίζει τη χειρουργική κατασκευή του φύλου στην ευρωκεντρική νεωτερική γνώση, όπου το σώμα μετράται, ταξινομείται και κανονικοποιείται. Η Lugones εντάσσει το φύλο στην «αποικιακότητα της εξουσίας», δείχνοντας ότι η νεωτερική/αποικιακή τάξη συμπλέκει φυλή, φύλο, ετεροσεξουαλικότητα, εργασία, εξουσία και γνώση. Ο βιολογικός διμορφισμός, η πατριαρχία και η υποχρεωτική ετεροσεξουαλικότητα φυσικοποιούν τη δυαδική ταξινόμηση. Η ίντερσεξ σωματικότητα αποκαλύπτει τα όρια αυτής της φυσικοποίησης, καθώς οι βιολογικοί δείκτες δεν συγκροτούν ενιαία δυαδική αλήθεια. Οι χειρουργικές και ορμονικές «διορθώσεις» αποδεικνύουν ότι το κοινωνικό φύλο (*gender*) προηγείται των βιολογικών χαρακτηριστικών και τους αποδίδει νόημα,

²³ Η πολιτισμική απαίτηση όλα τα σώματα να επιβεβαιώνουν το δίπολο άρρεν/θήλυ

μετατρέποντας την ετεροκανονική απαίτηση για «άρρεν/θήλυ» σε ιατρική ανάγκη (Lugones, 2007). Μέσω των Oyěwùmí και Allen, η Lugones δείχνει ότι η αποικιοκρατία επέβαλε δυτικές έμφυλες κατηγορίες εκεί όπου δεν υπήρχε δυαδικότητα ή βιολογική ιεραρχία. Ενδεικτικά, το gender δεν αποτελούσε οργανωτική αρχή στους Yoruba πριν τον αποικισμό. Παράλληλα, οι γυναικοκεντρικές ιθαγενείς κοινωνίες που αναλύει η Allen αναγνώριζαν πάνω από δύο έμφυλες θέσεις, ανεξάρτητα από τη βιολογική διχοτομία. Συνεπώς, η αποικιακή επιβολή του φύλου αναδιοργάνωσε ριζικά την κοινωνική ζωή, τη γνώση, την εξουσία και τη σχέση σώματος/κοινότητας (Lugones, 2010).

Η Machado (2009) αναλύει την κλινική πράξη στη Νότια Βραζιλία, όπου η «αναζήτηση του φύλου» οργανώνεται μέσω ιατρικών εξετάσεων, συμβουλίων και χειρουργικών παρεμβάσεων. Το φύλο παράγεται διαγνωστικά με κριτήρια γονιμότητας, ετεροσεξουαλικής λειτουργικότητας και μεγέθους οργάνων. Η μετάβαση στο DSD μετατοπίζει το φύλο σε βιογενετικό καθεστώς αλήθειας, ενισχύοντας την αυθεντία των ειδικών και περιορίζοντας την πρόσβαση των υποκειμένων στη γνώση.

Αφρικανικές μελέτες καταγράφουν εξαναγκαστικές, μη αναγκαίες «κανονικοποιητικές» επεμβάσεις σε παιδιά, οι οποίες αιτιολογούνται ως αισθητικές για την αποφυγή του στίγματος (Centre for Human Rights, 2022). Στην Ανατολική Αφρική, η ιατρική αντιμετωπίζει τα ίντερσεξ σώματα ως «διαταραγμένα» και ο νόμος αναγνωρίζει μόνο δυαδικές κατηγορίες, καθιστώντας τη συμμόρφωση μονόδρομο κοινωνικής βιωσιμότητας. Στην Ουγκάντα, η διοικητική αλλαγή των στοιχείων γέννησης εξαρτάται άμεσα από τη χειρουργική επέμβαση και την ιατρική πιστοποίηση (Wahu & Maranya, 2025).

Στις Φιλιππίνες, τα ίντερσεξ πρόσωπα υφίστανται επεμβάσεις IGM από τη γέννηση για να καταχωρηθούν στο δυαδικό νομικό σύστημα. Η καταγραφή αυτή καθορίζει όλα τα μετέπειτα έγγραφα, ενώ οι διορθώσεις απαιτούν ιατρική πιστοποίηση. Η νομική αορατότητα προκαλεί διακρίσεις και αποκλεισμούς σε υγεία, εκπαίδευση και κοινωνική προστασία (Senga, 2024). Στο Μπαγκλαντές, η ιατρική βία τεκμηριώνεται από εξευτελιστικές εκθέσεις σώματος, επαναλαμβανόμενα τεστ και αφαιρέσεις οργάνων χωρίς ενημέρωση του παιδιού ή ψυχοσεξουαλική συμβουλευτική. Αυτή η βία απορρέει από το κυρίαρχο διμορφικό μοντέλο και την απόλυτη εξουσία των γιατρών (Alim et al., 2022).

Σε παγκόσμια κλίμακα, οι IGM αποτελούν βιοπολιτική πρακτική συμμόρφωσης για την παραγωγή σωμάτων που μπορούν να ταξινομηθούν διοικητικά και κοινωνικά ως αρσενικά ή θηλυκά. Η αποικιακή διάσταση έγκειται στην επιβολή ενός συγκεκριμένου καθεστώτος φύλου ως καθολικού, το οποίο, μέσω της αφαίρεσης ιστών, εξαλείφει την ίντερσεξ σωματικότητα ως νόμιμη μορφή ύπαρξης. Οι επεμβάσεις στη βάση των DSD αποτελούν πρακτική παραγωγής «κανονικού» φύλου μέσω ιατρικής αυθεντίας, οικογενειακής πίεσης και αποικιακών αντιλήψεων περί «φυσικού» σώματος. Δεν θεραπεύουν την ίντερσεξ σωματικότητα· θεραπεύουν την αδυναμία του δυτικού, λευκού, νεωτερικού κανόνα να ανεχθεί τη σωματική/φυσική του διάψευση.

Πολιτική υποκειμενοποίηση: η συγκρότηση του διεθνούς κινήματος και η ελληνική περίπτωση

Η συγκρότηση του διεθνούς ίντερσεξ κινήματος απάντησε στην ιατρική μυστικότητα, τις μη συναινετικές παρεμβάσεις και τον αποκλεισμό των ατόμων από τις αποφάσεις για το σώμα τους. Για μεγάλο μέρος του 20ού αιώνα, η κλινική διαχείριση επέβαλλε έγκαιρη χειρουργική «διόρθωση», σιωπή και περιορισμό της πληροφόρησης, ενώ αποθάρρυνε την πρόσβαση σε φακέλους και κοινότητες ομοτίμων (Karkazis, 2008). Η πολιτική οργάνωση ήρθε ως ρήξη με αυτή την ιατρική αυθεντία και διαχείριση.

Κρίσιμη τομή αποτέλεσε η ίδρυση της Intersex Society of North America (ISNA) από τη Cheryl Chase το 1993, ως αντίδραση σε βιώματα ιατρικής κακοποίησης και απόκρυψης πληροφοριών. Η ISNA μετέφερε το ζήτημα από το ατομικό ιατρικό πεδίο στη συλλογική πολιτική διεκδίκηση (Davis, 2015). Η πρώτη δημόσια ρήξη σημειώθηκε στις 26 Οκτωβρίου 1996, όταν ακτιβιστά (Max Beck, Morgan Holmes κ.ά.) διαδήλωσαν έξω από το συνέδριο της American Academy of Pediatrics στη Βοστώνη, καταγγέλλοντας τις «κανονικοποιητικές» επεμβάσεις. Η κινητοποίηση αυτή καθιέρωσε την Intersex Awareness Day (Holmes, 2015), ενώ το σύνθημα «*Hermaphrodites with Attitude*» επανανοηματοδότησε πολιτικά έναν ιστορικά προσβλητικό όρο, αμφισβητώντας ευθέως την ιατρική αυθεντία.



Hermaphrodites With Attitude, Boston, 1996

Από τις αρχές του 2000, το κίνημα μετασχηματίστηκε σε διεθνές δίκτυο ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Όταν η ISNA στράφηκε προς τη συνεργασία με κλινικούς φορείς, υιοθετώντας το πλαίσιο DSD μέσω της Accord Alliance, πολλά ακτιβιστά θεώρησαν τη μετατόπιση αυτή αποπολιτικοποίηση και επαναπαθολογικοποίηση (Davis, 2015). Καθοριστική υπήρξε η ίδρυση της Organisation Intersex International (OII) το 2003 από τους Curtis Hinkle, Sarita-Vincent Guillot και άλλα πρωτοπόρα ίντερσεξ ακτιβιστά, ως αποκεντρωμένου δικτύου που ξεπέρασε τον δυτικοκεντρικό χαρακτήρα της πρώιμης οργάνωσης,



Most participants at the Darlington retreat. Photo courtesy of Phoebe Hart.

εστιάζοντας στη σωματική ακεραιότητα, την αυτοδιάθεση και τα ανθρώπινα δικαιώματα, απορρίπτοντας τη λογική του «disorder». Η ανάπτυξη δικτύων όπως η OII Australia, η OII Europe, η Brújula Intersexual και νεότερων οργανώσεων σε Ασία και Αφρική μετέφερε το ίντερσεξ ζήτημα στο διακρατικό πολιτικό πεδίο (Davis, 2015).



3ο Διεθνές Ίντερσεξ Φόρουμ (Βαλέτα, Μάλτα, 2013). Συμμετοχή 34 ακτιβιστών από 30 διεθνείς οργανώσεις, υπό την αιγίδα των ILGA και ILGA-Europe.

Η Διακήρυξη της Μάλτας (3rdIIF, 2013), που προέκυψε από το 3ο Διεθνές Intersex Forum, αποτύπωσε την πολιτική ωρίμανση του ίντερσεξ κινήματος. Διατύπωσε συνεκτικά αιτήματα για προστασία της σωματικής ακεραιότητας, αποπαθολογικοποίηση των σωμάτων, πρόσβαση σε αποζημίωση και τερματισμό των μη αναγκαίων, μη συναινετικών ιατρικών

παρεμβάσεων.

Ακολούθησαν οι Διακηρύξεις της Ρήγας (1stEIM, 2014), της Βιέννης (1stEICE, 2017) και του Darlington (Black et al., 2017) από οργανώσεις της Αυστραλίας και Νέας Ζηλανδίας, που διεύρυναν το πλαίσιο συνδέοντας τη σωματική αυτονομία με την ψυχική υγεία, την κοινωνική προστασία και την αναγνώριση της διαφυλικότητας ως ανθρώπινης ποικιλομορφίας.

Η πολιτική αυτή μετατόπιση είχε θεσμικές συνέπειες, αποτυπωμένες σε ψηφίσματα και συστάσεις ευρωπαϊκών και διεθνών θεσμών. Η αναγνώριση των ίντερσεξ ζητημάτων δεν συνιστά αυτόνομη θεσμική πρόοδο, αλλά αποτέλεσμα διαρκούς ακτιβισμού που μετέφερε το πεδίο από τη βιοϊατρική διαχείριση στα ανθρώπινα δικαιώματα (Pikramenou, 2023). Η σωματική ακεραιότητα, η κριτική στις μη συναινετικές επεμβάσεις και η απαίτηση αυτοδιάθεσης αρθρώθηκαν από το κίνημα και έπειτα υιοθετήθηκαν από τον ΟΗΕ, την Ευρωπαϊκή Ένωση και το Συμβούλιο της Ευρώπης.

Η ελληνική περίπτωση δείχνει τη μεταφορά του ζητήματος από την κοινωνική αορατότητα στο θεσμικό και νομοθετικό πεδίο. Η Ελληνική Ίντερσεξ Κοινότητα άρχισε να συγκροτείται άτυπα στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης το 2009 και απέκτησε νομική μορφή το 2021, σε ένα περιβάλλον αορατότητας στον δημόσιο και νομικό λόγο. Η Intersex Greece, ως ο πρώτος intersex-led φορέας στην Ελλάδα, έθεσε συστηματικά το ζήτημα στη θεσμική ατζέντα, συνδέοντας τη χώρα με ευρωπαϊκά δίκτυα και διεθνείς εξελίξεις.

Μετά από συνεργασία της οργάνωσης με το Υπουργείο Υγείας, η Ελλάδα έγινε το 2022 η έκτη χώρα παγκοσμίως που απαγόρευσε τις IGM επεμβάσεις σε ανήλικα ίντερσεξ παιδιά. Η Πικραμένου (2024a, 2024b) αναλύει τον Ν. 4958/2022 ως αποτέλεσμα της συνάντησης διεθνούς ακτιβισμού, διεθνούς δικαίου και εγχώριας κινηματικής πίεσης. Παρότι ο νόμος χαρακτηρίστηκε παγκόσμια βέλτιστη πρακτική, εισάγοντας ποινές και ρητούς περιορισμούς, η απουσία σαφών πρωτοκόλλων εφαρμογής, μηχανισμών διαφάνειας και συστηματικής καταγραφής αφήνει ανοιχτό το ζήτημα της ουσιαστικής προστασίας των παιδιών στην Ελλάδα.



Τερματισμοί, εγκαταλείψεις, βρεφοκτονίες...

Προγεννητική διάγνωση και επιλεκτικοί τερματισμοί κυήσεων λόγω ίντερσεξ/DSD διαφοροποιήσεων

Με την εξέλιξη των αναπαραγωγικών βιοτεχνολογιών, η προεμφυτευτική γενετική διάγνωση (preimplantation genetic diagnosis, PGD) μετατόπισε τη βιοπολιτική διαχείριση των ίντερσεξ ζώων νωρίτερα, πριν την εμφύτευση. Η δυνατότητα απόρριψης εμβρύων με παραλλαγές όπως *Συγγενής Υπερπλασία Επινεφριδίων (CAH)* ή *Αναισθησία στα Ανδρογόνα (AIS)* θωρακίζει εκ των προτέρων την ετεροκανονικότητα. Αποτρέπει τη γέννηση παιδιών με ίντερσεξ χαρακτηριστικά, μια πρακτική που ο Sparrow (2013) ονομάζει ρητά «ευγονική του φύλου» (gender eugenics). Η ιατρική αναπαράσταση των ίντερσεξ χαρακτηριστικών ως ασύμβατων με κοινωνικά βιώσιμη ζωή οδηγεί σε προγεννητικές τεχνολογίες εξάλειψης της ίντερσεξ ύπαρξης (Holmes, 2008). Ο Sparrow παρουσιάζει τον αποκλεισμό ίντερσεξ εμβρύων μέσω PGD ως ηθικά επιτρεπτό ή και προτιμότερο από τις μεταγεννητικές IGM, επειδή υποτίθεται ότι προλαμβάνει μελλοντικούς ιατρικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς κινδύνους. Η Orr ωστόσο, αποδομεί αυτή τη θέση ως ευγονική μετατόπιση: αντί να αμφισβητούνται οι δομές που καθιστούν την ίντερσεξ ζωή ευάλωτη, αποτρέπεται η ίδια η γέννηση του ίντερσεξ παιδιού (Orr, 2022).

Στο πλαίσιο αυτό, η PGD γίνεται τεχνολογία προληπτικού αποκλεισμού σωμάτων από τη δυνατότητα γέννησης. Το κρίσιμο ζήτημα δεν είναι μόνο η γονεϊκή επιλογή, αλλά ο τρόπος με τον οποίο οι κλινικές υποδομές της αναπαραγωγικής ιατρικής προδιαμορφώνουν ποιες ζωές λογίζονται επιθυμητές. Η Holmes (2008) επισημαίνει ότι η γενετική «πρώτη εντύπωση», που οδηγεί σε απόρριψη εμβρύου ή επιλεκτικό τερματισμό, προηγείται κάθε δυνατότητας γνώσης του μελλοντικού προσώπου πέρα από έναν βιοϊατρικό δείκτη. Οι τεχνολογίες γενετικού ελέγχου δεν εξαλείφουν την αναπηρία ή την ανθρώπινη ποικιλομορφία, αλλά μειώνουν τους πληθυσμούς που γεννιούνται με αυτές, μεταδίδοντας ταυτόχρονα ότι τέτοιες ζωές είναι λιγότερο επιθυμητές (Wendell, 1996). Στα ίντερσεξ σώματα, όπου πολλές παραλλαγές δεν συνεπάγονται σοβαρή παθολογία ή συνεπάγονται διαχειρίσιμους κινδύνους, το αντικείμενο αποκλεισμού δεν είναι η ασθένεια, αλλά η μη συμμόρφωση προς το δυαδικό φύλο: η PGD αποτελεί ακραία μορφή βιοπολιτικής διαλογής, αποκλείοντας το ίντερσεξ σώμα ακόμα και από την τεχνική δυνατότητα σύλληψης.

Η προγεννητική διάγνωση συγκροτεί ένα ιδιαίτερο βιοϊατρικό πεδίο: συνήθως δεν οδηγεί σε εμβρυϊκή θεραπεία αλλά σε αναπαραγωγική απόφαση. Στις σοβαρές ανωμαλίες, η «πρόληψη» σημαίνει αποτροπή της γέννησης του παιδιού με τη συγκεκριμένη διαφοροποίηση, καθιστώντας την προγεννητική διάγνωση τεχνολογία επιλογής και όχι απλώς γνώσης. Από τη δεκαετία του 1970, η αμνιοπαρακέντηση, ο καρυότυπος και οι υπέρηχοι εντάχθηκαν στην επιτήρηση της κύησης, μετατρέποντας το έμβρυο σε αντικείμενο διαρκούς ελέγχου (Löwy, 2017).

Οι χρωμοσωμικές ανευπλοειδίες φύλου ανιχνεύονται συνήθως ως «παράπλευρο» εύρημα ελέγχου για τρισωμία 21. Η Löwy σημειώνει ότι οι έγκυες είναι πιο εξοικειωμένες με το σύνδρομο Down παρά με τις ανευπλοειδίες φύλου, οι οποίες έχουν ηπιότερες, μεταβλητές και μη προβλέψιμες εκδηλώσεις, αποκαλύπτοντας την αστάθεια της διάκρισης μεταξύ «φυσιολογικού» και «παθολογικού». Διαγνώσεις όπως 47,XXY, 45,X, 47,XXX ή 47,XYY δεν προλέγουν με βεβαιότητα έναν συγκεκριμένο βίο, αλλά ενεργοποιούν πιθανότητες, φόβους και ιατρική συμβουλευτική.

Tables 1 Rates of pregnancy termination following a prenatal diagnosis of Klinefelter syndrome

Country	Number of pregnancies	Termination rate (%)	Period of study	References
Germany	23	17	1989–1998	(3)
Uruguay	22	23	1982–2003	(4)
France	12	42	1990–1998	(5)
5 European countries	111	44	1986–1997	(6)
USA	75	45	Not specified	(7)
Hawaii	24	46	1986–1999	(8)
Finland + UK	15	66	1979–1984	(9)
Denmark	163	70	1970–2000	(10)
USA (California)	40	70	1983–2003	(11)
Switzerland	23	74	1980–2001	(12)
Israel	20	85	1989–1998	(13)
Canada (BC)	24	88	1971–1997	(14)

Ποσοστά τερματισμών κύησης μετά από προγεννητική διάγνωση Klinefelter. Πηγή: StopIGM.org

Τα ποσοστά τερματισμών κυήσεων για ανευπλοειδίες φύλου διαφέρουν σημαντικά ανά χώρα, περίοδο και διαγνωστικό πλαίσιο. Η ανασκόπηση των Jeon et al. (2012) κατέγραψε μέσο ποσοστό τερματισμών 76% για 45,X/Turner και 61% για 47,XXY/Klinefelter. Η Löwy (2017), βάσει δεδομένων EUROCAT, αναφέρει ότι στην Ευρώπη οι τερματισμοί για Turner παραμένουν υψηλοί (70–90%), καθώς συσχετίζονται με παθολογικούς υπερηχογραφικούς δείκτες. Το Klinefelter (47,XXY) διαφοροποιείται, καθώς σπάνια ανιχνεύεται υπερηχογραφικά και η διάγνωσή του αποτελεί τυχαίο εύρημα. Τα ποσοστά τερματισμού του είναι χαμηλότερα αλλά μεταβλητά. Στη Γαλλία (2011), καταγράφηκε 36% τερματισμός για Klinefelter, έναντι 75% για Turner και 77% για Down. Αντίστοιχα, οι Kim et al. (2002) σε κορεατικό κέντρο βρήκαν συνολικό ποσοστό τερματισμού 40% για προγεννητικά ανιχνευθείσες

ανευπλοειδίες φύλου -μετά την εξαίρεση μη μωσαϊκών Turner και ανατομικά αμφίσημων εμβρύων- ενώ για το Klinefelter τερματίστηκαν 3 στις 6 κυήσεις.

Στο Ισραήλ (1989-1998), μελέτη 60 περιπτώσεων προγεννητικής ανίχνευσης ανευπλοειδιών χρωμοσωμάτων φύλου κατέγραψε τερματισμούς 100% για 45,X0 και 85% για 47,XXY, λόγω γονεϊκού φόβου για τη σεξουαλική ανάπτυξη και τον τρόπο συμβουλευτικής (Sagi et al., 2001). Το StopIGM.org (2014) καταγράφει διεθνώς ποσοστά επιλεκτικών τερματισμών έως 88% για 47,XXY/Klinefelter, 47% για «ενδιάμεσο φύλο» και 2% για υποσπαδία. Η απόφαση επηρεάζεται καθοριστικά από τον τρόπο παρουσίασης της διάγνωσης. Οι Kim et al. δείχνουν ότι οι κυήσεις συνεχίστηκαν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό (75% έναντι 33%) όταν η συμβουλευτική έγινε από γενετιστή αντί μόνο από μαιευτήρα. Η πρώτη πληροφορία παράγει πλαίσιο νοήματος: αν τονίζει την αβεβαιότητα, τη στειρότητα ή την κοινωνική δυσκολία, λειτουργεί ως κανονιστική υπόδειξη τερματισμού. Η προγεννητική ανίχνευση περιλαμβάνει και ανατομικές ίντερσεξ διαφοροποιήσεις, όπως άτυπα γεννητικά όργανα, υποσπαδία ή ασυμφωνία καρυοτύπου και υπερηχογραφήματος. Παρότι η διάγνωση του υποσπαδία εξαρτάται από την υπερηχογραφική ακρίβεια και συχνά συγχέεται με άλλες διαφοροποιήσεις, η προγεννητική οπτικοποίηση της ανατομικής απόκλισης την εντάσσει αυτόματα σε ένα πεδίο ιατρικής συμβουλευτικής που μπορεί να οδηγήσει σε τερματισμό της κύησης.

H Löwy (2017) επιμένει ότι η προγεννητική διάγνωση δεν αποτελεί απλώς ηθικό δίλημμα άμβλωσης, αλλά βιοϊατρική τεχνολογία που παράγει νέες κατηγορίες κινδύνου και ορισμούς του «αποδεκτού» εμβρύου. Η ατομική γονεϊκή απόφαση διαμορφώνεται μέσα από ένα πλέγμα ιατρικής γλώσσας, αβεβαιότητας, κοινωνικού στίγματος, αναπηροφοβίας και προσδοκίας για ένα έμβρυο συμβατό με το δυαδικό φύλο.

Στην Ελλάδα, η διαθέσιμη τεκμηρίωση είναι περιορισμένη. Παρά τις μεμονωμένες ακαδημαϊκές μελέτες (Παφτούνος, 2021), δεν υφίστανται δημόσια εθνικά στατιστικά στοιχεία για προγεννητικές διαγνώσεις ίντερσεξ/DSD ή για τερματισμούς κυήσεων. Η Πικραμένου (2024) καταγράφει ότι το ζήτημα των επιλεκτικών τερματισμών αναδείχθηκε νωρίς μέσω μαρτυριών γονέων που δέχθηκαν πιέσεις για τερματισμό λόγω «μη τυπικού» καρυοτύπου. Το φαινόμενο παραμένει ερευνητικά και θεσμικά υποκαταγεγραμμένο, γεγονός που αναδεικνύει ένα σοβαρό έλλειμμα συστηματικής καταγραφής στη χώρα.

Πέραν της βιοϊατρικής διαχείρισης μέσω προγεννητικού τερματισμού ή IGM, τα ίντερσεξ βρέφη σε ορισμένα κοινωνικά και γεωγραφικά πλαίσια εκτίθενται σε άμεση βία, όπως βρεφοκτονία και εγκατάλειψη. Οι πρακτικές αυτές συνδέονται με καθεστώτα στίγματος που αποδίδουν στα σώματά τους χαρακτηριστικά κατάρας, κακού οιωνού, ανωμαλίας ή υπερφυσικής απειλής. Η Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ αναγνωρίζει ρητά ότι τα ίντερσεξ παιδιά υφίστανται πολλαπλές μορφές βίας ήδη από τη βρεφική ηλικία λόγω κοινωνικού αποκλεισμού και άγνοιας (OHCHR, 2023). Τονίζεται ότι η βία αυτή αφορά τα ανθρώπινα δικαιώματα και την παιδική προστασία, όχι κάποια πολιτισμική ιδιαιτερότητα ή ιδιωτική υπόθεση.

Η κατάσταση αυτή θυμίζει την έννοια του *unchilding*: τη διαδικασία όπου ορισμένα παιδιά παύουν να αναγνωρίζονται ως άξια πλήρους προστασίας, φροντίδας και κοινωνικής αναγνώρισης (Shalhoub-Kevorkian, 2019). Τα ίντερσεξ βρεφικά σώματα κατασκευάζονται κοινωνικά ως προβληματικά ή απειλητικά, γεγονός που επιτρέπει την έκθεσή τους σε εγκατάλειψη, βία ή κανονικοποιητικές παρεμβάσεις.

Στην Αφρική, το φαινόμενο αναγνωρίζεται πλέον θεσμικά. Η African Commission on Human and Peoples' Rights, με το Resolution 552 (2023), εκφράζει ανησυχία για παραβιάσεις όπως η κοινωνική απόρριψη, η βρεφοκτονία, η εγκατάλειψη, η έλλειψη νομικής αναγνώρισης και οι διακρίσεις, καλώντας τα κράτη να θέσουν τέλος σε αυτές τις πρακτικές (ACHPR, 2023). Η σημασία αυτής της αναγνώρισης είναι ότι η βία κατά των βρεφών δεν αντιμετωπίζεται πλέον ως μεμονωμένο φαινόμενο, αλλά ως ένα επαναλαμβανόμενο μοτίβο παραβίασης δικαιωμάτων σε περιφερειακό επίπεδο.

Η έκθεση του Centre for Human Rights καταγράφει ως βασικές παραβιάσεις σε βάρος ίντερσεξ ατόμων, πέραν των IGM, την ελλιπή νομική αναγνώριση, τις δυσκολίες καταχώρησης γέννησης, τη βρεφοκτονία και τις διαθεματικές διακρίσεις. Επισημαίνει ότι σε ορισμένες κοινότητες η γέννηση ίντερσεξ βρέφους ερμηνεύεται ως κατάρα, πνευματική τιμωρία ή υπερφυσική παρέμβαση, οδηγώντας συχνά στη θανάτωση ή την εγκατάλειψή του, καθώς και στην κοινωνική αποπομπή της μητέρας. Σε άτυπη έρευνα στη Northern Cape της Νότιας Αφρικής, 88 από 90 παραδοσιακές βοηθοί τοκετού φέρονται να παραδέχθηκαν ότι είχαν σκοτώσει ίντερσεξ νεογνά. Η πληροφορία δεν αποτελεί επιδημιολογική εκτίμηση, καθώς δεν προέρχεται από peer-reviewed

πληθυσμιακή μελέτη, ωστόσο η επανεμφάνισή της σε ακαδημαϊκές και ανθρωπιστικές πηγές δείχνει ότι το ζήτημα δεν περιορίζεται σε μεμονωμένες μαρτυρίες (Centre for Human Rights, 2022· Wahu & Maranya, 2024). Παρόμοια μοτίβα καταγράφονται και στην έκθεση «*I Am Intersex*» της Outright International, με μαρτυρίες από διαφορετικές χώρες (Outright International, 2025)²⁴.

Τέλος, αναφορές της StopIGM.org συγκεντρώνουν επιπλέον τεκμηρίωση από διαφορετικά γεωγραφικά πλαίσια. Στην Ανατολική Αφρική, η έρευνα SIPD για Ουγκάντα, Κένυα και Ρουάντα καταγράφει βρεφοκτονία, IGM, εγκατάλειψη, αποκλεισμό από το σχολείο και αποπομπή μητέρων ως «μαγισσών». Στο Χονγκ Κονγκ, άλλη αναφορά τεκμηριώνει IGM και κίνδυνο εγκατάλειψης ή βρεφοκτονίας νεογνών. Στο Νεπάλ, η CEDAW καταδίκασε τις πρακτικές, αναφερόμενη σε βρεφοκτονία, εξαναγκαστικό γάμο και μη αναγκαίες ιατρικές πράξεις, ζητώντας απαγόρευση, δίωξη και αποτελεσματική αποκατάσταση ([StopIGM.org](https://stopigm.org), 2015-2018). Σε αφρικανικό επίπεδο, οι συστάσεις προς την African Commission περιλάμβαναν ρητά τον τερματισμό της βρεφοκτονίας και της εγκατάλειψης παιδιών.

Το κρίσιμο μεθοδολογικό ζήτημα είναι ότι η βρεφοκτονία και η εγκατάλειψη ίντερσεξ βρεφών είναι, εγγενώς, υποκαταγεγραμμένα φαινόμενα. Συχνά συμβαίνουν εκτός συστημάτων υγείας, σε κατ' οίκον γεννήσεις ή κοινότητες χωρίς θεσμικούς μηχανισμούς. Η απουσία ισχυρών επιδημιολογικών δεδομένων δεν σημαίνει απουσία του φαινομένου, αλλά αντανακλά τις ίδιες συνθήκες αορατότητας μέσα στις οποίες αυτό λαμβάνει χώρα. Γι' αυτό, η διαθέσιμη τεκμηρίωση πρέπει να διαβάζεται ως τεκμηρίωση καταγεγραμμένων παραβιάσεων και όχι ως στατιστική επικράτησης.

Σε αντίθεση με τη βία της προγεννητικής επιλογής, εδώ η εξάλειψη επέρχεται μετά τη γέννηση. Η διαφορά είναι χρονική και δομική: στην πρώτη περίπτωση το ίντερσεξ σώμα αντιμετωπίζεται ως μη επιθυμητό έμβρυο· στη δεύτερη ως κοινωνικά μη αποδεκτό νεογνό. Σε κάθε περίπτωση ωστόσο, η ίντερσεξ ύπαρξη κατασκευάζεται ως *προβληματική* και θανατώνεται.

Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν καταγεγραμμένες αναφορές σύγχρονης ίντερσεξ βρεφοκτονίας ή *baby dumping* ως ειδικού ίντερσεξ φαινομένου· αυτό διαφοροποιεί το

²⁴ Πρόκειται κυρίως για qualitative testimony-based documentation και όχι για πληθυσμιακή στατιστική, αλλά η σύγκλιση τέτοιων μαρτυριών με θεσμικές εκθέσεις ανθρωπίνων δικαιωμάτων ενισχύει τη διαπίστωση ότι η κοινωνική βία κατά ίντερσεξ βρεφών αποτελεί υπαρκτό διεθνές πρόβλημα.

ελληνικό πλαίσιο από όσα τεκμηριώνονται στις παραπάνω εκθέσεις, χωρίς να αναιρεί άλλες μορφές βίας, ιδίως τη μη συναινετική βιοϊατρική διαχείριση. Ωστόσο, μόνο μεταξύ 2020-2022 καταγγέλλθηκαν στην οργάνωση Intersex Greece τρεις περιπτώσεις εγκατάλειψης βρεφών λόγω ίντερσεξ ανατομίας²⁵.

Κεφάλαιο 4: Αυτοεθνογραφία: «Θα γεννήσεις ένα τέρας της φύσης», ή Όταν το προσωπικό γίνεται πολιτικό

Η περιγραφή των ίντερσεξ σωμάτων ως nature's freaks από τον Barr και τους συνεργάτες του δεν αποτελεί μόνο δείγμα κακοποιητικής ιατρικής γλώσσας και ακραίας παθολογικοποίησης, αλλά έκφραση βαθύτερου κανονιστικού μηχανισμού: ορισμένα σώματα συγκροτούνται ως αποκλίσεις της «φυσικής» τάξης και, άρα, ως σώματα προς ερμηνεία, ταξινόμηση, διόρθωση ή, ιδανικά, εξάλειψη (Löwy, 2017). Η φιγούρα του «τέρατος» λειτουργεί ιστορικά ως όριο του μη αποδεκτού σώματος και της μη αποδεκτής ζωής. Ο Preciado (2021) δείχνει ότι το «τέρας» δεν είναι βιολογική πραγματικότητα, αλλά πολιτική κατασκευή κανονιστικών καθεστώτων γνώσης που ορίζουν ποια σώματα αναγνωρίζονται ως ανθρώπινα, φυσιολογικά και νοητά, και ποια ως αποκλίνοντα ή απειλητικά.

Η αναμονή ενός παιδιού οργανώνεται συνήθως μέσα σε ένα αυτονόητο πλαίσιο όπου το φύλο αναμένεται άμεσα αναγνωρίσιμο, σταθερό και προφανές. Η γέννηση ή η προγεννητική διάγνωση ενός παιδιού με διαφοροποιήσεις χαρακτηριστικών φύλου διαρρηγνύει αυτή τη βεβαιότητα, υποχρεώνοντας τους γονείς να αναμετρηθούν με ερωτήματα για το φύλο, το σώμα και τη διαφορά που μέχρι τότε λειτουργούσαν σιωπηρά ως αδιαμφισβήτητα (Murray, 2009). Η ορατή διαφορά του φύλου -όπως και της φυλής κατά την Alcoff (2001)- εξακολουθεί να λειτουργεί ως μηχανισμός ταξινόμησης και παραγωγής γνώσης: ό,τι φαίνεται κατηγοριοποιείται και ό,τι κατηγοριοποιείται γίνεται κοινωνικά νοητό. Σε σύνδεση με τη φαινομενολογία του Merleau-Ponty (1962), το σώμα δεν είναι μόνο βιολογία, αλλά πρωταρχικό μέσο αντίληψης και οργάνωσης του κόσμου. Όταν το φύλο δεν είναι το αναμενόμενο, δεν κλονίζεται μόνο η ιατρική/βιολογική βεβαιότητα, αλλά ένα ολόκληρο καθεστώς κοινωνικής γνώσης.

²⁵ τις οποίες, για λόγους προστασίας ιδιαίτερα ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων, η ερευνήτρια δεν δύναται να αποκαλύψει. Από τα τρία αυτά παιδιά, στο ένα έγινε επέμβαση μείωσης κλιτορίδας από το κέντρο βρεφών, πριν τεκνοθετηθεί και πριν ενημερωθεί η οργάνωση, ενώ τα άλλα δυο παιδιά τεκνοθετήθηκαν σε ασφαλείς, συμπεριληπτικές οικογένειες, αφού πρώτα κινητοποιήθηκαν προς το κέντρο βρεφών η IntersexGreece, το ΣΥΔ, η Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ, η Εισαγγελία ανηλίκων και η Συνήγορος του Παιδιού.

Η γέννηση ενός παιδιού με ίντερσεξ χαρακτηριστικά διακόπτει βίαια κάθε αντιληπτική και κοινωνική βεβαιότητα των γονιών. Το ερώτημα «είναι αγόρι ή κορίτσι;», που στις περισσότερες περιπτώσεις απαντιέται αυθόρμητα, σχεδόν αντανakλαστικά, μετατρέπεται εδώ σε πεδίο αβεβαιότητας, ενώ οι γονείς έρχονται αντιμέτωποι όχι μόνο με μια δυσνόητη ιατρική διάγνωση, αλλά και με τη διάρρηξη ενός ολόκληρου συστήματος νόησης του φύλου. Οι Gough et al (2008), σε έρευνα με γονείς ίντερσεξ παιδιών, καταγράφουν τη συνθήκη της αποκάλυψης στη γέννηση ως σοκ και σύγχυση, αβεβαιότητα και αγωνιώδη αναζήτηση του «αληθινού» φύλου του παιδιού μέσω γενετικών ή χρωμοσωμικών εξετάσεων, ακριβώς επειδή η έμφυλη ταξινόμηση λειτουργεί ως θεμελιώδης μηχανισμός κοινωνικής αναγνώρισης (Gough et al., 2008).

Από το ίντερσεξ βίωμα, η Chase (1998) δείχνει πώς η γονεϊκή και ιατρική ανάγκη άμεσης ταξινόμησης μεταφράζεται ιστορικά σε βιαστικές αποφάσεις πάνω στο σώμα του παιδιού, πριν αυτό αποκτήσει λόγο, συναίνεση ή αυτοκατανόηση. Η Feder (2006) προχωρά παραπέρα, υποστηρίζοντας ότι η διαφορά του φύλου οργανώνει την κοινωνική τάξη, καθιστώντας αναγνωρίσιμες τις θέσεις μητέρας, πατέρα, γιου ή κόρης. Στις συνεντεύξεις της με γονείς, η «οξεία ευαλωτότητα» συνυπάρχει με την προσπάθειά τους να πράξουν το καλύτερο για το παιδί τους. Η Murray (2009), αξιοποιώντας το *habitus* του Bourdieu, δείχνει ότι οι γονείς δεν αποφασίζουν ουδέτερα ή πλήρως ορθολογικά, αλλά ως φορείς ενός εσωτερικευμένου κανονιστικού συστήματος που έχει ήδη ορίσει ποια σώματα λογίζονται «φυσιολογικά», ποια αποκλίνουντα και ποιες ζωές κοινωνικά δυσκολότερες ή ανεπιθύμητες.

Από βιοηθική σκοπιά, ο Parens (2006) επισημαίνει ότι οι γονείς συχνά καλούνται να λάβουν αποφάσεις με μη αναστρέψιμες συνέπειες υπό χρονική πίεση, ασύμμετρη ιατρική γνώση και συναισθηματική απορρύθμιση, ενώ τους αποδίδεται πλήρης ηθική ευθύνη για το αποτέλεσμα. Με όρους Deleuze & Guattari (1987), το ίντερσεξ σώμα μπορεί να ιδωθεί ως σώμα που διαφεύγει από τη μοριακή οργάνωση της ταυτότητας φύλου και αποσταθεροποιεί τις σταθερές κατηγορίες του αρσενικού και του θηλυκού. Υπό αυτή την έννοια, οι ιατρικές και γονεϊκές πρακτικές άμεσης ταξινόμησης, επιτήρησης ή παρέμβασης λειτουργούν ως απόπειρες *επανεδαφικοποίησης*: επιχειρούν να επαναφέρουν το σώμα που διαφεύγει στο αναγνωρίσιμο δυαδικό καθεστώς φύλου.

Η Murray αναδεικνύει τη συχνά λησμονημένη θέση των γονέων: απομονωμένων, ευάλωτων και τρομαγμένων, ενώ καλούνται να διαχωρίσουν τις κοινωνικά παραγόμενες αγωνίες τους από το «βέλτιστο συμφέρον» του παιδιού, σαν να μπορούσαν να σταθούν έξω από το πλαίσιο που τους συγκροτεί. Από αυτή τη συνθήκη εκκινεί η αυτοεθνογραφική προσέγγιση του κεφαλαίου: οι αποφάσεις αυτές δεν λαμβάνονται σε ουδέτερο κενό, αλλά μέσα σε καθεστώτα γνώσης/άγνοιας, φόβου, αγάπης, κοινωνικής κανονιστικότητας, ασύμμετρης ιατρικής εξουσίας και βαθιάς υπαρξιακής ευαλωτότητας.

Αν, στο ιστορικό ιατρικό παράδειγμα, το ίντερσεξ σώμα τοποθετείται στη θέση του «τέρατος» από τον Barr μέχρι σήμερα, το κρίσιμο ερώτημα δεν είναι μόνο, όπως θέτει ο Preciado, αν μπορεί να μιλήσει το ίδιο το «τέρας», αλλά και αν μπορεί να μιλήσει εκείνη που το κυοφορεί και καλείται είτε να προστατεύσει τη ζωή του είτε να συναινέσει στην εξόντωσή του. Στην παρούσα αυτοεθνογραφική προσέγγιση, το ερώτημα αφορά τη δυνατότητα των γονιών να αρθρώσουν λόγο απέναντι στην ιατρική αυθεντία που κατασκευάζει ένα επιθυμητό παιδί ως βιολογικά/σωματικά «μη αποδεκτό».

Επανυποκειμενοποίηση: από τη συμμόρφωση στην ανυπακοή

Η εμπειρία της προγεννητικής διάγνωσης και της ιατρικής πίεσης για τερματισμό μιας επιθυμητής και προχωρημένης κύησης, χωρίς ιατρικό λόγο, δεν συνιστά απλώς βιοϊατρικό γεγονός, αλλά ρήξη της εμπιστοσύνης στην ιατρική αυθεντία, καθώς το υποκείμενο καλείται να σταθεί απέναντι σε ένα καθεστώς γνώσης που εμφανίζεται ως αντικειμενικό, ουδέτερο και αδιαμφισβήτητο. Η σύσταση τερματισμού ενεργοποίησε μια διαδικασία εσωτερικής αμφισβήτησης, απόρριψης της παθητικής αποδοχής και ανάληψης ενεργού ρόλου στην αναζήτηση γνώσης. Η μετατόπιση αυτή αφορά τόσο μια απόφαση ζωής/θανάτου όσο και τη σχέση του υποκειμένου με την αυθεντία και τη γνώση: ρήξη με μια προεγκατεστημένη μητρική-θηλυκή υποκειμενικότητα που προϋπέθετε εμπιστοσύνη στον ειδικό, αποδοχή της ιατρικής κρίσης και συμμόρφωση.

Στο φεμινιστικό πλαίσιο, η εμπειρία αυτή μπορεί να αναλυθεί μέσα από τη μεταφορά του «φόνου του αγγέλου». Η Woolf (1931) περιγράφει τον «Άγγελο στο Σπίτι» ως ιδεώδες θηλυκό υποκείμενο συμμόρφωσης, αυτοθυσίας και αποδοχής των κυρίαρχων κανόνων, που εμποδίζει τη γυναίκα να σκεφτεί και να μιλήσει αυτόνομα· η εξάλειψή του αποτελεί προϋπόθεση χειραφετητικού λόγου και γνώσης. Στο πλαίσιο

της προγεννητικής διάγνωσης, ο «άγγελος» σηματοδοτεί την βολική, υπάκουη έγκυο, που εμπιστεύεται την ιατρική κρίση και συμμορφώνεται με τις υποδείξεις της. Η αμφισβήτηση και η άρνηση της ιατρικής σύστασης σηματοδοτούν απομάκρυνση από μια κανονιστική μορφή θηλυκής και μητρικής υποκειμενικότητας, συνδεδεμένης με την εμπιστοσύνη στην αυθεντία.

Η ρήξη αυτή δεν αποδίδεται σε κάποιο αυθεντικό, σταθερό και ενιαίο «Εγώ». Οι Jackson και Mazzei (2008) επισημαίνουν ότι η αυτοεθνογραφία κινδυνεύει να αποδώσει στην εμπειρία και στο αφηγηματικό υποκείμενο αυθεντία αντίστοιχη με εκείνη της επιστημονικής γνώσης, αν δεν αναγνωρίσει ότι και τα δύο συγκροτούνται μέσα σε λόγους, κοινωνικές προσδοκίες και κανονιστικά πλαίσια. Το αφηγηματικό «Εγώ» είναι πολλαπλό, αντιφατικό, επιτελεστικό και διαμορφωμένο από σχέσεις εξουσίας και διαθέσιμους λόγους· η εμπειρία του δεν προηγείται των λόγων που τη συγκροτούν. Έτσι, η μετάβαση από την εμπιστοσύνη στην αμφισβήτηση και την ανυπακοή δεν αποτελεί απλή ατομική επιλογή, αλλά σύγκρουση μορφών υποκειμενοποίησης: του «πειθήνιου» υποκειμένου που αποδέχεται τη γνώση των ειδικών και του αναστοχαστικού υποκειμένου που, παρά τον φόβο, επιχειρεί να την αμφισβητήσει.

Η σύγκρουση αυτή φωτίζεται από τη φουκωική ανάλυση εξουσίας και γνώσης. Στην *Ιστορία της Σεξουαλικότητας*, ο Foucault (1978) δείχνει τη μετάβαση από την κυριαρχική εξουσία, που βασιζόταν στο δικαίωμα «να αφαιρεί ζωή ή να αφήνει να ζει», σε μορφές εξουσίας που επενδύουν στη ζωή, οργανώνοντας και ρυθμίζοντάς τη σε επίπεδο πληθυσμού. Στη *Γέννηση της Κλινικής*, το «ιατρικό βλέμμα» συγκροτεί το σώμα ως αντικείμενο γνώσης μέσω παρατήρησης και ταξινόμησης· δεν παρατηρεί απλώς, αλλά κατατάσσει το σώμα ως φυσιολογικό ή παθολογικό (Foucault, 1963). Στην προγεννητική διάγνωση, το κύημα αξιολογείται μέσα από τις κατηγορίες «φυσιολογικού» και «παθολογικού»· οι επιλεκτικοί τερματισμοί λειτουργούν ως πρακτικές αναπαραγωγικής ρύθμισης, όπου η ζωή γίνεται αντικείμενο διαχείρισης, βιωσιμότητας και επιθυμητότητας, ανεξάρτητα από την πρόθεση των δρώντων. Η άρνηση συμμόρφωσης στη σύσταση τερματισμού μπορεί συνεπώς να διαβαστεί ως αντίσταση στο καθεστώς που ορίζει ποια ζωή αξίζει να υπάρξει..

Η κανονιστική αυτή διάσταση καθίσταται σαφέστερη στην Butler (1990), για την οποία το φύλο δεν είναι μόνο βιολογικό χαρακτηριστικό, αλλά κανονιστικό καθεστώς

που ορίζει ποια σώματα είναι κοινωνικά και πολιτισμικά «νοητά». Οι διαφοροποιήσεις ανάπτυξης φύλου (ίντερσεξ/DSD) αναδεικνύουν τα όρια αυτού του καθεστώτος, καθώς δεν εντάσσονται εύκολα στο δίπολο του βιολογικού φύλου. Η προγεννητική διαχείρισή τους αφορά, επομένως, όχι μόνο ιατρική περιγραφή, αλλά αξιολόγηση του αν μια τέτοια ζωή είναι αποδεκτή. Η διάγνωση γίνεται σημείο διαπλοκής βιολογίας και κανονιστικότητας, παράγοντας αποφάσεις για τη δυνατότητα ύπαρξης και διαχωρίζοντας τη ζωή σε φυσικοποιημένη και αφύσικη. Η συνέχιση της κύησης του «μη νοητού» σώματος συνιστά έτσι επιτελεστική ρωγμή, που αμφισβητεί και διευρύνει τα όρια της νοητότητας του φύλου και της ζωής.

Η Τζανάκη (2024) συμβάλλει στην κατανόηση της κοινωνικής και πολιτικής διάστασης αυτής της κανονιστικότητας, επισημαίνοντας ότι η δυσφορία απέναντι στα ίντερσεξ σώματα συνδέεται με τον φόβο αποσταθεροποίησης του «ορθού φύλου» ως καθεστώτος αλήθειας. Η επιστημονική γνώση δεν λειτουργεί ουδέτερα, αλλά συμβάλλει στη διατήρηση αυτού του καθεστώτος. Η προγεννητική διάγνωση και η σύσταση τερματισμού μπορούν έτσι να ιδωθούν ως μηχανισμοί διαχείρισης φόβου και αβεβαιότητας μέσω της πρόληψης της γέννησης σωμάτων που δεν εντάσσονται εύκολα στη δυαδική ταξινόμηση.

Το αυτοεθνογραφικό κεφάλαιο που ακολουθεί δεν αφηγείται μόνο μια προσωπική ιστορία· εξετάζει πώς ένα υποκείμενο, αρχικά πλήρως εμπιστευόμενο την ιατρική αυθεντία, μετακινείται τη στιγμή που καλείται να συναινέσει στην εξαφάνιση ενός σώματος το οποίο οι ειδικοί κρίνουν ως «μη ορθό». Η εμπειρία που περιγράφεται εδώ δεν αφορά μόνο τη διαχείριση του ίντερσεξ σώματος αλλά και του βιώματος μιας μητέρας από την ιατρική εξουσία· εγγράφεται σε μια ευρύτερη ιστορία μετατόπισης της αυθεντίας από το υποκείμενο προς τον ειδικό. Όπως έχει δείξει η Mary Poovey (1988) στην ανάλυσή της για την εισαγωγή του αιθέρα και του χλωροφορμίου στον τοκετό, η ιατρικοποίηση της γέννας δεν συνιστούσε απλώς μια τεχνολογική καινοτομία αλλά και μια αναδιάταξη των σχέσεων εξουσίας, μέσω της οποίας η γνώση που αντλούνταν από τη σωματική εμπειρία της γυναίκας υποκαταστάθηκε από την επιστημονική αυθεντία του γιατρού. Με ανάλογο τρόπο, το κεφάλαιο προσεγγίζει τη διάγνωση του ίντερσεξ όχι ως ουδέτερη περιγραφή ενός σώματος αλλά ως τεχνολογία γνώσης και διακυβέρνησης, του βιώματος μέσω της οποίας η βιοϊατρική εξουσία διεκδικεί το προνόμιο να ορίζει την αλήθεια. Υπό αυτή την οπτική, η υφαρπαγή του βιώματος δεν

συνιστά απλώς μια δευτερογενή συνέπεια της ιατρικής παρέμβασης, αλλά θεμελιώδη όρο της ίδιας της εγκαθίδρυσης της επιστημονικής αποικιοκρατίας επί του βιώματος. Υπό αυτή την οπτική, η υφαρπαγή του βιώματος δεν αποτελεί απλώς συνέπεια της ιατρικής παρέμβασης αλλά προϋπόθεση της ίδιας της συγκρότησης της βιοϊατρικής αυθεντίας.

Από το προσωπικό βίωμα στην πολιτική συνειδητοποίηση

Η αυτοεθνογραφική αφήγηση που ακολουθεί δεν αξιολογεί μεμονωμένους επαγγελματίες υγείας, αλλά αναδεικνύει τα πλαίσια μέσα στα οποία λαμβάνονται ιατρικές αποφάσεις. Σύμφωνα με τη φεμινιστική μεθοδολογία, η γνώση δεν είναι ουδέτερη· διαμορφώνεται μέσα από σχέσεις εξουσίας, θεσμικές πρακτικές και πολιτισμικές νόρμες (Harding, 1991), ακριβώς με όσα βρέθηκα αντιμέτωπη.

Η εμπειρία μου ξεκινά το 2009, στον πέμπτο μήνα μιας επιθυμητής και έως τότε ομαλής κύησης. Υποβλήθηκα σε προγεννητικό έλεγχο λόγω ηλικίας. Η αμνιοκέντηση έδειξε μη συνηθισμένο καρυότυπο: αντί του αναμενόμενου 46,XY για άρρενα ή 46,XX για θήλεα κυήματα, το έμβρυο είχε χρωμοσωμικό προφίλ 47,XXY. Η προσέγγιση δύο γιατρών του περιφερειακού νοσοκομείου επικεντρώθηκε σχεδόν αποκλειστικά σε ιδιαίτερα πιεστική σύσταση διακοπής της κύησης, συνοδευόμενη από άκυρες δραματοποιήσεις, ομοφοβικά στερεότυπα και τερατολογίες: ότι το μωρό που περιμέναμε «Είναι ένα τέρας! Ένα λάθος της φύσης», «κάτι σαν το Ντάουν» «δεν θα μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί» «πάρα πολύ σπάνιο». Σοκαρισμένοι ρωτήσαμε αν θα είναι άρρωστο ή θα έχει σοβαρά προβλήματα υγείας. Οι απαντήσεις περιορίστηκαν στο ότι «δεν θα συναντήσει ποτέ κάποιον σαν τον ίδιο» και ότι «μπορεί να σας βγει ομοφυλόφιλος»²⁶... Εκεί αναγνωρίσαμε τόσο την ομοφοβία όσο και την πλήρη άγνοια.

Ζητήσαμε χρόνο να ενημερωθούμε, ώστε να κατανοήσουμε ποιο ήταν το τόσο σοβαρό, αλλά ασαφές, πρόβλημα που επέβαλε τον τερματισμό. Μέχρι τότε, η ύπαρξη σωμάτων εκτός του δυαδικού φύλου ήταν άγνωστη σε εμένα και τον σύντροφό μου. Η έρευνά μας και η διαδικτυακή επαφή με τη διεθνή κοινότητα ανθρώπων με XXY χρωμοσώματα και, ευρύτερα, με ίντερσεξ χαρακτηριστικά, αποτέλεσαν καθοριστικό σημείο γνώσης και αναστοχασμού: οι διαφοροποιήσεις αυτές είναι μέρος της φυσικής ανθρώπινης ποικιλομορφίας, όχι παθολογία προς εξάλειψη (IHRA, 2021).

²⁶ βλ. σχετικές συνεντεύξεις στον Βασίλη Θανόπουλο [Antivirus Magazine](#) 06.10.2017, στον Θοδωρή Αντωνόπουλο [LiFo](#), 28.10.2017, στην Χριστίνα Χελά [ThePressProject](#) 8.5.2021

Επιστρέψαμε με επικαιροποιημένη πληροφορία από τη διεθνή ιατρική βιβλιογραφία για το «σύνδρομο *Klinefelter*», η οποία επιβεβαίωνε ότι δεν υπήρχε ιατρικός λόγος τερματισμού. Αντί απάντησης, συναντήσαμε εχθρότητα, άρνηση ενημέρωσης: «Δεν θα μας πείτε εσείς τη δουλειά μας!». Στο ιστορικό του περιφερειακού νοσοκομείου (παρατίθεται) αναφέρεται ότι «η έγκυος επέλεξε να συνεχίσει με δική της ευθύνη», ενώ καταγράφεται, έμμεσα αλλά σαφώς, η άρνηση των γιατρών να παρακολουθήσουν την κύηση μετά την άρνησή μου να τερματίσω και η σύστασή να μεταβώ σε «εξειδικευμένο» νοσοκομείο της Αθήνας.

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2ης ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΩΣ & ΑΙΓΑΙΟΥ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΥΡΟΥ "ΒΑΡΔΑΚΕΙΟ & ΠΡΩΙΟ"

ΗΜΕΡΑ: 28/5/09
Αρ. Πρωτ.: 43/8

ΚΛΙΝΙΚΟΤΗΤΗΡΙΑ: 7/11/09/Ματρινό

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΥΡΟΥ - Γ. Παπαδόπουλος 2 - Τ.Κ. 841 00 Εργαστήριο - ΤΗΛ. 22813 60500 - FAX. 22813 60570

1) Βεβαιούται με το Μορφόν ότι, η έγκυος Στέφανος Γεωργίου μετά από τον έλεγχο της κύησης της με υπερηχογραφήσεις, και την διαπίστωση του καρποστού του εμβρύου 4+XXY, ενώσεων Klinefelter, και με βάση την επιθυμία της εγκύτου και του Συμβόλου αυτής να ολοκληρωθεί την κύηση. Μετά από την επιβεβαίωση της εγκύτου και του Συμβόλου αυτής παρουσία του Διευθυντή του Νοσοκομείου / Μαιευτικής Εταιρείας Κ. Γ. Γεωργίου, συνιστάται στην εγκύτου να επιτευχθεί σε εξειδικευμένο Μαιευτικό Νοσοκομείο-Κέντρο για την διεκπεραίωση της κύησης -

Το πλέον κορυφαίο μετά από κρίση του Ενδογαστρίνου, για κάθε Νομότιμο χρήση.

(2) Χρησιμοποιείται κείμενο

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΥΡΟΥ "ΒΑΡΔΑΚΕΙΟ & ΠΡΩΙΟ"

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Ατομικό αναμνηστικό

Οικογενειακό αναμνηστικό

Εγχειρήσεις

Φάρμακα

ΙΑΤΡΕΙΟ	ΗΜ. ΕΞΕΤ.	ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ	ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΣ ΑΡΧΕΣ	ΟΝΟΜΑ ΙΑΤΡΟΥ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ
		Προσβολή ή απεικόνιση (βιοψία) από 17/5/09 και 28/5/09. Η έγκυος δήλωσε ότι η εγκύτου επέλεξε να συνεχίσει την κύηση. Μετά από την επιβεβαίωση της εγκύτου και του Συμβόλου αυτής, η έγκυος επέλεξε να συνεχίσει την κύηση. Μετά από την επιβεβαίωση της εγκύτου και του Συμβόλου αυτής, η έγκυος επέλεξε να συνεχίσει την κύηση. Μετά από την επιβεβαίωση της εγκύτου και του Συμβόλου αυτής, η έγκυος επέλεξε να συνεχίσει την κύηση.					

Η απόφασή μας δεν προέκυψε από προϋπάρχουσα ιδεολογική στάση ή γνώση, αλλά μέσα από αγωνιώδη έρευνα, ενημέρωση, αναστοχασμό, επανανοηματοδότηση του «φυσιολογικού» και της δικαιοσύνης. Παρότι έως τότε δεν είχα αμφισβητήσει την επιστημονική αυθεντία, η ανυπακοή προς την ιατρική εξουσία γεννήθηκε εσωτερικά και αυθόρμητα, όπως ο «φόνος του αγγέλου» της Woolf, τον οποίο η Βαρίκα (2000) θεωρεί αναγκαίο για να μεταφραστεί το προσωπικό βίωμα σε αρχή δικαιοσύνης. Για να γίνει το προσωπικό πολιτικό, έπρεπε πρώτα να πεθάνει η εικόνα της «υπάκουης

εγκύου». Στην επιμονή των γιατρών να τερματίσω, άνευ λόγου, το πλάσμα που μεγάλωνε μέσα μου πεντέμισι μήνες, απάντησα αρνητικά, ακριβώς γιατί «δεν θα 'πρεπε κανείς να υφίσταται μια τέτοια μεταχείριση» (Βαρίκα, 2000).

Η εμπειρία αυτή μου αποκάλυψε τον πρακτικό τρόπο με τον οποίο η ιατρική γνώση μπορεί να λειτουργήσει ως μηχανισμός βιοϊατρικής κανονικοποίησης, ακόμη και εξόντωσης, μέσα σε πλαίσιο που προκρίνει ορισμένες μορφές σωμάτων ως επιθυμητές (Foucault, 1978). Υπό φεμινιστική σκοπιά, μου είναι σήμερα σαφές ότι αποφάσεις όπως η συνέχιση ή διακοπή μιας προχωρημένης, επιθυμητής κύησης δεν λαμβάνονται σε ουδέτερο πλαίσιο ούτε με πλήρη ενημέρωση· επηρεάζονται καθοριστικά από τον τρόπο με τον οποίο το ιατρικό προσωπικό πλαισιώνει και παρουσιάζει την πληροφορία. Η mol (2002) αναλύοντας την *οντολογία της κλινικής πρακτικής (practice-based ontology)* δείχνει ότι η πραγματικότητα της υγείας και της ασθένειας δεν προϋπάρχει ως μία μοναδική αντικειμενική αλήθεια, αλλά συγκροτείται μέσα από πρακτικές, λόγους και ιατρικά περιβάλλοντα.

Η μετάβαση από το προσωπικό βίωμα στη συστηματική έρευνα συμπυκνώνει τον πυρήνα της αυτοεθνογραφίας: τη σύνδεση ατομικού βιώματος και συλλογικής πραγματικότητας. Η εμπειρία αυτή αποτέλεσε το έναυσμα της παρούσας έρευνας, η οποία επιχειρεί να φωτίσει σιωπηρές και αόρατες πτυχές της κλινικής πρακτικής για τον ίντερσεξ πληθυσμό. Το 2009 δεν γνώριζα ότι ανάλογες συστάσεις τερματισμού κύησης ή κανονικοποιητικών παρεμβάσεων δίνονταν -και δίνονται ακόμη- σε πολλές περιπτώσεις διάγνωσης διαφοροποιήσεων των χαρακτηριστικών φύλου. Το συνειδητοποίησα τα επόμενα χρόνια, μέσα από την επαφή με γονείς ίντερσεξ παιδιών, γονείς που είχαν τερματίσει και ακόμη θρηνούσαν, και ενήλικα ίντερσεξ άτομα που διέφυγαν του προγεννητικού ελέγχου. Η εμπειρία μου δεν ήταν «σύμπτωση» ούτε μεμονωμένο περιστατικό, αλλά νόρμα και σύμπτωμα ιατρικής/θεσμικής ιντερφοβίας, επιστημικής αδικίας και βιοπολιτικής διαχείρισης του φύλου, που μαζί με την κοινωνική άγνοια μειώνει έως εξαφάνισης τις πιθανότητες του ίντερσεξ πληθυσμού να υπάρξει. Μετά από αυτή τη συνειδητοποίηση, η ίδρυση της Ελληνικής Κοινότητας Ίντερσεξ και ο ακτιβισμός υπήρξαν, για πολλά από εμάς, ίντερσεξ άτομα ή όχι, μονόδρομος επανύπαρξης με ορατότητα, φωνή, δικαιώματα και αξιοπρέπεια.

Κεφάλαιο 5: Ερευνητικά Ευρήματα

Το παρόν κεφάλαιο παρουσιάζει τα ευρήματα της εμπειρικής έρευνας, όπως προέκυψαν από τρεις ημιδομημένες συνεντεύξεις με επαγγελματίες υγείας και μία ομάδα εστιασμένης συζήτησης γονέων/φροντιστών ίντερσεξ παιδιών. Η ανάλυση οργανώνεται σε τρία επίπεδα: πρώτα παρουσιάζονται τα ευρήματα από τις συνεντεύξεις των επαγγελματιών υγείας, στη συνέχεια τα ευρήματα από το focus group γονέων και τέλος η σύνθεση των δεδομένων.

Η ανάλυση των συνεντεύξεων με τους/τις επαγγελματίες υγείας αναδεικνύει τη διαχείριση της ίντερσεξ σωματικότητας ως πεδίο κλινικής αβεβαιότητας, διεπιστημονικής συμβουλευτικής και βιοηθικής κρίσης. Η ανάλυση του focus group αναδεικνύει τις βιωμένες συνέπειες αυτών των διαδικασιών για τους γονείς/φροντιστές, καθώς και τη σταδιακή μετατόπισή τους από το σοκ, τον φόβο και την απομόνωση προς την αναζήτηση γνώσης, την κοινοτική υποστήριξη και τη διεκδίκηση της ζωής και της σωματικής ακεραιότητας των παιδιών τους.

Ευρήματα από τις συνεντεύξεις επαγγελματιών υγείας

Οι συνεντεύξεις με τους/τις επαγγελματίες υγείας ανέδειξαν την προγεννητική διάγνωση DSD ως ένα πεδίο όπου η βιοϊατρική γνώση, η διαγνωστική αβεβαιότητα και η συμβουλευτική πρακτική διαπλέκονται στενά. Οι συμμετέχοντες/ουσες περιγράφουν την προγεννητική ανίχνευση DSD ως μια σύνθετη πρακτική που απαιτεί προσεκτική επικοινωνία, διεπιστημονική συνεργασία και αποφυγή κατευθυντικής συμβουλευτικής.

Κοινό εύρημα των συνεντεύξεων είναι ότι η προγεννητική διάγνωση DSD σπάνια είναι απόλυτη ή μονοσήμαντη. Η εμβρυομητρική ιατρός Ρ.Α. τονίζει ότι στον προγεννητικό έλεγχο χρησιμοποιείται συχνά ο όρος «υποψία» και όχι «διάγνωση», καθώς «ο υπέρηχος έχει περιορισμούς, δεν μπορεί να τα δει όλα». Η ίδια σημειώνει ότι ακόμη και η ασυμφωνία ανάμεσα στο NIPT και στην υπερηχογραφική εικόνα χρειάζεται επιβεβαίωση, συνήθως με αμνιοπαρακέντηση, επειδή «τα προγεννητικά ευρήματα ενδέχεται να είναι έμμεσα ή ψευδώς θετικά». Η αβεβαιότητα αυτή δεν περιορίζεται στο τεχνικό επίπεδο της διάγνωσης. Επηρεάζει και τον τρόπο με τον οποίο οι γονείς βιώνουν την ενημέρωση. Ο μαιευτήρας Ψ.Α. παρατηρεί ότι οι γονείς συχνά προσέρχονται στο υπερηχογράφημα β' επιπέδου με την προσδοκία μιας τυπικής επιβεβαίωσης της ομαλής κύησης και όχι με την προσδοκία μιας σύνθετης διάγνωσης,

οπότε «ακόμα και άνθρωποι με πολύ καλύτερο υπόβαθρο είναι λογικό στην αρχή να σοκάρονται». Η κλινική γενετίστρια Σ.Ε. προσθέτει μια ακόμα κρίσιμη διάσταση: η πληροφορία που προκύπτει από τον προγεννητικό έλεγχο δεν είναι πάντα χρήσιμη με τον ίδιο τρόπο. Αναφερόμενη σε χρωμοσωμικές διαφοροποιήσεις όπως το Turner και το Klinefelter, επισημαίνει ότι η «ανίχνευσή τους μπορεί να δημιουργήσει περισσότερη αγωνία παρά πρακτικό όφελος, ιδίως όταν δεν συνδέεται με σοβαρή παθολογία ή νοητική υστέρηση».

Αναφορικά με τη συμβουλευτική, οι επαγγελματίες υγείας αποδίδουν ιδιαίτερη σημασία στη διεπιστημονική προσέγγιση. Ο Ψ.Α. περιγράφει τη συμμετοχή κλινικού γενετιστή, εμβρυομητρικού/ής ειδικού και παιδοενδοκρινολογικής ομάδας στη συμβουλευτική, ώστε οι γονείς να λάβουν πληροφόρηση για τη διάγνωση και για τη μεταγεννητική διαχείριση. Η Ρ.Α. αναφέρει αντίστοιχα ότι η εμβρυομητρική ομάδα «δεν αρκεί μόνη της» και ότι «χρειάζεται παραπομπή σε πιο εξειδικευμένους ανθρώπους ή ομάδες που ασχολούνται μεταγεννητικά με αυτά τα παιδιά». Κεντρικό στοιχείο της συμβουλευτικής είναι ο χρόνος. Οι ιατροί αναγνωρίζουν ότι οι γονείς «χρειάζονται επαναληπτική ενημέρωση και χώρο για να επεξεργαστούν την πληροφορία». Ο Ψ.Α. αναφέρει ότι η ομάδα προσπαθεί να δίνει χρόνο και να ξαναεξηγεί τις πληροφορίες, ώστε οι γονείς να μην μείνουν μόνοι με αποσπασματικές ή τρομακτικές πληροφορίες από το διαδίκτυο. Η Ρ.Α. σημειώνει αντίστοιχα ότι «πάντα δίνουμε χρόνο, για να εκτιμηθεί η διαθέσιμη πληροφορία και να ληφθούν αποφάσεις με μεγαλύτερη ψυχραιμία». Η Σ.Ε. δίνει ιδιαίτερη έμφαση στον μη κατευθυντικό χαρακτήρα της συμβουλευτικής. Υποστηρίζει ότι το «ζητούμενο δεν είναι ο γιατρός να δώσει επιλογή, με την έννοια της κατεύθυνσης, αλλά να δώσει τη σωστή πληροφορία», συνοψίζοντας αργότερα ότι «ο στόχος του γιατρού δεν είναι να κατευθύνει. Ο στόχος του γιατρού είναι να πληροφορήσει», συνδέοντας την ορθή ενημέρωση με την προσεκτική χρήση της γλώσσας: «χρειάζεται απλή, ακριβής και όχι δραματοποιημένη ορολογία, χωρίς βαρύγδουπες εκφράσεις που επιτείνουν τον φόβο των γονέων».

Οι συνεντεύξεις ανέδειξαν ότι η προγεννητική συμβουλευτική γύρω από DSD συνδέεται άμεσα με βιοηθικά διλήμματα. Η δυνατότητα συνέχισης ή διακοπής της κύησης εμφανίζεται ως μέρος της ενημέρωσης, αλλά οι επαγγελματίες διαφοροποιούνται ως προς το πώς αξιολογούν τη βαρύτητα αυτής της επιλογής. Η Ρ.Α. αναφέρει ότι στους γονείς τίθενται οι επιλογές συνέχισης ή διακοπής της κύησης,

υπογραμμίζοντας ταυτόχρονα ότι ο τρόπος ανακοίνωσης των ευρημάτων μπορεί να επηρεάσει την απόφασή τους. Η ίδια επισημαίνει ότι στην Ελλάδα οι γονείς συχνά *«επιθυμούν το μωρό τους να είναι τέλειο, δεν χωράει το λίγο παραέξω»*, αναδεικνύοντας τη σύνδεση της προγεννητικής συμβουλευτικής με ευρύτερες κοινωνικές προσδοκίες περί κανονικότητας.

Η Σ.Ε. εκφράζει σαφή βιοηθική αντίθεση στον τερματισμό κύησης για χρωμοσωμικές διαφοροποιήσεις όπως Turner και Klinefelter, υποστηρίζοντας ότι *«βιοηθικά δεν είναι σωστό να γίνεται διακοπή κύησης σε καμία περίπτωση»* όταν πρόκειται για καταστάσεις χωρίς νοητική υστέρηση και με βασικό επιχείρημα συχνά την αναπαραγωγή. Αναγνωρίζει επίσης ότι έχουν τερματιστεί κυήσεις για τέτοιες διαφοροποιήσεις, γεγονός που χαρακτηρίζει *«δυστυχώς υπαρκτό»*. Ο Ψ.Α. διατυπώνει μια ανάλογη θέση. Αναφέρει ότι οι DSD *«δεν είναι το τέλος του κόσμου»* και ότι στις περισσότερες περιπτώσεις *«δεν αποτελούν τόσο σοβαρά προβλήματα ώστε να δικαιολογούν διακοπή κύησης μετά τις 22 εβδομάδες»*, συνδέοντας την επιθετική συμβουλευτική για τερματισμό με την άγνοια ή τον φόβο των επαγγελματιών, καθώς *«η έλλειψη γνώσης μπορεί να οδηγήσει σε πιο επιθετικές προτάσεις»* προς τη διακοπή της κύησης.

Η απουσία θεσμικής ενημέρωσης, η άγνοια της νομοθεσίας και η μη εφαρμογή του πρόσφατου Ν.4958/2022, είναι ένα από τα ισχυρότερα κοινά ευρήματα των συνεντεύξεων και αφορά το χάσμα ανάμεσα στη νομοθετική κατοχύρωση και στην κλινική πράξη. Παρότι ο νόμος εισάγει σημαντικές ρυθμίσεις για την προστασία των ίντερσεξ ανηλίκων από μη αναγκαίες ιατρικές παρεμβάσεις, οι ερωτώμενοι/ες ιατροί εμφανίζουν περιορισμένη ή αποσπασματική γνώση του. Η Ρ.Α. αναρωτιέται για την ακριβή ηλικία που προβλέπει την προστασία από IGM ο νόμος και ρωτάει *«πότε ψηφίστηκε;»*. Η ίδια αναγνωρίζει ότι *«ούτε οι γιατροί είναι πολύ καλά ενημερωμένοι επί αυτού»* και συνδέει το πρόβλημα με την απουσία συστηματικής ενημέρωσης και υποστήριξης των γονέων. Η Σ.Ε., όταν ερωτάται για σχετικό νομικό ή κανονιστικό πλαίσιο, απαντά *«Δεν το γνωρίζω»* και αργότερα δηλώνει ότι δεν ήξερε πως *«όντως έχουμε περάσει αυτό το νόμο»*. Ο Ψ.Α. αναφέρει επίσης ότι δεν γνωρίζει *«σε βάθος»* το νομικό πλαίσιο και προσθέτει για συναδέλφους του ότι *«οι περισσότεροι δεν γνωρίζουν τον νόμο»*.

Το εύρημα αυτό δεν δείχνει ατομική αμέλεια των επαγγελματιών, αλλά θεσμικό έλλειμμα διάχυσης, εκπαίδευσης και εφαρμογής. Η Σ.Ε. υπογραμμίζει την ανάγκη «πολύ σοβαρής ενημέρωσης στους γιατρούς και κατευθυντήριων οδηγιών με μεγάλη λεπτομέρεια». Ο Ψ.Α. αναγνωρίζει την απουσία ενημερωτικού υλικού για γονείς στα ελληνικά ως σημείο προς βελτίωση, ενώ η Ρ.Α. συνδέει την ελλιπή ενημέρωση με την απουσία οργανωμένης υποστήριξης των γονέων. Και οι τρεις γιατροί θεωρούν τη νομοθετική προστασία των ίντερσεξ παιδιών «αναγκαία αλλά ανεπαρκή», εφόσον δεν συνοδεύεται από σαφείς οδηγίες, εκπαίδευση και πρακτικούς μηχανισμούς εφαρμογής.

Ευρήματα από την ομάδα εστιασμένης συζήτησης γονέων

Το focus group των οκτώ γονέων (συμπεριλαμβανομένης της ερευνήτριας) ίντερσεξ παιδιών ηλικίας 2-23 ετών, ανέδειξε τη διάγνωση της ίντερσεξ κατάστασης ως γεγονός που διακόπτει βίαια τις γονεϊκές προσδοκίες και ενεργοποιεί ένα σύνθετο πλέγμα φόβου, ενοχής, μυστικότητας, αναζήτησης γνώσης και διαπραγμάτευσης με την ιατρική αυθεντία. Στον πρώτο κύκλο συζήτησης, μετά από σύντομη παρουσίαση όλων, αναπτύχθηκαν τα συναισθήματα κατά την αρχική επαφή με τη διάγνωση, στον δεύτερο η ενημέρωση και η επαφή με την κοινότητα και ο τρίτος κύκλος, αναστοχαστικός, ανέδειξε τις καλές πρακτικές που θα απαντούσαν στις ανάγκες των γονέων.

Η χρονική στιγμή της διάγνωσης διαφέρει ανά περίπτωση. Άλλοτε η διάγνωση είναι προγεννητική και συνδέεται με πρόταση τερματισμού κύησης (σε 3 γονείς), άλλοτε προκύπτει στη βρεφική, παιδική ή εφηβική ηλικία και συνδέεται με προτάσεις χειρουργικής ή ορμονικής παρέμβασης. Το κρίσιμο εύρημα δεν είναι τόσο ο χρόνος της διάγνωσης, όσο η μορφή της παρέμβασης και η παρουσίαση της ως αναγκαία, ωφέλιμη ή αυτονόητη μετά τη διάγνωση. Ο τερματισμός κύησης, οι αισθητικές IGM επεμβάσεις, οι προληπτικές γοναδεκτομές και οι ορμονικές παρεμβάσεις εμφανίζονται στους γονείς ως διαφορετικές αλλά αναπόφευκτες τεχνικές διαχείρισης της ίντερσεξ σωματικότητας, ενώ σε καμία/κανέναν δεν προτάθηκε η επιλογή της μη-παρέμβασης.

Η πρώτη εμπειρία της διάγνωσης, περιγράφεται από όλους τους γονείς ως στιγμή σοκ, φόβου, μοναξιάς και αποδιοργάνωσης. Η Μελίνα, αναφερόμενη στην ενημέρωση για τον υποσπαδία του παιδιού και την προτεινόμενη επέμβαση,

περιγράφει ότι ένιωσε «*πάρα πολύ τρομαγμένη*», ότι η εμπειρία ήταν «*πολύ μοναχική*» και ότι για ένα διάστημα η διάγνωση «*έγινε το μυστικό της οικογένειας*». Λίγο αργότερα συμπυκνώνει το πώς ένιωσε σε μία λέξη: «*Ερείπιο*». Παρότι γνώριζε ήδη για τον υποσπαδία, όταν η κατάσταση αφορούσε το δικό της παιδί, στη σκέψη της επέμβασης βίωσε έντονη ενοχή: «*Ένωθα ξεκάθαρα ένοχη*». Η Σοφία περιγράφει ανάλογη σωματική και συναισθηματική κατάρρευση, όταν της παρουσίασε ο γιατρός το ΧΧΥ ως «*Χρωμοσωματική ανωμαλία... Εδώ μιλάμε για χοντρά πράγματα*» και συνδέει το σοκ με την απουσία επικαιροποιημένης πληροφόρησης «*κατεβάζει κάτι εγκυκλοπαίδειες του εξήντα... αρχαίες φωτογραφίες*». «*Δεν έχω ξανανιώσει στη ζωή μου να μου κόβονται τα πόδια... δεν έχω όλη την πληροφορία*» αφηγείται. Η ένταση αυτής της εμπειρίας κορυφώνεται όταν περιγράφει ότι «*είχα το χάπι που έπρεπε να πάρω... ένιωθα σαν να είμαι η μόνη, σαν να μουν τρελή*».

Το ίδιο μοτίβο εμφανίζεται και σε μεταγενέστερες διαγνώσεις. Η Άννα, όταν ενημερώθηκε ότι «*βρέθηκε κάτι στον καρυότυπο του παιδιού*», λέει: «*Μου κόπηκαν τα πόδια. Λέω “κάτι έχει το παιδί”*». Η Ιόλη, όταν άκουσε ότι η κόρη της «*δεν έχει ούτε μήτρα, ούτε ωοθήκες*», περιγράφει: «*Πάγωσα, πάγωσα*». Η κοινή αυτή εμπειρία δείχνει ότι το σοκ της διάγνωσης, διαπερνά όλες τις χρονικότητες, επειδή αφορά τη βίαιη είσοδο των γονέων σε ένα πεδίο άγνωστης, παθολογικοποιημένης και συχνά στιγματισμένης σωματικότητας.

Αναφορικά με τις προτεινόμενες παρεμβάσεις, οι αφηγήσεις αναδεικνύουν διαφορετικές μορφές ιατρικής ή θεσμικής παρέμβασης πάνω στο ίντερσεξ σώμα. Στη Μελίνα, ο υποσπαδίας παρουσιάστηκε εξ αρχής ως «*Θα χρειαστεί μια επέμβαση να γίνει στα επόμενα χρόνια του παιδιού*», η οποία δεν εμφανίζεται ως πιθανότητα προς συζήτηση, αλλά ως δεδομένη μελλοντική υποχρέωση σε πλαίσιο τεκνοθεσίας. Όταν η Μελίνα ρωτά αν υπάρχει λόγος υγείας «*λέει μπορεί να πάθει ουρολοίμωξη*», ενώ στην αναζήτηση στο διαδίκτυο βρίσκει μόνο «*κοινωνικούς και ψυχολογικούς λόγους. Τίποτε άλλο*». Η κανονικοποιητική λογική επανέρχεται μέσα από επιχειρήματα γονιμότητας και κοινωνικής συνήθειας. Η παιδίατρος επιμένει επαναλαμβανόμενα ότι το παιδί «*πρέπει να κάνει την επέμβαση πριν τα 7*», ενώ ως επιχείρημα αναφέρεται ακόμη και ότι «*δεν θα μπορεί να κάνει παιδιά*». Η Μελίνα δεν έλαβε ουσιαστική απάντηση πέρα από το «*έτσι συνηθίζεται*». Η αφήγηση του Ορέστη ενισχύει τη θεσμική διάσταση της ίδιας περίπτωσης: Η επέμβαση τέθηκε «*σαν όρος για να προχωρήσει η τεκνοθεσία... δεσμεύεσαι... ότι θα κάνεις την επέμβαση*», «*Το οποίο ήταν αναστατωτικό... δεν είναι*

κάτι που είναι σημαντικό για την υγεία του παιδιού», και «είχε παραβιαστικό χαρακτήρα». Η αισθητική επέμβαση εμφανίζεται έτσι ως επιπλέον θεσμική προσδοκία συμμόρφωσης.

Και στις τρεις περιπτώσεις προγεννητικής διάγνωσης, προτάθηκε τερματισμός κύησης, σε διάφορες εντάσεις. Στη Σοφία ειπώθηκε ότι *«τα πράγματα δείχνουν κάποια ανωμαλία... οπωσδήποτε πρέπει να προχωρήσουμε, δυστυχώς πρέπει να τερματιστεί η κύηση»*. Ως αιτιολόγηση έλαβε προβλέψεις για *«ψυχολογικά προβλήματα, μικρό πέος και πειράγματα στο σχολείο»* και την προτροπή *«Χαλαρώστε...νέοι είστε. Θα κάνετε άλλο»*. Για την Κέλλυ, η επιλογή διακοπής είχε χρονική πίεση: *«Αν θέλετε, κάνετε διακοπή... όσο πιο νωρίς τόσο το καλύτερο»*. Στην ερευνήτρια, η πίεση για τερματισμό παρουσιάστηκε απόλυτη και αυτονόητη, γιατί *«είναι τέρας της φύσης»*. Και στις τρεις αφηγήσεις, η προγεννητική διάγνωση δεν λειτουργεί απλώς ως πληροφορία, αλλά ως απόφαση ζωής/θανάτου.

Στις μεταγεννητικές διαγνώσεις, η παρέμβαση οργανώνεται διαφορετικά. Η Ιόλη περιγράφει τη γοναδεκτομή της ΧΥ έφηβης κόρης της, στο πλαίσιο φόβου για μελλοντικό καρκίνο και ορμονικής διαχείρισης. Η Άννα αναφέρεται στην ορμονοθεραπεία που της σύστησαν μετά την ενηλικίωση του παιδιού. Αυτές οι αφηγήσεις δείχνουν ότι όταν η διάγνωση δεν αφορά σε προγεννητική επιλογή, μετατοπίζεται σε μεταγεννητικές μορφές κανονικοποίησης, πρόληψης ή ιατρικής ρύθμισης.

Η διαπραγμάτευση της ιατρικής αυθεντίας

Οι γονείς φέρονται να βιώνουν τις διαγνώσεις μέσα σε σχέσεις ανισότητας γνώσης, φόβου και εξουσίας. Η Μελίνα ρωτά ρητά αν υπάρχει λόγος υγείας για την επέμβαση και παίρνει ως απάντηση μια ασαφή πιθανότητα ουρολοίμωξης. Στη συνέχεια αναζητά μόνη της πληροφορίες και συγκρίνει τα επιχειρήματα που ακούει με τη δική της κατανόηση της συναίνεσης και της σωματικής ακεραιότητας του παιδιού.

Η Σοφία περιγράφει την προγεννητική συμβουλευτική μέσα από έντονα παθολογικοποιητική γλώσσα. Η διάγνωση παρουσιάστηκε ως *«χρωμοσωματική ανωμαλία»* και ως *«χοντρά πράγματα»*. Σε άλλο σημείο αναφέρει ότι της έδειξαν *«κάτι αρχαίες φωτογραφίες σε παλιές εγκυκλοπαίδειες»*, αναδεικνύοντας τη συχνή χρήση παρωχημένης γνώσης στη συμβουλευτική. Η αλλαγή στην κατανόηση ήρθε μέσα από

δεύτερη γνώμη, όταν ενημερώθηκε ότι το μόνο βέβαιο στοιχείο ήταν «η αζωοσπερμία, τίποτα άλλο».

Παρόμοια, η Κέλλυ περιγράφει μια συμβουλευτική όπου «Όλα αρνητικά. Τίποτα θετικό». Όταν ρώτησε αν αυτό που περιγράφεται είναι ίντερσεξ, η απάντηση ήταν «όχι, καμία σχέση». Η αποσύνδεση της διάγνωσης από τον όρο ίντερσεξ αποκόπτει τους γονείς από κοινοτική γνώση, βιωματικές πηγές και εναλλακτικά πλαίσια κατανόησης. Παράλληλα, η χρήση καταστροφικών περιγραφών, όπως «νοητική υστέρηση», «ψυχιατρικά προβλήματα» ή «ψυχιατρικό μωρό», παράγει φόβο και κατευθύνοντας τη λήψη απόφασης.

Η διαπραγμάτευση της ιατρικής αυθεντίας δεν οδηγεί πάντα στην ίδια πρακτική έκβαση. Οι γονείς της ομάδας αρνήθηκαν την προτεινόμενη παρέμβαση ή τον τερματισμό. Άλλοι ωστόσο, όπως αφηγείται η ερευνήτρια, βρήκαν την πληροφορία αργά, έχοντας ήδη ακολουθήσει ιατρικές παρεμβάσεις μέσα σε συνθήκες φόβου, αβεβαιότητας και έλλειψης διαθέσιμων εναλλακτικών. Το κρίσιμο εύρημα είναι ότι οι αποφάσεις δεν λαμβάνονται σε ουδέτερο πεδίο πληροφόρησης. Λαμβάνονται μέσα σε ασύμμετρες σχέσεις γνώσης και εξουσίας.

Από την ατομική αναζήτηση γνώσης στη συλλογική γνώση

Η επαφή με την ίντερσεξ κοινότητα αναδεικνύεται ως σημείο καμπής σε όλες τις αφηγήσεις. Για τη Μελίνα, η επικοινωνία με την Intersex Greece υπήρξε «*πάρα πολύ ανακουφιστική*» και «*πραγματικά λυτρωτική*», γιατί ξαφνικά «*βρήκα ένα όνομα, μια κατηγορία, μια συλλογικότητα*» στην οποία μπορούσε να απευθυνθεί. Η γνώση παύει εδώ να είναι ατομική αναζήτηση στο διαδίκτυο και μετατρέπεται σε συλλογική διαδικασία αναγνώρισης και αλληλοστήριξης.

Η Σοφία αναφέρει ότι ήρθε σε επικοινωνία με την κοινότητα για να ακούσει και μια βιωμένη εμπειρία. Η Κέλλυ περιγράφει την κοινοτική ενημέρωση ως «*το μόνο φως*», επειδή της εξήγησε ότι όσα της έλεγαν ήταν παρωχημένα. Η Άννα αναφέρει ατελείωτες νύχτες αναζήτησης στον υπολογιστή μέχρι να βρει την κοινότητα, ενώ η Έμμη περιγράφει ότι «*άρχισα να ψάχνω με μανία*», επειδή «*ένιωθα ότι χρωστούσα στο παιδί να μάθω με γνώση και σεβασμό στο σώμα του*». Η Ιόλη συμπυκνώνει την αξία της βιωματικής γνώσης όταν λέει ότι ένας γονιός χρειάζεται να μιλήσει με ίντερσεξ

γυναίκες και να πάρει πληροφορίες *«όχι από το ίντερνετ, από ανθρώπους που έχουν το βίωμα»*.

Η κοινότητα λειτουργεί έτσι ως αντίβαρο στην ιατρική αυθεντία. Δεν αντικαθιστά την ιατρική γνώση, αλλά αποκαλύπτει τα όριά της, επαναανοηματοδοτεί την ίντερσεξ σωματικότητα και προσφέρει στους γονείς εργαλεία φροντίδας και εναλλακτικές που δεν στηρίζονται στον φόβο.

Αναστοχασμός, φροντίδα και διεκδίκηση

Στον κύκλο αναστοχασμού του focus group, οι γονείς δεν περιορίζονται στην αφήγηση του τραύματος. Διατυπώνουν συγκεκριμένες προτάσεις αλλαγής. Η Μελίνα τονίζει ότι το παιδί μπορεί να αποφασίσει αργότερα: *«Άμα θέλει, ας κάνει ό,τι θέλει τότε... Αλλά αυτό είναι δικό του πια»*. Η φράση αυτή μετατοπίζει το κέντρο της απόφασης από τη γονεϊκή ή ιατρική αγωνία στη σωματική αυτονομία του παιδιού.

Η Σοφία περιγράφει την άρνηση του τερματισμού ως ανάκτηση της αυτενέργειας (agency): *«Δεν πήρα τελικά το χάπι και τελείωσε»* γιατί το παιδί μέσα της αντιδρούσε *«τι έκτρωση; αυτό κουνιόταν μέσα, γελούσε, χαιρετούσε, έπαιζε μπάλα και εγώ..., δηλαδή, τι συζητάμε τώρα!»*. Παράλληλα, αναγνωρίζει τις συνέπειες της ιατρικής πίεσης στη βίωση της εγκυμοσύνης της, λέγοντας ότι *«δεν χάρηκα την εγκυμοσύνη μου»* και ότι έχασε πολύτιμο χρόνο σκέψης. Η Κέλλυ, αναστοχαζόμενη την εμπειρία της, υποστηρίζει ότι σε τέτοιες περιπτώσεις *«δεν θα έπρεπε να αναφέρεται καν η λέξη διακοπή»* ως αυτονόητη δυνατότητα μετά τη διάγνωση.

Η Έμμου αναφέρει ότι τη δυσκόλεψε η απόφαση να πάει *«κόντρα σε όλες τις ιατρικές υποδείξεις»*, καθώς υπήρξε και τρίτος γιατρός που συνέστησε χειρουργείο. Στο αναστοχαστικό της σχόλιο σημειώνει ότι θα ήθελε να είχε λάβει όλες τις πληροφορίες από την ιατρική κοινότητα, μαζί με *«υποστήριξη και ενθάρρυνση αντί για φόβο και απαξίωση»*. Η Άννα συνδέει αντίστοιχα την ανάγκη αλλαγής με την εκπαίδευση των γιατρών, ώστε να μη μεταδίδουν την αίσθηση ότι θα γεννηθεί ή υπάρχει *«ένα παιδί τέρας»*.

Η φροντίδα, όπως αναδύεται από τις αφηγήσεις, δεν ταυτίζεται με την άμεση ιατρική παρέμβαση. Συνδέεται με χρόνο, γνώση, αναβολή μη αναγκαίων αποφάσεων, σεβασμό στη συναίνεση του παιδιού και πρόσβαση στην ίντερσεξ κοινότητα.

Σύνθεση ευρημάτων

Η σύνθεση των συνεντεύξεων επαγγελματιών υγείας και του focus group γονέων αναδεικνύει ένα κοινό πεδίο: η ίντερσεξ σωματικότητα γίνεται αντικείμενο διαχείρισης μέσα από διαγνωστικές πρακτικές, συμβουλευτικές διαδικασίες, θεσμικές ελλείψεις και κοινωνικές προσδοκίες κανονικότητας και ικανοτισμού.

Οι επαγγελματίες υγείας περιγράφουν την προγεννητική διάγνωση ως πεδίο αβεβαιότητας που απαιτεί προσεκτική πληροφόρηση, διεπιστημονικότητα και μη κατευθυντική συμβουλευτική. Οι γονείς περιγράφουν τις βιωμένες συνέπειες αυτής της αβεβαιότητας: σοκ, φόβο, ενοχή, μοναξιά, πίεση για απόφαση και ανάγκη αναζήτησης επικαιροποιημένης γνώσης έξω από το ιατρικό πλαίσιο.

Η κεντρική διαφοροποίηση ανάμεσα στις περιπτώσεις δεν είναι ο χρόνος της διάγνωσης, αλλά η μορφή της παρέμβασης που ενεργοποιείται μετά από αυτήν. Στις προγεννητικές διαγνώσεις, η παρέμβαση μπορεί να είναι ο τερματισμός κύησης. Στις βρεφικές ή παιδικές διαγνώσεις, η αισθητική χειρουργική. Στην εφηβεία ή νεαρή ενήλικη ζωή, η γοναδεκτομή ή η ορμονική ρύθμιση. Οι πρακτικές αυτές δεν είναι ίδιες, αλλά συγκροτούν το ίδιο συνεχές βιοπολιτικής διαχείρισης της ίντερσεξ σωματικότητας.

Το θεσμικό κενό αναδεικνύεται καθαρά στη σχέση ανάμεσα στον Ν.4958/2022 και στην καθημερινή κλινική πρακτική. Στις συνεντεύξεις, οι επαγγελματίες δηλώνουν περιορισμένη γνώση του νόμου και ζητούν εκπαίδευση, κατευθυντήριες οδηγίες και ενημερωτικό υλικό. Στο focus group, η Μελίνα περιγράφει ότι χρειάστηκε να ενημερώσει η ίδια την παιδίατρο για τον νόμο, να της στείλει τον σύνδεσμο του ΦΕΚ και να της πάει φυλλάδια της οργάνωσης, μέχρι να σταματήσει η επιμονή για επέμβαση. Η παιδίατρος «δεν είχε ιδέα για τον νόμο και σοκαρίστηκε». Το εύρημα αυτό δείχνει ότι η νομοθετική προστασία δεν ενεργοποιείται από το σύστημα υγείας αλλά από τη γονεϊκή και κοινοτική γνώση.

Η ίδια δυναμική εμφανίζεται και στις προγεννητικές εμπειρίες. Ο Ψ.Α. αναγνωρίζει ότι η άγνοια των συναδέλφων μπορεί να οδηγήσει σε πιο επιθετική συμβουλευτική προς τον τερματισμό, ενώ οι αφηγήσεις της Σοφίας και της Κέλλυ δείχνουν πώς η παθολογικοποιητική ή παρωχημένη πληροφόρηση μπορεί να παράγει συνθήκες πίεσης. Η Σ.Ε. επιβεβαιώνει ότι έχουν υπάρξει τερματισμοί κυήσεων για

χρωμοσωμικές διαφοροποιήσεις όπως Turner, ενώ θεωρεί βιοηθικά προβληματική τη διακοπή κύησης για καταστάσεις που δεν συνδέονται με νοητική υστέρηση ή σοβαρή απειλή για τη ζωή.

Συνολικά, τα ευρήματα δείχνουν ότι η ίντερσεξ σωματικότητα εξακολουθεί να αντιμετωπίζεται ως πρόβλημα προς πρόληψη, διόρθωση και διαχείριση. Οι γονείς καλούνται να λάβουν αποφάσεις υπό συνθήκες φόβου, ελλιπούς πληροφόρησης και άνισης σχέσης ισχύος με την ιατρική αυθεντία. Η κοινότητα, η βιωματική γνώση και η πρόσβαση σε μη παθολογικοποιητική πληροφόρηση λειτουργούν ως κρίσιμα αντίβαρα.

Το βασικό συμπέρασμα του κεφαλαίου είναι ότι η βιοπολιτική διαχείριση της ίντερσεξ σωματικότητας δεν εκδηλώνεται μόνο μέσα από άμεσες ιατρικές πράξεις. Εκδηλώνεται και μέσα από τον τρόπο ανακοίνωσης της διάγνωσης, τη γλώσσα που χρησιμοποιείται, τις πληροφορίες που δίνονται ή αποκρύπτονται, τη θεσμική ανεπάρκεια ενημέρωσης, την απουσία κατευθυντήριων οδηγιών και την κοινωνική απαίτηση για σώματα που χωρούν καθαρά στο δίπολο του φύλου.

Η μετάβαση των γονέων από τον φόβο στη γνώση, από τη μυστικότητα στην κοινότητα και από την ατομική αγωνία στη διεκδίκηση σωματικής ακεραιότητας δείχνει ότι η αντίσταση στην κανονικοποίηση δεν είναι αφηρημένη θέση, αλλά πρακτική φροντίδας. Είναι η απόφαση να δοθεί χρόνος στο παιδί, να μη γίνουν μη αναγκαίες παρεμβάσεις χωρίς ενημερωμένη συναίνεση, να αναζητηθεί βιωματική γνώση και να αμφισβητηθεί η ιδέα ότι η ίντερσεξ σωματικότητα πρέπει να προληφθεί, να διορθωθεί ή να εξαφανιστεί.

Συμπεράσματα & καλές πρακτικές

Η παρούσα εργασία ανέδειξε ότι η ίντερσεξ ποικιλομορφία δεν αντιμετωπίζεται απλώς ως ιατρική διαφοροποίηση, αλλά ως ρήγμα στο καθεστώς της δυαδικής βεβαιότητας του φύλου. Η προγεννητική επιλογή, οι επιλεκτικοί τερματισμοί κυήσεων, οι μη αναγκαίες κανονικοποιητικές παρεμβάσεις, η απόκρυψη της διάγνωσης και η απουσία συστηματικής καταγραφής δεν συνιστούν ασύνδετες πρακτικές. Συγκροτούν ένα συνεχές βιοπολιτικής διαχείρισης, μέσα στο οποίο η ίντερσεξ ύπαρξη είτε αποτρέπεται πριν από τη γέννηση είτε τροποποιείται μετά από αυτήν, ώστε να χωρέσει στο αναγνωρίσιμο δίπολο άνδρας/γυναίκα.

Τα ευρήματα επιβεβαιώνουν την κεντρική υπόθεση της εργασίας: η εξαφάνιση των ίντερσεξ πληθυσμών δεν συντελείται μόνο ως φυσική απώλεια ζώων, αλλά και ως διαγραφή της δυνατότητας να υπάρξει η ίντερσεξ σωματικότητα ως ορατή, βιώσιμη και κοινωνικά νοητή μορφή ανθρώπινης ζωής. Η βία δεν εντοπίζεται αποκλειστικά στην ιατρική πράξη ή στην απόφαση τερματισμού, αλλά και στις συνθήκες που τις καθιστούν αυτονόητες: στη γλώσσα της πρόληψης, στην παθολογικοποίηση, στην παραγωγή άγνοιας, στην απουσία δεδομένων, στην πίεση προς τους γονείς, στη διοικητική απαίτηση για άμεση ταξινόμηση και στη σιωπή που συχνά ακολουθεί το ίδιο το υποκείμενο σε όλη του τη ζωή.

Η ευγονική, όπως δείχνει η Τζανάκη, δεν περιορίζεται στις ιστορικά αναγνωρίσιμες μορφές καταναγκαστικής στείρωσης ή ναζιστικής εξόντωσης, αλλά λειτουργεί και ως καθεστώς κοινωνικο-σεξουαλικού ισομορφισμού, όπου σώματα, επιθυμίες και αναπαραγωγή καλούνται να ευθυγραμμιστούν με μια λευκή, δυτική και κανονιστική έννοια της «φύσης» (Τζανάκη, 2026b). Σε αυτό το πλαίσιο, οι επιλεκτικοί τερματισμοί και οι IGM μπορούν να αναγνωστούν ως δύο διαφορετικές τεχνικές σταθεροποίησης του ίδιου κανόνα: η πρώτη αποτρέπει τη γέννηση του σώματος που τον διαψεύδει, η δεύτερη το μετασχηματίζει ώστε να μην τον απειλεί.

Το κρίσιμο συμπέρασμα είναι ότι συμμόρφωση και εξαφάνιση δεν λειτουργούν αντιθετικά. Αντίθετα, συγκροτούν μια αποικιακή «διπλή νίκη» της κανονικότητας. Όταν η ίντερσεξ διαφορά αποκλείεται προγεννητικά, ο κανόνας προστατεύεται χωρίς να χρειαστεί να αποκαλυφθεί η βία του. Όταν το σώμα που γεννιέται κανονικοποιείται χειρουργικά, ορμονικά ή διοικητικά, η ίδια βία επανεμφανίζεται ως *φροντίδα*. Και στις δύο περιπτώσεις, αυτό που διασώζεται είναι η φαντασίωση ότι το φύλο είναι φυσικά, κοινωνικά και νομικά δίμορφο.

Η εμβέλεια των συμπερασμάτων χαρακτηρίζεται από τους περιορισμούς της έρευνας, στους οποίους σημειώνονται η χαμηλή ανταπόκριση των επαγγελματιών υγείας, η απουσία επίσημων δεδομένων για επιλεκτικούς τερματισμούς και IGM, καθώς και η δυσκολία πρόσβασης σε γονείς που έχουν βιώσει τέτοιες αποφάσεις. Ταυτόχρονα, οι περιορισμοί αυτοί δεν είναι εξωτερικοί προς το αντικείμενο. Αποτελούν μέρος του ίδιου πεδίου σιωπής, φόβου, στιγματοποίησης, θεσμικής αδιαφάνειας και ερμηνευτικής αδικίας που η εργασία επιχειρεί να αναδείξει.

Οι προτάσεις καλών πρακτικών οφείλουν να ξεκινούν από την εφαρμογή του Ν. 4958/2022. Πρώτη θεσμική προτεραιότητα είναι η πλήρης εφαρμογή των άρθρων 17–20 του μέρους Γ' του νόμου, με δεσμευτικές κατευθυντήριες οδηγίες προς δημόσια και ιδιωτικά μαιευτήρια, παιδοχειρουργικές και ενδοκρινολογικές κλινικές, ιατρικούς συλλόγους και ενώσεις. Η απαγόρευση των μη αναγκαίων ιατρικών πράξεων σε ανήλικα ίντερσεξ άτομα έως 15 ετών, πρέπει να συνοδεύεται από υποχρεωτική επιμόρφωση του προσωπικού υγείας, μηχανισμούς ελέγχου και ασφαλείς διαδικασίες αναφοράς των παραβιάσεων.

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, η Σύσταση CM/Rec(2025)7 του Συμβουλίου της Ευρώπης χρειάζεται να αποτυπωθεί σε δεσμευτικές πολιτικές και νομοθετικές ρυθμίσεις για τα κράτη-μέλη. Παράλληλα, είναι αναγκαία η αναθεώρηση της ταξινόμησης της ίντερσεξ ποικιλομορφίας από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ώστε οι παραλλαγές χαρακτηριστικών φύλου να μην αντιμετωπίζονται ως διαταραχές που απαιτούν διόρθωση.

Αναγκαία είναι επίσης η συστηματική και μη στιγματιστική καταγραφή των επιλεκτικών τερματισμών και των IGM, με σαφείς ιατρικούς κωδικούς, διαφάνεια και σεβασμό στα προσωπικά δεδομένα. Χωρίς καταγραφή, η βία παραμένει αθέατη· χωρίς αποπαθολογικοποίηση, η καταγραφή μπορεί να αναπαράγει την ίδια βιοϊατρική λογική που χρειάζεται να ελεγχθεί.

Τέλος, η προστασία των ίντερσεξ παιδιών δεν μπορεί να σημαίνει την προσαρμογή τους στον κανόνα. Σε αποαποικιακή φεμινιστική κατεύθυνση, η Vergès προτείνει μορφές προστασίας που δεν μετατρέπουν τα υποκείμενα σε παθητικά θύματα ούτε αντιμετωπίζουν την ευαλωτότητα ως έλλειμμα (Vergès, 2022). Για τα ίντερσεξ παιδιά, αυτό σημαίνει σωματική ακεραιότητα, αυτοδιάθεση, πρόσβαση στην αλήθεια της φυσιολογίας τους και δυνατότητα να ακουστεί η φωνή τους. Σημαίνει επιμόρφωση γονέων, εκπαιδευτικών, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών, νομικών και δικαστών, συμπεριληπτική σχολική σεξουαλική αγωγή, ασφαλή ορατότητα στο σχολείο και κοινωνικές εκστρατείες για την ίντερσεξ ποικιλομορφία ως μέρος της ανθρώπινης ζωής. Το ζητούμενο δεν είναι να γίνουν «αποδεκτά» τα ίντερσεξ παιδιά, είναι να πάψει η ύπαρξή τους να θεωρείται πρόβλημα. Μέχρι οι ίντερσεξ ζώες και σώματα να αποκατασταθούν σε *σώματα και ζωές με σημασία*²⁷.

²⁷ <https://intersexgreece.org.gr/>

Βιβλιογραφικές Αναφορές

- 1st European Intersex Community Event. (2017, March 31). *Statement of the 1st European Intersex Community Event (Vienna, 30–31 March 2017)*. OII Europe.
<https://www.oii europe.org/statement-1st-european-intersex-community-event-vienna-30st-31st-march-2017/>
- 1st European Intersex Meeting. (2014, October 8). *Statement of Riga*. OII Europe.
<https://www.oii europe.org/statement-of-riga/>
- 3rd International Intersex Forum. (2013, December 1). *Malta Declaration*. OII Europe.
<https://www.oii europe.org/malta-declaration/>
- African Commission on Human and Peoples' Rights. (2023). *Resolution on the promotion and protection of the rights of intersex persons in Africa*. —ACHPR/Res.552 (LXXIV).
<https://achpr.au.int/en/adopted-resolutions/resolution-promotion-and-protection-rights-intersex-persons>
- Agamben, G. (1998). *Homo sacer: Sovereign power and bare life* (D. Heller-Roazen, Trans.). Stanford University Press.
- Agamben, G. (2005). *State of exception* (K. Attell, Trans.). University of Chicago Press.
- Agar, N. (2004). *Liberal eugenics: In defence of human enhancement*. Blackwell.
- Alcoff, L. M. (2001). Towards a phenomenology of racial embodiment. In R. Bernasconi (Ed.), *Race*. Blackwell. Ανακτήθηκε 20/04/2026 από
<https://www.radicalphilosophyarchive.com/article/towards-a-phenomenology-of-racial-embodiment/>
- Alim, T., Shihab, Md., & Hossain, A. (2022). Experiences of intersex individuals in Bangladesh: some reflections. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 29(2).
<https://doi.org/10.1080/26410397.2022.2149054>
- Βαρίκα, Ε. (2000). «Το προσωπικό είναι πολιτικό: Οι περιπέτειες μιας ανατρεπτικής υπόσχεσης». Στο Ε. Βαρίκα, *Με διαφορετικό πρόσωπο: Φύλο, διαφορά και οικουμενικότητα*. Κατάρτι.
- Benjamin, W. (2023). *Για μια κριτική της βίας. Για την έννοια της Ιστορίας*. (Χ. Μαρσέλλος, Μτφρ.). Έρμα.
- Benn, P. A., & Chapman, A. R. (2010). Ethical challenges in providing noninvasive prenatal diagnosis. *Current opinion in obstetrics & gynecology*, 22(2), 128–134.
<https://doi.org/10.1097/GCO.0b013e3283372352>
- Black, E., Bond, K., Briffa, T., Carpenter, M., Cody, C., David, A., Driver, B., Hannaford, C., Harlow, E., Hart, B., Hart, P., Leckey, D., Lum, S., Mitchell, M. B., Nyhuis, E.,

- O'Callaghan, B., Perrin, S., Smith, C., Williams, T., Yang, I., & Australian and Aotearoa/New Zealand intersex organisations. (2017, March). *Darlington Statement: Joint consensus statement from the intersex community retreat in Darlington, March 2017*. Intersex Human Rights Australia. <https://interaction.org.au/resource/darlington-statement/>
- Blondeel, K., Say, L., Chou, D., Toskin, I., Khosla, R., Scolaro, E., Temmerman, M., & Zeid, S. (2018). Violence motivated by perception of sexual orientation and gender identity: A systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(1), 29–41. <https://doi.org/10.2471/BLT.17.197251>
- Briffa, T. (8 May 2014). *Tony Briffa on DSD*. InterAction for Health and Human Rights. Ανακτήθηκε 20/05/2026 από <https://interaction.org.au/resource/tony-briffa-on-dsd/>
- Broom, A., Hand, K., & Tovey, P. (2009). The role of gender, environment and Individual biography in shaping qualitative interview data. *International Journal of Social Research Methodology*, 12(1), 51–65. <https://doi.org/10.1080/13645570701606028>
- Browning, C. R. (2004). *The origins of the final solution*. University of Nebraska Press.
- Burke, P. (2023). *Ιστορία της Αγνοίας*. (Μ. Αργυρίου, μτφ). Εκδόσεις Πατάκη.
- Butler, J. (1990). *Gender trouble*. Routledge.
- Cabral, M. (2003). Pensar la intersexualidad, hoy. Στο D. Maffia (Ed.), *Sexualidades migrantes: Género y transgénero* (σσ. 117–126). Feminaria Editora.
- Carpenter M. (2018a). Intersex Variations, Human Rights, and the International Classification of Diseases. *Health and Human Rights*, 20(2), 205–214.
- Carpenter, M. (2018b). The “Normalization” of Intersex Bodies and “Othering” of Intersex Identities in Australia. *Bioethical Inquiry* 15, 487–495. <https://doi.org/10.1007/s11673-018-9855-8>
- Casanova-Molina, G. E. (2026). Geographies of the secret: Navigating medical, activist, and intimate spaces in intersex research in Chile. *Social Science & Medicine*, 401, 119345. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2026.119345>
- Cawadias, A. P. (1946). *Hermaphrodites: The human intersex* (2nd ed.). William Heinemann Medical Books.
- Centre for Human Rights, University of Pretoria. (2022). *The rights of intersex persons in Africa*. University of Pretoria. https://www.chr.up.ac.za/images/researchunits/sogie/documents/Intersex_Report/Intersex_report_Oct_Sept_2022.pdf
- Chase C. (1998). Surgical progress is not the answer to intersexuality. *The Journal of clinical ethics*, 9(4), 385–392.
- Conway, G.S. (2022). Differences in Sex Development (DSD) and related conditions: mechanisms, prevalences and changing practice. *International Journal of Impotence Research*, 35, 46-50. <https://doi.org/10.1038/s41443-022-00606-z>
- Colapinto, J. (2000). *As Nature Made Him: The Boy Who Was Raised as a Girl*. HarperCollins.

- Council of Europe (CoE), Committee of Ministers. (2025, October 7). *Recommendation CM/Rec(2025)7 of the Committee of Ministers to member States on equal rights of intersex persons*. Council of Europe. <https://search.coe.int/cm?i=0900001680b934>
- Crocetti, D., Monro, S., Vecchiotti, V., & Yeadon-Lee, T. (2021). Towards an agency-based model of intersex, variations of sex characteristics (VSC) and DSD/dsd health. *Culture, Health & Sexuality*, 23(4), 500–515. <https://doi.org/10.1080/13691058.2020.1825815>
- Davis, G. (2014). The power in a name: diagnostic terminology and diverse experiences. *Psychology & Sexuality*, 5(1), 15–27. <https://doi.org/10.1080/19419899.2013.831212>
- Davis, G. (2015). *Contesting intersex: The dubious diagnosis*. New York University Press.
- Davis, G., & Murphy, E. L. (2013). Intersex Bodies as States of Exception: An Empirical Explanation for Unnecessary Surgical Modification. *Feminist Formations*, 25(2), 129–152. <http://www.jstor.org/stable/43860689>
- Deleuze, G., & Guattari, F. (1987). *A thousand plateaus: Capitalism and schizophrenia*. University of Minnesota Press.
- DeVun, L. (2021). "5: The Correction of Nature: Sex and the Science of Surgery". *The Shape of Sex: Nonbinary Gender from Genesis to the Renaissance*. Columbia University Press. [doi:10.7312/devu19550](https://doi.org/10.7312/devu19550)
- Diamond, M., & Sigmundson, H. K. (1997). Sex reassignment at birth: Long-term review and clinical implications. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 151(3), 298–304. <https://doi.org/10.1001/archpedi.1997.02170400084015>
- Dreger, A. D. (1998). *Hermaphrodites and the medical invention of sex*. Harvard University Press.
- Dreger, A. D., Chase, C., Sousa, A., Gruppuso, P. A., & Frader, J. (2005). Changing the nomenclature/taxonomy for intersex: a scientific and clinical rationale. *Journal of pediatric endocrinology & metabolism : JPEM*, 18(8), 729–733. <https://doi.org/10.1515/jpem.2005.18.8.729>
- Eckert, L. (2009). 'Diagnosticism': Three cases of medical anthropological research into intersexuality. In M. Holmes (Ed.), *Critical intersex* (pp. 41–72). Ashgate.
- Ellis, C., Adams, T. E., & Bochner, A. P. (2011). Autoethnography: An Overview. *Historical Social Research / Historische Sozialforschung*, 36(4 (138)), 273–290. <http://www.jstor.org/stable/23032294>
- Ελματζόγλου, Σ.Γ. (2024). *Αχαρτογράφητα σώματα που αντι-στέκονται: Διερευνήσεις παρεμβατικότητας στις ίντερσεξ (α)ορατότητες* (Διπλωματική εργασία). Πάντειον.
- Evaristo, C. (2020). *Escrevivência: a escrita de nós – Reflexões sobre a obra de Conceição Evaristo*. Mina.
- European Union Agency for Fundamental Rights (FRA). (2015). *The fundamental rights situation of intersex people*. Publications Office of the European Union. https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2015-focus-04-intersex_en.pdf
- Feder, E. K. (2006). In their best interests: Parents' experience of atypical genitalia. In E. Parens (Ed.), *Surgically shaping children: Technology, ethics, and the pursuit of normality* (pp. 189–210). Johns Hopkins University Press.

- Feder, E. K. (2014). *Making sense of intersex: Changing ethical perspectives in biomedicine*. Indiana University Press.
- Feder, E. K., & Karkazis, K. (2008). What's in a name? The controversy over "disorders of sex development". *The Hastings Center Report*, 38(5), 33–36.
- Finlay L. (2002). "Outing" the researcher: the provenance, process, and practice of reflexivity. *Qualitative health research*, 12(4), 531–545.
<https://doi.org/10.1177/104973202129120052>
- Foucault, M. (1978). *The History of Sexuality, Volume 1: An Introduction* (R. Hurley, Trans.). Pantheon Books.
- Foucault, M. (2003). *Abnormal: Lectures at the Collège de France, 1974–1975* (G. Burchell, Trans.). Verso.
- Foucault, M. (2008). *The history of sexuality, Vol. 1: The will to knowledge* (R. Hurley, Trans.). Penguin. (Original work published 1976).
- Foucault, M. (2009). *The birth of the clinic: An archaeology of medical perception* (A. M. Sheridan Smith, Trans.). Routledge.
- Foucault, M. (2013). *Ιστορία της Σεξουαλικότητας 2. Η χρήση των ηδονών*, (μτφρ. Τάσος Μπέτζελος). Πλέθρον, Αθήνα
- Fricker, M. (2007). *Epistemic injustice*. Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198237907.001.0001>
- Friedlander, H. (1995). *The origins of Nazi genocide: From euthanasia to the final solution*. University of North Carolina Press.
- Georgopoulos, N. (2021). *Ερμαφροδιτισμός. Μια Ιστορία Μύθου και Επιστήμης*. Polaris.
- Ghattas, D. C. (2015). *Standing up for the human rights of intersex people: How can you help?* ILGA Europe & OII Europe.
<https://www.oiiurope.org/wp-content/uploads/2016/02/How-to-be-a-great-intersex-ally-A-toolkit-for-NGOs-and-decision-makers-December-2015.pdf>
- Greenberg, Julie A., (2012). *Intersexuality and the Law: Why Sex Matters* (Introduction) (February 1, 2012). New York University Press.
- Gough, B., Weyman, N., Alderson, J., Butler, G., & Stoner, M. (2008). 'They did not have a word': The parental quest to locate a 'true sex' for their intersex children. *Psychology & Health*, 23(4), 493–507. <https://doi.org/10.1080/14768320601176170>
- Hanisch, C. (1970). The personal is political. In S. Firestone & A. Koedt (Eds.), *Notes from the second year*. Ανακτήθηκε 19 Απριλίου 2026 από
<https://repository.duke.edu/dc/wlmpc/wlms01039>
- Haraway, D. (1988). Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. *Feminist Studies*, 14(3), 575–599.
<https://doi.org/10.2307/3178066> .
- Harding, S. (1991). *Whose Science? Whose Knowledge?: Thinking from Women's Lives*. Cornell University Press. <http://www.jstor.org/stable/10.7591/j.ctt1hhfnmg>
- Hedrick, L. (2011, 26 Αυγούστου). Androgynous Deities. *CEREBRAL BOINKFEST*.
<https://cerebralboinkfest.blogspot.com/2011/08/androgynous-deities.html>

- Holmes, M. (2008). Mind the Gaps: Intersex and (Re-productive) Spaces in Disability Studies and Bioethics. *Bioethical Inquiry* 5, 169–181. <https://doi.org/10.1007/s11673-007-9073-2>
- Holmes, M. (Ed.). (2009). *Critical intersex*. Ashgate.
- Holmes, M. (2015, October 17). When Max Beck and Morgan Holmes went to Boston. *Intersex Day*. <https://intersexday.org/en/max-beck-morgan-holmes-boston-1996/>
- Hughes, I. A., Houk, C., Ahmed, S. F., Lee, P. A., LWPES Consensus Group, & ESPE Consensus Group (2006). Consensus statement on management of intersex disorders. *Archives of disease in childhood*, 91(7), 554–563. <https://doi.org/10.1136/adc.2006.098319>
- International Criminal Tribunal for Rwanda. (1998). *Prosecutor v. Akayesu* (Case No. ICTR-96-4-T). Ανακτήθηκε στις 30/04/2026 από <https://www.refworld.org/jurisprudence/caselaw/ictr/1998/19275>
- Intersex Human Rights Australia. (2022). *Submission to the inquiry on universal access to reproductive healthcare*. <https://interaction.org.au/wp-content/uploads/2023/01/IHRA-20221208-SRH.pdf>
- Jackson, A. Y., & Mazzei, L. A. (2008). Experience and “I” in autoethnography: A deconstruction. *International Review of Qualitative Research*, 1(3), 299–318. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3282.4800>
- Jeon, K. C., Chen, L.-S., & Goodson, P. (2012). Decision to abort after a prenatal diagnosis of sex chromosome abnormality: A systematic review of the literature. *Genetics in Medicine*, 14(1), 27–38. <https://doi.org/10.1038/gim.0b013e31822e57a7>
- Karkazis, K. (2008). *Fixing sex: Intersex, medical authority, and lived experience*. Duke University Press.
- Kevles, D. (1985). *In the Name of Eugenics. Genetics and the Uses of Human Heredity*. University of California Press.
- Kim, Y. J., Park, S. Y., Han, J. H., Kim, M. Y., Yang, J. H., Choi, K. H., Kim, Y. M., Kim, J. M., & Ryu, H. M. (2002). Parental decisions of prenatally detected sex chromosome abnormality. *Journal of Korean Medical Science*, 17(1), 53–57. <https://doi.org/10.3346/jkms.2002.17.1.53>
- Kindon, S., Pain, R., & Kesby, M. (Eds.). (2007). *Participatory action research approaches and methods: Connecting people, participation and place*. Routledge.
- Kitzinger J. (1995). Qualitative research. Introducing focus groups. *BMJ (Clinical research ed.)*, 311(7000), 299–302. <https://doi.org/10.1136/bmj.311.7000.299>
- Liao, L.M., & Baratz, A.B. (2022). Medicalization of intersex and resistance: a commentary on Conway. *International Journal of Impotence Research*, 35, 51-55.
- Lemkin, R. (1944). *Axis rule in occupied Europe*. Carnegie Endowment for International Peace.
- Löwy, I. (2017). *Imperfect pregnancies : a history of birth defects and prenatal diagnosis*. Johns Hopkins University Press.
- Lugones, M. (2007). Heterosexualism and the colonial/modern gender system. *Hypatia*, 22(1), 186–209. <https://doi.org/10.1111/j.1527-2001.2007.tb01156.x>

- Lugones, M. (2010). Toward a decolonial feminism. *Hypatia*, 25(4), 742–759.
<https://doi.org/10.1111/j.1527-2001.2010.01137.x>
- Machado, P. S. (2008). Intersexuality and the “Chicago Consensus”: The vicissitudes of nomenclature and their regulatory implications. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 23(68), 109–124.
- Machado, P. S. (2009). Intersexuality and sexual rights in southern Brazil. *Culture, Health & Sexuality*, 11(3), 237–250. <https://doi.org/10.1080/13691050802233454>
- MacKenzie, D., Huntington, A., & Gilmour, J. A. (2009). The experiences of people with an intersex condition: A journey from silence to voice. *Journal of Clinical Nursing*, 18(12), 1775–1783. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02710.x>
- Malatino, H. (2009). Situating bio-logic, refiguring sex: Intersexuality and coloniality. In M. Holmes (Ed.), *Critical intersex* (pp. 73–96). Ashgate.
- Mazzei, L. A. (2003). Inhabited Silences: In Pursuit of a Muffled Subtext. *Qualitative Inquiry*, 9(3), 355–368.
- Mbembe, A. (2003). Necropolitics. *Public Culture*, 15(1), 11–40.
<https://doi.org/10.1215/08992363-15-1-11>
- Méndez, J. E. (2013). *Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment* (A/HRC/22/53). United Nations. Ανακτήθηκε στις 20/04/2023 από <https://digitallibrary.un.org/record/745883?v=pdf>
- Merleau-Ponty, M. (1962). *Phenomenology of perception* (C. Smith trans.). Routledge.
- Merrick, T. (2019). From “Intersex” to “DSD”: a case of epistemic injustice. *Synthese*, 196(11), 4429–4447. <http://www.jstor.org/stable/45220035>
- Miller, F. A. (2006). Your true and proper gender: The Barr body as a good enough science of sex. *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, 37(3), 459–483.
- mol, annemarie. (2002). *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Duke University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctv1220nc1>
- Money, J., Hampson, J. G., & Hampson, J. L. (1955). Hermaphroditism: Recommendations concerning assignment of sex, change of sex, and psychologic management. *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, 97, 284–300.
- Monro, S., Crocetti, D., Yeadon-Lee, T., & Garland, F. (Eds.). (2024). *Centring intersex*. Policy Press. <https://doi.org/10.3390/books978-3-7258-2620-9>
- Morgan, D. L. (1996). Focus groups. *Annual Review of Sociology*, 22, 129–152.
<https://doi.org/10.1146/annurev.soc.22.1.129>
- Moses, A. D. (2010). Raphael Lemkin, culture, and the concept of genocide. In D. Bloxham & A. D. Moses (Eds.), *The Oxford handbook of genocide studies*. Oxford University Press.
- Murray, S. (2009). Within or beyond the binary/boundary? Intersex Infants and Parental Decisions. *Australian Feminist Studies*, 24(60), 265–274.
<https://doi.org/10.1080/08164640902852464>
- Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR). (2023). *Technical note on the rights of intersex people*.

<https://www.ohchr.org/sites/default/files/2023-11/ohchr-technical-note-rights-intersex-people.pdf>

Orr, C. E. (2022). *Crippling intersex*. UBC Press.

Outright International. (2025). *I am intersex: Global voices for intersex justice*.
<https://outrightinternational.org/sites/default/files/2025-01/IAmIntersex%20%281%29.pdf>

StopIGM.org, (2015-2018). Search Results for: abandonment <https://stopigm.org/?s=abandonment>

Parens, E. (Ed.). (2006). *Surgically shaping children: Technology, ethics, and the pursuit of normality*. Johns Hopkins University Press.

Parliamentary Assembly of the Council of Europe (PACE). (2017, October 12). *Promoting the human rights of and eliminating discrimination against intersex people* (Resolution 2191). <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=24232>

Pikramenou, N. & Cyran, B. (2026). Sex-selective abortions of intersex fetuses in Europe. Social, ethical and legal considerations (Chapter). In van den Berg, P., Fragou, R., Tassenaar, V. (Eds). *The Universal Declaration of Human Rights at 75 and beyond: historical, contemporary, and future perspectives*. Europa Law Publishing.
<https://library.oapen.org/handle/20.500.12657/112178>

Pikramenou, N. (2024a). From Intersex Activism to Law-Making—The Legal Ban of Intersex Genital Mutilation (IGM) in Greece. *Social Sciences*, 13(4), 221.
<https://doi.org/10.3390/socsci13040221>

Pikramenou, N. (2024b, 30 Μαΐου). Ίντερσεξ άτομα στην Ελλάδα: Νομοθετικές ρυθμίσεις και πραγματικότητα. *Νομική Βιβλιοθήκη Daily*. <https://daily.nb.org/arthrografia/intersex-atoma-stin-ellada-nomothetikes-rythmiseis-kai-pragmatikotita/>

Poovey, M. (1988). *Uneven developments: the ideological work of gender in mid-Victorian England*. University of Chicago Press.

Preciado, P. B. (2021). *Can the monster speak?* (F. Wynne trans.). Fitzcarraldo Editions.

Puar, J. K. (2017). *The Right to Maim: Debility, Capacity, Disability*. Duke University Press.
<https://doi.org/10.2307/j.ctv11314kc>

Quijano, A. (2000). *Coloniality of power, Eurocentrism, and Latin America*. Duke University Press. <https://doi.org/10.1215/9781478059356>

Rabinow, P., & Rose, N. (2006). Biopower today. *BioSocieties*, 1(2), 195–217.
<https://doi.org/10.1017/S1745855206040014>

Raz, M. (2024). Uncertain knowledge: The medicalisation of intersex people and the production of ignorance. *Social Sciences*, 13(8), 385.
<https://doi.org/10.3390/socsci13080385>

Rehman, R. (2022). Is intersexuality a mere difference or disorder? *Bioethics*, 36, 673–679.
<https://doi.org/10.1111/bioe.13032>

Rapp, R. (1999). *Testing women, testing the fetus: The social impact of amniocentesis in America*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203011348>

- Roen, K. (2009). Clinical intervention and embodied subjectivity: Atypically sexed children and their parents. In M. Holmes (Ed.), *Critical intersex* (pp. 15–40). Ashgate.
- Roen K. (2019). Intersex or Diverse Sex Development: Critical Review of Psychosocial Health Care Research and Indications for Practice. *Journal of sex research*, 56(4-5), 511–528. <https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1578331>
- Rolker, C. (2016α). *Off the map? Hermaphrodites on the Hereford Map*. Männlich-weiblich-zwischen. Ανακτήθηκε στις 12/5/2026 από <https://intersex.hypotheses.org/3305>
- Rolker, C. (2014). VI. The two laws and the three sexes: ambiguous bodies in canon law and Roman law (12th to 16th centuries). *Zeitschrift der Savigny-Stiftung für Rechtsgeschichte: Kanonistische Abteilung*, 100(1), 178-222. <https://doi.org/10.7767/zrgka-2014-0108>
- Rose, N. (2007). *The politics of life itself*. Princeton University Press.
- Sagi, M., Meiner, V., Reshef, N., Dagan, J., & Zlotogora, J. (2001). Prenatal diagnosis of sex chromosome aneuploidy: possible reasons for high rates of pregnancy termination. *Prenatal diagnosis*, 21(6), 461–465. <https://doi.org/10.1002/pd.78>
- Senga, B.N. (2024). *Intersex Justice in the Philippines. Inspiring Action through Research* Country report on intersex rights in the Philippines. Intersex Asia. https://intersexasia.org/wp-content/uploads/2024/10/Philippines_English_print.pdf
- Shakespeare, T. (2013). *Disability rights and wrongs revisited*. Routledge.
- Shalhoub-Kevorkian, N. (2019). *Incarcerated Childhood and the Politics of Unchilding*. Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108555470>
- Sparrow R. (2013). Gender eugenics? The ethics of PGD for intersex conditions. *The American journal of bioethics : AJOB*, 13(10), 29–38. <https://doi.org/10.1080/15265161.2013.828115>
- StopIGM.org. (2014, November 1). *Selective intersex abortions: XXY 74%, indeterminate sex 47%, hypospadias 2%*. <https://stopigm.org/selective-intersex-abortions-hypospadias-intersex-xyy/>
- [StopIGM.org](https://stopigm.org), (2015-2018). Search Results for: abandonment (Various articles) <https://stopigm.org/?s=abandonment>
- Tatz, C. (2013). *Aboriginal suicide is different: A portrait of life and self-destruction*. Aboriginal Studies Press. <https://aiatsis.gov.au/publication/35752>
- Τζαμαρία, Σ. (2022). *Τεκμηριωμένη πρακτική σε ίντερσεξ θέματα: Γνώσεις, στάσεις και πρακτικές των μαιών/των και ανάγκες των ίντερσεξ ατόμων στη συμβουλευτική και στη φροντίδα* [Διπλωματική εργασία]. Τμήμα Μαιευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας. Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής.
- Τζανάκη, Δ. (2018). *Η Κυβερνητικότητα του Φύλου 1*. https://www.academia.edu/42815850/H_KYBERNHTIKOTHTA_TOY_FYLOU_1
- Τζανάκη, Δ. (2023). *Ίντερσεξ. Η Κατασκευή και το καθεστώς αλήθειας του φύλου στη Δύση*. Ψηφίδες.
- Τζανάκη, Δ. (2024). «Αντί Επιλόγου. Queer ή ποιος φοβάται το Intersex;» Στη συλλογή κειμένων Έχουμε στ' αλήθεια τόσο ανάγκη από ένα ορθό φύλο; *Marginalia* 14. <https://marginalia.gr/arthro/echoume-st-alitheia-toso-anagki-apo-ena-ortho-fylo/>

- Τζανάκη, Δ. (2025). Decolonising/abolishing gender: Eugenics, sexuality and aphrodisia ethics in (post) modernity (Greece). In R. Vasilaki & G. Souvlis (Eds.), *Politics of liberation: Conversations with theory and history* (pp. 169–190). Rosa Luxemburg Stiftung.
- Τζανάκη, Δ. (2025α). *Καταργώντας το Φύλο και την Ευγονική. Ο Ελέφαντας είναι Ανάμεσά μας*. Ακυβέρνητες Πολιτείες.
- Τζανάκη, Δ. (2026). Καταργώντας το αποικιοκρατικό αρχείο του φύλου: επιτήρηση, τιμωρία, αντίσταση και επαν-ύπαρξη στην (ύστερη) νεωτερικότητα. Στο Λέκκα, Β. (επιμ.). *50 Χρόνια μετά το Επιτήρηση και τιμωρία. Διεπιστημονικές προσεγγίσεις του φουκωικού έργου*. Futura.
- Τζανάκη, Δ., Αγγελίδης, Δ., Τσιροπούλου, Τ. (18 Νοεμβρίου, 2025). Η ευγονική επέστρεψε στην Ευρώπη. ΕφΣυν. Ανακτήθηκε 10/5/2026 από https://www.efsyn.gr/ellada/dikaionomata/491328_i-eygoniki-epestrepse-stin-eyropi/
- Τζανάκη, Δ. & Γεωργοπούλου, Ο. (2025). Χωρίς φύλο: Κατάργηση της αποικιακής επιστήμης και επανύπαρξη. Πέρα από τα κρατικο-επιχειρηματικά-πετρελαιο-ευγονικά σύνορα. *Πολιτισμός-Σύνορα-Κοινωνικό Φύλο/Μελέτες*, 2025, Τ. 4, (σσ. 4-24).
- Τζανάκη, Δ. & Κουρούτζας. (2024). *Φύλο, Επιστήμη και Κοινωνία: Queer αναγνώσεις της (ανθρώπινης) υποτέλειας*. Κάλλιπος. <http://dx.doi.org/10.57713/kallipos-332>
- United Nations (1948). *Convention on the Prevention and Punishment of the Crime of Genocide* (Adopted 09 December 1948, by General Assembly resolution 260 A (III)). <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-prevention-and-punishment-crime-genocide>
- United Nations Human Rights Council (2024) *Combating discrimination, violence and harmful practices against intersex persons*. Resolution adopted by the Human Rights Council on 4 April 2024. 55/14. <https://docs.un.org/en/A/HRC/RES/55/14>
- United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights. (24.10.2019). *Background note on human rights violations against intersex people*. Ανακτήθηκε στις 2/4/2026 από <https://www.ohchr.org/en/documents/tools-and-resources/background-note-human-rights-violations-against-intersex-people>
- Vergès, F. (2025). *Μια Φεμινιστική Θεωρία της Βίας*. Εκτός Γραμμής.
- Vilain, E., Achermann, J., Eugster, E., Harley, V., Morel, Y., Wilson, J.D. & Hiort, O. (2007). We used to call them hermaphrodites. *Genet Med* 9, 65–66. <https://doi.org/10.1097/GIM.0b013e31802cfcf>
- Wahu, M., & Maranya, S. G. (2024). Normalisation of intersex persons through “conversion practices” in East Africa: Building on the “indigenous” way forward. In *Intersex persons and human rights* (Chapter 10). Pretoria University Law Press. https://doi.org/10.29053/978-1-0672373-3-2_10
- Walter, C. (2001) «Άγδιστις». *Εγκυκλοπαίδεια Μείζονος Ελληνισμού, Μ. Ασία*. URL: <http://asiaminor.ehw.gr/forms/flLemma.aspx?lemmald=3378>
- Wendell, S. (1996). *The rejected body: Feminist philosophical reflections on disability*. Routledge.
- Wikipedia (2026a, March 23). Intersex people in history. In *Wikipedia, The Free Encyclopedia*. Retrieved May 10, 2026, from https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Intersex_people_in_history&oldid=1344928812

- Wikipedia (2026b, May 1). Hermaphrodite. In *Wikipedia, The Free Encyclopedia*. Retrieved May 10, 2026, from <https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Hermaphrodite&oldid=1352043581>
- Woolf, V. (1931). *Professions for women*. Literature Cambridge.
<https://www.literaturecambridge.co.uk/news/professions-women>
- Wolfe, P. (2006). Settler colonialism and the elimination of the native. *Journal of Genocide Research*, 8(4), 387–409. <https://doi.org/10.1080/14623520601056240>
- Ziemińska, R. (2020). The Epistemic Injustice Expressed in “Normalizing” Surgery on Children with Intersex Traits. *Diametros*, 17(66), 52-65.
<https://doi.org/10.33392/diam.1478>

Παραρτήματα

I. Έντυπο συγκατάθεσης

Έντυπο πληροφόρησης συμμετεχόντων/ουσών

Τίτλος ΜΔΕ: Στάσεις, Απόψεις και Συμβουλευτική Ιατρών κατά την προγεννητική διάγνωση DSD

Φοιτήτρια/Ερευνήτρια: Συμεωνίδου Ειρήνη

Έχετε προσκληθεί να συμμετάσχετε σε μία έρευνα που διεξάγεται στο πλαίσιο της εκπόνησης της μεταπτυχιακής διπλωματικής μου εργασίας, με τίτλο: «Στάσεις, Απόψεις και Συμβουλευτική Ιατρών κατά την προγεννητική διάγνωση DSD», υπό την επίβλεψη της καθηγήτριας κας Δήμητρας Τζανάκη. Το έντυπο που κρατάτε στα χέρια σας παρέχει πληροφορίες για την έρευνα προκειμένου να μπορέσετε να αποφασίσετε ενημερωμένα για το αν θα συμμετάσχετε ή όχι σε αυτήν. Σας παρακαλώ να αφιερώσετε όσο χρόνο χρειάζεστε για να το διαβάσετε, να το σκεφτείτε και να κάνετε όποιες ερωτήσεις θέλετε. Αν αποφασίσετε να συμμετάσχετε, θα σας ζητηθεί να υπογράψετε αυτό το έντυπο συναίνεσης.

1. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ:

Σκοπός της έρευνας είναι να αναδείξει τις στάσεις και τις απόψεις των επαγγελματιών υγείας κατά τον προγεννητικό έλεγχο σε περίπτωση ανίχνευσης χρωμοσωμικών ανωμαλιών στο 23ο χρωμόσωμα (DSD).

2. ΠΑΘΟΥΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ :

Στην έρευνα αυτή προβλέπεται να συμμετάσχουν έμπειροι/ες ιατροί και επαγγελματίες υγείας από τον χώρο της γυναικολογίας, της μαιευτικής και της γενετικής ιατρικής.

3. ΤΡΟΠΟΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ:

Στην περίπτωση που το επιθυμείτε, θα μου ήταν εξαιρετικά βοηθητική η συμμετοχή σας στην έρευνα κατά την οποία θα ήθελα να συζητήσουμε μαζί την προσωπική σας εμπειρία σχετικά με τον προγεννητικό έλεγχο και τη συμβουλευτική προς μέλλοντες γονείς, κατά τη διάγνωση κάποιας χρωμοσωμικής ή συγγενούς ανωμαλίας (DSD) του εμβρύου/κυήματος.

Λόγω της εμπειρίας σας και της ενασχόλησής σας με τα θέματα αυτά προσκαλείστε να συμμετάσχετε στην ποιοτική μου έρευνα με την τεχνική της ημι-δομημένης συνέντευξης. Η συνέντευξη θα πραγματοποιηθεί με βιντεο-κλήση στην πλατφόρμα zoom, σε σύνδεσμο που θα σας παρέχω, σε ημέρα και ώρα που θα μου

υποδείξετε. Η διαδικασία, θα καταγραφεί με τη χρήση ψηφιακού καταγραφέα (recording) της πλατφόρμας zoom, αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς. Η συμμετοχή σας μπορεί να οδηγήσει στην καλύτερη αποτύπωση των αναγκών που συνδέονται με τους στόχους της έρευνας και την (ανα) προσαρμογή των σχετικών πολιτικών και μεθοδολογιών.

4. ΚΙΝΑΥΝΟΙ (Η ΚΟΣΤΟΣ/ΣΠΒΑΡΥΝΣΗ) ΑΠΟ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ:

Η συμμετοχή σας στην έρευνα δεν συνεπάγεται κάποιο κόστος ή επιβάρυνση (παρά μόνο τον χρόνο που θα διαθέσετε για τη συμμετοχή σας σε αυτή).

5. ΥΠΟΧΡΕΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ:

Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι απολύτως εθελοντική. Μπορείτε να αρνηθείτε να συμμετάσχετε χωρίς καμία αιτιολογία ή δικαιολογία. Μπορείτε επίσης να αποσυρθείτε από την έρευνα χωρίς την οποιαδήποτε συνέπεια και χωρίς την απαίτηση παροχής οποιασδήποτε εξήγησης. Τα προσωπικά σας δεδομένα μπορούν να διαγραφούν ανά πάσα στιγμή. Σε κάθε περίπτωση η διαγραφή των πληροφοριών δεν είναι εφικτή μετά την έναρξη της ανάλυσης των δεδομένων.

6. ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΙΔΙΩΤΙΚΟΤΗΤΑΣ:

Στο πλαίσιο της έρευνας στην οποία καλείστε να λάβετε μέρος θα τηρηθούν όλοι οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας οι οποίοι αφορούν την εμπιστευτικότητα και την ψευδωνυμοποίηση των προσωπικών σας δεδομένων. Έτσι, οι πληροφορίες που θα δώσετε θα ανωνυμοποιηθούν /ψευδωνυμοποιηθούν και θα κωδικοποιηθούν με τέτοιο τρόπο ώστε να μην είναι δυνατόν να αποκαλυφθεί η ταυτότητά σας σε τρίτους (χρήση κωδικών). Επίσης, η ταυτότητά σας δεν θα αποκαλυφθεί σε πιθανές δημοσιεύσεις, παρουσιάσεις ή επιστημονικές αναφορές που θα προκύψουν από τη συγκεκριμένη μελέτη. Τα αρχεία που περιλαμβάνουν τα δεδομένα σας θα φυλάσσονται «κλειδωμένα» στον προσωπικό μου υπολογιστή. Τα δεδομένα και οι πληροφορίες που θα δώσετε μπορεί να χρησιμοποιηθούν στο μέλλον δευτερογενώς σε παρόμοια έρευνα για λόγους συγκρισιμότητας. Αποτελέσματα αυτής της έρευνας μπορεί να χρησιμοποιηθούν σε επιστημονικές δημοσιεύσεις, ανακοινώσεις σε συνέδρια, σχέδια δράσης. Τα αποτελέσματα θα παρουσιαστούν σε συνοπτική μορφή και το όνομα ή η ταυτότητά σας δεν θα μπορούν να προσδιοριστούν σε καμία δημοσίευση.

8. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ:

Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την έρευνα μπορείτε να επικοινωνήσετε στο ακαδημαϊκό μου email: std532395@ac.eap.gr ή στο τηλ. 6977660860.

ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΗΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

Τίτλος ΜΑΕ: Στάσεις, Απόψεις και Συμβουλευτική Ιατρών κατά την προγεννητική διάγνωση DSD

Φοιτήτρια/Ερευνήτρια: Συμεωνίδου Ειρήνη

Παρακαλούμε συμπληρώστε τα αντίστοιχα τετραγωνίδια για να δηλώσετε τη συναίνεσή σας

Έχω διαβάσει και έχω κατανοήσει το περιεχόμενο του Εντύπου Πληροφόρησης	ΝΑΙ	☐	ΟΧΙ	☐
Μου δόθηκε αρκετός χρόνος για να αποφασίσω αν θέλω να συμμετέχω σε αυτή τη συζήτηση	ΝΑΙ	☐	ΟΧΙ	☐
Έχω λάβει ικανοποιητικές εξηγήσεις για τη διαχείριση των προσωπικών μου δεδομένων	ΝΑΙ	☐	ΟΧΙ	☐
Καταλαβαίνω ότι η συμμετοχή μου είναι εθελοντική και μπορώ να αποχωρήσω οποιαδήποτε στιγμή χωρίς να δώσω εξηγήσεις και χωρίς καμία συνέπεια.	ΝΑΙ	☐	ΟΧΙ	☐
Κατανοώ ότι αν αποχωρήσω από την έρευνα τα δεδομένα μου θα καταστραφούν.	ΝΑΙ	☐	ΟΧΙ	☐
Γνωρίζω με ποιόν μπορώ να επικοινωνήσω αν επιθυμώ περισσότερες πληροφορίες για την έρευνα	ΝΑΙ	☐	ΟΧΙ	☐
Συναίνω στη μαγνητοφώνηση της συνέντευξης	ΝΑΙ	☐	ΟΧΙ	☐
Όνοματεπώνυμο συμμετέχοντος:				
Υπογραφή	Ημερομηνία			
Όνοματεπώνυμο ερευνήτριας/τή:	Συμεωνίδου Ειρήνη			

II. Ερωτηματολόγιο ημιδομημένων συνεντεύξεων ιατρών

Ερωτηματολόγιο συνεντεύξεων ιατρών - Οδηγός συνέντευξης (Ροή)

1. Αυτοπαρουσίαση & πλαίσιο

Καλησπέρα σας και σας ευχαριστώ θερμά για τον χρόνο σας. Ονομάζομαι Ειρήνη Συμεωνίδου και είμαι μεταπτυχιακή φοιτήτρια Σπουδών Φύλου στο Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Στο πλαίσιο της διπλωματικής μου εργασίας πραγματοποιώ μια έρευνα σχετικά με την προγεννητική διάγνωση και τη διαχείριση περιστατικών DSD (Διαταραχές της Ανάπτυξης Φύλου) στην κλινική πράξη στην Ελλάδα.

Με ενδιαφέρει κυρίως να καταγράψω την εμπειρία και την προσέγγιση των ιατρών, όπως αυτή διαμορφώνεται στην καθημερινή πρακτική. Τα αποτελέσματα της έρευνάς μου θα είναι πλήρως ανωνυμοποιημένα. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις — με ενδιαφέρει η προσωπική σας εμπειρία.

Επίσης θα ήθελα την άδεια σας να ηχογραφήσω τη συζήτηση μας, αυστηρά και μόνο για ακαδημαϊκούς λόγους, όπως εξηγείται και στο έντυπο συναίνεσης.

Αν συμφωνείτε, θα ενεργοποιήσω την ηχογράφηση και θα ήθελα να ξεκινήσουμε με μερικές γενικές ερωτήσεις για την εμπειρία σας.

RECORDING start.

1ο ΜΕΡΟΣ (χαλαρά για σπάσιμο πάγου)

1. Θα θέλατε να μου πείτε λίγα λόγια για την επαγγελματική σας πορεία μέχρι σήμερα;
2. Σε ποιο βαθμό ασχολείστε με προγεννητικό έλεγχο στην καθημερινή σας πρακτική;

2ο ΜΕΡΟΣ (αρχή κύριας συνέντευξης σχετικά με DSD)

1. Κατά την κλινική σας εμπειρία, έχετε έρθει σε επαφή με περιστατικά προγεννητικής διάγνωσης που αφορούν DSD;
2. (αν ναι) Πώς θα περιγράφατε γενικά την εμπειρία σας σε τέτοιες περιπτώσεις;
3. Υπάρχουν συγκεκριμένες μορφές ή περιπτώσεις που συναντάτε συχνότερα στην κλινική σας πρακτική;
4. Σε ποιο χρονικό στάδιο της εγκυμοσύνης είθισται να ζητείται και να γίνεται ο χρωμοσωμικός έλεγχος στο 23ο ζεύγος;
5. Πρόκειται για μια συνηθισμένη/τυπική εξέταση, ή ζητείται μόνο βάσει κάποιων συγκεκριμένων κριτηρίων και τότε ποια θα ήταν αυτά τα κριτήρια;

3ο ΜΕΡΟΣ (Περιγραφή της συμβουλευτικής που δίνουν)

1. Στις περιπτώσεις προγεννητικής διάγνωσης DSD, πώς διαμορφώνεται συνήθως η επικοινωνία με τους γονείς;
2. Πώς προσεγγίζετε την αρχική ενημέρωση;
3. Τι είδους αντιδράσεις συναντάτε συνήθως από τους γονείς σε αυτό το στάδιο;
4. Ποιες είναι οι βασικές/πρώτες ερωτήσεις τους;
5. Ποια είναι τα βασικά στοιχεία που θεωρείτε σημαντικό να γνωρίζουν οι γονείς που κυοφορούν έμβρυο με DSD;
6. Πώς οργανώνεται η ενημέρωση που λαμβάνουν; (πχ τους προτείνετε κάποιες πηγές ή παραπομπές σε έτερη ειδικότητα για περισσότερες πληροφορίες;)
7. Θα μπορούσατε να μου δώσετε ένα παράδειγμα από την εμπειρία σας;

4ο ΜΕΡΟΣ (επιλογές που παρουσιάζονται στους γονείς)

1. Ποιες είναι οι βασικές επιλογές που συνήθως συζητούνται με τους γονείς στο πλαίσιο μιας διάγνωσης DSD στο έμβρυο;
2. Πώς θα περιγράφατε τον δικό σας ρόλο μέσα σε αυτή τη διαδικασία;
3. Υπάρχουν περιπτώσεις όπου αυτή η συζήτηση διαφοροποιείται περισσότερο;
4. Τι είναι αυτό που επηρεάζει κυρίως το πώς παρουσιάζονται οι επιλογές; Και πώς θα το ορίζατε αυτό στην πράξη;

5ο ΜΕΡΟΣ (Ανάδειξη κριτηρίων, απόψεων & στάσεων)

1. Από την κλινική σας εμπειρία, ποιοι παράγοντες θεωρείτε ότι επηρεάζουν περισσότερο τη λήψη απόφασης των γονέων σε αυτές τις περιπτώσεις;
2. Όταν μιλάμε για τέτοια περιστατικά, τι σημαίνει για εσάς ότι μια περίπτωση θεωρείται "σοβαρή";
3. Με βάση την εμπειρία ή τη γνώση σας, πώς αντιλαμβάνεστε την ποιότητα ζωής σε άτομα με DSD;

6ο ΜΕΡΟΣ (ρόλος και επιρροή του ιατρού)

1. Ποιος είναι, κατά τη γνώμη σας, ο ρόλος του ιατρού στη διαμόρφωση των αποφάσεων των γονέων;
2. Βλέπετε να υπάρχουν διαφοροποιήσεις μεταξύ συναδέλφων σε αυτές τις προσεγγίσεις; Υπάρχει κάποιο πρωτόκολλο που ακολουθείτε εσείς ή οι

περισσότεροι συνάδελφοί σας; Πόσο περιθώριο προσωπικής κρίσης θεωρείτε ότι υπάρχει σε αυτές τις περιπτώσεις;

7ο ΜΕΡΟΣ (Μεταγεννητική διάσταση)

1. Σε περιπτώσεις γέννησης ενός νεογνού με DSD (ορατού στη γέννηση, πχ ανατομικά), ποια θεωρείτε ότι είναι η ενδεδειγμένη αρχική προσέγγιση και ποιες οι προτάσεις που γίνονται προς τους γονείς;
2. (Αν μου πει ότι αναλαμβάνει διεπιστημονική ομάδα) Ποιος είναι ο ρόλος της διεπιστημονικής ομάδας σε αυτές τις περιπτώσεις;

8ο ΜΕΡΟΣ (ερώτηση για τη νομοθεσία)

1. Γνωρίζετε αν υπάρχει κάποιο νομικό ή κανονιστικό πλαίσιο στην Ελλάδα που αφορά τη διαχείριση τέτοιων περιστατικών;
2. (Αν απαντήσει θετικά) Πώς θεωρείτε ότι η νομοθεσία επηρεάζει τις απόψεις των συναδέλφων σας και την κλινική πρακτική εν γένει;

9ο ΜΕΡΟΣ (Κλείσιμο)

Υπάρχει κάτι που θεωρείτε σημαντικό σχετικά με τη διαχείριση των περιστατικών DSD είτε στον προγεννητικό έλεγχο, είτε μεταγεννητικά, για το οποίο δεν σας ρώτησα;

Σας ευχαριστώ θερμά για τον χρόνο και τις σκέψεις που μοιραστήκατε. Ήταν εξαιρετικά χρήσιμα για την έρευνά μου, με βοηθήσατε πάρα πολύ. Σας αποδεσμεύω και να είστε πάντα καλά.

III. Κύκλοι ερωτήσεων της ομάδας εστιασμένης συζήτησης με τους γονείς

1- Πείτε μας δυο λόγια για σας (μικρό όνομα, τόπος επάγγελμα, ηλικία, ηλικία παιδιού ή ό,τι θέλετε εσείς)

2- Παρακαλώ να γυρίσετε στο παρελθόν, στην πρώτη-πρώτη στιγμή που σας ενημέρωσαν για την ίντερσεξ κατάσταση του παιδιού οι γιατροί: Με ποια λόγια σας το έθεσαν, τι πληροφορίες σας έδωσαν σχετικά και τι σας πρότειναν ότι πρέπει να γίνει; Πώς νιώσατε με όλα αυτά?

3- Τι έγινε μετά? Πώς /πότε ήρθατε σε επαφή με την γνώση γύρω από την ίντερσεξ κατάσταση και την ίντερσεξ κοινότητα?

4- Τι σας δυσκόλεψε τότε και τι σας βοήθησε? Ελάτε στο σήμερα, και σκεφτείτε (αναστοχαστικά) τι θα θέλατε να είχε γίνει διαφορετικά (απο πλευράς γιατρών). Και τι θα λέγατε σήμερα σ έναν γονιό που μόλις πήρε μία ίντερσεξ διάγνωση για το παιδί του?

Υπεύθυνη Δήλωση Συγγράφισσας:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν.1599/1986, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής μου εργασίας, δεν προσβάλλει κάθε μορφής δικαιώματα διανοητικής ιδιοκτησίας, προσωπικότητας και προσωπικών δεδομένων τρίτων, δεν περιέχει έργα/εισφορές τρίτων για τα οποία απαιτείται άδεια των δημιουργών/δικαιούχων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον και πληρούν τους κανόνες της επιστημονικής παράθεσης.