

Könskategorisering

Konstruktion av normalitet i mötet mellan föräldrar till barn med oklar könstillhörighet och medicinsk personal

Helena Bergström

"Identiteten hänger ju inte ihop med könet men naturligt så tänker man ju så att man är man eller kvinna, det är ju så, det är ju den första frågan man får när man får ett barn; är det en pojke eller flicka liksom."

(Ur en intervju med en förälder till ett barn som inte kunde könsbestämmas vid födseln)

ett vanligt antagande vi gör är att människor är antingen kvinnor eller män. När ett barn föds bestäms det som en pojke eller flicka utifrån dess könsorgan. Detta fungerar som en utgångspunkt och avgör hur vi fortsättningsvis delar in människor i olika kategorier. Till en början är således kroppen det mest avgörande tecknet för kategoriseringen. Senare kan andra faktorer vara centrala i kategoriseringsproceduren, exempelvis sådant som påverkas av de i samhället rådande könsnormerna såsom utseende, beteenden och egenskaper.

Vanligtvis finns det inga tvetydigheter vid kategoriseringen. När det gäller ett nyfött barn ser vi om det har en snopp eller en slida och när det gäller äldre personer kan en mängd attribut vägleda oss i våra antaganden om vilka könsorgan som döljs under kläderna. Om kropp och andra tecken inte överensstämmer kan omgivningen bli förvirrad och är bristen på överensstämmelse så stor att det är omöjligt att kategorisera en person, så kan omgivningen reagera med frustration och negativt bemötande (Sekora 2002, Kessler och McKenna 1978). En utgångspunkt för detta är antagandet om att varje människa antingen är av kvinnligt eller manligt kön och att kropp och övriga uttryck ska stämma överens.

Varje år föds ett litet antal barn med könsorgan som gör det svårt att bestämma om det är en pojke eller flicka, så kallade intersexuella. Föreställningen om det självklara könet blir ifrågasatt. Situationen aktualiserar frågor som mycket sällan eller kanske aldrig annars ställs. Den synliggör också föreställningar om kön, om normalitet och avvikelse kring kön samt om könskategoriseringens betydelser.

Barn födda med oklar könstillhörighet kommer omedelbart under medicinsk behandling för att utreda könstillhörigheten.¹ Eftersom kroppen inte självklart visar om det är en pojke eller flicka så blir andra idéer om kön centrala i utredningsprocessen. Utifrån dessa idéer tar den specialistgrupp som finns på

området ställning till vilken könskategori som kroppen bäst passar för. Vad man har är sociala och kulturella föreställningar om vad en kvinna och en man är men inte ett, i traditionell bemärkelse, biologiskt kön. För det mesta upplevs en sådan situation som mycket svår för inblandade personer, inte minst av barnets föräldrar (Bergström 2001, 2001a, Walker et al 2000, Slijper et al 2000). Ett sätt att lösa situationen på, är att så obemärkt och snart som möjligt utreda vilken könstillhörighet som barnet bäst passar för och sedan med hjälp av hormoniell behandling och kirurgi korrigera kroppen så att den stämmer överens med den könstillhörighet som beslutats om. En fråga är dock vad som ligger till grund för denna procedur.

Ett sätt att betrakta förfaringsättet på är att det är ohälsosamt för en person att inte ha en klar könstillhörighet och att det därmed blir ett medicinskt problem att lösa. Sjukdomstillståndet kan både syfta till hälsa som ett socialt, psykologiskt och fysiskt fenomen (Socialstyrelsen). Frågan om hälsa på det sociala eller psykologiska planet kan även handla om föräldrarna till det barn som föds med oklar könstillhörighet, det vill säga hur de upplever situationen och mötet med omgivningen (Goffman 1990). Ett annat sätt att se förfaringsättet på, är att de förgivettaganden vi gör om vår verklighet i hög grad är socialt förankrade snarare än givna av naturen. Språket, vårt sociala verktyg, har möjlighet att i sin förankrade och stabila form (rörligheten ligger i individernas ständiga förskjutningar när de använder och skapar det) leda oss in på sätt att tänka kring fenomen (Burr 1995, Atkinson 1995). När det gäller barn med oklar könstillhörighet kan den medicinska vetenskapen, i kraft av att bestämma och definiera biologin samt med tekniker korrigera oönskade avvikelser, ses som representant för både konstruktion som process och som produkt (för diskussion process/produkt se Hacking 1999). Med fokus på process handlar det om en kunskapsteoretisk fråga medan den produkt det kan handla om utgår från antaganden om vad som finns.

Den medicinska vetenskapen och praktiken skapar hälsa och sjukdom som sociala kategorier (Olin Lauritzen 2000). Det handlar då inte enbart om att från kroppen avläsa hälsa utan samtidigt formuleras normer för hur man som en normal människa får vara. Lisbeth Sachs (2000) menar att när kroppen behandlas inom den medicinska vetenskapen handlar det inte enbart om en objektiv beskrivning av den, utan att den också inbegriper andra saker som visar på beskrivningens kulturella förankring. Det är också så, menar hon, att rådande föreställningar om sjukdom påverkar på fler sätt än genom själva behandlingen, det vill säga att de har betydelse för människors förståelse av den egna kroppen. Vad som betraktas som normalt är således både något som tas för givet och samtidigt är möjligt att förhandla om.

Suzanne Kessler (1998) som studerat den medicinska behandlingen av barn

med oklar könstillhörighet i Nordamerika, beskriver en övergripande normaliseringsprocess i mötet mellan föräldrar och läkare. Den kan exemplifiera hur man med språkets hjälp skapar normalitet i varje utredningsstadium av barnets kön. Normaliseringsprocessen som Kessler beskriver, visar även den norm som den medicinska vetenskapen representerar beträffande kön. Likaså hur det i samtalen mellan föräldrar och läkare konstrueras föreställningar om normalitet, hur ett kön blir till samt hur oklarheter elimineras.

Kessler kommer fram till följande: I en situation med oklar könstillhörighet får föräldrarna till en början reda på att barnets kön är ovisst. Kessler beskriver att man då informerar föräldrarna om den naturliga könsutvecklingen under graviditetsprocessen och att man i den har förutsättningar att bli båda könen. Detta ska ge föräldrarna förklaringar om ett fosters utveckling och syftar till att göra deras barns utseende mer hanterbart. Läkarna beskriver det intersexuella tillståndet som naturligt i fosterutvecklingen. Därmed väljer man att flytta fokus från det faktum att barnet inte har en given könstillhörighet till att istället koncentrera intresset på att barnet är friskt i övrigt. Ordval som uppdagar könsfrågor undviks och istället nämns det hela som födelsedefekter eller problem med hur barnet utvecklats.

Enligt Kessler framhåller läkarna att det inte handlar om att barnets kön är otydligt, obefintligt eller något annat än manligt eller kvinnligt. Vad som lyfts fram är genitalierna. Det är de som vanligtvis används som bedömningsgrund och som nu är svåra att bedöma könstillhörigheten utifrån. Problemet ligger därför hos läkarna som inte kan avgöra barnets kön. Man utgår från att det riktiga könet kommer att upptäckas genom de undersökningar och tester man gör, "and the 'bad' [...] genitals will be 'repaired'" (Kessler 1998 s. 22). Budskapet som ges är att könet finns där att upptäcka snarare än något som måste konstrueras.

När bestämningsprocessen börjar gå mot sitt slut, man är klar över vad för könstillhörighet barnet har, övergår det hela till ett konstruerande. Man kan säga att man här övergår till att skapa det mest lämpliga könet; från att upptäcka till att konstruera. Man klargör nu att sociala faktorer är de mest avgörande. Från att upptäcka biologiska faktorer som tecken på det *verkliga* könet skiftar man till att förutse de sociala förutsättningar som finns för att kunna skapa det *verkliga*. Slutligen får föräldrarna ett besked om barnets kön, eventuellt en rekommendation. Här tar föräldrarna vid i konstruktionsprocessen. Föräldrarna blir aktiva parter i och med att de efter beskedet uppmuntras att skapa trovärdighet kring det kön som deras barn nu har, inför andra.

Kesslers analys visar de olika perspektiv på kön som uppkommer i mötet mellan läkare och föräldrar. Den visar hur de olika sätt man använder sig av för att förklara oklarheter på, samt de lösningar man väljer, normaliserar tillstånd-

det, utredning och förfaringssätt. En undersökning gjord på svenska förhållanden visar på liknande resultat (Bergström 2001). Den fokuserar på föräldrars situation men där en del i denna situation är hur man tar beslut om kön. En beskrivning av resultat från undersökningen kan tillföra diskussionen om förfaringssätt där könskategoriseringen inte fungerat på vanligt sätt, genom dess fokus på konkreta personer i konstruktionsprocessen.

Föräldrars situation

Jag har i en undersökning studerat föräldrars situation när de får ett barn med oklar könstillhörighet. Fullständiga resultat redovisas i uppsatsen *När kön är ett beslut. Om föräldrar till barn med oklar könstillhörighet* (Bergström 2001) och i förkortad version i *Hur kön är ett beslut* (Bergström 2001a). En av de frågor som undersökningen behandlade var hur beslut om en könstillhörighet togs, vilket innefattar frågor om hur man inom sjukvården resonerar om kön. De förklaringsmodeller som föräldrarna möter betraktades som en aspekt på föräldrarnas situation.

Undersökningens material består av fyra intervjuer med föräldrar till barn med oklar könstillhörighet och fem observerade möten mellan föräldrar och läkare under utredningstiden av barnens könstillhörighet. Urvalet av intervju-personer gjordes utifrån barnets ålder, som inte skulle överstiga 10 år. Observationsurvalet berodde på möjliga situationer under tiden för undersökningens genomförande.

För att få kvalitativa beskrivningar av det föräldrarna varit med om styrdes och strukturerades intervjuerna måttligt; frågorna var inte gjorda på förhand. Intervjuerna transkriberades ordagrant. De observerade mötena ägde rum på ett svenskt sjukhus och hade för föräldrar och läkare ett undersökande och informerande syften. Observationerna gick till största delen till så att jag satt i samma rum som föräldrar, barn och läkare och antecknade vad som hände. I redovisningen som följer har data i form av bandinspelade intervjuer och observationsanteckningar från sjukhusmöten inte gjorts skillnad på. I de flesta fall framgår det dock hur materialet dokumenterats.

Ett annat könsbegrepp

När utseendet på ett könsorgan indikerar en svårighet med att fastställa könstillhörighet blir andra kriterier centrala för fastställandet. En redogörelse följer nedan över ett vanligt förlopp, vilket visar hur man resonerar och använder sig av olika kriterier. Beskrivningen baseras på ett av de fall som undersökningen grundas på, det är således en tolkning av den process som jag fått berättad och till viss del observerat (Bergström 2001). Handläggningen i detta fall uppfattas inte av experterna som optimal.

Det föds ett barn och man tror att det är en flicka. Det gör man för att barnets genitalier allra mest påminner om ett kvinnligt könsorgan, även om det avviker från hur det brukar se ut. På grund av att det ser annorlunda ut så börjar man undersöka barnet (*kriterium: könsorganets utseende*). Efter något dygn görs ett test för att se vilken könskromosomuppsättning barnet har. Den är XY och läkaren antyder då att det är en pojke (*kriterium: könskromosom*). Barnet har varken livmoder eller äggstockar, däremot testiklar, vilket också tyder på att det är en pojke (*kriterium: könskörtel och hormonproduktion*). Några dagar senare kommer barnet till expertis på området. Där vill man inte med säkerhet säga vilket kön det är på de grunder man har att utgå från, det vill säga könsorganets utseende, könskromosomer, gonader och därmed hormonproduktion samt fertilitet. Det mer avgörande testet blir huruvida barnet reagerar på manligt könshormon (*kriterium: dihydrotestosteron*). Dihydrotestosteron är avgörande för manlig utveckling, både i fosterstadiet för utveckling av de yttre genitalierna och för manlig utveckling i puberteten. Testosteron omvandlas till dihydrotestosteron med hjälp av ett enzym (Gustavsson & Ritzén 1994). Det ställs upp som ett krav för att det ska kunna bli en pojke. Barnet har alltså könskromosomuppsättning XY, manliga könskörtlar, egen hormonproduktion men könet är fortfarande obestämt.

När man inte kan avläsa någon reaktion på manligt könshormon börjar man prata om möjligheten att göra en flicka. Det handlar om att göra slidan normalstor, avlägsna testiklar och därmed stoppa testosteronproduktion samt i puberteten och i vuxenlivet tillföra kvinnligt könshormon.

Senare uppmärksammas dock en viss reaktion på testosteron, det vill säga penis/klitoris har växt något efter att kraftigt ha utsatts för detta hormon. Slutsatser som dras av detta är att kroppen kommer att utvecklas i manlig riktning. Det blir sedermera huvudkriterium för att avgöra barnets kön. Dock måste könsorganet göras om så att det ser ut som en pojkes och manligt könshormon tillföras. När beslutet är taget förstärks det med kriterier som inte tidigare ensamma ansetts avgörande, så som att könskromosomerna stämmer, den redan testosteronpåverkade hjärnan och fertilitet.

Inget kriterium står ensamt för att markera kön, varken kromosomer, könskörtlar, genitalier, hormoner eller kroppens utseende är slutgiltiga markörer. Till en början är det emellertid könsorganets utseende som utgör en tvekan om könstillhörighet och därmed är det ett första viktigt kriterium. Under utredningen och bestämningen som följer blir kriterier för kön mer oklara. Bestämningsprocessen innebär omfattande utredningar för att kunna förutse hur kroppen som helhet kommer att passera som normal och därmed fungera socialt som det ena eller andra könet. Därmed har man gjort ett antagande om

sociala normer för avvikelse i samhället, vilket blir den centrala utgångspunkten för beslutet om det ska bli en pojke eller flicka.

För föräldrarna innebär mötet med sjukvårdens begrepp och den verksamhet som vidtas kring barnet nya förhållningssätt till kön. För det första innebär behandlingen att föräldrarna får del av ett nytt könsbegrepp. Det som varit så givet, det vill säga de två åtskilda könen, är inte längre självklara. En förälder säger eftertänksamt under ett möte:

Om jag hade tillfrågats innan födseln om kön så hade jag lätt gått på det där med XX och XY ... men nu ...

En ytterligare fundering kring kön visar på hur föreställningen om kön förändras genom den nya kunskap de får del av:

Ja, det har man ju lärt sig nu att det är en mycket förenklad bild av biologin. [...] Och att leva som en XY-flicka är helt möjligt liksom.

För det andra tvingas föräldrarna ta del av en konstruktionsprocess i vilken barnets kön blir till. I utredningen av vilket kön barnet ska ha pendlar man mellan att upptäcka och konstruera det.

Upptäcka och konstruera kön

Distinktionen mellan att upptäcka och konstruera är ett sätt att beskriva situationen på. Genom att formulera skillnaden skapas en förutsättning för att diskutera två skilda förhållningssätt. Skillnaden klargör perspektiv på vad som är läkarnas roll och därmed vad kön är för något i det här sammanhanget. Om deras uppgift är att upptäcka könet förutsätts en könslig essens, de är bara förvillade av barnets fysiologi. Om det handlar om att konstruera könet har man en idé om vad det är man vill ha och uppgiften är att försöka skapa den verkligheten som man tar för sann eller önskar. Mellan förhållningssätten går det emellertid inte att dra någon klar gräns, uppdelningen är i sig en konstruktion.

Begreppen kan fungera som analytiska ansatser för att förtydliga olika synsätt. Ibland används kroppen som ett faktum som observeras och andra gånger som ett ställe där de steg som tas i processen får giltighet. Förutom att konstruerandet innehåller en biologisk aspekt, det vill säga ett materiellt och fysiskt faktum (kroppen) som man förstår på något sätt, får det biologiska mening genom sociala meningskonstruktioner. Under mötena pendlar man mellan de olika förhållningssätten.

Med fokus på handlingarna under utredningen av ett barns könstillhörighet visas hur deltagarna är medskapare av den verklighet de lever i. Det handlar om vad de medverkande personerna säger om sin verklighet, vad de faktiskt gör för

något och också hur de interagerar och kommunicerar med denna. Utifrån en sådan utgångspunkt är verkligheten något som ständigt omkonstrueras genom sociala processer (Tishelman & Sachs 1994).

Föräldrar och läkare står inför frågor som aldrig annars ställs, som endast den här typen av situation uppstår. Situationen skapar en ny dimension för vad det kan innebära att vara kvinna eller man. Pendlingen mellan vardagssynen om fasta och givna kön och den nya mer differentierade föreställningen är påträngande.

En pendling mellan att upptäcka och konstruera

För att visa på hur olika förklaringsmodeller används beskrivs nedan hur ett beslut om en könstillhörighet tas. Barnets könskromosomuppsättning är XY och det har inre manliga könsorgan. Man har under en tid utsatt det yttre könsorganet för en kraftig dos manligt könshormon (se den tidigare gjorda beskrivningen). Detta gör man för att få reda på om kroppen reagerar på detta hormon vilket i så fall skulle tyda på en möjlig manlig utveckling i puberteten, och därmed att barnet kan bli en pojke.

Det möte som vi kommer in i här har föregåtts av ett tidigare möte där organet mättes till 16 millimeter.² Man kunde då inte se någon reaktion på testosteronbehandlingen. I början av mötet pratar läkare och föräldrar om barnet har förändrats något. Föräldrarna berättar att det har växt en hel del i hela kroppen, de tror att barnet har gått upp något kilo ungefär men inte att någon förändring skett i könsorganet. Från föregående möte ligger "flickspåret" nära till hands för föräldrarna. En av läkarna mäter nu organet och säger att det är drygt två centimeter. Stämningen i rummet blir påtagligt laddad av läkarens ord. Detta uttalande betyder något mycket mer än de millimetrar som mätningen handlar om, det innebär att kroppen har reagerat mot behandlingen och att "flickspåret" inte längre är en självklarhet. Föräldrarna reagerar märkbart på detta, mest genom tystnad och blickar.

En liten stund senare under samma möte säger en av läkarna: "ja, han...eller bebin..." vilket skapar en ännu mer laddad stämning i rummet. Läkaren könsbestämde barnet för en stund, genom att säga "han". När denna läkare sedan ska gå, hon är med på knappt halva mötet, lägger hon en hand på mammans axel, säger något gulligt till barnet och vänder sig sedan till mamman och kommenterar könsorganet: "Ja jag tycker ju att den mest påminner om en penis jag".

Denna passage är mycket avgörande för föräldrarna enligt vad som går att utläsa i situationen och genom det mamman berättar om händelsen vid ett senare tillfälle i en intervju samt för utredningsprocessen i stort. Den ger en bild av hur man till en början fokuserar på millimetrarna, egentligen förändringen, för att sedan utifrån den bestämma könet. Man hade kunnat tycka att

förändringen var för osäker och då inte indikerat att det skulle bli en pojke. Nu verkar läkaren känna sig förhållandevis säker och visar detta tydligt genom att både kalla bebisen "han" och organet för "penis". En annan läkare tar sedan upp diskussionen. Hon utgår från att det troliga nu är att det blir en pojke, hon säger att i och med att den har vuxit så talar det för att det är rätt med genetiken. Alltså ett biologiskt kriterium, och som stärker bilden av en pojke. Föräldrarna problematiserar dock pojkspåret under återstoden av mötet. De förhåller sig kritiska till mätmetoden och att det skulle kunna bli en pojke. De fortsätter att prata om barnet som en flicka.

Under nästa möte några dagar senare fortsätter diskussionen om förändringen, nu med en annan läkare. Mamman frågar om läkaren tycker att den har växt. Och han svarar övertygande att han tycker det. Därefter mäter de organet samtidigt som det beskrivs, läkaren säger att "den är mycket bredare..." och pappan fyller i med att "det är lite ollonformat nu och som förhud mer...". Man mäter nu 21 mm och konstaterar att den är klart tjockare. Mamman säger att "nu tycker man att den ser ut som en snopp".

Vad är det som händer här, mellan de 16 millimetrarna, de drygt två centimetrarna och de 21 millimetrarna?

1) Man upptäcker en förändring där kriteriet dihydrotestosteron är centralt. 2) Av det drar man en slutsats om att det kan vara möjligt med en manlig könstillhörighet (vilket är det mest önskvärda då könskromosomuppsättning och könskörtlar är manliga). 3) Det andra beskrivna mötet har en utgångspunkt i att det kan vara en pojke efter förra beskrivna mötets upptäckt av förändring. 4) De 21 millimetrarna som uppmäts, som tidigare var drygt två centimeter, bekräftar och förstärker nu tanken på en manlig könstillhörighet. 5) Utifrån en föreställning om att män har snoppar och hur en snopp ser ut beskriver man könsorganet som en sådan. 6) Därefter börjar utredningen ännu mer ta en riktning mot möjligheten för en manlig könstillhörighet; läkaren säger kort efter att man sagt att det nog är en snopp att: "Det finns svar på manligt köns-hormon. Det är alltså ingen fullständig androgenokänslighet" (Androgen-okänslighet diskuteras angående manlig könstillhörighet).

Här kan man inte säga att det bara handlar om kroppsliga upptäckter, det vill säga inte enbart en fråga om biologi, då liknande argument om androgen användes när mamman frågade vid ett tidigare tillfälle: "vad talar för en flicka?" och svaret från läkaren blev att: "dåligt svar mot androgen". Eftersom hormonet androgen krävs för en manlig utveckling kan man här säga att man tar ett beslut om kön.

De drygt två centimetrarna räckte inte som grund för ett beslut då situatio-

nerna hade olika förutsättningar för att ta ett sådant. Det är väsentligt att påpeka att under mötet där "drygt två centimeter" uppmättes var man överens om att inga beslut skulle tas. Det var uttalat att den läkare som medverkade under det andra mötet där "21 millimeter" uppmättes skulle hålla i utredningen. Detta har stor relevans vad gäller att förstå de vaga definitionerna av barnets organ samt hur det blir tydligare och tydligare hur de kroppsliga tecknen tolkas och ges innehåll för att sedan skapas till det ena eller andra. I det här fallet en penis och vidare en pojke.

Senare, när könet har bestämts, fortsätter processen. Under mötet när besked om kön meddelas berättar läkaren att alla han har pratat med (det vill säga expertgruppen) är överens. De har kommit fram till att en manlig uppfostran är det bästa. Han fortsätter dock med en reflektion över beslutet: "I att ta beslut, man väger för och emot. Nu har vi gjort det [...] Det är oftast bra att vara konservativ i stora vägval". Här är han således inne på att ingenting är så säkert som man vill tro men att man nu efter noggranna undersökningar, mätningar och gedigna kunskaper försökt få fram det lämpligaste könet för barnet och hur föräldrarna nu ska fullfölja konstruktionen genom att behandla barnet som en pojke. En kort stund senare återkommer samtalet till mer biologiska argument när läkaren legitimerar beslutet: "Det är bra också att ta det här beslutet då de manliga hormonerna redan har gjort inverkan på hjärnan. Så då fortsätter man bara i naturlig manlig utveckling".

Den slutliga processen är att mentalt göra det till en pojke för föräldrarna, läkarna hjälper ett föräldrapar på traven:

Läkare 1: Hur kommer ni att berätta till de andra nu då?

Förälder: Vi har ju redan börjat lite grand, för anhöriga då. Att det är svårt att veta vad det är för kön men att det lutar åt en pojke.

Läkare 2: Nu kan man säga att det är en pojke...Säg att det var en missbildning, säg hypospadi.

Eftersom hypospadi betecknar att urinröret inte mynnar längst fram på penis så tar man för givet att det handlar om en pojke. Det blir således inte en fråga om könstillhörighet. Förutom att behandla frågan om hur föräldrarna ska möta sin omgivning så försöker läkarna också hjälpa dem med att förstå att utredningsprocessen är över och att deras barn är en pojke.

Läkare 1: Ja det är nog bra om ni börjar förbereda er med vilka, och vad ni ska tala om...att ha ett namn är ju till exempel viktigt.

Läkare 2: Vad heter han?

Slutligen säger en läkare att "Ja då får man gratulera till er pojke!" och stäm-

ningen är lättisam. Bestämningssprossen är över och därmed tiden för oklart kön. På ett sätt uppfattar jag det som att det först är här de har fått barn. Läkarens slutliga kommentar känns igen från de första gratulationerna som annars ges på BB eller strax därefter.

Liknande reflektion gör en förälder på sig själv när hon fått besked om barnets kön:

Då blev allt så enkelt, allt blev så himla enkelt då. Och jag hade börjat lämna [stora-syskon] på dagis och man kunde ringa sina kompisar och glädjas över att ha fått barn.

Samtidigt informeras föräldrarna om vad som måste göras, om det handlar om att rekonstruera det som inte riktigt blev som man ville eller om att skapa det som inte finns, är otydligt. En läkare beskriver vad som måste göras:

Så det är minst två operationer innan två år. Men fler behövs inte. Utan det är det. [...] Sen är det inget mer fram till puberteten. Det är inget mer med kroppen sen. Men vid puberteten måste man väl kanske tillsätta hormon. Men då är det ingen gel utan kanske tabletter eller spruta eller så.

Sammanfattningsvis

Det dominerande meningssystemet, övergripande normer som bestämmer vad som är normalt och vad som är avvikande, det kollektiva, symboliska sammanhang som genomsyrar var och ens värld kan ses som en samhällelig kontext. Den inbegriper sanningar; det man tror, vet och förstår om sin omgivning och har en grundläggande trovärdighet och beständighet i att institutioner i samhället med tolkningsföreträden upprätthåller dem. I den samhälleliga kontexten förutsätts att det finns två kategorier av människor: män och kvinnor. Förutom vissa syndrom som är livshotande vid utebliven medicinering är denna norm en grund för att barnen med oklar könstillhörighet kommer under medicinsk behandling.

Utifrån den redovisade empirin samt mot bakgrund av en teori om socialt konstruerade meningar klargörs följande om kön: För det första utgår man från att det är två kön som ska existera och man ser det som den medicinska vetenskapens uppgift att ordna det när man inte tycker att de naturliga förutsättningarna finns. Syftet med detta är bland annat att passa in dagens individer i en social norm för utseende, för deras egen skull då det anses mer hälsosamt och ger större möjligheter till ett gott liv, men det har också en funktion av att skapa *det normala*.

För det andra inbegriper en diskussion om kriterier (vilken jag driver) en syn på kön som bestående av mer eller mindre betydelsefulla komponenter. An-

tingen dessa redan finns eller om de måste skapas, så kan de ses som delar i en kroppslig och könslig konstruktion. Den utgår i sin tur från en idé om vad kön ska innehålla. Samhällets ständiga reglering av könen, där kategoriseringen i stort sett alltid gör sig påmind kräver något mer än att endast bestämmas som det ena eller andra könet. För föräldrarna blir dessa normer viktiga. För det första är normerna en slags bakgrundskunskap som de använder sig av när de ska tänka om barnet och för det andra för att ett alltför avvikande utseende och beteende antas ligga barnet till last. Ett exempel på en sådan socialt skapad innebörd är vad man betraktar som en tillräckligt tydlig utveckling i manlig riktning när man i utredningsprocessen förhåller sig till kroppens reaktion på hormonet androgen. Slutligen också att bestämmandet av organet som en penis är en social skapelse med en referens, nämligen i den förändring som man kunde mäta. Men genom den språkliga bestämningen av könsorganet som en penis, och som man ser som ett avgörande tecken för en pojke, innebär den sociala processen någonting mer. För föräldrar och deras omgivningar blir det en pojke.

Ett ytterligare exempel på kroppens olika innebörder är hur sådant som annars ses som biologiskt givet, och som tillhörande kön, ges mindre betydelse i jämförelse med annat. Under utredningen av barnets könstillhörighet betraktas inte fertilitet som en avgörande fråga. Att kunna få barn diskuteras som önskvärt men också som en mindre viktig aspekt på att vara normal. Bestämningsprocessen hade i så fall kunnat avslutas vid konstaterandet av att barnet hade manliga könskörtlar. Utifrån argument från till exempel sociobiologisk teoribildning så skulle fertilitet och därmed reproduktion vara ett fundamentalt kriterium för kön. Om man ser till det svenska samhället så har infertilitet blivit något man pratar om och att växa upp som en person utan möjligheten att få barn implicerar inte med nödvändighet en könsavvikelse. Istället är det att passa in socialt och med dagens endokrinologiska forskning har hormoner blivit ett viktigt kriterium. Utifrån sådana val kan påståendet att det inte finns givna biologiska kriterier för kön få legitimitet.

Den beskrivna processen gör vissa förgivettaganden och normer om kön observerbara. Ett barn fött med oklar könstillhörighet och som slutligen kategoriseras som det ena av två möjliga kön, klargör hur könsbegreppet såsom Kessler också antyder, används på olika sätt i konstruktionsprocessen. Med en utgångspunkt i sociala betydelser av kön, såsom att kunna passera som kvinna eller man, fokuseras vissa egenskaper i barnets kropp. Det är således inte kroppen som ren natur som är avgörande. Sociala konstruktioner betraktas ofta som meningskonstruktioner i relation till något, det vill säga att våra föreställningar har en referens i en objektivt existerande verklighet. Men att kön, som i många fall antas vara den objektivt existerande verkligheten, inte kan skiljas från den

sociala och kulturella förståelsen av könsuppdelningen, ger könsbegreppet en ny betydelse.

När föräldrarna ställs inför det faktum att deras barn har en oklar könstillhörighet förändras tidigare föreställningar om kön (utgående från ett antagande om att de delar det allmänna könsbegreppet med två klart åtskilda kön). Det handlar om att könstillhörigheten överhuvudtaget *kan* vara oklar. Har man inte egen erfarenhet av en sådan situation finns få möjligheter till att identifiera eller känna igen sig i andra liknande situationer då fenomenet intersexualism i princip är okänt. Det kan medverka till att föräldrarnas situation när deras barn föds med oklar könstillhörighet blir särskilt svår i jämförelse med när det handlar om andra kroppsliga variationer. Könskategoriseringen ligger som ett fundamentalt och existentiellt raster i vår kultur och situationens avvikelse kan slå hårt mot föräldrarna. Paradoxen är emellertid att behandlingen både löser och upprätthåller denna krissituation.

Hur man tar beslut om könstillhörighet förtydligar i sin tur olika förklaringsmodeller för hur man kan förstå kön och är en del av den situation som föräldrarna befinner sig i. Föreställningen om att könet bestäms vid befruktningstillfället, att det vid födseln går att avläsa detta kön genom att studera könsorganet och att det sedan under puberteten sker en given utveckling åt antingen det kvinnliga eller manliga hållet, modifieras. Pendlingen mellan att upptäcka och konstruera könstillhörigheten avslutas dock i en säker prognos där oklarheter kring kön lämnas åsido. Man kan tänka sig att det för föräldrarna handlar om en begreppslig differentiering. Inte på sådant sätt att det byts ut mot ett nytt utan snarare så att det kontextualiseras genom att kön omfattar fler betydelser än tidigare. Den medicinska kontexten är hela tiden sammankopplad med en social och vardaglig sådan, vilket kan förklara varför man tar beslut på det sätt man gör. Betydelsen av kön är snarare social än biologisk.

Noter

- ¹ Benämningen oklar könstillhörighet utgår från ett antagande om att en klar könstillhörighet är det normala och som i vårt samhälle betyder att antingen höra till kategorin kvinna eller man. Trots det används benämningen i denna text.
- ² Generellt säger man att könsorganet på ett nyfött barn kan vara ned till 25 millimeter i längd för att uppfattas som normalt för en pojke.

Litteratur

- Atkinson, Paul (1995): *Medical talk and medical work*, London: Sage.
- Bergström, Helena (2001): *När kön är ett beslut. Om föräldrar till barn med oklar könstillhörighet*, Magisteruppsats, Pedagogiska institutionen, Stockholms universitet.
- (2001a): "Hur kön är ett beslut". I Skantze, A & Grewin, A-M (red.) *Kön och genus som villkor*, Forskningsrapport nr 66, Pedagogiska institutionen, Stockholms universitet.
- Burr, Vivien (1995): *An introduction to social constructionism*, New York & London: Routledge.

- Goffman, Erving (1990): *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*, Harmondsworth: Penguin.
- Gustavsson, Karl-Henrik & Ritzén, Martin (1994). "Genetisk och somatisk könsdifferentiering". *Sexologi*, Lundberg P.O. (red), s. 17-28. Stockholm: Liber förlag.
- Hacking, Ian (1999): *The social construction of what?* Cambridge: Harvard University Press.
- Kessler, Suzanne (1998): *Lessons from the Intersexed*, London: Rutgers University Press.
- & McKenna, Wendy (1978): *Gender: An ethnomethodological approach*, NY: Wiley
- Olin Lauritzen, Sonja (2000): "Vardagliga föreställningar om hälsa och sjukdom". *Humanistisk hälsoforskning. En forskningsöversikt*. Qvarsell, R. & Torell, U. (red), s. 87-126. Linköpings universitet, SHS 30.
- Ritzén, Martin (1987): "Störd könsutveckling". *Klinisk genetik*. I Lindsten, J. & Iselius, L. (eds), kapitel 25. Stockholm: Natur & kultur.
- Sachs, Lisbeth (2000): "Från Häxeri till DNA. Om antropologisk forskning mellan natur och kultur". *Humanistisk hälsoforskning. En forskningsöversikt*. Qvarsell, R. & Torell, U. (red), s. 23-64. Linköpings universitet, SHS 30.
- Sekora, Maria (2002): *Man behöver inte ha kuk för att vara man*. Examensarbete, Psykologiska institutionen, Stockholms universitet.
- Slijper, F. M. E., Frets, P. G., Boehmer, A. L. M., Drop S. L. S. och Niermeijer, M. F. (2000): "Androgen Insensitivity Syndrome (AIS): Emotional reactions of parents and adult patients to the clinical diagnosis of AIS and its confirmation by androgen receptor gene mutation analysis". *Hormone Research*, 53, s. 9-15.
- Socialstyrelsen: Socialstyrelsens kunskapsdatabas: Små och mindre kända handikappgrupper, <http://www.sos.se/smkh> (uppdaterad 2001-04-03 respektive 2001-03-20). Androgenitalt syndrom, AGS Androgenokänslighetssyndrom.
- Tishelman, Carol & Sachs, Lisbeth (1994): "Changing frameworks for normalcy: Swedish cancer patients meeting with the professional health care sector". *Health Care Encounters and Culture*.
- Walker A.M., Walker J.L., Adams S., Shi E., McGlynn M., Verge C.F. (2000). "True hermaphroditism". *Journal of Paediatrics and child health*. 36(1), Feb., s. 69-73.

Summary

The point of departure in this paper is the culturally held conviction that two sexes should exist and if the natural conditions do not appear, that is a medical task to fix. The main purpose is being to adapt persons to a norm for appearance. This is considered to be for the person's own sake; a more healthy life and better possibilities for a good social life. In the same vein it has a function of creating *the normal*. A discussion about criteria comprehends a perspective on sex as consisting of more or less significant components. Either those components can be seen as already there or as if they have to be created. The main purpose of the study is to investigate the experience of having a child with genital variability. The decision process the parents get involved in starts out from various models of explanation. The biological and the social cannot be treated separately. A point of departure for the concept of sex is that it has something to do with the body. The fact that the body is not independent from the cultural understanding of the gender system gives the concept of sex as totally biological, a new meaning.

Helena Bergström är fil.mag. i pedagogik vid Stockholms universitet och arbetar med ett avhandlingsprojekt om anhöriga till transsexuella personer. Hon är intresserad av att undersöka konstruktion av normalitet och hur man i en sådan konstruktion hanterar egna föreställningar i relation till samhälleliga stereotyper.