

A serdülőkori nemi megerősítő egészségügyi ellátás evolúciója, történelmi perspektívája

Előszó

Amíg a nemek közötti sokszínűségekre rengeteg példát találunk a történelemben, addig a gyógyszerek és/vagy műtétek alkalmazása az egyének fizikai nemi jellemzőinek a nemi identitásukhoz való igazítása viszonylag új keletű, a 20. század első feléből származik. A serdülőkorúak nemi megerősítő egészségügyi ellátása azonban csak a 20. század végén jelent meg, mely egy hollandiai úttörő munkán alapul, amelyet először 1998-ban publikáltak. Azóta a biológiai nemek szerinti protokollokat beépítették a klinikai gyakorlatok irányelveibe, valamint az Endokrin Társaság (ES) és a Transznemű Egészségügyi Világszövetség (WPATH) által közzétett szabványok és ajánlások jelentek meg, amelyeket a világ vezető orvosi és mentálhigiénés szakmai társaságai is jóváhagytak. Ezen túlmenően az elmúlt évtizedekben továbbra is olyan bizonyítékok születtek, amelyek alátámasztják azt az elképzelést, hogy a nemi identitás nem egyszerűen **pszichoszociális** konstrukció, hanem valószínűleg **biológiai, környezeti és kulturális** tényezők összetett kölcsönhatását tükrözi. Figyelemre méltó azonban, hogy miközben a világ egyes részein a nemek közötti sokszínűség elfogadása megnövekedett, a transznemű serdülők és azok, akik a nemi megerősítő orvosi ellátásban részesítik őket, különösen az Egyesült Államokban, egy kulturális háború célkeresztjébe kerültek, azzal, hogy megakadályozzák az ellátáshoz való hozzáférést, amelyek a publikált tanulmányok szerint életmentők lehetnek. **Az ilyen kihívások és az ellátás előtt álló akadályok ellenére a jelenleg rendelkezésre álló bizonyítékok alátámasztják a nemi szempontokat megerősítő orvosi ellátás interdiszciplináris modelljének előnyeit a transznemű/gender-diverz serdülők számára.** További hosszú távú biztonságossági és hatásossági vizsgálatokra van szükség az ilyen egészségügyi ellátás optimalizálásához.

Bevezetés

A „nemi identitás” sokféleségének – az ember belső önérzete férfinak vagy nőnek, vagy valahol a nemi spektrumon belül való elhelyezkedése – viszonylag friss felismerés. A „transznemű” (néha „nemi inkongruenciának” is nevezik) az egyén tapasztalt neme és a születéskor meghatározott neme közötti markáns és tartós inkongruenciát jelenti. A transzneműt gyakran gyűjtőfogalomként használják, hogy felöleljen minden olyan nemi identitást, amely nem egyezik meg a születéshez rendelt nemmel (jellemzően a születéskor megjelölt nemen alapul), de kifejezetten bináris nemi azonosításra is használható.

Ahogy a nemről alkotott felfogásunk az idők során fejlődött, úgy fejlődött a nemek leírására használt nyelv is. A szerzők ebben a kéziratban elsősorban a jelenkori terminológiát használták, a történelmi leírások egyértelműen elavult nyelvezetet tartalmaznak. Úgy döntöttünk, hogy ezeket a kifejezéseket csak azért használjuk, hogy fenntartsuk a történelmi perspektívát ebben az összefüggésben.

A nemek történelmi és kulturális sokszínűsége

Bár úgy tűnhet, hogy a transznemű mint fogalom új keletű jelenség, vannak ősi és sokrétű példák is, amelyek alátámasztják azt, hogy az emberek a nemet úgy tapasztalták meg, mint a nemi szerveik alapján rájuk rendelt kulturális normák összességét. A görög és római

mitológiában vannak legendák olyan istenekről, akik szembeállnak a nem hagyományos fogalmaival; a leghíresebb Hermaphroditus, Hermész és Aphrodité fia lehet. Amikor Salmacis nimfa beleszeretett, alakjuk összeolvadt, és az istent úgy ábrázolták, mint akinek férfi nemi szerve volt mellekkel és nőiesebb testalkattal [1, 2]. A skandináv mitológia a hírhedt alakot és nemet változtató Loki-ról beszél, aki a trükkjeiről volt ismert, és időnként női alakban jelent meg, amikor céljai azt megkívánták [1]. Számos bennszülött észak-amerikai törzs már régóta ismeri a nemi és/vagy szexuális kisebbségben azonosított egyéneket és ennek a megjelenítésnek a nyelvezetét, amely gyakran egy harmadik nemet, vagy férfi és nő kombinációját jelentette. Bár a megnevezés és a szerepek törzsenként eltérőek voltak, a „két szellemű”/”két lelkű” kifejezést 1990-ben találták ki a nemzetközi LMBT indiánok összejövetelén, és Maya Laramée-nek tulajdonítják [3, 4]. Ez a kifejezés nem specifikus egyetlen törzsre vagy egyének egy csoportjára sem, hanem minden olyan őshonos tagot magában foglal, aki nemi hovatartozása szerint gender diverz, vagy vonzódik az azonos neműekhez.

A nemi identitás biológiai alapjai

John Money, egy új-zélandi pszichológus, a Johns Hopkins Egyetem gyermekgyógyászati oktatója, a genderklinika társalapítója az 1950-es évek elején, azt az elképzelést hirdette, hogy a nemi identitást a „társadalmi tanulás és memória” befolyásolja a biológiai tényezőkkel együtt [5], azonban John Colapinto 2000-ben megjelent könyvében leírta, széles körben nyilvánosságra hozott eset erősen alátámasztja azt az elképzelést, hogy a nemi identitás elsősorban nem tanult dolog [6]. Ez a könyv egy 8 hónapos fiú sikertelen körülmetéléséről szól, amely a pénisz elvesztését eredményezte, és Money azt tanácsolta a családnak, hogy kasztrálják a csecsemőt, és neveljék fel lányként [6]. A gyermek soha nem fogadta el a női nemi identitást, súlyosan depressziós lett, és serdülőkorában a nemét férfira változtatta. Később öngyilkos lett [6]. A következő években továbbra is megjelentek a nemi identitás kialakulásának biológiai alapjait alátámasztó bizonyítékok, amelyek elsősorban három orvosi tudományágából származnak: a genetikából, az endokrinológiából és a neurobiológiából [7].

Az 1970-es évek végétől kezdődően a transzneműség öröklődését feltételezték azok a tanulmányok, amelyek a nemi identitás egyezőségét írták le monozigóta ikerpárokból, valamint apa-fiú és testvér-testvér párokból [8, 9]. A legnagyobb, a nemi identitást vizsgáló felmérésben, amelyben az ikerpár legalább egyik tagja transznemű volt, sokkal nagyobb volt a valószínűsége annak, hogy az ikerpár másik tagja is transznemű lett, ha azonos neműek voltak, szemben nem azonos nemű ikrekkel [10]. A jelölt gének polimorfizmusainak azonosítására tett kísérletek, amelyek gyakoribbak lehetnek a transzneműeknél, mint a ciszneműeknél, azonban következtelenek voltak. Egy 2009-es japán tanulmány nem talált jelentős összefüggést a transzszexualizmus és a polimorfizmus között öt jelölt génben (amelyek az androgénreceptort, a CYP19-et, az ER-alfát, az ER-béta-t és a progeszteron receptort kódolják) [11]. Egy 2019-es tanulmány azonban, amelyben 380 transznemű nő és 344 cisznemű férfi kontrollcsoport vett részt, több, az androgénreceptort érintő allélkombináció túlreprezentáltságát mutatta ki transznemű nőkben [12]. Egy későbbi, teljes exóm szekvenálást alkalmazó, viszonylag kisszámú transznemű férfi (n = 13) és transznemű nő (n = 17) vizsgálata 19 génben 21 olyan változatot mutatott ki, amelyek a korábban leírt, ösztrogénreceptorok által aktivált szexuális dimorf agyi útvonalakhoz kapcsolódnak [13]. Az ösztrogén receptor alfa gén promóterének polimorfizmusai és a transznemű férfi identitás közötti összefüggésről is beszámoltak [14].

A transznemű egyének túlnyomó többsége nem rendelkezik interszexuális állapottal vagy bármilyen kapcsolódó rendellenességgel a nemi hormon termelésben vagy reakciókészségben [7]. Mindazonáltal a különféle interszexuális állapotokban végzett vizsgálatok alapján megértettük a hormonok, különösen a prenatális és korai posztnatális androgének lehetséges szerepét a nemi identitás kialakulásában [7]. Például számos, 21-hidroxiláz-hiány okozta, 46 éves XX (női) végzett, virilizáló, veleszületett mellékvese-hiperpláziában szenvedő egyének vizsgálata kimutatta, hogy a transznemű identitás gyakoribb volt (FtM) az általános populációhoz képest [15-17]. Egy ilyen, 2006-ban publikált tanulmány összefüggést mutatott ki a veleszületett mellékvese-megnagyobbodás súlyossága és a nemi identitás kimenetele között, ahol a súlyos sóvesztési formában szenvedő betegek 7%-ának volt nemi diszfóriája vagy férfi nemi identitása, míg nemi diszfóriát egyik betegnél sem észleltek, a kevésbé súlyosan érintett egyéneknél [16]. Számos egyéb hormonális és nem hormonális interszexuális állapotra vonatkozó tanulmányok alátámasztják a prenatális és/vagy posztnatális androgének szerepét a nemi identitás kialakulásában [7]. Azonban 2011-ben egy esetjelentés egy 46 éves XY egyén esetében kiderült, hogy a teljes androgén érzéketlenséggel és férfi nemi identitással rendelkező egyén, megdöntötte azt a feltételezést, hogy androgénreceptor jelátvitelre van szükség a férfi nemi identitás kialakulásához [18].

A nemi identitás neurobiológiájának megértését célzó neuroimaging vizsgálatok azt mutatják, hogy egyes szexuálisan dimorf agyi struktúrák jobban igazodnak a nemi identitáshoz, mint a fizikai nemi jellemzőkhöz a nemi identitást megerősítő hormonokkal történő kezelés előtt [19-21]. Hasonló tendenciáról számoltak be a nemi diszfóriában szenvedő fiatalok szürkeállományának vizsgálataiban [22]. 2021-ben egy transznemű felnőtteken végzett MRI-vizsgálat, amely szintén a nemet megerősítő nemi hormonokkal végzett kezelést megelőzően, azt találta, hogy a transznemű emberek egyedi agyi fenotípussal rendelkeznek, „ahelyett, hogy csupán a férfi-nő spektrum valamelyik vége felé tolnák el őket” [23]. Nevezetesen, mind a transznemű serdülők, mind a felnőttek esetében számos funkcionális agyi vizsgálat, amelyek az illatos vegyületekre adott válaszokat vagy a mentális rotációs feladatokat vizsgálták, azt mutatták, hogy a tipikusan szexuálisan dimorfnak tekintett minták még a nemi hormonkezelés előtt is jobban illeszkedtek a nemi identitáshoz, mint a fizikai nemi jellemzőkhöz.[24-26].

A modern nemi megerősítő orvosi kezelések története

Bár a történelem során az egyének nemi sokszínűséget mutattak, a gyógyszeres kezelés és/vagy a műtét viszonylag új keletű, Németországból a 20. század első feléből származik, és **Magnus Hirschfeld** úttörő munkájának tulajdonítható. Az általa alapított intézmény, az „Institut für Sexualwissenschaft (a Szexuális Tudományok Intézete)” Berlinben (1922) megnyitotta az utat a hormonok és a műtét előtt [27]. Hirschfeld az általa „szexuális közvetítőknél” nevezett tanulmányában felismerte, hogy az emberek olyan természettel szülehetnek, amely ellentétes a nemükkel. Azokban az esetekben, amikor erős volt a vágy, hogy ellenkező nemként éljenek, úgy gondolta, hogy a tudománynak átmenetet kell biztosítania a nemek között. A maga korában ez nagyon innovatív volt, és azt állította, hogy egy személy szülehet olyan tulajdonságokkal, amelyek nem illeszkednek heteroszexuális vagy bináris kategóriákba, és támogatta azt az elképzelést, hogy a „harmadik nem” természetesen létezik [27]. Az első dokumentált genitális műtéti esetet a Dorchen Richter intézetben végezték 1922-ben orchiektómiával, majd 1931-ben penectómiával és vaginoplasztikával [27, 28]. Nevezetes betegek, köztük Lili Elbe (született: Einar Wegener), a páciens, akiről a „Dán lány” című film szól, egy sor műtéten estek át, beleértve a petefészkek és a méh átültetését [29].

Ez a klinika most lenne 100 éves, ha nem esett volna áldozatul a náci ideológiának és Hitler küldetésének, hogy megszabadítsa Németországot a Lebensunwertes Lebentől, vagyis az „életre méltatlan életektől”. Ami egy sterilizációs programnak indult, végül több millió zsidó, cigány, szovjet és lengyel állampolgár, valamint homoszexuális és transznemű ember kiirtásához vezetett. Amikor 1933-ban a nácik megkeresték az intézetet, Hirschfeld Franciaországba menekült. A csapatok özönlöttek az épületbe, ahol máglyát gyújtottak, és több mint 20 000 könyvet égettek el, köztük néhány olyan ritka példányt, amelyek segítettek volna a transznemű emberek történetének megismerésében [27].

Az 1950-es években egy német-amerikai orvos, **Harry Benjamin** (1885–1986) bevezette a „transzszexualitás” kifejezést, és a „transzszexuális” személyt úgy határozta meg, mint aki a „biológiai nemével” nem tud azonosulni [30]. Harry Benjamin 1912-ben cum laude végzett a tübingeni orvosi egyetemen. 1914-ben New Yorkba költözött, hogy tuberkulózissal kapcsolatos tanulmányokat folytasson, de idővel geriáterként, endokrinológusként és szexológusként vált ismertté [31]. Első transznemű páciensét csak a 60-as éveiben kezelte, kollégái pedig így jellemezték: „Igazi orvos lévén Benjamin emberként kezelte ezeket a betegeket, és tisztelettel hallgatva minden egyes hangot, megtanulta tőlük, mit is jelent a nemi diszfórial” [32]. Nevezetesen, a „transzszexualizmust” nem pszichológiai problémaként írta le, hanem olyan biológiai állapotként, amely hormon- vagy sebészeti kezeléssel kezelhető [31]. Több mint 1500 beteget kezelte, és 1966-ban kiadta az első orvosi tankönyvet ezen a területen „A transzszexuális jelenség” [33] címmel. Munkája nagy hatást gyakorolt, és „a transzszexualizmus atyjaként” vált ismertté [31, 32].

A második világháborút követően az Egyesült Államokban a nemi megerősítő kezelés csak a tehetős emberek kiváltsága volt, akik megengedhették maguknak, hogy Európába utazzanak, bár ezt nagy kockázattal tették, mivel több állam törvényei tiltották a „cross dressinget” [34]. Christine Jorgensen (1926–1989) képviselte először nyilvánosan a transznemű embereket, miután az Egyesült Államok hadseregében férfiként szolgált egy orvosi és sebészeti átalakulást követően [35].

Dr. Benjamin Harris „A transzszexuális jelenség” [33] hatására a baltimore-i Johns Hopkins Kórház lett az első olyan egyetemi intézmény az Egyesült Államokban, amely nemi megerősítő műtétet kínál [36]. Nem sokkal ezután legalább 8 felsőoktatási intézmény nyitott transznemű programokat az 1960-as és 1970-es években (Minnesotai Egyetem, Washingtoni Egyetem, Northwestern/Cook County Health Chicagóban, Stanford Egyetem, Cleveland Klinika, Colorado Egyetem, Baptista Orvosi Központ Oklahoma Cityben és a St. Louis-i Washington Egyetem) [37].

Az 1970-es évek vége felé azonban a legtöbb transznemű program befejeződött, nem fogadtak új pácienseket. Ezeket a bezárásokat csendben, a nyilvánosság elől elzárva hajtották végre, és az okokat gyakran nem hozták nyilvánosságra [37]. A Johns Hopkins Kórházban Paul McHugh lett a pszichiátriai tanszék vezetője 1975-ben. Felvételének pillanatától kezdve McHugh nyíltan kijelentette, hogy szándékában áll abbahagyni a nemi megerősítő műtétet ebben a kórházban [38]. Vezetése alatt egy másik Johns Hopkins pszichiáter, Dr. Jon Meyer egy 50 betegen végzett tanulmányt publikált, amely arra a következtetésre jutott, hogy a nemi megerősítő műtét nem jelent „objektív” előnyt a transznemű egyének számára [39]. Ez a publikáció a klinika 1979-es hirtelen bezárásához vezetett [36]. Érdekes módon John Money, aki hitt abban, hogy a nemi identitás tanulható, és társalapítója volt a Johns Hopkins genderklinikájának, nyilvánosan ellenezte Meyer tanulmányának következtetéseit [36].

A program az oklahomavárosi Baptist Medical Centerben 1973 óta működött, 1977-ben azonban az Oklahomai Baptista Általános Konvent igazgatótanácsa felhívta a figyelmet erre, majd a Baptista Egészségügyi Központ igazgatótanácsának 54-2 arányú szavazatával a program befejezése mellett döntöttek. Azok az orvosok, akik szenvedélyesen szorgalmazták ennek a gyakorlatnak a folytatását, közös nyilatkozatot adtak ki: „Ha Jézus Krisztus ma élne, kétségtelenül segítséget és vigaszt nyújtana a transzszexuálisoknak” [37].

Úgy gondolják, hogy a Johns Hopkins Meyer körüli nyilvánosság [39] szerepet játszott más klinikák bezárásában is [37]. E bezárások ellenére a terület iránti tudományos érdeklődés a Harry Benjamin Gender Dysphoria Association megalapításához vezetett 1979-ben [40]. Ennek az egyesületnek az volt a célja, hogy olyan szakembereket szervezzen, akik érdeklődnek „a transzszexualizmus és a nemi diszfória tanulmányozása és gondozása iránt”. Azóta átnevezték a Transznemű Egészségügyi Világszövetségnek (WPATH), és egy nagy nemzetközi multidiszciplináris szervezetté fejlődött, amely a transznemű/gender-diverse (TGD) serdülők és felnőttek kezelésének standardjait biztosítja [41].

1980-ban a „transzszexualizmust” és a „gyermekkori nemi identitászavart” egyaránt mentális zavarnaként kezelte az Amerikai Pszichiátriai Társaság Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyve (DSM) [42]. 2013-ban a „nemi identitászavar” kifejezést felváltotta a „nemi diszfória gyermekeknél” és „nemi diszfória serdülőknél és felnőtteknél” azoknak a transznemű egyéneknek a diagnosztizálására és kezelésére, akik szorongást éreztek a nemi identitásuk és a testük közötti eltérés miatt. Az Amerikai Pszichiátriai Társaság rögzíti, hogy a nemi eltérés önmagában **nem mentális rendellenesség** [43].

2019-ben az Egészségügyi Világszervezet Betegségek Nemzetközi Osztályozásának 11-es verziója a Nemzetközi Betegségek Osztályozása-10 „transzszexualizmus” és „gyermekek nemi identitászavara” helyett a „serdülőkor és a felnőttkor nemi inkongruenciája”, illetve a „gyermekkori nemi inkongruencia” kifejezésre cserélte. [44]. A nemek közötti inkongruenciát a „Mentális és viselkedési zavarok” fejezetből egy új fejezetbe helyezték át, „A szexuális egészséggel kapcsolatos állapotok” címmel [44]. Ez tükrözi a jelenlegi álláspontot, miszerint a TGD identitások nem mentális egészségügyi betegségek, ezek szerinti besorolásuk jelentős megbélyegzést okozhat.

A serdülők nemi megerősítő orvosi kezelésének története

A holland egészségügyi szolgáltatók felismerték annak fontosságát, hogy megelőzzék a nemileg inkongruens pubertás előrehaladását gonadotropin hormon-fel szabadító hormon analóg (GnRHa) alkalmazásával, amelyet tesztoszteronnal vagy ösztrogénnel végzett kezelés követ, hogy a fizikai jellemzőket összhangba hozzák a páciens nemi identitásával [45, 46]. Ezt a megközelítést először Drs. Cohen-Kettenis és van Goozen 1998-ban Dr. Henriette A. Delemarre-van de Waal által GnRHa-val kezelt serdülő esettanulmányában írta le (bár nem nevezték meg a kiadványban) (Dr. Sabine E. Hannema, személyes kommunikáció) [47]. Dr. Peggy Cohen-Kettenis irányításával Hollandiában létrehozták az első programot, amely a nemi diszfóriában szenvedő serdülők kezelésére irányult [45]. Kezdetben a Harry Benjamin Társaság által a felnőttkori transznemű kezelésre vonatkozó irányelvei alapján, amelyeket serdülőkre adaptáltak, a betegek először átfogó pszichológiai vizsgálatnak vetették alá, a nemi diszfória (akkor „nemi identitászavarnak” hívták) diagnózisának megállapítása érdekében, majd megkezdték a GnRH-agonisták kezelését. GnRHa) jellemzően a Tanner 2–3-ban a pubertás fejlődésének leállítására [45, 46]. A

pubertás blokkolókat arra használták fel, hogy ez alatt az idő alatt a nemi identitást tovább vizsgálják, mielőtt megkezdénék az ösztrogén, vagy a tesztoszteron terápiát melyeknek már vannak fizikai hatásai is. Ez a GnRHa-val végzett beavatkozás némileg diagnosztikai segítségül is szolgál, amennyiben enyhíti a szorongást; akkor megerősítheti a korábbi diagnózist miszerint a stressz összefüggésbe hozható a nemi diszfóriával, mint elsődleges okkal. Ezt követte a hormonterápia 16 éves kor körül, majd a nemet megerősítő nemi szervi műtét 18 évesen vagy később [45, 46, 48]. A „Holland Protokollt” [49] nemzetközi gyakorlati szakemberek adaptálták, bár Dr. Norman Spack, gyermek-endokrinológus és serdülőgyógyász gyermekorvos Amszterdamba utazott, hogy megfigyelje az ottani klinikát, létrehozta az első hivatalos amerikai programot, amely kifejezetten a transzneműek számára készült. A Boston Gyermekkorházban elindították a Gender Management (később felváltotta a Multispecialty) szolgáltatási programot 2007-ben [50]. Meg kell jegyezni, hogy a serdülőket az Egyesült Államokban és máshol is strukturált programon kívül kezelték [50]. A Gender Management Service klinikai protokolljai közvetlen megfigyelésből, a holland program adaptációjából és egy 2005. májusi konszenzusos megbeszélésen elhangzottakból alapján működtették, majd (a Gender Identity Research and Education Society), kibővítették a WPATH gondozási standardjait és korábbi irányelveit is. [46, 51, 52].

Az Endokrin Társaság irányelvei – a Pediatric Endokrinológiai Társaság, az Európai Gyermekendokrinológiai Társaság, az Európai Gyermekendokrinológiai Társaság és a WPATH közreműködésével – először 2009-ben jelentek meg, és a GnRHa kezelést javasolták kiválasztott serdülők számára [53]. A pubertás szuppresszió akkor kezdődhetett meg, amikor az egyén elérte a Tanner 2-es vagy 3-as szintjét, majd 16 éves korában a nemi megerősítő hormonkezelést kezdték meg. A későbbi gondozási és klinikai gyakorlati irányelvek, amelyeket a WPATH (SOC 8, 2022) [41], a University of California San Francisco 2016-ban [54] és az Endokrin Társaság (2017-ben frissítve) [55] tettek közzé, továbbra is javasolták a kezelést serdülők, akik a Tanner 2. és 3. korosztályban vannak, hogy a pubertás szuppresszióval kezdjenek, figyelembe véve a nemi megerősítő hormonkezelést néhány 16 évesnél fiatalabb serdülőnél (eseti alapon), akik erős és tartós nemi diszfóriát mutattak. Megjegyzendő, hogy a WPATH SOC 8 nem sorolja fel a nemi megerősítő egészségügyi ellátás alsó korhatárát [41].

2014-ben egy transzegészségügyi felmérést tartalmazó kutatás igazolta, hogy 32 amerikai és 2 kanadai program áll rendelkezésre a TGD serdülők kezelésére [56]. 2022 márciusáig körülbelül 60 elismert gyermekgyógyászati/serdülőkori, multidiszciplináris gender-program létezett az Egyesült Államokban, bár valószínűleg kisebb programok és egyéni ellátók is biztosítanak ellátást [57]. Egyes programokat politikai okokból bezártak, ami súlyos következményekkel járhat mind a betegekre, mind az orvosokra nézve [58].

A transz identitás változása és a nem bináris identitás térnyerése

Világszerte meredeken emelkedett a születéskor meghatározottól eltérő nemi identitás gyakorisága a nemi sokszínűség felismerésével, és nőtt a társadalmi elfogadottsága. A hormonális kezelést igénylők prevalenciájának korai becslései a viszonylag alacsony prevalencia és a biológiai nemű férfiak jelentős túlsúlya miatt figyelemre méltóak. 1968-ban két szerző tett közzé becsléseket, amelyek demonstrálják ezt a tendenciát. Az Egyesült Államokban Pauly 1:100 000 férfit és 1:400 000 nőt feltételezett [59]. Svédországban a becslés ismét az 1:37 000-es születésű férfiakat, 1:103 000-es nőket említ.[60]. A 80-as évek közepére a számok megnövekedtek, hasonló arányban 1:18 000 születésű férfiak és 1:54 000 nők [61]. Ugyanebben az évben a szingapúri szerzők jóval magasabb számokról számoltak be, 1:2 900, illetve 1:8 300 -al több született férfi és nő. [62]. A Kaliforniai

Egyetem los angeles-i jogi karának Williams Intézete nyomon követte a transznemű identitás elterjedtségét az Egyesült Államokban. Egy 2022-es jelentés (a 2017-es, 2019-es és 2020-as adatokon alapul) feltárta, hogy az Egyesült Államokban a transzneműként azonosított felnőttek gyakorisága a lakosság 0,5%-a, azaz 1,3 millió felnőtt. A transz-identitású fiatalok (13–17 évesek) aránya azonban az elmúlt években jelentősen, a lakosság 0,7%-áról 1,4%-ra nőtt [63]. A közelmúltban megjelent jelentések azt is megfigyelték, hogy nőtt a nem bináris nemi identitású emberek száma, és megfordult a nemi megerősítő ellátásra jelentkező serdülők nemi aránya, a születéskor férfiként azonosítottak túlnyomó többsége a születéskor nőnek nyilvánított egyének felé. 2017-ben egy serdülők körében végzett széleskörű, multidiszciplináris felmérés megállapította, hogy a jelentkező betegek 63%-a születéskor nő volt [64].

Jogalkotási és társadalmi dinamika

2016 óta az Egyesült Államok számos államában és európai országban olyan törvényeket vezettek be, amelyek korlátozzák a transznemű fiatalokat abban, hogy nemi identitásuknak megfelelő nemi identitást megerősítő ellátáshoz jussanak, csapatsportokban részt vegyenek és mellékhelyiségeket használhassanak. [65]. Ezzel egyidejűleg számos elismert amerikai és nemzetközi akadémiai orvosi társaság nyíltan és ismételten kijelentette, hogy ellenzi ezeket a törvényeket. Ide tartozik a Pediatric Endocrine Society [66, 67], az Endokrin Társaság [68, 69], az Amerikai Gyermekgyógyászati Akadémia [70], az American Medical Association [71], az Egyesült Államok Transznemű Egészségügyi Szakmai Szövetsége [72], az American Association for Child and Adolescent Psychiatry [73], és egységes nyilatkozatban az Amerikai Pszichiátriai Társaság, az Amerikai Szülészeti és Nőgyógyászok Kollégiuma, az Amerikai Családorvosok Akadémiája és az Amerikai Osteopatikus Társaság [74]. kijelentették, hogy ezek a törvényjavaslatok diszkriminatívak, és károsítják a transznemű fiatalok mentális egészségét. Ennek ellenére néhány törvényjavaslat sikeresen elfogadásra került [65].

Konklúziók

Míg az emberi nemek közötti sokféleség létezését hosszú időre visszanyúlóan a történelem igazolja, a serdülőkorúak nemi megerősítő orvosi ellátás története viszonylag rövid. A nemek szerint eltérő serdülőkre vonatkozó, fejlődő protokollokat, amelyeket először Hollandiában vezettek be, beépítették az Endokrin Társaság és a WPATH által közzétett klinikai gyakorlati irányelvekbe és gondozási standardokba, melyeket a világ vezető orvosi és mentális egészségügyi szakmai társaságai is jóváhagytak. Figyelemre méltó azonban, hogy miközben a világ egyes részein a nemek közötti sokszínűség elfogadása megnövekedett, a transznemű serdülők és azok, akik a nemi megerősítő orvosi ellátásban részesítik őket, különösen az Egyesült Államokban, egy kulturális háború célkeresztjébe kerültek, azzal a kockázattal, hogy megakadályozzák az ellátáshoz való hozzáférést, amelyek a publikált tanulmányok szerint életmentők lehetnek. Az ilyen kihívások és az ellátás előtt álló akadályok ellenére a jelenleg rendelkezésre álló bizonyítékok alátámasztják a transznemű serdülők nemi megerősítő orvosi ellátásának interdiszciplináris modelljének előnyeit. További hosszú távú biztonságossági és hatásossági vizsgálatokra van szükség az ilyen egészségügyi ellátás optimalizálásához.