Fekete Émi

TÁRSADALMI DÖNTÉSEK ÉS TUDOMÁNYOS BIZONYÍTÉKOK KÖZTI ELLENTÉTEK ALAPJOGI VONATKOZÁSAI AZ INTERSZEXUALITÁS ÉS A NEMI ÖNMEGHATÁROZÁS VONATKOZÁSÁBAN

A születések kis hányadában a gyermek férfi és női nemi jellegeket egyaránt hordoz. Ez az állapot az interszexualitás. Az interszexualitás hátterében olyan ritka, *biológiai nemet* meghatározó genetikai vagy fejlődési variációk állnak, amelyek a férfi és női nemi jellegek keveredését eredményezik a külső és/vagy belső nemi szervekben. Az interszexualitás az esetek egy részében születéskor észlelhető, más esetekben viszont – attól függően, hogy az illető gyermek külső nemi szervei milyen mértékben térnek el a típusos férfi vagy női nemi jellegektől – csak serdülőkorban, vagy még később, meddőségi kivizsgálás során, esetleg véletlen mellékleletként kerül felismerésre. Az interszexuális állapotokat az orvostudomány a nemi fejlődés zavaraiként (*disorders of sexual development*, DSD) csoportosítja. Heterogén populációról van szó, a szakirodalom jelenleg 30-40 különböző interszexuális állapotot különböztet meg, és az egyes állapotok nagyon eltérőek a férfi és női nemi jellegek keveredését illetően.[1]

Az elmúlt években világszerte megszaporodtak az interszexuális személyek jogait érintő eljárások és intézkedések, melyek főként az egészségügyileg nem indokolt, az önrendelkezést és a testi integritást azonban súlyosan sértő, káros gyakorlatok felszámolására, illetve az anyakönyvezési szabályok felülvizsgálatára irányulnak. Az interszexuális állapotok természetéből, illetve a társadalmi nyomásból adódóan születéskor, kora gyermekkorban, serdülőkorban vagy a felnőttkor bármely szakaszában felmerülhetnek jogi, adminisztratív és egészségügyi ellátással kapcsolatos problémák.

Jelen tanulmányban azokat a természettudományos bizonyítékokat és összefüggéseket ismertetem, melyek megkérdőjelezik a nemi kategóriák szigorú bináris rendszerét, és új fényben tüntetik fel a *születési nem szerinti önazonosság* alkotmányos védelmének követelményeit.

AZ INTERSZEXUALITÁS HÁTTERÉBEN OLYAN RITKA, BIOLÓGIAI NEMET MEGHATÁROZÓ GENETIKAI VAGY FEJLŐDÉSI VARIÁCIÓK ÁLLNAK, AMELYEK A FÉRFI ÉS NŐI NEMI JELLEGEK KEVEREDÉSÉT EREDMÉNYEZIK A KÜLSŐ ÉS/VAGY BELSŐ NEMI SZERVEKBEN

EGYEDFEJLŐDÉS ÉS INTERSZEXUALITÁS

Interszexualitásról egészségtudományi kontextusban akkor beszélhetünk, ha a nemi differenciálódás bármely szakaszában olyan kórélettani esemény következik be, amely a típusos egyedfejlődést a genetikai nemmel ellenkező nemi érési folyamatok irányába mozdítja el. Az interszexuális variációk főként magzati korban lezajló események hatására alakulnak ki, ezek megelőzésére jelenlegi ismereteink alapján nincs lehetőség.

A nemi differenciálódást számos ponton érheti olyan belső vagy külső hatás, ami atípusos nemi jellegeket eredményez. Ilyen esemény bekövetkezhet a fogantatáskor (genetikai alapon), a magzati fejlődés különböző szakaszaiban (genetikai és hormonális alapon), illetve serdülőkorban (hormonális hatásra). Szűkebb értelemben véve az interszexualitás – a fent tárgyaltak szerint – a genetikai, a nemi szervi (gonadális) és a fenotípusos (külső megjelenés szerinti) nemi differenciálódás variációit jelenti.

A *genetikai (kromoszomális) nem* a fogantatás pillanatában dől el, ami típusos esetekben egy anyai X kromoszóma és egy apai X vagy Y kromoszóma átörökítését jelenti. Az esetek többségében vagy nőnemű (XX), vagy hímnemű (XY) embrió indul fejlődésnek. Azonban már az ivarsejtek érése során előfordulhat olyan esemény (nondiszjunkció), melynek eredményeként az apai és/vagy az anyai oldalról nem egy, hanem két kromoszóma kerül átörökítésre, így az embrió XXY vagy akár XXXY kromoszóma kombinációval is ren-

delkezhet (Klinefelter-szindróma). A Klinefelter-szindrómával születők általában férfiként élik életüket, ugyanakkor fenotípusos nemüket enyhe vagy közepes mértékű feminizáció jellemezheti (pl. a férfi nemi szervek alulfejlettsége, mellmegnagyobbodás). Ebből kifolyólag kezelésük részét képezheti a tesztoszteronpótló terápia. Prevalenciája élve született fiúgyermekekre vetítve 1-2,5:1000, becslések szerint azonban az esetek mindössze 25-50%-át diagnosztizálják.[2]

A fogantatást követő 7-8 hét során nemtől független fejlődési szakaszok zajlanak le. A nemi differenciálódás, a belső és külső nemi szervek fejlődése ezt követően kezdődik meg a kromoszómákon található gének hatására: férfi vagy női gonádtelepek alakulnak ki, melyek később – többek között – a nemi hormonokat termelő herék vagy petefészkek sejtjeit adják majd.

A HORMONTERMELŐ NŐI VAGY FÉRFI GONÁDTELEPEK KIALAKULÁSÁVAL KEZDŐDIK MEG A BELSŐ ÉS KÜLSŐ NEMI SZERVEK FEJLŐDÉSE, AMI TÍPUSOS (FÉRFI VAGY NŐI) VAGY ATÍPUSOS FENOTÍPUST EREDMÉNYEZHET

A nemi differenciálódást az Y kromoszómán lévő SRY gén teszi lehetővé. Ez a gén egy olyan fehérjét kódol, amely a DNS-hez kötve a semleges gonádtelepekben hereszövet képződését indukálja (*testis determining factor*, TDF). Az SRY gén hiányában a semleges gonádtelep a petefészeknek megfelelő szövetté alakul. A nemi differenciálódás irányát ebben a korai szakaszban egyetlen gén határozza meg. A hormontermelő női vagy férfi gonádtelepek kialakulásával kezdődik meg a belső és külső nemi szervek fejlődése, ami típusos (férfi vagy női) vagy atípusos fenotípust eredményezhet. Előfordulhat például olyan sejtosztódási esemény, melynek hatására az SRY gén átkerül az apai Y kromoszómáról egy X kromoszómára (XX nemi kromoszómapárral élő férfi fenotípust eredményezve), vagy génhiba miatt a nemi differenciálódás akár el is maradhat (XY kromoszómapárral élő női fenotípust eredményezve).

A folyamat lényege, hogy amennyiben az SRY gén jelenléte mellett hereszövet alakul ki, a férfi nemi jellegeket stimuláló androgén hormon, tesztoszteron kezd termelődni, és a nemi érés a férfi fenotípus kialakulásának irányába folytatódik. Az androgénhatás elmaradása esetén viszont az ösztrogén válik dominánssá, ami női fenotípus kialakulásához vezet.

A férfi nemi érésnek ebben a fejlődési szakaszban két fő élettani feltétele van: a tesztoszteronszintézist végző enzimek működése, illetve tesztoszteronra érzékeny receptorok megléte. A folyamat ezen két feltételt tekintve is zavart szenvedhet el, ami az interszexuális állapotok további fajtáihoz vezethet. Ezek egyike például az 5-alfa-reduktáz defektus. Az 5-alfa-reduktáz enzimre a tesztoszteron biológiailag aktív formájának szintéziséhez van szükség. Amennyiben ez az enzim génmutáció folytán hiányzik vagy nem tud megfelelően működni, az androgénhatás elmarad, és a férfi (XY) genetika ellenére, a külső nemi szervek alapján általában nőként anyakönyvezik, illetve lányként nevelik az érintett gyermeket. Ennek az állapotnak az esetében a nőies külső nemi jellegek a serdülőkorig dominálnak, a serdülőkori hormonhatások viszont jelentős maszkulinizációt eredményezhetnek (tekintve, hogy a belső, hormonálisan aktívvá váló szervek a férfi típusnak felelnek meg). Tesztoszteron-receptorhiányra példa a Morris-szindróma, melynek esetében az androgén hormontermelés megtörténik ugyan, a hormonhatás azonban elmarad, és férfi (XY) genetika mellett általában kifejezetten nőies fenotípus – és magas testalkat – alakul ki. A Morris-szindróma diagnózisára gyakran csak meddőségi kivizsgálás miatt kerül sor: ilyenkor észlelődik, hogy az érintettnek nincs méhe, a hüvely vakon végződik, a hasüregben vagy a lágyékcsatornában pedig heréknek megfelelő képletek találhatók.

Női (XX) genetikai nem esetén gyakoribbak a fenotípusosan „kevert” interszexuális állapotok, melyek esetén a belső női nemi szervek megléte mellett a külső nemi szervek, illetve másodlagos nemi jellegek bizonyos mértékben férfiasak. Ilyen állapot gyakran alakul ki az ún. androgenitális szindróma (*congenitalis adrenalis hyperplasia*, CAH) keretében. CAH esetén a magzati mellékvese enzimdefektusa és a következményes mellékvese-túltengés hatására olyan hormonok kerülnek túlsúlyba, melyek androgén hatást is kifejtenek az arra érzékeny szövetekre, így befolyásolva a nemi differenciálódásnak már a korai szakaszát is. A CAH hátterében álló ok nem mindig ismert, de okozhatja anyai hormonzavar, illetve az anya által szedett hormonkészítmény is károsíthatja ilyen módon a magzatot.

Összefoglalva, az interszexuális állapotok eredetük szerint öt fő csoportba sorolhatók:

– kromoszómaeltérések (szám feletti vagy hiányzó nemi kromoszómák) miatt kialakuló interszexuális állapotok;

– génmutációk miatt kialakuló interszexuális állapotok;

– férfi (XY) genetika mellett a férfi nemi hormon gyengébb vagy teljesen elmaradó androgén hatása miatt kialakuló köztes nemi szervek, nőies fenotípus;

– női (XX) genetika mellett a férfi nemi hormon magas szintjének való kitettség miatt kialakuló köztes nemi szervek, női és férfi jegyeket egyaránt hordozó fenotípus;

– jelenlegi ismereteink alapján nem azonosítható okból kialakuló interszexuális állapotok.

AZ INTERSZEXUÁLIS ÁLLAPOTOK GYAKORISÁGA

A legtöbb országban jelenleg nincs olyan rendszer vagy regiszter az észlelt esetek rögzítésére, amely alkalmas volna a veleszületett interszexuális állapotok gyakoriságának monitorozására, a jog által meghatározott, kötelezően bináris anyakönyvezési rendszer pedig megakadályozza az adatgyűjtést. Az elmúlt évek orvosi szakirodalmát összegezve a veleszületett interszexuális állapotok gyakorisága azokban az országokban, ahol működik az egészségügyi ellátás során észlelt interszexuális állapotok rögzítésére alkalmas rendszer, 1:1000 és 1:4500 között mozog.[3]

Példaként említendő egy török tanulmány, melynek során 14 177 születést vizsgálva 18 interszexuális újszülöttet azonosítottak, ami az 1:1000 arányhoz közelítő gyakoriságot jelent.[4] Az előfordulási gyakoriság számos okból lehet eltérő az országokban: az adott populáció genetikai adottságai, életkörülményei, az észlelt esetek rögzítését szolgáló rendszer hiányosságai vagy az eltérő esetdefiníciók mind szerepelhetnek az okok között. Megjegyzendő, hogy a fenti számok kizárólag a születés körül már észlelhető interszexuális állapotok gyakoriságára vonatkoznak.

AZ INTERSZEXUALITÁS RÖVID TÖRTÉNETE

Az interszexualitás nem új jelenség a társadalmak számára. Az interszexuális állapotokról szóló beszámolókkal különösen a természeti népeknél, dél-amerikai és afrikai törzseknél találkozunk, de leírásokat is találunk régi történelmi korokból, például a judaizmushoz kapcsolódóan. A Talmud részét képező Misná például összesen nyolc nemet különböztetett meg, a férfi és nő mellett hat olyan meddő állapotot nevesítve, ami a külső nemi szervek különböző „köztes" állapotait írja le.

Olyan egyéni adottságokról van tehát szó, melyek a természet sokféleségét tükrözik ugyan vissza, de jellemzően társadalmi viszonyok, kulturális keretek közt értelmeződnek (pl. egyes törzseknél isteni tulajdonságként tartották számon az interszexuális nemi jellegeket). Annak ellenére, hogy régóta ismerjük ezeket az állapotokat, az erős kulturális nyomás hatására idővel világszerte a bináris rendszerbe történő besorolásra való igyekezet határozta meg az orvosi gyakorlatot, amit csak az elmúlt 10-15 évben kezdtek el világszerte komolyabban megkérdőjelezni, az egészségügyi ellátást emberi jogi szempontból is vizsgálva.[5]

A szigorúan bináris nemi besorolás a keresztény kultúra vitathatatlanul fontos eleme. A tudományos vizsgálati módszerek és az orvosi technológia fejlődésével azonban fordulóponthoz értünk: a merev társadalmi konstrukciókra épült narratívák egyetemes alapjogi követelmények szerinti felülvizsgálatára van szükség.

A LEGTÖBB ORSZÁGBAN JELENLEG NINCS OLYAN RENDSZER VAGY REGISZTER AZ ÉSZLELT ESETEK RÖGZÍTÉSÉRE, AMELY ALKALMAS VOLNA A VELESZÜLETETT INTERSZEXUÁLIS ÁLLAPOTOK GYAKORISÁGÁNAK MONITOROZÁSÁRA, A JOG ÁLTAL MEGHATÁROZOTT, KÖTELEZŐEN BINÁRIS ANYAKÖNYVEZÉSI RENDSZER PEDIG MEGAKADÁLYOZZA AZ ADATGYŰJTÉST

„NORMALIZÁLÓ" MŰTÉTEK

Mivel a szigorúan bináris nemi besorolásnak erős keresztény-kulturális gyökerei vannak, általános orvosi gyakorlattá váltak a kora gyermekkorban elvégzett, ún. „normalizáló" műtétek: bonyolult, magas kockázatú sebészi beavatkozások, amelyek a nemi szervek születéskor fizikális vizsgálattal (illetve szabad szemmel) észlelhető atípusosságát voltak hivatottak „korrigálni", annak érdekében, hogy a gyermek külső nemi jellegei megfeleljenek vagy a férfi, vagy a női kategóriának. Az érintett gyermekek nemi szerveinek sebészi „korrekcióját" a fejlett országokban általában az interszexuális állapotot észlelő kezelőorvos javallatára végezték (illetve végzik) el.

A „normalizáló" műtétek az 1950-1960-as évek környékén, az általános sebészi megoldások rohamos fejlődésének idején terjedtek el. A beavatkozást kezdetben azzal a (tévesnek bizonyuló) bioetikai elmélettel támasztották alá, miszerint a nemi identitást főként tanult mintázatok és környezeti hatások alakítják ki; így az, hogy milyen nemet választanak egy gyermeknek, *lényegtelen*, az a fontos, hogy egyértelműen besorolható legyen a férfi vagy női kategóriába.[6] Ezt az elméletet, amely mindössze néhány szakértő véleményén alapult, az idővel felhalmozódó, erősebb orvosi bizonyítékok – longitudinális megfigyelések, illetve egyéb (például genetikai) vizsgálatok – megdöntötték. A „normalizáló" műtéteket ennek ellenére világszerte egységes orvosszakmai konszenzus övezte, miközben a beavatkozásokat kezelési protokoll, szakmai ellenőrzés és az érintettek egészségi állapotának utánkövetése nélkül folytatták, illetve valószínűsíthetően folytatják még ma is.

Bár 2006-ban az amerikai Lawson Wilkins Gyermekendokrinológiai Társaság és az Európai Gyermekendokrinológiai Társaság közösen kiadott szakmai ajánlása (Chicago Consensus) szakmai oldalról formálisan tisztázta az orvosi intervenció kérdését (a beavatkozások kizárólag a testi funkciók megőrzése vagy javítása érdekében tekinthetők indokoltnak), ám az ajánlásnak nincs kötelező ereje, illetve, nincs súlya a sebészi gyakorlattal szemben. Szakmai és közigazgatási ellenőrzés hiányában a legtöbb országban továbbra is végeznek – a kezelőorvos saját hatáskörben hozott döntése és/vagy a szülők döntése alapján – kozmetikai jellegű, visszafordíthatatlan beavatkozásokat interszexuális gyermekeken. Az FRA adatai szerint a „normalizáló" műtétek 62 százaléka esetében sem az érintett, sem a szülei nem adták *teljes körű tájékoztatáson alapuló beleegyezésüket* a beavatkozás előtt.[7]

A fejlődő országokban ennél is súlyosabb a helyzet. Ahol az egészségügyi ellátás nem, vagy csak korlátozottan érhető el, ott az érintett gyermekeket gyakran állami gondozásba adják, kirekesztik a közösségből, vagy akár meg is ölik.

A „normalizáló" beavatkozások létjogosultságával szemben kiemelendő az érv, hogy az orvostudomány jelenlegi állása szerint a nemi identitásért és a testi adottságainkhoz való viszonyért felelős agyi struktúrák már magzati korban kialakulnak (lásd később).[8] Olyan tudás, illetve technológia viszont napjainkban sem áll rendelkezésre, aminek révén nagy valószínűséggel meg lehetne jósolni, hogy a testi és pszichoszexuális fejlődése során – különösen a serdülőkor hatására – milyen nemi jellegek alakulnak majd ki egy adott interszexuális gyermeknél, illetve milyen nemmel tud majd azonosulni.[9]

AZ FRA ADATAI SZERINT A „NORMALIZÁLÓ" MŰTÉTEK 62 SZÁZALÉKA ESETÉBEN SEM AZ ÉRINTETT, SEM A SZÜLEI NEM ADTÁK TELJES KÖRŰ TÁJÉKOZTATÁSON ALAPULÓ BELEEGYEZÉSÜKET A BEAVATKOZÁS ELŐTT

A jogi felülvizsgálat lehetőségét az EU országaiban az orvostudomány képviselőinek szakmai-bioetikai vitái alapozták meg, ennek kapcsán példaként említendők az olasz és a német etikai bizottságok állásfoglalásai. Az Olasz Bioetikai Bizottság 2010-ben még amellett foglalt állást, hogy az interszexuális személyek helyzetét elegendő kizárólag orvosilag rendezni, a cél mindenképpen az, hogy az érintett besorolható legyen vagy a férfi, vagy a női kategóriába, azzal a kitétellel, hogy minden esetet egyedileg, a gyermek legjobb érdekét szem előtt tartva kell mérlegelni, illetve az orvosi beavatkozást mindaddig kerülni kell, amíg a gyermek maga képessé nem válik a beleegyezést illető döntésre. Ezzel szemben a Német Etikai Bizottság 2012-ben úgy találta, hogy a bináris besorolás szigorú rendszerébe a természeti valóság nem mindig illeszthető bele, ezért az interszexuális személyek helyzetének rendezését nem lehet egyszerűen az egészségügyi ellátórendszerre hagyni, hanem a jogalkotónak is foglalkoznia kell vele.[10]

A NEMISÉG ALAPJOGI VONATKOZÁSAI AZ INTERSZEXUALITÁS KAPCSÁN

Alapjogi megközelítésben a nemi jellegek olyan, biológiai meghatározottságú, veleszületett adottságok, amelyek az emberi minőségtől és méltóságtól nem elválaszthatók, tehát alapjogi garanciákkal, illetve eszközökkel védendő körbe tartoznak. Ezzel összefüggésben, az interszexualitással kapcsolatos jogviták alapját a különböző országokban jellemzően első generációs alapjogi igények (diszkrimináció tilalma, személyiségi jogok – testi épséghez, önrendelkezéshez, magánélet tiszteletben tartásához való jog – védelme stb.), valamint második generációs (szociális) alapjogi igények alkotják. Az érintetti kör jogsérelmeinek felszámolása elsősorban az állam (vagy közszolgálati szerv) be nem avatkozását igényelné (negatív jog), a pozitív cselekvés (pl. új jogszabályok alkotása, társadalmi-intézményi feltételek megteremtése a káros gyakorlatok felszámolása érdekében) következményesen válik szükségessé. A jogorvoslatok során az eljáró szervek az esetek többségében a magánélethez való jogon keresztül vizsgálják az alapjogi érintettséget, azonban az interszexualitás természete, valamint az egészségügyben kialakult gyakorlat folytán egyéb jogok tárgyalása is szükséges a téma kapcsán.

Az ENSZ, az Európa Tanács és az EU egyes szervei 2014-2015 környékén kezdték aktívan vizsgálni az interszexuális személyek alapjogi helyzetét. Ekkortájt olyan rendszerszintű problémák kerültek felszínre, mint a – korábban már említett – beleegyezés vagy megfelelő tájékoztatás nélküli elvégzett orvosi beavatkozások ügye (ami felnőtt- és gyermekkorban egyaránt előfordulhat), valamint a társadalmi és jogi láthatatlanság. Az alapjogi érintettség átfogó vizsgálatakor megállapították, hogy az interszexuális állapottal élők esetében elvben korlátozhatatlan jogok (élethez és emberi méltósághoz való jog, különösen a kínzás, illetve az embertelen vagy megalázó bánásmód – esetükben: *kezelésmód* – tilalma), szabadságjogok és szociális jogok is sérülhetnek az

általánosan érvényesülő jogvédelmi hiányosságok miatt.[11]

MAGÁNÉLETHEZ ÉS SZEMÉLYAZONOSSÁGHOZ VALÓ JOGOK

Az Emberi Jogok Európai Bírósága (EJEB) a személyazonossággal kapcsolatban az Emberi Jogok Európai Egyezménye (EJEE) 8. cikkében foglalt *magánélethez való jog* vonatkozásában korábban megállapította, hogy a születés, illetve a születés körülményei a gyermek magánéletének részét képezik. Ezzel összhangban bármely olyan információ visszatartása, ami a gyermekkor, az egyéni fejlődés és az élettörténet kiemelten személyes, identitásképző részét érinti, sérti a magánélet tiszteletben tartásának követelményét. Ezzel összhangban, az ENSZ Gyermekjogi egyezménye (CRC)[12] 8. cikke értelmében a részes államok tiszteletben tartják a gyermek személyazonosságának megtartásához fűződő, törvényben elismert jogait. A CRC egyben rögzíti, hogy amennyiben a gyermeket „törvénytelen módon megfosztják személyazonossága alkotó elemeitől vagy azoknak egy részétől", a részes államok kötelesek a megfelelő intézkedéseket megtenni annak érdekében, hogy a gyermek személyazonossága a lehető legrövidebb időn belül helyreállítható legyen.

A fenti említett, nemzetközi alapjogi garanciák kontextusában értelmezhető a *születési nem szerinti önazonosság* kategorikus védelme is, melyet Magyarország Alaptörvénye nevesít (lásd később).

Az EJEB 2021. évi jelentése szerint a Bíróságnak még nem volt lehetősége az interszexuális személyek jogi elismerésének kérdéseit felülvizsgálni, mivel az első Strasbourgig eljutott ügy[13] befogadására a nemzeti jogorvoslati lehetőségek ki nem merítése miatt nem volt lehetőség. A második ilyen ügy[14] befogadása szintén eljárásjogi akadályok folytán maradt el. Transzszexuális személyek jogi elismerésének kontextusában azonban születtek korábban olyan döntések és állásfoglalások, melyek elvi szinten figyelembe vehetők az interszexualitás vonatkozásában is.

Az EJEB szerint az önmeghatározáshoz való jog egyik alapvető eleme a nemi identitás meghatározásának szabadsága; ezzel összefüggésben a személyes fejlődéshez és a fizikai, valamint morális biztonsághoz való jog a magánélet tiszteletben tartásának követelményéből fakad.[15] Az EJEB jogértelmezése alapján a magánélet tiszteletben tartásához való jog mindenki számára érvényesíthető a személyes identitás részét képező nemi identitás vitás kérdéseit illetően, függetlenül attól, hogy az érintett átesett-e nemváltoztató beavatkozáson vagy sem.[16] Az interszexuális állapotokkal kapcsolatos ügyekben azonban az alapjogi vonatkozások messze túlmutatnak a magánélethez, a személyazonossághoz vagy az önmeghatározáshoz való jogon.

AZ INTERSZEXUÁLIS ÁLLAPOTOKKAL KAPCSOLATOS ÜGYEKBEN AZONBAN AZ ALAPJOGI VONATKOZÁSOK MESSZE TÚLMUTATNAK A MAGÁNÉLETHEZ, A SZEMÉLYAZONOSSÁGHOZ VAGY AZ ÖNMEGHATÁROZÁSHOZ VALÓ JOGON

TESTI INTEGRITÁSHOZ ÉS EGÉSZSÉGHEZ VALÓ JOGOK

A CRC 24. cikk (3) bekezdése rögzíti, hogy a részes tagállamok kötelesek megtenni minden lehetséges intézkedést a gyermekek egészségére káros szokások felszámolására – márpedig az interszexuális állapottal élők nemi szerveinek megcsonkítása (*intersex genital mutiliation*, IGM), ennek körében az interszexuális gyermekeken a tájékozott beleegyezés lehetősége előtt végrehajtott, egészségügyileg szükségtelen sebészi vagy egyéb orvosi beavatkozás káros gyakorlatnak minősül az ENSZ Gyermekjogi Bizottsága szerint.[17] Ennek ellenére az FRA jelentése szerint az EU legalább 21 tagállamában végeznek „normalizáló" műtéteket interszexuális gyermekeken.[18] Az orvosi beavatkozások hosszú távú hatásai rosszul dokumentáltak, miközben az interszexuális személyek életminősége gyakran elmarad a társadalmi elvárásoknak megfelelő nemi jellegekkel élőkétől, és magasabb az öngyilkosság kockázata is a körükben.[19]

A „normalizáló" műtéteket általában ma is azzal indokolják, hogy a gyermek jobb életminőségre számíthat, ha a kevertneműséget sebészi úton, később pedig (az interszexualitás formájától függően) hormonterápiával kezelik. Valójában a sebészi beavatkozásoknak az esetek túlnyomó többségében nincs egészségügyi indikációja, azok pusztán kozmetikai jellegűek, és olyan életkorban hajtják végre a gyermekeken, amikor még nem tudják önállóan gyakorolni a jogaikat. Az élethosszig tartó hormonkezelés, ami az esetek egy részében nem a gyermek testi adottságaihoz, hanem a sebészi korrekció eredményéhez igazodik, szintén terhes lehet az érintett számára. Ami az egészségügyi ellátást illeti, számos EU-tagállamban a kezelési protokollok hiánya is súlyos aggályokat vet fel a betegbiztonság és a szakmaiság követelményei szempontjából.

Az egészségügyi ellátás vonatkozásában is releváns alapjogi követelmény, hogy a gyermeket érintő döntésekben elsősorban a gyermek legfőbb érdekét szükséges figyelembe venni (CRC, 3. cikk). A jellemzően 4 éves kor előtt – de leggyakrabban az első 6 hónap során – elvégzett, visszafordíthatatlan következményekkel járó „normalizáló" műtétek és hasonló orvosi beavatkozások – világszerte több bíróság által is kimondottan – sértik az érintettek emberi méltósághoz, testi integritáshoz, illetve egészséghez való jogát.[20]

Az ENSZ Fogyatékossággal élő személyek jogairól szóló egyezménye (CRPD)[21] szintén tartalmaz releváns alapjogi követelményeket az interszexuális személyek helyzetét illetően – különösen annak fényében, hogy a tagállamok az interszexuális állapotokat, az orvosi DSD-definíciók szerint, betegségként vagy testi fogyatékosságként kezelhetik. A szükségtelen, invazív és visszafordíthatatlan orvosi beavatkozások – műtétek, hormonkezelések vagy egyéb eljárások – alkalmazása, mielőtt az interszexuális gyermek elérné azt az életkort, hogy ezekhez beleegyezését tudja adni,[22] sérti a CRPD 17. cikkében foglalt követelményt, miszerint „[m]*inden fogyatékossággal élő személynek másokkal azonos alapon joga van fizikai és mentális integritásának tiszteletben tartására.*"

AZ, HOGY VALAKINEK AZ ESETÉBEN HOGYAN ZAJLIK LE A MAGZATI FEJLŐDÉS VAGY A SZÜLETÉS, HOGY MILYEN NEMŰ, VAGY HOGY VAN-E TESTI FOGYATÉKOSSÁGA, MIND OLYAN, TERMÉSZETBŐL FAKADÓ KÖRÜLMÉNYEK, MELYEK JELLEMZŐEN A JOGALANY DÖNTÉSÉTŐL FÜGGETLENNEK MINŐSÜLNEK

Fentiekkel együtt idézendő a CRPD 10. cikke is, miszerint a részes államok „*újólag megerősítik, hogy minden embernek elidegeníthetetlen joga van az élethez, és meghoznak minden szükséges intézkedést annak érdekében, hogy biztosítsák a fogyatékossággal élő személyek számára e jog másokkal azonos alapon történő hatékony élvezetét*".

A DISZKRIMINÁCIÓ TILALMA

A diszkrimináció általános tilalma, illetve a nemi alapú diszkrimináció tilalma alapelvek az interszexuális állapotok kapcsán elszenvedett jogsérelmek rendezése során. Ahogy az EJEE Római jegyzőkönyvének 1. cikke is fogalmaz (összhangban az EU Alapjogi Chartájának 21. cikkével): „*a törvényben meghatározott jogok élvezetét minden megkülönböztetés, például nem* [... és] *születés szerinti vagy egyéb helyzet alapján történő megkülönböztetés nélkül kell biztosítani*".

Az, hogy valakinek az esetében hogyan zajlik le a magzati fejlődés vagy a születés, hogy milyen nemű, vagy hogy van-e testi fogyatékossága, mind olyan, természetből fakadó körülmények, melyek jellemzően a jogalany döntésétől függetlennek minősülnek. Ezen körülmények kialakulásához ugyanis elháríthatatlan okok vezethetnek: a nemi sokféleség vonatkozásában az „objektív körülmény" tétele fenntartható nemcsak a genetikai meghatározottság, de a nemi szervek vagy a neuroendokrin rendszer fejlődését érő külső hatások (pl. anyai egészség) vonatkozásában is. Az objektív emberi körülmények esetében az alapelv az, hogy nem képezhetik diszkrimináció alapját, és ideális esetben nem eredményezhetik a jogalanyiság vagy a jogképesség korlátozását sem.

Az interszexuális személyek helyzetét gyakran más szexuális kisebbségekével együtt kezeli a társadalom. Orvosilag az interszexualitás és a transzszexualitás között valóban elképzelhető átfedés – a transzszexualitás orvosi megközelítésben értelmezhető a központi idegrendszert érintő (neurológiai) interszexuális állapotként, lásd később –, a különböző erősségű orvosi bizonyítékokat tekintve azonban tisztázni szükséges, hogy az interszexuális személyeket érő jogsérelmek a *nemen alapuló hátrányos megkülönböztetés*, nem pedig a szexuális orientáció vagy a nemi identitás miatti hátrányos megkülönböztetés problémaköréhez tartoznak.

Ezt a fogalmi elkülönítést több európai ország jogalkotója is megtette az elmúlt években; legkorábban Skóciában, ahol a „nem standard férfi vagy nő" megnevezéssel helyezték fokozott jogi védelem alá az interszexuális kisebbség tagjait 2009-ben, Spanyolországban pedig a diszkrimináció tilalmáról szóló törvényben 2012-ben taxatíve nevesítették az interszexualitást mint védett tulajdonságot.

A SZÜLETÉSI NEM VÉDELME MAGYARORSZÁGON

„*Minden gyermeknek joga van a megfelelő testi, szellemi és erkölcsi fejlődéséhez szükséges védelemhez és gondoskodáshoz. Magyarország védi a gyermekek születési nemének megfelelő önazonossághoz való jogát, és biztosítja a hazánk alkotmányos önazonosságán és keresztény kultúráján alapuló értékrend szerinti nevelést*" – olvasható az Alaptörvényben.[23]

A *születési nem* hazánkban jogi fogalom, melynek meghatározása: „*az elsődleges nemi jelleg, illetve kromoszóma alapján meghatározott biológiai nem*".[24] Az

egyedfejlődéssel kapcsolatos ismereteink alapján kitűnik, hogy e törvényi meghatározás nem minden esetben felel meg a jogon kívüli valóságnak: interszexuális állapotok esetén nem biztosítja a valós testi adottságok megfelelő adminisztratív leképezését, mivel a magyar jog kizárólag bináris rendszerben engedi az anyakönyvezést. Ennek elsődleges következménye, hogy az interszexuális variációkkal élők rendszerszinten láthatatlanok maradnak, másodlagos következményként pedig a rendszer fenntartja a társadalmi nyomásra kialakult káros gyakorlatokat.

Összefoglalva, az anyakönyvezés jelenlegi szabályozása közvetlenül akadályozhatja az érintettek helyes nemi kategóriába történő besorolását az alábbi tudományos tények folytán:

1) DSD esetén az elsődleges nemi jelleg nem minden esetben felel meg a kromoszomális nemnek, vagy mindkét nemre jellemző elsődleges nemi jellegek is megfigyelhetők lehetnek (pl. hüvelynyílás és pénisz együttes jelenléte);

2) a nemi kromoszómákat ellenőrző genetikai szűrés nem rutinvizsgálat, az interszexuális állapotoknak pedig nem mindegyike észlelhető szabad szemmel a születés körüli időszakban, vagyis nem feltétlenül merül fel a genetikai vizsgálat szükségessége;

3) interszexuális állapot nem csak kromoszomális szinten alakulhat ki, hanem önálló genetikai mutációk (pl. enzimdefektus, receptorérzéketlenség) vagy a hormonháztartás egyéb zavara (pl. hormontúltengés) is eredményezheti.

AZ ÉRINTETT GYERMEKEK TÖRVÉNYES KÉPVISELŐI BELEKÉNYSZERÜLNEK ABBA A HELYZETBE, HOGY NYILVÁNVALÓ INTERSZEXUÁLIS ÁLLAPOT ESETÉN IS „FÉRFI" VAGY „NŐ" SZÜLETÉSI NEMET REGISZTRÁLTASSANAK A GYERMEKNEK. EZ A GYAKORLAT ÁTTÉTELESEN IGÉNYT TEREMT BIZONYOS ORVOSI BEAVATKOZÁSOKRA IS

A jogszabály szövegének értelmezése kapcsán ezért kiemelendő, hogy az orvostudomány jelenlegi állása szerint a *biológiai nem* meghatározása nem merül ki a nemi kromoszómák vagy az elsődleges nemi jellegek (ivarszervek) azonosításában. A *biológiai nem* ennél összetettebb: genetikai, gonadális, hormonális és egyéb testi adottságok összességének eredője.

A magyar jogalkotó azonban nem kizárólag a születési nem reduktív meghatározásával zárja ki az interszexualitás jogi elismerésének lehetőségét, hanem az anyakönyvezés részletszabályait is oly módon határozta meg, hogy a születési nem megváltoztatására későbbi időpontban sincs lehetőség, ez alól az orvosi indikáció sem képez kivételt.[25] A magyar jogalkotó tehát a kizárólagos férfi és női nemi identitások kategorikus megerősítését határozta meg államcélként, így a gyermekek születési nemének megfelelő önazonosság védelmét is csak ebben a szigorú bináris rendszerben értelmezi, alapjogsértő módon.

ÚJ ANYAKÖNYVEZÉSI GYAKORLATOK AZ EU-BAN

Az interszexuális személyek jogi helyzetének felülvizsgálata viszonylag friss fejlemény nemzetközi szinten. Jogorvoslati eljárások a világ minden tájáról zajlanak, és megemlítendő, hogy az afrikai, az ázsiai és a dél-amerikai kontinens bizonyos országai e tekintetben élen jártak, jelen tanulmányban viszont, terjedelmi okokból, a keresztény kultúrával összefüggésben kialakult európai jogcsaládot tekintve ismertetek megoldásokat.

Az EU Alapjogi Ügynökség (FRA) 2015. évi jelentésének egyik fontos megállapítása volt, hogy az interszexuális kisebbséghez tartozók sokféleségéből, valamint a jogi szabályozás hiányából fakadóan a jogorvoslati eljárások kimenetele esetleges, sokszor egy jogrendszeren belül is. Az első közigazgatási probléma, amivel az interszex személyek szembesülnek, az anyakönyvezéshez kapcsolódik. A legtöbb EU tagállamban a kötelező bináris anyakönyvezés miatt az egészségügyi szakemberek, illetve az érintett gyermekek törvényes képviselői belekényszerülnek abba a helyzetbe, hogy nyilvánvaló interszexuális állapot esetén is „férfi" vagy „nő" születési nemet regisztráltassanak a gyermeknek. Ez a gyakorlat áttételesen igényt teremt bizonyos orvosi beavatkozásokra is.

Az általános társadalmi, jogi és orvosi elvárások olyan környezetet teremtenek, amelyben az érintett gyermek testi integritáshoz és személyazonossághoz való joga automatikusan háttérbe szorul. Ezt az ördögi kört több európai országban is azonosították, és számos alkalommal születtek olyan alkotmánybírósági vagy rendesbírósági döntések, illetve törvénymódosítások, melyek lehetőséget adnak az interszexuális személyek anyakönyvezése során külön kategória alkalmazására. A harmadik kategória megnevezése, illetve a kategória alkalmazásának feltételei az anyakönyvezés során azonban jelenleg nem egységesek. A harmadik kategória megnevezésére példák: „ismeretlen" (pl. Egyesült Királyság), „nem meghatározható" (Németország, Hollandia), „diverz" (pl. Németország, Ausztria), „X" (pl. Málta, Belgium). A külön anyakönyvezési kategória igénybevé-

teli feltételeit az EU egyes tagállamaiban az alábbi táblázat foglalja össze.

ország	anyakönyvi megjelölés	főszabály	egyéb
Németország (2009-től)	üresen hagyható, „nem meghatározható” vagy „diverz”	egyszerűsített eljárásban történő módosítás biológiai variáció esetén	szakorvosi vélemény birtokában felnőtt korban is kérelmezhető a módosítás
Ausztria (2013-tól)	üresen hagyható vagy „diverz”	orvosi szakvéleményhez és orvosi bizottság engedélyéhez kötött	bármely életkorban elérhető jogorvoslat keretében
Málta (2015-től)	üresen hagyható (személyes okmányban: „X”)	a 18. életév betöltéséig nem szükséges születési nemet regisztrálni	a gyermek kifejezett hozzájárulására van szükség; felnőttek számára is elérhető
Hollandia (2018-tól)	„nem meghatározható”	újszülöttnél 3 hónap várakozási idő után kérelemre, felnőtteknél bíróság döntése alapján	visszamenőleges hatállyal nem vehető igénybe az egyszerűsített eljárás
Belgium (2019-től)	„X”	adminisztratív eljárás 3 hónap várakozási idővel	gyermekkorban orvosi szakvéleményhez kötött, 16 éves kortól bárki igénybe veheti

Nem bináris anyakönyvezési gyakorlatok az EU egyes tagállamaiban

Emellett számos tagállamban általános gyakorlattá vált – változó hosszúságú – türelmi idő meghatározása is, ami lehetőséget ad bizonyos diagnosztikai vizsgálatokra, például a *genetikai nem* meghatározására. A türelmi idő leteltével az anyakönyvi bejegyzést rögzíteni vagy módosítani kell. Amennyiben a gyermek érdekében a besorolás továbbra sem ajánlott, orvosi szakvéleménnyel kell igazolni, hogy a gyermek neme továbbra sem határozható meg egyértelműen. Franciaországban például – méltányolható esetekben – 3 évnyi várakozási idővel halasztható a születési nem (férfi/nő) regisztrációja. Civil szervezetek jelentései szerint viszont a gyakorlatban az interszexuális gyermekeket mielőbb besorolják a bináris nemi kategóriák egyikébe. Mindeközben Spanyolországban és Finnországban nincs időkorláthoz kötve a születési nem regisztrációja, és olyan szabályozásra is van példa, amelynek keretében az interszexuális személy időkorlát nélkül kérheti születési nemének módosítását.

INTERSZEXUÁLIS ÁLLAPOT-E A TRANSZSZEXUALITÁS?

Korábban többször utaltam arra, hogy a Betegségek Nemzetközi Osztályozása alapján korábban transzszexualitásként ismert állapot (jelenleg: nemi inkongruencia[26]) elméleti szinten speciális interszexuális állapotként is felfogható. Az „elméleti” jelzőhöz jelenleg azért ragaszkodom, mert a központi idegrendszer, az agyműködés és a tudati integráció vonatkozásában nem rendelkezünk még olyan részletes tudással, mint az interszexualitás korábban tárgyalt formáira vonatkozóan. Míg az interszexualitás tekintetében már számos, a nemi szerveket érintő genetikai és hormonális okot leírtak, addig a transzneműség háttérokai kevésbé ismertek. A legtöbb orvosi bizonyíték az agyi szerkezeti sajátosságokra, neurokémiai hatásokra mutat rá, amelyek feltételezhetően a terhesség második felében alakulnak ki, illetve jelentkeznek. Jelen kitekintésben tehát az elméleti feltevés főbb tudományos alapjait ismertetem.

Élettani alapismeret, hogy a szervezet minden egyes része leképződik az agyban (ún. agykérgi képviselet). A perifériás idegrendszer minden testrész és zsiger felől közvetít külső és belső információkat a központi idegrendszer (a gerincvelő és az agy) felé. Ezen a rendszeren keresztül jöhet létre a testi integritás tudata, ami meghatározza a különböző testrészek használatára való képességét, illetve az azokkal való azonosulást is lehetővé teszi – ideértve a nemi szervekkel való azonosulás képességét is.

Az orvostudományban ismert egy testi integritás diszfóriaként elnevezett állapot, amit korábban pszichiátriai zavarként tartottak számon, napjainkban azonban már idegrendszeri betegségként tekintenek rá. Testi integritás diszfória esetén a beteg olyannyira idegennek érzi valamely testrészét (leggyakrabban egy végtagját), hogy az a hétköznapok során jelentős

szenvedést okoz számára. Az érintett testrészt a beteg, ha teheti, nem használja, és általában orvosi segítséget kér annak amputálása érdekében. Az eddig elérhető vizsgálati eredmények alapján elmondható, hogy ebben az állapotban az agy fali lebenyében hiányzik az érintett testrész agyi leképezése, így a testrész irányából érkező információk (érzetek, helyzetre, mozgásra vonatkozó információk) zavart okoznak (mivel az agy mérsékelten képes csak az egyes kieső agyi területek funkcióját pótolni).

Az objektíve egészséges végtag amputálása orvosetikai problémákat vet fel, mivel ellentmond a *Primum nil nocere!* („Először is: ne árts!") elvének, hiszen nagykockázatú beavatkozásról van szó, ami visszafordíthatatlan fogyatékosságot eredményez. A problémára viszont jelenleg nincs oki terápia, a pszichoterápiás módszerek pedig olyannyira eredménytelenek, hogy az érintettek többsége akár drasztikus módon, életét veszélyeztetve is megkísérel megszabadulni az érintett testrésztől (pl. lefűrészelés, vonatsínre fektetés). Néhány rendelkezésre álló esettanulmány szerint azonban az amputációt követően a betegek életminősége drámaian javult, megbánást pedig nem mutattak a testrész eltávolíttatásával kapcsolatban.

A testi integritás diszfóriában és a nemi inkongruenciában, illetve nemi diszfóriában szenvedők közt kísérteties a hasonlóság: az állapottal járó pszichés teher rendkívül nagy, az egyénnek nincs kontrollja állapota felett, és lényegi állapotjavulás pszichoterápiával nem érhető el. Mindkét állapot mögött a testi adottságok és az agyi struktúrák közti kapcsolat zavara állhat. Az „összeférhetetlenség" kialakulásának lehetőséget ad az a körülmény, hogy a nemi szervek differenciálódása a várandósság első két hónapjában történik meg, míg a kapcsolódó agyi régió differenciálódásának kezdete a terhesség második felére tehető. Így ezeket a folyamatokat egymástól függetlenül is befolyásolhatják kórélettani hatások.

A nemi átmenet (vagy: nemváltoztatás) lehetőségének biztosítása az orvostudomány elmúlt évtizedeinek keserű tapasztalatai alapján válhatott egészségügyi javallattá. A műtétsorozatokból, hormonkezelésből és szoros utánkövetésből álló kezelés célja a szenvedés enyhítése, a pszichoszomatikus nem és a testi adottságok egymáshoz való közelítésével. A nemzetközi irányelvek a hormon- és a műtéti kezelést azért is javallják, mert az öngyilkosság gyakorisága az érintettek körében kiugróan magas az átlagpopulációhoz képest, míg a nemi helyreállító műtéteket követően ez az arány nagyságrendekkel csökken az életminőség jelentős javulása mellett.[27]

A testi funkciók, illetve a nemi szervek érzékelése és a szexuális magatartás irányító szerve az emberi agy, illetve a központi idegrendszer. Ezért az orvosi nyelv a társadalmi nem fogalma helyett a pszichoszomatikus nem fogalmát használja. A társadalmi nem tárgyalása – legalábbis a nemi átmenetek egészségügyi indikációi kapcsán – azért sem szerencsés, mert olyan implikációkkal bír, mintha az egyénnek tényleges döntési szabadsága lenne a megélt nemét illetően. A „nemi önmeghatározás" azonban nem tudja tartósan meghaladni a testi adottságokat, mivel genetikailag kódolt, illetve zsigeri alapokon nyugszik. Nincs erős tudományos bizonyíték arra vonatkozóan, hogy szociokulturális hatások vagy akár az egyén szabad akarata révén változtatható lenne az, ami – Mészöly Miklós szavaival élve „kezdettől fogva belénk van írva". A pszichoszomatikus nem fogalma összekapcsolja a nemiség testi és pszichológiai, neurológiai és endokrin élettani jellegzetességeit – az egyedi, jelenleg is kutatott genetikai, idegrendszeri és hormonális térképeket. Ez az élettani-kórélettani meghatározottság, bizonyos értelemben, eredendően korlátozza az önmeghatározáshoz való jogot.

A PSZICHOSZOMATIKUS NEM FOGALMA ÖSSZEKAPCSOLJA A NEMISÉG TESTI ÉS PSZICHOLÓGIAI, NEUROLÓGIAI ÉS ENDOKRIN ÉLETTANI JELLEGZETESSÉGEIT – AZ EGYEDI, JELENLEG IS KUTATOTT GENETIKAI, IDEGRENDSZERI ÉS HORMONÁLIS TÉRKÉPEKET

ÖSSZEGZÉS

A nemi jelleg biológiailag meghatározott, a jogalany döntésétől független, objektív emberi körülmény; Balogh logikáját alkalmazva, az „intim jog" tartományába tartozik, mivel az emberi minőség elidegeníthetetlen részéről van szó, amiből az egyén nem tud kilépni.[28] Az interszexuális személyeket napjainkban is érő jogsérelmek számos alapvető jogot érintenek.

Az utóbbi évtizedben számos országban jelentősen nőtt az interszexuális személyek társadalmi láthatósága, alapvető jogainak védelme pedig dinamikus fejlődésnek indult, ami mögött a mozgatóerőt Európában főként a felnőtt korú érintettek jogorvoslati ügyei jelentik, illetve a civil jogvédő szervek, valamint az ENSZ, az Európa Tanács és az EU különböző intézményeinek együttműködése. A lényegi eredmények érdekében azonban átfogó társadalmi diskurzusra és további intézkedésekre van szükség. Az anyakönyvezési gyakorlatok felülvizsgálata és az orvosi beavatkozások szoros szakmai kontroll alá vonása, illetve a „normalizáló" beavatkozások esetleges szankcionálá-

sa szükséges, de nem elégséges feltételei annak, hogy rendeződjön a generációkon átívelő probléma.

A vizsgált téma egyben az alapvető jogok más területeit illetően is releváns példája annak, hogy az újabb ismeretek és tudományos eredmények fényében időnként szükségessé válik egyes társadalmi konstrukciók, illetve történetileg kialakult – alapvető jogokkal szemben álló – társadalmi gyakorlatok jogi megítélésének felülvizsgálata.

JEGYZETEK

1. Alessandra D. Fisher – Jiska Ristori – Egidia Fanni – Giovanni Castellini – Gianni Forti – Mario Maggi: Gender identity, gender assignment and reassignment in individuals with disorders of sex development: a major of dilemma, *Journal of Endocrinolological Investigation*, 2016/11, 1207–1224, *https://doi.org/10.1007/s40618-016-0482-0*; Rames Babu – Utsav Shah: Gender identity disorder (GID) in adolescents and adults with differences of sex development (DSD): A systematic review and meta-analysis, *Journal of Pediatric Urology*, 2021/1, 39–47, *https://doi.org/ 10.1016/j.jpurol.2020.11.017*.
2. Claus H. Gravholt – Simon Chang – Mikkel Wallentin – Jens Fedder – Philip Moore – Anne Skakkebæk: Klinefelter Syndrome: Integrating Genetics, Neuropsychology, and Endocrinology, *Endocrine Reviews*, 2018/4, 389–423, *https://doi.org/10.1210/er.2017-00212*.
3. Khawar T. Mehmood – Rebecca M. Rentea: *Ambiguous Genitalia and Disorders of Sexual Differentiation*, in: *StatPearls,* Treasure Island (FL), StatPearls Publishing, 2022; Kellan E Baker – Carl G Streed – Laura E Durso: Ensuring That LGBTQI+ People Count – Collecting Data on Sexual Orientation, Gender Identity, and Intersex Status, *The New England Journal of Medicine*, 2021/13, 1184–1186, *https://doi.org/10.1056/NEJMp2032447*.
4. Banu Kucukemre Aydin – Nurcin Saka – Firdevs Bas – Evrim Kiray Bas – Asuman Coban – Sukran Yildirim – Tulay Guran – Feyza Darendeliler: Frequency of Ambiguous Genitalia in 14,177 Newborns in Turkey, *Journal of Endocrine Society*, 2019/6, 1185–1195, *https://doi.org/10.1210/js.2018-00408*.
5. Surya Monro – Morgan Carpenter – Daniela Crocetti – Georgiann Davis – Fae Garland – David Griffiths – Peter Hegarty – Mitchell Travis – Mauro Cabral Grinspan – Peter Aggleton: Intersex – cultural and social perspectives, *Culture, Health and Sexuality*, 2021/4, 431–440, *https://doi.org/10.1080/13691058.2021.1899529*.
6. Lindsey M. Walker: Genital Exceptionalism Has No Place in the Law: Improving Transgender and Intersex Rights in the 21st Century, *Washington University Law Review*, 2019/1, 245–266, *https://journals.library.wustl.edu/lawreview/article/id/2861/*.
7. FRA: *The fundamental rights situation of intersex people*, FRA Focus, 2015.
8. Fisher et. al (1. vj.).
9. Peter A. Lee – Anna Nordenström – Christopher P. Houk – S. Faisal Ahmed – Richard Auchus – Arlene Baratz – Katharine Baratz Dalke – Lih-Mei Liao – Karen Lin-Su – Leendert H. J. Looijenga 3rd – Tom Mazur – Heino F. L. Meyer-Bahlburg – Pierre Mouriquand – Charmian A. Quigley – David E. Sandberg – Eric Vilain – Selma Witchel: Global Disorders of Sex Development Update since 2006: Perceptions, Approach and Care, *Hormone Research in Paediatrics*, 2016, 158–180, *https://doi.org/10.1159/000442975*.
10. Walker (7. vj.).
11. Council of Europe Commissioner for Human Rights: *Issue Paper on human rights and intersex people*, 2015; EU Agency of Fundamental Rights: *The fundamental rights situation of intersex people*. FRA Focus, 2015; UN High Commissioner for Human Rights: *Discriminatory laws and practices and acts of violence against individuals based on their sexual orientation and gender identity*, Human Rights Council, 19th session, 2011, A/HRC/19/41; UN Special Rapporteur on Torture: *Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment*, Human Rights Council, 22nd session, 2013, A/HRC/22/53.
12. A Gyermek jogairól szóló, New Yorkban, 1989. november 20-án kelt Egyezmény, Magyarországon kihirdette az 1991. évi LXIV. törvény.
13. *P. Ukrajna elleni* ügye, 40296/16. sz. kérelem.
14. *M. Franciaország elleni* ügye, 42821/18. sz. kérelem.
15. *Van Kück Németország elleni* ügye, 35968/97. sz. kérelem, az EJEB 2003. június 12-én kelt döntése); *Schlumpf Svájc elleni* ügye, 29002/06. sz. kérelem, az EJEB 2009. január 9-én kelt döntése; *Y.Y Törökország elleni* ügye, 14793/08. sz. kérelem, az EJEB 2015. március 10-én kelt döntése.
16. *A.P., Garçon és Nicot Franciaország elleni* ügye, 79885/12., 52471/13. és 52596/13. sz. kérelmek, az EJEB 2017. április 6-án kelt döntése; *S.V. Olaszország elleni ügye*, 55216/08. sz. kérelem, az EJEB 2018. október 11-én kelt döntése.
17. Lásd pl.: Committee on the Rights of the Child: Concluding observations on the second periodic report of South Africa (27 October 2016), CRC/C/ZAF/CO/2.

18. FRA: *The fundamental rights situation of intersex people*. FRA Focus, 2015; Council of Europe Commissioner for Human Rights: *Issue Paper on human rights and intersex people*, 2015.
19. Laetitia Zeeman – Kay Aranda: A Systematic Review of the Health and Healthcare Inequalities for People with Intersex Variance, *International Journal of Environmental Resesearch and Public Health*, 2020/18, 6533, *https://doi.org/10.3390/ijerph17186533*; Adeline W. Berry – Surya Monro: Ageing in obscurity: a critical literature review regarding older intersex people, Sexual and Reproductive Health Matters, 2022/1, 44–55, *https://doi.org/10.1080/26410397.2022.2136027*.
20. Ilyen jogeset volt az USA-ban a 2013-ban indult M.C. v Aaronson; erről – valamint többek között egy releváns német kártérítési ügyről (Kölner Landgericht, 25 O 179/07, 06.02.2008) lásd: Ryan L. White: Preferred Private Parts: Importing Intersex Autonomy for M.C. v. Aaronson, *Fordham International Law Journal*, 2014/1, 777–821, 782, *https://ir.lawnet.fordham.edu/ilj/vol37/iss3/2*.
21. A Fogyatékossággal élő személyek jogairól szóló egyezmény, Magyarországon kihirdette a 2007. évi XCII. törvény.
22. Committee on the Rights of Persons with Disabilities: Concluding observations on the combined second and third periodic reports of Australia (15 October 2019), CRPD/C/AUS/CO/2-3.
23. Alaptörvény, XVI. cikk (1).
24. 2010. évi I. törvény az anyakönyvi eljárásról, 3. § x).
25. 2010. évi I. törvény az anyakönyvi eljárásról, 68/B. § (3).
26. Az érintett megélt neme, nemi identitása nincs összhangban a születéskor meghatározott nemével, és ez az összeférhetetlenség tartósan és markánsan fennáll (BNO-11, Szexuális egészség zavarai).
27. Puneet Narang – Simrat Kaur Sarai – Stephanie Aldrin – Steven Lippmann: Suicide Among Transgender and Gender-Nonconforming People, *Primary Care Companion CNS Disorders*, 2018/3, 18nr02273, *https://www.doi.org/10.4088/PCC.18nr02273*.
28. Balogh Zsolt: Alapjogok korlátozása az új alkotmányban, *Pázmány Law Working Papers*, 2011/19, *https://plwp.eu/docs/wp/2012/2011-19.pdf*.