



สามเรื่องทุกข์ใจในวัยรุ่น

รังสรรค์ โฉมยา กรรณิกา พันธุ์ศรี ภมรพรรณ ยुरะยาตร์ ลักขณา สิริวัฒน์
อารยา ปิยะกุล วิภาณี สุขเอิบ ดุษฎี เล็บขาว ศุภชัย ตู้กลาง
บวรพจน์ ชมภูนุช และ วิลาสินี ฝนดี*

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ประเทศไทย

Three Symptoms among Adolescents

Rungson Chomeya, Gunniga Phansri, Phamornpun Yurayat, Lakkana Sariwat,
Araya Piyakun, Wipanee Suk-erb, Dussadee Lebkhao, Supachai Tuklang,
Bovornpot Choompunuch, and Wilasinee Fonddee*

Faculty of Education Mahasarakham University, Thailand

Article Info

Academic Article

Article History:

Received 6 September 2024

Revised 28 November 2024

Accepted 11 December 2024

คำสำคัญ

ภาวะซึมเศร้า

ความผิดปกติทางอารมณ์

ออทิซึม

ความผิดปกติทางพัฒนาการ

ภาวะทุกข์ใจทางเพศสภาพ

* Corresponding author

Email address:

wilasinee.f@msu.ac.th

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสรุปและให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า (Depressive disorder) ในเด็กและวัยรุ่น โรคออทิซึมสเปกตรัม (ASD) และความทุกข์ใจจากเพศสภาพและเพศที่ไม่สอดคล้อง (Gender Dysphoria and Gender Incongruence) ซึ่งทั้ง 3 โรคนี้ล้วนแล้วแต่ถูกจัดอยู่ในกลุ่มการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชทั้งสิ้น โดยโรคซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่สามารถเกิดขึ้นได้ในทุกช่วงวัย ผู้ป่วยมักแสดงอารมณ์เศร้าและสูญเสียความสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ การรักษาทั้งการใช้ยาและการทำจิตบำบัด โรคออทิซึมสเปกตรัมเป็นความผิดปกติทางการพัฒนาของสมองที่ส่งผลต่อความสามารถในการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ผู้ป่วยมักมีพฤติกรรมและความสนใจจำกัด การรักษารวมถึงการบำบัดพฤติกรรมและการใช้ยา สำหรับความทุกข์ใจจากเพศสภาพนั้นเกิดขึ้นเมื่อมีความไม่ตรงกันระหว่างเพศกำเนิดและอัตลักษณ์ทางเพศ การวินิจฉัยในปัจจุบันใช้เกณฑ์ที่ลดการตีตราและเน้นที่การสนับสนุนทางจิตใจและสังคม ผลการศึกษาเหล่านี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการเข้าใจและให้การดูแลที่เหมาะสมแก่เด็กและวัยรุ่นที่เผชิญกับปัญหาเหล่านี้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

Keywords:

depression,
emotional disorder,
autism,
neurodevelopmental disorder,
gender distress

Abstract

This article aims to summarize and provide insights into depressive disorders in children and adolescents, Autism Spectrum Disorder (ASD), and gender dysphoria and incongruence. All three of these symptoms are classified as psychiatric diagnoses. A depressive disorder is an emotional disorder that can affect individuals at any age, with patients often exhibiting persistent sadness and loss of interest in various activities. Treatment options include medication and psychotherapy. Autism Spectrum Disorder is a neurodevelopmental disorder that impacts communication and social interaction, characterized by repetitive behaviors and specific interests. Treatment includes behavioral therapy and medication. Gender dysphoria arises when there is a mismatch between cisgender and gender identity. Current diagnostic criteria emphasize reducing stigma and focus on psychological and social support. These findings highlight the importance of understanding and providing appropriate care for children and adolescents facing these challenges, ensuring comprehensive and effective support tailored to individual needs.

1. บทนำ

การเติบโตและพัฒนาของเด็กและวัยรุ่นเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและได้รับผลกระทบจากหลายปัจจัย ทั้งด้านชีวภาพ จิตใจ และสังคม ในช่วงวัยรุ่น มีความผิดปกติทางจิตเวชหลายประเภทที่อาจเกิดขึ้นได้ และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการพัฒนาของเด็กและวัยรุ่น ความผิดปกติเหล่านี้รวมถึงโรคซึมเศร้า (Depressive Disorder) โรคออทิสติกสเปกตรัม (Autism Spectrum Disorder: ASD) และความทุกข์ใจจากเพศสภาพและเพศที่ไม่สอดคล้อง (Gender Dysphoria and Gender Incongruence) ซึ่งทั้ง 3 โรคที่กล่าวมานี้ล้วนแล้วแต่ถูกจัดอยู่ในกลุ่มการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชทั้งสิ้น โดยแต่ละโรคมีลักษณะอาการและวิธีการรักษาที่แตกต่างกันไป โรคซึมเศร้าเป็นหนึ่งในความผิดปกติทางจิตเวชที่พบได้บ่อยในเด็กและวัยรุ่น โดยมีลักษณะอาการที่เกี่ยวข้องกับความเศร้า สูญเสียความสนใจในกิจกรรมที่เคยสนุกสนาน และอาจมีความคิดหรือพฤติกรรมที่ทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย (World Health Organization, 2023b) ขณะที่โรคออทิสติกสเปกตรัม หรือ ASD เป็นความผิดปกติทางพัฒนาการที่ส่งผลต่อความสามารถในการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ทางสังคม โดยผู้ป่วยอาจแสดงพฤติกรรมและความสนใจจำกัด (American Psychiatric Association, 2013) และความทุกข์ใจจากเพศสภาพและเพศที่ไม่สอดคล้อง เป็นภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อมีความไม่ตรงกันระหว่างเพศที่ได้รับการมอบหมายและอัตลักษณ์ทางเพศ ซึ่งสามารถส่งผลให้เกิดความทุกข์ใจอย่างรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน (American Psychiatric Association, 2013) การศึกษาความผิดปกติเหล่านี้มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากมีผลกระทบอย่างมากต่อการพัฒนาและคุณภาพชีวิตของวัยรุ่น การเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และแนวทางการรักษาที่มีประสิทธิภาพ สามารถช่วยให้วัยรุ่นที่มีความผิดปกติเหล่านี้ได้รับการดูแลและสนับสนุนที่เหมาะสม เพื่อให้สามารถเติบโตและพัฒนาไปอย่างสมดุลและมีสุขภาพจิตที่ดี (ปาริชาติ เมืองขวา และคณะ, 2563; Zucker et al., 1993) โดยมีรายละเอียดดังนี้

โรคซึมเศร้าในวัยรุ่น (Depressive Disorder)

โรคซึมเศร้า คือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ บุคคลที่มีโรคซึมเศร้าจะมีความรู้สึกที่เศร้ามากกว่าปกติ สูญเสียความสุขเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน เป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สามารถพบได้กับบุคคลทุกช่วงวัย (World Health Organization, 2023b) โดยเฉพาะในวัยรุ่นที่ประสบกับโรคซึมเศร้า หากโรคซึมเศร้ามีอาการรุนแรงมากขึ้นและไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม อาจถึงขั้นทำร้ายตนเอง และเป็นอันตรายต่อชีวิต อาการของโรคซึมเศร้าแต่ละบุคคลจะเหมือนหรือแตกต่างกันออกไป ซึ่งอาการแสดงสามารถสรุปได้ดังนี้ (1) ทางด้านอารมณ์ บุคคลจะมีอารมณ์เศร้าที่มากกว่าปกติ เป็นอยู่ระยะเวลานาน มีอารมณ์เศร้าเกือบทั้งวัน มีความรู้สึกที่ไร้ค่า สมาธิลดลง ในเด็กและวัยรุ่น อาจแสดงออกมาเป็นความก้าวร้าว โมโห และ

หงุดหงิดง่าย (2) ทางด้านความคิด บุคคลที่มีโรคซึมเศร้าจะมีกระบวนการคิด ที่สับสนคิดที่บิดเบือนไปจากปกติ มีผลต่อการคิด และการตัดสินใจในชีวิตประจำวัน เช่น คิดฆ่าตัวตาย คิดทำร้ายตนเอง ไม่สามารถตัดสินใจหรือเลือกแนวทางในการแก้ไขปัญหาได้ (3) ทางด้านพฤติกรรม จะเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ เช่น การขาดเรียน ขาดงาน เกิดผลกระทบต่อด้านความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง เก็บตัว แยกตนเองออกจากสังคม ในบางรายขาดการดูแลรักษาตนเองในเรื่องของความสะอาดด้านร่างกาย เช่น การไม่อาบน้ำ (4) ทางด้านร่างกาย ผู้ที่มีโรคซึมเศร้า ทางด้านร่างกายจะเปลี่ยนแปลงไป เช่น ไม่มีความอยากรับประทานอาหาร หรือกินมากกว่าปกติ น้ำหนักเพิ่มหรือลด นอนไม่หลับหรือหลับมากกว่าปกติ อ่อนล้า เพลีย (ปาริชาติ เมืองขวา และคณะ, 2563)

ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดโรคซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น (ดาราพรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2556) มีอยู่ด้วยกันหลายปัจจัย โดยสามารถสรุปปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่ (1) ปัจจัยทางด้านชีวภาพ เช่น พันธุกรรม ถ้ามีประวัติบุคคลในครอบครัวเคยประสบกับโรคซึมเศร้า ตัวเด็กจะมีโอกาสป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามากกว่าเด็กทั่วไป สารเคมีในสมองที่ขาดความสมดุล รวมทั้งยาบางชนิด อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้าได้ เช่น ยาเคมีบำบัด สารเสพติด เป็นต้น นอกจากนั้น โรคประจำตัวทางกายบางอย่าง ส่งผลให้เกิดโรคซึมเศร้าได้ เช่น โรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง ไทรอยด์เป็นพิษ เป็นต้น (2) ปัจจัยทางด้านจิตใจ องค์ประกอบทางด้านจิตใจที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้า มีดังนี้ (2.1) ทางด้านของความคิด บุคคลจะมีกระบวนการคิด ที่ความเหตุการณ์ต่าง ๆ ไปในทางลบ ตัวอย่างความคิดทางลบ เช่น “ฉันเป็นคนล้มเหลว” “ฉันเป็นคนไร้ค่า ไม่มีความสามารถ” ผู้ที่มีโรคซึมเศร้าจะมองตนเองและสิ่งแวดล้อมในแง่ลบ (2.2) ปัญหาทางด้านสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยบุคคลที่มีความขัดแย้งกับบุคคลรอบข้าง จะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้า เช่น ทะเลาะกับคนในครอบครัว ถูกกลั่นแกล้งจากเพื่อนและคนรอบข้าง ออกหัก เป็นต้น (2.3) ความเครียด การจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น การจากไปของบุคคลอันเป็นที่รัก ความผิดหวังจากการดำเนินชีวิต ฯลฯ ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น หากไม่สามารถจัดการแก้ไข หรือรับมือกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม อาจจะเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคซึมเศร้าได้ การรักษาโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นกระบวนการดูแลรักษาโดยบุคลากรทางด้านสาธารณสุข โดยจำแนกออกเป็นการรักษา 2 ด้าน ดังนี้ (1) รักษาด้วยการใช้ยา คือ การรับประทานยาต้านเศร้า ซึ่งจ่ายยาโดยแพทย์ โดยมีความมุ่งหมายคือเพื่อปรับสมดุลของสารเคมีในสมองที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า ผู้ที่มีโรคซึมเศร้าควรต้องรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัด งดหยุดหรือปรับการรับประทานยาด้วยตนเอง เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ แม้อาการจะดีขึ้น แต่ควรรับประทานอย่างต่อเนื่องตามคำสั่งแพทย์ รวมถึงการไปพบแพทย์ตามการนัดหมายอย่างเคร่งครัด (2) รักษาด้วยการไม่ใช้ยา หรือการทำจิตบำบัด (Psychotherapy) คือ การพูดคุย สนทนาระหว่างผู้ที่มีโรคซึมเศร้า และนักจิตบำบัด เป็นการพูดคุยกันอย่างมีจุดมุ่งหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยได้เกิด

ความเข้าใจในตนเอง และปัญหา อันนำไปสู่แนวทางการรับมือกับภาวะซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสม ตัวอย่างการทำจิตบำบัดในเด็กและวัยรุ่น เช่น การปรับความคิดและพฤติกรรม การให้สภาพจิตศึกษา เป็นต้น (นันทวิช สิริธิรักษ์ และคณะ, 2559)

จะเห็นได้ว่าโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นเป็นความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ โดยบุคคลที่เป็นโรคซึมเศร้านั้นมักจะมีการแสดงนั้นคือ บุคคลจะมีอารมณ์เศร้าที่มากกว่าปกติ มีอารมณ์เศร้าเกือบทั้งวัน มีความรู้สึกที่ไร้ค่า รวมไปถึงบุคคลจะมีความคิดที่บิดเบือนไปจากปกติ มีความคิดฆ่าตัวตาย หรือคิดทำร้ายตนเอง อีกทั้งยังมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน และส่งผลต่อความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง ซึ่งแนวทางการดูแลรักษาในกลุ่มบุคคลที่เป็นโรคซึมเศร้านั้นจะเป็นการให้การรักษาด้วยวิธีการรักษาด้วยยา นั่นคือ การทานยาต้านเศร้า และอีกวิธีการคือ การทำจิตบำบัด (Psychotherapy) ซึ่งจะเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้เกิดความเข้าใจในตนเอง และปัญหาที่กำลังเผชิญ อันนำไปสู่แนวทางการรับมือกับภาวะซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสม

โรคออทิสติกสเปกตรัม (Autism Spectrum Disorder: ASD)

โรคออทิสติกสเปกตรัม (Autism Spectrum Disorder: ASD) หรือที่เรียกกันโดยทั่วไปว่า “ออทิสติก” ซึ่งใน Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5) และ International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11) ได้จัด ASD อยู่ในประเภท Neurodevelopmental Disorders ซึ่งมีลักษณะเฉพาะคือมีความบกพร่องทางความคิด การสื่อสาร พฤติกรรม และ/หรือทักษะการเคลื่อนไหว อันเกิดจากการพัฒนาของสมองที่ผิดปกติ ซึ่งเป็นความบกพร่องที่มีผลกระทบต่อความสามารถในการสื่อสารและการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม รวมถึงการแสดงพฤติกรรมซ้ำซากและความสนใจในเรื่องเฉพาะเจาะจงที่จำกัดเป็นแบบแผนซ้ำ ๆ ยังรวมถึงการขาดความสามารถในการทำสมาธิหรือใช้ทักษะทางสังคม การแสดงออกของภาษาที่จำกัด และการมีความยืดหยุ่นน้อยต่อการเปลี่ยนแปลงในกิจวัตรประจำวัน โดยทั่วไปจะสามารถสังเกตความบกพร่องเบื้องต้นของผู้ที่มีภาวะ ASD ในลักษณะของ “ไม่สบตา ไม่พาที ไม่ชี้นิ้ว” (ชวนันท์ ชาญศิลป์, 2561; วิธารณ บุญสิทธิ, 2564)

คู่มือ DSM-5 ได้มีการกำหนดเกณฑ์สำหรับการวินิจฉัย ASD ออกเป็น 3 ระดับตามความรุนแรง ได้แก่ ระดับที่ 1 ต้องการความช่วยเหลือ : สังเกตได้ว่ามีข้อจำกัดด้านการมีปฏิสัมพันธ์ ถ้าหากไม่ได้รับการช่วยเหลือก็จะขาดความสนใจที่จะมีปฏิสัมพันธ์ถึงแม้ว่าจะพอบู๊ตได้ก็ตาม รวมทั้งขาดความยืดหยุ่นทำให้สามารถปรับเปลี่ยนกิจกรรมได้ยากในบางสถานการณ์ ในส่วนระดับที่ 2 ต้องการความช่วยเหลือค่อนข้างมาก : มีความบกพร่องในการสื่อสารทั้งภาษาพูดและภาษากาย มีการตอบสนองต่อการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดูแปลก และขาดความยืดหยุ่นทำให้สามารถปรับเปลี่ยนกิจกรรมได้ยากในหลายสถานการณ์อย่างเห็นได้ชัด

และระดับที่ 3 ต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก : มีความบกพร่องอย่างมากในการสื่อสารทั้งภาษาพูดและภาษากายรวมทั้งการมีปฏิสัมพันธ์เฉพาะเมื่อต้องการบางอย่าง รวมทั้งขาดความยืดหยุ่นอย่างมาก มีพฤติกรรมซ้ำ ๆ ที่รบกวนชีวิตประจำวันมาก หากมีการเปลี่ยนกิจกรรมจะแสดงออกถึงอาการหงุดหงิด โดยอาการความบกพร่องเริ่มปรากฏให้เห็นตั้งแต่วัยเด็กเล็กและเป็นต่อเนื่องจนถึงวัยผู้ใหญ่ (ชวนันท์ ชาญศิลป์, 2561; วิจารณ์ บุญสิทธิ, 2564; American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2022) จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกกล่าวว่าเด็กทั่วโลกประมาณ 1 ใน 100 คน มีภาวะออทิสติก (World Health Organization, 2023a) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Zeidan et al. (2022) ได้รายงานการความชุกของการเกิด ASD ในเด็กอยู่ที่ 100/10,000 คน อย่างไรก็ตาม ASD สันนิษฐานว่ามีสาเหตุจากปัจจัยด้านพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีอิทธิพลต่อการพัฒนาสมองตั้งแต่ทารกในครรภ์จนถึงวัยทารก

การวินิจฉัย ASD นั้นจำเป็นต้องได้รับการประเมินอย่างละเอียดและใช้เครื่องมือวินิจฉัยที่หลากหลาย การวินิจฉัยมักดำเนินการในช่วงวัยเด็กโดยเฉพาะอย่างยิ่ง 5-6 ปีแรก เพราะเป็นช่วงของพัฒนาการทางสมองของเด็ก เป็นการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญหลากหลายด้าน เช่น กุมารแพทย์ด้านพัฒนาการเด็ก นักจิตวิทยาคลินิก นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และนักแก้ไขการพูด การประเมินอาจใช้เครื่องมือ เช่น ADOS-2 (Autism Diagnostic Observation Schedule-2) และ ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised) เป็นต้น อีกทั้งยังสามารถใช้แบบคัดกรองเพื่อเฝ้าระวังการเกิด ASD ได้อีกด้วย เช่น CAR (The Childhood Autism Rating Scale) ABC (The Autism Behavior Checklist) และ PDDSQ (Pervasive Developmental Disorder Screening Questionnaires) เป็นต้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมเกี่ยวกับพฤติกรรมและพัฒนาการของเด็ก หากเด็กได้รับการวินิจฉัยได้เร็วย่อมส่งผลถึงการมีเวลาทองในการฝึกหรือกระตุ้นพัฒนาการเด็ก (ชวนันท์ ชาญศิลป์, 2561)

แนวทางการรักษา ASD จำเป็นต้องมีการผสมผสานวิธีการหลายแบบเพื่อให้เหมาะสมกับความต้องการของแต่ละบุคคล ยกตัวอย่างเช่น Educational and Behavioral Treatments เช่น การฝึกวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์ (Applied Behavior Analysis) การฝึกทักษะทางสังคม (Social Skills) การฝึกทักษะการสื่อสาร (Communication Skills) การปรับพฤติกรรม (Behavior Modification) ดีไออาร์/ฟลอไทม์ (DIR/Floortime) การบูรณาการประสาทการรับรู้สัมผัส (Sensory Integration; SI) การรักษาด้วยยา เช่น Risperidone, Aripiprazole, และยากลุ่ม Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs) เป็นต้น (Martin et al., 2017) อีกทั้งยังสามารถใช้การบำบัดทางเลือก เช่น สัตว์บำบัด การนวดบำบัด เป็นต้น นอกจากนี้ยังสามารถประยุกต์ใช้เทคโนโลยี เช่น VR (Virtual Reality) และ AR (Augmented Reality) เข้ามามีบทบาทในการบำบัด โดยการสร้างสภาพแวดล้อมจำลองสถานการณ์จริงเพื่อฝึกทักษะทางสังคมและพฤติกรรมในผู้ที่ภาวะ ASD (Chiappini et al., 2024; Dechsling et al., 2021)

รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนจากระบบการศึกษาและสังคมซึ่งมีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็ก ASD การพัฒนาโปรแกรมการศึกษาแบบเฉพาะบุคคล เช่น Individualized Education Program: IEP จะช่วยให้เด็กได้รับการศึกษาในรูปแบบที่เหมาะสมกับความต้องการเฉพาะของผู้ที่มีภาวะ ASD อีกด้วย กอปรกับโรงเรียนและชุมชนควรสนับสนุนและยอมรับผู้ที่มีภาวะ ASD สามารถสร้างสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาตนเอง อีกทั้งควรมีการสร้างความตระหนักในสังคมเกี่ยวกับ ASD รวมถึงการให้ความรู้แก่ผู้ปกครองและผู้ดูแล สามารถลดการกีดกันและสร้างความเข้าใจที่ดีระหว่างผู้ที่มีภาวะ ASD และชุมชนอีกด้วย (Dawson & Burner, 2011)

จากการศึกษาเกี่ยวกับโรคออทิสติกสเปกตรัมนั้น โรคนี้เป็นโรคที่ถูกจัดอยู่ในกลุ่มการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชตามคู่มือ DSM-5 ซึ่งเป็นกลุ่มโรคที่มีความบกพร่องของพัฒนาการทางสังคม การสื่อสาร และมีพฤติกรรมหรือความสนใจซ้ำ ๆ อย่างไม่เหมาะสม ซึ่งจากการศึกษานั้นพบว่า การวินิจฉัยตามคู่มือ DSM-5 สามารถแบ่งความรุนแรงออกได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 ต้องการความช่วยเหลือ ระดับที่ 2 ต้องการความช่วยเหลือค่อนข้างมาก และระดับที่ 3 ต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก ซึ่งในกลุ่มบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคออทิสติกสเปกตรัมจึงควรได้รับการรักษาแบบการผสมผสานวิธีการหลายแบบเพื่อให้เหมาะสมกับความต้องการของแต่ละบุคคล เช่น การฝึกทักษะทางสังคม การฝึกทักษะการสื่อสาร การปรับพฤติกรรม DIR/Floortime การบูรณาการประสาทการรับรู้สัมผัส และการรักษาด้วยยา เป็นต้น

ความทุกข์ใจจากเพศสภาพและเพศที่ไม่สอดคล้อง (Gender Dysphoria and Gender Incongruence)

เยาวชนข้ามเพศ/เพศไม่สอดคล้อง (Transgender Youth; gender incongruent) หมายถึงเด็กและวัยรุ่นที่มีความไม่ตรงกับเพศกำเนิด (American Psychiatric Association, 2013) ได้ถูกให้ความสนใจเพิ่มขึ้น การชี้แจงความแตกต่างระหว่างเพศของบุคคลปัจจุบันนี้ยึดหลักการของ The Gender Bread Person ประกอบด้วย อัตลักษณ์ทางเพศ (Gender Identity) เพศกำเนิด (Biological Sex) และรสนิยมทางเพศ (Sexual Orientation) ว่าเป็นไปในรูปแบบใดในอดีต John Money (ค.ศ. 1921-2006) ได้นำเสนอทฤษฎีความเป็นกลางทางเพศ (Gender Neutrality) ว่าอัตลักษณ์ทางเพศส่วนใหญ่กำหนดโดยปัจจัยทางสังคม (Money et al., 1957) แต่ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาปัจจัยทางชีววิทยา โดยเฉพาะการได้รับฮอร์โมนก่อนคลอดมีส่วนในการสร้างและแบ่งแยกอัตลักษณ์ทางเพศ จากตัวอย่างของผู้หญิงที่มีโครโมโซม CAH (Congenital adrenal hyperplasia) เมื่อได้รับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนในระดับสูงก่อนคลอด เด็กหญิงหลายคนจะมีพฤติกรรมเป็นผู้ชายและมีแนวโน้มเกิดความทุกข์ใจจากเพศสภาพ

ของตนสูงกว่าประชากรทั่วไป (Dessens et al., 2005) อีกตัวอย่างที่ถูกอ้างอิงมากที่สุดคือ กรณีคู่แฝด “John – Joan” (Colapinto, 2000; Diamond & Sigmundson, 1997) ที่ยืนยันว่า ปัจจัยทางชีววิทยามีส่วนร่วมในการกำหนดอัตลักษณ์ทางเพศ และปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันกับปัจจัยทางชีววิทยา สำหรับปัจจัยทางจิตสังคม เช่น การปฏิบัติหน้าที่ของพ่อแม่ การไม่มีพ่อ การไม่มีแม่ ความคาดหวังของพ่อแม่ เป็นต้น ยังไม่ได้รับการพิสูจน์ที่ชัดเจนว่าส่งผลต่ออัตลักษณ์ทางเพศ (Steensma et al., 2013a)

การวินิจฉัยโรค ในทศวรรษ 1960 เริ่มมีงานวิจัยที่กล่าวถึงการข้ามเพศในวัยเด็กว่าเป็นเรื่องปกติและรูปแบบพัฒนาการข้ามเพศมีความคล้ายคลึงกับผู้ใหญ่ (Green, 1987) ในปลายปี ค.ศ. 1990 โลกได้เริ่มต้นตัวในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของความผิดปกติของอัตลักษณ์ทางเพศ (Gender Identity Disorder) รวมถึงการค้นหาวิธีการรักษาโดยเฉพาะด้วยวิธีการใช้ฮอร์โมนสำหรับบุคคลข้ามเพศ (Cohen-Kettenis & van Goozen, 1998; Hembree et al., 2009) ช่วงเวลาดังกล่าว เกณฑ์วินิจฉัยโรค DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders; DSM) ได้จัด การข้ามเพศ (Transsexualism) ความผิดปกติของอัตลักษณ์ทางเพศในวัยเด็ก (Gender Identity Disorder of Childhood) และความผิดปกติของอัตลักษณ์ทางเพศที่ไม่ปกติ (Atypical gender Identity Disorder) ไว้ในกลุ่มความไม่ตรงกันระหว่างเพศทางกายวิภาคและอัตลักษณ์ทางเพศ (An Incongruence between Anatomic Sex and Gender Identity) (American Psychiatric Association, 2013; Turban et al., 2018) แต่ในฉบับ DSM-III-R ได้มีการแก้ไข โดยไม่วินิจฉัยรวมกับบุคคลที่มีโรคทางจิตเภทและกลุ่มที่มีพัฒนาการเพศผิดปกติ (Disorder of Sex Development: DSD) ซึ่งฉบับล่าสุด DSM-V ได้เปลี่ยนชื่อความผิดปกติของอัตลักษณ์ทางเพศ เป็น ความทุกข์ใจจากเพศสภาพ (Gender Dysphoria) มีเป้าหมายเพื่อลดการตีตราทางสังคมและเปิดช่องไว้สำหรับผู้ต้องการช่วยเหลือเท่านั้น (Vance, Jr, et al., 2010) การแบ่งกลุ่มตามรสนิยมทางเพศออก (Subtyping) โดยฉบับนี้ได้เพิ่มความเข้มงวดในการวินิจฉัยในวัยเด็กเพิ่มขึ้น โดยเพิ่มเกณฑ์การวินิจฉัยในประเด็นที่ว่า เด็กต้องแสดงออกถึงความปรารถนาหรือยืนยันตนอย่างแท้จริงในการเป็นเพศอื่น ซึ่งเกณฑ์สำหรับวัยรุ่นและผู้ใหญ่มีการเปิดกว้างมากขึ้นโดยอนุญาตให้ผู้ที่มียอัตลักษณ์ทางเพศที่รับรู้เพศสภาพตนเองนอกเหนือไปจากกรอบเพศชายและหญิง (Nonbinary gender identities) ได้รับการวินิจฉัยและเข้าถึงการรักษาได้ ปัจจุบันการวินิจฉัยสำหรับความทุกข์ใจจากเพศสภาพในเด็ก ต้องมีหลักฐานความไม่ตรงกันที่ชัดเจนระหว่างเพศที่มีประสบการณ์/แสดงออกและเพศที่ได้รับมอบหมาย เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยอย่างน้อย 6 เกณฑ์จากทั้งหมด 8 เกณฑ์ หนึ่งในนั้นต้องเป็นความปรารถนาอย่างแรงกล้าที่จะเป็นเพศอื่นหรือการยืนยันว่าตนเป็นเพศอื่น (หรือเพศทางเลือกที่แตกต่างจากเพศที่ได้รับมอบหมาย (American Psychiatric Association, 2013) นอกจากนี้ผู้ป่วยต้องประสบกับความทุกข์ทาง

คลินิกอย่างมีนัยสำคัญหรือความบกพร่องในด้านสังคม โรงเรียน หรือด้านสำคัญอื่น ๆ ของการทำงานที่ระบุไว้ใน DSM-IV

มุมมองด้านระบาดวิทยา ในเชิงระบาดวิทยา ยังไม่มีการศึกษาความชุกความทุกข์ใจจากเพศสภาพและความไม่สอดคล้องทางเพศในเด็กและวัยรุ่นอย่างเป็นทางการ แต่มีรายงานการศึกษาพบว่า การระบุว่าตนเองเป็นผู้ข้ามเพศ จะอยู่ระหว่าง ร้อยละ 1.2-1.3 ร้อยละ 2.5 บอกว่าตนเองไม่แน่ใจ (Clark et al., 2014; Shields et al., 2013) อัตราส่วนในการส่งเด็กเข้ารับบริการคลินิกอัตลักษณ์ทางเพศ พบว่าเพศชายมากกว่าเพศหญิง (4.49:1) (Wood et al., 2013) สะท้อนว่าผู้ปกครองของเด็กก่อนวัยเจริญพันธุ์มีความกังวลในความแปรผันทางเพศในผู้ชายมากกว่าเพศหญิง ในด้านความทุกข์ใจจากเพศสภาพพบสัดส่วนระหว่างหญิงชายเท่ากัน (1:1) (Aitken et al., 2015) ปัจจุบันได้มีการศึกษาเพิ่มเติมถึงความต่อเนื่องของความทุกข์ทางเพศจากวัยเด็กสู่วัยรุ่นพบว่าสัดส่วนของผู้ยืนยันกรานและผู้ล้มเลิกอัตลักษณ์การข้ามเพศของตนนั้นมีแนวโน้มการยืนยันกรานเพิ่มขึ้นหลังปี ค.ศ. 2000 คือ ร้อยละ 12 ถึง ร้อยละ 39 (Fridell et al., 1996; Richter-Appelt et al., 2005; Zucker et al., 1993) โดยพบว่าปัจจัยด้านอายุที่มากขึ้นในตอนประเมิน ภูมิหลังทางสังคม และเพศหญิงมีความสัมพันธ์กับอัตรากรยืนยันกรานการข้ามเพศของตนเอง แต่ทั้งนี้การทำนายว่าเด็กแต่ละคนจะมีโอกาสของการข้ามเพศต่อเนื่องไปถึงช่วงวัยรุ่นยังเป็นสิ่งที่หาคำตอบยังไม่ได้ (Steensma et al., 2013b) ตรงกันข้ามกับการยืนยันกรานการข้ามเพศของวัยรุ่นที่ส่วนใหญ่จะมีความต่อเนื่องในอัตลักษณ์ข้ามเพศไปถึงวัยผู้ใหญ่ (Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003) จากการวิจัยระยะยาวติดตามผล 24 ปี ยังพบว่าพฤติกรรมทางเพศที่แปรปรวนในวัยเด็กก่อนวัยเจริญพันธุ์เป็นตัวทำนายรสนิยมทางเพศกับเพศเดียวกัน ซึ่งมีสัดส่วนที่สูงกว่าเด็กที่ไม่มีพฤติกรรมทางเพศที่แปรปรวนระหว่าง 8.4-15.8 เท่า (Green, 1987) แต่ทั้งนี้เด็กกลุ่มนี้จะเติบโตขึ้นเป็นได้ทั้งบุคคลที่มีอัตลักษณ์ทางเพศปกติ (Cisgender) ที่มีรสนิยมชอบเพศเดียวกันหรือชอบทั้ง 2 เพศ (Same-sex or Bisexual orientation) (Green, 1987; Singh, 2012; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008) ประเด็นด้านโรคทางจิตเวชพบว่าการศึกษาในเด็กและวัยรุ่นชาวดัตช์ที่เพศไม่สอดคล้อง พบว่า ร้อยละ 32.4 มีความผิดปกติทางจิตหนึ่งโรคหรือมากกว่า ร้อยละ 21 มีความผิดปกติทางความวิตกกังวล และร้อยละ 11.4 มีความผิดปกติทางอารมณ์ แต่อย่างไรแล้วประเด็นทางจิตเวชนี้ส่วนใหญ่เป็นผลมาจากความเครียดจากการถูกทำร้ายจากเพื่อน การเป็นชนกลุ่มน้อย โดยเฉพาะการถูกทำร้ายนั้นมากถึงร้อยละ 80 (McGuire et al., 2010) ซึ่งความสัมพันธ์ที่แน่นนี้เป็นปัจจัยทำนายสำคัญของปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในเยาวชนที่เพศไม่สอดคล้อง (Steensma et al., 2014) นำไปสู่พฤติกรรมการทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตาย พบว่าคนไข้มืออัตรากรพยายามฆ่าตัวตายในอดีตที่สูง เช่นใน ลอนดอน (10%, อายุเฉลี่ย 13.5) (Skagerberg et al., 2013) ลอสแอนเจลิส (30%, อายุเฉลี่ย 19.2) ซึ่งอัตราส่วนจะเพิ่มขึ้นตามอายุประชากรกลุ่มนี้ (Aitken et al., 2016)

การบำบัดรักษาให้มีความสำคัญกับช่วงอายุ หากเป็นเด็กก่อนวัยเจริญพันธุ์ วิธีการรักษาได้ถูกนำเสนอ 3 รูปแบบคือ วิธีการที่หนึ่ง “The Therapeutic Model” ของ Dreger (2009) ที่เน้นความพยายามในการลดความไม่สอดคล้องทางเพศ เช่น การบำบัดโดยจิตวิเคราะห์ ซึ่งวิธีนี้ถูกโจมตีจากนักวิจารณ์ว่าไม่มีความเหมาะสมเพราะอัตลักษณ์ทางเพศไม่ควรถูกได้รับการปรับเปลี่ยน การบำบัดจะทำให้เด็กรู้สึกอับอาย เกิดความรู้สึกเชิงลบ วิธีการที่สอง คือ “Watchful Waiting” (Zucker, 2008) ที่เน้นการเฝ้ารอดู ไม่เน้นการห้ามพฤติกรรมที่ผันแปร แต่จะให้คำแนะนำผู้ปกครองในการเปิดใจรอต่อการเปลี่ยนแปลง เน้นการสื่อสารพูดคุย และวิธีการที่สาม คือ “Affirmative Model” ของ Ehrensaft (2012) ที่เป็นการยืนยันในอัตลักษณ์ทางเพศของพวกเขา

เยาวชนที่เพศไม่สอดคล้องและมีความทุกข์ใจจากเพศสภาพเป็นกลุ่มที่เปราะบาง เพราะมีอาการทางจิตเวชร่วมและมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่สูง ซึ่งอาจเป็นผลมาจากความเครียดจากการเป็นชนกลุ่มน้อยและความทุกข์ที่เกี่ยวข้องกับการมีชีวิตในร่างกายที่ไม่ตรงกับเพศกำเนิด เด็กก่อนวัยเจริญพันธุ์ที่มีพฤติกรรมหรืออัตลักษณ์ทางเพศที่ตรงกับเพศกำเนิด ควรได้รับการสนับสนุนด้วยการบำบัดทางจิตวิทยา ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบวิธีการที่ทำงานร่วมกับผู้ปกครอง ในการให้คำแนะนำ ผสานกับการสื่อสารพูดคุยกับกลุ่มผู้ป่วย รวมไปถึงการบำบัดด้วยจิตวิเคราะห์ อีกทั้งรูปแบบการให้ผู้ป่วยได้เห็นคุณค่าในอัตลักษณ์ทางเพศของตนเอง เป็นต้น

สรุปสามเรื่องทุกข์ใจในวัยรุ่นที่เป็นปัญหาทางจิตเวชที่ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของวัยรุ่น ได้แก่ (1) โรคซึมเศร้า (Depressive Disorder) โดยอาการของโรคนี้ผู้ป่วยมักมีอาการเศร้าเกือบทั้งวัน สูญเสียความสนใจหรือความสุขในกิจกรรมต่าง ๆ อาการอาจรวมถึงการมีความคิดทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย การรักษาแบ่งออกเป็นการใช้ยาและการทำจิตบำบัดควบคู่กัน (2) โรคออทิสติกสเปกตรัม (Autism Spectrum Disorder: ASD) เป็นความผิดปกติทางการพัฒนาของสมองที่ส่งผลต่อความสามารถในการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ทางสังคม อีกทั้งโรคออทิสติกนี้ถูกจัดในกลุ่มการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชที่มีการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยนั้นมีระดับความรุนแรงของโรคออทิสติกมากน้อยเพียงใด โดยผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมที่ซ้ำซากและมีความสนใจในเรื่องเฉพาะเจาะจง การวินิจฉัยผู้เชี่ยวชาญจะใช้ DSM-5 และ ICD-11 ในการวินิจฉัยและเป็นแนวทางการรักษามีการใช้ทั้งการบำบัดพฤติกรรม การรักษาด้วยยา และการใช้เทคโนโลยีเสริม และ (3) ความทุกข์ใจจากเพศสภาพและเพศที่ไม่สอดคล้อง (Gender Dysphoria and Gender Incongruence) เยาวชนที่มีความทุกข์ใจจากเพศสภาพที่ไม่ตรงตามเพศกำเนิด โดยตามคู่มือการวินิจฉัยของ DSM-5 ได้เปลี่ยนชื่อจากความผิดปกติของอัตลักษณ์ทางเพศเป็นความทุกข์ใจจากเพศสภาพเพื่อลดการตีตรา และพบว่ามีเยาวชนจำนวนหนึ่งที่มีความทุกข์ใจจากเพศสภาพในวัยเด็กที่ไม่แน่นอนและอาจเปลี่ยนแปลงเมื่อโตขึ้น ซึ่งปัญหาความทุกข์ใจในวัยรุ่นเหล่านี้มีแนวทางแก้ไขเยียวยาได้ด้วยวิธีการวินิจฉัยและการรักษาที่หลากหลายตามความต้องการเฉพาะบุคคล โดยสามารถสรุปรายละเอียดของทั้ง 3 โรคนี้ได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1

สามโรคจิตเวชในวัยรุ่น

โรคทางจิตเวช	ผลกระทบ	แนวทางการรักษา
(1) โรคซึมเศร้า (Depressive Disorder)	1) ทางด้านอารมณ์ บุคคลจะมีอารมณ์เศร้าที่มากกว่าปกติ มีอารมณ์เศร้าเกือบทั้งวัน มีความรู้สึกที่ไร้ค่า สมาธิลดลง 2) ทางด้านความคิด บุคคลที่มีโรคซึมเศร้าจะมีกระบวนการคิดที่ผิดปกติ ที่บิดเบือนไปจากปกติ เช่น คิดฆ่าตัวตาย คิดทำร้ายตนเอง 3) ทางด้านพฤติกรรม เช่น การขาดเรียน ขาดงาน เก็บตัว แยกตนเองออกจากสังคม 4) ทางด้านร่างกาย เช่น ไม่มีความอยากรับประทานอาหาร หรือกินมากกว่าปกติ นอนไม่หลับหรือหลับมากกว่าปกติ อ่อนล้า เหนื่อย	1) รักษาด้วยการใช้ยา คือ การรับประทานยาต้านเศร้า 2) รักษาด้วยการไม่ใช้ยา หรือ การทำจิตบำบัด (Psychotherapy)
(2) โรคออทิสติกสเปกตรัม (Autism Spectrum Disorder: ASD)	ขาดความสามารถในการสื่อสาร และการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม รวมถึงการแสดงพฤติกรรมซ้ำซากและความสนใจในเรื่องเฉพาะเจาะจงที่จำกัดเป็นแบบแผนซ้ำ ๆ รวมถึงการขาดความสามารถในการทำ ความเข้าใจหรือใช้ทักษะทางสังคม การแสดงออกของภาษาที่จำกัด และการมีความยืดหยุ่นน้อยต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตประจำวัน	มีแนวทางการรักษาหลากหลายวิธีการ เช่น 1) Educational and Behavioral Treatments เช่น การฝึกวิเคราะห์พฤติกรรมประยุกต์ 2) การฝึกทักษะทางสังคม (Social Skills) 3) การฝึกทักษะการสื่อสาร (Communication Skills) 4) การปรับพฤติกรรม (Behavior Modification) 5) ดีไออาร์/ฟลอไทม์ (DIR/Floortime) 6) การบูรณาการประสาทการรับรู้ความรู้สึก (Sensory Integration; SI) 7) การรักษาด้วยยา

ตารางที่ 1

สามโรคจิตเวชในวัยรุ่น (ต่อ)

โรคทางจิตเวช	ผลกระทบ	แนวทางการรักษา
(3) ความทุกข์ใจจากเพศสภาพ และเพศที่ไม่สอดคล้อง (Gender Dysphoria and Gender Incongruence)	เกิดความเครียดจากการถูกทำร้ายจากเพื่อน เนื่องจากการเป็นชนกลุ่มน้อย โดยเฉพาะการถูกทำร้าย ซึ่งนำไปสู่พฤติกรรมการทำร้ายตนเอง และการฆ่าตัวตาย	1) "The Therapeutic Model" ของ Dregger (2009) ที่เน้นความพยายามในการลดความไม่สอดคล้องทางเพศ เช่น การบำบัดโดยจิตวิเคราะห์ 2) Watchful Waiting (Zucker, 2008) เน้นการเฝ้ารอดูให้คำแนะนำผู้ปกครองในการเปิดใจรอดูการเปลี่ยนแปลง เน้นการสื่อสารพูดคุย 3) Affirmative Model" ของ Ehrensaft (2012) ที่เป็นการยืนยันในอัตลักษณ์ทางเพศ

เอกสารอ้างอิง/References

- นนทวัช สิทธิรักษ์, กมลเนตร วรรณเสวก, กมลพร วรรณฤทธิ์, ปนต ผู้กฤตยาคามิ, สุพร ภินันทเวช, และ พนม เกตุมาน. (2559). *จิตเวชศาสตร์ ศิริราช DSM- 5* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ประยูรสาสน์ไทยการพิมพ์.
- ชวนันท์ ชาญศิลป์. (2561). *ออทิสซึมสเปกตรัม (Autism Spectrum Disorder)*. โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- ดาราวรรณ ต๊ะปีนตา. (2556). *ภาวะซึมเศร้า: การบำบัดและการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม*. วนิตการพิมพ์.
- ปาริชาติ เมืองขวา, กมลนันท์ คล่องดี, และ สุรัชย์ เนนียง. (2563). ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาไทย: บทบาทที่สำคัญสำหรับสถาบันการศึกษา. *วารสารพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสยาม*, 21(41), 104-116.
- วิจิตราน บุญสิทธิ. (2564). *จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่นในเวชปฏิบัติ Child and Adolescent Psychiatry in Clinical Practice*. พี.เอ.ลีฟวิ่ง.
- Aitken, M., Steensma, T. D., Blanchard, R., VanderLaan, D. P., Wood, H., Fuentes, A., Spegg, C., Wasserman, L., Ames, M., & Fitzsimmons, C. L. (2015). Evidence for an altered sex ratio in clinic-referred adolescents with gender dysphoria. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(3), 756-763.
- Aitken, M., VanderLaan, D. P., Wasserman, L., Stojanovski, S., & Zucker, K. J. (2016). Self-harm and suicidality in children referred for gender dysphoria. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(6), 513-520.
- American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental Disorders* (5th ed.). Author.
- Chiappini, M., Dei, C., Micheletti, E., Biffi, E., & Storm, F. A. (2024). High-functioning autism and virtual reality applications: A scoping review. *Applied Sciences*, 14(7), Article 3132. <https://doi.org/10.3390/app14073132>
- Clark, T. C., Lucassen, M. F., Bullen, P., Denny, S. J., Fleming, T. M., Robinson, E. M., & Rossen, F. V. (2014). The health and well-being of transgender high school students: Results from the New Zealand adolescent health survey (Youth'12). *Journal of Adolescent Health*, 55(1), 93-99.
- Cohen-Kettenis, P. T., & Pfäfflin, F. (2003). *Transgenderism and intersexuality in childhood and adolescence: Making choices*. Sage.
- Cohen-Kettenis, P. T., & van Goozen, S. H. (1998). Pubertal delay as an aid in diagnosis and treatment of a transsexual adolescent. *European child & adolescent psychiatry*, 7(4), 246-248.
- Colapinto, J. (2000). *As nature made him: The boy who was raised as a girl*. HarperCollins.

- Dawson, G., & Burner, K. (2011). Behavioral interventions in children and adolescents with autism spectrum disorder: a review of recent findings. *Current opinion in pediatrics*, 23(6), 616–620. <https://doi.org/10.1097/MOP.0b013e32834cf082>
- Dechsling, A., Shic, F., Zhang, D., Marschik, P. B., Esposito, G., Orm, S., Sütterlin, S., Kalandadze, T., Øien, R. A., & Nordahl-Hansen, A. (2021). Virtual reality and naturalistic developmental behavioral interventions for children with autism spectrum disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 111, Article 103885. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2021.103885>
- Dessens, A. B., Slijper, F. M., & Drop, S. L. (2005). Gender dysphoria and gender change in chromosomal females with congenital adrenal hyperplasia. *Archives of sexual behavior*, 34, 389-397. <https://doi.org/10.1007/s10508-005-4338-5>
- Diamond, M., & Sigmundson, H. K. (1997). Sex reassignment at birth: Long-term review and clinical implications. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 151(3), 298-304.
- Dreger, A. (2009). Gender identity disorder in childhood: Inconclusive advice to parents. *The Hastings Center Report*, 39(1), 26-29.
- Ehrensaft, D. (2012). From gender identity disorder to gender identity creativity: True gender self child therapy. *Journal of Homosexuality*, 59(3), 337-356. <https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653303>
- Esposito, G., Del Bianco, T., Shic, F., Marschik, P. B., & Nordahl-Hansen, A. (2015). The Autism Diagnostic Observation Schedule, Toddler Module: Standardized severity scores. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(9), 2704-2720. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2432-7>
- Fridell, L. A., Jones, T. P., & Smith, K. (1996). *The “sissy boy syndrome” and the development of homosexuality*. Yale University Press.
- Green, R. (1987). *The “sissy boy syndrome” and the development of homosexuality*. Yale University Press.
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H. A., Gooren, L. J., Meyer, W. J., III, Spack, N. P., Tangpricha, V., & Montori, V. M. (2009). Endocrine Treatment of Transsexual Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 94(9), 3132-3154. <https://doi.org/10.1210/jc.2009-0345>
- Martin, A., Volkmar, F. R., & Bloch, M. H. (2017). *Lewis’s child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook* (5th ed.). Wolters Kluwer Health.

- McGuire, J. K., Anderson, C. R., Toomey, R. B., & Russell, S. T. (2010). School climate for transgender youth: A mixed method investigation of student experiences and school responses. *Journal of youth and adolescence*, 39(10), 1175-1188. <https://doi.org/10.1007/s10964-010-9540-7>
- Money, J., Hampson, J. G., & Hampson, J. L. (1957). Imprinting and the establishment of gender role. *AMA archives of neurology & psychiatry*, 77(3), 333-336.
- Richter-Appelt, H., Discher, C., & Gedrose, B. (2005). Gender identity and recalled gender-related childhood play behaviour in adult individuals with different forms of intersexuality. *Anthropologischer Anzeiger*, 63(3), 241-256.
- Shields, J. P., Cohen, R., Glassman, J. R., Whitaker, K., Franks, H., & Bertolini, I. (2013). Estimating population size and demographic characteristics of lesbian, gay, bisexual, and transgender youth in middle school. *Journal of Adolescent Health*, 52(2), 248-250.
- Singh, D. (2012). *A follow-up study of boys with gender identity disorder* [Doctoral dissertation, University of Toronto]. ProQuest Dissertations & Theses Global.
- Skagerberg, E., Davidson, S., & Carmichael, P. (2013). Internalizing and externalizing behaviors in a group of young people with gender dysphoria. *International Journal of Transgenderism*, 14(3), 105-112.
- Steensma, T. D., Kreukels, B. P., de Vries, A. L., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013a). Gender identity development in adolescence. *Hormones and Behavior*, 64(2), 288-297.
- Steensma, T. D., McGuire, J. K., Kreukels, B. P., Beekman, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013b). Factors associated with desistence and persistence of childhood gender dysphoria: A quantitative follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(6), 582-590.
- Steensma, T. D., Zucker, K. J., Kreukels, B. P., Vanderlaan, D. P., Wood, H., Fuentes, A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2014). Behavioral and emotional problems on the Teacher's Report Form: A cross-national, cross-clinic comparative analysis of gender dysphoric children and adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(4), 635-647. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9804-2>
- Turban, J. L., de Vries, A. L., Zucker, K. J., & Shadianloo, S. (2018). Transgender and gender non-conforming youth. *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.

- Vance Jr, S. R., Cohen-Kettenis, P. T., Drescher, J., Meyer-Bahlburg, H. F., Pfäfflin, F., & Zucker, K. J. (2010). Opinions about the DSM gender identity disorder diagnosis: Results from an international survey administered to organizations concerned with the welfare of transgender people. *International Journal of Transgenderism*, 12(1), 1-14.
- Wallien, M. S., & Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(12), 1413-1423.
- Wood, H., Sasaki, S., Bradley, S. J., Singh, D., Fantus, S., Owen-Anderson, A., Di Giacomo, A., Bain, J., & Zucker, K. J. (2013). Patterns of referral to a gender identity service for children and adolescents (1976–2011): Age, sex ratio, and sexual orientation. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 39(1), 1-6.
- World Health Organization. (2022). *ICD-11 for mortality and morbidity statistics: 6A02 autism spectrum disorder*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2023a). Autism spectrum disorders. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
- World Health Organization. (2023b). Depression. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Zeidan, J., Fombonne, E., Scolah, J., Ibrahim, A., Durkin, M. S., Saxena, S., Yusuf, A., Shih, A., & Elsabbagh, M. (2022). Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism Research*, 15(5), 778-790. <https://doi.org/10.1002/aur.2696>
- Zucker, K. J., Bradley, S. J., Owen-Anderson, A., Kibblewhite, S. J., Cantor, J. M., & Pace, M. (1993). *Gender identity development and issues*. Guilford Press.
- Zucker, K. J. (2008). Children with gender identity disorder: Is there a best practice? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 56(6), 358-364. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2008.06.003>