



ออทิสติก

(Autism Spectrum Disorder)

นพ.ทวีศักดิ์ ลีรัตน์เรขา
จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น

บทนำ

“ออทิสติก” (Autism Spectrum Disorder) เป็นโรคที่รู้จักมาเป็นเวลา 70 ปีมาแล้ว มีชื่อเรียกหลากหลาย และมีการเปลี่ยนแปลงการเรียกชื่อเป็นระยะ เช่น ออทิสติก (Autistic Disorder), ออทิสซึม (Autism), ออทิสติก สเปกตรัม (Autism Spectrum Disorder), พีดีดี (Pervasive Developmental Disorders; PDDs), พีดีดี เอ็นโอเอส (PDD, Not Otherwise Specified) และแอสเพอร์เกอร์ (Asperger’s Disorder) เป็นต้น จนในปัจจุบันตกลงใช้คำว่า “Autism Spectrum Disorder” ตามเกณฑ์คู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชฉบับล่าสุด DSM-5 ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ซึ่งใช้อย่างเป็นทางการในระดับสากลตั้งแต่ปี พ.ศ.2556 สำหรับในภาษาไทย ควรใช้ชื่อว่า “ออทิสติก” เหมือนกันในทุกกลุ่มย่อย หรือทุกสเปกตรัมของอาการเช่นเดียวกัน เนื่องจากเป็นคำที่ใช้มานานแล้ว ไม่ควรใช้หลายชื่อซึ่งจะทำให้เกิดความสับสนได้

ออทิสติก เป็นความผิดปกติของพัฒนาการเด็กรูปแบบหนึ่ง ซึ่งมีลักษณะเฉพาะตัว โดยเด็กไม่สามารถพัฒนาทักษะทางสังคมและการสื่อความหมายได้เหมาะสมตามวัย มีลักษณะพฤติกรรม กิจกรรม และความสนใจ เป็นแบบแผนซ้ำๆ จำกัดเฉพาะบางเรื่อง และไม่ยืดหยุ่น ปัญหาดังกล่าวเป็นตั้งแต่เล็ก ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการดำรงชีวิต

นักวิชาการพยายามศึกษารายละเอียดต่างๆ ของโรคออทิสติก แต่ยังไม่สามารถหาสาเหตุที่แน่ชัดได้ พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นในทุกประเทศทั่วโลก พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ถึงแม้ว่ายังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด ก็เชื่อว่าทำอะไรไม่ได้เลย เนื่องจากการดูแลช่วยเหลือในปัจจุบันสามารถช่วยให้เด็กกลุ่มนี้ดีขึ้นได้มาก โดยเฉพาะถ้าได้รับการวินิจฉัย และดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสมตั้งแต่อายุน้อยๆ และดูแลอย่างต่อเนื่อง



ประวัติความเป็นมา

คำว่า “Autism” มีรากศัพท์มาจากภาษากรีก ว่า “Auto” ซึ่งแปลว่า Self หมายถึง แยกตัวอยู่ตามลำพังในโลกของตัวเอง เปรียบเสมือนมีกำแพงใส หรือกระจกเงา กั้นบุคคลเหล่านี้ออกจากสังคมรอบข้าง

ปี พ.ศ.2486 มีการรายงานผู้ป่วยเป็นครั้งแรก โดยนายแพทย์ลีโอ แคนเนอร์ (Leo Kanner) จิตแพทย์ สถาบันจอห์น ฮอปกินส์ สหรัฐอเมริกา รายงานผู้ป่วยเด็กจำนวน 11 คน ที่มีอาการแปลกๆ เช่น พูดเลียนเสียง พูดซ้ำ สื่อสารไม่เข้าใจ ทำซ้ำๆ ไม่ชอบการเปลี่ยนแปลง ไม่สนใจคนอื่น เล่นไม่เป็น และได้ติดตามเด็กอยู่นาน 5 ปี พบว่าเด็กเหล่านี้แตกต่างจากเด็กที่บกพร่องทางสติปัญญา จึงเรียกชื่อเด็กที่มีอาการเช่นนี้ว่า “Early Infantile Autism”

ปี พ.ศ.2487 นายแพทย์ฮานส์ แอสเพอร์เกอร์ (Hans Asperger) กุมารแพทย์ ชาวออสเตรีย บรรยายถึงเด็กที่มีลักษณะเข้าสังคมลำบาก หมกมุ่นอยู่กับการทำอะไรซ้ำๆ ประหลาดๆ แต่กลับพูดเก่งมาก และดูเหมือนจะฉลาดมากด้วย เรียกชื่อเด็กที่มีอาการเช่นนี้ว่า “Autistic Psychopathy” แต่วิกฤตสงครามโลกครั้งที่สองทำให้ไม่มีใครสานต่องานวิจัย จนในปี พ.ศ.2524 Lorna Wing นำมาอ้างอิงถึงออทิสติกในความหมายของแอสเพอร์เกอร์ คล้ายคลึงกับของแคนเนอร์มาก นักวิจัยรุ่นหลังจึงสรุปว่า หมอ 2 คนนี้พูดถึงเรื่องเดียวกัน แต่ในรายละเอียดที่แตกต่างกัน ซึ่งในปัจจุบันจัดอยู่ในกลุ่มเดียวกัน คือ “Autism Spectrum Disorder”

ปี พ.ศ.2537 ออทิสติก จัดอยู่ในกลุ่มการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ที่เรียกว่า “Pervasive Developmental Disorders” ตามเกณฑ์คู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (DSM-IV, 1994) และปรับปรุง ปี พ.ศ.2543 (DSM-IV-TR, 2000)

ประกอบด้วย 5 กลุ่มย่อย ดังนี้

1. ออทิสติก (Autistic Disorder)
2. แอสเพอร์เกอร์ (Asperger’s Disorder)
3. เร็ทท์ (Rett’s Disorder)
4. ซีดีดี (Childhood Disintegrative Disorder)
5. พีดีดี เอ็นไอเอส (Pervasive Developmental Disorder, Not Otherwise Specified)

ปี พ.ศ.2556 ออทิสติก จัดอยู่ในกลุ่มการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ที่เรียกชื่อใหม่ว่า “Autism Spectrum Disorder” ตามเกณฑ์คู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5, 2013) ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงเกณฑ์การวินิจฉัยโรคใหม่ต่างไปจากเดิมพอสมควร เนื่องจากความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับออทิสติกมีมากขึ้น ไม่มีการแบ่งออกเป็นกลุ่มย่อย



ส่วนเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามมาตรฐานสากล ขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 ปรับปรุง ปี พ.ศ.2554 (ICD-10, 2011) เรียกว่า “Pervasive Developmental Disorders” รหัสการวินิจฉัย F84 ยังคงใช้ต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน โดยแบ่งออกเป็น 8 กลุ่มย่อย ดังนี้

1. Childhood Autism
2. Atypical Autism
3. Rett’s Syndrome
4. Other Childhood Disintegrative Disorder
5. Overactive Disorder Associated with Mental Retardation and Sterotyped Movements
6. Asperger’s Syndrome
7. Other Pervasive Developmental Disorders
8. Pervasive Developmental Disorders, unspecified

แต่ในเกณฑ์ฉบับที่ 11 (ICD-11) ที่จะประกาศใช้ จะเปลี่ยนมาเรียกชื่อว่า “Autism Spectrum Disorder” เช่นเดียวกัน

ลักษณะอาการและการวินิจฉัย

ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ฉบับที่ 5 (DSM-5, 2013) จัดออกทีสตีกทุกสเปกตรัมอยู่ในกลุ่มการวินิจฉัยเดี่ยว ที่เรียกว่า “Autism Spectrum Disorder” มีคุณลักษณะหลัก 2 อย่าง คือ บกพร่องอย่างชัดเจนในการสื่อสารทางสังคม และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (social communication and social interaction) และมีแบบแผนพฤติกรรม ความสนใจ หรือกิจกรรมที่จำกัด ซ้ำๆ (restricted, repetitive patterns of behavior, interest or activities) โดยกำหนดหลักเกณฑ์ ดังนี้

A. บกพร่องอย่างชัดเจนในการสื่อสารทางสังคม และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ในหลากหลายบริบท โดยแสดงออกดังนี้ (ภาวะปัจจุบันหรือจากประวัติก็ได้)

- 1) บกพร่องในการตอบสนองทางอารมณ์และสังคม (social-emotional reciprocity)
- 2) บกพร่องในการใช้ภาษาท่าทาง เพื่อการสื่อสารทางสังคม
- 3) บกพร่องในการพัฒนา คงไว้ และเข้าใจในสัมพันธภาพ

B. มีแบบแผนพฤติกรรม ความสนใจ หรือกิจกรรมที่จำกัด ซ้ำๆ โดยแสดงออกอย่างน้อย 2 ข้อ ดังนี้

- 1) โยกไปโยกมา (stereotyped) หรือมีการเคลื่อนไหว พุดจา หรือใช้วัตถุสิ่งของซ้ำๆ



2) แบบแผนคำพูดหรือพฤติกรรม ไม่ยอมเปลี่ยนแปลงไปจากกิจวัตรที่เคยทำ ไม่ยืดหยุ่น
 3) ความสนใจในสิ่งต่างๆ มีจำกัด และยึดติดอย่างมาก ซึ่งเป็นภาวะที่ผิดปกติทั้งในแง่ของความรู้แรงหรือสิ่งที่สนใจ

4) ระบบรับสัมผัสไวเกินหรือเฉื่อยเกิน หรือสนใจตัวกระตุ้นระบบรับสัมผัสอย่างไม่เหมาะสม

C. อาการแสดงออกในช่วงแรกของวัยแห่งการพัฒนา (early developmental period)

(แสดงออกชัดเจนเมื่อความคาดหวังทางสังคมเกินกว่าความสามารถที่มีอย่างจำกัด)

D. อาการส่งผลต่อความบกพร่องในด้านสังคม อาชีพ หรือหน้าที่การทำงานอื่นที่สำคัญ

E. ไม่สามารถอธิบายจากความบกพร่องทางสติปัญญา (intellectual disability) หรือความล่าช้าทางพัฒนาการทุกด้าน (global developmental delay)

ตามเกณฑ์การวินิจฉัยนี้ ให้ระบุอาการที่พบร่วมด้วย เช่น ความบกพร่องทางสติปัญญา ความบกพร่องทางภาษา และระบุความสัมพันธ์กับโรคทางอายุรกรรม พันธุกรรม ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ความผิดปกติของการพัฒนาระบบประสาท จิตใจ และพฤติกรรมอื่นๆ

กุญแจสำคัญ ที่เป็นตัวทำนายโรคออทิสติก ในเด็กอายุ 18 เดือนขึ้นไป มี 4 อาการหลัก ถ้าพบว่ามีอาการผิดปกติเหล่านี้ตั้งแต่ 2 อย่างขึ้นไป ควรนึกถึงโรคออทิสติก และควรมีการดำเนินการเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค และให้ความช่วยเหลืออย่างทันที อาการดังกล่าว คือ

1. เล่นสมมติ เล่นจินตนาการไม่เป็น (lack of pretend play)
2. ไม่สามารถชี้นิ้วบอกความต้องการได้ (lack of proto-declarative pointing)
3. ไม่สนใจเข้ากลุ่ม หรือเล่นกับเด็กคนอื่น (lack of social interest)
4. ไม่มีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความสนใจร่วมกับคนอื่นได้ (lack of joint attention)

ระบาดวิทยา

ในการศึกษาทางระบาดวิทยา ทำค่อนข้างยากเนื่องจาก เกณฑ์ในการวินิจฉัยออทิสติกมีการเปลี่ยนแปลง จากข้อมูลเดิมเมื่อ 20 ปีก่อน พบว่ามีความชุกของโรคประมาณ 1-2 คนต่อประชากร 1,000 คน และพบว่ามีความชุกเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention) ทำการศึกษาระบาดของออทิสติกอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ.2545-2551 โดยทำการศึกษารายเด็กอายุ 8 ปี ในพื้นที่เฝ้าระวัง พบว่าความชุกของออทิสติก เพิ่มขึ้นจาก 6.4 ต่อ 1,000 ในปี พ.ศ.2545 เป็น 11.3 ต่อ 1,000 ในปี พ.ศ.2551 และเพิ่มเป็น 14.6 ต่อ 1,000 ในปี พ.ศ.2555 (CDC, 2016)



เดิมเชื่อว่าตัวเลขที่เพิ่มขึ้นอาจเป็นผลจากเกณฑ์การวินิจฉัยที่กว้างขึ้น ครอบคลุมมากขึ้น (case definition) และประชาชนทั่วไปมีความตระหนักในโรคออทิสติกและเข้าถึงบริการมากขึ้น (case recognition) แต่งานวิจัยระยะหลังซึ่งทำในในช่วงเวลาที่ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยเดียวกัน และติดตามในพื้นที่เดิม ชี้ให้เห็นชัดเจนว่า มีอุบัติการณ์ที่เพิ่มขึ้นจริงและเพิ่มขึ้นมากด้วย

พบออทิสติกในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ประมาณ 4-5 เท่า เดิมเชื่อว่าพบมากในกลุ่มคนที่มีฐานะดี แต่ในปัจจุบันพบว่ามีในทุกระดับชั้นของสังคมพอ ๆ กัน ที่เป็นเช่นนี้เพราะว่า แต่เดิมนั้นกลุ่มคนที่มีฐานะดี จะเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้ดีกว่า (selection bias)

สาเหตุ

มีความพยายามในการศึกษาถึงสาเหตุของโรคออทิสติก แต่ยังไม่ทราบสาเหตุของความผิดปกติที่ชัดเจน ในปัจจุบันมีหลักฐานสนับสนุนว่าเกิดจากความผิดปกติในการทำงานของสมอง มากกว่าเป็นผลมาจากสิ่งแวดล้อม

ในอดีตเคยเชื่อว่าโรคออทิสติก เกิดจากการเลี้ยงดูในลักษณะที่เย็นชา แต่จากหลักฐานข้อมูลในปัจจุบันยืนยันได้ชัดเจนว่า รูปแบบการเลี้ยงดูไม่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคออทิสติก

ปัจจัยทางชีววิทยา (biological factor) ที่พบว่าเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคออทิสติก จากการรวบรวมข้อมูลงานวิจัยต่างๆ มีดังนี้

1. ด้านพันธุกรรม (Genetic Factor)

- * ศึกษาในฝาแฝด (twin study) พบว่าถูกควบคุมโดยปัจจัยด้านพันธุกรรมสูงมาก
- * ศึกษาในครอบครัว (family study) พบว่าในญาติลำดับที่ 1 (first degree relative) ของผู้ที่เป็นโรคออทิสติก เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคออทิสติก และกลุ่มโรคคล้ายออทิสติก (autistic like)
- * ศึกษาโครโมโซม และวิเคราะห์ความเชื่อมโยง (chromosome study and linkage analysis) พบว่าเกี่ยวข้องกับ โครโมโซม 15q 11-13, โครโมโซม 7q และโครโมโซม 16p

2. ด้านเภสัชวิทยาระบบประสาท (Neuropharmacological Study)

พบว่ามีความเกี่ยวข้องกับการสื่อสารเคมีสื่อประสาท ซีโรโทนิน (serotonin) โดยมีระดับในเกล็ดเลือดสูงขึ้น แต่ยังไม่สามารถอธิบายเหตุผลที่ชัดเจนได้ ว่าเกิดจากอะไร



3. คลื่นไฟฟ้าสมอง (Electroencephalography – EEG)

พบว่ามีความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าสมอง มากกว่าประชากรปกติ แต่ไม่พบลักษณะจำเพาะที่อธิบายความผิดปกติของการทำงานของสมองได้

4. ภาพฉายระบบประสาท (Neural Imaging)

พบความผิดปกติหลากหลายรูปแบบ แต่ยังคงคลุมเครืออยู่ ไม่สามารถอธิบายได้ชัดเจน เช่น cerebellar vermis hypoplasia or hyperplasia, third ventricle ใหญ่, caudate เล็ก, right anterior cingulate gyrus เล็ก

5. พยาธิวิทยาของระบบประสาท (Neuropathological Study)

ยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจน แต่จากหลายการศึกษาพบว่าเกี่ยวข้องกับจำนวน Purkinje cell ที่ลดลง

6. การศึกษาปริมาตรของสมอง (Study of Brain Volume)

พบว่ามีปริมาตรของสมองเพิ่มขึ้น ยกเว้นสมองส่วนหน้า (frontal lobe) และพบว่าเส้นรอบวงของศีรษะ (head circumference) ปกติในตอนแรกเกิด แล้วเริ่มมากผิดปกติในช่วงวัยเด็กตอนต้นถึงตอนกลาง

ผลกระทบ

พบว่าออทิสติกกลุ่มที่มีศักยภาพสูงสามารถใช้ชีวิตได้เหมือนปกติทั่วไป ถ้าได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม สามารถเข้าสังคมและประกอบอาชีพได้เหมือนทั่วไป บางคนอาจมีความยากลำบากในทักษะทางสังคม

ผลกระทบที่พบได้บ่อย มีดังนี้

1. ปัญหาการเรียน เนื่องจากเด็กเลือกเรียนรู้เฉพาะเรื่องที่สนใจ และหมกมุ่นมากเกินไปจนไม่ใส่ใจเรื่องอื่น ทำให้เด็กไม่สามารถเรียนรู้ในเนื้อหาบทเรียนที่หลากหลาย ความรู้และทักษะที่มีจึงค่อนข้างจำกัด
2. ปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว พ่อแม่มักเกิดความเครียดในการดูแลเนื่องจากอาการของเด็ก ถ้าจัดการไม่ถูกวิธีก็อาจไประบายลงกับเด็กและคนในครอบครัวด้วยวิธีการที่ไม่เหมาะสม



3. ปัญหาความสัมพันธ์กับครู ถ้าครูไม่เข้าใจในข้อจำกัดของเด็ก จะทำให้เข้าใจว่าเด็กชอบก่อวุ่น สร้างความปั่นป่วน เช่น ยกมือถามในห้องตลอดจนครูสอนไม่ได้ หรือยกมือตอบอยู่คนเดียว เด็กอาจถูกมองว่ามีพฤติกรรมก้าวร้าว แสดงออกไม่เหมาะสม เช่น เถียงเพื่อเอาชนะครู

4. ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน เด็กบางคนมักแยกตัว ไม่สนใจเพื่อน ในขณะที่บางคนอยากเล่นกับเพื่อน แต่เล่นไม่เป็น ไม่เข้าใจกติกา ทำให้ถูกเพื่อนเอาเปรียบหรือกลั่นแกล้งเป็นประจำ เด็กมักไม่ค่อยเข้าใจการพูดล้อเล่น เล่นมุก ทำให้เป็นตัวตลกในกลุ่มเพื่อนได้

การดูแลรักษา

วิธีการดูแลรักษาต่างๆ ในปัจจุบันนี้ สามารถช่วยเหลือให้เด็กออทิสติก มีพัฒนาการดีขึ้นได้มากจนสามารถเรียนรู้ ปรับตัว ใช้ชีวิตอยู่ร่วมในสังคม และประกอบอาชีพได้ โดยพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด (Independent Living) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับในอดีตแล้วพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน

การดูแลรักษาออทิสติก จำเป็นต้องอาศัยทีมงานผู้เชี่ยวชาญจากสหวิชาชีพ (Multidisciplinary Team Approach) ซึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น (Child and Adolescent Psychiatrist) นักจิตวิทยา (Psychologist) พยาบาลจิตเวชเด็ก (Child Psychiatric Nurse) นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย (Speech Therapist) นักกิจกรรมบำบัด (Occupational Therapist) ครูการศึกษาพิเศษ (Special Educator) นักสังคมสงเคราะห์ (Social Worker) ฯลฯ

หัวใจสำคัญของการดูแลรักษาไม่ได้อยู่ที่ผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น แต่อยู่ที่ครอบครัวด้วยว่าจะสามารถนำวิธีการบำบัดรักษาต่างๆ ที่ได้รับ มาประยุกต์ใช้ที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องหรือไม่

การดูแลรักษาบุคคลออทิสติก ไม่มีวิธีการใดที่ดีที่สุด หรือยอดเยี่ยมที่สุดเพียงวิธีการเดียว และไม่มีรูปแบบที่เป็นสูตรสำเร็จรูปแบบเดียวที่ใช้ได้กับทุกคน แต่ต้องเป็น “การดูแลรักษาแบบบูรณาการ” กล่าวคือ ใช้วิธีการบำบัดหลายวิธีร่วมกัน โดยทีมงานผู้เชี่ยวชาญสหวิชาชีพ ร่วมกับครอบครัวของบุคคลออทิสติก สวมหัวรวมความคิด ช่วยกันออกแบบการดูแลรักษา ให้เหมาะสมกับความสามารถ และสภาพปัญหาของแต่ละคน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

แนวทางการดูแลรักษา ไม่ว่าจะไปในทิศทางใดก็ตาม ถ้าเริ่มต้นจากการดูแลด้วยความรักแล้วค่อยๆ พัฒนาด้วยความเข้าใจ ก็จะไปสู่จุดหมายปลายทางของการทำให้เด็กมีการพัฒนาเต็มตามศักยภาพที่มีอยู่ได้ไม่ยาก

สำหรับแนวทางการดูแลออทิสติกมีความหลากหลาย ในที่นี่ได้สรุปรวบรวมแนวทางหลักๆ ออกเป็น 10 แนวทาง ดังนี้

1. ส่งเสริมพลังครอบครัว



2. ส่งเสริมความสามารถเด็ก
3. ส่งเสริมพัฒนาการ
4. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
5. กิจกรรมบำบัด
6. แก้ไขการพูด
7. ฝึกทักษะสังคม
8. ฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา
9. ฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ
10. รักษาด้วยยา

นอกจากแนวทางหลักข้างต้นแล้ว ยังมีการแพทย์เสริมและทางเลือกอีกหลากหลาย ให้เลือกบำบัดได้เหมาะสมกับแต่ละคนที่แตกต่างกัน

(รายละเอียดเพิ่มเติมติดตามใน เอกสารชุด “แนวทางการดูแลออทิสติกแบบบูรณาการ”)

การพยากรณ์โรค

พบว่าบุคคลออทิสติก จำนวน 2 ใน 3 มีภาวะต้องพึ่งพิงผู้อื่น และต้องการผู้ดูแลตลอดชีวิต ในขณะที่จำนวน 1 ใน 3 มีภาวะพึ่งพาตนเองได้พอสมควร และพบว่าร้อยละ 1-2 สามารถพึ่งพาตนเองได้เต็มที่ (fully independent) ในปัจจุบันพบว่ากลุ่มที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นมีแนวโน้มลดลง และกลุ่มที่พึ่งพาตนเองได้ดีมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการวินิจฉัยและการดูแลรักษาที่ทำได้เร็วขึ้น หรือจากระดับความรุนแรงของโรคที่มีแนวโน้มลดลง

ตัวที่ทำนายผลลัพธ์ของโรคคือ ระดับสติปัญญา (intellectual level) และความสามารถในการสื่อสาร (communicative competence) ผู้ที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดี คือ มีระดับ IQ < 50, มีการชักในช่วงวัยรุ่น หรือยังไม่พูดเมื่ออายุ 5 ปี (Volkmer, 1996)

บุคคลออทิสติก พบว่าประมาณร้อยละ 4-32 จะมีอาการชักเมื่ออายุมากขึ้น โดยเฉพาะช่วงที่เป็นวัยรุ่น ซึ่งทำให้การพยากรณ์โรคไม่ค่อยดีนัก ในกลุ่มที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาาร่วมด้วย จะมีความเสี่ยงต่อการชักสูงกว่า

การดูแลรักษา ถ้าเริ่มตั้งแต่ช่วงอายุ 2-3 ปี พบว่ามีการพยากรณ์โรคดีกว่าการรักษาที่ล่าช้ากว่านั้น การวินิจฉัยโรคได้เร็ว และเริ่มให้การดูแลรักษาตั้งแต่อายุน้อยๆ และทำอย่างต่อเนื่อง เป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด



บรรณานุกรม

- ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2558). การตรวจประเมินและวินิจฉัยความพิการทางออทิสติก. ใน: ดารณี สุวพันธ์ (บรรณาธิการ). **คู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555**. กรุงเทพฯ: กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ; หน้า 95-98.
- ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2558). **คู่มือการดูแลสุขภาพจิตเด็ก กลุ่มปัญหาการเรียน**. กรุงเทพฯ: บียอนด์ แพ็บลิชชิง.
- ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2555). **คู่มือออทิสติก สำหรับผู้ปกครอง**. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: สำนักงานพระพุทธรักษาแห่งชาติ. ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2555. (9 กรกฎาคม 2555). ใน: **ราชกิจจานุเบกษา**. เล่ม 129 (ตอนพิเศษ 119 ง); หน้า 22-3.
- ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง กำหนดประเภทและหลักเกณฑ์ของคนพิการทางการศึกษา พ.ศ.2552. (6 พฤษภาคม 2552). ใน: **ราชกิจจานุเบกษา**. เล่ม 126 (ตอนพิเศษ 80 ง); 45-47.
- American Psychiatric Association, Neurodevelopmental Disorders. In: American Psychiatric Association. (2013). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th ed. (DSM-5)**. Washington DC: American Psychiatric Publishing; pp. 31-86.
- Christensen, D. L., Baio, J., Braun, K. V., et al. (2016). Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2012. **MMWR Surveill Summ**. 65 (3): 1-23.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2012). Prevalence of autism spectrum disorders – autism and developmental disabilities monitoring network, 14 sites, United States, 2008. **MMWR**. 61 (3): 1-19.
- Volkmar, F. R., Klin, A. (2000). Pervasive developmental disorders. In: **Comprehensive textbook of psychiatry volume II**, 7th ed, Sadock, B. J., Sadock, V. A., (eds). Baltimore: William & Wilkins, pp.2659-2678.
- Volkmar, F R , Lord, C., Clin, A., Schultz, R., Cook, E. H. (2004). Autism and the pervasive developmental disorders. In: **Lewis's child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook, 4th ed**, Martin A and Volkmar FR, eds. Baltimore: William & Wilkins, pp.384-422.

บทความนี้ยินดีให้นำไปเผยแพร่เพื่อความรู้ได้ โดยกรุณาอ้างอิงแหล่งที่มา

ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2560). **ออทิสติก**. [เว็บไซต์]. สืบค้นจาก <http://www.happyhomeclinic.com/au02-autism.htm>