



## ออทิสติก 10 คำถาม

นพ.ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา  
จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น

### ออทิสติกคืออะไร

ออทิสติก (Autism Spectrum Disorder) เป็นโรคที่รู้จักมาเป็นเวลาเกือบ 70 ปีแล้ว มีชื่อเรียกหลากหลาย และมีการเปลี่ยนแปลงการเรียกชื่อเป็นระยะ มีทั้ง ออทิสติก (Autistic Disorder), ออทิสซึม (Autism), ออทิสติก สเปกตรัม (Autism Spectrum Disorder), พีดีดี (Pervasive Developmental Disorders), พีดีดี เอ็นโอเอส (PDD Not Otherwise Specified) และแอสเพอร์เกอร์ (Asperger's Disorder) จนในปัจจุบันนักวิชาการตกลงใช้คำว่า “Autism Spectrum Disorder” ตามเกณฑ์คู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชฉบับล่าสุด DSM-5 ที่จะใช้อย่างเป็นทางการในระดับสากลเหมือนกันทั้งหมดในปี พ.ศ.2556 สำหรับในภาษาไทย ควรจะเรียก “ออทิสติก” เหมือนกันในทุกกลุ่มย่อย เนื่องจากเป็นคำที่ใช้มานานแล้ว ส่วนชื่อเรียกอื่นๆ ก็คงค่อยๆ จางหายไป

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

คำว่า “Autism” มีรากศัพท์มาจากภาษากรีกว่า “Auto” ซึ่งแปลว่า “Self” หมายถึง แยกตัวอยู่ตามลำพังในโลกของตัวเอง เปรียบเสมือนมีกำแพงใส หรือกระจกเงา ที่กั้นบุคคลเหล่านี้ออกจากสังคมรอบข้าง

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

ปี พ.ศ.2487 นายแพทย์ฮานส์ แอสเพอร์เกอร์ (Hans Asperger) กุมารแพทย์ ชาวออสเตรีย บรรยายถึงเด็กที่มีลักษณะเข้าสังคมลำบาก หมกมุ่นอยู่กับการทำอะไรซ้ำๆ ประหลาดๆ แต่กลับพูดเก่ง



มาก และดูเหมือนจะฉลาดมากด้วย เรียกชื่อเด็กที่มีอาการเช่นนี้ว่า “Autistic Psychopathy” แต่วิกฤต สงครามโลกครั้งที่สองทำให้ไม่มีใครสนใจงานวิจัย จนในปี พ.ศ.2524 Lorna Wing นำมาอ้างอิงถึง ออทิสติกในความหมายของแอสเพอร์เกอร์ คล้ายคลึงกับของแคนเนอร์มาก นักวิจัยรุ่นหลังจึงสรุปว่า หมอ 2 คนนี้พูดถึงเรื่องเดียวกัน แต่ในรายละเอียดที่แตกต่างกัน ซึ่งในปัจจุบันจัดอยู่ในกลุ่มเดียวกัน คือ “Pervasive Developmental Disorders” หรือ “Autism Spectrum Disorder”

ปี พ.ศ.2537 ออทิสติก จัดอยู่ในกลุ่มการวินิจฉัยโรค ที่เรียกว่า “Pervasive Developmental Disorders” ตามเกณฑ์คู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 ฉบับปรับปรุง (DSM-IV-TR) และเกณฑ์การวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 (ICD-10) ก็ใช้ชื่อเดียวกัน และใช้ต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน

เนื่องจากความรู้เกี่ยวกับออทิสติกมีมากขึ้นจากผลการรวบรวมงานวิจัยทั่วโลก ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงเกณฑ์การวินิจฉัยโรคใหม่ ซึ่งต่างไปจากเดิมพอสมควร และเรียกชื่อเดียวกันในทุกกลุ่มย่อย คือเรียกว่า “Autism Spectrum Disorder” เป็นเกณฑ์ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5) ซึ่งจะใช้อย่างเป็นทางการในปี พ.ศ.2556

นักวิชาการพยายามศึกษารายละเอียดต่างๆ ของโรคออทิสติก แต่ยังไม่สามารถหาสาเหตุที่แน่ชัดได้ พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นในทุกประเทศทั่วโลก พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ถึงแม้ว่ายังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด ก็เชื่อว่าทำอะไรไม่ได้เลย เนื่องจากการดูแลช่วยเหลือในปัจจุบันสามารถช่วยให้เด็กกลุ่มนี้ดีขึ้นได้มาก โดยเฉพาะถ้าได้รับการวินิจฉัย และดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสมตั้งแต่อายุน้อยๆ และทำอย่างต่อเนื่อง

## วินิจฉัยออทิสติกได้อย่างไร

ในปัจจุบัน การวินิจฉัยอ้างอิงตาม คู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช โดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 ปรับปรุง (DSM-IV-TR, 2000) โดยจัดให้ “โรคออทิสติก” อยู่ในกลุ่ม “พีดีดี” (Pervasive Developmental Disorders; PDDs) ซึ่งแสดงอาการอย่างชัดเจนในวัยเด็ก ก่อให้เกิดพัฒนาการทางด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและการสื่อสาร ไม่เป็นไปตามปกติ มีพฤติกรรม ความสนใจ และกิจกรรมที่ผิดไปจากปกติ แบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม คือ

1. ออทิสติก (Autistic Disorder)
2. เร็ทท์ (Rett’s Disorder)
3. ซีดีดี (Childhood Disintegrative Disorder)
4. แอสเพอร์เกอร์ (Asperger’s Disorder)



5. พีดีดี เอ็นโอเอส (Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified; PDD-NOS)

สำหรับในที่นี่จะกล่าวถึงเฉพาะเกณฑ์การวินิจฉัยโรคออทิสติกเท่านั้น ซึ่งกำหนดหลักเกณฑ์ไว้ดังนี้

A. เข้าเกณฑ์ต่อไปนี้ 6 ข้อหรือมากกว่า จากหัวข้อ (1) (2) และ (3) โดย อย่างน้อยต้องมี 2 ข้อ จากหัวข้อ (1) และจากหัวข้อ (2) และ (3) อีกหัวข้อละ 1 ข้อ

1. มีคุณลักษณะในการเข้าสังคมที่ผิดปกติ โดยแสดงออกอย่างน้อย 2 ข้อต่อไปนี้

1.1. บกพร่องอย่างชัดเจนในการใช้ท่าทางหลายอย่าง (เช่น การสบตา การแสดงสีหน้า กิริยาหรือท่าทางประกอบการเข้าสังคม)

1.2. ไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนในระดับที่เหมาะสมกับอายุได้

1.3. ไม่แสดงความอยากเข้าร่วมสนุก ร่วมทำสิ่งที่สนใจ หรือร่วมงานให้เกิดความสำเร็จกับคนอื่น ๆ (เช่น ไม่แสดงออก ไม่เสนอความเห็น หรือไม่เชื่อว่าตนสนใจอะไร)

1.4. ไม่มีอารมณ์หรือสัมพันธภาพตอบสนองกับสังคม

2. มีคุณลักษณะในการสื่อสารผิดปกติ โดยแสดงออกอย่างน้อย 1 ข้อต่อไปนี้

2.1. พัฒนาการในการพูดช้าหรือไม่มีเลย โดยไม่แสดงออกกว่าอยากใช้การสื่อสารวิธีอื่นมาทดแทน เช่น แสดงท่าทาง

2.2. ในรายที่มีการพูดได้ ก็ไม่สามารถเริ่มพูดหรือสนทนาต่อเนื่องกับคนอื่นได้

2.3. ใช้คำพูดซ้ำหรือใช้ภาษาที่ไม่มีใครเข้าใจ

2.4. ไม่มีการเล่นสมมติที่หลากหลาย คิดเองตามจินตนาการ หรือเล่นเลียนแบบสิ่งต่างๆ ตามสมควรกับพัฒนาการ

3. มีแบบแผนพฤติกรรม ความสนใจ หรือกิจกรรมที่จำกัด ใช้ซ้ำ และรักษาเป็นเช่นเดิม โดยแสดงออกอย่างน้อย 1 ข้อ ต่อไปนี้

3.1. หมกมุ่นกับพฤติกรรมซ้ำๆ ตั้งแต่ 1 อย่างขึ้นไป และความสนใจในสิ่งต่างๆ มีจำกัด ซึ่งเป็นภาวะที่ผิดปกติทั้งในแง่ของความรุนแรงหรือสิ่งที่สนใจ

3.2. ติดกับกิจวัตร หรือยึดทำกับบางสิ่งบางอย่างที่ไม่มีประโยชน์โดยไม่ยืดหยุ่น

3.3. ทำกิริยาซ้ำๆ เช่น เล่นสะบัดมือ หมุนตัว โยกตัว

3.4. สนใจหมกมุ่นกับเพียงบางส่วนของวัตถุ

B. มีความล่าช้าหรือความผิดปกติก่อนอายุ 3 ปี ในด้านต่างๆ ต่อไปนี้

อย่างน้อย 1 ด้าน

(1) ปฏิสัมพันธ์กับสังคม



- (2) ภาษาที่ใช้สื่อสารกับสังคม
- (3) เล่นสมมติหรือเล่นตามจินตนาการ

C. ความผิดปกติไม่เข้ากับเรทท์ (Rett's Disorder) หรือ ซีดีดี (Childhood Disintegrative Disorder) ได้ดีกว่า

ในปี พ.ศ.2556 การวินิจฉัยจะมีการเปลี่ยนแปลงตาม คู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช โดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5, 2013) เรียกว่า “ออทิสติก” (Autism Spectrum Disorder) โดยไม่มีการแบ่งกลุ่มย่อย ซึ่งมีเกณฑ์เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมาก โดยมีคุณลักษณะหลักเหลือเพียง 2 กลุ่ม คือ ความบกพร่องในการพัฒนาทักษะทางสังคมและการสื่อความหมายได้เหมาะสมตามวัย (social communication and social interaction) และมีลักษณะพฤติกรรม กิจกรรรม และความสนใจ เป็นแบบแผนซ้ำๆ จำกัดเฉพาะบางเรื่อง และไม่ยืดหยุ่น (restricted, repetitive patterns of behavior, interest or activities)

## ออทิสติกมีอาการอย่างไร

เด็กที่เป็นออทิสติกจะมีอาการแตกต่างกันหลากหลายรูปแบบ สิบคนก็สิบแบบ ร้อยคนก็ร้อยแบบ แต่ก็มีลักษณะร่วมคล้ายกัน ที่เรียกว่า “ออทิสติก” คือ เด็กอยู่ในโลกของตัวเองมาก สนใจสิ่งแวดล้อมน้อย เรียกไม่หัน ไม่สบตา ไม่สนใจใคร โตตอบไม่เป็น เล่นไม่เหมาะสม จินตนาการไม่เป็น ไม่พูดหรือพูดไม่รู้เรื่อง พูดเป็นภาษาต่างดาว ทำอะไรซ้ำๆ เป็นแบบแผน ไม่ยืดหยุ่น สนใจบางอย่างแบบหมกมุ่น ไม่มีประโยชน์

ในรายที่อยู่ในโลกของตัวเองมาก จะกระตุ้นตัวเองเป็นระยะ เช่น หมุนตัว โยกตัว เขย่งเท้า สะบัดมือ เล่นมือ เล่นเสียง เป็นต้น

การที่จะดูว่าเด็กเป็นออทิสติกหรือไม่ ถ้าอาการมาก อาการรุนแรง จะดูออกได้ไม่ยาก แต่ถ้าอาการน้อยๆ จะดูยากมาก ต้องอาศัยความเห็นผู้เชี่ยวชาญ เช่น จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น และบางคนอาจต้องประเมินและติดตามระยะหนึ่ง จึงจะได้ข้อสรุปที่แน่นอน

ในช่วงขวบปีแรกจะสังเกตได้ยาก เนื่องจากเด็กมีหน้าตาน่ารัก ไม่มีลักษณะภายนอกผิดปกติสังเกตเด็กมักจะ ไม่สบตา เรียกชื่อก็ไม่สนใจหันมอง หน้าตาเฉยเมย ไม่ยิ้มตอบ หรือหัวเราะ ไม่ชอบให้อุ้ม ไม่แสดงท่าทีเรียกร้องความสนใจใดๆ ค่อนข้างเงียบ ไม่ส่งเสียง เลี้ยงง่าย

อาการผิดปกติเริ่มสังเกตได้ชัดเจนขึ้นในช่วงขวบปีที่สอง เด็กยังไม่พูดเป็นคำ แต่จะพูดเป็นภาษาต่างดาวที่ไม่มีความหมาย ไม่สนใจของเล่น ไม่สนใจในเรื่องที่คนรอบข้างกำลังสนใจอยู่ ไม่ชี้นิ้วบอกความต้องการของตนเอง เวลาอยากได้อะไรมักจะทำเอง หรือจุมมือพ่อแม่ไปหยิบโดยไม่ส่งเสียง



ชอบจ้องมองสิ่งของที่เป็นแสงวาววับ แสงไฟ เงานที่กระเพื่อมไปมา หรือของหมุนๆ เช่น พัดลม ล้อรถที่กำลังหมุน เริ่มเล่นมือ สะบัดมือ หมุนตัว โยกตัว เขย่งเท้า

นับจากขวบปีที่สามเป็นต้นไป อาการจะชัดเจนขึ้น และรุนแรงมากขึ้น ถ้าไม่ได้นำเข้าสู่วิธีการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง

ในด้านสังคม เด็กจะไม่สบตา ไม่เข้าใจสีหน้า อารมณ์ของผู้อื่น เด็กจะเล่นกับเด็กคนอื่นในวัยเดียวกันไม่เป็น แต่มักจะเล่นกับเด็กที่โตกว่าหรือผู้ใหญ่ ไม่สนใจของเล่นที่เด็กทั่วไปสนใจ แต่จะไปเล่นของที่ไม่ควรเล่น เล่นจินตนาการไม่เป็น ไม่สามารถสมมติของอย่างหนึ่งเป็นอีกอย่างหนึ่งได้ เช่น บล็อกไม้เรียงกันเป็นรถไฟ ก้อนหินเป็นขนม ไม่รู้จักแยกแยะหรือหลีกเลี่ยงจากอันตราย เช่น เห็นสุนัขที่ดุๆ เหาเสียงดัง ก็วิ่งเข้าไปจับ

ในด้านภาษาเด็กหลายคนเริ่มพูดได้ แต่เป็นลักษณะพูดซ้ำๆ พูดเลียนแบบโดยไม่เข้าใจความหมาย พูดเรียงประโยคไม่ถูกต้อง หรือตอบคำถามไม่เป็น ยังมีภาษาต่างดาวอยู่มาก

ในด้านพฤติกรรม เด็กจะมีท่าทางแปลกๆ ที่เป็นลักษณะเฉพาะตัว กระโดดสะบัดมือเวลาดีใจ หรือตื่นตื่น เดินเขย่งหรือฮอยเท้า สนใจของบางอย่างแบบหมกมุ่นเกินความพอดี เช่น ชอบดูโลโก้สินค้า สะสมขวด ดูรูปภาพเดิมซ้ำๆ จ้องมองพัดลมหมุนได้นาน สะบัดแผ่นซีดีไปมาเพื่อดูแสงเงา ทานอาหารเมนูซ้ำเดิมไม่ยอมเปลี่ยน ใส่เสื้อผ้าเดิมหรือสีเดิมตลอด ถ้ากิจวัตรที่เคยทำเปลี่ยนไปจากเดิม จะอารมณ์เสีย หงุดหงิด โวยวาย

ถึงแม้ว่าเด็กออทิสติกจะไม่เข้าใจอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดของคนอื่น จากการสังเกตสีหน้าและท่าทาง แต่ตัวเด็กเองมีอารมณ์ ความรู้สึกของเขาเอง รู้สึกโกรธ เศร้า เหงา อิจฉา ดีใจ ต้องการความรัก ความสนใจ เช่นเดียวกับเด็กทั่วไป

เด็กที่ขาดการกระตุ้นมากๆ เช่น เด็กในสถานสงเคราะห์ หรือบ้านเด็กกำพร้าต่างๆ อาจมีลักษณะคล้ายออทิสติก เช่น แยกตัว หรือเข้าหาแบบไม่เหมาะสม แต่เมื่อมีการกระตุ้นอย่างเต็มที่ อาการก็จะเป็นปกติ ในขณะที่เด็กออทิสติกถึงแม้จะกระตุ้นเต็มที่แล้ว ก็ยังมีอาการบางอย่างหลงเหลืออยู่

อาการซนมาก อยู่ไม่นิ่ง วิ่งวุ่นตลอด นั่งไม่ติดที่ หรือที่เรียกว่าไฮเปอร์แอคทีฟ (Hyperactive) เป็นอาการที่พบร่วมได้ในเด็กออทิสติก

มักพบมีความบกพร่องทางสติปัญญาาร่วมด้วย ร้อยละ 50-70 แต่ในขณะเดียวกัน ก็พบว่ามีความสามารถพิเศษถึงร้อยละ 10

สรุปอาการสำคัญที่พบร่วมด้วยในเด็กออทิสติก มีดังนี้

บกพร่องทางสติปัญญา	ร้อยละ 50-70
สมาธิสั้น อยู่ไม่นิ่ง	ร้อยละ 40-60



ซีเมคร้า/อารมณ์แปรปรวน	ร้อยละ 44
ลมชัก	ร้อยละ 25-40
ทำร้ายตนเอง	ร้อยละ 25-40
ปัญหาการนอน	ร้อยละ 10-30
ปัญหาการกิน	พบบ่อยมาก
พฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง	พบบ่อย

ลอว์น่า ริง (Lorna Wing) แบ่งเด็กออทิสติกออกเป็น 3 กลุ่ม ตามลักษณะของพฤติกรรม และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ดังนี้

1. กลุ่มที่แยกตัว (Aloof)
2. กลุ่มที่นิ่งเฉย (Passive)
3. กลุ่มที่เข้าหาคน (Active but Odd)

พบว่า การแบ่งกลุ่มดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับระดับสติปัญญา กลุ่มที่แยกตัวมักมีความบกพร่องทางสติปัญญาาร่วมด้วย ส่วนกลุ่มที่เข้าหาคนมักมีระดับสติปัญญาดีกว่า

## พบออทิสติกมากขึ้นจริงไหม

ในการศึกษาทางระบาดวิทยา ทำค่อนข้างยากเนื่องจาก เหนือที่ในการวินิจฉัยออทิสติกมีการเปลี่ยนแปลง จากข้อมูลเดิมเมื่อ 20 ปีก่อน พบว่ามีความชุกของโรคประมาณ 1-2 คนต่อประชากร 1,000 คน และพบว่า มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ

ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention) ทำการศึกษาระบาดของออทิสติกอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ.2545-2551 โดยศึกษาเด็กอายุ 8 ปี ใน 14 พื้นที่เฝ้าระวัง พบว่าความชุกของออทิสติก จาก 6.4 ต่อ 1,000 ในปี พ.ศ.2545 เพิ่มขึ้นเป็น 11.3 ต่อ 1,000 ในปี พ.ศ.2551 พบเพิ่มขึ้นร้อยละ 78 ในระยะเวลา 6 ปี

เดิมเชื่อว่าความชุกที่เพิ่มขึ้นอาจเป็นผลจากเกณฑ์การวินิจฉัยที่กว้างขึ้น ครอบคลุมมากขึ้น และประชาชนทั่วไปมีความตระหนักในโรคออทิสติกและเข้าถึงบริการมากขึ้น แต่งานวิจัยระยะหลังซึ่งทำในในช่วงเวลาที่ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยเดียวกันแล้ว ชี้ให้เห็นชัดเจนว่า มีอุบัติการณ์ที่เพิ่มขึ้นจริง และเพิ่มขึ้นมากด้วย

พบออทิสติกในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ประมาณ 4-5 เท่า เดิมเชื่อว่าพบมากในกลุ่มคนที่มีฐานะดี แต่ในปัจจุบันพบว่า มีในทุกระดับชั้นของสังคมพอๆ กัน ที่เป็นเช่นนี้เพราะว่า แต่เดิมนั้นกลุ่มคนที่มีฐานะดี จะเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้ดีกว่า



## ทำไมถึงเป็นออทิสติก

มีความพยายามในการศึกษาถึงสาเหตุของออทิสติก แต่ยังไม่ทราบสาเหตุของความผิดปกติที่แน่ชัดได้ ในปัจจุบันมีหลักฐานสนับสนุนชัดเจนว่าเกิดจากการทำงานของสมองที่ผิดปกติ มากกว่าเป็นผลจากสิ่งแวดล้อม

ในอดีตเคยเชื่อว่าออทิสติก เกิดจากการเลี้ยงดูในลักษณะที่เย็นชา (Refrigerator Mother) แต่จากหลักฐานข้อมูลในปัจจุบันยืนยันได้ชัดเจนว่า รูปแบบการเลี้ยงดูไม่ใช่สาเหตุที่ทำให้เป็นออทิสติก แต่ถ้าวัดอย่างเหมาะสมก็จะช่วยให้เด็กพัฒนาดีขึ้นได้มาก

ในปัจจุบันพบว่ามีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านพันธุกรรมสูงมาก มีความเชื่อมโยงกับโครโมโซมหลายตำแหน่ง เช่น ตำแหน่งที่ 15q 11-13, 7q และ 16p เป็นต้น คาดว่าในอนาคตอันใกล้จะมีความชัดเจนในเรื่องนี้เพิ่มขึ้น และจากการศึกษาในฝาแฝด พบว่าแฝดเหมือน ซึ่งมีรหัสพันธุกรรมเหมือนกัน มีโอกาสเป็นออทิสติกทั้งคู่สูงกว่าแฝดไม่เหมือนอย่างชัดเจน

คลื่นไฟฟ้าสมอง (Electroencephalography; EEG) พบว่ามีความผิดปกติมากกว่าในกลุ่มประชากรปกติ แต่ไม่พบลักษณะจำเพาะที่อธิบายความผิดปกติของการทำงานของสมอง

ในการศึกษาเรื่องของสมองและระบบประสาท พบว่ามีความผิดปกติหลายรูปแบบ มีปริมาตรของสมองเพิ่มขึ้น ยกเว้นสมองส่วนหน้า (Frontal Lobe) และพบว่าเส้นรอบวงของศีรษะปกติในตอนแรกเกิด แล้วเริ่มมากผิดปกติในช่วงวัยเด็กตอนต้นถึงตอนกลาง และในระดับเซลล์ พบว่าเกี่ยวข้องกับจำนวน เซลล์เพอร์กินส์ (Purkinje Cell) ที่ลดลง

ภาพถ่ายระบบประสาท (Neural Imaging) พบความผิดปกติหลากหลายรูปแบบ แต่ยังคงคลุมเครืออยู่ ไม่สามารถอธิบายได้ชัดเจน เช่น แกนซีลีเบลลัม (Cerebellar Vermis) มีความหนาแน่นผิดปกติ Third Ventricle มีขนาดใหญ่ สมองส่วน caudate มีขนาดเล็ก เป็นต้น

ด้านเภสัชวิทยาของระบบประสาท พบว่ามีความเกี่ยวข้องกับสารเคมีสื่อประสาทที่ชื่อ เซโรโทนิน (Serotonin) โดยมีระดับในเกล็ดเลือดสูงขึ้น แต่ยังไม่สามารถอธิบายได้ชัดเจนว่าเกิดจากอะไร

## ทำอย่างไรเมื่อลูกเป็นออทิสติก

ถึงแม้ว่าในปัจจุบันยังไม่มียวิธีการรักษาออทิสติก ที่จำเพาะเจาะจงให้หายขาดได้ แต่ก็สามารถช่วยเหลือให้ลูกมีพัฒนาการดีขึ้นได้เต็มตามศักยภาพของเขา สามารถเรียนรู้ และใช้ชีวิตอยู่ร่วมในสังคมได้อย่างปกติสุข



แนวทางการดูแล ไม่ว่าจะไปในทิศทางใดก็ตาม ถ้าเริ่มต้นจากการดูแลด้วยความรัก แล้วค่อยๆ พัฒนาด้วยความเข้าใจ ก็จะไปสู่จุดหมายปลายทางของการทำให้ลูกมีการพัฒนาเต็มตามศักยภาพที่มีอยู่ได้ไม่ยาก

การดูแลด้วยความรัก ก็คือสิ่งที่พ่อแม่ทุกคนมีเต็มเปี่ยมอยู่แล้ว แต่มักจะถูกบดบังด้วยความเครียด ความวิตกกังวล ความเบื่อหน่าย ความท้อแท้ และความรู้สึกอื่นๆ อีกมากมายในช่วงเวลา ซึ่งเป็นเรื่องธรรมดาที่จะเกิดความรู้สึกต่างๆ ขึ้นมาได้ในช่วงการดูแล แต่จำเป็นต้องหาวิธีจัดการความรู้สึกต่างๆ อย่างเหมาะสมต่อไป

การมีความรักอยู่เต็มเปี่ยมอาจจะไม่เพียงพอในการช่วยเหลือลูก ถ้าขาดความเข้าใจ เนื่องจากการดูแล ต้องมีกระบวนการพัฒนาแบบพิเศษ การมีความรู้ ความเข้าใจ มีเจตคติที่ถูกต้อง มีทักษะที่ดี และพัฒนาเทคนิควิธีอย่างต่อเนื่อง เป็นสิ่งที่พ่อแม่ควรมี

การดูแลช่วยเหลือจำเป็นต้องใช้หลายวิธีร่วมกัน โดยทีมงานผู้เชี่ยวชาญจากหลากหลายวิชาชีพวางแผนการดูแลตามสภาพปัญหาของเด็กแต่ละคน เพื่อให้มีประสิทธิผลสูงสุด สำหรับแนวทางหลักในการดูแลช่วยเหลือ มี 10 แนวทางหลัก ดังนี้

1. ส่งเสริมพลังครอบครัว (Family Empowerment)
2. ส่งเสริมความสามารถเด็ก (Ability Enhancement)
3. ส่งเสริมพัฒนาการ (Developmental Intervention)
4. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavioral Modification)
5. กิจกรรมบำบัด (Occupational Therapy)
6. แก้ไขการพูด (Speech Therapy)
7. ฝึกทักษะสังคม (Social Skills Training)
8. ฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา (Educational Rehabilitation)
9. ฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ (Vocational Rehabilitation)
10. รักษาด้วยยา (Pharmacotherapy)

นอกจากแนวทางหลักข้างต้นแล้ว ยังมีการแพทย์เสริมและทางเลือก (Complementary and Alternative Medicine) อีกหลากหลาย ให้เลือกบำบัดได้เหมาะสมกับแต่ละคนที่แตกต่างกัน

รายละเอียดต่างๆ จะกล่าวถึงในส่วนของ “แนวทางดูแลออทิสติกแบบบูรณาการ” ต่อไป





## เมื่อเด็กออทิสติกโตขึ้นจะเป็นอย่างไร

พบว่าออทิสติก จำนวน 2 ใน 3 ยังมีภาวะต้องพึ่งพิงผู้อื่น และต้องการผู้ดูแลตลอดชีวิต ในขณะที่จำนวน 1 ใน 3 สามารถพึ่งพาตนเองได้พอสมควร ต้องการเพียงคำชี้แนะจากผู้ดูแลเป็นระยะเท่านั้น และพบว่าร้อยละ 1-2 ที่พึ่งพาตนเองได้เต็มที่ สามารถประกอบอาชีพ เลี้ยงตัวเอง ดำเนินชีวิตได้ เหมือนปกติ

สิ่งสำคัญที่เป็นตัวบ่งบอกว่า เด็กออทิสติกจะมีแนวโน้มที่ดีหรือไม่ เพียงไร คือ ระดับสติปัญญา และความสามารถในการสื่อสาร จากรายงานวิจัยพบว่า ผู้ที่มีระดับสติปัญญา (ไอคิว) ต่ำกว่า 50 มีอาการชักในช่วงวัยรุ่น หรือยังไม่พูดเมื่ออายุ 5 ปี มักจะมีแนวโน้มไม่ค่อยดีนัก

พบว่าออทิสติก ประมาณร้อยละ 4-32 จะมีอาการชักร่วมด้วย พบได้เมื่ออายุมากขึ้น โดยเฉพาะในช่วงที่เป็นวัยรุ่น ซึ่งยิ่งทำให้มีแนวโน้มไม่ค่อยดี

การดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสม ถูกต้องตามหลักวิชาการ ถ้าเริ่มทำตั้งแต่ช่วงอายุ 3 ขวบปีแรก พบว่าได้ผลดีกว่าการรักษาที่ล่าช้ากว่านั้น ดังนั้นการวินิจฉัยโรคได้เร็ว เริ่มให้การดูแลช่วยเหลือตั้งแต่อายุน้อยๆ และทำอย่างต่อเนื่อง เป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด

## ป้องกันไม่ให้เป็นออทิสติกได้อย่างไร

การป้องกันไม่ให้เป็นออทิสติก ในปัจจุบันยังไม่ให้สามารถทำได้ เนื่องจากยังไม่สามารถระบุสาเหตุที่แน่ชัดได้ และยังไม่มียาที่สามารถตรวจพบได้ตั้งแต่ตั้งครรภ์ แต่สามารถป้องกันไม่ให้อาการรุนแรงขึ้นได้ โดยการคัดกรองให้รู้ปัญหาเร็วที่สุด และเข้าโปรแกรมการดูแลช่วยเหลือตั้งแต่เล็ก และทำอย่างต่อเนื่อง

กฏเหล็กสำคัญ ที่เป็นตัวทำนายออทิสติก ในเด็กอายุ 18 เดือนขึ้นไป มี 4 อาการหลัก ถ้าพบว่ามีอาการผิดปกติเหล่านี้ตั้งแต่ 2 อย่างขึ้นไป ควรนึกถึงออทิสติก และมีการดำเนินการเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค และให้ความช่วยเหลืออย่างทันที อาการดังกล่าว คือ

1. เล่นสมมติ เล่นจินตนาการไม่เป็น
2. ไม่สามารถชี้นิ้วบอกความต้องการได้
3. ไม่สนใจเข้ากลุ่ม หรือเล่นกับเด็กคนอื่น
4. ไม่มีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความสนใจร่วมกับคนอื่นได้



นอกจากนี้ยังมีการนำแบบคัดกรองมาใช้ เพื่อนำเด็กเข้าสู่การดูแลช่วยเหลือเร็วที่สุด ได้แก่ แบบสำรวจพัฒนาการเด็ก PDDSQ (Pervasive Developmental Disorders Screening Questionnaire), CHAT (Checklist for Autism in Toddlers), CARS (Childhood Autism Rating Scale)

## ควรทำความเข้าใจกับสมาชิกในบ้านอย่างไร

ทุกคนในครอบครัวควรมีการรับรู้ร่วมกัน มีการพูดคุยกันเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน และช่วยกันหาข้อมูลเพิ่มเติมจากหลายๆ แหล่ง ว่าออทิสติกคืออะไร แต่ละคนสามารถมีบทบาทในการช่วยเหลือได้อย่างไร การสุมหัวเข้าหากัน ประึกษากัน จะช่วยให้วางแผนการช่วยเหลือเด็กเป็นไปในแนวทางเดียวกันได้เหมาะสม ข้อสงสัยต่างๆ ที่ยังสับสน อาจเก็บไว้ไปปรึกษาแพทย์ที่ดูแลต่อไปได้ เมื่อมีนัดตรวจประเมินครั้งต่อไป

การทำความเข้าใจกับสมาชิกในบ้าน เช่น การบอกร้องว่าพี่เป็นออทิสติก หรือบอกพี่ว่าน้องเป็นออทิสติก ก็มีความสำคัญเช่นกัน สำหรับน้องที่เล็กยังมีความเข้าใจในเรื่องนี้ไม่เต็มที่ ก็ควรบอกตามความสามารถในการรับรู้ตามวัย ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย และเน้นการมีส่วนร่วม ว่าตัวน้องเองจะช่วยเหลือพี่ที่เป็นออทิสติก อย่างที่คนอื่นในบ้านช่วยเหลือได้อย่างไรบ้าง

ชมเชยเมื่อพี่หรือน้องทำในสิ่งที่เหมาะสม และแสดงให้เด็กรู้ว่าเราภูมิใจที่เขาได้ทำสิ่งนั้น แต่สิ่งที่สำคัญคือ ต้องไม่คาดหวัง หรือบังคับจนเกินระดับความสามารถของเด็ก ไม่ทำให้เด็กรู้สึกว่าจะต้องรับภาระในการดูแล แต่ใช้การสร้างแรงจูงใจให้เขารู้สึกอยากช่วยเหลือจะดีกว่า

## เด็กออทิสติกเป็นอัจฉริยะด้วยหรือไม่

เมื่อประมาณ 20 ปีก่อน ภาพยนตร์เรื่อง “เรนแมน” (Rain Man) ถ่ายทอดเรื่องราวของบุคคลออทิสติกที่มีความเป็นอัจฉริยะให้โลกได้รู้จัก โดยสร้างจากข้อมูลจริงของบุคคลออทิสติกที่มีความเป็นอัจฉริยะหลายๆ คนมารวมกันเป็นคนเดียว โดยมีความสามารถในการจดจำสิ่งต่างๆ ได้จากการอ่านหรือมองเห็นเพียงครั้งเดียว จำหมายเลขโทรศัพท์จากสมุดรายนามผู้ใช้ได้ทั้งเล่ม จำข้อมูลเครื่องบินตกได้แม่นยำทุกสายการบิน ว่าตกเมื่อไหร่ เสียชีวิตกี่ราย คำนวณตัวเลขหลายหลัก ได้รวดเร็วโดยคิดในใจ ฯลฯ

จากภาพยนตร์เรื่องนี้ทำให้คนส่วนใหญ่ติดภาพความเป็นอัจฉริยะของออทิสติก ซึ่งในความเป็นจริงไม่ได้มีทุกคน พบว่ามีออทิสติกประมาณร้อยละ 10 ที่มีความเป็นอัจฉริยะอยู่ในตัว อาจเป็นอัจฉริยะเฉพาะด้าน หรือหลายด้านพร้อมกันในศาสตร์แขนงต่างๆ เช่น คณิตศาสตร์ วิทยาศาสตร์ ดาราศาสตร์



ประวัติศาสตร์ และศิลปศาสตร์ เป็นต้น บางคนแสดงออกมาให้เห็นชัดเจนตั้งแต่เด็ก แต่บางคนก็รอจังหวะเวลา และโอกาสในการแสดงออก

แต่เมื่อถูกระบุว่าเป็นออทิสติกแล้ว บางครั้งความเป็นอัจฉริยะจะถูกมองข้ามไป ไม่สามารถนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ เนื่องจากเราไปให้ความสำคัญกับความผิดปกติมากกว่าความเป็นอัจฉริยะไปมุ่งเน้นการแก้ไขความผิดปกติ จนลืมส่งเสริมความเป็นอัจฉริยะ

แนวทางดูแลช่วยเหลือที่ถูกต้อง คือการส่งเสริมความสามารถที่มีอยู่ ควบคู่ไปกับการแก้ไขความบกพร่อง จึงจะสามารถดึงศักยภาพที่มีอยู่ในตัวเด็กมาใช้ได้เต็มที่

เมื่อเด็กออทิสติกได้รับการแก้ไขความบกพร่อง สิ่งหนึ่งที่มักจะถูกแนะนำให้แก้ไขด้วย คือการลดความหมกมุ่นในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งมากเกินไป ซึ่งก็เป็นสิ่งที่ถูกต้องตามแนวทางการรักษาในปัจจุบัน แต่ในบางครั้ง ความหมกมุ่นในบางเรื่อง นำมาซึ่งความจริง ความรอบรู้ในเรื่องนั้นๆ ได้เช่นกัน ดังนั้นแนวทางการแก้ไขความหมกมุ่น อาจไม่ใช่การห้าม งดทำ หรือเบี่ยงเบนเท่านั้น แต่ควรเน้นการขยายขอบเขตความสนใจในเรื่องเดิมให้กว้างขึ้น ให้มีมิติ มุมมองใหม่ๆ เพิ่มขึ้น ก็สามารถลดความหมกมุ่น โดยไม่ปิดกั้นความสนใจได้เช่นกัน

สำหรับระบบ วิธีคิด ในเด็กอัจฉริยะที่เป็นออทิสติก แยกออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ กลุ่มที่คิดด้วยภาพ (Visual Thinker) กับกลุ่มที่คิดโดยไม่ใช้ภาพ (Music, Math and Memory Thinker)

กลุ่มที่คิดด้วยภาพ เมื่อเขาคิดถึงสุนัขก็จะมีภาพของสุนัขประเภทต่างๆ ในอริยาบถต่างๆ อยู่ในหัว รู้ว่าสุนัขแต่ละตัวมีอะไรที่เหมือนกัน และมีความแตกต่างจากแมวอย่างไร จากนั้นก็จะค่อยๆ สร้างภาพเฉพาะของสุนัขเป็นความคิดรวบยอดเกี่ยวกับสุนัข หรือที่เรียกว่า การคิดแบบอุปนัย

ในทางตรงกันข้าม กลุ่มที่คิดโดยไม่ใช้ภาพ จะเริ่มคิดจากลักษณะทั่วไปที่เหมือนกันของสุนัข แล้วค่อยๆ แยกย่อยเป็นลักษณะเฉพาะแต่ละสายพันธุ์ หรือที่เรียกว่า การคิดแบบนรนัย เมื่อเราทราบว่าเด็กมีระบบ วิธีคิด แบบไหนแล้ว ก็สามารถหาวิธีส่งเสริมการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับเด็กได้

## บรรณานุกรม

ราชกิจจานุเบกษา. พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550, 2550. 124 (61 ก): 8-24

ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. การบำบัดทางเลือก ในเด็กพิเศษ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว, 2550.

ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. คู่มือออทิสติก สำหรับผู้ปกครอง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว, 2548.

ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. ออทิสติกกับความสามารถพิเศษ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว, 2548.

ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. การประเมินและตรวจวินิจฉัยความพิการกลุ่มออทิสติก. ใน: คู่มือการตรวจประเมินและวินิจฉัยความพิการ ตาม

พรบ.ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550, ดารณี สุวพันธ์, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์

การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2553: หน้า 46-8



- American Psychiatric Association. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th – edition (DSM-IV)**. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994: 63-65
- American Psychiatric Association. A 05 autism spectrum disorder. In: **DSM-5 development**. 2011. [Online]. Available URL: <http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=94>
- Centers for disease control and prevention. Prevalence of autism spectrum disorders – autism and developmental disabilities monitoring network, 14 sites, United States, 2008. **MMWR**, 2012, 61 (3): 1-19
- Tanguay RE. Pervasive developmental disorders: a 10-year review. **J Am Acad Child Adolese Psychiatry**, 2000, 39: 1079-1095
- Volkmar FR, Klin A. Pervasive developmental disorders. In: **Comprehensive textbook of psychiatry volume II**, 7th ed, Sadock BJ, Sadock VA , eds. Baltimore: William& Wilkins, 2000: pp.2659-2678
- Volkmar FR, Lord C, Clin A, Schultz R, Cook EH. 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, 2004: pp.384-422

ปรับปรุงล่าสุด 14/7/2555

ทวีศักดิ์ ลีรัตน์เรขา. **ออทิสติก 10 คำถาม**. [Online] 2555; Available from: URL: <http://www.happyhomeclinic.com/au21-autistic10faq.htm>