



ออทิสติก 10 คำถาม (Autism Spectrum Disorder: FAQ)

นพ.ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา
จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น

**ออทิสติกไม่ได้สร้างความแตกต่าง แต่เป็นเพราะว่าเด็กทุกคนแตกต่างกัน
เราจึงควรเรียนรู้และเข้าใจ ในความแตกต่างกันของเด็กแต่ละคน**

ออทิสติกคืออะไร

“ออทิสติก” (Autism Spectrum Disorder) เป็นโรคที่รู้จักมาเป็นเวลา 70 ปีมาแล้ว มีชื่อเรียกหลากหลาย และมีการเปลี่ยนแปลงการเรียกชื่อเป็นระยะ เช่น ออทิสติก, ออทิสซึม, ออทิสติก สเปกตรัม, พีดีดี, พีดีดี เอ็นไอเอส และแอสเพอร์เกอร์ เป็นต้น จนในปัจจุบันตกลงใช้คำว่า “Autism Spectrum Disorder” ซึ่งใช้อย่างเป็นทางการในระดับสากลตั้งแต่ปี พ.ศ.2556 สำหรับในภาษาไทย ควรใช้ชื่อว่า “ออทิสติก” เหมือนกันในทุกกลุ่มย่อย หรือทุกสเปกตรัมของอาการเช่นเดียวกัน เนื่องจากเป็นคำที่ใช้มานานแล้ว ไม่ควรใช้หลายชื่อซึ่งจะทำให้เกิดความสับสนได้

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

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

นักวิชาการพยายามศึกษารายละเอียดต่างๆ ของโรคออทิสติก แต่ยังไม่สามารถหาสาเหตุที่แน่ชัดได้ พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นในทุกประเทศทั่วโลก พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ถึงแม้ว่ายังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด ก็เชื่อว่าทำอะไรไม่ได้เลย เนื่องจากการดูแลช่วยเหลือในปัจจุบันสามารถช่วยให้เด็กกลุ่มนี้ดีขึ้นได้มาก โดยเฉพาะถ้าได้รับการวินิจฉัย และดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสมตั้งแต่อายุน้อยๆ และทำอย่างต่อเนื่อง

วินิจฉัยออทิสติกได้อย่างไร

ในปี พ.ศ.2556 การวินิจฉัยออทิสติกมีการเปลี่ยนแปลงตาม คู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช โดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5, 2013) เรียกว่า “ออทิสติก” (Autism Spectrum Disorder) โดยไม่มีกรแบ่งกลุ่มย่อย ซึ่งมีเกณฑ์เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมาก โดยมีคุณลักษณะหลักเหลือเพียง 2 กลุ่ม คือ



ความบกพร่องในการพัฒนาทักษะทางสังคมและการสื่อความหมายได้เหมาะสมตามวัย (social communication and social interaction)

มีลักษณะพฤติกรรม กิจกรรรม และความสนใจ เป็นแบบแผนซ้ำๆ จำกัดเฉพาะบางเรื่อง และไม่ยืดหยุ่น (restricted, repetitive patterns of behavior, interest or activities)

ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ฉบับที่ 5 (DSM-5, 2013) จัดออกที่สติทุกสเปกตรัมอยู่ในกลุ่มการวินิจฉัยเดี่ยว ที่เรียกว่า “Autism Spectrum Disorder” มีคุณลักษณะหลัก 2 อย่าง คือ บกพร่องอย่างชัดเจนในการสื่อสารทางสังคม และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และมีแบบแผนพฤติกรรม ความสนใจ หรือกิจกรรมที่จำกัด ซ้ำๆ ซึ่งอาการดังกล่าวแสดงออกในช่วงแรกของวัยแห่งการพัฒนา ส่งผลต่อความบกพร่องในด้านสังคม อาชีพ หรือหน้าที่การทำงานอื่นที่สำคัญ

ออทิสติกมีอาการอย่างไร

เด็กที่เป็นออทิสติกจะมีอาการแตกต่างกันหลากหลายรูปแบบ สิบคนก็สิบแบบ ร้อยคนก็ร้อยแบบ แต่ก็ก็มีลักษณะร่วมคล้ายกัน ที่เรียกว่า “ออทิสติก” คือเด็กอยู่ในโลกของตัวเองมาก สนใจสิ่งแวดล้อมน้อย เรียกไม่หัน ไม่สบตา ไม่สนใจใคร โต้ตอบไม่เป็น เล่นไม่เหมาะสม จินตนาการไม่เป็น ไม่พูดหรือพูดไม่รู้เรื่อง พูดเป็นภาษาต่างดาว ทำอะไรซ้ำๆ เป็นแบบแผน ไม่ยืดหยุ่น สนใจบางอย่างแบบหมกมุ่น ไม่มีประโยชน์ ในรายชื่อที่อยู่ในโลกของตัวเองมาก กระตุ่นตัวเองเป็นระยะ เช่น หมุนตัว โยกตัว เขย่งเท้า สะบัดมือ เล่นมือ เล่นเสียง เป็นต้น

การที่จะดูว่าเด็กเป็นออทิสติกหรือไม่ ถ้าอาการมาก อาการรุนแรง จะดูออกได้ไม่ยาก แต่ถ้าอาการน้อยๆ จะดูยากมาก ต้องอาศัยความเห็นผู้เชี่ยวชาญ เช่น จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น และบางคนอาจต้องประเมินและติดตามระยะหนึ่ง จึงจะได้ข้อสรุปที่แน่นอน

ในช่วงขวบปีแรกจะสังเกตได้ยาก เนื่องจากเด็กมีหน้าตาน่ารัก ไม่มีลักษณะภายนอกผิดปกติ เด็กมักจะ ไม่สบตา เรียกชื่อก็ไม่สนใจหันมอง หน้าตาเฉยเมย ไม่ยิ้มตอบ หรือหัวเราะ ไม่ชอบให้อุ้ม ไม่แสดงท่าทีเรียกร้องความสนใจใดๆ ค่อนข้างเงียบ ไม่ส่งเสียง เสียงง่าย

อาการผิดปกติเริ่มสังเกตได้ชัดเจนขึ้นในช่วงขวบปีที่สอง เด็กยังไม่พูดเป็นคำ แต่จะพูดเป็นภาษาต่างดาวที่ไม่มีความหมาย ไม่สนใจของเล่น ไม่สนใจในเรื่องที่คนรอบข้างกำลังสนใจอยู่ ไม่ชี้นิ้วบอกความต้องการของตนเอง เวลาอยากได้อะไรมักจะทำเอง หรือจูงมือพ่อแม่ไปหยิบโดยไม่ส่งเสียง ชอบจ้องมองสิ่งของที่แวววาววับ แสงไฟ เกาที่กระเพื่อมไปมา หรือของหมุนๆ เช่น พัดลม ล้อรถที่กำลังหมุน เริ่มเล่นมือ สะบัดมือ หมุนตัว โยกตัว เขย่งเท้า

นับจากขวบปีที่สามเป็นต้นไป อาการจะชัดเจนขึ้น และรุนแรงมากขึ้น ถ้าไม่ได้นำเข้าสู่กระบวนการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง

ในด้านสังคม เด็กจะไม่สบตา ไม่เข้าใจสีหน้า อารมณ์ของผู้อื่น เด็กจะเล่นกับเด็กคนอื่นในวัยเดียวกันไม่เป็น แต่มักจะเล่นกับเด็กที่โตกว่าหรือผู้ใหญ่ ไม่สนใจของเล่นที่เด็กทั่วไปสนใจ แต่จะไปเล่นของที่สมควรเล่น เล่นจินตนาการไม่เป็น ไม่สามารถสมมติของอย่างหนึ่งเป็นอีกอย่างหนึ่งได้ เช่น บล็อกไม้เรียงกันเป็นรถไฟ ก้อนหินเป็นขนม ไม่รู้จักแยกแยะหรือหลีกเลี่ยงจากอันตราย เช่น เห็นสุนัขที่ดุๆ เฝ้าเสียงดัง ก็วิ่งเข้าไปจับ



ในด้านภาษาเด็กหลายคนเริ่มพูดได้ แต่เป็นลักษณะพูดซ้ำๆ พูดเลียนแบบโดยไม่เข้าใจความหมาย พูดเรียงประโยคไม่ถูกต้อง หรือตอบคำถามไม่เป็น ยังมีภาษาต่างดาวอยู่มาก

ในด้านพฤติกรรม เด็กจะมีท่าทางแปลกๆ ที่เป็นลักษณะเฉพาะตัว กระโดดสะบัดมือเวลาดีใจหรือตื่นเต้น เดินเขย่งหรือขอยเท้า สนใจของบางอย่างแบบหมกมุ่นเกินความพอดี เช่น ชอบดูโลโก้สินค้า สะสมขวด ดูรูปภาพเดิมซ้ำๆ จ้องมองพัดลมหมุนได้นาน สะบัดแผ่นซีดีไปมาเพื่อดูแสงเงา ทานอาหารเมนูซ้ำเดิมไม่ยอมเปลี่ยนแปลง ใส่เสื้อผ้าเดิมหรือสีเดิมตลอด ถ้ากิจวัตรที่เคยทำเปลี่ยนไปจากเดิม จะอารมณ์เสีย หงุดหงิด โวยวาย

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

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

อาการชุนมาก อยู่ไม่นิ่ง รื้อวุ่นตลอด นั่งไม่ติดที่ หรือที่เรียกว่าไฮเปอร์แอกทีฟ (Hyperactive) เป็นอาการที่พบร่วมได้ในเด็กออทิสติก มักพบมีความบกพร่องทางสติปัญญาาร่วมด้วย ร้อยละ 50-70 แต่ในขณะเดียวกัน ก็พบว่ามีความสามารถพิเศษถึงร้อยละ 10

สรุปอาการสำคัญที่พบร่วมด้วยในเด็กออทิสติก มีดังนี้

- บกพร่องทางสติปัญญา ร้อยละ 50-70
- สมาธิสั้น อยู่ไม่นิ่ง ร้อยละ 40-60
- ซึมเศร้า/อารมณ์แปรปรวน ร้อยละ 44
- ลมชัก ร้อยละ 25-40
- ทำร้ายตนเอง ร้อยละ 25-40
- ปัญหาการนอน ร้อยละ 10-30
- ปัญหาการกิน พบบ่อยมาก
- พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง พบบ่อย

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

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

พบว่าการแบ่งกลุ่มดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับระดับสติปัญญา กลุ่มที่แยกตัวมักมีความบกพร่องทางสติปัญญาาร่วมด้วย ส่วนกลุ่มที่เข้าหาคนมักมีระดับสติปัญญาดี



พบออทิสติกมากขึ้นจริงไหม

ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention) ทำการศึกษาระบาดวิทยาของออทิสติกอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ.2545-2555 โดยทำการศึกษาเด็กอายุ 8 ปี ในพื้นที่ฝ้าระวังพบว่าความชุกของออทิสติกเพิ่มขึ้นจาก 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 และพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ

ในการศึกษาทางระบาดวิทยา ทำค่อนข้างยากเนื่องจากเกณฑ์ในการวินิจฉัยออทิสติกมีการเปลี่ยนแปลงจากข้อมูลเดิมเมื่อ 20 ปีก่อน พบว่ามีความชุกของโรคประมาณ 1-2 คนต่อประชากร 1,000 คน

เดิมเชื่อว่าที่พบเพิ่มขึ้นอาจเป็นผลจากเกณฑ์การวินิจฉัยที่กว้างขึ้น ครอบครัวมากขึ้น และประชาชนทั่วไปมีความตระหนักในโรคออทิสติกและเข้าถึงบริการมากขึ้น แต่งานวิจัยระยะหลังซึ่งทำในในช่วงเวลาที่ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยเดียวกันแล้ว ชี้ให้เห็นชัดเจนว่า มีอุบัติการณ์ที่เพิ่มขึ้นจริง และเพิ่มขึ้นมากด้วย พบออทิสติกในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ประมาณ 4-5 เท่า เดิมเชื่อว่าพบมากในกลุ่มคนที่มีฐานะดี แต่ในปัจจุบันพบว่ามีในทุกระดับชั้นของสังคมพอๆ กัน ที่เป็นเช่นนี้เพราะว่า แต่เดิมนั้นกลุ่มคนที่มีฐานะดี จะเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้ดีกว่า

ทำไมถึงเป็นออทิสติก

มีความพยายามในการศึกษาถึงสาเหตุของออทิสติก แต่ยังไม่ทราบสาเหตุของความผิดปกติที่แน่ชัดได้ ในปัจจุบันมีหลักฐานสนับสนุนชัดเจนว่าเกิดจากการทำงานของสมองที่ผิดปกติ มากกว่าเป็นผลจากสิ่งแวดล้อมในอดีตเคยเชื่อว่าออทิสติก เกิดจากการเลี้ยงดูในลักษณะที่เย็นชา (Refrigerator Mother) แต่จากหลักฐานข้อมูลในปัจจุบันยืนยันได้ชัดเจนว่า รูปแบบการเลี้ยงดูไม่ใช่สาเหตุที่ทำให้เป็นออทิสติก แต่ถ้าเลี้ยงดูอย่างเหมาะสมก็จะช่วยให้เด็กพัฒนาดีขึ้นได้มาก

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



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

ด้านเภสัชวิทยาของระบบประสาท พบว่ามีความเกี่ยวข้องกับสารเคมีสื่อประสาทที่ชื่อ เซโรโทนิน (Serotonin) โดยมีระดับในเกล็ดเลือดสูงขึ้น แต่ยังไม่สามารถอธิบายได้ชัดเจนว่าเกิดจากอะไร

ทำอย่างไรเมื่อลูกเป็นออทิสติก

ถึงแม้ว่าในปัจจุบันยังไม่มียาการรักษาออทิสติก ที่จำเพาะเจาะจงให้หายขาดได้ แต่ก็สามารถช่วยเหลือให้ลูกมีพัฒนาการดีขึ้นได้เต็มตามศักยภาพของเขา สามารถเรียนรู้ และใช้ชีวิตอยู่ร่วมในสังคมได้อย่างปกติสุข

แนวทางการดูแล ไม่ว่าจะไปในทิศทางใดก็ตาม ถ้าเริ่มต้นจากการดูแลด้วยความรัก แล้วค่อยๆ พัฒนาด้วยความเข้าใจ ก็จะไปสู่จุดหมายปลายทางของการทำให้ลูกมีการพัฒนาเต็มตามศักยภาพที่มีอยู่ได้ไม่ยาก

การดูแลด้วยความรัก ก็คือสิ่งที่พ่อแม่ทุกคนมีเต็มเปี่ยมอยู่แล้ว แต่มักจะถูกบดบังด้วยความเครียด ความวิตกกังวล ความเบื่อหน่าย ความท้อแท้ และความรู้สึกอื่นๆ อีกมากมายในบางช่วงเวลา ซึ่งเป็นเรื่องธรรมดาที่จะเกิดความรู้สึกต่างๆ ขึ้นมาได้ในระหว่างการดูแล แต่จำเป็นต้องหาวิธีจัดการความรู้สึกต่างๆ อย่างเหมาะสมต่อไป

การมีความรักอยู่เต็มเปี่ยมอาจจะไม่เพียงพอในการช่วยเหลือลูก ถ้าขาดความเข้าใจ เนื่องจากในการดูแลต้องมีกระบวนการพัฒนาแบบพิเศษ การมีความรู้ ความเข้าใจ มีเจตคติที่ถูกต้อง มีทักษะที่ดี และพัฒนาเทคนิควิธีอย่างต่อเนื่อง เป็นสิ่งที่พ่อแม่ควรมี

การดูแลช่วยเหลือจำเป็นต้องใช้หลายวิธีร่วมกัน โดยทีมงานผู้เชี่ยวชาญจากหลากหลายวิชาชีพ วางแผนการดูแลตามสภาพปัญหาของเด็กแต่ละคน เพื่อให้มีประสิทธิผลสูงสุด สำหรับแนวทางหลักในการดูแลช่วยเหลือ มี 10 แนวทางหลัก ดังนี้

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

นอกจากแนวทางหลักข้างต้นแล้ว ยังมีการแพทย์เสริมและทางเลือกอีกหลากหลาย (Complementary and Alternative Medicine) ให้เลือกบำบัดได้เหมาะสมกับแต่ละคนที่แตกต่างกัน



พบว่าออทิสติก จำนวน 2 ใน 3 ยังมีภาวะต้องพึ่งพิงผู้อื่น และต้องการผู้ดูแลตลอดชีวิต ในขณะที่จำนวน 1 ใน 3 สามารถพึ่งพาตนเองได้พอสมควร ต้องการเพียงคำชี้แนะจากผู้ดูแลเป็นระยะเท่านั้น และพบว่ามีร้อยละ 1-2 ที่พึ่งพาตนเองได้เต็มที่ สามารถประกอบอาชีพ เลี้ยงตัวเอง ดำเนินชีวิตได้เหมือนปกติ

สิ่งสำคัญที่เป็นตัวบ่งบอกว่า เด็กออทิสติกจะมีแนวโน้มที่ดีหรือไม่ เพียงไร คือ ระดับสติปัญญา และความสามารถในการสื่อสาร จากรายงานวิจัยพบว่า ผู้ที่มีระดับสติปัญญา (ไอคิว) ต่ำกว่า 50 มีอาการชักในช่วงวัยรุ่นหรือยังไม่พูดเมื่ออายุ 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 แต่สามารถป้องกันไม่ให้มีอาการรุนแรงขึ้นได้ โดยการคัดกรองให้รู้ปัญหาเร็วที่สุด และเข้าโปรแกรมการดูแลช่วยเหลือตั้งแต่เล็กและทำอย่างต่อเนื่อง

กุญแจสำคัญ ที่เป็นตัวทำนาย ออทิสติก 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

ทุกคนในครอบครัว ควรมีการรับรู้ร่วมกัน มีการพูดคุยกันเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน และช่วยกันหาข้อมูลเพิ่มเติมจากหลายๆ แหล่ง ว่าออทิสติกคืออะไร แต่ละคนสามารถมีบทบาทในการช่วยเหลือได้อย่างไร การสวมหัวเข้า



หากัน ปรีกษากัน จะช่วยให้วางแผนการช่วยเหลือเด็กเป็นไปในแนวทางเดียวกันได้เหมาะสม ข้อสงสัยต่างๆ ที่ยังสับสน อาจเก็บไว้ไปปรึกษาแพทย์ที่ดูแลต่อไปได้ เมื่อมีนัดตรวจประเมินครั้งต่อไป

การทำความเข้าใจกับสมาชิกในบ้าน เช่น การบอกน้องว่าพี่เป็นออทิสติก หรือบอกพี่ว่าน้องเป็นออทิสติก ก็มีความสำคัญเช่นกัน สำหรับน้องที่เล็กยังมีความเข้าใจในเรื่องนี้ไม่เต็มที่ ก็ควรบอกตามความสามารถในการรับรู้ตามวัย ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย และเน้นการมีส่วนร่วม ว่าตัวน้องเองจะช่วยเหลือพี่ที่เป็นออทิสติก อย่างที่คนอื่นในบ้านช่วยเหลือได้อย่างไรบ้าง

ชมเชยเมื่อพี่หรือน้องทำในสิ่งที่เหมาะสม และแสดงให้เห็นให้เราภูมิใจที่เขาได้ทำสิ่งนั้น แต่สิ่งที่สำคัญคือต้องไม่คาดหวัง หรือบังคับจนเกินระดับความสามารถของเด็ก ไม่ทำให้เด็กรู้สึกที่ต้องรับภาระในการดูแล แต่ใช้การสร้างแรงจูงใจให้เขารู้สึกอยากช่วยเหลือจะดีกว่า

เด็กออทิสติกเป็นอัจฉริยะด้วยหรือไม่

เมื่อประมาณ 20 ปีก่อน ภาพยนตร์เรื่อง เรนแมน (Rain Man) ถ่ายทอดเรื่องราวของบุคคลออทิสติกที่มีความเป็นอัจฉริยะ ให้โลกได้รู้จัก โดยสร้างจากข้อมูลจริงของบุคคลออทิสติกที่มีความเป็นอัจฉริยะหลาย ๆ คนมารวมกันเป็นคนเดียว โดยมีความสามารถในการจดจำสิ่งต่างๆ ได้จากการอ่านหรือมองเห็นเพียงครั้งเดียว จำหมายเลขโทรศัพท์จากสมุดรายนามผู้ใช้ได้ทั้งเล่ม จำข้อมูลเครื่องบินตกได้แม่นยำทุกสายการบิน ว่าตกเมื่อไหร่ เสียชีวิตกี่ราย คำนวณตัวเลขหลายหลัก ได้รวดเร็วโดยคิดในใจ ฯลฯ

จากภาพยนตร์เรื่องนี้ทำให้หลายๆ คน ตัดภาพความเป็นอัจฉริยะของออทิสติก ซึ่งไม่ได้มีทุกคน แต่ก็พบว่ามีเกือบร้อยละ 10 ที่มีความเป็นอัจฉริยะในตัว อาจเป็นอัจฉริยะเฉพาะด้าน หรือหลายๆ ด้านพร้อมกัน ในศาสตร์แขนงต่างๆ เช่น คณิตศาสตร์ วิทยาศาสตร์ ดาราศาสตร์ ประวัติศาสตร์ และศิลปศาสตร์ เป็นต้น บางคนแสดงออกมาให้เห็นชัดเจนตั้งแต่เด็ก แต่บางคนก็รอจังหวะเวลา และโอกาสในการแสดงออก

แต่เมื่อถูกระบุว่าเป็นออทิสติกแล้ว บางครั้งความเป็นอัจฉริยะ จะถูกมองข้ามไป ไม่สามารถนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ เนื่องจากเราไปให้ความสำคัญกับความผิดปกติมากกว่าความเป็นอัจฉริยะ ไปมุ่งเน้นการแก้ไขความผิดปกติ จนลืมส่งเสริมความเป็นอัจฉริยะ

แนวทางดูแลช่วยเหลือที่ถูกต้อง คือการส่งเสริมความสามารถที่มีอยู่ ควบคู่ไปกับการแก้ไขความบกพร่อง จึงจะสามารถดึงศักยภาพที่มีอยู่ในตัวเด็กมาใช้ได้เต็มที่

เมื่อเด็กออทิสติกได้รับการแก้ไขความบกพร่อง สิ่งหนึ่งที่มีมักจะถูกแนะนำให้แก้ไขด้วย คือการลดความหมกมุ่นในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งซึ่งมากเกินไป ซึ่งก็เป็นสิ่งที่ถูกต้องตามแนวทางการรักษาในปัจจุบัน แต่ในบางครั้งความหมกมุ่นในบางเรื่อง นำมาซึ่งความรู้จริง ความรอบรู้ในเรื่องนั้นๆ ได้เช่นกัน ดังนั้นแนวทางการแก้ไขความหมกมุ่น อาจไม่ใช่การห้าม งดทำ หรือเปียงเบนเท่านั้น แต่ควรเน้นการขยายขอบเขตความสนใจในเรื่องเดิมให้กว้างขึ้น ให้มีมิติ มุมมองใหม่ๆ เพิ่มขึ้น ก็สามารถลดความหมกมุ่น โดยไม่ปิดกั้นความสนใจได้เช่นกัน

สำหรับระบบ วิถีคิด ในเด็กอัจฉริยะที่เป็นออทิสติก แยกออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ

- 1) กลุ่มที่คิดด้วยภาพ (Visual Thinker) กับกลุ่มที่คิดโดยไม่ใช้ภาพ (Music, Math and Memory Thinker)



2) กลุ่มที่คิดด้วยภาพ เมื่อเขาคิดถึงสุนัขก็จะมีภาพของสุนัขประเภทต่างๆ ในอริยาบถต่างๆ อยู่ในหัว รู้ว่าสุนัขแต่ละตัวมีอะไรที่เหมือนกัน และมีความแตกต่างจากแมวอย่างไร จากนั้นก็จะค่อยๆ สร้างภาพเฉพาะของสุนัขเป็นความคิดรวบยอดเกี่ยวกับสุนัข หรือที่เรียกว่า การคิดแบบอุปนัย

ในทางตรงกันข้าม กลุ่มที่คิดโดยไม่ใช้ภาพ จะเริ่มคิดจากลักษณะทั่วไปที่เหมือนกันของสุนัข แล้วค่อยๆ แยกย่อยเป็นลักษณะเฉพาะแต่ละสายพันธุ์ หรือที่เรียกว่า การคิดแบบนิรนัย เมื่อเราทราบว่าเป็นเด็กมีระบบ วิธีคิด แบบไหนแล้ว ก็สามารถหาวิธีส่งเสริมการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับเด็กได้

เอกสารอ้างอิง

ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2558). **คู่มือการดูแลสุขภาพจิตเด็ก กลุ่มปัญหาการเรียน**. กรุงเทพฯ: ป๊อปอาย พับลิชชิง.

ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2550). **การบำบัดทางเลือก ในเด็กพิเศษ**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.

ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2548). **คู่มือออทิสติก สำหรับผู้ปกครอง**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.

ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2548). **ออทิสติกกับความสามารถพิเศษ**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.

American Psychiatric Association. (2013). Neurodevelopmental Disorders. In: **American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th ed. (DSM-5)**. Washington DC: American Psychiatric Publishing; pp. 31-86.

Christensen DL, Baio J, Braun KV, 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.

Sadock BJ, Sadock VA and Ruiz P, eds. (2015). Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder, In: **Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry – Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry 11th ed.** (e-book). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; pp. 8811-906.

Spetie L and Arnold EL. (2004). Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. In: Martin A, Volkmar FR, Lewis M, eds. **Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive textbook 4th ed.** Baltimore: Lippincott William & Wilkins; pp. 430-53.

บทความฉบับแก้ไขล่าสุด: พฤศจิกายน 2560

บทความทั้งหมดยินดีให้นำไป เผยแพร่เพื่อความรู้ได้ โดยกรุณาอ้างอิงแหล่งที่มา

ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2560). **เรียนรู้และเข้าใจออทิสติก**. [Online]. Available URL:

<http://www.happyhomeclinic.com/au21-autism-faq.html>