

ออทิสติก

Autism Spectrum Disorder

นพ.ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา

จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น

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 กิจกรม และความสนใจ เป็นแบบแผนซ้ำๆ จำกัดเฉพาะบางเรื่อง และไม่ยืดหยุ่น ปัญหาดังกล่าวเป็นตั้งแต่เล็ก ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการดำรงชีวิต

นักวิชาการพยายามศึกษารายละเอียดต่างๆ ของโรคออทิสติก แต่ยังไม่สามารถหาสาเหตุที่แน่ชัดได้ พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นในทุกประเทศทั่วโลก พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ถึงแม้ว่ายังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด ก็เชื่อว่าทำอะไรไม่ได้เลย เนื่องจากการดูแลช่วยเหลือในปัจจุบันสามารถช่วยให้เด็กกลุ่มนี้ดีขึ้นได้มาก โดยเฉพาะถ้าได้รับการวินิจฉัย และดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสมตั้งแต่อายุน้อยๆ และทำอย่างต่อเนื่อง

ประวัติความเป็นมา

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

ปี พ.ศ.2486 มีการรายงานผู้ป่วยเป็นครั้งแรก โดยนายแพทย์ลีโอ แคนเนอร์ (Leo Kanner) จิตแพทย์สถาบันจอห์น ฮอปกินส์ สหรัฐอเมริกา รายงานผู้ป่วยเด็กจำนวน 11 คน ที่มีอาการแปลกๆ เช่น พูดเสียงเสีย 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 นำมาอ้างอิงถึง

ออทิสติกในความหมายของแอสเพอร์เกอร์ คล้ายคลึงกับของแคนเนอร์มาก นักวิจัยรุ่นหลังจึงสรุปว่าหมอ 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 (DSM-IV, 1994) และปรับปรุง ปี พ.ศ.2543 (DSM-IV-TR, 2000) ส่วนเกณฑ์การวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 ปรับปรุง ปี พ.ศ.2554 (ICD-10, 2011) ก็ใช้ชื่อเดียวกัน และใช้ต่อเนื่องมา

จนถึงปัจจุบัน

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

ลักษณะอาการและการวินิจฉัย

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 ฉบับปรับปรุง ปี พ.ศ.2543 (DSM-IV-TR, 2000) จัดออทิสติกทุกสเปกตรัมอยู่ในกลุ่มการวินิจฉัยที่เรียกว่า "พีดีดี" (Pervasive Developmental Disorders) 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 เอ็นโอเอส (PDD, Not Otherwise Specified)

โดยกำหนดหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคออทิสติก (Autistic Disorder) ซึ่งประกอบด้วย 3 เกณฑ์หลัก ดังนี้

A. เข้าเกณฑ์ต่อไปนี้ 6 ข้อหรือมากกว่า จากหัวข้อ (1) (2) และ (3) โดยอย่างน้อยต้องมี 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 หรือร่วมงานให้เกิดความสำเร็จกับคนอื่นฯ (เช่น ไม่แสดงออก ไม่เสนอความเห็น หรือไม่ชี้ว่าตนสนใจอะไร)

1.4. ไม่มีอารมณ์หรือสัมพันธ์ภาพตอบสนองกับสังคม

2. มีคุณลักษณะในการสื่อสารผิดปกติ โดยแสดงออกอย่างน้อย 1 ข้อต่อไปนี้

2.1. พัฒนาการในการพูดช้าหรือไม่มีเลย โดยไม่แสดงออกว่าอยากใช้การสื่อสารวิธีอื่นมาทดแทน (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 (stereotyped) ตั้งแต่ 1 อย่างขึ้นไป และความสนใจในสิ่งต่างๆมีจำกัด ซึ่งเป็นภาวะที่ผิดปกติทั้งในแง่ของความรุนแรงหรือสิ่งที่สนใจ

3.2. ติดกับกิจวัตร หรือย่ำทำกับบางสิ่งบางอย่างที่ไม่มีประโยชน์โดยไม่ยืดหยุ่น

3.3. ทำกิริยาซ้ำๆ (mannerism) (เช่น เล่นสะบัดมือ หมุน โยกตัว)

3.4. สนใจหมกมุ่นกับเพียงบางส่วนของวัตถุ

B. มีความซ้ำหรือผิดปกติในด้านต่างๆ ต่อไปนี้ ก่อนอายุ 3 ปี

(1) ปฏิสัมพันธ์กับสังคม

(2) ภาษาที่ใช้สื่อสารกับสังคม

(3) เล่นสมมติหรือเล่นตามจินตนาการ

C. ความผิดปกติไม่เข้ากับ Rett's Disorder หรือ Childhood Disintegrative Disorder ได้ดีกว่า

ระบบการจำแนกโรคตามมาตรฐานสากล ขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 ปรับปรุง ปี พ.ศ.2554 (ICD-10, version 2010) ก็ใช้ชื่อ "พีดีดี" เช่นเดียวกัน แต่แบ่งออกเป็น 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 PDDs

8) PDDs, unspecified

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

กฎเกณฑ์สำคัญ ที่เป็นตัวทำนาย โรคออทิสติก ในเด็กอายุ 18 เดือนขึ้นไป มี 4 อาการหลัก ถ้าพบว่ามีอาการผิดปกติเหล่านี้ตั้งแต่ 2 อย่างขึ้นไป ควรนึกถึงโรคออทิสติก และควรมีการดำเนินการเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค และให้ความช่วยเหลืออย่างทันที อาการดังกล่าว คือ

- เล่นสมมติ เล่นจินตนาการไม่เป็น (lack of pretend play)
- ไม่สามารถชี้นิ้วบอกความต้องการได้ (lack of protodeclarative pointing)
- ไม่สนใจเข้ากลุ่ม หรือเล่นกับเด็กคนอื่น (lack of social interest)
- ไม่มีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความสนใจร่วมกับคนอื่นได้ (lack of joint attention)

ระบาดวิทยา

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

ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention) ทำการศึกษาระบาดของออทิสติกอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ.2545-2551 โดยทำการศึกษาค้นคว้าเด็กอายุ 8 ปี ใน 14 พื้นที่เฝ้าระวัง พบว่าความชุกของออทิสติก เพิ่มขึ้นจาก 6.4 ต่อ 1,000 ในปี พ.ศ.2545 เป็น 11.3 ต่อ 1,000 ในปี พ.ศ.2551 พบเพิ่มขึ้นร้อยละ 78 ในระยะเวลา 6 ปี (CDC, 2012)

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

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

สาเหตุของโรค

มีความพยายามในการศึกษาถึงสาเหตุของโรคออทิสติก แต่ยังไม่ทราบสาเหตุของความผิดปกติที่ชัดเจน ในปัจจุบันมีหลักฐานสนับสนุนว่าน่าจะเกิดจากการทำงานของสมองผิดปกติ มากกว่าเป็นผลมาจากสิ่งแวดล้อม

ในอดีตเคยเชื่อว่าโรคออทิสติก เกิดจากการเลี้ยงดูในลักษณะที่เย็นชา (refrigerator) 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. ด้านเภสัชวิทยาาระบบประสาท (Neuropharmacological Study)

พบว่ามี ความเกี่ยวข้อง กับสารเคมีสื่อประสาท ซีโรโทนิน (serotonin) โดยมีระดับในเลือดเลือดสูงขึ้น แต่ยังไม่สามารถอธิบายเหตุผลที่ชัดเจนได้ ว่าเกิดจากอะไร

3. คลื่นไฟฟ้าสมอง (Electroencephalography - EEG)

พบว่ามี ความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าสมอง 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. พยาธิวิทยาาระบบประสาท (Neuropathological Study)

ยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจน แต่จากหลายการศึกษาพบว่าเกี่ยวข้องกับจำนวน Purkinje cell ที่ลดลง

6. การศึกษาปริมาตรของสมอง (Study of Brain Volume)

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

การดูแลรักษา

วิธีการดูแลรักษาต่างๆ ในปัจจุบันนี้ สามารถช่วยเหลือให้เด็กออทิสติก มีพัฒนาการดีขึ้นได้มาก จนสามารถเรียนรู้ 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 ถ้าเริ่มต้นจากการดูแลด้วยความรัก แล้วค่อยๆ พัฒนาด้วยความเข้าใจ ก็จะไปสู่จุดหมายปลายทางของการทำให้เด็กมีการพัฒนาเต็มตามศักยภาพที่มีอยู่ได้ไม่ยาก

สำหรับแนวทางการดูแลออทิสติก มีความหลากหลาย ในที่นี้ได้สรุปรวบรวมแนวทางหลักๆ ออกเป็น 10 แนวทาง ดังนี้

1. ส่งเสริมพลังครอบครัว
2. ส่งเสริมความสามารถ
3. ส่งเสริมพัฒนาการ
4. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
5. กิจกรรมบำบัด
6. แก้ไขการพูด
7. ฝึกทักษะสังคม
8. ฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา

9. ฟันฟูสมรรถภาพทางอาชีพ

10. รักษาด้วยยา

นอกจากแนวทางหลักข้างต้นแล้ว ยังมีการแพทย์เสริมและทางเลือกอีกหลากหลาย ให้เลือกบำบัดได้เหมาะสมกับแต่ละคนที่แตกต่างกัน

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 ในกลุ่มที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาร่วมด้วย จะมีความเสี่ยงต่อการชักสูงกว่า

การดูแลรักษา ถ้าเริ่มตั้งแต่ช่วงอายุ 2-3 ปี พบว่ามีการพยากรณ์โรคดีกว่าการรักษาที่ล่าช้ากว่านั้น การวินิจฉัยโรคได้เร็ว และเริ่มให้การดูแลรักษาตั้งแต่อายุน้อยๆ และทำอย่างต่อเนื่อง เป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด

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.