



บทที่ 2

1. ความรู้ แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

2. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้ แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

ลักษณะของเด็กออทิสติก

ออทิสซึมเป็นความผิดปกติที่รุนแรงในเด็กที่แสดงให้เห็นได้ตั้งแต่เด็กมีอายุก่อน 30 เดือน ซึ่งในคู่มือการวินิจฉัยโรคความผิดปกติทางจิตโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ในฉบับต้น ๆ (DSM-I และ DSM-II) จัดออทิสซึมอยู่ในกลุ่มโรคจิตเภทในเด็ก (Childhood Schizophrenia) ต่อมาในปี 1980 ฉบับที่ 3 DSM-III ได้เพิ่มกลุ่มความผิดปกติขึ้นและจัดออทิสติกอยู่ในกลุ่มของความผิดปกติของการพัฒนาการแบบแผ่กระจาย (Pervasive developmental disorders) (PDDs) ต่อมาในปี 1987 ได้มีการปรับปรุงเป็น DSM-III-R ซึ่งได้กำหนดหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยออทิสซึมไว้ดังนี้

อย่างน้อยต้องมีอาการ 8 ข้อใน 6 ข้อจากหัวข้อ ก, ข, ค ที่จะกล่าวต่อไปนี้ ซึ่งใน 8 ข้อนั้นต้องรวมถึงอาการที่ปรากฏอย่างน้อย 2 ข้อจาก ก, 1 ข้อ จาก ข และ 1 ข้อจาก ค

ก) ความบกพร่องในด้านความสัมพันธ์ตอบโต้กับผู้อื่น

1) มีลักษณะขาดความสนใจ หรือไม่รับรู้ต่อความรู้สึกของผู้อื่น เช่น เห็นบุคคลอื่นเหมือนสิ่งของ ไม่รับรู้ความรู้สึกและไม่รับรู้ความเป็นส่วนตัวของผู้อื่น

2) แก้ปัญหาไม่ได้ หรือมีความผิดปกติในการแก้ปัญหาเมื่ออยู่ในภาวะกดดัน เช่น เมื่อเวลาเจ็บปวด, หิว, เหนื่อย แต่จะใช้ลักษณะท่าซ้ ๆ เช่น พูคซ่า ซีส ซีส ซีส เป็นต้น

3) ไม่รู้จักการลอกเลียนแบบเหมือนเด็กที่กำลังเรียนรู้ทั่วไป เช่น ไม่สามารถบอกมือบ้ายบาย; ไม่สามารถเลียนแบบการทำงานบ้านของแม่ เป็นต้น

4) ไม่มีลักษณะการเล่นที่สัมพันธ์กับบุคคลอื่น หรือมีก็มีลักษณะผิดปกติไป เช่น ไม่สามารถเล่นเกมส์หรือมีกิจกรรมร่วมกับคนอื่น ๆ, ชอบเล่นคนเดียว ถ้าจะเล่นที่เกี่ยวข้องกับผู้อื่นก็ต้องมีสื่อกลางเป็นเครื่องช่วย

5) ไม่สามารถหรือมีความบกพร่องในการคบหาสมาคมกับเพื่อนๆ เช่น เด็กปกติ

ข) มีความบกพร่องในการติดต่อสื่อสารทั้งด้านการใช้คำพูดและท่าทาง

1) มีความผิดปกติในการออกเสียงเพื่อสื่อสารเหมือนเด็กปกติ เช่น สื่อแบบไม่เป็นคำ, ไม่เป็นภาษา (babbling)

2) มีความผิดปกติในการติดต่อสื่อสารโดยใช้ท่าทาง เช่น ไม่มีการสบตา ไม่มีที่ทำโต้ตอบที่แสดงหรือบอกความรู้สึก, ความต้องการต่าง ๆ

3) ไม่มีการเล่นโดยใช้จินตนาการเหมือนเด็กทั่วไป เช่น การเล่นบทบาทในครอบครัว, เล่นเลียนแบบท่าทางของสัตว์, ไม่สนใจเรื่องราว, นิทาน

4) มีความผิดปกติในการใช้เสียง ทั้งอัตราความเร็วช้า จังหวะ, ความดัง, pitch เป็นต้น

5) มีความผิดปกติในเนื้อหาคำพูด ซึ่งรวมถึงการใช้คำซ้ำ ใช้เสียงซ้ำ ๆ เช่น การพูดซ้ำคำหลัง ใช้สรรพนามกลับ เช่น "เธอ" เป็น "ฉัน" (ตัวอย่าง "เธอต้องการขนม" เป็น "ฉันต้องการขนม") เรียงประโยคผิด, พูดไม่ต่อเนื่อง เช่น คนกำลังพูดเรื่องกีฬา เด็กออกที่สติอาจพูดเรื่องตารางการเดินรถไฟ เป็นต้น

6) มีความผิดปกติในการสนทนากับผู้อื่นทั้ง ๆ ที่พูดได้ เช่น พูดประโยคเดียวหรือพูดคนเดียวในเรื่องหนึ่งโดยไม่สนใจทำที่ผู้อื่น

ค) มีความผิดปกติหรือมีความบกพร่องในกิจกรรมและความสนใจซึ่งแสดงออกในรูปแบบต่าง ๆ เช่น

1) เคลื่อนไหวร่างกายซ้ำ ๆ เช่น สับคมือหรือบิดมือ, โบกศีรษะ, โยกตัว, เคลื่อนไหวแปลก ๆ

2) หมกมุ่นอยู่กับส่วนต่าง ๆ ของวัตถุ เช่น คมวัตถุ, ลูกคลาสิ่งของซ้ำ ๆ, บันลูล้อรถของเล่น หรือติดวัตถุแปลก ๆ เช่น ถือกเศษเชือกตลอดเวลาไม่ยอมทิ้ง

- 3) แสดงอารมณ์ไม่พอใจ เวลาเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่เคยเป็นอยู่ เช่น ย้ายที่แจกันจากตำแหน่งเดิม เป็นต้น
- 4) ทำอะไรซ้ำๆ ไม่สมเหตุผล เช่น เคยเดินไปซื้อของทางไหนก็จะเดินแต่ทางนั้น
- 5) มีความสนใจแคบ สนใจไม่กี่อย่าง และหมกมุ่นต่อสิ่งนั้น ไม่สนใจสิ่งใหม่ ๆ

ง) อาการเริ่มแรกในช่วงวัยทารกและวัยเด็ก

ลักษณะทางด้านร่างกาย

Young, Newcorn และ Leven (1989) กล่าวว่า ด้านร่างกายของเด็กออทิสติกจะไม่มีพยาธิสภาพให้เห็น แต่จะมีลักษณะให้เห็นเฉพาะ เช่น ท่าทาง, การเดินเขย่งปลายเท้า เป็นต้น และมีหลักฐานยืนยันว่า เด็กออทิสติกวัยก่อน 7 ขวบมักจะเตี้ยกว่าเด็กปกติวัยเดียวกัน

ลักษณะพฤติกรรม

จวี สิงหวิสัย (2525) : วันเพ็ญ บุญประกอบ (2520) : Young และคณะ (1989), Kanner (1979) และ Wing (1976) สรุปว่า เด็กจะมีลักษณะบกพร่องในความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะสัมพันธ์ภาพกับคน ซึ่งรวมทั้งคนในครอบครัว เช่น พ่อแม่พี่น้อง ไม่สนใจคนแปลกหน้า ไม่สบตา ไม่แสดงอารมณ์ ไม่กลัวการแยกจากเหมือนเด็กปกติวัยเดียวกัน แต่มักจะหมกมุ่นกับวัตถุสิ่งของหรือของเล่นมากกว่า

พัฒนาการด้านภาษา

ความผิดปกติด้านภาษาพูดของเด็กออทิสติกจะถูกพบได้ก่อนโดยพ่อแม่ เช่น เด็กออทิสติกจะพูดช้าหรือไม่พูด เมื่อถึงวัยที่ควรจะพูดได้ และมีความผิดปกติในการพูด Rutter (1974) กล่าวว่า ภาษาและการพูดของเด็กจะมีความสำคัญในแง่การวินิจฉัยและการพยากรณ์โรคของเด็ก Rutter M. (1978) ได้แสดงความคิดเห็นอีกว่า เด็กออทิสติกที่พูดได้ก่อน 5 ขวบ จะมีการพยากรณ์โรคที่ดีกว่า เด็กที่ไม่สามารถพูดได้ก่อน 5 ขวบ อาจไม่สามารถพูดได้เลย

ด้านสติปัญญา

Morgan S.B. (1988) กล่าวว่า ออทิสซึมและปัญญาอ่อนคล้ายกัน หรือมีบางอย่างร่วมกันอยู่ แต่ยังหาทสรูปที่แน่นอนไม่ได้ว่าจุดไหนทำให้เด็กปัญญาอ่อนต่างจากเด็กออทิสติก เด็กออทิสติกส่วนใหญ่เป็นปัญญาอ่อน แต่ปัญญาอ่อนเกือบทั้งหมดไม่ได้เป็นออทิสติก Young และคณะ กล่าวว่า การวิจัยเกือบทั้งหมดชี้ให้เห็นว่า 75 ถึง 80 เปอร์เซ็นต์ของเด็กออทิสติกเป็นปัญญาอ่อน ความสามารถบางอย่าง เช่น ด้านการเคลื่อนไหว (Motor Skill) นั้นยังมีพัฒนาการที่ปกติ ขณะที่ด้านอื่นๆ เช่น การใช้เหตุผลและด้านภาษานั้นมีความบกพร่องอย่างมาก จะเห็นได้ว่า ออทิสซึมนั้นเป็นความผิดปกติที่แสดงให้เห็นตั้งแต่วัยก่อน 30 เดือน มีการตอบสนองต่อการฟัง การรับรู้จากการมองเห็นบกพร่องไป มีปัญหาด้านความเข้าใจและการใช้ภาษา ไม่พูด ถ้าพูดได้จะมีลักษณะย้ำคำซ้ำ (echolalia) พูดประโยคสลับที่ ใช้ไวยากรณ์ไม่ถูก ไม่สามารถเข้าใจคำที่มีความหมายเชิงนามธรรม นอกจากนี้ยังมีความบกพร่องในเรื่องการติดต่อทางสังคมสิ่งแวดล้อม ทั้งในแง่การสื่อความหมายโดยการพูด และการสื่อโดยใช้ท่าทาง อาการรุนแรงที่สุดในช่วง 2-5 ปี ซึ่งรวมถึงพัฒนาการในด้านการสบตา ความผูกพันต่อสังคม ไม่สามารถเล่นในลักษณะร่วมกับคนอื่น และรวมถึงความผิดปกติของการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน มีความสนใจกับวัตถุแปลกๆ ไม่สามารถคิดในเชิงสัญลักษณ์ นามธรรม และจินตนาการในการเล่น สติปัญญา พบได้ตั้งแต่ระดับปัญญาอ่อนรุนแรง หรือปกติ หรือเหนือเกณฑ์เฉลี่ย

ประวัติความเป็นมา

เพ็ญแข ลิมศิลา (2530) ได้กล่าวถึงความเป็นมาของเด็กออทิสติก ดังนี้ ปี ค.ศ.1934 Hans Asperger ได้พบบทความของ Eugen Bleuler ซึ่งเป็นจิตแพทย์ที่มีชื่อเสียงมากใน ซูริค (Zurich) กล่าวไว้ว่า ลักษณะหนึ่งของผู้ป่วยด้วยโรคจิตเภท (Schizophrenia) นั่นก็คือ ขาดการติดต่อกับผู้อื่น หันเข้าหาตัวเอง และไม่แยแสต่อโลกภายนอก เด็กที่มีอาการเหล่านี้ Bleuler ได้ตั้งชื่อว่า "AUTISM" ซึ่งมาจากคำว่า AUTO = SELF

ค.ศ.1940-1944 ศาสตราจารย์ Hans Asperger จิตแพทย์ชาวเยอรมัน ได้กล่าวถึงกลุ่มของเด็กออทิสซึมที่มีสติปัญญาดี พูดได้ แต่ก็มีสิ่งผิดปกติใน tone ของเสียง และมี abnormal expression มีการเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ ไม่สบตาคน มองอะไรไปเรื่อย ๆ

บางครั้งมองดูเหมือนมองทะลุตัวบุคคลไป เขาเรียกเด็กพวกนี้ว่า "แอสเพอร์เจอร์ ซินโดรม" (Asperger's Syndrome) และได้เขียนบทความไว้เป็นภาษาเยอรมัน

ค.ศ.1943-1944 Leo Kanner ในระยะแรกกล่าวไว้ว่า ออทิสซึมนั้นเป็นผลมาจากการไม่สัมพันธ์ทางด้านอารมณ์ของเด็กจากสาเหตุโดยพ่อแม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากแม่ ต่อมาจึงเชื่อว่ามีพื้นฐานด้านชีวะ

ค.ศ.1971-1976 Kolvin และคณะ และ Rutter ได้กล่าวว่า ความผิดปกติทางจิตในเด็กวัยทารกและวัยเด็กเล็กนั้นต่างจากโรคจิตเภท ซึ่งเกิดในเด็กวัยรุ่นและผู้ใหญ่ และไม่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันเลย เขาใช้คำว่า อินแฟนไทล์ ไซโคสิส (infantile psychosis) เมื่อเด็กมีอาการทางจิตผิดปกติอย่างรุนแรงในอายุก่อน 2-3 ขวบ ซึ่ง อินแฟนไทล์ ออทิสซึ่ม (infantile autism) ก็นับว่าเป็นแบบหนึ่งของอินแฟนไทล์ ไซโคสิส (infantile psychosis)

ระบาดวิทยา

Young และคณะ (1989) ได้กล่าวว่า มีการวิจัยด้านระบาดวิทยาเพื่อหาอุบัติการณ์ และความชุกของโรคออทิสซึ่ม พบว่า ในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี มีเด็กออทิสซึ่ม 4-5 คน ต่อ 10,000 คน แต่การวิจัยใหม่ ๆ พบว่า อาจมีความชุกของเด็กออทิสซึ่มสูงขึ้น และวิจัยส่วนใหญ่รายงานว่า มีอัตราส่วนระหว่างผู้ชายต่อผู้หญิง 4 ถึง 5 ต่อ 1 และจากเดิมที่มีรายงานว่า โรคนี้เกิดกับครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมสูงกับปานกลาง แต่ปัจจุบันพบว่า พบได้ในทุกเศรษฐกิจฐานะ ซึ่งการศึกษาเดิมนั้นได้ผลจากการสุ่มตัวอย่างที่ผิดพลาด เนื่องจากพ่อแม่ที่มีเศรษฐกิจฐานะสูง มักเฝ้าหาแนะนำลูกมารับการรักษามากกว่าพวกเศรษฐกิจฐานะต่ำ นอกจากนี้ข้อมูลในปัจจุบันยังยืนยันว่า ความผิดปกตินี้สามารถเกิดขึ้นได้ทุกชนชั้นสังคมและทุกเชื้อชาติ

Ph. Cialdella และ N. Mabelle (1988) ได้ทำการศึกษาระบาดวิทยาของออทิสซึ่มในประเทศฝรั่งเศส พบว่า จากการนำใช้หลักเกณฑ์ของดีเอสเอ็ม-ทรี (DSM-III) จะมีความชุกของเด็กที่เป็นโรคนี้นี้ 5.1 ต่อ 10,000 คน เช่นกัน

ในประเทศไทยยังไม่มีผู้ศึกษา แต่จากสถิติคนไข้ออทิสซึ่มที่มารับบริการเป็นคนที่ใช้โรงพยาบาลกลางวัน ที่ศูนย์สุขวิทยาจิตในช่วงปี 2533 พบว่า มีจำนวนประมาณ 26 ราย ซึ่งยังไม่รวมคนไข้ที่มาเข้าคิวรอรับบริการ และที่แผนกกุมารจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬา-

ลงกรณ์ มีคนไข้เข้ารับการศึกษาฝึกฝน (Training program) ในช่วงปี 2533 จำนวนประมาณ 15 ราย ซึ่งยังไม่รวมที่ส่งต่อและรอเข้าคิวเพื่อรับการฝึกฝน

สาเหตุ

อัมพล สูอาพันธ์ (2529) กล่าวไว้ว่า แต่ก่อนเชื่อกันว่าบิดามารดาที่เลี้ยงดูบุตรในลักษณะไร้อารมณ์และชาเย็น เป็นสาเหตุของความบกพร่องในการพัฒนาความผูกพันทางอารมณ์ เด็กจึงไม่สามารถพัฒนาการทางสังคมได้ แต่ปัจจุบันนี้มีแนวความคิดว่าความผิดปกตินี้มีสาเหตุเนื่องจากมีพยาธิสภาพในระบบประสาทส่วนกลาง เพราะ

- มักมีประวัติมีปัญหาแทรกซ้อนก่อนคลอด หรือระหว่างคลอด
- ประมาณร้อยละ 50 ของเด็กเหล่านี้มีความผิดปกติทางระบบประสาท
- พบว่า คลื่นไฟฟ้าสมองผิดปกติถึงร้อยละ 60-85 และมีอุบัติการณ์ของโรคลมชักมากขึ้นเมื่อเด็กโตขึ้น

- ความผิดปกตินี้มักเกิดร่วมกับโรคบางโรค เช่น ฟีนิลคีโตนูเรีย (Phenylketonuria), หักเยอรัมน์, โรคสมองอักเสบ, โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ, ตับอักเสบ

แต่อย่างไรก็ตาม ความผิดปกติของการพัฒนาการแบบแผ่กระจาย (Pervasive developmental disorder) บางรายก็ไม่สามารถอธิบายถึงสาเหตุด้วยหลักการทางประสาทวิทยาได้ ดังนั้นในปัจจุบันจึงมีแนวคิดว่าสาเหตุของความผิดปกติแบบแผ่กระจาย (Pervasive developmental disorder) มีสาเหตุจากทั้งด้านสรีรวิทยา และปัจจัยทางจิตสังคมร่วมกัน

เพ็ญแข ลีมีลีลา (2530) อ้างถึง Rutter (1979) จิตแพทย์เด็กชาวอังกฤษซึ่งกล่าวถึงสาเหตุสำคัญ 4 ประการ ได้แก่

1) ความบกพร่องทางการใช้เหตุผล

เด็กออทิสซึมจะมีความบกพร่องทางการรับรู้ อันหมายถึง ความสามารถของสมองที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ อันประกอบด้วยการรับรู้ลึก ความจำ จินตนาการ เหตุผล ความคิด ความคำนึง การตัดสินใจเพื่อแก้ปัญหา การรับรู้เป็นหน้าที่ของ ego

จากการสังเกตจะพบว่า เด็กออทิสซึมส่วนมากจะมีสติปัญญาต่ำ เนื่องจากการเสียทางการใช้ภาษาพูด ซึ่ง Rutter เน้นใจว่าเป็นความบกพร่องทางการเรียนรู้อย่างแท้จริง มิใช่เป็นผลจากด้านสังคม หรือการถอยหนีทางอารมณ์ เป็นที่แน่ชัดแล้วว่า เด็กออทิสซึมนี้

ขาดความสามารถพื้นฐานทางด้านภาษา มีความสามารถในการพูดล่าช้า และเมื่อมีการพัฒนาทางภาษาก็จะออกมาเป็นแบบผิดปกติ

2) ความบกพร่องทางการรับรู้นี้ ทำให้การพัฒนาการต่าง ๆ ล่าช้าและเบี่ยงเบนไป ได้มีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างเด็กออทิสติกกับเด็กปัญญาอ่อน หรือเด็กที่มีปัญหาในด้านการพูดว่า เด็กออทิสติกมีความแตกต่างกว่าเด็กอื่นอย่างชัดเจน ในเรื่องของการรับรู้และสื่อความหมาย เด็กออทิสติกไม่เพียงแต่มีการพูดที่ล่าช้าเท่านั้น แต่ยังมีลักษณะการพูดหรือการใช้ภาษาที่ผิดปกติด้วย เช่น มีการพูดเลียนแบบอย่างไม่เหมาะสม การพูดซ้ำไปมา ขาดการจินตนาการและการใช้ท่าทางเพื่อการติดต่อกับบุคคลอื่น

3) ความบกพร่องทางการเรียนรู้นี้ถือว่าเป็นอุปสรรคพื้นฐาน จะเห็นว่าเด็กออทิสติกมีอาการแสดงและพฤติกรรมเหมือนกัน ไม่ว่าจะมีความเชื่อชาติใด

4) สาเหตุด้านชีววิทยา

มีหลักฐานหลายอย่างที่แสดงว่าเป็น ความผิดปกติทางสมองหรือเป็นมาแต่กำเนิด เช่น

4.1 เด็กออทิสซึมร้อยละ 25-30 จะมีโรคลมชักในระยะวัยรุ่น ซึ่งต่างจากเด็กปัญญาอ่อน ซึ่งมักจะมีอาการชักตั้งแต่อายุน้อย ๆ คือ ระยะ ต้นของวัยเด็ก

4.2 เด็กที่มีอาการเจ็บป่วยทางกายเหล่านี้ เช่น tuberous sclerosis, infantile spasm, หักเยอร์มัน มักจะมีแนวโน้มที่ทำให้เกิดอาการของออทิสซึมร่วมด้วย (predispose to autism)

4.3 มีหลักฐานที่แสดงว่า ออทิสซึมเป็นการถ่ายทอดทางพันธุกรรมด้วย คือ อัตราส่วนของเด็กออทิสติกในพี่น้องท้องเดียวกัน = 1:50 ส่วนของประชากรทั่วไป = 1:2,500 คน พบเด็กออทิสติกในฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน และฝาแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ

4.4 ในเด็กออทิสติก มีประวัติของการแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์และการคลอด

4.5 การศึกษาเพ็ท สแกน โพซิชั่น อีมิสชั่น โทโมแกรม (PET-Scan Study) (Position Emission Tomogram) โดย Rapport และคณะ (1983) ได้ศึกษาเด็กออทิสติกที่โตเป็นผู้ใหญ่แล้วจำนวนหนึ่ง พบว่า มีการเพิ่ม และอสมมาตร (asymmetry) ในขบวนการการเผาผลาญของสมอง

ฉะนั้น พวกเด็กออทิสติกส่วนมากจะพบว่ามีความผิดปกติของสมองด้วย การรักษาช่วยเหลือเด็กควรเน้นเรื่องขบวนการการคิด, การใช้ภาษาและด้านสังคม เนื่องจากเด็กออทิสติกจัดอยู่ในกลุ่มของความผิดปกติของการพัฒนาการแบบแผ่กระจาย ซึ่งมีจุดเริ่มต้นจากความผิดปกติทางสมอง (pervasive developmental disorder of organic origin)

ปัจจัยที่ชวนให้เกิดโรค

1. ผลแทรกซ้อนระยะตั้งครรถ์
2. ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว อาจไม่ใช่สาเหตุโดยตรง แต่จะเป็นสาเหตุส่งเสริมที่จะทำให้เด็กมีอาการมากขึ้น หรือช่วยให้อาการของเด็กดีขึ้น

ออทิสซึมกับพัฒนาการด้านการใช้เหตุผล (cognitive) ที่ผิดปกติ

Brown และคณะ (1982), Darby (1976), Piggott (1979), Rutter (1979) กล่าวโดยสรุปว่า ครั้งหนึ่งเชื่อกันว่า ออทิสซึมเป็นผลจากความผิดปกติทางอารมณ์จากการเลี้ยงดูในครอบครัว แต่ปัจจุบันได้มีผู้ค้นพบว่า ออทิสซึมมีความสัมพันธ์กับความผิดปกติทางสมอง จึงมีผู้สนใจศึกษาด้านซึ่งเกี่ยวเนื่องกับความผิดปกติทางด้านร่างกายมากกว่าด้านจิตสังคม (Kocgel และคณะ (1983), McAdoo และ DeMyer (1977) พบว่า ออทิสซึมไม่มีความสัมพันธ์กันเลยกับตัวแปรต่าง ๆ เช่น ด้านครอบครัว, ด้านบุคลิกภาพของพ่อแม่, วิธีการเลี้ยงดูเด็ก และเศรษฐกิจฐานะทางสังคม

Ornitz (1976) พบว่า ความผิดปกติในแง่การใช้เหตุผล (cognitive) ของเด็กออทิสติกนั้นมาจากพื้นฐานที่บกพร่องของการเชื่อมโยงของประสาทสัมผัสและการเคลื่อนไหว (sensorimotor integration) Ricks & Wing (1975) เชื่อว่า เนื่องจากความเสื่อมของการรับรู้เรื่องสัญลักษณ์ จึงไม่สามารถมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสังคมและอารมณ์ได้ Morgan (1984) ยังกล่าวว่า นอกจากนี้ เด็กออทิสติกยังแสดงท่าทีที่ซัดซอน, ทานายยาก มีพัฒนาการที่ผิดปกติ เลอะเทอะกว่าเด็กที่เป็นปัญญาอ่อน ฉะนั้นผลที่ตามมาคือ เด็กออทิสติกจะมีผลกระทบต่อครอบครัวแตกต่างไปจากเด็กปัญญาอ่อน และเด็กที่พิการอื่น ๆ

ออทิสซึมกับทฤษฎีระบบครอบครัว

กฎเกณฑ์ ต่าง ๆ จากทฤษฎีระบบครอบครัว (Family-systems Theory) ได้ถูกนำมาใช้กับออทิสซึม เนื่องจากออทิสซึมนี้พัฒนาขึ้นมาในครอบครัว Henggeler (1982), Minuchin (1985) กล่าวว่า อย่างแรกก็คือ เด็กต้องอยู่ในหลายระบบ ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์ทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมของเด็ก Brofenbrenner (1979) ระบบซึ่งเกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์นี้ ที่สำคัญที่สุดคือ ระบบครอบครัว ซึ่งมีพ่อ แม่ ลูกเป็นระบบย่อย (Sub-system) ฉะนั้นสัมพันธภาพของคู่สมรสและพี่น้องก็เป็นระบบย่อย ซึ่งจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับระบบครอบครัวในการวางแผนที่จะช่วยเหลือเด็กออทิสติก Bristol (1985) กล่าวว่า แม่พฤติกรรมบำบัดจะ เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดก็อยู่ในขอบเขตจำกัดเฉพาะตัวเด็ก เพราะว่าไม่ได้นำระบบครอบครัวเข้าไปร่วมใช้ด้วย

Harris (1982) กล่าวว่า ระบบอื่น ๆ ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวก็มีญาติ, เพื่อนฝูง, เพื่อนบ้าน, โรงเรียน และสถานบริการ (Service Agencies) อื่น ๆ เนื่องจากจากปัญหาแสดงความต้องการที่พิเศษไม่เหมือนใครของเด็กออทิสติก จึงคาดได้ว่า ปฏิสัมพันธ์ทั้ง 2 ด้านของครอบครัวเด็กออทิสติกและระบบอื่น ๆ เหล่านี้ เช่น ญาติ, เพื่อน ฯลฯ ก็จะต้องแตกต่างกันบางแง่มุมของปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวที่ไม่มีเด็กออทิสติก

Helun และ Koyloff (1986) ได้ให้ข้อสังเกตว่า การขาดโปรแกรมการฝึกอบรมพ่อแม่เด็กออทิสติกเป็นการละเลยระบบครอบครัว และระบบแวดล้อมในสังคม (Extra family) เหล่านี้

หลักการที่ 2 ของระบบครอบครัว คือ

พฤติกรรมเกิดขึ้นจากความสัมพันธ์ของปฏิสัมพันธ์ ที่มีทั้ง 2 ทาง Bell (1968), (1971) กล่าวว่า นักวิจัยและนักปฏิบัติ ในอดีตมักจะมีอคติที่จะสรุปว่า ปัญหาทางพฤติกรรมของเด็กเกิดขึ้นเพราะพฤติกรรมบางอย่างของพ่อแม่ ในบทความหนึ่งซึ่งพิจารณาถึงผลกระทบของเด็กซึ่งมีต่อผู้ใหญ่ Hontz, Shutty และ Emergy (1985) ยอมรับว่าเมื่อไรก็ตามที่สาเหตุของความผิดปกติใด ๆ ก็ตามหาสาเหตุที่แน่นอนไม่ได้หรือคลุมเครือ พวกแพทย์ก็มักจะให้เหตุผลว่าเป็นเพราะผู้ใหญ่เป็นสาเหตุ พ่อแม่มักจะถูกสันนิษฐานว่า ผิดเอาไว้ก่อนจนกว่าจะสามารถพิสูจน์หาสาเหตุที่มาของโรคได้แน่ชัด การสันนิษฐานเช่นนี้ย่อมถูกนำมาใช้ในบางกรณี

ของเด็กออทิสติกอย่างแน่นอน และผลที่ตามมาก็คือ การศึกษาส่วนใหญ่ก็มักจะเน้นอิทธิพลของพ่อแม่ที่มีต่อเด็ก ในขณะที่ผลกระทบของเด็กที่มีต่อพ่อแม่ได้ถูกละเลยเสียเป็นส่วนใหญ่

หลักการที่ 3 ของระบบครอบครัว คือ

ระบบใด ๆ ก็ตามจะทำหน้าที่เกี่ยวโยงและมีปฏิสัมพันธ์กันตลอดเวลา ฉะนั้นระบบจะทำหน้าที่เป็นลักษณะระบบรวม และมีคุณลักษณะพิเศษคือ ทุกระบบจะพยายามรักษาดุลยภาพไว้ ทำให้รูปแบบของมันเปลี่ยนแปลงได้ยาก เช่น ครอบครัวที่ทำหน้าที่ได้ดีคือ ระบบย่อยต่างทำหน้าที่ของตนเองได้ดีมีปฏิสัมพันธ์กันดี เป็นระบบที่เปิดกว้าง ยอมรับข้อมูลข่าวสาร ย่อมมีแนวโน้มที่จะมีการปรับตัวได้ดีกว่าครอบครัวที่ปิดและทำหน้าที่ไม่ดี ระบบครอบครัวที่ทำหน้าที่ไม่ดีก็จะมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงได้ยาก เมื่อมีปัญหาก็จะได้รับผลกระทบได้มาก

2. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องผลกระทบของเด็กออทิสติกที่มีต่อบิดามารดาเพิ่งเริ่มต้นเมื่อไม่นานมานี้ ในอดีตเคยมีแต่การวิจัยเรื่องบทบาทของบิดามารดาในการที่จะทำให้เด็กพัฒนามาสู่ออทิสซึม ความสนใจแนวใหม่นี้อาจเกิดมาจากการวิจัยซึ่งได้ผลออกมาว่า ปฏิกริยาตอบสนอง และการรับรู้ของบิดามารดานั้นได้รับอิทธิพลมาจากความแตกต่างของตัวเด็กเองแต่ละคน และอาจเป็นเพราะสมมุติฐานของโรคนี้ได้เปลี่ยนแปลงไปคือ โรคนี้ไม่ได้เกิดจากการเลี้ยงดูที่ผิดปกติของพ่อแม่

ถ้าความแตกต่างของเด็กปกติแต่ละคนมีอิทธิพลต่อการรับรู้ และปฏิกริยาตอบสนองของบิดามารดาแล้ว ก็ย่อมคาดได้ว่า ความผิดปกติทางพฤติกรรมที่รุนแรงของเด็กออทิสติกย่อมจะมีผลกระทบที่มากกว่าเด็กปกติอย่างแน่นอน

Cantwell และ Baker (1984) ได้ตั้งข้อสังเกตไว้ในบทความของเขาว่า มีการวิจัยแบบเป็นระบบ จำนวนน้อยมากที่สร้างขึ้นเพื่อแสดงให้เห็นผลกระทบอันนี้ ดังนั้นรายละเอียดข้อมูลที่ได้อาจจนถึงปัจจุบันจึงได้มาโดยการศึกษาในคลินิค โดยไม่มีกลุ่มควบคุม จากการวิจัยเหล่านี้ได้แสดงให้เห็นว่า เด็กออทิสติกมีอิทธิพลสำคัญต่อสภาวะจิตสังคมของบิดามารดา ปัญหาของบิดามารดาที่พบก็มีตัวอย่าง เช่น อารมณ์เศร้า ก้าว และความวิตกกังวล ความยากลำบาก

ในการจัดการเรื่องกิจวัตรประจำวันกับเด็ก, ความเบื่อหน่าย, ความกังวลเรื่องปัญหาการเงิน และความวิตกกังวลเกี่ยวกับเรื่องแหล่งอาชีพและการศึกษาสำหรับตัวเด็กเองและครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเด็กเติบโตขึ้น

Koegel (1983) ได้ศึกษาแง่มุมต่างๆ ของการทำหน้าที่ของมารดาและบิดาจำนวน 49 คน ของเด็กออทิสติกอายุตั้งแต่ 2.1-9.75 ปี อายุเฉลี่ย 5.75 ปี ผลการศึกษาพบว่า บิดามารดาของเด็กออทิสติกมีแนวโน้มที่จะเน้นในด้านบุคลิกภาพ (โดยใช้แบบทดสอบ MMPI) อยู่ในเกณฑ์ปกติ และไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ (ครอบครัวที่มีลูกปกติ)

- บิดามารดาเด็กออทิสติกมีชีวิตสมรสที่มีความสุขเท่า ๆ กับครอบครัวที่ปกติสุขทั่วไป นอกจากนี้ยังมีการปรับตัวในชีวิตสมรสที่ดีกว่ากลุ่มที่มีการหย่าร้าง

- บิดามารดาแท้และบิดามารดาบุญธรรมไม่มีความแตกต่างกันในทุกด้านที่ใช้วัด

- ไม่พบความเครียดทั่วไป (general stress) สูง ปรากฏในบิดามารดาของเด็กออทิสติก เมื่อเปรียบเทียบกับบิดามารดาของกลุ่มปกติ

Spanier (1976) ได้ศึกษาเปรียบเทียบบิดามารดาเด็กออทิสติกกับครอบครัวที่มีลูกปกติ โดยใช้ไคอะดิก แอดจัสต์เม้นต์ สเกล (Dyadic Adjustment Scale) การปรับตัวในชีวิตสมรส พบว่าทั้ง 2 กลุ่มได้ผลใกล้เคียงกัน นอกจากนี้ Koegel และคณะยังอ้างถึง Moos, Insel และ Humphrey (1974) ซึ่งได้วัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของสมาชิกในครอบครัว โดยใช้แฟมิลี เอ็นไวรอนเมนต์ สเกล (Family Environmental Scale) พบว่า คะแนนใน 10 ข้อย่อยไม่แตกต่างกันมากนักจากคะแนนของกลุ่มปกติ

Holroyd และ McArthur (1976) ได้ศึกษารายงานของความเครียดจากมารดาของเด็กออทิสติกกับเด็กดาวน์ ซินโดรม และเด็กที่พบในแผนกผู้ป่วยนอกของคลีนิกจิตเวช ซึ่งเขารายงานว่ามารดาของเด็กออทิสติกมีปัญหามากกว่ามารดาอื่น ๆ ถึงแม้ว่ามารดาของเด็กออทิสติกและเด็กดาวน์ ซินโดรม จะมีปัญหาบางอย่างเหมือนกัน ซึ่งได้แก่ สุขภาพไม่ดี, อารมณ์เศร้า, เด็กต้องการเวลามากเกินไป, เด็กพึ่งพามากเกินไป, ทัศนคติแง่ร้ายเกี่ยวกับอนาคตของเด็ก และบิตจากัดเรื่องโอกาสของครอบครัว แต่มารดาของเด็กออทิสติกยังรายงานอีกว่า มักจะรู้สึกผิดหวัง, อายมากกว่ามารดาของเด็กดาวน์ ซินโดรม และมีปัญหายุ่งยากมากกว่า เช่น

ในการพาเด็กออกไปตามสถานที่สาธารณะต่าง ๆ, การบริการของชุมชน และแหล่งบริการมีน้อยมาก เด็กออทิสติกยังถูกมองว่าเป็นเด็กที่มีลักษณะบุคลิกภาพที่มีปัญหามากกว่า และเป็นตัวที่ทําให้กิจกรรมต่าง ๆ ของครอบครัว เช่น การรับประทานอาหารร่วมกัน, วันหยุด, และการไปเที่ยวนอกบ้านด้วยกันทั้งครอบครัว มีความยุ่งยากมากกว่า

Holroyd และคณะ (1975) พบว่า ไม่มีความแตกต่างที่เด่นชัดในเรื่องระดับความเครียด ระหว่างครอบครัวที่มีลูกออทิสติกแต่อยู่ในสถานบำบัด และครอบครัวที่มีลูกออทิสติกแต่อยู่ที่บ้าน อย่างไรก็ตามพวกเขาได้พบความสัมพันธ์ที่สำคัญระหว่างความเครียด (stress) และอายุของเด็กในครอบครัวที่มีเด็กออทิสติกอยู่ในบ้าน การค้นพบนี้ได้รับการยืนยันโดย Bristol (1980) ซึ่งพบว่า ตัวอย่าง มารดาของเด็กออทิสติกจำนวน 40 คน ซึ่งเด็กมีอายุตั้งแต่ 4-19 ปี, พบว่า ระดับความเครียด นั้นเกี่ยวข้องกับอายุของเด็ก ถึงแม้ว่าตัวแปร ทางด้านอื่น จะถูกควบคุมไว้ เช่น อายุมารดา, ความเครียดปกติของครอบครัว และระดับความรุนแรงของโรคถูกควบคุม เขาพบว่า เด็กชายที่เป็นออทิสติกทําให้เกิดผลกระทบกับมารดามากกว่าเด็กผู้หญิงที่เป็นออทิสติก เมื่อระดับของความพึงพิงของเด็กมีความใกล้เคียงกัน

Bristol (1984) ได้รายงานเกี่ยวกับความก้าวหน้าทางด้านพัฒนาการของความเครียดในครอบครัว ซึ่งคล้ายคลึงกับรายงานของ (DeMyer (1979), DeMyer & Goldberg, Holroyd & McArthur (1976)) ว่า ความเครียดดำเนินมาจากจุดเริ่มต้น คือ อิทธิพลในทางลบของเด็กออทิสติกต่อครอบครัวไปสู่ความกังวลของพ่อแม่เกี่ยวกับความอยู่รอดของเด็กและครอบครัว และความอยู่รอดของเด็กในชุมชน ขณะที่เด็กยังเล็กมารดาจะกังวลเรื่องการดูแลที่เด็กไม่รู้จักอันตราย เมื่อโตขึ้นความกังวลของพ่อแม่จะเปลี่ยนไปสู่การฝึกฝนให้เด็กรู้จักช่วยตนเอง การจัดการกับพฤติกรรมในสาธารณะ และกังวลกับการที่จะพยายามรักษาสถานะภาพของครอบครัวไว้ เมื่อหนุ่มสาวพ่อแม่จะเริ่มกังวลเกี่ยวกับปัญหาเรื่องเพศ เช่น ความสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง การดูแลตนเองในช่วงมีระดู และกลัวเกี่ยวกับการตั้งครรภ์

Bristol & Schopler (1983) รายงานว่า ความเครียดของพ่อแม่ทําให้รู้สึกเหนื่อยหน่าย พ่อแม่รู้สึกว่าเขาทํามาก แต่เด็กอาการไม่ดีขึ้น และรัฐไม่มีบริการที่เหมาะสมให้

Marcus (1984) กล่าวว่า ตัวที่ทำให้เกิดความเครียดมากที่สุดซึ่งนำไปสู่ความเหนื่อยหน่ายก็คือ การดูแลเอาใจใส่เด็กอย่างไม่หยุดหย่อน เพราะความพิการเรื้อรังของเด็กเอง นอกจากนี้ สาเหตุเสริมคือ การขาดบริการที่เหมาะสมในสังคมสนับสนุน ทำให้เกิดการละเลยความต้องการของพ่อแม่ อันได้แก่ ด้านการดูแลสุขภาพ และความต้องการด้านสังคมและจิตใจ ซึ่งจะส่งผลให้ครอบครัวเด็กออทิสติกอาจแยกตัวอยู่ตามลำพังโดดเดี่ยวว่าเหว่ได้

สรุปจากการวิจัยที่มีอยู่ก็คือ ผลที่ได้ไม่ได้สนับสนุนว่าเด็กออทิสติกเป็นสาเหตุของอาการเครียดของบิดามารดาอย่างชัดเจน หรือเป็นสาเหตุของปัญหาทางด้านจิตใจอย่างเรื้อรังในพ่อแม่ Morgan S. (1988) กล่าวว่า บิดามารดาดูเหมือนจะประสบกับตัวที่ทำให้เกิดความเครียดตามสถานการณ์ (Situational stressor) ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับการเลี้ยงดูเด็ก และอิทธิพลของตัวที่ทำให้เกิดความเครียด เหล่านี้จะสะสมกันมาหลาย ๆ ปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าในกรณีที่ไม่มีแหล่งและการสนับสนุนที่พอเพียงก็จะนำไปสู่อารมณ์เศร้า และความเหนื่อยหน่าย นอกจากนี้ Morgan S. ยังกล่าวว่า วิจัยส่วนมากเน้นหาผลเด็กออทิสติกที่มีต่อมารดา แต่ไม่มีที่เกี่ยวกับบิดา จึงควรจะมีการวิจัยผลกระทบของเด็กออทิสติกที่มีต่อบิดาและวิจัยที่หาข้อแตกต่างของผลกระทบระหว่างมารดาและบิดาคด้วย

ชีวิตสมรสของบิดามารดา

Akerly (1984) ได้ทำการศึกษาจากบิดามารดาในเนชั่นแนล โซเชตี้ ฟอร์ ออทิสติก ซิลเดิร์น (National Society for Autistic Children) (NSAC) ยืนยันว่า อัตราการหย่าร้างในครอบครัวที่มีสมาชิกเป็นออทิสติกต่ำกว่าอัตราเฉลี่ยของประเทศ และชี้ให้เห็นว่า บางกรณีการมีลูกออทิสติกในครอบครัวช่วยทำให้สัมพันธ์ภาพในการสมรสแข็งแกร่งขึ้นมากกว่าที่จะทำลายมัน ซึ่งการวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่างคือ พ่อแม่ที่เข้าร่วม NSAC เพียงกลุ่มเฉพาะ คงไม่น่าใช่ตัวแทนของพ่อแม่ทั้งหมด

จะเห็นได้ว่า มีการวิจัยที่เป็นระบบจำนวนน้อยมากที่จะหาผลกระทบของเด็กออทิสติกที่มีต่อสัมพันธ์ภาพในชีวิตสมรสของบิดามารดา ส่วนมากเป็นรายงานในลักษณะไม่เป็นทางการ

เด็กออทิสติกกับผลกระทบต่อพี่น้อง

De Myer (1979) รายงานว่า 30 เปอร์เซ็นต์ของครอบครัวที่เขาได้ทำวิจัยนั้น พ่อแม่รู้สึกว่ พวกเขากำลังทอดทิ้งลูกคนอื่น ๆ เพราะต้องให้ความเอาใจใส่กับลูกออทิสติก อย่างไรก็ตาม 54 เปอร์เซ็นต์ของครอบครัวเหล่านี้ พ่อแม่ให้ข้อสังเกตว่า ปัญหาของลูกออทิสติก ทำให้ลูกอย่างน้อย 1 คน หรือมากกว่านั้น มีทัศนคติว่า จะต้องให้ความช่วยเหลือพ่อแม่

O'Moore (1978) พบว่า พี่น้องของเด็กออทิสติกส่วนใหญ่มักเหมือนจะปรับตัวได้ดี ถึงแม้จะยังไม่เคยมีการประเมินทางด้านนี้จริง ๆ จากข้อมูลที่ได้จากพี่น้อง 5 คนของเด็กออทิสติก

Sullivan (1979) ได้สรุปว่า เด็กเหล่านี้ได้มีประสบการณ์กับความเครียดและแรงกดดันตั้งแต่ยังมีอายุน้อย ๆ และส่วนมากจะมีแนวโน้มที่จะมีวุฒิภาวะเร็ว พวกเขาจะแสดงบทบาทเป็นที่ ถึงแม้จะมีอายุน้อยกว่า เขากล่าวว่า แรงกดดัน มีผล 2 ทาง คือ พี่น้องบางคน จะยอมรับเอาบทบาทของพ่อแม่ที่อุทิศตนให้ลูกออทิสติก และต่อมาก็จะทำอาชีพด้านการช่วยเหลือคนอื่น ๆ ส่วนอีกด้านหนึ่งก็จะตรงข้ามคือ พี่น้องของเด็กออทิสติกอาจใช้ชีวิตของตนเองและไม่สนใจใยดีกับเด็กออทิสติก หรือปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวเลย

Lobato (1983) กล่าวว่า ที่จริงแล้วพี่น้องเพียงบางคนเท่านั้นที่จะมีปฏิกิริยาทางลบ และเขาได้สรุปว่า การศึกษาส่วนใหญ่ชี้ให้เห็นว่า เพศและลำดับการเกิดของพี่น้องในครอบครัว จะเป็นเรื่องซึ่งถึงปัญหาที่เกิดขึ้น

จะเห็นได้ว่า วิจัยในด้านผลกระทบของเด็กออทิสติกต่อครอบครัวซึ่งได้แก่ พ่อแม่ พี่น้องของเด็กนั้น เพิ่งเริ่มขึ้น และมีวิจัยออกมาน้อยมาก และยังไม่ใช้วิจัยที่เป็นทางการ ส่วนใหญ่จะเป็นการรายงานจากการสังเกต ใช้กลุ่มตัวอย่างในคลินิก ซึ่งยังไม่สามารถสรุปเป็นตัวแทนของประชากรได้ ผลที่ได้ก็ยังคงมีความแตกต่างกันในผลกระทบที่พ่อแม่ได้รับ ทั้งนี้เพราะเด็กออทิสติกมีปัญหาทางด้านพฤติกรรมที่เป็นรูปแบบเฉพาะ ชับซ้อนคาดการณ์ไม่ได้ อธิบายไม่ได้ และมีตัวแปรมากมาย อย่างไรก็ตาม การศึกษาผลกระทบความต้องการของพ่อแม่ที่ได้ผลใกล้เคียงกัน เป็นด้านความกังวลเรื่องตัวเด็ก และแหล่งบริการต่าง ๆ ที่สังคมควรจะให้ช่วยเหลือกับครอบครัวเด็กออทิสติก