

การเปลี่ยนแปลงระดับ IQ ในเด็กออทิสติก 2 ราย

IQ changed in 2 children with ASD

ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล

โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ (drdusit@yahoo.com)

บทคัดย่อ

Autistic spectrum disorder (ASD) เป็นความผิดปกติทางพัฒนาการที่มีอาการสำคัญ คือ ผู้ป่วยจะมีปัญหาพัฒนาการทางสังคม การสื่อสาร และพฤติกรรมซ้ำซาก นอกจากนี้ยังมีอาการทางพฤติกรรมอีกหลายอย่างที่ประกอบในการวินิจฉัย ผู้ป่วยแต่ละรายจะมีรูปแบบของอาการ ความรุนแรง และการตอบสนองต่อการรักษาต่างกัน ซึ่งเป็นลักษณะสำคัญอย่างหนึ่งของผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่จะมีความแตกต่างรายบุคคลอย่างมาก

ระดับสติปัญญาของผู้ป่วยออทิสติก เดิมเป็นหนึ่งในอาการแสดงที่พบกันว่ามีค่าไม่แตกต่างจากคนปกติ โดยมีทั้งที่มีระดับสติปัญญาปกติและต่ำกว่าหรือสูงกว่าก็ได้

ระดับสติปัญญาของเด็กซึ่งวัดผลเป็นค่า IQ นั้นโดยทั่วไปจะพบว่าค่อนข้างคงที่ แต่สำหรับผู้ป่วย ASD ในระยะหลังพบว่า ระดับสติปัญญาของผู้ป่วยกลุ่มนี้นั้นมีการเปลี่ยนแปลงได้ในผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งในประเด็นนี้ยังไม่มีข้อสรุป เพราะมีการศึกษาค่อนข้างน้อย และผลที่ได้ยังไม่ไปในทิศทางเดียวกัน กล่าวคือ พบทั้งกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับ IQ เพิ่มขึ้นเท่าเดิม หรือลดลง

รายงานนี้เป็นการนำเสนอกรณีศึกษา ผู้ป่วย 2 ราย ที่มีการเปลี่ยนแปลงค่า IQ ทั้งสองแบบ คือ เพิ่มขึ้นและลดลง เพื่อเป็นหลักฐานว่า การเปลี่ยนแปลงระดับ IQ สามารถเกิดได้ทั้งสองแบบ

ซึ่งปรากฏการณ์นี้ควรได้รับการศึกษาในรายละเอียดต่อไป

บทนำ

Autistic spectrum disorder (ASD) เป็นความผิดปกติทางพัฒนาการ ที่เป็นที่รู้จักกันดี มีการรายงานเป็นครั้งแรก ในปี ค.ศ. 1943 โดย น.พ. Leo Kanner โดยใช้ชื่อว่า “infantile autism” ระยะแรกไม่ค่อยเป็นที่สนใจมากนัก เพราะยังเป็นความผิดปกติที่มีความซุกซ่อนข้างต่ำ ต่อมาเมื่อมีการศึกษาวิจัยมากขึ้น และพบว่าความซุกซุกของความผิดปกตินี้มีมากกว่าที่เคยเชื่อกัน คือ อยู่ระหว่าง 1-2 : 1000 การศึกษาในรายละเอียดของความผิดปกตินี้ จึงมีมากขึ้น

ในปัจจุบันแนวคิดในการจัดกลุ่มอาการได้ขยายตัวไปจากเดิม ที่จำกัดเฉพาะกลุ่มที่มีอาการรุนแรงได้รวมกลุ่มที่มีอาการปานกลาง และน้อยเข้ามาด้วย โดยเรียกชื่อใหม่ว่า “Autistic spectrum disorder” หมายถึง ความผิดปกติที่มีปัญหาพัฒนาการทางสังคมเป็นลักษณะเด่น และมีความรุนแรงต่างๆ กัน ซึ่งความผิดปกตินี้ มีชื่อเรียกชื่อขึ้นกับแนวคิดในการจัดกลุ่มโรคที่นักวิชาการแต่ละท่านเลือกใช้ แต่ก็ยังคงถือว่าอาการสำคัญเป็นปัญหาพัฒนาการทางสังคมเหมือนกัน อาทิเช่น Autistic disorder, Pervasive developmental disorder, Asperger’s disorder ในบทความนี้จะขอใช้

คำรวมๆ คือ Autistic spectrum disorder แทนความผิดปกติทั้งกลุ่ม ยกเว้นในบางกรณีที่ต้องกล่าวถึงกลุ่มย่อยบางกลุ่ม

Autistic spectrum disorder นั้นได้รับการพิสูจน์แล้วว่า เป็นความผิดปกติที่มีอยู่จริง และพบว่า เป็นความผิดปกติที่มีความหลากหลาย ทั้งอาการแสดง ปัจจัยเสี่ยง สาเหตุ และการดำเนินโรค ซึ่งทำให้ความผิดปกตินี้เป็นความผิดปกติที่มีขอบเขตค่อนข้างกว้าง

ประเด็นสำคัญที่อยู่ในความสนใจ ประการหนึ่ง คือ ระดับสติปัญญา ที่เดิมเป็นอาการแสดง โดยพบว่า ผู้ป่วย ASD จะมีระดับสติปัญญาที่หลากหลาย เหมือนคนปกติ คือ มีทั้งสูงกว่า เท่ากับ หรือต่ำกว่าก็ได้

ในประเด็นเรื่องความสามารถทางสติปัญญาของคนเรานั้นยังเป็นประเด็นที่มีการศึกษาอย่างต่อเนื่อง และมีแนวคิดที่แตกต่างกันหลายแนว ในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่าสติปัญญาของคนสามารถวัดได้โดยใช้การวัดระดับ IQ

เครื่องมือวัด IQ เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาตามแนวคิดดั้งเดิม ที่ใช้อายุสมอง หรือความสามารถของเด็กนำมาเทียบกับเด็กกรุ่นราวคราวเดียวกัน แล้วแปลงเป็นค่าคะแนน เครื่องมือที่นิยมใช้มีหลายชนิด ซึ่งแต่ละชนิดก็จะเทียบเคียงผลเป็น IQ เหมือนๆ กัน แม้จะมีเครื่องมือใหม่ๆ ที่แตกต่างกันไปบ้าง ตามการออกแบบ แต่ก็เป็นการวัดชี้ความสามารถทางสติปัญญา เทียบกับอายุจริงเหมือนๆ กัน

ในทางคลินิก IQ ถูกใช้ในหลายวัตถุประสงค์ เช่น เป็นเกณฑ์หนึ่งการวินิจฉัยผู้ป่วย ปัญญาอ่อนคือ ต้องมีระดับ IQ ต่ำกว่า 70 หรือเป็นอาการแสดงที่พบร่วมในกลุ่มอาการ (syndrome) ต่างๆ เช่น Down's syndrome เป็นต้น

นอกจากใช้ในการวินิจฉัยและเป็นส่วนหนึ่งของอาการแสดงแล้ว ในส่วนของ ผู้ป่วย ASD เดิมค่า IQ เป็นปัจจัยในการพยากรณ์โรค กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีระดับ IQ 50 คะแนนขึ้นไป จะมีการพยากรณ์โรคดีกว่าผู้ป่วยที่มีระดับ IQ ต่ำกว่า

ในปัจจุบันการวัด IQ ในผู้ป่วย ASD ได้ถูกนำมาศึกษาในวัตถุประสงค์อื่นมากขึ้น เช่น วัดเพื่อสะท้อนความก้าวหน้าหลังให้การรักษา เปรียบเทียบกับความรุนแรง และจัดกลุ่มย่อยตามแนวคิดใหม่ ซึ่งหลายรายงานได้แสดงให้เห็นว่ามีความเป็นไปได้ที่การวัด IQ จะสามารถนำมาใช้ประโยชน์อื่นได้อีก

ข้อค้นพบที่น่าสนใจประการหนึ่ง คือ การเปลี่ยนแปลงระดับ IQ มีการศึกษาหลายรายงานที่ทำการศึกษาในประเด็นนี้แต่ยังมีจำนวนน้อย และมีผลการศึกษาที่ต่างกัันกล่าวคือ มีทั้งที่พบระดับ IQ เพิ่มขึ้น เท่าเดิม หรือลดลง จนถึงขณะนี้ข้อสงสัยในประเด็นนี้จึงยังไม่ชัดเจน ทั้งนี้การศึกษาเหล่านั้นจะเป็นการศึกษากลุ่มตัวอย่าง และใช้สถิติในการวิเคราะห์

ด้วยเหตุที่ Autistic spectrum disorder เป็นความผิดปกติที่มีความหลากหลาย (heterogeneity) และความแตกต่างในรายบุคคลสูง การมีความหลากหลายในความผิดปกติเดียวกันนั้น อาจจะทำให้การศึกษาที่ใช้หลักสถิติในการวิเคราะห์มีความแม่นยำลดลง เพราะการวิเคราะห์ทางสถิติ นั้น จะแม่นยำกว่าในกลุ่มศึกษาที่มีความเป็นเนื้อเดียวกัน (homogeneity)

ในรายงานนี้ จะนำเสนอรายงานรายละเอียดในข้อมูลทางคลินิก ของผู้ป่วย 2 รายเพื่อแสดงให้เห็นว่า เมื่อพิจารณารายละเอียดเป็นรายบุคคล เราจะได้พบได้ทั้งการเปลี่ยนแปลงค่า IQ ที่มีทั้งเพิ่มขึ้นหรือลดลง ซึ่งวิธีใช้กรณีศึกษาเป็นรายบุคคลนี้ อาจ

จะเป็นอีกแนวทางหนึ่งสำหรับการหาคำตอบในเรื่องการเปลี่ยนแปลงของระดับ IQ แทนการใช้กลุ่มตัวอย่างและการวิเคราะห์ทางสถิติ ซึ่งมีจุดอ่อนในการแปลผล เพราะความหลากหลาย (heterogeneity) ของ autistic spectrum เอง

ผู้ป่วยรายที่ 1

เป็นเด็กชายไทยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Autism เมื่ออายุ 2 ปี 7 เดือน อาการสำคัญ คือ ไม่พูดเป็นคำที่มีความหมาย ชอบดูของหมุนๆ ดูทีวีนานๆ เล่นไม่เป็น เดินเขย่งปลายเท้า หลบเลี่ยงการสบตา ทำตามคำสั่งไม่ได้ ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการปรับพฤติกรรม ร่วมกับการรับประทานยา

เมื่อผู้ป่วย อายุได้ 6 ปี (ม.ย. 2550) ได้รับการรักษาทางเลือกชนิดหนึ่ง และเริ่มมีอาการดีขึ้น ดังนี้

การพูดมีประโยคที่ยาวและมีการเลือกใช้คำที่หลากหลายขึ้น การฟังเข้าใจมากขึ้น และสามารถเข้าใจอารมณ์ของคู่สนทนาได้มากขึ้น มีอารมณ์ตอบสนองต่อเหตุการณ์อย่างเหมาะสม มีคำศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ความรู้สึกมากขึ้น พูดบอกความต้องการของตัวเองมากขึ้น เริ่มดีดและต่อต้าน การตอบสนองโดยใช้ประสบการณ์ตรงอย่างไม่มีการดัดแปลงลดลง

ในเวลานั้น ผู้ป่วยได้รับการวัด IQ ด้วยเครื่องมือ WPPSI-R ผลเป็นดังนี้

Full scale I.Q. = 48 (Verbal I.Q. = 47, Performance I.Q. = 58)

โดยขณะทำการทดสอบผู้ป่วยไม่ค่อยนิ่ง แต่เชื่อฟัง และปฏิบัติตามคำสั่งได้ดี ไม่ค่อยสนใจกิจกรรมตรงหน้า ถามตอบง่าย ๆ รู้เรื่องแม้จะตอบไม่ค่อยตรงคำถามอยู่บ้าง การใช้มือในการขีดเขียนลงน้ำหนักไม่ค่อยได้ โดยรวมๆ ให้ความร่วมมือในการทดสอบดี

ผลการทดสอบ ความสามารถของผู้ป่วยต่ำกว่าค่าเฉลี่ยทุก subtest อย่างไล่เลี่ยกัน พบปัญหา ด้านความเข้าใจภาษา และสมาธิกับความตั้งใจในการทำงานจากผลการทดสอบและพฤติกรรมขณะทดสอบ

ในภาพรวม ความสามารถทางสติปัญญาอยู่ในกลุ่มบกพร่อง (Intellectual deficient) พบข้อด้อยในทุก area โดยเฉพาะด้าน verbal comprehension, attention, concentration และ social ability

ในอีกราว 1 ปีต่อมา (ต.ค. 2551) ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นมากโดย เริ่มรู้จักสังเกตสิ่งรอบตัว และมีการตั้งคำถาม โดยต้องการคำตอบอย่างจริงจังจากที่ไม่เคยมีมาก่อน เริ่มวิจารณ์ น้องชาย เช่น “ดู...สิ ทำสกปรกหมดเลย ทำแบบนี้ไม่ได้นะมันเลอะเทอะ” นอกจากความก้าวหน้าทางภาษาแล้ว ยังเข้าใจกฎกติกาที่พ่อแม่กำหนดขึ้นได้

ในเวลานั้นผู้ป่วย ได้รับการวัด I.Q. ซ้ำ ด้วยเครื่องมือ WISC-III ผลเป็นดังนี้

Full scale I.Q. = 71 (Verbal I.Q. = 74, Performance I.Q. = 73)

โดยขณะทำการทดสอบ ผู้ป่วยถามตอบรู้เรื่อง ไม่ค่อยนิ่ง วอกแวกง่าย รอคอยได้น้อย สมาธิจำกัด ให้ความร่วมมือในการทดสอบดีพอสมควร

ในภาพรวม ความสามารถทางเชาวน์ปัญญาอยู่ในกลุ่มช้า (slow learner) ข้อเด่นคือ short-term memory และลักษณะแนวคิดแบบ nonverbal abstract thinking ข้อด้อย คือ สมาธิ ความตั้งใจ และการใช้ความคิดเชิงเหตุผลในการแก้ปัญหา การทำงานสะเพร่า ขาดความรอบคอบ

ผู้ป่วยรายที่ 2

เป็นเด็กชายไทยได้รับการวินิจฉัย เป็น Pervasive developmental disorder not otherwise specify (PDD.NOS) เมื่ออายุ 2 ขวบ อาการขณะนั้น คือ ไม่พูด มีภาษาตัวเอง ไม่ค่อยสบตา ชอบเล่นปิดเปิดไฟ เรียกไม่หัน จูงมือคนไปเอาของที่ต้องการ ได้รับการฝึกกระตุ้น sensory integration และการกระตุ้นพัฒนาการอย่างสม่ำเสมอ

เมื่ออายุ 5 ปี 3 เดือน ผู้ป่วยเข้าเรียนโรงเรียนอนุบาล ในลักษณะเรียนร่วม ข้อมูลจากรายงานพฤติกรรมที่โรงเรียนมีดังนี้

พฤติกรรมทั่วไป : มีน้ำใจ ชอบกิจกรรมเคลื่อนไหว ดนตรี ศิลปะ ชอบเสียงเพลงและทำทางตลก ขบขัน ตั้งใจเรียนในสิ่งที่ชอบ ไม่ค่อยสบตา ครูต้องกระตุ้นให้สนใจ และกระตุ้นให้หยุดเล่นมือ

กล้ามเนื้อใหญ่ และมัดเล็ก เดินต่อเท้าไปข้างหน้า และหลัง สไลด์ซ้าย ขวาได้ โยนรับลูกบอลได้ในระยะ 2 เมตร กระโดดข้ามสิ่งกีดขวาง รับบอลแล้วโยนลงเตะกร้าในระยะ 1 เมตรได้ สามารถใช้กรรไกรตัดกระดาษตามแนวเส้นตรงได้ถูกวิธีและปลอดภัย จับดินสอถูกวิธี วาดภาพ ระบายสี เขียนตัวอักษรตามแบบได้

การช่วยเหลือตัวเอง ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เก็บของ ถูเก้าอี้ รองเท้า ปูที่นอนปลดกมอมถอดใส่ผ้ากันเปื้อน โดยมีครูคอยกระตุ้นเตือน และบอกลำดับขั้นตอน ช้าๆ บ่อยๆ

สังคมและอารมณ์ เล่นกับเพื่อนได้ดี โดยมีครูคอยแนะนำ ชอบเก็บของเล่นไว้กับตัวเอง แต่เมื่อให้แบ่งปันก็รู้จักแบ่ง ถ้าอารมณ์ไม่ดี จะปฏิเสธ โวยวาย ล้มตัวลงกับพื้น ร้องไห้เสียงดัง ควบคุมอารมณ์ของตัวเองไม่ได้ เวลาให้บอกเหตุผลของการกระทำ จะตอบเสียงเป็น “...รักครู ครับ” “.....จะไม่ทำอีกแล้ว”

ด้านภาษาและการสื่อสาร บอกชื่อเพื่อน และครูได้ รู้จักทักทาย รู้จักตั้งคำถาม เช่น อันนี้อ่านว่าอะไร ทำอย่างนี้ทำไม บอกเล่าเรื่องราวที่ตัวเองชอบได้

ด้านสติปัญญา สนใจและชอบเขียนพยัญชนะ จับคู่ภาพกับพยัญชนะได้ เขียนคำศัพท์ง่ายๆ ได้ตามแบบ รู้จักค่าจำนวน เช่น 2 วาดลูกโป่ง 2 ใบ เข้าใจสัญลักษณ์เครื่องหมายเท่ากับ เปรียบเทียบของมากกว่า น้อยกว่าได้

ปัญหาพฤติกรรมที่พบ คือ การเล่นมือ และการควบคุมอารมณ์

ผู้ป่วยได้รับการทำ I.Q. ด้วย WPPSI-R ผลเป็นดังนี้

Full scale I.Q. = 85 (Verbal I.Q. = 69, Performance I.Q. = 105)

ขณะทำการทดสอบ ผู้ป่วยนั่งประจำที่ได้ เชื้อฟังคำสั่งดี ถามตอบรู้เรื่อง ไม่ค่อยมองหน้า จำคำถามไม่ค่อยได้ให้ความร่วมมือในการทดสอบดี

ในภาพรวม ความสามารถทางเชาวน์ปัญญาอยู่ในกลุ่ม ต่ำกว่าปกติ (Low average) โดยมีค่าความแตกต่างของ VIQ-PIQ สูงอย่างมีนัยสำคัญถึง 36 คะแนน โดยมีข้อเด่นคือ nonverbal ability และมีความรู้ทางด้าน concept ของสิ่งต่างๆ ได้อย่างแม่นยำ ข้อด้อย คือ ทักษะทางด้านภาษาและความเข้าใจ สมมติในการทำงานและทักษะทางด้านสังคมที่ด้อยกว่าด้านอื่นอย่างชัดเจน

เมื่ออายุได้ 6 ปี 11 เดือน ผู้ป่วยยังคงได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ได้เข้าเรียนร่วมในชั้น ป. 1 และมีพัฒนาการก้าวหน้าต่อเนื่องมาเป็นลำดับในเวลาเดียวกันผู้ป่วยยังได้รับการรักษาด้วย Hyperbaric oxygen ร่วมด้วย

อาการที่เปลี่ยนไปมีดังนี้
พฤติกรรมทั่วไป เข้าแถวและทำกิจกรรมหน้า

เสาชง หรือกิจกรรมอื่นร่วมกับเพื่อนๆ ได้ กินอาหาร
ได้เอง ชอบตอบคำถามในทุกวิชา เล่นกับเพื่อนได้แต่
ต้องมีครูคอยดูแล เพราะเล่นแรง

ความสามารถในวิชาคณิตศาสตร์ นับและบอก
จำนวน 1-100 ได้ เขียนเลขอารบิกและเลขไทย 1-100
ได้ บอกและอ่านตัวหนังสือหนึ่ง-สิบได้ เปรียบเทียบ
จำนวน และใช้สัญลักษณ์ $>$, $<$, $=$ ได้ บอกจำนวนคู่
และจำนวนคี่ได้ เข้าใจความหมายของการเพิ่มขึ้นและ
ลดลง บวกเลขได้สองหลัก ลบเลขได้หลักเดียว

ความสามารถในวิชาภาษาไทย สมารถในการ
ฟัง และทำตามคำสั่งได้ 2-3 คำสั่ง ฟังนิทาน และ
ตอบคำถามได้ว่า ใครทำอะไร ที่ไหน บอกเล่าเรื่องราว
ประสบการณ์หรือเหตุการณ์ ที่เกิดขึ้นในชั้นเรียนให้
ครูฟังได้ อ่านออกเสียงพยางค์ ก-ฮ ได้ยกเว้น
ตัวยาก อ่านสะกดคำที่ประสมสระเสียงเดียวได้

วิชาดนตรี เคลื่อนไหวร่างกายอย่างอิสระ และ
เคลื่อนไหวร่างกายตามเงื่อนไขได้ด้วยตัวเอง ทำท่าทาง
ตามจังหวะเพลงได้ถูกต้อง สามารถสังเกตจังหวะจาก
เพื่อนและทำตามได้ถูกต้อง

ปัญหาพฤติกรรมที่พบ คือ ปัญหาการเล่นมือ
เล่นเสียง และปัญหาอารมณ์ เวลาโมโห มักยังตัวเอง
ไม่ได้ จะตีตัวเองหรือผู้อื่น

ได้ทำ I.Q. ซ้ำด้วยเครื่องมือเดิมผลเป็นดังนี้

Full scale I.Q. = 75 (Verbal I.Q. = 65,
Performance I.Q. = 89)

ขณะทำการทดสอบ ผู้ป่วยไม่ค่อยมองสบตา
ไม่จำเป็นต้องคอยประกบ ถามตอบรู้เรื่อง จำคำถามไม่
ค่อยได้ ไม่ค่อยเข้าใจคำถาม ให้ความร่วมมือในการ
ทดสอบดี

ในภาพรวม มีความแตกต่างของ VIQ-PIQ
สูงอย่างมีนัยสำคัญ คือ 24 คะแนน มีข้อเด่นและ
ข้อด้อยเหมือนกับการวัดครั้งแรก

อภิปราย

ผู้ป่วยรายที่ 1

การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยรายนี้ แสดงให้
เห็นถึงปรากฏการณ์ที่มีการเพิ่มของค่าคะแนน IQ
และเป็นการเพิ่มอย่างรวดเร็ว

การเพิ่มค่าคะแนน IQ นั้นเป็นสิ่งที่พบได้ใน
งานวิจัยหลายๆ รายงาน เช่น รายงานการศึกษา
ผลการรักษาของโปรแกรมการรักษาต่างๆ อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงรายบุคคลก็มีความแตกต่างกันอย่างมาก นอกจากนี้ยังพบการเพิ่มของค่าคะแนน
IQ ในการรายงาน การติดตามผู้ป่วยในระยะยาวบาง
รายงาน อย่างไรก็ตามในภาพรวม การรายงานการ
เปลี่ยนแปลงของค่าคะแนน IQ นั้น มีทั้งที่พบว่า
ค่าคะแนน เท่าเดิม เพิ่มขึ้น และลดลง

ผู้ป่วยรายนี้ เป็นตัวอย่างหนึ่ง ของการเพิ่มขึ้น
ของค่าคะแนน IQ โดยมีลักษณะพิเศษ คือ เพิ่มขึ้น
อย่างรวดเร็ว

การที่ผู้ป่วย มีพัฒนาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว
นั้น จากประสบการณ์ทางคลินิกของผู้เขียน ขณะที่
ทำงานอยู่ที่โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์
เป็นปรากฏการณ์ที่พบได้เป็นครั้งคราว ซึ่งถือเป็น
ปรากฏการณ์ที่แปลกอย่างหนึ่ง เช่น ผู้ป่วยบางราย
สามารถพัฒนาภาษา จากที่ไม่พูดเลย กลายเป็นพูด
เป็นประโยค ได้ในระยะเวลา 1-2 เดือน บางราย มี
การพัฒนากล้ามเนื้อมัดเล็กที่เร็วมาก โดยลายมือ
ของผู้ป่วย เปลี่ยนไปจากต้นปี ที่เขียนโยเย เมื่อ
ต้นเทอม กลายเป็นสามารถเขียนได้อย่างบรรจง
ภายในเทอมถัดมา ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เร็วมากๆ นี้
มักเห็นได้ชัด จากการเปลี่ยนแปลงด้านภาษา

การเปลี่ยนแปลงโดยเร็วนี้ เป็นปรากฏการณ์
ที่หาหลักฐานได้ค่อนข้างยาก เพราะผู้รักษาจะแล
เห็นการเปลี่ยนแปลงได้ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น

แล้ว ทำให้ไม่มีหลักฐานขณะที่ผู้ป่วยยังมีอาการไม่ดี ก่อนการเปลี่ยนแปลง และการเปลี่ยนแปลงนี้ ก็ยังไม่สามารถทำนายล่วงหน้าได้ว่าจะเกิดกับผู้ป่วยคนใด เริ่มต้นเมื่อไร

การได้ข้อมูลจากผู้ป่วยรายนี้ ถือว่าเป็นโชคดี เพราะมารดาของผู้ป่วย ได้เคยเข้ารับการอบรมจากผู้เขียนและได้รู้ว่า ผู้เขียนพบปรากฏการณ์นี้มาก่อนเมื่อได้รับการวินิจฉัยใหม่ๆ มารดาของผู้ป่วย จึงสังเกตการเปลี่ยนแปลงของลูกโดยละเอียด และหลังจากได้รับการรักษาทางเลือกชนิดหนึ่ง ผู้เขียนเห็นว่า พัฒนาการของผู้ป่วยเริ่มดีขึ้นเร็วผิดปกติเหมือนรายอื่นที่เคยเห็นมา จึงขอตรวจ IQ ครั้งที่ 1 ไว้เป็นข้อมูลพื้นฐาน

จากนั้นอีกปีเศษ จะเห็นว่า พัฒนาการของผู้ป่วยก้าวหน้าไปรวดเร็วมาก โดยค่าคะแนนรวมของ IQ เปลี่ยนไปถึง 23 คะแนน และอาการแสดงก็ดีขึ้นมาก

ปรากฏการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้นด้วยอัตราเร็วที่เร็วกว่าปกตินี้ ผู้เขียนยังไม่เคยพบในตำราหรือรายงานใดๆ พบเพียงรายงานการเปลี่ยนแปลงระดับ IQ ทั้งที่เพิ่มขึ้นและลดลงจำนวนหนึ่ง แต่หากพิจารณาในรายละเอียดของรายงานเหล่านั้นจะพบว่า มีความเป็นไปได้ที่มีช่วงเวลาหนึ่ง ที่ผู้ป่วย ASD จะมีการพัฒนาได้อย่างรวดเร็ว เช่น ในการศึกษาของ Dawson G (2010) ที่พบการเปลี่ยนแปลงระดับสติปัญญา ถึง 17.6 คะแนน ซึ่งในรายงานนี้ใช้เครื่องมือวัดแตกต่างจากที่ผู้เขียนใช้ แต่ก็สะท้อนการเพิ่มขึ้นที่ค่อนข้างมากอย่างชัดเจนเพราะค่า SD ของแบบทดสอบ เท่ากับ 15 และการศึกษานี้ใช้ระยะเวลาเพียง 2 ปี ในช่วง 2 ปีนั้นอาจจะมีผู้ป่วยบางคนมีการพัฒนาที่เร็วมากๆ ก็เป็นไปได้

ประเด็นสำคัญ อีกประการหนึ่งในผู้ป่วย

รายนี้ คือ ข้อสงสัยที่ว่า การรักษาทางเลือก จะเป็นเหตุให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในกรณีนี้หรือไม่

กรณีนี้เป็นเรื่องที่ยังไม่ควรสรุป เพราะผู้เขียนพบปรากฏการณ์นี้มานานแล้ว แม้แต่ในรายที่เรียนร่วมโดยไม่มีการรักษาอะไรเพิ่มเติม การเปลี่ยนแปลงนี้อาจจะเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของตัวผู้ป่วยเอง โดยไม่เกี่ยวกับการดำเนินการภายนอกก็ได้ ประกอบกับมารดาของผู้ป่วยได้รับความรู้เรื่องนี้นานแล้ว จึงไม่ได้เชื่อว่าเป็นผลจากการรักษาทางเลือกนั้น

อย่างไรก็ตาม ในการประชาสัมพันธ์ หรือ การนำเสนอผลสำเร็จ ของการรักษาทางเลือกที่เริ่มเข้ามามีบทบาทในประเทศไทย มักจะนำเสนอกรณีตัวอย่างความสำเร็จ เช่นเดียวกับผู้ป่วยรายนี้ ทำให้ประชาชน หลายคนเกิดความสนใจ และคิดว่า การที่ผู้ป่วยดีขึ้น เป็นผลมาจากการรักษาทางเลือกนั้น ซึ่งในความจริงยังไม่สามารถพิสูจน์ได้ เพราะอาจจะเกิดจากปรากฏการณ์นี้ก็ได้

ในการพิสูจน์ว่าการรักษาทางเลือกใด มีผลต่อการพัฒนาของผู้ป่วย จึงต้องดำเนินการด้วยความระมัดระวัง และใช้กระบวนการที่เป็นวิทยาศาสตร์มากกว่า การนำกรณีที่ประสบความสำเร็จ มาเป็นหลักฐาน

ผู้ป่วยรายที่ 2

ตามข้อมูลที่ได้จากบันทึกพฤติกรรมที่โรงเรียน จะเห็นว่าผู้ป่วยรายนี้ มีพัฒนาการโดยรวมค่อนข้างดี แม้ในภาพรวมจะดูทำได้น้อยกว่าอายุ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวัด IQ ที่อยู่ในระดับ Low average

การมีค่าคะแนน IQ มากกว่า 70 นั้น ไม่ได้เป็นข้อบ่งชี้ว่า ผู้ป่วยไม่อยู่ในกลุ่ม ASD เพราะ

พัฒนาการทางสติปัญญากับพัฒนาการทางสังคม เป็นพัฒนาการคนละด้านกัน และในผู้ป่วย ASD ก็มี ค่าคะแนน IQ ได้ทุกระดับ

ประเด็นที่น่าสนใจในผู้ป่วยรายนี้ คือ ขณะที่ ในภาพรวมดูเหมือนผู้ป่วยจะดีขึ้น แต่ค่าคะแนน IQ รวมกลับลดลง ในทางกลับกัน ความแตกต่างของ Verbal IQ (VIQ) กับ Performance IQ (PIQ) ก็ ลดลงด้วย

กรณีค่าคะแนน IQ ลดลงนั้น จากการศึกษา หลายๆ รายงานพบว่า เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นได้ โดยส่วนใหญ่ มักจะเกิดกับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ทำให้ค่าคะแนนครั้งแรกต่ำ เมื่อผู้ป่วยมีอาการมาก ผลการรักษาจึงไม่ค่อยดี อาการมักจะแย่ลงเมื่อโตขึ้น ค่าคะแนนที่วัดในครั้งต่อมาก็มักจะต่ำลง แต่ในกรณีนี้ ขณะที่ในภาพรวมดูเหมือนผู้ป่วยจะดีขึ้น แต่ค่าคะแนน กลับลดลง ซึ่งยังบอกไม่ได้ว่า ถ้าพัฒนาไปมากกว่านี้ จะเป็นอย่างไร

อย่างไรก็ตาม การวินิจฉัย PDD.NOS เป็นการ วินิจฉัยที่มีความแน่นอนในระยะยาวต่ำ เมื่อเทียบกับ autism เพราะมีผู้ป่วย PDD.NOS จำนวนหนึ่ง เมื่อโตขึ้น อาการจะเปลี่ยนไป จนมีการวินิจฉัยใหม่ มีทั้งที่อาการแย่ลง คือ กลายเป็นกลุ่ม autism หรือ ดีขึ้น คือ ไม่อยู่ใน spectrum ผู้ป่วยรายนี้ก็มี แนวโน้มว่าอาจจะเป็นอย่างนั้น

ประเด็น เรื่องความแตกต่างของ Verbal IQ กับ Performance IQ นั้นเป็นเรื่องที่ควรได้รับการ ศึกษาเพิ่มเติม ทั้งนี้เพราะการศึกษาในเรื่องนี้ ค่อนข้างจะมีข้อสังเกตไปในทางเดียวกันว่า ผู้ป่วย กลุ่ม autism ค่า VIQ มักจะ น้อยกว่า PIQ ส่วน ผู้ป่วย Asperger's ค่า PIQ มักจะน้อยกว่า VIQ

ในรายนี้ แม้ค่า VIQ จะน้อยกว่า PIQ มาก แต่ข้อที่น่าสนใจคือ ในระยะเวลาหนึ่งปีเศษค่าความ

แตกต่างกันลดลงอย่างมาก จาก 35 เหลือเพียง 26 ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้สะท้อนให้เห็นในระดับหนึ่งว่า น่าจะมีการเปลี่ยนแปลงบางอย่างในกระบวนการ เรียนรู้ของผู้ป่วย

เนื่องจาก การศึกษาเรื่องการเปลี่ยนแปลง ของความแตกต่างของ VIQ กับ PIQ ในผู้ป่วย ADS อาจจะมีน้อยมาก จนผู้เขียนยังไม่เคยพบการศึกษา ทำนองนี้เลยในไม่เหมือนกับการศึกษา IQ ในภาพ รวมซึ่งพอมืออยู่บ้าง จึงยังเป็นเรื่องยากที่จะสรุปว่า ปรากฏการณ์นี้มีความสำคัญมากน้อยเพียงใด แต่ ก็เป็นปรากฏการณ์ที่น่าสนใจ และน่าจะได้รับการ ศึกษาต่อไป

สรุป

1. IQ test เป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์ สามารถ ใช้ในการติดตามการดำเนินโรคของผู้ป่วย และผลการ ดำเนินโรคนี้อาจจะใช้ในการแยกกลุ่มย่อย สำหรับ Autistic spectrum disorder ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่ ค่อนข้างกว้างและหลากหลายได้
2. ปรากฏการณ์ที่ผู้ป่วย มี IQ เพิ่มขึ้นหรือ ลดลงนั้น มีอยู่จริง แต่ยังคงมีรายละเอียด ที่จำเป็นต้องทำความเข้าใจอีกมาก จึงควรมีการศึกษา ต่อเนื่องในประเด็นดังกล่าว
3. การมีค่าคะแนน IQ เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในระยะเวลาอันสั้น สะท้อนให้เห็นว่า ความผิดปกติ นี้ อาจจะได้แก้ไขได้ หรือดีขึ้นได้ โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้อง มีทั้ง จากภายนอก คือ ผลของการรักษา และ ภายใน คือ เป็นการเปลี่ยนแปลงของตัวเด็กเองก็เป็น ไปได้ ซึ่งเป็นข้อมูลที่น่าจะทำให้พ่อแม่ของผู้ป่วยมีความหวังมากขึ้น
4. การประชาสัมพันธ์ผลสำเร็จของการ รักษาทางเลือกที่ขยายตัวมากในต่างประเทศ และที่

กำลังเข้ามาดำเนินการในประเทศไทย นั้นควรมีการตรวจสอบ หรือเผยแพร่ปรากฏการณ์นี้ให้ประชาชนทราบเพื่อเป็นข้อพิจารณาในการเลือกการรักษาเหล่านั้น

5. การติดตามอาการแสดงทางคลินิกเพื่อดูความก้าวหน้าในการรักษาอย่างเดียวอาจจะไม่

เพียงพอ ควรดำเนินการร่วมกับการใช้เครื่องมือวัดมาตรฐาน เช่น IQ test หรือเครื่องมืออื่นๆ ในการติดตามการดำเนินโรคอย่างเป็นระยะ ผลของการนี้จะทำให้เรามีข้อมูลรายละเอียด ซึ่งจะนำไปสู่ความเข้าใจความผิดปกตินี้มากขึ้นในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. Beglinger L, Smith T. (2005). **Concurrent validity of social subtype and IQ after early intensive behavioral intervention in children with autism: a preliminary investigation.** J Autism Dev Disord. Jun;35(3):295-303.
2. Begovac I, Begovac B, Majić G, Vidović V. (2009). **Psychiatr Danub.** Sep;21(3):310-9.
3. Ben Itzhak E, Lahat E, Burgin R, Zachor AD (2008). **Cognitive, behavior and intervention outcome in young children with autism.** Res Dev Disabil, Sep-Oct;29(5):447-58.
4. Bopp KD, Mirenda P, Zumbo BD. (2009). **Behavior predictors of language development over 2 years in children with autism spectrum disorders.** J Speech Lang Hear Res. Oct; 52(5): 1106-20.
5. Charman T, Taylor E, Drew A, Cockerill H, Brown JA, Baird G. (2005). **Outcome at 7 years of children diagnosed with autism at age 2: predictive validity of assessments conducted at 2 and 3 years of age and pattern of symptom change over time.** J Child Psychol Psychiatry. May;46(5):500-13.
6. Coplan J, Jawad AF. (2005). **Modeling clinical outcome of children with autistic spectrum disorders.** Pediatrics. Jul;116(1):117-22.
7. Dawson G, Rogers S, Munson J, Smith M, Winter J, Greenson J, Donaldson A, Varley J. (2010). **Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: the Early Start Denver Model.** Pediatrics, Jan, 125(1):e17-23.
8. Dietz C, Swinkels SH, Buitelaar JK, van Daalen E, van Engeland H. (2007). **Stability and change of IQ scores in preschool children diagnosed with autistic spectrum disorder.** Eur Child Adolesc Psychiatry. Sep;16(6):405-10.
9. Eldevik S, Hastings RP, Hughes JC, Jahr E, Eikeseth S, Cross S. (2010). **Using participant data to extend the evidence base for intensive behavioral intervention for children with autism.** Am J Intellect Dev Disabil. Sep ;115(5) : 381-405.
10. Eldevik S, Jahr E, Eikeseth S, Hastings RP, Hughes CJ. (2010). **Cognitive and adaptive behavior outcomes of behavioral intervention for young children with intellectual disability.** Behav Modif. Jan;34(1):16-34.
11. Field M, Fox N, Radcliffe J. (1990). **Predicting IQ change in preschoolers with developmental delays.** J Dev Behav Pediatr. Aug;11(4):184-9.

12. Howlin P, Magiati I, Charman T. (2009). **Systematic review of early intensive behavioral interventions for children with autism.** Am J Intellect Dev Disabil, Jan;114(1) : 23-41.
13. Jónsdóttir SL, Saemundsen E, Asmundsdóttir G, Hjartardóttir S, Asgeirsdóttir BB, Smáradóttir HH, Sigurdardóttir S, Smári J. (2007). **Follow-up of children diagnosed with pervasive developmental disorders: stability and change during the preschool years.** J Autism Dev Disord. Aug;37(7):1361-74.
14. Korkmaz B. (2000). **Infantile autism: adult outcome.**Semin Clin Neuropsychiatry. Jul;5(3): 164-70.
15. Lord C, Risi S, DiLavore PS, Shulman C, Thurm A, Pickles A.(2006). **Autism from 2 to 9 years of age.** Arch Gen Psychiatry. Jun;63(6): 694-701.
16. Nishiyama T, Taniai H, Miyachi T, Ozaki K, Tomita M, Sumi S. (2009). **Genetic correlation between autistic traits and IQ in a population-based sample of twins with autism spectrum disorders (ASDs).** J Hum Genet. Jan;54(1):56-61.
17. Siller M, Sigman M. (2008). **Modeling longitudinal change in the language abilities of children with autism: parent behaviors and child characteristics as predictors of change.** Dev Psychol. Nov;44(6):1691-704.
18. Starr E, Szatmari P, Bryson S, Zwaigenbaum L.(2003). **Stability and change among high-functioning children with pervasive developmental disorders: a 2-year outcome study.** J Autism Dev Disord. Feb;33(1):15-22.
19. Szatmari P, Bryson S, Duku E, Vaccarella L, Zwaigenbaum L, Bennett T, Boyle MH. (2009). **Similar developmental trajectories in autism and Asperger syndrome: from early childhood to adolescence.** J Child Psychol Psychiatry. Dec;50(12):1459-67.
20. Takeda T, Koyama T, Kurita H. (2007). **Comparison of developmental/intellectual changes between autistic disorder and pervasive developmental disorder not otherwise specified in preschool years.** Psychiatry Clin Neurosci. Dec;61(6):684-6.
21. Yang P, Jong YJ, Hsu HY, Chen CS. (2003). **Preschool children with autism spectrum disorders in Taiwan: follow-up of cognitive assessment to early school age.** Brain Dev. Dec;25(8):549-54.
22. Yang P, Lung FW, Jong YJ, Hsu HY, Chen CC. (2010). **Stability and change of cognitive attributes in children with uneven/delayed cognitive development from preschool through childhood.** Res Dev Disabil. Jul-Aug; 31(4):895-902.