

- [19] Steffensen CH, Roepstorff C, Madsen M, et al. Myocellular triacylglycerol breakdown in females but not in males during exercise [J]. Am J Physiol Endocrinol Metab, 2002, 282: E634—E642.
- [20] Dobbins RL, Szczepaniak LS, Bentley B, et al. Prolonged inhibition of muscle carnitine palmitoyltransferase-1 promotes intramyocellular lipid accumulation and insulin resistance in rats [J]. Diabetes, 2001, 50:123—130.
- [21] Szczepaniak LS, Babcock EE, Schick F, et al. Measurement of intracellular triglyceride stores by ¹H spectroscopy: validation in vivo [J]. Am J Physiol Endocrinol Metab, 1999, 276: E977—E989.
- [22] Hurley BF, Nemeth PM, Martin WH III, et al. Muscle triglyceride utilization during exercise: effect of training [J]. J Appl Physiol, 1986, 60:562—567.
- [23] Wendling PS, Peters SJ, Heigenhauser GJ, et al. Variability of triacylglycerol content in human skeletal muscle biopsy samples [J]. J Appl Physiol, 1996, 81:1150—1155.
- [24] Watt MJ, Heigenhauser GF, Dyck DJ, et al. Intramuscular triacylglycerol, glycogen and acetyl group metabolism during 4 h of moderate exercise [J]. J Physiol, 2002, 541: 969—978.
- [25] Schick F, Eismann B, Jung W, et al. Comparison of localized proton NMR signals of skeletal muscle and fat tissue in vivo: two lipid compartments in muscle tissue [J]. Magn Reson Med, 1993, 29:158—167.
- [26] Boesch C, Decombaz J, Slotboom J, et al. Observation of intramyocellular lipids by means of ¹H magnetic resonance spectroscopy [J]. Proc Nutr Soc, 1999, 58:841—850.
- [27] Krssak M, Petersen KF, Bergeron R, et al. Intramuscular glycogen and intramyocellular lipid utilization during prolonged exercise and recovery in man: a ¹³C and ¹H nuclear magnetic resonance spectroscopy study [J]. J Clin Endocrinol Metab, 2000, 85:748—754.
- [28] De'combaz J, Schmitt B, Ith M, et al. Postexercise fat intake repletes intramyocellular lipids but no faster in trained than in sedentary subjects [J]. Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol, 2001, 281: R760—R769.
- [29] Brechtel K, Niess AM, Machann J, et al. Utilisation of intramyocellular lipids (IMCLs) during exercise as assessed by proton magnetic resonance spectroscopy (¹H-MRS) [J]. Horm Metab Res, 2001, 33:63—66.
- [30] Van Loon LJ, Schrauwen-Hinderling VB, Koopman R, et al. Influence of prolonged endurance cycling and recovery diet on intramuscular triglyceride content in trained males [J]. Am J Physiol Endocrinol Metab, 2003, 285(4):E804—811.

·综述·

Asperger 综合症的临床诊断及与自闭症的辨别

王 辉¹

Asperger 综合征(Asperger syndrome, AS)是一组以社交障碍和狭窄、刻板的兴趣行为为特征,但无语言发育障碍,且认知能力正常的儿童。自 1944 年德国儿科医生 Hans Asperger 发表“关于儿童自闭性人格障碍”的论文,对 Asperger 综合征进行概括,提出治疗建议^[1]以来,国外众多研究者^[2-3]对这个综合征已进行了全面深入的探讨。近年国内也有学者^[4]对此展开了研究。国际疾病分类手册(第 9 版)(ICD-9)和美国精神疾病诊断与统计手册(第 3 版)(DSM-III)曾认为 AS 是自闭症的轻度变异^[4]。经过多年的实践研究,1994 年 AS 在 DSM-IV^[5]中有了区别于自闭症的正式定义。新标准虽然已颁布了 10 年,可至今依然有很多人对此不了解,甚至包括部分研究人员,依然认为 AS 是多功能自闭症。认识上的混淆必然影响对 AS 的深入而有针对性的研究,因此,有必要对 AS 的本质特征和诊断标准做进一步的阐明,以便人们深刻地认识 AS 与自闭症的区别联系,以保证研究方向的正确性、科学性。

1 Asperger 的临床特征

国外对 AS 儿童的研究最早源自于其临床特征的研究^[6-8],并且经过多年的研究,他们已经总结出这类儿童在临床上的一些

共性特征,运用于临床的诊断评估中。国内对 AS 儿童的研究起步较晚,随着 AS 儿童的相继被发现,研究者们亦已开始关注这个群体,并对他们的临床特征进行研究,试图发现国内 AS 儿童与国外的 AS 儿童在临床特征方面是否有共性,是否因种族、地域、文化等因素的差异而存在不同特征。早在 1944 年,Asperger 将这一类儿童的临床特征概括为:非语言交流障碍,如缺乏面部表情;语言交流中的奇特性,如不断重复同一问题;社会交往中的自我倾向;对他人情感缺乏情感上的共鸣;特殊的走路姿势和不稳定性;不听从教导具有侵犯性动作;发病较早,但早期诊断困难;家庭其他成员有高发率。这一特征普遍被描述为六个方面,即:①缺乏对他人情感的理解力;②不适当的、单方面的社会交往,缺少建立友谊的能力从而导致社会隔离;③呆板、单调的语言;④非语言交流贫乏;⑤在某些方面,如天气、电视节目表、火车时刻表及地图等,表现出极强的接受能力,但只是机械地记忆,却并不能理解,给人以古怪的印象;⑥笨拙、不协调的动作及奇怪的姿势^[9]。

1 南京特殊教育职业技术学院,南京,210036

作者简介:王辉,女,副教授

收稿日期:2005-09-22

国内关于 AS 儿童临床特征的研究主要有以下几种情况:①没有语言及智力发育落后史,智力发育正常。社交障碍是国内 AS 的核心表现,同时还有交流功能缺损。这类儿童的日常生活能力虽明显低于同龄正常儿童,但学习多无困难,或表现出某一方面的特殊能力,因此,他们的行为与其智力水平反差较大^[9]。②运动笨拙;在校不守纪律,上课时不听讲,为所欲为;不与同学玩,几乎不与同学、老师说话,提问时不出声;毫无是非感;兴趣单调而且呈阶段性等;有怪异习惯,如如厕、洗澡要关灯^[9]。③眼神茫然、不看人,注意力涣散;语言简单刻板 and 重复,自言自语,表达能力差,不能分清和表达你和我;不会玩游戏;常发脾气;有特殊的兴趣;动作协调性差,步态不稳,不会蹦跳,不会踢球;生活自理能力差;依恋母亲^[10]。

邹小兵等^[11]的研究不仅验证了上述特征还有了新的发现,这些 AS 儿童既有问题,也有优势。他们的问题表现在交流障碍、语言、行为重复刻板、兴趣狭窄特殊、不服从指令、动作笨拙不协调、精细动作差、多动、注意力不集中、性格固执、坚持冲动、不怕危险、有攻击性行为、情绪障碍等。其中,症状行为发生率比较高的依次有“沟通交流困难”、“行为重复刻板、兴趣狭窄”及“不服从指令”、“动作不协调”等。他们的优势则主要是机械记忆力强、个别领域有特殊能力。

2 Asperger 的诊断标准

瑞典著名的 Asperger 综合征研究者 C.Gillberg 1989 年提出一个在世界上较为有名的“Asperger 征候群”的诊断标准^[12]。内容涉及六大方面:①在社会性和社会的交互作用上有重大缺陷(至少符合其中二项):a.与同龄友人交流交往能力欠缺;b.与友人交往的意愿或要求欠缺;c.对社会信息、文化习惯、生活规则等理解欠缺;d.缺乏适当的社会性、情感性行为。②兴趣狭隘(符合其中一项):a.专执于某种行为、活动,对其他活动拒绝接受;b.强迫性的刻板与重复作为;c.固定的、无目的的行为与活动倾向。③强迫性兴趣和关心(符合其中一项):a.表现在对自我及自己的生活上;b.表现在对他人及他人的生活上。④语言及语言表述(符合其中三项):a.语言发育迟缓;b.表面上语言表述形式完全符合文法;c.形式性的、装模作样的奇特语言表述方式;d.语言韵律奇特,声调异常;e.理解力异常(包括对他人表面的、暗示的语言及意义的错误理解)。⑤非言语交流(符合其中一项):a.缺少身体语言;b.肢体语言动作笨拙,无表情;c.缺乏表情或表情僵化;d.行为表现不适当;e.视线奇特,冷淡、疏远。⑥运动能力笨拙:运动能力测试成绩低下。Asperger 综合征在美国 DSM-IV 中被定义为“Asperger 紊乱”(APA,1994),规定标准如下:

①在社交方面存在障碍,表现出至少以下两种情况才能定性判断:a.在使用一些非言语性的行为进行社会交往的能力上有显著的缺损,比如目光对视,面部表情,身体姿势和手势;b.不能建立与其年龄相称的适当的伙伴关系;c.缺乏自发地寻找其他人分享快乐、喜好或者成功的欲望;d.缺少交际性的和情感性的互惠行为。②在行为、喜好和活动方面固执地坚持重复和不变的模式,表现出至少以下一种情况:a.总是处于一种或以上的不变的有限的兴趣模式中,而其强烈程度和兴趣集中的地方都是不正常的;b.显著地顽固地坚持一些特

殊的、无意义的程序和仪式;c.重复不变地维持一些自己形成的特殊的习惯;d.长时间地注意物体的一部分。③上述障碍严重损害了儿童在社会交往、职业或其他重要领域的功能。④在语言发育上没有明显的具临床意义的全面迟滞(比如在两岁以前会讲单个词,三岁以前懂得使用交谈性的短语)。⑤在认知能力的发育、自理能力、适应行为(社交方面的除外)和儿童时期对外界环境的好奇心等方面的发育不存在明显的具有临床意义的迟滞。⑥不符合其他明确的广泛性发育迟滞和精神分裂症的诊断标准。

在 C.Gillberg 诊断标准与美国 DSM-IV^[14]标准基础上,我国制订了本土化的 Asperger 诊断标准(精神障碍分类与诊断标准第三版,CCMD-3):指一种广泛性发育障碍的综合征,有类似儿童自闭症的某些特征,男孩多见,一般到学龄期 7 岁左右症状才明显,主要为人际交往障碍,局限、刻板、重复的兴趣和行为方式。无明显的言语和智能障碍。

症状标准:①人际交往障碍的显著特点是缺乏交往技巧,交流方式刻板、生硬、程式化,缺乏发展友谊的能力;②局限于刻板、重复或不同寻常的兴趣或活动,显得比较怪僻;③无明显言语与语言发育障碍,认知发育基本正常;④运动技能较低,动作较笨拙。严重标准:社会交往功能明显受损。病程标准:一般到学龄期症状才明显,症状常持续存在。排除标准:排除儿童精神分裂症、儿童自闭症或 Heller 综合征^[15]。

从上述三个标准中可以看出,我国的标准较柯尔伯格诊断标准与美国 DSM-IV 标准在症状标准描述上更简洁明确,概括性更强,减少了具体症状表现的限制,更适合于多种不同临床特征 AS 儿童的准确诊断;而且在我国的诊断标准中还添加了一条前两者所没有的病程标准,便于评估鉴定人员更好地操作。

3 Asperger 综合征与自闭症的区别

有学者认为 Asperger 综合征和自闭症属于同一系列中两种程度轻重不同的障碍;也有学者认为 Asperger 综合征是自闭症系列中程度较轻的一种,但两者间也有一些区别^[1]。ICD-10,DSM-IV 及 CCMD-3 中明确指出 Asperger 综合征是广泛发育障碍中的一个亚型。1994 年 Asperger 综合征在 DSM-IV 中有了正式定义,这一定义是根据一项大型的国际性实验制定的,这项实验揭示了一些证据,证明 Asperger 综合征是独立于自闭症的一种诊断类别^[12],即 Asperger 综合征和自闭症同属于广泛发育障碍中的亚型之一。至此,两者关系与区别已趋明朗。Asperger 综合征和自闭症之间既有相似之处又有明显区别,主要反映在以下几个方面:

3.1 社会交往障碍方面的区别

两者均表现有不能和同龄人交往,没有亲密的朋友。自闭症儿童表现更为明显,他们往往回避他人(包括父母),常常对他人的呼唤听而不闻。AS 儿童则保留着笨拙的社交方式,单方面地与人交往,和父母有情感交流,能够共同分享乐趣,不少患儿喜欢别的成人。他们对周围的一切并非完全漠不关心,他们也希望有社交或有朋友,但他们常常没有人际交往所必需的基本社会技能。他们往往不能理解其他人的表情,因而也不能据此而调节自己的行为。他们在社交场合中显得

极其正规,拘泥细节,缺乏必要的灵活性,所以他们中的很多人会发展出精神方面的种种问题如焦虑和抑郁等^[1,12,16-17]。

3.2 语言交流障碍方面的区别

AS儿童和自闭症儿童都有刻板重复语言,语言音调、节律的障碍。AS儿童往往语言发育正常,但存在交流上的困难,说话时常常表现出较差的节奏和音调,在内容上也缺乏连贯性,表面上讲话较多,其实是对人讲话而不是与人交流,话题单调,内容局限。自闭症儿童中不少语言发育迟缓或不发育,即使有语言也不会主动与人交谈、提出话题。一般来说,AS儿童比自闭症儿童具有大得多的词汇量和较好的语法水平,智商也高于自闭症儿童^[9,12]。

3.3 非语言交流障碍方面的区别

两者都不能用目光传递信息,面部表情局限。此外,AS还表现判断“社交距离”上的障碍,常与他人走得太近,用躯体动作单方面地表达喜爱之情。

3.4 运动技能发展方面的区别

两者有明显的区别,AS患者往往动作笨拙不协调,而儿童自闭症患儿则动作灵活^[16]。

3.5 兴趣和行为方面的区别

Asperger综合征和自闭症都有狭隘的兴趣和刻板动作。自闭症儿童往往专注于摆弄物体,旋转物体,倾听音乐,对图像反应比较强烈;刻板动作多见。而Asperger综合征儿童的狭隘兴趣则往往表现于对数字或日子的记忆,以及对某些学科知识的强烈兴趣。有时可以给人们以一个记忆力过人甚至在某一领域内堪称博学的印象。但是不久人们就会觉察到,他们往往只是机械地记忆一些事实性的数据,而对这些事实之间的相关联系及其背后的真正意义并无任何理解;而在其他方面的知识显得贫乏欠缺;他们显得非常古怪,并且使得人们不愿与之交往^[1,16,18]。

3.6 执行功能障碍方面的区别

AS儿童与高功能自闭症儿童存在类似的多种执行功能缺陷,但AS儿童的缺陷程度没有高功能自闭症儿童严重,而且不同年龄的自闭症儿童都存在执行功能的障碍。AS儿童与高功能自闭症的执行功能障碍表现为难以进行计划活动、组织能力差、冲动、坚持不变、难以适应转变、自我调整困难、不能抑制无关信息干扰等^[19]。

此外,孙振晓等^[20]还认为,自闭症和Asperger综合征儿童除具有上述相似特征以外,两者在其他方面还存有共性的缺陷、障碍,主要反映为注意缺陷、运动控制和知觉缺陷、运动协调障碍、强迫行为、抑郁症状、进食障碍、选择性缄默症、攻击行为等。

上述的比较分析,不仅清楚地描述了Asperger综合征的本质特征,而且明确地表明它是一种和自闭症相并列的广泛性发育障碍的亚型,并非隶属于自闭症。同时,Asperger综合征和自闭症虽有相似的特征,但是它们之间的区别也非常明显,对西方学者们的争论作出了明确的回答。此外,两者的联系区别,也有利于人们更深刻地认识Asperger综合征和自闭症的各自的本质特征,从而为制订有效的教育康复训练方案提供依据和前提条件。

参考文献

- [1] 黄伟合. Asperger综合征[J]. 临床精神医学杂志, 2003(1):48—49.
- [2] Peter S. Asperger syndrome: a review of clinical feature scan [J]. J Psychiatry, 1989, 34:554.
- [3] Wing L. Asperger syndrome: A clinical account [J]. Psychol Med, 1981:115—129.
- [4] 魏源. 阿斯伯格症儿童的评估与干预 [J]. 中国特殊教育, 2004(5):61—65.
- [5] World Health Organization. International classification of mental and behavioral disorders diagnostic criteria for research [M]. 10th ed. Geneva: Author, 1993. 124—125.
- [6] Adams C, Green J, Gilchrist A, et al. Conversational behaviour of children with Asperger syndrome and conduct disorder [J]. J Child Psychol Psychiatry, 2002, 43:679—690.
- [7] Green D, Baird G, Barnett AL, et al. The severity and nature of motor impairment in Asperger's syndrome: a comparison with specific developmental disorder of motor function [J]. J Child Psychol Psychiatry, 2002, 43:655—668.
- [8] Minsloff EH. Teaching approach for developing nonverbal communication skills in students with social perception deficits: Part 1. The basic approach and body language clues [J]. J Learn Disabil, 1980, 13:118.
- [9] 郝春艳, 赵云静. Asperger综合征患儿的临床特征分析[J]. 中华精神科杂志, 2004(3):135.
- [10] 刘宙美, 李建华. Asperger's综合征一例报告 [J]. 实用临床医学, 2001(2):74.
- [11] 李蓓. Asperger's综合征1例 [J]. 实用儿科临床杂志, 2001(5):286.
- [12] 邹小兵, 陈凯云, 李建英, 等. 儿童阿斯伯格综合征 64例临床分析[J]. 中国实用儿科杂志, 2004(12):755—757.
- [13] 徐光兴. 临床心理学 [M]. 上海: 华东师大出版社, 2000. 256—2615.
- [14] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed (DSM—IV) [S]. Washington: American Psychiatric Association, 1994. 75—76.
- [15] 中华医学会精神科分会. 中国精神障碍分类与诊断标准 [M]. 第3版. 济南: 山东科学技术出版社, 2001. 150—151.
- [16] 柯晓燕, 谭钊安. Asperger综合征与儿童自闭症的鉴别[J]. 临床精神医学杂志, 1997, (3):149—150.
- [17] Peter S. Asperger syndrome and autism: neurocognitive aspects [J]. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1990, 29:130.
- [18] Klin A, Volkmar FR. Treatment and intervention guidelines for individuals with Asperger syndrome. In: Klin A, Volkmar FR, Sparrow SS (eds). Asperger syndrome [M]. New York: The Guilford Press, 2000. 340—365.
- [19] 李咏梅, 邹小兵, 李建英, 等. 高功能自闭症和 Asperger综合征儿童的执行功能[J]. 中国心理卫生杂志, 2005, (3):168—170.
- [20] 孙振晓, 于相芬. 自闭症、Asperger综合征与其它病的共存[J]. 国外医学·精神病学分册, 2002, (2):87—89.