

# Asperger 综合征患儿社会适应能力及言语特征研究

郝春艳,徐春秀,赵亚茹

(中国医科大学二院发育儿科,辽宁 沈阳 110004)

**【摘要】** 目的:探讨 Asperger 综合征(AS)患儿的社会适应能力和言语交流特征,为其有效干预提供依据。方法:采用韦氏儿童智力量表、社会适应力量表对 23 名 AS 患儿和 23 名正常对照儿童进行评定;采用自编调查表调查患儿的言语交流特征。结果:AS 患儿社会适应能力总分及社交、交流和自我管理能力的得分均明显低于对照组儿童;并表现有不同程度的异常交流行为。结论:AS 患儿的社会适应能力显著低于正常儿童,如能早期诊断和干预,可减少患儿入学后的适应障碍。

**【关键词】** Asperger 综合征;社会适应能力;交流

中图分类号:G449.5

文献标识码:A

文章编号:1005-3611(2004)02-0181-02

## Study on Communication and Adaptive Function of Children with Asperger Syndrome

Xi Chun-yan, Xu Chun-xiu, Zhao Ya-ru

Department of Child Development, the 2nd Hospital, China Medical University, Shenyang 110004, China

**【Abstract】 Objective:** To investigate communication and adaptive function of children with Asperger Syndrome (AS). **Methods:** The adaptive function of two groups, 123 with AS and 23 normal, were investigated with Adaptive Ability Scale for Children; Intelligence were measured with WISC; Communication behaviors of AS children were also investigated. **Results:** Significant differences were found between the two groups in total score of adaptive abilities and in domains of socialization, communication and self-administration; Abnormal communication behaviors were found in AS children. **Conclusion:** AS children demonstrated abnormal communication behaviors and deficits in social adaptive abilities. Early diagnosis and intervention can reduce children's adaptive trouble after entering school.

**【Key words】** Asperger syndrome; Adaptive function; Communication

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,且认知能力正常的患儿。1946 年由 Asperger 教授首次提出,以后被正式命名为 Asperger 综合征,并被 DSM- 和 ICD-10 收列在广泛性发育障碍(PDD)系列中<sup>[1,2]</sup>。长期以来,AS 患儿一直被视为少见或轻型病例而未引起广泛的关注,但是近年来的研究表明,AS 的发病率在 PDD 中占有相当的比例<sup>[3-5]</sup>,而且可能有相当一部分病例未被正确诊断,因此其实际患病人数可能高于人们的预计。作为 PDD 的亚型,AS 患儿与孤独症的主要区别是没有语言和智力发育障碍,因此 AS 患儿多数能够入学,但其社会适应能力和言语交流是否与其认知能力相一致,以及能否适应正常的在校生活,文献未见报道,我们对一组学龄 AS 患儿的社会适应能力和言语交流行为进行了调查,旨在为 AS 的正确诊断和有效干预提供依据。

## 1 对象和方法

### 1.1 对象

1.1.1 患者组 Asperger 综合征患儿 23 名,年龄 6.8

~11.6 岁,平均年龄  $8.7 \pm 2.2$  岁,均为男孩。所有患儿无围产期异常因素,生后无语言发育落后史(开始说单字的平均年龄为 14.1 个月),无神经系统疾病史(如神经系统感染、外伤和癫痫等)。根据 DSM- 中 Asperger 综合征的诊断标准:患儿具有显著的社交障碍和狭窄、刻板的兴趣行为,但无语言发育障碍(2 岁前能使用单字,3 岁前能使用交流性短语),智力发育正常(采用韦氏儿童智力测验量表进行智力测验,智商  $> 70$ )<sup>[6]</sup>,不满足孤独症的诊断标准<sup>[1]</sup>。

1.1.2 对照组 采用配对的方法,选择同性别、配对条件相当的 23 名正常儿童为对照组。配对条件为:年龄  $\pm 6$  个月,家庭类型(核心家庭或三代同堂),母亲文化程度(初中,大专或本科)及智商( $IQ \pm 10$ )。两组儿童在校的年级分布基本一致,无显著差异。

### 1.2 方法

1.2.1 一般状况调查 详细询问患儿的出生史,发育史及患病史,并做体格检查。

1.2.2 言语交流特征调查 采用自制的调查问卷对患儿的言语交流特征进行调查。

1.2.3 智力测验 采用韦氏儿童智力测验量表(WISC)对患儿及对照组儿童进行智力测验<sup>[6]</sup>。

1.2.4 社会适应能力评定 采用左启华等标化的《婴幼儿—初中生社会适应能力评定量表》对两组儿童的社会适应能力进行评价<sup>[7]</sup>。量表分为生活能力(SH)、运动(L)、操作能力(O)、交流(C)、社交(S)和自我管理(SD)六大方面。

## 2 结 果

### 2.1 AS 患儿与对照组儿童社会适应能力的比较

AS 患儿的社会适应能力总分以及在社交、自我管理、交流和生活自理方面的得分均明显低于对照组儿童,差异显著。见表 1。

表 1 AS 患儿与对照组儿童社会适应能力的评分比较( $\bar{x} \pm s$ )

	生活能力	运动	操作技能	交流	社交	自我管理	总分
AS 组	22.6 ±2.1	9.8 ±2.2	12.7 ±2.6	12.2 ±3.3	9.3 ±1.9	8.4 ±1.7	74.9 ±9.7
对照组	24.7 ±2.3	11.0 ±1.5	13.8 ±1.9	15.3 ±1.8	14.0 ±2.1	11.2 ±2.2	89.9 ±7.8
t	3.05**	1.85	1.74	3.41**	7.26**	4.64**	6.04**

\* \*  $P < 0.01$

### 2.2 社会适应能力程度比较

AS 组社会适应能力正常者仅有 4 名,边缘状态 7 名,轻度低下 10 名,中度低下 2 名;而对照组中社会适应能力正常者 18 名,边缘状态 5 名,无低下者,经  $\chi^2$  检验,差异非常显著。

### 2.3 AS 患儿语言交流特征分析

由表 2 可见,AS 患儿表现有不同程度的异常言语交流特征,其中以“很少主动引起对话或进行交流性对话、不能说明自己的感受或看法”较为常见,部分患儿有话题单调、刻板的表现;而“重复、回声样语言、代词颠倒、语调或节律异常”较为少见。

表 2 AS 患儿语言交流特征分析

异常语言交流特征	例数	%
很少主动引起对话	20	86.9
很少进行交流性对话	17	73.9
很少或不能说明自己的感受或看法	15	65.2
不能叙述周围发生的事情(学校或班级等)	13	56.5
常反复提问或沉迷于某一单调的话题	9	39.1
对其讲话似未听见	8	34.7
语句或词语的怪异应用	5	21.7
经常自言自语	5	21.7
语调或节律异常(高调、过快或缺少抑扬顿挫)	4	17.3
反复重复某句话或某个词	2	8.6
“回声样”语言	0	0
代词颠倒	0	0

### 2.4 智力结构分析

AS 患儿 FIQ 为  $90.6 \pm 8.2$ ,VIQ 为  $94.3 \pm 11.6$ ,

PIQ 为  $89.7 \pm 10.4$ ;对照组 FIQ  $93.1 \pm 10.5$ ,VIQ  $92.5 \pm 8.7$ ,PIQ  $94.8 \pm 10.2$ 。两组智商无显著差异,两组儿童的 VIQ 与 PIQ 之间均无明显差异。

## 3 讨 论

本研究的 23 名 AS 患儿智力均在正常水平,但患儿的社会适应能力总分明显低于对照组儿童,其中有 19 名(82.6%)患儿的社会适应能力低于正常水平,而对照组中仅 5 名(21.7%)为边缘水平,其余均在正常水平。表明 AS 患儿的社会适应能力显著低于同等智力水平的正常儿童。对两组儿童社会适应能力的分项评分进行了比较,结果表明:AS 患儿在社交、交流和自我管理方面的得分均明显低于对照组。社交障碍是 AS 患儿的主要临床表现,但由于较孤独症患儿轻,加之入学前社交范围狭小,因此在入学前并不显得突出,往往不被重视。而入学后,社交和群体活动均明显增加,使社交障碍显得尤为突出。AS 患儿虽然表现出一定程度的愿与人交往的兴趣,但其交往方式笨拙、怪异,例如以不恰当的方式接触他人;不能理会对方的想法、情绪或意图;或我行我素、不懂基本的游戏规则,因此往往招致他人的反感、嘲笑,甚至歧视,很难建立基本的伙伴或朋友关系。本组患儿在学校均无朋友关系。长期的社交失败可使患儿产生抑郁、自卑、焦虑甚至强烈的逆反心理,并进一步阻碍了患儿社交能力的发展,因此,社交障碍是影响其在校生活的主要因素。

本组 AS 患儿生后没有语言发育迟缓的表现,日常生活中言语流利,与孤独症患儿显著的语言障碍形成明显的对照。但对患儿的言语特征调查发现患儿都有不同程度的异常交流行为,如主动语言少,很少主动引起对话或参与交流性对话,不会与人“唠嗑”;或虽然滔滔不绝,但话题单调,内容局限;语言叙述和描述能力差;不能叙述周围环境发生的事情(如学校、班级等);不能说明自己的感受或想法等。因此患儿虽有正常的语言能力,但其异常的交流行为阻碍了患儿与周围环境的沟通及言语信息的获得,使患儿在交流方面的评分明显低于对照组。

有研究报道 AS 患儿的 VIQ 较 PIQ 高,VIQ 与 PIQ 有较大的分离。我们也对本组患儿的 VIQ 和 PIQ 进行了比较,结果表明患儿的 VIQ 虽然高于 PIQ,但统计学检验没有明显差异,对此我们分析可能与患儿例数较少有关,有待于增加患儿例数后再进一步分析。因此,AS 患儿入学后的主要问题是适应障碍,而非学业问题。

(下转第 184 页)

度负相关,退避与躯体化等因子呈负相关;自责、幻想与9个因子呈高度正相关,合理化与SCL-90的8

表1 失业人员应对方式的使用情况( $\bar{x} \pm s$ )

	解决问题	自责	求助	幻想	退避	合理化
高文化程度	0.87 $\pm$ 0.17	0.24 $\pm$ 0.23	0.60 $\pm$ 0.21	0.48 $\pm$ 0.26	0.70 $\pm$ 0.18	0.53 $\pm$ 0.23
中文化程度	0.79 $\pm$ 0.18	0.47 $\pm$ 0.24	0.57 $\pm$ 0.18	0.58 $\pm$ 0.23	0.66 $\pm$ 0.21	0.65 $\pm$ 0.18
低文化程度	0.63 $\pm$ 0.24	0.52 $\pm$ 0.30	0.52 $\pm$ 0.28	0.56 $\pm$ 0.22	0.59 $\pm$ 0.14	0.60 $\pm$ 0.20
男	0.74 $\pm$ 0.22	0.42 $\pm$ 0.29	0.56 $\pm$ 0.20	0.55 $\pm$ 0.27	0.63 $\pm$ 0.20	0.59 $\pm$ 0.20
女	0.76 $\pm$ 0.22	0.49 $\pm$ 0.26	0.55 $\pm$ 0.21	0.57 $\pm$ 0.18	0.66 $\pm$ 0.16	0.64 $\pm$ 0.18

表2 失业人员的心理健康状况( $\bar{x} \pm s$ )

	躯体化	强迫症状	人际关系敏感	抑郁	焦虑	敌对	恐怖	偏执	精神病性
高文化程度	0.49 $\pm$ 0.64	0.66 $\pm$ 0.67	0.72 $\pm$ 0.73	0.90 $\pm$ 0.65	0.66 $\pm$ 0.77	0.74 $\pm$ 0.86	0.48 $\pm$ 0.82	0.79 $\pm$ 0.62	0.37 $\pm$ 0.69
中文化程度	0.68 $\pm$ 0.58	0.91 $\pm$ 0.61	0.96 $\pm$ 0.53	0.99 $\pm$ 0.61	0.80 $\pm$ 0.56	0.98 $\pm$ 0.71	0.53 $\pm$ 0.59	1.01 $\pm$ 0.61	0.64 $\pm$ 0.57
低文化程度	0.93 $\pm$ 0.70	1.11 $\pm$ 0.73	0.98 $\pm$ 0.62	1.10 $\pm$ 0.67	0.89 $\pm$ 0.61	1.15 $\pm$ 0.91	0.66 $\pm$ 0.78	1.06 $\pm$ 0.68	0.69 $\pm$ 0.61
男	0.75 $\pm$ 0.63	0.94 $\pm$ 0.63	0.89 $\pm$ 0.61	1.02 $\pm$ 0.65	0.85 $\pm$ 0.66	1.06 $\pm$ 0.83	.59 $\pm$ 0.69	1.05 $\pm$ 0.66	0.66 $\pm$ 0.64
女	0.73 $\pm$ 0.67	0.94 $\pm$ 0.73	0.98 $\pm$ 0.58	1.02 $\pm$ 0.63	0.77 $\pm$ 0.57	0.94 $\pm$ 0.80	0.54 $\pm$ 0.71	0.93 $\pm$ 0.62	0.56 $\pm$ 0.56

表3 SCL-90各因子与应对方式的相关( $r$ )

	解决问题	自责	求助	幻想	退避	合理化
躯体化	-0.56**	0.37**	0.08	0.35**	-0.24*	0.27
强迫症状	-0.52**	0.50**	0.04	0.30**	-0.09	0.22*
人际关系敏感	-0.37**	0.57**	0.04	0.39**	0.07	0.35**
抑郁	-0.34**	0.56**	0.05	0.32**	0.07	0.35**
焦虑	-0.50**	0.42**	0.06	0.35**	-0.15	0.27*
敌对	-0.37**	0.45**	0.26**	0.35**	0.07	0.40**
恐怖	-0.55**	0.40**	-0.05	0.36**	-0.19*	0.20*
偏执	-0.42**	0.56**	0.11	0.41**	0.03	0.40**
精神病性	-0.55**	0.55**	0.10	0.40**	-0.20**	0.29**

注: \*  $P < 0.05$ , \*\*  $P < 0.01$ , \*\*\*  $P < 0.001$ ,下同。

### 3 讨 论

本调查表明,失业人员对待压力最多采用的是解决问题这一应付方法,排在第二、三位的是退避与合理化,而自责这一因子使用的最少。高文化程度的失业人员更多的使用解决问题,而低文化程度的失业人员更多的使用自责。女性失业人员比男性失业人员更多地使用幻想等消极的应付方式。这些结果对于有针对性地开展失业人员心理咨询指导具有重要的指导意义。

相关分析发现,解决问题与SCL-90各因子呈高度负相关,自责、幻想和合理化与SCL-90 9个因子呈高度正相关。解决问题是属于有效的应对策略,可以带来正向结果,从而减轻焦虑,提高心理健康水平。自责、幻想和合理化应付因子属于消极的应付方式,可以适当地回避焦虑情景,但由于这些消极的应付方式主要是否认回避问题、幻想借助于他人宣泄情绪,转移视角自我保护,所以消极的应付方式虽然可以暂时躲开压力的威胁,不过压力仍在,迟早还是得面对的,因此会降低心理健康水平。

### 参 考 文 献

- 1 李业平. 下岗职工心理健康状况调查, 健康心理学杂志, 2000, 8(1): 80
- 2 戴尊孝. 西安市下岗职工 SCL-90 评定结果分析. 国际中华心身医学杂志, 1999, 1(4): 233
- 3 邵贵平. 下岗职工心理健康状况调查. 中国心理卫生杂志, 1999, 13(1): 35
- 4 武浩然. 下岗职工心理卫生状况及其相关因素研究. 中国心理卫生杂志, 2001, 15(1): 16

(收稿日期: 2003-11-13)

(上接第182页)

### 参 考 文 献

- 1 American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV). Washington, DC 1994
- 2 World Health Organization. ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders, Clinical Description and Diagnostic Guideline, Geneva. World Health Organization, 1992
- 3 Kadesjö B, Gillberg B. Autism and Asperger syndrome in seven-year-old children: a total population study. J Autism Dev Disord, 1999, 29: 237-331
- 4 Chakrabarti S, Fombonne E. Pervasive developmental disorders in

preschool children. JAMA, 2001, 285: 3093-3099

- 5 Ehlers S, Gillberg C. The Epidemiology of Asperger syndrome. A total population study. J Child Psychol Psychia, 1993, 34: 1327-1350
- 6 龚耀先, 蔡太生. 中国修订韦氏儿童智力量表. 长沙: 湖南地图出版社, 1993
- 7 左启华, 等. 婴幼儿—初中生社会适应能力评定量表. 北京医科大学, 1989
- 8 Tantam D. Psychological disorder in adolescents and adults with Asperger Syndrome. Autism, 2000, 4: 47-62

(收稿日期: 2003-11-12)