



自闭症儿童的社会性注意： 面孔偏向注意与加工



陈
顺
森
著



厦门大学出版社 国家一级出版社
XIAMEN UNIVERSITY PRESS 全国百佳图书出版单位

内容简介

自闭症儿童的社会性注意： 面孔偏向注意与加工

陈顺森 著

陈顺森 著
陈顺森 著
陈顺森 著
陈顺森 著

陈顺森 著
陈顺森 著
陈顺森 著
陈顺森 著
陈顺森 著
陈顺森 著
陈顺森 著
陈顺森 著

陈顺森 著
陈顺森 著
陈顺森 著
陈顺森 著
陈顺森 著
陈顺森 著
陈顺森 著
陈顺森 著



厦门大学出版社 国家一级出版社
XIAMEN UNIVERSITY PRESS 全国百佳图书出版单位

陈顺森 著

图书在版编目(CIP)数据

自闭症儿童的社会性注意:面孔偏向注意与加工/陈顺森著. —厦门:厦门大学出版社, 2017. 8

ISBN 978-7-5615-6595-7

I. ①自… II. ①陈… III. ①缄默症-儿童教育-特殊教育 IV. ①G766

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2017)第 191651 号

出版人 蒋东明

责任编辑 眭蔚

封面设计 蒋卓群

技术编辑 许克华

出版发行 厦门大学出版社

社址 厦门市软件园二期望海路 39 号

邮政编码 361008

总编办 0592-2182177 0592-2181406(传真)

营销中心 0592-2184458 0592-2181365

网 址 <http://www.xmupress.com>

邮 箱 xmupress@126.com

印 刷 虎彩印艺股份有限公司

开本 787mm×1092mm 1/16

印张 13.25

字数 224 千字

版次 2017 年 8 月第 1 版

印次 2017 年 8 月第 1 次印刷

定价 40.00 元

本书如有印装质量问题请直接寄承印厂调换



厦门大学出版社
微信二维码



厦门大学出版社
微博二维码

序

自闭症(autism 或 autistic disorder)是一种具有生物基础的发育障碍类疾病,包括一系列复杂的神经发育障碍。在中国大陆,很长一段时间内将自闭症称为孤独症。

最新出版的《精神疾病诊断及统计手册》(第五版)(*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V*, DSM-V),将自闭症、阿斯伯格综合征(Asperger syndrome)、儿童期分裂障碍(childhood disintegrative disorder)和广泛性发育障碍未注明型(pervasive developmental disorder not otherwise specified, PDD-NOS)等总称为自闭症谱系障碍(autism spectrum disorder, ASD),并将其核心症状归结为社交障碍、沟通困难和有限的、重复和刻板的行为。

已有研究表明,ASD 的特征和严重程度会存在差异,且会出现在各种人群之中,并对任何年龄段人群都可能造成影响,而且 ASD 的患病人数在逐年增加。据美国疾病控制与预防中心统计,截至 2010 年,美国 8 岁的儿童中,每 68 人中就有一人患有 ASD,并且男性患病比例约为 1/42,是女性的 4~5 倍。2013 年的报告显示,6~17 岁的儿童中,每 50 个儿童中就有 1 个患有 ASD,增长趋势十分明显。综合世界各国的流行病学调查,ASD 在总人口的患病比例可达 2% 甚至更高。

由于自闭症是一种发育障碍类疾病,病程可持续一生,难以逆转,且患病率逐年升高,给家庭和社会造成巨大的经济和社会负担。例如,美国的每个 ASD 儿童一生的护理费用超过 320 万美元,全国每年的花费超过 350 亿美元。

据世界卫生组织统计,中国现有自闭症儿童数量为 60 万~180 万人。有学者则认为这个数据可能被低估,实际数量可能达到 260 万~800 万人。

《自闭症儿童的社会性注意:面孔偏向注意与加工》这部专著,以自闭症儿童核心症状社会信息与社会交流障碍为研究的突破口,使用现代化的研究手段——眼动记录仪,采用严格的心理学实验设计,开展了一系列研究,直接探讨了自闭症儿童对面孔加工的过程及注意偏向。全书共九章,分别论述了自闭症谱系障碍概念、分类、诊断、成因,ASD 面孔识别与加工及障碍表现,自闭症幼儿

对场景中面孔的觉察与加工,ASD 儿童对熟悉面孔、自我面孔、情绪面孔的注意偏向与加工,ASD 儿童面孔识别障碍的领域特异性与加工特定性,以及自闭症谱系障碍儿童面孔识别与加工的障碍节点。作者通过大量的实证研究,揭示了自闭症儿童面孔加工的特点,在此基础上构建了自闭症儿童面孔识别与加工阶段模型,丰富了人们对自闭症儿童的社会性注意的认识。

陈顺森是我指导的博士,他从上博士研究生起就关心、关注自闭症儿童,一心想帮助自闭症儿童及其父母摆脱困苦。当时,我建议他要从基础研究开始,将对自闭症儿童的心理干预手段建立在科学研究的基础上。他不仅听从了我的建议,而且还努力践行自己的诺言。

一个社会的文明与发达程度,很大程度体现在对特殊人群的关注上。作为一名心理学的工作者,能够用自己的所学服务于特殊人群,特别是促进自闭症儿童的健康成长,这既是爱心的体现,又是责任的担当。顺森完成了本书的书稿,请我作序,我欣然同意。读完书稿后,我觉得他这几年在学术上取得了很大的进步。希望顺森坚持努力,并取得更好的成果!

是为序。

中国心理学会理事长
教育部人文社会科学重点研究基地天津师范大学心理与行为研究院院长

白学军

2017 年 8 月 2 日

目 录

引 言	1
第一章 自闭症谱系障碍概述	3
第一节 自闭症谱系障碍的概念与诊断标准	3
第二节 自闭症谱系障碍的流行病学状况	9
第三节 自闭症谱系障碍的症状与早期信号	11
第四节 自闭症谱系障碍的诊断工具	14
第五节 自闭症谱系障碍病因假设	16
第二章 面孔识别与加工及其障碍表现	21
第一节 面孔加工概述	21
第二节 ASD 面孔加工概述	28
第三节 ASD 面孔加工的方法论问题	37
第三章 ASD 儿童对场景中面孔的觉察与加工	43
第一节 语义一致背景下面孔的觉察与加工	44
第二节 语义不一致背景下面孔的搜索与加工	50
第三节 乱序背景下面孔的搜索与加工	56
第四节 语义不一致乱序背景下面孔的觉察与加工	62
第五节 背景性质对 ASD 儿童面孔加工的影响	68
第四章 ASD 儿童对面孔的识别与加工	71
第一节 ASD 儿童对面孔的识别	72
第二节 ASD 儿童对陌生面孔的加工	77
第三节 ASD 儿童对面孔的感知与加工的讨论	83
第五章 ASD 儿童对熟悉面孔的注意偏向与加工	85
第一节 ASD 儿童对熟悉面孔的注意偏向	86
第二节 ASD 儿童对熟悉面孔的加工	92
第三节 ASD 儿童对面孔熟悉性的形成与加工	99
第六章 ASD 儿童对自我面孔的识别与加工	102
第一节 ASD 儿童视觉自我识别	103
第二节 ASD 儿童对自我面孔的注意偏向	106
第三节 ASD 儿童对自我-他人面孔的加工	111

第四节	ASD 儿童自我的发展与面孔加工	118
第七章	ASD 儿童对面孔情绪的识别与加工	121
第一节	ASD 儿童对情绪面孔的识别	122
第二节	ASD 儿童对面孔群集中情绪面孔的注意偏向	126
第三节	ASD 儿童对情绪面孔的加工	131
第四节	ASD 儿童对情绪面孔的偏向注意与加工	140
第八章	ASD 儿童面孔识别障碍的领域特异性与加工特定性	144
第一节	ASD 儿童面孔识别的感知特点	145
第二节	ASD 儿童面孔识别的记忆特点	151
第三节	记忆训练提高 ASD 儿童面孔识别能力的效果	156
第四节	ASD 儿童面孔识别的领域差异与加工过程	162
第九章	自闭症谱系障碍儿童面孔识别与加工的障碍节点	166
第一节	自闭症幼儿面孔加工的特点	166
第二节	ASD 儿童面孔识别与加工障碍的节点分析	169
参考文献		178
后 记		199

引 言

在日常生活中,我们可能会遇到这样的孩子,他们从外表上看不出与其他孩子有什么特别不同的地方,但他们不理睬他人,待人如同待物;与他人很少有眼神交流,回避目光接触,或者是一瞥而过;他们也可能与我们面对面,但目光常在鼻子以下;当我们叫唤他们的名字,同时用手指向其他物体时,他们并不能跟随我们的手势看过去;他们可能目光空洞地呆呆看着;他们不喜欢参与同龄人的活动,似乎只生活在自己的世界里;他们语言发育迟缓或不会运用语言进行沟通,有的似乎也能说话,但是自说自话;对他人的叫唤,似乎充耳不闻;他们不能接受家里物件摆放方式的变化,很喜欢沿着地上的直线行走,行为刻板;他们的兴趣与众不同,兴趣范围狭窄局限,似乎特别喜欢可转动的物体,如锅盖、风扇、玩具车的轮子、小珠子、几何图形、数字等;他们似乎很敏感,常踮着脚尖走路;拿不到东西时,不是用语言或手势指向,而是拉着大人的手去拿。如果您身边有这样的孩子,他们可能是自闭症谱系障碍(autism spectrum disorders, ASD)儿童。上述他们的表现中,既有对面孔等社会信息与众不同的偏向注意方式,也有联合注意、任务转换困难等表现,总而言之,他们的社会性注意方面存在着与众不同的表现。

自闭症谱系障碍在国内又称为孤独症谱系障碍,是一种严重影响儿童正常生活和学习的神经发育障碍,核心症状表现为:(1)社会沟通与社会交流障碍;(2)限制性、重复的行为、兴趣或活动(陈文雄,2013;柯晓燕,2014)。为了方便,本书统一称作“自闭症”,或简称ASD。

自从1943年美国Kanner教授正式报道以来,如今ASD似乎已经成为严重影响个体发展的流行病种了(陈顺森,白学军,张日昇,2011)。目前,我国大陆尚无权威的全国调查数据发布,但中国有近14亿人口基数,ASD的患病人数不在少数。就目前认识而言,ASD是早期发育障碍,具有终身伴随性,需要长期干预和训练,这使得ASD者本人及其家庭都承担着很重的经济及精神压力。而早发现、早干预对ASD者及其家庭的生活都具有积极的作用,探索ASD早期评估、鉴别诊断的有效客观指标意义非凡。因此,紧扣ASD核心症状开展基础性研究,获取ASD幼儿核心障碍的客观指标,为ASD早期筛查、诊断工具的研发,有效的干预与康复方案的制定提供实证支持,已是迫在眉睫的重大课题。

社会性注意(social attention)是更高级的社会认知过程(如情绪的识别、他人内心状态的识别等)的初级阶段。ASD者核心症状之一——社会交流障碍可能源于其社会性注意的缺陷。ASD者的社会性注意与正常发展人群相比存在明显差异,他们对面孔缺少足够的兴趣,对以面孔为主的社会信息偏向注意不足,存在联合注意缺陷,对成人的逗笑很少有反应,

经常回避社交场景(Klin, Lin, Gorrindo, Ramsay& Jones, 2009;Chawarska, Macari& Shic, 2013)。如今,“社会性注意”已经被视为 ASD 临床疗效的早期指标(Dawson, Bernier& Ring, 2012),也可能是早期发现评估及诊断鉴别的指标(Frazier et al., 2016)。为此,对 ASD 者社会性注意的客观指标进行深入探索,可为 ASD 早期筛查和干预训练提供实证支持。

第一章

自闭症谱系障碍概述

如今,当人们谈论起自闭症儿童,大致都能说出这一群体的几个特点,如他们不跟别人交往,眼睛不看别人,喜欢独自玩耍,行为古怪孤僻,兴趣与众不同等。事实上,从1943年Kanner首次报告早发性婴儿自闭症至今,有关自闭症的概念和诊断标准已经历了从自闭症到广泛性发展障碍,再到自闭症谱系障碍的数次变迁。人们时常提及身边的自闭症儿童,自闭症从罕见病也似乎变成了常见病。

第一节 自闭症谱系障碍的概念与诊断标准

1943年Kanner首次报告11例早发性婴儿自闭症,标志着自闭症正式进入实证主义的研究视野,自闭症开始作为一个独立的研究客体而存在,而在此之前,自闭症谱系障碍已然存在于世。用现在的诊断标准在名人传记、传说、小说等文献中进行回溯,牛顿、爱因斯坦等不少世界名人都可能被纳入ASD范围。自闭症不是现在才有的,而是到现在才得到认识的。即使只有近80年短暂的自闭症科学史,人们对自闭症的认识也历经不断变迁,有关自闭症的概念和诊断标准等认识发生了重大变化。起初的概念仅仅是通过行为观察来描述的,并且由于不明确的生理异常机制,自闭症不能作为一个独立的诊断个体。随着研究方法的多样化及实证主义的影响,自闭症研究更加系统。

一、自闭症概念与诊断标准发展的阶段

(一)从Kanner开始的“早发性婴儿自闭症”

值得注意的是,“自闭症”一词并不是由Kanner最先提出的。自闭症的概念一开始是由瑞士精神病学家Eugen Bleuler在1908年提出的,这也是自闭症最初不能作为独立诊断个体存在的原因。他提出这一概念的目的是描述精神分裂症个体明显回避外在世界的表现,认为自闭症是精神分裂症的一个核心症状。但我们现在所熟悉的“自闭症”和Bleuler的“自闭症”概念没有任何的关系。自闭症真正现代意义上的研究历史是从Kanner开始的,但Bleuler的自闭症概念描绘了一种现实解体和情感分裂的状态,为Kanner介绍新的概念

提供了框架。Kanner 为了区别两个概念的不同,决定将其自闭症的概念命名为“早发性婴儿自闭症”(early infantile autism),一方面强调此类疾病发病的年龄特点,另一方面也是对 Bleuler 概念的延伸和扩展。Kanner 认为,与他人极度的疏远正是早期自闭症的首要特点,与精神分裂症的回避性行为具有相似之处,两者之间的关系需要仔细斟酌,而且早发性婴儿自闭症可以视为早期儿童精神分裂症的表现。由此可以看出这两个概念之间的联系。

Kanner 强调了早期婴儿自闭症的两个主要特点:极度自闭的孤独(extreme autistic aloneness)、拘泥于惯例(insistence on sameness)。与精神分裂症不同的是,自闭症的孤独自闭是从出生就表现出来的,而精神分裂症是在发病后才表现出社会退缩的迹象。与其说是回避外在世界,倒不如说是对外在世界保持一种高度的警惕性,这种警惕的结果就是对于惯例的坚持和抗拒改变,这一点也是精神分裂症不具备的。所以,Kanner 虽然认同两者的关联性,但认为精神分裂症中自闭特点的诊断标准不适用于自闭症。

通过行为观察,Kanner 认为,自闭症儿童生来没有能力形成正常的生物性情感联结。之后,随着精神分析在美国精神病治疗中的盛行,他着重强调了心理性因素,例如,强迫特质、情感冷漠及缺乏对父母应有的情感(Eisenberg & Kanner, 2010)。他认为,早期自闭症完全是一种精神生物学障碍,受到心理和生理的双重影响。许多精神病学家和心理学家认为自闭症主要是一种精神障碍,但也有其他学者认为自闭症主要是一种脑功能紊乱障碍。

Kanner 对自闭症概念的描述使其成为一个独立的研究领域,为后来研究的深入开展开辟了道路,他强调的两个主要核心特点对后来自闭症诊断标准的制定提供了有价值的参考。但是,由于研究方法的局限性,其病因学机制尚不清楚,而且与精神分裂症进行差异比较,一定程度上把自闭症描述为一种精神病的状态,会误导其干预和治疗的方向。这个阶段的自闭症概念虽然脱离了精神分裂症的范畴,但没有形成一个系统的体系,不能用来诊断和鉴别相似的精神疾病,并且这个概念的适用范围仅仅局限在 3 岁之前的儿童。总的来说,自闭症的研究步入了一个新的领域,但仍旧需要更多的完善和革新。

(二) 自闭症归入儿童精神分裂症范畴

从 20 世纪 60 年代开始,有组织的研究团队首次以流行病学和实验代替早期案例观察法来研究自闭症儿童,自闭症的概念开始有了显著的改变。受到新的研究和科学方法的影响,有关自闭症的认识出现了一个重要变化,即自闭症基本缺陷从严重情感回避(severe affective withdrawal)转变到语言及其他认知和感知异常(language and other cognitive and perceptual abnormalities)。在 20 世纪六七十年代的许多自闭症研究中,研究者不仅观察而且积极地试图与自闭症儿童互动。他们认为自闭症儿童基本缺陷是没有开发出正常使用和理解语言的能力,合并了统合其他感觉刺激的统合性障碍。在这一自闭症研究与应用阶段,言语和认知的缺陷成为诊断和识别自闭症的主要依据。

这一阶段,语言方面作为主要识别自闭症依据也得到了很多研究的支持。例如,首个自闭症的纵向研究显示,Kanner 所提出的主要情感交流障碍及明显的回避行为会随着儿童年龄的增长趋向于减少,而其他症状如语言缺陷和智力缺陷则表现出保持稳定不变的倾向。对自闭症儿童进行智力、接受和表达能力、统合能力等系统的心理测试实验,发现语言和言语问题并不是因为明显的情感回避或者动机失败造成的,而是因为对词汇意思理解能力差造成的。除了语言之外,对一些非语言(如符号、手势、表情等)的加工和处理也同样存在因

难。由此可以看出,自闭症儿童并不是没有社交的动机和要求,可能是因为对语言和非语言信息的加工存在缺陷才会导致其回避社交。

1980年,自闭症在《精神障碍诊断与统计手册》(第三版)(DSM-Ⅲ)中首次以正式的诊断标准出现。此前DSM两个版本将患者对经历和环境的神经过敏反应作为诊断依据的前提。但由于自闭症通常合并有智力障碍、发育迟缓及其他的精神遗传疾病,因而某种程度上会出现误诊,故而最初版本一度将自闭症儿童归为儿童精神分裂症的范畴。从DSM-Ⅲ开始,普遍缺乏对他人的反应(pervasive lack of responsiveness to other people)、整体的语言发展障碍(gross deficits in language development)、对环境各方面的异常反应(bizarre responses to various aspects of the environment)成为诊断自闭症的三个标准。这一诊断标准合并了Kanner对社交和行为的描述,也强调了语言能力的作用,有利于降低误诊率,提高诊断的敏感性。DSM-Ⅲ首次将自闭症归入广泛性发育障碍(pervasive development disorder,PDD),但关注的依然是婴儿自闭症(infantile autism),对其发展变化和晚发性自闭症还只是粗略地涉及(Rutter & Schopler,1992)。这一开创性的归类方式正式把自闭症和儿童精神分裂症区分开来,并自成体系,对自闭症的鉴别诊断助益良多,然而,只关注症状层面的发掘和分析,忽略了障碍的发展性,也造成了其使用范围的有限性。

这一阶段的转变,奠定了自闭症诊断标准的基础,语言障碍对区分自闭症和儿童精神分裂症来说具有跨时代的意义。语言被认为是自闭症主要的功能障碍,社交和行为异常也可看作是语言功能障碍的派生物,所以语言功能障碍在这一时期被看作自闭症的核心症状,这对诊断和鉴别自闭症是很有价值的。

(三) 自闭症归入广泛性发展障碍范畴

随着自闭症流行病学研究的开展,以及阿斯伯格综合征(Asperger syndrome,AS)案例开始进入大众的视野,自闭症概念再次发生转变。流行病学研究发现,只要结合社交、语言及行为异常就可以区分社交正常与障碍的儿童,社交障碍成为自闭症研究的核心部分(Wing,1981)。这里的社交障碍概念虽与Kanner的概念相似,但其内涵主要是社交行为与意图的理解和使用障碍。20世纪80年代,人们将语言功能障碍作为自闭症的最主要核心缺陷,然而,人们发现Asperger于1944年介绍的一类与自闭症表现出相似的社交和行为异常但语言功能并没有明显受损的综合征案例。Asperger认为他所发现的自闭症者与Kanner发现的自闭症有着本质的不同,但Wing(1981)认为二者基本上是相似的,他们都有相同的基础性障碍,即双向情感交流障碍,都是缺少理解和使用社会行为规则造成的,他们的差异只是障碍严重程度不同。

基于流行病学研究结果,1987年DSM-Ⅲ修订版(DSM-Ⅲ-R)对DSM-Ⅲ中的社交和语言方面进行了修改,将社交方面“普遍缺乏对他人的反应”改为“社会互动的质性障碍”(qualitative impairment in reciprocal social interaction),将语言方面的“整体的语言发展障碍”改为“言语和非言语交流的质性障碍”(qualitative impairments in verbal and nonverbal communication)。由于DSM-Ⅲ对自闭症发展变化和晚发性涉及较少,研究表明自闭症发病的最早年龄延伸至3岁,已经超出了“早发性婴儿自闭症”所能涵盖的范围,所以在DSM-Ⅲ-R中就修改为“自闭症”。

DSM-Ⅲ-R相比DSM-Ⅲ最突出的变化就是开始关注自闭症障碍的发展性问题,提出了

“非典型广泛发展障碍”(atypical pervasive developmental disorders)的概念,阿斯伯格障碍作为一个自闭症障碍程度较轻的亚型正式出现在 DSM 有关自闭症的诊断标准中。概念的丰富及诊断标准的革新使得 DSM-III-R 较之前的版本使用范围更广,标准更灵活。1994 年,DSM-IV 将自闭症作为广泛发展障碍(PDD)的一个亚类型。在之前研究基础上,提高了诊断标准的敏感性和特异性,对 DSM-III-R 中容易漏诊认知功能较低自闭症的现象进行了改进,并且改善了缺乏临床经验的评估者使用这些诊断标准的评估可靠性。在分类亚型方面增加了阿斯伯格障碍、童年瓦解性精神障碍、Rett 综合征及未注明的广泛发育障碍(PDD-NOS)(Matson, Belva, Horovitz, Kozlowski & Bamburg, 2012)。亚类型的增多对诊断轻重程度不同的自闭症是很有帮助的,精确诊断的同时,又能够对程度的轻重进行区分,对于有针对性的干预和治疗具有指导意义。

从 Kanner 首次报告自闭症到 DSM-IV,是一个概念从提出到完善的全部过程。但是,随着诊断标准范畴的不断扩展,很多亚型的区别不再明显,如阿斯伯格障碍儿童同时也满足自闭症的诊断标准,各亚型之间在语言方面没有程度的差异,却在社交和行为方面差异很明显,因此,DSM-IV 保证了诊断的全面性却忽略了简洁和有效性,这究竟是有利于诊断还是容易造成鉴别困难,仍值得思考。此外,发病年龄的调整是一个关键点,精神类疾病起病大多很隐匿,而且如果只限定在 3 岁之前,很多后来发病的个体不能得到有效的识别,而且大部分首次发病的见证人都是父母,他们大多缺少相关的知识,所以年龄的范围是否可以再次调整需要进一步的研究。

(四) 自闭症谱系障碍与 DSM-V

2013 年 DSM-V 的出版是美国精神病学协会(American Psychiatric Association, APA)自成立以来有关自闭症谱系障碍诊断标准第一次意义深远的革新,受到了广泛的关注。它不仅对自闭症诊断标准的结构进行了调整,而且对三大核心症状进行了重新修订。

1. DSM-V 中 ASD 诊断标准的主要变化

对照 DSM-V 与 DSM-IV,关于自闭症的概念和诊断标准有多方面的变化。首先,最明显的变化是概念名称的改变。DSM-V 确立了自闭症谱系障碍的定义。自闭症谱系障碍代替了原来的广泛性发育障碍(PDD),各亚类型均不再单独呈现而统称 ASD。由于具有明确的基因变异解释,Rett 综合征从该类障碍中移除。

其次,DSM-V 把 DSM-IV 有关自闭症的社会交往障碍、语言交流障碍、重复刻板行为三大核心症状合并为社会交往障碍、限制性重复刻板行为。因 ASD 包含了 DSM-IV 中 PDD 各种亚类型,故语言障碍不再是确定诊断的必需依据,而作为疾病程度不同的表现。同时,刻板行为的类别中增加了感觉过敏和感觉迟钝等感知觉异常(疼痛、触感、声音、温度等),以及特别痴迷某些感觉刺激。这与行为观察中自闭症儿童抗拒拥抱和接触的反应是一致的。DSM-V 第一次把感知觉的特点作为辅助的诊断依据,反映出了诊断标准的完善。DSM-IV 诊断要求需满足社会交往、语言交流的 12 项中的 6 项;而 DSM-V 更改为达到社会交流障碍中的所有 3 项,兴趣狭窄或重复行为中的至少 2 项(共 4 项)才能诊断为 ASD。

再次,DSM-V 取消了自闭症亚型,以障碍的严重程度分级来作为衡量标准,这样的变化符合自闭症谱系发展的概念,反映出此前自闭症亚型之间的连续性。

最后,发病时间的范围从 3 岁前拓展到整个童年期。考虑到很多儿童和父母之间互动

良好,并且父母缺乏相关的知识,所以会对识别自闭症产生干扰,因此通过延伸发病年龄的范围提高诊断的敏感性(邹小兵,邓红珠,2013)。

2.DSM-V 中 ASD 诊断标准的优势

(1)标准更加简洁实用

之前版本中除了自闭症各亚型容易混淆之外,对智力障碍和整体发育迟缓的鉴别性不强。由于自闭症常并发智力障碍,满足语言功能障碍的同时,也可能会满足智力障碍判断,而且智力障碍的临床表现在刻板行为上会有所侧重,所以删除语言标准一定程度上简化了诊断标准,并且有利于对两种障碍进行有效区分。同时,社会交往和重复的刻板行为是两个不同的领域,这样就能避免在诊断的时候发生重叠的现象,每一个领域内满足的条件综合起来才能进行诊断,满足条件的多少与严重程度有关,这就解决了症状重叠带来的障碍程度提高的问题。

虽然有临床工作者认为取消自闭症亚类型不利于更为清晰地鉴别诊断,但实际上,之前版本对自闭症亚类型的描述并不是很充分,而且临床诊断过程中发现它们的差异仅仅只表现在严重程度上。很多实证研究的结果表明,之前五种自闭症亚型的分类在症状界限上并不是很清楚,而且重复诊断得出来的结果也不一致,可见取消亚类型有利于诊断。在使用 DSM-V 进行 ASD 诊断的时候,新的标准明显降低了重复诊断的出错率,并且依据程度划分等级的操作标准容易被临床经验并不丰富的医生掌握,也确保了初次诊断的正确率。

(2)诊断敏感性和特异性的提高

DSM-V 最受大众关注的就是其诊断的敏感性和特异性是否有明显的改善。一项元分析显示,应用 DSM-V 进行诊断,自闭症的诊断率下降了 31%,特别是 PDD-NOS 的诊断率下降最明显(Kulage, Smaldone & Cohn, 2014)。但是其他研究显示并没有这种差异,反而对认知功能高的个体诊断率明显上升(Huerta, Bishop, Duncan, Hus & Lord, 2012)。这种矛盾的结果可能是自闭症辅助诊断工具的原因造成的。一项研究中,应用“自闭症诊断访谈量表”(autism diagnostic interview, ADI)和“自闭症诊断观察量表”(autism diagnostic observation schedule, ADOS)对 DSM-V 的敏感性和特异性进行考察,发现其敏感性达到了 84%,特异性有 54%。相比之前版本,新版本的敏感性和特异性都获得了提升,特别是对程度较轻的自闭症。两个量表是依据 DSM-IV 修订的,却从侧面证实了 DSM-V 的有效性(Christiansz, Gray, Taffe & Tonge, 2016)。

二、自闭症概念与诊断标准的发展特点

(一)概念不断深化和完善

自闭症概念提出以来,其核心特质并没有发生太多的变化,仅仅是定义的措辞不同。早期的行为观察研究为后来核心概念的提出提供了基础,后期的研究不仅关注外在行为,而且也开始对内部机制进行探索。DSM-V 省去了亚型的划分,代之以严重程度来区别,这与很多其他精神疾病的诊断标准类似,更强调了程度的差异,这样的分级比较切合自闭症的状况,真实反映出了自闭症某些方面的共有特点,可以更好地帮助自闭症获得有效的干预和治疗。但是,自闭症亚型名称的消失(如阿斯伯格综合征)在一定程度上会对一些高功能群体

产生影响,他们可能会失去原有标签的庇护,而且患者对自身疾病认同的变化不利于其心理健康的发展,曾因此获得的心理舒缓也会随着名称的消失不复存在,这也是是否应该取消阿斯伯格综合征最激烈的争论之一(Ghaziuddin,2010)。自闭症内容的调整确实有利于诊断和鉴别,但是,合并之后更可能降低大众对自闭症的接受程度。

(二)诊断效果得以提高

DSM-V 中自闭症诊断标准的敏感性和特异性有了显著提高,但并非大幅度提高。有研究显示,应用 DSM-IV 诊断的 4453 个儿童中,有 4052 个儿童也可以用 DSM-V 诊断出来。虽然相比之下诊断率下降了 9%,但研究发现,DSM-V 可以很好地鉴别出之前漏诊的儿童,有些不符合 DSM-IV 的儿童却可以用 DSM-V 来诊断(Huerta et al.,2012)。诊断标准的合并是因为社交和语言本身就具有相互重叠的部分,谈论社交离不开语言的作用,而且语言能力的发展贯穿于社交活动、与父母的互动,所以针对 ASD 个体的语言障碍应该是社会性交往障碍导致的,不能和智力障碍与发育迟缓相提并论。DSM-V 虽已完善许多,但在症状描述方面还是比较笼统的,而且社交和行为方面的评估尺度并不好把握,仍然容易受到主观经验的影响。

(三)感知觉症状的诊断价值得以突显

虽然其他精神疾病(如精神分裂症、抑郁症等)都可能存在感知觉异常现象,但 ASD 儿童的感知觉异常表现得更单一,仅仅表现在刺激的强弱和特殊性,没有太多社会性的含义,这是很有鉴别价值的。DSM-IV 对行为表现的关注仅仅是其外在特征,如对旋转物体的痴迷等,很少会顾及行为背后的核心问题,这也正是 DSM-V 最大创新点。但该项目的确立是建立在假设基础上,即认为 ASD 儿童存在相同的感知觉模式,存在追求特殊感知觉刺激的倾向,然而,这点尚未得到有效论证。近年来,脑电记录和眼动追踪技术等研究已广泛运用于 ASD 认知科学研究,并取得了显著的成果。无论如何,DSM-V 把感知觉障碍纳入诊断系统中能够明显提高自闭症的诊断率,结合更精密的科学技术手段可以提高诊断的精确性,避免诊断的主观性,同时对于严重程度的划分也很有帮助。

(四)早期诊断和干预成为可能

诊断标准的更新,其最终目的就是为早期诊断和干预提供帮助。ASD 诊断标准的不断变化使得早期诊断成为可能,也有助于探讨病因学研究的开展。DSM 的发布也将对辅助诊断工具产生深远的影响。现有的辅助诊断工具中可能要减少甚至剔除语言评定部分,增加感知觉和社会交往方面的比重。另外,诊断标准中严重程度的分类需要根据不同国家、地区的差异进行适当调整,兼顾文化和语言差异,做到灵活运用标准才能对早期诊断提供可靠的帮助。

自闭症儿童的早期诊断和干预,对其社会性能力的发展和行为矫正具有重要的意义。DSM-V 对起病年龄界限做了调整,更加关注早期的核心症状,不再局限于年龄的限制,一定程度上有利于早期干预的进行。特别是以严重程度划分 ASD 具有重要的指导意义,依据严重程度来对 ASD 个体实施不同的干预,既能保证干预的有效性和针对性,又能反馈干预效果,也对诊断的准确性提供佐证。

自闭症概念和诊断标准的整个发展历史伴随着研究方法的改进和科学技术的进步,最初的概念和现在的标准相比,本质上并没有明显的差异。自闭症研究在这个过程中不断地进行验证和简化,并且由外部表象的观察研究向内部机制的实证研究转化,让自闭症成为独立的研究学科。由于我国对 ASD 认识较晚,诊断与治疗经验相对缺乏,相关研究仍有待深入、加强,民众对自闭症的认识较滞后,因此,发现更多的是发展程度较差的低功能自闭症。发展程度较好的高功能自闭症常混在普通儿童群体中,未能得到更切合的教育。因此,在疾病知识普及化方面,可以增加大众对 ASD 的了解,熟悉其发病的症状表现和时间,对 ASD 保持中立开放的态度,意识到早期干预的重要性,通过临床、教育、康复等多方面的配合,使 ASD 者能够得到尽早诊断和干预,为患者的终生发展提供可靠的服务。

此外,ASD 诊断标准的本土化进程也是一个重要的问题。目前我国使用的《中国精神障碍分类与诊断标准》(第三版)(CCMD-3)在自闭症诊断方面的描述依旧不够完善,但是依据 DSM-V 进行诊断是否会因为文化的差异而造成漏诊和误诊的问题值得探讨。可以根据 DSM-V 版及其他辅助诊断工具,结合本土症状学和流行病学特点,再结合文化和表达方式,对原有诊断工具的措辞和用语进行调整,推进自闭症诊断标准本土化,使其更符合中国文化的

第二节 自闭症谱系障碍的流行病学状况

正如前文所述,从美国 Kanner 教授正式报道 11 例早发性婴儿自闭症到 DSM-V 中独立为一种病程的自闭症谱系障碍的近 80 年里,对自闭症的概念及其诊断标准、分类的修订从未停止,也在不断完善。由于概念内涵与外延界定的不同,有关这一群体的流行病学调查的数据也千差万别。

一、稳定增长的发病率

总体上,从流行病学调查资料来看,自闭症的发病率稳定增长。1976 年美国的自闭症发病率为 0.4‰(Wing, Yeates, Brierley & Gould, 1976);1988 年上升为 1‰(Bryson, Clark & Smith, 1988);2007 年自闭症发病率上升为 1‰~2‰,ASD 的发病率为 6‰左右(Newschaffer et al., 2007),其中绝大多数是 PDD-NOS,AS 发病率大约 0.3‰,而童年瓦解性障碍和雷特综合征等异常形式发病率很低。2014 年美国疾控中心发布,2010 年 8 岁儿童中 ASD 的发病率为 1.47%。2015 年美国国家卫生服务调查发现,在 3~17 岁的人群中,ASD 的发病率从 2011—2013 年的 1.25% 上升到 2.24%(Zablotsky, Black, Maenner, Schieve & Blumberg, 2015)。

其他国家的 ASD 患病率报道也呈现增长的趋势。2006 年,英国南泰晤士的流行病学资料显示,ASD 的发病率达到 11.61‰,其中自闭症儿童所占比例为 3.89‰(Baird et al., 2006);2009 年,英国剑桥郡的调查所估计 ASD 发病率为 15.7‰(Baron-Cohen et al., 2009)。在用英文发表的有关亚洲 ASD 流行病学方面的电子数据库和文章中发现,亚洲的自闭症发病率也呈上升状态。1980 年以前为 0.19‰,1980—2010 年高达 1.48‰(Sun &

Allison, 2010)。2005年日本横滨的一项调查表明,1989年0~7岁儿童中累计ASD发病率为4.8‰,1990年为8.6‰,当麻疹、风疹、腮腺炎(MMR)疫苗接种率降到接近0时,1993年和1994年ASD的发病率分别上升到9.7‰和16.1‰,也因此说明麻疹、风疹、腮腺炎(MMR)疫苗并不会导致ASD(Honda, Shimizu & Rutter, 2005)。

1982年,陶国泰首次报道国内4例儿童自闭症(陶国泰,1999)。有资料显示,自2000年以来,自闭症发病率上升为1.03‰(Sun & Allison, 2010)。某些省市报告了流行病学资料,如福建省14岁以下儿童中自闭症患病率为0.28‰(罗维武等,2000),遵义市学龄儿童自闭症患病率为0.56‰(杨曙光,胡月璋,韩允,2007)。2009年广州对7500名2~6岁幼儿园儿童调查得出的患病率为7.54‰,其中,自闭症发病率为2.95‰,这是我国大陆至今最高的ASD发病率报道(王馨,等,2011)。2008年香港地区0~4岁儿童中自闭症发病率为0.549‰,15岁以下儿童患病率1.68‰,接近澳大利亚和北美,但低于欧洲,男女比例为6.58:1(Wong & Hui, 2008)。Lin和Wu(2009)报告,2000—2007年,台湾地区0~5岁儿童中自闭症发生率为0.24‰~0.78‰,6~11岁为0.5‰~1.73‰,12~17岁为0.21‰~1.04‰。

二、发病率增长的可能原因

上述这些数据显示,ASD的发病率似乎在与日俱增,这不禁令人担心,ASD现在是否已经成了一种流行病种。这其中的原因是:(1)确实有这么多的儿童患ASD;(2)更多的ASD者被发现了,这可能与人们对ASD的意识提升且经费更为充足有关;(3)由于自闭症定义的改变,从DSM-III-R到DSM-IV,再到DSM-V,诊断标准一直在改变,诊断标准可能比先前更为宽泛;(4)不同机构、研究团体进行的有关自闭症早期诊断研究可能存在叠加,可能使发病率变得明显而非真正的发生率(Rutter, 2005)。Baron-Cohen等人(2009)进一步总结了可能导致ASD发病率迅速提高的因素:(1)ASD识别与觉察的改进;(2)研究方法的改变;(3)可获得的诊断服务增加;(4)专家意识的增强;(5)父母意识的增强;(6)对ASD者能与其他环境共存的观点越发被接纳了;(7)诊断标准的拓宽。一项研究发现,按DSM-IV标准,有将近40%先前诊断为语言应用障碍的儿童如今可被划归为自闭症(Bishop, Whitehouse, Watt & Line, 2008)。

持环境决定论者认为,ASD的增加是由环境压力引起,如污染、饮食或生活方式(Rutter, 2009)。而遗传决定论者则指出,有数据表明,ASD在单合子和双合子双胞胎中更容易发生(Bailey et al., 1995; Baron-Cohen, 2003)。ASD的流行病学所显示的男女差异有力地说明了遗传因素的重要意义:(1)ASD发生率男性高于女性;(2)ASD发生的男女比例大致为4:1(徐光兴,2007)。如果确实是由遗传而不是由外部因素引起的,那么发生率的提高都是由于诊断标准的提高而引起的。因此,是不是现代文明带来的饮食结构变化、环境变化、人际交往方式、工作压力或者其他因素真正导致ASD发病率迅猛增长仍然没有确切的证据。而更有可能的是,遗传和环境两个因素都是ASD的成因。但是,ASD的流行情况并未出现种族、民族、社会经济群体间的比例差异(Boyd et al., 2010)。不过,Mandell与其同事的研究显示,民族或种族及社会经济因素会影响ASD儿童被诊断出的年龄,来自少数民族、低收入家庭或乡村家庭的孩子被诊断出来时的年龄通常会稍大些(Mandell et al., 2009)。