

消失的亞斯伯格症？

馬偕醫院 精神部 兒童青少年心智科 黃郁心

1944年，一位奧地利小兒科亞斯伯格醫師(Hans Asperger)描述了一組他稱之為「自閉精神病態」(autistic psychopathy)的症候群，他描述一群智力正常但在社交互動性上有品質缺陷且行為怪異的人，但語言發展並沒有如自閉症患童一樣遲緩。患童可能有困難正確使用代名詞(如：你我他)，語言內容通常顯得賣弄學問，包含對所愛物品冗長的描述；一個詞或句子可能被以一個固著的方式不停不停地被重複¹。其他會看到的特徵包括了沒有雙向的社交互動，完全忽略了環境的要求，重複性與固著的遊戲方式(例如重複排列吸管)，孤僻的興趣。亞斯伯格醫師發現這些小孩會跟老師頂嘴或態度無禮、口語辱罵或打其他小孩、破壞物品；這些小孩似乎從這些行為中得到樂趣，而沒有顧慮別人的感受或是考慮其行為的後果。亞斯伯格醫師認為這些情形在嬰兒期或幼兒早期都沒被發現，這些患童有絕佳的邏輯思考能力可以有很好的創造力²。亞斯伯格症包含了各種嚴重程度，有些患者僅有輕微的社交缺損。稍早1943年在美國的Leo Kanner則發表了他「早期嬰兒期自閉症」的文章(後來自閉症又稱為Kanner's syndrome)，這兩位並不知道彼此的發表³。

亞斯伯格症一直不為英語系學界所知，直到1981年Wing出版了一系列的個案報告與回顧，Wing建議亞斯伯格症應屬於自閉連續光譜中的一部分；她認為亞斯伯格症是聰明孩子罹患自閉症的一種輕微變形。精神疾病診斷與統計手冊第三版(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-III, DSM-III)與第三版修正版(DSM-III-R)採納了她的意見而沒

有為亞斯伯格症提供任何定義或診斷準則。Tantam (1988)則提議用亞斯伯格症這個名稱來指稱沒有認知或語言遲緩但有嚴重社交理解與相互性障礙、語用困難及罕見執著興趣的人；這個提議被1994年精神疾病診斷與統計手冊第四版(DSM-IV)與1992年ICD-10所採納，亞斯伯格症(Asperger's disorder)成為一種診斷分類²(表一⁴)。

病因

雖然亞斯伯格症的確切原因仍未知，但常見的可能原因包括基因、代謝、感染與周邊因素⁵。現有的家族研究發現有亞斯伯格症患者的家族有較高的機率被診斷出亞斯伯格症⁶。腦部結構異常、右側大腦半球失調、邊緣系統及多巴胺與血清素神經化學系統的障礙都可能是亞斯伯格症的病因⁷⁻⁹。

盛行率

盛行率在男生較高，確實的數據則受診斷準則的嚴謹度而定¹⁰。一篇流行病學研究顯示每千位孩童中有三點六位亞症患者(男比女為四比一)¹⁰。若將可能的個案也包含進去的話盛行率則達到每千位孩童中有七點一位(男比女為二點三比一)¹¹。若考慮嚴格的診斷準則則盛行率約為萬分之一(男比女為九比一)¹²。Ishikawa於2006年發表在日本名古屋市進行的研究則顯示盛行率為萬分之五十六¹³。

鑑別診斷

包括自閉症，若為成人患者則需考慮孤僻型人格障礙症(schizoid personality disorder)。自我中心的狀況也需要與自戀性

表一 DSM-IV-TR亞斯伯格症診斷準則

- A. 社會互動有質的損害，表現下列各項至少兩項：
 - (1) 在使用多種非語言行為（如眼對眼凝視、面部表情、身體姿勢及手勢）來協助社會互動上有明顯障礙。
 - (2) 不能發展出與其發展水準相稱的同儕關係。
 - (3) 缺乏自發地尋求與他人分享快樂、興趣或成就（如：對自己喜歡的東西不會炫耀、攜帶或指給別人看）。
 - (4) 缺乏社交或情緒相互作用（reciprocity）。
- B. 行為、興趣及活動的模式相當侷限重複而刻板，表現下列各項至少一項：
 - (1) 包含一或多種刻板而侷限的興趣模式，興趣之強度或對象二者至少有一為異常。
 - (2) 明顯無彈性地固著於特定而不具功能性的常規或儀式行為。
 - (3) 刻板而重複的運動性作態身體動作(mannerism) (如：手掌或手指拍打或絞扭、或複雜的全身動作)。
 - (4) 持續專注於物體之一部份。
- C. 此障礙造成社會、職業、或其他重要領域的功能臨床上重大損害。
- D. 並無臨床上明顯的一般性語言遲緩（如：到兩歲能使用單字、三歲能使用溝通短句）。
- E. 在認知發展或與年齡相稱的自我協助技能、適應性行為（有關社會互動則除外）、及兒童期對環境的好奇心等發展，臨床上並無明顯遲緩。
- F. 不符合其他特定的廣泛性發展疾患或精神分裂症的診斷準則。

人格障礙症做鑑別診斷。自閉症與亞斯伯格症的相異是有語言發展的遲緩與語言能力的缺損。根據DSM-IV，自閉症兒童主要有三大特徵：（一）人際社會性互動有質的障礙，如不太看人、不太理人、無法正確使用非語言行為、缺乏主動與人互動的興趣、不知道如何交朋友等等；（二）溝通有質的障礙，如語言發展遲緩或是無語言能力、具備語言能力的孩子依舊在語言理解與語言使用上有困難、仿說、無法與人維持有意義的談話等現象；（三）行

為、興趣及活動模式相當侷限重複而刻板，如喜歡專注於無意義的排列物品、喜歡看旋轉的東西、刻板而重複的運動性做態身體動作（mannerism）。這些自閉症狀在三歲前便已顯現¹⁴。近來比較自閉症與亞斯伯格症的研究發現，亞斯伯格症比較想要尋求社交互動與交朋友¹。

案例一

湯姆是獨子，出生過程順利，沒有精神科家族史，沒有重大醫療史。他的動作發展稍

遲緩，但語言發展在正常範圍。他的父母在他四歲時因為他去上幼稚園有許多人際互動困難導致無法繼續上學而開始特別注意他。在小學時他上特殊教育的班級且被發現有些學習的困難。他最大的困難在同儕互動這部份，他看起來古怪且沒有朋友。他的興趣是在電視上看氣象頻道，他非常投入花很多時間。十三歲接受評估時，他有明顯侷限的興趣，溝通時則是用平板的語調、學究式與怪異的方式。心理衡鑑顯示智力在正常範圍，正式的溝通檢查顯示接受性與表達性語言都在正常範圍，但語用技巧（pragmatic skills）（患者常會「亂說話」或說話不完整，稱為語用困難）有明顯的缺損¹。

案例二

小恆是個五歲帥氣的小男生，媽媽表示小恆活動量很高，自小便很有主見，堅持度高，脾氣壞。很多事情若不照著小恆的意思做，往往會導致小恆大發雷霆；上星期去餐廳吃飯，就因為有一個碗的碗口稍有裂痕，小恆便莫名的十分生氣的罵人並堅持要換。幼稚園老師也反映小恆寫字若寫不直，便會一直擦掉，往往寫一個字要搞很久，甚至會因此發脾氣不寫字，讓老師頭痛。此外，小恆跟同學的互動關係也不好，小恆會要求別人要遵照自己的玩法玩遊戲，很少考慮他人的感受。弄得小朋友都不知道如何跟小恆玩¹⁴。

案例三（成人）

當他在學校…數理能力超強，但沒人願意跟他同組，總是被排斥！

當他在職場…被同事說死腦筋、不合群，只好獨來獨往！

當他結婚了…很專情卻太理性，絲毫不浪漫，連親密時也一板一眼¹⁵！目睹太太生產過程，之後還一直跟太太說你那天流好多血好噁心喔！配偶可能是他一生中第一位好友¹⁶。

病程與預後

病人侷限的興趣通常會隨時間而改變，兒時的興趣也可能成為長大職業的根基，如對昆蟲著迷的患者長大可以去當相關學者。有亞斯伯格症的成人可能會對自己感興趣的主題談個不停，沒有注意別人根本已經沒興趣了；類似的問題使得他們的社交困難。某些個案報告顯示成人仍有同理心的困難、社交笨拙、害羞、非理性思考、說話直接。良好預後的因素包括正常智力與高階的社交能力¹⁷。

治療

治療需要根據不同階段來調整不同的需求，小學階段可能在遇到新環境或常規有改變時會遇到困難¹⁷，可以讓老師知道如何帶這樣的小孩，採取先跟小孩預告的方式；在校也可以搭配行為獎勵的方式，對於目標的正向行為給予記點，收集到特定點數時可以換禮物。當患童得到玩具的獎品時可以鼓勵同學一起與他玩，來鼓勵班上同學一起協助他集到點數。社交技巧訓練也是臨床常用的方式，可以帶患童學習認識各種情緒，或用社交小故事來做討論¹⁸。老師也可以考慮在班上安排較熱心的同學當他的小天使，下課陪他玩來引導他融入團體。對於有共病注意力不足缺失症或注意力不足過動症的患者則可以考慮服用改善專注力的藥物。因固著性易致情緒激動甚至可能有暴力之虞者，可使用抗精神病劑（如Aripiprazole

有健保適應症)。假日若能安排同儕一起遊戲 (play date) 可以增進其人際能力，遊戲內容可以是需要共享工具 (例如要畫畫但只有一盒色筆) 或互相合作的形式。家長的親職功能促進課程及對家長的情緒支持也是工作重點，臨床上常因兒子被診斷亞斯伯格症，母親才發現父親也有此特質，因為父親的病症因此也很難同理母親給予支持，母親往往心力交瘁。

青少年期通常有許多挑戰，課業與人際的要求都變高，亞斯伯格症患者也常是被霸凌的對象，因此心理治療需求會變高。在轉換學校進入大學的轉銜階段也會需要協助，第一個學期是關鍵階段，更需要專業人士主動協助，包括訓練同學當他的生活教練、社交技巧訓練、性教育 (角色扮演來訓練如何對喜歡的異性表達)、課前可能需要老師先提供講義、對於特別對聲音敏感的患者考試可能可以提供耳機或個別考場、某些患者需要延長考試時間。也需要讓患者了解自己的診斷並與其討論。大型的大學有比較多的科系可選擇，或許比較能符合亞斯伯格症患者的特別興趣，謀職之前也可以協助患者模擬練習¹⁹。

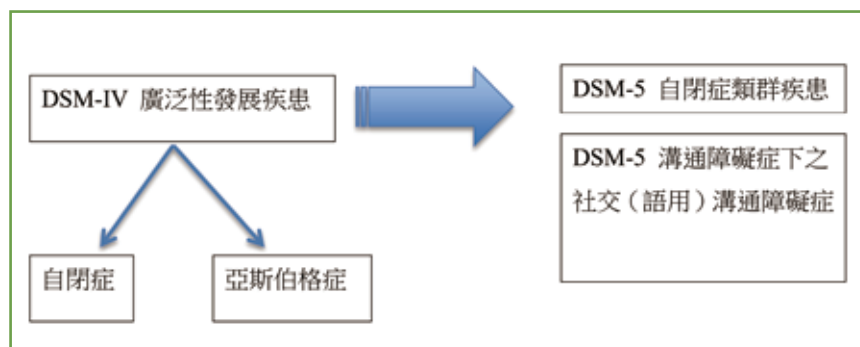
成人患者容易共病焦慮與憂鬱疾患，內觀為基礎的治療 (包括冥想、衛教) 已被證實對改善亞斯伯格症成人的憂鬱與焦慮有幫助²⁰。親密關係部分也需要一些諮商或技巧教導¹⁶。

DSM-5取消亞斯伯格症診斷

美國精神醫學會於2013年出版的精神疾病診斷與統計手冊第五版(DSM-5)中將原本的廣泛性發展疾患 (Pervasive Developmental Disorder) (包括自閉症與亞斯伯格症等) 改為自閉症類群障礙症 (Autism Spectrum Disorder) (表二²¹)。因為覺得亞斯伯格症與高功能自閉症者的差異不大，因此取消亞斯伯格症的診斷，統稱自閉症類群障礙症。但在DSM-5溝通障礙症 (Communication Disorder) 中增加了社交 (語用) 溝通障礙症 (social communication disorder) (pragmatic communication disorder)(表三²¹) (指有明顯的社交溝通缺陷但無侷限重複的行為或興趣的患者)。筆者將上列變遷以簡易圖表示 (圖一)。

針對亞斯伯格症診斷被取消，有些學者持反對意見，如蔡逸周教授回顧128篇文獻探討了90個臨床變項，發現有94篇論文認為亞斯伯格症與高功能自閉症在這些變項是有統計差異的；4篇論文則發現有相同與相異的臨床變項；

圖一 DSM-IV到DSM-5之診斷變遷



表二 DSM-5自閉症類群障礙症

- A.在多重情境中持續有社交溝通及社交互動的缺損，於現在或過去曾有下列表徵（範例為闡明之用，非為詳盡範例）：
1. 社會-情緒相互性的缺損。包含範圍如：從異常的社交接觸及無法正常一來一往的會話交談，到興趣、情緒或情感分享的不足，到無法開啟或回應社交互動。
 2. 用於社交互動的非語言溝通行為的缺損，包含範圍如：從語言及非語言溝通整合不良，到眼神接觸及肢體語言異常或理解及運用手勢的缺損，到完全缺乏臉部表情及非語言溝通。
 3. 發展、維繫及了解關係的缺損，包含範圍如：從調整行為以符合不同社會情境的困難到分享想像遊戲或交友的困難，到對同儕沒興趣。
- B.侷限、重覆的行為、興趣或活動模式，於現在或過去至少有下列二種表徵（範例為闡明之用，非為詳盡範例）：
1. 刻板（stereotyped）的或重複的動作、使用物件或言語（例如：簡單的刻板動作、排列玩具或翻彈東西、仿說、奇異語詞）。
 2. 堅持同一性、固著依循常規或語言及非語言行為的儀式化模式（例如：對微小的變化感覺極端困擾、在面臨情境轉換的調節上有困難、僵化的思考模式、問候/打招呼的儀式化行為、每天固定路徑或吃相同食物）。
 3. 具有在強度或焦點上顯現到不尋常程度的高度侷限、固著的興趣（例如：強烈依戀或於不尋常的物件、過度侷限的或堅持的興趣）。
 4. 對感官輸入訊息反應過強或過低或是對環境的感官刺激面有不尋常的興趣（例如：明顯對疼痛/溫度的反應淡漠、對特定的聲音或材質有不良反應、過度聞或觸摸物件、對光或動作的視覺刺激著迷）。
- C.症狀必須在早期發展階段出現（但是缺損可能到社交溝通需求超過受限能力時才完全顯現，或是可能被年長後習得的策略所掩飾）。
- D.症狀引起臨床上社交、職業或其他重要領域方面顯著功能缺損。
- E.這些困擾無法以智能不足或整體發展遲緩做更好的解釋。智能不足與自閉症類群障礙常並存；在做出智能不足與自閉症類群障礙症共病診斷時，社交溝通能力應低於一般發展程度所預期的水平。
- 註：經診斷為罹患DSM-IV中的自閉症、亞斯伯格症或其他未註明的廣泛性發展遲緩患者，皆應給予自閉症類群障礙症的診斷。有明顯的社交溝通缺陷，但症狀不符自閉症類群障礙準則者，應進行社交（語用）溝通障礙方面的評估。

表三 DSM-5社交（語用）溝通障礙症

- A. 在社交上使用語言及非語言溝通時持續有困難，而顯現下列所有徵候：
1. 在以溝通達到社交目的方面有缺損，例如：在符合社交情境下的適切的打招呼和及分享資訊上。
 2. 符合情境或聽者需求而調節溝通的能力減損，例如：於教室和操場說話的差異、對成人和兒童說話的差異，以及避免說過分正式的語詞等方面。
 3. 在遵循說故事或會話的規則上有困難，例如：於會談時輪流說話、被誤解時的重新敘述，以及了解運用語言和非語言訊息來調節互動等方面。
 4. 對非明確陳述（例如：推論）與非精確或具曖昧意思的語言（例如：成語、幽默言詞、隱喻、依情境解釋而具多重意思者）有困難的了解。
- B. 缺陷導致在有效溝通、社會參與、學術成就或是職場表現上單類或是多類功能受限。
- C. 症狀在早期發展階段出現（但是缺陷不一定完全顯現，直到社交溝通需求超過受限的能力）。
- D. 這些症狀無法歸因於其他身體或神經病況或單字結構與文法能力低下，也無法以自閉症類群障礙症、智能不足、整體發展遲緩或其他精神障礙等做更好的解釋。

30篇論文則認為這90個臨床變項在者兩組並無差異²。因此蔡教授認為在未來的DSM版本中亞斯伯格症仍有可能再次出現。

結語

即使目前亞斯伯格症診斷暫時消失了，但有這些精神病理的患者接受治療與特教的需求仍存在，也需要各界更多的理解與支持。正如聽障患者的輔具是助聽器，亞斯伯格症或自閉症類群障礙症者的輔具便是人。友善與支持的校園、家庭與職場，能使他們適應更好，減少焦慮與憂鬱疾患，並發揮長才。

參考文獻

1. Sadock BJ, Sadock VA: Pervasive Developmental Disorders. In Sadock BJ, Sadock VA eds. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry 10th eds, 2007. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, USA. P.1201-3.
2. Tsai LY: Asperger's disorder will be back. J Autism Dev Disord 2013; 43(12): 2914-42.
3. Chambers CH: Leo Kanner's concept of early infantile autism. Br J Med Psychol 1969; 42: 51-4.
4. 孔繁鐘編譯: DSM-IV-TR精神疾病診斷準則手冊。合記出版社。台北市2007。
5. Gillberg C, Souza LD: Head circumference in autism, Asperger's syndrome and ADHD: a comparative study. Dev Med Child Neurol

- 2002; 44: 296–300.
6. Szatmari P, Brenner R: Asperger's syndrome: a review of clinical features. *Can J Psychiatry* 1989; 34: 554–60.
7. Gillberg C: Asperger syndrome in 23 Swedish children. *Dev Med Child Neurol* 1989; 31: 520-31.
8. McKelvey JR, Lambert R, Motttron L, et al: Right-hemisphere dysfunction in Asperger's syndrome. *J Child Neurol* 1995; 10: 310-4.
9. Berthier ML, Bayes A, Tolosa ES: Magnetic resonance imaging in patients with concurrent Tourette's disorder and Asperger's syndrome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32: 633-9.
10. Ehlers S, Gillberg C: The epidemiology of Asperger's syndrome: a total population study. *J Child Psychol Psychiatry* 1993; 34: 1327-50.
11. Tonge BJ: Autism, autistic spectrum and the need for better definition. *Med J Aust* 2002; 176: 412-3.
12. Gillberg IC, Gillberg C: Asperger's syndrome—Some epidemiological considerations: a research note. *J Child Psychol Psychiatry* 1989; 30: 631-638.
13. Suzuki Y, Saito K: Epidemiology of Asperger's syndrome. *Nihon Rinsho* 2007; 65(3): 419-23.
14. <http://www.mmh.org.tw/taitam/psych/teach/teach29.htm> (2015/3/20)
15. 簡意玲：依然真摯與忠誠：談成人亞斯伯格症與自閉症。心靈工坊。台北市2014。
16. Standford A: *Asperger Syndrome and Long-Term Relationships*. Jessica Kingsley Publishers. 2003. London & New York.
17. Khouzam HR, El-Gabalawi F, Pirwani N, et al: *Asperger's Disorder: A Review of Its Diagnosis and Treatment*. *Compr Psychiatry* 2004; 45(3): 184-91.
18. 鍾莉娟，楊熾康譯：促進社交成功之課程：一套專為特殊需求兒童設計的課程。心理出版社。台北市2009。
19. Vanbergeijk E, Klin A, Volkmar F: Supporting more able students on the autism spectrum: college and beyond. *J Autism Dev Disord* 2008; 38(7): 1359-70.
20. Spek AA, van Ham NC, Nyklíček I: Mindfulness-based therapy in adults with an autism spectrum disorder: a randomized controlled trial. *Res Dev Disabil* 2013; 34(1): 246-53.
21. 台灣精神醫學會譯：DSM-5精神疾病診斷準則手冊。合記圖書出版社。新北市2014。🇹🇼