

## 学习障碍界定研究的演变

周永奎

人类对于学习障碍较为全面的研究始于二十世纪四十年代,且经历了大脑损伤——轻度大脑功能失调——学习障碍或学习无能等几个阶段<sup>[1]</sup>。本文将介绍学习障碍界定研究的演变情况,目的在于为学习障碍界定的进一步明确提供借鉴的资料和依据。

### 一、国外关于学习障碍的几种界定研究

#### (一) 欧洲一些国家对学习障碍界定的奠基研究

欧洲的一些国家从十九世纪初开始对学习障碍的一些症状所进行研究主要有:1800年,奥地利生理学家加尔(Franz J Gall)研究发现一些患有头部损伤的成人失去了用语言表达思想和感情的能力,但智力并没有丧失。后来人们称加尔病人的症状为失语症。1861年法国外科医生布罗卡(Pierre P. Broca)提出了左右大脑功能不同的观点,并指出语言区是在左大脑额叶回旋部的后方,主要负责表达性语言。此区受伤所造成的疾病为“表达性失语症”。1874年德国神经学医生温尼克(Carl Wernick)发现了另一个语言区,在左颞叶回旋部的前方,此区受伤的病人因无法了解别人所表达的口语而被称为“接受性失语症”。1892年德杰林(Dejerine)发现一个无法阅读但却可以书写的病人的病因主要是左右大脑上的连接有问题。1896年,医生摩根又发现词盲的现象,即儿童能辨认一些词,但不知其意。此后,人们一般从生理的、医学的角度对儿童的学习障碍(尤其是阅读障碍)进行诊治。

可见,加尔(Gall)的研究开辟了学习障碍研究的先河,并带动了医学、心理学和教育学等领域的研究。

#### (二) 美国关于学习障碍界定研究的演变

学习障碍概念的首次提出是在1963年4月6日,在由知觉障碍儿童基金会发起的会议上,Kirk提出用 Learning Disabilities(译为学习障碍,简称LD)描述:“有一类儿童,他们在社会交往技能的发展中有障碍。在这类儿童中,不包括那些有感觉障碍(如盲或聋)和一般智力落后的儿童<sup>[2]</sup>。”1968年1月30日Kirk所发表的第一个年度报告中更具体说明了学习障碍定义:“有特殊学习障碍的儿童表现出一种或几种基本的心理过程的障碍,如理解障碍、口头语言和书面语言障碍。表现在听力、思维、讲话、阅读、书写、拼读和算术计算等能力的不完善。他们包括知觉障碍、脑损伤、轻微脑功能失调、诵读困难、发育性失语症等,但不包括由于智力落后、情绪干扰或环境不利而引起的学习问题。”然而,美国学习障碍的联邦定义是1977年在《联邦记事》上界定的:“学习障碍是指在理解和使用口头语言和书面语言有一种或几种基本心理过程的障碍,这种障碍可能表现为听、说、读、思维、拼写和数学计算能力的不完善。这种障碍包括知觉缺陷、脑损伤、轻微脑功能失调、诵读困难、发育性失语症。它不包括主要由于视听和运动缺陷、智力落后和能力障碍而引起的学习困难,也不包括主要由于经济、文化等环境方面处于不利而产生的学习困难。但这个联邦界定并不能统一美国各个洲的一致意见。1981年美国学习障碍联合会又进一步提出:“学习障碍是一个一般的术语,它指在听、说、

读、写能力或推理和数学运算能力的获得和利用方面有明显困难的障碍的综合体。这个障碍可能是由于个体内在的中枢神经系统功能失调引起的。尽管学习障碍可能伴随着其他缺陷(如感觉器官损伤、智力落后、社交和情绪障碍)或环境影响(如文化差异、缺乏教育或教育不当,以及各种精神因素),但学习障碍不是这些缺陷条件和环境影响造成的直接结果。”美国学习障碍的几次界定中至今在较多的专家和家中得到广泛认同的是1989年由美国学习障碍联合会修改公布的定义:“学习障碍是指由不同原因导致的失常,它包括不同缺陷类别的群体。这种障碍在获得与应用听、说、读、写、推理或数学能力上有明显的困难。一般推测是由于个体内在的中枢神经系统的功能异常所引起;人的一生的任何时候都可能发生。学习障碍或许存在行为控制、社会知觉及社会互动的问题,但这些并非是构成缺陷的主要原因。虽然学习障碍有可能与其他障碍状况(感觉损伤、智能不足、严重情绪困扰)并存或受一些外在因素影响(例如文化差异、文化刺激不足或不当教学),但它却非由前述状况或影响所直接促成<sup>[3]</sup>。”

可见,美国从柯克(Kirk)首次提出了 Learning Disabilities 概念到联邦定义的提出,再到1989年的修改定义,每次都直接推动了学习障碍定义研究的发展。

#### (三) 前苏联对有关学习障碍概念的研究

智力发展落后或学业不良是前苏联对学习障碍的普遍称谓。C.R.鲁宾斯坦认为,智力发展落后儿童“没有大脑器官的损伤,他们的神经过程是正常的。”只是由于失去了学习机会,迁入新的学习环境,或有了“坏习惯或嗜好”,使得“在智力发展方面常落后于同龄儿童”。但是智力发展落后儿童在适合的教育条件下,他们可以得到正常的发展。而着眼于学习障碍所造成的结果,前苏联教育界则把学习障碍学生称为学业不良学生。根据不同的标准,他们把学业不良分为绝对不良、相对不良和成绩不足三种类型。以一个特定群体的平均学业成绩作为参照标准,明显低于平均水平的即为学业不良;以规定的教学目标作为评价的参照标准,达不到教学目标者为绝对学业不良;当以学生个人的能力水平为评价的参照标准时,如果学生的实际学业成绩明显低于从他的能力来看应达到的水平,这种现象一般称之为成绩不足。从前苏联的研究中可以看出,其对学习障碍学生的界定主要是强调了造成障碍的外部因素和由于学习障碍所造成的结果,并重视教育实践的参照。

#### (四) 其他一些国家关于学习障碍的不同界定

加拿大于1960年成立了蒙特利尔儿童医院学习中心。1981年发展了学习障碍的定义,指出“学习障碍是指中枢神经系统有障碍的一种类型。学习障碍儿童可能表现为早期发育迟缓或以下方面的困难:注意、记忆、推理、书写、拼读、交流、协调、计算、社会能力、情绪成熟。”该定义包括了发育迟缓、社会和情绪的成熟度落后或不足等问题。

日本辰野千寿(1986)认为学习困难是指这样的情况:有的儿童虽然智力一般,感觉器官和运动功能也没有困难,环境方面也不存在问题,但却出现视觉或听觉上的知觉困难,注意范围狭小,持久性也短,活动水平异常高,容易冲动,反应过敏,心

神不定,所以在学习上(如读、写、算等)成绩不佳。这个定义更多地强调了知觉和注意力方面的问题。

但是也有一些国家至今对学习障碍已有的界定不予承认,如新西兰教育系统认为儿童的学习障碍是由许多原因造成的一个复杂的问题,应基于儿童的个体需要而采取灵活的补救。学习障碍是一个假设而不是一个已经建立起来的类别。

## 二、我国关于学习障碍界定的研究

我国习惯称学习障碍为学习困难。国内教育工作者对学习困难学生使用得最多的称谓是“差生”,有三种类型:一是学习成绩差,二是学习能力差,三是成绩、品行双差<sup>[4]</sup>。近年来,有人认为“差生”的含义不确切,而且有损学生人格或打击其积极性。因而一些学者主张用“其才能未被开发的人”、“后进生”等来取而代之。上海的《初中学习困难学生教育研究》课题组则用“学习困难学生”这个概念。学习困难学生是指智力正常,但学习效果低下,达不到国家规定的教学大纲要求的学生<sup>[5]</sup>。其含义为:第一、学习成绩长期而稳定地达不到教学大纲所要求的水平,是学习困难生显著而主要的标志。第二、学习困难生身心生长发育处于正常范围之内。第三、学习困难学生之间是有差异的。目前这一界定被我国教育工作者广泛接受。

## 三、对学习障碍界定研究演变的看法

以上的事实可见,有关学习障碍的研究已经走过较长的一段时间。但在二十世纪六十年代以前,关于学习障碍的研究主要以神经生理为导向,有学习障碍的儿童一般被标记为轻微脑损伤、神经损伤、知觉障碍、失语症和阅读障碍等,实质上并未形成学习障碍这个研究领域。1963年,柯克(S Kirk)认为上述名称在教育上并没有太大的意义,首次用了“learning disability”一词,此后学者们围绕“learning disability”的界定研究,对学习障碍学生的心理研究日益增多,并逐步形成了这个研究领域。在这个领域研究的初期,较多学者们认为神经系统缺损造成对感觉通道信息进行加工时产生冲突引起了学习障碍。近几年来,人们较多关注学习障碍学生的心理过程,认为有限的记忆广度、不正确的学习动机归因、注意时间短及注意转移能力差,在理解对象间的相互关系中,对信息进行分类、理解事件间的联系和形成概念等方面的障碍,是导致学习障碍的原因。对原因解释的多样性影响了人们对学习障碍定义的统一,目前理论

界对学习障碍的定义研究还在争议之中。虽然 Hamill (1993)、Kenneth A Kavak等(2000)总结了美国目前的学习障碍定义<sup>[6,7]</sup>,认为发展一个可接受的理论定义已经取得了很大的进展,但都认为界定的统一问题还没有完全解决。这就导致大量的研究难以被重复,研究缺乏科学的效度。尤其对排除定义中的“造成原因”和“其他感官功能障碍”都存在诊断操作上的难度,因此现有的定义在理论解释和操作性界定形式上还很不完善,而且不能涵盖实际研究的范围。在实际研究中,人们已从儿童个体内部因素扩展到影响儿童学业成就的各种因素,实际操作对象也已经从学习障碍儿童扩展到学习困难儿童,甚至所有的学业不良儿童。可见,一方面应深入探究学习障碍的本质,找到鉴别学习障碍的准确手段和成功的教学方法;另一方面各学科、各领域的专家们要通力合作,努力把各领域的研究成果进行有机地整合,把分歧消除到最小限度。同时加强对已有界定研究的实践应用,提高对学习障碍科学研究的效度和应用性。

## 参 考 文 献

- 1 Erner CD, Forgnone C, Woking WD. Definitions of learning disabilities used in the United states Journal of Learning Disabilities 1976 9(6): 379-386
- 2 (美)柯克. 特殊儿童的心理与教育. 天津:天津教育出版社, 1989 392.
- 3 特殊园丁杂志. 特殊教育通讯——特殊儿童的心理与教育. 台湾:台湾五南图书出版社, 1993. 123.
- 4 姚文忠. 学习差生成因的分类概念与教育. 教育研究, 1982, 2(6): 31-34.
- 5 钱在森. 学习困难学生教育的理论与实践. 上海:上海科技教育出版社, 1996. 23.
- 6 Donald D. A Brief Look at the Learning Disabilities Movement in the United States Journal of Learning Disabilities 1993 26: 296-310.
- 7 Kenneth A Kavak, Steven R Fomess. What definitions of learning disabilities say and don't say: a critical analysis. Journal of Learning Disabilities 2000 33(3): 239-265.

(收稿日期: 2004-10-10)

(本文编辑: 林立)

(上接 525页)

喧哗拥挤的环境使之变得烦躁,加重他们的兴奋症状<sup>[3]</sup>,以上因素给病房管理带来困难,加上环境的不安静,给护士造成恶性刺激,导致情绪变化,出现抑郁症状。

在开放式管理模式下,病人较为分散,病人能自由活动,参加各种手工、娱乐、体育、音乐等治疗,一定程度缓解了住院的不适应;病人可以在家属陪护下,通过散步、谈心等调节其情绪,病人之间相互干扰少,环境恬静本身就是良好的镇静剂,对病人起到安抚作用<sup>[4]</sup>,从而有利于病人的管理,减少对护士的不良刺激,有益于身心健康。

本研究显示,由于开放式管理,病人与护士共处同一环境,对护士人身安全相对不利,易受到病人的骚扰,从而导致护士出现睡眠障碍、性功能减退、生活空虚感、兴趣丧失等心理问题。而传统封闭式管理下,护士与病人相对分隔,受到病人的骚扰少,故此类心理障碍不明显。提示医院管理者应不断改进

管理模式,改善护士心理健康,提高工作效率,从而有利于病人的康复。

## 参 考 文 献

- 1 张作记. 行为医学量表手册. 中国行为医学科学, 2001, 10(特刊): 131-132
- 2 梁绮美. 精神科护士抑郁状态评定及影响因素的研究. 中华护理杂志, 1998, 33(6): 321.
- 3 何伋, 成义仁, 马恩轩. 精神病学. 济南: 山东科技出版社, 1995. 547
- 4 北京医科大学. 精神医学与相关问题. 长沙: 湖南科技出版社, 1986. 156
- 5 王春芳. 抑郁自评量表对 1340例正常人评定分析. 中国神经精神疾病杂志, 1986 12(5): 267-268

(收稿日期: 2004-10-28)

(本文编辑: 林立)