

谈谈精神发育不全症的一些心理学问题

匡培梓

精神发育不全这一名词是用来描写智力低下、情绪-意志幼稚或同时伴有明显的躯体性缺陷的病人。目前,一般精神病学教科书对精神发育不全是这样下定义的:它系由胚胎期,分娩期或婴儿早期受到各种有害因素(例如,感染、中毒、外伤、营养不良、内分泌及代谢障碍等)的影响而引起的大脑器质性病变。很多学者指出,这仅是一个笼统的综合的概念,包括了各种病因作用于个体发育不同时期的患者,因而认为,有必要按病因、发病机制及损伤时期作进一步区分。

随着基础医学,如组织胚胎学、生物化学、病理生理学等学科的发展,对精神发育不全的病因、发病机制提供了一系列材料,并据此提出了某些分类原则及方案。虽然目前还没有一个公认的分类方案。但是根据以上各方面研究和临床研究的成就区分出了一些特殊类型:伸舌样痴呆(Monogolism),克汀病(Cretinism),苯丙酮尿症(Phenylketonuria)以及其他具有明显的神经系统和躯体性病理变化的精神发育不全。

以上仅是罕见的,并较为严重的精神发育不全,在病因及发病机制方面的研究较多,在临床上亦易于诊断。而绝大部分精神发育不全患者,尤其是轻性的,其发病原因往往不明。在临床上与某些原因所引起的发育暂时迟缓和大脑衰弱儿童的鉴别诊断都极为困难。

对精神发育不全的分类和诊断上的困难,一般认为是有下列因素造成的。第一,精神发育不全与其他精神病一样,不能纯粹按病因分类。因为,同一个有害因素作用于个体发育不同时期,其临床表现是不同的,相反的,不同的有害因素作用于发育的特定阶段,获得相似的临床表现。因而,在临床表现中起决定性作用的不仅是有害因素的性质,更重要的是作用于个体发育的时期。第二,由于作为精神发育不全诊断根据之一的智力,其本身是随儿童年龄的增长,在社会教育条件下发展起来的,因而,精神发育不全的主要症状随年龄的增长才愈来愈明显地表现出来,与同年龄儿童

相比较,愈来愈落后。第三,精神发育不全儿童本身随环境教育的不同而有不同程度的发展,因而精神发育不全的结构形成及其表现程度亦远不仅仅决定于脑损伤的严重程度。这些原因都给诊断及早期诊断带来了很大的困难。

根据英国以 E. O. Tewis 为首的精神薄弱研究委员会 1929 年在英格兰和威尔士的调查,以及 Mayer-Gross 1948 年在苏格兰某地区的调查,精神发育不全的发病率,是 0.8—1.5%。据有些文献估计,美国精神发育不全发病率约 3—4%。据 1940 年日本卫生部的调查,日本精神发育不全发病率为 2—3%。我们尚未见到我国的普查资料。根据某些山区地方病和与地方病有直接联系的精神发育不全的调查(朱宪彝等,1964年),精神发育不全患者为数不少。但是,所有的发病率统计数字,由于对精神发育不全的概念及诊断标准不同,所得的数字有偏高或偏低的倾向。但是,即使这样,精神发育不全儿童的确是不得受人注意的问题。

近年来,我们与河北医学科学院、天津医学院等单位对某山区地方病进行了综合性的研究。同一个时期也与其他有关单位有所接触。现在就研究精神发育不全症的某些心理学问题谈一谈本人的一些认识及体会。

一、精神发育不全的心理诊断问题

精神发育不全的诊断问题,上面已经提及,主要是指轻性的精神发育不全的诊断而言。诊断轻性精神发育不全之所以困难,一方面是由于涉及正常与异常的界线问题,另一方面是由于涉及与其他原因引起的智力低下相区别的问题。

目前,在精神病临床上,基本上仍然采用智能测验对精神发育不全儿童的心理发展水平作诊断性检查。并且根据智力商数(简称智商, I. Q.)把精神发育不全患者分为三类:智商在 20 以下的是白痴,在 21—50 间的为痴愚,在 51—70 之间者为愚鲁。在资本主义国家中,对精神发育不全儿

童的心理诊断通常采用比纳-西蒙智力测验或韦克斯劳儿童智力测验。

一个以量表为基础的标准化的智力测验，只说明 I. Q. 在 70 以下就是智力低下者，而并不表明他们是精神发育不全，还是其他原因引起的暂时性智力低下。因而有人认为智力测验只能作为智力的分类工具，不能作为诊断的工具 (Kirk S. A. u McCarthy, 1961)。就诊断的意义来说，最低限度要能作为指导医疗措施以及可受教育或代偿程序的依据。而智力测验如果用作精神发育不全的诊断测验并不能达到这个目的，事实上最多只能解决一个正常与异常发展的界线问题。即使如此，问题也还没有完全解决。

在智力测验中值得讨论的一个问题，是一个作为诊断标准的量表如何制定的问题。编制测验，首先是选择测验项目。如果是编制智力测验，一般认为选择的测验项目应不可太受家庭环境或教育的影响。在这个前提下，从各类受试者身上测得的结果，作为制定量表的原始数据。经过统计处理，最后制定的量表就作为一个国家或比较大的地区正常儿童心理发展的标准，亦就是诊断的标准。

我们曾经调查过甲、乙二个城市(甲城是大城市，乙城是中等城市)幼儿园的儿童以及乙城近郊区生产队 3—7 岁儿童的知觉、动作、记忆、定向力、抽象概括以及计数运算等能力的年龄差异，同时对三个不同地区儿童心理发展的调查结果进行了比较。现在把三个地区各年龄组儿童测验总分的平均值图示如下：

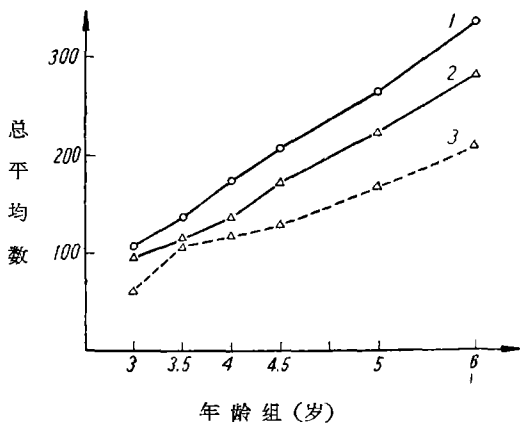


图 1. 不同地区儿童测验总平均值之比较
1 甲城市儿童 2 乙城市儿童 3 乙城市近郊儿

从图 1 可以看到，在各个地区儿童的心理发

展明显存在年龄差异的情况下，三个地区同年龄儿童的平均值都是：甲城儿童的结果优于乙城儿童的，乙城儿童的结果又优于乙城近郊区儿童，而且三者间的差异极为显著 ($P < 0.01$)。

我们不但在测验总分上看到了地区的差异，而且在每一个测验项目上都看到了地区的差异，甚至在知觉、动作这样简单的心理测验项目上也看到了环境-教育对心理发展的影响(见图 2)。

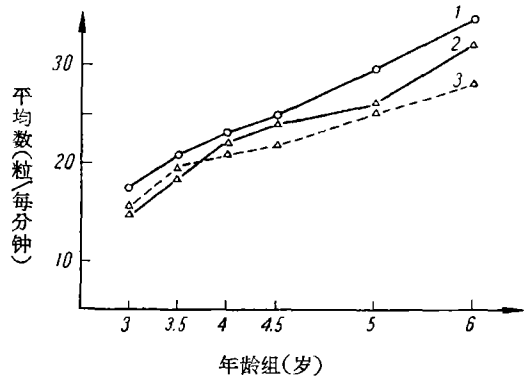


图 2. 不同地区儿童钳珠测验平均值之比较
1 甲城市儿童的结果 2 乙城市儿童的结果
3 乙城市近郊儿童的结果

图 2 是作为知觉-动作项目之一——钳珠项目所测得的结果，即要求每个儿童把小圆盘中的小珠珠尽快地投入小瓶内，记录每个儿童在每分钟内钳珠的颗数。

根据我们的材料，在测验中要排除环境-教育的影响几乎是不可能的事。何况每个儿童的心理过程和心理特征本身就是在教育环境影响之下发展和形成的。这不得不使我们这样来考虑，作为诊断依据的标准必须要以当地的正常值为标准，而且也仅能作为一个参考的数据。

上面已经谈到了智力测验不能作为诊断测验，而有发展诊断测验的必要。S. A. Kirk, J. J. McCarthy 企图发展一种幼儿心理语言测验。苏联心理学家们在这方面重点在对精神发育不全儿童的鉴别诊断。在俄罗斯教育科学院缺陷研究所为招生委员会工作人员编写的《关于甄别某些儿童入辅助学校的问题》一书中(1960年出版)，介绍了对智力低下的未入学的学龄儿童和成绩不良的低年级小学生进行的心理-教育的测验方法。检查的内容和方法是通过谈话、游戏活动、对各类图片以及各类性质的短文的叙述，以及图片分类、计数、应用题运算等实验，全面分析这些儿童的各方面的心理特点，尤其抽象概括的特点，并予以与发

育暂时迟缓、大脑衰弱和由某分析器障碍所引起的学习成绩不良相区别。同时也指出，招生委员会通过这样一次短促的检查，如果对某些儿童的状态还是难于作出诊断，则应送入辅助学校进行诊断性教育和观察一个时期，然后，再作诊断，提出教育措施。从这儿可以看到，他们对成绩不良学生以及智力低下儿童着重了质的分析，这对这些儿童的鉴别诊断提供了可能性。可是，看来鉴别诊断的标准比较灵活，随之而来的是难于掌握。其次，这一套方法仅适用于 8—12 岁三年级以下的学龄儿童。

在实际工作中，我们既需要精神发育不全儿童的智力分类测验，又需要各类简易的心理诊断测验。目前我国各地区之间还存在着明显的差异，这既有其社会历史根源，又有其自然环境方面的原因，这些必然反映到儿童心理发展的各个方面。在编制测验过程中，也就不能企求编制一套全国各地都能应用的心理诊断测验，而必须结合当地当时的具体情况，进行。为此我们心理学工作者必须深入现场，深入农村，做好调查工作，只有这样才能切切实实地解决精神发育不全症的心理检查问题。

二、精神发育不全儿童的训练问题

随着精神发育不全的诊断并初步判明原因之后，紧接着就是如何采取教育-医疗措施的问题。

精神发育不全儿童是否能得到发展呢？M. A. Певзнер 利用脑电描记法、高级神经活动以及心理学方法追踪地研究了在八年辅助学校的教育和教学条件下各类临床型¹⁾ 轻性精神发育不全(愚鲁)儿童的生理、心理各方面的发展情况。阐明了，主要症状和附加症状的相互关系和相互制约性，亦就是认识活动、抽象概括能力与视知觉、空间关系、动作、言语和情感-意志等的相互制约性。研究表明，通过各种医疗性教育措施，随着抽象概括、思维能力的发展，视知觉、动作、情感-意志等方面的障碍明显地减轻，甚至消失。而作为精神发育不全的主要症状——抽象概括能力发展不足的障碍，虽然是大大地减轻了，但是在解决复杂的问题时，仍然显露出来。脑电和高级神经活动的研究与心理学研究所获得的结论是吻合的。

O. E. Фрейеров 从精神发育不全症的临床表现及病理生理特点的变化发展说明，精神发育不全患者处在不同的发展、教育条件下将获得完全

不同的生活习惯及实践适应能力，既可以向代偿的方面发展，又可以向不能代偿而增添新的病理心理征候群方面发展。H. B. Панченко 在组织劳动治疗中也观察到其他精神病患者对精神发育不全患者的不良影响。

上述的材料证明，精神发育不全儿童，通过各项医疗教育措施，具有广泛发展的可能性；相反，在不良的环境和教育条件下将获得相反的结果。因而把精神发育不全症纯粹看作“遗传的”、“退化的”现象，或某些疾病后的稳定结果(后遗症)是不恰当的。

如何为精神发育不全儿童心理过程和各项活动的发展创造有利的条件呢？重度精神发育不全(白痴、痴愚)儿童显然是不可能入学的，而轻度的精神发育不全(愚鲁)儿童往往被接收入学，但是随着课程的进行，而愈来愈难于跟随班级学习，同时，随年龄的增长，与同年龄儿童相比，智力发展的差距也愈来愈明显。这些儿童往往是学校中的留级生。对这样的儿童必须及早地判明其智力落后的原因，以便对他们及早地采用各种医疗教育性措施。

在一些国家内，在社会福利、卫生、教育等部门设有教养院和特殊学校，以便对精神发育不全患者进行特殊教育和教学。对每一个缺陷教育学工作者来说，对缺陷儿童的教育不能简单地、甚至不能采用普通学校的一套教学措施，这一点是最清楚不过的事，对精神发育不全儿童的教育同样是如此。这是由精神发育不全儿童的病理障碍所决定的。而且教育和教学内容、方式方法还要根据病理障碍的程度不同而有所不同，在这里需要加强个别教育，因此，缺陷儿童教育本身是以对缺陷儿童的病理心理特点的认识为基础。

精神发育不全儿童心理的研究也直接为帮助改进教育、教学方法提供了依据。Ж. И. 施弗在“辅助学校学生智力发展的特点”一文中综述了苏联心理学家结合教育实践所进行的愚鲁儿童认识活动特点的研究。

目前，对白痴、痴愚儿童的训练问题是不大受人注意。这同对他们的不可受训练或受训练的可能性极为微小的看法有关。因而这方面的研究比

1) M. A. Певзнер 按大脑皮质兴奋与抑制过程的相互关系的特点把轻性精神发育不全儿童分为三类临床型：基本型、兴奋型和抑制型，并且对每类型的精神发育不全作了详细的临床描述。

较少。Г. М. Дульнев 指出,对重度精神发育不全儿童的教育-教学中的主要环节是,如何训练他们从事于简单的劳动,而且实验已经证明了,通过劳动训练,精神发育不全儿童的生理和心理各方面都得到了发展和代偿(А. А. Ватажина, 1960, Н. В. Панченко, 1960)。因而,在这些机构中,可从训练这些儿童的生活自理能力开始,一直到在劳动治疗工场中做一些简单的劳动。Дульнев 指出,今后有必要进一步明确各种形式的劳动对补偿缺陷、保护健康的意义和教育、教学的方式方法。

我国在某些城市内已经组织了或正在组织这种机构,在聋哑学校附设低能班级,这种规模不大的教养和教学机构正在摸索对精神发育不全儿童的教育、教学经验,也开展了一些其他方面的研究。但是精神发育不全儿童心理的研究仍然是一个空白点。而这方面的教育工作者迫切需要这方面的心理学知识。这就要求心理学与缺陷教育工作者密切配合,开展一些研究,为今后发展智力缺陷儿童教育事业奠定基础,建立我国的智力缺陷儿童教育和心理学。

三、结 束 语

精神发育不全儿童心理的研究及其教育、教学的研究,在我国尚是一个十分薄弱的研究领域。

编制各种有效的精神发育不全临床-心理诊断测验,以及研究我国的精神发育不全儿童的教育、教学方法问题是一个具有实际意义的问题。这些问题的解决都有赖于智力缺陷心理的研究。

从文献看来,精神发育不全儿童心理的研究始终是与正常儿童的研究密切联系着,因而以上问题的解决,又在很大程度上取决于儿童心理学研究工作的进展。其次,精神发育不全问题确实是一个综合性的课题,既涉及医学问题,又涉及教育学和心理学的课题。因而,以上问题的解决,还需要与其他更多的有关学科配合。例如,组织胚胎学、生物化学、生理学、病理学等学科应密切配合。我们国家的社会制度已为这样大规模的综合研究提供了十分有利的条件。目前,我们正与其他有关单位共同对个别地区地方病进行多种学科的综合研究,并力求取得彼此间的互相配合。

随着医学、教育实际工作的深入开展,必然向我们提出愈来愈多的问题。在本文中我们还没有提到精神发育不全症的早期诊断问题以及具有明显的分析器障碍的精神发育不全症的诊断问题。

这些都是实际工作已经向我们提出的问题。我们也初步摸索了一下,其中存在的问题很多,感到所有这些问题并不是依靠几个心理学工作者能解决的,因而希望更多的心理学工作者来研究和讨论这些问题。

参 考 文 献

- 朱宪彝、马泰、卢佩章:《有关地方甲状腺肿与地方克汀病的几个问题》,中华医学会河北分会印,1964,5。
- 匡培梓、张文郁、顾锦坤:《三个地区的3—7岁儿童心理发展测验结果之比较》,1964年,未发表。
- 刘汉绅、于占久、敖玉祥等:《脑电图在儿童克汀病诊断中的应用》,《天津医学院学报》,1964,(2),2,41—54。
- 王书林:《心理与教育测量》,第562—583页。
- 西谷三郎:《普通学校=ムケル特殊学校の指导》,1960年,东京。
- Ж. И. 施弗:《辅助学校学生智力发展的特点》,《苏联心理科学》,第二卷,第194—522页。
- W. 梅佑-格罗斯、E. 斯莱脱、M. 路茨著:《临床精神病学》,《上海科学技术出版社》,1963,60—94。
- Kirk S. A. & McCarthy J. J. The Illinois Test of psycholinguistic abilities—An approach to differential diagnosis, Amer. J. ment. Deficiency, 1961, 66, 3. 413—420。
- Брман Кермен (Лодоп), Проблемы умственной отсталости (ее социальные и экономические причины), журн. невр. и психиатр., т. 54, в. 2, стр. 137。
- Фрейеров О. Е. К вопросу о динамике олигофрений, журн. невр. и психиатр., т. 54, в. 2, стр. 147。
- Певзнер М. С. Дети-олигофрены, Изд. АПН РСФСР, М., 1959。
- Певзнер М. С. и Лубовский В. И. Динамика развития детей-олигофрений, Изд. АПН РСФСР, Москва, 1963。
- Сухарева Г. Е. К проблеме дифференциации олигофрений, Журн. невр. и психиатр., т. 61, в. 7, 1961。
- Дульнев Г. М. Актуальные вопросы работы с глубокочастотными детьми, Сб. «Обучение и воспитание умственно отсталых детей», Изд. АПН РСФСР, М., 1960, стр. 5—14。
- Панченко Н. В. Трудовая терапия больных олигофренией, Сб. «Обучение и воспитание умственно отсталых детей». Изд. АПН РСФСР, М., 1960, стр. 99。
- Ватажина А. А. Трудовое обучение умственно отсталых подростков в детских домах Сб. «Обучение и воспитание умственно отсталых детей», Изд. АПН РСФСР, М., 1960, стр. 76。
- Дульнев Г. М. и Лурия А. Г. Об отборе детей во вспомогательные школы, М., 1961。