

本文章已註冊DOI數位物件識別碼

▶ 腦性麻痺兒童的心理問題

Psychological Issues of Children with Cerebral Palsy

doi:10.29811/PE.196812.0007

心理與教育, (2), 1968

Psychology and Education, (2), 1968

作者/Author：郭為藩(Wei-Fan Kuo)

頁數/Page：76-86

出版日期/Publication Date：1968/12

引用本篇文獻時，請提供DOI資訊，並透過DOI永久網址取得最正確的書目資訊。

To cite this Article, please include the DOI name in your reference data.

請使用本篇文獻DOI永久網址進行連結:

To link to this Article:

<http://dx.doi.org/10.29811/PE.196812.0007>



DOI Enhanced

DOI是數位物件識別碼（Digital Object Identifier, DOI）的簡稱，是這篇文章在網路上的唯一識別碼，用於永久連結及引用該篇文章。

若想得知更多DOI使用資訊，

請參考 <http://doi.airiti.com>

For more information,

Please see: <http://doi.airiti.com>

請往下捲動至下一頁，開始閱讀本篇文獻

PLEASE SCROLL DOWN FOR ARTICLE



腦性麻痺兒童的心理問題

郭 為 藩

一、前 言

「人生而平等」這句名言只有在政治學或社會學上才具有意義，從生物學或心理學的角度看，天賦平等並不存在。人類承自先天的稟質，本來就參差不齊，自然的「恩賜」也是厚薄有別。單是腦性麻痺兒童這個現成的例子，就是確鑿的證據。他們絕大多數從降生於世，就有動作及心理功能的障礙，這些障礙不但妨害了他們身心的健全發展，生活經驗的擴增，而且由於缺乏社會的瞭解及教育的配合，無形中損失了許多個人應享的權利，長期承擔自然無情加予的負荷。

所謂「腦性麻痺」(英文：Cerebral palsy, 法文 l'infirmité motrice cérébrale) 係指一種腦神經中樞某些部位的功能癱瘓狀態，病狀固定而不演變，長期性而無傳染性，主要造成動作機能的障礙。(註一)

實際上，腦性麻痺具有多種類型，而病害程度亦輕重不一。有些學者認為「腦性麻痺」這概念就如同俗稱「肺病」一樣地含混而空洞。通常肺病這個名詞可指肺炎、肺結核、支氣管性氣喘或肺癌等不同的肺部疾患(註二)。E. Denhoff 及 I. Robinault 兩人則認為應將腦性麻痺視為「腦部功能紊亂的一叢症候」(syndromes of cerebral dysfunction)，因為腦性麻痺的病害部位雖是以動作機能為主，但每涉及其他感覺或心智功能，如斜視症 (Strabismus)、重聽、癲癇、語言障礙、智能不足等，有時也間接造成人格病態。他們又認為腦性麻痺的研討，應着重於「發展」的觀點，因為這種腦部傷害絕大多數在母體內、出生時或生後兩三年內造成，其病害造成中樞神經整個功能的偏異，所以其診療不但要注意到多方面的障礙事實，測定現前傷害的狀態，而且要隨着不同發展階段不時重新評估測定。(註三)

腦性麻痺兒童的問題近年來漸受學術界以及社會人士的普遍重視，最主要原因乃是在肢體傷殘的病例中，腦性麻痺所佔比例日趨重要。因為過去猖獗一時的小兒麻痺症，由於沙克疫苗的發明與應用而被阻遏，而腦性麻痺却因尙乏有效的防治措施，受害人數遙遙領先於其他病因。

我們知道腦性麻痺的成因多肇於產前，如(1)由於遺傳；像遺傳性顫動症 (Hereditary athetosis)、家族性震顫症 (Familial tremor)、家族性痙攣截離 (Familial spastic paraplegia) 等症多為遺傳性腦部發育不全 (Cerebral agenesis) 的結果；(2) 在母體內受病毒侵害，較常見的，如風疹 (rubella) 或因子宮內缺氧症 (Intrauterine anoxia)、產前腦部出血 (Prenatal cerebral hemorrhage)、彌因子 (RH factor)、新陳代謝失調 (Metabolic disturbances) 等等。也有許多腦性麻痺係因生產期間的意外造成，如(3) 缺氧症 (anoxia)，(4) 難產或鉗子分娩過程中對嬰兒腦部之傷害；有時也由於早生 (Prematurity) 或新生兒出血症所致。以上五種先天性病因約佔了五分之四以上的病例，很難適宜的預防。少數腦性麻痺患者則為後天因素所

造成，若（6）腦部的意外傷害，（7）幼兒期的傳染病害，像腦膜炎、腦炎、腦膿腫（Brain abscess）等，（8）氣體中毒以及贅生性病害，如腦瘤（Brain tumor）、腦部囊腫（Brain cysts）、腦內積水，（Internal hydrocephaly）、和腦積水等。（註四）即使是後天的病因，截至目前亦乏有效的防治措施，正是爲此，腦性麻痺的醫學研究，盛況空前。

除了醫學研究外，由心理學、特殊教育諸方面的探討也隨着發展。因爲腦性麻痺患者除了動作機能的部份癱瘓或損害外，連帶兼有其他感覺或心智功能的障礙，此等生理傷殘狀態當然構成了適應的嚴重困難，而其中牽涉到的心理問題則更爲複雜。邁近所謂「身因心理學」（Somatopsychology）正趨發展（註五），腦性麻痺的研究，可提供典型的例案。還有如何指導腦性麻痺兒童去適應其生活環境，又怎樣去克服各種可能的身心障礙，同樣構成了特殊教育棘手的課題。本文的撰述，只是在這新研究領域的開拓中，稍盡一分努力而已。

二、腦性麻痺兒童的生理障礙

腦性麻痺症所造成的傷害最主要的是動作機能的障礙，倘若依照癱瘓部位加以分類，可歸爲下列數種：（1）單手障害（Monoplegia）、（2）下肢障害（Paraplegia）、（3）單側障害（Hemiplegia 同側之一手一足癱瘓）、（4）四肢障害（Quadriplegia 手足皆癱瘓），至於障害的嚴重程度則視腦神經中樞受傷情形而定。

如果依障害性質分，最重要的有三類：

（1）痙攣型（Spasticity）

這類型的腦性麻痺是由於腦皮質動作中樞的受傷所致，其病徵爲肌肉僵直而收縮，並有不正常的伸張反射動作（Stretch reflexes），對刺激有過度敏感的反應，且由於通常大腦裏壓抑伸張反射的功能消失，所以每當痙攣型患者欲執行某種動作時，就被對抗肌（Antagonistic muscle）的自動攣縮所抑制。因此，這種患者的動作通常徐緩無力，且時爲無法控制的突發性抽動干擾着，因而快速而協調的動作變得很難。在腦性麻痺患者中約有百分之七十到八十屬於這一類。

（2）顫動型（Athetosis）

約佔腦性麻痺患者的百分之八到百分之二十。由於基層神經節（Basal ganglia）的受害，造成不由自主的顫動。在較嚴重的病況下，特別是情緒激動時，這種顫抖極爲突猛，再加以次數的頻多，竟至和有意動作相混雜。在較輕微病狀下，患者只顯得坐立不安，極不穩定。

（3）運動失調型（Ataxia）

由於小腦的損傷導致平衡感的破壞。這種病人走路時搖搖欲墜，無法做出快速、準確而協調的動作。這一類型在腦性麻痺患者中只佔百分之五。

除了以上三種外，尚有極少部份患者屬於（4）僵硬型（Rigidity）、（5）震顫型（Tremor）、（6）弛軟型（Atonia）、（7）混合型（Mixed）。

對於腦性麻痺兒童最殘酷的事實乃是在動作機能的障礙外，他們多數還兼有其他連帶性疾患，最常見的是視聽覺及語言障礙、癲癇和智力遲鈍等。

根據日本文部省調查三千七百四十七名腦性麻痺學童的結果，帶有視覺缺陷者（視力在 0.3 以

下者)有184名,約佔4.91%;聽覺缺陷者(聽力損失在50 db以上者),有95名,佔2.54%;語言障礙者(說話不清,不易為人瞭解者)佔1,343名,約35.84%;患有癲癇症者,有164名,佔4.35%;又智力遲鈍者(智商在70以下者)有1,298名,佔34.64%(註六)。這些數字似乎還比歐美國家的統計保守些。

連帶有視覺的障礙病例中,有一半以上係起於眼球轉動(Oculomotor)功能的損害,其中最常見的為斜視症(Strabismus)。據法國的統計,每四個腦性麻痺兒童中,就有一個患有斜視(註七)。

不少腦性麻痺兒童有聽力的部份損失。英國的調查統計,遠超過上引日本文部省的數字,佔百分之二十,美國的估計為百分之十一至四十一(註八)。這種重聽現象當然影響到患者的語言發展;另一方面,也可能由於語言器官肌肉的癱瘓,或因中樞神經系統理解功能損傷導致的失語症(Aphasia)。無論如何,該有半數以上腦性麻痺兒童在語言運用上有相當的困難(註九)。

三、關於智力測量的爭論

腦性麻痺因屬中樞神經系統的局部損傷,無疑的會連帶影響到心智的正常運用,構成智能遲鈍的問題。W. M. Phelps 從事這方面的研究最早,他發現約有百分之七十的腦性麻痺患者,其心智能力不受腦部障害的影響,也就是他們表現跟常人一樣的智力常態分配。不過餘下的百分之三十確係直接由於腦部損傷而導致智力障礙。(註一〇)

不過問題在於這些腦性麻痺兒童大多數都帶有視覺、聽覺或語言的障礙,在知覺與視動(Visuomotor)方面也有相當的困難,因此在通常測驗情境下,他們自然吃虧不少。不僅對於測驗的指示說明因其視聽覺的困難不易把握,同時由於語言表達與操作能力的限制,也使得測驗結果不易確定。因此現前一般智力量表常被部份刪節或更改以適用於不同類型及障害程度的腦性麻痺兒童。然而一種測驗原有其完整性,經過分割或變換,其效用價值難免要打折扣了。

可是問題的最主要關鍵還是在智力測量對於部份連帶性障礙過於繁重的腦性麻痺患者,究竟有無意義可言?因為一種智力量表所能測得者,只是受試者在測驗情境中的表現,然而腦性麻痺兒童由於受生理障礙的限制,再加上生活經驗領域的狹隘(由於長期住院治療或行動不便的原故),他們智力的效能與其潛能總有一段相當的距離,因而所得結果當然是低估的記錄了。另一方面,目前有些測驗人員却又鑒於受試者的特殊困難,難免矯枉過正,而有高估的傾向。兩者都未能確實顯示受試者真正的智力。因此,有些臨床心理工作人員乾脆不採用心理測量方法,而靠系統的觀察來評估腦性麻痺兒童的心理成熟程度,而以概括的描述代替計量的表示。

話說回來,心理測量所得的結果雖然已被各種障礙打了相當的折扣,不見得能代表腦性麻痺兒童智慧的實力或潛力,至少它却顯示受試者的學習或解決問題的能力。因為測驗中所面對於情境與實際生活中的學習情境,並無很大的差別。倘若受試者在測驗中受了生理障礙的束縛而未能充分的表現,那麼在實際問題情境中亦別無軒輊。何況目前業已出現不少特別適用於這些兒童的智力量表,像哥倫比亞心理成熟量表(Columbia Mental Maturity Scale)及瑞文氏推理測驗(Raven's Progressive Matrice)就是最好的代表。

平心而言，腦性麻痺兒童除了極少數確因障礙過於嚴重不便應用測驗外，若能採用較適用的量表，並以較謹慎而客觀的態度從事評估，智力測驗仍有其應用的價值。當然截至目前，測驗技術猶大有改進的餘地。此外，在通常量的評定外，若能兼採質的描述，或許更具診斷與預測的效用。

無可諱言的，目前盛行的智力量表，多數很難適用於腦性麻痺兒童。Arnfred 及 Jessen 曾試用過 171 種智力測驗，發現其中有百分之三十未便在通常方式下進行。這數目包括百分之三的測驗需要完全捨棄，百分之十二只有部份測驗 (Subtest) 可以使用，而另外百分之十五則須對測驗工具略加修改(註一)。這個研究，顯然是對一般腦性麻痺兒童而非單限病態嚴重者而言。Hohman 曾經選試千名以上具有抽樣代表性的腦性麻痺兒童，結果發現約有百分之五到百分之十根本無法利用任何測驗來衡量其智力(註二)。Miller 及 Rosenfeld 的研究顯示在其選試的三百三十名腦性麻痺兒童中，約有百分之二十連修改過的量表也無法應用(註三)。Cockburn 的報告指出在其研究的二百二十三名腦性麻痺兒童中，約有百分之二十到百分之二十五因語言障礙導致通常測驗的困難(註四)。Cruickshank 則採用修改測驗以適用於腦性麻痺兒童的辦法，在其千名的受試者中，約有百分之十五無法計算智商(註五)。

這些年來，在腦性麻痺兒童的智力研究這一方面已有長足的發展，應用較廣的量表計有五種，除了前述的哥倫比亞心理成熟量表及瑞文氏非文字推理測驗外，尚有都爾氏 (E. A. Doll) 所編的文蘭社會成熟量表 (Vineland Social Maturity Scale)，魏氏兒童智力量表 (Wechsler Intelligence Scale for Children 簡稱 WISC) 及雷特國際操作量表 (Leiter International Performance Scale) 等等，

A. Heilman 曾經比較五個較可靠的研究結果，列出一表，頗能顯示腦性麻痺兒童智力分配的情形，茲轉錄於下(註六)，此外 Nielsen 氏曾比較十四種研究結果，並列一表，亦具參考價值。

| | Miller 及 Rosenfeld | Strong 紀念醫院人員 | Asher 及 Schonell | Holoran | Heilman | 綜合結果 |
|-------|--------------------|---------------|------------------|---------|---------|--------|
| 受試人數 | 261名 | 90名 | 340名 | 133名 | 178名 | 1,002名 |
| 智力水準 | | | | | | |
| 心智缺陷 | 49% | 43% | 47% | 36% | 47% | 45% |
| 輕微遲鈍 | 25% | 30% | 28% | 38% | 30% | 30% |
| 平常或優秀 | 26% | 26% | 25% | 26% | 23% | 25% |

四、知覺與動作能力的研究

腦性麻痺兒童在知覺認知及視覺動作的配合運用上，每有困難的存在，可是却常為人所忽略。好在近年來已有不少研究發表，漸填補了這個缺憾。在已有的實驗研究中，Cruickshank 所設計的好特別出色。此地試加約略介紹，以窺這方面問題的一般情形(註七)。

Cruickshank 的研究對象是智力正常 (智商至少在七十五以上，智齡至少六歲以上)，年齡在六歲到十六歲的腦性麻痺患者，分為痙攣型及顫動型兩組，前者 114 名，後者 110 名，並與生理正常組 (210 名) 相比較。在第一種測驗中，受試者被蒙住雙眼，手摸三個放置於突起而有固定

形狀背景上的固定模型，然後再在紙上照畫出其形狀。結果發現腦性麻痺兒童在這種觸動測驗 (Tactual-motor test) 中，成績遠較正常組為低劣。雖則痙攣組又遜於顫動組，但兩組差距極為微小。另外一種測驗稱為石彈平板測驗 (Marble-Board Test)，在此測驗中，受試者要用小石球在不同平板上構築多種幾何模型。結果顯示兩組腦性麻痺兒童顯然無法擺出正確形狀，成績較正常組為差，而痙攣組的表現又遠較顫動組低劣。此外，在一種迷津測驗 (Maze Test) 中，腦性麻痺組與正常組的差距尤大。由 Cruickshank 這些形狀背景關係 (Figure-background relationship) 的研究，可以看出腦性麻痺兒童在知覺能力方面的障礙。所謂知覺，乃是「組織並解釋個人所受內在與外在刺激的過程。」(註一八)。因此，知覺純是腦皮質中樞對來自感官的刺激材料加以選擇、組織與統合的作用。一旦大腦受了損傷，就可能連帶發生影響。Cruickshank 的研究證明腦性麻痺兒童的知覺偏差主要在於將零散刺激組合成統整印象能力的損害，而與背景的影響關係較淺。因為個別刺激愈是孤立，個人愈難加以把握，所以患者雖能分別感受各個刺激，却難於將它們結合成一形像。

腦性麻痺的不同類型與知覺偏差頗有關連。痙攣型兒童在許多測驗情境中所以遜於顫動型，或許由於後者之腦皮質並未損及所使然。至於斜視症，雖然在腦性麻痺兒童中極為普遍，但實驗的結果並未能證明其與知覺偏差有何直接的牽連。

Cruickshank 亦注意到不少腦性麻痺兒童亦有歪曲的軀體形像 (Body image) (註一九)。除非兒童對自己身體不同部位及其間關係有一綜合而統整的印象，他將無法對外界形體之空間關係有確切的把握，往往為此導致知覺的偏差。可惜在此方面尚乏較有系統的實驗研究。此外，有關腦性麻痺兒童左右手偏用 (handedness 或 laterality, 有時亦稱優勢 dominance) 問題，也漸引起研究的興趣。

關於視動配合操作 (Visuo-motor Performance) 能力的研究也有不少。一般認為腦性麻痺兒童的視動運用同樣有困擾的現象。在實驗情境中，這些兒童通常無法良好地摹繪某些幾何圖形；這種困難並非由於其視覺或動作能力的障礙，而係因高級神經中樞作用的部份受損所致。Nielsen 曾經選試四十哥本哈根大學醫院治療中的腦性麻痺兒童，他們的智商都在七十五以上，實齡六至十三歲，經被施用班達氏視覺動作完形測驗 (Laurette Bender's Visual Motor Gestalt Test) (1938) 及高爾斯亭 (Goldstein) 與施勒 (Scheerer) 合編方塊測驗 (Cube Test) (1941) 後發現痙攣型受試對視動作業有困難者遠較正常者為多，同時視動能力的優劣似乎跟身體傷殘程度無直接關係，倒與腦性麻痺的類型頗有關連。此外，成績的優劣也跟實齡與智商的高低有關(註二〇)。

五、學習困難的癥結

既然有不少腦性麻痺兒童帶有視、聽覺及語言的障礙、智力的遲鈍、知覺的偏差或視動配合的鈍劣，這些缺點將會構成學習上的困難，也是顯而易見的。除此之外，腦性麻痺兒童猶有不少學習上的障礙，隨着這方面研究的進展而漸被揭露出來。

學習的內容主要是一些概念，可是腦性麻痺兒童在概念形成 (Concept formation) 方面跟其他腦部損傷病人一樣，有其困擾的存在。早在二十餘年前 Goldstein 對於腦部傷害成人缺乏抽

象及複雜概念形成能力之研究，業已引起學界的普遍重視。後來，Strauss 與 Werner 推廣這種研究於腦傷兒童，發展出目前頗為盛行的分類測驗 (The Sorting Test)，使受試者將擺在面前的許多不同性質、形狀、色彩、大小的物品加以歸類；此外亦應用圖物測驗 (Picture-Object Test)，使受試者選配適合於圖畫中情境的物品(註二一)。由這些研究發現腦傷兒童較少依照物件的功能或其相似性歸類，却專注於無關緊要的細節或不尋常的特質。Strauss 及 Werner 評論其實驗結果說，腦傷患者在概念形成或知覺上的病態，乃由於(1)分心(Distractibility)；也就是 Goldstein 所謂對刺激的強迫性反應，他們總是不由自主地對環境刺激加以注意，同時着眼於跟全局毫無關連的瑣目細節；(2)病態性的專注(Pathological fixation)；此蓋由於他們無法移離業已注視到的細節而固執地繼續探求進一步的關係；(3)分離的傾向(Dissociative tendencies)，他們難以對刺激加以統整的知覺，因而無法把握一種較廣潤與普遍化的關係。

對學習的另一干擾便是腦性麻痺兒童的不穩定性。Bakwin 發現腦傷兒童的最顯著特質乃是其動作過敏性(Motor hyperactivity)(註二二)，他們無休止地亂動，摸摸弄弄週遭的物體，同時注意力亦渙散，衝動而缺乏自制。Botta 指出腦性麻痺兒童注意力的維持為時很短，興趣中心也不時變移，他們對外界的刺激常有過敏的反應(註二三)。此外，腦性麻痺兒童也較易疲倦(Fatigability)，有時還兼有情緒上的困擾，更加深上述的病徵。

Nielsen 在其丹麥腦性麻痺兒童的實驗中曾經就學習效能 (Learning efficiency) 做了一個有意義的研究。他所應用的測驗工具是剛去世不久的瑞士日內瓦大學教育科學研究院教授 André Rey 的迷津測驗。它包括四個十四公分寬的正方形平板，平板上各釘有九個小木樁，列成三排，各板上的木樁中只有一樁係釘牢於板上，其餘則僅加銜接，可以輕易拔去。所有木樁形狀一樣，無法辨識。測驗時受試者應指出各板上那個木樁係釘牢着，經過一段嘗試錯誤的學習後，受試者漸學得答案，並領悟此四平板釘牢木樁組成的“Y”狀完形關係。測驗的結果顯示此種迷津的學習(1)正常者學習較快，且隨着實齡增大，嘗試錯誤的次數遞減；(2)智力遲鈍者學習較慢；(3)腦性麻痺兒童一般說來需要較多次數的嘗試，其中且有人從未能學會迷津；(4)情緒困擾者的學習曲線極不規則；(5)痙攣型患者的成績特別低劣，學習曲線亦很不規則，且較易遺忘(註二四)。

Rey 的迷津測驗包括記憶、注意、時間與空間導向(Temporal and Spatial orientation)、耐心(Perseveration) 諸因素，皆為學習過程中所不可缺者。腦性麻痺兒童在這方面的相對低劣性，亦可顯出其教育上的特殊困難。

六、肢體傷殘與心理障礙

生理傷殘狀態對於人格發展的影響，五、六十年前艾德勒 (Alfred Adler) 曾已有過精闢的分析，在他的成名作「器官低劣與其心理補償的研究」(1907年)一書中，他已替現今漸趨流行的「身因心理學」(Somatopsychology) 奠定了很好的理論基礎。單就腦性麻痺的情形來說，我們不難發現這種肢體傷殘狀態很容易會導致某些心理上的障礙，妨害其生活適應與人格的健全發展。這些心理障礙大致可歸納為四點：

- (1) 孤立的狀態：腦性麻痺兒童的孤立不僅是物理空間上的——由於雙腿癱瘓以致無法行動

自如，活動的範圍當然較為狹隘；何況有些病童還長期住院治療或休養，所接觸的生活領域自然也有限；另一方面，這種孤立狀態也可能是心理空間的，一般腦性麻痺兒童由於感官的缺陷或知覺的偏差，所獲得的經驗非但比較貧乏，且時有謬誤。加上他們在語言表達上的困難，大大妨害了他們與別人的情意交流，因此在精神上乃有孤立之感。

(2) 自我的貶值：艾德勒曾經指出，生理缺陷的人普遍有一種自卑感。其實，自卑感未必然是每個傷殘者的人格特質。可是無可諱言的，許多腦性麻痺兒童由於其長期的依賴狀態（依靠他人料理日常生活雜務，病狀嚴重者連洗滌、用餐、上廁亦須靠人扶持），難免會有一種無能為力的薄弱感，自然地會自慚形穢，自覺卑屈。何況，這些兒童又經常處在挫折狀態中，他人好奇的注視、冷眼與取笑，甚至不合宜的同情，都時時觸及傷處，打擊其自尊心。此外，在許多團體活動中，他們由於生理缺陷所受的限制，在職業競爭中所居的劣勢，都足以加重其自卑的心理。

(3) 前途的憂慮：腦性麻痺兒童由於其長期依賴別人的扶持，處處乞助於人，所以內心時時感受一種缺乏安全感的焦慮，深恐別人嫌惡而遺棄之。因為他們也深知自己這種無能為力的狀態對別人是精神及經濟上一大負擔。有時當他們稍受看護者的冷落或遺忘，每無法自制而發脾氣，可是過後又覺內疚，遂更加深其被遺棄的憂慮。另一方面，腦性麻痺兒童每有一種獨立恐懼症，怕離開家庭，離開父母而失依靠。這種焦慮隨着年紀的增大而加深，到了青春期的尖銳化；因為到這時他們還考慮將來職業、婚姻或個人健康的問題，前途茫茫，不可預付，其慌亂自可推知。

(4) 偽裝的煩惱：在目前的社會觀念裏，生理傷殘通常代表一種個人的貶值，即使不受別人的蔑視，傷殘者本人亦往往自慚形穢而盡量想要掩飾這種弱點。很多傷殘程度較為輕微的人每以常者自視，不願屈居於傷殘人羣中，這些人可說是處在一種重疊的社會身份 (Overlapping Social status)，就像有些邊緣種族（如黑白混血兒在美國社會），雖被視同少數集團 (Minority group) 一流，却不甘自居於被歧視的一羣，而自認屬多數集團 (Majority group) 一樣，因而在行動上處處表現對正常者的認同 (Identification)。可是他們這種掩飾生理缺陷的努力，偶而也難免有尷尬場合，會有被發現之虞。所以他們經常專心貫注於偽飾、警衛，心理上經常處在緊張狀態，以防被揭露。有時馬脚露現，則羞恥不已，為此增添了無限煩惱。

上述四點只是腦性麻痺兒童可能會有的心理障礙。我們非常贊成 Wright 女士的話，她認為生理傷殘對個人的心理生活有深重影響，不過它與某些人格特質之間却不見得有直接的關連(註二五)。

七、自我觀念的探討

腦性麻痺患者的人格結構及其與生活適應的關係乃是一個很有研究價值的領域，可是問題在於我們傳統應用的那些人格測驗工具，不管是問卷法或投射法，有很多對這一羣語言表達有困難的人並不很適用，特別是兒童為然。例如羅夏投射測驗或兒童統覺測驗 (CAT) 等有效的工具，對某些語言障礙較重的人就不便應用。有些自我評定的問卷也每因問題過於繁雜，不能施用於這些極易疲倦、無法維持較久注意力的兒童。筆者曾經利用法國巴黎大學兒童心理實驗中心編訂的「個人品質層次化測驗」(L'Épreuve de hiérarchisation des qualités personnelles) 對巴黎的 Bicêtre 醫院 Tardieu 醫生所診療的十五名病情輕重不一的腦性麻痺兒童進行自我觀念的初步研究(註二六)。

這些兒童年齡在十歲至十六歲之間，智力均屬正常，其中一半以上有顯著的語言障礙，約有五分之一兼有斜視症。

這個測驗的器材只包括十五張小硬紙片，每張紙片上印有一個人格品質。這十五個人格品質是(1)強壯、(2)好學生、(3)與父母和諧相處、(4)勇敢、(5)對他人的困惱富有同情心、(6)有禮貌、好教養、(7)能自己解決難題、(8)聰明、(9)坦爽誠實、(10)雙手伶巧、(11)工作勤奮、(12)乾淨整齊、(13)樂意助人、(14)外表好看、(15)與同學良好相處。

這個測驗所要探討的兒童自我觀念包括三方面：(1)個人價值體系，(2)現在我 (le Soi actuel) 的影像(3)理想我 (le Soi idéal) 的影像。因此，測驗的過程亦分三部份：在測驗開始時，由主試先向受試兒童約略闡釋各個品質的確切意義，然後要受試比較這些品質的重要性，選出五種特別重要的品質並依其重要性的程度加以序列；接着再令受試選出五種比較不重要的品質，照樣加以序列；最後令其將餘下的五個品質（亦即重要性介在第六位至第十位者）加以序列；如此構成的品質層次乃代表個人價值體系。第二部份方法依舊，不過這次係要求就個人最具備的品質及最不具有的品質加以挑選序列，如此亦形成一現在我的品質體系。第三部份則要求受試就個人最希望具有和比較不熱切希望具有的品質加以選出序列，這樣所形成者，乃是理想我的品質體系。

總括說來，這種個別測驗無論是施行技術或受試做法都相當簡單，每次測驗亦僅需半小時，且不需冗長的指示或說明，主試將排列結果記錄，再與常模比較就行。所得資料的分析有多種方式：

(1) 腦性麻痺兒童品質序列與正常兒童所成常模的比較：在這方面可以發現(甲)傷殘兒童對於某些與身體特別相關的品質，如「強壯」、「能自己解決難題」、「雙手伶巧」、「外表好看」等特別敏感，盡量設法避開，不加理會挑選，以免觸及內心創傷，因為這些品質正逕指其本身由於腦性麻痺而導致的弱點。(乙)傷殘兒童與父母關係並不融洽。在第一組排列(品質之客觀重要性)中，「與父母和諧相處」這品質的位次極高，到第二組排列(自己最具備之品質)則排次極低，到第三組排列(最希望具有之品質)却又升高。關於此點的原故將於後面做較詳盡的討論。(丙)傷殘兒童常把某些與身體無關的品質抬高其評價，如「聰明」、「對他人的困惱富有同情心」、「有禮貌、好教養」、「勇敢」、「樂意助人」、「坦爽誠實」等等。這種事實正與 Dembo 和 Wright 的理論相符，即他們所謂「貶低身體品質之價值」(Subordinating physique)，藉着價值體系的調整，以求更能「自我接受」(Self-acceptance)。(註二七)

(2) 第二種比較方式是將腦性麻痺兒童依其病態的輕重，分成兩組，比較其品質序列。結果發現傷殘程度輕微者，其序列並不比傷殘較重者更接近常模。這種結果與第三種比較方式相印證——亦即將腦性麻痺兒童依其對醫院生活的適應情形分成良好適應與不良適應兩組，並加比較，所得結果可以證實 Elsa Miller 的說法：傷殘程度較重的兒童反而比輕微者少有不良適應的現象。

(3) 第四種比較方式是採取個別的研究，由比較各品質在第一組(客觀的重要性)與第二組(自我的評定)中的位次，可看出補償性的適應結構，將自身具有的品質看得特別重要。由比較各品質在第二組與第三組(希冀佔有的品質)序列的位次，可看出現在我觀念與理想我觀念間的差距，進而看出自我接受的程度。(顯然的，自我接受與生活適應的優劣有密切的關係。)最後，由第一組與第三組位次的比較，可看出受試對價值認識的客觀性，有時從答案中亦可窺出受試的自我

防衛結構，例如認為重要的品質，自己反而不願去佔有。

總之，這種測驗雖然進行起來很簡便，但是獲得的人格心理資料却是非常豐富。

八、父母態度的分析

前面曾經提到，腦性麻痺兒童與父母的關係，一般說來並不十分融洽，其中最主要原因可能跟這些兒童經常性或長期性住院有關，因而與家庭的關係漸為疏淡；另一方面則可能由於父母的排斥所致。許多腦性麻痺兒童，受其父母的厭棄，其理顯然。正如 Nielsen 的看法，大多數父母都盼望有一個健康、聰明而俊秀的小孩，腦性麻痺子女對他們儼然是一個很大的打擊，不僅增加他們經濟上與精神上的長期負擔，而且毀滅了他們的美好夢想（註二八）。還有些學者認為兒童的活動敏感性（hyperactivity）、浮躁衝動、情緒不穩、亦是造成父母厭棄的原因。

有些父母常將傷殘子女的降生當作一種上天加予的懲罰，因而深覺內疚。他們的子女也為這種罪疚感所傳染，更加不安，終至自暴自棄。有時父母因對傷殘子女深覺歉疚，變成過度的保護（overprotection），加以姑息縱容，反而妨礙其子女在情感上與生活上的獨立。

傷殘程度輕微者反而較深重者多有不良適應現象也可以從父母的態度來解釋。常常做父母們的事業雄心盡寄於其子女一身，而漠視其障礙所造成的特殊困難，而有過度的要求或不切實際的期待，傷殘較重者則可避免這種情形。許多腦性麻痺兒童因永未能達成父母的期望水準（Level of aspiration）而時時遭受挫折，永遠感受心理壓迫，最後在絕望的掙扎中轉變成爲對父母的敵視與反抗，此舉可能導致與父母苛求的循環性惡化反應（Vicious circle），演成不適應現象。

腦性麻痺兒童的家庭關係直接影響到他的生活適應。因爲傷殘兒童只有被其週遭的人所接受，兒童也才能接受其自身。可惜這方面的實驗研究頗感缺乏，較系統的，有 Cockburn 的研究。他曾經評定二百餘蘇格蘭腦性麻痺兒童的家庭，研討這些家庭對兒童心身健全發展的適合性（Suitability），其評量標準爲：感情的溫暖與充足的照顧，瞭解並協助兒童克服其障礙，助成兒童（行動上，感情上及生活上）的獨立，供給心智刺激的環境。調查的結果發現有四分之三的家庭尚能滿足兒童的基本需要，在被列爲不適合的四分之一家庭中，主要的缺點爲對生理障礙的缺乏瞭解，未能加以接受，不充分的環境刺激，缺乏父母的照顧，阻礙子女的獨立，而約有百分之十的兒童未能得到充分的照顧，這些兒童大多來自貧困的下層社會家庭（註二九）。

關於獨立的問題，也會引起心理學者的討論。有些父母對獨立的意義未有正確的認識，常矯枉過正，而不肯給傷殘子女必要的協助，以致兒童頓覺失去精神上的支持，誤解爲父母的厭棄。有些心理學者如 Wright 認爲傷殘兒童需要一段較正常兒童爲長的依賴期。如果父母因顧慮過度保護而致剝奪了對兒童的額外支持與協助，那將是益少弊多。「當獨立實質上變成父母行爲的最高指標時，在情感安全上的損失當是難以計數」（註三〇）。

九、結 語

所謂特殊教育乃是協助特殊兒童或青少年瞭解並克服其適應上困難的一種教育方式。以腦性麻痺兒童的情況來說，他們適應上的困難，便是那些生理上、心理上以及社會上的種種障礙。我們要

做好腦性麻痺兒童的教育工作，最重要的，便是瞭解這些障礙的性質，同時進一步去克服它。本文所述，只是針對目前在這方面的努力試做一番探查與檢討，將諸項有待研究的問題，試加評論。無可諱言的，腦性麻痺兒童的心理研究，截至目前仍很貧乏，國內在這方面的研究工作，亟待着手。腦性麻痺兒童各種障礙的認識，不僅牽涉到這些患童的教育工作，同時在純學理方面亦有其深鉅的價值。這是「身因心理學」(Somatopsychology)的入門要徑，同時也是「適應心理學」(Psychology of adjustment)的最好範例。

附 註

(註一) 關於腦性麻痺的定義，醫學上頗不一致。本文係採 Stéphane Thicffry 的概念，參見法國 *Réadaptation* 月刊 No. 104: *Réadaptation des infirmes moteurs cérébraux*, Nov. 1963, p. 9.

(註二) 見 Helle H. Nielsen: *A psychological study of cerebral palsied children*, Copenhagen, Munksgaard, 1966. p. 43

(註三) 見 Eric Denhoff and Isabel Pick Robinault: *Cerebral palsy and related disorders, a developmental approach to dysfunction*. N. Y. McGraw Hill, 1960.

(註四) 此處所列係參照 American Academy for Cerebral Palsy 的病源分類。

(註五) 關於這門學問的內涵，參見 Lee Meyerson 所寫 *Somatopsychology of physical disability*, 集於 William M. Cruickshank Ed.: *Psychology of exceptional children and youth*. 2nd ed. Prentice-Hall, 1963. 第一章

(註六) 見日本文部省編：肢體不自由教育の手びき(下)1966年，日本肢體不自由兒協會發行。

(註七) 見 Ncëlle et Pierre Potta: *L'éducation thérapeutique des enfants infirmes moteurs cérébraux*. Paris, Dargaud, 1958, p. 17.

(註八) 見同註三 p. 67.

(註九) 見 R. M. Allen and T. W. Jefferson: *Psychological evaluation of the cerebral palsied person*, Springfield, Thomas, 1962, 及同註一 p. 49, Tardieu 的統計

(註一〇) 同註二 p. 51.

(註一一) 同註二 p. 58.

(註一二) 同註二 p. 58.

(註一三) 同註二 p. 58.

(註一四) 參見 J. M. Cockburn: *Psychological and educational aspects*, 集於 J. L. Henderson, Ed.; *Cerebral palsy in childhood and adolescence*, London, Livingstone, 1961.

(註一五) 參見 W. M. Cruickshank and H. V. Bice: *Personality Characteristics* 集於 W. M. Cruickshank 及 G. M. Raus. Eds.: *Cerebral palsy. Its individual and community problems*. Syracuse Univ. Press, 1955.

(註一六) 轉見 W. M. Cruickshank, Ed.; *Psychology of exceptional children and youth*, 2nd ed., Prentice-Hall, 1963, p. 344.

(註一七) 參見同註一六 pp. 352-356 及 W. M. Cruickshank & others: *Perception and cerebral palsy, studies in figure-background relationship*, N. Y. Syracuse Univ. Press, 1965.

(註一八) 參見 D. H. Russell: *Childrer's thinking*, Boston. Ginn, 1956.

(註一九) 同註一六 pp. 316-320.

(註二〇) 同註二，第七章

(註二一) 同註二 p. 28.

(註二二) 見 H. Bakwin, *Cerebral damage and behavior disorder in children*, *J. Pediat*, 1949,

34, pp. 371-382.

(註二三) 同註七 p. 56.

(註二四) 同註二，第八章

(註二五) Beatrice A. Wright, *Physical disability—a psychological approach*, N. Y. Harper, 1960, p. 374.

(註二六) 參見 Kuo Wei-fan, *La dynamique de l'affirmation de Soi en réadaptation, Contribution à l'étude de la pédagogie curative*, Paris, Faculté des Lettres et Sciences Humaines, Thèse, 1967, pp. 282-309.

(註二七) 同註二五 p. 108.

(註二八) 同註二 p. 93.

(註二九) 參見同註一四

(註三〇) 見同註二五 p. 308.

PSYCHOLOGICAL ISSUES OF CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY

WEI-FAN KUO

ABSTRACT

Cerebral palsied children present a variety of problems in adjustment on the ground that the handicaps resulted from their neuromuscular damages are complexes. The present article attempts to investigate some of the research findings concerning the psychological problems aroused from the cerebral palsy, with a view to getting better understanding about the relationship of the cerebral dysfunction to others disturbances on the one hand and the impacts of physical handicaps to the socio-affective adjustment on the other.

The following aspects of psychological implication of the cerebral palsy have been examined:

- (1) The neuro-motor disability and its related disorders;
- (2) Some controversial conceptions about the intellectual assessment of cerebral palsied;
- (3) The involvements in the visuo-motor perception;
- (4) The consequent handicaps on learning-efficiency;
- (5) The impacts of orthopedic disability on social adjustment;
- (6) The evaluation of the Self-concept and the acceptance of handicaps;
- (7) The analysis of the parent-child relationship.

In addition to a brief discussion on the difficult assessment problems of these motor-sensual handicapped children, the author presents a summary of his pilot research on the self-acceptance and the related defense mechanisms of the cerebral palsied children in Paris. The finding is that the physical handicaps do not necessarily determine the maladjusted behavior, however, a certain reorganization of the value-system on behalf of their self-structure is, in most occasions, happened.