

# Psykologisk diagnostik av mentalt efterblivna<sup>1)</sup>

Av fil. o. med. kand. *Hans Olof Åkesson*, Lund

## Introduktion

Vid diagnostik av mentalt efterblivna intar psykologiska tests en framskjuten plats. Från Skandinavien har endast ett fåtal arbeten utgivits, som berör problem i samband härmed. Då författaren sedan ca tre år är sysselsatt med en medicinsk genetisk fältundersökning av mentalt efterblivna, där diagnostiken ej enbart grundar sig på en klinisk bedömning utan även på psykometriska tests, kunde det kanske vara av ett visst värde att summera några i samband härmed vunnna erfarenheter och erhållna resultat. För att kunna beskriva behovet av psykometriska tests vid diagnostik av mentalt efterblivna och för förståelsen av psykologens arbetsfält fordras dock först en diskussion kring själva begreppet mental efterblivenhet.

## Definitioner av mental efterblivenhet

Två grundläggande fakta måste först framhållas:

I: mental efterblivenhet är inte en enhetlig sjukdom utan ett symtom, som kan förekomma vid en mängd olika tillstånd.

II: mental efterblivenhet kan indelas i två klart skilda grupper, nämligen dels i en "fysiologisk" grupp, dels i en "patologisk" grupp.

Punkt I förklarar varför man har både en etiologisk och en psykometrisk diagnos. Den etiologiska eller medicinska diagnosen är av mångskiftande natur (jämför nedan), den psykometriska är ett mått på graden av mental efterblivenhet och indelas traditionellt i grupperna idioti, imbecillitet och debilitet. De två förstnämnda, enligt anglosaxisk litteratur grovt motsvarande lågstående eller obildbara, den sistnämnda motsvarande högstående eller bildbara mentalt efterblivna.

Mental efterblivenhet är alltså ett symtom, som kan indelas efter graden i olika grupper. De kri-

terier, som kommer till användning vid en sådan gradering, har växlat från tid till annan, från land till land.

Innan man hade psykologiska tests att tillgå, grundade sig bedömningen på en enbart kliniskt ställd diagnos. Då sedan de s. k. intelligenstesten byggdes ut, fann man i dessa ett graderingsinstrument och på vissa håll kom man att övergå till enbart sådana. Under de följande decennierna kom en reaktion mot detta, man ansåg att man dittills tagit för lite hänsyn till den sociala mönadens betydelse, något som kanske mer tillgodosetts förr, då man arbetade blott kliniskt.

Även nu gick man på sina håll till överdrifter, speciellt i England och grundade sin gradering på enbart den sociologiska aspekten. Sålunda kan man än i dag finna normalbegåvade psykopater på sinnesslöanstalter i England.

Medvetandet om denna osäkerhet och olikhet i gradering av mental efterblivenhet kom att leda fram till en strävan efter en mera enhetlig definition. Dr Rick Heber, USA, fick så i uppdrag av American Association of Mental Deficiency att utarbeta en norm för klassificering så beskaffad, att den skulle kunna begagnas internationellt. Resultatet härav blev givetvis en syntes av tidigare kriterier. Definitionen blev enligt författarens åsikt mycket lyckad och som bevis härför har den redan godtagits och använts i mer än 2/3 av USA och överensstämmer helt med den som används i England (*Heber*, 1960).

Dr Heber besökte Skandinavien efter den stora internationella kongressen i London i juli 1960 och propagerade för sin klassifikation och det vore säkerligen mycket lyckligt ifall denna kunde införas i Norden.

Denna definition lyder sålunda: "Mental Retardation refers to subaverage general intellectual functioning which originates during the developmental period and is associated with impairment in one or more of the following (1)

<sup>1)</sup> Från Genetiska Institutionen, Lunds universitet.

maturation, (2) learning, and (3) social adjustment." (*Heber*, 1959.)

Heber har vidare utarbetat en etiologisk klassifikation, men att här redogöra för denna, faller kanske utanför ämnet. I stället vill jag ägna en kommentar till punkt II.

Penrose kunde genom sammanställande av egna och andras data påvisa, att de mentalt efterblivna tillhörde två olika grupper (*Penrose*, 1954). En "fysiologisk" form, som blott utgjorde minsdelen i en normalfördelningskurva av intelligensen, en "patologisk" form som föll utanför normalfördelningen. Den "fysiologiska" gruppen motsvarar i stort sett vad man i Sverige kallar bildbara sinnesslöa, den "patologiska" de s. k. obildbara sinnesslöa. En rad bevis för att så är fallet kan erbjudas, men ur Penroses arbeten må blott tre huvudargument framhållas.

a) Om alla mentalt efterblivna lät sig härledas ur en normalfördelning skulle man finna utanför gränsen — 2 standardavvikelser 2,3 % och utanför — 3 standardavvikelser blott någon enstaka. Ur tabell 1 framgår, att blott gruppen debila motsvarar denna fördelning och signifikant fler imbecilla och idioter finns än vad man skulle vänta.

Tabell 1.

Lower Limits of the Distribution of Intelligence In the General Population.  
(Ur *Penrose*, *The Biology of Mental Defect* 1954)  
(Age Group 10—14 years)

|               | Observed<br>Defectives<br>Percentage | Normal Gaussian<br>Distribution<br>Prediction<br>Percentage |
|---------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| Feeble-minded | 2.26                                 | 2.23                                                        |
| Imbecile      | 0.24                                 | 0.04                                                        |
| Idiot         | 0.06                                 | 0.00                                                        |
| Total         | 2.56                                 | 2.27                                                        |

b) Om man studerar den etiologiska bakgrunden till dessa båda grupper, finner man helt olika uppkomstmekanismer. Den "fysiologiska" formen orsakas i huvudsak av "multiple genes" med ringa miljöinflytelse, den "patologiska" formen dels av sällsynta "single genes", dels av rena miljöfaktorer (prenatala infektioner, förlös-

ningsskador, postnatala infektioner o. s. v.). (Se tabell 2).

c) Vid sociologiska studier av mentalt efterblivna har man visat att den "patologiska" gruppen rekryteras ur alla samhällsklasser, medan den "fysiologiska" gruppen nästan uteslutande kommer från de lägsta samhällsskikten. (*Penrose*, 1954, *Mullen och Nec*, 1952, *Sabagh*, *Dingman*, *Tarjam* och *Wright*, 1959).

Anledningen till att dessa grundläggande fakta relativt ingående behandlats, beror på att kännedom om dessa utgör en förutsättning för förståelsen av psykologens verksamhetsområde i diagnostiken.

#### Allmänna synpunkter på testning av mentalt efterblivna

Vid testning av mentalt efterblivna ställs undersökaren delvis inför andra problem än vid testning av normalbegåvade.

Vad beträffar adaptionen till testsituationen är denna ej svår att frambringa vid testning av mentalt efterblivna, vilka är mycket lätta att stimulera till att göra sitt bästa och att intressera för testningen. Detta gäller i synnerhet för de högt stående oligofrena, där man ganska lätt framkallar "oligofren förtjusning."

Vidare störs testresultatet relativt sällan av emotionella faktorer och kravet på miljö i undersökningssituationen är förhållandevis ringa.

Koncentrationsförmågan är starkt nedsatt och uttrötbarheten ökad hos mentalt efterblivna vid intellektuellt arbete. Dessa svårigheter är speciellt framträdande vid testning av lågt stående sinnesslöa, d. v. s. i den "patologiska" gruppen. En möjlighet att undvika denna svårighet är att utföra testningen i två seanser, en annan möjlighet är att begagna enbart snabba tests. Vid studium av litteraturen på området finner man just en strävan efter kortare tests (se nedan).

De intelligenstagstest som står till buds i Sverige för individualtestning av mentalt efterblivna är i stort sett följande: Terman-Merrill form L, Raven Coloured Progressive Matrices, CVB-skalan, Goodenough Intelligence Test, Point Scale och Bühler-Hetzer.

*Tabell 2.*  
The Two Main Groups of Institutional Cases of Mental Defect.  
(Ur Penrose, The Biology of Mental Defect 1954)

| Group                                    | I                                                                                                    | II                                                                                                           |
|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Degree of Defect                         | Mild                                                                                                 | Severe                                                                                                       |
| Incidence of group in general population | Common: 2 per cent                                                                                   | Uncommon: 1/4 per cent                                                                                       |
| Proportion of group institutionalized    | Few: 3 per cent                                                                                      | Many: 25 per cent                                                                                            |
| Sex incidence                            | Females predominate                                                                                  | Males predominated                                                                                           |
| Psychological classification             | High grade, simpleton, moron, feeble-minded (modal IQ about 57)                                      | Low grade, imbecile, idiot (modal with IQ about 17)                                                          |
| Predominant medical classification       | Physiological, acinical, residual, associated with behaviour disorders                               | Pathological, clinical, associated with physical malformations                                               |
| Mental capacity in absence of disease    | Subcultural                                                                                          | Normal                                                                                                       |
| Biological classification                | Fertility normal or increased                                                                        | Infertile                                                                                                    |
| Traditional view on causation            | Hereditary, primary, endogenous                                                                      | Environmental, secondary, exogenous                                                                          |
| Status of relatives                      | Parents, brothers and sisters rather frequently defective but not sharply distinguished from normals | Parents rarely defective, brothers and sisters occasionally defective and sharply distinguished from normals |
| Typical hereditary causes                | Common genes: multiple additive genes                                                                | Rare genes: specific recessive genes                                                                         |
| Typical environmental causes             | Deprivation: cerebral disease or injury in childhood, antisocial environment                         | Pre-natal maternal influences, cerebral disease or injury in very early life                                 |
| Aims of treatment                        | Special education, socialization                                                                     | Elementary training, nursing                                                                                 |
| Physical measurements                    | Means and variabilities within normal range                                                          | Means below normal, increased variabilities                                                                  |

Vad beträffar tests som mäter social mognad är kravet på standardisering på svenskt material absolut. Det enda test som uppfyller detta krav är Vineland Social Maturity Scale.

Ovan uppräknade tests är blott i mycket ringa grad anpassade och standardiserade för svenska förhållanden.

Den kommande psykologiska forskningen måste oundgängligen utarbeta normer, som kan gälla för det egna landet. Vidare måste standardiseringen grunda sig på ett material hämtat ur en totalbefolkning. Att enbart utföra standardisering på institutionaliserade oligofrena är olämpligt, då detta material ej är representativt för hela gruppen. Detta faktum inses lätt om man betän-

ker att ungefär blott 1/4 av alla oligofrena är officiellt registrerade och att ett flertal selektiva mekanismer verkar vid institutionalisering.

I en fältundersökning av mentalt efterblivna utförd i 10 sydsvenska landsbygdskommuner har författaren insamlat ett material av mentalt efterblivna, där diagnostiken baserats på såväl kliniska data som psykologiska tests. Även om inga generaliseringar kan göras ur detta i vissa aspekter begränsade material, kan kanske en del tendenser utläsas och vissa impulser erhållas. Författaren har dock framförallt ansett det vara befogat att sammanställa och redovisa detta material, enär ett svenskt dylikt enligt författarens kännedom aldrig tidigare redovisats.

I 10 skånska landsbygdskommuner med en totalbefolkning på 7.533 individer har uppgifter om ca 10 % av befolkningen införskaffats, varvid huvudparten undersökts av författaren personligen. Det är ej meningen att här närmare redovisa hela detta material, utan blott företaga en analys av delar av detsamma, för att kunna belysa sambandet mellan de i undersökningen ingående individualtesterna.

Huvudmaterialet har bl. a. försäkrats via undersökningar med Terman-Merrill form L, Raven Col. Prog. Matrices, Goodenough Draw a Man samt Vineland Social Maturity Scale. De allra flesta testningarna har utförts i hem och i skolor ute i kommunerna. Att genomföra en hel undersökning med alla fyra testen har krävt en tid av 3—4 timmar, varför som regel testningarna utförts i två eller flera seanser. Då de i testbatteriet ingående testen förutsättas vara kända, kommer ej någon beskrivning att lämnas, blott en kort kommentar till detta specifika material.

### a) Terman-Merrill form L.

Detta är utan tvekan det bästa test, som finns att tillgå i Sverige för testning av mentalt efterblivna. Till skillnad från de flesta andra tests finns ingen nedre gräns för dess användningsområde, utan det kan med fördel brukas både på den "fysiologiska" och den "patologiska" typen av mental efterblivenhet.

Man anser, att detta test ej tillräckligt differentierar för normalbegåvade vuxna, men i likhet med Goodenough Draw a Man, finner man en god differentiering bland retarderade vuxna. Terman-Merrill form L är dock ett test, som tager ca 1 timmas tid att utföra och som en strävan att nedbringa testningstiden, har testen begagnats även i en "avkortad" form, vilken enligt utländska arbeten har god korrelation med den oavkortade (Kvaracens, 1940, Brown, 1942, Shotwell och Mc Culloch, 1944, Birch J. W., 1955).

### b) Raven Coloured Progressive Matrices.

Detta test är utarbetat speciellt med tanke på subnormalbegåvade individer. En av testets stora fördelar är dess förekomst i färg, vilket gör att intresset för detsamma hos testobjektet lätt sti-

muleras. Testet kan med fördel användas på högt stående efterblivna och på den bättre hälften av lågt stående sinnesslöa. Man kan grovt säga att dess användningsområde sträcker sig ungefär nertill IQ 35—40. Raven Col. Prog. Matrices är lätta att administrera och lätta att värdera. Testtid 15—20 minuter. Bland testets svagheter skall nämnas, att det är ganska specifikt och att det är ytterst ringa standardiserat. För åren 11—65 år finns inga normer för individualtestning och olika standardiseringar på skilda material har gett olika fördelningar (Green och Ewert, 1955). Här föreligger ett stort behov av åtminstone en nordisk standardisering.

### c) Goodenough Intelligence Test.

Många studier har visat att detta enkla test är ett utmärkt komplement till de övriga. Testet är egentligen utarbetat för barn i skolåldern, men kan liksom Terman-Merrill form L med fördel även användas på vuxna retarderade (Yepson, 1929, Berdie, 1945, Birch, 1949, Tobias och Gorelick, 1960). Testtid 10—15 minuter. Ungefär samma användningsområde som Raven Col. Prog. Matrices. Tilläggas bör att testet är ganska svårtolkat och att en viss risk för en subjektiv värdering nog föreligger, något som en rutinerad psykolog dock bör kunna gardera sig mot.

### d) Vineland Social Maturity Scale.

För bedömning av mentalt efterblivna utgör Vineland Social Maturity Scale ett utmärkt komplement. Det används med fördel både på högt och lågt stående oligofrena. Testet har i sin svenska version relativt hög korrelation till ovan relaterade test (Magne och Wahlberg, 1955).

Enligt författarens åsikt ställs dock ganska stora krav på psykologens noggrannhet och vana vid bearbetande av anamnestiska uppgifter (Zuk, 1959). Testtid 30—45 minuter.

## Resultat

Korrelationsanalysen grundar sig på 114 undersökningar (66 män och 48 kvinnor) fördelade efter kön och ålder enligt tabell 3. Av dessa 114 patienter var 19,3 % vid tiden för undersökningen (1 jan. 1959) institutionaliserade, vilket väl motsvarar förhållandena i totalmate-

Tabell 3.

Köns- och åldersfördelningen i totalmaterialet.

| Ålder        | Män | Kvinnor | Totalt |
|--------------|-----|---------|--------|
| 5—9          | 21  | 13      | 34     |
| 10—14        | 23  | 8       | 31     |
| 15—29        | 8   | 5       | 13     |
| 30—44        | 2   | 14      | 16     |
| 45— $\omega$ | 12  | 8       | 20     |

rialet i undersökningsområdet. Till analysen har endast medtagits de individer, som enligt Terman-Merrill form L låg utanför -1 standardavvikelse och fördelningen härutanför framgår av tabell 4. Alla i analysen ingående patienterna har alltså testats med Terman-Merrill form L jämte ytterligare ett, två eller tre tests.

a) Terman-Merrill form L kontra Goodenough Draw a Man.

I totalmaterialet finner man  $r = 0,72$ , vilket i detta sammanhang måste betecknas som en hög korrelation (tabell 5). För vuxna fås  $r = 0,71$ , vilket visar att Goodenough-testet ej enbart kan begagnas på retarderade barn, utan är ett ut-

Tabell 4.

Fördelning enligt Terman-Merrill form L i totalmaterialet.

| SD                | IQ    | N   |
|-------------------|-------|-----|
| —1.0 till —1.5    | 83—76 | 22  |
| —1.5 „ —2.0       | 75—68 | 22  |
| —2.0 „ —2.5       | 67—60 | 20  |
| —2.5 „ —3.0       | 59—52 | 14  |
| —3.0 „ —3.5       | 51—44 | 14  |
| —3.5 „ —4.0       | 43—36 | 8   |
| —4.0 „ — $\omega$ | 35—0  | 14  |
| Summa:            |       | 114 |

märkt komplement i en screening undersökning av retarderade i alla åldrar.

Om man ur materialet beräknar korrelationen för de 46 individer, som faller enligt Terman-Merrill form L utanför —2,5 standardavvikelser fås  $r = 0,74$ .

Ovan erhållna resultat stämmer väl överens med tidigare redovisade. Sålunda fann Goode-nough själv en korrelation mellan 0,7 och 0,8 för olika åldersgrupper under 13 år, Yepson:  $r = 0,60$  bland retarderade pojkar i åldern 9,0 till 18,2 år och Birch i åldern 10,6 till 16,3 år

Tabell 5.

Korrelationsvärden i totalmaterialet.

|                | Terman-Merrill                                                                                  | Goodenough                                                                                      | Vineland                                                                                        |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Terman-Merrill | — — — —                                                                                         | $r=0.72$<br>$p\ 0.01$<br>$n=89$<br>$M(G)=61.3$<br>$M(TM)=61.2$<br>$SD(G)=15.9$<br>$SD(TM)=14.9$ | $r=0.84$<br>$p\ 0.01$<br>$n=63$<br>$M(V)=53.4$<br>$M(TM)=49.9$<br>$SD(V)=25.2$<br>$SD(TM)=15.6$ |
| Goodenough     | $r=0.72$<br>$p\ 0.01$<br>$n=89$<br>$M(G)=61.3$<br>$M(TM)=61.2$<br>$SD(G)=15.9$<br>$SD(TM)=14.9$ | — — — —                                                                                         | $r=0.68$<br>$p\ 0.01$<br>$n=44$<br>$M(V)=57.1$<br>$M(G)=55.6$<br>$SD(V)=22.4$<br>$SD(G)=15.9$   |
| Vineland       | $r=0.84$<br>$p\ 0.01$<br>$n=63$<br>$M(V)=53.4$<br>$M(TM)=49.9$<br>$SD(V)=25.2$<br>$SD(TM)=15.6$ | $r=0.68$<br>$p\ 0.01$<br>$n=44$<br>$M(V)=57.1$<br>$M(G)=55.6$<br>$SD(V)=22.4$<br>$SD(G)=15.9$   | — — — —                                                                                         |

$r = 0,64$  (Goodenough, 1926, Yepson, 1929, Birch, 1949).

b) Terman-Merrill form L kontra Raven Coloured Progressive Matrices.

Enär Raven ej kan överföras till exakta IQ enheter och enär standardiseringen blott berör vissa åldersgrupper, kan korrelationen mellan Raven Col. Prog. Matrices och övriga tests ej beräknas på totalmaterialet. Om man utgår i analysen från råpoängen i Raven Prog. Matrices och Terman-Merrill fås  $r = 0,63$  för vuxna (tabell 6).

Om man jämför detta med övriga tidigare rapporterade värden finner man stora variationer: Jordan, 1959 fann  $r = -0,33$  och Raven, 1958 fann  $r = 0,90$ , för att nämna två devierande resultat. Huvudparten av undersökningar-

na har dock erhållit ett värde, som i stort sett överensstämmer med vad som funnits i denna studie.

c) Terman-Merrill form L kontra Vineland Social Maturity Scale.

I totalmaterialet finner man  $r = 0,84$  och i vuxna materialet  $r = 0,81$ . Denna korrelation är den högsta funna i hela materialet och är kanske något överraskande hög, enär man kanske knappast haft anledning att vänta sig att intelligens och social mognad skulle åtföljas så väl. Dock stämmer korrelationen väl med den av Magne och Wahlberg 1955 rapporterade.

d) Övriga kombinationer.

Raven Col. Prog. Matrices kontra Goodenough Draw a Man ger på det vuxna materialet  $r = 0,60$ , vilket måste anses tillfredsställande, då ju

Tabell 6.  
Korrelationsvärden bland vuxna<sup>1)</sup> i materialet.

|                | Terman-Merrill                                                                                  | Goodenough                                                                                      | Raven                                                                                           | Vineland                                                                                        |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Terman-Merrill | — — — —                                                                                         | $r=0.71$<br>$p\ 0.01$<br>$n=48$<br>$M(TM)=53.1$<br>$M(G)=53.3$<br>$SD(TM)=14.3$<br>$SD(G)=13.2$ | $r=0.63$<br>$p\ 0.01$<br>$n=53$<br>$M(TM)=52.8$<br>$M(R)=17.2$<br>$SD(TM)=16.2$<br>$SD(R)=4.83$ | $r=0.81$<br>$p\ 0.01$<br>$n=46$<br>$M(TM)=45.0$<br>$M(V)=45.0$<br>$SD(V)=21.7$<br>$SD(TM)=14.9$ |
| Goodenough     | $r=0.71$<br>$p\ 0.01$<br>$n=48$<br>$M(TM)=53.1$<br>$M(G)=53.3$<br>$SD(TM)=14.3$<br>$SD(G)=13.2$ | — — — —                                                                                         | $r=0.60$<br>$p\ 0.01$<br>$n=44$<br>$M(G)=54.2$<br>$M(R)=15.7$<br>$SD(G)=15.1$<br>$SD(R)=4.35$   | $r=0.63$<br>$p\ 0.01$<br>$n=33$<br>$M(G)=56.9$<br>$M(V)=49.7$<br>$SD(G)=15.7$<br>$SD(V)=21.1$   |
| Raven          | $r=0.63$<br>$p\ 0.01$<br>$n=53$<br>$M(TM)=52.8$<br>$M(R)=17.2$<br>$SD(TM)=16.2$<br>$SD(R)=4.83$ | $r=0.60$<br>$p\ 0.01$<br>$n=44$<br>$M(G)=54.2$<br>$M(R)=15.7$<br>$SD(G)=15.1$<br>$SD(R)=4.35$   | — — — —                                                                                         | $r=0.53$<br>$p\ 0.01$<br>$n=37$<br>$M(R)=16.1$<br>$M(V)=49.9$<br>$SD(R)=4.11$<br>$SD(V)=22.9$   |
| Vineland       | $r=0.81$<br>$p\ 0.01$<br>$n=46$<br>$M(TM)=45.0$<br>$M(V)=45.0$<br>$SD(V)=21.7$<br>$SD(TM)=14.9$ | $r=0.63$<br>$p\ 0.01$<br>$n=33$<br>$M(G)=56.9$<br>$M(V)=49.7$<br>$SD(G)=15.7$<br>$SD(V)=21.1$   | $r=0.53$<br>$p\ 0.01$<br>$n=37$<br>$M(R)=16.1$<br>$M(V)=49.9$<br>$SD(R)=4.11$<br>$SD(V)=22.9$   | — — — —                                                                                         |

<sup>1)</sup> Vuxna här åldersgruppen 14 år och äldre.

dessas tests till sin struktur är ytterst olika och en så pass god korrelation dem emellan talar för att båda måste anses som lämpliga att ingå i ett testbatteri avsett för screening ändamål.

Raven Col. Prog. Matrices kontra Vineland Social Maturity Scale ger bland vuxna  $r = 0,53$  och Draw a Man kontra Vineland ger  $r = 0,68$  i totalmaterialet och  $r = 0,63$  bland vuxna. Alltså även gentemot Vineland Social Maturity Scale kan samma tendens utläsas, nämligen att korrelation med Goodenough Draw a Man är högre än med Raven Col. Prog. Matrices.

### Diskussion

Av ovan givna resultat framgår klart att korrelationen mellan testen är långt från 100 %-ig, vilket förmodligen till största delen beror på att testen möter olika funktioner av intelligensen. Härav inses lätt vikten av att vid ställningstagande t. ex. institutionalisering ett helt testbatteri används vid den psykometriska bedömningen. Ett enskilda IQ värde är relativt intetsäggande om det ej ses uppdelat i sina komponenter i en profilanalys och med bakgrund av övriga självförmågor.

Varje individuell bedömning måste vidare åtföljas av en utförlig social anamnes. Diagnostik av mental efterblivenhet bör alltså grunda sig på, dels en klinisk och social bedömning, dels en psykometrisk testning. Den kliniska bedömningen kan aldrig ersättas av en intelligenstestning eller tvärtom, men man skulle nog våga påstå, att den förstnämnda är betydelsefullast vid tillstånd av "patologisk" efterblivenhet och den sistnämnda är viktigast vid "fysiologisk" efterblivenhet.

Man skulle kunna säga att en intelligenstestning är detsamma som en ensidigt, objektiviserad klinisk bedömning.

Ovanstående resonemang gäller för det praktiska arbetet med mentalt efterblivna, men vid forskning däremot, måste man arbeta efter bestämda kriterier för att kunna upprepa och jämföra undersökningar och då arbetar man säkrast med en operationell definition (Åkesson, 1960).

Grundar sig denna operationella definition vid diagnostik av mentalt efterblivna på testresulta-

tet, skall man ej som gräns använda IQ värden utan standardavvikelseenheter, enär dessa lättare är jämförbara tests emellan.

### LITTERATUR:

1. Berdie, Ralph: Measurement of Adult Intelligence by Drawings. *J. Clin. Psychol.*, vol. 1, sid. 288—295, 1945.
2. Birch, Jack: The Goodenough Drawing Test and Older Mentally Retarded Children. *Amer. J. ment. Defic.* vol. 54, sid. 218—224, 1949.
3. Birch, Jack: The Utility of Shot Forms of the Standard-Binet Tests of Intelligence with Mentally Retarded Children. *Amer. J. ment. Defic.* vol. 59, sid. 462—483, 1955.
4. Brown, F.: A comparison of the Abbreviated and the Complete Stanford-Binet Scales. *J. Consult. Psychol.* vol. 6, sid. 240—242, 1942.
5. Green, M., Ewert, J.: Normative Data on Prog. Matrices. *J. Consult. Psychol.* vol. 19, sid. 139—144, 1955.
6. Goodenough, Florence: Measurement of Intelligence by Drawings. Yonkers: World Book Co. 1926.
7. Heber, Rick: A manual on Terminology and Classification in Mental Retardation. *Amer. J. ment. Defic.* Supplement September 1959.
8. Heber, Rick: Personligt meddelande, 1960.
9. Jordan, T. E.: Formboard Comparability in the Col. Prog. Matrices. *J. Clin. Psychol.* vol. 4, sid. 422—424, 1959.
10. Kvaraceus, W. C.: Pupil Performances on the Abbreviated and Complete New Stanford-Binet Scales, form L. *J. Educ. Psychol.* vol. 31, sid. 627—630, 1940.
11. Magne, O., Wahlberg, G.: Vineland Metoden. Bearbetad översättning av vissa partier ur E. A. Doll Measurement of Social Competence, 1953. Göteborg 1955.
12. Mullen, F., Nee, M. M.: Distribution of Mental Retardation In an Urban School Population. *Amer. J. ment. Defic.* vol. 56, sid. 777—790, 1952.
13. Penrose, L. S.: The Biology of Mental Defect. London 1954.
14. Raven, J. C.: Guide to Using the Coloured Progressive Matrices. London 1958.
15. Sabagh, G., Dingman, H. F., Tarjan, G., Wright, S.: Social class and ethnic status of patients admitted to a state hospital for retarded. *Pac. Soc. Rev.* vol. 2, sid. 76—80, 1959.
16. Shotwell, A., McCulloch, T. L.: Accuracy of Abbreviated Forms of The Revised Stanford-Binet Scale with Institutionalized Epileptics. *Amer. J. ment. Defic.* vol. 49, sid. 162—165, 1944.
17. Tobias, J., Gorelick, J.: The Utility of the Goodenough Scale in the Appraisal of Retarded Adults. *Amer. J. ment. Defic.* vol. 65, sid. 64—68, 1960.
18. Yepson, L.: Reliability of Goodenough Drawing Test with Feeble-minded Subjects. *J. Ed. Psychol.* vol. 20, sid. 445—451, 1929.
19. Zuk, G. H.: Autistic distortions in parents of retarded children. *J. Consult. Psychol.* vol. 23, sid. 171—176, 1959.
20. Åkesson, H. O.: Några intryck från världskongressen i oligofreniforskning i London 24—29 juli 1960. *Svenska Läkartidningen*, vol. 57, sid. 3318—3323, 1960.