

国际功能、残疾和健康分类架构 在智力残疾标准制订中的应用探讨

李萌 王娜 田宝 邱卓英

[关键词] 智力残疾;国际功能、残疾和健康分类(ICF);适应性行为

中图分类号:R195.4 文献标识码:A 文章编号:1006-9771(2004)06-0328-03

[本文著录格式] 李萌,王娜,田宝,等.国际功能、残疾和健康分类架构在智力残疾标准制订中的应用探讨[J].中国康复理论与实践,2004,10(6):328-330.

智力残疾(intellectual disability),又称智力落后(mental retardation),其标准及分类是随着人们对智力残疾本质的认识而不断完善起来的。智力残疾的概念经历了一个长期演化的过程,因此,关于智力残疾的标准及分类也不断被修正。自1959年美国智力落后学会(American Association on Mental Retardation, AAMR)把适应性行为引入智残的诊断以来,理论界对智力和适应性行为作为智残标准已无大异议,但在适应性行为的结构问题上却一直存在着争论^[1],因此,智力残疾的标准及分类仍然是一个悬而未决的问题。2001年5月,第54届世界卫生大会通过了《国际功能、残疾和健康分类》(International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF)的有关决议,鼓励各成员国考虑其具体情况,在研究、监测和报告中应用ICF。ICF是WHO提出的国际通用的在个体和人群水平上描述和测量健康的理论性框架结构,为我们认识人群和个体健康以及其所在的环境如何阻碍或促进其生活以发挥最大潜能,提供了非常广泛而又非常准确的工具^[2]。我们认为,将ICF框架引入智力残疾标准制定及分类中,有可能为我们认识智力残疾者的适应性行为提供一个标准化的概念体系,有利于更准确地确定智力残疾的标准并为其划分相应的等级。

1 智力残疾的界定标准

随着智力残疾概念的更加科学与不断完善,作为诊断智力残疾的标准也从单一标准变为双重标准,从而出现智力残疾分类体系的多样性。

基金项目:中国残疾分类系统和评定标准平台研究,国家科技部科技基础性工作和社会公益研究专项项目 2003 DIB1 J063,项目负责人:邱卓英研究员。

作者单位:1. 100089 北京市,首都师范大学教科院心理系(李萌、王娜、田宝);2. 100068 北京市,中国康复研究中心康复信息研究所(邱卓英)。作者简介:李萌(1982-),女,四川成都市人,硕士研究生,主要研究方向:智力残疾、人类动机和情绪、人力资源开发与管理。

自世界上第一个智力量表——比奈-西蒙智力量表问世以来,智商(intelligence quotient, IQ)高低成为判断一个人是否有智力残疾的主要标准,甚至是惟一标准。从20世纪20年代开始,有很长一段时间,人们将IQ < 25的智力残疾者称为白痴(idiots),25—50之间的称为痴愚(imbeciles),50—70之间的称为愚鲁(morons)^[3]。

1959年,Heber等将适应性行为引入智力残疾的定义,并将其作为判断一个人是否有智力残疾的另一个重要标准。

在AAMR的定义中,判断一个人是否有智力残疾,适应性行为和智商两个标准不可或缺。1959年以来,AAMR的定义虽进行过多次修订,但一直坚持将智力低下和适应性行为缺陷作为两个最主要的标准。有代表性的定义是1983年提出的:智力落后是指一般智力功能水平明显低于平均水平,导致适应性行为的缺陷或与之同时存在,并且表现于发育时期^[3]。在这个定义中,“一般智力功能水平明显低于平均水平”是指个体标准化智力测验的得分在75或70以下;“适应性行为”则指个体实现人们所期待的与其年龄和文化群体相适应的个体独立与社会职责的程度和功效;“发育期”是指从出生到18岁。

我国1986年对智力残疾的定义是:“智力落后(即智力残疾)是指人的智力明显低于一般人的水平,并显示出适应性行为的障碍”^[4],从中可以看出,我国对智力落后的界定也采用智力和适应性行为两种评定方法。

2 智力残疾的分类

2.1 主要依据智商水平的分类 这是一种传统的、比较流行的智力残疾分类系统,许多组织机构仍采用这种分类方法。比较有代表性的有WHO、AAMR和我国的分类标准,以及按受教育程度进行的分类。这种分类方法主要依照智商的高低,有的分类虽然涉及到适应性行为或受教育程度,但大多是定性的描述,在鉴别智力残疾时未发挥实际作用,所以称之为“主要依据

智商水平”的分类。

1993 年 1 月, WHO 开始采用《国际疾病、损伤和相关健康问题标准编码工作》的第 10 版(ICD-10),对智力残疾的分类如表 1^[5]:

表 1 ICD-10 关于智力残疾的分类标准

程度	IQ
轻度智力残疾	50—69
中度智力残疾	35—49
重度智力残疾	20—34
极重度智力残疾	< 20
其他	因伴有其他缺陷造成使用正常手段来评定迟滞水平极为困难或根本不可能
待定	因资料不足无法划入任何类别

AAMR 的分类标准也是一种典型的按智商水平的分类,并将智力残疾分为 4 类^[6](见表 2):

表 2 AAMR 智力残疾分类标准

类型	标准差范围	IQ	
		比奈-西蒙量表	韦氏量表
轻度智力残疾	- 3.00—2.01	65—52	69—55
中度智力残疾	- 4.00—3.01	51—36	54—40
重度智力残疾	- 5.00—4.01	35—20	39—25
极重度智力残疾	< - 5.00	< 19	< 25

1986 年全国残疾人抽样调查五类“残疾标准”中所公布的定义以智商和适应性行为作为判断智力残疾的标准^[7](见表 3)。

表 3 我国关于智力残疾的标准及分类

级别	分度	与平均水平差距(-SD)	IQ 值	适应能力
一级智力残疾	极重度	≥5.01	20 或 25 以下	极度适应缺陷
二级智力残疾	重度	4.01—5	20—35 或 25—40	重度适应缺陷
三级智力残疾	中度	3.01—4	35—50 或 40—55	中度适应缺陷
四级智力残疾	轻度	2.01—3	50—70 或 55—75	轻度适应缺陷

还有一种根据儿童教育可能性进行的分类,实际上也是一种依智商水平的分类,只是用词不同而已^[5](见表 4)。

表 4 按教育可能性的分类

可教育性	IQ 50—75, 智龄发展的极限是 10—11 岁,对读、写、算等基本学科感到困难,但如有适当的补救教学,可以学习基本学业及日常事务。
可训练性	IQ 30—49, 智龄发展的极限是 6—7 岁,学习能力有限,只能学习简单的实用性课程和生活技能,强调自助与职业技能的培训。
可监护性	IQ < 30, 智龄发展的极限是 3 岁以下,几乎没有学习能力,终生需要别人照料和监护。

2.2 依据适应性行为分类^[8] 智残者的智力是较难改变的,但其适应性行为可通过有效地训练得到改善。出于对智残儿童教育辅导并提高其社会适应能力的需要,作为鉴定智力残疾儿童的两个必要条件之一,适应性行为也可分级(见表 5)。

2.3 依据支持程度分类^[5] 1992 年, AAMR 的智力

残疾分类有了重大改变,从原来的按智能程度分类改为按支持程度分类,特别强调临床诊断的重要性。在新的分类系统中,将每个个体都看成是独特的,依据所提供支持系统的程度及类型加以区分,分为间歇的、有限的、广泛的和全面的 4 类(见表 6)。

表 5 依适应性行为的分类

级别	学前期(0—5 岁)	学龄期(6—21 岁)	成人期(> 21 岁)
	成熟与发展	训练与教育	社会和职业能力
轻度(I 级)	可以发展社会交往的能力。感觉运动方面的迟滞极微,通常在这一段时间里,其行为与正常儿童无明显区别。	到 20 岁左右时,可完成大约六年级程度的学业;经指导能适应社会生活,属于“可教育性智能不足”。	经过适当的训练与教育,通常可习得社会和职业技能来维持最低限度的自主生活,但在不寻常的社会压力下,或许需给与资助。
中度(III 级)	能说话或学习表达情意,社会知觉不佳,感觉动作发育尚好,经过训练亦可自立。在适当监护下可自理生活。	经过训练可增进其社会参与和职业能力;在学业方面不可能超越小学二年级的程度,不熟悉的地方或许可以学会单独旅游。	在非技术或半技术的职业中可自立,但当社会经济发生变故时,需要监督或辅导。
重度(II 级)	动作发育不良,语言能力极弱。一般而言,其自立亦不能从训练获益,交往技能几乎没有。	能说话和表达情意,可以训练基本的健康习惯,可以从系统的习惯训练获益。	在完全监督下或许可以部分自主,在有控制的环境中,可发展最起码的自立能力。
极重度(I 级)	全面的迟滞,感觉运动能力极弱,需给予医护及生活照顾。	有某些动作发育,但在自立训练方面的收效甚微,需要给予医护。	鲜有动作和语言发展,或许只能具备极有限的自我照顾能力,极需医护及生活照顾。

表 6 AAMR(1992) 按支持程度的分类

名称	支持程度
间歇的	以一种零星的、视需要而定的方式提供支持服务(如生病时)。
有限的	所需要的支持服务是经常性的、短时间的需求,但不是间歇性的(如短期的就业训练)。
广泛的	至少在某种环境(如工作场所或家中)有持续性、经常性(如每天)的需要,并且无时间的限制。
全面的	所需要的支持服务是持久的而且需求度高,在各种环境中都需提供,而且可能为终身需要。这种支持服务通常比广泛的或有限的更有强制性,需要更多的人力来参与。

以上根据智商、适应性行为和支持程度所进行的分类在相应的历史时期,对智残的鉴别、辅导、教育和培训发挥了重要作用。但是,根据智力水平分为轻度、中度和重度,根据适应性行为水平分为轻度、中度、重度和极重度,这种沿用多年的分类标准也有一定的局限性,即未能充分体现功能性与生态性的观点^[9]。

3 根据 ICF 的分类

按照 ICF 框架,可具体划分为:身体功能和结构、活动和参与、环境和支持 3 个部分^[10]。

结构因素主要是指神经系统的结构;功能主要体现在智力功能、计算与推理能力、注意力、记忆力和方向定位 5 个方面。

活动和参与因素主要体现在 5 项核心活动上:自理和家庭生活(如洗澡、进食、穿衣、上厕所、独立生活

数日、购物和家务劳动等)、活动(举起和移动物体、手的灵活性、在家里移动、外出、使用交通工具)、理解 and 交流(接受语言信息、接受非语言信息、说话、表达非语言信息、交谈等)、人际交往和人际关系(与陌生人相处、保持友谊、与关系密切的人相处、结交新朋友)及教育、就业和社区生活(学校教育、经济上自我供给、社区活动和娱乐休闲)。

表 7 ICF 智力残疾的评定表

项目	智力残疾一级	智力残疾二级	智力残疾三级	智力残疾四级
结构和功能	在结构上有严重的神经系统损伤。在功能上,几乎没有智力功能和计算与推理能力,注意力、记忆力和方向定位能力极度丧失。	在结构上有重度的神经系统损伤。在功能上,智力功能和计算与推理能力很差,注意力和记忆力大部分丧失,方向定位很差。	在结构上有中度的神经系统损伤。在功能上,智力功能和计算与推理能力差,注意力和记忆力中度丧失,方向定位差。	在结构上有轻度的神经系统损伤。在功能上,智力功能和计算与推理能力比较差,注意力、记忆力和方向定位轻度丧失。
活动和参与	①自理和家庭生活:不能洗澡、穿衣、上厕所,独立生活数日、购物和家务劳动、进食困难,需有人长期照料与监护。 ②活动:不能外出,使用交通工具,在家里移动有困难,手的灵活性极度丧失,举起和移动物体极度困难。 ③理解和交流:不能与人交谈,在接受语言、非语言信息上极度困难,说话和表达非语言信息极度困难。 ④人际交往和人际关系:不能与关系亲密的人或陌生人相处,无法保持友谊,不能结交新朋友。 ⑤教育、就业和社区活动:不能进行学校教育,在经济上无法实现自我供给,无社区活动和娱乐休闲。	①自理和家庭生活:不能独立生活数日和购物,洗澡和上厕所很困难,穿衣、家务劳动、进食困难,大多数人需他人照顾。 ②活动:不能外出,使用交通工具,在家里移动有困难,手的灵活性很差,举起和移动物体困难。 ③理解和交流:与人交谈困难,在接受语言、非语言信息上困难,说话和表达非语言信息困难。 ④人际交往和人际关系:不能与陌生人相处,无法保持友谊,不能结交新朋友,与关系亲密的人相处有困难。 ⑤教育、就业和社区活动:进行学校教育困难,在经济上不能自我供给,无社区活动和娱乐休闲。	①自理和家庭生活:独立生活数日、购物和家务劳动有困难,洗澡、上厕所,穿衣比较困难,进食无明显困难,在适当监护下可自理生活。 ②活动:外出,使用交通工具比较困难,在家里移动和举起和移动物体无明显困难,手的灵活性比较差。 ③理解和交流:与人交谈比较困难,在接受语言、非语言信息上比较困难,说话和表达非语言信息比较困难。 ④人际交往和人际关系:与陌生人相处和保持友谊有困难,不能结交新朋友,与关系亲密的人相处无明显困难。 ⑤教育、就业和社区活动:进行学校教育比较困难,在经济上自我供给有困难,有简单的社区活动和娱乐休闲。	①自理和家庭生活:洗澡、进食、穿衣、上厕所正常,独立生活数日、购物和家务劳动无明显困难,个人生活自理上可以达到完全的独立。 ②活动:能正常外出,在家里移动、举起和移动物体,手的灵活性比较正常,使用交通工具无明显困难。 ③理解和交流:与人交谈无明显困难,在接受语言、非语言信息上无明显困难。 ④人际交往和人际关系:与陌生人相处、保持友谊、结交新朋友无明显困难,与关系亲密的人相处正常。 ⑤教育、就业和社区活动:进行学校教育有一定困难,在经济上自我供给、社区活动和娱乐休闲无明显困难。
环境和支持	需要环境在自理、学习和社会参与等方面提供全面的支持,即所需要的支持服务是持久的而且需求度高,在各种环境中都需提供,而且可能为终身需要,这种支持服务通常比广泛的或有限的更有强制性,需要更多的人来参与。	需要环境在自理、学习和社会参与等方面提供广泛的支持,至少在某种环境(如在家中)有持续性、经常性(如每天)的需要,并且没有时间的限制。例如在居家生活中,在自理、活动、交流等方面都需他人的照顾或看护,很少能独立完成某项活动。	需要环境在自理、学习和社会参与等方面提供有限的支持,即所需要的支持服务是经常性的、短时间的需求,但不是间歇性的(如短期的就业训练或是从学校到成人就业阶段衔接的支持)。	需要环境在自理、学习和社会参与等方面提供间歇的支持,即以零星的方式提供支持服务。如在活动、与他人进行交往和交流、自理、家庭生活以及工作中,遇到特定困难时需要他人帮助,一般情况下都能独立完成。

环境和支持构成人们生活和指导人们生活的自然、社会和态度环境。这些因素对个体而言是外在的,对作为社会成员的个体的活动表现、活动能力以及身体功能与结构可产生积极或消极影响。可分为个体层面和社会层面两个方面。本标准中主要考虑智力残疾人对环境提供的支持或监护的需求、种类和程度。

根据 ICF 各项指标,对各级别智力残疾的评定见表 7。

[参考文献]

[1] 韦小满.智力落后儿童的适应行为研究概述[J].心理发展与教育,1995,1:60.

[2] 邱卓英.《国际功能、残疾和健康分类》研究总论[J].中国康复理论与实践,2003,9(1):2-5.

[3] 肖非,王雁.智力落后教育通论[M].北京:华夏出版社,

2000.4-5.

[4] 全国残疾人抽样调查办公室,地震出版社编.《中国残疾人手册》[M].北京:地震出版社,1988.12.

[5] 高湘萍,刘春玲.学校心理病理学[M].广州:广东高等教育出版社,1999.104-106.

[6] 肖非,王雁著.智力落后教育通论[M].北京:华夏出版社,2000.75-76.

[7] 全国残疾人抽样调查领导小组.关于《全国残疾人调查方案》[M].北京:1986.

[8] 张茂聪.弱智儿童生活与教育[M].济南:山东教育出版社,1996.74-76.

[9] 刘春玲,咎飞.智力落后定义的演变及其启示[J].中国临床康复,2004,8(3):530.

[10] 世界卫生组织.国际功能、残疾和健康分类[M].日内瓦:世界卫生组织,2001.7-11. (收稿日期:2004-06-08)