

STANISŁAWA TUCHOLSKA
Lublin

KRYTERIA I KLASYFIKACJE
UPOŚLEDZENIA UMYSŁOWEGO
USTALENIA Z LAT 1992-1994

Do uznanych i powszechnie stosowanych systemów klasyfikacji upośledzenia umysłowego sukcesywnie wprowadza się uściślenia i korekty. Zmiany te mają na celu z jednej strony optymalizację i dostosowanie tych systemów do zmieniających się warunków społecznych, kulturowych i ekonomicznych, z drugiej zaś strony są wyrazem dążeń do zwiększania ich trafności i użyteczności. Spośród obecnie stosowanych systemów klasyfikacji upośledzenia na szczególną uwagę zasługują trzy następujące systemy:

1. System klasyfikacji opracowywany przez Amerykańskie Towarzystwo do Badań nad Upośledzeniem Umysłowym (*American Association on Mental Retardation – AAMR*). Towarzystwo to, przy współpracy Amerykańskiego Towarzystwa Higieny Psychiczej, wydało w 1921 r. pierwszy podręcznik zawierający definicję upośledzenia umysłowego. Kolejne wydania tego podręcznika, ukazujące się co kilka, podawały mniej lub bardziej istotne zmiany w definicji upośledzenia bądź w zasadach jego klasyfikacji. Najnowsze, dziewiąte wydanie podręcznika, ukazało się w 1992 r. i jest pierwszym od lat wydaniem anonimowym, tzn. nie ma głównego autora opracowania i w stosunku do dotychczasowych ustaleń wprowadza wiele nowych ujęć w kwestii klasyfikacji upośledzenia umysłowego.

2. System klasyfikacji opracowywany od 1952 r. przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (*American Psychiatric Association – APA*) i publikowany w wydany przez to towarzystwo *Podręczniku Diagnostycznym i Statystycznym Zaburzeń Psychiczych (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM)*. DSM jest systemem wielowymiarowym (wieloosiowym), w którym obowiązuje zasada, iż diagnoza dotycząca jednostki nie może ograniczać się tylko do jej „głównych zaburzeń psychicznych”, ale winna uwzględniać zarówno jej nieprawidłowości fizyczne, ocenę doświadczanego przez nią stresu psychicznego, jak i określać najwyższy poziom przeszłych osiągnięć adaptacyjnych (Seltzer, 1983).

W 1952 r. ukazało się pierwsze wydanie podręcznika DSM-I. Najnowsze opracowanie tego systemu (DSM-IV) zostało wydane w 1994 r.

3. Kolejny system jest zawarty w „Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów” (*International Classification of Diseases – ICD*). Jest on opracowywany przez Komitet Ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization – WHO*). System ten został zapoczątkowany w 1893 r. przez Międzynarodowy Instytut Statystyczny. W piątym wydaniu podręcznika (1938 r.) po raz pierwszy podano klasyfikację upośledzenia umysłowego. Najnowsza, dziesiąta rewizja (ICD – 10) tego systemu ukazała się w 1992 r. pod nazwą Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (WHO 1992).

Zbieżność tych trzech systemów jest duża; przyjmują one tę samą definicję upośledzenia i takie same kryteria, przy czym pierwszy z nich ma podstawy statystyczne, drugi – psychiatryczne, trzeci zaś – medyczne.

W wydanym przez Amerykańskie Towarzystwo d/s Upośledzenia Umysłowego (AAMR) w 1992 r. podręczniku *Upośledzenie umysłowe – definicja, klasyfikacja i systemy wsparcia* została podana najnowsza definicja upośledzenia umysłowego. Definicja ta została przyjęta również przez Światową Organizację Zdrowia (ICD-10, 1992) oraz przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (DSM-IV, 1994):

Upośledzenie umysłowe to istotne ograniczenie w aktualnym funkcjonowaniu. Charakteryzuje się znaczącym obniżeniem funkcjonowania intelektualnego i współwystępującym z nim ograniczeniem zachowania adaptacyjnego w co najmniej dwóch z następujących obszarów: komunikowanie się, samoobsługa, życie domowe, społecznienie, użytkowanie dóbr społecznych, samodzielność, zdrowie i bezpieczeństwo, umiejętności szkolne, czas wolny i praca. Upośledzenie umysłowe pojawia się przed 18. rokiem życia.

Ponadto podane są następujące cztery stwierdzenia istotne dla rozumienia przyjętej definicji, których – zdaniem ekspertów – nie należy pomijać przy jej podawaniu:

a) rzetelna ocena zakłada uwzględnienie zarówno kulturowej i językowej specyfiki, jak i zróżnicowanie w sposobie komunikowania się i zachowania;

b) stwierdzenie ograniczeń w zakresie sprawności adaptacyjnych winno być dokonane w kontekście sytuacji typowych dla rówieśników tej samej społeczności, z uwzględnieniem ich indywidualnych potrzeb wsparcia;

c) specyficzne ograniczenia adaptacyjne w jednej dziedzinie mogą współwystępować z dobrymi umiejętnościami adaptacyjnymi w innej dziedzinie bądź z innymi osobistymi zdolnościami;

d) właściwe wsparcie przez pewien okres ogólnie winno poprawić życiowe funkcjonowanie osoby upośledzonej umysłowo.

Powyższa, najnowsza definicja upośledzenia umysłowego wprawdzie nie wprowadza istotnych zmian co do jego kryteriów, ale wyraźnie dookreśla obszary zachowa-

nia adaptacyjnego. W zachowaniu tym chodzi głównie o osiągniętą przez daną jednostkę niezależność osobistą i odpowiedzialność społeczną. Istotna dla właściwej diagnozy jest w miarę pełna klaryfikacja wyodrębnionych obszarów zachowania adaptacyjnego. W najnowszym podręczniku (AAMR, 1992, s. 40-41) jest zawarta klaryfikacja wszystkich dziesięciu obszarów.

1. Komunikowanie się. Umiejętności obejmujące zdolność do rozumienia i przekazywania informacji zarówno poprzez zachowania symboliczne (np. słowo mówione, pisane, symbole graficzne), jak i niesymboliczne (np. wyraz twarzy, gesty, dotknięcia). Włącza się do tego zdolności do rozumienia i przyjmowania poleceń, emocjonalne reakcje, pozdrowienia, uwagi, reakcje protestu lub odmowy.

2. Samoobsługa. Umiejętności obejmujące toaletę, jedzenie, ubieranie się, higienę i dbałość o wygląd.

3. Życie domowe. Umiejętności potrzebne do funkcjonowania w domu, które obejmują dbałość o ubranie, porządek, przyrządzanie posiłków, gotowanie, planowanie i dokonywanie zakupów, dbałość o bezpieczeństwo domu, o rozkład dnia. Dotyczy to również orientacji i zachowania w domu i w najbliższym sąsiedztwie, umiejętności komunikowania potrzeb, pragnień oraz nawiązywanie kontaktów z innymi.

4. Uspołecznienie. Umiejętności potrzebne do wymiany społecznej z innymi. Obejmują one inicjowanie, podtrzymanie i kończenie interakcji, zachowywanie się adekwatne do sytuacji, rozpoznawanie uczuć, udzielanie informacji zwrotnych zarówno pozytywnych, jak i negatywnych, kontrola własnego zachowania, świadomy udział w kontaktach z rówieśnikami i ich akceptacja, przystawanie z innymi, podtrzymywanie relacji przyjaźni i miłości, radzenie sobie z żądaniami innych, dokonywanie wyborów, dzielenie się, rozumienie, na czym polega uczciwość i lojalność, kontrolowanie impulsów, respektowanie praw, właściwe zachowywanie się w sferze społeczno-seksualnej.

5. Użytkowanie dóbr społecznych. Umiejętność właściwego użytkowania dóbr społecznych obejmuje przemieszczanie się, robienie zakupów w sklepach spożywczych i przemysłowych, korzystanie z zakładów usługowych (np. stacji benzynowej, zakładu krawieckiego, lekarza, dentysty), chodzenie do kościoła, korzystanie z publicznych środków komunikacji, korzystanie ze szkół, bibliotek, parków i terenów rekreacyjnych, chodzenie do teatru i innych placówek kulturalnych.

6. Samodzielność. Umiejętność dokonywania wyborów, planowania, zachowywania się adekwatnie do sytuacji w zależności od warunków, planów i osobistych zainteresowań, podejmowanie potrzebnych i wymaganych zadań, szukanie pomocy, gdy jest to konieczne, rozwiązywanie problemów w znanych bądź nowych sytuacjach, właściwe okazywanie asertywności.

7. Zdrowie i bezpieczeństwo. Umiejętności związane z dbaniem o własne zdrowie, obejmujące odżywianie, rozpoznawanie choroby, leczenie, prewencję, pierwszą pomoc, ekspresje seksualności, dbałość o sprawność fizyczną, przestrzeganie podstawowych wymogów bezpieczeństwa (np. respektowanie przepisów i zasad ruchu, używa-

nie pasów bezpieczeństwa, przechodzenie przez jezdnię, kontakty z innymi, poszukiwanie pomocy), okresowe badania lekarskie i stomatologiczne, przyzwyczajenia i nawyki. Łączy się z tym ochrona przed przestępczym zachowaniem, właściwe funkcjonowanie w grupie, komunikowanie wyborów i potrzeb.

8. Umiejętności szkolne. Zdolności poznawcze i umiejętności nabywane w szkole, które są istotne dla samodzielności życia (np. pisanie, czytanie, liczenie, ogólne wiadomości o środowisku, własnym zdrowiu i sferze seksualnej, wiadomości z geografii i nauk społecznych). Należy odnotować, że chodzi tu o umiejętność wykorzystania zdobytej w szkole wiedzy i sprawności, które warunkują samodzielne funkcjonowanie w codziennym życiu.

9. Czas wolny. Rozwijanie różnorodnych form spędzania czasu wolnego i hobby, które ujawniają osobiste preferencje i wybory, zwłaszcza gdy zostaną odniesione do wieku i poziomu kulturalnego środowiska. Obejmuje umiejętność wyboru zainteresowań, ich inicjowanie, przyjemne i pożyteczne spędzanie wolnego czasu zarówno w domu, jak i poza nim, samotnie bądź z innymi, gry towarzyskie, spacer, zakończenie bądź zaniechanie rekreacji, poziom uczestnictwa w tego typu zajęciach, rozwój własnych zainteresowań.

10. Praca. Umiejętności potrzebne do wykonywania pracy w pełnym bądź niepełnym wymiarze czasu. Chodzi o zajęcia wymagające specyficznych sprawności i odpowiednich umiejętności społecznych (np. wywiązywanie się z zadań, świadomość harmonogramu zajęć, umiejętność szukania pomocy, przyjmowanie krytyki, ulepszanie, wydatkowanie pieniędzy, formy oszczędzania, umiejętności związane z dochodzeniem do pracy, przygotowywanie się do niej, właściwe jej wykonywanie oraz interakcje ze współpracownikami).

Problemem otwartym jest pomiar zachowania adaptacyjnego. Ocena zachowania adaptacyjnego może być dokonywana klinicznie bądź za pomocą specjalnie opracowanych do tego narzędzi psychometrycznych. Jednak najlepszym sposobem postępowania diagnostycznego jest łączenie pomiaru dokonanego dzięki obiektywnym, rzetelnym i trafnym narzędziom psychometrycznym z kliniczną oceną zachowań adaptacyjnych jednostki w wyodrębnionych obszarach.

Podsumowując, warto jeszcze raz podać obecnie obowiązujące kryteria upośledzenia umysłowego, które zostały przedstawione przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (DSM-IV, 1994) w trzech punktach:

a) Znaczące obniżenie funkcjonowania intelektualnego: iloraz inteligencji około 70 lub poniżej tej granicy w indywidualnych testach inteligencji (u niemowląt kliniczna ocena znaczącego obniżenia funkcjonowania umysłowego);

b) Współwystępowanie deficytów lub zaburzeń w aktualnym zachowaniu adaptacyjnym (rozumianym jako osobista efektywność w realizowaniu stawianych jednostce wymagań odpowiednio do wieku i środowiska społecznego) w conajmniej dwu z następujących obszarów: komunikowanie się, samoobsługa, życie rodzinne, społeczne i/lub interpersonalne umiejętności, użytkowanie dóbr społecznych, samodzielność,

praktyczne umiejętności szkolne, praca, czas wolny, troska o zdrowie i bezpieczeństwo;

c) Pojawianie się przed 18. rokiem życia.

Klasyfikacja upośledzenia umysłowego

Nowa czterostopniowa klasyfikacja upośledzenia umysłowego, zaproponowana w 1959 r. przez Amerykańskie Towarzystwo d/s Upośledzenia Umysłowego, a wprowadzona przez Światową Organizację Zdrowia, obowiązuje w Polsce od 1 stycznia 1968 r. Zrezygnowano z dawnej tradycyjnej, trzystopniowej klasyfikacji, w której poszczególne kategorie określano terminami: debilizm, imbecylyzm i idiotyzm.

Za podstawę przyjętej klasyfikacji uznano poziom rozwoju umysłowego wyrażony za pomocą ilorazu inteligencji. Poszczególne stopnie upośledzenia wyróżnia się w zależności od liczby odchyień standardowych od średniej (I.I. 100). Uwzględniając obowiązującą również w Polsce od 1980 r. dziewiątą wersję Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (włączającą pogranicze upośledzenia do szeroko rozumianej normy), przyjmuje się następujące stopnie upośledzenia:

stopień lekki – poziom umysłowy między drugim a trzecim odchyleniem standardowym;

stopień umiarkowany – poziom umysłowy między trzecim a czwartym odchyleniem standardowym;

stopień znaczny – poziom umysłowy między czwartym a piątym odchyleniem standardowym;

stopień głęboki – poniżej pięciu odchyień standardowych.

Jednak w stosunku do przyjętych zasad klasyfikacji wprowadzono pewne modyfikacje. Powodów odstępstwa od przyjętego modelu teoretycznego było kilka. Do najważniejszych należały wnioski z obserwacji klinicznych wskazujące na heterogeniczny charakter grupy upośledzonych. Cleland (1978) uznał, że wśród upośledzonych należy wyodrębnić przynajmniej dwie grupy: upośledzeni o typie klinicznym i aklinicznym. Przy czym typ akliniczny stanowi najbardziej liczną grupę wśród osób upośledzonych. U tych osób nie ma stygmatyzacji fizycznej wskazującej na niedorozwój, a ich ogólny iloraz inteligencji waha się w granicach 50-69.

Komitet Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, uwzględniając wnioski z obserwacji klinicznych i analiz teoretycznych, wprowadził odpowiednią korektę wartości granicznych ilorazów inteligencji poszczególnych stopni upośledzenia. Przedstawia je tab. 1.

Charakterystyczną cechą przyjętych zasad klasyfikacji jest znaczne rozszerzenie granic lekkiego upośledzenia umysłowego od ilorazu inteligencji (I.I.) 50 do 70. Ponadto w najnowszej wersji uwzględnia się pięć punktów marginesu błędu. Powoduje to uelastycznienie granic poszczególnych stopni upośledzenia, co sprawia, że diagnoza upośledzenia staje się bardziej kliniczna, mniej zaś psychometryczna. Warto

zwrócić uwagę, iż postulat ten na gruncie psychologii polskiej wielokrotnie formułował wcześniej Kostrzewski (1974; 1976).

Tab. 1. Klasyfikacja upośledzenia umysłowego według APA

Stopień upośledzenia	DSM-III (1980 r.) I.I.	DSM-III-R (1987 r.) i DSM-IV (1994 r.) I.I.
Lekki	50-70	50-55 do ok. 70
Umiarkowany	35-49	35-40 do 50-55
Znaczny	30-34	20-25 do 35-40
Głęboki	poniżej 20	poniżej 20 lub 25

Nadto w literaturze przedmiotu coraz wyraźniej ujawniają się tendencje do odchylenia od tradycyjnej czterostopniowej klasyfikacji upośledzenia umysłowego, bazującej na psychometrycznie ustalonym poziomie umysłowym. W opracowanym przez Amerykańskie Towarzystwo d/s Upośledzenia Umysłowego podręczniku (AAMR 1992) proponuje się, by w diagnozie upośledzenia uwzględniać ilość potrzebnego danej jednostce wsparcia, koniecznego do przezwyciężenia jej ograniczeń i trudności życiowych. Wyróżnia się cztery następujące poziomy wsparcia (tamże, s. 26):

a) sporadyczne (*intermittent*) – wsparcie potrzebne epizodycznie, jednostka potrzebuje okresowego wsparcia (np. gdy utraci pracę lub w czasie choroby);

b) ograniczone (*limited*) – wsparcie potrzebne jest wielokrotnie, nie ciągle, ale też nie sporadycznie;

c) wielorakie (*extensive*) – potrzebne jest ciągle wsparcie (np. codziennie), przynajmniej w niektórych warunkach (np. takich, jak praca, dom);

d) stałe (*pervasive*) – potrzeba znacznego wsparcia o dużej intensywności w każdym warunkach, prawdopodobnie przez całe życie.

Ekspert AAMR postulują wręcz rezygnację z dotychczas stosowanej terminologii: upośledzenie lekkie, umiarkowane, znaczne lub głębokie. Sugerują, by w diagnozie używać określeń typu: „osoba upośledzona potrzebująca ograniczonego wsparcia w komunikowaniu się i sprawnościach społecznych” bądź też: „osoba upośledzona potrzebująca wielorakiego wsparcia w zakresie sprawności społecznych i samokontroli” (tamże, s. 34). Uważa się, że taka diagnoza jest bardziej funkcjonalna, właściwa i pomocna niż obecnie stosowany etykietujący system klasyfikacji upośledzeń. Sugestie te nie zostały jednak uwzględnione w najnowszych wersjach pozostałych dwóch systemów klasyfikacji (ani w DSM-IV, ani w ICD-10), w których podtrzymuje się dotychczas stosowaną czterostopniową klasyfikację upośledzenia.

Podsumowując warto podkreślić, że prezentowane tu powszechnie akceptowane i stosowane systemy klasyfikacji upośledzenia umysłowego są ciągle doskonałe,

uzupełniane i modyfikowane. Fakt ten z jednej strony wymaga pewnej otwartości na nowe propozycje, z drugiej zaś – sygnalizuje potrzebę podejmowania dalszych prac na ten temat. Szczególnie potrzebne jest doskonalenie narzędzi psychometrycznych do rzetelnej diagnozy upośledzenia umysłowego zgodnie z obowiązującymi kryteriami, głównie w obszarze zachowania adaptacyjnego.

BIBLIOGRAFIA

- American Association on Mental Retardation, AAMR (1992⁹). *Mental retardation – definition, classification and system supports*. Washington D.C.: Author.
- American Psychiatric Association, APA (1980³). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III)*. Washington D.C.: Author.
- American Psychiatric Association, APA (1987³). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III-Rev.)*. Washington D.C.: Author.
- American Psychiatric Association, APA (1994⁴). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. Washington D.C.: Author.
- Cleland C. C. (1978). *Mental retardation: A development approach*. Englewood Cliffs, New York: Prentice-Hall.
- Kostrzewski J. (1974). Podstawy współczesnej diagnostyki psychologiczno-klinicznej niedorozwoju umysłowego u dzieci. W: A. Frączek (red.), *Z problematyki upośledzenia umysłowego, zaburzeń słuchu i mowy. Zeszyty Naukowe PIPS*, s. 26-61. Warszawa.
- Kostrzewski J. (red.) (1976). *Z zagadnień psychologii dziecka umysłowo upośledzonego*, t. 1, Warszawa: WSPS.
- Seltzer G. B. (1983). Systems of classification. W: J. L. Matson, J. A. Mulick (red.), *Handbook of mental retardation*. New York: Pergamon Press, s. 143-157.
- World Health Organization, WHO (1978⁹). *International classification of diseases. (ICD)*. Ann Arbor, MI: Commission on Professional and Hospital Activities.
- World Health Organization, WHO (1992¹⁰). *International classification of diseases. (ICD)*. Ann Arbor, MI: Commission on Professional and Hospital Activities.