

智能發展障礙之理論及社工實務

李宗派

序言

這篇文章之要旨係在討論現代化之智能發展障礙之理論概念與社會工作之實際應用，藉以促進發展障礙專業人士對其專業理論有所瞭解，對於其專業實務，有所把握，則凡接受協助之智能發展障礙者可望獲得較為現代化與開明化之服務措施。

對於智能發展障礙之研究與統計並非易事，因為智能發展障礙（或簡稱智障）之功能性定義難以充分操作，例如獨立生活能力，或自我定向之具體條件，尚未有普遍接受之客觀標準。大多數之統計數字係由個別之診斷項目，例如大腦麻痺，與智能缺陷（Mental Retardation）等等綜合分析而來。在美國總人口中，據估計約有一·五%至二·四%被區分為智力發展障礙人口。在智障人口中，智能缺陷或智能不足者佔最多數。智能不足者有二百五十萬人，佔總人口之一至三%。但九〇%之智能不足者均為輕度障礙（Mild Retardation），他們可完成小學五年至國中二年之教育水準，也可以接受生活技能訓練，達成獨立生活之程度。較為嚴重之智障者係為

少數。深度障礙者（Profound）約佔全部智障者之二%弱，這些深度智障者經常兼患眼盲失明，耳聾或骨骼畸形等等症狀。

在社會經濟階級及種族分布上，少數民族與社會經濟貧窮階級之兒童有很多人被診斷為輕度智障，但是深度智障在種族分布上卻無差別。（註1）

智能發展障礙（Developmental Disability）之概念，始於一九六〇年代，由一群熱心智障工作者發起改革運動，強調智障與其他相關之殘障人士之社會服務，社區生活，技能訓練，特殊教育，保健醫療，職業重建等等之改善，必須透過社會立法，才能獲得效果。根據撒瑪（Summers, 1981）之記載，這個改革運動爭取聯邦及州政府之社會立法來改善由於智障或非智障者所引起之生活困難。當時普遍獲得社會認同。在最早之一九七〇年，發展障礙服務與設施建造法案中，擬定了「發展障礙」之定義，包括了三種殘障狀態：智能不足（Mental Retardation）、大腦麻痺（Cerebral Palsy）以及癲癇病，俗稱羊角瘋（Epilepsy）。到了一九七五年之發展障礙補助與人

權法案中，又加上了自閉症狀(Autism)以及一些閱讀障礙，但卻排除「學習障礙」(Learning Disabilities)。到了一九七八年之發展障礙之復健與整體服務法律中，卻通通排除了診斷上之分類名稱，反而強調個人之各種需要項目與生活功能之改善。(註2)

本文內容就智能發展障礙之理論概念，專業定義之沿革，主要危險因素之分類，智障理論之假設，以及社會工作之應用原則，加以闡明之。

一、理論概念

所謂智能發展障礙者係指一個五歲或五歲以上之個人，帶有一種嚴重的，慢性的殘障狀態而言，此種殘障狀態，可歸因於心智或身體障礙或者兩者同時所引起。而且在廿二歲以前就很明顯發作者，經診斷，有可能繼續不斷者，會造成主要生活之重要功能限制。同時有以下三項或更多之障礙者：自我照顧、感受與表達之語言，功課學習、身心之機動性、自我管理或定向，獨立生活、經濟獨立、自力更生等等之困難。由這些功能性之障礙可反映個人之特殊需要，而提供專業的、科際整合的全科照顧、治療或者綜合的，需要長期的、有計畫的、協調的個別服務。這不但是一個發展障礙之理論概念，也是一個法律定義，在美國五十州均適用。這個理論概念強調生活功能性之定義，而非醫療診斷性之定義。

由於一九九〇年之發展障礙補助與人權法案(公法一〇一—四九六)通過後，這個理論概念著重於「一個智障者能夠在生活上做

些什麼？」「能夠學習什麼樣的生活技能？」，這一個理論與社會工作之系統理論相呼應，強調個人與社會環境之互動關係，協助智障者如何去適應他的生活環境。

二、智障照顧之歷史沿革

在十九世紀以前，對於智能不足之人士，有一段很悲哀暗淡之歷史，不論在他們的住宿環境、保護措施與教育訓練都無法令人滿意。(Davies and Eoob, 1959) 古代之希臘與羅馬將「精神缺陷」或「智力不足」者或兒童加以殺害，丟棄在荒郊野外。在歐洲新教(基督教)之改革時期，也對這些不幸者加以鞭打及殘酷待遇。許多對於智能不足之神話及迷信也相繼傳到北美洲。十九世紀後對於智能不足之服務，有個別之「開拓工作」。Henry Wilbur 偉爾佛在一八四八年設立第一所智能不足之收容所。在波士頓(Boston)成立，稱為陪京(Dotkins)教養院，其目的在治療智能不足。到了一八七〇年代，許多智障教養院設立係為保護社會秩序不被這些智障者騷擾及侵犯，才收容他們，其後十年間，社會上採用「隔離」「絕育」及其他處罰來對待這些智障人士。

一九〇〇至一九一九年間，在美國社會係稱為開明時代，但並非對每一個人開明，智能不足者並沒有沾到益處。當時之社會雖然收容智障者，但收容所卻跟「貨倉」一樣擁擠不堪而且繼續實施「絕育」治療。許多收容所都建立在效區，與都市之社區生活隔離。當時之社工專業為了整體兒童福利之緣故，開始注意到智障者

之社會服務需要。在一九二二年，由於白宮召開兒童政策會議，設立了兒童局，聯邦政策開始研究兒童政策。但在一九二〇至一九四〇年代也缺乏改革工作，社工專業僅提供了個案、社團與社區組織之直接服務。

到了一九五〇年代，智障兒童聯合會成立，這個組織以後又改名為「智障公民聯合會」其目的為鼓吹對於智障者及其家庭之服務，促進社區服務，要求智障者之家屬合作。在一九六二年時，其觀念逐漸改變，由負面之對待智障者改變為正面之積極服務。如何加強發展智障者之潛能，如何協調社區資源及服務體系，來提供必要之智障服務。一九六二年後，因為甘乃迪總統(John F. Kennedy)有一位姊妹患有「智能不足」狀態，因此他開始使用聯邦政府撥款，提供研究及改革智障人士之服務方案。他在一九六二年召集了一個總統的諮詢會議，開始討論如何擬定國家之政策以及智障服務之實施計畫。其中有九十五項之建議，係一個劃時代之聯邦政策改變。在一九五〇年至一九六〇年代，社會工作專業者在各州政府擔任了行政計畫，及智障社會服務之實施。在其後之二十年間提供了許多改革。

有關智障服務之公共法案，計有下列之社會立法由聯邦政府撥款援助州政府及地方政府推動智障重建及服務工作。

在一九六三年有「婦幼衛生及智能不足、障礙服務計畫法案」通過。這個法案授權聯邦政府撥款給大學教授從事「預防工作」之研究。

在一九六三年之「智障設施及社區心理衛生中心建造法案」通過。由聯邦之全國「兒童衛生及人類發展研究所」增加撥款給各大學去建造有關之研究機構。

在一九六七年之社會安全法案修正案，規定了早期之篩選、診斷以及對貧窮兒童提供治療，(Braddock, 1987)同時許多聯邦法案均提供「特殊教育」。一九七五年，為全部之殘障兒童教育法案通過，提供所有之殘障兒童免費教育服務。

一九七〇年代之發展障礙服務與設施建造修正法案，規定各州需要設立一個評議會來協調或調整州政府內所有提供智障服務之單位。

一九七三年之復健法案(P.L. 93-112)規定所有聯邦機關要訂立細則，規定預防歧視發展障礙人士。凡是接受聯邦補助之服務項目，不得拒絕智障者之使用，在就業服務上，不得歧視他們。

一九七四年之社會安全法案二十章撥款三十三億美元給予兒童服務，應包括智障及發展障礙人士之服務。補充安全收入(S.S.I.)也包括了五十萬人以上之發展障礙人士之生活補助金。

一九七八年之復健，綜合服務及發展障礙修正法案，修訂了發展障礙之定義，優先之服務項目，個案管理，兒童發展，有選擇性之社區生活，非職業性之社會發展。

到了一九八〇年代雷根總統(Ronald Reagan)入主白宮裁減了聯邦預算，增加國防預算，發展障礙之服務工作，預算也受到了巨大之影響。

在一九九〇年代，對於智能發展障礙之服務，提倡「非機構化 (Deinstitutionalization)」大設備改為社區住宅，注重預防工作，從事重建及復健取向，在行政上，採用個案管理服務。(註3)

三、主要分類

智能發展障礙之高度危險因素或特殊原因係由下列諸項症狀所引起：

(一) 智能不足，係由生物學的或是社會的、心理的因素所造成。包括了腦部傷害，染色體之異常以及社會貧窮與社會文化態度所影響。

(二) 腦部癱瘓或癱瘓係由於大腦損傷所造成，又可分為運動困難或動作異常、缺乏目的、痙攣性之動作遲鈍，但可節制以及步態失調，不能調節。(Cerebralpalsy; Dyskinesia, Spasticity, Ataxia)。

(三) 癲癇症狀係由基因的，或者腦子異常所致，可分為大發作 (Grand Mal)、小陣痛 (Petit-Mal)、以及精神心理運動性之發作 (Psychomotor)。

(四) 自閉症狀，係由於大腦器官之有機體異常所致，對於互惠之社會互動有很明顯之困難，有口語與非口語之自閉性，有溝通與想像力活動之損傷。

(五) 閱讀障礙，係由於學習困難，並非智能不足，而可能由於輕微腦傷或者體質內之生化作用失調所致。

(六) 其他因素：例如書寫障礙與算術障礙，肌肉骨骼關節異常，

缺乏靈活之運用，或者脊骨裂傷等等。還有聽力障礙，盲聾或頸部受傷殘障，均足以引起智能發展障礙。

要研究探討智能發展障礙之主題，要從人生之三個發展時期著手，就是產前、產時，與產後。有可能在這三個時期，同時產生高度危險因素影響到日後之智障狀態。(註4)

四、智能不足 (Mental Retardation) 之定義

智能不足係指一個人在生活功能上有巨大的限制兼有如下特性：明顯而易見的低度智力功能，還有兩種或更多的適應技巧上之限制，包括溝通、自我照顧、家庭生活、社交技術、使用社區資源、自我管理、健康安全、學課功能、休閒活動、工作能力、智力不足之特性，而在十八歲以前就已明顯出現。

一九八三年之美國智能缺陷協會 (AAMD-American Association of Mental Deficiency) 稱：智能不足係指身心發展期間，存在著平均數以下之智力功能，伴隨著適應行為之缺陷 (Grossman, 1983, p1) 由這個定義延伸，又將智能不足分為四個層次：輕度 (Mild)、中度 (Moderate)、重度 (Severe) 與極重度 (Profound)。一九八〇年 AAMD 改名為 AAMR-American Association of Mental Retardation，設法減少瑕疵之定義，減輕對於智障者之詛譏輕視。在一九九二年 AAMR 之定義強調了對智能不足之瞭解提供支持系統，加強七項生活適應技巧之改善，注重個人與社會環境之互動關係。因此使用描述支持系統之需要強度代替了智能不足之層次分類法。需要支持強度可分

為斷斷續續的，有斷續性的 (Intermittent)，有限制性的 (Limited)，有廣闊性的，大量的 (Extensive)，還有滲透性的，遍佈性之服務。(註 5)

就智能不足與智力測驗與教育分類而言，藍涵醫師列出智能不足之程度，智力測驗之分數與教育程度之分類一覽表，以供智障專業人才之參考。

一九七四年我國教育部公布之「特殊兒童鑑定及就學輔導準則」，對智力不足界定為：在發展期間由於普通智力功能之發展遲滯而導致適應困難者。如心智薄弱、心智缺陷、智能障礙，智能低下等等均屬描述智能不足之名詞，如依可教育之程度來分類，則可分為可教育性的，可訓練性的，以深度性的。(註 7) 郭為藩教授把 Severe Mental Retardation (Custodial) (社會工作辭典，中華民國社區發展研究訓練中心印，第五二五頁，一九

智障程度	智測分數斯比量表 Stanford-Binet	魏氏智量表 Wechsler	教育分類
輕度 (Mild)	52-68	55-69	可教育的
中度 (Moderate)	36-51	40-54	可訓練的
重度 (Severe)	20-35	25-39	依賴性
極重度 (Profound)	>20	>25	依賴性
標準誤差 (Standard Error)	3	4	
標準差 (Standard Deviation)	16	15	

來源：Duane F. Stroman, *Mental Retardation in Social Context* (Lanham, M.D.: University Press, 1989) P.24. (註 6)

九〇)

隨著社會潮流之改變，目前比較流行之學說，係強調個人帶有某種障礙之狀況 (A Person with Retarded Condition)。由服務雇客代替案主，由「挑戰」代替「問題」。不管這些名詞如何改變這些人均需要社工專業之服務。

五、四個理論假設

要應用智能不足之定義時，應該考慮以下之四個理論假設，第一假設為有效之評估智障必定考慮並顧及文化與語言之差異，溝通與行為因素之差別。

第二假設為適應技巧之限制係發生在同年齡之社區環境，由此種互動關係表達出個別需要與必要之支持程度。

第三假設為特殊之適應限制往往與其他個人之特殊功能 (異能) 並存。個人之特性視為正面或負面隨情況而定。

第四假設為經過長期之適應支持，智能不足者之生活功能可得到改善。(註

8)

在使用智能不足之定義時，應注意下述四個重點：

(一)個人之社會文化種族背景，包括在家庭使用之語言，非口語之溝通與風俗習慣，均會影響專業人員評估之結果，必須慎重考慮。

(二)社區環境指稱家庭、鄰里、學校、工作場所，以及其他生活環境，有同年齡之人民生活、學習、工作以及社會交往。相同年齡之同輩係指在同一社會文化、語言背景之同輩而言。

(三)個人有特殊能力或異能，跟智力不足，並無直接關係，個人在社會互動中或體力上，有超出常人之能力，一個人可能有智力缺陷，但可能有其他長處，可資發展或接受訓練，發現智障者之優點加以輔導。

(四)適當之支持係指根據個人需要，給予協助，使一個智障者能夠獲得獨立之生活，經濟自立，溶入正常之社會生活。

六、社會工作實務之應用原則

智能發展之社工專業或啟智工作之專業人員應確認每一個智障者係為人類社會有價值之個人，具有生存權以及接受教育服務之權利。啟智社工要協助每一個智障者克服生長發展之障礙，達到發揮潛能，學習獨立生活，減少依賴他人，享有比較充實之生活。

社會工作實務之應用係基於社會生態學方法與社會系統理論 (Social System Theory)，視個人為社會系統中之一個體系。美國智障協會之定義與發展障礙之理論均強調個人與其社會環境之關

係。對於發展障礙者提供最佳之生活環境，應有三個主要特性：提供機會滿足個人需求，注意個人之身體、社會、心理、物質與知性之福祉。

提供社會連結功能，社會工作從事於社會體系分界面之連絡結合，應將發展障礙或智障者以及其家庭中介到有關於醫療衛生體系或教育與社會服務體系。其功能包括了個案管理、提供訊息、轉介、仲介、調停糾紛，以及代言等等功能。提供社會服務方案之計畫，要尋找各專業科技之合作，諸如醫學、心理學、神經科學、特殊教育、職業重建、康樂服務以及護理照顧等等之合作。啟智工作之社工實務應重視下列之概念及原則：

(一)對於智障者應提供最低限制之生活環境，重視發展及保護並非限制 (Least restrictive environment)。

(二)促使智障者回歸到自己之家庭及社區生活，視個別需要而提供服務 (Return to Community life)。

(三)重視生活化之概念，盡最大努力使智障者能夠享有普通人之生活方式 (Normalization of life)。

(四)學校當局應安排輕度之智障者與正常之兒童一起學習，一起生活，讓他們習慣於社會常規。(Return to regular School)。

(五)在團體生活管理上，要採納非機關化或非機構化之個案管理，避免「軍事操練」之生活管理方式。盡可能採用家庭生活模式之訓練。(Case Management and Deinstitutionalization)。(註9)

結論

智能發展障礙之理論架構提供啟智社工以及其他智障教育人士一個研究思考之模型，以及探討社工實務之應用方針。啟智社工本身必須接受現代化之專業訓練提昇其服務品質，才能提供智障者及其家屬更具體的更人性化與更現代化之社會服務措施。（註10）

（本文作者現任美國長堤加州大學社會工作系教授兼國際社會工作研究所所長；曾擔任高雄醫學院醫學社會學系客座教授，東海大學社工研究所客座教授）

備註：

1. Pople, Philip R., Leighninger, Leslie, Social Work, Social Welfare, and American Society 3rd edition, Allyn and Bacon, Boston, 1996, p.370-371.
2. DeWeaver, Kevin L., "Developmental Disabilities Definitions and Policies" 19th Encyclopedia of Social Work, NASW Press, Washington, D.C. 1995. p712-713.
3. Freedman, Ruth I., "Developmental Disabilities: Direct Practice" 19th Encyclopedia of Social Work, NASW Press, Washington, D.C. 1995, p721-723.
4. DeWeaver, Kevin L. "Developmental Disabilities Definitions and Policies", 1995 p.713-714.
5. Ibid, p.713-715.
6. Pople, Philip R., Leighninger, Leslie, Social Work, Social Welfare, and American Society, Allyn and Bacon, Boston, 1996, P.369.
7. 張春興 張氏心理學辭典 東華書局印行 台北市 一九九二 頁四〇五
8. AAMR Mental Retardation-Definition, Classification, and Systems of Supports-9th Edition, American Association on Mental Retardation, Washington, D.C. 1992 p.5-7.
9. Freedman, Ruth, "Developmental Disabilities: Direct Practice" p.722-727.
10. Zastrow, Charles, Introduction to Social Work and Social Welfare, 6th Edition, Brooks and Cole Publishing Co. New York, 1996. p.514-516.