

ТЕНДЕНЦИИ В КЛАСИФИКАЦИЯТА НА ЛИЦА С УМСТВЕНА ИЗОСТАНАЛОСТ

Милен Замфиров

Софийски университет „Св. Климент Охридски“

Резюме. Статията представя историческите тенденции в развитието на класификацията на умствената изостаналост. Направен е преглед на различните ревизии на Международната класификация на болестите. Извършена е съпоставка между различните класификации на умствената изостаналост на база преход ревизиите на Международната класификация на болестите.

Ключови думи: умствена изостаналост; интелектуално увреждане; класификация; коефициент на интелигентност

Историческо развитие на Международната класификация на болестите

Fransois Bossier de Lacroix (1706 – 1777) пръв прави опит за систематична класификация на болестите. Обстояният му трактат е публикуван под заглавието *Nosologia Methodica* („Нозологична методика“) (Knibbs, 1929).

В началото на XIX век най-широко е използвана класификацията на болестите на Wiliam Cullen (1710 – 1790) от Единбург, която е публикувана под заглавието *Synopsis Nosologiae Methodicae* („Кратък обзор на нозологичната методика“) (ISCDRHP, 1993).

Статистическото изучаване на болестите за практически цели започва с труда на John Graunt върху Лондонските списъци на смъртността. Опитвайки се да прецени каква част от живородените умират, преди да достигнат 6-годишна възраст, при липса на данни за възрастта на децата в момента на смъртта, той взел всички умиралия, класирани като дължащи се на млечница, конвулсии, рахит, зъбни болести и глистни инвазии, преждевременно родени, умрели през първия месец от живота, умрели с увеличен черен дроб и задушени по време на сън, като прибавил към тях половината от умиралията, причинени от едра шарка, червен вятър, дребна шарка и глистни болести без конвулсии (ICD, 1979). Колкото и несвършена да е тази класификация, Джон Граунт е пресметнал, че смъртността на децата до 6-годишна възраст е била 36% – оценка, която изглежда доста правилна, ако се съди по по-късните данни. Въпреки че през следващите три столетия научната достоверност на класификацията на болестите непрекъснато се повишава, все още мнозина се

съмняват в ползата от опитите да се състави класификация на болестите, а дори и причините на смъртта поради трудностите на групирането (ICD, 1979).

Основаното през 1837 г. Генерално статистическо бюро на Англия и Уелс намира в лицето на William Farr (1807 – 1883) първия медицински статистик на това бюро – човек, който може не само да извлече най-голяма полза от съществуващата тогава несъвършена класификация на болестите, но полага големи усилия за разработване на по-добра класификация и за постигане на международно еднообразие при нейното приложение (ICD, 1979).

Farr установил, че обществените учреждения се ползват от класификацията на Cullen. Тя не била ревизирана, в нея не бил отразяван напредъкът на медицинската наука и Farr считал, че тя не е удовлетворителна за статистически цели. Поради това в първия си Годишен отчет до Генералния статистик той разгледал принципите, от които трябва да се ръководим при съставянето на статистическа класификация на болестите, и настоявал за приемане на единна класификация (ISCDRHP, 1993).

Farr непрестанно изучавал както статистическата класификация, така и номенклатурата, както се вижда от годишните му „Писма до Генералния статистик“, публикувани в Годишните отчети на Генералния статистик (ICD, 1979).

През 1853 г. на I международен статистически конгрес в Брюксел е взето решение за създаване на „единна номенклатура на причините за смърт“, приложена за всички страни. Задачата е възложена на Уилям Фар и Марк д'Еспин, които на следващия конгрес (Париж, 1885) да представят два списъка (ISCDRHP, 1993).

На следващия конгрес, състоял се в Париж през 1855 г., Farr и D'Espine представили две отделни класификации, които се базирали на съвсем различни принципи. Класификацията на Farr се състояла от 5 групи: епидемични болести, конституционални (общи) болести, местни болести, класифицирани по анатомичната им локализация, болести на развитието и болести, които са непосредствен резултат от насилие (ISCDRHP, 1993).

D'Espine групирал болестите съгласно тяхната природа (подагрични, обриви и кръвни и пр.). Конгресът възприел компромисен списък от 138 рубрики (ICD, 1979).

През 1864 г. тази класификация била ревизирана в Париж по модела на класификацията на д-р W. Farr; следващите ревизии се състояли през 1874, 1880 и 1886 г. Въпреки че тази класификация никога не е получила универсално признание, общите принципи на построяването, включително и принципът за класификацията на болестите по анатомична локализация, предложен от Farr, и досега са залегнали в основата на Международната класификация на причините за смъртта (ICD, 1965).

През 1891 г. Международният статистически институт (наследник на Международния статистически конгрес) възлага на Jacques Bertillon (1851 – 1922) – ръководител на статистическата служба на Париж, да подготви класификация на

причините за смърт. Бертийоновата класификация за причините на смъртта се базира върху принципите на Farr за разграничаване на общите болести от локализираните в отделни органи или анатомични области (ICD, 1979). Тази класификация включва: съкратен списък – от 44 групи болести, разширен – от 99 групи болести, и подробен – от 161 групи болести или нозологични единици. Възприема се ревизиране на международната класификация за причините на смъртта да се извършва през 10 години. По този начин Бертийоновата класификация става основа на сегашната международна класификация на болестите, чието ревизиране е съобразено с постиженията на медицинската наука и нуждите от все по-детайлна информация и винаги е свързано с усъвършенстването ѝ (ICD, 1979).

Първата ревизия е извършена през 1900 г. на международна конференция, свикана в Париж. Втората (1910), Третата (1920), Четвъртата (1929) и Петата (1938) международна конференция са свикани от френското правителство; следващите Шеста (1948), Седма (1955) и Осма (1965) ревизия са организирани и проведени под егидата на СЗО. При провеждане на Четвъртата (1929) и следващите ревизии са направени разширения на Международния списък за причините на смъртта с оглед използването му и за статистиката на заболяемостта (ICD, 1965).

Международната конференция за Шестата ревизия на Международния списък на болестите и на причините за смъртта била свикана в Париж през април 1948 г. от френското правителство. Нейният секретариат, съставен съвместно от компетентните френски административни органи и от Световната здравна организация (СЗО), провел подготвителната работа съгласно споразумението, сключено между правителствата, представени на Международната здравна конференция през 1946 г. (Official Records of the WHO, 1948).

Международната конференция по Шестата ревизия бележи началото на нова ера за международната демографска и санитарна статистика. Наред с одобряването на всеобхватна класификация на болестите и на причините за смъртта и съгласуването на международните правила за избор на основната причина на смъртта конференцията препоръчала да се приеме всеобхватна програма за международно сътрудничество в областта на демографската и санитарната статистика, включваща създаването на национални комитети по демографска и санитарна статистика, които да координират статистическата дейност в дадената страна и да служат като връзка между националните статистически институции и Световната здравна организация (ICD, 1979).

При Седмата и Осмата ревизия са внесени незначителни промени, свързани главно с постиженията на медицинската наука и с общия принцип за класифициране на болестите предимно според етиологията им (ISCDisC, 1962).

VII ревизия на Международната класификация на болестите и причините за смъртта

Международната конференция по Седмата ревизия на Международната класификация на болестите и причините за смъртта се състояла в Париж под

егидата на СЗО през февруари 1955 г. В съгласие с препоръката на Експертния комитет по санитарна статистика при СЗО тази ревизия се е ограничила само до внасяне на необходимите изменения и до поправяне на грешки и несъответствия (RILDCD, 1955).

VIII ревизия на Международната класификация на болестите и причините за смъртта

Конференцията по Осмата ревизия, свикана от СЗО, се състояла в Пале де Насион, Женева, от 6 до 12 юли 1965 г. (RICD, 1965). Тази ревизия е по-радикална от Седмата (Международна класификация на болестите, 1965), но оставя непроменени основната структура на Класификацията и общия принцип за класифициране на болестите предимно по етиология, а не по отделните им прояви (ECHS, 1952).

IX ревизия на Международната класификация на болестите

Международната конференция по Деветата ревизия на Международната класификация на болестите, свикана от Световната здравна организация, се състояла в главната квартира на СЗО, Женева, от 30 септември до 6 октомври 1975 г. (MISCDICD, 1977).

Деветата ревизия на МКБ, означавана накратко като МКБ-9, е публикувана на работните езици на СЗО: английски, френски, руски и испански. До края на 1978 г. са отпечатани английската и френската версия, на основата на които са изготвени и материалите и за нашата страна.

Подготвителната работа по Деветата ревизия на МКБ е извършена в широк мащаб от регионалните центрове по МКБ (Лондон, Париж, Москва, Сао Паоло и Каракас) и с участието на страните членки на СЗО.

В основни линии Деветата ревизия на МКБ съответства на МКБ-8 както по своята структура, така и по използваните кодове. Наред с това обаче тя съдържа значително по-големи подробности в съдържанието на отделните рубрики, означавани с четирицифрен код.

Предложенията относно Деветата ревизия включват и адаптирането ѝ към областта на статистиката, предназначена за оценка на медицинското обслужване.

X ревизия на Международната класификация на болестите

Работата по Десетата ревизия на МКБ започва през септември 1983 г., когато в Женева се е състояло Подготвителното съвещание по МКБ-10. Ръководството на работата е осигурено от няколко специални съвещания, включително съвещанията на Комитета на експертите по МКБ (10-а ревизия) през 1984 и 1987 г. (ISCDRHP, 1992).

Освен техническия принос на много групи от специалисти и отделни експерти се получават и много забележки и предложения от държавите членки на СЗО и регионалните бюра. За да бъдат задоволени различните изисквания на потребителите, се създава концепция за „семеиството“ на класификациите, където централно място заема традиционната МКБ с характерните ѝ форми и структури. По

такъв начин самата МКБ удовлетворява нуждите от диагностична информация за общи цели, а другите (допълнителните) класификации биха могли да се използват заедно с нея и да имат различни подходи към същата тази или към друга информация (особено отнасящата се до терапевтичните, хирургичните процедури и инвалидността) (ISCDRHP, 1992).

Така, при разглеждането на Десетата ревизия, може да се види, че традиционната структура е запазена, но е въведена азбучно-цифрова система на кодиране, която заменя цифровата. Това позволява да се разширят рамките на класификацията и да се направи по-нататъшната ѝ ревизия, без да бъде нарушена целостта на цифровата система (както това става в предишните ревизии) (ISCDRHP, 1992).

МКБ-10 – Международна класификация на болестите 10-а ревизия, последно издадена януари 2007 г. МКБ-10 е общоприетата класификация за кодиране на медицински диагнози, разработена от Световната здравна организация. МКБ-10 се състои от 21 раздела, всеки от които съдържа подкодове на заболявания и състояния.

Тази ревизия е най-подробната и най-актуалната, що се отнася до описание на умствената изостаналост.

XI ревизия на Международната класификация на болестите

Както вече е известно, одобрена е новата, XI ревизия на Международната класификация на болестите МКБ-11 (ICD-11) на Световната здравна асамблея за приемане от държавите членки¹⁾.

В новата ревизия са включени 55 000 кода на различни заболявания, причинители на травми, болести и смърт. За сравнение, в МКБ-10 са само 14 400. По данни на Световната здравна организация (WHO) по време на 10-годишното разработване са взети предвид над 10 000 мнения и препоръки и в новата версия са добавени нови раздели, за да се обособят по-точно отделните нозологични единици. Тази промяна има за цел да подобри методите на диагностика в отразяването на актуалните заболявания на съвременния човек²⁾.

За специалистите от социалния сектор е полезно да се отбележи, че разделът „Психични и поведенчески разстройства“ е значително разширен с подраздели към различните състояния. Разстройствата от аутистичния спектър са значително по-описателни като наименования. Синдромът на Рет е включен в отделен раздел „Разстройства на развитието“. В същото време, като отделен раздел са изнесени „Разстройства със съня“, „Разстройства на половия идентитет“ и „Сексуална принадлежност“ са трансформирани в „Състояния, свързани със сексуалното здраве“, като е направено уточнение, че транссексуалното поведение не е обект на класификация. Тиковите разстройства заедно със синдром на Торет са прехвърлени в раздела „Заболявания на нервната система“. За първи път се обръща поглед към по-разширено разбиране на зависимостите и се включва прекомерната обсебеност към дигитални и видео игри. Световната здравна организация смята, че по този начин ще се проследи броят на засегнатите. Въпреки широкото разпространение на

традиционната медицина за първи път тя е обособена в отделен раздел в класификацията. Това има за цел да улесни комуникацията между специалистите, работейки с еднакви кодове. Въпреки че все още някои отричат твърдението, че синдромът на професионалното прегаряне е заболяване, СЗО обособява цял подраздел „Проблеми, свързани с работното място и работната среда“⁽³⁾.

Взаимовръзка на умствената изостаналост при различните ревизии

Умствената изостаналост, като състояние на задържано или непълно развитие на интелекта, с нарушение на познавателните, речевите, двигателните и социалните умения на индивида, не е единно разстройство. Популацията на умствено изоставащите е хетерогенна.

Умственото изоставане е една от най-ранно установимите увреди на централната нервна система.

Според IX ревизия състоянието на умствена изостаналост се описва като олигофрения и попада в кодовете 317 – 319 (ICD, 1979).

Според дефиницията на IX ревизия умствената изостаналост все още се води олигофрения. Описва се като състояние на забавено или несъвършено развитие на психиката, което се характеризира главно с интелект, по-нисък от нормалния. Самото кодиране в ревизията се извършва, като се има предвид настоящото индивидуално функционално равнище без оглед на нейния характер или причина – като напр. психоза, културова депривация, синдром на Даун и пр. Олигофренията често е придружена от психични разстройства и често представлява последица от някое соматично заболяване или от травма (ICD, 1979).

X ревизия на МКБ дава най-подробното и актуално описание на различните видове умствена изостаналост, затова описанието ще се опре именно на тази ревизия (ICD-10, 1992).

Според X ревизия на МКБ умствената изостаналост е състояние на задържано или непълно развитие на интелекта, характеризиращо се с нарушение на уменията, които възникват в процеса на развитие и дават своя дял във формирането на общото ниво на интелигентност, т.е. когнитивните, речевите, двигателните и социалните умения. Изоставането може да се съчетава, но може и да не се съчетава с други психични или телесни разстройства. Умствено изостаналите лица обаче могат да заболят от целия спектър психични разстройства и в сравнение с общата популация болестността от други психични разстройства при тях е поне три-четири пъти по-висока. Освен това умствено изостаналите лица са изложени на по-висок риск от експлоатация и физическо и/или сексуално насилие, адаптивното поведение винаги страда, но в защитена социална среда, където намират подкрепа, достъпна, при лицата с лека умствена изостаналост такива нарушения може изобщо да не се забележат (Karadjova, 2010).

Затрудненията в общуването обаче могат да наложат повече от обикновеното при поставянето на диагноза да се разчита на обективно наблюдаеми симптоми,

като – в случай на депресивен епизод – психомоторна забавеност, загуба на топло и апетит и разстроен сън. В таблицата по-долу е направено сравнение на състоянието умствена изостаналост според последните четири ревизии – от VII до X.

Очевидно е, че има редица тенденции, като на първо място е наложената промяна в наименованията – имбецил, дебил, идиот, трите форми на олигофренията до IX ревизия се променят, поради придобитата нарицателност, на лека, умерена, тежка и дълбока умствена изостаналост в X ревизия. Премахват се наименования като гранична олигофрения и ограничена умствена изостаналост, присъщи на VII и VIII ревизия. По отношение на IQ също се забелязват някои тенденции. Например IQ и при четирите ревизии – идиотия (VII), дълбока олигофрения (за VIII и IX), дълбока умствена изостаналост (X), е едно и също – под 20 IQ.

Интелектуалният коефициент на лицата с под 20 на практика означава, че способността на засегнатите лица да разбират и изпълняват нареждания или инструкции, е крайно ограничена. Повечето лица от тази категория са неподвижни или с крайно ограничена подвижност, изпускат се по голяма и малка нужда и са способни само на рудиментарни форми на невербална комуникация. Способността им да се грижат за основните си потребности, е крайно ограничена или липсва, което изисква непрекъснати грижи и наблюдение (ICD-10, 1992).

След това започват постепенните разминавания. При VII ревизия IQ за имбецилността е от 20 до 49, докато за останалите три ревизии се движат в идентични граници за тежка олигофрения и тежка умствена изостаналост: 20 – 35 при VIII и 20 – 34 при IX и X ревизия.

Деца с тежка умствена изостаналост / тежка олигофрения / имбецилност проговарят късно и броят на думите е ограничен, колкото да поискат най-необходимото. Някои от тях никога не усвояват речта. Двигателната активност е нарушена и тези деца се обслужват от близките. Липсват практически умения. Освен това липсват и концентрацията и училищните умения. Обучението е невъзможно. Социални умения не се постигат.

В общи линии, тази категория е подобна на умерената умствена изостаналост / умерената олигофрения по клиничната си картина, наличието на органична етиология и придружаващите състояния. По-ниските нива на успеваемост, споменати по-горе, също са най-чести в тази група. Повечето лица от тази група страдат от изразена степен на двигателни нарушения или други свързани със състоянието дефицити, които свидетелстват за наличието на клинически значима увреда или неправилно развитие на централната нервна система (ICD-10, 1992).

При умерената олигофрения има по-сериозно разминаване. При VIII ревизия IQ е 36 – 51, а при IX и X ревизия – 35 – 49 IQ.

При лицата от тази категория умерена умствена изостаналост / умерена олигофрения разбирането и използването на речта се развиват бавно и евентуалните им постижения в тази област са ограничени. Усвояването на навици за самообслужване и двигателни умения също изостава, като при някои лица необходимостта от

наглеждане остава постоянна. Успехите в училище са ограничени, но една малка част от тях усвояват основните умения, необходими за четене, писане и смятане. Обучителните програми могат да дадат възможност на тези лица да развият ограничения си потенциал и да придобият някои основни умения. Такива програми са подходящи за бавно усвояващи с нисък таван на успеваемост. Възрастните лица с умерена умствена изостаналост обикновено могат да извършват проста практическа работа, ако задачите са внимателно структурирани и се упражняват под умело ръководство. Рядко се достига напълно независимо съществуване в зряла възраст. Като правило обаче тези лица са напълно подвижни и физически активни и повечето от тях показват данни за социално развитие чрез възможностите си да установяват контакти, да общуват с другите и да се включват в прости социални дейности (Zamfirov, 2018).

Най-големи разминавания има при дебилността, леката олигофрения и леката умствена изостаналост, определени от четирите ревизии.

Докато при VII ревизия за дебилността е определено IQ 50 – 65, то при VIII ревизия IQ за леката олигофрения е 52 – 67 IQ, при IX ревизия IQ за лека олигофрения е 50 – 70, а при X ревизия IQ за лека умствена изостаналост вече е 50 – 69.

Лицата с лека умствена изостаналост / лека олигофрения / дебилност усвояват речта със закъснение, но повечето достигат нивото на ежедневната реч, могат да водят разговори и да участват в клиничното интервю. Повечето от тях постигат също пълна независимост в самообслужването (хранене, миене, обличане, тоалет) и в практическите и домакински умения, дори когато темпът на развитие е значително по-бавен от нормалния. Основните затруднения се наблюдават в училище, като много от лицата имат особени проблеми с четенето и писането. Обучението, насочено специално към развиване на уменията и компенсация на ограниченията на лица с лека степен на умствена изостаналост, се оказва много полезно. Повечето от лицата на горната граница на леката степен са способни да извършват работа, свързана по-скоро с практически, отколкото с умствени умения, включваща неквалифициран или нискоквалифициран физически труд. В социокултурни условия, където не се държи много на учебните постижения, известна степен на лека умствена изостаналост може въобще да не представлява проблем. Ако обаче има и забележима емоционална и социална незрялост, социалните последствия от функционалния дефицит, като например неспособност за справяне с изискванията на брака или отглеждането на деца или трудности при вграждането в културните традиции и очаквания, ще бъдат явни (ICD-10, 1992).

Ясна е тенденцията за по-точно кодифициране на умствената изостаналост и постепенното намаляване на IQ, което определя дали един човек е умствено изостанал, или не. Това особено си личи в рубриката 310 „Гранична олигофрения“ на VIII ревизия, при която IQ е 68 – 85. При следващите ревизии тази рубрика е отпаднала и тези граници вече се водят долни граници на абсолютната норма, а не гранична олигофрения / умствена изостаналост.

Общо взето, поведенческите, емоционалните и социалните затруднения на лицата с лека умствена изостаналост / дебилност / лека олигофрения, както и нуждите от лечение и подкрепа, свързани с тях, са по-близо до тези на хората с нормален интелект, отколкото до специфичните проблеми на лицата с умерена и тежка умствена изостаналост. При нарастваща част от тези лица се открива органична етиология, но все още не при мнозинството.

БЕЛЕЖКИ

1. Тя влиза в сила от 1 януари 2022 г., но вече е публикувана онлайн, за да могат специалистите да се запознаят с нея по-подробно <https://www.who.int/>
2. Пак там.
3. Пак там.

ЛИТЕРАТУРА

- Замфиров, М. (2015). *Специфични форми на работа по математика и информатика за деца и ученици със специални образователни потребности*. София: Св. Климент Охридски.
- Караджова, К. (2010). *Детерминанти на интегрираното обучение при деца с интелектуална недостатъчност*. София: Св. Климент Охридски.
- (1962). *Международна статистическа класификация на болестите, травмите и причините за умираанията. Том 1*. София: Медицина и физкултура.
- Международна класификация на болестите*. Ревизия от 1965, Том 1. София: Медицина и физкултура.
- Международна класификация на болестите. Ръководство по международната статистическа класификация на болестите, травмите и причините за умираанията*. Том 1. София: Медицина и физкултура.

REFERENCES

- Zamfirov, M. (2015). *Specifichni форми на работа по matematika i informatika za deca i uchenici sus specialni obrazovatelni potrebnosti*. Sofia: Sv. Kliment Ohridski.
- Karadjova, K. (2010). *Determinanti na integriranoto obuchenie pri deca s intelektualna nedostatuchnost*. Sofia: Sv. Kliment Ohridski.
- ISCDICD. (1962). *International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death. V. 1*. Sofia: Medicine and Physical.
- ICD. (1965). *International Classification of Diseases, Revision from 1965. V. 1*. Sofia: Medicine and Physical.

- ICD. (1979). *International Classification of Diseases. Manual of International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death. V. 1*. Sofia: Medicine and Physical.
- ICD-10. (1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems Revision, Volume 2, Instruction manual*. Geneva: World Health Organization.
- Knibbs, G (1929). The International Classification of Disease and Causes of Death and its revision. *Medical journal of Australia*, 1: 2 – 12.
- MISCDICD. (1977). *Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death. Volume 1*. Geneva: World Health Organization.
- Official Records of the WHO (1948). *Official Records of the World Health Organization*. Geneva: World Health Organization.
- RICD. (1965). *Report of the International Conference for the Eighth Revision of the International Classification of Diseases*. Geneva: World Health Organization.
- RILDCD. (1955). *Report of the International Conference for the Seventh Revision of the International Lists of Diseases and Causes of Death*. Geneva: World Health Organization,
- ECHS. (1952). Third report of the Expert Committee on Health Statistics. *WHO Technical Report Series, No.53*, Geneva: World Health Organization.

TENDENCIES IN CLASSIFICATION OF PERSONS WITH INTELLECTUAL DISABILITY

Abstract. This paper presents the historical tendencies in the development of classification of intellectual disability. There is an overview of the different revisions of the International Classification of Diseases (ICD). Additionally, there is comparison among different classifications of intellectual disability based on the revisions transition of ICD.

Keywords: mental retardation; Intellectual disability; classification; intelligence quotient

✉ **Assoc. Prof. Milen Zamfirov, DSc.**

ResearcherID: V-8511-2017

Department of Special Pedagogy and Speech Therapy

Faculty of Educational Studies and the Arts

University of Sofia

Sofia, Bulgaria

E-mail: m.zamfirov@fppse.uni-sofia.bg