

美國智能和發展障礙協會 2010 年定義 的內容和意涵

鈕文英

國立高雄師範大學特殊教育系教授

摘要

美國智能和發展障礙協會於 2010 年，修訂了 2002 年第十版的智能障礙定義，形成第十一版的定義。本文探討智能障礙 2010 年的名稱和定義、概念架構、評量架構和原則、與其他定義之比較，以及其意涵。

關鍵詞：智能障礙、定義、特殊教育

美國智能缺陷協會 (The American Association on Mental Deficiency, AAMD) 於 1921 年與心理衛生委員會 (The National Committee for Mental Hygiene)，合作建立第一版定義，使用「mental deficiency」(譯為「智能缺陷」)；之後在 1932、1941、1957 年修訂成爲第二至四版定義；接著 Herber 於 1959 年修訂第五版定義時，改用「mental retardation」(譯為「智能不足」)。接下來於 1961、1973、1983 年，修訂智障第六至八版定義；AAMD 於 1987 年改名爲「智能障礙協會」(The American Association on Mental Retardation, AAMR) (何華國，1996；陳榮華，1995)。AAMR 再於 1992 年做大幅度的修訂，爲第九版的定義；又在 2002 年修訂成第十版定義 (Luckasson et al., 2002)。最近，Schalock 等人 (2010) 改用「intellectual disability」(譯為「智能障礙」) 取代「mental

retardation」，修訂完成第十一版定義；AAMR 也改爲「美國智能和發展障礙協會」(The American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, AAIDD)。以下探討智能障礙 2010 年的名稱和定義、概念架構、評量架構和原則、與其他定義之比較，以及其意涵。

壹、智能障礙 2010 年的名稱和定義

一、智能障礙 2010 年的名稱

Schalock 等人 (2010) 使用「intellectual disability」(譯為「智能障礙」) 取代「mental retardation」，因爲「disability」較能反映身心障礙定義的趨勢——從個體與環境互動後的功能表現定義障礙，以及著重於找出導致障礙的環境因素。「不足」(retardation) 則是

指個體的生理狀況和學習能力與常模顯著不同，以致於需要特殊教育的個別化方案（Hallahan & Kauffman, 2005），強調個體本身的限制。

二、智能障礙 2010 年的定義

Schalock 等人（2010）提出：「智能障礙係指在智力功能和適應行為上呈現顯著的限制，適應行為包含概念（conceptual）、社會（social）和應用（practical）三方面的技能，智能障礙發生於 18 歲之前。」（p. 1）此定義保留第十版定義之五項重要假設，包括：（1）確實的鑑定，考量文化、語言的不同，以及溝通、感官、動作和行為方面因素之差異；（2）功能表現的有限性，是呈現在與同年齡同儕比較，以及相同文化之典型社區環境中；（3）個體的限制通常和其優勢同時存在；（4）經過一段時間適當、個別化的支持後，智障者各方面能力通常會有改善；（5）描述個體的限制旨在發展符合其需求之支持計畫（Schalock et al., 2010）。

貳、智能障礙 2010 年定義的概念架構

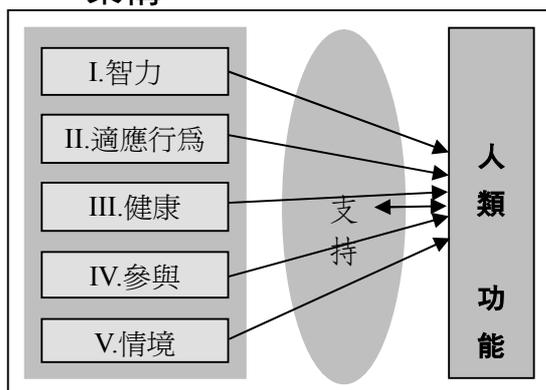


圖 1 美國智能障礙 2010 年定義的概念架構
註：取自 Schalock 等人（2010, p. 14）。

智障 2010 年定義的概念架構呈現在圖 1，圖 1 顯示智力、適應行為、參與、健康，以及情境這五個診斷向度會影響人類功能表現，而人類功能表現關乎教學人員設計「支持系統」的範圍和程度；在經過一段時間支持後，智障者之障礙狀況通常會有改善（Schalock et al., 2010）。以下根據 Schalock 等人的文獻，說明這五個診斷向度和支持系統的內涵。

一、五個診斷向度

（一）智力

智力是一般心理能力，包括推理、計畫、解決問題、抽象思考、理解複雜觀念、快速學習，以及從經驗學習的能力。在檢視個體智力限制的同時，也要考慮其他四個向度。智力功能的限制是指個體在標準化智力測驗上的表現，至少低於平均數兩個標準差以下。

（二）適應行為

適應行為是指概念、社會和應用三方面的技能，它的限制會影響個體的日常生活運作，進而造成其生活適應上的困難。其中「概念」包括語言，讀和寫，金錢、時間和數量概念；「社會」包含人際，社會責任，自尊，遵守法律，服從規則，免於被欺騙、犧牲或受操控，以及社會問題解決；「應用」涵蓋一般日常活動（自我照顧）、職業技能、金錢使用、安全、健康照顧、旅行／交通、進度表／作息表的安排，以及電話使用。

適應行為的評量是依據個體平常、代表性的表現（不是最大幅度的表現），適應行為的限制和優勢是同時存在的；評量時宜考慮個體的發展階段（例如嬰兒期、幼兒期、兒

童期.....),個體的限制和優勢乃表現在與同年齡同儕比較,以及其生活的社區和相同文化之環境中,並且可當作其個別化支持需求之指標。

在檢視個體適應行為限制的同時,也要考慮其他四個向度。適應行為有顯著的限制是指在標準化評量工具(有建立包括身心障礙者和一般人的常模)上,概念、社會和應用三方面適應行為領域至少有一項,或是三項的總分低於平均數兩個標準差以下;而完整的適應行為評量尚需系統性的回顧個體的家庭史、醫療史、學校紀錄、雇用紀錄(若為成人)、其他相關紀錄和資訊,以及訪談了解個體的重要他人。另外,問題或不適應行

為雖然會干擾個體的功能表現,但是它可能在溝通個體的某種需求,而不再視之為適應行為的限制。

(三) 健康

健康包括身體健康、心理健康和社會幸福感,它會影響個體在其他四個向度上的功能表現。其中病原,包括生物醫學(例如染色體異常、營養失衡)、社會(例如文化刺激不足、經濟不利)、行為(例如母親在懷孕期間,從事危險或具傷害性的活動、濫用物質)、教育(例如教育機會和協助不足)四方面危險因子,在母親產前、產中和產後出現,會影響個體的健康狀況,如表1。

表1 智能障礙的危險因子

時間	生物醫學	社會	行為	教育
產前	1.染色體異常 2.單基因異常 3.病症 4.新陳代謝異常 5.大腦病變 6.母親懷孕過程中受到疾病感染 7.父母的年齡	1.貧窮 2.母親營養不良 3.家庭暴力 4.缺乏產前照顧	1.父母使用藥物 2.父母飲酒過量 3.父母吸菸 4.父母發育不成熟	1.父母有認知障礙且未獲得支持 2.缺乏成為父母的準備
產中	1.早產 2.出生時受傷 3.出生的異常	缺乏產前照顧	1.父母拒絕照顧孩子 2.父母棄養孩子	醫院未轉介進一步的服務給父母
產後	1.頭部外傷 2.營養不良 3.腦膜炎 4.癲癇發作 5.退化性異常	1.親子互動不佳 2.未提供孩子充分的刺激 3.家庭貧窮 4.家人有慢性疾病 5.孩子被安置在大 型教養機構	1.父母虐待和忽視 孩子 2.父母對孩子施暴 3.父母未提供孩子 安全的環境 4.孩子社會經驗被 剝奪 5.孩子有行為上的 困難	1.父母教養功能不佳 2.延遲對孩子的診 斷 3.不充分的早期介 入服務 4.不充分的特殊教 育服務 5.不充分的家庭支 持

註：修改自 Schalock 等人 (2010, p. 60), 修改處為改變表格的型式。

(四) 參與

參與包括個體：(1)參加日常活動、生活事件與社會組織的範圍和表現；(2)與生活周遭人（例如家人、朋友、同儕和鄰居）互動的情形；(3)在家庭、學校、社區、工作、休閒等方面扮演的社會角色（例如學生、兄弟姐妹）上，是否表現符合對同年齡者的角色行為期待；評量人員宜透過直接觀察的方式了解個體在上述三方面的優勢和限制。除此，外在環境是否給予個體參與和互動的機會將影響其表現，參與和互動機會的缺乏會進而影響個體的社會角色，這是在評量時須注意的。

(五) 情境

情境包括個人和環境因素，個人因素是指除了健康以外的其他個體因素，例如

性別、年齡、種族、動機、生活形態、習慣、因應風格、社會背景、教育程度、過去和現在生活事件、心理特質等；環境因素是指個體所處的物理、社會和態度環境。環境因素會與個人因素互動，進而影響個體的功能表現，例如雇主的態度和建築物的無障礙程度會影響個體的功能表現。

二、支持

支持需求是指針對智能障礙者「個人能力」和「環境要求」間的不適配處，提供他們所需範圍和程度的支持系統，以協助他們參與環境要求的活動；而支持系統是促進個人發展、教育水準、興趣和幸福，進而能提升個人功能表現採用的資源和策略，支持模式如圖 2。

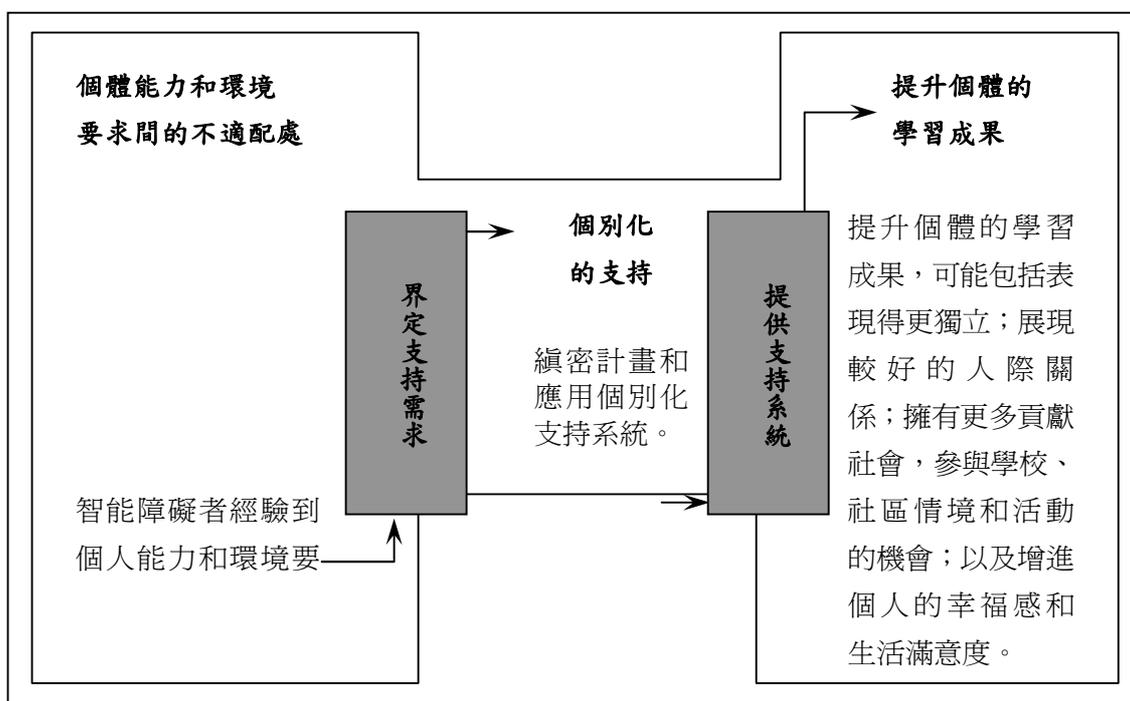


圖 2 支持模式

註：修改自 Schalock 等人（2009, p. 112），修改處為加入網底。

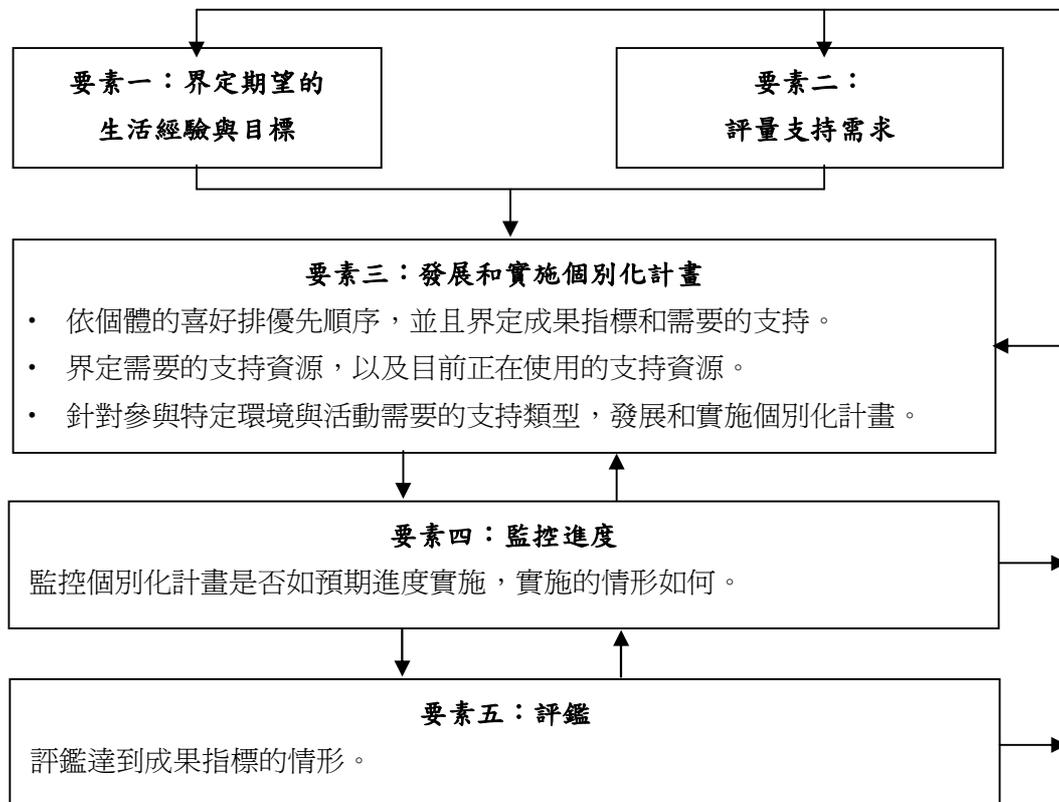


圖 3 個別化支持系統的評量、計畫、監控和評鑑之過程

註：取自 Schalock 等人（2010, p. 118）。

Schalock 等人（2010）進一步指出個別化支持系統的評量、計畫、監控和評鑑之過程，如圖 3。

在圖 3 中的第二項要素——評量支持需求上，可以評量支持需求的類型和程度；在類型上，Thompson 等人（2004）發展「支持程度量表」（*Support Intensity Scale*）可供運用，包括三大部分，一為支持需求量表（含在居家生活、社區生活、終身學習、就業、健康與安全和社交活動上的需求），二為補充的自我保護與倡議量表，三為特殊醫療和行為支持需求。

除此，Schalock 等人（2010）補充預防

也是一種支持形式，針對智障危險因子提供的預防支持示例如表 2。

需要支持的程度可分成：(1)間歇的支持，這是一種零星、因需要而定的支持，可能只是在關鍵時段需要短期的輔助（例如失業或面臨緊急狀況時）；(2)有限的支持，需要的支持是經常且有時間限制的，但並非間歇性的，個體所需的支持人力較少，成本也較低，如短期的就業訓練，或從學校轉銜到成人就業階段的支持等；(3)廣泛的支持，在某些環境（例如職場或家庭中）需要持續（例如每天）的支持，且沒有時間的限制，例如長期居家生活的支持；(4)全面的支持，需要

的支持具有恆常、高深度、普遍於各種環境、或有限的支持需要更多的人力與強制介入可能終身需要之特性，這種支持通常比廣泛（Thompson et al., 2004）。

表 2 針對智能障礙危險因子提供的預防支持

預防的形態	服務的接受者	針對危險因子提供的預防支持示例			
		生物醫學	社會	行爲	教育
初級預防	智障兒童父母	1.鉛中毒的篩選 2.營養	預防家庭暴力	接納	社會技能
	智障青少年的父母	營養	家庭支持	成熟的自我照顧	性教育
	即將成爲父母	1.產前照顧和篩選 2.產前營養	情緒和社會支持	避免物質濫用	指導父母教養技能
初級和次級預防	智障或危險邊緣的新生兒	新陳代謝篩選	增進親子互動	增進父母對孩子接受度	轉介服務給危險邊緣的新生兒
	智障或危險邊緣的兒童	1.營養 2.鉛中毒的篩選	1.家庭支持 2.避免虐待和忽視	1.避免災禍和傷害 2.特殊教育 3.職業訓練	早期介入
三級預防	智障成人	1.身體和心理的健康照顧 2.預防肥胖	社區融合	1.運動和健身 2.休閒活動	雇用

註：修改自 Schalock 等人（2010, p. 130），修改處爲改變表格的形式。

參、2010 年定義中的智能障礙評量架構和原則

一、2010 年定義中的智能障礙評量架構

2010 年定義中的智能障礙評量架構依據其不同的運用功能，包含診斷、分類，或

計畫支持系統而有不同的目的（Schalock et al., 2010）。

根據這些功能和目的可採取的量尺、評量工具和方法示例見表 3。其中在分類上，2010 年定義採取「多向度的分類系統」，包含從智力、適應行爲、健康、參與和情境這五個向度，以及需要支持的程度進行分類（Schalock et al., 2010）。

表 3 智能障礙之評量架構

功能	目的	量尺、評量工具和方法的示例
診斷	1. 建立智能障礙的鑑定標準	1. 智力測驗
	2. 建立取得服務的資格標準	2. 適應行為量表
	3. 建立取得福利的資格標準	3. 發生年齡
	4. 建立取得合法保護的資格標準	4. 發展評量
		5. 社會史和教育紀錄
分類	1. 爲了界定需要的支持程度而分類	1. 支持需求程度量表
	2. 爲了研究目的而分類	2. 適應行為水準
	3. 爲了溝通個體特徵而分類	3. 智力水準
	4. 爲了提供特殊教育服務而分類	4. 環境評量
	5. 爲了取得經費和補償而分類	5. 病原—危險因子的評量 6. 心理健康的評量 7. 福利類別
計畫 支持 系統	1. 計畫支持以提升個體的功能表現	1. 個人中心計畫的工具
	2. 計畫支持以促進教育成果	2. 自我評鑑
	3. 計畫支持以協助個體作選擇	3. 生態評量
	4. 計畫支持以確保人權	4. 發展測驗
		5. 說話／語言、動作和感官的評量
		6. 成就測驗
		7. 支持需求程度量表
		8. 功能性行為評量
		9. 行為支持計畫
		10. 家庭中心支持計畫
		11. 個別化家庭服務計畫、個別化教育計畫、個別化轉銜計畫等)
		12. 自我導向計畫

註：取自 Schalock 等人（2010, p. 23）。

二、2010 年定義中的智能障礙評量原則

Schalock 等人（2010）提到評量時，須加上評量小組的臨床判斷（clinical judgment），以提升決策的品質、效度和正確

性；而臨床判斷具有系統（亦即有組織、系列和邏輯的）、正式（亦即清晰和有依據的），以及透明（亦即溝通清楚明確）三項特徵。Schalock 等人進一步指出四項臨床判斷策略：（1）澄清和明確描述在診斷、分類，或

計畫支持系統上遭遇的問題；(2) 全面、詳盡地收集影響個體的個人和環境因素，包括成長史、家庭史、教育史、可能的病原、障礙進展狀況等資料；(3) 執行寬廣的評量，包括使用多種方法和來源，以及從個體本身和了解個體的報導者取得評量資料；(4) 整合獲得的資料，以了解不同的評量資料是否有差異，若有差異，了解其原因，並且注意避免錯誤診斷。

綜合 Luckasson 等人(2002)和 Schalock 等人(2010)的文獻，臨床判斷包括以下指引：第一，考慮評量工具的測量標準誤，以及其優點和限制。第二，智力和適應行為的評量是否同等重要。第三，避免以個體的不適應行為和口語表現，推論其適應行為或是否有智障。第四，檢視評量是否符合以下原則：

1. 依據評量目的選擇適合的量尺、評量工具和方法。
2. 使用跨專業的評量小組，而且小組成員都已取得合法資格、具備執行評量的條件和沒有偏見。
3. 選擇具有高心理計量品質的評量工具。
4. 正確地實施評量，包含：(1)遵守智力和適應行為評量的專業標準和倫理守則；(2)考慮會影響評量效度的因素，例如個體的文化、語言、溝通方式、性別，以及其他身體的障礙（例如感官和動作）等；(3)使用多種方法和來源取得評量資料；(4)使用適當的常模參照，此常模必須是新近的，並且包括與個體年齡、文化／種族相同的群體；(5)選擇最了解個體、能提供正確評量資料的報導者；(6)依據評量工具的

指導說明實施評量。

第五，注意評量是否有練習效應、自我評量是否產生社會喜愛效應。第六，解釋評量結果時，宜注意個人和環境因素，例如個體有無參與的機會、過去參與的經驗、個體的身體和心理健康狀況等會影響個體的表現。第七，注意評量結果是否有利於受評的個體，包括：(1) 評量過程是邏輯、合法、系列和透明的；(2) 個體的重要他人參與評量過程；(3) 獲得的評量資訊是適時、與評量目的有關，以及報導清楚的。

總之，臨床判斷與智障的最佳實務（例如生態觀點）、專業標準和倫理為構成有效或正確診斷、分類，或計畫支持系統決策或建議之四項要素（Schalock et al., 2010），如圖 4。

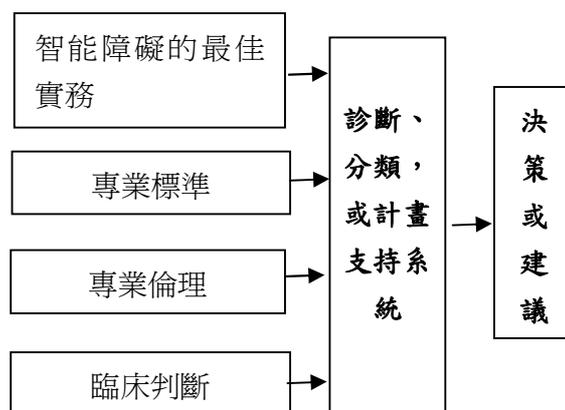


圖 4 有效或正確診斷、分類，或計畫支持系統決策或建議之四項要素

註：取自 Schalock 等人（2010, p. 88）。

肆、智能障礙 2010 年定義與其他定義之比較

一、智能障礙 2010 年定義和 2002 年定義之比較

參考 Luckasson 等人(2002)和 Schalock 等人(2010)的文獻，發現智障 2010 年定義延續 2002 年的定義，依據「生態」觀點，強調「環境」和「個人能力」互動的重要性，著眼於個體在其所處環境的功能表現；並且保留 2002 年的定義、五項假設和評量時運用「臨床判斷」的原則，僅將「mental retardation」此名稱改成「intellectual disability」；仍舊採取「多向度」的診斷模式和分類系統，維持智力、適應行為、健康、參與和情境這五個診斷向度，僅將 2002 年定義中的「參與、互動和社會角色」修改成「參與」，並且微調「健康」和「情境」兩個向度的內涵，以及依這五個向度和支持程度作分類。另外，沿用 2002 年定義的「支持」派典，主張智力、適應行為、參與、健康、情境和支持會影響個人功能表現，智障是這六方面因素動態、交互影響下產生的結果；而功能表現關乎教學人員設計「支持系統」的類型和程度。

二、智能障礙 2010 年定義和世界衛生組織分類系統之比較

世界衛生組織 (World Health Organization, WHO) 於 2001 年修正原來的分類系統，提出《國際功能、障礙和健康分類系統》(International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF)，最大的改變是移除原來具負面含意之「殘障」，而改成以具中性含意之「功能」，作為這套分類系統中之主要用語；採用功能、障礙和健康三個向度，「功能」涵蓋身體功能、社會活動和參與；「障礙」意味個體之身體構造或功能受損，造成其在社會活動和參與上的表現

受限；「健康」是指個體生理、心理和社會等方面的健康情形；同時強調情境因素對個人功能表現之影響 (Stucki et al., 2002)，見圖 5。《ICF》提出身心障礙係指任一項身體構造或功能有顯著的損傷或障礙，影響個體社會活動和參與上的表現 (WHO, 2001)。

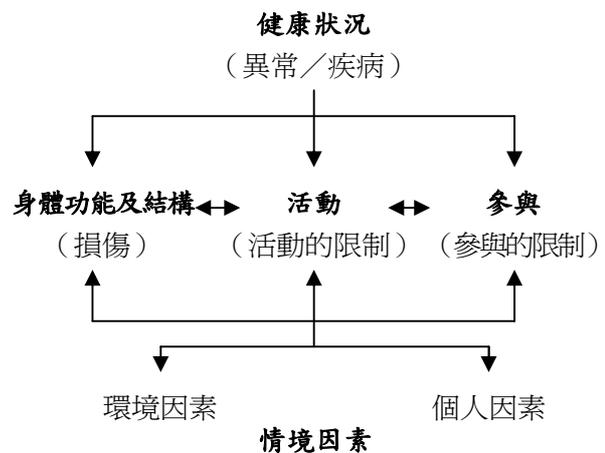


圖 5 《ICF》分類系統之內涵

註：修改自 BPhy (2004, p. 1)，修改處為加入情境因素。

智障 2010 年定義與《ICF》分類系統有許多相容處，二者間的關係如圖 6。參考文獻 (Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2010; WHO, 2001)，整理二者間的關聯處如下：二者皆包括健康 (含身體健康、心理健康和社會幸福感)、參與 (含參加日常活動、生活事件與社會組織的範圍和表現，與生活周遭人互動的情形，在家庭、學校、社區、工作、休閒等方面扮演的社會角色)，以及情境因素，智障 2010 年定義中的情境涵蓋個人和環境兩個層面；而《ICF》指的是環境因素 (含產品與科技，自然與人為環境的改變，

支持與關係，態度，服務、系統與政策，其他環境因素)。另外，《ICF》中的「身體功能及結構障礙」，包含了心智，感官，嗓音與言語，心血管、血液、免疫和呼吸，消化，代謝與內分泌，泌尿和生殖，神經肌肉骨骼和動作，皮膚和相關結構與其他等身體功能，以及神經、心血管、免疫、呼吸、消化、代謝和內分泌、泌尿和生殖系統，與眼睛、耳朵、嗓音和言語、動作、皮膚相關等身體結構的損傷，它與智障 2010 年定義中的「智

力」和「健康（身體健康）」相容。《ICF》中的「活動」包括了學習與應用知識，一般工作與要求，溝通，移動，自我照顧，家庭生活，人際互動與關係，主要生活領域，社區、社會與公民生活，以及其他活動的參與狀況；而智障 2010 年定義中的「適應行為」包含概念、社會和應用三方面的技能，其內涵與《ICF》中的「活動」相似，它的限制會影響個體日常活動的參與，進而造成生活適應上的困難。

ICF / 2010 年智障定義	健康狀況	身體功能及結構	活動	參與	情境因素
智力		*			
適應行為			*		
參與				*	
健康	*	*			
情境					*

圖 6 智能障礙 2010 年定義與《ICF》分類系統之關係

註：參考 Luckasson 等人（2002, p. 111）的文獻，修改成智障 2010 年定義的五個向度，並將之與《ICF》比較。

伍、智能障礙 2010 年定義之意涵

智障 2010 年定義延續 2002 年定義的意涵，再加入新的觀點，參考 Schalock 等人（2010）的文獻，整理其意涵如下。

一、採取多向度的診斷模式

智障 2010 年定義採取多向度的診斷模式，它呈現下列四點意涵：(1) 智力和適應

行為是平行的；(2) 健康和病原因素在診斷、分類和計畫支持系統過程中是重要的；(3) 分析環境是必需的；(4) 將期待的個體表現成果融入支持模式中。

二、依循生態取向

智障 2010 年定義同樣包括個人、環境和支持三個要素，採取生態觀點，強調個體在其所處環境的功能表現；智障是對現有功能或能力的一種描述，而不是先天或一成不

變的狀態，經過一段時間適當的支持後，智障者各方面的功能通常會有改善。

三、建立以「需求」為基礎的鑑定標準和經費補助

智障 2010 年的鑑定標準是以個體的需求為基礎，此鑑定標準可以反映在後續提供的支持和服務；而以智力水準為基礎的分類系統無法具體地呈現個體的需求，如輕度智障者在各方面的需求不見得都是少量的。過去常被忽略的輕度智障者，在 2010 年的定義下，其需求能夠受重視，以及獲得合法的調整。另外，經費補助也是以個體的需求為基礎，依據個別化支持計畫的內容提供。

四、建構符合個別需求的社區本位支持系統

2010 年定義強調支持計畫必須是個別化的，以幫助個體學習日常生活所需的技能和適應社區生活，並且建立社區本位的支持系統，亦即盡可能在正常化或個體生活的社區環境中提供支持服務。

五、設計完整的架構評鑑身心障礙政策的成果

2010 年定義設計完整的架構評鑑身心障礙政策的成果，包括個人（例如：自我決策、社會融合、個人發展）、家庭（例如：家人互動、教養技能）、社會（例如：增加正向的影響、減少負向的影響），以及系統（例如：反歧視、智障經費支出的趨勢、接受支持服務的智障者人數）的成果。

六、強調界定個體「能力」和「優勢」的重要性

2010 年定義強調界定智障者「能力」和「優勢」在設計支持計畫的重要性，以促

進他們的有意義參與、社區融合和有價值的個人成果。

七、朝向融合的特殊教育服務

2010 年定義主張融合的特殊教育服務，採用全方位課程、正向行為支持、輔助性科技等策略，以促進智障者參與普通教育。

八、修改研究取向和設計成「實用的研究派典」

研究取向和設計受到支持、融合、充權賦能（empowerment）等觀念的影響，開始主張「實用的研究派典」（pragmatic research paradigm），包括強調縱貫的研究；以全面的架構評鑑服務成果；採取行動研究，讓實務工作者參與研究的設計、實施和結果的評量；以環境和支持內容／策略為自變項，以獨立、人際關係、學校和社區參與、個人幸福感和生活滿意度為依變項；以及採取量化和質性方法評鑑成效。

總括來說，美國智能和發展障礙協會於 2010 年，修訂了 2002 年第十版的智能障礙定義，形成第十一版的定義，亦即智障係指在智力功能和適應行為（包含概念、社會和應用三方面的技能）上呈現顯著的限制，它發生於十八歲之前。第十一版定義延續前者，依據「生態」觀點，強調環境和個人能力互動的重要性，並且保留第十版定義、五項假設和評量時運用「臨床判斷」的原則，僅將「mental retardation」改成「intellectual disability」；仍舊沿用「支持」派典，採取「多向度」的診斷模式和分類系統，主張智力、適應行為、參與、健康、情境和支持會影響個人功能表現，智障是這六方面因素動態、交互影響下產生的結果。它也與《ICF》分

類系統的健康狀況、身體功能和結構、活動、參與及情境因素相容。第十一版定義除了採取生態取向、多向度的診斷模式外，尚有建立以「需求」為基礎的鑑定標準和經費補助、符合個別需求的社區本位支持系統、完整的架構評鑑身心障礙政策的成果，強調界定個體「能力」和「優勢」的重要性，朝向融合的特殊教育服務，以及修改研究取向和設計成「實用的研究派典」等應用上的意涵。

參考文獻

- 何華國 (1999)：《特殊兒童心理與教育》。台北：五南。
- 陳榮華 (1995)：《智能不足研究》。台北：師大書苑。
- BPhy, W. L. (2004). The international classification of functioning, disability, and health (ICF): Application to physiotherapy. *NZ Journal of Physiotherapy*, 32(1), 1-2.
- Hallahan, D. P., & Kauffman, J. M. (2005). *Exceptional learners: Introduction to special education* (10th ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W. H., Schalock, R. L., Coulter, D. L., Craig, E. M., Reeve, A., Snell, M. E., Spitalnik, D. M., Tasse, M. J., & Spreat, S. (2002). *Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports*. Washington, DC: American Association of Mental Retardation.
- Schalock, R. L., Borthwick-Duffy, S. A., Bradley, V. J., Buntinx, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M., Gomez, S. C., Lachapelle, Y., Reeve, A., Shogren, K. A., Snell, M. E., Spreat, S., Tassé, M. J., Thompson, J. R., Verdugo-Alonso, M. A., Wehmeyer, M. L., & Yeager, M. H. (2010). *Intellectual disability: Definition, classification, and systems of supports*. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Stucki, G., Cieza, A., Ewert, T., Kostanjsek, N., Chatterji, S., & Ustun, T. B. (2002). Application of the international classification of functioning, disability and health (ICF) in clinical practice. *Disability and Rehabilitation*, 24, 281-282.
- Thompson, J. R., Bryant, B. R., Campbell, E. M., Craig, E. M., Hughes, C. M., Rotholz, D. A., Schalock, R. L., Silverman, W. P., Tasse, M. J., & Wehmeyer, M. L. (2004). *Supports intensity scale: Users manual*. Washington, DC: American Association of Mental Retardation.
- World Health Organization (2001). *International classification of functioning, disability and health*. Geneva, Switzerland: Author.