

# 精神遅滞の発生過程の診断と評価

教育心理学研究室 田丸敏高

## Developmental Processes of Mental Retardation and Developmental Diagnosis

Toshitaka TAMARU

Because MR (mental retardation) is generally regarded as the deviation from 'the mean development' in widely-prevalent developmental models, we have difficulties in screening, differential diagnosis and prognosis of children with MR. Now we need a scientific developmental theory about MR. In this paper we discuss some trials to approach it. We differentiate three types of developmental process of MR; the slow type, the plateau type and the knick type, and find early partial retardation in infants important for prognosticating MR in future.

### 目次

はじめに

- I. 発達診断と発達モデル
- II. 精神遅滞児の発達診断とその困難点
  - A. スクリーニングの困難
  - B. 鑑別診断の困難
  - C. 予後の判断の困難
- III. 精神遅滞児の発達過程の類型と精神遅滞の発生の問題
  - A. 精神遅滞児の類型論
  - B. 精神遅滞児の発達過程の類型
  - C. 精神遅滞の発生、顕在化の問題

おわりに

### はじめに

精神遅滞の診断と評価に関しては、医学をはじめ諸科学が関わってきた。そのなかで、心理学は、発達診断という技術を発展させ、重要な貢献をしてきた。その発達診断の前身は、Binet, A. (1856—1911) の研究にある。彼は、学業不振児の中に精神遅滞の児童のいることを見出し、そうした児童を前もって発見するために知能テストを考案した。知能テストによって、精神遅滞児のスクリーニングが客観的かつ正確になった。また、Binetは、学業不振児の臨床的研究にも従事し、原因の個別的検

討もおこなった。「人が子どもの欠陥を説明しようと努めるときには、身体状態、感覚器官、知能、記憶、能力および性格を、かわるがわる検査しなければならない」(Binet, 1911)。ここで留意すべきことは、すでに Binet において、マスとしての児童集団から精神遅滞児をスクリーニングする手段としてのテストと、遅れた児童への個別的対応を定める鑑別診断の手段としての臨床検査とが区別されて把握されていたということである。

発達診断を集大成したのは、Gesell, A. (1880—1961) であった。

発達診断とは、成熟的地位 (maturity status) の診断である。とくに、乳幼児の発達診断は、中枢神経系の成熟や統合を決定するための、行動の等級機能テスト (graded functional tests) の適用である。こうしたテストは、正常児も欠陥児も障害児も、すべてのタイプの子どもにとって有意義である。(Gesell, 1948)

Gesell は、心を、成長する行動パタンの複合体 (コンプレックス) と考え、成熟の段階や程度の徴候を示す特徴的行動パターンを引出す検査を創った。そして、こうした発達検査に依拠した発達診断に以下のようなはたらきを期待した。

- (1) 正常、異常、および優秀児の発達成熟度の段階と型を確認する。
- (2) 全体の行動能力を分析し、正常、精神薄弱、および特殊な発達の偏りの鑑別診断を可能にする。

- (3) 普通の臨床検査では現われない神経学的欠陥および感覚障害を明らかにする。(多くの軽度の、また不明な脳障害の形を発見するために不可欠である)。
- (4) 情緒的傾向、およびパーソナリティ統合に関する重要な、客観的情報を提供し、時には親子関係の適、不適を明らかにする。
- (5) 発達指導を建設的に行う。定期的発達検査によって、個々の子供と両親を指導する手がかりとなる。

(Gesell 他, 1956)

Gesell は、詳細な発達心理学的研究と豊富な障害臨床研究にもとづき、発達診断を精密で有効なものとした。とりわけ、乳幼児の検査を周到なものとしたことにより、障害の早期発見と早期対応を可能ならしめたことは決定的に重要であった。

さて、わが国の問題であるが、今日では、障害児に関する医療・教育等の発展に伴って障害のおそれのある児童の早期発見および心理発達相談に携わる心理専門家の活動が各地で期待されている。子どもの行動問題や発達問題についての相談は、児童相談所や教育相談所においてのみならず、病院や心身障害者センターにおいても行われているが、近年では乳幼児健康診査に従事する保健所も重要な位置を占めている。また、保育機関や教育機関での心理専門家の巡回相談も始まっている。こうした中で、障害像が固定化する以前の低年齢児に対する取り組みはきわめて大きな意義をもっているが、そこでは発達診断は不可欠なものとなっている。その際、Binet に前身をもち Gesell で集大成されその後も進歩している発達診断の技術や理論は、当然有効性をもっているし、障害児の早期発見や発達指導のために現に貢献もしている。しかし同時に複雑で変化に富む社会環境下で、当該児童の発達上の位置を示すことに加え、今後の発達の变化、条件改善に伴う障害軽減可能性について正確に判断しようとするればするほど、現在の発達診断の不備も明らかになってきた。その不備を補う意味で、発達検査を発達領域別に分析的にし検査項目を増やしていく試みも行われている。だが、もし現在の問題が発達診断の基礎的な理論に関わっているとすると、発達検査項目数を徒らに増やしてみても、テストの信頼性を高めるだけで、問題の真の解決にはむかわない。

発達診断は、発達検査結果に依拠しながらも、病歴や生育歴の調査、医学的所見、臨床的な行動観察、そして何よりも養育者の訴えを総合して行われる。したがって、そうした資料を総合するための観点を与える理論上の問題は、常に発達診断の成否を決める要となっている。なかでも、心理学的な発達理論は重要な鍵をにぎっ

ている。本論文では以上のことから、発達診断上の中心分野の1つである「乳幼児期の精神遅滞」の問題を素材にして論をすすめる。第1に発達診断が主として依拠している発達モデルについて検討する。第2に、現在の精神遅滞の発達診断における主な困難点とその理論的背景を指摘する。そして、それらをふまえて、第3に、精神遅滞の発生、発達過程を明らかにするための若干の研究問題について言及する。

## I. 発達診断と発達モデル

発達診断の基礎には発達理論の問題がある。精神遅滞とは何かという問題は、発達とは何かという問題と表裏の関係にある。なぜなら、精神遅滞は、最初に標準となる発達に比べて示されるからである。そこで、本章では発達診断の基礎となっている発達モデルについて検討を加える。

### ① 精神発達の量的累積モデル

これは、精神発達を年齢とともに全体として単調増加するものとして描く、非常に流布したモデルである。その原型は、Binet & Simon の精神機能統一説と知能測定法に示されている。精神は「その能力の多様性にもかかわらず、1つの統一体」であり、「それは、その下に他のすべての機能が従属せしめられるところの1つの本質的機能をもっている」。そして、それを測定するために、ある年齢の子どもは成功するが、それより1年だけ若い子どもが平均して成功しない検査」によって知能尺度が構成された。(Binet, 1911) こうして各年齢ごとに検査項目が割りあてられ知能尺度が構成されると、子どもの年齢が高くなるにしたがって平均通過項目数は増え、「平均的発達」としては知能の単能増加曲線が描かれることになる。これが、精神発達の量的累積モデルである(Fig. 1)。

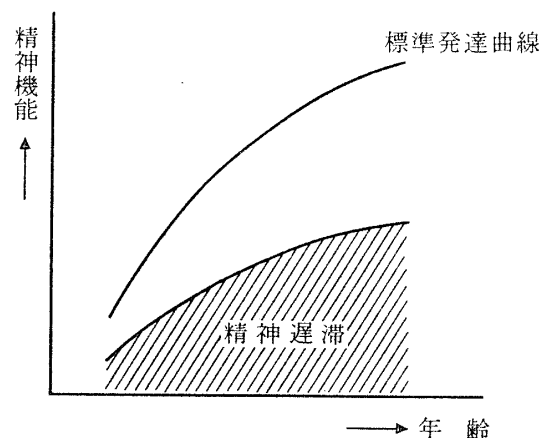


Fig. 1 量的累積モデルと精神遅滞

その後、テスト理論の統計学的発展により、知能尺度自身は精練されていったが、その根底にある発達モデルとしてはこれを引継ぐものは多い。ここでは、精神遅滞児は、同一年齢の「平均児」よりも明らかに低い能力を示すこと、「平均的発達」=標準発達に比べて緩慢な発達カーブを描くこと、発達速度が小さいこと等々の性格を付与される。

### ② 段階的構成モデル

これは、精神発達を、質的に新しい諸段階の漸次的構成として描くものである。現在、発達心理学者の多くが、種々の発達段階論を提示しているが、ここでは、Piaget, J. (1896—1980) を取上げてみよう。Piaget は、知能の発達を大きく4段階に分けてとらえている。

- (1) 感覚的運動的段階
- (2) 直観的思考の段階
- (3) 具体的操作の段階
- (4) 形式的操作の段階

そして、前段階の知能の発達を前提にして、新しい段階が発生してくることを導き出している (Piaget, 1947)。また、2歳頃までの感覚運動的知能の発達については、3人の子どものデータをもとに、さらに6段階を区切り詳細な発達過程を示している (Piaget, 1936)。また、この研究に依拠して、Uzgirir & Hunt (1975) は、知能の段階的発達尺度を構成し高い信頼性を得ている。

さて、Piaget に典型的な段階的構成モデルは、発達の順序性に理論的説明を与え、次にいかなる段階に移行するか、そのときいかなる範囲の行動が可能になるか、現在はどうのようなタイプの教育が適切か等々について一般的示唆を与えるという特徴をもつ。精神遅滞児は、同一年齢の普通児より単に知能が低いというだけでなく、低次の段階に長くとどまっていることが示される。また、精神遅滞児のスクリーニングに対しても、ある限界内での理論的根拠を付与する。

### ③ 領域別発達モデル

これは、狭義の精神発達だけを孤立させて問題にする方法と異なり、諸行動領域を全体的に描こうとするものである。この種の発想にもとづくテストは数多く存在し、わが国でも遠城寺式乳幼児分析的発達検査、津守・稲毛式乳幼児精神発達質問紙等々がよく使われている。これらの中で、発達段階論的要素も加味し、経験的根拠を備えて行動領域を分類しているものとしては、Gesell のものをあげることができる (Gesell, 1956)。彼は、行

動領域を大きく4つ\*

- (1) 運動行動 (gross motor & fine motor)
- (2) 適応行動
- (3) 言語行動
- (4) 個人・社会的行動

に分類し、それぞれ Key 年齢 (4週, 16週, 28週, 40週, 12か月, 18か月, 2歳, 3歳, 4歳, 5歳) ごとに行動標準を示している。その際、ある行動は、ある年齢では精神発達をもっともよく表現するものとして適応行動として扱われるが、別の年齢では他の行動領域に含まれることもある。たとえば、「積木をつむ」という行動は、1歳代では適応行動であるが、3歳代ではむしろ運動的特質を示すものとされる (Gesell, 1940)。

さて、領域別発達モデルは、発達状態のプロフィールを描くことを可能にする。精神遅滞児にも様々なタイプがあること (たとえば、運動面の遅れが大きいもの、あるいは社会性の発達に問題をもつもの等々) が示される。また、発達検査を繰り返すことにより、精神遅滞が明確に顕現する前に、つまり行動領域全体が著しく遅れる以前に、どのようなプロフィールが描かれるか、どのような遅れが先行するかもわかる可能性がある。

以上、発達モデルの主要な3種類を取上げて、精神遅滞がどう描かれるかについて言及してきた。もちろん、精神遅滞の診断には、Luria や Bernstein の研究に代表されるような生物学的能力水準モデルも重要である。しかし、これは精神遅滞の生理学的タイプの決定や運動行動の矯正教育にとって有効であって、発達診断の課題を越えているので今回は一応除外して考察をすすめることにする。

さて、上記3つのモデルのうち、第1のものに比して、第2, 第3のものは、進歩を示している。そして、発達診断の基礎モデルとしてはより有効である。しかし、基本的発想、すなわち、単調増加か段階や領域をふまえた発達かというちがいはあるが、「平均的発達」を標準としてそれとの特較で精神遅滞をあらわそうとする発想においては共通しているとも考えられる。

$$\text{公式：精神遅滞} = \text{平均的発達} - \alpha$$

は普遍的である。このことは、現在の発達診断にどのような影響を与えているだろうか。そこで、次章では、現在の発達診断における主要な困難について検討してみることにする。

## II. 精神遅滞児の発達診断とその困難点

発達診断は、直接には児童の発達途上の地位を示すこ

\* 「新発達診断学 (Knobloch & Pasamanick 編, 1974) では運動行動が粗大運動と微細運動とに分かれ、5領域になっている。

とを目的としている。その際、精神発達の量的累積モデルの下では、個人の発達の地位は「平均的発達」からの偏差として示される。そして、こうした方法論が洗練されることによって、また段階的構成モデルや領域別発達モデルへと発展することによって、発達診断は、精神遅滞の早期発見と早期対応のために貢献してきたし、現在も役立っている。それは、第1に、ある年齢の児童集団の中から一定の割合をもって精神遅滞児をスクリーニングすること、第2に、スクリーニングされた児童個々の発達状態を遅滞の程度により分類すること、第3に、予後を限られた範囲内ではあるが判断すること等々に役立っている。

だが、現代における諸科学、医療、教育の進歩に伴い、発達診断はより高度の役割を期待され始めている。第1に、スクリーニングは、精神遅滞児の行動全体が明瞭に遅れ様々な2次的、3次的問題が引起される以前、ごく早期に為されるよう求められている。このことにより、精神遅滞それ自身は残るとしても2次的、3次的障害を最小限に抑える可能性が生まれる。第2に、現在の発達状態が分類されるだけでなく、それがいわば「積分」されることによって精神遅滞児の発達過程の特徴がそれ自体としても積極的に示されるよう求められている。このことにより、より良きパーソナリティ形成のための道が開ける。第3に、予後の判断は、精神遅滞が恒久的であるか否かではなくて、諸条件の改善や社会的環境の変化を予定して為されるよう求められている。このことにより、精神遅滞そのものの軽減が可能となる。

さて、こうした必要に直面した時、先に示した発達診断方法論、発達モデルはどのような問題をかかえているだろうか。以下、大きく3つに分節して主要な問題点について検討する。

### A. スクリーニングの困難

養育者の主訴を受けてからの心理相談ももちろん行われるが、現在では養育者が気づく以前に障害の危険を察知することは可能であるし、児童の予後を良好にするために必要でもある。そのため乳幼児健康診査等の機会を通じて、4か月、1歳6か月、3歳等の一定の年齢の児童全数を対象としたスクリーニング検査が行われている。発達検査もそこに位置づけられ、精神遅滞その他の早期発見に寄与している。

ところで、精神遅滞の判定については、統計的なテスト理論にもとづいて技術化されてきた。スクリーニングでは、個々の児童について障害の危険があるかどうかの判定が行われるが、その際、統計学で言うところの第1

種の過誤、第2種の過誤に対応した危険がつかまとう。すなわち、次の場合がある。

(1) 障害の危険があるのに見逃がされる場合

(2) 障害の危険がないのにチェックされて精密検査に回される場合

スクリーニング本来の目的からすると前者はゼロにしなければならないが、経済的側面を考慮すると後者を極力少なくしなければならない。

発達検査は一般に、検査項目の内容それ自体には判別能力を有していない。リトマス紙は酸性とアルカリ性とを無条件に識別するが、「積木を3つ積めるかどうか」はそれ自体では精神遅滞や障害の有無を識別しない。つまり、発達検査の多くは、その判定基準を内容の外側に、すなわちある年齢集団においているからである。そのため、「誰を」スクリーニングするかという問題は、「ある年齢集団のうちどのくらいの割合を」スクリーニングするかという問題におきかわり、しかもその割合は任意に決められるのである。

たとえば、精神遅滞児の人口に占める割合は諸説によって異なり、0.40%~6.10%という広がりを示している(伊藤, 1964)。これは地域や時代、世代のちがいを考えれば、肯くことはできる。しかし、乳幼児健康診査等でスクリーニング検査を実施する場合、何%の所に基準を設けるのが妥当と言えるのだろうか。(1)の危険を避けるために下位20%の者を精密検査や経過観察に回せばかなり安全であろうが、不経済の謗りを免れない。では、平均の2~3%を基準としたらどうであろうか。そこから、(1)の危険と(2)の危険との間で葛藤が生ずる地盤が常に存在しつづけることになる。

以上のことから、単に検査項目を増やしたり、統計的信頼性を高めたりする努力だけでは、真の意味でのスクリーニングの発展につながらないことがわかる。この点、発達段階論に依拠した診断は優位な面をもっている。成人は一般に形式的な操作の段階に達するのに、ある個人が具体的操作や前操作の段階にとどまるとすれば、それをもって精神遅滞と判定することは意味がある。しかし、スクリーニングが行われなければならないのは、精神遅滞児の障害像が明白になり、固定化してしまう以前なのである。そのためには、発達段階論があることは必要条件であるにしても十分条件ではありえない。求められていることは、「平均的発達」を標準とし統計的根拠に依っている行動指標を調べる検査から、障害が顕在化する以前に示される部分的症候を代表する行動徴候を調べる検査へと移行していくことである。しかも、それは単なる技術的問題なのではなく、精神遅滞の発

生、発達過程の理解に関わる理論的検討を要する問題なのである。

### B. 鑑別診断の困難

スクリーニングを受けた児童に対して、今度は個別の検査や経過観察等々を通じて鑑別診断が為される。ここでは、当該児童が精神遅滞児であるかどうか、どのような発達過程をたどるのか等々の判断が求められる\*。その際、精神遅滞に関する概念規定が問題となるが、はじめは、状況に対する正確な判断が必要となる。そのため、知能検査が用いられ、成績が平均よりも2標準偏差以上低い方へ偏っているという基準が設けられた。これと、適応行動面とを考慮して、AAMDは、次のように定義している。

精神遅滞とは、一般的知的機能が明らかに平均より低く、同時に適応行動における障害を伴う状態で、それが発達期にあらわれるものを指す。(AAMD, 1973)

また、WHOは医療その他の側からの対応を含めて定義している点、積極的意味をもつと考えられる。

精神遅滞とは、精神発達の抑制あるいは不完全な状態であり、特に知能の正常以下によって特徴づけられ、医学的治療や他の特別なケア・訓練が必要とされ、もしくはその可能性があると考えられる性質・程度のものである。(上出, 1981)

ところで、以上の2つの定義に示されるように精神遅滞とは一般に現在の行動状態の1側面(主として知能)をあらわす概念として用いられている。そのため、成人に近づき遅滞の程度が安定するほど、正確で有効な診断の基礎となる概念と言える。しかし、現代のように様々な問題や特徴をもった児童が早期発見されつつある時、一時期のある状態だけで鑑別診断を行うことは危険でもあるし、また有効性にも乏しい。第1に、低年齢児ほど時や場所を異にして種々の行動を示しやすいため、同一の児童が、ある所では精神遅滞と診断され、別の所では自閉症と言われ、またある所ではMBDとされるというようなことがおこり、養育者を混乱させる危険がある。第2に、遅滞の程度を含めて、重度あるいは中度、軽度の精神遅滞という診断が為されても、それは一時的なものであって、将来については何も語れないということになりかねない\*\*。

\* 本来の鑑別診断では、種々の障害についての判断を行うが本論文では、精神遅滞を主として考えていく。

\*\* 乳児期のIQの不安定性については、八木編(1968)やBower, T.G.R. (1979)にまとめられている。

さて、こうした問題は、発達診断における精神遅滞概念の不備を明らかにしているわけだが、それは精神遅滞を発達心理学的観点から再検討する課題を提起しているとも言える。そもそも精神遅滞児とは、状態ではなく発達過程に障害をもった児童であった。したがって、「平均的発達」からの偏差がどれだけかということ以上に、それ自身の発達の特徴、発達過程のタイプ、困難といったことが明らかにされなければならないのである。

### C. 予後の判断の困難

心理相談は必ず発達指導を伴う。発達診断は養育者へ助言するために行う。単なる診断のための診断ではありえない。養育者の最も知りたいことは、「この子は将来どうなっていくのか」ということではないだろうか。また、次には「この子の現在の状態を改善するためにできることは何か」ということではないだろうか。もちろん、これに対しては心理学のみならず、医学や教育学も責任を分っている。しかし、治療や教育も児童の発達に即して為されなければ成立しないし、逆に発達を歪めるものともなりかねないことも事実である。そのため、予後の判断を可能にする発達心理学的研究が重大な意味をもって来る。当該児童の年齢が増すにつれてどのような発達が可能になるのか、現在の問題行動がどのように解消、改善あるいは強化されていくのだろうか、生涯遅滞は残るにしてもその児童の特徴を生かした人格形成とはいかなるものか、またその条件は何か等々について明らかにされる必要がある。

しかし、現在の発達を「平均的発達」からの偏差として示し、その延長線上に将来の発達を予測するだけでは、到底上記の課題を引き受けることはできない。一方では、精神遅滞児に関する諸研究が発達レベルに応じて整理されることが求められるし、他方では、精神遅滞の発生・発達に関する研究によって診断上有効な知見を示していくことが求められる。

## Ⅲ. 精神遅滞児の発達過程の類型と精神遅滞の発生の問題

前章では、現在発達診断をすすめていくうえでの困難点について、基礎となる発達モデルに検討を加えながら明らかにしてきた。そして、それらの困難点は、精神遅滞が抽象化された「平均的発達」からの偏差としてのみ描かれ、固有の精神遅滞の発達論を欠落させていることに起因していることを示唆した。つまり、今後必要なことは、第1に、精神遅滞児1人ひとりが多様な発達現象

を示すこと、それには種々の類型があることを認めることであり、第 2 に、精神遅滞が障害像として顕在化する以前に部分的症候を示す精神遅滞の発生過程に注目することではないか。もちろん、精神遅滞の発達論を完成することは小論の及ぶところではないが、ここではそれへ接近する 1 側面への言及を試みたい。以下、初めに、過去において精神遅滞児の多様性について最も語ってきた類型論的研究に触れる。次いで、精神遅滞児の発達現象をいくつかのタイプに類型化するモデルを示す。そして、最後に、精神遅滞の発生から顕在化へ至る過程の問題について言及することにする。

### A. 精神遅滞児の類型論

精神遅滞児の類型化については古くから様々な試みが為されている。伊藤 (1961) は種々の類型的な研究を整理し批判的に検討している。類型設定としては次のものがあげられている。

- (1) 病因からの類型
  - (2) 臨床型による類型
  - (3) 能力の程度からの類型
  - (4) 処遇を予想する類型
  - (5) 性格特性を問題とした態度類型
  - (6) 一定条件下における反応を量的に処理し、数値に換算し、平均を規準として段階的に類型を定めようとする試み
  - (7) 検査反応から機能的類型を設定しようとする試み
- ただ、以上の類型設定で共通している短所は、それが行動上にあらわれた (またはテストなどで把握された) いわば現象像の類似性、共通性を問題にしての類型化であるということである。これはそれら現象の発生的類型へ発展していくものでなければ、時間的発展の意味をもつ教育という目標にそう精薄児\* 研究とはなりえない。……われわれのすすめる類型学的研究は、パーソナリティ形成に及ぼす諸要因、その形成過程と現在症 (現象行動) とをどう結びつけていくかという点に成立する。 (伊藤, 1961)

引用が長くなったが、過去の環境的・遺伝的要因と現在の行動現象とを短絡させた類型論を拒否している点、全く正当であると考えられる。しかし、伊藤の立場を発達診断研究に生かすことはたやすくはない。何故なら、現在の行動状態によりまず類型化が為され、それへの形成過程が「病因と環境要因との輻輳」(伊藤, 1961) によって推論されるとき、現在の子どもの問題が過去の病因に

直接結びつけられて理解されるおそれが生じるからである。病因や環境的要因は発達過程における時期 (年齢や発達段階) によって異なった作用をする。したがって、時間的に配分されている要因を、時間を無視して現在の行動状態に結びつけようとしても無理が生ずるのである。つまり、最初に類型化されねばならないのは、静的状態像なのではなくて、むしろ発達現象としての発達過程なのである。そして、それに関わる諸要因は発達過程に即して、条件・発生的に理解されなければならないのである。

### B. 精神遅滞児の発達過程の類型

では、精神遅滞児の発達過程にはどのような類型があるのだろうか。ある時限を区切ってみたとき、発達検査や行動観察上示されるものとしては、主として次の 3 つの現象が見られる。

#### ① 漸増型

普通児が平均して 1 年間に  $4A$  だけ精神機能が增大するとき、精神遅滞児の増分は  $\frac{1}{2}4A$  にとどまるということはよく見られる。つまり、精神遅滞児は、普通児に比べてゆっくりと発達するように見える。たとえば Down 症児の多くは、乳幼児期一般にゆっくりした速さで発達していくと言える。Fig. 2 は、こうしたタイプを漸増型として図示したものである。これは、栄養等の環境不良による精神遅滞児においても見られるし、脳の発育が順調にすすまない病理型の精神遅滞児にも見られる現象である。こうした児童の場合、何回か発達検査を繰り返すことにより発達曲線を描き、その延長線上に今後の発達を予測することはある程度可能である。ただし、生活環境を改善しながら予後を経過観察していかないと、一時的な精神遅滞、すなわち、かなりの改善の可能なものまでに対し、ゆっくりした発達を予測してしまうことになる。

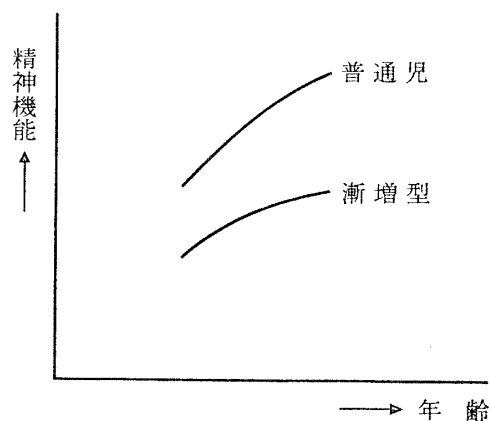


Fig. 2 漸 増 型

\* 精神遅滞児と同義 (筆者)

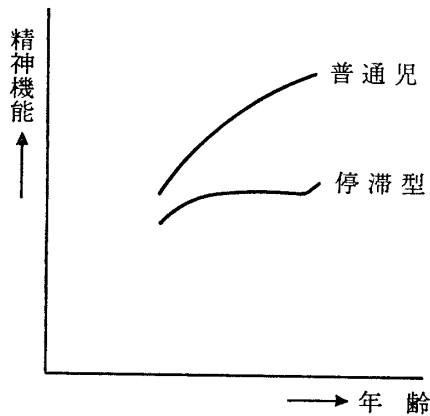


Fig. 3 停滞型

### ② 停滞型

精神遅滞児には、ある期間にわたって発達検査上精神機能の進歩が見られない場合がある。多くは、既に年長に達し、しかも言語的能力が未発達なものに見られる現象である。しかし、乳幼児期でも重度の障害や疾病を有する場合（たとえば、重度の脳性麻痺）、こうした発達過程像を示すことがある。Fig. 3 は、こうしたタイプを停滞型と呼んで図示したものである。こうした児童に対しては、いわゆる知的発達だけを追求して、あきらめたりするのではなく、パーソナリティの発達を促していくことに主たる教育目標がおかれる。しかし、乳幼児期に精神機能の停滞が現われるときには、

- (1) 教育環境に恵まれないためそうなっている場合
- (2) 重要な精神機能の芽ばえがあるが、発達検査で評価される能力として完成されないため「停滞」しているように見える場合
- (3) 他の能力は漸増しているが、部分的能力が何らかの原因で退行している場合

なども考えられる。したがって、乳幼児期の発達診断においては重視されねばならない現象の1つであり、重要な研究課題を含んでいる。

### ③ 折れ線型

このタイプは明らかな退行現象を示すものであり、Fig. 4 のように図示できる。折れ線型 (Knick Type) は、もともと、正常発達していたのが途中から（2歳頃が多い）退行を示し自閉症状を呈していく児童に対してつけられた名称であり、自閉症児の約20%がそのタイプに属すると言われる（若林, 1974）。同様な現象は乳幼児期の精神遅滞児にも存する。たとえば、點頭てんかんの発見が遅れた幼児では、発作がひどくなると明らかな退行がおり、折れ線型の発達過程が現象する。また、一般にこうした児童は予後が悪い。退行が起こる契機としては、疾病発症、事故、心因性的問題などが考えられ

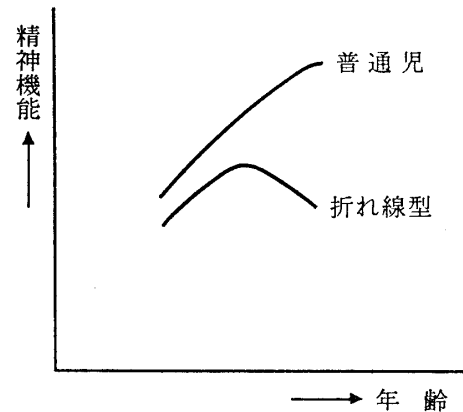


Fig. 4 折れ線型

るが、退行以前に正常発達していたように見えてもどこかに部分的症候が示されていた可能性もある。こうした事例に対して遡及的研究が重要であり、行動徴候に対応した検査項目の発見もここから可能になる。

さて、上記の3つの型は、精神遅滞児が主として示す発達現象を類型化し、モデルとして表わしたものであった。こうしたものをふまえて臨床的研究が蓄積されれば、精神遅滞児にはもっと多様な類型が見出されるであろう。また、個人間の類型のちがいでだけでなく、同一個人間の発達過程においてもある時は退行しかけたり、ある時はゆっくりと発達したりなどという類型の交替も見られるであろう。もちろん、発達には絶対尺度はないのであって、こうした類型も普通児の発達を標準としてそれとの比較で明らかにされたものである。しかし「平均的発達」からの偏差によって現在の行動状態を静的に示すのとは異なり、時間軸を考慮し発達過程へ接近している点ある程度の有効性をもつのではないか。

話は戻るが、では精神遅滞児の発達過程に様々な類型が見られるということは発達診断上いかなる意義を有するのか。多様な類型を知っていることにより、発達診断は慎重になり画一的速断が避けられるであろう。だが、そこにとどまっては不十分なのである。問題は、ここから出発して、現象としての発達過程の諸類型の基礎にある本質の理解、つまり、精神遅滞がどのように発生し顕在化していくかについての理解を導くことにある。

### C. 精神遅滞の発生、顕在化の問題

従来、精神遅滞の発生は、遺伝的要因と環境的要因との輻輳あるいは相互作用として説明されてきた。しかし、発達診断においては、そうした要因の存在を指摘すること自体はあまり意味をもたない。大切なことは、精神遅滞が明瞭に顕在化し障害像として固定化する以前にその危険を察知し、当面する発達過程において必要で可

能な諸条件の改善を行いつつ、予測的に経過観察していくことである。現代科学の下では、フェニルケトン尿症のように早期発見、早期治療によって精神遅滞を未然に防ぐことのできる場合もある。しかし、多くの場合精神遅滞それ自身を医学的治療によってなくすことはできない。むしろどうしたら可能な限り発達を促進し、より良いパーソナリティを形成し、また障害像を軽減できるかという所に努力は注がれる。そうしたとき、精神遅滞の発生・顕在化について科学的理解を伴った発達診断に期待される所は大きい。

かつて、筆者は2歳頃までに顕現する精神遅滞について検討した(田丸, 1981)。そこでは、発達検査上ある項目において生じる部分的遅滞＝発達遅滞がはじめいつ示されたかによって、乳児前期発現型と乳児後期発現型との2つの精神遅滞のタイプが区別された。前者は、4か月児健診において、追視機能や把握機能、姿勢機能等のある部分に遅滞が見られ、その後経過観察と若干の発達指導とを受けたグループである。後者は、4か月時では遅滞が認められず、1歳6か月児健診でかなりの遅れが指摘されたグループである。そして、両者の1歳半から2歳頃の行動特徴を比較すると、前者では、行動各領域が全体としてまとまりをもって遅れているのに対し、後者では、多動傾向で疎通のとりにくい者が多いことがわかった。すなわち後者は通常9～10か月頃発生するコミュニケーション機能(動作模倣、対面あそび、チャイムやダメと言ったことばかけへの対応等々に示される心理機能)に特に顕著な弱点をもっていた。以上の研究から、検査上部分的に示される遅滞の発現時期の違いによって、精神遅滞が顕在化してくる際の行動状態、障害像が異なること、更に言えば、初期の部分的遅滞の発現の時期に、生活条件(教育を含む)を改善していくことによって、将来の行動状態を良好なものにする可能性があることが示唆されよう。

精神遅滞が顕在化した場合、知能あるいは適応的行動領域を中心とする種々の行動能力に遅れが示されるが、初期には部分的遅滞が発現し、後の全般的遅滞の前兆となっていることがある。では、この時の部分的遅滞とはいったい何であろうか。ここで若干の推論を試みてみたい。行動には、現在の生活上必要なものとそうでないものがある。「泣く」とか「笑う」とかいった行動は、養育者を通じて自らの欲求をかなえるために生活上乳児期から必要な行動である。しかし「空のコップで飲むまねをする」というような模擬行動は、乳児期から生活上必要な行動とはいえない。それでも、児童によっては9～10か月の早期からこうした行動を見せるものもいる。

もちろん、1才半頃までやらないものもいる。やるかやらないかによって、生活上さしつかえないから、普通児においても養育者の関わり方如何によって模擬行動が始まる年齢にかなりの開きがある。だが、2歳から3歳になると、こうした模擬行動あるいはその発展としてのみたて行為は、あそびや生活のうえで重要な地位を占める。大人の行為に魅力を感じ、同じように行動してみたいという動機が発生した2～3歳児にとって、模擬行動は必要不可欠なものとなる。つまり、心理学的には早期の模擬行動は、1歳から2歳にかけての他の心理機能の発達と交差することによって、2歳すぎには心理活動の重要な部分となると考えられる。将来の心理活動を構成する心理機能の萌芽として乳児期の模擬行動の有無は、2歳すぎの発達状態を予見していると言える。

仮に、脳の局部的未成熟のため模擬行動の可能になる年齢が遅れた児童がいるとする。おそらく、そうした児童は乳児期には精神遅滞を顕在化させないかもしれない。普通児では、1歳前後から模擬行動を示し、「練習」を積み、他の心理機能の発達を待って、新しい発達段階をむかえる。それに対し、模擬行動に欠ける精神遅滞児は、それを不可欠な条件とする発達段階はむかえられない。また、模擬行動に関わる心理機能が成熟するとすぐに、「自由な機能的練習」なしに生活に取入れられなければならないため、独特な困難、機能的歪み、問題行動を伴う可能性がある。したがって、精神遅滞児なりの調和のとれた発達を実現していくためには、部分的遅滞の発現に際してその意味を適確に判断し、必要な手だてを予測的にとらなければならないし、そのための研究も必要になる。

以上、模擬行動を例にして、部分的遅滞の発生から精神遅滞や障害像の顕在化に至る過程について推論してきたが、これは模擬行動に限ったことではない。行動の文化的発達の面からは、生活的機能を担っていないという意味で未成熟であるが、行動の生物学的発達の面からは、脳機能の成熟に対応しているといった諸行動こそが、後の発達を予見する価値を有しているのではない。そして、そうした行動の遅滞＝部分的遅滞が後の精神遅滞の徴候となっているのではないか、というのが主旨であった。

## おわりに

本論文では、精神遅滞児のための発達診断を充実させていくためには、精神遅滞の発達論が必要不可欠であることを指摘してきた。そして、それへの接近のために、



精神遅滞児の発達過程の類型についてモデルを呈示し、また部分的遅滞の発現から精神遅滞、障害像の顕在化へ至るプロセスについて仮説的に検討してきた。もちろん、前提として筆者の症例に関して考察してきた。しかし、紙数の制限もあって、症例にもとづきながら十分論理展開できたとは言いがたいが、精神遅滞を診る視点を明示しえたとしたら幸いである。

(指導教官 芝祐順教授)

### 文 献

- AAMD, Manual on terminology and classification in mental retardation, 1973, 村上氏廣(訳監修) 精神遅滞の用語と分類 日本文化科学社 1975
- Binet, A., Les idées moderne sur enfants, 1911, 波多野完治他(訳) 新しい児童観 明治図書 1974
- Bower, T.G.R., Human Development, 1979, 鯨岡峻(訳) ミネルヴァ書房 1982 pp.334-339.
- Gesell, A., The first five years of life, 1940, 山下俊郎(訳) 乳幼児の心理学 家政教育社 1966
- Gesell, A., Studies in child development New York and London: Harper & Brothers, 1948.
- Gessell, A. & Amatruda, C.S., Developmental diagnosis, 1956, 新井清三郎・佐野保(訳) 日本小児医事出版 1958
- 伊藤隆二 精神薄弱児の類型論およびその研究方法論 1961 「精神薄弱児」研究の方法論的検討 心身障害者福祉問題総合研究所 1968
- 伊藤隆二 精神薄弱児の心理学 日本文化科学社 1964
- 上出弘之 現代精神医学体系 精神遅滞 1 第1章 概念と分類 中山書店 1981
- Piaget, J., La naissance de l'intelligence chez l'enfant, 1936, 谷村寛・浜田寿美男(訳) 知能の誕生 ミネルヴァ書房 1978
- Piaget, J., La psychologie de l'intelligence, 1974, 知能の心理学 みすず書房 1967
- 田丸敏高 乳幼児健診と発達遅滞児の診断 東京大学教育学部紀要 第21巻 1981
- Uzgiris, I.C. & Hunt, J. McV., Assessment in infancy: Ordinal scales of psychological development, Urbana: University of Illinois Press, 1975.
- 若林慎一郎 幼児自閉症の折れ線型経過について 児童精神医学とその近接領域 Vol. 15, No. 4.
- 八木晃(編) 心理学Ⅱ 培風館 1968 pp.141-142.