

ダウン症候群にみられる退行の実態とその支援

伊藤 浩 社会福祉法人幸会

要 旨：近年、青年期・成人期のダウン症候群にみられる急激退行と同様の生活能力の低下に対する関心が高まっている。しかし、能力の低下がみられることに対してどのような対応が必要なのか、もしくは効果的なのか、日々の教育・支援を行っている学校および福祉の現場では、未だ苦慮しているところが少ない。これまで、加齢に伴う自然な低下とは異なる成人期ダウン症候群の心理・身体状態について様々な研究が重ねられ、身体疾患・精神疾患によるもの、急激退行のように心理的な不適応によるものといった分類がなされてきた。さらに、その対応および予防法についても報告されている。しかしながら、現時点では、どのような症状が発現するのか、どのような特性や環境が症状の発現に影響するのかなどは明らかになっていない。本特集では、ダウン症候群の退行に関する研究について概観するとともに、2018 年に行った調査の結果を併せて報告する。さらに、近年増加している海外での研究についても概観する。

Key Words： ダウン症候群，疾患，急激退行

I. はじめに

生涯発達の視点からみた能力の変化は、児童期に上昇し、成人期になると安定、さらに高齢期になると低下することが知られている。この生涯発達の一過程である高齢期の能力低下は、「通常の老化」によるものである。ダウン症候群では、一般的な老化が現れる 65 歳よりも早くから老化の症状が現れる早期老化について論じられてきた(兜真徳；1979⁹⁾、加藤進昌、桜井芳郎；1980¹⁴⁾、池田由紀江、細川かおり、橋本創一、菅野敦、長畑正道、宮本文雄、上林宏文；1989⁷⁾。これは、「通常の老化」による能力の低下が、早期に生じていると考えられている。

一方、高齢期の能力低下は、「通常の老化」以外にも、「病的な老化」によるものがある。病的な老化は、認知症として現れることが多く、アルツハイマー病、レビー小体病、前頭側頭葉変性症、脳血管性疾患といった疾患を原因とし、能力の低下の現れ方も原因となる疾患によって異なっている。ダウン症候群では、この「病的な老化」である認知症の原因となる疾患の一つであるアルツハイマー病が、ダウン症候群の場合には 40 歳台という早期から発症することが指摘されている(Wisniewski K.E., Dalton

A.J., McLachlan C.Wen G.Y. and Wisniewski H.M. ; 1985¹⁷⁾, Holland A.J., Huppert F.A. & Stevens F. ; 2000⁶⁾, Ball L.S., Holland J.A., Hon J., Huppert A.F., Treppener P. and Watson C.P. ; 2006²⁾).

このような生涯発達の過程として高齢期に現れる能力の低下は、早くても 40 歳台以後に現れるとされている。しかしながら菅野敦、橋本創一(1993)¹¹⁾は、加齢に伴う心理学的変化の調査の中で、20 歳代の若年齢において、動作・生活態度に急激で著しい退行現象を示す事例の報告を行っている。このような事例に関する報告を重ね、菅野敦、池田由紀江、橋本創一、細川かおり、川崎葉子、横田圭司、四宮美恵子、日暮眞(1995)¹³⁾は、20 歳前後に急激な生活適応水準の退行を示す現象を『急激退行』とした。

通常では能力が安定しているとされる成人期に、能力の低下が現れる現象は、身体疾患、精神疾患を原因としたものもある(Smiley E. & Cooper S.A. ; 2003¹⁶⁾, Dykens M.E., Shah B., Davis B., Baker C., Fife T. and Fitzpatrick J. ; 2015⁵⁾).

これまでの先行研究から、ダウン症候群の成人期に現れる能力の低下には、様々な原因のあることが推測される。このような様々な原因によって生じる能力の低下を、菅野敦(2004)¹⁰⁾は、「生涯発達の過程で、いったん獲得、到達した

日常生活の適応水準が、何らかの原因で低下し、以前の、獲得前の状態に戻ることを「退行」と定義し、この退行のタイプを原因によって分類している(Fig.1).

退行の原因によって、その対応方法は異なると考えられる。

支援に携わる家族、教育関係者、福祉関係者、労働関係者にとって、成人期のダウン症者の退行がなぜ生じるのか、どのように対応すればよいのかを知ることは、ダウン症者の生活を支援する上で重要である。

本特集では、退行症状にはどのようなものがあり、どのような対応が必要とされるのか、また、予防するためには何が必要かを明らかにするため、論文のレビューを行うとともに、併せて調査結果を基に実態についての報告も行う。なお、調査については、親の会所属会員に調査の目的、データの保管・分析方法について文書で説明し、個人の特定ができない形で論文発表することの承諾を得た上で実施した。

● Ⅱ. ダウン症候群にみられる退行のタイプと症状

一般成人と比べて、ダウン症候群では早期に老化の症状が現れることが指摘されてきた。そのような早期老化については、池田ら(1989)⁷⁾が、16歳から33歳のダウン症児・者44名の調査から、頭髮の白髪、皮膚の弾性の低下、額や目尻のしわの増加、爪の縦線の出現、歯の脱落といった外見的な老化の症状が早い年齢段階で出現していることを見出した。さらに、外

見的な老化の症状だけではなく、内に閉じこもりがちになる、活動低下、無気力、記憶力・計算・読み書き能力の低下、寝つきが悪くなる、尿失禁がはじまる、といった行動上での変化が表れていることを報告している。この早期老化は、一般成人にみられる通常の老化が、早い年齢段階で始まったものと考えられている。

早期老化、急激退行の他に、ダウン症候群ではアルツハイマー病の早期罹患が指摘されてきた(Wisniewski et.al.; 1985)¹⁷⁾。アルツハイマー病により、発現する症状には、認知機能の低下、相対的な退行、前頭葉機能の変化、失禁、てんかんがあると報告されている。また、学習能力の低下、視覚記憶の喪失、作業的機能および社会的脳の低下がみられることも指摘されている。このようなアルツハイマー病による認知症様の発現は、病的老化の一形態であると考えられる。

一方、菅野ら(1993)¹⁸⁾は、加齢に伴う心理学的変化の調査の中で、20歳台の若年齢で、動作・生活態度において急激で著しい退行現象を示す4例について報告を行っている。この4例の退行の過程の調査から、共通した3期の経過を見出している。初期には、甘え、頑固さなどの問題の顕在化・尖鋭化とともに、感情の不安定さが生じるなどの感情面での変化が見られる。

また、動作・生活態度面でのうちに閉じこもり、活動が低下し、無気力になるといった現象が現れる。中期になると、意欲の低下、緩慢さ、依存的な傾向が目立ち、行動や興味の範囲が狭まるといった動作・生活態度面での変化が生じる。後期まで進行すると、意欲がなく発動が低

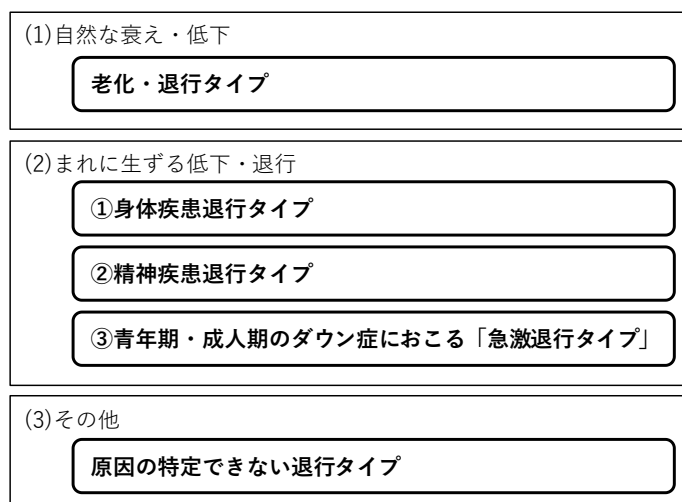


Fig.1 退行のタイプ (菅野: 2004¹⁸⁾より)

下した状態が見られ、言語的・非言語的なコミュニケーションが困難となるなどの動作・生活態度面での変化が見られるようになる。後期ではさらに ADL 面での介助も目立って必要となることが指摘されている。この報告にみられる退行現象は、早期老化による外見的变化、行動上の変化よりもさらに早い年齢段階で発現している。

このような事例報告を重ね、菅野ら(1995)¹³⁾は 20 歳前後に生活適応水準に急激な退行を示す現象を通常の老化である早期老化とは異なるものである「急激退行」とし、その主な症状には、【動作・行動面】での緩慢さ、表情の乏しさ、会話の減少、パーキンソン病様の姿勢異常、【対人面】での過剰な緊張、対人関係の不能、【情緒・性格面】での興味喪失、頑固・固執傾向、興奮、【身体面】での睡眠障害、食欲・体重の減少、失禁等が生じることを指摘している。このように、成人期のダウン症候群に現れる能力の低下、つまり退行のタイプには、通常の老化としての早期老化、病的老化の一形態としてのアルツハイマー病による認知症、および、より若年層で生じる急激退行といったものがあることが知られている。

このような研究を基に菅野ら(1995)¹³⁾は、ダウン症候群の成人期を生涯発達の視点による検討から、【早期老化タイプ】、【アルツハイマー病タイプ】、【急激『退行』タイプ】の3つに分類し、タイプごとの事例報告を行っている。【早期老化タイプ】は、「20 歳代の後半から 30 歳代にかけて、性格、態度、行動上に、やや衰退や退行の傾向を示すようになり、40 歳代に至ると外見上には多くの老化徴候を示すようになる」もので、能力的に低下や退行をしている印象はなく、健康で日常生活や職場での生活を送っている姿がみられる。【アルツハイマー病タイプ】は、「医学的検査の所見により、アルツハイマー病と診断され」、「進行に伴い、高度の痴呆及び記銘・記憶障害、失認・失行症状(空間失見当、着衣・企画失行)等の症状を呈する」もので、進行の度合いによって、徘徊様の動きがみられるようになることもある。【急激『退行』タイプ】は、「20 歳前後に発症し、日常生活の適応水準の低下が急激に生じる」もので、「特定の疾患の診断(脳腫瘍、甲状腺機能亢進症、白質変性症等)のついているものは除く」としている。具体的な症状として、無表情、引きこもり、活動量の低下、常同行動の出現、失禁、強迫症状の出現などが見られる。

このような 3 つの発達タイプ以外にも、疾患等によって性格・行動傾向の変化や能力の低下がみられることが報告されている。菅野敦、橋本創一、池田一成、細川かおり、小島道生(2000)¹²⁾は、ダウン症候群に甲状腺機能亢進症、甲状腺機能低下症、うつ病が高い確率で発症していることとともに、性格・行動傾向の変化や能力の低下が認められることを報告している。具体的な症状として、性格・行動傾向の変化には、動きが少なくなる、引きこもる、遅れる、情緒不安定になる、怒りっぽくなる、内に閉じこもる、独り言を言うようになるといった変化が認められた。さらに能力の低下では、運動能力、日常生活習慣や動作の能力、活動量、視力といった面での低下が顕著であることを指摘している。

それまでの研究を基に菅野(2004)¹⁰⁾は、退行の原因による類型を試みている(Fig.1)。ここでは、(1)自然な衰え・低下—老化・退行タイプ、(2)まれに生ずる低下・退行、(3)その他、に 3 分類し、さらに、(2)まれに生ずる低下・退行を①身体疾患退行タイプ、②精神疾患退行タイプ、③青年期・成人期のダウン症における「急激退行タイプ」に細分化している。

● ————— Ⅲ. ダウン症候群と疾患との関連性

前項で示した退行のタイプの中には、身体疾患や精神疾患を原因とした退行がある。ダウン症候群では、一般人口よりも罹患率の高い疾患のあることが知られており、その中には退行症状との関連性のある疾患が含まれている。

菅野ら(2000)¹²⁾は、東日本地域にある知的障害者のための定員 50 名以上の居住施設(特定の障害の専門施設、重症心身障害者の施設は除外)444 ヲ所を対象に、調査を実施している。回答施設は 269 施設(回収率：60.6%)であった。施設利用者数は 19,517 名で、ダウン症者は 1,519 名(全利用者数の 7.8%)であった。この 1,519 名のダウン症者が調査時にかかっている、または過去数年にかかったことのある疾患を調査した結果、皮膚疾患の 486 名(32.0%)が最も高く、次いで、歯科疾患の 303 名(19.9%)、肥満症の 276 名(18.2%)、白内障の 233 名(15.3%)、眼科疾患の 193 名(12.7%)と続いていた。退行との関連性が指摘されている甲状腺機能亢進症が 16 名(1.1%)、甲状腺機能低下症が 14 名(0.9%)、うつ病が 9 名(0.6%)、精神分裂病

が5名(0.3%)であった。

このように、居住型施設での実態は明らかにされたが、地域で生活しているダウン症者については、報告されていない。そこで、2018年に全国5地域の親の会の会員を対象として、疾患の罹患に関する調査を行った。調査票を437名に配布し、207名の回答を得た。質問紙の欠落などから3名を除外し、204名(回収率:46.7%)について分析を行った。その結果、ダウン症候群に発症しやすいとされ、これまで指摘されてきた疾患の罹患率が、高いことが明らかとなった。また、その発症年齢についても、明らかとなった。その結果をTable 1に示した。

退行と関連が指摘されてきた疾患をみると、甲状腺機能低下症が15.2%、気分障害(うつ病)が9.3%、環軸椎亜脱臼が8.3%、てんかんが5.4%、甲状腺機能亢進症が7.4%、認知症(アルツハイマー病、レビー小体病の診断を受けているものを含む)が3.4%、不安障害が2.5%、統合失調症が1.0%といずれもこれまでの報告よりも高い罹患率であることが明らかとなった。さらに、診断を受けた時期について見てみると、甲状腺機能低下症が11.9歳(SD=9.3, range:0-37歳)、甲状腺機能亢進症が18.5歳(SD=7.7, range:10-37歳)と、学齢期後半から甲状腺機能障害の診断を受けていることが明らかとなった。さらに、このころからてんかん(13.6歳, SD=9.4, range:0-27歳)、強迫性障害(14.0歳、

SD=9.9, range:7-21歳)と、気分障害(20.5歳, SD=7.5, range:10-40歳)、不安障害(26.4歳, SD=15.8, range:7-42歳)、統合失調症(27.5歳, SD=3.5, range:25-30歳)といった神経科・精神科疾患の診断が見られるようになることが明らかとなった。

青年期・成人期に発現する退行については、これらの疾患との関連性も指摘されており、このような高い罹患率が認められることから、定期的な健康診断による内科系疾患の早期発見や、退行症状の発現から早い段階で神経科・精神科の受診をすることが重要であることが示唆された。

IV. 疾患と退行症状との関連性

退行症状を引き起こす原因は、様々なタイプがあることが指摘されている。しかしながら、知的障害を併せもつことから認知症の診断が困難であること、自らの症状を言語によって説明することが難しいため、精神疾患の診断が困難であること、急激退行については診断基準が明確になっていないことなどから、退行の原因を判別することは現段階では困難である。

日常的に支援を行う家族や教員、支援者にとっては、退行症状としてどのような症状が現れ、どのような疾患と関連するののかといった情報

Table 1 疾患別発現率および診断時平均年齢

疾病	回答者数	既往あり	発現率	診断時年齢		
				平均	標準偏差	範囲
近視	141	66	46.8%	7.8歳	4.6	(0-20)
心室・心房中隔欠損	204	78	38.2%	0.2歳	0.6	(0-4)
滲出性中耳炎	141	46	32.6%	5.5歳	6.4	(0-36)
遠視	141	41	29.1%	7.1歳	7.5	(0-44)
高尿酸血症	141	32	22.7%	20.2歳	6.1	(12-42)
難聴	141	23	16.3%	8.3歳	8.4	(0-30)
甲状腺機能低下	204	31	15.2%	11.9歳	9.3	(0-37)
白内障	204	30	14.7%	14.3歳	9.5	(0-32)
気分障害	204	19	9.3%	20.5歳	7.5	(10-40)
睡眠時無呼吸	141	13	9.2%	15.8歳	9.5	(0-35)
環軸椎亜脱臼	204	17	8.3%	4.9歳	4.9	(0-17)
甲状腺機能亢進	204	15	7.4%	18.5歳	7.7	(10-37)
てんかん	204	11	5.4%	13.6歳	9.4	(0-27)
白血病	141	6	4.3%	2.7歳	6.1	(0-15)
鎖肛	141	4	2.8%	0.0歳	0.0	(0-0)
不安障害	204	5	2.5%	26.4歳	15.8	(7-42)
糖尿病	141	3	2.1%	23.0歳	3.6	(20-27)
認知症	204	3	1.5%	50.0歳	-	(50-50)
統合失調症	204	2	1.0%	27.5歳	3.5	(25-30)
強迫性障害	204	2	1.0%	14.0歳	9.9	(7-21)
アルツハイマー	204	2	1.0%	-	-	-
レビー小体	204	2	1.0%	-	-	-
緑内障	141	1	0.7%	30.0歳	-	(30-30)
高血圧症	141	1	0.7%	40.0歳	-	(40-40)

をもっていることは、退行症状の発現だけでなく、その原因となる疾患の早期発見にもつながり、治療や支援方法の変更といった対応方法を検討する上で重要である。

そこで、2018年に全国5地域の親の会の会員を対象として行った調査で、疾患と退行症状と関連性について回答を得た。その結果をTable 2に示した。

ここでの急激退行は、他の疾患の診断を受けていないが、退行症状が3項目以上発現していると回答した者を急激退行群とした。そのため、診断の時期が不明であることから、診断時の年齢については記載していない。この結果から、退行症状は、疾患によって異なるものの、共通した症状が発現していることがわかる。また、気分障害と診断されている回答者は、さまざまな性格・行動上の変化が退行症状として現れていることが明らかとなった。急激退行と分類した回答者では、これまで指摘されてきたように、無気力、動作緩慢、引きこもり、表出の低下といった症状が中心的な症状であり、先行研究と同様の結果となった。

V. 退行のタイプ別予防

菅野(2004)¹⁰⁾は、これまでの知見をまとめ、各タイプに対する予防方法を提案している。老化・退行タイプに対しては、①空間的な環境や時間的環境にあたる生活リズムの安定、②栄養や健康の管理、③家族関係や職場での人間関係の調整、④仕事や運動、趣味などへの取組みの重要性を指摘している。

身体疾患退行タイプと精神疾患退行タイプはいずれもストレスへの対処の重要性が指摘されている。青年期・成人期のストレス場面として、生活(家庭)場面でのストレス、対人関係(家族)場面でのストレス、生活・余暇・仕事と活動の状況でのストレスがあり、これらのストレスに対して、①ストレスとなるものを取り除く、②ストレスとなるものから本人が回避する、または回避させる、③本人のストレス耐性を高める、④薬物療法といった予防・対処法が必要であることを指摘している。

急激退行タイプに対する予防として、①自立に向けた青年期の関わり(愛情に裏打ちされた自立へ向けたかかわり)、②身体面の健康、③興味・関心から意欲へ、そして意欲から目的意識へと向けた取組みを提案している。

2018年に行った調査では、精神疾患および急激退行のうち、環境の変化から1年以内に退行症状が発現している回答者、および、中学校から高等学校への移行期である15歳から16歳にかけて、さらに高等学校からの卒業時期である18歳から19歳にかけて退行症状が発現している回答者39名を抽出した。その結果、最も多いのが高等学校からの卒業時期に退行症状が発現している回答者で、9名(23.1%)であり、中でも急激退行群で8名(33.3%)と多いことが明らかとなった。次いで中学校から高等学校への移行期が5名(12.8%)で、気分障害(3名:27.3%)、急激退行(2名:8.3%)が多く見られた。また、兄弟との別居が4名(10.3%)で、不安障害(1名:33.3%)、気分障害(1名:9.1%)、急激退行(2名:8.3%)であった。このように、中学校から高等学校、高等学校卒業といった移行期に伴う環境変化が精神疾患や急激退行の引き金になっていることが示唆された。また、兄弟との別居も同様に高い割合で影響することが示唆された。この結果は、環境の変化に対するストレスへの耐性が弱いことを推測させるものであり、菅野(2004)¹⁰⁾が指摘している通り、ストレス耐性を高めるという対処法、予防法が必要であると言えよう。

VI. ダウン症候群における退行に関する今後の課題

近年、青年期・成人期のダウン症候群にみられる退行に関して、本邦だけではなく、海外でも研究が行われるようになってきた。

Akahoshi K., Matsuda H., Funahashi M., Hanaoka T., Suzuki Y. (2012)¹¹⁾は、10歳から29歳の急激精神性障害(Acute Neuropsychiatric Disorders)を生じているダウン症(21トリソミー)の13名を対象とし、精神運動緩慢が全ての対象者に、不眠症が69%、引きこもりが69%、強迫性行動が54%、妄想または幻覚が15%の対象者に発現していることを報告している。また、これらの対象者の急激精神神経障害の兆候として、浴室への引きこもり、洗顔の繰り返し、無言症、抑うつ気分、食欲の減退、不眠症、時折起きる妄想・幻覚があることを指摘している。さらに、老年性変化は認められるものの、ダウン症候群に見られる典型的なアルツハイマー病の経過とは異なることを指摘している。

Mircher C., Cieuta-Walti C., Marey I., Rebillat A.S., Cretu L., Milenko E., Conte M., Sturtz F., Rethore M.O. and Ravel A. (2017)¹⁵⁾ は、言語および日常スキルにおいて以前の状態から顕著な退行を伴い、精神医学的な症状のあるダウン症者 30 名を対象とした報告を行っている。この 30 名のダウン症者に見られた精神

医学的な症状は、抑うつ・悲哀が 30%、アパシー・極度の動作緩慢・カタトニアが 37%、常同・ロッキングが 27%、更衣や食事などに援助を必要とする部分的な退行が 53%、尿失禁・便失禁を伴う全般的な退行が 33%、無言症が 57%、言語の部分的な退行が 37%であった。また、これらの発症時年齢は 11 歳から 31 歳で、平均年齢

Table 2 疾患別に発現しやすい退行症状

疾患	甲状腺機能低下症	甲状腺機能亢進症	環軸椎亜脱臼	気分障害	統合失調症	てんかん	不安障害	強迫性障害	認知症	急激退行
n	31	15	17	19	2	11	5	2	3	
年齢：M	11.9歳	18.5歳	4.9歳	20.5歳	27.5歳	13.6歳	26.4歳	14.0歳	50.0歳	-
年齢：SD	9.3	7.7	4.9	7.5	3.5	9.4	15.8	9.9	-	-
年齢：Range	(0-37)	(10-37)	(0-17)	(10-40)	(25-30)	(0-27)	(7-42)	(7-21)	(50-50)	-
主な退行症状	引きこもり 頑固さ・甘え 感情の不安定 感情表出の低下 睡眠の問題 興味の低下	引きこもり 無気力 睡眠の問題 感情表出の低下 取組の低下 意欲の低下 興味の低下	頑固さ・甘え 感情の不安定 無気力 感情の表出 閉じこもり 興味の低下	感情の不安定 頑固さ・甘え 興味の低下 無気力 睡眠の問題 引きこもり 意欲の低下 感情表出の低下 孤立 依存性 身辺処理の介助 取組の低下 発動性の低下 弱い立場 緩慢さ 課題への取組の低下 非言語的表出の低下	頑固さ・甘え 無気力 取組の低下 意欲の低下	引きこもり 閉じこもり 無気力	感情の不安定 閉じこもり 引きこもり 無気力 弱い立場 興味の低下 孤立 取組の低下 意欲の低下 緩慢さ 発動性の低下 身辺処理の介助	感情の不安定 頑固さ・甘え 感情表出の低下 感情表出の低下 孤立 無気力 取組の低下 興味の低下 睡眠の問題 意欲の低下 発動性の低下 非言語的表出の低下 身辺処理の介助 着脱の介助 排せつの介助 課題への取組の低下 知能の低下	頑固さ・甘え 感情の不安定 感情表出の低下 引きこもり 無気力 取組の低下 興味の低下 頑固さ・甘え 感情表出の低下 睡眠の問題 意欲の低下 閉じこもり 睡眠の問題 意欲の低下 非言語的表出の低下 身辺処理の介助 着脱の介助 排せつの介助 課題への取組の低下 知能の低下	無気力 緩慢さ 取組の低下 引きこもり 興味の低下 頑固さ・甘え 感情表出の低下 閉じこもり 睡眠の問題 意欲の低下 閉じこもり 睡眠の問題 意欲の低下 非言語的表出の低下 身辺処理の介助 着脱の介助 排せつの介助 課題への取組の低下 知能の低下

は約 20 歳であった。

Jacobs J., Schwartz A., McDougle J.C. and Skotko G.B. (2016)⁸⁾は、10 歳から 30 歳までの 10 名のダウン症について、①顕著で急激な日常生活動作および基礎的なスキルの 6 ヶ月以内の喪失、②認知の低下、③行動機能および感情の代償不全、④顕著な発話の喪失が共通して認められたこと、また、この 10 名には、発症以前に自閉症スペクトラム障害、幼児性けいれん、てんかん、顕著な精神病理がないことを報告している。

Devenny D. and Matthews A. (2011)⁴⁾は、軽度の知的障害を伴い、自閉症スペクトラム障害の診断を受けていないダウン症児・者 32 名中 14 名に、重大な退行が認められ、不適応行動が出現していることを報告している。その中で、抑うつ (depression) が 14 名中 13 名に、不安 (anxiety) が 14 名中 13 名に、攻撃性 (aggression) が 14 名中 9 名に認められたとしている。また、これらの症状の出現が 8 歳から 21 歳までの間に出現していることを報告している。

Charlot L., Fox S. & Friedlander R. (2002)³⁾は、「毎日の慣れた日常動作 (例えば更衣、入浴、食事摂取) に数時間かかり、通常の機能を著しく妨害するのに十分なほど重い」状態を強迫性緩慢 (Obsessional slowness) と定義し、11 名のダウン症者を対象として報告をしている。対象者の年齢は 16 歳から 30 歳で、平均年齢は 22.67 歳であった。これらの対象者は、DSM-IV の OCD (強迫性障害) の診断基準には該当しなかった。

このように、さまざまな知見が積み重ねられてはいるが、菅野 (2004)¹⁰⁾が指摘しているように、退行の状態像や経過が非定型であり、精神疾患として認識されにくいという問題があること、さらにその症状が「精神疾患によるものと診断されないまま、本人を取り巻く環境の問題として、あるいは本人の個人的な要因であるとみなされ誤った対応がとられたり、放置されている場合も多々あることが予測される」。これは、急激退行タイプであっても同じ状況であり、家族、教育関係者、福祉関係者、医療関係者が早期に気づき、適切な対応が取られるようになることが必要である。そのためにも、退行症状と疾患との関連性、および診断の方法に関する研究が、今後も行われることを期待したい。

文 献

- 1) Akahoshi K., Matsuda H., Funahashi M., Hanaoka T., Suzuki Y. (2012) : Acute neuropsychiatric disorders in adolescents and young adults with Down syndrome: Japanese case reports, *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 8, 339-345.
- 2) Ball L.S., Holland J.A., Hon J., Huppert A.F., Treppener P. and Watson C.P. (2006) : Personality and behaviour changes mark the early stages of Alzheimer's disease in adults with Down's syndrome : findings from a prospective population-based study, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 661-673.
- 3) Charlot L., Fox S. & Friedlander R. (2002) : Obsessional slowness in Down's syndrome, *Journal of Intellectual Disability Research* 46-6, 517-524.
- 4) Devenny D. and Matthews A. (2011) : Regression : Atypical Loss Of Attained Functioning In Children And Adolescents With Down Syndrome. , *International Review of Research on Developmental Disabilities*, Volume 41, 233-264.
- 5) Dykens M.E., Shah B., Davis B., Baker C., Fife T. and Fitzpatrick J. (2015) : Psychiatric disorders in adolescents and young adults with Down syndrome and other intellectual disabilities, *Journal of Neurodevelopmental Disorders*.
- 6) Holland A.J., Huppert F.A. & Stevens F. (2000) : Incidence and course of dementia in people with Down's syndrome: findings from a population-based study, *Journal of Intellectual Disability Research*, Volume 44 Part 2,, 138-146.
- 7) 池田由紀江, 細川かおり, 橋本創一, 菅野敦, 長畑正道, 宮本文雄, 上林宏文 (1989) : 地域で生活するダウン症者の身体的・精神的問題と早期老化, *心身障害学研究*, 14-(1), 37-44.
- 8) Jacobs J., Schwartz A., McDougle J.C. and Skotko G.B. (2016) : Rapid Clinical Deterioration in an Individual with Down Syndrome, *American Journal of Medical Genetics*, 1899-1902.
- 9) 兜真徳 (1979) : Down 症候群における生物学的加齢現象尾について, *精神衛生研究*, 26, 57-68.
- 10) 菅野敦 (2004) : 退行を示した青年期・成人期知的障害者に対する地域生活支援と社会参加の促進に関する研究—退行の種類と予防—, *発達障害支援システム学研究*, 4(1・2), 35-46.

- 11)菅野敦, 橋本創一(1993): ダウン症候群の早期老化—成人期に現れた急激退行現象—, 特殊教育研究施設報告, 42, 65-74.
- 12)菅野敦, 橋本創一, 池田一成, 細川かおり, 小島道生(2000): 居住型施設で暮らす成人期ダウン症者の健康・行動・退行の実態, 発達障害研究, 21(4), 307-313.
- 13)菅野敦, 池田由紀江, 橋本創一, 細川かおり, 川崎葉子, 横田圭司, 四宮美恵子, 日暮眞(1995): 生涯発達の視点からダウン症候群の成人期を考える—成人期以降にみられた3つの発達タイプ—, 特殊教育研究施設 研究年報, 51-59.
- 14)加藤進昌, 桜井芳郎(1980): 精神薄弱施設におけるダウン症候群患者の動向とその老化傾向について, 精神医学, 22(6), 647-653.
- 15)Mircher C., Cieuta-Walti C., Marey I., Rebillat A.S., Cretu L., Milenko E., Conte M., Sturtz F., Rethore M.O. and Ravel A.(2017) : Acute Regression in Young People with Down Syndrome, Brain sciences 7, 57.
- 16)Smiley E. & Cooper S.A.(2003): Intellectual disabilities, depressive episode, diagnostic criteria and Diagnostic Criteria for Psychiatric disorders for Use with Adults with Learning Disabilities / Mental Retardation (DC-LD), Journal of Intellectual Disability Research, 47, 62-71.
- 17)Wisniewski K.E., Dalton A.J., McLachlan C. Wen G.Y. and Wisniewski H.M.(1985) : Alzheimer's disease in Down's syndrome : Clinicopathologic studies, Neurology, 35, 957-961.