

資 料

「退行」に陥った青年期ダウン症者の一事例

小 島 道 生*・池 田 由紀江**・山 下 勲***

本研究の目的は、「退行」に陥った青年期ダウン症者の一事例研究を通して、仮説段階である「退行」の解明への一資料を得ることである。対象者は、短期間のうちに動作の鈍化、表出言語の喪失、無表情などの症状に陥っていた。そこで、筆者は心理的ストレスにより対象者が「退行」に陥ったとの仮説にたち、治療教育的アプローチを実施した。そして、その効果を生活動作能力、語彙能力、知的能力からそれぞれ分析した。その結果、全ての能力において一定の効果が見られた。本研究を通して、心理的ストレスが「退行」を引き起こす原因となる可能性の高いことが示唆された。また「退行」は器質的疾患による痴呆及び加齢に伴う老化とは異なる現象であり、その状態は生活環境の改変を考慮した治療教育的アプローチによって改善されることが示唆された。

キーワード：青年期ダウン症者、「退行」、治療教育的アプローチ、器質的疾患

I. 問題と目的

乳幼児期のダウン症児の健康管理・発達援助のあり方は確立しつつあるが、青年期以降のダウン症者の抱える問題は多様であり、健康管理も充実しているとは言い難い。青年期以降のダウン症者の問題の一つに、高齢化に伴う早期老化問題がある。これに関しては、Jervis(1948⁹⁾)が痴呆と精神病様症状を呈して死亡したダウン症者3例(死亡年齢37～47歳)の脳に「老人性痴呆」の所見を認めたことを報告して以来、広く知られるようになり、さまざまな研究報告(Dalton and Crapper, 1977¹⁾; 加藤, 1980¹⁸⁾; Silverstein et al., 1986¹⁹⁾; Zigman et al., 1987²⁵⁾; Ferner et al., 1987²⁾; Haxby, 1989⁵⁾; 柄澤ら, 1989¹⁷⁾; 池田ら, 1989⁶⁾)がある。それらの研究報告のほとんどにおいて、ダウン症者は他の原因による精神遅滞者よりも

早期から老化徴候が現れることを指摘している。早期老化現象の原因については、以前よりアルツハイマー病を特徴づける神経原線維変化や老人斑などとの関連性から考えられてきた。そして現在では、21番染色体にアミロイド蛋白前駆体の遺伝子がコードされていることが明らかにになっている(池田ら, 1994⁸⁾)。

さらに横田(1996²³⁾)は近年臨床場面において、20代の若年齢のダウン症者に、日常生活の適応水準の低下が急激に生じる病態を「退行」と定義し、この症例がしばしば見られることを報告している。そして青年期におけるこの「退行」については、杉山・山中(1989²¹⁾)が報告して以来、ダウン症者に特有な早期発症のアルツハイマー病の部分症状ではないか、あるいは分裂病やうつ病といった精神科的な病気の発症ではないかなどと、医学的側面からの原因論が報告されている(杉山, 1996²²⁾)²⁾が、いまだ原因は明らかとなっておらず、また確立された治療法もない。

他方、心理学的側面からの研究報告もある。

*心身障害学研究科

**心身障害学系

***福岡教育大学

菅野・橋本(1993¹¹⁾)はダウン症者の加齢に伴う心理的变化について調査し、急激に「退行」を示した4例が、いずれもほぼ共通した3期(退行初期—うつ病様期、退行中期—老化退行期、退行後期—痴呆期)の経過を経たことを報告している。さらに、池田ら(1994⁷⁾)は「ダウン症候群の老化度チェックリスト」を使用して、青年期の「退行」が老化現象の初期段階と考えられること、この現象を克服し防ぐことができるか否かがダウン症者の生涯にも多大な影響を与えることを指摘している。

これら研究報告を基にすれば、「退行」の実態をより詳細に明らかにし、それを克服する方法を研究する必要があると言える。これに関して、菅野・橋本(1994¹²⁾)はこの「退行」を急激『退行』と呼称し、その本態として以下の3つの仮説をあげている。

①急激『退行』は、うつ病あるいは初老期うつ病の初期症状であり、それに仮性痴呆様状態が随伴したものである。

②急激『退行』は、器質性痴呆の初期症状であり、それにうつ病様状態が随伴したものである。

③急激『退行』は、心理的ストレスによって生じた抑うつ状態である。

そして、現時点ではこれら3仮説を明確に判別し検証することは困難であるが、このどれをも原因として急激『退行』を発症する可能性が高いとしている。

本研究は、青年期になって「退行」に陥ったダウン症者への、治療教育的アプローチの経過の分析・検討を通して、仮説段階である青年期ダウン症者の「退行」について解明の一資料とすることを目的とする。

II. 方 法

1. 事例の概要

(1) 対象者：H.O.(男性)昭和46年9月14日生まれ。治療教育的アプローチ開始時年齢23歳9ヶ月。

(2) 家族構成：父(61歳)、母(58歳)、対象者

(以下H男)の3人家族。

(3) 生育歴：父38歳、母35歳の時、正常分娩にて出生。出生時体重3200g。合併症はなし。

(4) 診断・治療教育歴：生後すぐにダウン症が疑われ、生後2ヶ月頃に21トリソミー型ダウン症と診断された。5歳から6歳までの1年間、F大学ダウン症児の幼児訓練を受け、F市立M小学校特殊学級に入学。義務教育期間を特殊学級で過ごした後、昭和62年4月からはT養護学校高等部に在籍。精神遅滞の程度は、平成元年にF県精神薄弱者更生相談所によって重度と判定された。平成2年4月からは通所授産施設T学園に通園。

担当の指導者が替わった平成6年4月から腹痛、頭痛を訴えることが多くなった。平成6年夏頃からまず急激に動作が鈍化し、徐々に自発語が減少していった。平成6年12月頃には他者への関心が見られず無表情となり、日常生活動作においても時々介助を必要とし、簡単な問いかけに対して返事をするのみとなり登園不可能となった。心配した両親はかつて幼児訓練を受けたF大学Y教授に相談し、教授の薦めもあって平成7年3月K大学付属病院を受診した。ここでは、「心理的ストレスによるうつ病の様な状態」と診断され、また「内臓諸器官の異常はなく、脳波の検査も必要なし」ということであった。これらを踏まえ、Y教授より筆者にH男への治療教育的アプローチ実施の依頼があり、筆者がH男の状態の改善を試みることになった。

(5) 治療教育的アプローチ開始時の状態：父親の話によると(平成7年6月)、以前は自力でできていた日常生活動作において時々介助を必要とし、生活動作が大変鈍くなった。また以前は自発的な表出言語が見られたが、表出言語が減り、他者に関心を示さず一人でボーとしていることが多いということであった。

筆者との初対面時の様子は、生活動作が大変遅く、挨拶と簡単な質問に対する返事だけで自発的な表出言語はみられず、無表情でほとんど俯いていた。これらH男の症状は、横田ら(1993²⁴⁾)が青年期「退行」の症状として示した

Table 1 「退行」の臨床特徴に対する H 男の評価

動作	前屈小歩	+
	動作緩慢	+
	表情乏	+
	発話減少	+
	小字症	-
対人	緊張	+
	不能	+
行動	興味喪失	+
	頑固、固執	+
	興奮	+
	幻覚	-
	その他	+
身体	睡眠障害	+
	食欲減、体重減	+
	失禁	-
	その他（腹痛など）	+

＋：該当する －：該当しない

臨床特徴の項目とほぼ一致していた (Table 1)。また他の先行研究 (菅野ら, 1993¹⁰⁾; 1995 a¹³⁾; 1995 b¹⁴⁾; 1995 c¹⁵⁾; 1995 d¹⁶⁾; 橋本ら, 1993³⁾; 1995⁴⁾) における「退行」の症状とも一致していたことより、治療教育的アプローチの開始時には、H 男は「退行」に陥っていたと考えられた。

2. 治療教育的アプローチの計画と分析方法

(1) 治療教育的アプローチの方針と計画

治療教育的アプローチにあたっては、両親、H 男、そして筆者 (以下 Th) を交えたカンファレンスにおいて、H 男の「退行」は医学的所見が見られないことより、心理的ストレスによるうつ状態に陥っていると仮定し、H 男の生活環境を改変する 3 つの方針を決めた。まず H 男の心理的ストレスを解消するために効果的であると考えられる余暇活動場面を設定することにした。そして、両親には H 男の意思を尊重するよ

Table 2 治療教育的アプローチの流れ

14:00~15:00	水泳 (夏) 卓球 (冬)
15:00~16:00	休憩 (1)排泄 (生活動作能力の測定) (2)ジュースを買って飲む (3)絵カード表出 (語彙能力検査)
16:00~17:00	バスケットボール (1)シュート練習

うな接し方を心がけてもらうようにした。さらに、担当の指導者よりしばしば叱責を受け不適応を起こしたと考えられる T 学園をしばらく休園することにした。余暇活動、養育態度の変容、不適応場面の除去の 3 つの方針を並行して実施することにした。各治療教育的アプローチについて以下に記す。

①余暇活動を利用した治療教育場面

余暇活動においては、H 男が好む活動を行うことで、心理的ストレスの解消を狙った。そこで、父親の話をもとに H 男が好む活動を用意し、本人が選択した活動を実施することにした。音楽、TV ゲーム、バスケットボール、水泳、卓球の中から H 男自身に選択をさせた。その結果、余暇活動場面の治療教育においては、H 男が「バスケットボール」と「水泳 (夏)、卓球 (冬)」を希望したので、これらを Th が実施することにした。H 男と Th との治療教育的アプローチは、隔週日曜日の午後 2 時～午後 5 時に、F 市障害者スポーツセンターにて、平成 7 年 6 月 25 日から平成 8 年 11 月 30 日の間、合計 15 回行うことにした。Th との治療教育的アプローチの流れは Table 2 の通りである。

②両親の養育態度の変容

両親は、頭痛、腹痛を訴えた H 男を仮病と捉え度々叱責して無理に通わせた。表出言語能力が未熟な H 男は、最も身近な両親とすらコミュニケーションがとれず、大きな心理的ストレスを生んだと考えられた。無表情で自発的な表出言語が減少した H 男にとって、両親の態度を見直す必要があった。そこで両親には、H 男の意思を尊重し、できるだけ受容的な態度で接する

よう指導した。

③不適応場面の除去

父親の話より、平成6年4月頃からH男はT学園において周囲の者より作業能率が悪いことで度々担当の指導者より叱責を受けていたことが明らかとなった。したがって、T学園にはH男の状態が改善し、担当の指導者が替わってから復帰することにした。

(2) 治療教育的アプローチの分析方法

これらの治療教育的アプローチがH男に対してどのような効果を持つかを、下記の観点から分析・検討することにした。

①生活動作能力

H男の「退行」の初期症状は、生活動作の鈍化であった。したがって、治療教育的アプローチの経過に伴うH男の生活動作能力の変化を分析した。分析対象とする場面は、H男の排泄場面（小便）とした。具体的には、H男がトイレに入り、排泄をし、再び同じ場所に戻ってくるまでの時間を測定した。ただし、排泄をしている間はストップウォッチを止め、H男の衣服（下半身のみ）の着脱及び歩行時間のみを測定の対象とした。なお、毎回同様の服装（ベルトを着用したズボン）で決まった時間に排泄をするようにした。

②語彙能力

H男の表出言語は、「退行」に陥ってから自発語が減り、簡単な問いかけに対して返事をするだけとなった。そこでH男の語彙能力が「退行」以前の状態から変化しているか、また治療教育的アプローチの経過に伴いどのような変化をするかを分析することにした。語彙能力検査としては、絵カードによる表出検査を行うことにした。語彙能力検査は、休憩場面においてH男が過去に言語表出可能であった絵カード15枚を提示し、そのうち正確に表出できた枚数を数えた。絵カード1枚につき制限時間は1分間とし、記録はTh以外の観察者2名が行った。

③知的能力

「退行」時から治療教育的アプローチの経過に伴うH男の知的能力の変化を調査すること

にした。したがって、治療教育の前、途中、後の合計3回知能検査を実施し、治療教育的アプローチの実施によってどのような変化が見られるのか分析した。検査具には、全訂版・田中ビネー知能検査法を用いた。

(3) 収集・分析資料

毎回の記録用紙、保護者との連絡帳を用いた。

(4) 信頼性

語彙能力について観察者2名の聞き取りの一致率を求めた。その結果93.3%であった。

III. 結 果

1. 生活動作能力

生活動作能力の結果はFig. 1の通りである。セッション1回目は、296秒かかっていた。しかし、セッションを重ねるにつれ徐々に時間が短くなり、セッション6回目には181秒と2分近く短縮された。セッション8回目(270秒)、9回目(336秒)は時間が長くなったが、セッション10回目(306秒)からセッション12回目(250秒)までは、再び徐々に時間が短縮した。その後、セッション13回目(336秒)において再び時間が長くなった。なお、セッション15回目は排泄を行わなかったため測定不可能であった。

2. 語彙能力

語彙能力検査の結果はFig. 2の通りである。語彙能力検査での正答数は、治療教育的アプローチを開始したセッション1回目に4（正答率26.7%）であったが、セッション4回目には8（正答率53.3%）となり、セッション6回目には15（正答率100%）となった。セッション9回目に7（正答率46.7%）となり、セッション8回目より急落した。そしてセッション11回目以降は、正答数3～5の低い範囲にとどまった。

3. 知的能力

知能検査の結果は、Table 3の通りである。治療教育的アプローチ開始直前の検査では、H男が応答したのは1歳級の4項目のみであり、測定不可能な状態であった。しかし2回目の検査

Table 3 H 男の知能検査結果

生活年齢	精神年齢	知能指数
23歳 9 月	測定不能	測定不能
24歳 4 月	3 歳 2 月	18
25歳 4 月	3 歳 1 月	17

では、応答項目が増加し MA 3 : 02、IQ 18 であった。その後、3 回目の検査においても 2 回目とほとんど変わらない MA 3 : 01、IQ 17 という

結果であった。初回の検査では、応答に言語表出のみを必要とする項目のみ達成できていた。これは、応答時の行動観察によると、ボーとして聞く態勢ができていなかったり、動作の鈍化のため手先を使う動作性の検査項目が制限時間を超過してしまったからである。しかし、2 回目の検査においては、課題に取り組む姿勢も大きく変わり、MA・IQ ともに伸びた。2 回目の応答時の行動観察では、「退行」の影響と思われる症状は観察されておらず、H 男は課題に集中し一

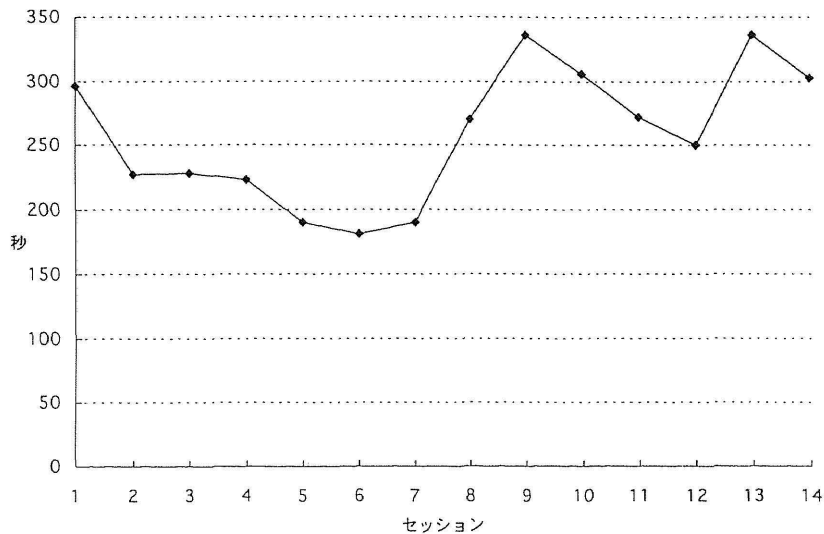


Fig. 1 生活動作能力

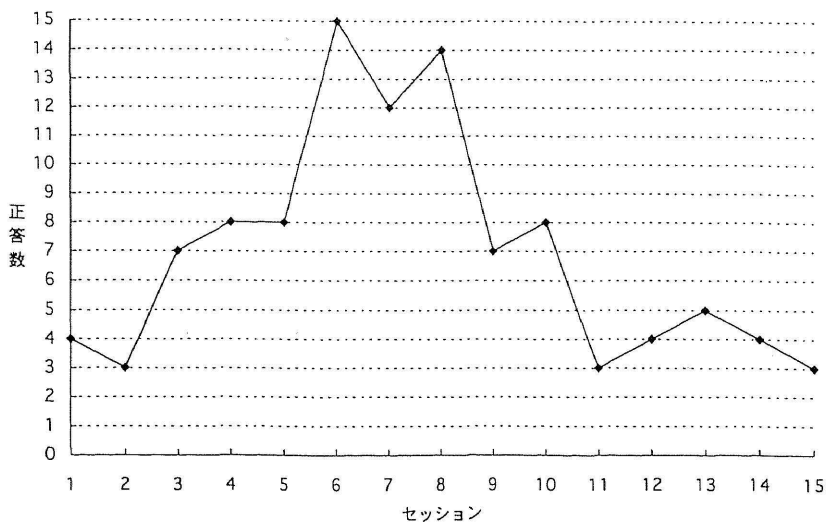


Fig. 2 語彙能力

生懸命取り組んでいた様子であった。

IV. 考 察

H男が示した「退行」に関しては、治療教育的アプローチ当初から数度にわたる医学的検査によって器質的疾患は発見できていない。したがって「退行」の原因は、まず授産施設 T 学園で指導者の変更という環境の変化によって H男がストレスを生じた。そしてなんらかの原因によって頭痛、腹痛が生じその症状を両親に訴えたが、逆に予期せぬ叱責を受けながら無理に登園したことで、さらにそのストレスを大きくしたことが原因だと考えられる。

この「退行」に対して行った 3 つの方針による治療教育的アプローチは、生活動作能力においてはセッション 7 回目までは、徐々に時間が短縮され、治療教育的アプローチは一定の効果をもたらしたと言える。しかし、セッション 8 回目とセッション 9 回目は時間が長くなった。これは、セッション 9 回目の直前に痛風にかかり痛風が完治したセッション 10 回目からは再び徐々に時間が短縮したことより、痛風の影響を受けたと考えられる。その後、セッション 13 回目において再び時間が長くなったが、これもセッション 13 回目の直前に風邪をひいたことが影響したと考えられる。以上より、生活動作能力は健康状態に左右され一部時間が長くなった時もあったが、全体としては治療教育的アプローチの一定の効果があったと考えられる。

語彙能力は、過去において H 男が表出可能な単語を用いたが、セッション 1 回目は正答数が 4 であり、「退行」時には語彙能力は大きく低下していた。その後徐々に正答数が伸び、セッション 6 回目において全ての単語の表出が可能となり、語彙能力の回復が示唆された。しかし、セッション 9 回目の直前にかかった痛風の影響を受けたのか、セッション 9 回目から急落した。そして、セッション 11 回目以降は治療教育的アプローチ開始当初の低い正答数にとどまった。これはセッション 13 回目の風邪の影響も考えられるが、セッション 11 回目以降の検査の取り組

みの様子から判断して、検査そのものに対して飽きがきていたことが原因だと考えられる。語彙能力は、健康状態が良好であったセッション 8 回目までは、セッション 2 回目を除いて徐々に正答数を上げており、治療教育的アプローチは一定の効果があったと考えられる。このような語彙能力の変化は、一度低下させた「退行」以前の能力を回復することが可能であることを示唆するとともに、「退行」が非可逆的とされるアルツハイマー型痴呆や血管性痴呆とは異質な現象であることを示唆するものである。さらに、語彙能力は結晶性知能とも言われ、老化の影響をあまり受けないとされている(新福, 1987²⁰⁾)にもかかわらず、このような変化を示したことは「退行」が加齢に伴う老化とも異質な現象であることを示唆するものである。しかし「退行」時におけるこのような語彙能力の低下が、ただ単に心理的ストレスによって生じたのか、あるいはうつ病のため一次性的障害として感情障害があり二次的に語彙能力の低下を引き起こしたのか、判断は難しい。

知能検査では 2 回目の検査において 7 ヶ月の間に大幅に MA・IQ が伸びていた。これは、1 回目の検査において不合格となった動作性の項目が伸びたことが大きな要因となっていた。1、2 回目の検査時の H 男の年齢はそれぞれ 23 歳 9 月、24 歳 4 月であり、成人した人間が 7 ヶ月の間に正常な発達において精神年齢が 3 歳程伸びるとは考えにくい。さらに、2 回目の検査結果と 3 回目の検査結果はほとんど変化がないことより、1 回目の知能検査では「退行」の症状である動作の鈍化、集中力の欠如などの影響を受け仮定的な知能の衰退が生じたと考えられる。したがって、「退行」は二次的な現象として知能の低下を誘因する可能性があることが示唆された。以上より、治療教育的アプローチは一定の効果があったと考えられる。

また、H 男の状態が改善された平成 7 年 10 月頃(セッション 5 回目以降)から、T 学園における担当の指導者も替わったため以前より回数を減らし T 学園に復帰した。H 男は、以前の

ように頭痛、腹痛を訴えることなく週2回のペースで登園している。高等部終了後の就労の場は多くあるわけではなく、一度不適應を起こすと社会復帰が難しくなる。しかし、青年期ダウン症者には本症例のように授産施設などの就労の場に対して心理的ストレスを生じさせないような無理のない社会参加が必要であると考えられる。

「退行」に陥った青年期ダウン症者の一事例研究を通して、「退行」の原因として、心理的ストレスが大きく関与する可能性があることが示唆された。また「退行」は器質的疾患を原因とする痴呆及び加齢に伴う老化とは異質な現象であり、その状態は生活環境の改変を考慮した治療教育的アプローチにおいて改善されることが示唆された。しかし「退行」の本態が、心理的ストレスによって生じた抑うつ状態なのか、うつ病の初期症状であったのか、判断することはできない。さらに、本症例における2、3回目の知能検査の結果は、老人性痴呆患者の特徴である記憶障害と動作性課題の未達成であること、外見的にも頭髮の脱毛、しわ、腰の曲がり等の「老化徴候」を示していることより、今後老年性痴呆になる可能性も否定できない。したがって、今後はさらに本症例について追跡調査すると共に、多くの事例を長期間にわたって取り上げ、比較・検討していく必要がある。

VIII. まとめ

一般にダウン症者は社会的で問題行動が少ないため、その精神衛生管理が軽視されがちである。しかし青年期を迎えたダウン症者には、本症例のように、心理的ストレスが原因で仮性的な知能の衰退等さまざまな症状が生じる可能性がある。日頃から青年期ダウン症者とかかわる者は、彼らの精神的ケアをも含めた健康管理を心がけていくことが大切であると思われる。

引用文献

- 1) Dalton, A. J. and Crapper, D. R. (1977) Down's syndrome and aging of brain. In

- Miller, P. (Ed.), Research to Practice in Mental Retardation, Vol. 3, IASSMD.
- 2) Fenner, M. E., Hewitt, K. E., and Tropy, D. M. (1987) Down's syndrome: intellectual and behavioural functioning during adulthood. *Journal of Mental Deficiency Research*, 31, 241-249.
- 3) 橋本創一・菅野 敦(1993)ダウン症成人者の急激な発達退行現象について(II)一退行現象があらわれたダウン症者1例における行動及び知能の変化一. 日本発達心理学会第4回大会発表論文集, 318.
- 4) 橋本創一・菅野 敦(1995)ダウン症成人者の急激な発達退行現象について(IV)一急激退行現象があらわれたダウン症者1例における知能の衰退と社会生活能力の低下一. 日本発達心理学会第6回大会発表論文集, 224.
- 5) Haxby, J. V. (1989) Neuropsychological evaluation of adults with Down's syndrome: Patterns of selective impairment in non-demented old adults. *Journal of Mental Deficiency Research*, 33, 193-210.
- 6) 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.
- 7) 池田由紀江・菅野 敦・橋本創一・細川かおり(1994)ダウン症者の老化の測定と評価方法の開発・検討 I 研究の概要. 日本特殊教育学会第34回大会発表論文集, 343.
- 8) 池田由紀江・菅野 敦・橋本創一・細川かおり(1994)ダウン症者の早期老化に関する心理学的研究 第2報 ダウン症者の老化評価方法の開発とその実態. 文部省科学研究費報告書, 1.
- 9) Jervis, G. A. (1948) Early senile dementia in mongoloid idiocy. *American Journal of Psychiatry*, 105, 102.
- 10) 菅野 敦・橋本創一(1993)ダウン症者の急激な発達退行現象について(I). 日本発達心理学会第4回大会論文集, 317.
- 11) 菅野 敦・橋本創一(1993)ダウン症候群の早期老化一成人期に現れた急激退行現象一.

- 特殊教育研究施設報告, 42, 65-74.
- 12) 菅野 敦・橋本創一(1994)精神遅滞者の加齢に伴う知的能力の衰退—急激に退行を示したダウン症候群の知能—. 特殊教育研究施設報告, 43, 81-92.
 - 13) 菅野 敦・池田由紀江・橋本創一・細川かおり(1995a)ダウン症候群の生涯発達に関する研究—成人期以降にみられた3つの発達タイプ—. 第30回発達障害学会研究大会.
 - 14) 菅野 敦・池田由紀江・橋本創一・細川かおり(1995b)ダウン症候群の早期老化の診断と評価—《ダウン症候群の精神状態テスト(DSMSE)》と《ダウン症候群の老化度チェックリスト(MCRDS)》の開発と適用—. 東京学芸大学紀要 第1部門 教育科学, 46, 329-343.
 - 15) 菅野 敦・橋本創一(1995c)ダウン症成人者の急激な退行現象について(III)—DSMSEによる知的・認知機能の特徴—. 日本発達心理学会第6回大会発表論文集, 243.
 - 16) 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 真(1995d)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つのタイプ—. 特殊教育研究施設研究年報, 51-59.
 - 17) 柄澤昭秀・今村理一・本間 昭・笠原洋勇・川島寛司(1989)成人ダウン症における心身機能の特徴の加齢の影響. 臨床医学, 18(9), 1413-1422.
 - 18) 加藤進昌(1980)精神薄弱施設におけるダウン症候群の動態と早期老化傾向について. 精神薄弱医学, 22(6), 647-653.
 - 19) Silverstein, A. B., Herb, D., and Nasuta, R. (1986) Effects of age on the adaptive behavior of institutionalized individuals with Down syndrome. *American Journal of Mental Deficiency*, 90 (6), 659-662.
 - 20) 新福尚武(1987)精神の老化とその病態. 発達障害研究, 9 (1), 1-14.
 - 21) 杉山登志朗・山中 昂(1989)Down症候群にみられる青年期退行. 第29回日本児童青年精神医学会総会抄録集, 32.
 - 22) 杉山登志朗(1996)退行したダウン症青年に対する電気けいれん療法. 実践障害児教育. 学習研究社, 24(6), 33.
 - 23) 横田圭司(1996)発達障害白書. ダウン症候群における「退行」. 精神薄弱者福祉連盟編, 31-33.
 - 24) 横田圭司・川崎葉子・四宮美恵子・篠崎昌子・伊藤俊一・菅野 敦・三島卓穂・日暮 真(1993)ダウン症の青年期「退行」. 安田生命社会事業団体研究助成論文集, 29(1), 114-120.
 - 25) Zigman, W. B., Schupe, N., Lubin, R., and Silverman, W. P. (1987) Premature regression of adult with Down syndrome. *American Journal of Mental Deficiency*, 92 (2), 161-168.

A Case of a Young Man with Down Syndrome who Showed Regression

Michio KOJIMA, Yukie IKEDA and Isao YAMASHITA

The purpose of this study was to get a single data regarding regression which was still in the hypothetical stage through studying a case of a young man with Down syndrome who showed regression. The subject has shown decelerating movements, loss of speech and facial unexpressiveness in a short span time. It was supposed that he showed regression because of mental stress. Then the author gave the subject educational treatment approach. Analysis of effects of this method was based on the capacity for daily living activities, vocabulary and intelligence. Good results were obtained in all items. It was highly probable that mental stress may be the cause of regression. This is a different phenomenon from dementia which is due to organic disease and aging. It is suggested that this condition would be improved by the educational treatment approach including suitable environment of and for subject.

Key words : a young man with Down syndrome, regression, educational treatment approach, organic disease