

ダウン症候群講演会 ダウン症候群の 精神的諸問題とその対策

長崎大学生命医科学域保健学系作業療法学分野
長崎大学子どもの心の医療・教育センター
今村 明



1

ダウン症候群にみられる精神症状への理解

2

ダウン症候群とは

- 遺伝的異常：**21番染色体のトリソミー**（95%）、染色体転座による部分トリソミー（～4%）、染色体モザイク（～1%）
- 知的能力は正常下限から**重度の精神遅滞**まで、幅広く分布。主として軽度から中等度の精神遅滞。多彩な行動（従来、非常に**社交的な性格とみられていたのとは対照的**）。社会的コミュニケーションは比較的良好。成人期中期から後期に**アルツハイマー病**。5-10%にてんかん。
- 身体的および他の特徴：蒙古斑、つり上がった目、ブラッシュフィールド斑、猿線など、古典的形成異常。心臓や消化器の先天奇形、鼻咽頭構造の異常による二次的難聴など幅広く多様。軽度の成長遅滞、白血病、甲状腺機能低下、免疫異常の増加など。
- （ラター 児童青年精神医学）

3

3

ダウン症者の精神的諸問題 その背景にあるもの

- **（1）生来の発達の問題：知的発達症、自閉スペクトラム症（ASD）など**
- **（2）脳神経系の病態の発症：認知症の早期発症、神経炎症など**
- **（3）心理的な影響：ストレス反応など**

4

4

ダウン症候群の精神科的診断

- ダウン症候群→精神医学的には
- ICD-10（世界保健機関（WHO）の診断基準）/ DSM-IV-TR（米国精神医学会の診断基準）では「**精神遅滞 Mental Retardation（MR）**」
- ICD-11（2019年～）では、「**知的発達症 Disorders of Intellectual Development**」
- DSM-5-TR（2023年）では「**知的発達症 Intellectual Developmental Disorder**」

5

5

精神遅滞 mental retardation (ICD-10、DSM-IV-TR)

児童相談所では療育手帳の発行にビネー式を使用していた。

重症度	DSM-IV-TR	ICD-10	精神年齢
軽度	50-55からおよそ70	50から69	9 - 12歳未満
中度/中等度	35-40から50-55	35-49	6 - 9歳未満
重度	20-25から35-40	20-34	3 - 6歳未満
最重度	20-25以下	20未満	3歳以下

6

6

DSM-5-TR 知的発達症 intellectual developmental disorder (知的能力障害 intellectual disability)

- A. 知能検査等で確かめられる、多方面の知的機能の欠陥 (IQ<70±5)
- B. 概念的、社会的、実用的領域の適応機能の欠陥
- C. 発達期に発症する

7

知的発達症の診断

- 重症度は、知的機能だけではなく **適応機能 (概念的・社会的・実用的の3領域)** も含めて、その重症度を総合的に評価するようになった。
- このように今後精神遅滞の支援を行う際には、知能検査だけではなく、**日常生活の自立やコミュニケーション能力**などの適応機能の評価も行うことが求められるようになってきている。

8

知的発達症の適応機能の3領域

- ① **概念的領域**は、話す、聴く、読む、書く、計算する、時間または金銭などを理解するなどの学習技能の習得や、自己管理、仕事、娯楽などでのスキルの習得などでの困難さが評価されます。
- ② **社会的領域**では、社会的活動で仲間関係や親しみのある関係をつくるのが困難さ、あるいはコミュニケーションで、ことばや身振りなどで情緒的なやり取りをすることの困難さが評価されます。
- ③ **実用的領域**では、日常生活での食事、睡眠、感染予防などの健康面、外出、買物、交通機関の利用などの安全面、身支度、入浴、歯磨き、排せつなどの衛生面での困難さが評価されます。

9

DSM-5-TR 知的発達症 (知的能力障害)

重症度	概念的領域	社会的領域	実用的領域
軽度	抽象的思考、実行機能、短期記憶、学習能力が障害されている	人間関係、コミュニケーション、感情のコントロール等が未熟	買物、交通、家事、食事、金銭管理等にサポートが必要
中度	学業は成人でも小学校レベル。日々の生活に支援が必要	社会性とコミュニケーションに、重大なサポートが必要	食事、被服、排せつ、衛生等にサポートが必要
重度	字を書いたり、数や量、時間、金銭の概念が十分でない。	語彙が限定。会話は今、ここについてしか語れない。よくしてくれる人とはしか関係ができない。	毎日の生活にサポートが必要。
最重度	直接的、具体的なことしかわからない。しばしば運動や感覚の障害を伴う。	コミュニケーションが困難。簡単なジェスチャーしかわからない。	毎日の身体的ケアが必要。

10

ダウン症候群と他の精神医学的病態との併存

- ダウン症候群には、多様な身体的併存症がみられるが、精神神経系疾患の併存も多いものと考えられている。**知的発達症、自閉スペクトラム症、注意欠如多動症、てんかん、うつ病、カタルニア、アルツハイマー病による認知症**など様々な併存がみられる。特に自閉スペクトラム症との併存例では、行動上の問題が生じることが多く、非常に重要であると考えられている。
- DSM-5では、**自閉スペクトラム症**と関連する可能性のある遺伝学的疾患の例として、レット症候群、脆弱X症候群とともにダウン症候群が挙げられている。
- ICD-11では、自閉スペクトラム症の分類で、知的発達症が併存するかどうかとなっている。
- ダウン症候群が自閉スペクトラム症を併存する割合は最近のシステムティックレビューでは約**16%**とされている (Richards et al., 2015)。ただし、対象者の年齢やその研究の採用した診断基準などの影響で、**7-42%**と様々な結果が示されている。

11

ダウン症と自閉症の違い

	ダウン症	自閉症
原因	21トリソミー、転座型、モザイク型	多因子遺伝
頻度	1-2人/1000人	1-3人/100人 (自閉スペクトラム症)
身体的合併症	先天性心疾患、先天性消化器疾患、環軸椎亜脱臼、耳鼻咽喉科疾患、眼科疾患、甲状腺機能障害等	特別なものはない
精神神経症状	知的発達症、コミュニケーションの問題、筋緊張の低さ	社会的コミュニケーションの問題、こだわり・柔軟性のなさ
性格傾向	比較的人なつっこい、比較的情緒が安定している	孤立しやすい、パニックになりやすい

12



こんな本も出版されています！

「ダウン症と自閉症が交差するとき：親と専門家のためのDS-ASDガイド」

When Down Syndrome and Autism Intersect: A Guide to DS-ASD for Parents and Professionals

13

13

自閉スペクトラム症 Autism Spectrum Disorder (ASD)

2つの軸

- 社会的コミュニケーションの障害（他者視点になれない、社会的合図に気づかない、社会的な覚醒度が低い、対人関係の問題）
- 限局性・反復性の特徴（新しい状況への適応性の欠如、変化に弱い、こだわりが強い、切りかえが苦手、感覚の問題）
- 「心の理論（他者視点になりにくい）」
- 「中枢性統合の弱さ（木を見て森を見ない）」、
- 「注意シフトの困難（切りかえが苦手、感覚の問題）」
- 「パターン・シーカー（パターン認識は得意）」
- 一般人口の1-2%→2.76%（米国）、3.22%（日本）
- 男性>女性（女性のASDのカモフラージュの問題）

14

14

DSM-5-TR 自閉スペクトラム症

A. 社会性・コミュニケーションの障害

- 情緒的相互性の欠如：感情のこもった会話のキャッチボールがうまくいかない（タイミングの問題、一方的）
- 非言語的コミュニケーションの問題：こちらや自分の視線や表情に気づかない
- 仲間づくりが困難：
 - 孤立型（時に拒絶）
 - 積極奇異型（時に攻撃的）
 - 受身型（言いなりになる）

15

15

DSM-5-TR 自閉スペクトラム症

B. 限局性・反復性の思考・行動

- 常同的反復の様式：同じ動きや会話の繰り返し（過去にあればOK）
- 同一性への固執：自分のルールにこだわる。変化への抵抗。柔軟性のなさ
- 限局した特殊な興味：特定の対象（乗物、アイドル、アニメ等）に対する強い興味
- 感覚の問題：他者の奇声に過敏に反応

16

16

自閉スペクトラム症の感覚の問題

感覚の異質性や注意シフトの困難さが影響する場合があります。

	過敏性・回避	低登録	探求
聴覚	特定の音、背景雑音を嫌う	聴覚的手がかりへの無関心	特定の音（音が大きくても大丈夫）
触覚・痛覚・温冷覚	服のタグ、他者の皮膚感覚を嫌う	暑さ寒さ、痛みへの無関心	刺激を求める自傷
味覚・口腔内感覚	特定の味や食感を嫌う	いくつかの食物への興味欠如	同じものしか食べない。何でも口に入れる
嗅覚	特定のおいを嫌う	強いにおいに気が付かない	特定のおいに引き付けられる
視覚	特定の光やパターンを嫌う	興行き感覚、視覚と運動の連携がうまくいかない	特定の光、回転、パターン、キラキラ
前庭感覚	速度・方向の変化を怖がる	乗り物に乗ってもバランスを取ろうとしない	じっとしていられない。ロッキング
固有感覚	不慣れな運動を怖がる	身体の位置感覚が不正確	力が入りすぎる
内臓感覚	便意・尿意が過剰に気になる、腹痛	尿意を感じず失禁する	性的感覚への没頭

17

17

自閉スペクトラム症の困難さ

社会的コミュニケーション：ハウレンソウが苦手、「わがまま」「言い訳するな」等と言われる。

- （積極奇異型）家庭、学校、地域で対人トラブルが多い
- （孤立型）社会的な孤立、ひきこもり
- （受身型）犯罪被害、搾取される関係

限局性・反復性：

- 秩序・優位性・ルールなどへのこだわり
- 融通が利かない、臨機応変×
- ゲーム、ネット、アニメ、アイドル、乗物などへの依存
- 感覚の問題（音、臭い、光、肌触りなどへの過敏・没頭）

その他

- 自己コントロールの困難：体調管理、睡眠、食事
- 併存症（うつ病、不安症、精神症、トラウマ関連症、パーソナリティ症など）

18

18

テンブル・グランディン

- アメリカ合衆国の動物学者、家畜施設の設計者。コロラド州立大学教授。はじめて自伝を書いた自閉症者。著作「我、自閉症に生まれて」
- 3歳半までしゃべることができなかった。「視覚的学習者」。自閉症者の才能、教育、エキスパートへの道を示す。



19

自閉スペクトラム症 (ASD) の強み

- **社会的コミュニケーションの問題**→常識にとらわれないユニークな**発想力**。他者とは違った視点で物事を見ることができる。**専門領域**では話題が豊富で用語に詳しい。
- **限局性・反復性**の問題→自分が納得したルールはきちんと守る**まじめさ**。自分の思いを貫く、ぶれない**強さ**。一度ルーチン化すると、**反復を厭わない**。自分が興味・関心を持つものへの**熱心さ**。**パターン思考・パターン認識の強さ**。**細部への強さ**。**ポトムアップ思考**。(・**感覚のかたより**：視覚的記憶・認知の豊かさ)

専門家 (スペシャリスト) になるのに適した資質

- 職種として強みが活かせる可能性のあるもの：
IT関係者、技術者、製造業者、学者、研究・開発職、職人・料理人、医療関係者、囲碁・将棋の棋士、芸術家 (画家、音楽家、文筆家など)、弁護士・裁判官、スポーツ選手など

20

ダウン症者の精神的諸問題 その背景にあるもの

- (1) 生来の発達の問題：知的発達症、自閉スペクトラム症 (ASD) など
- (2) **脳神経系の病態の発症：認知症の早期発症、神経炎症など**
- (3) 心理的な影響：ストレス反応など

21

ダウン症候群と認知症

- ICD-11では、認知症の項目の中に、**アルツハイマー病による認知症**、**レビー正体病による認知症**等とともに「**ダウン症候群による認知症**」という項目が挙げられ、アミロイド前駆体タンパク質 (APP) と21番染色体との関連が記述され、アルツハイマー病との関連が示されている。
- ダウン症候群から認知症の状態へ移行するケース (Wicockらの報告(2013)では55歳以上のダウン症候群の**70%**がアルツハイマー病による認知症に類似した症状がみられている)の存在も、徐々に認識されるようになってきている。

22

ICD-11 神経認知障害群

神経認知障害 6D70 せん妄 6D71 軽度神経認知障害 6D72 健忘症 認知症 6D80 アルツハイマー病による認知症 6D81 脳血管疾患による認知症 6D82 レビー小体病による認知症 6D83 前頭側頭型認知症 6D84 薬物を含む精神活性物質による認知症 6D85 他に分類される疾患による認知症	6D85 他に分類される疾患による認知症 6D85.0 パーキンソン病による認知症 6D85.1 ハンチントン病による認知症 6D85.2 重金属およびその他の毒素への曝露による認知症 6D85.3 ヒト免疫不全ウイルスによる認知症 6D85.4 多発性硬化症による認知症 6D85.5 プリオン病による認知症 6D85.6 正常圧水頭症による認知症 6D85.7 頭部外傷による認知症 6D85.8 ペラグラによる認知症 6D85.9 ダウン症候群による認知症
---	--

23

ICD-11 LD40.0 完全21トリソミー (= ダウン症)

- **21トリソミー (= ダウン症)** は染色体異常であり、21番染色体の3番目(部分的または全体的)コピーの存在を特徴とし、臨床症状にはさまざまな知的障害、筋緊張低下、関節の弛緩が含まれ、多くの場合、特異的顔貌とさまざまな奇形(本質的に心臓と消化器)と合併症のリスク：てんかん、白血病、自己免疫疾患および内分泌疾患、**早期老化およびアルツハイマー病 (earlier aging and Alzheimer disease)のリスクがある。**

24

ICD-11 6D85.9 ダウン症候群による認知症

- ダウン症候群による認知症は、βアミロイドが中心となる老人斑とタウが中心となる神経原繊維変化の形成につながる**アミロイド前駆体タンパク質 (APP) の異常な生産と蓄積**に関連する神経変性障害である。
- APP遺伝子は21番染色体上に位置し、ダウン症候群ではその発現がトリソミーのそれぞれで起こるため、遺伝子発現が増加する。
- 認知障害および神経病理学的特徴は、アルツハイマー病で観察されるものと類似している。
- 発症は通常、**生後40年を過ぎてから徐々に機能が低下し、ダウン症患者の50%以上が罹患する可能性がある。**

25

BPSD (認知症の行動と心理症状)

- BPSD→「認知症の行動と心理症状：Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia」。
- 中核症状に対して「周辺症状」
- 暴言や暴力、興奮、抑うつ、不眠、昼夜逆転、幻覚、妄想、せん妄、徘徊、もの取られ妄想、弄便、失禁など
- BPSDにより中核症状がより重度にみられ、また介護の困難さが助長される。

26

認知症の理解と対応

- これまで言えていたことが言えない。
- これまでわかっていたことがわからない。
- これまでできていたことができない。
- 本人が一番不安だし、傷ついている。
- 本人の気持ちを理解する。
- 大切な人として接する。
- 感情的に否定したり、しかなかったりしない。
- 安心・安全な環境を。

27

Down syndrome regression disorder ダウン症候群退行症

- 運動緩慢、緊張病(カタトニア)、不眠症、緘黙症、精神症、およびその他の神経精神医学的症状
- ダウン症候群崩壊性障害 (Down syndrome disintegrative disorder)
- ダウン症における自閉症の退行 (autistic regression in Down syndrome)
- ダウン症における原因不明の退行 (Unexplained regression in Down syndrome)
- 緊張病(カタトニア) 性の劣化 (catatonic deterioration)
- 免疫系の異常による脳炎・脳症?
- カタトニア?
- 早期の認知症?
- ストレス反応?

28

ダウン症候群退行症 (DSRD) 診断のための推奨事項

<ul style="list-style-type: none"> 1. 精神状態の変化または行動の調節不全 • 拒食/経口摂取量の減少または過食 • 錯乱/見当識障害 • 不適切な笑い • 脳症 (脳症様の精神または行動の異常な状態) 	<ul style="list-style-type: none"> • 急性記憶障害 (記憶想起の新たな困難を含む)
<ul style="list-style-type: none"> 2. 認知機能の低下 • アパシー (無気力・無関心で感情の動きがない状態) • 無為 (自発的には何もせず、なすがままに過ごしている状態) および/または意欲消失 	<ul style="list-style-type: none"> 3. 新たな自閉的特徴を伴う、または伴わない発達上の退行 • 社会的引きこもり • 以前に獲得した発達のマイルストーンの喪失 • 日常生活動作の不能 • 常同性 • 日常生活の変化に対する抵抗 • アイコンタクトの減少

29

<ul style="list-style-type: none"> 4. 検査での新たな局所的神経学的欠陥および/または発作 5. 不眠または概日リズムの乱れ 6. 言語の欠陥 • 表現性失語および/または受容性失語 • 全般性失語 (緘黙) • ささやくように話す 7. 運動の病的状態 (チックを除く) • カタトニア (「精神運動(心の動き)」が極端に低下したり亢進したりしている状態) • 震動 (動きが極端に少ない状態) 	<ul style="list-style-type: none"> • 凍結反応 (何らかのストレスがかかったときに、生き物の反応として、すくんだり、固まったりする状態) • 歩行障害 8. 精神症状 • 不安 • 妄想または幻覚 • 現実感消失/離人感 (外の世界が現実でないように感じたり、自分が自分でないように感じたりする症状) • 強迫傾向 • 攻撃性/激越 (感情が激しく高ぶっている状態)
---	---

30

- 発症：ダウン症候群の以前は健康であった個人において、12週間未満の期間にわたり、新たな神経症状、精神症状、またはその混合症状が発現している
- 除外：退行以外の、全身性および中枢神経系疾患などの原因が除外できることを、合理的に説明できる。他の一次性的な精神医学的疾患も除外できる。
- 4～6項目該当：可能性あり
- 7～8項目該当：可能性が高い

Santoro JD, et al. Assessment and Diagnosis of Down Syndrome Regression Disorder: International Expert Consensus. Front Neurol. 2022 Jul 15;13:940175.

31

31

ダウン症者の精神的諸問題 その背景にあるもの

- (1) 生来の発達の問題：知的発達症、自閉スペクトラム症 (ASD) など
- (2) 脳神経系の病態の発症：認知症の早期発症、神経炎症など
- (3) 心理的な影響：ストレス反応など

32

32

① コミュニケーションの問題

- ダウン症候群に伴う知的発達症や自閉スペクトラム症があると、その生来の傾向から言語的・非言語的コミュニケーションの障害がみられ、「自分の言いたいことがうまく伝わらない」ことから、もどかしさ、悲しみ、怒りなどの感情が生じることも多いものと考えられます。
- 具体的には困ったこと（熱感、疼痛、掻痒感など）をうまく伝えられない、支援者がよかれと思って行かせた活動、すすめた食べ物や遊具などが、本人にとってあまりうれしくなかったとしても、そのことを伝えられない、などの場合があります。

33

33

② スケジュールや環境の変化

- 知的発達症に自閉スペクトラム症が併存する場合は特に、「限局性・反復性の特徴」から、環境の影響を大きく受けることがあります。
- スケジュールの変化では、先の見通しがきかないことから強い不安が生じたり、周囲の環境の変化では、学校や施設で担当者が変わったり、慣れ親しんだ自分の席や居場所が変わったり、いつも行っている活動が変わったりすることで、それまでの「安心・安全な感覚」が損なわれるようになり、強い不安やパニック、フリーズが生じる場合があります。

34

34

③ 感覚刺激

- ダウン症候群のある人は自閉スペクトラム症の併存がある場合は特に、感覚刺激が過剰でも過小でも、大きな負担を感じることがあります。外部からの感覚刺激の強さについては、指導者や当事者で大きな声を出す人がいたりして、それに対して一度焦点が合うとなかなかシフトできなくなり、感情が爆発してしまうことがあります。また、他者とのトラブルが多発する場合に、何もない個室で過ごせるようにセッティングを行うこともありますが、感覚刺激が少なすぎることもストレスとなり、いらいらした気分につながっていくこともあります。
- また内的刺激の問題で、注意のシフトが困難なことから、一度痛みやかゆみ、不快感などに意識が向くと、そこから切り替えができません、ずっとイライラした状態が続くこととなります。

35

35

④ 課題の問題

- 就労支援事業所や時には生活介護でも、事業所へ行って何らかの課題を行うことがありますが、この際によくわからないこと、納得できないことを命令される、指示される、と感じた場合、それが怒りや不安につながる場合があります。
- また課題のレベルが適切ではなく、課題がむずかしすぎたり、逆に簡単すぎたり単調すぎたりすることも、それがわかってもらえず課題を続けなければならないことで、怒りや不安・うつにつながる場合もあります。

36

36

⑤ 退行様症状の影響

- それまで自分一人で外出したり、乗り物に乗ったり、買い物をしたり、歌ったり、踊ったりができていた人が、退行様症状によってこれらことができなくなり、生活の質が著しく低下してしまう人もいます。このような状況で「これまでできていたことができなくなっている」という思いが生じ、それが怒りや悲しみに繋がっていくこともあります。

37

⑥ 傷つき体験・自尊感情の低下

- ダウン症候群のある人は、様々な面で自尊心が損なわれることがみられることがあります。周囲の何気ない言葉から、自分の持つ「障害」を感じたり、「なぜ自分だけ別の教室に行くのだろう」、「なぜきょうだいと別に扱われるのだろう」、「などの疑問から「自分はまわりの人と違う」ということを感じたりして、それが悲しみや怒りに代わっていき自尊心の低下につながっていきます。上記の①～⑤のすべてはこの傷つき体験となっている可能性を考える必要があります。

38

ダウン症のある人が我慢できない状況

- スケジュールや環境の変化
- 見通しがきかない
- 感覚刺激が過多、過小
- やることがない
- (よくわからないこと、納得できないことを) 命令される、指示される。簡単すぎる課題、難しすぎる課題。

+ コミュニケーション障害
= 問題行動(チャレンジング行動、強度行動障害)

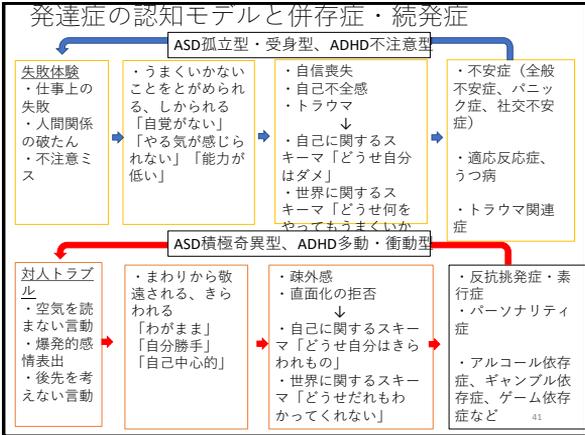
39

氷山モデル



- 行動上の問題
- 不安、恐怖、うつ、悲嘆
- 怒り、高揚、嫌悪
- コミュニケーションの障害
- 感情のコントロールの問題

40



41

愛着について



【愛着とは】

「子どもが危機的状態になるか、あるいはその危機を察知して不安を感じた時に、母親(あるいは主たる養育者)へ近づいたり触れたりして、安心・安全な感覚を得ることで形成される情緒的な結びつき」

「安全基地」、「確実な避難所」としての役割

- 6-9カ月 母親への安定した愛着行動(選択的愛着)
- 10か月頃～ 基本的信頼感(愛着対象(母)や世界に対する安心・安全な感覚)
- 1-2歳 愛着対象の内在化
- 2歳前後～3歳 愛着の安定化
- 3-5歳 愛着の発展 分離個体化

42

愛着障害

- **愛着障害 抑制型（愛着形成の障害）**：心を閉ざしている（回避、解離？）、最小限の対人交流と情緒反応、過度な警戒（過覚醒？）。ネグレクトをはじめとした虐待との関連。ASDとの類似。→DSM-5-TR反応性アタッチメント症
- **愛着障害 脱抑制型（選択的愛着の障害）**：なれなれしい。誰にでもべたべた寄っていく（一部は解離も？）。成長すると表面的な対人交流。対人トラブルも多くなる。ネグレクトをはじめとした虐待との関連。ADHDとの類似。→DSM-5-TR脱抑制型対人交流症
- 愛着障害は、神経発達症との鑑別が困難な場合がある。

43

ポリヴェーガル（多重迷走神経）理論

The diagram illustrates the Polyvagal Theory with three levels of autonomic nervous system activity, corresponding to different states of awareness and behavior:

- Top Level (Red):** Fight or flight (交感神経). Associated with high alertness (過覚醒), anxiety, and hypersensitivity (不安、過敏). It is linked to attachment and trauma issues (愛着・トラウマの問題).
- Middle Level (Green):** Safety (腹側迷走神経複合体). Associated with a state of safety and security (安心・安全の状態), social communication systems, and oxytocin (社会交流システム、オキシトシン). It is linked to delayed development in autism spectrum disorders (自閉スペクトラム症での発達の遅れ).
- Bottom Level (Blue):** Freeze (背側迷走神経複合体). Associated with low alertness (低覚醒), dissociation, and slow responses (解離、うつ、反応性の低下). It is linked to inattention and low registration (不注意、低登録), and attachment/trauma (愛着・トラウマ).

Source: (Porges SW et al. 2014)

44

トラウマとフラッシュバック

- ASDの人は、記憶の方法が我々と異なる場合があり、ときに場面ごとに非常に鮮明にビデオのように記憶してしまう場合がある。そうすると、容易にフラッシュバックが起こる。
- フラッシュバックには、部分的な再体験もある（音声→幻聴？、身体感覚、感情など）
- ASDでトラウマにより解離の症状が出現する人も多い。解離症状が幻聴や妄想ととらえられ、統合失調症と診断される場合がある。
- トラウマ的記憶により、長期間悩まされ続けるASDの人もいる。

45

ASDとADHDの併存症・続発症

	ASD	ADHD
精神病圏	統合失調症（統合失調症スペクトラム）	双極性（双極スペクトラム）
パーソナリティ症圏	シゾイド、統合失調型、 ボーダーライン（同一性） 、回避性、強迫性、自己愛性	反社会性、 ボーダーライン（衝動性）
抑うつ圏	うつ病、持続性抑うつ症	うつ病、持続性抑うつ症
神経症圏	不安症 、強迫症、解離症、トラウマ関連症、 適応反応症	不安症 、強迫症、 適応反応症
その他	神経性やせ症、性別違和、睡眠障害	反抗挑発症、神経性過食症、依存症、睡眠障害

Source: 漢者社

46

強度行動障害

- **強度行動障害**とは、自分の体を叩いたり、食べられないものを口に入れたりする**本人の健康を損なう行動**、他人を叩いたり物を壊したりする**周囲の人の暮らしに影響を及ぼす行動**が、著しく高い頻度で起こるため、特別に配慮された支援が必要となった状態のこと
- 強度行動障害への最も安易な対応は暴力である。強度行動障害に対する支援スキルの不足が、施設入所者への職員の虐待の背景にあることが指摘されている。
- 虐待防止・身体拘束廃止の観点から、平成25年度より、都道府県により強度行動障害支援者養成研修が行われている。

47

強度行動障害の症状

- **自傷行為**（自分の体を叩いたり傷つけたりする）
- **他害行為**（ひどく叩いたり蹴ったりする）
- **激しいこだわり**（どんなに止めても服を脱いだり、物と一緒に戻ったりする）
- **器物破損**（ガラスを割ったり、家具を壊したりする）
- **睡眠障害**（昼夜逆転して、夜に人を起こす）
- **食事の問題**（テーブルをひっくり返す、異食、過食、反芻など）
- **排泄の問題**（便をこねたり、なすりつけたりする、強迫的な繰り返し）
- **著しい多動**（身体や生命の危険につながる）
- **大声、奇声**（止めても何時間も続く）
- **パニック**（対応が困難なもの、何時間も続くもの）
- **粗暴行為**（他人に恐怖感を与えるもの）

48

ダウン症候群にみられる精神症状への対応

49

49

ストレス反応が起こる誘因

- ① コミュニケーションの問題
- ② スケジュールや環境の変化
- ③ 感覚刺激
- ④ 課題の問題
- ⑤ 退行様症状の影響
- ⑥ 傷つき体験・自尊感情の低下

50

50

応用行動分析 Applied Behavior Analysis (ABA)

A先行事象 (行動の直前に起こった出来事)	B行動	C結果事象 (行動の直後の他者の対応)	機能仮説
大勢の中で、食事をしている	大声を出して、食器をひっくり返す	職員数名が食器をかたづけ、「だめ」としかる	強化刺激出現 (注目の獲得)
苦手な利用者が目の前にいる状況で、食事をしている	大声を出して、食器をひっくり返す	職員が本人を別室に誘導し、一人で食事をさせる	嫌悪刺激消失 (苦手な利用者が目の前からなくなる)

51

行動の機能的アセスメント

時間	場所	A先行条件	B行動	C結果事象	機能仮説
		作業中に「そろそろ食堂に行きましょう」と言って、職員が手を握る。	職員の手を払いのけて大声を出す	沢山の職員が集まってきて「ロケた」と話しかける。	誘発 (感覚の問題)
		人がいなくなると「作業を始めてみましょう」と職員が声をかける。	しばらく職員を見て、声をかてあばれる	職員が応援を呼び、本人を取り囲む。作業は中止となる。	好子出現 (注目の獲得)
		再び「作業を始めましょう」と職員が声をかける。	大声を出してあばれる	数名で別室に連れて行く。	嫌子消失 (作業をしなくてすむ)

52

行動の機能制御の例

- 好子出現による強化
例：姉が嫌がっているのに、テレビのスイッチを切り続ける子ども (注目獲得、好ましい感覚の獲得、相手の反応が面白く感じることで強化)
- 嫌子消失による強化
例：さわぐことで廊下に出されて、勉強しなくてよくなる。
- 誘発
例：急にゲーム機の電源が切れる (好子の消失/遅延)、自動販売機から品物が出ない (連続強化のパターンが変わる)、寝不足 (体調の問題)

53

好子の種類

- 人的：笑顔、うなずき、声かけ「すごいね」
- 具体物：本、おもちゃ
- 食べ物：グミ、アイス
- 活動：ゲーム、買い物に行く
- 感覚：断続的刺激、マッサージ、音楽
- 達成感：できた、という感覚

54

ABAに基づいた対応

注目の獲得に対して
→別の形で高レベルの注目を与える。仲良くできているところを注目する。

待たせられることで誘発される（強化子出現の遅延）
→いつまで待つかを具体的に示す

代替行動を促す。基本的には「行動」を「ことば」で置き換える。

→例として「乱暴な行動（親を叩いたり蹴ったり）」を「ことば（「今は話したくない」「一人にしてほしい」など）」で表す。

55

退行様症状への対応例

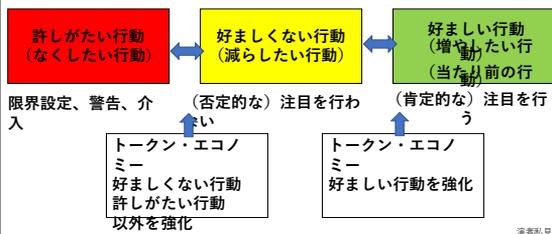
- 自分が伝えたいことがうまく伝わらない
→言いたいことが伝えられるように、促し（プロンプト）を行う
(言葉による促し、文字による促し)
 - 自分が行いたいことがうまく行えない
→最初の動作を行えるように、促しを行う
(身体的導き、言葉による促し)
- ※うまくできたときに、好子（人的好子：笑顔、うなずき、声かけ）を使って強化する

56

ペアレント・トレーニングの進め方

行動の客観的観察

↓ 行動の3つの分類



57

子どもの行動	肯定的な注目 (好ましい行動が強化される)	否定的な注目 (好ましい行動が強化されず、好ましくない行動が続く)
①しばらくテレビを見た後に、家の手伝いをした	「手伝ってくれてありがとう。」	「なぜもっと早く手伝わないの。」
②ゲームを長くやった後でようやく宿題を始めた	「宿題を頑張ってるね。」「あとでおやつをあげるね」	「いつまでもゲームばかりやって、いつもだらだらしているんだから。」
③ふざけていて食器をわってしまい、しばらく言い訳をしていたが、最後にしぶしぶ「ごめんなさい」と言った。	「ごめんなさいが言えたね。」「そんな風に言ってくれと、お母さんはすごくうれしいよ。」	「なによ、その態度は。もっとちゃんと心を込めてあやまりなさい。」
④人ごみの中を先に先に行ってしまう、ちょっと離れたところで親を待っていた。	「ちゃんと待っていてくれたね。」「いっしょにゆっくり歩こうね」	「いったいどこに行っていたの。先に行ったらダメじゃないの。」「もうあなたのことは知らんからね。」

58

「ほめてのばすコーチ」

- 当たり前のことを評価する。
- 好ましい行動はスタート時に評価する。
- 減点法ではなく、得点法

→プラスのポイントを見る目を育てる。

- 才能が認められることは、単なる結果に過ぎない。
- 結果を評価せず、自分がより良くあろうとする気持ちを評価する。



59

行動のコントロール 3つのステップ

- **ステップ1** (刺激から離れる) 気持ちが不安定になった場合、まずその場から離れる。
- **ステップ2** (クールダウン) 体の緊張をとるために、深呼吸、ストレッチ等を行う。顔を洗う、飲み物を飲むなども可
- **ステップ3** (ストレスマネジメント) 自分に合ったストレスマネジメントの方法を用いる。

P119参照

60

60

ストレス・マネジメント

A. 癒し系（感覚系の癒し）

- a. **身体感覚（リラクゼーション）**：脱力深呼吸、ストレッチ、マッサージ、癒される感覚。
- b. **視覚、聴覚（趣味、ペットなど）**：ゲーム、ネットなどは時間を区切って、ペットは写真、動画でも
- c. **その他の感覚（触覚、嗅覚、味覚）**：コーヒー、紅茶などの嗜好品、感覚グッズ、アロマテラピー、スイーツバイキングなど

B. 発散系（活動による発散）

- a. **ソフトエクササイズ**：ウォーキング、エアロバイク、ふりふりクッパ、ひとり風船パレー
- b. **声を出す：話を聞いてもらう**：叫びの壺、カラオケ、誰もいないときは、ペットに話しかける、ボイスメモなど
- c. **時間を気にせず活動する**：料理、山歩き、ドマ5等

61

61

CVPPP（包括的暴力防止プログラム）

Comprehensive Violence Prevention and Protection Programme

- 攻撃性に対する「リスクアセスメント」
- 怒りや攻撃性をしずめるための「ディエスカレーション」
- 暴力行為に対してチームで身体介入をはかる「チームテクニックス」
- 突発的におそわれた際に適切に逃げるための「ブレイクアウェイ」
- 暴力がおさまったあとのアフターケアとしての「ディブリーフィング」

<https://www.heian-hp.or.jp/webmagazine/archives/520>

62

62

TEACCHとは

- **TEACCH**とは、1960年代よりアメリカ・ノースカロライナ州で発展してきた自閉症の人たちのための**教育・生活支援プログラム**である。
- 1960年代以前には自閉症はブルーノ・ベッテルハイムを中心とした「母子関係に由来する説」が広く言われていたが、この考えに真っ向反対した1人がエリック・ショプラーだった。
- 彼は自閉症は生来の脳機能の問題であるとし、1971年には支援プログラムには**構造化**が有効であると報告した。
- TEACCHはまた、「**Culture of Autism**」として「自閉症を文化」をして捉え、自閉症児が個性を生かして自立するためにシステムを確立してきた。

63

63

機能的コミュニケーション

- ASDの人はコミュニケーションの困難を持っているのが当たり前
- どういった時にどういった反応（言葉、行動）が表出されるか評価
- 本当に言いたいことが伝えられるシステムを確立する（絵カード、コミュニケーションカード、筆談、キーボード相互入力、メール等）
- *特定の人物しか言いたいことが言えない人→三角とびコミュニケーション



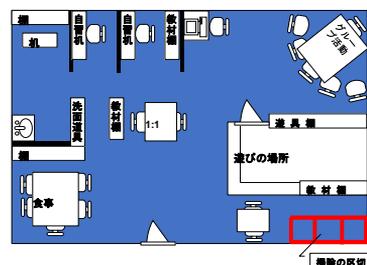
64

TEACCHの構造化

- **物理的構造化（空間の構造化）**→目的別に場所を仕切る、表示を付ける。
- **スケジュール（時間の構造化）**→次に何が起こるかが見えるようにする。物や絵カード、写真、文字カードをレベルに応じて使う
- **ワークシステム（手順の構造化）**→手順をみえるようにする。手順表、ルーチン、マッチング、フィニッシュボックス。
- **その他の視覚的構造化**→視覚的明瞭化、視覚的組織化、視覚的指示

65

65



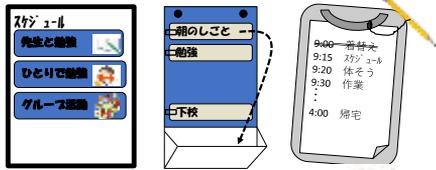
物理的構造化→空間の構造化

- 仕切り（棚などの家具配置、机の向き、スクリーン、敷物、ビニールテープなど）
- 表示（部屋、空間、引き出し、棚など）
- 妨害刺激の除去（目に入ると気が散るものを除去）

66

66

スケジュール→時間の構造化:次に何をするかを明確に



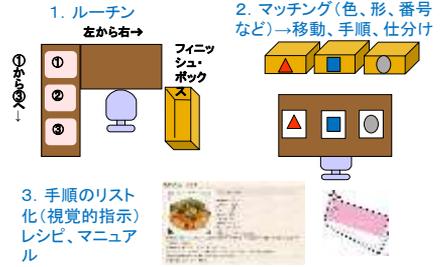
個別に作成
どのくらい先まで提示するか？
歩き回る子にポータブルスケジュール
おわりを明確に
時に選択肢をつくる
スケジュールの変更も構造化する

実物を貼ったカード
帽子=外あそび
コップ=おやつ

67

67

ワークシステム→手順の構造化(スケジュールの一つ一つの項目の手順)の例



68

68

視覚的支援の例

視覚的指示

例: 視覚的に、次に何をすることが示されている



視覚的明瞭化

例: 重要な部分の色を亮えたり、下線を引いたりして自立させる。

言葉を聞いて理解することは苦手だが、**視覚的認知**、**視覚的記憶**は強い人たち(視覚的学習者)
記憶はとても良いが、**手順を覚えたり考えることは苦手な人たち**(実行機能の問題)

視覚的組織化

例: 整理整頓。1つ1つの作業に必要なものが、別々のトレイに入っている



69

69

TEACCHでの実践



感覚による癒し

70

70

運動による発散



71

71



- ・達成感のある課題設定
- ・居場所・行き場所の設定

問題行動の背景にある
孤立感・疎外感
自己不全感

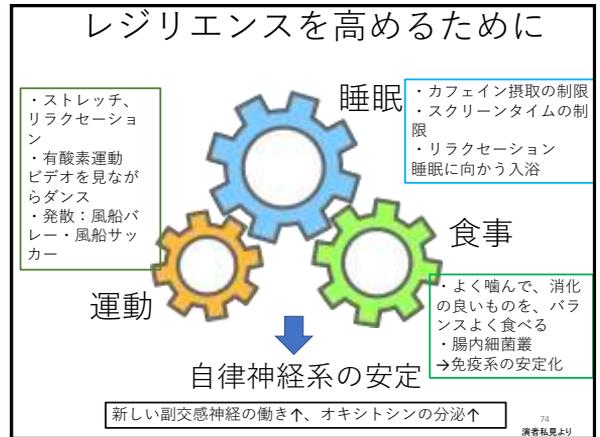


72

72



73



74

日常生活の問題点—睡眠について—

- ・ダウン症者は、日常生活の面で考えると睡眠、食事、運動等にそれぞれ身体的要因による問題が生じる場合がある。
- ・ダウン症者は、幼少時から生来の気道の狭窄や咽頭の筋緊張低下による閉塞性の睡眠時無呼吸がみられる（Hill EA(2016)の報告では35-42%のダウン症者にみられる）、成長すると肥満によってこれが助長される場合がある。またこのような無呼吸との関連は不明だが、睡眠リズムの著しい乱れが生じるケースも散見される。

75

75

睡眠の安定化のために

- ・睡眠スケジュール：2時間前からクールダウン。強い刺激を減らす。
- ・入浴は、ゆっくりタイプは睡眠前に。カラスの行水タイプはやや早めに。
- ・カフェインの摂取は昼後まで。
- ・適度な運動を。
- ・食事は睡眠直前にならないように。
- ・新しいタイプの睡眠薬
 - ロゼレム（ラメルテオン：メラトニン受容体作動薬）
 - メラトベル（メラトニン製剤、小児の神経発達症）
 - ベルソムラ（スボレキサント：オレキシン受容体拮抗薬）
 - デエビゴ（レンボレキサント：オレキシン受容体拮抗薬）

76

76

日常生活の問題点—食生活について—

- ・食生活に関しては、腹部の筋力の弱さや食べるのが早く量が増える傾向、歯科的な問題などから、拒食や過食がみられる場合がある。
- ・代謝系の問題から、肥満や高尿酸血症などの問題が起こる場合がある。

77

77

体重増加に対して

- ・間食、夜食をできるだけ減らす。
- ・できるだけ低カロリー之物に置き換える。
- ・小分けにして与える。
- ・お菓子の買い置きをしない。
- ・冷蔵庫にすぐ食べられるものをできるだけ入れない。
- ・食への興味を、他の方向へ向ける。
- ・抗精神病薬の減量・中止

78

78

日常生活の問題点ー運動面についてー

- 運動面に関しては、低緊張、筋力の弱さ、関節の可動域の過剰な柔軟性などが影響して、移動についての問題が生じる場合がある。このような日常生活上の身体的な困難さが、メンタルヘルスの問題に結びつくことも考えられる。

79

79

運動の効果

- 体を動かすことでストレスの発散となる。
- ストレッチを行うことで、体の緊張をとり、自律神経系を鎮静化する。
- 有酸素運動。心肺機能の向上により、疲れにくくなる。
- 脳の血流をよくする。酸素を十分脳に届ける。

例：

- ダンス、風船バレー、
- ストレッチ、ヨガ、
- 散歩、ウォーキングなど
- 「パタカラプラス」



80

80

ライフステージに沿ったご家族の思い

- 出生時：ショック・否認・悲しみと怒り・適応・再起
- 乳幼児期：身体疾患（先天性心疾患、眼科・耳鼻咽喉科疾患、呼吸器感染症等）への対応
- 学童期：教育の問題、偏見との闘い、きょうだいとの関係
- 思春期：性的発達の問題、攻撃性・不安定性
- 青年期：教育の場から就労の場への移行、急激退行、異性への関心
- 成人期：精神疾患の併存、急激退行、自らの衰えと将来の不安

81

81

ご家族の思い

レジリエンスを高める

- いつも疲労感を感じる
- いつもイライラしている
- 睡眠がとれにくい
- 食欲がない
- 自分が無力だと感じる
- 将来のことが不安である
- 他人の目が気になる
- 相談できる人がいない

】 ことごとからだの
マネジメント

】 家族会・支援機関・
医療機関とのつながり

82

82

レジリエンスを高めるために

ことごとからだのマネジメント

- 十分で質の良い睡眠と食事。適度な運動
- 緊張感から解放される時間を確保する
- 自分が楽しめる活動を持つ（アルコールやギャンブルは控えめに）

家族会・支援機関・医療機関とのつながり

- 安心できる人・安心できる場
- 体験談を聞いたり、説明を受けたりして、先の見通しが立てられるようになる

→うつ初期症状を理解し、精神科や心療内科につなげるタイミングを誤らないように

83

83

まとめ

- ダウン症候群に伴う精神遅滞は、今後**知的発達症**と表記される可能性が高い。
- ダウン症候群は、**自閉スペクトラム症**を併存する場合がある。また比較的早期に**認知症**（アルツハイマー病による認知症、あるいはダウン症候群による認知症）を発症する可能性がある。
- ダウン症候群も、自閉スペクトラム症の併存や、認知症の続発などにより、強度行動障害がみられるようになる場合がある。その際には**応用行動分析（ABA）**や**TEACCHの構造化**等をベースに個別の対応を検討する。
- **睡眠・食事・運動**などについて、日常生活の安定化をはかっていくことが、適応の向上につながる。

84

84