

高齢者うつ病の認知・行動的特徴の検討

—認知行動療法プログラムの開発に向けて—

陳 峻雯^{1, 2} 植木啓文³ 高井昭裕⁴ 古川壽亮²

1) 東海学院大学人間関係学部, 2) 名古屋市立大学大学院医学研究科精神・認知・行動医学分野,
3) 岐阜大学医学部附属病院精神神経科, 4) 医療法人明萌会ウェルネス高井クリニック

<要 旨>

本研究は高齢者うつ病に対する認知行動療法プログラムの開発に向けて、高齢者のうつ病を認知行動論的に理解し、高齢者うつ病の認知・行動的特徴を明らかにすることを目的とする。東海地方大学医学部附属病院外来、および、心療内科・精神科クリニックに通院している65歳以上の高齢者うつ病患者、ならびに、対照群として65歳以上の健康高齢者に研究に関する説明を行い、協力が得られた者（うつ病患者群13名、対照群19名）に対して研究に関するインフォームドコンセントを行なった。さらに、痴呆の疑いのないことを確認した上で質問紙調査を行った。

高齢者におけるうつ病の認知行動的特徴について検討した結果、以下の諸点が明らかになった。すなわち、①問題解決能力が低い、特に、消極的問題解決思考や回避傾向が強く、積極的問題思考や問題を解決する際の代替案を産出する能力は十分ではない。②自己否定や将来否定、物事や人間関係を脅威に捉えるといった認知的特徴がある。③ソーシャルサポートが不足し、活動機能が障害されている。今後、こうした特徴を踏まえて高齢者うつ病への介入や治療法を開発することが必要である。

<キーワード>

高齢者、うつ病、認知・行動的特徴、認知行動療法

【はじめに】

近年、高齢化社会が進むにつれて、高齢者の抑うつや自殺は大きな社会問題となっている。うつ病は高齢者に最も多く見られる精神疾患の一つであり、その有病率は13.5%に上ることが報告されている (Beekman et al., 1999)。

「高齢者うつ病診療のガイドライン」によれば、高齢者うつ病の臨床的徴候としては、①悲哀を訴える代わりに心気症や身体主訴が増える、②主観的な記憶障害の訴えや、痴呆に似た様相が多い、③不安が顕著である、④無気力と意欲低下が目立つ、といった点があげられる (Baldwin et al., 2002)。高齢者うつ病のリスクファクターとしては、慢性疾患に伴う機能低下が主に取

り上げられている (Hays et al., 1998)。しかしながら、慢性疾患そのものは必ずうつ病の発症に至るとは限らず、多くの高齢者にとって、身体能力の低下に適応できないことが大きな原因である (Laidlaw et al., 2003)。うつ病は高齢者の Quality of Life に悪影響を与え (Unutzer et al., 2002)、身体疾患と合わせて障害の重篤度を増している (Penninx et al., 2000)。さらに、高齢者うつ病は自殺や死亡の予測因子である (Baldwin et al., 2002; Cuijpers & Smit, 2002) ことも報告されている。

高齢者うつ病に対するマネジメントは多次

元的であり、身体・精神・社会的な介入が必要であると指摘されている (Baldwin & Wild, 2004; Baldwin et al., 2002). Baldwin et al.

(2002) のガイドラインでは、重症の大うつ病の治療には薬物療法と精神療法の併用が推奨されているが、軽症から中等症のうつ病には精神療法が薬物療法と同等な効果があると報告されているため (McCusker et al., 1998), 第一選択肢としてすすめられている。しかしながら、高齢者に対する精神療法の提供はまだ十分ではないのが現状である (Baldwin & Wild, 2004).

高齢者うつ病に対する精神療法に関しては、認知行動療法や対人関係療法、および、短期精神力動療法などが有効であると報告されている (Baldwin et al., 2002; Scogin et al., 2005). 中でも、多くのエビデンスを有し最も信頼できるものは認知行動療法 (Cognitive Behavior Therapy: CBT) であると言われている (Scogin et al., 2005). 高齢者うつ病に対する CBT は、情緒に影響を及ぼす日常生活の出来事の経験に注目し、抑うつに関連する考え (認知) や振る舞い (行動) を同定し変容し、抑うつを低減するための新たな対処法を身につけることに焦点を当てている (Thompson et al., 1991). これまで、欧米諸国においては高齢者に対する CBT の研究が多くなされており、その有効性が示されている。Walker & Clarke (2001) は一般成人と高齢者の CBT 効果を比較した結果、両者には差がないことを指摘している。一方、一般成人に比べ、高齢者の問題は常に多面的で複雑であるため、高齢者の特徴に応じて CBT を改良する必要があることも指摘されている (Knight & Satre, 1999; Secker et al., 2004).

しかしながら、本邦では CBT はまだ十分に普及されておらず、高齢者に精神療法の提供はまだ十分ではないのが現状である。加えて、高齢者を対象とした CBT に関する研究は数少ない。本邦における高齢者うつ病の増加を考えると、本邦の現状に合わせた効果的な治療プログラムの開発が緊急な課題である。そこで本研究は高齢者うつ病に対する CBT プログラムの開発に向けて、高齢者のうつ病を認知行動論的に理解し、高齢者うつ病の認知・行動的特徴を明らかにすることを目的とする。

【方 法】

対象者：東海地方の大学医学部附属病院入院・外来、および、心療内科・精神科クリニックに通院している 65 歳以上の高齢者を心理テスト (Geriatric Depression Scale: GDS, 新野, 2000) でスクリーニングした上で、DSM-IV の構造化面接 (Structured Clinical Interview for DSM-IV AXIS I Disorder: SCID-I; 高橋, 2003) でうつ病であることが確認された患者 13 名 (男性: 2 名, 女性: 11 名; 平均年齢: 70.3 (SD=3.8) 歳) を対象とした。

また、対照群として、東海地方の司法機関でボランティアをしている 65 歳以上の健康高齢者 (上記スクリーニング基準を満たさず、構造化面接でうつ病ではないことが確認された) 19 名 (男性: 17 名, 女性: 2 名; 平均年齢: 69.6 (SD=3.3) 歳) であった。エントリー時点においては、双極性障害、精神病疾患、痴呆と他の認知障害、重度の身体疾患、アルコール依存、人格障害を有する者を除外した。

調査材料：

(1) 問題リスト (松尾他, 2002)

日常生活の中で、出来事について悩んだり、困ったり、心配したり、不満や怒りを感じたり、

改善する方法や悩みをとめる方法がすぐにはわからない問題について訪ねる項目リストである。身体・精神・家族・仕事・家族以外の対人関係や法律・経済・将来といったカテゴリーにわけ、5件法（0：まったく問題を感じない～4：非常に問題を感じる）で回答を求めた

（2）問題解決能力尺度（Social Problem-Solving Inventory-Revised: SPSI-R, 佐藤他, 2006）

問題解決能力を、問題に対する構えを意味する「問題志向」と、問題を解決するためのテクニックを意味する「問題解決スキル」の2つ側面から捉え、問題志向を「積極的問題志向（Positive Problem Orientation: PPO）」と「消極的問題志向（Negative Problem Orientation: NPO）」の2因子により測定し、問題解決スキルを「合理的問題解決（Rational Problem Solving: RPS）」、「衝動的・不注意型（Impulsivity/Carelessness Style: ICS）」、および「回避型（Avoidance Style: AS）」の3因子により測定し、全体的な問題解決能力の度を以下の式によって算出することができる。

$$SPS=PPO/5+RPS/20+(40-NPO)/10+(40-ICS)/10+(28-AS)/7$$

積極的問題志向（PPO）は、問題を解決可能であると判断する、自分には問題を解決する能力があるなどといった、問題に対する建設的・積極的な構えを測定するものであり、5項目から成り立っている。

消極的問題志向（NPO）は、問題を脅威的に捉え、自分には問題をうまく解決することができないと考えるなどといった、問題に対する否定的・消極的な構えを測定し、10項目から成り立っている。

合理的問題解決（RPS）は、効果的な問題解決を導くための具体的な問題解決スキルを測定している。RPSはさらに詳細な4つの問題解決のステップを測定する下位尺度から構成さ

れており、①問題の定義と公式化（Problem Definition and Formulation: PDF, 5項目）、②さまざまな解決法の案出（Generation of Alternative Solutions, GAS, 5項目）、③意思決定（Decision Making: DM; 5項目）、④解決法の実行と検証（Solution Implementation and Verification: SIV, 5項目）、の合計20項目からなっている。これらの4つの下位尺度得点を合計し、合理的問題解決得点を算出する。

衝動的・不注意型（ICS）は、問題に衝動的に対処してしまったり、解決法を実行する際に不注意になってしまったりするような問題解決スタイルを測定している。10項目からなっている。

回避型（AS）は、問題の解決を先延ばしにしたり、解決を避けてしまったり、問題を解決する責任を他者に預けてしまったりといった問題解決スタイルに関するものであり、7項目が含まれている。

本尺度は5因子合計52項目であり、5件法（0：まったく当てはまらない～4：大変よく当てはまる）にて回答を求めた。信頼性と妥当性について、佐藤ら（2006）らによって確認された。

（3）Depression and Anxiety Cognition Scale（DACS：福井，1998）

抑うつと不安を引き起こす自動思考を測定し、5件法（0：全くそう思っていなかった～5：非常にそう思っていた）50項目から構成されている。本尺度には、将来良いことがないだろうという「将来否定」、将来の脅威的または嫌悪的な状況を予測する「脅威予測」、自分はだめだという自己を否定的に評価する「自己否定」、過去から現在までいやなことばかり経験してきたという「過去否定」、人間関係がうまくいかないのは非常に恐ろしいという「対人関係脅威度」の5因子が含まれている。信頼性と妥当性について確認されている。

(4) Social Support Appraisals (SS-A: Vaux, et al., 1986)

知覚されたソーシャルサポートを、自分自身が愛され、尊敬され、家族、友人とその他の人間にどの程度受け入れられているかという認識度であると定義している。こうした認識によって、既存のサポート関係と、今後形成するサポートティブな相互関係に対する個人の主観的評価に関する情報を得ることが可能である。本尺度は合計 23 項目であり、4 件法 (0: 全くそう思っていなかった~4: 非常にそう思っていた) によって回答を求めた。収束的妥当性と基準関連妥当性が検討されている。

(5) Work, Home management, Social and Private leisure activities Scale (WHS: Marks, 1986)

自分自身の問題のために、日常生活中、仕事、家事、社会的余暇活動や個人的余暇活動能力の機能障害の程度を測定する自記式尺度である。4 項目 9 件法 (0: 全然~9: 最重要、(仕事) ができない) で回答を求めた。本尺度の信頼性と妥当性が確認されている (Mundt et al., 2002)。

手続き:

(1) 大学病院入院・外来およびクリニックに通院し臨床診断でうつ病が疑われた高齢者に対し、研究内容の説明を行った。協力が得られる者に対して、研究に関するインフォームドコンセントを行なった上で、GDS によるスクリーニングを行い、現在大うつ病エピソードにあることを DSM-IV 構造化面接 SCID で確認する。現在大うつ病エピソードにある患者に対し、臨床心理士による認知機能検査 (MMSE) を行った。

(2) 健康高齢者にも同様に研究内容の説明を行い、協力が得られる者に対して、研究に関するインフォームドコンセントを行なった上で、GDS によるスクリーニングを行う。GDS でカットオフ以下の対象者について、臨床心理士によ

る MMSE を行う。GDS でカットオフ以下、MMSE でカットオフ以上の対象者につき、SCID で大うつ病エピソードを現在および過去に満たしていないことを確認した。

(3) (1) と (2) について、MMSE の結果を合わせて、上記の質問紙 (調査材料) に対する回答を求めた。

統計分析

- (1) 患者群と対照群について、 t 検定や χ^2 検定による人口統計学的検討を行った。
- (2) 患者群と対照群において、SS-A, SPS の合計得点、WHS のそれぞれ項目の得点について t 検定を行い、問題リスト、SPSI-R の各下位尺度、DACS の各下位尺度について、多変量分散分析 (MANOVA) による群間の比較を行った。

【結果】

(1) 人口統計学的データ

患者群と対照群に人口統計学的検討を行った結果、婚姻状況や教育歴、および、年齢において差がないものの、性差において両群の違いが有意であった ($\chi^2 (1) = 17.57, p < .001$)。対照群において男性が多いものの、患者群では男性が少なかった (Table)。

Table 両群における人口統計学的特徴

	Patients	Normal
N	13	19
Age	70.3	69.6
Male	2	17
Female	11	2
Marriage	10	18

(2) ソーシャルサポート

患者群と対照群のソーシャルサポートについて検討したところ、対照群に比べ、患者群の得点が有意に低かった ($t (27) = 4.85, p < .001$, Fig. 1)。

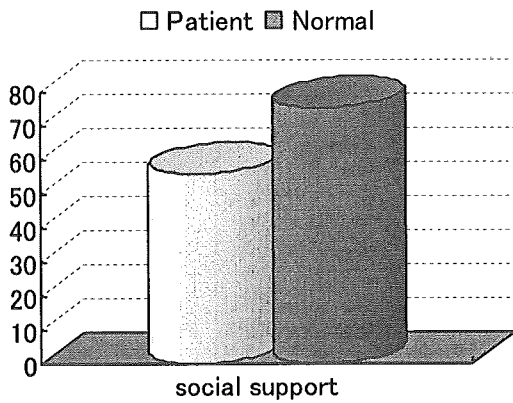


Fig. 1 ソーシャルサポートの違い

(3) 抑うつと不安の認知的特徴

患者群と対照群についてそれぞれの下位尺度得点の等分散性を確認するため、Bartlett-Box 法による検定を行ったところ、「自己否定」尺度において、当分散性が認められなかった ($F(1, 30) = 10.24, p = .003$)。したがって、「自己否定」尺度を除く各下位尺度について多変量分散分析を行った結果、Wilks のラムダが有意であった ($\Lambda = 0.38, p < .001$)。そこで、それぞれの下位尺度について単変量分散分析を行ったところ、「過去否定」において群の効果が有意ではないものの、「将来否定」、「脅威予測」、「対人関係脅威度」において、群の効果が有意であった (将来否定: $F = 42.73, p < .001$; 脅威予測: $F = 6.31, p = .018$, 対人関係脅威度: $F = 5.98, p = .021$, Fig. 2)。また、「自己否定」について、 t 検定をしたところ対照群に比べ、患者群の得点が有意に高かった ($t(30) = 5.16, p < .001$)。

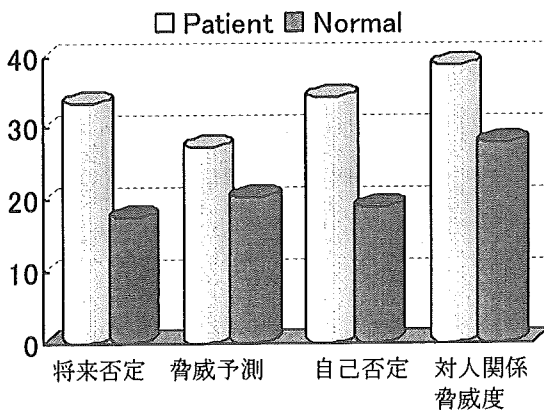


Fig. 2 抑うつ・不安に関する認知

(4) 問題リスト

患者群と対照群についてそれぞれの下位尺度得点の等分散性を確認するため、Bartlett-Box 法による検定を行ったところ、すべての尺度において、当分散性が認められたため、各下位尺度について多変量分散分析を行った。その結果、Wilks のラムダが有意であった ($\Lambda = 0.40, p < .001$)。そこで、それぞれの下位尺度について単変量分散分析を行ったところ、「身体的健康」、「精神的健康」、「家族」、「仕事」、「他人」、「将来」において、群の効果が有意であった (身体的健康: $F = 6.48, p = .016$; 精神的健康: $F = 35.14, p < .001$; 家族: $F = 5.57, p = .025$; 仕事: $F = 5.80, p = .023$; 他人: $F = 5.07, p = .032$; 将来: $F = 18.12, p < .001$; Fig. 3)。対照群に比べ、患者群の得点が有意に高かった。

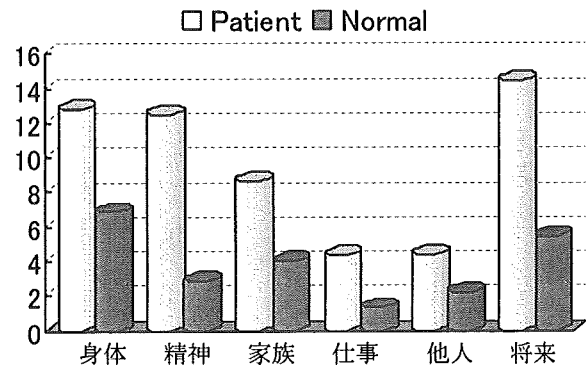


Fig. 3 知覚された問題

(5) 問題解決能力

患者群と対照群について下位尺度「積極的問題志向」、「消極的問題志向」、「合理的問題解決の下位尺度「解決策の明確化と定式化」、「代替可能な解決策の産出」、「意思決定」、「解決策の実施と検証」、および、「衝動的・不注意型」、「回避型」の得点の等分散性を確認するため、Bartlett-Box 法による検定を行ったところ、すべての尺度において、当分散性が認められたため、各下位尺度について多変量分散分析を行った。その結果、Wilks のラムダが有意であった ($\Lambda = 0.33, p = .001$)。そこで、それぞれの

下位尺度について単変量分散分析を行ったところ、「解決策の明確化と定式化」、「意思決定」、「解決策の実施と検証」、「衝動的・不注意型」において群の効果が有意ではないものの、「積極的問題志向」、「消極的問題志向」、「代替可能な解決策の産出」、「回避型」において、群の効果が有意であった（積極的問題志向： $F=8.71$, $p=.006$ ；消極的問題志向： $F=31.33$, $p<.001$ ；代替可能な解決策の産出： $F=5.99$, $p=.021$ ；回避型： $F=7.61$, $p=.010$. Fig. 3). 対照群に比べ、患者群の積極的問題志向、および、代替可能な解決策の産出の得点が有意に低く、消極的問題志向、および、回避型の得点が有意に高かった。また、全体的問題解決能力について t 検定を行った結果、対照群に比べ、患者群の得点が有意に低かった ($t(27)=4.83$, $p<.001$,) (Fig. 4).

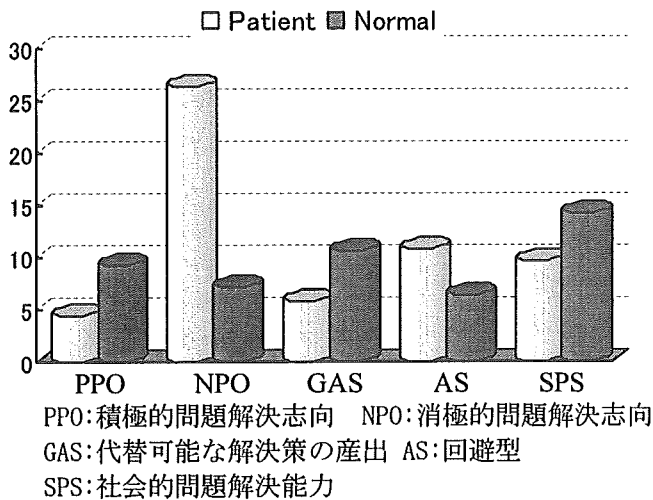


Fig. 4 問題解決能力

(6) WHS

仕事、家事、社会的余暇活動や個人的余暇活動能力の機能障害の程度について患者群と対照群の違いを t 検定によって検討した結果、すべてのカテゴリーにおいて、対照群に比べ、患者群の得点が有意に高かった（仕事： $t(29)=4.84$, 家事： $t(29)=5.24$, 個人的余暇活動： $t(29)=4.70$, すべて $p<.001$ ；社会的余暇活動： $t(29)=4.30$, $p=.001$ ；Fig. 5).

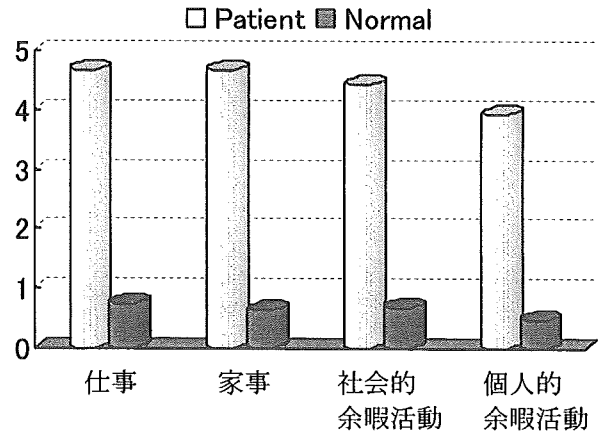


Fig. 5 問題による活動の機能障害度

【考察】

本研究は高齢者うつ病に対する CBT プログラムの開発に備え、高齢者うつ病の認知・行動的特徴を明らかにすることを目的とした。

本研究の結果から高齢者うつ病に以下のような認知・行動的特徴があると考えられる。

- ① 問題解決能力が十分ではない. 具体的には、消極的問題解決志向や回避傾向が強く、積極的問題志向や問題を解決する際の代替案を産出する能力が十分ではない. 中でも、消極的問題解決志向が特に強い傾向にある.
- ② 自己否定や将来否定、物事や人間関係を脅威に捉えるといった認知的特徴がある.
- ③ ソーシャルサポートが不足している.
- ④ うつ病によって、日常生活における活動機能が障害されている.

これまで、認知行動的観点から高齢者うつ病を捉え、高齢者の認知行動的特徴に関する研究は数少ない. 高齢者うつ病に対する認知行動療法が有効である一方、高齢者の特徴に応じて CBT を改良する必要があることも指摘されている (Knight & Satre, 1999; Secker et al., 2004). しかしながら、高齢者うつ病にどのような特徴があり、どのような技法を合わせて用

いていいかについて明らかにされていない。Thompson & Heller (1993) は、うつ傾向とそうでない女性について問題解決の質と量について検討した結果、両群に差がないことを示した。一方、Hanson & Mintz (1997) は、問題解決的であると自覚すれば、つまり、問題解決志向であれば主観的健康感も高いという結果を報告している。本研究の結果から、高齢者うつ病は積極的問題志向が低く、消極的問題志向が高いことが示された。本研究の結果と Hanson & Mintz (1997) の報告を照らし合わせて考えると、高齢者うつ病に対する援助を考える際、積極的問題解決志向の向上に焦点を当てる介入がより効率的である可能性がある。また、高齢者うつ病患者は解決する際の代替案を産出する能力が不十分という点について、加齢による認知機能の低下、あるいは、抑うつと認知機能の低下によって認知機能の活性化が低下され、十分な情報を取り入れる能力が低下していると考えられる。一方、これまでの研究では、高齢者の考え方（認知）とうつ病との関連を検討した研究が少ないのが現状である。本研究の結果から、高齢者うつ病に自己否定や将来否定、物事や人間関係を脅威に捉えるといった認知的特徴があることが示された。しかしながら、うつ病は自己・他者・将来について否定的に捉えるという一般的な特徴を考えると、今後高齢者うつ病と若年者うつ病の認知的特徴について比較検討することが必要である。

また、高齢者うつ病に関する研究では、ソーシャルサポートの不足がうつ病に関連していると示されている (Blixen & Kippes, 1999 ; Travis et al., 2004)。一方、ソーシャルサポートの度合は高齢者のうつ病に関連していないとも報告されている (Loughlin, 2004)。本

研究の結果は Blixen & Kippes (1999) や Travis et al. (2004) の結果と一致しており、日本における高齢者うつ病とソーシャルサポートとの関連が示唆された。さらに、ソーシャルサポートはうつ病の回復に影響する要因という Nasser & Overholser (2005) の研究結果を踏まえて、高齢者うつ病に対する介入および援助を行う際には、家族や周囲からのサポートを充実し、また、そうしたサポート源に気づくように援助することが必要である。

Penninx, et al. (1999) は、高齢者うつ病は日常生活機能や活動障害のリスクであると報告している。一方、Sinclair et al. (2001) は高齢者うつ病が身体機能を予測していないものの、身体活動の障害を予測すると指摘している。本研究の結果はこれらの報告と一致しており、うつ病は高齢者の日常生活における活動機能障害をもたらすことが明らかになった。

本研究は、問題解決という認知行動療法の視点から高齢者の認知・行動的な特徴を明らかにしたことによって、高齢者うつ病に対する援助方略や技法選択に裏付ける情報を提供した。今後、こうした特徴を踏まえた介入や治療法を開発することが必要であり、また、同時に、高齢者の生活環境や身体機能も合わせて考慮し、高齢者に受け入れられやすいもの、また、臨床で容易に実施できるものを考案することが課題である。

【引用文献】

- Baldwin, R. C., Chiu, E., Katona, C., & Graham 2002 *Guidelines on Depression in Older People: Practising the Evidence*. London: Martin Duntz.
- Baldwin, R. C. & Wild, R. 2004 Management of depression in late life. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 131-139.

- Beekman, A. T. F., Copeland, J. R. M., & Prince, M. J. 1999 Review of community prevalence of depression in later life. *British Journal of Psychiatry*, 174, 307-311.
- Blixen, C. & Kippes, C. 1999 Depression, social support, and quality of life in older adults with osteoarthritis. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 31, 221-226.
- 福井 至 1998 Depression and Anxiety Cognition Scale (DACS)の開発：抑うつと不安の認知行動モデルの構築に向けて 行動療法研究, 24, 57-70.
- Cuijpers, P. & Smit, F. 2002 Excess mortality in depression: a meta-analysis of community studies. *Journal of Affective Disorder*, 72, 227-236.
- Hanson, K.M., & Mintz, L.B. 1997 Psychological health and problem - solving self-appraisal in older adults. *Journal of Counseling Psychology*, 44, 433-441.
- Hays, J. C., Landerman, L. R., George, L. K., Flint, E. P., Koenig, H. G., Land, K. C., & Blazer, D. G. 1998 Social correlates of the dimensions of depression in the elderly. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 53B, 31-39.
- Knight, B. J. & Satre, D. D. 1999 Cognitive behavioral psychotherapy with older adults. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 188-203.
- Laidlaw, K., Thompson, L.W., Dich-Siskin, L., & Gallagher-Thompson, D. 2003 *Cognitive Behavior Therapy with Older People*. John Wiley & Sons Ltd. England.
- Loughlin, A. 2004 Depression and social support: Effective treatments for homebound elderly adults. *Journal of Gerontological Nursing*, May, 11-15.
- Marks, I. 1986 *Behavioural Psychotherapy. Maudsley Pocket Book of Clinical Management*. Bristol: IOP Publishing.
- 松尾 雅・坂野雄二 2002 Social Problem-Solving Inventory - Revised (SPSI-R) 日本語版作成の試み：社会的問題解決能力尺度の信頼性と妥当性の検討 日本行動療法学会第 28 会大会発表論文集, 140-141.
- McCusker, J., Cole, M., Keller, E., Bellavance, F., & Berard, A. 1998 Effectiveness of treatments of depression in older ambulatory patients. *Archives of International Medicine*, 158, 705-712.
- Mundt, J.C., Marks, I.M., Shear, M.K., Greist, J.H. 2002 The Work and Social Adjustment Scale: a simple measure of impairment in functioning. *British Journal of Psychiatry*, 180, 461-464.
- 新野直明 2000 高齢者の精神的健康度をどう見るか：GDS 指標の使い方を中心に 生活教育, 44, 22-26.
- Nasser, E.H., & Overholser, J.C. 2005

- Recovery from major depression: the role of support from family, friends, and spiritual beliefs. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 125-132.
- Penninx, B. W., Liveille, S., Ferrucci, L., van Eijk, J., & Guralnik, J. M. 1999 Exploring the effect of depression on physical disability: Longitudinal evidence from the established populations for epidemiologic studies of the elderly. *American Journal of Public Health*, 89, 1346-1352.
- Penninx, B. W., Deeg, D. J., van Eijk, J. T., et al., 2000 Changes in depression and physical decline in older adults: a longitudinal perspective. *Journal of Affective Disorder*, 61, 1-12.
- 佐藤 寛・高橋 史・松尾 雅・境 泉洋・嶋田洋徳・陳 峻雯・貝谷久宣・坂野雄二 2006 Social Problem-Solving Inventory - Revised (SPSI-R) 日本語版の作成と信頼性・妥当性の検討 行動療法研究, 32, 15-30.
- Sinclair, P. A., Lyness, J. M., King, D. A., Cox, C., & Caine, E. D. 2001 Depression and self-reported functional status in older primary care patients. *American Journal of Psychiatry*, 158, 416-419.
- Scogin, Welsh, Hanson, Stump, & Coates 2005 Evidence-based psychotherapies for depression in older adults. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 12, 222-237.
- Secker, D. L., Kazantzis, N., & Pachana, N. A. 2004 Cognitive behavior therapy for older adults: practical guidelines for adapting therapy structure. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive - Behavior Therapy*, 22, 93-109.
- 高橋三郎 監修, 北村俊則・岡野禎治 監訳 2003 精神科診断面接マニュアル 日本評論社.
- Thompson, L. W., Gantz, F., Florsheim, M., DelMaestro, S., Rodman, J., Gallagher-Thompson, D., & Bryan, H. 1991 Cognitive/behavioral therapy for affective disorders in the elderly. In W. A. Meyers (Ed.), *New techniques in the psychotherapy of older patients* (p.3-19). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Thompson M. G. & Heller, K. 1993 Distinction between quality and quantity of problem-solving responses among depressed older women. *Psychology and Aging*, 8, 347-359.
- Travis, L. A., Lyness, J. M., Shields, C. G., King, D. A., & Cox, C. 2004 Social support, depression and functional disability in older adult primary-care patients. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 265-271.
- Unutzer, J., Katon, W., Callahan, C., et al., 2002 Collaborative care management of

- late-life depression in the primary care setting. *JAMA*, 288, 2836-2845.
- Vaux, A., Phillips, J., Holly, L., Thomson, B., Williams, D., & Stewart, D. 1986 The social support appraisals (SS-A) scale: Studies of reliability and validity. *American Journal of Community Psychology*, 14, 195-219.
- Walker, D. A. & Clarke, M. 2001 Cognitive behavioural psychotherapy: a comparison between younger and older adults in two inner city mental health teams. *Aging & Mental Health*, 5, 197-199.

研 究 助 成

社会学·社会福祉学的研究

