

한국의 노인우울증 환자에서 조발성 우울증과 만발성 우울증의 임상증상의 비교

박기홍 · 이화영 · 함병주 · 이민수[†]

Comparison of Clinical Symptoms between Early and Late Onset Depression in Elderly Depressive Patients in Korea

Ki-Hong Park, M.D., Hwa-Young Lee, M.D., Ph.D.,
Byung-Joo Ham, M.D., Ph.D., Min-Soo Lee, M.D., Ph.D.[†]

ABSTRACT

Objectives : Clinical differences between elderly patients with early and late onset depression have been described although these have been inconsistent. We aimed to compare differences of clinical symptoms using the 17 items Hamilton Rating Scale for Depression(HAM-D-17) between two groups.

Methods : Data of 175 elderly patients with a diagnosis of major depressive disorder according to DSM-IV from January 2005 to November 2009 were collected. Seventy five patients were early onset depression and one hundred patients were late onset depression. Depressive symptoms were assessed by the 17-item Hamilton Rating Scale for depression.

Results : There were some differences in HAM-D-17 scores between early and late onset depression. Early onset depression patients scored significantly higher in retardation($t = 2.41, p = 0.017$) and somatic symptoms(general)($t = 2.37, p = 0.019$) than late onset depression patients.

Conclusion : We concluded that early onset depression patients have more severe psychomotor retardation and general somatic symptoms than late onset depression patients in Korea. Because of some limitations of this study, further investigations will be needed to validate this study results.

KEY WORDS : Geriatric depression · Early onset depression · Late onset depression.

서 론

우울증은 흔히 나타나는 정신질환 중 하나로 세계보

건기구(World Health Organization, 이하 WHO)는 21 세기에 인류의 주요 질병으로 우울증을 주목하고 있다.¹⁾ 특히 노인인구에서 우울증은 높은 유병률과 자살

Received : June 24, 2010 / Revised : July 8, 2010 / Accepted : August 4, 2010

고려대학교 의과대학 신경정신과학교실 *Department of Psychiatry, Korea University College of Medicine, Seoul, Korea*

[†]교신저자 : 이민수, 136-705 서울 성북구 안암동 5가 126-1

전화) (02) 920-5354, 전송) (02) 923-3507, E-mail) leeminso@korea.ac.kr

시도될, 여러 동반질환들로 인하여 노인 건강의 주요한 관심 영역이 되고 있다.²⁻⁴⁾ 과거에 노인들의 우울증상은 노화의 자연스러운 현상으로 생각되거나 고령자층 차별(ageism)에 영향을 받아서 중요하게 받아들여지지 않았고, 치료자들은 이를 정상적인 것으로 받아들이는 경향이 있었다.⁵⁾ 하지만 실제적으로 우울증이 노인건강에 심각한 위협을 준다는 측면에서 노인들의 우울증상을 노화의 자연스러운 현상으로 간주하여 무시하지 않고, 면밀한 관찰과 정확한 평가가 필요하다.

노인 우울증은 우울증의 발생시점에 따라 청장년시절부터 우울증이 있었던 환자가 노년기에 재발하여 나타난 조발성 우울증과 노년기에 처음으로 발생한 만발성 우울증으로 구분할 수 있다. 노인 우울증 환자의 30% 정도만이 노년기에 처음으로 우울증상이 발생한 만발성 우울증으로 알려져 있으며,⁶⁾ 만발성 우울증은 신경학적 평가에서 이상이 많고,⁷⁾ 구조적인 뇌의 변화와 피질하 혈관성 병변의 증가와⁸⁾⁹⁾ 연관이 있다는 연구결과가 있다. 그 외의 노인 우울증 환자에서 두 유형 간의 비교 연구들에서는 조발성 우울증과 만발성 우울증 사이에는 임상증상과 내과적 질환과의 관계, 병의 경과, 치료반응, 예후에 있어서 차이들을 보이고 있음을 시사하는 결과가 보고되었다.¹⁰⁻¹⁹⁾ 이러한 차이는 두 유형의 우울증이 서로 다른 생물학적, 임상적 차이를 가지고 있는 질환일 가능성이 있음을 시사해준다.²⁰⁾ 그러나 Brodaty 등²¹⁾은 조발성 우울증과 만발성 우울증의 비교 연구들에 있어서 임상증상의 차이가 일관되지 않음을 지적하고 두 유형의 우울증이 서로 다른 원인으로 발생하기는 하지만 나타나는 임상증상의 차이가 없거나, 차이가 있더라도 임상적인 의미를 갖지는 못한다고 주장하였다.

한국은 사망률 감소, 출생률 감소, 평균 수명 증가에 따라 OECD 국가 중에서도 고령화가 기하급수적으로 빠르게 진행되고 있다. 통계청이 발표한 '2009년 고령자 통계'에 따르면 총 인구에서 노인이 차지하는 비율은 10.7%로 10년 전 보다 3.8% 높아졌다.²²⁾ 증가된 노인인구의 비중과 함께 노인 우울증의 비율도 급격히 증가하고 있으며, 국민건강보험공단이 조사한 결과에 따르면 2009년 한국 우울증 환자의 34.5%가 60세 이상의 노인이라는 조사결과가 보고되었고, 이에 대한 진료비도 2003년 968억 원에서 2009년 1,631억 원으로 68.4% 증가하였다.²²⁾

한국사회에서 고령화와 더불어 노인 우울증 환자의 급

격한 증가는 치료자들에게 노인 우울증의 중요성을 재확인시킨다. 그리고 노인 우울증에서 조발성 우울증과 만발성 우울증이 서로 다른 임상적, 생물학적 차이를 가진 질환이라면, 치료자는 이 두가지 유형의 우울증에 대한 명확한 지식을 갖는 것이 필요하다. 특히 임상증상 중 두가지 유형의 우울증군에서 각각 많이 나타나는 증상이 있다면, 치료자가 노인 우울증 환자를 진단하고 치료하는데 많은 도움이 될 것이므로, 이에 대한 연구는 더욱 필요한 상황이다. 그러나 현재 국내 노인 우울증 환자를 대상으로 하는 조발성 우울증과 만발성 우울증의 비교에 관한 연구는 매우 적은 실정이다.

본 연구는 이러한 배경 하에서 최근 5년간 본 병원 외래에 처음 내원한 노인 우울증 환자들의 의무기록을 후향적으로 검토하여 조발성 우울증과 만발성 우울증의 두가지 유형에 따른 임상증상의 차이를 17항목의 해밀턴 우울척도(Hamilton Rating Scale for Depression-17, 이하 HAM-D-17)를 통해 확인해보고, 외국의 연구결과들과 비교해 보고자 하였다.

방 법

1. 연구대상

본 연구의 대상은 전산화된 의무기록을 검색하여 2005년 1월부터 2009년 11월까지 고려대학교 안암병원 정신과외래에 처음 내원한 환자 중 만 60세 이상 환자로서 정신과 전문의가 면담한 후 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 4th edition(이하 DSM-IV)의 주요 우울증 진단기준에 부합하는 환자들 중, 구조화된 면담도구인 Mini International Neuropsychiatric Interview(이하 M.I.N.I.)²³⁾를 시행하여 주요우울증 진단 및 공존 질환 여부가 확인된 환자를 대상으로 하였다. 정신병 증세가 있거나 양극성 정동장애, 기질성 정신장애, 치매, 파킨슨질환과 같은 신경학적 질환이 있는 환자들은 배제하였다. 연구대상자의 주요 우울증에 이환된 발병시점의 나이는 의학기록과 가족/부양자에서의 병력청취, 환자의 자가 보고를 종합하여 평가되었다. 본 연구는 60세의 기준시점을 조발성 우울증과 만발성 우울증을 구분하기 위하여 사용하였고, 이러한 기준시점은 이 주제에 대한 선행연구들과의 통일된 일관성을 갖도록 결정되었다.¹⁰⁾¹¹⁾¹⁵⁾¹⁷⁻²⁰⁾²¹⁾²⁴⁾

대상군의 총수는 175명으로, 대상 환자를 60세 미만

에 발병한 조발성 우울증군(n = 75)과 60세 이상에서 발병한 만발성 우울증군(n = 100)의 두 군으로 나누었다.

본 연구는 본 연구진 소속 대학의 임상연구윤리위원회(IRB)의 승인 후에 수행되었다.

2. 방법 및 평가도구

1) 인구통계학적 정보와 내과적 질환에 대한 평가

대상 환자의 의무기록을 검토하여 성별, 연령, 학력, 결혼상태 등의 인구통계학적 자료를 수집하였다. 또한 연구대상자의 의무기록을 검토하여 당뇨병, 고혈압, 뇌졸중, 갑상선질환, 호흡기계 질환 등의 동반질환의 이환여부를 조사하였다.

2) 해밀턴 우울척도²⁵⁾

이 척도는 우울한 기분, 우울증의 자율신경 증상, 인지 증상 및 동반된 불안 증상 등에 대한 항목들을 포함하고 있으며, 각 항목은 5점 척도(0~4점) 또는 3점과 4점 척도로 되어 있다.

3) 통계분석

조발성 우울증군과 만발성 우울증군의 인구학적 변인(연령, 성별, 결혼상태, 학력), 동반질환의 차이를 비교하기 위해 카이제곱 검정(Chi-square test)과 t-test를 사용하였다. 조발성 우울증군과 만발성 우울증군의 해밀턴 우울척도의 항목간의 비교는 독립 표본 t-test를 시행하였고, 통계적 유의수준은 p value < 0.05로 하였다. 모든 통계분석은 SAS 9.2 version(SAS, Inc, Cary, NC, USA)을 사용하였다.

결 과

1. 인구학적 특성

대상군 175명 중 조발성 우울증군과 만발성 우울증군은 75명(42.9%), 100명(57.1%)이었으며, 인구통계학적 변수인 성별, 학력, 결혼 상태에서 두 군 간의 차이를 조사한 결과, 성별에서는 두 군 모두에서 여성이 남성보다 많았으며(82.7% vs. 71.0%), 두 군 간의 유의한 차이는 없었다($\chi^2 = 3.19$, $df = 1$, $p = 0.073$). 그 외에 학력($\chi^2 = 1.02$, $df = 1$, $p = 0.314$), 결혼상태($\chi^2 = 0.08$, $df = 1$, $p = 0.775$)에서도 두 군 간의 유의한 차이가 없었다. 그러나 연령 항목에서는 만발성 우울증군의 평균연령(69.01)이 조발성 우울증군의 평균연령(64.91)보다 높았으며, 통계적으로 의미 있는 차이를 보였다($t = -5.22$, $p < 0.0001$) (표 1).

2. 동반된 내과적 질환에 대한 조발성 우울증군과 만발성 우울증군 간 차이 비교

의무기록으로 확인할 수 있는 내과적 질환들을 조사한 결과, 당뇨병과 뇌졸중, 호흡기계질환은 두 군 간의 유의한 차이를 확인할 수 없었다. 그러나 조발성 우울증군은 만발성 우울증군에 비해 고혈압($\chi^2 = 4.22$, $df = 1$, $p = 0.040$)과 갑상선질환($\chi^2 = 4.44$, $df = 1$, $p = 0.035$)에 이환된 경우가 많았다(표 2).

3. HAM-D-17 항목들의 조발성 우울증군과 만발성 우울증군 간 차이 비교

HAM-D-17의 각 항목별 점수 및 조발성 우울증군과

Table 1. Comparison of demographic characteristics

Category		Early onset(n = 75) n(%)	Late onset(n = 100) n(%)	Pearson χ^2	p
<i>Categorical variables</i>					
Sex	Female	62(82.7)	71(71.0)	3.19	0.073
	Male	13(17.3)	29(29.0)		
Education(year)	≤ 12	52(69.3)	62(62.0)	1.02	0.314
	> 12	23(30.7)	38(38.0)		
Marriage	Married	61(42.4)	83(57.6)	0.08	0.775
	Others [†]	14(45.2)	17(54.8)		
		Mean(Std)	Mean(Std)	t-value	p
Age(year)		64.91(4.61)	69.01(5.79)	-5.22	<0.0001*

* : p < 0.01, † : divorced, bereaved, single

만발성 우울증군 간 총점 수 차이를 비교해보면 조발성 우울증군과 만발성 우울증군 간의 HAM-D-17의 총 점수의 차이(21.61 ± 4.19 vs. 20.69 ± 4.23, t = 1.43, df = 173, p-value = 0.154)는 없는 것으로 나타났다. 하지만, 8번 항목(정신운동지체) (1.13 ± 0.55 vs. 0.92 ± 0.60, t = 2.41, df = 173, p-value = 0.017)과 13번 항목(일반적인 신체적 증상) (1.27 ± 0.53 vs. 1.08 ± 0.51, t = 2.37, df = 173, p-value = 0.019)에서는 조발성 우울증군이 만발성 우울증군에 비해 높은 점수를 보여 유의미한 차이가 나타났다. 또한 인구 통계학적 분석에서 두 군 간의 유의미한 차이를 보였던 연령인자를 회귀분석으로 보정한 이후에도 정신운동지체 항목(t =

-2.44, df = 1, p-value = 0.016)과 일반적 신체적 증상항목(t = -2.11, df = 1, p-value = 0.036)은 여전히 유의미한 차이를 보였다(표 3).

고 찰

본 연구는 한국 노인 우울증 환자들을 대상으로 조발성 우울증과 만발성 우울증 환자들의 임상 증상의 차이를 HAM-D-17 항목들을 통해서 알아보고, 결과를 국내외 연구들과 비교하고자 하였다. 본 연구에서는 HAM-D-17 항목들 중에서 정신운동지체, 일반적 신체 증상 등 2개 항목이 조발성 우울증군에서 유의하게 높은 점

Table 2. Differences in prevalence of medical disorders between early onset and late onset group

Diagnostic category	Early onset (n = 75) n(%)	Late onset (n = 100) n(%)	χ^2	p
Diabetes	12(16.0)	20(20.0)	0.46	0.498
Hypertension	33(44.0)	29(29.0)	4.22	0.040*
Stroke	4(5.3)	6(6.0)	0.04	0.850
Thyroid disease	14(18.6)	8(8.0)	4.44	0.035*
Pulmonary disease	5(6.6)	9(9.0)	0.32	0.573

* : p < 0.05

Table 3. Comparison of HAM-D-17 items between early onset and late onset group

HAM-D-17	Early onset (n = 75)	Late onset (n = 100)	t-value from univariate analysis	t-value from regression
	Mean ± SD	Mean ± SD		
Depressed mood	2.04±0.76	1.98±0.72	0.53(0.596)	
Feelings of guilt	0.73±0.70	0.75±0.73	-0.15(0.880)	
Suicide	0.87±0.98	0.76±0.84	0.77(0.440)	
Insomnia (early)	1.15±0.80	1.26±0.87	-0.88(0.379)	
Insomnia (middle)	1.32±0.77	1.23±0.79	0.75(0.453)	
Insomnia (late)	0.96±0.78	1.12±0.83	-1.29(0.198)	
Work and activities	1.96±0.72	1.80±0.77	1.4(0.163)	
Retardation	1.13±0.55	0.92±0.60	2.41(0.017)*	-2.44(0.016)*
Agitation	1.33±0.72	1.14±0.80	1.64(0.102)	
Anxiety (psychic)	1.83±0.81	1.92±0.77	-0.77(0.441)	
Anxiety (somatic)	1.67±0.66	1.57±0.66	0.96(0.338)	
Somatic symptoms (gastrointestinal)	0.81±0.54	0.89±0.63	-0.84(0.400)	
Somatic symptoms (general)	1.27±0.53	1.08±0.51	2.37(0.019)*	-2.11(0.036)*
Genital symptoms	1.12±0.88	1.33±2.34	-0.82(0.41)	
Hypochondriasis	1.77±0.95	1.72±0.93	0.37(0.711)	
Loss of weight	0.85±0.90	0.69±0.85	1.23(0.220)	
Insight	0.81±0.46	0.78±0.56	0.42(0.675)	
Ham D total	21.61±4.19	20.69±4.23	1.43(0.154)	

* : p < 0.05. HAM-D-17 : Hamilton Rating Scale for Depression-17

수를 나타냈으며, 인구통계학적 변수 중 두 군의 차이가 유의한 나이변수를 보정하여 회귀분석한 이후에도 조발성 우울증군에서 유의하게 높은 점수를 보였다.

국외에서 이루어진 연구들을 살펴보면, 조발성 우울증 환자들은 무가치감,¹⁰⁾¹⁴⁾¹⁵⁾²⁴⁾ 죄책감¹⁴⁾²⁴⁾²⁶⁾ 등의 임상 증상들을 많이 경험하며, 만발성 우울증 환자들에서는 흥미 상실,¹⁴⁾ 정신운동지체,¹⁴⁾ 정신운동초조²⁷⁾ 등의 증상이 많이 보고된다는 연구들이 있다. 이러한 증상의 차이는 조발성 우울증과 만발성 우울증이 다른 원인에 의해 발생하는 질환일 가능성이 있음을 시사한다. 이전의 많은 선행연구들은 만발성 우울증이 조발성 우울증에 비해 뇌영상에서 백질의 고영상이 많이 발견되고 이는 만발성 우울증 환자들이 뇌의 병리적 변화를 많이 가지고 있을 가능성이 있음을 주목하고 있다.¹⁷⁾²⁸⁻³⁰⁾ 한편 이전 연구들에서 만발성 우울증 환자에서 많이 나타난다고 보고되고 있는 흥미의 상실과 정신운동지체 증상은 무감동을 표현하는 증상 중의 하나로 생각되며,³¹⁾ 이는 혈관성 위험인자를 많이 가지고 있는 혈관성 우울증 환자에서 많이 나타날 수 있는 증상이라는 연구결과들이 있다.³²⁻³⁵⁾ 또한 정신운동지체 증상은 뇌의 병리적 변화를 겪어 실행기능이 저하된 노인 우울증 환자에서 많이 나타나는 임상적 특징이라는 연구결과도 보고되고 있다.³⁶⁾ 따라서 두 유형의 우울증에 있어서 정신운동지체 증상의 차이는 뇌의 병리적 변화에 기인해서 생긴 실행기능의 변화 또는 혈관성 우울증의 빈도차이때문에 기인했을 가능성이 있다고 유추해 볼 수 있다. 한편으로 두 군 간 임상 증상의 차이가 없다는 연구들도 있다.¹⁷⁾²¹⁾³⁷⁾ 이러한 상이한 연구결과들은 각 연구들에서 적용한 척도가 다르고, 표본수가 다르며, 편향(bias)에 의해 연구결과들이 달랐을 것으로 생각해 볼 수 있으며,²⁰⁾ Brodaty 등²¹⁾은 조발성 우울증과 만발성 우울증은 서로 다른 원인으로 발생하지만 임상 증상으로 이를 구별하는 것은 큰 의미가 없으며 발생 기전에 주목해야 한다고 주장하였다.

본 연구결과를 국외의 연구들과 비교해보면 일치하지 않는 결과가 관찰된다. 본 연구에서는 조발성 우울증 환자들이 만발성 우울증 환자들보다 정신 운동 활동성의 저하가 크고 신체 증상을 더 크게 표현한다는 연구결과가 나타난 반면에, 이전 연구들에서는 증상의 차이가 없다는 연구가 많았으며 오히려 정신운동지체 증상의 경우 만발성 우울증 환자에서 크게 표현된다는 연구 결과¹⁴⁾가 있었다. 본 연구에서 조발성 우울증 환자들이 만발성 우

울증 환자들보다 정신운동지체 증상을 크게 표현하는 결과를 해석해 보면, 우선 뇌의 병리적 변화를 겪어 실행기능이 저하된 환자들이 본 연구의 조발성 우울증 환자군에 많이 포함되어 있을 가능성에 대해 고려해 볼 수 있겠다. 하지만 연구 대상 환자들의 뇌영상결과와 객관적인 인지기능의 평가가 이루어지지 않은 상황에서 조발성 우울증 환자들이 만발성 우울증 환자들에 비해 뇌의 병리적 변화를 많이 겪고 실행기능이 저하되어 있다고 단정짓기는 어렵다. 또다른 해석은 정신운동지체 증상이 많이 나타나는 혈관성 위험인자를 가진 대상 환자들이 조발성 우울증 환자군에 많이 포함되어 있을 가능성에 대하여 고려해 볼 수 있다. 실제로 본 연구에서 혈관성 위험인자 중 고혈압 이환율이 조발성 우울증 환자에서 만발성 우울증 환자에 비해 유의미하게 높았다($\chi^2 = 4.22, df = 1, p = 0.04$). 하지만 본 연구결과를 통해 한국에서 조발성 우울증 환자들이 만발성 우울증 환자들에 비해 혈관성 요인에 의한 우울증 발생률이 높다고 일반화시키는 것은 어렵다. 그 이유를 생각해보면, 본 연구는 대학병원에서 수행되었는데 대학병원 정신과에 내원하는 우울증 환자군은 일차 또는 이차 의료기관에서 진단과 치료를 받은 후 만족할 만한 치료반응을 얻지 못해 내원하는 경우가 많다. 뇌혈관의 위험인자를 많이 가지고 있는 혈관성 우울증 환자들의 치료경과는 뇌혈관의 위험인자를 적게 가지고 있는 노인 우울증 환자들에 비해 치료기간이 길고 치료반응도 나쁘다고 알려져 있다.³²⁾³⁸⁻⁴⁰⁾ 따라서 치료가 수월하게 되지 않았던 노인 우울증 환자의 경우 혈관성 위험요인을 가지고 있을 가능성이 높으며 이는 본 연구결과에 영향을 주었을 가능성이 높다. 그 외의 대학병원 내원 경로는 임상각과에서 내외과 질환으로 인해 진료를 받고 있는 환자가 우울증이 의심되어 협진이 의뢰되는 경우가 있다. 이러한 내원경로의 환자도 고혈압, 당뇨, 고지혈증, 뇌졸중 같은 혈관성 위험인자가 될 수 있는 질환을 갖고 있을 가능성이 높다고 추정해 볼 수 있다. 그러므로 본 연구가 수행된 대학병원 정신과 외래에 내원하는 노인우울증 환자군이 지역사회에서의 노인 우울증 환자군에 비해서 혈관성 우울증 환자의 비율이 높을 가능성이 있고, 이러한 요소가 편향으로 작용했을 가능성이 높다.

본 연구 결과는 조발성 우울증 환자들이 만발성 우울증 환자들에 비해서 일반적 신체 증상을 크게 호소한다고 나타났다. 이를 해석해보면 조발성 우울증 환자들은 장애의

기간이 길어 정신과 치료를 받았던 기간이 만발성 우울증 환자에게 비해 길어 신체적 증상이 우울증의 한 증상일 수 있음을 교육받았을 기회가 많을 것으로 추정된다. 이러한 교육기회의 증가는 환자가 내과적 질환에 의한 증상도 우울증의 증상으로 인식하여 치료자에게 표현했을 가능성이 높다고 생각해 볼 수 있다. 기존 연구들¹¹⁾⁴¹⁾을 살펴보면 조발성 우울증 환자들이 만발성 우울증 환자에게 비해 심장질환, 당뇨, 위장관계 장애, 관절염 등의 내과적 질환에 많이 이환된다는 보고들이 있다. 본 연구에서는 조발성 우울증 환자들이 만발성 우울증 환자들보다 통계적으로 유의미하게 고혈압과 갑상선 질환에 더 많이 이환되었음이 나타났다. 따라서 만발성 우울증 환자군에 비해서 내과적 질환에 많이 이환된 조발성 환자군에서 내과적 질환에 의한 증상을 우울증의 증상으로 인식하여 표현함으로써 일반적 신체 증상을 크게 호소하였을 가능성이 있다고 생각해 볼 수 있다.

본 연구의 제한점은 첫째, 후향적 의무기록 검토에 의한 연구로 다양한 변인을 모두 조사하기 어려웠다는 점에서 한계가 있었다. 둘째, 조발성 우울증군과 만발성 우울증군의 우울 증상을 비교하는데 있어, HAM-D-17 척도 하나만으로 평가하였다는 점에서 다양한 증상을 비교 분석하는데 부족한 면이 있었다. 셋째, 본 연구는 3차 대학병원 한 곳에서만 수행된 연구로서 지역사회에서 조발성 우울증 환자군과 만발성 우울증 환자군의 임상증상을 일반화시키는데 한계가 있었다고 할 수 있다. 넷째, MRI 등 뇌영상촬영을 통한 뇌의 병리적 변화를 고찰하지 못했고, 인지적 기능의 객관적 평가를 하지 못하고, 모든 혈관성 위험인자에 대한 정보를 수집하지 못해 결과를 해석하는데 정확성이 떨어져 몇가지 가능성으로서만 결과를 해석할 수 있었다. 다섯째, 후향적 의무기록을 검토하여 얻은 자료의 한계로 인해 대상환자에 이환된 모든 내과적 질환을 조사하지 못했다. 이러한 여러 제한점에도 불구하고 본 연구는 한국에서 조발성 우울증과 만발성 우울증을 비교한 첫번째 임상연구라는 점에서 강점을 가지고 있고, 정신과 전문의에 의해 진단 및 평가가 이루어졌다는 측면에서 연구의 강점이 있다고 하겠다.

본 연구의 결과와 제한점을 고려해서 향후의 연구시 몇 가지 제안점을 생각해 볼 수 있다. 첫째로 지금까지 진행된 연구들이 주로 입원 환자를 대상으로 하거나 외래 환자를 대상으로 한 연구들이 대다수였는데, 노인 우울증 환자들의 경우 병원을 방문하는 경우가 많지 않아 향후

지역사회를 대상으로 하는 연구가 필요할 것으로 본다. 둘째로는 노인 환자들의 경우 내과적 질환이 공존하는 경우가 많으므로 내과적 질환이 우울증의 증상표현에 미치는 영향에 대한 폭넓은 연구가 필요할 것이다. 셋째로는 조발성 우울증과 만발성 우울증의 비교연구에 있어 혈관성 위험인자의 유무를 면밀히 조사하여 혈관성 위험인자가 우울증의 증상표현에 어떠한 영향을 주는지에 대한 연구가 필요할 것이다. 넷째로는 MRI와 MMSE 등 보다 객관적으로 환자의 뇌의 병리적 변화와 인지기능을 검토해 볼 수 있는 연구도구를 활용하여 결과의 해석에 신뢰성을 가질 수 있도록 하는 연구가 필요할 것이다. 다섯째로는 우울증 증상을 평가할 수 있는 여러 척도를 사용한 전향적 연구가 이루어질 필요가 있겠다.

결론적으로, 한국의 조발성 우울증 환자들은 만발성 우울증 환자에게 비해서 우울 증상 중 정신운동지체 증상과 일반적 신체 증상을 더 크게 호소하였다. 이는 한국의 조발성 우울증 환자들이 만발성 우울증 환자들보다 뇌의 병리적 변화를 많이 겪어 실행기능이 저하된 환자들이 많이 포함되어 있을 가능성과 혈관성 위험인자를 많이 가지고 있을 가능성이 있음을 유추할 수 있게 하였다. 또한 조발성 우울증 환자들이 신체적 질환에 더 많이 이환되었을 가능성이 있다는 점을 시사해준다는 점에서 의의를 찾을 수 있겠다. 하지만 본 연구가 3차 대학병원에서 시행되어 대상환자의 일반화에 한계가 있고 연구가 후향적이라는 측면에서 부족한 측면을 가지고 있으며 결과를 해석하는데 뇌영상결과 등 객관적인 정보가 부족하여 보다 신뢰성을 갖는 연구가 되기 위해서는 향후 지역사회를 대상으로 엄격한 연구디자인을 통한 전향적 연구가 반드시 필요할 것이다.

중심 단어 : 노인 우울증 · 조발성 우울증 · 만발성 우울증.

■ The authors have no financial conflicts of interest.

참고문헌

1. World Health Organization. World Health Report 2001: Mental Health: New understanding, New Hope. Geneva.
2. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. Lancet 2005; 365:1961-1970.
3. Koenig HG, Blazer DG. Mood disorder. In: Blazer DG, Steffens DC, Busse EW. Textbook of geriatric psychiatry. Washington, DC: American Psychiatric Publishing;2004.

- p.241-268.
4. Alexopoulos GS, Katz IR, Bruce ML, Ten Have T, Raue P, Bongér HR, et al. Remission in depressed geriatric primary care patients: a report from the PROSPECT study. *Am J Psychiatry* 2005;162:718-724.
 5. Sadoek BJ, Sadoek VA. *Synopsis of psychiatry*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins;2003. p.552-553.
 6. Alexopoulos GS. Geriatric depression in primary care. *Int J Geriatr Psychiatry* 1996;11:397-400.
 7. Baldwin R, Jeffries S, Jackson A, Sutcliffe C, Thacker N, Scott M, et al. Neurological findings in late-onset depressive disorder: comparison of individuals with and without depression. *Br J Psychiatry* 2005;186:308-313.
 8. Baldwin RC. Is vascular depression a distinct sub-type of depressive disorder? A review of causal evidence. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005;20:1-11.
 9. Teper E, O'Brian JT. Vascular factors and depression. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008;23:993-1000.
 10. Heun R, Koekler M, Papassotiropoulos A. Distinction of early- and late-onset depression in the elderly by their lifetime symptomatology. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000; 15:1138-1142.
 11. Holroyd S, Duryee JJ. Differences in geriatric psychiatry outpatients with early- vs late-onset depression. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997;12:1100-1106.
 12. Devanand DP, Adorno E, Cheng J, Burt T, Pelton GH, Roose SP, et al. Late onset dysthymic disorder and major depression differ from early onset dysthymic disorder and major depression in elderly outpatients. *J Affect Disord* 2004;78:259-267.
 13. Kozel FA, Trivedi MH, Wisniewski SR, Miyahara S, Husain MM, Fava M, et al. Treatment outcomes for older depressed patients with earlier versus late onset of first depressive episode. *Am J Geriatr Psychiatry* 2008; 16:58-64.
 14. Krishnan KR, Hays JC, Tupler LA, George LK, Blazer DG. Clinical and Phenomenological comparisons of late-onset and early-onset depression. *Am J Psychiatry* 1995; 152:785-788.
 15. Janssen J, Beekman AT, Comijs HC, Deeg DJ, Heeren TJ. Late-life depression: the differences between early- and late-onset illness in a community-based sample. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006;21:86-93.
 16. Corruble E, Gorwood P, Falissard B. Association between age of onset and symptom profiles of late-life depression. *Acta Psychiatr Scand* 2008;118:389-394.
 17. Baldwin RC, Tomenson B. Depression in later life. A comparison of symptoms and risk factors in early and late onset cases. *Br J Psychiatry* 1995;167:649-652.
 18. Burvill PW, Hall WD, Stampfer HG, Emmerson JP. A comparison of early-onset and late-onset depressive illness in the elderly. *Br J Psychiatry* 1989;155:673-679.
 19. Dillon C, Allegri RF, Serrano CM, Iturry M, Salgado P, Glaser FB, et al. Late- versus early-onset geriatric depression in a memory research center. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2009;5:517-526.
 20. Kim MD, Park YJ. Differences between early onset depression and late onset depression among elderly: clinical and biological perspectives. *J Korean Society of Biological Therapies in Psychiatry* 2002;8:164-175.
 21. Brodaty H, Luscombe G, Parker G, Wilhelm K, Hickie I, Austin MP, et al. Early and late onset depression in old age: different aetiologies, same phenomenology. *J Affect Disord* 2001;66:225-236.
 22. Division of brain disease of the Korea center for disease control and prevention. Risk factors for depression in older Koreans: Community-Based Geriatric Cohort Study. 2006-2007.
 23. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 Suppl 20:22-33.
 24. Gallagher D, Mhaolain AN, Greene E, Walsh C, Denihan A, Bruce I, et al. Late life depression: a comparison of risk factors and symptoms according to age of onset in community dwelling older adults. *Int J Geriatr Psychiatry* 2009.
 25. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960;23:56-62.
 26. Brown RP, Sweeney J, Loutsch E, Koosis J, Frances A. Involutional melancholia revisited. *Am J Psychiatry* 1984; 141:24-28.
 27. Avery D, Silverman J. Psychomotor retardation and agitation in depression. Relationship to age, sex, and response to treatment. *J Affect Disord* 1984;7:67-76.
 28. Salloway S, Malloy P, Kohn R, Gillard E, Duffy J, Rogg J, et al. MRI and neuropsychological differences in early- and late-life-onset geriatric depression. *Neurology* 1996;46:1567-1574.
 29. Greenwald BS, Kramer-Ginsberg E, Krishnan RR, Ashtari M, Aupperle PM, Patel M. MRI signal hyperintensities in geriatric depression. *Am J Psychiatry* 1996; 153:1212-1215.
 30. de Groot JC, de Leeuw FE, Oudkerk M, Hofman A, Jolles J, Breteler MM. Cerebral white matter lesions and depressive symptoms in elderly adults. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:1071-1076.
 31. Marin RS, Firinciogullari S, Biedrzycki RC. The sources of convergence between measures of apathy and depression. *J Affect Disord* 1993;28:7-14.
 32. Bella R, Pennisi G, Cantone M, Palermo F, Pennisi M, Lanza G, et al. Clinical presentation and outcome of geriatric depression in subcortical ischemic vascular disease. *Gerontology* 2010;56:298-302.
 33. Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Kakuma T, Silbersweig D, Charlson M. Clinically defined vascular depression. *Am J Psychiatry* 1997;154:562-565.

34. Krishnan KR, Hays JC, Blazer DG. MRI-defined vascular depression. *Am J Psychiatry* 1997;154:497-501.
35. Baldwin RC, O'Brien J. Vascular basis of late-onset depressive disorder. *Br J Psychiatry* 2002;180:157-160.
36. Alexopoulos GS, Kiosses DN, Klimstra S, Kalayam B, Bruce ML. Clinical presentation of the "depression-executive dysfunction syndrome" of late life. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002;10:98-106.
37. Conwell Y, Nelson JC, Kim KM, Mazure CM. Depression in late life: age of onset as marker of a subtype. *J Affect Disord* 1989;17:189-195.
38. Alexopoulos GS, Kelly RE Jr. Research advances in geriatric depression. *World Psychiatry* 2009;8:140-149.
39. Yamashita H, Fujikawa T, Yanai I, Morinobu S, Yamawaki S. Clinical features and treatment response of patients with major depression and silent cerebral infarction. *Neuropsychobiology* 2001;44:176-182.
40. Simpson SW, Jackson A, Baldwin RC, Burns A. 1997 IPA/Bayer Research Awards in Psychogeriatrics. Subcortical hypertensities in late-life depression: acute response to treatment and neuropsychological impairment. *Int Psychogeriatr* 1997;9:257-275.
41. Benazzi F. Late-life depression in private practice depressed outpatients: a 203-case study. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998;13:145-148.