

ORIGINAL ARTICLE

J Korean
Neuropsychiatr Assoc
2015;54(3):316-321
Print ISSN 1015-4817
Online ISSN 2289-0963
www.jknpa.org

노인과 노인 제외 성인 주요우울장애 외래 환자 간의 해밀턴 우울증 척도의 우울증상 비교

성균관대학교 의과대학 삼성서울병원 정신건강의학교실, 우울증센터,¹ 삼성융합의과학원,²
하버드 의과대학 메사추세츠 종합병원 우울증임상연구센터³

유익기¹ · 허정윤¹ · 김기원¹ · 백지현¹ · 유혜진¹ · 김동준² · 전홍진^{1,2,3}

Comparisons of Depressive Symptoms of the Hamilton Depression Rating Scale between Elderly and Non-Elderly Outpatients with Major Depressive Disorder

Ikki Yoo, MD¹, Jung-Yoon Heo, MD¹, Ki Won Kim, MD¹, Ji Hyun Baek, MD¹,
Hye Jin Yoo, MD¹, Dong Jun Kim, BA², and Hong Jin Jeon, MD, PhD^{1,2,3}

¹Department of Psychiatry, Depression Center, Samsung Medical Center, Sungkyunkwan University
School of Medicine, Seoul, Korea

²Department of Health Sciences & Technology, Department of Clinical Research Design and
Evaluation, and Department of Medical Device Management and Research, Samsung Advanced
Institute for Health Sciences & Technology (SAIHST), Seoul, Korea

³Depression Clinical and Research Program, Massachusetts General Hospital,
Harvard Medical School, Boston, MA, USA

Objectives Previous studies have reported that symptoms of patients with major depressive disorder (MDD) are different according to age groups, and the Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) is the most widely used measure to evaluate the symptoms of MDD. However, few previous studies have compared the symptoms of HDRS between the elderly and non-elderly groups.

Methods The study population consisted of 574 subjects with MDD who were ≥18 years old, evaluated using the Mini International Neuropsychiatric Interview and 17 items of HDRS. Differences between two groups were analyzed using independent t-test. A multivariate logistic regression model was used to evaluate associations between age and 17 items from HDRS after controlling for gender, years of education, marital status, and employment status.

Results Among 574 patients with MDD, there were 80 elderly patients (age≥65) and 494 non-elderly patients (age between 18 and 64). Elderly patients had higher scores on item 5 (middle insomnia) ($t=-2.271$, $p=0.024$) and item 6 (late insomnia) ($t=-2.280$, $p=0.023$), whereas they had lower scores on item 1 (depressed mood) ($t=2.860$, $p=0.004$), item 3 (suicide) ($t=2.258$, $p=0.024$), and item 9 (agitation) ($t=2.031$, $p=0.043$), although no significant difference in the total HDRS scores was observed between elderly and non-elderly. Multivariate logistic regression showed significant association of elderly with hypochondriasis [adjusted odds ratio (AOR)=1.894, 95% confidence interval (CI) 1.01–3.56] and agitation (AOR=0.50, 95% CI 0.29–0.87).

Conclusion Elderly MDD patients showed more insomnia and hypochondriasis and less depressed mood, suicidal ideation, and agitation than non-elderly.

J Korean Neuropsychiatr Assoc 2015;54(3):316-321

KEY WORDS Depression · Elderly · The Hamilton Depression Rating Scale · Outpatients.

Received April 21, 2015
Revised May 26, 2015
Accepted June 3, 2015

Address for correspondence

Hong Jin Jeon, MD, PhD
Department of Psychiatry,
Depression Center,
Samsung Medical Center,
Sungkyunkwan University
School of Medicine,
81 Inwon-ro, Gangnam-gu,
Seoul 06351, Korea
Tel +82-2-3410-3586
Fax +82-2-3410-0050
E-mail jeonhj@skku.edu

서론

한국 노인 인구는 서구 사회에 비해 빠르게 증가하고 있다. 통계 자료¹⁾에 따르면 1995년 5.5%인 노인 인구가 2020년에

이르면 11.4%로 증가할 것으로 예상되며, 2023년에는 15%에 달하여 초고령 사회에 진입할 것으로 예상된다. 노인층에서 우울증은 가장 흔한 정신과적 질환이고, 우울증과 함께 일어나는 자살 문제는 큰 사회적 부담이 되고 있다.²⁾ 따라서 앞으

로 우리 나라에서 노인층의 증가와 더불어 우울증과 노년기 자살 등이 점차 더욱 큰 사회적 문제가 될 것으로 예측된다.

주요우울장애의 발병은 보통 40세 경이며, 환자의 50% 정도가 보통 20~50세 사이에서 발병한다.³⁾ 주요우울장애가 노인층에서도 첫 번째로 발생할 수 있는 반면, 그들의 임상 양상이 노인을 제외한 성인층과 다른 패턴으로 나타나기 때문에 노인 우울증의 진단이 늦어질 수 있다.^{2,3)} 노인의 경우 다른 연령층에 비해 신체적인 증상을 많이 호소해서 정신건강의 문제가 간과되기 때문에 이들의 우울장애 빈도와 자살률을 적절히 평가하기가 어렵다.⁴⁾ 노인의 증상은 정상적인 노화 과정과 혼동되어 진단되지 못하고 넘어가기도 하고, 때로는 노인 자신이 우울증상에 대해 병식이 부족하여 병원을 찾지 않거나, 증상의 핵심과 맞지 않게 신체적인 부분에 대해서만 치료를 받으며 여러 병원을 다니기도 한다. 임상적 우울증상을 보이기는 하지만 주요 우울 삽화의 진단 기준을 충족하지 않는 노인의 비율이 15% 정도 된다고 알려져 있다.³⁾

미국 National Institute of Health에서 대규모로 시행한 연구 결과⁵⁾와 Lyness 등⁶⁾의 연구를 필두로 하여 이후로 세계 각지에서 시행된 수많은 연구들에서 노인 우울증에서의 우울감 자체의 호소는 적고, 정신과적 증상을 신체적 증상으로 표현하는 경향이 많을 뿐더러 전반적인 정신과적 증상을 표현하기도 꺼려하는 경향이 있다고 보고하였다.⁷⁾ 또한 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition(이하 DSM-5)⁸⁾이 새롭게 개정되었으나 주요 우울 삽화에 대한 진단은 대상이 소아이거나 노인임에 관계 없이 지속적으로 쓰이고 있으며, 현재 사용하고 있는 진단 체계가 노인층의 우울증상을 평가하기에는 적절하지 않다는 보고도 있다.⁹⁾ 중요한 것 중의 하나는, 노년기 우울장애 환자는 많은 경우에 상당 기간 동안 치료 없이 지내기 때문에, 흔히 가면성 우울증 상태로 있다는 점이다.¹⁰⁾ 많은 노인들이 자신의 증상을 숨기거나 부정하기 때문에, 정확한 평가를 위해서는 증상을 알아내기 위한 의료진의 더 적극적인 노력이 요구된다고 보겠다.

노인과 젊은 성인군에서 우울장애를 비교한 Shahpesand¹¹⁾의 연구에서는 노인군에서 우울한 기분과 성적 증상, 죄책감은 적었던 반면 활동, 지체, 전반적 신체 증상, 건강염려증, 중기/후기 불면증, 신체적 불안 및 위장관계 증상 호소가 의미 있게 높게 나타났다. 하지만 이 연구에서는 성별, 학력, 결혼 상태 등을 보정하지 않은 채로 진행하였으며, 총 점수에 대한 비교 역시 되어있지 않은 제한이 있었다. 노인의 경우 여성이나 낮은 교육 수준, 혼자 사는 것은 우울장애의 고위험 인자로 알려져 있기 때문에 결과 해석에 있어서도 이런 요인들에 대한 고려가 선행되어야 할 것이다.¹²⁾ Tan 등¹³⁾의 연구에서는 노인군에서 우울감과 신체 증상을 더 많이 호

소하지만, 그러한 것들이 학력과 언어적 요소의 영향으로 설명 가능하다고 보고하기도 했다. 우리 나라에서 우울증의 여러 임상 양상을 연령대별로 비교한 논문은 많지 않은 상태이고, 최근 한 기관에서 시행한 연구¹⁴⁾는 전체 표본의 수가 적고, 일 도시에서만 한 연구로 다양한 요인별로 비교 분석을 하기에는 제한이 있었다.

이에 본 연구에서는 외래 환자에서 노인과 노인 제외 성인군 간의 우울증상 차이를 17항목의 해밀턴 우울평가척도(Hamilton Depression Rating Scale, 이하 HDRS)를 이용하여 확인해 보고, 이에 대한 분석을 해 보았다.

방 법

대 상

본 연구는 2009년 7월 1일부터 2012년 7월 28일까지 삼성서울병원 정신건강의학과 외래 및 우울증센터 외래로 새로이 내원한 환자들 중 DSM-IV 진단으로 주요우울장애로 진단된 환자들을 대상으로 하였다. 이들 중 만 65세 이상을 노인으로 정의하였다. 주요우울장애의 초발 여부 및 이전 약물 치료 여부에 관계없이 신환으로 방문한 모든 환자를 포함하였다. 양극성 장애, 조현병, 다른 정신병적 장애, 기질성 정신 질환, 정신 지체, 간질을 포함한 신경과적 질환과 중증의 신체 질환이 있는 경우 제외되었다.

방 법

연구 참여자의 기초적인 정보로 성별, 연령, 교육 연한, 결혼 상태 및 직업 여부 등의 항목에 대해 자료를 수집하였다. 첫 방문에는 3년 이상의 임상 경험을 가진 정신건강의학과 의사가 연구 대상자의 정신과적, 내과적인 병력을 평가하여 그들의 적합성을 확인하였다. 정신과 전문의 진료 후 당일엔 우울증센터 소속의 숙련된 임상심리사가 Mini International Neuropsychiatric Interview를 시행하여 공존질환을 평가하였다. 임상심리사는 동시에 해밀턴 우울증 평가척도(HDRS),¹⁵⁾ 기분 장애 설문지(Mood Disorder Questionnaire, 이하 MDQ),¹⁶⁾ 경조증 증상 체크리스트-32(Hypomania/Mania Symptom Checklist-32, 이하 HCL-32)¹⁷⁾를 시행하였다. MDQ와 HCL-32는 잠재적 양극성 장애 경향을 평가하는 데 사용되었으며, 각각 모두 한국에서 타당도 및 신뢰도 평가에 대한 연구가 완료된 바 있다.^{18,19)} 모든 연구 과정은 삼성서울병원 기관윤리심의위원회의 승인을 획득하였다.

통계 분석

연속형 변수의 경우 평균과 표준편차로, 범주형 변수의 경

우 빈도 및 비율로 제시하였다. 노인과 노인 제외 성인군의 인구학적 특성을 카이제곱검정(chi-square test)으로, 연속형 변수인 HDRS, MDQ, HCL-32 총 점수를 독립표본 t-test로 분석하였다. 노인군과 노인 제외 성인군 사이의 HDRS 각 항목 평균 점수를 비교하기 위해 독립표본 t-test를 시행하였다. 각 우울증상별로 나이의 영향을 좀 더 명확하게 보기 위해 성별, 교육 연한, 결혼 상태와 직업 유무를 통제 변인으로 두고 HDRS 각 항목의 점수를 0점과 1점 이상인 이분형 변수로 치환한 뒤 로지스틱 다중회귀분석(logistic multiple linear regression)을 수행하였다.

결 과

양군 간 인구사회학적 특성은 표 1에 제시되어 있으며, 연

속형 변수의 경우 평균과 표준편차로, 범주형 변수의 경우 빈도 및 비율로 제시하였다. 대상자는 총 574명으로 그 중 65세 이상 노인이 80명이었고, 노인군의 평균 연령은 70.42 ± 4.63 세였으며 노인 제외 성인군은 41.55 ± 13.79 세였다. 교육 연한의 경우 유의미하게 노인군이 낮은 것으로 나타났고, 현재 무직 상태인 사람의 비율과 현재 결혼하여 배우자가 존재하는 사람의 비율은 노인군이 더 높은 것으로 나타났다. 그 외 남녀 비율이나 HDRS, MDQ 점수는 양군 간 유의한 차이가 없었다. HCL-32 점수의 경우 젊은 층에서 유의하게 높은 형태를 보였다.

표 2는 노인과 노인 제외 성인군의 HDRS 각 항목 당 점수 비교이며, 앞서 밝혔듯이 HDRS 총점은 양군 간 차이가 없었으나 노인군에서 5번 항목(중기 불면증)($t=-2.271$, $p=0.024$)과 6번 항목(후기 불면증)($t=-2.280$, $p=0.023$)의 점수가 유의

Table 1. Demographic and clinical profiles of the subjects (n=574)

Characteristics	Elderly (n=80)	Non-elderly (n=494)	χ^2 or F	p-value
Age (years), mean \pm SD	70.42 \pm 4.63	41.55 \pm 13.79	574.000	<0.001
Education (years), mean \pm SD	9.19 \pm 4.77	13.37 \pm 3.27	90.270	<0.001
Male, n (%)	24 (30.0)	150 (30.4)	0.004	0.948
Currently unemployed, n* (%)	31 (40.8)	75 (15.8)	41.173	<0.001
Currently married, n (%)	61 (76.3)	309 (64.8)	85.967	<0.001
Current suicidality scores, mean \pm SD	0.92 \pm 1.84	3.69 \pm 6.70	14.034	0.782
HDRS scores, mean \pm SD	15.11 \pm 5.98	15.85 \pm 6.10		0.227 [†]
MDQ scores, mean \pm SD	4.65 \pm 2.84	5.30 \pm 3.62		0.065 [†]
HCL-32 scores, mean \pm SD	6.06 \pm 5.15	11.04 \pm 7.18		0.007 [†]

* : Housewives were excluded, [†] : p-value from univariate analysis. HDRS : Hamilton Depression Rating Scale, MDQ : Mood Disorder Questionnaire, HCL-32 : Hypomania/Mania Symptom Checklist 32

Table 2. Comparison of HDRS items between non-elderly and elderly group

HDRS	Elderly (n=80)	Non-elderly (n=494)	t-value from univariate analysis (p-value)
	Mean \pm SD	Mean \pm SD	
1. Depressed mood	1.35 \pm 0.84	1.65 \pm 0.86	2.860 (0.004)*
2. Feelings of guilt	0.48 \pm 0.64	0.64 \pm 0.75	1.910 (0.057)
3. Suicide	0.55 \pm 0.76	0.82 \pm 1.04	2.258 (0.024)*
4. Insomnia (early)	1.03 \pm 0.86	0.88 \pm 0.85	-1.416 (0.157)
5. Insomnia (middle)	1.23 \pm 0.81	1.01 \pm 0.77	-2.271 (0.024)*
6. Insomnia (late)	0.94 \pm 0.80	0.73 \pm 0.74	-2.280 (0.023)*
7. Work and activities	1.33 \pm 0.88	1.50 \pm 0.80	1.835 (0.067)
8. Retardation	0.31 \pm 0.52	0.43 \pm 0.60	1.596 (0.111)
9. Agitation	0.65 \pm 0.66	0.81 \pm 0.66	2.031 (0.043)*
10. Anxiety (psychic)	1.35 \pm 0.80	1.49 \pm 0.78	1.485 (0.138)
11. Anxiety (somatic)	1.54 \pm 0.73	1.62 \pm 0.68	0.968 (0.334)
12. Somatic symptoms (gastrointestinal)	0.55 \pm 0.50	0.64 \pm 0.54	1.350 (0.177)
13. Somatic symptoms (general)	0.95 \pm 0.53	0.98 \pm 0.50	0.420 (0.675)
14. Genital symptoms	0.85 \pm 0.77	0.91 \pm 0.82	0.646 (0.518)
15. Hypochondriasis	1.13 \pm 0.75	0.98 \pm 0.87	-1.366 (0.172)
16. Weight loss	0.49 \pm 0.66	0.48 \pm 0.71	-0.067 (0.946)
17. Insight	0.29 \pm 0.48	0.29 \pm 0.50	-0.001 (0.999)

* : $p < 0.05$. HDRS : Hamilton Depression Rating Scale

Table 3. Multivariate logistic regression analysis for relative odds ratio of each depressive symptom according to age

HDRS	Elderly (n=80)		Non-elderly (n=494)		AOR	(95% CI)
	n†	%	n†	%		
1. Depressed mood	66	13.1	439	86.9	0.686	(0.324-1.455)
2. Feelings of guilt	32	11.6	243	88.4	0.805	(0.470-1.382)
3. Suicide	31	12.0	228	88.0	0.721	(0.419-1.239)
4. Insomnia (early)	52	15.4	285	84.6	1.146	(0.660-1.991)
5. Insomnia (middle)	61	14.8	350	85.2	1.010	(0.548-1.862)
6. Insomnia (late)	52	16.0	273	84.0	1.431	(0.825-2.483)
7. Work and activities	64	13.0	427	87.0	0.528	(0.262-1.065)
8. Retardation	23	11.1	185	88.9	0.683	(0.383-1.217)
9. Agitation	44	11.7	331	88.3	0.503	(0.291-0.870)*
10. Anxiety (psychic)	69	13.7	436	86.3	0.734	(0.324-1.664)
11. Anxiety (somatic)	76	14.0	466	86.0	0.880	(0.266-2.911)
12. Somatic symptoms (gastrointestinal)	44	12.8	299	87.2	0.729	(0.425-1.250)
13. Somatic symptoms (general)	67	13.6	425	86.4	0.719	(0.345-1.495)
14. Genital symptoms	50	14.0	307	86.0	1.165	(0.665-2.040)
15. Hypochondriasis	64	16.5	323	83.5	1.894	(1.008-3.561)*
16. Weight loss	32	15.5	175	84.5	1.107	(0.643-1.906)
17. Insight	22	14.5	130	85.5	0.976	(0.539-1.770)

Adjusted for gender, years of education, employment status, and marital status. * : $p < 0.05$, † : Number of subjects who have each depression symptom among total subjects. AOR : Adjusted odds ratio, CI : Confidence interval, HDRS : Hamilton Depression Rating Scale

미하게 더 높은 것으로 나타났다. 반면 1번 항목(우울감)($t=2.860$, $p=0.004$), 3번 항목(자살)($t=2.258$, $p=0.024$), 그리고 9번 항목(초조)($t=2.031$, $p=0.043$)의 경우에는 노인군에서 더 점수가 낮은 것으로 나타났다. 앞서 표 1에서 나타난 결과와 같이 교육 연한, 결혼 상태와 직업 유무의 경우 노인군과 비노인군 간 유의한 차이가 있었으며, 남녀 간 차이로 인한 결과의 오해석을 최소화하고자 성별, 교육 연한, 결혼 상태와 직업 유무까지 총 4개 변인을 통제된 상태에서 로지스틱 회귀분석을 시행하였다. 그 결과, 다른 변인이 통제된 상태에서 노인군에서 초조감[adjusted odds ratio(이하 AOR)=0.503, 95% confidence interval(이하 CI) 0.291-0.870]의 호소가 더 낮고, 건강염려증(AOR=1.894, 95% CI 1.008-3.561)의 호소가 더욱 높은 것으로 나타났다(표 3). 그 외의 항목들에 대해서는 노인군과 노인 제외 성인군 사이에서 유의한 관련성을 보이지 않았다. 유의한 차이가 있는 것으로 나타난 HDRS 총 6개 항목들(우울감, 자살, 중기 불면증, 후기 불면증, 초조, 건강염려증)에 대한 나이대별 변화를 그림 1에 도식화하여 나타내었다.

고 찰

본 연구에서는 우울증 증상의 특성에 대해 HDRS의 각 17개 항목들로 분석해 본 바, 노인군에서 중기 불면증, 후기 불면증과 건강염려증의 정도가 더 높고, 우울감, 자살, 초조 경향은 더 낮은 것으로 나타났다. 인과 관계를 좀 더 엄격하게

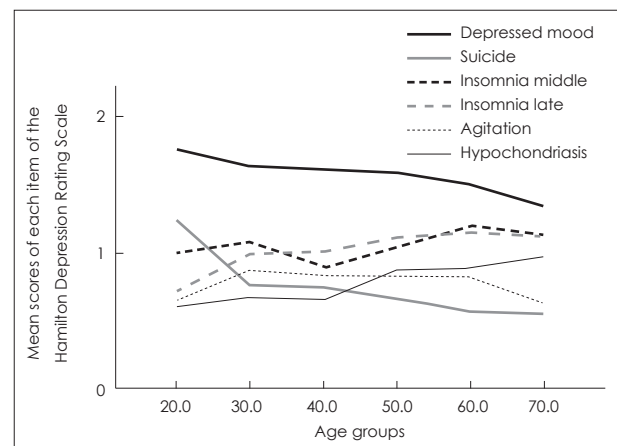


Fig. 1. Mean scores of each item of the Hamilton Depression Rating Scale by age groups.

보기 위한 로지스틱 회귀 분석의 특성 상 각 항목별 중증도가 회귀 분석에서는 포함되지 않아 단순군 간 비교와는 결과가 다소 다르게 나타났을 수 있겠다. 우울증상의 중증도 자체와 노인군과 노인 제외 성인군에서 총 HDRS 점수는 유의한 차이가 없었던 것으로 추측해 보면, 임상적으로 유의한 정도의 우울증으로 진단이 되더라도 노인군에서는 널리 알려진 바와 같이 우울감이나 자살 사고 자체의 호소는 더 적으나 실제로 불면증이나 신체적인 문제에 대한 걱정 정도는 더 높은 것으로 볼 수 있다.

이는 노인 우울증의 임상 양상에서 우울감의 표현이 보통

없거나 감춰져 있고, 불면증이나 건강염려증적 성향이 더욱 높다고 밝혀진 Shahpesand¹¹⁾의 연구와 일치한다. Gottfries⁷⁾의 연구에서도 역시 노인 우울증에서 신체적인 증상과 그에 대한 몰입, 치매 등의 기저 질환이 우울감의 호소를 압도하여 드러나지 않게 하고 있다는 비슷한 결과를 보고한 바 있다. 건강염려증적 성향을 가진 노인들의 경우 진단 이후 치료 과정에서 약물의 사소한 부작용도 잘 참지 못하는 특징을 보여 치료에도 부정적인 영향을 미치기도 한다.²⁰⁾ 영국에서 시행된 Livingston 등²¹⁾의 연구에서는 노인 우울증 환자들이 신체적인 동반 이환력과 장애가 많아 신체 증상과 불면증의 호소가 더욱 많은 것으로 나타났다. 본 연구에서 중기 불면증과 후기 불면증이 많은 것은 노인들의 경우 생물학적으로도 수면상 후퇴 증후군이나 일주기리듬장애의 유병률이 많은 것과도 연관이 있겠다.²²⁾ 그리고 노년기 불면증에 대해 최근 밝혀진 연구 결과^{23,24)}에 따르면, 낮잠을 자주 자게 되는 습관 등이 불면증을 비롯하여 기분장애, 불안장애 등의 정신과적 질환의 이환율과 유의한 상관관계를 보이기도 하고, 우울증을 앓는 노인에서 더 수면에 대한 역기능적인 믿음을 가지고 있을 확률이 높아 이에 대한 개입이 필요할 것으로 생각할 수 있겠다.

반면, 프랑스에서 시행된 Léo 등²⁵⁾의 연구에서는 노화에 따라 우울증의 양상이 다르다고 서술하며, 신체적 염려, 불안감, 기억력 저하와 잦은 자살 사고 등이 노인에서 두드러진다고 밝혔다. 자살 사고의 경우 본 연구와는 반대의 결과로 나타났는데, 이는 우리 나라에서 유독 높은 노인 자살률을 감안해 보았을 때 오히려 국내 노인 우울증의 경우 자살 사고와 위험성이 본인 보고의 부족 등으로 실제보다 저평가되고 있는 것으로 해석할 수 있겠다. 불안감의 경우 본 연구에서는 노인과 노인 제외 성인군에서 관계가 없는 것으로 나타났으나, 오히려 초조감의 경우 노인에서 더 낮은 것으로 나타났다. 이는 앞선 연구들과 차이를 보이는데, 자가 보고 형식의 설문에서 노인 환자들이 상대적으로 스스로의 정신운동 초조 증상에 대한 인지가 부족했을 수 있었겠으며, 문화권에 따른 증상 표현의 차이 역시 고려해야 할 것으로 보인다. 그리고 Hong 등¹⁴⁾이 연구한 바에 따르면 우울감의 호소는 차이가 없고, 노인들이 일과 활동, 정신운동 지체, 신체적 불안감 및 위장관계 신체화 증상들을 더욱 두드러지게 호소하며 성적 증상의 호소가 적은 것으로 나타났다. 하지만 이 연구에서는 노인 우울증의 정도가 HDRS 평균 31점에 해당할 정도로 증상이 심한 군을 주 대상으로 하였으며, n수 역시 본 연구에 비해 많이 적은 편이었고, 연구 결과 자체도 학력 차이를 보정하여 회귀 분석한 결과로는 모두 차이가 상쇄된 것으로 나타났다. 본 연구에서는 좀 더 큰 규모의 외래 환자

집단을 대상으로 하였으며 추가로 성별, 교육 연한과 직업 여부, 결혼 여부 등을 보정했으므로 좀 더 임상적으로 유의미한 결과일 것으로 추측할 수 있다. 한편 특히 동양권에서 노인의 성적인 증상과 관련된 증상이 다소 낮게 보고되는 경향이 있어,²⁶⁾ 본 연구에도 영향을 미쳤을 가능성도 있겠다.

본 연구의 제한점은 첫째, 우울증 특성을 비교하는 데 있어 HDRS 하나만으로 평가하였다는 점에서 그 외 더 다양한 증상을 비교하는 데 부족한 점이 있었을 것으로 보인다. 둘째로는, 병용 치료 약물이나 병력 상 동반 이환 질환에 대해서는 정보가 부족한 면이 있어 통제 변인으로 넣지 못하여, 이에 대한 영향을 배제할 수 없다는 점이다. HDRS와 같은 경우 일부 항목들의 점수는 병용 중인 다른 약물의 영향을 받았을 가능성도 있겠다. 셋째로는, 일 종합병원에 내원한 환자를 대상으로 하였기 때문에 국내 전체 노인을 대상으로 일반화하기는 어렵다. 마지막으로, 신체 증상을 가진 경우에 종합병원에 더 방문을 자주하게 된다는 점이다. 신체증상을 가진 군이 일반인이나 일차의료기관보다 더 많이 포함될 수 있다.

노인의 기분장애는 의학적, 사회적, 경제적으로 매우 중대한 건강 문제로서, 특히 노인 층에서의 우울장애는 그 정도가 심하지 않더라도 환자에게 커다란 고통을 줄 뿐만 아니라, 내과적 합병증으로 인한 사망률과 기능 저해까지 일으킬 수 있으며, 가정 내 불화를 야기하기도 한다.⁹⁾ 노인에서의 우울증을 성인과 동일한 진단 기준 상으로 진단하게 될 경우 임상적으로 유의하게 우울증상이 있는 상당 수의 노인 환자군을 배제하게 되는 결과를 초래할 수 있다.²⁷⁾ 노인 우울증의 경우 전반적 신체 증상 악화, 삶의 질 저하, 나아가서는 사망률 증가와도 연관이 있으나 앞서 서술한 이유들로 인해 비교적 늦은 진단과 치료가 이루어지고 있는 상태이다.²⁸⁾ 노년기 우울증에 대한 정확한 지식이 임상적 진단과 조기 개입을 가능하게 할 것이다. 문화권과 언어, 상황에 따른 별도의 노년기 우울증 진단 척도의 추가 개발이 필요하고 본 연구를 토대로 노인 층에서 우울장애에 대한 좀 더 적극적인 진단이 필요할 것으로 보인다.

결 론

본 연구에 따르면 노인 주요우울장애 환자들의 경우 노인 제외 성인 환자들에 비해 불면증과 건강염려증적 성향이 높은 반면 우울감과 자살 사고의 표현과 초조감은 더 적은 것으로 나타났다.

중심 단어 : 우울증 · 노인 · 해밀턴 우울평가척도 · 외래 환자.

Acknowledgments

이 연구는 2011년 정부(교육과학기술부)의 재원으로 한국연구재단(the National Research Foundation of Korea, NRF)의 기초과학연구 프로그램의 지원을 받아 수행된 연구임(No. 2011-0013064). 또한 이 연구는 삼성생명과학연구소의 지원을 받았음(C-B1-311). 삼성서울병원 우울증 자살예방 Lab(Samsung Depression and Suicide Prevention Lab) 김민주, 이지현, 장윤정 선생님께 감사드린다. 또한, 삼성서울병원 정신건강의학과 임상심리파트 김지혜 교수님, 우울증센터 임상심리사 이은호 선생님께 감사드린다.

Conflicts of Interest

The authors have no financial conflicts of interest.

REFERENCES

- 1) Cho MJ, Park JI, Bae A, Bae JN, Sohn JW, Ahn JH, et al. The epidemiological survey of mental disorders in Korea [Internet]. Seoul: Seoul National University College of Medicine; 2011 [cited 2014 Oct 6]. Available from: <http://www.google.co.kr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CCIQFjAA&url=http%3A%2F%2Fstat.mw.go.kr%2Ffront%2Finclude%2Fdownload.jsp%3FbsSeq%3D13%26nttSeq%3D18458%26atchSeq%3D3026&ei=shYqVJKXEoeE8gWkk4GADg&usg=AFQjCNGSD11Yht8HJQLZnkYnvaRS14aYlQ&bvm=bv.76477589,d.dGc&cad=rjt>.
- 2) Parkar SR. Elderly mental health: needs. *Mens Sana Monogr* 2015; 13:91-99.
- 3) Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 11th ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health; 2014.
- 4) Arai H, Ouchi Y, Yokode M, Ito H, Uematsu H, Eto F, et al. Toward the realization of a better aged society: messages from gerontology and geriatrics. *Geriatr Gerontol Int* 2012;12:16-22.
- 5) Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS, Reynolds CF 3rd, Alexopoulos GS, Bruce ML, et al. Diagnosis and treatment of depression in late life. Consensus statement update. *JAMA* 1997;278:1186-1190.
- 6) Lyness JM, Cox C, Curry J, Conwell Y, King DA, Caine ED. Older age and the underreporting of depressive symptoms. *J Am Geriatr Soc* 1995;43:216-221.
- 7) Gottfries CG. Is there a difference between elderly and younger patients with regard to the symptomatology and aetiology of depression? *Int Clin Psychopharmacol* 1998;13 Suppl 5:S13-S18.
- 8) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
- 9) VanItallie TB. Subsyndromal depression in the elderly: underdiagnosed and undertreated. *Metabolism* 2005;54(5 Suppl 1):39-44.
- 10) Beheydt LL, Schrijvers D, Docx L, Bouckaert F, Hulstijn W, Sabbe B. Psychomotor retardation in elderly untreated depressed patients. *Front Psychiatry* 2015;5:196.
- 11) Shahpesandy H. Different manifestation of depressive disorder in the elderly. *Neuro Endocrinol Lett* 2005;26:691-695.
- 12) Cole MG, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2003;160:1147-1156.
- 13) Tan LL, Ng LL, Tan S, Roy K, Brodaty H, Parker G. Depression in Singapore: failure to demonstrate an age effect on clinical features. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001;16:1054-1060.
- 14) Hong SW, Lee DS, Jae YM, Jang SH, Choi JH, Jang YK, et al. Comparison of Depressive Symptoms of Major Depressive Disorder between Elderly and Non-Elderly Group in Busan City in South Korea. *J Korean Soc Biol Ther Psychiatry* 2008;14:58-63.
- 15) Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychol* 1967;6:278-296.
- 16) Hirschfeld RM, Williams JB, Spitzer RL, Calabrese JR, Flynn L, Keck PE Jr, et al. Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. *Am J Psychiatry* 2000;157:1873-1875.
- 17) Angst J, Adolfsson R, Benazzi F, Gamma A, Hantouche E, Meyer TD, et al. The HCL-32: towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients. *J Affect Disord* 2005;88:217-233.
- 18) Oh MY, Angst J, Sung TH, Lee EH, Hong KS, Lee DS, et al. Reliability and validity of the Hypomania Symptom Checklist-32 in Korea. *Korean J Clin Psychol* 2009;28:321-338.
- 19) Jon DI, Hong N, Yoon BH, Jung HY, Ha K, Shin YC, et al. Validity and reliability of the Korean version of the Mood Disorder Questionnaire. *Compr Psychiatry* 2009;50:286-291.
- 20) Salzman C. Pharmacologic treatment of depression in the elderly. *J Clin Psychiatry* 1993;54 Suppl:23-28.
- 21) Livingston G, Watkin V, Milne B, Manela MV, Katona C. The natural history of depression and the anxiety disorders in older people: the Islington community study. *J Affect Disord* 1997;46:255-262.
- 22) Sloan EP, Flint AJ, Reinish L, Shapiro CM. Circadian rhythms and psychiatric disorders in the elderly. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 1996; 9:164-170.
- 23) Leblanc MF, Desjardins S, Desgagné A. The relationship between sleep habits, anxiety, and depression in the elderly. *Nat Sci Sleep* 2015; 7:33-42.
- 24) Leblanc MF, Desjardins S, Desgagné A. Sleep cognitions associated with anxiety and depression in the elderly. *Clin Interv Aging* 2015; 10:575-582.
- 25) L  o H, Gallarda T, Fabre I, Oli   JP. [Depression and aging]. *Bull Acad Natl Med* 2004;188:999-1007; discussion 1007-1010.
- 26) DeLamater J, Karraker A. Sexual functioning in older adults. *Curr Psychiatry Rep* 2009;11:6-11.
- 27) Lyness JM, Kim J, Tang W, Tu X, Conwell Y, King DA, et al. The clinical significance of subsyndromal depression in older primary care patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007;15:214-223.
- 28) Small GW. Differential diagnoses and assessment of depression in elderly patients. *J Clin Psychiatry* 2009;70:e47.