우울증 가족력에 따른 주요 우울장애 환자의 특성: 우울증 임상연구센터 연구

정승희^{1,2)}, 임현우^{1,2)}, 정영은³⁾, 조선진¹⁾, 전태연³⁾, 정성원⁴⁾, 이민수⁵⁾, 김재민⁶⁾

가톨릭대학교 의과대학 예방의학교실¹⁾, 가톨릭임상연구지원센터²⁾
가톨릭대학교 의과대학 정신과학교실³⁾, 계명대학교 의과대학 정신과학교실⁴⁾
고려대학교 의과대학 정신과학교실⁵⁾, 전남대학교 의과대학 정신과학교실⁶⁾

서론

2주 이상 우울한 기분이 지속되어 치료를 필요로 하는 우울증(depression)을 뜻하는 주요우울장애(major depressive disorder(MDD))는 2006년 정신질환실태 역학조사에 따르면 평생 유병률 5.6%, 1년 유병률 2.5%로 국내 유병률이 매우 높은 질환이다[1]. 우울장애는 환자 자신이 겪는 신체적, 정신적 고통이 클 뿐만 아니라 2001년 WHO 자료에 의하면 질병의 부담에 있어 전체 질환 중 4위를 차지하는 것으로 보고하였으며, 2020년에는 2위를 차지할 것으로 예측되고 있어 국내외 우울증이 사회경제적으로 미칠 영향력은 매우 크다고 할 수 있다. 특히 자살 사망자의 약 80%는 오랜 기간 우울증을 앓고 있던 환자이며, 우울증 환자의 15%가 자살로 인해 사망할 정도로 우울증은 자살과도 밀접한 관계가 있다[2,3]. 우리나라는 2002년 OECD 회원국 중 자살로 인한 사망률이 4위였으며, 1982-2002년간 자살 증가율은 5.2%로 OECD 회원국 중 1위를 차지하여 국민 건강상의 부담뿐만 아니라 심각한 사회문제이다[4].

우울증은 원인적 측면에서 단일 요인에 따른 질환이라기보다는 유전적·생물학적·심리사회적요인 등 다양한 원인들에 의하여 발생하는 중후군일 가능성이

로 생각되고 있다. 그 중에서 유전적 요인은 우울증 발병에 있어 약 33~50% 정도로 강하게 작용하고 있음이 보고된 바 있다[5-7]. 병태생리 및 유전과 관련한 다양한 연구들을 진행한 결과 우울증의 발병에는 여러 유전자의 이상이 복합적으로 관여하고, 다인성 질환(multifactorial disease)으로서 유전-환경적 상호관계(genetic-environmental interactions)도 중요한 역할을 하는 것으로 이해된다.

우울증 가족력과 MDD 환자의 임상양상과의 관련성에 대한 연구에 따르면 일반인구(general population)에서 가족 중 우울증을 앓은 경우, 우울증 발병 위험이 2.8배 높은 것으로 조사되었다[8]. 또한 메타분석 결과, 우울증 가족력은 조기 발병(early onset), 잦은 재발, 더 오랜 기간의 주요 우울 삽화(major depressive episode(MDE)) 및 심한 기능장애(functional impairment)와 관계가 있는 것으로 보고하였다[9].

한국의 전통적인 개념에서 우울증은 질병으로 보기 보다는 정상적으로 보아 넘기거나, 문제가 있다 하더라도 그것은 삶의 한 과정으로 보는 우리의 태도와, 우울증을 신체 허약 또는 영양실조로 보는 등 강한 신체화 경향으로 인하여 한국인에서 우울증은 독특한 특징을 가지고 있다. 한국인 우울증의 특징은 신체증상을 많이 호소하고, 죄책감과 자살사고가 서구사회에 비해 적지 않다는 점이 보고되었다[10].

이에 본 연구에서는 한국에서의 우울증환자를 대상으로 우울증 가족력에 따른 주요 우울장애 환자의 특성을 알아보고자 단면조사 연구를 시행하였다.

접수 : 2008년 11월 10일 채택 : 2008년 12월 22일
교신저자 : 임현우
주소 : (137-701) 서울시 서초구 반포동 505번지 가톨릭대학교 의과대학 예방의학교실
전화 : +82-2-590-2511 팩스 : +82-2-590-2694
E-mail : y1693@catholic.ac.kr
본 연구는 보건복지부 보건과학기술진흥사업의 지원에 의해 이루어진 것임(과제번호 : A050047).

연구대상 및 방법

1. 연구대상 및 조사내용

본 연구는 보건복지부 주관으로 지정된 국책 연구 기관인 우울증 임상연구센터에서 구축한 우울증 환자 코호트에 등록된 환자를 대상으로 하였다. 우울증 환자 코호트는 우울장애에 대한 원인, 진단, 치료, 및 예후에 대한 연구를 수행하여 궁극적으로 국내 실정에 적합한 표준진료지침을 개발하고자 구축되었다. 전국 19개 병원으로부터 2005년 9월 1일 부터 2008년 8월 31일 까지 총 1,183명의 환자가 등록되었으며, 향후 6년간 전향적 추적관찰이 이루어질 예정이다.

우울증 환자 코호트에는 인구사회학적 요인과 함께 임상적 진단, 치료관련정보, 환자의 과거력 및 실험실적 검사, 임상적 전반 인상(Clinical Global Impression (CGI (Guy, 1976))), 해밀톤 우울 평가 척도(Hamilton Depression Rating Scale (HAMD-17(Hamilton, 1960))), 해밀톤 불안 척도(Hamilton Anxiety Scale (HAMA (Hamilton, 1959)))에 대한 정보와 자살 기왕력, 흡연·음주습관, 약물복용력, 삶의 질과 Beck 우울 질문지 2판(Beck Depression inventory-II (BDI-II, 1998))에 대한 자료가 수집되었다[11-14]. 대상자 선정기준은 정신과 전문의의 임상면담에 의하여 DSM-IV 진단기준에 의해 주요우울삽화(MDE), 기분부전장애(Dysthymic disorder), 또는 달리 분류되지 않는 우울장애(Depressive disorder Not Otherwise Specified) 진단을 만족시키는 초발 또는 재발 환자로 연구에 대해 충분한 설명 후 환자 동의를서를 작성 후, 최종 등록하였으며, 임상적으로 유의한 의학적 상태(예: 신장, 간장, 심혈관계, 호흡기계, 면역계 질환)가 조절되지 않는 환자와 심각한 급성 신체질환으로 정신과적 평가 및 치료 유치가 어려운 환자는 본 코호트 등록 대상자에서 제외되었다.

본 연구는 우울증 환자 코호트에 등록된 총 1,183명 중 정신과 전문의에 의해 DSM-IV 기준상 정신병적 증상을 동반하지 않은 주요우울장애(Non-psychotic major depressive disorder)로 진단되었으며, HAMD-17 척도 점수 14점 이상인 만 18세 이상 환자 817명을 최종 연구대상으로 하였다.

인구사회학적 항목(성별, 연령, 결혼상태, 직업여부, 교육정도)과 함께 우울증 관련 항목(과거 우울증 삽화

여부, 첫 우울증 삽화 발생시기, 과거 우울증 삽화 횟수, 우울증 외 다른 정신과적 질환(공황장애, 불안장애, 및 알코올 의존성 증후군 등이 포함)의 동반 여부, 우울증 심각정도(CGI-S, HAMD-17, BDI-II), 불안정도(HAMA))와 자살 관련 항목(자살 시도 경험여부, 자살 시도 횟수, 첫 자살 시도 나이)을 이용하였다. 우울증 가족력은 임상코디네이터가 생물학적 가족(부모, 형제 자매, 자녀, 조부모)에서 과거 정신과 전문의에 의해 우울증으로 진단 받거나 치료받은 적이 있었는지 여부를 조사하였다. 본 연구는 가톨릭대학교 임상연구심의 위원회와 환자등록기관의 IRB심의를 거쳐 승인 받아 수행되었다.

2. 분석방법

조사 대상자의 일반적 특성에 대한 분포는 무응답을 포함한 빈도와 백분율, 평균과 표준편차로 나타내었으며, 문항에 따라 무응답과 결측값이 존재하므로 이후 분석부터 무응답과 결측값을 제외하고 분석하였다. 우울증 가족력을 가진 환자군과 그렇지 않은 환자군으로 나누어 성별과 연령을 보정한 후, 인구사회학적 특성과 우울증 관련 항목 및 자살 관련 항목에 대하여 비교 분석하였다. 그룹간 비교를 위해 카이제곱 검정(Chi-square test)과 T-검정(t-test)이 사용되었으며, 멘텔-헨젤 검정(Mantel-Haenszel Test)과 공분산분석(Analysis of Covariance(ANCOVA))을 통해 성별과 연령 보정 후 우울증 가족력과 항목간의 관련성을 알아보았다. 모든 자료는 SAS(Ver. 8.0) 통계프로그램을 이용하여 분석하였으며, 결과의 유의성 판정은 p값이 0.05 미만인 경우를 유의한 것으로 보았다.

연구결과

1. 연구 대상자의 일반적 특성

연구 대상자의 성별분포를 살펴보면 남자 197명(24.1%), 여자 620명(75.9%)으로 여자가 많았으며, 연령별로는 30-59세가 492명(60.2%)으로 가장 많았으며, 60세 이상 213명(26.1%), 30세 미만 112명(13.7%) 순이었다. 전체 연구대상자는 총 817명의 평균 연령은 48.6세(표준편차 15.0세)로 18세에서 83세까지 고른 분포를 보였다.

결혼상태별로는 전체의 67.4%가 기혼자였으며, 미혼 16.9%, 이혼 9.8%, 사별 5.9% 순이었으며, 교육 수준별로는 7-12년이 48.6%로 가장 많았고, 6년이하 26.7%, 13년이상 24.7%순이었다. 또한, 전체의 75.5%가 직업을 가지고 있었다(Table 1).

2. 가족력에 따른 주요 우울장애 환자의 특성

우울증 가족력을 가진 환자군과 그렇지 않은 환자군에 대하여 연구대상자의 인구사회학적 특성과 우울 관련 항목 및 자살관련 항목과의 관련성을 살펴보았다.

1) 우울증 가족력에 따른 일반적 특성

전체 817명의 연구대상자 중, 우울증 가족력을 가진 환자는 12.4%이었다. 우울증 가족력 유무에 따른 연령 분포의 구성비와 교육수준 분포의 구성비는 달랐다($p=0.008$, $p=0.010$). 그 외 우울증 가족력 유무에 따른 성별, 결혼상태, 가족크기, 직업여부, 가족총수입의 분포의 구성비에는 차이가 없었다(Table 2).

2) 우울증 가족력에 따른 우울관련 항목의 특성

과거 우울증 삽화를 경험한 비율이 우울증 가족력을 가진 군은 52.5%로 가족력이 없는 군의 41.1%에

비하여 성별과 연령을 보정하기 전에 유의하게 높게 나타났으나, 보정 후에는 유의한 차이를 보이지 않았다($p=0.051$). 과거 총 우울증 삽화 횟수에는 두 군 사이에 유의한 차이가 없었다. 우울증 가족력을 가진 환자군의 첫 우울증 삽화 평균 연령은 31.9세로 가족력이 없는 환자군 38.8세보다 약 7년 이상 어린 나이에 첫 우울증 삽화를 경험하였다($p=0.003$). 우울증 이외의 정신과적 질환의 동반률은 우울증 가족력이 있는 경우 16.8%로 가족력이 없는 경우 8.3%보다 더 높았다($p=0.010$). 그 외 우울증상의 심각 정도(CGI-S, HAMD-17, BDI-II) 및 불안정도(HAMA)는 가족력 유무에서 유의한 차이를 보이지 않았다(Table 3).

3) 우울증 가족력에 따른 자살관련 항목의 특성

MDD의 핵심 증상으로 알려져 있는 자살에 대하여 우울증 가족력에 따른 자살관련 항목의 특성을 살펴보았다. 자살시도경험의 경우, 우울증 가족력이 있는 군에서 25.7%로 더 높았으나 통계적으로 유의한 차이는 아니었다. 그 외 우울증 가족력이 있는 군에서 자살시도 횟수가 2.3회로 약간 높은 수치였으며, 첫 자살시도 역시 28.4세로 가족력이 없는 군 32.8세보다 약 4세 이상 어린 나이에 시도하여 우울증 가족력에 따른 수치

Table 1. Social-demographic characteristics of the 817 subjects enrolled in this study

Variables	N	%	Variables	N	%
Sex			Job		
Male	197	24.1	Unemployed	200	24.5
Female	620	75.9	Employed	617	75.5
Age (year)			Education (year)		
<30	112	13.7	≤6	218	26.7
30-59	492	60.2	7-12	397	48.6
≥60	213	26.1	≥13	202	24.7
Marital status			Household income		
Never married	138	16.9	(10,000won/month)		
Married	551	67.4	≤100	219	26.8
Divorced	80	9.8	101-199	171	20.9
Widowed	48	5.9	200-299	161	19.7
Family size(n)			≥300	266	32.6
≤2	295	36.1			
3-4	407	49.8			
≥5	115	14.1			

적 차이를 보였으나, 모두 통계적으로 유의한 차이는 아니었다(Table 4).

고 찰

본 연구는 우울증 임상연구센터 우울증 환자 코호트를 통해 등록된 MDD 환자를 대상으로 환자의 우울

증 가족력 여부에 따른 일반적 특성과 우울 및 자살관련항목과의 관련성이 있는지 알아보고자 시도되었다. 전체 연구대상자의 12.4%가 우울증 가족력을 가지고 있었으며, 미국 STAR*D(Sequenced treatment alternatives to relieve depression) 연구의 우울증 가족력 56.5%보다 낮은 수치였다[15]. 두 연구에서 가족력에 대한 조사방식이 비슷했음에도 불구하고 이러한 가족

Table 2. Demographic characteristics according to family history of depression

Variables	Family history of depression			Adjusted* p-value
	No(%) n=716 (87.6)	Yes(%) n=101 (12.4)	p-value	
Sex				
Male	24.0	24.7	0.872	0.816
Female	76.0	75.3		
Age (year)				
<30	12.4	22.8	0.012	0.008
30-59	60.6	57.4		
60<	27.0	19.8		
Marital status				
Never married	15.8	24.8	0.098	0.297
Married	68.9	57.4		
Divorced	9.6	10.9		
Widowed	5.7	6.9		
Family size(n)				
≤2	37.7	24.8	0.019	0.143
3-4	48.0	62.4		
≥5	14.3	12.9		
Job				
Unemployed	85.5		0.291	0.341
Employed	14.5	11.7		
Education (year)				
≤6	27.9	17.8	0.003	0.010
7-12	49.2	44.6		
≥13	22.9	37.6		
Household income (10,000won/month)				
≤100	27.7	20.8	0.079	0.081
101-199	21.1	19.8		
200-299	20.3	15.8		
≥300	31.0	43.6		

* Adjusted for sex, age.

Table 3. Characteristics of major depressivedisorder according to family history of depression

Variables	Family history of depression			
	No(%) n=716 (87.6)	Yes(%) n=101 (12.4)	p-value	Adjusted* p-value
Previous MDE**				
NO	58.9	47.5	0.030	0.051
Yes	41.1	52.5		
Number of Previous MDE	1.8±1.7	1.5±1.1	0.070	0.100
Age at onset of 1st MDE	38.8±16.1	31.9±12.5	<0.001	0.003
Psychiatric Comorbidity				
NO	91.7	83.2	0.006	0.010
Yes	8.3	16.8		
Severity of depression				
CGI-S (clinician)**	4.8±1.0	4.7±1.0	0.472	0.550
HAMD-17 (rater)**	21.7±4.9	21.5±4.5	0.714	0.735
BDI-II (patient)**	30.9±11.4	32.0±10.7	0.422	0.726
Severity of anxiety				
HAMA (rater)**	20.4±8.3	20.1±8.5	0.713	0.556

* Adjusted for sex, age.

** MDE, Major Depressive Episode; CGI-S, Clinical Global Impression Scale-Severity; HAMD-17, Hamilton Depression Rating Scale-; BDI-II, Beck Depression inventory-II; HAMA, Hamilton Anxiety Scale.

력의 차이를 보인 이유는 한국인의 우울증상의 특징이 신체증상을 많이 호소하여 정신과 이외의 과에서 진료를 받는 경향이 많아 우울증으로 진단되거나 우울증으로 치료하는율이 낮았기 때문으로 생각된다. 국내 조사에 의하면 우울증 환자가 정신과에서 전문적 치료를 받기까지는 무려 3.2년이 걸리며, 정신과에서 치료를 받는 우울증 환자의 45%가 정신과가 아닌 타과를 경유하여 정신과 진료를 받게 된 것으로 조사된 바 있다.

또한 우리나라에서는 우울증에 대한 편견으로 인하여 우울증 가족력이 있음을 제대로 보고하지 않았을 가능성이 있을 것으로 생각된다.

본 연구에서 우울증 가족력을 가진 환자군의 첫 우울증 삽화 연령은 31.9세로 가족력이 없는 환자군 38.8세보다 약 7년 더 어린 나이에 우울증을 경험하였다. 이는 외국 연구에서 우울증 가족력이 있는 환자에서 약 5.7년 더 어린 나이에 첫 우울증 삽화를 경험한

Table 4. Association of family history of depression and suicide related variables

Variables	Family history of depression			
	No(%) n=716 (87.6)	Yes(%) n=101 (12.4)	p-value	Adjusted* p-value
Attempted suicide(ever)				
No	78.1	74.3	0.389	0.667
Yes	21.9	25.7		
Number of attempted suicide	2.1±3.3	2.3±2.0	0.681	0.936
Age at onset of 1st attempted suicide	32.8±14.1	28.4±12.4	0.134	0.411

* Adjusted for sex, age.

것과 같은 결과로 메타분석 연구결과와 일치한다 [15,16]. 과거 쌍생아 연구 결과에서는 발병연령이 어릴수록 유전성이 더 강하고 증상이 심한 것으로 보고된 바 있다[17]. 그 외 우울증 발병이 30세 미만으로 어린 경우 친척들에서 우울증, 알코올중독(alcoholism)의 이환율이 높다는 보고도 있었다[18].

국내 2004년 외래 진료를 받은 우울증 환자 특성 및 의료이용행태를 분석한 결과, 여성 환자가 남성 환자에 비해 약 2배 정도 많은 것으로 보고되었으며, 2006년 정신질환실태 역학조사 결과 역시 주요우울장애로 인한 평생 유병률은 남성 3.6%, 여성 7.6%로 여성에서 더 높았다[1]. 본 연구의 대상자 역시 여성이 75.9%로 더 많았으며, 이는 전체 환자의 성별 분포 뿐 아니라, 환자코호트(treatment-seeking cohort)와 관련하여 실제 여성이 남성에 비해 병원 이용률 및 코호트 참여율이 높을 것으로 생각되어 모두 성별과 연령을 보정하여 추가 분석하였다. 또한, 앞서 Sullivan 등이 언급한 것처럼 1940년대 이후 우울증 환자의 증가와 함께 첫 우울증 발생 연령이 낮아지고 있는 것으로 연령 코호트 효과(age cohort effect)에 의한 가능성을 확인하고자 표에는 제시하지 않았지만, 첫 우울증 삽화 연령을 18세 미만, 25세 미만으로 층화하여 분석해 보았으며, 그 결과 모두 낮은 연령군에서 더 높은 우울증 가족력을 보여 실제 가족력을 가진 군이 유의하게 낮은 연령에 우울증이 발생하였음을 확인할 수 있었다[8,9,19].

우울 관련 항목 중 과거 우울증 삽화 여부는 우울증 가족력이 있는 군에서 52.5%로 더 높게 나타났다. 그러나, 과거 우울증 삽화 횟수는 우울증 가족력에 따라 차이를 보이지 않았고, 우울증상의 심각정도를 나타내는 CGI-S, HAM-D-17, BDI-II의 평가척도 및 불안정도 척도인 HAMA는 우울증 가족력에 따른 차이를 보이지 않았다. 표에는 제시하지 않았지만 세부 가족별(부모, 자녀, 형제자매, 조부모)로 나누어 분석한 결과 역시 우울증상정도의 차이를 보이지 않았고 이는 STAR*D의 연구와 일치하는 결과이다[20,21].

본 연구 결과 우울증 외 다른 정신과적 질환(공황장애, 불안장애, 및 알코올 의존성 증후군)의 동반이 우울증 가족력이 있는 군에서 더 많은 것으로 나타났다. 우울증은 흔히 불안장애(anxiety disorder), 물질관련장애(substance use disorder), 식이장애(eating disorder) 등의 정신질환과 흔히 동반되며, 이는 심한 기능장애와

치료 저항성(treatment resistant)의 이유가 된다[22].

Davis등 연구에서 가족 중에 물질관련장애가족력이 있는 주요우울장애 환자의 경우, 우울증이 재발하면 이전 우울삽화보다 더 심한 우울증상을 겪으며, 더 많은 자살 시도와 더 많은 정신과적 동반 질환을 경험한 것으로 보고하였다[23]. 본 연구에서는 가족들에서 물질관련장애를 포함한 다른 정신과적 동반질환이 있었는지에 대한 자료 조사가 이루어지지 않아 이에 대한 연관성은 확인할 수 없었다.

가족 중에 자살 가족력을 가진 주요 우울장애 환자의 특성을 연구한 문헌에 의하면 자살 가족력이 있는 경우, 더 어린 나이에 우울증을 경험하며, 우울증 삽화 기간이 유의하게 길게 나타남을 보고하였다[24]. 본 연구에서는 우울증 가족력 유무에 따라 환자 본인의 자살시도경험, 자살시도횟수, 첫 자살시도나이를 살펴봤으나 우울증 가족력을 가진 경우 더 많은 자살시도 경험과 더 어린 나이에서의 첫 자살시도 경향이 있으나 유의한 차이를 나타내지는 않았다. 우울증 가족력이 자가보고에 의해 이루어졌기 때문에 우리나라 우울증 환자의 진단 및 치료율이 낮고, 우울증에 대한 편견으로 인하여 우울증 가족력이 과소추정되어 유의한 차이를 나타내지 못한 것으로 생각되며, 이에 대한 추후 연구가 필요하다.

본 연구에서는 우울증 환자 코호트 등록시 단면조사 자료를 이용하여 환자의 일반적 특성, 우울 관련 항목 및 자살관련 항목과 우울증 가족력과의 관련성을 살펴보고자 하였다. 우울증에 대한 가족력은 가족중에 우울증 여부를 정신과의사가 직접 확인한 것이 아니고, 임상코디네이터의 질문으로 연구대상자의 자가 보고를 통하여 가족중에 우울증으로 진단되거나 치료받은 가족력에 대한 정보를 수집하였기 때문에 연구의 제한점이 있다. 그러나 진료현장에서 우울증에 대한 가족력을 문의하였을 때 가족력이 있다고 응답한 환자의 임상양상을 예측하기 위한 관찰논문으로 적절하다. 또한 정신과 전문의에 의해 DSM-IV를 기준으로 주요 우울장애환자만을 선별하여 연구한 대규모 연구였다 는 점에서 의의가 있다.

우울증 환자가 가진 특성에 따른 지속적이고 체계적인 치료와 더불어 환자 개인 뿐만 아니라 환자 가족의 우울증 예방을 위한 다양한 프로그램이 개발되어야 할 것으로 판단된다.

요약 및 결론

본 연구는 우울증 임상연구센터 우울증 환자 코호트를 통해 등록된 MDD 환자를 대상으로 우울증 가족력에 따른 일반적 특성과 우울 및 자살관련항목과의 관련성을 알아보고자 하였다.

전체 연구대상자 중, 12.4%가 우울증 가족력을 가지고 있었다. 우울증 가족력을 가진 환자군의 첫 우울증 삽화 연령은 31.9세로 가족력이 없는 환자군 38.8세보다 더 어린 나이에 우울증을 겪는 것으로 나타났으며, 우울증 가족력이 있는 군에서 정신과적 질환의 동반율이 더 높게 나타났다. 가족력에 따른 우울증상 심각정도와 불안정도는 차이가 없었으며, 자살시도경험, 자살시도횟수, 첫 자살시도 연령에서 통계적으로 유의한 차이는 없었다.

위의 연구 결과를 종합해 볼 때, 우울증 가족력이 있는 환자에서 첫 우울증 삽화 연령이 유의하게 낮으며, 정신과적 동반 질환이 더 많음을 확인 할 수 있었다. 우울증 환자 치료에 있어 환자 특성을 고려한 지속적이고 체계적인 치료가 요구가 필요하며, 환자 가족의 우울증 예방을 위한 노력이 함께 이루어져야 할 것으로 생각된다.

참고문헌

1. 보건복지부. 2006년도 정신질환실태 역학조사. 2008.
2. 보건복지부. 자살예방대책 5개년 계획. 2004.
3. <http://www.smileagain.or.kr>
4. http://www.pressian.com/scripts/section/article.asp?article_num=60061013153514
5. Fava M, Kendler KS. Major depressive disorder. *Neuron* 2000;28(2):335-41.
6. Kendler KS, Gatz M, Gardner CO, Pedersen NL. A Swedish national twin study of lifetime major depression. *Am J Psychiatry* 2006;163(1):109-14.
7. Levinson DF. The genetics of depression: a review. *Biol Psychiatry* 2006;60(2):84-92.
8. Sullivan PF, Wells JE, Joyce PR, Bushnell JA, Mulder RT, Oakley-Browne MA. Family history of depression in clinic and community samples. *J Affect Disord* 1996;40(3):159-68.
9. Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2000;157(10):155-262.
10. 노성원 과 박용천. 한국에서 우울증의 특징과 비약물학적 치료. *생물정신의학* 2006;13(4):226-33.
11. Guy W. ECDEU Assessment manual for psychopharmacology. Rockville, MD, US department of health, Education and Welfare; 1976. p.218-22.
12. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960;23:56-62.
13. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959;32(1):50-5.
14. Dozois DJA, Dobson KS, Ahnberg JL. A psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory-II. *Psychol Ass* 1998;10(2):83-89.
15. Nierenberg AA, Trivedi MH, Fava M, Biggs MM, Shores-Wilson K, Wisniewski SR, et al. Family history of mood disorder and characteristics of major depressive disorder: a STAR*D (sequenced treatment alternatives to relieve depression) study. *J Psychiatr Res* 2007;41(3-4):214-21.
16. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA* 2003;289(23):3095-105.
17. Lyons MJ, Eisen SA, Goldberg J, True W, Lin N, Meyer JM, et al. A registry-based twin study of depression in men *Arch Gen Psychiatry* 1998;55(5):468-72.
18. Mendlewicz J, Baron M. Morbidity risks in subtypes of unipolar depressive illness differences between early and late onset forms. *Br J Psychiatry* 1981;139:463-6.
19. Klerman GL, Weissman MM. Increasing rates of depression. *JAMA* 1989;261(15):2229-35.
20. Fava M, Rush AJ, Trivedi MH, Nierenberg AA, Thase ME, Quitkin FM, et al. Background and rationale for the sequenced treatment alternatives to relieve depression (STAR*D) study. *Psychiatr*

- Clin North Am 2003;26(2):457-94.
21. Fava M, Alpert JE, Carmin CN, Wisniewski SR, Trivedi MH, Biggs MM, et al. Clinical correlates and symptom patterns of anxious depression among patients with major depressive disorder in STAR*D. Psychol Med 2004;34(7):1299-308.
 22. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). JAMA 2003;289(23):3095-105.
 23. Davis LL, Frazier EC, Gaynes BN, Trivedi MH, Wisniewski SR, Fava M, et al. Are depressed outpatients with and without a family history of substance use disorder different? A baseline analysis of the STAR*D cohort. J Clin Psychiatry 2007; 68(12):1931-8.
 24. Family history of completed suicide and characteristics of major depressive disorder: A STAR*D (sequenced treatment alternatives to relieve depression) study. J Affect Disord 2008;108:129-34.

=Abstract=

Characteristics of major depressive disorder according to family history of depression : A CRESCEND-K (Clinical Research Center for Depression in Korea) study

Seunghye Jeong^{1,2)}, Hyeon Woo Yim^{1,2)}, Youngeun Jung³⁾, Sunjin Jo¹⁾, Taeyoun Jun³⁾,
SungWon Jung⁴⁾, Minsoo Lee⁵⁾, Jaemin Kim⁶⁾

Department of Preventive Medicine, College of Medicine, Catholic University¹⁾,
Clinical Research Coordinating Center of Catholic Medical Center²⁾,
Department of Psychiatry, College of Medicine, Catholic University³⁾,
Department of Psychiatry, College of Medicine, Keimyung University⁴⁾,
Department of Psychiatry, College of Medicine, Korea University⁵⁾,
Department of Psychiatry, College of Medicine, Chonnam National University⁶⁾

Purpose: People with a family history of mood disorder are more likely to have depression. This study compared the characteristics of non-psychotic major depression disorder according to family history of depression.

Method: Subjects were total of 817 persons recruited for the CRESCEND-K multicenter trial. Characteristics of depression and suicide history of patients with and without a family history of depression were assessed. Family history was determined through self-report.

Results: Of 817 participants, 12.4% had a positive family history of depression. Those with family history of depression reported an earlier age at onset of MDD, and more psychiatric comorbidity. Severity of depression and anxiety were not different according to family history of depression. There were no difference in attempted suicide history, number of attempted suicide and age at onset of 1st attempted suicide according to such a family history.

Conclusion: Patients with family history of depression reported earlier onset of MDD and more history of psychiatric comorbidity.

Key Words: Major depressive disorder, Family history