

## 청소년기의 경계선 인격장애\*

### BORDERLINE PERSONALITY DISORDER IN ADOLESCENTS\*

장 경 준\*\* · 정 제 연\*\*

Kyung June Jang, M.D.,\*\* Jea Yun Chung M.D.\*\*

**요 약 :** 청소년기의 경계선 인격장애는 충동조절의 결여, 타인에 대한 평가절하와 자신보다는 대상에 대하여 만족감을 얻으려는 욕구, 분리 방어기제를 특징으로 하는 인격장애로서 성인의 경계선 인격장애와 비슷한 양상으로 나타난다. 청소년기의 경계선 인격장애의 주요한 증상은 우울, 불안, 정체성 위기와 이러한 정체성 위기로 인한 반사회적인 행동을 흔히 볼 수 있다. 따라서 이들 증상들과 정상 청소년들이 보일 수 있는 질풍노도의 양상과 구별이 힘든 경우가 있다. 경계선 인격장애에서는 대상관계의 불안정, 정동의 불안정, 분리 등 미숙한 방어기제로 인해서 심한 스트레스하에서 정신병적 삽화가 나타날 수 있으며, 이로인해 정신분열증, 정동장애, 분열형 인격장애, 편집형 인격장애등과 감별진단이 필요하다. 청소년기 경계선 인격장애의 원인으로는 정신역동적 요소, 유전적 요인을 포함한 생물학적 요소, 가족역동적인 요소등을 복합적으로 고려해야 한다. 치료는 개인정신치료, 그룹치료, 가족치료, 약물치료 등이 있다. 소아 청소년기 경계선 인격장애가 성인기 경계선 인격장애로 될 것인가에 대해서는 논란이 되고 있다.

**중심 단어 :** 경계선 인격장애 · 소아 청소년.

## 개 념

청소년기 경계선 인격장애는 성인 경계선 인격장애에서 보이는 양상과 유사하게 자살을 시도하거나, 방어기제로 분리(splitting)를 주로 사용하고, 타인을 평가절하(devaluation)하며 조종(manipulation)하려고 하고, 충동조절 결여 및 자아기능의 결손을 흔히 보인다고 한다(Masterson 1972, 1980 ; Kernberg 1978).

Gunderson등(1981)은 Diagnostic Interview for Borderlines를 사용하여 청소년기 경계선 인격 장애와 청소년기에 보이는 다른 정신질환과를 구별할 수 있다고 하였다. 특히 청소년기 경계선 인격장애는 이 시기에 보이는 다른 정신질환군에 비해 아동기에 신

체적이나 성적 학대, 부모의 무관심, 여러명의 양육자를 겪었을 가능성이 높다고 하였다(Ludolph등 1990).

Kernberg(1978)는 청소년기 경계선 인격장애의 진단이 쉽지 않다고 하였으며, 청소년기와 성인경계선 인격장애의 정신병리는 연속성이 있다고 하였다. 또한 청소년과 성인 경계선 인격장애의 원인에 대하여 전 오이디푸스 시기(pre-Oedipal period)에 자아(self)와 대상(object)의 좋은 면(positive representation)과 나쁜 면(negative representation)이 통합되어 대상항상성(object constancy)이 형성되어야 하는데, 이것이 제대로 형성되지 못할 경우 경계선 인격장애가 된다고 하였다.

경계선 인격장애의 원인이 발생할 수 있는 중요한

\*본 논문은 1994년 대한 소아 청소년 정신의학회 추계학술대회에서 구연 발표한 것이다

\*\*국립서울정신병원 소아청소년정신과 Department of Child and Adolescent Psychiatry, Seoul National Mental Hospital, Seoul

시기에 대해 Kernberg는 생후 4개월 내지 12개월 무렵으로 보았으나, Mahler는 분리개별화 과정 중 재접근(rapprochement)이 일어나는 생후 16개월 내지 25개월 무렵이 중요한 시기라고 하였다.(Masterson과 Rinslev 1975)(Fig 1) Masterson(1972, 1980)은 경계선 인격장애의 원인은 엄마가 아이의 자율성을 키워주지 않고, 아이가 독립적으로 행동하려고 하면 오히려 이를 교묘히 제지해 아이의 분리개별화를 방해하는 엄마에게 있다고 하면서 대상관계(object relation)의 중요성을 강조하였다 Greenman 등(1986)은 청소년기의 자아정체성과 제2의 분리개별화가 일어나는 시기이기 때문에 경계선 인격장애의 정신병리가 나타나기 시작할 적절한 시기로 보았다. 이와 같이 경계선 인격장애에 대한 개념은 아직 완전히 정립된 상태가 아니며, 소아청소년 경계선 인격장애가 성인의 인격장애로 가는지에 대해서도 논란이 되고 있다(Bemporad 등 1987)

## 진 단

DSM-II에서는 인격장애의 분류중 분열형 인격장애

(schizotypa personality disorder)와 경계선 인격장애는 진단분류에 없었고, 분열성 인격(schizoid personality)과 부적합 인격(inadequate personality)으로 분류되었다가 DSM-III(APA, 1980)에 와서야 분열성 인격은 분열성 인격장애, 분열성 인격장애(schizoid personality disorder), 회피성 인격장애(avoidant personality disorder)로, 부적합 인격은 경계선 인격장애, 자기애성 인격장애(narcissistic personality disorder), 의존성 인격장애(dependent personality disorder)로 바뀌었다. DSM-III 이전에는 경계선 인격장애와 분열형 인격장애에는 비슷한 질한 준으로 간주되었던 것이 DSM III에 와서야 진단적으로 명확하게 분류되었다

DSM V에 경계선 인격장애의 진단기준은 Table 1과 같다 DSM-IV(1994)에서는 AXIS I의 진단 기준에 적합하지 않으면서 부적응적인 인격특성이 1년 이상 지속적으로 나타날 경우 소아나 청소년에게도 인격장애의 진단을 내릴 수 있다고 하였다.

Kernberg(1990)는 성인 경계선 인격장애 환자의 상당수가 자신들의 증상이 어린 시절부터 시작되었다고 믿는 경우가 많지만 여러 인격장애들을 소아에서도 진단할 수 있는지는 명확하지 않다고 하였다

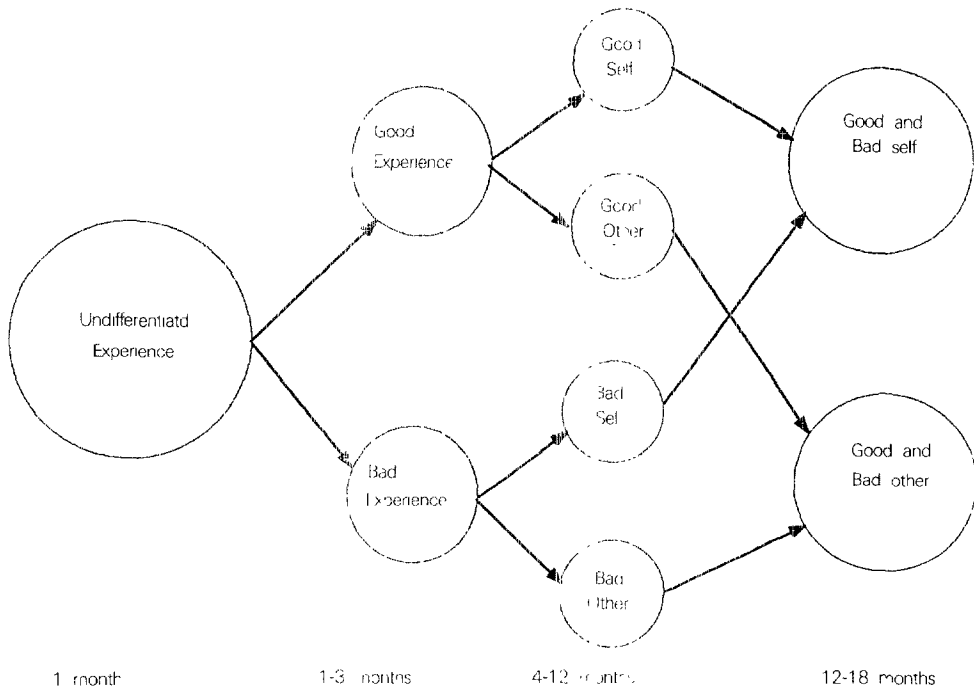


Fig. 1. Schematize the early developmental sequence(Figure from DN Stern : The Interpersonal World of The Infant, Basic Books, Inc., Publishers/New York)

**Table 1.** Diagnostic criteria for borderline personality disorder

A pervasive pattern of instability of interpersonal relationships, self-image, and affects, and marked impulsivity by early adulthood and present in a variety of contexts, as indicated by five(or more) of the following :

- (1) Frantic efforts to avoid real or imagined abandonment. Note : do not include suicidal or self-mutilating behavior covered in criterion 5
- (2) A pattern of unstable and intense interpersonal relationships characterized by alternating between extremes of idealization and devaluation
- (3) Identity disturbance : markedly and persistently unstable self-image or sense of self
- (4) Impulsivity in at least two areas that are potentially self-damaging(e.g., spending, sex, substance abuse, reckless driving, binge eating). Note : do not include suicidal or self-mutilating behavior covered in criterion 5.
- (5) Recurrent suicidal behavior, gestures, or threats, or self-mutilating behavior
- (6) Affective instability due to a marked reactivity of mood(e.g., intense episodic dysphoria, irritability, or anxiety usually lasting a few hours and only rarely more than a few days)
- (7) Chronic feelings of emptiness
- (8) Inappropriate, intense anger or difficulty controlling anger(e.g., frequent displays of temper, consistent anger, recurrent physical fights)
- (9) Transient, stress-related paranoid ideation or severe dissociative symptoms

## 역 학

경계선 인격장애의 유병율은 약 1내지 2% 정도로 추산되고 있으며, 여자가 남자에 비해 두배 정도 많은 것으로 알려져 있지만 청소년기 경계선 인격장애의 역학에 대해서는 알려진 것이 거의 없다(Kaplan 등 1994).

## 증 상

상당수의 정상 청소년들에서도 경계선 인격장애에서 흔히 볼 수 있는 우울, 불안, 자아 정체성의 위기(identity crisis)등을 볼 수 있다. 또한 어떤 특정 사회군이나 이상형을 쉽게 동일시하거나, 학교 교사나 부모와 같은 권위의 상징들과 갈등을 일으킬 수 있고, 심지어 자아 정체성의 위기로 인하여 반사회적 행동 및 유아기에서나 볼 수 있는 자기애적 대상관계(infantile narcissistic object relation)를 보일 수도 있다. 이런 경우 대개는 일시적이고 그 정도도 경계선 인격장애보다 심하지 않으나 그 양상이 경계선 인격장애와 비슷하게 나타나기 때문에 청소년기 경계선 인격장애와 구별하기가 쉽지않다.

### 1. 대상관계(object relation)

청소년기 경계선 인격장애아들은 어머니와의 관계

에서 방어기제로 분리(splitting)를 주로 사용하기 때문에 어떤 때는 어머니와 정도 이상으로 밀착되어 보일 수도 있지만 대개는 어머니를 견디기 힘들 정도로 괴롭히는 경우가 많다. Shapiro 등(1977)의 경계선 인격장애 환자들의 가족에 대한 연구에 의하면, 경계선 인격장애아들은 어머니에 대한 대상항상성을 형성하지 못하기 때문에 어머니에 대해 통합적인 정서상태를 유지하지 못한다고 하였다.

경계선 인격장애아들의 과거력을 보면 이행대상물(transitional object)이 없거나 적절히 활용 못하는 것으로 알려져 있다. 이행대상물을 적절히 활용한다는 것은 아이와 엄마 사이에 긍정적인 관계형성이 일어났으며, 또한 아이의 마음속에 엄마가 내재화되어 엄마가 바로 옆에 없어도 장난감이나 곰 인형같은 이행대상물로부터 엄마의 채취를 느끼거나 엄마의 모습을 마음 속으로 그리면서 아이는 안정된 모습을 보일 수 있다는 의미이다.

### 2. 정 동(affect)

청소년기 경계선 인격장애는 몇 가지 특징적인 정동(affect)을 보일 수 있는데, Grnker 등(1968)은 심한 분노나 우울, 격심한 기분의 변화, 자해행위, 때로는 함구증을 보이는 경우도 있다고 하였다. Geleerd(1958)는 청소년기 경계선 인격장애에서 보이는 분노는 충동조절의 장애로 인하여 내면에 있는 공격성을 적

절하게 조절하거나 표현하지 못하기 때문이라고 하였다 또한 경계선 인격장애 환자는 인생을 살아가면서 진정한 만족이나 즐거움을 제대로 경험하지 못하는 것으로 알려져 있다

### 3. 자아기능

자아의 중요한 4대 기능을 현실검증, 충동조절, 대상관계, 방어기제라고 말할 수 있는데 경계선 인격장애환자에서는 이들 4대 자아기능이 어느 정도 손상되었다고 볼 수 있다 현실검증에 있어서 청소년기 경계선 인격장애 환자는 청소년기 정신분열증과 달리 망상을 보이는 경우는 극히 드물지만 Pine(1974)의 주장에 의하면 스트레스가 심할 경우 현실적 증력의 손상을 볼 수 있다고 하였다 이외에도 충동조절의 결여, 좌절, 불안, 우울감등을 잘 견디지 못하는 것을 볼 수 있다

### 4. 방어기제

이들은 미숙한 방어기제를 사용하는 것으로 알려져 있는데(Ekstein과 Wallerstein 1954 ; Rosenfeld와 Sprnce 1963), 주로 사용되는 방어기제는 투사, 분리, 부정 등이다

### 5. 초자아

자아가 분리되어 통합되지 못하는 초기 발달의 실패로 초자아의 형성 및 통합에도 문제가 생긴다(Pine 1974 ; Rosenfeld와 Sprnce 1963). 이들은 받아들이기 힘든 자신의 내부 문제를 쉽게 외부 대상으로 투사하고 이로인한 피해의식으로 인해 정신치료중 정신병적 전이를 보일 수도 있다.

### 6. 놀이

경계선장애에 아이들은 정상아와 달리 놀이를 잘하지 못한다 이들은 놀이를 하는 것처럼 보이지만 놀이는 단지 강박적인 행위에 불과하며, 놀이를 통해 즐긴다거나 갈등을 해결하지 못하며 또한 자기가 갖고 있는 환상(fantasy)을 적절히 표현하지도 못한다(Weil 1953) 이러한 아이들이 자라면서 전문직에 종사할 경우 일의 효율성에 있어서 자기가 갖고 있는 능력보다 훨씬 떨어진다고 한다(Gunderson 1977)

### 7. 환상(fantasies)

경계선 인격장애아의 환상은 정신성적 발달의 모든 단계에서 올 수 있다고 한다. 예를 들면 한 경계선장애 아이는 자신의 소변이 세계를 뒤덮을 것이라는 자위

행위에 대한 환상이 있는가 하면, 어떤 소녀는 꿈에 날카로운 칼과 성교하므로써 신체에 손상을 입고 죽을지 모른다는 환상으로 상당한 공포를 겪고 있는 경우도 있었다 대개의 정상인들은 환상과 현실을 쉽게 구별할 수 있으며, 오히려 환상을 통하여 지겨운 현실생활에 활력을 불어넣는 경우가 많지만, 경계선 인격장애 아이들은 오히려 이러한 환상으로 인해 쉽게 불안해하거나 일상 생활 자체가 완전히 압도 당하는 경우를 흔히 볼 수 있다.

### 8. 오이디푸스 갈등

청소년기 경계선 인격장애아들은 분리개별화 시기의 문제로 인하여 오이디푸스 상황이 왜곡될 수 있다

또한 이들은 자신이 어머니로부터 독립하게 되면 어머니가 자신을 완전히 포기하는 것이 아닐까 하는 극심한 두려움 때문에 다른 대상과 관계형성이 힘들다 따라서 자기 또래의 아이들이나 이성과 정상적인 관계를 형성하기 힘들며, 다른 대상을 가학적으로 조절하려고 하거나 이에 대한 반동형성으로 주변 사람들에 대해 극단적으로 이타적 태도를 취하기도 한다.

### 9. 정신병적 증상

이들은 일시적으로 정신병적 증상을 보일 수가 있는데 강박관념 유지되고 있는 자아가 스트레스 등으로 인해 약화된 경우 피해사고, 이인증, 비현실감, 해리 등의 증상을 보일 수 있다

## 감별진단

Offer(1984)은 이전의 많은 정신분석가들이 지적한 것처럼 상당수의 청소년들이 정신병적 상태에 있다면, 감성적으로 격동이 심한 질풍노도의 시기를 겪고 있는 것은 아니라고 하였다 Offer가 정상 고등학생을 대상으로 청소년기의 성장형태를 조사해 봤더니 지속적인 성장(continuous group)을 보인 군이 23%, 성장하다가 다소 정체를 보인 뒤 다시 성장하는 군(surgent group)이 35%, 혼란스런 성장을 하는 군(tumultuous group)이 21%, 분류가 되지 않는 군이 21%라고 하였다

Offer는 이전에 정신분석이나 정신치료를 받으려 왔던 다다수의 청소년들은 '혼란스런 성장을 하는 군'이었으며 이를 일반화하여 대다수의 청소년들이 절

풍노도의 시기를 겪고 있다는 생각은 잘못된 생각이라 주장하였다. 질풍노도의 시기를 겪고 있는 15% 내지 20%의 청소년들은 정서적으로 불안하고, 자아정체성의 위기를 겪고 있으며, 자기 가족이나 주위의 권위와 갈등을 일으키지만 이런 양상들만으로는 경계선 인격장애로 진단하기 힘들다고 하였다.

Kernberg(1984)는 구조적 면담을 통해 청소년들이 자아정체성, 대상관계, 현실검증력, 방어기제등을 평가하여 경계선 환자들의 특징을 살펴보았는데, 이들은 자아정체성의 혼란과 병적 방어기제인 분리를 자주 사용하였지만 현실검증력은 어느정도 유지되고 있다고 하였다. 정신증에서는 경계선 환자들에 비해 지속적이고 심한 현실검증력의 손상을 보인다고 하였다. 정상이나 신경증적인 청소년들에서도 감정적인 격동이 있을 수 있지만 이들은 자신들이 한 행동이나 생각에 대해 죄책감이 있으며 타인에 대해 진정한 관심을 가질 수 있는 능력이 있다고 하였다. 또한 이들 정상이나 신경증적인 청소년들도 경계선 환자와 마찬가지로 때로는 부모나 주위의 권위적 인물에 대해 심하게 반항하기도 하지만, 현실감각이 있고 대상과 자아에 대해 항상성을 유지하기 때문에 다른 사람과 자신에 대해 대체적으로 안정된 견해와 관계를 유지할 수 있다고 하였다. 따라서 경계선 환자에서 흔히 보이는 남을 극도로 비난하거나 평가절하하는 모습은 보이지 않는다고 하였다.

정신분열증과의 감별은 정신분열증에서 보이는 지속적인 정신병적 삽화, 사고장애 및 기타의 정신분열증 증후는 경계선 인격장애에서는 볼 수 없다

정신분열형 인격장애는 사고의 치우침이나 기이한 사고, 반복되는 관계사고를 주로 보이고, 편집형 인격장애는 지속적인 의심을 한다는 점이 경계선 인격장애와의 감별점이다.

## 원 인 론

경계선 인격장애의 원인은 다양하다. 경계선 인격장애의 원인을 동일 선상에 있는 스펙트럼으로 볼 경우 한쪽 끝은 완전히 심리적인 측면이고 다른 한쪽 끝은 체질(constitution)이나 유전적 측면이라고 할 수 있다(Stone 1984). 실제로 대다수의 경우는 이러한 양 극단의 중간 어느 부분에 있을 것이고, 정신역동적 요소, 유전적 요소, 체질적 요소, 그리고 가

적역동적인 요소를 복합적으로 고려해야 할 것이다.

### 1. 정신역동적 요소

분리개별화 과정의 재접근(rapproachment) 시기에 문제가 있어 대상항상성이 제대로 형성되지 못하며, 병적 방어기제인 분리(splitting)를 주로 사용하게 된다. 이때문에 분노라든지 불안을 적절히 조절할 수 없다는 것이 지금까지 알려진 정신역동적 이론 중의 하나이다(Mahler 1971).

### 2. 유전적 요소

양자 연구나 쌍생아 연구를 통한 청소년기 경계선 인격장애의 유전학적 연구는 거의 없는 편이다. 그러나 경계선 인격장애의 가계를 조사해 보면 일반적으로 인격장애 특히 경계선 인격장애가 많다고 하였으며, 또한 경계선 환자의 친족중 정동장애의 발병률이 높다고 하였다(Torgersen 1984). 경계선 인격장애와 정동장애의 증상이 간혹 일치하는 점으로 보아 정신 분열증보다는 정동장애와 더 밀접한 관련이 있다고 주장하기도 한다(Gunderson과 Elliott 1985). 많은 경계선 환자에서 정동의 불안정과 함께 공허감 또는 불쾌감같은 만성적인 우울감을 호소하는데 이러한 증상으로 우울증과 함께 진단 내리기도 한다. 그러나, 경계선 환자에서는 인지적인 치우침이나 왜곡보다는 정동 증상이 더 많이 나타난다고 할 수 있다.

### 3. 체질적 요소

기질적인 증후를 의심할 수 있는 것으로는 비특이적인 뇌파의 이상, 세밀하고 육안적인 운동 조절의 장애, 비정상적인 신경심리검사 및 과잉운동의 과거력이 경계선 인격장애에는 흔한 편이다(Greenman 등 1986; Petti와 Vela 1990).

### 4. 가족역동적 요소

경계선 인격장애 환자의 가족은 가족내 지속적으로 병적인 상호 관계를 갖는 경우가 있다. Shapiro 등(1975)은 이들 경계선 인격장애 환자는 가족내 투사적 동일시(projective identification)를 사용하는 경향이 많다고 하였다. 이것이 경계선 인격장애의 원인이 된다고 하기는 힘들지만 경계선 인격장애를 유지하는데 기여한다고 주장하였다. 이러한 설명에 대한 증례를 보겠다.

17세 남자 환자는 자신의 어머니가 자살 시도로

병원에 입원한 뒤 2주 뒤에 입원을 하였다. 최근 수개월 동안 이 환자는 일하기 위하여 신발 배달을 시작하였다. 그리고 집을 나가 독립을 하겠다고 하자 만성적으로 우울증에 있던 그의 어머니는 울면서 자살을 하겠다고 위협하였고 실제로 자살을 시도하였다. 어머니의 입원후 환자는 집에 있으면서 아무런 일도 하지 않으며 철퇴되어 있다가 마침내 성질을 부리고 집안의 기물을 파괴하는 충동적 행동을 하였고, 평소 성격이 수동적이고 철퇴되어 있는 아버지로 하여금 입원을 시키게 만들었다. 입원후 환자는 가족과 떨어져 증상이 호전되는 것을 볼 수 있었으며 빠른 시간내 회복이 되었다.

이 증례에서 가족의 역할 특히 어머니가 환자의 독립을 교묘히 방해하여 분리 개별화에 문제를 일으키는 것을 알 수 있겠고 다른 환자도 어머니와 관계에서 병적 방어기제인 투사적 동일시를 사용하여 자신도 어머니처럼 정신병원에 입원한 것을 볼 수 있다.

Gunderson 등(1980)의 연구에서는 상남성 경계선 인격장애 환자의 가족에서 아버지가 가족내에서 주도권을 잡지 못하고 아버지 역할을 제대로 하지 못하는 정신 병리적인 현상이 있다 하였다. 또한 이러한 가족에서 어떤 형제는 우애가 매우 좋은 반면 다른 형제와는 사이가 아주 나쁜 것을 볼 수 있었다고 하였다.

### 소아에서 성인까지 경계선 상태의 연속성 여부

소아에서 보이는 경계선 인격장애가 성인기 경계선 인격장애로 연속이 되는가 하는 문제이니 우선 경계선 인격장애에 대하여 말하기 전에 인격의 정상 발달에 대한 연속성을 살펴보겠다. 1950년대나 1960년대까지만 하여도 인격의 발달에 연속성이 있다고 하여서 출생후 몇 년동안 형성된 인격은 성인이 되어도 큰 변화가 없다고 하였다. 예를 들면 유아기시 모성 박탈등의 심각한 스트레스를 받으면 영구적이며 비가역적인 충격을 받아 이후 성인이 되어서도 안정된 인격을 형성하는데 상당한 문제가 있다고 하였다.

그러나, 이러한 주장은 장기적 추적 연구에서 반박을 받아 성장하는 동안 인간은 많이 바뀐다고 하였으며 초기 성장에 나쁜 경험을 하여도 나중에 경

험되는 과정의 영향을 상당히 받을 수 있다고 하였다. 유아기시 심각하게 나쁜 경험을 하여도 다음에 좋은 환경에서 자라난다면 이후 발달에 별 영향을 미치지 않는다는 것이다. Kagan(1984)은 심리적 발달이 연속성이 별로 없다고 주장했으며, 그러한 연속성은 자신들의 경험에 따른 해석에 따른다고 했다. Mischel(1986)은 대부분의 많은 행동이 특정 상황에 따라서 일어난다고 하였다.

최근에는 인격 발달이 연속성이 있는가 비연속적인가에 대하여 결정하는 것은 어려운 문제로 이 두가지 기설이 복합적이라고 주장하고 있다(Rutter 1989).

경계선 인격장애의 연속성과 관련하여 대부분의 정신분석 학자들은 경계선 인격장애의 연속성이 있다고 주장한다(Weil 1953; Mahler 1971; Pine 1974; Blum, 1974; Kernberg 1975).

Pine(1974)은 경계선 소아에서 현실 검증력과 대상 관계의 문제가 잠복해 있다 성인기까지 이어져 '이상한 어른'을 만든다고 하였다. 소아와 청소년의 경계선 인격장애의 차이점은 경계선 상황에서 보이는 정신 병리보다는 발달 단계의 차이로 기인이 된다고 하였다.

다른 연구들로는 아동기 경계선 증후와 성인의 경계선 인격장애사이에는 연속성이 없다는 주장이다. Lofgren 등(1991)은 경계선 증후군이라 생각되는 아이들이 어른이 되어서 어떤 아이들은 경계선 인격장애로 되기도 한다고 하였지만 이러한 연관성은 없다고 하였다. 이들에게서는 어른이 되면서 정신분열증이나 정동장애 또는 다른 인격장애로 발달한다고 하였다 (Greenman 등 1986; Kestenbaum 1983; Lofgren 등 1991). 그러므로 '아동기 경계선 증후군'이란 용어는 성인의 '경계선' 장애와는 연속성이 없다고 생각되며 이러한 진단 기준은 일반적으로 널리 사용하지 않는 상태이다. '아동기 경계선 증후군'이란 용어의 사용은 진단적인 정확성보다는 혼동을 가져올 수 있다고 하였다(Towbin 등 1993).

## 치 료

### 1. 개인 정신치료

경계선 인격장애의 환자의 가족이 안정된 구조를 유지하여 치료에 대하여 지지적이거나 또한 환자가

반사회적인 행동이나 물질 남용, 성적 방탕 및 다른 파괴적인 행동을 보이지 않을 경우는 외래를 통하여 치료가 가능하다.

Kernberg(1984)는 이들에게서 역동적 정신치료가 가능하다고 했는데 환자 자신에게 중요하게 작용했던 대상에 내적인 항상성을 유지하게 하고, 세상을 보는 관점을 적절히 통합시키는 것이 치료의 원칙이라고 했다. 이때 치료자는 환자가 치료자나 부모 및 또래를 원초적으로 이상화(primitive idealization)를 시키거나 평가절하(devaluation)를 하며 분리(splitting)의 방어기제를 사용하는 것에 유의해야 한다고 했다. 치료시 환자가 심한 퇴행이나 강렬한 부정전이를 보이면서 환자의 원초적인 분노나 파괴적인 행동화(destructive acting out)가 나타나면 충분한 치료 동맹을 유지하기가 어렵다. 이들 경계선 청소년들이 표현하려고 하는 불안이나 갈등을 밝히는 것이 중요하다. 전이 상황에서 분리 등의 미숙한 방어기제의 해석을 통하여 정신 치료를 할 수 있지만, 환자의 증상이 호전이 없고 행동화가 있을 경우 단호한 제한을 위하여 입원을 고려할 수도 있다.

## 2. 입원치료

행동의 장애가 있는 경계선 청소년들은 위험한 행동을 조절하기 위해 입원치료가 필요하다. 또한 가족과의 갈등이 증폭될 가능성이 많은 경우도 입원을 고려한다. 입원 기간 치료자나 다른 환자와의 관계에서 나타나는 환자의 병적인 내적 대상 관계나 미숙한 단계의 방어기제를 밝혀내므로써 향후 치료에 상당한 도움이 될 수 있다(Kernberg 1975 ; Noshpitz 1962). 또한 그룹 치료, 특수 교육, 사회 기술 훈련을 할 수 있는 것도 입원 치료의 장점이다. 장기적인 정신치료와 입원이 많은 경계선 청소년들의 치료에 상당한 호전이 있다고 한다(Masterson과 Costello 1980).

## 3. 가족치료

경계선 청소년들의 치료에 있어서 개인정신치료와 병행하여 가족치료가 도움이 되는지는 논란이 있다. 또한, 개인정신치료와 가족치료를 함께 하는 경우 개인정신치료자와 가족치료자가 같아야 하는지에 대하여도 논란이 있다. Kernberg(1984)나 Masterson (1972)은 치료자가 같을 경우 분리기 조장되고 전이가 희석되어 치료자가 달라야 한다고 주장을

했으며, Shapiro등(1977)은 치료자가 같아야 치료 동맹을 조장하고 병적인 가족관계를 해결할 수 있다고 하였다.

## 4. 약물 치료

약물 치료에 대한 연구는 아직 미약한 편이나 일반적인 원칙으로 분노, 적대감 그리고 정신병적 삽화가 있을 경우 항정신병 약물을 사용할 수 있다. 또한 이들에서 흔히 보이는 우울감이 있는 경우 항우울제를 사용하기도 한다. 충동적인 행동을 할 경우 MAO억제제를 사용하기도 한다. Benzodiazepine 특히 alprazolam은 불안과 우울증을 경감시키는데 효과가 있지만, 일부 환자에서 일어날 수 있는 disinhibition에 유의하여 사용을 해야한다. 뇌파상 이상 발작성과가 있거나 episodic dyscontrol이 있는 경우 carbamazepine을 사용하기도 한다.

## References

- American Psychiatric Association(1980) : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. 3rd ed, American Psychiatric Association, Washington D.C.
- American Psychiatric Association(1994) : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. 4th ed, American Psychiatric Association, Washington D.C.
- Bemporad JR, Smith HF, Hanson G(1987) : The borderline child. In : Basic Handbook of Child Psychiatry, Vol. 5, ed by Noshpitz J, New York, Basic books, Inc., 305-311
- Blum H(1974) : The borderline childhood of the Wolf man. J Am Psychoanal Ass 22 : 721-742
- Ekstein R, Wallerstein J(1954) : Observations on the psychotherapy psychotic children. Psychoanal Study Child 9 : 344-369
- Geleerd ER(1958) : Borderline states in childhood and adolescence. J Am Psychoanal Ass. 2 : 279-295 Cited from Shapiro T(1983) : The Borderline Syndrome in Children ; A Critique In : The Borderline Child ; Approaches to Etiology, Diagnosis and Treatment ed by Roboson KS, New York, McGraw Hill, 12-29
- Greenman DA, Gunderson JG, Cane M, Saltzman PR (1986) : An examination of the borderline diagnosis in children. Am J Psychiatry 143 : 998-1003
- Grinker PR, Sr, Werble B, Drye RC(1968) : The border-

- line syndrome. New York, Basic Books (cited from Shapiro T(1983) : The Borderline Syndrome in Children : A Critique. In : The Borderline Child : Approaches to Etiology, Diagnosis and Treatment, ed. by Robson KS, New York, McGraw Hill, 12-29
- Gunderson JG, Kerr J, Englund D(1980)** : The families of borderlines : A comparative study. *Arch Gen Psychiatry* 37 : 27-33
- Gunderson JG(1977)** : Characteristics of borderline. In : Borderline personality disorders : The concept, the syndrome, the patient, ed. by Hartocollis P, New York, International Universities Press
- Gunderson JG, Eholt GR(1985)** : The interface between borderline personality disorder and affective disorder. *Am J Psychiatry* 142 : 277-288
- Gunderson JG, Kolb JE, Austin V(1981)** : The Diagnostic Interview for Borderline Patients. *Am J Psychiatry* 138 : 896-903
- Kagan J(1984)** : The Nature of the Child. New York, Basic Books
- Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA(1994)** : Kaplan and Sadock's Synopsis of psychiatry 7th ed. Williams and Wilkins, Baltimore, Maryland, pp739-741
- Kernberg OF(1975)** : Borderline Conditions and Pathological Narcissism. New York : Jason Aronson
- Kernberg OF(1978)** : The diagnosis of borderline conditions in adolescence. In : Adolescent Psychiatry, Vol 6, Developmental and Clinical Studies, ed. by Feinstein SC, and Giovacchini PL, Chicago, University of Chicago Press, 16, pp298-319
- Kernberg OF(1984)** : Severe Personality Disorders : Psychotherapeutic Strategies. New Haven, Yale University press
- Kernberg PF(1990)** : Resolved : Borderline personality exits in children under twelve. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 29(3) : 478-483
- Kestenbaum CJ(1983)** : The borderline child at risk for major psychiatric disorder in adult life. In : The Borderline Child : Approaches to Etiology, Diagnosis and Treatment, ed. by Robson KS, New York, McGraw-Hill, pp49-81
- Lofgren DP, Bemporad J, King J, Lindem K, O'Driscoll G(1991)** : A prospective follow-up study of so-called borderline children. *Am J Psychiatry* 148 : 1541-1547
- Ludolph PS, Western D, Miele B, Jackson A, Wixom J, Wiss FC(1990)** : The Borderline Diagnosis in Adolescents : Symptoms and Developmental History. *Am J Psychiatry* 147 : 470-476
- Mahler M(1971)** : A study of the separation-individuation process : Its possible application to borderline phenomena in the psychoanalytic situation. *Psychoanal Study Child* 26 : 403-424
- Masterson JR(1972)** : Treatment of the Borderline Adolescent : A Development Approach. In : The Borderline Syndrome, eds. by Masterson JF, and Rinsley DB. New York, Wiley
- Masterson JF, Costello J(1980)** : From borderline adolescence to functioning adult : The Test of Time. New York, Brunner/Mazel
- Masterson JR, Rinsley DB(1975)** : The borderline syndrome : The role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality. *Int J Psychoanal* 56 : 163-177
- Noshpitz JE(1962)** : Notes on the theory of residential treatment. *J Am Acad Child Psychiatry* 1 : 284-296
- Offer D, Ostrov E, Howard KI(1984)** : Patterns of adolescent self-image. New directions for mental health services. San Francisco, Jossey-Bass, p22
- Petti T, Vela R(1990)** : Borderline disorders of childhood : An Overview. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 29 : 327-337
- Pine FC(1972)** : On the concept "borderline" in children : A clinical essay. *Psychoanal Study Child* 29 : 341-368
- Rosenfeld SK, Sprince MP(1963)** : An attempt to formulate the meaning of the concept borderline. *Psychoanal Study Child* 18 : 603-635
- Rutter M(1989)** : Pathways from childhood to adult life. *Child Psychol Psychiat*, 30 : 23-51
- Shapiro FR, Shapiro RL, Zinner J, Berkowitz DA(1977)** : The borderline ego and the working alliance : Indications for family and individual treatment in adolescence. *Int J Psychoanal* 58 : 77-93
- Shapiro FR, Zinner J, Shapiro RL, Bergkowitz DA(1975)** : The influence of family experience on borderline personality development. *Int Rev Psychoanal* 2 : 399-411
- Stone MH(1984)** : Critical and Unresolved issues of Borderline personality. *Integrative Psychiatry* 2 : 177-188



Torgersen S(1984) : Genetic and nosological aspects of schizotypal and borderline personality disorders. Arch Gen Psychiatry 41 : 546-554  
Towbin KE, Dykens EM, Pearson GS, Cohen DJ(1993) : Conceptualization "borderline syndrome of childhood" and "childhood schizophrenia" as a develop-

mental disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 32 : 775-782

Weil AD(1953) : Certain severe disturbances of ego development in childhood. Psychoanal Study Child 8 : 271-287

ABSTRACT

*Korean J Child & Adol Psychiatry 6 : 34~42, 1995*

**BORDERLINE PERSONALITY DISORDER IN ADOLESCENTS**

Kyung June Jang, M.D., Jea Yun Chung M.D.

*Department of Child and Adolescent Psychiatry, Seoul National Mental Hospital*

Borderline personality disorder in adolescents present with suicide attempts or gestures, and they are characterized by the same patterns of splitting, devaluation, manipulation, need-gratifying object relations, impulsivity, and ego deficits that are found in borderline adults. Symptomatology are depression, anxiety, identity crisis, and occasionally antisocial behavior in borderline personality disorder in adolescents. These findings should be differentiated to normal stormy adolescents. These borderline personality disorder in adolescents are known about the instability of object relations, labile affect, splitting, and psychotic episode in severe stress. According to these findings, schizophrenia, mood disorder, schizotypal personality disorder, paranoid personality disorder could be differentiated. Etiology is complex including psychodynamic, genetic, familial factor. Treatments are individual psychotherapy, group therapy, and pharmacotherapy. The continuity or discontinuity of borderline states from childhood to adult life is controversial.

**KEY WORD** : Borderline personality disorder · Child adolescent.