

아동기 경계선 장애 : 8종례*

BORDERLINE DISORDER OF CHILDHOOD : 8 CASES

홍강의** · 이정섭*** · 신민섭**

Kang-E M. Hong, M.D.** Jeong-Seop Lee, M.D.** Min-Sup Shin, Ph.D.**

요 약 : 아동에서의 경계선 장애는 현실감각의 불안정, 대인관계의 장애, 충동조절의 장애, 심한 기능의 변동, 발달상의 불균형, 불안등을 보이며 현재의 진단 체계로는 진단하기 어려운 환아를 의미한다. 본 논문에서는 Bemporad등과 Vera등이 제안한 "경계선 아동"에 부합하는 7세에서 11세사이의 8명의 소아정신과를 내원한 아동들을 대상으로 37개의 병인들을 비교하여 다음과 같은 결과를 얻었다.

1) 임상적인 특징으로는 모든 환아들이 다 남아였으며, 현재의 진단체계에서는 진단을 내리기가 어려웠고, 공존정신과적인 진단이 많았다. 주소는 산만하고 또리와 어울리지 못한다는 것이 많았다. 현실과 환상사이의 경계가 불명확한 것과 사고의 장애가 특징적인 증상이었다.

2) 심리학적 및 신경생리학 검사상 지능은 보통수준이었으며, 동작성 지능이 언어성 지능보다 우수한 경향이 있었다. 투사법 검사에서는 사고 장애의 지표는 보였으며, 정서적으로 불안정하고 공격성이 심하였다. 반수에서 주의력 검사상 주의력결핍을 시가 하였다. 기질적인 요인은 뚜렷하지 않았다.

3) 발달력 및 가족력상 원하지 않았던 아이가 많았고, 주 양육자는 어머니였으나, 양육방식에 중등도의 문제가 있었다. 부모간에 불화가 많았고, 사회 경제적으로는 중하가 많았다. 언어발달은 대부분에서 지연이 되었거나, 성장하면서 점차로 정상이 되었다. 공격적이어서 또래들로 부터 따돌림을 많이 받았다.

4) 치료 및 경과상 6세경에 처음 병원에 방문하였으며, 평균 치료 기간은 2년이었고, 주로 외래에서 치료를 받았다. 약물치료에 대한 반응은 뚜렷하지 않았으며, 장기 놀이치료의 필요성이 암시되었다.

본 연구 방법에 여러가지 제한점이 있으나 앞으로 이 장애의 명확한 진단 기준을 확립하고 역학 및 치료에 대한 연구들이 이루어져야 할 것이다.

중심 단어 : 경계선 장애 · 아동기

문헌고찰과 문제의 제기

아동에서 경계선 장애의 존재여부와 정의를 역사적인 고찰로 밝혀내는 데는 많은 어려움이 있다.

Greenman등(1986)은 "이 중후군의 정의는 발달 심리학 시술적인 정신병리학, 정신분석학적인 이론등의 개념들과 언어들이 혼란스럽게 섞여있는 채로 있다"고 지적하였다. 소아 청소년 정신의학의 다른 많은

*본 논문은 1994년도 서울대학교병원 임상연구비의 보조로 이루어졌음

**서울대학교 의과대학 정신과학교실(소아·청소년 정신과) Department of Psychiatry, Seoul National University College of Medicine, Seoul

***국립의료원 정신과 Department of Psychiatry, National Medical Center, Seoul

명칭과 같이 “아동에서의 경계선 장애”란 말도 일반 정신의학에서의 정신병도 아니고 신경증도 아닌 그 경계에 있는 증상을 보이는 환자들에 대한 임상적인 많은 확인을 통하여 생겨나게 되었다 Geleerd(1945, 1946, 1958)는 때때로 정신증처럼 보이지만 일반적으로는 더 경한 장애가 있는 것처럼 보이는 몇명의 환아들을 기술하였다. 이러한 환아들은 그들이 처한 상황에 따라서 다른 행동양상을 보였는데, 혼자 있거나 어른과 같이 있을 때에는 즐겁고 똑똑하게 행동하는데 다른 아이들과 있으면 과도한 공격성과 집단으로부터 철퇴를 해버린다고 하였다. 1948년에 Mahler등은 아동에서의 정신증의 단계를 구별하려는 노력에서 신경증적인 방어기제를 가진 아동의 정신증 중에서 양성인(benign) 환아들을 기술하였다. 1953년에 Weil은 Geleerd가 연구한 아동과 비슷한 증상을 가진 증례들을 기술하였으며, 처음으로 Greenacre등이 기술한 성인에서의 ‘경계선 상태’와 비교를 하였다. 1954년에 Ekstein과 Wallerstein은 이러한 아동들을 ‘경계선 아동(borderline children)’으로 진단을 내렸고, 이러한 환아에 있어서 치료자가 공감을 하지 못할 때 특히 잘 퇴행 한다는 것을 기술하였고, 신경증과 정신증의 연속성의 중간에 이러한 환아들이 위치하는 것으로 여겼다. 초기의 저자들은 공통적으로 이러한 아동들이 장의 상태가 빠르게 변하며, 원초적인 퇴행에 빠지기가 쉽고, 대인관계가 혼란하며, 성격특성에서 심한 불안과 공황을 가진다고 언급하였다. 1956년에 Anna Freud는 ‘경계선 증례의 평가(The Assessment of Borderline Cases)’라는 보고서를 발표하였다. 그녀는 이러한 환아에서의 임상적인 특징들을 퇴행의 정도가 깊고, 발달의 정지가 광범위하며, 대상세계로 부터 libido가 철퇴하여 자신의 몸이나 자기(self)에게 전이가 되며, 다른 사람으로부터 위안을 받지 못하고, 현실 검증력이나 나이에 적절한 방어기제의 사용등의 자아의 여러가지 면에서 결함을 보인다고 기술을 하였다. 1963년에 Engel은 이러한 아동에게서 나타나는 심리학적 검사상의 반응양상을 설명하였으며, 같은 년도에 Rosenfeld와 Sprince는 이러한 아동들에게서 자아의 붕괴나 전멸(annihilation)에 관련된 공포와 불안을 강조하였다. 1970년도에 Frijling-Schreuder는 경계선 아동들이 ‘micro-psychotic’ 삽화가 많고, 인격의 전반에 걸쳐서 일어나고, 극심한 외로움을 경험하는 경향이 있음을 지적

하였으며, “그들은 마치 어머니가 영원히 방에 있지 않는 길음마기의 아이와 같이 느낀다”고 하였다. 그들은 경계선 아동에서의 불안은 자신이 다른 사람이 된다는 공포에 근거를 두고 있으며, 이는 정신병 환아와 비교해서 비교적 발달된 자아의 기능을 암시한다고 하였다. 1974년과 1982년에 Pine은 경계선 환아의 아형의 임상적인 특징에 관하여 기술을 하였다. 모두 7가지의 아형으로 나누었는데 자아의 기능과 대상관계의 발달에서 모두 심한 일차적인 발달의 실패를 나타냈다. 한편 경계선 아동에 대한 개념을 정리하고, 진단 기준을 확립하고자 하는 노력이 꾸준히 전개되어서 Vela등(1982)과 Bemporad등(1982)은 경계선 아동에 대한 새로운 진단 기준을 고안하였으며, 이 두가지 기준은 여러가지 면에서 공통된 점이 있었다(Table 1). 또한 성인에서 사용되는 경계선 인격장애의 진단기준을 이러한 환아에게 적용한 연구도 Petti와 Law(1982), Greenman(1986), Andrulonis(1990)등에 의하여 이루어졌다. Greenman(1986)의 연구에서는 아동에서의 경계선이라는 용어의 사용에 대하여 타당성에 의문을 제시하였으나, Andrulonis(1990)는 대조군과 비교하여 경계선 환아를 구별할 수 있는 주요한 증상들을 확인하였다. 한편 Andrulonis(1990)는 이 환아 군을 추적조사하여 3개의 아형으로 나누었다(① 생의 초기의 정서적 외상, 학대와 잘못된 분리/개별화로 특징지워 질 수 있는 발달장애 군, ② 정동장애 군, ③ ADHD/학습장애와 간헐적인 통제외해가 주증상인 군. Andrulonis는 경계선 환아들 중에서 여아는 후에 정서장애로 더 이행할 가능성이 높고, 남아는 약물남용이나 간헐적인 통제외해 증후군으로 갈 가능성이 많다고 믿었다. 한편 Petti와 Vela(1990)는 경계선 아동에 대한 광범위한 문헌 고찰을 하였으며, ① 경계선 성격장애/경계선 스펙트럼과 ② 정신분열형 성격장애/자폐적/정신분열증 스펙트럼의 두 군으로 나누었다.

아동에게 적용되는 정신과적인 진단중에서 경계선(Borderline)이라는 용어는 아직도 문제가 있고, 충분한 과학적인 타당성이 증명되지 않았다. 그러나 경계선 장애가 성인에게서 공식적으로 인정되기 전에는 비슷한 혼란과 논란이 있었고 비교적 최근에서야 그 타당성을 인정받았다. 그러나 성인에서의 경계선 장애에 대한 과학적인 연구들에서의 발견들을 가지고, 단순히 아동들에게 거꾸로 적용하여 추정할 수는 없

다. 성인과 아동에서의 경계선 장애는 같은 장애인지 다른 장애인지도 분명하지 않다. 초기에 소아정신과의 문헌들에서는 이러한 아동들에 대한 임상적인 양상에 대한 묘사는 주로 정신분석학적인 추론에 기초를 두고 있었다 Petti와 Vera(1990)는 문헌들에 대한 광범위한 고찰을 하였으며, “어떠한 관심사를 발표하는데 많은 분량이 필요하다면 그것은 역으로 그것에 대한 과학적인 확실성이 적을 것을 의미한다”는 언급을 하였다 그는 또한 “여러가지의 다른 원인, 다른 임상양상, 다른 동반된 특징을 가진 다수의 경계선 장애가 있는 것 같다”라는 결론을 내렸다. 그러나 경계선 장애는 임상에서는 역시 유용한 진단이며, 이러한 개념의 타당성은 단지 과학적으로 입증되지 않았을 뿐이다 (Lewis 1994)라고 주장하는 학자도 있다 실제 소아정신과 임상현장에는 진단이 불명확하며 문헌상 경계선 장애에 부합되는 심각한 문제를 가진 아동을 자주 접하게 된다

본 논문에서는 Bemporad등(1982)과 Vera등(1982)이 발표한 경계선 아동의 증상에 부합하는 증례들을 대상으로 인구학적, 임상적, 발달력적, 심리학적인 여러 변인들을 비교하여 이 장애가 진단적인 타당성과 신뢰성이 있는지의 여부를 알아보고, 향후 연구의 지침이 되고자 시행하였다

연구대상 및 방법

1. 연구대상

1993년 1월부터 1994년 6월까지 서울대학교병원 소아정신과 외래를 방문한 환아들 중에서 임상적으로 경계선 장애라고 진단이 된 11명의 환아들을 대상으로 하였다. 그러나 아동에서는 경계선 장애에 대하여 명확한 진단기준이 없으므로 Bemporad등(1982)과 Vera등(1982)이 이 기술한 임상 양상에 부합하며(Ta-

ble 1). 심리학적인 검사상 경계선 장애의 소견을 뒷받침하여 주는 8명의 환아들을 최종적으로 선택하여 본 연구의 대상으로 삼았다. 여기에서 심리학적인 검사상 경계선 장애라고 한 것은 아동들이 어린 집을 감안하더라도 로르샤하(Rorschach) 반응상에서 Johnston(1979)의 사고 장애 지표(Thought Disorder Index-Rorschach, 이하 TDI-R)에 입각하여 볼 때 사고 장애의 소견을 보여주며, 비현실적인 공상(fantasy)이 많고 현실과의 경계가 불분명한 소견을 보여주며 정서적으로 불안하고 공격적인 성향이 많으나, 지능검사와의 구조화된 인지능력 검사에서는 비교적 정상 소견을 보여주는 것으로 하였다

2. 대상으로 선정된 아동들의 병록기록을 통하여 인구학적 특성, 임상경과, 발달력, 가족력, 심리검사, 치료방법 및 기간, 치료에 대한 반응등 총 37개의 변인에 대하여 평가표(item sheet)를 작성하여 비교하였다

연구결과

아동에서의 경계선 장애는 정의하기 어려우나 심한 기능의 변동, 불안, 현실 감각의 불안정, 대인 관계의 장애, 충동 조절의 장애, 발달상의 불균형등을 보이는 것을 의미한다. 본 논문에서는 Bemporad등과 Vera 등이 제안한 경계선 아동에 부합하는 8례의 아동들을 대상으로 하여 다음과 같은 결과를 얻었다.

1. 인구학적 및 임상적 특성(Table 2, 3)

모든 환아들이 다 남아였다 병록지 검사시의 환아들의 평균 나이는 8.25세(표준편차=1.39)였다 병원에 온 주소는 산만하거나 충동적인 행동을 한다는 것이 6명에서 호소하는 증상이었으며, 또래와 잘 어울리지 못한다는 것을 5명의 환아에서 호소하였고.

Table 1. Borderline symptoms in children

| 'Consensus criteria' of vera et al(1982) | Criteria of bemporad et al(1982) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 1. Disturbed interpersonal relationship | 1. Fluctuation of functioning |
| 2. Disturbances in the sense of reality | 2. Nature and extent of anxiety |
| 3. Excessive, intense anxiety | 3. Disturbances of thought content and process |
| 4. Excessive and severe impulsive behavior resulting from minimal provocation or frustration | 4. Disturbed relationship to others |
| 5. 《Neurotic-like》 symptoms | 5. Lack of control |
| 6. Uneven to distorted development | |

Table 2. General characteristics of cases

| No | Age/Sex | Chief complaint | Initial diagnosis | Comorbid diagnosis |
|----|---------|------------------------------------------|-------------------|--------------------|
| 1 | 7/M | Delaved speech Poor peer relation | PDD-NOS | DLD, ADHD-NOS |
| 2 | 8/M | Poor peer relation Delaved speech | PDD-NOS | DLD, ADHD-NOS |
| 3 | 9/M | Poor peer relation Impulsive behavior | PDD-NOS | ADHD-NOS, DLD |
| 4 | 9/M | Poor peer relation Hyperactive | PDD-NOS | ADHD-NOS |
| 5 | 8/M | Hyperactive Delayed speech | ADHD-NOS | DLD |
| 6 | 11/M | Hyperactive Poor peer relation | ADHD-NOS | DLD |
| 7 | 7/M | Hyperactive | ADHD-NOS | |
| 8 | 7/M | Odd behavior Hyperactive | OBS | ADHD-NOS |

PDD : Pervasive Developmental Disorder, ADHD : Attention Deficit Hyperactivity Disorder,
DLD : Developmental Language Disorder, OBS : Organic Brain Svndrome,
NOS : Not Otherwise Specified

Table 3. Clinical feature of the cases

| Features/No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|---------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Fluctuated function | +++ | ++ | +++ | ++ | ++ | +++ | +++ | +++ |
| Anxiety | +++ | + | + | +++ | + | ++ | ++ | + |
| Disturbed thought | +++ | +++ | +++ | +++ | +++ | +++ | +++ | + |
| Disturbed relation | +++ | +++ | +++ | +++ | ++ | ++ | + | +++ |
| Lack of control | ++ | +++ | +++ | +++ | ++ | +++ | + | +++ |
| Disturbed reality | ++ | +++ | +++ | +++ | +++ | +++ | +++ | +++ |
| Uneven development | ++ | +++ | +++ | ++ | +++ | +++ | + | ++ |

+ : mild, ++ : moderate, +++ : severe

언어 발달이 늦다는 것도 3명에서 호소하였다. 초진 시의 진단적 인상으로는 주 진단명으로는 Pervasive Developmental Disorder-Not Otherwise Specified(이하 PDD-NOS)가 4명으로 가장 많았으며, Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder-Not Otherwise Specified(이하 ADHD-NOS)가 3명이었고, 기질적 뇌증후군도 1명이었다. 그외에 공존진단으로는 Developmental Language Disorder(이하 DLD)가 5명이었으며, ADHD-NOS가 주진단이 아닌 모든 환아에서 ADHD-NOS를 같이 진단되었다

환아들이 보인 증상으로 특징적인 것은 현실과 환상사이의 경계가 불명확하다는 것으로, 7명에서 심하게 나타났으며, 1명에서 중등도로 나타났다. 사고 장애도 7명에서 심하게 나타났으며, 1명에서 약하게

나타났다. 일반적인 기능의 변동은 5명에서 심하게 나타났고 3명에서는 중등도로 나타났으며, 충동조절을 잘 못하는 것과 대인 관계 형성의 장애는 5명에서 심하게 나타났고, 2명에서는 중등도로, 1명에서는 약하게 나타났다. 언어발달을 포함한 발달상의 불균형은 4명에서 심하게 나타났으며, 3명에서는 중등도, 1명에서는 약하게 나타났다. 불안은 가장 적게 관찰된 증상으로 단지 2명에서 심하게 나타났으며, 2명에서는 중등도, 나머지 4명에서는 약하게 관찰되었다.

2. 심리학적 및 기질적 검사(Table 4).

웬슬러 지능검사상 전체 지능은 평균이 101.25(표준편차=12.30)로 보통수준이었다. 동작성 지능은 평균 108.25(표준편차=10.40)였고, 언어성 지능은 평균이 96(표준편차=17.01)으로 동작성 지능이 언

Table 4. Psychological and organic test

| No | FsIQ(VIQ/PIQ) | TDI-R | BGT | TOVA | EEG | CT/MRI |
|----|---------------|-------|------------|------|---------|--------|
| 1 | 99(94/106) | 21.74 | WNL | WNL | WNL | n/a |
| 2 | 103(96/110) | 22.5 | borderline | ADHD | n/a | n/a |
| 3 | 107(90/125) | 18.33 | borderline | WNL | WNL | WNL |
| 4 | 97(95/100) | 36.55 | OBS | ADHD | WNL | WNL |
| 5 | 96(84/112) | 34.09 | borderline | ADHD | n/a | n/a |
| 6 | 83(81/ 88) | 25.96 | borderline | WNL | n/a | n/a |
| 7 | 123(136/103) | n/a | WNL | ADHD | n/a | n/a |
| 8 | 102(92/112) | 10.0 | borderline | n/a | seizure | n/a |

FsIQ : Full Scale IQ, VIQ : Verbal IQ, PIQ : Performance IQ

TDI-R : Thought disorder index-revised, BGT : Bender-gestalt test,

TOVA : Test of variables of attention, n/a : not available

어성 지능보다 우수한 경향이 있었으나 t-test결과 통계적으로 유의하지는 않았다. 로르샤하(Rorschach) 검사 반응에 입각하여 산출한 사고 장애 지표(TDI-R) 상에서는 평균이 24.16(표준편차= 9.11)으로 나타나서 아동인 것을 감안하여도 높은 수준이었다. 환아들의 주의집중력을 평가하는 Test of Variables of Attention(이하 TOVA)을 7명의 환아에게 시행하였는데, 4명에서 ADHD에 부합하는 소견을 보여 주었으며, 3명에서는 정상의 소견을 보여 주었다.

Bender-Gestalt Test(이하 BGT) 결과를 Koppitz (1964)의 아동용 체점체계에 입각하여 채점한 결과 1명에서 명확한 기질적 장애의 소견을 보여 주었고, 5명에서는 경계선 수준의 기질적 장애의 소견을 나타냈고, 단지 2명에서만 이상이 없는 것으로 나타났다. 뇌파검사는 4명에서만 시행하였으며, 그중 1명에서 경련성 질환의 소견에 부합하였으며, 3명에서는

이상이 없었다. 뇌에대한 전산화 단층 촬영이나 자기공명영상 촬영은 2명의 환아에서만 시행하였으며, 2명 모두에서 정상 소견이었다.

3. 발달력 및 가족력상의 특징(Table 5)

원하던 임신이었던지 여부에서는 5명에서 원하지 않았던 임신이라고 하였으며, 3명은 원하던 임신이라고 하였다. 주산기의 문제는 4명에서 없었다고 하였으며, 2명에서는 약간 문제가 있었고, 1명에서는 난산이었으며, 1명은 인공수정아였다. 주 양육 담당자는 8명의 아동 모두에서 어머니였다. 양육태도에서는 간섭과 과보호가 각각 2명이었고, 강박적과 공생, 학대 무관심이 각각 1명씩이었다. 운동발달은 8명의 아동 모두에서 정상적이었는데 반하여, 언어발달은 7명의 아동에서 모두 지연되었으며 1명에서만 정상적이었다. 환아들의 기질은 6명에서 공격적이었

Table 5. 발달력과 가족력상의 특징

| 특징/중례 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|
| 주산기의 문제 | 없음 | 없음 | 약간 | 약간 | 없음 | 난산 | 인공수정 | 없음 |
| 원하던 아이 | X | X | ○ | X | X | X | ○ | ○ |
| 주 양육 담당자 | 모 | 모 | 모 | 모 | 모 | 모 | 모 | 모 |
| 양육태도 | 간섭 | 강박 | 간섭 | 학대 | 공생 | 무관심 | 과보호 | 과보호 |
| 언어발달 | 지연 | 지연 | 지연 | 지연 | 지연 | 지연 | 정상 | 지연 |
| 운동발달 | 정상 | 정상 | 정상 | 정상 | 정상 | 정상 | 정상 | 정상 |
| 기질 | 공격적 | 공격적 | 공격적 | 공격적 | 예민 | 예민 | 공격적 | 공격적 |
| 친구관계 | 거절 | 거절 | 거절 | 거절 | 수동적 | 수동적 | 양호 | 거절 |
| 형제관계 | 없음 | 양호 | 나쁨 | 나쁨 | 없음 | 양호 | 없음 | 나쁨 |
| 학교적응 | 보통 | 보통 | 보통 | 보통 | 양호 | 불량 | 양호 | 불량 |
| 부부관계 | 불화 | 불화 | 불화 | 불화 | 불화 | 불화 | 원만 | 원만 |
| 가족력 | 없음 | 없음 | 없음 | 없음 | 없음 | 없음 | 없음 | 있음 |
| 사회경제수준 | 중하 | 중하 | 중하 | 중하 | 중하 | 중하 | 중상 | 중상 |

으며 2명에서 예민하였다 또래와의 관계는 5명에서 또래들로 부터 따돌림을 받았으며, 2명은 수동적으로만 어울렸고, 1명만 문제가 없었다. 학교에서의 생활은 2명은 잘 적응하였으며, 4명은 보통으로 적응하였으며, 2명은 잘 적응하지 못하였다.

가족력상 가족중의 정신과적인 병력은 8명 모두에서 부인하였다. 부부 사이는 5명에서 부부간에 불화가 많았으며, 3명에서는 원만하다고 하였다. 사회경제적인 수준은 중하가 4명이었고, 2명은 중간, 2명은 중상 수준이었다.

4. 경과 및 추적관찰(Table 6)

병원에 초진시의 환아들의 평균 나이는 6.1세(표준편차=2.3)였다. 치료의 형태는 주로 외래에서 이루어졌으며, 1명만 치료기간중 잠시 입원치료를 받았다. 치료의 기간은 평균 1.93년(표준편차=1.87)으로 개인에 따라서 차이가 많이 났으나 5명에서는 1년 이하의 치료기간을 보였고, 3명에서는 3년이상 치료를 받았다. 치료의 형태는 6명에서는 약물치료만 하였으며, 단지 1명에서만 놀이 치료와 약물치료를 병행하였고, 1명은 아무 치료도 하지 않았다. 주로 사용된 약물은 4명에서는 methylphenidate였으며, 3명에서는 haloperidol이었으며, 1명에서는 carbamazepine으로 치료를 받았다. 치료의 반응은 5명에서는 호전이 되었고, 3명에서는 별 차이가 없었다. 호전된 5명은 1년이상 치료를 받은 경우에서 3명 모두 호전이 왔으며, 치료 기간이 1년 이하인 경우에서는 놀이치료를 병행한 1명과 경련성 질환이 동반이 되어서 carbamazepine으로 호전이 온 1명이었다. 환아들의 현재 상태는 5명에서는 계속 치료를 받고 있었으며, 치료 기간이 1년 미만인 3명은 모두 임의 중단하였다.

5. 증 례

〈말이 늦고 고집이 세다는 것을 주소로 내원한 3년 6개월 된 남아〉

말이 늦고 고집이 세다는 것을 주소로 외래 방문한 환아는 모가 임신 2개월에 하혈로 치료받은 적이 있고 예정일보다 2주 늦게 유도 분만하였다. 출생시 체중은 3.9Kg이었다. 발달력상 신체 발달은 다른 아이와 비교해서 늦은 편은 아니었으며 이인불안은 없었고 16개월에 분리불안을 보였다. 말 시작이 느려 두돌이 한참 지나 겨우 말을 시작하였고 '엄마' 소리는 세 돌이 지나서 했다고한다. 이후로도 알아들을 수 없는 단어들을 많이 얘기해서 의사소통도 모와만 겨우 이루어지는 정도였다 한다. 고집이 세서 자기 마음대로 하려고 하고 하기 싫은 것을 시키면 로보트가 무엇을 발사하듯 오른팔로 때리고 화분을 집어던지려 하기도 했다 한다. 반바지를 입지 않으려 해서 긴 바지만을 입히고 음식도 야채는 먹지 않고 과일만 조금 먹는 정도였다 한다. 2년 6개월에 6시간정도 잃어버린 적이 있었는데 그후로 부모와 떨어지지 않으려하고 잘 때도 모를 확인하는 정도라 한다 성격은 아주 예민하고 짜증을 많이 내고 고집이 세고 하기 싫은 것은 꾸중하고 때려도 듣지 않는다 한다. 가족력상 차남인 부는 전문대를 졸업후에 작은 아버지 회사에서 일하다가 낙상하여 척추 골절, 대동맥 파열, 골반 골절을 입고 수술을 받았다고 하며, 우울하고 매사에 비판적인 성격이라고 한다. 공무원 생활을 하다가 자재 납품 회사를 차려 경제적으로 어렵지는 않고 모와는 친구 소개로 44세에 결혼하였으며 부부사이에는 환아 때문에 자주 다투었고, 환아를 때린적이 많으나 현재는 환

Table 6. 경과 및 추적관찰

| 증례 | 초진연령 | 치료형태 | 치료기간 | 놀이요법 | 약물요법 | 치료반응 | 현재상태 |
|----|-------|-------|------|------|--------|------|----------|
| 1 | 3.9년 | 외래 | 2.9년 | X | MPH | 호전 | 약없이 외래치료 |
| 2 | 6.7년 | 외래 | 0.7년 | X | MPH | 차이없음 | 임의 중단 |
| 3 | 3.3년 | 외래+입원 | 5.7년 | X | Haldol | 호전 | 약없이 외래치료 |
| 4 | 8.2년 | 외래 | 0.4년 | X | MPH | 차이없음 | 임의 중단 |
| 5 | 4.7년 | 외래 | 3.2년 | X | MPH | 호전 | 외래 치료 |
| 6 | 10.3년 | 외래 | 1년 | ○ | Haldol | 호전 | 외래치료 |
| 7 | 5.8년 | 외래 | 1년 | X | X | 차이없음 | 외래치료 |
| 8 | 5.9년 | 외래 | 0.5년 | X | CBZ | 호전 | 임의 중단 |

MPH : Methylphenidate, CBZ : Carbamazepine

아에게 잘해준다고 한다. 차녀인 모는 고졸로 공무원 생활을 하다가 남편을 소개 받아 결혼한 후 성격이 맞지 않아 힘들었다고 하며, 부부싸움을 자주하는 편이라 한다. 환아에게 간섭을 많이하고 이단을 잘 친다고 한다. 환아의 형은 내성적 성격으로 아이들과 어울리지 못하고 예민하고 밤에 불끄는 것을 부서워 해서 불을 키고 잘 정도로 공부는 잘하나 산만한 편이다. 환아에게 주로 피해를 당하는 편이라고 하며 환아를 자주 때린다고 한다. 내원 시의 정신상태검사에서 부산하고 이것저것 건드리고 노는 더 장난감을 가지고 놀 줄은 알고 간간히 큰 소리로 소리내며 반복하는 모습이 관찰되며 눈마춤은 적으나 운동성이 많았다. R/O PDD-NOS, R/O ADHD-NOS, R/O DLD의 인상하에 특수 교육을 추천하고 외래 치료를 하기로 하였다.

경과요약 : 외래에서 Haldol 0.5mg po 투약하면서 조금씩 대인관계에 호전이 생겼지만 여전히 부산하고 3월부터 특수학교를 다님. 처음에는 분리에 힘들었지만 잘 다님. 8개월간 특수학교 다님 후 이후로는 미술학원, 체육관등을 보냈는데 90년초부터 대인관계가 좋아져 또래, 형에 관심이 생기고 놀지만 아직 또래와 협동적인 놀이는 못함.

6세경에 일반학교 적응이 가능한지를 자세히 평가하고 간혹 충동-공격적 행동을 보이는 것을 주소로 소아 병원 폐쇄 병동에 입원함. 충동적으로 난폭해져서 아파트의 할머니를 머리로 박고 형을 몽둥이로 때리고 칼로 찌르는 시늉을 하고 체육관에 자기 이름을 적었다고 관계없는 아이를 때리는 행동이 있었다함. 입원시의 정신상태검사에서 조심스럽고 눈마춤은 없지만 이야기를 잘하고 부산한 면은 관찰되지 않음

입원후 다른 환아에게 무관심하지만 시료전에는 선택적 애착 행동을 보이고 혼자 놀면서 방해받으면 충동적 행동을 하여 Haldol 0.5mg 투약함. Haldol을 1.0mg으로 증량후 과활동적, 공격적 행동이 줄고 전체 활동에 참가 유도 시에 받아들이는 모습을 보임. Haldol 2.0mg으로 증량해서 자신이 원하는 행동을 시연시키는 것을 받아들이고 전과는 달리 상대를 다가와 싸우거나 피하는 모습을 보임.

뇌파, 자기 공명 촬영술에서 정상 소견이었고 psychometry에서 I.Q.는 107, R/O borderline child, R/O ADD로 나옴.

행동의 호전을 보여 약 2개월만에 퇴원하고 외래 치료를 받음. 약은 끊어버림. 일반 유치원을 다니며 본원 내원하시 국민학교 입학해서는 다른 사람을 생각 못하고 선생님에 지적에 화내는 모습을 보였으나 학교 적응이 되면서 친구도 사귀고 표현 능력도 좋아짐. 그러나 아직도 엉뚱한 면은 남아있음. 처음 psychometry 시행후 3년 후에 다시 시행하여서 I.Q.는 141, TOVA는 주의력 장애를 시사하지 않음

고 찰

본 연구에서는 선정된 8례의 경계선 아동들을 병록지에 기록된 사실을 토대로 하여 후향적으로 총 37개의 인과분석, 임상경과, 발달력, 가족력, 심리검사, 치료방법 및 기간, 치료에 대한 반응등의 변인들에 대하여 평가표를 통한 비교를 하였다. 선정된 증례 수가 너무 적어서 대조군을 통한 통계학적인 비교는 하기가 힘들었으며, 한편으로는 증례들을 일반적인 증례로 보아 치립 하기에는 비교적 수가 많아서 평가표를 통한 비교를 시도하였다. 항목의 선정에 문제가 있고, 일부 항목에서는 평가가 객관적으로 이루어지지 않은 면이 있었으나, 저자들은 이러한 증례들을 통하여 향후 연구에 지침이 되고자 하였다.

1. 임상양상

흔히 보이는 임상 양상들을 종합하여 보면 다음과 같다 :

- ① 사고-현실판단, 감정 조절에서 급격한 퇴행,
- ② 스트레스에 의하여 매우 상처받기 쉬우며, 때로는 정신중적인 반응을 보임,
- ③ 만성적으로 퇴행된 상태,
- ④ 심한 분리 불안과 퇴행,
- ⑤ 일반적으로 발달의 제한(대인관계, 감정, 인지, 언어),
- ⑥ 대인 관계를 하지 않고 완전히 사로잡혀 있는 분열성(schizoid) 상태로 됨,
- ⑦ 과도적인 분노와 극도의 불안이나 충동의 조절을 하기 못하는 폭력적인 환상

이러한 아동들은 사고, 현실판단, 감정의 조절등에서 급격하고 예측을 할 수 없는(소위 predictably unpredictable) 퇴행이 일어난다. 외부의 스트레스에 대하여 매우 상처받기가 쉬워서 갑작스러운 자살이나 타살의 행동과 환각등을 포함한 정신중적인 양상을 나타내기 쉽다. 이러한 아동들은 병원같이 안전하고 잘 구조화 되어있으며 스트레스가 없는 환경에 놓여져서 외부의 스트레스가 사라지면 다시 빨리 원래대로

인격이 통합되어 정상으로 돌아온다. 역으로 말하면 이러한 아동들은 만성적으로 퇴행되어 있다고도 할 수 있다. 또한 부모로부터 격리가 되면 경계선 환자인 어머니 자신이 혹은 아동이 심하고 급적스러운 퇴행을 하는데 이런 환자는 어머니와 합쳐지면 다시 인격이 통합이 되며, 이러한 아동은 마치 어머니와 공생하는 (symbiotic) 관계에서만 정상적으로 기능을 할 수 있는 것처럼 보인다. 이론적으로는 개별화의 실패로 말미암아 대상의 항구성이 확립되지 않은 것 같다. 종종 현실에서 후퇴하여 환상에 사로잡혀 있거나 대인관계에서 정서적으로 움츠러들어서 분열성(schizoid)의 임상양상을 띠기도 한다. 마지막으로 이러한 아동들은 분노나 파괴적인 환상에 사로잡혀 있기 때문에 자기 조절을 하기가 힘들거나 극도의 불안을 느끼기도 한다.

분노나 불끈 성을 내는 것이나 파괴적인 환상, 퇴행, 충동성등은 ADHD나 불안장애, 우울증등에서 모두 나타날 수 있는 증상들이다 이러한 연관된 증상군들과 장애들은 때때로 공존 질환으로 여겨지거나, 혹은 이러한 전체적인 임상 양상이 아동에서의 경계선 인격장애를 포괄하는 것으로 생각이 된다. 소아 청소년 정신과학에서 진단상에서 서로 배제가 되는 질환은 몇개 되지 않는다. 흔히 아동들은 하나 이상의 진단을 가지고 있으며, Puig-Antich(1982)는 어느 한 장애를 치료하면 다른 장애의 증상도 같이 좋아지는 경우가 많은 것을 발표하였다. 경계선 장애를 가진 아동의 경우에는 ADHD, 불안장애, 주요 우울증, PTSD등의 다른 진단들과 증상이 많이 겹칠 수 있다. 이렇게 다른 진단들이 흔히 같이 있는 것들을 설명하기 위한 많은 가설들이 있다:

- ① 경계선 장애를 가진 아동들은 특별히 열거된 다른 질환에 더 이환될 확률이 높다.
- ② 경계선 상태 자체가 이러한 장애들의 하나 이상의 특이한 변이(variant)일 수 있다
- ③ 이렇게 같이 나타나는 진단들의 밑바닥에는 더 근본적인 장애가 있을 수 있다.
- ④ 정말로 여러가지의 질환이 공존하는 것일 것이다.
- ⑤ 이렇게 여러가지의 공존하는 질환이 있는 것은 원인에 근거하지 않고, 증상을 나열하는데에 기초를 둔 현재의 진단체계 때문에 생긴 것이다.
- ⑥ 공존 질환이 있는 것은 연구 설계를 잘못했기

때문이다.

설명이 어떤 것이던지 간에 임상가들은 이러한 ‘소위’ 경계선 상태에 있는 아동들이 질병의 경과 중에 몇개의 다른 진단을 가지는 것이 흔하다는 보고를 한다. 아마도 이것이 경계선 장애의 특징일지도 모른다. 때때로 이러한 아동에서 성격이 발달하면서 혼란이 가중이 되고, 결과적으로 다른 장애에서 볼 수 있는 증상군들의 흔적들을 만들어 내는 것일 수도 있다. 소위 말하는 경계선 장애가 있는 아동이나 청소년들의 행동은 예측할 수 없는 정서(mood)와 중요한 영역들--충동의 조절, 감정의 조절, 주의 집중, 인지, 대인관계등--에서 여러가지 기능을 통합하는 기능이 전반적으로 불안정하고 굴곡이 있는 것으로 특징지어진다. 대인 관계는 미성숙하고, 욕구 충족의 단계이고, 양가 감정과 의존욕구가 큰 반면에 공감하는 능력은 결여되어 있다. 이러한 아동들은 편집 증적인 분노를 보이며, 조절할 수 없는 분노 발작을 일으키는 상태로 퇴행하고, 현실 검증력을 잃어 버린다. 사고의 장애도 종종 있으며, 우울증 같은 감정의 장애, 공격적이거나 퇴행적 행동의 장애, 망상이나 환각같은 인식의 장애도 흔히 동반이 된다. 이러한 아동에서 불안의 정도가 몹시 심하여 감추기가 힘이 들며, 사고나 대인 관계를 방해하게 된다. 이런 것들을 보상하기 위하여 전지 전능적인 환상도 흔하다. 불행하게도 이러한 아동에서는 공감하는 능력이 몹시 결여되어 있기 때문에 관여하는 거의 모든 사회생활에서 실패와 따돌림을 반복적으로 더 받게 되며, 결과적으로 아동에게서 우울과 실망과 불안을 가중시키게 된다.

2. 진 단

아동에서 경계선 장애는 분명히 존재하고 많은 관심을 끌고 있지만, 너무 광범위하기 때문에 그 타당성을 검증하지 못한다고 생각한 임상가인 Vela등(1982)은 지금까지의 광범위한 문헌의 고찰을 통하여 “Consensus Criteria”를 발표하였다. 한편 Bemporad 등(1982)도 자신들이 경험한 24명의 아동들을 증상을 기초로 하여 진단 기준을 고안하고 계속되는 추적 관찰로 이 진단 기준의 예측타당도를 검사하였다(1991)(Table 1).

한편 Petri와 Law(1982), Greenman(1986)등은 “modified version Diagnostic Interview for Borderli-

nes(DIB-R)"를 연구에 사용하여 성인어사의 기준이 아동에서도 적용될 수 있음을 보여 주었다. 특히 Greenman의 연구에서는 86명의 6세에서 12세까지의 아동을 후향적으로 연구를 하여 경계선과 비경계선 아동을 성공적으로 구별할 수 있었다. 그러나 이 두 군간에 여러가지 변인들의 비교에서 유의한 차이가 거의 없음을 발표하였으며, 아동에서의 경계선어라는 용어의 사용에 대하여 타당성에 의문을 제기하였다. 그러나 1990년에 Andronous는 5세에서 12세 사이의 아동에서 경계선 인격장애의 DSM-III와 Gaudelson의 진단기준에 부합되는 45명의 대상군과 같은 수의 대조군을 비교하여 경계선 환아를 구별할 수 있는 중요한 증상들을 확인하였다. 공격성과 분노 ADHD 지나친 환상에의 몰입, 충동성, 대인 관계의 장애 등이 특히 유의한 증상들이었고 이는 Vela나 Bemporad가 정한 진단 기준과 상당한 연관이 있었다. 이러한 환아들을 진단을 하는데 가장 커다란 문제점은 Rutter (1988)가 언급한 바와 같이 아동이 발달의 과정에 있다는 점과 시간이 경과한다는 점이다. Shapiro(1982)가 강조하였고 Greenman등(1986)이 증명하였지만, 진단이라고 하는 것은 중요한 무엇인가를 구별할 수 있어야 한다. 현재로서는 경계선 아동이라고 진단을 받은 환아들이 성인이 되면서 너무 많은 경로를 밟고 있기 때문에 이 진단을 사용하는데 과학적인 타당성이 떨어지는 것 같은 것도 사실이다. 그러나 이러한 증상을 보이는 환아들이 임상적으로 더욱더 확인이 되고 있기 때문에, 부족하지만 Vela나 Bemporad등이 정한 진단 기준등을 사용하고, DSM-IV의 진단기준을 참조로 병행한다면 매우 유용하리라고 본다. 본 연구에서도 Vela와 Bemporad등이 정한 진단 기준을 사용하였으며, 일부 증상들은 심리화학적 검사로 확인을 하였다.

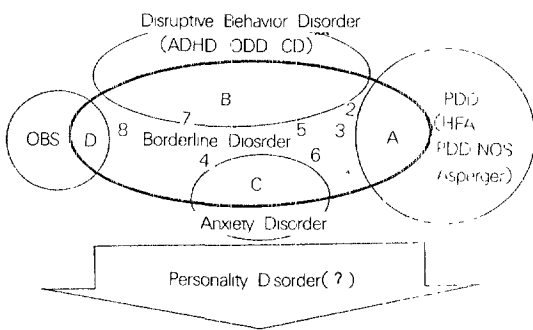


Fig. 1. Borderline disorder of children-hypothesis

3. 김용 진단

여러 가지 공존하는 질환이 있다고 하는 것은 임상적으로 다음과 같은 질환들과 감별진단하기가 어렵다는 것이다.

- ① ADHD ② Conduct Disorder ③ Asperger's Disorder ④ DD NOS(특히, Mutplex Developmental Disorder) ⑤ Somatization Disorder ⑥ Dissociative Disorder ⑦ Major Depressive Disorder ⑧ Bipolar Disorder ⑨ Schizophrenia ⑩ Complex Partial Seizure Disorder ⑪ Post-traumatic Stress Disorder

경계선이라고 진단받은 아동들중 많은 수에서 위의 장애들이 증상들을 가지고 있는 경우가 많다. 그러나 진단에 따라서 치료가 틀리기 때문에 진단적으로 구분하는 것은 매우 중요하다. 아동에서의 경계선 장애의 진단이 아직 정립되지 않았기 때문에, 배제 기준이 없고 모두 포함하는(inclusive) 기준이어서 의심스러운 진단이 흔히 있다. 또한 이러한 포괄적인 진단을 일대 진단이 내려지면 더 이상 진단적인 준사를 하게 할 수가 없으며, 예후가 좋지 않기 때문에 치료에 대한 열정이 식어버린다는 단점들이 있을 수 있다. 이러한 아동이 성인이 되어서 정신병리가 어떤 방향으로 발달할 지에 대한 명확한 결과가 없으므로 아동에서의 경계선이라는 용어는 만약에 존재한다면 다양한 원인과 많은 공존질환이 있는 아동의 발달에 중간에 위치한 행동군을 포괄하여 나타내는 것으로 결국 밝혀질 수도 있다. 이러한 이유들 때문에 아동에게서 경계선 장애라는 진단만으로 만족하는 것은 현명치 않을 수 있다.

1) Asperger's Disorder(AD)

AD의 핵심적인 특징들은 사회적인 관계에서 심하고 광범위한 장애, 반복되는 양상의 제한된 행동이나 흥미들로 인하여 사회적인 여러 기능의 장애가 초래된다는 점에서는 PDD와 유사하지만, 언어 발달은 정상적이며 기타 환경에 대한 호기심이라든지 사회적인 관계를 제외한 다른 인지적인 발달은 심하게 지연되지 않는다는 것이다. 이러한 상태는 Kanner의 autism에 대한 최초의 기술에서도 나타나 있으며, Asperger, 이러한 환아들을 지칭하기 위하여 autistic psychopathy란 용어를 만들어 냈다. 후에 이 장애는 schizoid PD, nonverbal learning disability(NLD) syn

drome등으로 불리우기도 하다가 ICD-10과 DSM-IV에서 AD로 진단에 등장하였다. 성인에서의 schizoid PD와의 관련성은 증명되지 않았으나, 이러한 아동들은 계속 발달하는 과정에 있기 때문에 별 관련이 없는 듯하다. 다른 자폐증과의 감별은 현재로서는 매우 어렵다.

2) Multiplex Developmental Disorder(MDD)

MDD는 사회적인 관계 형성과 감정의 조절, 사고 등의 분야에서 장애를 나타내는 증후군을 지칭하는 용어이다. Cohen(1987)등에 의하여 최초로 기술이 되었을 때, 이 증후군은 자폐증과 specific developmental disorder(SDD) 사이에 위치하는 이질적인 장애의 군을 지칭하는 것으로 이해되었다. 이러한 아동들은 schizotypal PD(SPD), borderline syndrome of childhood, childhood schizophrenia등의 여러가지의 명칭으로 불리워 졌다. 잠정적인 진단 기준이 제안이 되었으며, 더 타당성에 대한 연구가 더 필요하다. DSM-IV에서는 잠정적으로 MDD를 성인의 SPD의 진단 범주에 포함을 시켰다. 그러나 아동이 과연 어른에서 SPD로 진행할 것이냐에 대하여는 증명되지 않았으며, 많은 문제점이 있다. 또한 아동에서의 borderline disorder와 진단 기준이 비슷하고, 감별 진단이 힘이 든 것도 사실이다. 그래서 Towbin등(1993)은 아동에서는 정의가 분명하지 않은 'borderline syndrome'이라는 용어보다는 MDD란 용어를 쓸 것을 제안하였다.

4. 원인과 병인론

이 질환에 대한 정의를 하기 어려운 것 자체가 하나의 연구 과제가 될 수 있다. 이 질환의 병인론을 연구하기가 힘든 하나의 설명은 이 질환을 가진 아동이 여러 가지의 질환을 같이 가지고 있을 뿐만 아니라, 공존하는 질환들 자체가 여러가지의 원인을 가지고 있기 때문이라는 것이다. 이러한 원인들의 경로는 다음과 같은 것들을 포함하고 있다.

① 유전적인 원인 ② 기질적인 요소들 ③ 대상관계의 발달에서의 혼란 ④ 가족의 기능과 체계에서의 심각한 장애 ⑤ 부모가 정신질환을 가지고 있거나 아동학대(특히, 성적인 학대)같은 외부적인 스트레스.

이러한 바탕에서 이 질환의 병인을 이해하는 실용적인 모형은 유전적, 기질적, 인지적, 정신내적(intrapyschic), 대인관계적, 사회 환경적인 여러 요인들이

복합적으로 상호 작용하고 있는 것일 것이다.

1) 유전적인 요인(Genetic Factors)

기질(temperament)이라고 하는 것은 부분적으로 유전적인 영향을 받는 것으로 일반적으로 알려져 있다. 또한 경계선 인격 장애와 공존하는 몇개의 장애들은 약간의 유전적인 요소가 있는 것이 밝혀졌다. 이렇게 동반된 장애들에는 반사회적 인격장애와 ADHD등이 포함이 된다. 인격의 어떤 부분과 중요한 정신병리가 유전이 될 확률은 약 30% 정도로 추정할 수 있다. 그러나 본 연구의 대상들에서는 유전적인 연관성을 확인 할 수 없었다.

2) 기질적인 요인(Organic Factors)

경계선 상태를 가진 아동에서 특징적인 기질적인 이상은 아직 확립되지 않았다. 그러나 몇몇의 보고에서 어떤 형태의 기질적인 장애가 있음을 시사하며, dopamine-β-hydroxylase의 이상을 시사하는 보고가 있다(Rogeness등 1984, 1986). 그러나 이직은 이러한 보고를 확인할 필요가 있다. 본 연구에서는 BGT에서 1명에서 명확한 기질적 장애의 소견, 5명에서는 경계선 수준의 기질적 장애의 소견, 2명에서는 정상의 소견을 보여주었다. 그러나 명확한 기질장애를 가진 1명에 대한 뇌파 및 뇌 영상촬영 등에서 정상적인 소견을 보여주었다. 따라서 이러한 환자들에서 명백한 기질적인 이상이 있다는 것을 확인 할 수는 없었다. 그러나 대상 중 1명의 환자에서 경련성 질환이 있었기 때문에 이부분에 대한 연구가 더 필요하다.

3) 정신분석학적인 요인

경계선 장애의 정신분석학적인 이론들은 근본적으로 분리-개별화 시기의 심리적인 상처의 지연된 효과로 "sleeper" 이론으로 압축이 된다. 이상하게도 분리 개별화 시기에 명백한 어려움-그 당시에 혼란한 부모의 양육을 받음-을 경험한 아동들은 아동기에 소위 경계선 장애라고 하는 증상이 나타날 수 있으나, 성인에서 반드시 경계선 인격장애가 되지는 않는다. 그러나 이러한 이론의 타당성을 과학적으로 신뢰성 있게 입증할 보고서는 아직 없다.

본 연구에서도 원하지 않았던 아이가 많았으며, 주양육 담당자는 모두 어머니였으나, 양육태도에서 모두 어느 정도의 문제가 있었다. 한편 부부사이에 불화가 비교적 많아서 이 또한 어머니의 양육태도에 부정적인 영향을 미쳤을 것으로 사료되며, 대상 아

동들에서 언어발달이 느렸다고 하는 것도 어머니의 양육이 부정적이었음을 암시한다. 이상에서 종합을 하여 보면 반응성 애착 장애아들 처럼 명백한 애착 형성에 장애가 있지는 않지만, 분리 개별화 시기에 어느 정도의 문제가 있었을 가능성을 추측할 수 있으며, 향후 연구에서 이 부분을 더 규명해야 할 것이다.

5. 치 료

보다 잘 확립된 질환에 의거하여 특정한 표적 증상에 대한 치료가 가능하기 때문에, ADHD, Bipolar Disorder 등과 같이 치료 가능한 질환의 증상을 찾아내는 것이 중요하다. 현재로서는 경계선 아동의 치료에 대하여 잘 통제된 연구가 없는 형편이다 Bentivegna 등(1985)이 62명의 치료받은 경계선 환아를 후향적으로 검토를 하였으며, 32명에서 호전이 되었고, 25명에서 변화가 없었으며, 5명은 악화가 되었다고 하였다 호전된 환아들은 치료를 오래 받은 군과 residential 치료를 받은 군에서 예후가 좋았다 본 연구에서도 1년 이상 치료를 받은 환아에서 모두 호전이 왔으며, 입원 치료를 중간에 받았던 환아에서도 역시 호전이 왔다. 어떤 경우든지, 원인적이거나 임상 양상이 다양하고 경과나 치료결과에 대하여 잘 설계된 연구결과가 적기 때문이 가족 치료, 부모 치료, 약물 치료, 병원(Hospital) 치료, 환경치료, 행동 치료 등과 같은 다양한(multimodal) 치료적 접근이 필요하다

1) 정신치료

경계선 환아의 집중적인 정신치료(intensive psychotherapy)에서 - 특히, 입원치료의 경우에 - 고려해야 할 가장 중요한 점은 현실 검증력을 발달시켜주는 것이다. 치료자는 현재의 생활에서의 여러가지 사건에 대한 환아의 반응을 환아가 인식하고 이해할 수 있도록 도와주어야 한다. 유발시키는 사건들, 환상들, 억눌려졌던 감정들이 환아에게 설명되어야 한다. 이러한 방법으로 환아의 퇴행된 행동이 아동뿐만이 아니라 치료진과 부모에게도 더욱 잘 이해되어 질 수 있다. 아동의 행동의 의미를 이해하기 위하여는 입원 치료중에 매일 매일 만나는 것도 흔히 필요하다 치료자는 어떤 것이 현실이고 어떤 것이 환상인지를 명확히 해 주어야 하며, 아동이 하는 사고, 환상, 생각들과 부모나 치료진의 것들을 명확히 해 주어야 한다. 대상 표상(representation)이 불안정하기 때문에

최소한 치료 초기에는 무의식이나 전의식의 감정이나 소망등에 대한 정신분석학적인 해석은 때때로 유용하지가 않다. 종종 이러한 아동들은 내적인 보다 원초적인 욕구들 때문에 언어적인 해석을 하는 순간에만 듣고 잠기후면 잊어버리는 것 같다. 이렇게 해석이 때때로 유용하지가 않기 때문에 혼습(working-through)도 역시 이러한 아동에서 힘든 것 같다 대상의 항구성이 지연이 되는 현상은 치료에 있어서 가장 핵심적인 요소를 암시하여 주게 하는데, 그것은 아동의 생활이 있어서 안정된 사람이 신뢰감이 가게 존재하는 것에 대한 욕구이다. 그래서 이러한 아동의 치료에서 가장 중요한 한가지 요소를 든다면 지속적이고 안정적인 관계를 형성하는 것이라고 할 수 있다. 이것은 초기의 본능적인 욕구들이 여전히 경험되고 있고, 투사의 동일화와 같은 불안정한 초기의 방어기제들과 현실 검증력의 장애가 압도적이며, 사고의 일차적인 과정이 임상적으로 확실히 나타나는 이러한 아동의 발달에서의 초심리학적인(metapsychological) 관점의 한 부분을 보여준다. 이러한 아동은 자기와 똑같이 치료자도 혼란스럽고 원시적으로 기능하는 단계로 이행하는 것을 느끼도록 조정한다 이러한 아동이 그 자신의 무력감을 치료자에게 투사하고 싶은 욕망--이렇게 함으로써 아동은 일시적으로 더 전지전능한 감정을 느끼게 되고, 치료자는 갑작스러운 불편감을 느끼게 된다-- 때문에 의도적으로 조정했던 지 혹은 치료자에 대한 효과는 이러한 아동이 단지 존재하기 때문에 생긴 것이었는 지는 별로 중요하지 않다. 중요한 것은 실제로 이러한 반응이 생긴다고 하는 것이다. 다시 말하자면, 치료자는 그 자신에게서 생기는 이러한 느낌을 가지고 아동이 경험하고 있는 것을 더 잘 이해할 수 있도록 해야 한다는 것이다. 치료자는 놀이의 은유(metaphor)를 통하여 이러한 아동이 비스적으로 또는 전의식적으로 현재 경험하고 있다고 생각되는 것 중에서 치료자가 이해를 한 부분을 전달하여 주어야 한다. 현실과 환상 사이의 경계를 주의 깊게 명확히 하여 주어야 한다. 치료자가 이러한 아동에게 설명을 하여 줄 때에는 - 주로 놀이를 통하여 하는 수가 많은데 - 간결하고 확실하게 하여 주어야 한다. 이렇게 놀이의 은유를 사용하는 목적은 아동이 관통할 수 있는 일정한 거리를 유지하여서 불안에 사로 잡히지 않게 하기 위하여이다. 동시에 치료자는 다른 것들 - 치료진이나 부모님에게 처신하

고, 칭찬을 얻는 실제적이고 현실적인 방법들-에 대하여 제안을 하기 시작하는데, 이것도 역시 놀이를 통하여 할 수도 있으나 결국은 더 직선적인 방법으로 할 수도 있을 것이다. 치료자와 치료진들은 이러한 아동의 치료 기간중에 퇴행적이거나 성적이고, 공격적인 행동들을 적절히 통제하여서 죄책감이나 불안을 너무 느끼지 않도록 하여 주어야 한다.

이러한 아동이 치료자에게 공격적인 충동을 행동으로 표현하면, 그 행동을 탐색하고 해석하기 전에 우선 통제되어야 한다. 이러한 행동화(acting-out)는 우연히 치료자의 물건들을 던진다든지 차버리는 행동으로 처음 시작될 수 있다. 그리고 이러한 행동은 더 발전이 되어서 여러가지 물건들을 부순다든지 창문 밖으로 던져버리는 행동등으로 변한다. 초기에 이러한 행동을 통제 하여서 상습 작용을 예방하는 것이 중요하다. 퇴행되었거나 퇴행하고 있는 아동은 불편한 것을 느끼기 때문에 더이상 불안감을 증가시키지 않기 위하여 퇴행된 행동에 엄격하게 제한을 하여야 한다. 이러한 아동의 치료에서 장애가 되는 것은 높은 수준의 불안만이 아니라 우울증, 절망감, 무기력감, 갑작스러운 공격성등도 흔하게 나타나는 요소들이다. 대개 이러한 것들은 아동이 치료자와의 관계에서 더 안전함을 느끼고, 자기(self)를 더욱 명료히 알 수 있고, 내적인 감정에 의하여 덜 영향을 받게 되는 치료과정의 후기에 잘 나타나게 된다. 거의 대부분의 경우에서 아동에게 지금까지 그 아이의 생애에서 중요한 부분을 알려주어서, 그 아이가 왜 지금 이렇게 행동하고 느끼게 되었는가를 이해시켜주는 것은 매우 도움이 된다. 어떤 환자의 경우에는 이런 것들의 약간 구체적인 방법으로 아이도 같이 참여하는 그림을 그려서 이해를 시켜 주는 것도 좋은 방법이다. 부모에 대한 정신치료도 동시에 진행하는 것이 필수적이다. 부모가 계속 아이를 실망시키는 경우에도 아이는 때때로 부모를 이상화하는 경우가 있다. 또한 부모가 아이에게 양가적이고 비현실적인 기대를 하고 있는 수가 많다. 어떤 환자에서는 부모와 떨어져 사는 것이 아이에게 최선의 방법일 때, 아이를 부모와 떨어지도록 부모를 도와 주어야 한다. 어떤 환아는 자신의 불안을 분리하고 투사하려는 무의식적인 시도로 치료진에게 부모의 비뚤어진 모습을 투사하기도 한다. 또한 어떤 환아는 부모에 대한 자신의 분노를 표현하는 손쉬운 희생양으로 치료진 중의 하나를 이용하

기도 한다. 이러한 경계선 환아를 치료하는 치료자에게 일어나는 반응과 퇴행적인 압력은 거의 이 질환의 진단에 특징적인 것이다. 이러한 아동과 같이 있을 때 겪게 되는 불안과 방어적인 자세는 흔히 있는 일이다. 비현실적인 치료 목표와 절망감 사이에서의 방향에 동반되는 구조-환상(rescue fantasy)도 겪을 수 있다. 이러한 환아를 치료하는 동안에 치료자는 종종 주위로 부터의 정서적인 지지가 필요하다.

2) 약물치료

현재까지는 경계선 아동의 약물치료를 대하여 고안된 특별한 치료치침을 개발되지 않았다. 그러나 경계선 장애의 증상을 조절하기 위하여 점점 더 약물의 사용이 증가하고 있다. 정신과의 다른 장애들과 마찬가지로 Rinsley(1980)는 경계선 아동에서 특별한 증상에 맞추어서-예를 들면, 과잉행동에는 stimulants, 우울증에는 imipramine등-약을 사용할 것을 제안하였다. Schulz등(1988)은 이전에 Petti(1982)가 경계선 아동의 약물치료를 대하여 광범위한 고찰을 한 결과와 비슷하게 이러한 환아에서 정신과 약물에 대한 다양한 반응을 집중적으로 연구하였다. Antianxiety agents, TCA, stimulants, neuroleptics, lithium 등의 광범위한 약물이 경계선 아동의 증상을 완화시킨다고 기술되었다. 또한 앞으로 기질적인 요소가 같이 있는 아동에게는 일부의 항경련제(eg. carbamazepine, valproic acid)가 더 도움이 될 지도 모른다는 제안을 하였다. 경계선 아동에서의 약물치료는 다른 장애들에서 보다 더 많은 임상적인 기술을 필요로 하며, 정신치료적인 지지 요법이 성공적인 약물치료를 필수적이라고 하였다.

본 연구에서 다양한 약물을 대상군들에게 투여를 하였으나 뚜렷한 호전을 가져 오지 않았으며, 자주 약물을 변경하거나 약물을 중단하고 치료를 하였다. 단지 경련성 질환이 동반된 1명의 환아에서만 항경련성 약물이 증상의 호전에 영향이 있었다. 또한 놀이 치료를 병행한 1명의 환아는 치료 기간이 1년 이하에서 호전을 보여서 이러한 환아들에서 놀이 치료를 할 필요성이 있음이 암시되었다.

6. 역 학

1) 유병률

이 진단의 타당성의 결여와 진단기준이 잘 확립되어

있지 않기 때문에 실제적인 유병률은 구할 수가 없다. 성비에 대한 체계적인 연구도 이루어진 바가 없으나, 본 연구에서는 모든 환아가 남아였다

2) 경과 및 예후

Dahl(1976)은 소아정신과에 입원한 322명의 환아들을 20년간 추적 조사하였으며, 이들 중에서 6명이 처음에 'borderline psychosis'라고 진단을 받았으며, 6명중에서는 3명은 재입원을 하지 않았고, 2명은 'borderline schizophrenea'라고 진단을 받았고 1명은 schizoid PD로 진단을 받았다고 보고를 하였다. Wegland(1979)도 'borderline psychosis'라고 진단받은 2세부터 13세까지의 29명의 환아를 5년에서 20년까지 추적 조사를 하였으며, 이들 중 5명은 여전히 'borderline psychot' 하였으며, 4명은 정신증의 진단을 받았고, 6명은 심한 신경증의 증상을 보였고, 3명은 중등도의 신경증증상을 보였으며, 11명에서는 증상이 없었다 Kestenbaum(1982)은 경계선이라고 진단을 받은 7명의 환아를 14년에 30년간 추적 조사를 하였으며, 이들은 후에 schizophrenia, bipolar disorder, schizoaffective disorder, borderline PD, schizotypal PD, schizoid PD, anxiety neurosis등의 다양한 진단을 갖는 것을 보고 하였다. 최근에 Loffgren등(1991)은 Bemporad의 진단 기준에 맞는 6세부터 15세까지의 19명의 경계선 아동들을 대상으로 10년에서 20년까지 추적 조사를 하여서 DSM-III-R로 진단을 내리고, GAF 점수를 비교하였다. 결과는 Axis I 진단은 한명도 없었으며, 16명에서 Axis II의 인격장애의 진단이 붙여졌으며, 3명은 증상이 없었다. 인격장애 중에는 Anti-social PD가 5명으로 제일 많았고, Borderline PD와 Schizoid PD가 각 3명씩이었고, Avoidant PD가 2명 등이었다 이중에서 5명은 추적 조사에서 비교적 잘 생활을 하였으며, 안정된 가족만이 이러한 좋은 예후를 예측할 수 있었던 유일한 변인이라는 보고를 하였다 또한 이러한 결과들로 아동에서의 경계선 장애라는 진단은 어른에서의 여러 인격장애의 진단 계열지도 모른다는 발표를 하였다.

본 연구에 포함된 대상아동들 또한 추적 관찰에서 Axis I 진단을 내리기가 힘들었으며, 일반적인 경과를 짐차로 호전이 되면서 약간의 인격장애의 특질(traits)을 보여 주었다 따라서 본 연구의 대상 아동들을 경과에 따라서 그림으로 표시를 하면 Fig 1과 같고, 향후의 경과에 대한 계속되는 추적 관찰이 필요하다고

하겠다.

결 론

아동에서의 경계선 장애는 아직까지는 과학적인 타당성이 충분히 입증되지 않은 진단명이다. 그러나 경계선 장애의 특징에 부합이 되며 현재의 진단체계로는 잘 설명할 수 없는 임상례들이 더욱 더 많이 보고되고 있으므로 아동에서의 경계선 장애라는 진단은 임상적으로 유용한 진단이다. 이러한 아동들은 성인에서의 경계선 장애와는 연관이 거의 없는 것 같으며, 고히려 여러 인격장애의 전구단계일 것이라는 증거가 있다 앞으로 이 장애의 명확한 진단 기준을 확립하여서 역할 및 치료에 대한 연구들이 이루어져야 할 것이다.

References

- American Psychiatric Association(1994) : Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders(4th Ed), Washington, DC, APA, 1994
- Bemporad J et al(1982) : Borderline syndromes in childhood : Criteria for diagnosis Am J Psychiatry 139 : 596-602
- Greenman DA, Gunderson JG et al(1982) : An examination of the borderline diagnosis in children Am J Psychiatry 143 : 998-1003
- Gualtier CT et al(1983) : "Borderline" Children J Autism Dev Disord 13(1) : 67-72
- Johnston MH(1979) : Assessing schizophrenic thinking Jossey-Bass Publishers, Sanfrancisco
- Koppitz EM(1964) : The Bender Gestalt Test for Young Children Grune & Stratton, New York
- Klin A(1994) : Asperger syndrome Child & Adolesc Psychiatry Clin North Am 3 : 131-148
- Lewis M(1994) : Borderline disorders in children Child & Adolesc Psychiatry Clin North Am 3 : 31-42
- Loffgren DE, Bemporad J et al(1991) : A prospective follow up study of so-called borderline children Am J Psychiatry 148 : 1541-1547
- Meijer M, Treffers PDA(1991) : Borderline and schizotypal disorders in children and adolescents Br J Psychiatry 158 : 205-212
- Pettu TA, Vela RM(1990) : Borderline disorders of childhood : An overview J Am Acad Child Adolesc Psy-

- chiatry 29 : 327-337
- Pine F**(1986) : On the development of the "Borderline-Child-to-be" Amer J Orthopsychiatry 56(3) : 450-232
- Robson KS**(1991) : Borderline Disorders In : Lewis M (ed) : Child and Adolescent Psychiatry. Baltimore, Williams & Wilkins, 731-735
- Robson KS**(ed)(1983) : The Borderline Child : Approaches to etiology, diagnosis, and treatment New York, McGraw-Hill, 1983
- Towbin KE et al**(1993) : Conceptualizing "borderline syndrome of childhood" and "childhood schizophrenia" as a developmental disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 32 : 775-782, 1993
- Towbin KE**(1994) : Pervasive developmental disorder not otherwise specified. Child & Adolesc Psychiat Clin North Am 3 : 149-159
- Wennig K**(1990) : Borderline Children : A closer look at diagnosis and Treatment Amer J Orthopsychiatry 60(2) : 225-232
- Wergeland H**(1979) : A follow-up study of 29 borderline psychotic children 5 to 20 years after discharge. Acta Psychiat Scand 60 : 465-476
- World Health Organization**(1992) : The ICS-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders, Clinical descriptions and diagnostic guidelines, Geneva, WHO

BORDERLINE DISORDER OF CHILDHOOD : 8 CASES

Kang-EM Hong, M.D., Jeong-Seop Lee, M.D., Min-Sup Shin, Ph.D.

Division of Child Psychiatry,

Seoul National University Children's Hospital

The so-called borderline children are characterized by disturbances in the sense of reality and interpersonal relationships, lack of control, fluctuation of functioning, uneven development and excessive anxiety. But the concept of borderline disorder of childhood is very difficult to define and diagnose in current classification system. The present study adapted the consensus symptoms in borderline children by Be nonrad and Vera. Eight cases aged 7-11 were examined in 37 variables. Results are as follows.

1) All subjects are boys and can hardly be diagnosed in current diagnostic system and have many concurrent diagnoses. Common chief complaints are hyperactivity and poor peer relation. The most prominent clinical feature is disturbances in the sense of reality.

2) In KEDI-WISC test, the borderline children showed average intelligence, but performance IQ tends to be higher than verbal IQ. In Rorschach test, they showed high thought disorder index, emotional instabilities and aggressive impulses. The results of TOVA suggested attentional deficit in half of the subjects. The organicity is not prominent.

3) Many of the borderline children were unwanted baby. Although primary care takers of all the subjects were their mothers, there were moderate problems in caring attitude of their children and marital relationship with their husbands. Socioeconomic status was generally below middle class. Most of all subjects have delayed language development, but have overcome subsequently. Many subjects were rejected by peers because of their aggression.

4) The first visit of the subjects was about 6 years of age. Average duration of treatment was 2 years. All of them were treated in the outpatient basis except one. The effect of pharmacotherapy was doubtful and the necessity of long term play therapy was suggested.

Although there were many limitations of method in present study, it was suggested that further research is needed for diagnostic criteria, epidemiology and treatment.

KEY WORD : Borderline disorder · Childhood.