

## 청소년 경계선 상태의 임상적 분류\*

### CLINICAL CATEGORIES OF ADOLESCENT BORDERLINE STATE

홍강의\*\* · 전성일\*\*\* · 신민섭\*\*

Kang-E M. Hong, M.D.,\*\* Seong-Ill Jeon, M.D.,\*\*\* Min-Sup Shin, Ph.D.\*\*

**요 약 :** 본 논문에서는 청소년 경계선 장애의 개념의 발달, 역학, 공존 질환 및 감별 진단, 유형 분류, 정신 역동학적 이론, 생물학적 이론, 실험적인 연구등을 통한 병인론, 추적 연구에 대한 문헌 고찰을 하였고 청소년기에 재현되는 재접근기(rapproachment)의 혼란에 의해 현상학적으로 경계선 성격 장애와 같은 모습을 보이는 상태를 통틀어 청소년의 경계선 상태(adolescent borderline state)라고 정의하였으며 이를 성인의 경계선 성격 장애와는 다른 청소년의 한 '과정'으로서 개념화하였다.

또한 저자들은 청소년기의 경계선 상태를 다음의 네가지 유형으로 나누고 각각의 증례를 제시 하였다 (1) 청소년 과정으로서의 경계선 상태 (2) 정신병적 상태와 연관되어 나타나는 경계선 상태 (3) 전형적 경계선 성격 장애의 시작으로서의 경계선 상태 (4) 기질적 질환과 연결되어 나타나는 경계선 상태.

결론적으로 청소년기의 경계선 장애는 단순히 아동기의 분리-개별화 단계의 실패가 지속되어 생기는 것이 아니라 이와 유사한 과정이 발달의 주제로 재현되는 청소년기의 이차 분리 개별화 과정의 갈등에 의한 것이고 만약 이 시기에 갈등의 해소 안되면 성인기에서는 경계선 성격 장애로 나타날 수 있을 것이라고 생각되었다.

**중심 단어 :** 청소년 · 경계선 상태

## 서 론

임상가들은 청소년 문제에 대해 두가지 정 반대의 오류를 범할 수 있는데 그것은 과잉, 과소 진단이다. 즉 정상적인 청소년을 심한 정신 병리를 가졌다고 오판하는 경우와 심각한 정신병리를 가진 청소년을 정상 또는 일과성으로 보는 오류가 다 있을 수 있다는 것이다. 이러한 진단상의 문제로 성격 장애를 청소년기에 진단할 수 있으나 하는 점과 이중에서도 특히 경계선 성격 장애가 청소년기에 존재 하는지 그리고

이것이 존재한다면 성인의 그것과 같은 것이냐 틀린 것이냐 하는 것이 임상가들에 있어서는 매우 흥미있는 주제가 되어 왔다.

Lewis(1968)는 아동이나 청소년기에서는 성격적인 특성의 변화가 어른에서 보다는 빠르지만 그렇다고 해서 이들에게서 성격이 있다는 것을 부인할 수는 없으며, 이는 다만 아동이나 청소년에서 성격장애라는 진단을 붙이기 힘들 뿐이라는 주장을 하였다. 그래서 Lewis는 만약에 아동이나 청소년 환자중에서 환경에 잘 적응하지 못하는 성격적인 특성들이 완고하게 지

\*본 논문은 1995년도 서울대학교병원 임상연구비의 보조로 이루어졌음

\*\*서울대학교 의과대학 정신과학교실(소아 청소년 분과) *Division of Child & Adolescent Psychiatry, College of Medicine, Seoul National University, Seoul*

\*\*\*인제대학교 의과대학 상계백병원 정신과학교실 *Department of Neuropsychiatry, College of Medicine, Inje University, Sanggye Paik Hospital, Seoul*

속된다면 성격장애라는 진단을 고려해 보아야 한다고 하였다. 그러나 현재의 진단 기준들(DSM-III-R, ICD-10)은 아동들에게는 성격을 갖지 않는 것으로 간주하여, 이러한 비적응적인 행동양상이 Axis II에는 오지 못하고, 대신 Axis I의 회피장애(avoidant disorder), 반항장애(oppositional defiant disorder), 폭행 장애(conduct disorder) 등의 진단을 이용하도록 하고 될수록 16세 이후에 사용하도록 권장하고 있다.

그러나 DSM-III-R에서 내린 정의를 그대로 적용한다면, 소아 임상가들은 여러가지 성격적 특성(trait)을 가진 아이들을 발견할 수 있으며 만약에 이러한 특성들이 비적응적으로 완고하게 지속되어 이러한 아동들이 사회에 적응하는데 능력이 손실된 상태가 온다면 나이에 상관없이 성격 장애라는 진단을 내릴 수 있을 것이다.

1950년 이후 자아 심리학(Ego Psychology)에 관심이 증가하면서 경계선 증후군은 정신 분석학 연구의 초점이 되어 왔다. 그리하여 개념의 혼동이 대부분 명확하여 졌고, 경계선 증후군의 기본적인 감성병리는 제시되는 증상이 아니라 특별하고 안정된 형태의 병적 자아 구조, 즉 발달 정지라는 점에 의견의 일치를 보고 있다(Masterson, 1972) 경계선 성격 장애를 보이는 성인은 나이먹은 경계선 청소년이네, 삶의 도정에서 2차적 합병증이 생기는 것을 제외하고는 본질적으로 그 성격구조에 있어서 성인 경계선 장애가 청소년의 그것과 다를 바 없다고 하였다(Kernberg, 1975).

그러나 이런 이론적이고 개념적인 이해와는 다른 측면에서 흔히 임상가들은 환자와 직접 마주치는 상황에서 흔히 다음과 같은 의문을 갖게 된다. “청소년과 성인의 경계선 장애는 어떻게 다르고 그 둘간의 관계는 과연 어떤 것인가?”, “소아와 청소년의 경계선 장애에는 서로 어떤 상관 관계가 있는가?”라는 것들이다. 이런 의문을 가지고 청소년기의 경계선 장애를 관찰하면 성인의 경계선 성격 장애와는 다른 그들만의 특징을 발견할 수 있고 또한 저자들의 임상 경험상 그들을 서로 구분할 수 있는 몇가지 유형이 있으며 그렇게 나누어 생각해 보는 것이 그 질환의 원인, 증상, 치료의 방법 및 반응, 예후등을 예측하는데 매우 중요하다는 것을 깨닫게 되었다. 또한 저자들의 임상 경험상 그들 중에는 증상이 비교적 심하지 않고 증상이 지속된 기간이 2~3년 정도로 짧고 정신 치료적 접근에 비교적 반응이 좋다고 생각되는

일단의 군이 존재한다는 것을 알게되었다. 본 고찰에서는 이런 경계선 장애 청소년군들의 특징이 무엇이고 그들의 원인, 치료, 예후등에서 성인의 경계선 성격 장애가 어떤 차이가 있는지를 알아보고 청소년의 경계선 장애를 임상적 특징과 그 과정에 따라 몇 가지 그룹으로 나누어 보고자하는 시도를 하고 이를 제안 하고자 한다.

## 청소년 경계선 장애에 관한 문헌고찰

### 1. 개념의 발달

소아 청소년기의 경계선 장애를 처음으로 기술한 사람은 Eastem과 Wallerstein(1954)으로 알려져 있는데 그들은 이 환자들을 급변하는 ‘Ego state’라고 표현했고 비효율적인 조절 기전을 가졌다고 지적하였다. 그후에 Geleerd(1958)가 명백한 정신증은 아니지만 자아 발달의 장애를 보이며, 어머니와의 대상 관계에서의 장애를 보이는 청소년군을 기술하였다. 그들은 과잉이 많고 전능한 것에 대한 동경이 많으며 신경증에서 보이는 신호 불안(signal anxiety)과는 다른 ‘traumatic anxiety’를 겪는다고 하였다. 1974년 Pine은 단일 증후군으로서의 경계선 보다는 이를 신경증과 정신증의 경계선에 존재하는 ‘spatial metaphor’로 이해하고자 하였다. 다시말하면, 신경증과 정신증의 사이에 존재하는 연속선 상의 질환(spectrum disorder)으로 보고자 하였다.

청소년에서 경계선 장애의 연구에 가장 큰 기여를 한 사람은 Masterson(1967, 1972)이고 그는 청소년의 정신과 질환에서 성격적인 병리가 성인 시기까지 지속됨을 밝혀서 “정상 청소년의 혼동(normal adolescent turmoil)”의 허구를 깨기 시작했다. 그는 경계선 증후군이 “발달 정체(developmental arrest)”중의 하나이고 적응적 방어 기제를 사용하며 비적응적 대상 관계를 보이는 성숙의 침체기라고 생각했다. 그는 1973년에 이 질환에서 보이는 임상증상을 ① 외부로 나타나는 행동 문제(반사회적 행동, 약물 남용 등) ② 부모로부터 격리되는 것에 대한 어려움 ③ 자기 애적이고 이상 고착적인 성격 구조 ④ 경계선 성격 구조를 가진 부모 ⑤ 가족내에서의 왜곡된 의사소통 등으로 기술하였다. 그는 청소년기의 정신 장애는 평생 동안 지속되는 장애의 경과중에 단지 한 부분에 해당한다는 것이라는 생각을 하였고 청소년의 정신적

영향은 일반적인 청소년의 혼동(trumoil)과 더불어 성격 구조와의 상호 작용으로 생겨나는 것으로 건강한 청소년은 강하고 유연한 구조를 가지고 있는 반면 신경증을 가진 청소년은 완고하고 융통성 없는 구조를 지니고 있으며 성격 장애나 정신 분열증의 청소년은 성격 구조가 덜 체계화되고 덜 구조화 되었다고 주장하였다.

1968년에 Grinker는 성인의 경계선 증후군의 임상 증상을 경험에 기초하여 네가지 종류로 분류하였는데 1) 정신병을 가지고 있는 경계선 그룹, 2) 진정한 의미의 경계선 증후군 그룹, 3) 적용은 그런 대로 하지만 감정이 메말라 있고 방어적인 "As if" 그룹, 4) 신경증을 가지고 있는 그룹등이 그것이다. 1967년 Otto Kernberg는 성인에서 "경계선 성격 구조(borderline personality organization)"를 기술하였다. 그 이후에 청소년에서도 이 개념을 적용하여 "정체감 혼미(Identity diffusion)"를 보이고 분리(splitting), 투사적 동일시(projective identification)등의 원시적 방어 기제를 사용하지만 현실 검증력은 보존되는 이 질환군의 특징을 지적하였다. 그의 개념은 임상적이고 서술적 이라기 보다는 성격의 기초를 둔 것이라고 볼 수 있다. 또한 그는 이런 기준을 청소년에게 적용하는 것은 그 시기의 특징적인 발달적 특성에 대한 고려-정상적으로 자기에적 성향이 증가되는 등-를 해야하므로 많은 복잡한 문제를 가지고 있다는 점을 지적하였다. 그러나 그는 정체감 혼미(identity diffusion)를 진단 기준의 핵심으로 이해하였고 현실 검증력의 유지가 정신증과 경계선 성격 구조(borderline personality organization)를 구분짓는 기준이라고 말했다. 1983년에 그는 청소년기에서의 경계선 증후군에 대한 자세한 목록(profile)을 제시하였는데, 환자들은 대상 항상성(object consistency)이나 자율감(sense of autonomy)에 문제가 생겨 주로 공포, 불신, 격한 분노를 보이고 타인에게서 만족을 느끼지 못하는 대인 관계의 특징을 보인다고 하였으며 좌절에 대한 역치가 낮고 상실을 다룰 수 있는 능력이 부족하며 분리(splitting)와 투사(projection)를 사용하기 때문에 초자아의 통합이 되지 않고 대상관계에서 정체를 보이며 부모와의 관계에서는 특징적으로 이상화(idealization)와 무가치감(devaluation)의 극단적 자세를 보이고 형제간의 경쟁이 극심하게 나타난다고 하였다. Oedipus갈등이 원시적 전 오이디프스의 주제(primitive preoedipal is-

sue)에 의해 과몰하게되고 성적 환상은 자기 확대적이고 빼돌어진 내용을 보이며 스트레스 상황에서 쉽게 정신병적 상황에 빠지게 된다고 하였다. 그후에 Gunderson(1987)등의 연구들 토대로 마침내 1987 DSM-III-R에서 독립 질환군으로 인정받게 되었다.

1983년 Shapiro는 성인의 진단 기준을 무비판적으로 소아와 청소년에게 적용 시키는 것에 대해 우려를 나타냈다. 그는 만약 그렇게 하게 되면 진단의 오류는 물론 이에 따른 치료의 혼란도 가져오게 된다고 생각했다. 그는 임상가는 최소한 소아 청소년기의 이 질환이 성인기까지 지속되는지를 확인해야만 하고, 이 진단을 너무 조기에 내리는 것을 막기 위하여 진단 기준을 엄격하게 적용해야만 한다고 경고하였다.

## 2. 역학, 병존 질환 및 감별 진단

Gunderson과 Zanarini(1987)는 일반 인구의 2~4%가 경계선 장애에 해당한다고 하였으며, 외래 환자의 11%, 입원 환자의 19%가 경계선 성격 장애의 특징을 보이고 있다고 하였다. DSM-III-R에서 경계선 성격 장애는 성격 장애의 특별한 한 형태로 규정하고 있으나 '경계선'이라는 의미 때문에 많은 혼란을 가져왔다. '경계선'이라는 것은 처음에는 정신 분열증이나 정동 장애같은 모 질환의 비 특이적이거나 변연적인 의미로 사용되었다. 그러나 여러가지 정신 분열증에서 보이는 전형적 증상들을 보이지 않으므로 임상가들이 많은 혼란을 일으켰고, 최근의 예후 추적 검사에서 정신 분열증보다는 훨씬 좋은 기능을 보인다는 보고가 있었다.

경계선 장애와 정동 장애의 구별은 더욱 주의가 필요하다. 초기의 관찰에서는 경계선 장애가 항우울제에 반응을 보이는 비전형적 우울증이라는 생각을 하였고, 그 이유는 경계선 환자의 친척중에 신경증이나 정신증 환자보다 단극성 우울 장애가 많았고 정동장애 환자가 결국은 경계선 장애가 될 것이라는 생각을 했기 때문이었다. 그러나 최근의 연구에서는 삼환계 항우울제가 경계선 장애에 특별하게 유용하지도 않고 정동 장애도 후에 경계선 장애가 되지 않는다는 보고도 있다. 비록 경계선 장애에서 단극성 우울증상을 같이 보이는 경우가 많다고 해도, 오히려 다른 성격장애 군에서 그런 우울 증상을 더 많이 동반한다는 연구도 있다. 정동 장애의 가족력이 높은 것도 병존 질환으로 정동장애가 많기 때문이다. 만

성적 우울과 의존적 대인관계 형태, 자기 파괴적 행동을 보이는 경계선 장애와 우울증의 감별 진단 또한 주의를 요한다. 이 3가지 증상은 전형적인 정신병적 우울(melancholic psychotic depression)에서는 보이지 않는다. 경계선 장애에서의 우울은 지속적인 공허감, 내적인 악감정, 반복적인 충동성과 관련된 파괴성향등이 특징인 반면, 일반적인 우울증에서는 죄책감과 그와 관계되는 실제의 상실이 있는 것이 특징이다. 그러나 실제로 주요 우울증이나 기분 변조증(dysthymia)과 경계선 장애와의 관계를 정동 장애의 predisposing condition으로서의 경계선 장애, subaffective disorder로서의 경계선 장애, 정동 장애와 병존하는 질환으로서의 경계선 장애등으로 정리하는 것도 의미 있는 일이라고 생각한다.

또한 위에서 언급한 바와 같이 주정 증분이나 약물 남용등을 보일 수 있고 섭식 장애와 병존하는 경우도 흔하다.

Kernberg(1967)가 말한 'borderline personality organization'은 심한 성격 장애의 공통적인 특징을 하나로 묶기위하여 만든 것으로, 안정된 자기 정체감의 형성이 안되고 현실 검증력은 대체로 건전하지만 가끔씩 깨지는 경우가 있고 분리, 부정, 투사, 선지 전능 환상같은 원시적 방어를 사용하는 경우로 히스테리성 성격 장애, 반 사회적 성격 장애, 분열형 성격 장애, 의존성 성격 장애등이 포함된다. 경계선 장애와 히스테리성 성격 장애, 반사회적 성격 장애는 DSM-III-R에서는 같이 진단을 붙일수있다. 그러나 경계선 성격 장애는 반사회적 성격장애에 비해 덜 충동적이고 히스테리성 성격 장애보다는 감정의 표현이 덜 극적이고 덜 의존적이다 자기애적 성격장애는 좀 더 주체성이 건고하고 덜 충동적인 것으로 구분할 수 있다.

### 3. 경계선 장애의 유형

1968년 Cmnker등은 경계선 성격 장애를 네가지 아형으로 나누어 그룹 1은 정신병을 가지고 있는 경계선 성격 장애군(The border with psychoses), 그룹 2를 핵심적 경계선 성격 장애의 증상을 보이는 전형적 경계선 성격 장애군(The core borderline syndrome), 그룹 3은 현실에 어느 정도 적응은 하고 있지만 감정이 없고 방어적인 성향을 띠고 있는 "As if"군(The Adaptive, affectless, defended-"As if"), 그룹 4는 신경증을 동반하고 있는 경계선 성격 장애군(the border with the neuroses)으로 그 유형을 나누었다.

Farid등(1978)은 입원해 있는 청소년 중에서 24명의 진단내려 지기 않은 청소년을 추적 연구해보니 15명은 추적 당시 정신 병적 증상을 가지고 있는 경계선 청소년이었고 9명은 정신 병리를 보이지 않은 경계선 청소년이었다는 보고를 하였다. Androlonis등(1982)은 기질적 장애의 유무 혹은 종류에 따라 경계선 성격 장애를 1) 뇌 손상이나 경련성 질환 혹은 뇌 감염증의 병력을 가지고 있는 군과 2) 주의력 장애, 혹은 학습 장애의 병력을 가지고 있는 군, 3) 기질적 이상에 대한 병력이 없는 군등 세가지 유형으로 분류하기도 하였다. Akiskal(1981)은 100명의 경계선 성격 장애를 다음의 다섯가지 질환과의 연관성을 가지고 유형 분류하였다. 1) 정동 장애(Affective disorder) 2) 신체화 장애(somatization disorder) 3) 정신 분열형 장애(schizophrenia disorder) 4) 기질 장애(organic disorder) 과잉 행동증이나 경련성 장애등(Attention deficit disorder, epilepsy) 5) 기타 자아 정체감 장애(Residual identity disorder).

1975년 Offer는 청소년의 성장 유형을 지속적 성장(continuous growth)을 보이는 군, 파동적 성장(surgent growth)을 보이는 군, 혼란스러운 성장(tumultuous growth)과정을 보이는 군으로 나누었고 혼란스러운 성장을 보이는 군의 특징으로 많은 내적 혼란과 행동의 문제를 보이고 자신에 대한 의심, 부모와의 가까워진 갈등, 사회 환경에 대한 비일관된 반응을 보이고 커다란 충격적 사건을 겪는 수가 많다고 하였다.

## 4. 병인론

### 1) 정신역동학적인 이론

#### (1) 분리 개별화의 실패

청소년기의 경계선 성격장애를 설명하는데 가장 중요한 이론으로서, 이는 Mahler(1971)의 분리-개별화(separation-individuation)기 중에서 재접근(rapprochement)기의 중요성에 대한 인식으로부터 시작되었다. Masterson과 Rinsley(1975)는 이 이론을 발전시켜 경계선 성격장애의 기본적인 갈등을 분리-개별화기 통하여 자율성을 획득하려는 타고난 발달 압력과 여기에 필수적인 모성의 공급(nurtruance)을 거부도반으로서 이를 멈추게 하려는 압력 사이의 갈등이라고 하였다. 어머니는 모성의 공급을 중단할 것이지만 이런 상황하에서도 자라야만 하는 것이 경

계선 청소년의 dilemma라고 하였고, 주제성의 확립과 부모로부터의 독립이 중요한 발달 과제인 청소년기에 이러한 재접근기의 병적인 모자 관계가 재현되는 것이라고 하였다. 이 이론은 한편으로는 발생 원인으로 어머니에게 무거운 책임을 지게 하였으며, Masterson은 경계선 환자의 어머니 자신이 유기(abandonment)에 대한 불안을 가지고 있고 경계선 환자라고 가정하였다. 후에 Rinsley(1982)와 Masterson(1987)은 이들 어머니에게 여러가지 정신증이 있고, 따라서 아이에게 유전적인 취약성이 있을지도 모른다는 이론으로 까지 확대하였다. 한편 Shapiro(1975)는 이러한 갈등의 발생에 어머니뿐만 아니라 아버지도 책임이 있다고 주장하였다. 이런 아동은 분리개별화의 실패로, 자기와 대상간의 명확한 구별을 완성하지 못하게 된다. 어머니 상을 두 부분으로 분리(split)하는데, 하나는 의존에 대하여 칭찬하고 상을 주는 부분이고, 다른 하나는 자율성에 대하여 모성을 박탈하고 벌을 주는 부분이라고 하였다 이러한 분리 때문에 아동은 어머니와의 관계를 유지하기 위하여 분리 개별화가 잘 이루어지지 못한다고 하였다.

## (2) 과도한 공격성(Excessive Aggression)

경계선 환자의 이론들 중에서 가장 폭넓게 알려져 있는 것은 Kernberg(1975, 1976)의 이론인데, 그는 기본이 되는 정신병리를 과도한 공격성이라고 하였다. 이러한 과도한 공격성은 체질적으로 공격적인 욕구가 과다하기 때문에 일상적인 부모로부터의 좌절에 과민하게 반응하는 경우가 있고, 초기에 부모로부터 좌절을 너무 심하게 받았기 때문에 이차적으로 나타나는 경우를 들 수 있다고 하였다. 어떤 경우에서든지 아동은 그가 위협하다거나 극단적으로 살해당할 위협을 가지고 있다는 생각에서 벗어나지 못하며, 결과적으로 그는 매우 적대적이고 위험한 세상에서 살게 된다. 또한 결과적으로 그는 자신을 “모두 나쁘다(all bad)”고 보거나, 아니면 그의 대상 세계(object world)를 “모두 나쁘다(all bad)”라고 보게 된다.

Kernberg는 이러한 내적인 인식의 분리(splitting)가 자기와 대상을 감별(differentiation)할 수 있다는 바탕에서 생기게 되며, 이 감별은 Mahler(1971)가 경계선 성격장애의 발생에 결정적인 역할을 한다고 가정하였던 분리-개별화기에서 연습(practicing)기와 일치한다고 하였다 만약 아동이 나쁜 것이 외부 세계에 있다고 믿는다면, 투사의 방어기제를 더 사용

하게 되며 이상화된 대상을 찾으려 할 것이다 반대로 나쁜 것이 내부 세계에 있다면, 해리 분석(dissociative splits)과 피확증적 기제를 사용하게 될 것이다. 이러한 과정들과 방어들은 안정된 정체감과 감정의 조절이나 자아의 발달을 방해할 것이라고 하였다

## (3) 함입의 실패(Introjective Failure)

경계선 성격장애의 원인에 대한 세번째이론은 Mahler의 대상 관계의 발달체계와 Kohut의 자아 심리(self-psychology)(1971)의 개념을 함께 사용한 것이다. Adler와 Buie(1971)는 경계선 환자의 정신병리에서 기억을 불러낼 수 없는 것이 핵심적인 장애라고 하였다. 다시말하면 이는 명백한 외부로부터의 단서가 없으면, 어떠한 대상(사람)을 기억할 수 없는 것을 말한다. 이러한 장애는 아동이 긍정적인 함입을 할 수 있도록 부모 특히 어머니가 충분히 관계를 지속하고 달래주는 것을 하지 못하여서 발생된다고 한다. 그래서 경계선 환자는 내부가 공허하게 되고, 이행기적인(transitional) 대상이나 관계에 매달리게 된다. 경계선 환자들이 분노나 충동적이고 다분히 조종적인 행동들은 관심을 불러일으키고 관계를 지속시키기 위한 이차적인 특징으로 보아야 한다고 하였다.

## 2) 생물학적인 이론

### (1) 신경학적 기능이상(Neurologic Dysfunction)

Andrulonis(1981)는 청소년에서 경계선 성격장애를 환자들을 대상으로 연구 하여 38%에서 신경학적이상이 있고, 65%에서 간헐적인 조절장애, 11%에서 두부의 외상이나 간질 혹은 뇌염, 27%에서 과잉 행동 증후군이나 학습 장애가 동반 된다고 하였다. 이를 바탕으로 그는 일찍 발병하는 경계선 성격장애 환자에서 뇌의 기능 이상이 있다는 제안을 하였다. 이러한 기능의 장애는 유전적이거나 발달 초기에 기질적인 충격으로 발생하였으며, 결과적으로 피질하에 temporal-limbic system에 있는 monoamine의 결핍을 유발할 것이라는 가정을 하였다.

Cowdry와 Gardner(1988)는 변연계가 다양한 공격적인 행동을 조절하는데 관여한다고 추측되기 때문에, 경계선 환자에서 보이는 공격적인 행동의 조절 장애는 이러한 변연계에서 유전적으로나 후천적으로 조절에 대한 역치가 낮아진 때문이라는 언급을 하였다.

## (2) 감정의 조절이상(Affective Dysregulation)

Klein(1975)은 "hysteroid dysphoria"라고 진단한 경계선 환자의 아형에서 기본적인 문제를 감정조절의 장애라고 처음 제시하였다. 이러한 이론은 이 환자들이 항우울제의 일종인 MAO 억제제에 잘 반응한 것에서 나오게 되었다. 그래서 그는 경계선 환자의 대인관계와 대상관계의 비적응적인 양상이 근본적인 감정조절의 어려움에서 오게 된 것이라는 견해로까지 일반화하여 보게 되었다. Akiskal(1985)등은 당은 수의 경계선 성격장애 환자들이 주요우울증의 특징인 REM 수면의 잠복기가 줄어있다는 언급을 하여 이 이론을 뒷받침 하였다. 이런 결과는 경계선 성격장애 환자의 우울하고, 쉽게 흥분하고, 신체화하기 쉬운 증상들을 설명할 수 있다고 하였다.

최근에는 Cowdry와 Gardner(1988)가 경계선 성격장애 환자에서 MAO 억제제에 잘 반응한다고 보고하였고, 이는 stimulant의 성격을 가지고 있는 뇌에서의 catecholamine 분비 기능의 장애일 가능성을 시사하였다. 또한 그는 MAO 억제제에 잘 반응하는 군에서 흔히 과잉행동 증후군의 병력이 있음을 관찰하고 MAO가 과도할 가능성에 대하여도 언급하였다.

## 3) 실험적인 연구

### (1) 가족 환경 연구

환자의 기억을 토대로 하여 그의 과거의 가족 역동을 재구성한 연구 결과가 있는데 연구의 다당성에 의문이 있지만 다음과 같은 결론들은 반복적으로 확인이 되고 있다.

- ① 어머니들은 항상은 아니지만 때때로 아동과의 분리에 저항적이거나 지나치게 관여한다.
- ② 경계선 환자들은 어머니와의 관계를 내게 매우 갈등적이라고 보거나, 관계가 멀다거나 없었다고 본다.
- ③ 어머니의 문제보다는 부성의 결핍이 이러한 가정에게서 뚜렷한 특징이었다.
- ④ 아동기에 성적이거나(sexual abuse) 신체적인 학대(physical abuse)가 흔히 선행되었으며, 경계선 장애의 정신 병리를 유발할 소인이 있었다.
- ⑤ 부모 한쪽의 문제보다는 둘사이의 혼란한 관계가 더 특이하고 원인적이었다.

## (2) 가족력 연구

초기에는 이러한 연구들에서 경계선 성격장애의 기본적인 정신병리가 인지(cognition)의 장애라는 가정을 하고 가족력의 연구에서 정신 분열병과의 연관성을 찾고자 하였다. 그러나 어떤 연구에서도 이러한 연관성을 찾지 못하였다. 그 후속 연구들은 정서장애와의 연관성을 살펴 보았는데 비교적 일관적으로 경계선 환자의 친척에서 정서장애의 유병률이 증가되어 있었음을 밝혀주었으나, 그 연관은 일정하지도 않고 강하지도 않았다. 그러나 이러한 연관성에서 경계선 성격장애의 문제가 감정(affect)등과 관련이 있다는 시사점을 해준다.

다음으로 경계선 성격장애의 가족력 연구에서 다른 성격장애와의 연관성을 찾는 연구가 있는데 일부의 연구에서 가족력에 경계선 성격장애가 많다는 결과가 나왔고(Loanger et al, 1982; Pope et al, 1983, Links et al, 1988; Zanarmi et al, 1989; Baron et al, 1985), 이러한 결과는 경계선 성격장애라는 진단의 타당도와 신뢰도를 높여 주었다. 또한 이들 연구에서 경계선 성격장애가 반사회적 성격장애 같은 충동조절에 문제가 되는 성격장애와 연관이 있음을 암시하였다. 이들은 경계선 성격장애에서의 핵심적인 문제는 충동조절의 장애임을 제시하였다.

### (3) 신경 생물학적 연구

경계선 성격장애의 생물학적 지표(biologic marker)들에 대한 연구가 최근 급속히 진행되고 있다. 대부분은 정서장애의 연구에서 유용한 실험(DST, TRH, REM latency)들이다. 특히 REM latency를 포함한 여러 연구에서 이상이 발견되고 있고 이는 Klein의 정동 조절의 장애라는 가설(1975)을 지지하지만, 동반된 정동장애가 없는 경계선 환자만을 대상으로 한 경우에는 이상 소견이 줄어들어서 문제점이 있다. 신경학의 기능이상에 대한 연구는 주로 EEG를 통하여 이루어 지고 이상 소견이 증가되어 있지만, 이상이 있는 부위는 일정하지가 않다.

## 5. 추적 연구

추적 연구를 보면 청소년의 성격 장애는 대개 성인의 중동성애나 다른 정신 병리의 전기단계로 생각 되는 경우가 많았다. 또한 청소년의 경계선 장애 군

들은 단지 청소년기에만 증상을 나타내고 초기 성년기가 되면 그 증상들이 어느 정도는 호전되는 경과를 밟는다는 연구결과도 있다(Aarkrog, 1981). Masterson도 경계선 장애 환자중에서 임상 치료를 행한 37명의 환자중 31명의 청소년 환자들을 1년에서 7년까지 평균 4년 정도 약 20세까지 추적 해본 결과, 16%가 최소한의 장애를 보였고 42%는 경도의 장애, 28%는 중등도의 장애를 보였고 심한 장애를 보인 환자는 19%정도로, 20명 정도가 치료에 잘 반응 하였으며 그중에 18명은 매우 좋은 치료 경과를 보였다고 보고하였다(Masterson and Costello, 1982). 또 수년간 정신치료를 받은 15세 전후의 환자 7명을 26세까지 추적 관찰한 결과 Masterson의 진단 기준에는 여전히 포함되었으나 많은 경우에서 자아기능이 현저하게 발달되어, 퇴행행동을 스스로 조절할 수 있게 되었음을 알게 되었다. 젊은 성인의 경우에 오랜 기간 추적 검사하면, 자살한 환자 약 10%를 제외하면 30대에서 매우 좋은 예후를 보임을 알수 있었다(Stone et al, 1987). 많은 추적 연구에서 경계선 장애 진단의 안정성은 높은 것으로 알려져있으며, 이는 이 진단의 타당도와 신뢰도도 또한 높은 것임을 시사한다. 경계선 장애의 일반적 결과는 대인관계, 직장 유지등은 성인 초기 동안에 지속적인 어려움을 보이지만 많은 환자들은 결국 안정되고 생산적이며 만족한 직장과 가정 생활을 갖게 된다는 것이다. 즉 많은 환자들이 초기 약 10년 간은 정신분열증과 유사하게 보이지만, 그 후에는 정동장애같은 양상을 띠게된다. 반사회적 성격장애와는 달리 장기적으로 좋은 기능을 회복하기 때문에, 환자에 대한 부정적 인상을 갖는 것은 옳지 못하다. 이런 진단적인 안정성과 사회기능의 회복 양상에도 불구하고 예후는 매우 다양하고 많은 예외가 있다. 최악의 경우가 자살로서 8%에서 10%정도로 실제 자살 시도에 비해 자살 수행은 적다는 것을 확인할 수 있다.

## 청소년기 경계선 상태의 분류

신체적인 급 성장과 성적 성숙을 심리적으로 수용하고 부모로부터의 심리적 독립, 자아 정체감의 확립등은 청소년 시기의 매우 중요한 발달 과제이다(홍강의 1981). 이러한 발달 과제를 이루는 과정에서 또한 청소년기는 해결 되지않은 아동기의 갈등-충

족되지 않은 의존성, 억압된 공격성, 오이디프스 콤플렉스등-이 다시 재현되는 시기로 잘 알려져있다. 그렇다면 어떤 청소년이 해소되지않은 분리-개별화의 갈등을 가지고 있다면 이 갈등이 청소년기에 다시 재현되는 것도 당연한 것이라고 하겠다. 그들의 어머니는 모성의 공급을 중단할 것이지만 또한 자라야만 하는 것이 경제선청소년의 dilemma이고, 주체성의 확립과 부모로부터의 독립이 중요한 발달 과제인 청소년기에 이러한 재접근기의 병적인 모자관계가 재현되는 것도 당연한 현상일것이다. 이를 Blos(1963)는 이차 분리-개별화기로서의 청소년기라고 말하였다. 이런 주제가 재현됨으로서 결국에는 재접근기의 혼란스러운 상황을 피할 수 없어 다시 청소년기에서 겪게되고 이런 상황은 현상학적으로 마치 경계선 성격 장애와 같은 모습을 띠게 될 것이며 이를 본 저자들은 청소년의 경계선 상태(adolescent broderline state)라고 정의하였다. 따라서 이런 경우에 적절한 치료적 접근이 이루어지고 병적인 상황을 유도할 수 있는 상황과 반대되는 긍정적 영향이 주어 진다면 성인의 경계선 장애와 비록 그 현상은 비슷하다고는 하지만 근본적으로는 전혀 다른 치료적 반응이나 예후를 보일 수 있다고 생각한다. 이런 청소년의 경계선 상태는 아동기나 청소년기 혹은 그 이전에 시작되었지만 청소년기에서 증상이 나타나는 여러 질환과 현상학적으로 섞이게되어 혼란을 가져올 수 있기 때문에 그 현상론이나 장기 추적 치료에 대한 반응등을 통해 같은 증상을 보이더라도 서로 다른 하부 유형으로 분류할 필요성을 느끼게되었다.

이에 따라서 본 저자들은 청소년기의 경계선 상태를 다음의 네가지 유형으로 나누어 보는 것을 제안하고 각각의 증례를 통해 확인해보고자 한다.

### 1. 청소년 과정으로서의 경계선 상태

심하게 혼란스러운(tumultuous) 증상을 보였고 기능적, 적응상의 곤란을 겪었으나 추적 연구 결과 결국은 정상 범주에 속하는 정신 상태를 보이는 경계선 상태.

#### 증례 1

환자는 입원할 당시 16세된 남자 청소년으로 고등학교 2학년에 재학중이었고, 약 4년전 부터 학교 가는 것을 거부하고 먹는 것도 거부하며 사회적으로 철퇴되었고 컴퓨터에만 몰두하고 자주 신체 증상을 호소

하였다. 또한 엄마에 대하여 심하게 화내며 적대감을 나타내었고 반성적인 우울감과 미래에 대한 무망감을 보였고 입원 2주 전에는 집안에서 물건을 집어 던지는 등의 난폭한 행동을 보이기도 하여 입원하게 되었다.

엄마가 선천성 심장병이 있어서 임신에 대해 걱정을 많이 하였으나 의외로 큰 문제없이 임신이 진행되었고 3.3Kg로 정상 분만하였으며 엄마가 기형동에 대하여 걱정을 많이 하였지만 산모와 신생아 모두 건강하였다 출생부터 2세까지 17세된 처녀가 환자를 돌보았고 비교적 순한 아이였다 하고, 환자의 엄마가 환자 백일경에는 그 전에 보내었던 미국 유학전이 성사되어서 1년간 환자와 떨어져 지내었다. 그동안에 환자를 돌보던 처녀와는 매우 가까웠고 같이 시장가서 순대먹던 것을 환자가 기억하고 나중에 순대가 돼지 창자라는 것을 알고는 속았다는 생각이 들었으며 매우 화가 났었다고 하였다. 또한 환자는 그 처녀가 자신을 심하게 떨어뜨린 일이 있었기 때문에 헤어질 때도 섭섭하지는 않았다고 하였다. 그후에 40대 후반의 아줌마가 입주하여 지금까지 환자를 돌보고 있고 환자는 엄마보다는 낫지만 정은 가지 않는다고 하였다

운동 발달은 정상적이었고 대소변 가리기, 언어 발달등은 문제 없었으며 동네 아이들과 어울릴 기회는 별로 없었다 엄마는 아버지의 회사 일로 매일 집에서 파티를 하고 낮에는 몸이 아프다고 누워 지니기만 하였으며 환자는 아줌마에게 짜증을 심하게 부렸지만 엄마는 귀찮게 하지 않아서 효자라는 소리도 들었다 환자가 3세경에 동생을 보았고 이 당시 집안의 사업이 기울어서 일년간 아버지가 집에 없었고 이 때 환자는 아버지를 찾고 짜증내며 아버지가 외국갔다고 하면 거짓말이라고 하였다. 유치원은 3년 다녔고 착하고 어른스럽다는 평을 받았고 수영장에서 엄마가 깊이에 대해 설명 안해 주고 물속에 빠뜨린 적이 있어 빠져 죽을 뻔 했으나 엄마가 '힘들지'라고만 이야기 하였고 이때 억혀왔던 기억이 있었다고 하며 엄마에게는 항상 속았다는 느낌이 있었다고 하였다. 엄마 생각에 아이가 학교가는 것을 좋아했고 성적도 좋았으며 무난하게 무엇이던 잘해서 특별히 칭찬하는 일도 없었다고 하였다. 환자는 국민학교 입학식에서 엄마가 좋아하는 꼴을 보고 너무 싫었고 공부도 너무 단순하고 엄마, 아빠, 교사 모두 한 통속이라고 생각했고 정산할 때는 3명이 나를 바보 취급하는 것 같았고 공부도 권위적이라는 생각이 들어서 잘하고 싶은 생각도 없었다

하였다 친구들과 어울려해도 어울리면 돈을 쓸 것 같았고 부를 모아 자신이 사고 싶은 것을 사기위해 그렇게 하지 않았으며 엄마는 용돈 쓴 것을 일일이 기입해야 용돈을 더 주는 식이었다. 피아노 치는 것을 엄마가 세안하였으나 환자가 거절하였음에도 불구하고 다음날 피아노 교사가 오는 등 전혀 자신의 의사가 반영되지 않는다고 생각되었고 전혀 놀 시간을 주지 않았으며 여러 가지 학원을 가도록 시켜서 다람쥐 쳇바퀴 돌듯 생활을 하였고 이럴 때면 '누굴 놀리나'라고 생각하였고 사람 병신만든다고 생각하였다.

중학교부터는 엄마에 대해 화를 표현하기 시작하였고 중2때는 미국에서 잠실 들른 사촌에게 야단칠 것을 엄마가 간접적으로 환자에게 거의 납득하지 못할 정도로 야단친 일이 있었고 그때 아무 것도 먹지 않고 종일 누워 절망적인 생각만 하였고 '나는 세상에서 가장 불행하고 뭐 하나 잘하는 것이 없고 앞날에 희망이 없고 내가 먹을 것도 없다'라는 생각을 하였다 그후 엄마가 일방적으로 환자의 방을 이층으로 옮기고 컴퓨터도 바꾸어 주었고 이에 대해 엄마에게 화를 내면서 신사, 변비등이 생기고 쓰러져 학교를 빠지는 일도 잦아졌다. 중3때는 수업을 반박에 못들었고 겨우 고교에는 진학하였지만 집에서는 멍하게 있고 컴퓨터 오락만하고 숙제도 안하면서 친구들에게도 따돌림을 받았고 이런 문제들로 소아 정신과 방문하여 일년간 정신치료를 시행하였다 그러면서 학교 생활과 자신에 대하여 감치 리듬을 찾아갔지만 한편으로는 더욱 논리적으로 온바 탓으로 모든 문제를 돌리고 기분이나 학교 생활에서 심한 기록을 보였다 점차 소리지르고 물건 던지고, TV를 부시고 하는 공격적 행동이 늘어나면서 어머니 생기에 환자가 견잡을 수없이 망가질 것 같았고 의사의 권유에 의하여 입원하였다

환자는 아래로 4살아래 여동생 하나가 있고 아버지는 50세의 성공한 사업가로 지방 유지의 8형제중 막내였고 형제 모두 성공한 편이었다. 아버지는 일류 고교, 대학을 나와 번창하던 사업이 한 때 실패하여 옥살이한 한적도 있었고 자신이 별로 노력하지 않았어도 일생을 계속하였기 때문에 '환자도 나와 같다'며 가볍게 보는 성향이 있었다. 엄마도 일류 고교와 대학을 졸업하고 모친을 어려서 잃었으며 여동생만 있다. 성적이 우수하여 미국의 H대학에서 일년간 강의를 한적도 있었고 결혼후 심장 판막증으로 8년 전에는 수술을 받았고 타인과 공감하는 능력이나 자



신의 문제를 심리적으로 보는 능력을 부족한 편이다.

환자를 평소 남이 보기에는 내성적이고 얌전하다고 하였지만 항상 무언가를 경계하는 듯했다고 한다. 입원시에는 매우 화가 나있는 표정이었고 우울, 불쾌한 표정 이외에 사고, 인지, 감각의 이상등은 없었다. 입원시에는 한번 화를 내면 스스로를 조절 못할 것 같다 하였고 불안하고 짜증난다는 말을 주로 하였으며 단순한 것에 대한 무료함, 앞날에 대한 허무감, 가끔씩 느끼는 감각의 이상-타구대가 이상하게 보인다, 머리속에서 잡음이 들리는 것 같다-감정의 혼란, 나를 보고 사람들이 비웃는다고 생각하는 등의 편집 사고, 특별히 엄마에 대한 극도의 분노를 보였으며 자신이 무엇인지, 단지 엄마의 노리개같은 아닌지, 정상적이라는 감정을 느낄 수 없는 것에 대해 생각하고 회의적이었다. 부모가 사람 고기를 먹었고 자신에게도 주었는데 이를 알면서도 자신도 받아 먹는 꿈을 꾸기도 하였다. 약 3개월 입원 치료후 난폭한 행동은 줄어들고 학교도 다시 다니게 되었다.

정신 치료는 입원 일년전부터 일주일에 2~3회씩 시행하였고 퇴원후에도 일주일에 1~2회씩 지속적으로 시행하면서 어머니를 위한 정신 치료 시간도 같이 갖고 있다. 정신 치료의 경과를 보면 치료 초기부터 자신을 억누르고 잘 들보아 주지 않아서 자신을 당혹하고 혼란스럽고 복잡하게 만들었다고 생각하는 어머니에 대한 분노와 적대감을 심하게 표시하였고 자신의 문제에 대한 감정적 고려는 전혀하지 못하였고 자율성의 문제에 대해서는 완전히 무시하는 태도였다. 환자의 이 분노는 교사와 사회 전체로 확대되었고 그 정도는 매우 극심하여 대화하는 상대방이 무서움을 느낄 정도였고 폭발 직전의 상태로 느껴진 일도 여러번 있었다. 그는 방어의 수단으로 사회적 상호 작용으로 부터 철회되었으며 개인 위생도 불량했고 타인에 대한 의심도 지속적이었다. 그는 현실을 부정하였으며 어머니의 위선에 대하여 매우 비판적이었지만 아버지는 이상화하였고 그와 동일시하려는 성향을 보였다. 가끔씩 감각의 왜곡을 보였고 병적 사고도 보였다. 나중에 환자는 사회적 기술의 위축을 보였고 상식적인 일상 행동의 빈도가 감소되기도 하였다. 그러나 현재는 학교 생활에 잘 적응하고 학교 공부에 대한 의욕이 생겨 대학 수능 시험 준비에 몰두하는 등 현실 검증력을 잘 유지하고 자신의 감정을 비교적 통제하며 과거 보이던 증상은 나타나지 않고

정상적인 고교 3학년의 생활을 하고 있다.

## 2. 정신병적 상태와 연관되어서 나타나는 경계선 상태

경계선 상태가 정동 장애나 유사 정동 장애(subaffective disorder), 혹은 비 전형적 정신병등의 증상으로 나타나거나 섞여있는 군으로 경계선 장애로 보이다가 결국 추적 연구해 보니 정동 장애나 정신병을 보이는 경우도 포함되는 경계선 상태 청소년을 말한다.

### 증 례 2

환자는 17세 7개월된 고3 휴학중인 여학생으로 3년전인 중학교 3학년부터 방문을 잠그고 엄마에게 욕을 하거나 때리고 고 3진급해서 부터는 학교에 안가고 방에만 누워서 계속해서 먹어 대고 약 4개월전부터 불안 초조해하며 옛날에 방탕했던 자기로 돌아갈까봐 두렵다고 하고 혼자 있는 것이 무섭다며 계속 엄마의 몸을 만지는 등의 행동 문제를 주소로 소아정신과 병실에 입원하였다.

환자 3.0Kg로 정상 만삭 분만하였고 환자의 언니가 시샘을 많이 하였지만 순하고 우량아였다. 눈 맞춤, 사회적 미소는 잘하였으나 낮가림, 분리 불안은 적은 편이었다. 걷기, 말하기는 정상적이었고 대소변 가리기도 빠른 편이었고 1세 반경에 동생을 보았다. 다시 4세 2개월경에 동생 출생한 후 엄마가 지치고 힘들어 환자만 1년 가량 친 조부집에 맡겨졌다. 5세 경부터는 자기 주장이 강하고 고집이 세고 까다로와 지기 시작하였으며 유치원에 6개월 가량 다니다가 친구들이 재미없다고 중간에 오곤하여 그만두었으며 미술학원에도 4개월 가량 다녔다. 머리카락이 한올만 내려와도 다시 빗어 달라 하고 마음에 드는 예쁘고 비싼 옷만 입으려 하고 자기 것을 강박적이고 깔끔하게 정리하였으며 자기 생각에 어른이 옳지 못한 일을 하면 타협 못하고 비판적이고 외골수였다. 국교때 4회정도 전학을 하였고 화장실이 더럽다며 소변을 참다가 학교에서 싸 적도 있었고 자신을 칭찬해 주는 교사에게는 아주 이상화시키며 잘 따랐고 6학년때 담임교사가 자신을 편애하여 아이들에게 따돌림 받은 적도 있었다. 중학교때는 개근에 성적은 중간 정도였고 반항적이었으며 자기중심적이고 개성이 강해 교우관계에 문제가 있었으나 활동적이고 재주가 다양하였다. 중 2때부터 사춘기 변화가 시작되었고 중2말

부터는 방문을 잠갔고 우연히 엄마가 사람을 보니 생리대, 팬티 입던 것, 잠지등이 널려 있었고 이를 안 환자가 대들기에 히리떠로 때렸는데 그때 엄마를 확 밀치고 말도 안하였다 그후 더욱 문을 잠그고 아무도 자신의 방에 못들어오게 하고 공부 안하고 우명 배이커의 신발, 옷을 사달라고 조르기 시작하였다 환자의 방에 들어 가면 소리 지르고 울었고 이때 환자는 학교 친구와 식구들 대하기가 어색하였다며 점차 따돌림 받는 느낌이 있었고 중 3때부터는 성적도 떨어지기 시작하였다 이때 가정 교사를 두어서 다시 성적이 올랐지만 그 교사를 엄마가 잘해주는 짓을 보고 환자가 '짜다'라며 돌아 앉아 공부를 거부하여 3개월만에 그만 두는 일도 있었다 이후에도 과외를 두 차례 정도 더 하였으나 환자가 사소한 트집으로 오래하지 못하고 혼자 공부하였다. 고2때 동생에게 성적인 욕을 하면서 엄마에게도 상소리를 하고 거의 내내 혼자 미군 방송보며 방안에서 지내었고 싱직한 증상이 심하였으며 신문의 성폭력 기사만 눈에 들어왔고 장녀가 뇌고 싶은 충동도 느꼈다. 고2 가을에 아사갈 때 자신의 물건을 못만지게 하고 이사하기를 거부하였다 이 당시에도 여전히 엄마를 원수 취급하고 완전히 회피하고 지내면서 메모지로 최소한의 의사 소통만을 하였다 고3부터 꾸물 꾸물대고 의욕 없어 해서 엄마와 밀고 당기는 다툼이 잦은 이후에 학교를 거부하고 외국 유학 요구했으며 병에서도 나오지 않고 방에서 신문지 퍼놓고 대변을 본적도 있었으며 계속 벽에대서 살이 많이 찌기 시작하였다. 결국 학교는 휴학하였고 유학을 전제로 영어 학원도 등록하였으나 자느라고 못다녔으며 계속 벽기만 하였다. 개인 정신과 방문하여 심리 검사와 년담을 3회 시행하였으나 사소한 트집잡아 치료 거부하였고 그때 지능 지수는 99로 나왔다 유학을 위해 불문교회도 다니고 원주에 있는 선교원 집회에도 참석하였다. 선교원에서는 그곳에서 머물며 집회에 참석하였는데 '친 아빠(하나님)가 제일 좋다. 감사한다 내가 잘못했다.'라고 하면서 갑자기 너무 착한 아이로 변해서 엄마에게 애기도 잘하고 공부 열심히 하고 아끼던 청바지도 형제에게 나누어 주고 방도 양보하며 '이제 이것은 나에게 필요없다'라고 하였다. 환자가 이렇게 변한지 10일 정도 지나서는 '옛날의 자기로 돌아갈까봐 두렵다'고 하면서 다시 불안해하고 엄마의 가슴을 만지고 여기 저기 뽀뽀해 달라는등 이상한 행

동을 보이기 시작하였다. 얼굴과 다리 전체에 주홍색, 빨간 색 부조를 바르고 '엄마가 나를 이렇게 만들었다. 다 밍했다. 그러나 죽어야 한다'며 엄마를 때리고 바로 사과하라는 사랑한다며 몸을 만졌다. 엄마와 여동생의 몸과 심기를 만지고 잠을 못 자게하고 엄마 옆에만 있으려고 유학가는 것이 유일한 꿈이라고 하였다 유학이 결정되었을 때 약 80만원 정도의 물건을 샀고 이를 본 아버지가 '이런 상태로는 유학갈 수 없다'며 유학을 고류시켰다 이때 환자는 '돈을 가지고 있으면 괴롭다 옛날에 좋아하던 비싼 옷과 신발을 사고 공부 안하던 옛날로 돌아갈 것 같다 나를 상실할 것 같다'라고 하였으며 잠 못자고 '죽겠다. 같이 죽자'라고 하여 친숙한 대화의 광장을 방문한 후 종합 평가와 입원 치료로해 본원에 입원하였다

환자수 위로 딸 셋에 막내로 아들 하나인 가정의 둘째 부이고 아버지는 7남 5녀의 넷째 아들로 자기 위주의 성격이고 내학을 장학생으로 졸업하고 개인 사업을 하였으며 부모가 자주 싸워 아이들이 불안해서 잠을 못 잘 정도였다 바깥에서의 스트레스를 집에서 풀고 욕하고 물건 집어던지고 하였으나 아이들 문제가 생기면 아버지가 순해졌다 어머니는 딸 둘 아들 넷의 막내로 고졸이었고 공부는 잘하였으나 아버지가 남동생들 뒷바라지 하리며 진학 만류했고 그 자신도 고교때 심인일이 우선이었다 부부 모두 돈 모으는데 몰두하였고 순종형이고 모든 시가, 친정의 형제를 돌보았고 모로지 자식에만 얽매어 아이들 챙겨 주는 일로 전신이 없었다.

심리 검사상 지능 지수는 108(언어성=111. 동작성=102)로 보통 수준이고 주의집중 곤란, 관습적 사회적 판단력 저하, 논리적 추리력 저하를 보이거나 기본 지식 추상적 개념 형성 능력, 지각적 체계화는 잘 유지 되었고 충동적 퇴행적이며 감정 변화가 심하고 심한 불안감을 느끼고 자신을 상실할 것같은 불안감을 보였고 사춘기에 들어서면서 내적 외적 변화가 환자에게는 스트레스로 작용하였으며 현재 자아 정체감 형성과 관련되어 상당한 혼란을 겪고 있는 것으로 보였다 사망 받고자 하는 욕구가 강하고 자기 중심적이고 대인 관계에서 양가 감정을 보이며 다인에게 기부 당하는 것에 대한 두려움이 있었고 이는 성장 과정에서 상당한 좌절 경험이 있었음을 시사하는 것 같았다. 기본적으로 상당한 우울감이 내재되어 있는 것으로 보였다. 관계를 형성하는데 필요한 정서적

공감 능력에 장애가 있어 비전형적 정신병과 경계선 성격 장애가 시사되었다.

### 증례 3

여자 16세 환자로 현재 고등학교 1학년을 2년째 휴학하고 있는 상태로 서울에서 나서 성장하였고 중상 정도의 경제 상태로 부모와 위로 오빠 한명과 살고 있다.

환자는 어려서부터 그리 공부를 많이 하지 않고도 늘 성적이 좋은 오빠를 비롯하여 모든 대인 관계가 경쟁적이었고 친구도 거의 없는 편으로 공부를 열심히 하며 성적은 항상 상위권을 유지하였다. 평소부터 대인 관계가 좋지 않고 이기적이라는 소리를 듣던 환자는 입시 시험을 치르는 고등학교에 합격하면서 부터 추위에서 보기에 지나치게 흥분하는 듯이 보였고 공부에 더욱 매달렸으나 집중되지 않아 독서를 하던 한 페이지에서 더 진행되지 않았고 시험 본 후에는 실제로는 중간 정도 성적이지만 ‘나는 꼴찌다’라며 자신없어 하였다. 그러면서 말수가 점차 적어지고 몸이 경직되고 전혀 웃지 않으면서 우울해하고 불안하여 죽고 싶다는 말을 하기 시작하였고 칼을 품은 적도 있었으며 아파트 10층에서 떨어지려는 행동도 보였다.

이에 불안을 느낀 부모가 환자를 방에서 못나오게 하였고 환자는 ‘사탄이 내 몸에 들어와 내 영혼을 팔았고 나는 구제 받기 어렵다’라고 하였으며 신체의 이상을 호소하며 ‘여기 저기 아프고 마비되는 것 같고 심장이 작아 지고 심장에서 피가 튀는 것 같고 등을 바늘로 꼬매는 느낌, 이빨이 뒤틀려 얼굴 모양이 바뀌는 것 같았고 온몸의 핏줄이 다 터진 것 같다’라는 말을 하였다. 이런 상황이 약 3~4개월 계속되었고 이때 억지로 학교 보냈지만 멍하게 있는 시간이 많고 교사의 말에 전혀 집중 못하고 학교에서도 모두 정상으로 보지 않았다. 이때 항우울제를 소량 복용하였으나 차도가 없었고 사람을 무서워하여 집에만 있으려 하였다. 그후 약 2개월간은 비교적 호전된 상태가 지속되었으나 이번에는 오히려 자신감에 넘쳐서 휴학한 학교를 가서는 교사와 교장에게 인사한다고 돌아 다니고 교탁위에 올라가서 자신에게 일어났던 일들을 자신있게 모두 이야기하고 일장 연설을 하였으며 당당하고 떳떳한 태도였다. 이때는 ‘나는 다 안다. 더 배울 것이 없다’고 하며 말수늘고 쉽게 화내고 행동도

늘어나 보였다. 이런 상태가 약 보름 동안 유지되다가 약 2개월간 비교적 문제없는 생활이 유지되었다. 그 후에 다시 짜증늘고 신체 호소가 늘면서 약 거부하고 얼굴 굳어지고 책상 앞에서 멍하게 있는 시간이 늘고 사람 피하고 소극적으로 변해갔다. 점차 기분의 기복이 심해지면서 매우 불안정한 모습을 보였다. 학원에서 시험을 보는데 백지내면서도 ‘답이 다 보인다’는 등 횡설 수설하였고 친하지도 않은 친구에게 전화걸어서 만나자하고 말세, 악령등에 관한 종교 서적을 사서는 몇일간 방문 잠고 읽었다. 그러면서 ‘나는 베드로의 전신이다. 운행이라 하셨다. 예수가 보인다’며 이를 제지하는 가족에게 폭언하면서 잠을 전혀 자지 못하고 자신에 차있는 모습이었으며 기분이 들떠있는 듯이 보였다. 계속 혼자 돌아다니려 하고 오빠의 대학 합격장에 가서는 ‘내가 이 대학 합격시켰다. 나는 P 공대 교수가 되어야겠다’라고 하고 오빠와 자신을 동일시하면서 구분하지 못하였다. 매우 흥분해있는 상태에서 환자가 ‘나를 도와달라. 머리가 뒤죽 박죽이다’라하여 가족에 의해 모 정신 병원에 강제 입원하게 되었다. 병원에서 난폭하였으며 치료 협조되지 않았고 자신이 예수의 핏박을 받고 있다고 여기면서 안경을 집어던져 잘 안보이게 된 이후에는 다른 환자를 가족과 착각하여 병실 보조원에게 오빠 친구라고 하면서 ‘결혼하자’라하고 자신은 비비안 리이고 어떤 환자는 영화 감독이라 하면서 ‘지금 영화 찍는 것이다’라 하고 우리 아버지는 수억을 버는 사람이고 나는 부자라며 다른 환자들에게 간식을 많이 나누어 주었다. 가끔씩 위협적 내용의 환청이 들린다고도 하였고 ‘예수가 보인다’라는 말도 하였다. 입원해 있는 약 3개월 동안 불면과 들뜬 모습이 지속되었고 행동이 많았고 말도 많았으며 난폭한 말과 행동을 보이고 과거사에 대해 횡설 수설하고 자신도 모르게 화가나서 조절할 수 없었다고 이야기 하였다. 환자는 항정신병 약물에 부작용이 심하였고 별 차도가 없어 부모에 의해 임의 퇴원 한후 본과에 입원하였다.

당시에는 불안정하고 돈 많이 쓰고 콧노래 부르고 춤추면서 말 많이하고 하루에도 기분이 여러번 바뀌고 쉽게 난폭해지지만 가끔씩은 자신의 상태를 정확하게 평가하고 조금씩 자책하는 경향이 있는 상태에서 입원하였다.

환자는 병실에서의 관찰 기간을 거쳐 양극성 장애 진단하에 약물 투여를 시작하였다. 환자의 횡설 수

설과 망상, 환청, 환시는 몇일 사이에 호전 되었으나 점차 침대에만 있는 시간이 늘어나고 병실의 환자를 피하려 하고 집요하게 과거에 보였던 신체화 증상이 지속되고 자신의 앞날과 예후등에 대하여 부정적인 사고가 지속되었다. 항 우울제와 항 정신병 약물 그리고 리튬을 지속적으로 투여하면서 점차 우울한 감정은 호전 되었으나 신체화 증상, 만성적인 허무감이 계속되었고 쉽게 화내며 짜증과 변덕을 부렸다. 대인 관계에서는 착취적이면서도 의존적이며 깊은 관계를 맺지 못하고 동료 환자들에게 배척당하는 일이 반복되었고 충동적으로 폭식을 하여 체중이 증가되기도 하였다. 하루에도 수차례 기분이 수시로 변하였고 불안해 하며 '내 자신을 상실하고 다른 것-악마 혹은 다른 어떤 것-이 내 마음과 행동을 지배하고 내 자신을 위해 내가 할 수 있는 것은 아무것도 없고 앞으로 나는 아무 것도 할수 없으며 답답하고 지루하다'는 호소를 반복하였다.

약물 치료와 병행하여 인지적 접근을 시도하였으나 상기한 증상의 큰 호전은 없었다. 이에 본 저자들은 환자를 정동 장애와 연관된 경계선 청소년의 개념으로 평가하면서 지속적이고 규칙적이며 구조화된 조건에서 정신 치료적 접근을 시도하였다. 환자의 증상을 단순한 정동장애의 증상으로 대하면서 치료에 임하였을 때와 비교해서 환자의 증상이 점차 호전되면서 자신의 문제를 객관적으로 보는 능력이 생기고 집요한 신체 증상도 호전되었으며 그 의미를 파악하려는 의지도 보였다. 충동성도 조절되어 스스로 식이 요법을 하며 체중 조절도 시작하였고 가족과 다른 환자와의 관계가 안정되면서 몇몇 환자와는 상당히 상호 보완적인 인간 관계도 맺을 수 있었다. 자신감을 회복하여 앞날에 대해 긍정적으로 보려는 의지가 생겼고 향후 치료에 대한 동기도 충분한 가운데 퇴원하여 지금은 대인 관계도 잘 유지되고 감정의 기복이 적어졌고 충동적 행동도 보이지 않고있는 상태이다.

### 3. 전형적 경계선 성격 장애의 시작으로서의 경계선 상태

성격 장애의 의미로, 성인 경계선 성격 장애의 시작으로서의 경계선 상태를 보이는 청소년이 이 유형에 속한다.

#### 증례 4

39세, 대구 출생으로 위로 딸 둘, 막내로 아들 한

명이 있는 가정의 둘째 딸로 출생하여 현재 9세된 아들 하나를 두고있는 여자환자로 생후 10개월경에 소아마비로 진단 받았었고 치료위해 집골원에서 침을 맞거나 물리 치료실등을 전전하다가 4세에 개인 병원에서 치료받고 호전되었다. 국민학교 5학년경에 수술 받았고 중5때 제수술 받았으나 오히려 더욱 기우뚱하게 되었고 전부 10여차례의 수술을 받았다. 어린 시절에는 밝은 성격에 자신의 장애에 대하여 비판하지 않고 친구들과도 잘 어울렸으나 사춘기가 되면서 자신의 장애에 대해 신경을 쓰고 학교가지 않겠다고 우는 날이 많아 졌다. 다리가 불편하지만 부모가 등교를 도와 주지는 않았고 성적은 자기가 잘하고자 하면 잘하였지만 관심을 두지 않으면 떨어지곤 하였다. 자기 중심적인 행동을 일삼아서 불평이 많았고 고집이 굳혀 세었다. 5세경 어머니가 사진 현상점을 하면서 가정부가 살림을 하는데 환자가 어머니와 가까이 있고 싶었지만 어머니가 손님과 친하게 지내면서 자신에게는 관심을 쏟지 않았다고 기억하고 있고 큰 배신감을 느꼈었다 5세경 어머니와 친하게 지내던 대학생이 환사를 귀엽다고 어루만져준 일이 있었는데 이때 큰 충격을 받았다고 하고 이 일을 어머니에게 이야기했는데도 어머니가 전혀 신경을 쓰지 않자 이후부터 어머니를 증오하게 되고 매사 나쁜 일의 원인을 엄마탓이라고 돌리게되었다. 17세경(고1)부터는 대인 관계에 있어서 사람 사귀는 일을 좋아하고 친해지면 도둑 것을 다 주다가 곧 실망하고 헤어지는 일이 많았고 불쌍한 사람을 보면 도와 주지않고는 못견디다가 조금만 실망해도 바로 돌아서 버렸고 낭비벽이 심하여 앞뒤 생각없이 일단 사고 보는 스타일이었다

이 당시 자살 소동도 벌어서 K 정신과 다니면서 치료 받기 시작하였다. 이때 입원도 하였는데 특별한 일이 있을 때마다 까무러치고 환시가 있는 상태에서 응급실도 달려가곤 하였다 고등학교는 졸업장만 겨우 받았고 다입은 스스로 포기하여 부친이 주선하여 M대 청강생으로 들어가서 다니다가 불량한 청년과 사귀면서 술은 미치고 무질서한 생활을 하여 부친에게 심하게 야단도 맞았다. 사귀던 남자중에서 환자를 좋아하던 사람과 23세경 동거하였으나 성격 차이로 8개월만에 헤어졌고 다른 남자를 집에 데려와 살기도 하는 등 난잡한 성 생활의 문제가 계속되었다 다시 집에서 사나던 중 부모가 현상소를 차려주어 동생과

함께 경영하였으나 힘들다며 그만두었다. 그 당시 계속 치료 받고 있던 선생님의 지도로 정신과 환자를 돌보는 일도 하고 산 동네 유치원에서 봉사활동을 하기도 하였다. 30세 경에 이웃에 있던 두살 연하인 남자와 약 한달 교제후 남자가 환자에게 정신과 병력이 있는 것을 아는 상태에서 결혼하였다. 처음 몇 달간 둘만의 결혼 생활에서 환자는 살림을 제대로 하지 못하였고 부부 사이는 좋지 못하였으며 늘 환자가 먼저 트집 잡거나 싸움을 거는 식이었으며 끝나면 언제 그랬냐는 식으로 남편에게 잘하였다. 첫 아이 출산후에도 아들을 잘 돌보지 않고 주로 어머니에게 맡겼으며 기분이 좋을 때는 양육에 매우 열심으로 아이가 귀찮을 정도로 친밀하게 내렸고 자신의 상태에 따라 심하게 때리는 적도 있었고 이때는 정말 주위에서 말리기 힘들 정도였으며 이에 따라 아이의 불안, 분노 반응등이 같이 나타났다. 친정에서 살면서 친정 부모가 일방적으로 자신에게 잘해 주기를 바랐고 조금만 섭섭하게 해도 싸우는 편이었다. 시댁 식구와의 관계도 항상 문제가 끊이지 않았고 너무 잘해주었다가는 바로 싸우고 하는 일이 반복되었다. 같은 말을 반복해서 오랜 시간 이야기해서 상대방이 질릴 정도이고 평소 감정을 잘 조절하지 못하여 한번 싸우면 물불을 가리지 않기도하고 한번에 사치품을 무더기로 사들이고 식사를 조절하지 못하여 비교적 예뻐던 외모가 예전의 모습을 잃었고 현재 고등학교때 학교 친구였던 두명과 계속 관계를 유지하고 있는데 한명은 정신과 치료중이라 한다. 다리에 보조기를 하고 있고 걸을 때 심하게 뒤통거리고 있고 현재 술은 마시지 않으나 담배는 집에서도 피운다. 고1때부터 지금까지 약 20년간 정신과 치료를 받고 있고 입원도 심여 차례, 자살 시도도 심여 차례 있었다. 환자가 입원하면 치료진을 이간 시켜서 서로 반복하여 만들려하고 자신의 뜻대로 조정하려는 태도를 보였다.

형제들이 우울증, 불안 신경증등의 병력이 있고 환자의 어머니도 집안 일을 거의 하지 않고 아프다고 누워만 지내며 집안 구석 구석에 진정제등의 약이 수없이 많이 있고 환자가 어머니와 경쟁적이며 어머니에 대한 의심이 많고 편집증적 사고를 보인적도 있다. 환자의 어머니도 경계선 성격 장애로 진단할 수 있을 정도이고 아들도 한 차례 입원하여 분리 불안 장애 내지 경계선 아동 이라는 진단도 받았다.

4. 기질적 질환과 연관되어 나타나는 경계선 상태 주의력 결핍 과잉 행동 장애나 특수 학습 장애, 뚜렛 장애 그리고 이와 동반되거나 아니면 단독으로 기질적 이상을 보이는 경계선 상태 청소년을 포함한다.

#### 증 례 5

환자는 15세 남자 중학교 2학년으로 형제중 큰 아들로 완벽하고 꼼꼼하고 완벽 주의자인 대학 교수 아버지와 내성적이고 느긋한 성격의 어머니와 같이 살고 있었다. 환자는 6년전부터 진저리를 치고 길을 걸으면서 발을 구르고 방바닥을 차며 킁킁 소리를 내고 욕을하며 일초도 가만히 있지 못하는 등의 증상과 약 일년전 부터 '동생을 죽인다. 남도 죽인다'는 말을 자주 하고 동생을 괴롭히고 물건을 파손하고, 좋고 나쁘다는 표현을 극단적으로 하며, 하고 싶은 것은 참지를 못하고 친구를 사귀지 못한다는 것을 주사로 입원하였다. 이와 더불어 음식은 채식을 하지 않고 육식만 하고 침을 뱉어 손에 쥐고 있고 어리광 부리고 반항적이며 말을 듣지않고 무슨 일을 앞에 놓고는 할까 말까 주저하는 등의 행동 문제를 부모가 보고하였다.

원래 좀 산만하던 환자는 6년전인 국민학교 3학년때 아버지에게 산수를 배우다 야단을 맞으면서 '억'하는 소리를 내었는데 이때 부터 '킁킁'소리를 내면서 진저리를 치고 침을 뱉으며 웃으로 입을 막는 행동을 보이기 시작하였다. 개인 신경 외과 의원 다녔으나 별 호전 없었지만 그런 대로 지내다가 3년전에 처음으로 소아 정신과 방문하였다.

틱 장애, 뚜렛 장애 인상하에 haloperidol을 사용하기 시작하면서 상기 증상은 호전되기 시작하였고 약 4개월 정도 외래 치료 유지하였다. 그후 외래 치료를 임의로 중단하였는데 몇 개월간은 별 문제없이 지냈지만 약 7개월 후부터 다시 증상이 심해지기 시작하여 계속 소리내고 때로는 욕을 하기도하고 침뱉는 일이 잦아졌다. 악화되고 한달후에 다시 소아 정신과 방문하여 haloperidol 사용하였지만 과거같은 큰 차이는 보이지 않았다. 치료하면서 침뱉는 증상은 없어지고 틱도 어느 정도 호전 되었으나 충동 조절은 잘 되지 않아 파괴적이고 난폭한 행동이 계속되었고 이런 상태에서 약 4개월 동안 외래 치료하다가 다시 임의로 치료 중단하였다. 이후 상태가 계속 악화되어

분을 발로 차고 유리같은 물건 있으면 깨고 싶은 충동 느끼고 실제로 깨기도 했으며 TV에 나오는 사람을 미워하고 동생을 발로 차고 주먹으로 때리곤 하였다. 동생을 미워하는 것이 점차 더욱 심해지고 밥 먹을 때 화를 내고 먹는 욕구가 커지고 편한 것만 찾고 과자를 먹어도 어린 아이같이 흘리고 먹고 그 자리에서 벌렁 드러눕고 난폭한 행동이 더 심해서 다시 소아 정신과 외래에 방문하여 입원 권유받고 입원하였다.

원래 성격은 호전적이고 만사에 회의적이라 하고 결단성이 없고 폭발적이고 의심이 많았다.

환자는 정상 분만하였고 신생아때의 건강은 좋았지만 돌이 지날때까지 끊임없이 울었다. 울먹으려 하지 않아서 애를 먹었고 부모 모두 직장을 기지고 있었기 때문에 잠시지만 자주 떨어져 지냈다. 언어나 운동 발달은 좋았고 어머니가 바빠기 때문에 환자는 주로 혼자 놀았고 보살핌을 잘 받지 못하였다. 친구 관계도 좋지 못하였고 2~3세경 부터 부산하였으며 유치원에서도 적응을 못하였고 또래와 어울리지 못하였지만 순종적이고 말썽은 피우지 않았다.

남보다 발달이 늦은 것 같아서 국민학교를 일년 늦게 들어 갔기 때문에 연년생인 동생과 같은 학년이 되었고 나중에 환자는 이를 싫어하게 되었다. 출석은 잘하고 성적은 보통이었다. 학교 생활에 대한 적응은 그런데로 하는 것 같았지만 재미를 느끼는 것 같지는 않았다.

국민학교 6학년때 처음 실시한 심리 검사에서는 KEDI-WISC 검사상 보통히 수준에 해당하는 지능 지수 86으로 기저에 우울 성향이 있고 위축되어 있는 불안한 아동으로 평가되었고 어머니는 공격적인 성격이었다. 2년후 중학교 2학년에 실시한 심리 검사에서 KEDI-WISC상 전체 지능 지수 89(언어 지능 95, 동작성 지능 85)로 집중 장애를 보였고 계산, 시각적 집중력이 저하되었고 시각-운동 협응에 수반 장애를 보여 이는 두뇌의 기질적 손상에 기인하는 것으로 보였다. 사고와 감각의 이상은 없었으나 공상이 많았고 상상의 세계를 추구하는 성향이 두드러졌다. 그러나 현실 검증력은 보존되어 있는 것으로 보였다. 정서적으로는 충동적이고 불안정하며 즉각적 욕구 충족을 추구하고 이것이 좌절되면 바로 난폭한 행동을 보일 가능성이 예상되었다. 자신감이 저하되어 있었고 동생에 대한 열등감과 분노가 많고 이런 받아들이기

힘든 충동을 너울 통해 해소하고 다소 퇴행된 면도 관찰되었으며 지속적으로 깊이 있는 대인 관계를 형성하는데 어려움을 있어 보였다.

국민학교 6학년때 검사상 뇌과상 우측 전 반구에 경도의 불규칙한 서파가 관찰되었고 중학교 2학년때의 뇌파에서는 전반구(anterior hemisphere) 전체에서(우측에서 더 많이 관찰됨) 불규칙하게 혼합되어 있는 서파(teta>delta)가 관찰되었고 이것은 극파와 긴후섬여 나다가서 비특이적인 이상 소견, 혹은 부분 경련 질환에 일당한 소견을 보였다.

## 결 론

이상의 청소년 경계선 상태를 보이는 환자군에서 공통적으로 보이는 현상은 아동기에 분리-개별화의 갈등이 아직 해결되지 않았고 발달학적인 단계에서 대상 상실성의 형성에 실패하였으며 모두 자아-자율성의 갈등을 겪고 있다는 것이다. 각 유형의 청소년 경계선 상태는 현상학적으로는 서로 유사하지만 또한 다른 병리 기전을 가지고 있다. 따라서 청소년의 경계선 상태를 본 저자들이 제안한 유형으로 구분하는 것은 의미있는 일일 것이고 각각의 역학적 특징, 증상의 차이, 치료적 접근과 그 반응, 예후등에 관한 후속연구가 필요할 것으로 생각된다.

결론적으로 청소년기의 경계선 상태의 개념을 정리하면 청소년기의 경계선 장애는 단순히 아동기의 분리-개별화 단계의 실패가 지속되어서 생기는 것이 아니라 이와 유사한 과정이 발달의 주제로 재현되는 청소년기의 이차 분리-개별화 과정의 갈등에 의한 것이고, 약 이 시기에 이 갈등의 해소가 안되면 이는 성인기에서 경계선 성격 장애로 나타날 수 있을 것이라 생각된다.

## References

- 홍강의(1988) : 경계선적 정신 장애의 최근 개념들. 정신의학보 5 : 39-47
- Aarkrog T(1981) : The borderline adolescents in psychiatric treatment and 5 year later. Acta Psychiat scand 293 : 1-27
- Akiskal H(1981) : Subaffective disorders : dysthmic, cyclothymic and bipolar II disorder in the "borderline" realm. Borderline Disorders, Psychiat Clin of North

- Am 4 : 25-46
- American Psychiatric Association**(1987) : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, revised 3th Washington, D.C., APA
- Andrulonis P, Glueck B, Stroebel C, Vogel N**(1982) : Borderline personality subcategories. *J. of nervous and Mental Diseases* 170 : 670-679
- Andrulonis PA, Glueck BC, Stroebel CF**(1981) : Organic brain dysfunction and the borderline syndrome. *Psychiatr Clin North Am* 4 : 47-66
- Baron J, Gruen R, Asnis L**(1985) : Familial transmission of schizotypal and borderline personality disorders. *Am J Psychiatry* 142 : 924-934
- Cowdry R, Gardner D**(1988) : Pharmacotherapy of borderline personality disorder ; Alprazolam, carbamazepine, trifluoperazine and tranylcypromine, *Ach Gen Psychiatry*(in press)
- Ekstein R, Wallerstein R**(1954) : Observations on the psychology of borderline and psychotic children. *psychoanalytic Study of the Child* 9 : 344-369
- Fard K, Hudgens R, Welner A**(1978) : Undiagnosed psychiatric illness in adolescence. *Arch Gen Psychiatry* 35 : 279-382
- Geleerd E**(1958) : Borderline state in children and adolescents. *Psychoanalytic Study of the Child* 13 : 279-295
- Grinkel R Sr**(1978) : The Borderline Syndrome. *Adolescent Psychiatry* 6 : 339-343
- Gunderson JG, Zanarini MC**(1987) : Current overview of the borderline diagnosis. *J Clin Psychiatry* 48 : 5-14
- Kernberg O**(1967) : Borderline Personality organization. *J of American Psychoanalytic Association* 18 : 800-822
- Kernberg O**(1975) : Borderline conditions and pathological narcissism. New York : Jason Aronson
- Kenberg P**(1983) : Borderline conditions : Child and Adolescent Aspects In K. Robson, ed. *The Borderline child : Approaches to Etiology, Diagnosis and Treatment*. New York : McGraw-Hill
- Klein D**(1975) : Psychopharmacology and borderline patient, in *borderline states in psychiatry*. Edited by mack J. new york. Grune 7 Stratton
- Kohut H**(1971) : *The Analysis of the Self*. New York, International Universities Press
- Lewis AB**(1968) : Perception of self in borderline states *Am J Psychiatry* 124 : 1491-1498
- Loranger A, Oldham J, Tullis E**(1982) : Familial transmission of DSM-III borderline personality disorder. *Arch Gen psychiatry* 39 : 795-799
- Mahler MS**(1971) : A Study of the separation-individuation process and it's possible application to borderline phenomena in the psychoanalytic situation. *Psychoanal Study Child* 26 : 403-424
- Masterson J**(1967) : *The Psychiatric Dilemma of Adolescence*. Boston Little, Brown
- Masterson J**(1972) : *Treatment of borderline Adolescent : A Developmental Approach*. New York : Wiley.
- Masterson J**(1973) : The Borderline Adolescent. *Adolescent Psychiatry* 2 : 240-268
- Masterson J, Rinsley D**(1975) : The Borderline Syndrome : The role of mother in the genesis of psychic structure of the borderline personality. *International Journal of Psycho-Analysis* 56 : 163-177
- Masterson J, Lulow W, Costello J**(1982) : The test of time : borderline adolescent to functioning adult *Adolescent Psychiatry* 10 : 492-552
- Pine F**(1974) : On the concept of "borderline" in children. *Psychoanalytic study of the child* 29 : 341-368
- Pope H et al**(1983) : The validity of DSM-III borderline personality disorder. *Achi of Gen Psychiatry* 40 : 23-26
- Rinsley DB**(1982) : *Borderline and other Self Disorders* New York, Aronson
- Shapiro ER, Zinner J, Shapiro RL**(1875) : The influence of family experience on borderline personality development. *Int Rev Psychoanal* 2 : 399-411
- Shapiro T**(1983) : The borderline Syndrome in Children : In K. Robson, ed *The Borderline Child*. New York, McGraw-Hill
- Stone MH, Stone DK**(1987) : The natural history of borderline patients. *Journal of personalty disorder*(in press)
- Zanarini MC, Gunderson JG, Marino MF**(1989) : *Childhood Experiences of Borderline patients*. *Comprehensive Psychiatry* Vol 30 No 1 pp18-25

## CLINICAL CATEGORIES OF ADOLESCENT BORDERLINE STATE

Kang-E M. Hong, M.D.\* Seong-Il Jeon, M.D.\*\* Min-Sup Shin, Ph.D.\*

*Division of Child & Adolescent Psychiatry, College of Medicine, Seoul National University, Seoul  
Department of Neuropsychiatry, Inje University, Sanggye Park Hospital, College of Medicine, Seoul*

The purpose of this article is to identify the specific characteristics of borderline disorder in adolescence to conceptualize the borderline state as an adolescent process different from borderline personality disorder in adult, and to classify them according to its unique clinical feature, process and outcome

The development of borderline disorder in adolescent, epidemiology, comorbid disorders and differential diagnosis, pre-existing sub-classification systems, and etiology in theories of psychodynamics, biological theories, experimental studies, and follow-up studies are reviewed.

The authors conceptualize the adolescent borderline state include all clinical states generated by re-emergence of unresolved rapprochement conflicts in adolescent, and propose that there are four subgroups in adolescent borderline state (1) Borderline state as an adolescent process (2) Borderline state associated with psychotic disorders (3) Borderline state as an initial stage of typical borderline personality disorder (4) Borderline state associated with organic problems.

Conceptually, borderline state in adolescence is not a simple continuation of primary failure of separation-individuation but a struggle for mastering unresolved separation-individuation conflicts in adolescence i.e., the second separation-individuation stage, and if it fails this time, the struggle might continue into adult life as borderline personality disorder.

**KEY WORD :** Adolescent • Borderline State.