

ORIGINAL ARTICLE

J Korean
Neuropsychiatr Assoc
2020;59(1):61-71
Print ISSN 1015-4817
Online ISSN 2289-0963
www.jknpa.org

경계성 인격장애 환자의 마음헤아리기치료 효과 : 중간분석에 대한 예비보고

연세대학교 의과대학 의학행동과학연구소,¹ 정신과학교실,³ 연세늘봄정신건강의학과의원²
최선우¹ · 김종선^{1,2} · 김민경^{1,3} · 박해인¹ · 오욱진¹ · 석정호^{1,3}

Effectiveness of Korean Mentalization Based Treatment in Patients with Borderline Personality Disorder : Preliminary Report on Interim Analysis

Sun-Woo Choi, MA¹, Jong-Sun Kim, MD^{1,2}, Min-Kyeong Kim, MD, PhD^{1,3},
Hae-In Park, MA¹, Uk-jin Oh, MA¹, and Jeong-Ho Seok, MD, PhD^{1,3}

¹Institute of Behavioral Science in Medicine, ³Department of Psychiatry,
Yonsei University College of Medicine, Seoul, Korea
²Yonseineulbom Mental Health Clinic, Seoul, Korea

Objectives The treatment of borderline personality disorder (BPD) in Korea has been based mainly on individual psychopharmacotherapy and psychotherapy. No quantitative study has examined the effectiveness of group psychotherapy for patients with BPD in Korea. In the present study, the mentalization-based treatment (MBT) program developed from the Anna Freud Center in London was conducted in the author's hospital. This article presents the results of a preliminary analysis of the treatment effects of the Korean MBT for BPD.

Methods The recruited subjects are patients diagnosed with BPD at Gangnam Severance Hospital. A psychological assessment was conducted at baseline and every six months during the treatment. Statistical analysis was performed using the data of 62 people at the baseline assessment, and the treatment effectiveness was analyzed with the data from 21 people who participated in the treatment group over six months.

Results Borderline personality features were positively correlated with depressive symptoms, anxious attachment, avoidant attachment, and novelty seeking trait, and negatively correlated with self-directedness. After the 12-month treatment, the depressive symptoms and self-disclosure scores were improved significantly. In addition, the self-directedness, cooperativeness factor scores of the temperament and character inventory, and the self-regulation ability score of the resilience scale were also improved significantly.

Conclusion This study suggests that the Korean MBT can improve depressive symptoms and induce positive changes in personality functioning. Although the number of people who continued MBT over 12 months was very small due to the high dropout rate, this study is the first quantitative study on the effects of the Korean MBT for BPD patients.

J Korean Neuropsychiatr Assoc 2020;59(1):61-71

KEY WORDS Borderline personality disorder · Mentalization · Depression · Temperament · Character.

Received August 14, 2019
Revised August 19, 2019
Accepted September 3, 2019

Address for correspondence
Jeong-Ho Seok, MD, PhD
Department of Psychiatry,
Gangnam Severance Hospital,
Yonsei University College of Medicine,
211 Eonju-ro, Gangnam-gu,
Seoul 06273, Korea
Tel +82-2-2019-3343
Fax +82-2-3462-4304
E-mail johnstein@yuhs.ac

서 론

경계성 인격장애(borderline personality disorder)는 대인 관계, 자아상 및 정동의 불안정성과 심한 충동성을 특징으로 하는 인격장애로, 격렬하고 불안정한 대인관계, 반복적인 자 기파괴적 행동, 만성적인 불쾌감, 인지적 왜곡, 충동성 및 저

조한 사회적 적응 등을 드러내는 인격장애이다.¹⁾ 경계성 인 격장애는 인격장애 중에 입원 및 외래 장면에서 가장 빈번 하게 진단되나, 충동성과 공격성, 자해 및 자살시도 등의 특 징으로 인해 진단 및 치료적 접근이 어려운 질환으로 알려져 있다.²⁻⁵⁾ 경계성 인격장애의 핵심 문제는 충동성, 감정 조절 의 어려움, 대인관계의 어려움으로 볼 수 있는데, 이 중 대인

관계 어려움의 경우 자신과 타인의 마음 상태를 정확하게 지각하는 능력이 부족한 것과 연관되어 있을 수 있다.^{6,7)}

마음헤아리기에 실패했을 때 보일 수 있는 세 가지의 대표적 사고유형으로는 ‘정신적 동일시(psychic equivalence)’, ‘유사마음헤아리기모드(pretend mode)’, ‘목적론적 사고(teleological thinking)’가 있다. ‘정신적 동일시’는 마음속의 표상과 현실이 동일한 것이라고 보는 태도이다. 즉, 내면에 생긴 정신적 표상이 외적 현실과 동일시되어, 현실에 대한 온전한 고려 없이 자신의 주관적 경험을 ‘실재’로 확신하는 태도이다. 경직되고 완고한 사고방식, 자기 정당성에 대한 부적절한 집착, 외부로 나타난 말과 행동을 통해 타인의 마음을 확실히 알고 있다는 지나친 주장 또는 어떤 행동의 이유에 관해서 의심 없이 확신하는 것 등을 특징으로 한다.^{8,9)} 예를 들어, “너는 항상...”, “너는 결코...”, “항상 그래, 그 분야 사람들은 다 똑같아.”와 같이 생각하는 태도를 말한다. ‘유사마음헤아리기모드’는 실제로는 진정성 있는 마음헤아리기를 하지 못하고 있으면서 마음헤아리기를 하고 있는 것처럼 표현하는 것을 말한다. 내면의 마음과 외부현실 사이에 연결이 이루어지지 않은 채로, ‘~하는 척하는(as if)’ 태도이다. 마치 자신의 정신 상태를 잘 지각하고 그것을 논리적으로 증명할 수 있는 것처럼 착각하고 있으나, 실제로는 자신의 내면 및 현실과 진정한 접촉을 하지 못한다. 진실된 생각이나 감정에 접촉하지 못하고 있어서 말하고 있는 생각의 내용에 감정이 수반되지 않는다. 치료 장면에서 ‘유사마음헤아리기모드’ 상태는 중요하지 않거나 의미 없는 생각과 감정에 대해 끊임없이 말하는 태도로 나타나기도 한다. ‘목적론적 사고’는 마음 상태의 변화에는 별로 관심을 두지 않고 실질적인 목적이나 이익, 행동으로 나타나는 것들만이 의미 있는 것이라고 생각하는 것이다. 즉, 마음이라는 것은 힘이나 권력에 의해 얼마든지 바꿀 수 있다고 생각하는 것이다. 물질적이고 신체적인 목적과 의미에 의해 자신이나 타인의 욕구나 느낌 등 마음속 현상은 얼마든지 바꿀 수 있다고 생각하는 것이다.⁹⁾

경계성 인격장애의 임상진료지침 등에는 집단치료 및 개인치료를 접목한 근거기반의 정신치료적 접근이 최우선 치료로 권장되고 있다.¹⁰⁾ 국제적으로 경계성 인격장애 환자를 위한 개입 프로그램으로 마음헤아리기치료(mentalization based treatment, 이하 MBT), 변증법적행동치료(dialectical behavioral therapy, 이하 DBT), 선량한정신의학적개입(good psychiatric management, 이하 GPM), 전이초점 심리치료(transference focused psychotherapy, 이하 TFP), 심리도식치료(schema therapy) 등이 있으며 환자 가족들을 대상으로 하는 가족 연계 프로그램(family connection program, 이하 FC), 가족 및 보호자를 위한 훈련과 지원 프로그램(families

and carers training and support programme, 이하 FACTS) 등 다양한 정신치료들이 이루어지고 있다.

MBT는 1990년대 초반, Peter Fonagy와 Anthony Bateman이라는 정신분석가에 의해 연구, 개발된 치료프로그램으로, 2006년에 ‘경계성 인격장애를 위한 마음헤아리기치료(Mentalization-Based Treatment for Borderline Personality Disorder)’라는 안내서가 출판되면서 전 세계의 정신치료자들로부터 주목을 받기 시작했다.¹¹⁾ MBT에서는 경계성 인격장애 환자들이 마음헤아리기의 실패로 인해 대인관계에서의 극심한 감정적 동요와 충동성을 경험한다고 설명하고 있다. 따라서 행동 뒤에 있는 마음 상태를 추론하여 자신과 타인을 이해하는 능력인 ‘마음헤아리기’ 또는 ‘정신화능력’을 향상시킴으로써 경계성 인격장애를 치료한다. 치료자는 지지와 공감을 보여주고, 상대방의 입장을 알 수 없다는 비판단적 태도에서 출발하여 알고 싶고 이해하고 싶다는 바람을 보여주면서 치료에 임한다. DBT는 Linehan¹²⁾이 경계성 인격장애 치료를 위해 개발한 치료법으로, 인지행동치료에 기반을 두고 있다. DBT는 정서, 인지, 행동, 대인관계, 자기 조절 등 전반적인 정서 및 충동 조절 문제 완화에 초점을 맞추고 있으며, 고통감내기술, 감정조절기술, 마음챙김, 효과적인 대인관계기술 등과 같은 기술훈련들로 이루어져 있다. GPM은 John Gunderson이 개발한 치료법으로, 인지치료, 행동치료, 정신역동치료를 적절하게 통합하여 환자들로 하여금 자신 내면의 경험을 이해하고 행동을 변화시켜 좋은 삶을 살도록 돕는다.¹³⁾ TFP는 Otto Kernberg가 제안한 경계성 인격장애의 대상관계이론모델을 바탕으로 경계성 인격병리의 근원인 내담자의 심리구조 취약성을 변화시켜 통합하기 위해 기존 정신역동분석 치료이론과 기법을 확장한 치료법이다. Levy 등¹⁴⁾은 기존의 정신분석적 치료 기법에서 확장된, 특히 치료 계약 단계에서 자해나 자살, 살해충동을 조절하는 위기 개입 과정 등이 포함된 지금-현재의 치료자와 내담자의 전이분석 중심의 전이초점 심리치료를 임상적으로 체계화하였다. 심리도식치료는 Kellogg와 Young¹⁵⁾이 개발한 치료법으로, 경계성 인격장애 환자들이 여러 개의 비적응적인 심리도식을 동시에 갖고 있다고 본다. 그리고 이들은 어떤 강렬한 기분이나 감정을 느낄 때는 아주 빠르게 심리도식의 한 양식에서 다른 양식으로 어떤 통제 없이 빈번하게 전환된다고 보았다. 심리도식치료는 경계성 인격장애 환자들이 5개의 심리도식을 인식하고 조절하도록 돕는 인지적 치료 중심의 접근법이다. 가족연계프로그램(FC)은 경계성 인격장애 환자의 치료에 큰 영향을 미치는 환자들의 가족들을 대상으로 하는 교육훈련 프로그램으로, 환자의 가족으로서 가져야 하는 태도와 환자를 대할 때의 기술들에 대해 안내한다.¹⁶⁾ DBT 기

술들을 기본으로 하며, 12주 동안 관계 마음챙김기술, 타당화(validation)기술, 수용과 친절감 표현하기, 문제관리기술 등을 교육한다. 가족 및 보호자를 위한 훈련과 지원 프로그램(FACTS) 역시 환자들의 가족 및 보호자를 대상으로 진행되며, 환자와의 의사소통을 돕고 갈등을 줄일 수 있는 방법들을 알려주는 것을 목표로 진행되는 강의 형태의 교육이다.

이처럼 다양한 정신치료법들이 개발되어 있으나, 지금까지 우리나라에서의 경계성 인격장애 치료는 약물치료를 중심으로 하는 증상 관리와 위기 개입, 개인정신치료 형태의 정신역동적 접근 및 인지행동치료적 접근이 주로 이루어져 왔다. 이에 연구 논문도 양적 연구는 존재하지 않으며, 몇 가지 사례에 대한 질적 연구가 주를 이루고 있다. 우리나라에서는 아직 경계성 인격장애 환자를 대상으로 하는 집단정신치료프로그램의 효과를 양적으로 연구한 바가 거의 없어, 이 연구에서는 영국에서 개발된 마음헤아리기치료(mentalization based treatment)를 국내 실정에 맞게 재구성하여 시행하면서 그 효과에 대한 예비 분석을 시행하였다. 이 연구는 현재 진행 중인 경계성 인격장애 환자 대상의 집단 및 개인 치료의 결과를 정리한 예비 연구 결과를 분석한 보고이다.

방 법

대 상

강남세브란스병원에서 입원 혹은 외래 치료를 받은 20세 이상 50세 미만의 환자 중 구조화된 면담 도구인 한국형 Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual, fourth edition에 의하여 DSM-IV 진단 기준상 경계성 인격장애로 진단되거나 경계성 인격장애 성향이 있는 주요 우울장애 환자들을 대상으로 하였다. 심각한 내과적 혹은 신경과적 질환이 있는 사람은 연구 대상에서 제외하였다. 상관분석의 경우 상기 기준을 만족시키고 치료 전 자료 수집이 완료된 총 62명을 대상으로 하여 결과를 분석하였으며, 치료 효과 분석은 그중 최소한 6개월 이상 치료집단에 참여한 21명의 자료를 분석하였다. 이 연구는 헬싱키 선언에 근거한 임상시험의 윤리적 원칙들을 준수할 수 있도록 계획서를 작성하여 강남세브란스병원 임상연구심의위원회의 승인을 받았으며(임상연구심의위원회 승인번호 : 3-2016-0112), 대상자들에게 연구에 대하여 설명을 한 후 서면 동의를 받았다.

측정 도구

연구 설문지는 인구통계학적인 특징으로 성별, 나이, 학력, 결혼유무 등을 조사하였고, 경계성 인격장애의 심각도를 평가하기 위하여 자기보고검사인 경계성 인격특성 평가척도를

사용하였다. 우울증상의 심각도는 자기보고검사인 한국어판 우울증상 평가척도를 사용하여 평가하였고, 성인애착유형 평가척도, 회복탄력성 척도, 기질 및 성격 평가척도, 정신화 질문지와 대인관계 유능성 척도를 사용하여 심리적 특성을 평가하였다.

경계성 인격특성 평가척도(Personality Assessment Inventory–Borderline Features Scale, PAI–BOR)

성인의 성격을 평가하는 자기보고식 질문지 Personality Assessment Inventory(PAI)¹⁷⁾의 11개 임상척도 중 하나로, 정서적 불안정, 정체감 문제, 부정적 관계, 자기 손상의 4개 하위척도로 이루어져 있다. 이 연구에서는 Hong과 Kim¹⁸⁾이 번안하여 문항-총점 간 상관이 매우 낮은 한 문항을 제외시키고 총 23문항으로 구성된 척도를 사용하였다. 0점(전혀 그렇지 않다.)에서 3점(매우 그렇다.)까지 4점 Likert형 척도로 구성되어 있으며, 점수 범위는 0~69점이다. 점수가 높을수록 경계성 인격장애 경향성이 높음을 시사한다. Hong과 Kim¹⁸⁾이 보고한 내적 일치도는 0.84였고, 6주 간격의 검사-재검사 신뢰도는 0.75였다.

한국어판 단축형 우울증상 평가척도(Korean Version of Quick Inventory of Depressive Symptomatology–Self–Report, K–QIDS–SR)

Rush 등¹⁹⁾이 개발한 30문항으로 구성된 우울증 평가도구인 우울증상 평가척도(Inventory for Depressive Symptomatology, IDS)에서 DSM-IV 주요 우울장애 진단 기준에 해당하는 16개의 항목만을 간추려 단축형 우울증상 평가척도를 고안하였다. 이 척도는 약물 또는 정신치료에 의한 증상 변화에 대해 민감도가 높은 것으로 평가되며 임상가에 의한 평가척도 및 자가보고식 척도 모두 이용이 가능하다. 국내에서는 Yoon 등²⁰⁾이 한글판으로 표준화하였으며, 이 연구에서는 한글판 척도 중 자기보고식 척도인 K–QIDS–SR을 사용하였다.

성인애착유형 평가척도(Experiences in Close Relationship Questionnaire–Korean, ECR–K)

이 척도는 Brennan 등²¹⁾이 개발한 Experiences in Close Relationship Questionnaire를 Fraley 등²²⁾이 수정한 개정판으로, 이 연구에서는 Kim 등²³⁾이 한국어말로 번역하여 사용한 척도를 사용하였다. 총 36문항으로 구성되어 있으며, 불안, 회피 하위 척도 각각 18개의 문항이 있다. 평소 상대방과의 관계에서 느끼는 일반적인 감정을 7점 Likert형 척도에 평정하도록 되어 있으며, 각 문항에 대한 응답은 ‘전혀 그렇지 않다.’

의 1점에서 '아주 그렇다.'의 7점까지로 평정하게 되어 있다.

한국형 회복탄력성지수검사(Korean Resilience Quotient, KRQ-53)

이 연구에서는 회복탄력성을 측정하기 위하여 Reivich와 Shatte²⁴⁾가 개발한 회복탄력성지수검사(Resilience Quotient Test, RQT)를 우리나라 실정에 맞게 Kim²⁵⁾이 수정 보완한 한국형 회복탄력성지수검사(Korean Resilience Quotient, KRQ-53)를 사용하였다. 회복탄력성은 자기조절능력, 대인관계능력, 긍정성이라는 3개의 하위 요인으로 분류할 수 있다. 점수는 '전혀 그렇지 않다(1점).에서 '매우 그렇다(5점).의 Likert형 척도에 평정하도록 되어 있으며, 점수가 클수록 회복탄력성이 높다고 해석할 수 있다.

기질 및 성격검사-성인용(Temperament and Character Inventory-Revised-Short)

이 검사는 Cloninger 등²⁶⁾이 제안한 기질-성격 모형에 기초하여 개발된 자기보고식 검사로, 기질을 측정하는 4개의 척도와 성격을 측정하는 3개의 척도로 구성되어 있다. 기질 특질 차원에는 자극추구(novelty seeking, 이하 NS), 위험회피(harm avoidance), 사회적 민감성(reward dependence), 인내력(persistence) 등이 있고, 성격특질 차원에는 자율성(self directedness, 이하 SD), 연대감(cooperativeness), 자기초월(self transcendence) 등이 있다. 이 연구에서는 Min 등²⁷⁾이 국내에서 표준화한 한국판 성인용 기질 및 성격검사(Temperament and Character Inventory-Revised-Short Version, TCI-RS)를 사용하였다. 총 140문항으로 구성되어 있으며, 대상자가 각 문항에 동의하는 정도를 5점 척도로 직접 평정한다. 한국판 표준화 연구에 참여한 대학생 집단의 내적 합치도 계수는 척도별로 0.83~0.90의 범위였으며, 검사-재검사 신뢰도 계수는 척도별로 0.76~0.90이었다.

정신화 질문지(Mentalization Questionnaire, MZQ)

마음헤아리기능력을 자기보고식 질문지로 측정하기 위해 Hausberg 등²⁸⁾이 임상표본을 대상으로 개발한 정신화 질문지(Mentalization Questionnaire, 이하 MZQ)를 사용하였다. MZQ 척도의 문항 번안은 Choi가 원척도(MZQ)의 대표저자 Hausberg의 사전 승인을 받은 후 1차 번안한 뒤, 영어와 한국어에 능통한 native speaker 1명의 도움을 받아 번역, 역번역하고 임상심리학 전공 교수의 검토를 거쳐 교정한 것을 사용하였다.²⁹⁾ 본 질문지는 거부적 자기 조망(refusing self-reflection), 정서 인식(emotional awareness), 정신적 동등 모드(psychic equivalence mode), 정서 조절(regulation of affect)

등의 정신화의 전반적인 실패를 나타내는 4가지 요인으로 구성되어 있다. 총 15개 문항으로 구성되어 있으며, 1점(동의하지 않는다.)~5점(동의한다.)으로 평정한다. Hausberg 등²⁸⁾의 연구에서 전체 내적 일관성(Cronbach's α)은 0.81이었고, 하위 척도에 따라 0.54~0.72로 나타났다.

대인관계 유능성 척도(Interpersonal Competence Questionnaire, ICQ)

Bae³⁰⁾가 Interpersonal Competence Questionnaire(이하 ICQ), 한국판 ICQ 및 기존 문헌들에 기초하여 대인관계 유능성에 대한 5요인 구조를 가정하고 총 18문항의 척도를 구성한 후, 확인적 요인 분석을 거쳐 2개의 문항을 삭제하여 최종적으로 16개의 문항을 선별한 것을 사용하였다. 요인 구조는 관계 형성, 권리나 거부에 대한 의사표현, 타인에 대한 이해와 배려, 자기 개방으로 각 요인당 3~7문항으로 구성되어 있다. 4점 척도로 총점이 높을수록 대인관계 유능성이 높다는 것을 의미한다. 최종 16문항에 대한 전체 내적 신뢰도는 0.87로 나타났고, 하위 요인별 내적 신뢰도는 타인에 대한 이해와 배려 0.79, 자기 개방 0.67, 관계 형성 0.80, 권리나 거부에 대한 의사 표현 0.67로 나타났다.

Korean Version-MBT(K-MBT) 프로그램에 대한 개요

강남세브란스병원에서 시행 중인 마음헤아리기치료 프로그램은 2014년 시작 시점에는 구조화된 교육훈련을 4회만 진행하다가 높은 중도 탈락률과 집단치료 중 행동화(acting in) 문제가 수차례 발생하여 구조화된 교육훈련을 강화하였다. 2016년부터는 초기 16회의 구조화된 교육훈련으로 진행되는 외현적 마음헤아리기 집단치료(explicit MBT)와 이후 정해진 주제 없이 자유로운 형식으로 진행되는 내재적 집단치료(implicit MBT)로 구성된다. 전체 치료 기간은 1년 6개월을 목표로 진행하고 있다. 초기의 구조화된 교육은 Anna Freud Center에서 제작한 MBT-introduction manual³¹⁾을 국내 실정에 맞게 수정 및 보완하여 진행하였으며, Marsha Linehan이 개발한 변증법적행동치료 DBT 기술훈련 4회를 추가하여 총 16회를 진행하였다. 각 회마다 주어진 주제와 관련한 교육이 이루어지며, 매시간 시작 부분에는 이전 시간의 숙제를 점검한다.

강남세브란스병원에서 시행 중인 마음헤아리기치료 프로그램의 회별 진행 내용은 표 1과 같다.

1회 : 마음헤아리기란? 그리고 마음헤아리기를 하는 태도란 무엇인가?

첫 번째 시간의 목적은 치료를 구조화하고 마음헤아리기의 개념을 이해하는 데 있다. 집단원들이 서로 간단한 자기소

Table 1. Contents of each session of the explicit mentalization based treatment and dialectical behavioral therapy skill training

Session	Content
1	What is mentalization and a mentalizing stance?
2	What does it mean to have problems with mentalizing?
3	Why do we have emotions and what are the basic types?
4	How do we register and regulate emotions?
5	The significance of attachment relationships.
6	Attachment and mentalization.
7	What is a personality disorder? What is borderline personality disorder?
8	On mentalization-based treatment. Part 1.
9	On mentalization-based treatment. Part 2.
10	Anxiety, attachment, and mentalizing.
11	Depression, attachment, and mentalizing.
12	Summary and conclusion.
13	Interpersonal effectiveness : what is effective communication?
14	Mindfulness.
15	Emotion regulation.
16	Distress tolerance.

개를 하고, 치료에 참여하게 된 계기, 치료에 대한 기대 및 목표 등에 대해 이야기를 나눈다. 또한 타인에게 호기심을 갖고 비판단적인 자세를 갖추는 등의 마음헤아리기 치료에 임하는 태도에 대해 학습한다.

2회 : 마음헤아리기에 문제가 있다는 것은 무엇을 의미하는가?

두 번째 시간에는 마음헤아리기가 잘 이루어지지 않을 경우 초래될 수 있는 결과들에 대해 살펴보고, 특히 마음헤아리기가 잘 되지 않는 대표적인 경우인 정서적으로 각성되었던 경험에 대해 이야기 나눈다. 또한 자신이 정서적으로 각성되었을 때 주로 보이는 반응 패턴에 대해 살펴볼 수 있는 기회를 제공한다.

3회 : 기본감정이란 무엇인가?

호기심, 두려움, 분노, 성욕, 사랑, 불안/슬픔, 기쁨과 같은 기본감정과 그 외의 사회적 감정이 어떻게 구분되는지 살펴보고, 부정적 감정을 포함한 모든 감정은 유용성이 있음을 학습한다. 또한 감정을 적절하게 해소하거나 다루지 못하고 억제했을 때 발생할 수 있는 문제들에 대해 이야기를 나눈다.

4회 : 감정을 헤아리고 조절하기.

감정을 적절하게 조절하기 위해서 감정을 인식하는 것의 중요성에 대해 학습한다. 비언어적인 단서에 대한 해석이나 공감적인 반응을 통해 타인의 감정을 헤아리고, 자신의 신체 반응 또는 타인의 공감이나 위로를 통해 자신의 감정을 헤아릴 수 있음을 학습한다.

5회 : 애착관계의 중요성.

애착 유형에 대해 학습하고, 어린 시절 주양육자와의 애착 관계 패턴에 대해 살펴본다. 또한 자신이 가족, 연인, 친구와 같은 친밀한 관계에서 주로 취하는 관계 패턴을 살펴보고, 이 관계 패턴이 자신의 삶에 어떤 영향을 미치는지 이야기를 나눈다.

6회 : 애착과 마음헤아리기능력의 발달.

어린 시절 주양육자와의 애착 관계를 통해 마음헤아리기능력이 발달되는 과정에 대해 알아본다. 또한 어린 시절의 애착관계가 이후 연인, 가족, 친구와 같이 친밀한 대상과의 애착관계에 영향을 주며, 이러한 애착 유형은 변화될 수 있다는 것을 교육한다.

7회 : 인격장애란 무엇인가, 경계성 인격장애란 무엇인가?

다양한 인격장애에 대해 알아보고, 그중 경계성 인격장애 환자들의 핵심 증상 및 그로 인한 어려움 등에 대해 알아본다.

8~9회 : 마음헤아리기치료.

치료의 목적, 구성 및 계획에 대해 안내하고, 비밀유지의 원칙, 집단원 간의 사적 만남 금지 등 집단치료에서 지켜야 할 약속들에 대해 이야기 나눈다. 또한 호기심 있고 개방적인 태도로 비판단적인 자세를 유지하는 것과 같은 집단치료 시 취해야 하는 자세에 대해 안내한다.

10~11회 : 불안과 우울, 애착 그리고 마음헤아리기.

불안 및 우울로 인해 초래될 수 있는 다양한 심리적 어려움 및 증상에 대해 살펴보고, 불안을 다루는 방법에 대해 이야기를 나눈다.

12회 : 요약 및 복습.

지금까지 진행했던 교육 내용들을 다시 한 번 요약하여 살펴보고, 자유주제의 내재적 집단치료로 진행되기 전에 걱정되는 사안 등에 대해 이야기를 나눈다.

13~16회는 DBT의 주요 기술훈련으로 이루어진다.

13회 : 대인관계 소통기술 향상 훈련-효과적인 의사소통이란?

자신이 타인과의 대화 시 주로 보이는 태도에 대해 알아보고, 적절한 자기주장을 통해 상대방이 원하는 것과 내가 원하는 것을 파악하여 조율 및 협상하는 과정에 대해 학습한다.

14회 : 마음챙김, 마음알아차림 기술향상 훈련.

자신이나 자신의 경험을 판단하거나 비난하지 않은 채 지금 이 순간 자신의 생각, 감정, 신체감각, 행동 등에 대해 알아차림으로써 압도적인 감정을 더 잘 조절할 수 있도록 돕는다. 명상이나 주의 깊은 대상 관찰 등을 통해 마음챙김기술을 향상시킬 수 있도록 연습한다.

15회 : 감정조절 기술향상 훈련.

자신이 경험한 사건에 대한 자신의 생각이나 신체감각, 욕

구, 자신의 행동 및 그 결과 등에 대해 깊이 있게 살펴봄으로써 자신을 더 깊이 이해하고 내면의 감정을 잘 인식하여 조절할 수 있도록 돕는다.

16회 : 고통스러운 순간 견뎌내기 기술향상 훈련.

강력하고 부정적인 감정에 압도되어 자기파괴적 행동을 하기 전에 이러한 순간을 무사히 넘길 수 있는 다양한 대처 기술들에 대해 학습한다. 즉, 고통을 온전히 수용하기, 주의 돌리기, 이완하기 등과 같은 다양한 기술들에 대해 배운다.

통계 분석

치료에 참여한 총 62명의 인구사회학적 특성을 조사하였으며, 주요 변인들 간의 상관분석을 실시하였다. 또한 치료 전후의 변화가 유의한지 검증하기 위해 최소 6개월 이상 MBT에 참여한 환자들을 대상으로 심리특성 평가를 위한 설문지 점수를 비교 분석하였다. 관련 변수들의 정규성 검정을 위해 Kolmogorov-Smirnov 검정을 이용하였으며, MBT 시행 전 초기 평가 결과와 치료 시작 6개월 후, 치료 시작 12개월 후 결과를 paired t-test/Wilcoxon signed rank test로 비교하였다. 모든 통계 검정은 양측 검정으로 실시하였고, p값이 0.05 미만인 경우 통계학적으로 유의하다고 정의하였으며, 자료 분석에는 SPSS ver. 18.0(SPSS Inc, Chicago, IL, USA)을 이용하였다.

결 과

치료에 참여한 총 62명의 인구사회학적 특성은 표 2와 같다. 총 62명의 치료 참여자 중 여성이 51명(82.3%)으로 월등히 많았으며, 연령상으로는 20~30대가 53명(85.5%)으로 대부분을 차지했다. 학력은 대학에 재학 중이거나 졸업 및 수료한 사람이 42명(67.7%)로 가장 많았고, 미혼 상태인 참여자의 비율[n=45(72%)]이 더 높았다. 직업은 무직이 가장 많았으며(29.0%), 학생(24.2%), 정규직순이었다(19.4%).

주요 변인들 간의 관계를 살펴보기 위하여 상관분석을 실시한 결과(표 3), 경계성 인격 성향은 회피애착(r=0.439, p<0.01) 및 불안애착(r=0.564, p<0.01)과 높은 정적 상관이 있었다. 또한 TCI의 자극추구 기질(NS)(r=0.444, p<0.01)과는 높은 정적 상관이 있었으나, 자율성(SD)(r=-0.372, p<0.01)과는 높은 부적 상관이 있었다. 또한 경계성 성향은 우울증상과 매우 높은 상관이 있었으며(r=0.604, p<0.01), 이는 참여자들 중 92%가 경계성 인격장애와 더불어, 주요 우울장애 및 기분장애의 진단 기준을 충족시키고 있음을 반영하는 결과이기도 하다.

총 62명의 환자가 초기 평가를 완료하였으며, 이 중 21명의 환자가 치료를 6개월 이상 유지하였고, 이 중 13명이 치료를 12개월 이상 유지하였다. 치료 종료 시점인 18개월까지 완료한 환자는 5명이었으며, 현재 치료에 참여하고 있는 환자는 10명이다. 치료 전후의 변화를 살펴보기 위해 치료 전과 치료

Table 2. Demographic characteristics of patients at time of enrollment

Variable	n (%)	Variable	n (%)
Sex		Occupation	
Male	11 (17.7)	Full-time position	12 (19.4)
Female	51 (82.3)	Contingent job	6 (9.7)
Age		Student	15 (24.2)
19	3 (4.8)	Homemaker	4 (6.5)
20s	38 (61.3)	Inoccupation	18 (29.0)
30s	15 (24.2)	etc.	7 (11.3)
40s	6 (9.7)	Family income (million-won)	
Educational background		<10	7 (11.3)
High school graduate	4 (6.5)	10-19	5 (8.1)
Junior college attendance/graduation	10 (16.1)	20-29	5 (8.1)
University attendance/graduation	42 (67.7)	30-39	4 (6.5)
Graduate school attendance/graduation	6 (9.7)	40-49	6 (9.7)
Marital status		50-59	2 (3.2)
Single	45 (72.6)	≥60	17 (27.4)
Married	3 (4.8)	Do not know	16 (25.8)
Cohabitation	2 (3.2)		
Divorced	5 (8.1)		
etc.	7 (11.3)		

시작 6개월 시점, 치료 전과 치료 시작 12개월 시점의 평가 결과를 각각 비교하였으며, paired t-test/Wilcoxon signed rank test를 실시한 결과(표 4, 5)는 다음과 같다. 치료 시작 6개월 시점에 우울증상이 치료 전에 비해 유의하게 감소하였고($t=2.52, p<0.05$), 정신화 질문지의 정신적 동일시의 점수가 유의하게 감소하였다($t=2.30, p<0.05$). 또한 대인관계 유능성 척도의 자기 개방 점수는 유의하게 상승하였다($Z=-2.12, p<0.05$). 반면, 경계성 성격특성과 불안 및 회피 애착, 정신화 질문지의 거부적 자기조망, 정서인식, 정서조절 점수는 통계적으로 유의미한 변화를 보이지 않았다. 또한 대인관계 유능성 척도의 관계 형성, 권리나 거부에 대한 자기주장, 타

인에 대한 이해와 배려 점수도 유의미한 변화를 보이지 않았다.

치료 시작 12개월 시점의 결과를 살펴보면, 여전히 우울증상이 유의하게 감소된 상태가 유지되었고($t=2.60, p<0.05$), 대인관계 유능성 척도의 자기 개방 점수도 유의하게 상승하였다($Z=-1.98, p<0.05$). 또한 기질 및 성격 요인 중 자율성($Z=-3.14, p<0.01$)과 연대감($Z=-3.43, p<0.01$)이 유의하게 높아지고 자기초월($Z=2.38, p<0.05$) 점수가 유의하게 낮아졌다. 회복탄력성의 하위 요인 중 자기조절능력이 유의하게 좋아지는 긍정적인 변화를 보였다($Z=-2.02, p<0.05$). 반면, 경계성성격특성과 불안 및 회피 애착, 회복탄력성의 하위 요

Table 3. Relationship of borderline personality traits with depression, attachment type, temperament, and character factors

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	-									
2	0.604**	-								
3	0.647**	0.439**	-							
4	0.250	0.564**	0.030	-						
5	0.295*	0.444**	0.118	0.140	-					
6	0.384**	0.254	0.438**	0.168	-0.031	-				
7	-0.356**	-0.079	-0.666**	0.347**	0.053	-0.324*	-			
8	-0.055	-0.092	-0.251	0.178	0.290*	-0.538**	0.300*	-		
9	-0.442**	-0.372**	-0.478**	-0.065	-0.127	-0.771**	0.214	0.536**	-	
10	-0.140	-0.260	-0.194	-0.085	-0.197	-0.400**	0.391**	0.199	0.200	-
11	-0.004	-0.063	0.091	-0.042	0.264	0.165	-0.090	0.181	-0.107	-0.109

1. Korean Version of Quick Inventory of Depressive Symptomatology-Self-Report, 2. Personality Assessment Inventory-Borderline Features Scale, 3. ECR-avoidance attachment, 4. ECR-anxiety attachment, 5. TCI-novelty seeking, 6. TCI-harm avoidance, 7. TCI-reward dependence, 8. TCI-resistance, 9. TCI-self-directedness, 10. TCI-cooperativeness, 11. TCI-self-transcendence. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$. ECR : Experiences in Close Relationship Questionnaire, TCI : Temperament and Character Inventory

Table 4. Comparison of the results of a major variable between before treatment and 6-month after treatment

	Baseline	6-month follow up	t/Z*	p-value
K-QIDS-SR	18.24 (8.43)	14.57 (8.15)	2.52	0.020
PAI-BOR	37.15 (12.13)	35.62 (9.56)	0.70	0.497
ECR				
Avoidance attachment	76.85 (17.52)	74.15 (13.54)	0.80	0.442
Anxiety attachment	81.54 (12.14)	77.15 (10.78)	1.86	0.088
MZQ				
Refusing self-reflection	12.25 (2.80)	11.58 (2.87)	0.88	0.400
Emotional awareness	14.17 (3.19)	14.33 (4.25)	-0.18	0.864
Psychic equivalence	15.00 (2.26)	13.17 (3.21)	2.30	0.042
Regulation of affect	11.83 (2.41)	10.83 (3.43)	1.27	0.231
ICQ				
Building rapport	9.25 (1.86)	8.75 (3.62)	-0.82*	0.411
Self-assertiveness	8.85 (2.60)	8.50 (3.58)	-0.47*	0.640
Self-disclosure	5.00 (2.00)	5.83 (2.52)	-2.12*	0.034
Empathy and understanding others	12.42 (1.98)	12.50 (2.32)	-0.05*	0.959

Data are presented as a mean (standard deviation). * : Wilcoxon rank-sum test was done for non-parametric analysis. K-QIDS-SR : Korean Version of Quick Inventory of Depressive Symptomatology-Self-Report, PAI-BOR : Personality Assessment Inventory-Borderline Features Scale, ECR : Experiences in Close Relationship Questionnaire, MZQ : Mentalization Questionnaire, ICQ : Interpersonal Competence Questionnaire

Table 5. Changes of psychological characteristics after 12-month treatment

	Baseline	12-month	t/Z*	p-value
K-QIDS-SR	15.38 (9.02)	9.53 (6.85)	2.60	0.023
PAI-BOR	37.31 (13.96)	32.15 (12.95)	1.43	0.177
ECR				
Avoidance attachment	70.46 (15.22)	68.62 (16.05)	0.37	0.719
Anxiety attachment	79.69 (19.97)	76.46 (19.98)	0.84	0.416
KRQ-53				
Self-regulation	49.83 (10.06)	58.50 (14.75)	-2.02*	0.043
Interpersonal relationship positiveness	52.33 (12.52)	60.00 (12.38)	-1.89*	0.058
	49.00 (10.07)	54.67 (16.06)	-1.08*	0.279
TCI				
Novelty seeking	66.31 (12.64)	63.00 (12.13)	1.57	0.142
Harm avoidance	64.08 (12.14)	59.69 (16.77)	1.50	0.160
Reward dependence	47.00 (11.71)	51.38 (11.02)	-1.79	0.098
Persistence	43.54 (12.36)	45.15 (11.46)	-0.56	0.588
Self-directedness	29.54 (12.38)	39.69 (14.81)	-3.14	0.009
Cooperativeness	37.15 (17.52)	44.38 (15.03)	-3.43	0.005
Self-transcendence	52.54 (11.43)	39.69 (14.81)	2.38	0.035
MZQ				
Refusing self-reflection	12.00 (2.45)	11.29 (2.43)	1.11	0.310
Emotional awareness	13.57 (3.31)	12.43 (5.09)	0.83	0.436
Psychic equivalence	14.57 (2.70)	13.71 (3.35)	1.11	0.308
Regulation of affect	11.43 (2.70)	10.00 (3.32)	1.59	0.162
ICQ				
Building rapport	9.86 (1.68)	9.86 (3.72)	-0.14*	0.892
Self-assertiveness	8.57 (3.21)	8.57 (4.08)	-0.11*	0.915
Self-disclosure	4.86 (1.57)	6.14 (2.19)	-1.98*	0.047
Empathy and understanding others	11.86 (1.95)	11.86 (2.12)	-0.32*	0.750

Data are presented as a mean (standard deviation). * : Wilcoxon rank-sum test was done for non-parametric analysis. K-QIDS-SR : Korean Version of Quick Inventory of Depressive Symptomatology-Self-Report, PAI-BOR : Personality Assessment Inventory-Borderline Features Scale, KRQ-53 : Korean Resilience Quotient test-53, TCI : Temperament and Character Inventory, MZQ : Mentalization Questionnaire, ICQ : Interpersonal Competence Questionnaire

인인 대인관계능력과 긍정성 점수도 통계적으로 유의미한 변화를 보이지 않았다. 또한 기질 및 성격평가척도의 기질 요인인 자극추구, 위험회피, 사회적민감성, 인내력 점수도 유의미한 변화가 없었으며, 정신화 질문지의 모든 하위 요인 점수와 대인관계 유능성 척도의 관계 형성, 권리나 거부에 대한 자기주장, 타인에 대한 이해와 배려 점수도 여전히 통계적으로 유의미한 변화를 보이지 않았다.

고 찰

이 연구는 경계성 인격장애 환자들을 대상으로 마음헤아리기치료를 실시한 후 그 효과를 검증하는 것이 목적이다. 치료 초기에는 구조화된 외현적 마음헤아리기집단치료로 Anna Freud Center에서 제작한 내용을 국내 실정에 맞게 수정 및 보완하여 진행하면서 Marsha Linehan이 개발한 변

증법적행동치료(DBT) 기술훈련 4회를 추가하여 총 16회를 진행하였다. 이후의 시간에는 내재적인 마음헤아리기 집단 치료를 진행하였다. 이 연구의 주요 결과는 다음과 같이 요약할 수 있다.

첫째, 치료 시작 6개월 시점에 우울증상이 유의하게 감소하고 자기 개방은 증가하였으며, 이는 치료가 지속되던 12개월까지도 유지되었다. 우울장애는 모든 정신질환과 관련이 높지만 특히 경계성 인격장애와의 공병은 가장 위험하고 파괴적인 결과를 일으킬 수 있다. 경계성 인격장애 환자가 주요 우울삽화를 경험하고 있을 경우 자살시도의 횟수와 심각성은 더욱 높아진다.³²⁻³⁴⁾ 이는 경계성 인격장애를 가지고 있다고 하더라도 우울증에 대한 치료적 개입을 하는 것이 자살시도를 예방하는 데 중요하다는 점을 시사하는 것이며, 경계성 인격장애의 호전을 위한 개입이 우울증의 호전에도 함께 효과적일 수 있음을 말해준다.

둘째, 기질 및 성격 평가척도 점수에서 기질 요인들의 유의미한 변화는 없었으나, 성격 요인인 연대감과 자율성이 증가하고 자기초월이 낮아졌다. 이는 타고나는 기질은 잘 변하지 않으나, 환경의 영향을 받는 성격 요인들은 정신치료적 개입을 통해 개선될 수 있음을 보여준다. 특히 Cloninger 등³⁵⁾은 자기에게 얼마나 지향하고 있는가와 타인과 얼마나 협조하고 있는가라는 성격 차원이 인격장애 진단에 중요한 요인이 된다고 밝힌 바 있다. 사실상 이러한 측면에서 자율성과 연대감이 낮으면 인격장애의 가능성이 높다고 이야기하고 있다. 즉 자율성 및 연대감 점수가 개인의 행동이 적응적인지 아닌지 또는 성숙한지 미숙한지를 결정한다는 것이다. 자율성 및 연대감의 점수가 모두 낮으면(즉, 백분위 점수가 모두 30점 미만이거나 합산 백분위 점수가 30점 미만인 경우), 적응상의 어려움을 보이고 미성숙하며 성격장애를 보일 가능성이 높다고 평가된다. 치료 시작 12개월 시점에 연대감과 자율성 점수가 증가하는 것은 지속적인 마음헤아리기치료를 통해 타인과의 관계가 불안정한 경계성 인격장애 환자들이 집단원들에게 자신의 외상 및 부정적 정서 경험 등을 개방하고 공유하면서 연대감을 형성할 수 있게 되고, 사회적 인정과 공감을 나눌 수 있게 되기 때문에 성격 요인의 긍정적 변화가 나타난 것으로 보인다. 자신이 선택한 목표와 가치를 이룰 수 있도록 상황을 만들어가고 자기 자신에게 관심을 기울일 수 있게 되는 자율성이 향상되면서, 이를 통해 자신을 부정적으로 지각하는 측면이 줄어들게 된 것도 치료를 통한 긍정적인 변화일 가능성이 있다. 더불어 우주만물과의 동일시나 개인의 영성과 관련이 있는 자기초월의 경우, 마음헤아리기치료를 참여하면서 자신에 대한 통제감이 생기고 인생을 주도적인 자세로 대하게 되면서 비현실적 사고가 줄어들고 현실 기반의 사고를 늘려가면서 점수가 떨어지는 것으로 추정된다. 한편, 경계성 인격장애 환자들은 자극추구, 위험회피 기질이 모두 높아 충동적이고 쉽게 화를 내며, 극도로 불안한 특성을 가진 것으로 알려져 있는데,³²⁾ 이 연구에서는 치료 시작 18개월 시점에도 경계성 성격특성 점수뿐만 아니라 해당 요인들이 유의하게 감소하지 않았다. 이는 증상에 비해 성향이나 기질과 같은 요인은 단기간에 변하지 않는 측면이 있고, 치료를 12개월 이상 유지하는 인원이 적어 사례 수가 적은 한계가 있기 때문인 것으로 사료된다.

한편, 경계성 성격특성이나 자극추구, 위험회피 기질 점수가 통계적으로 유의하게 감소되지는 않았으나 감소되는 경향성은 보이고 있어, 치료를 통해 이러한 특성들이 감소될 가능성이 있음을 알 수 있다. 마음헤아리기치료를 치료로 마치고까지 장기간이 소요되기는 하지만 치료를 통해 성향 및 기질도 적응적으로 개선될 수 있음을 시사한다.

셋째, 치료 시작 6개월 시점에 정신화 질문지의 요인별 점수에서 정신적 동일시 요인 점수가 유의하게 감소하였고, 치료 시작 12개월 시점에는 회복탄력성의 자기조절능력이 향상되었다. 치료 시작 6개월 시점 평가에서 정신적 동일시 점수가 유의하게 감소하는 것은 경계성 인격장애 환자들의 경직된 사고 경향성이 지속적인 마음헤아리기치료를 통해 개선되는 것으로 해석할 수 있다. 또한 치료 시작 12개월 시점 평가에서 회복탄력성의 자기조절 요인의 점수가 상승하는 것은 마음헤아리기능력이 향상되면서 정서를 조절할 수 있게 되고 충동성이 줄어드는 등 자기조절능력이 향상되는 것으로 해석할 수 있겠다. 경계성 인격장애 환자들은 충동성 및 자기파괴적 행동으로 인해 곤란을 겪는 경우가 많고 자해 및 자살시도가 나타나는 것이 특징적이다. 마음헤아리기치료를 통해 자기조절능력이 향상되면서 자해 및 자살시도와 같은 자기파괴적 행동이 감소할 가능성이 보였다는 점은 큰 의미가 있다고 볼 수 있다.

이 연구는 경계성 인격장애 환자들을 대상으로 집단정신치료의 효과를 검증한 연구가 많지 않은 국내 현실에서 구조화된 초기 교육을 실시하고 1년 6개월의 장기적인 치료를 진행했다는 점에서 임상적 의의를 찾을 수 있으나, 몇 가지 한계와 더불어 앞으로의 과제를 남기고 있다.

먼저, 치료 도중에 중단한 참여자의 비율이 높은 편으로, 치료 시작 6, 12, 18개월 시점의 자료가 없는 경우가 많다. 치료에 참여한 62명의 환자들 중 치료를 6개월 이상 유지한 사람은 21명에 그쳤다. 치료를 중단한 41명 중 29명은 동기부족으로 인해 자의적으로 중단하였으며, 12명은 이사, 취업 등 불가피한 상황으로 인해 중단하였다. 이처럼 중도탈락률이 높아 치료 시작 12개월 평가 시의 사례 수가 상당히 적다. 그러나 현재에도 계속 집단치료를 진행 중이며, 치료 12, 18개월 평가 자료가 더 추가될 예정이다. 이처럼 높은 중도탈락률을 낮추는 방안으로, 2016년부터는 새로운 집단원들과 치료를 시작하면서 교육 시간을 보강하여 집단원들이 치료에 대해 더 잘 이해하고 치료에 대한 동기와 순응도, 집단에 대한 응집력을 높이고자 하였다. 2014년경 집단치료를 처음 시작할 때는 마음헤아리기의 개념 및 치료 계획 등을 안내하는 4회의 짧은 초기 교육을 실시하였으나, 2016년에 새로운 집단을 시작하면서 마음헤아리기의 개념을 비롯하여 애착, 정서 등 다양한 주제로 교육을 실시하고 4회의 변증법적행동치료 기술훈련도 보강하여 총 16회의 초기 교육을 실시하였다. 이후 중도탈락률이 현저히 감소되어, 20명 중 3명만이 동기부족으로 인해 자의적으로 중단하였다. 또한 집단치료 진행을 거듭하면서 치료진의 임상적 경험이 풍부해지고 위기 대응 능력이나 전문성이 증대되었고, 이에 집단원 간의 갈등

이나 환자의 자살충동 등 치료 도중 위기상황에서의 개입이 보다 개선된 측면이 있다. 이러한 면도 중도탈락률의 감소에 기여했을 것으로 사료된다.

둘째, 약물치료 효과에 대한 통제가 불가능하였다. 이 연구는 약물치료가 필요한 임상군을 대상으로 한 연구였고, 18개월이라는 긴 기간 동안 약물의 종류 및 용량을 환자의 증상이나 임상적 필요에 따라 변경할 수밖에 없었다. 따라서 추후에는 약물의 영향을 통제할 연구가 필요할 수 있겠다.

셋째, 이 연구는 대부분 자발적으로 참여를 희망했거나 주변의 권유에 의해 참여에 동의한 사람들을 대상으로 하였다. 따라서 변화에 대한 동기를 어느 정도 갖춘 상태에서 치료를 시작했을 가능성이 있다. 또한 사례 수가 적고, 마음헤아리기 치료의 효과를 비교할 수 있는 통제집단이나 비교집단이 없다는 한계를 가지고 있다. 마음헤아리기치료의 효과를 좀 더 명확하게 검증하여 그 결과를 일반화하기 위해서는 보다 엄격한 연구 설계가 요구된다. 즉, 많은 사례를 대상으로 하여 마음헤아리기 치료집단과 통제집단에 이들을 무선 할당 후 치료 효과를 비교할 필요가 있으며, 치료 시작 6, 12, 18개월 시점뿐만 아니라 치료 종결 후에도 치료 효과가 유지되고 있는지를 조사할 필요가 있겠다.

넷째, 자해, 자살, 입원과 같은 구체적인 행동 문제에 대해 조사되지 못했다. 향후 자해, 자살 시도, 입원 횟수 및 기간 등을 확인할 필요가 있겠다.

아직까지 국내에서 지속적으로 이루어지는 인격장애 치료 집단은 없으며, 장기간 이루어지는 치료집단을 대상으로 치료 전과 치료 시작 12개월 이후의 변화를 살펴보았다는 데에 이 연구의 의의가 있다. 특히 경계성 인격장애 환자에 대한 일부 사례 연구가 아닌, 치료 집단을 대상으로 한 양적 연구라는 데에 의의가 있다.

중심 단어 : 경계성 인격장애 · 마음헤아리기 · 우울 · 기질 · 성격.

Acknowledgments

이 논문은 2017년도 정부(교육부)의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 이공학기초연구 사업임(No. 2017R1D1A1B03029870). 이 논문의 결과 중 일부는 2019년 8월 21일에서 24일까지 열리는 제 19차 세계정신의학회 학술대회(World Congress of Psychiatry)의 연구포스터로 발표하였음.

일정 기간 매주 집단에 참여하여 환자분들의 이야기에 공감과 위로를 건네주신 허규형, 손정현, 홍나래, 이지원, 한빛나, 윤상영, 오지희, 차셋별 선생님께 감사의 말씀을 드립니다. 또한 집단치료에는 참여하지 못하셨지만 개인치료를 통해 함께 해주신 오의선, 서준호, 김수정 선생님께도 감사의 말씀을 전합니다.

Conflicts of Interest

The authors have no financial conflicts of interest.

REFERENCES

- 1) Gunderson JG, Zanarini MC. Current overview of the borderline diagnosis. *J Clin Psychiatry* 1987;48 Suppl:5-14.
- 2) American Psychiatry Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition: DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatry Association;2013.
- 3) Zanarini MC, Frankenburg FR, Khera GS, Bleichmar J. Treatment histories of borderline inpatients. *Compr Psychiatry* 2001;42:144-150.
- 4) Bender DS, Dolan RT, Skodol AE, Sanislow CA, Dyck IR, McGlashan TH, et al. Treatment utilization by patients with personality disorders. *Am J Psychiatry* 2001;158:295-302.
- 5) Skodol AE, Gunderson JG, McGlashan TH, Dyck IR, Stout RL, Bender DS, et al. Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder. *Am J Psychiatry* 2002;159:276-283.
- 6) Sanislow CA, Grilo CM, McGlashan TH. Factor analysis of the DSM-III-R borderline personality disorder criteria in psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 2000;157:1629-1633.
- 7) Fonagy P, Target M, Gergely G. Attachment and borderline personality disorder. A theory and some evidence. *Psychiatr Clin North Am* 2000;23:103-122.
- 8) Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M. Affect regulation, mentalization and the development of the self. New York, NY: Other Press; 2002.
- 9) Bateman AW, Fonagy P. Handbook of mentalizing in mental health practice. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.;2012.
- 10) National Health and Medical Research Council. Clinical practice guideline for the management of borderline personality disorder. Melbourne: National Health and Medical Research Council;2012.
- 11) Bateman AW, Fonagy P. Mentalization-based treatment for borderline personality disorder: a practical guide. Oxford: Oxford University Press;2006.
- 12) Linehan MM. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. Theory and method. *Bull Menninger Clin* 1987;51:261-276.
- 13) Gunderson JG. Handbook of good psychiatric management for borderline personality disorder. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing;2014.
- 14) Levy KN, Clarkin JF, Yeomans FE, Scott LN, Wasserman RH, Kernberg OF. The mechanisms of change in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy. *J Clin Psychol* 2006;62:481-501.
- 15) Kellogg SH, Young JE. Schema therapy for borderline personality disorder. *J Clin Psychol* 2006;62:445-458.
- 16) Hoffman PD, Fruzzetti AE, Buteau E, Neiditch ER, Penney D, Bruce ML, et al. Family connections: a program for relatives of persons with borderline personality disorder. *Fam Process* 2005;44:217-225.
- 17) Morey LC. Personality assessment inventory professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources;1991.
- 18) Hong SH, Kim YH. A validation study of the Borderline Personality Disorder Scale in Korean university students. *Kor J Clin Psychol* 1998;17:259-271.
- 19) Rush AJ, Giles DE, Schlessner MA, Fulton CL, Weissenburger J, Burns C. The Inventory for Depressive Symptomatology (IDS): preliminary findings. *Psychiatry Res* 1986;18:65-87.
- 20) Yoon JH, Jon DI, Hong HJ, Hong N, Seok JH. Reliability and validity of the Korean version of Inventory for Depressive Symptomatology. *Mood Emot* 2012;10:131-151.
- 21) Brennan KA, Clark CL, Shaver PR. Self-report measurement of adult attachment: an integrative overview. In: Simpson JA, Rholes WS, editors. Attachment theory and close relationships. New York, NY: The Guilford Press;1998. p.46-76.
- 22) Fraley RC, Waller NG, Brennan KA. An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *J Pers Soc Psychol*

- 2000;78:350-365.
- 23) Kim SH, Kim CD, Sherry A. Adaptation of the Experiences in Close Relationships-Revised Scale into Korean: Confirmatory Factor Analysis and Item Response Theory Approaches [dissertation]. Seoul: Seoul National University;2004.
 - 24) Reivich K, Shatte A. He resilience factor: 7 Keys to finding your inner strength and overcoming life's hurdles. New York, NY: Broadway Books;2003.
 - 25) Kim JH. Resilience - a pleasant secret replacing hardship with fortune. Goyang: Wisdomhouse;2011.
 - 26) Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD. The Temperament and Character Inventory (TCI): a guide to its development and use. Washington, DC: Center for Psychobiology of Personality, Washington University;1994.
 - 27) Min BB, Oh HS, Lee JY. Temperament and Character Inventory-Family Manual. Seoul: Maumsarang Co., Ltd;2007. p.15-33.
 - 28) Hausberg MC, Schulz H, Piegler T, Happach CG, Klöpper M, Brütt AL, et al. Is a self-rated instrument appropriate to assess mentalization in patients with mental disorders? Development and first validation of the mentalization questionnaire (MZQ). *Psychother Res* 2012;22: 699-709.
 - 29) Song HJ, Choi HA. Exploration of the Factor Structure of the Mentalization Questionnaire (MZQ) in 16-17-year-old Korean Adolescents. *Kor J Clin Psychol* 2017;36:391-401.
 - 30) Bae SM. Validation of the interpersonal competence questionnaire in Korean Adults. *Korean Journal of Counseling* 2015;16(3):51-65.
 - 31) Bateman AW, Fonagy P. Mentalization-based treatment for personality disorders. A practical guide. Oxford: Oxford University Press; 2016.
 - 32) Cornelius JR, Salloum IM, Mezzich J, Cornelius MD, Fabrega H Jr, Ehler JG, et al. Disproportionate suicidality in patients with comorbid major depression and alcoholism. *Am J Psychiatry* 1995;152: 358-364.
 - 33) Oquendo MA, Malone KM, Mann JJ. Suicide: risk factors and prevention in refractory major depression. *Depress Anxiety* 1997;5:202-211.
 - 34) Soloff PH, Lynch KG, Kelly TM, Malone KM, Mann JJ. Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder: a comparative study. *Am J Psychiatry* 2000;157:601-608.
 - 35) Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:975-990.