

ORIGINAL ARTICLE

J Korean
Neuropsychiatr Assoc
2022;61(3):178-185
Print ISSN 1015-4817
Online ISSN 2289-0963
www.jknpa.org

경계성인격장애 환자에서 임상적 특성과 마음헤아리기 능력의 연관성: 한국인 코호트 예비분석

박규남^{1,2} · 신현경² · 석정호^{1,2}

¹연세대학교 의과대학 의학행동과학연구소, ²연세대학교 의과대학 정신과학교실

The Association Between Clinical Characteristics and Mentalization Capacity in Patients With Borderline Personality Disorder: A Preliminary Analysis of a Korean Cohort

Gyu Nam Park, MD^{1,2}, Hyun Kyung Shin, MA², and Jeong-Ho Seok, MD, PhD^{1,2}

¹Department of Psychiatry and Institute of Behavioral Science in Medicine,
Yonsei University College of Medicine, Seoul, Korea

²Department of Psychiatry, Yonsei University College of Medicine, Seoul, Korea

Objectives Several studies have reported an impairment of the mentalization capacity in borderline personality disorder (BPD). However, studies on the mentalization capacity in patients with BPD are scarce in Korea. The current study examined the clinical characteristics of BPD and its association with mentalization capacity.

Methods Data from the study for developing a prospective clinical cohort and a Korean evidence-based treatment program for patients with BPD were analyzed. Fifty-nine participants (37 BPD patients, 22 healthy controls) were included in this study. The clinical characteristics, including depression and suicidality, adult attachment type, adverse childhood experiences, mentalization capacity, borderline personality symptom severity, resilience quotient, and temperament and character, were measured. An independent t-test, chi-square test, ranked ANCOVA, and multiple stepwise regression analysis were conducted for statistical analyses.

Results Patients with BPD showed significant differences in mentalization capacity, adverse childhood experiences, attachment types, depression, and resilience profiles compared to the healthy control group. In this study, the impairment of mentalization capacity was significantly associated with temperament and character factors and borderline personality symptom severity.

Conclusion The findings of this study suggest that mentalization capacity is associated with personality factors, including temperament and character, as well as the severity of personality psychopathology in Korean patients with BPD. Further analyses with a larger number of patients will be needed.

J Korean Neuropsychiatr Assoc 2022;61(3):178-185

Keywords Borderline personality disorder; Mentalization capacity; Mentalization based treatment.

Received May 3, 2022
Revised June 20, 2022
Accepted June 27, 2022

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 +82-2-2019-4926
E-mail johnstein@yuhs.ac

서 론

경계성인격장애는 대인관계, 자아상 및 정동의 불안정성과 충동성을 특징으로 하며,¹⁾ 자살위험을 높이고 의료기관 이용률을 증가시킬 뿐만 아니라 동반되는 정신질환의 치료에도 부정적 영향을 끼침으로써 사회경제적 부담을 가중시

키는 것으로 알려져 있다.^{2,3)} 오랜 기간 동안 경계성인격장애는 치료반응이 좋지 않은 질환으로 여겨져 왔으나, 최근의 연구들은 장기간 치료를 지속할 경우 증상의 관해가 약 74%까지도 이뤄질 수 있다고 보고하면서 다양한 근거기반 정신치료 연구결과들이 주목받고 있다.⁴⁻⁶⁾

현재까지 유의미한 근거를 보고한 치료로는 변증법적 행동치료(dialectic behavioral therapy),⁷⁾ 마음헤아리기치료(mentalization based treatment, 이하 MBT),⁸⁻¹⁰⁾ 전이초점 심리치료(transference focused psychotherapy),¹¹⁾ 심리도식

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

치료(schema therapy),¹²⁾ 좋은 정신의학적 관리(good psychiatric management)^{13,14)} 등이 있다. 영국 Anna Freud Center에서 개발한 MBT는 효과성이 보고되었을 뿐만 아니라 기존의 치료법인 구조화된 임상적 관리(structured clinical management)¹⁵⁻¹⁷⁾와 비교하였을 때 장기간 추적관찰에서 치료 효과가 유의하게 향상되는 것으로 보고되었다.^{9,18)}

MBT는 애착이론과 사회인지이론 등을 바탕으로 개발된 경계성인격장애를 위한 치료로서, 자신 또는 타인의 정신상태를 이해하는 것을 의미하는 마음헤아리기(mentalization)의 능력의 향상을 목표로 한다.^{18,19)} 유전적 또는 성장기 부정적 경험과 같은 원인으로 인하여 마음헤아리기 능력의 발달이 잘 이뤄지지 않을 경우, 특히 정서적 어려움을 겪는 상태에서, 정신-현실 동일시(psychic equivalence), 마음헤아리는 척하기(pretend mode), 목적론적 마음쓰기(teleological mode)와 같은 미숙한 마음헤아리기 방식(prementalistic mode)이 나타날 수 있다. 이는 지속적인 안정적인 관계 형성을 어렵게 만들며 경계성인격장애 증상을 더욱 악화시킬 수 있다.¹⁰⁾ 따라서 경계성인격장애에서 마음헤아리기 능력의 손상은 핵심적인 정신병리로 이해되며 마음헤아리기능력을 향상시키는 증정치료를 통해 대인관계의 어려움을 포함한 증상호전에 기여할 수 있다.¹³⁾

한편, 국내에서는 경계성인격장애 환자를 대상으로 임상적 특성에 대한 조사나 정신치료의 효과에 대한 연구가 부족한 실정이다. 최근 MBT의 효과에 대한 단일군 공개 임상시험에서 우울증상을 포함한 성격요인의 호전이 보고된 바 있으나,²⁰⁾ 대조치료군이나 건강대조군과의 비교가 이뤄지지 않는 등 제한점으로 인해 보다 체계적인 연구설계를 통한 추가적인 연구 및 MBT의 근거확보가 부족한 실정이다. 따라서 이와 같은 국내 선행연구의 제한점을 해결하기 위해 경계성인격장애 환자에 대한 전향적 임상코호트를 구축하고 한국형 표준평가프로토콜 및 근거기반 치료를 개발하기 위한 연구가 필요하다.

이 논문에서는 한국보건료연구원의 ‘환자중심 의료기술 최적화 연구사업’의 지원을 받아 진행 중인 ‘경계성인격장애 전향적 임상코호트 구축 및 한국형 근거기반 경계성인격장애 치료기술 개발 연구(development of a prospective clinical cohort and a Korean evidence-based treatment program for patients with borderline personality disorder, 이하 KORBOT study)’를 통해 현재까지 수집된 경계성인격장애 환자와 건강대조군의 초기평가 자료를 분석하여 경계성인격장애 환자의 임상적 특성을 조사하였다. 아울러, 경계성인격장애 환자에서 마음헤아리기 능력과 연관성을 보이는 임상적 특성을 조사하였다.

방 법

연구절차 및 대상

연구는 KORBOT study 자료를 이용하였으며 모든 대상자는 만 19세에서 50세까지의 성인으로 IQ 70 미만의 지적장애, 조현병 및 조현병 스펙트럼 장애와 같은 정신병적 장애, 기질성 정신장애, 기타 정신상태에 중대한 영향을 줄 수 있는 신체질환을 가진 자는 제외하였다. 대상자 전체는 동의서를 작성한 뒤 초기평가 및 지능검사를 시행하였으며 초기평가에는 우울증상 및 정신건강 보호-취약요인 선별평가를 위한 배터리 평가도구(protective and vulnerable factors battery test, 이하 PROVE), 경계성 인격 성향 척도(personality assessment inventory-borderline features scale, 이하 PAI-BOR), 한국형 회복탄력성 지수 검사(Korean resilience quotient, 이하 KRQ-53), 기질 및 성격검사(temperament and character inventory, 이하 TCI)가 포함되었다.²¹⁻²⁴⁾ 환자군은 인격장애에 대한 구조화된 임상적 면담(structured clinical interview for DSM-5 personality disorders)을 통해 경계성인격장애를 진단받았다. 총 42명의 환자군, 27명의 건강대조군이 포함되었으나 초기평가에서 자료수집을 완료하지 못한 대상은 제외하여 최종적으로 37명, 22명이 각각 환자군, 건강대조군에 포함되어 분석을 시행하였다. 연구는 헬싱키 선언의 윤리적 기준에 적합하도록 계획서를 작성하여 강남세브란스병원 임상연구심의위원회(Institutional Review Board) 승인을 받아 실시하였다(IRB 승인번호: 3-2021-0095).

평가도구

우울증상 및 정신건강 보호-취약요인 선별평가를 위한 배터리 평가도구(PROVE)

PROVE는 정신건강과 관련된 보호 및 취약요인을 평가하기 위해 개발된 배터리 평가도구로서 검사의 타당도와 신뢰도가 보고된 바 있다.²¹⁾ 검사는 우울증상(depressive symptomatology, 이하 PROVE-DS), 자살위험성(suicide risk, 이하 PROVE-SR), 성인애착유형(adult attachment type, 이하 PROVE-AAT), 성장기 부정적 경험(adverse childhood experience, 이하 PROVE-ACE), 마음헤아리기 능력(mentalization capacity, 이하 PROVE-MC)의 5가지 하위영역을 평가한다.

PROVE-DS는 최근 2주간의 우울증상을 평가하기 위한 것으로 높은 점수는 우울증상의 중증도를 의미한다. 총 15문항으로 구성되어 있으며 각 문항은 0에서 4점의 Likert 척도로 구성되어 있다. 문항 중 식욕/체중의 변화, 수면문제, 정

신운동의 흥분/지체와 같은 3문항은 더 높은 쪽의 점수로 채점하며 척도의 총점은 0-48점 범위를 갖는다. PROVE-SR은 자살위험성을 평가하며 총 6문항으로 구성되어 가중치를 고려한 총점을 점수화 한다. 총점의 범위는 0-20점으로 높은 점수는 자살위험성이 높은 것을 의미한다. PROVE-AAT는 성인애착유형을 평가하는 것으로 현재 맺고 있는 관계의 전반적인 특성을 바탕으로 애착불안과 애착회피를 측정한다. 각 항목은 9문항으로 구성되어 있으며 총점의 범위는 9-63점이다. 두 가지 점수를 바탕으로 애착불안, 애착회피 점수가 낮을 경우 안정형(secure type), 애착불안은 낮으나 애착회피가 높을 경우 거부형(dismissing type), 애착불안은 높으나 애착회피가 낮을 경우 집착형(preoccupied type), 두 가지 모두 높을 경우 혼란형(confused type)으로 구분한다. PROVE-ACE는 성장기의 부정적 경험을 정량화하는 척도로 52문항을 통해 정서적 학대(emotional abuse), 신체적 학대(physical abuse), 성적 학대(sexual abuse), 방임(neglect), 가정폭력(domestic violence), 따돌림(bullying)의 6가지 하위영역을 점수화하여 평가한다. PROVE-MC는 마음헤아리기 능력의 어려움을 평가하며 총 25개 문항으로 구성되어 각 항목을 0-4점으로 측정한다. 감정인식 부족(lack of emotional awareness), 감정성찰 부족(lack of emotional reflection), 감정표현 및 상호작용의 부족(lack of emotional expression & interaction), 정신-현실 동일시(psychic equivalence mode), 감정적 불확실성의 수용 어려움(lack of accepting emotional uncertainty), 성급한 마음헤아리기(hasty incomplete mentalizing), 다른 사람에 대한 마음헤아리기 부족(lack of mentalizing other)의 총 7가지 하위영역을 평가하는데, 점수가 높을수록 마음헤아리기 능력의 어려움이 커짐을 반영한다.

경계성 인격 성향 척도(PAI-BOR)

본 척도는 경계성인격장애의 핵심적 요소인 정서적 불안정성, 자아정체성의 문제, 부정적 대인관계, 자기손상을 측정하기 위해 개발된 도구이며 총 23개의 문항을 각 문항 당 0-3점으로 평정하도록 구성되어 있다.^{25,26)} 총점의 범위는 0-69점으로 높은 점수는 경계성 인격 성향의 정도가 높아짐을 반영한다. 연구에서는 한국판 경계성 인격 특성 척도(PAI-BOR; Cronbach's alpha: 0.84)가 사용되었다.²⁷⁾

한국형 회복탄력성 지수검사(KRQ-53)

회복탄력성은 스트레스 상황에 적응하고 기능을 회복하는 것으로 정의된다.²⁸⁾ 이 연구에 사용한 척도는 회복탄력성을 정량적으로 측정하기 위해 한국 실정에 맞게 개발된 한국형 회복탄력성 지수검사(KRQ-53; Cronbach's alpha: 0.79-

0.89)이며 이는 총 53문항으로 구성되어 각 문항을 0-5점으로 점수화 한다. 자기조절(self-regulation), 대인관계능력(interpersonal relationship capacity), 긍정성(psychological positivity)의 3가지 상위요인과 각 상위요인에 포함된 감정 조절, 충동통제, 원인분석, 소통능력, 공감능력, 자아확장력, 자아낙관성, 생활만족도, 감사하는 태도의 9가지 하위요인을 측정하도록 되어 있는데 높은 점수는 높은 회복탄력성을 의미한다.²³⁾

기질 및 성격검사(TCI)

Cloninger 등은 인성이론을 바탕으로 새로움이나 위험, 처벌 또는 보상에 대한 반응의 연상학습에 있어 개인마다 차이를 보이면서 유전적 성향이 강한 인격특성을 기질(temperament)로 정의하였고, 자신과 타인, 그리고 우리를 둘러싸고 있는 환경에 대한 수용성과 관련된 인격특성을 성격(character)으로 정의하였다. 기질과 성격은 각각 4가지 하위영역과 3가지 하위영역으로 나누어지는데^{29,30)} 기질에는 자극추구(novelty seeking), 위험회피(harm avoidance), 사회적 민감성(reward dependence), 심리적 지속성(persistence)이 포함되고, 성격에는 자율성(self-directedness), 연대감(cooperativeness), 자기초월(self-transcendence)이 포함된다. 이를 측정하기 위해 기질 및 성격검사가 제안되었으며 이는 총 140문항, 5점 척도의 자가보고식 검사로 구성되어 기질과 성격의 각 하위영역들을 점수화하여 평가한다. 본 연구에서는 한국판 성인용 기질 및 성격검사(temperament and character inventory-revised-short version; Cronbach's alpha: 0.83-0.90)를 사용하였다.²⁴⁾

통계 분석

통계적 분석은 SPSS Statistics 26.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA)을 이용하였다. 경계성인격장애 환자와 건강대조군의 사회인구학적인 특성 비교는 연속형 변인은 독립표본 t-검정(independent t-test)으로 범주형 변인은 카이제곱검정(chi-square test)으로 분석하였다. 두 군에서의 임상적 특성 비교는 사회인구학적 특성 중 유의미한 차이를 보였던 나이를 공변량으로 하여 순위 공분산분석(ranked ANCOVA)을 이용하였다. 경계성인격장애 환자군에서 각 임상적 특성들 간의 상관관계를 보고자 스피어만 상관분석(Spearman's correlation)을 시행하였다(Supplementary Table 1 in the online-only Data Supplement). 다음으로 경계성인격장애 환자에서 마음헤아리기의 어려움과 다른 임상적 특성들 사이의 연관성을 확인하고자 단계적 다중회귀분석(multiple stepwise regression analysis)을 이용하여 분석하였다. 분석

결과에 대한 유의수준은 $p < 0.05$ 일 경우 통계적으로 유의미한 것으로 보았다.

결 과

최종 분석에는 초기평가를 완료한 환자군 37명과 건강대조군 22명이 포함되었다. 환자군과 건강대조군의 사회인구학적 특성은 표 1과 같으며 환자군에서 나이가 더 적었고 (27.7 vs. 36.9, $p < 0.001$) 미혼인 참가자가 더 많이 포함되었다 (86.5% vs. 50.0%, $p = 0.003$). 이외 성별, 교육, 직업, 소득에서의 유의미한 차이는 보이지 않았다.

두 군에서의 초기 임상적 특성을 비교하기 위해 사회인구학적 특성 중 유의미한 차이를 보인 연령을 공변량으로 하여 순위 공분산분석을 시행하였다(표 2). 마음헤아리기의 어려움을 반영하는 PROVE-MC는 환자군에서 더 높았고 (35.0 vs. 23.0, $p < 0.001$) 하위영역 중 감정인식 부족, 정신-현실 동일시 경향에서 유의미한 차이가 관찰되었다. 우울증상 (PROVE-DS, 36.0 vs. 9.5, $p < 0.001$)과 자살위험성 (PROVE-

SR, 11.0 vs. 0.0, $p < 0.001$)은 경계성인격장애 환자군에서 유의하게 높았다. 성장기 부정적 경험 (PROVE-ACE)의 모든 하위영역 역시 환자군에서 유의미하게 높았으며 성인애착유형은 환자군에서 불안정 애착유형의 비율이 높았고 혼란형이 67.6%로 가장 많았다. 환자군에서 경계성 인격 성향 점수 (PAI-BOR, 54.0 vs. 12.5, $p < 0.001$)가 더 높은 반면 회복탄력성 점수 (KRQ-53, 132.0 vs. 207.5, $p < 0.001$)는 건강대조군보다 낮았다. 또한 환자군에서는 TCI의 기질차원에 해당하는 자극추구 (74.0 vs. 46.5, $p < 0.001$), 위험회피 (74.0 vs. 50.5, $p < 0.001$)는 높은 반면, 성격차원에 해당하는 자율성 (23.5 vs. 53.0, $p < 0.01$), 연대감 (36.5 vs. 46.0, $p = 0.008$)은 건강대조군보다 낮았다. 사회적민감성, 내내심, 자기초월에서는 두 군간 유의미한 차이는 보이지 않았다.

표 3은 경계성인격장애 환자에서 마음헤아리기 어려움과 유의미한 연관성을 보이는 임상적 특성을 확인하기 위하여 단계적 다중회귀분석을 시행한 결과이다. 이때 하위영역을 제외하고 전반적인 마음헤아리기 능력의 어려움을 반영하는 PROVE-MC의 총점과 연속형 변수로 표현되는 임상적 특성을 포함하여 분석하였다. 마음헤아리기 능력의 어려움을 의미하는 PROVE-MC는 TCI의 기질차원인 사회적 민감성 ($\beta = -0.42$, $p < 0.001$), 성격차원인 자율성 ($\beta = -0.28$, $p = 0.041$)과 부적 연관성을 보였고 경계성 인격 성향을 반영하는 PAI-BOR ($\beta = 0.41$, $p = 0.001$), TCI의 기질차원인 심리적 지속성 (persistence) ($\beta = 0.41$, $p = 0.001$)과 정적 연관성을 보였다. 이외 다른 임상적 특성들과 마음헤아리기 능력과의 유의미한 연관성은 관찰되지 않았다.

추가적으로 이 연구에서는 경계성인격장애 환자들을 대상으로 각 임상적 특성들 간의 상대적인 연관성을 확인하기 위하여 스피어만 상관분석을 시행하였다(Supplementary Table 1 in the online-only Data Supplement). 이때 PROVE-AAT는 점수화 할 수 없는 척도로 분석에서 제외되었으며, 분석 결과, PROVE-ACE의 정서적 학대와 신체적 학대 ($r = 0.67$, $p < 0.001$), 그리고 PROVE-DS와 PROVE-SR ($r = 0.60$, $p < 0.001$)에서 가장 큰 정적 상관관계를 보였다. TCI의 위험회피와 자율성 ($r = -0.63$, $p < 0.001$), 그리고 TCI의 위험회피와 KRQ-53의 대인관계능력 ($r = -0.59$, $p < 0.001$)에서 가장 큰 부적 상관관계가 나타났다.

고 찰

본 연구에서는 경계성인격장애 환자와 건강대조군의 임상적 특성을 비교하였으며, 경계성인격장애 환자에서 마음헤아리기의 어려움과 연관된 임상적 특성을 보고자 하였다.

Table 1. Sociodemographic characteristics of participants

Characteristics	BPD (n=37)	HC (n=22)	p-value
Age (year)	27.7±7.0	36.9±9.8	<0.001
Sex			0.272
Male	2 (5.4)	3 (13.6)	
Female	35 (94.6)	19 (86.4)	
Educational attainment			0.312
Elementary school and below	-	-	
Middle school	1 (2.7)	-	
High school	16 (43.2)	6 (27.3)	
University or above	20 (54.1)	16 (72.7)	
Occupation			0.064
Fulltime job	5 (13.5)	3 (13.6)	
Temporary job	7 (18.9)	2 (9.2)	
Student	12 (32.4)	5 (22.7)	
Unemployed	6 (16.2)	11 (50.0)	
Others	7 (18.9)	1 (4.5)	
Household income			0.084
Low	6 (16.2)	2 (9.1)	
Middle	19 (51.4)	18 (81.8)	
High	6 (16.2)	-	
Unknown	6 (16.2)	2 (9.1)	
Marital status			0.003
Married	4 (10.8)	11 (50.0)	
Separated/divorced/widowed	1 (2.7)	0 (0)	
Never married	32 (86.5)	11 (50.0)	

Data are presented as mean ± standard deviation or n (%). BPD, borderline personality disorder; HC, healthy control

Table 2. Clinical features of participants

Variables	BPD	HC	p-value
PROVE			
Mentalization capacity	35.0 (30.0–44.0)	23.0 (19.8–26.3)	<0.001
Lack of emotional awareness	12.0 (9.0–15.0)	3.0 (1.8–7.0)	<0.001
Lack of emotional expression & interaction	8.0 (5.0–14.0)	6.0 (5.0–7.0)	0.242
Psychic equivalence mode	7.0 (5.5–7.0)	2.5 (1.0–4.0)	<0.001
Hasty incomplete mentalizing	5.0 (3.0–7.0)	6.5 (3.75–8.0)	0.207
Lack of mentalizing other	5.0 (3.0–6.5)	5.0 (4.0–6.0)	0.550
Depressive symptomatology	36.0 (29.5–42.5)	9.5 (2.0–15.3)	<0.001
Suicide risk	11.0 (6.0–14.5)	0 (0–2.0)	<0.001
Adult attachment type (n, %)			
Preoccupied	11 (29.7)	1 (4.5)	
Dismissing	1 (2.7)	4 (18.2)	
Confused	25 (67.6)	-	
Secure	-	17 (77.3)	
Adverse childhood experience			
Emotional abuse	11.0 (8.0–13.0)	2.5 (0.8–5.3)	<0.001
Physical abuse	12.0 (5.5–18.5)	2.0 (1.0–5.3)	<0.001
Sexual abuse	3.0 (0.0–9.5)	0.0 (0.0–0.0)	<0.001
Neglect	3.0 (0.0–12.0)	0.0 (0.0–0.3)	<0.001
Domestic violence	6.0 (2.0–18.5)	2.0 (0.0–5.5)	0.023
Bullying	12.9 (6.5–15.0)	2.5 (0.0–4.8)	0.003
PAI-BOR	54.0 (42.0–59.0)	12.5 (9.75–17.0)	<0.001
KRQ-53	132.0 (114.5–154.0)	207.5 (185.8–220.3)	<0.001
Self-regulation	39.0 (36.0–45.5)	67.5 (59.0–74.0)	<0.001
IPR capacities	50.0 (44.0–62.0)	72.0 (66.0–75.3)	<0.001
Psychological positivity	44.0 (35.5–48.5)	65.0 (58.0–71.3)	<0.001
TCI			
Novelty seeking	74.0 (64.5–81.3)	46.5 (42.0–58.3)	<0.001
Harm avoidance	74.0 (65.5–82.8)	50.5 (40.3–54.5)	<0.001
Reward dependence	52.0 (41.5–68.5)	56.0 (42.3–60.3)	0.964
Persistence	41.5 (32.0–54.5)	44.5 (38.5–58.3)	0.657
Self-directedness	23.5 (14.0–33.8)	53.0 (47.3–61.3)	<0.001
Cooperativeness	36.5 (25.8–47.5)	46.0 (41.5–53.8)	0.008
Self-transcendence	48.0 (40.3–57.0)	40.0 (37.0–48.5)	0.072

Variables are presented as median and interquartile range. BPD, borderline personality disorder; HC, healthy control; PROVE, protective and vulnerable factors battery test; PAI-BOR, personality assessment inventory-borderline features scale; KRQ-53, Korean resilience quotient; TCI, temperament and character inventory

그 결과, 경계성인격장애 환자들에게서 우울증상 및 자살위험성이 높고 마음헤아리기의 어려움이 더 컸으며, 이와 높은 수준의 성장기 부정적 경험과 낮은 수준의 회복탄력성을 확인할 수 있었다. 건강대조군과 구분되는 기질 또는 성격은 자극추구, 위험회피, 자율성, 연대감이었고, 경계성인격장애 환자들에게서 마음헤아리기의 어려움은 자율성, 사회적 민감성, 심리적 지속성, 경계성 인격 성향의 정도와 유의미하게 연관성을 보였다.

경계성인격장애 환자에서 전반적인 마음헤아리기의 어려움이 건강대조군보다 유의미하게 높았으며, 하위 영역 중 감

정인식의 어려움, 정신-현실 동일시에서 차이가 두드러졌다. 이전의 타당화 연구에서 감정인식의 어려움과 정신-현실 동일시가 우울증상, 애착불안 및 애착회피, 아동기 외상 경험과 관련있는 것으로 보고되었는데²¹⁾ 이번 연구에서도 우울증상이 높고 아동기 외상 경험과 불안형 애착이 많은 환자군의 특성이 영향을 주었을 것으로 보인다. 또한 마음헤아리기의 어려움이 큰 한국인 경계성인격장애 환자들에서는 감정인식의 어려움과 함께 미숙한 마음헤아리기 방식 중 하나인 정신현실동일시가 주된 문제일 수 있으며 이에 대해서는 추가적인 연구가 필요하다. 인격요인 평가에서 환자군

Table 3. Results of multiple stepwise regression analysis of mentalization capacity in patients with BPD

Step, variables	B (Std. error)	β	p-value
TCL_Reward dependence	-0.20 (0.05)	-0.42	<0.001
PAI-BOR	0.32 (0.09)	0.41	0.001
TCL_Persistence	0.27 (0.07)	0.41	0.001
TCL_Self-directedness	-0.21 (0.10)	-0.28	0.041
Excluded variables		β	p-value
PROVE-Depressive symptomatology		-0.11	0.376
PROVE-Suicide risk		-0.08	0.521
PROE-Adverse childhood experience			
Emotional abuse		-0.01	0.953
Physical abuse		0.02	0.854
Sexual abuse		0.13	0.218
Neglect		-0.02	0.878
Domestic violence		-0.18	0.119
Bullying		0.04	0.664
KRQ-53_Self-regulation		-0.07	0.619
KRQ-53_IPR capacities		0.14	0.347
KRQ-53_Psychological positivity		0.16	0.210
TCL_Novelty seeking		0.00	0.971
TCL_Harm avoidance		-0.13	0.314
TCL_Cooperativeness		0.17	0.138
TCL_Self-transcendence		0.11	0.286

BPD, borderline personality disorder; TCL, temperament and character inventory; PAI-BOR, personality assessment inventory-borderline features scale; PROVE, protective and vulnerable factors battery test; KRQ, Korean resilience quotient; IPR, interpersonal relationship

에서는 건강대조군과 비교하였을 때 자극추구, 위험회피는 더 높았던 반면, 자율성과 연대감은 낮은 것으로 나타났다. 인격장애를 진단받은 사람에게서 자율성과 연대감이 유의미하게 낮았다는 연구 결과가 있었고, 특히 경계성인격장애 환자에서는 자극추구, 위험회피가 높고 자율성이 낮다는 결과가 보고된 바 있다.³¹⁻³⁴⁾ 이번 연구에서도 경계성인격장애 환자의 인격요인 특성에 있어 이전의 연구결과와 유사한 기질 및 성격특성이 확인되었다. 그리고 경계성인격장애 환자에서 우울증상의 심각도와 자살위험성이 건강대조군에 비해 높았으며, 경계성 인격 성향이 높은 결과도 이전 연구와 일관된 결과로 확인되었다.³⁵⁻³⁷⁾ 회복탄력성 측면에서도 모든 하위영역을 포함하여 전반적인 회복탄력성이 경계성인격장애 환자군에서 낮았고, 이러한 결과는 환자들이 스트레스 상황에서 스트레스 요인을 재평가하고 대응방식을 찾기 보다는 자동적 사고로 인해 스트레스가 더욱 악화되는 방식으로 대응하는 경향을 갖는다는 이전 보고와도 일치한다.³⁸⁾ 한국인 경계성인격장애 환자들 역시 모든 성장기 부정적 경험의 하위영역을 건강대조군에 비해 더 많이 경험했던 것으로 보고하였다. 이는 유전적 요인과 함께 성장기 부정적 경

험으로 인하여 감정조절의 어려움 및 충동성이 증가하고 경계성인격장애로 이어질 수 있다는 환경적인 원인을 뒷받침하는 연구결과로 해석할 수 있겠다.³⁹⁻⁴¹⁾

이 연구에서는 이전의 연구들에서 탐색하지 않았던 경계성인격장애 환자의 마음헤아리기 능력과 연관된 임상적 특성을 확인하고자 하였으며 그 결과, 사회적민감성, 심리적 지속성, 자율성, 경계성 인격 성향에서 유의미한 연관성이 나타났다. 기질차원에 해당하는 것으로서 사회적 민감성은 사회적 신호나 보상에 예민하게 반응하는 타고난 경향을 의미한다.³⁰⁾ 분석에서는 사회적 민감성이 클수록 마음헤아리기 능력의 손상이 적은 것으로 나타났는데, 이는 사회적 민감성의 정도가 마음헤아리기 능력을 부분적으로 발달시켜줄 수 있음을 시사한다. 자율성 성격요인은 마음헤아리기 어려움과 부적 연관성을 보여 자율성이 클수록 마음헤아리기 영역의 어려움이 적은 것으로 나타났다. 자율성은 학습이나 경험을 통하여 변화할 수 있는 성격차원에 해당하며 책임감이나 스스로 문제를 해결하는 능력, 자기수용 등을 반영한다.³⁰⁾ 따라서 이러한 성격은 정서적 스트레스에 대처하는 데 중요한 역할을 하는 것으로 알려져 있으며,⁴²⁾ 경계성인격장애 환자들의 마음헤아리기 능력에 보호인자로 작용할 가능성이 있을 것으로 생각된다.

사회적 민감성, 자율성이 마음헤아리기 능력과 정적 연관성을 보인 것과는 달리 심리적 지속성과 경계성 인격 성향 점수는 마음헤아리기 능력과 부적 연관성을 보였다. 경계성 인격 성향이 심할수록 마음헤아리기의 어려움은 커질 수 있는데, 심리적 지속성이 높은 경우에도 마음헤아리기의 어려움이 높아지는 경향을 보였다. 심리적 지속성은 좌절이나 피로에도 동일한 행동을 지속하는 경향인데, 심리적 유연성이 부족한 성격인 경우에도 심리적 지속성 점수는 높을 수 있다. 심리적 유연성은 경계성인격장애 성향과 부적 상관을 보인다는 이전 연구결과를 고려할 때,⁴³⁾ 경계성인격장애 환자의 심리적 지속성은 유연성 부족과 연관되어 마음헤아리기의 어려움을 증가시켰을 가능성이 있다. 이전의 연구들은 심리적 지속성이 스트레스에 대처하는 데 도움되는 다른 기질 또는 성격이 동반될 경우 정서적 안정에 기여할 수 있으나, 그렇지 않을 경우에는 오히려 완고함으로 인해 우울감이나 불안을 증가시킬 수 있으며 감정 조절의 어려움을 일으킬 수 있다고 보고하였다.⁴⁴⁾ 경계성인격장애 환자에서는 감정적인 스트레스 상황에서 실행기능의 저하⁴⁵⁾가 나타나며 이로 인한 자해나 약물 남용, 그리고 대인관계에서 충동적인 행동과 같은 부적응적 대처가 특징적이다.²⁾ 이러한 부적응적 대처를 주로 사용하는 환자들에게서 행동과 심리상태의 지속성을 반영하는 성격요인이 높을수록 부적응적 대처를 반복

할 수 있으며 마음헤아리기 능력의 어려움이 증가할 수 있을 것으로 보인다. 또한 경계성 인격 특성이 클수록 마음헤아리기 능력의 손상이 컸으며 이는 마음헤아리기 능력의 손상이 경계성인격장애의 핵심적인 병리로서 작용한다는 마음헤아리기 이론을 통해 설명될 수 있다.¹⁰⁾

한편, 본 연구의 한계점도 존재한다. 먼저 코호트 구축 1년 동안 수집된 자료에 대한 예비분석 연구로 상대적으로 표본 크기가 작음으로 인하여 연구결과를 일반화하는 데 어려움이 있을 수 있다. 뿐만 아니라 경계성인격장애 환자군의 동질성 또한 비슷한 제한사항을 갖게 하는데, 본 연구에서는 여성이 환자군의 94.6%였으므로 성별에 따른 차이를 반영하는데 어려움이 있을 것으로 보인다. 둘째, 평가척도들이 자가 보고 형식이었기 때문에 성장기 부정적 경험 등 환자들이 이전의 경험을 토대로 보고하는 척도들에서 기억의 왜곡이 결과에 영향을 미쳤을 수 있다. 그러나 이전 연구에서 전향적 연구와 후향적 연구에서 일관성 있는 결과를 보고한 연구⁴⁶⁾를 고려할 때 후향적 기억도 의미 있는 자료로 받아들여질 수 있다. 셋째, 초기 평가 당시의 정신과적 증상이 있을 경우 평가 결과에 영향을 주었을 수 있다. 경계성인격장애 환자는 만성적인 우울감을 경험하며 스트레스에 취약한 상태이기 때문에 우울감이 잘 동반될 수 있는 것으로 알려져 있다.³⁶⁾ 따라서 평가 당시의 동반 질환의 여부가 결과에 영향을 주었을 수 있다. 그러나 이러한 제한점에도 불구하고 이 연구는 국내에서 처음으로 경계성인격장애 환자와 건강대조군의 임상적 특성 비교 및 마음헤아리기 능력과 연관성을 보이는 임상적 특성을 확인하였다는 점에서 의의를 갖는다.

결론적으로, 경계성인격장애 환자들에게서 사회적 민감성, 자율성, 인내심, 경계성 인격 성향은 마음헤아리기 능력을 반영하는 데 유용한 특성으로 이용될 수 있을 것으로 보인다. 표본크기나 자가 보고의 한계들을 고려한 추가적인 전향적 연구가 필요하다.

중심 단어: 경계성인격장애; 마음헤아리기능력; 마음헤아리기치료.

Acknowledgments

본 연구는 보건복지부의 재원으로 한국보건산업진흥원의 보건 의료기술연구개발 사업 지원에 의하여 이루어진 것임(과제고유번호: HC20C0140).

Supplementary Materials

The online-only Data Supplement is available with this article at <https://doi.org/10.4306/jknpa.2022.61.3.178>.

Conflicts of Interest

The authors have no financial conflicts of interest.

Author Contributions

Conceptualization: Jeong-Ho Seok. Data curation: Gyu Nam Park, Hyun Kyung Shin. Formal analysis: Gyu Nam Park, Hyun Kyung Shin. Funding acquisition: Jeong-Ho Seok. Investigation: Jeong-Ho Seok. Methodology: Jeong-Ho Seok. Project administration: Jeong-Ho Seok. Resources: Jeong-Ho Seok. Supervision: Jeong-Ho Seok. Writing—original draft: Gyu Nam Park, Hyun Kyung Shin. Writing—review & editing: all authors.

ORCID iDs

Gyu Nam Park	https://orcid.org/0000-0001-7898-3287
Hyun Kyung Shin	https://orcid.org/0000-0002-2150-8677
Jeong-Ho Seok	https://orcid.org/0000-0002-9402-7591

REFERENCES

- 1) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association;2013.
- 2) Gunderson JG, Herpertz SC, Skodol AE, Torgersen S, Zanarini MC. Borderline personality disorder. *Nat Rev Dis Primers* 2018;4:18029.
- 3) Newton-Howes G, Tyrer P, Johnson T, Mulder R, Kool S, Dekker J, et al. Influence of personality on the outcome of treatment in depression: systematic review and meta-analysis. *J Pers Disord* 2014;28:577-593.
- 4) Temes CM, Zanarini MC. The longitudinal course of borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2018;41:685-694.
- 5) Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. The McLean Study of Adult Development (MSAD): overview and implications of the first six years of prospective follow-up. *J Pers Disord* 2005;19:505-523.
- 6) Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice GM. Fluidity of the subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder over 16 years of prospective follow-up. *Am J Psychiatry* 2016;173:688-694.
- 7) Linehan MM. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. Theory and method. *Bull Menninger Clin* 1987;51:261-276.
- 8) Bateman AW, Gunderson J, Mulder R. Treatment of personality disorder. *Lancet* 2015;385:735-743.
- 9) Bateman A, Fonagy P. 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *Am J Psychiatry* 2008;165:631-638.
- 10) Bateman AW, Fonagy P. Mentalization-based treatment of BPD. *J Pers Disord* 2004;18:36-51.
- 11) 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.
- 12) Kellogg SH, Young JE. Schema therapy for borderline personality disorder. *J Clin Psychol* 2006;62:445-458.
- 13) Gunderson JG. Handbook of good psychiatric management for borderline personality disorder. Arlington: American Psychiatric Publishing;2014.
- 14) Gunderson J, Masland S, Choi-Kain L. Good psychiatric management: a review. *Curr Opin Psychol* 2018;21:127-131.
- 15) Graham S, Sullivan K, Briggs L, Goodall M, Iraci Capucinello R. A preliminary service evaluation of a personality disorder case management service. *Personal Ment Health* 2019;13:65-74.
- 16) Pugh R. Borderline personality disorder: an evidence-based guide for generalist mental health professionals. *Psychiatr Bull* (2014) 2014;38:256.
- 17) Bateman AW, Krawitz R. Borderline personality disorder: an evidence-based guide for generalist mental health professionals. *Ox-*

- ford: Oxford Univeristy Press;2013.
- 18) Bateman A, Fonagy P. Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2009;166:1355-1364.
- 19) Bateman A, Fonagy P. Mentalization based treatment for personality disorders: a practical guide. Oxford: Oxford University Press;2016.
- 20) Choi SW, Kim JS, Kim MK, Park HI, Oh UJ, Seok JH. Effectiveness of Korean mentalization based treatment in patients with borderline personality disorder: preliminary report on interim analysis. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2020;59:61-71.
- 21) Lee JY, Choi SW, Jang SA, Ryu JS, Shin HK, Sim JY, et al. Development of the battery test for screening of depression and mental health: PROtective and Vulnerable factors battEry Test (PROVE). *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2021;60:143-157.
- 22) Brenner LA. Personality assessment inventory. In: Kreutzer JS, DeLuca J, Caplan B, editors. *Encyclopedia of clinical neuropsychology*. New York: Springer;2011. p.1919-1921.
- 23) Kim JH. Resilience - pleasant secrets changing adversity into fortune (Korean book). Koyang: Wisdom house;2011.
- 24) Min BB, Oh HS, Lee JY. Temperament and character inventory-revised-short. Seoul: Maumsarang;2007.
- 25) Jackson KM, Trull TJ. The factor structure of the personality assessment inventory-borderline features (PAI-BOR) scale in a nonclinical sample. *J Pers Disord* 2001;15:536-545.
- 26) Morey LC. Personality assessment inventory. Odessa: Psychological Assessment Resources;1991.
- 27) 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.
- 28) Rutter M. Resilience: some conceptual considerations. *J Adolesc Health* 1993;14:626-631.
- 29) Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM. The temperament and character inventory (TCI) - A guide to its development and use. St. Louis: Center for Psychobiology of Personality, Washington University;1994.
- 30) Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:975-990.
- 31) Svrakic DM, Whitehead C, Przybeck TR, Cloninger CR. Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:991-999.
- 32) Joyce PR, Mulder RT, Luty SE, McKenzie JM, Sullivan PF, Cloninger RC. Borderline personality disorder in major depression: symptomatology, temperament, character, differential drug response, and 6-month outcome. *Compr Psychiatry* 2003;44:35-43.
- 33) de la Rie SM, Duijsens IJ, Cloninger CR. Temperament, character, and personality disorders. *J Pers Disord* 1998;12:362-372.
- 34) Fossati A, Donati D, Donini M, Novella L, Bagnato M, Maffei C. Temperament, character, and attachment patterns in borderline personality disorder. *J Pers Disord* 2001;15:390-402.
- 35) Stein MB, Pincus AL, First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JB. Borderline pathology and the personality assessment inventory (PAI): an evaluation of criterion and concurrent validity. *J Pers Assess* 2007;88:81-89.
- 36) Watkins ER. Depressive rumination and co-morbidity: evidence for brooding as a transdiagnostic process. *J Ration Emot Cogn Behav Ther* 2009;27:160-175.
- 37) Bolton JM, Robinson J. Population-attributable fractions of Axis I and Axis II mental disorders for suicide attempts: findings from a representative sample of the adult, noninstitutionalized US population. *Am J Public Health* 2010;100:2473-2480.
- 38) Fonagy P, Luyten P, Allison E, Campbell C. What we have changed our minds about: part 1. Borderline personality disorder as a limitation of resilience. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul* 2017;4:11.
- 39) Zanarini MC, Yong L, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Marino MF, et al. Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *J Nerv Ment Dis* 2002;190:381-387.
- 40) Silk KR, Lee S, Hill EM, Lohr NE. Borderline personality disorder symptoms and severity of sexual abuse. *Am J Psychiatry* 1995;152:1059-1064.
- 41) Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM, Bohus M. Borderline personality disorder. *Lancet* 2004;364:453-461.
- 42) Josefsson K, Cloninger CR, Hintsanen M, Jokela M, Pulkki-Råback L, Keltikangas-Järvinen L. Associations of personality profiles with various aspects of well-being: a population-based study. *J Affect Disord* 2011;133:265-273.
- 43) Hur YJ, Rhee MK. The influence of personality disorder traits on depression: mediating effect of psychological flexibility. *Kor J Clin Psychol* 2015;34:747-767.
- 44) Cloninger CR, Zohar AH, Hirschmann S, Dahan D. The psychological costs and benefits of being highly persistent: personality profiles distinguish mood disorders from anxiety disorders. *J Affect Disord* 2012;136:758-766.
- 45) Krause-Utz A, Walther JC, Schweizer S, Lis S, Hampshire A, Schmahl C, et al. Effectiveness of an emotional working memory training in borderline personality disorder: a proof-of-principle study. *Psychother Psychosom* 2020;89:122-124.
- 46) Scott KM, McLaughlin KA, Smith DA, Ellis PM. Childhood maltreatment and DSM-IV adult mental disorders: comparison of prospective and retrospective findings. *Br J Psychiatry* 2012;200:469-475.

Supplementary Table 1. Analysis of the correlation between clinical features in patients with BPD

	MC	EA	PA	SA	N	DV	B	DS	SR	S	IC	PP	PAI	NS	HA	RD	P	SD	C	ST
MC																				
EA	-0.07																			
PA	0.09	0.67 [†]																		
SA	0.07	0.14	0.08																	
N	0.13	0.15	0.25	0.03																
DV	0.18	0.23	0.52 [†]	0.17	0.27															
B	0.23	-0.13	-0.14	0.24	0.07	0.01														
DS	0.24	-0.02	0.31	-0.10	0.25	0.29	0.06													
SR	0.14	-0.27	0.17	-0.05	0.02	0.15	0.03	0.60 [†]												
S	-0.17	-0.16	-0.27	-0.02	-0.13	-0.04	-0.09	-0.29	-0.47 [†]											
IC	-0.47 [†]	0.10	-0.09	-0.02	-0.43 [†]	-0.29	-0.18	-0.45 [†]	-0.41 [*]	0.24										
PP	-0.27	-0.33 [*]	-0.40 [*]	0.11	-0.43 [†]	-0.31	-0.05	-0.33 [*]	-0.34 [*]	0.50 [†]	0.49 [†]									
PAI	0.47 [†]	0.03	0.32	0.18	0.37 [*]	0.34 [*]	0.16	0.33 [*]	0.44 [†]	-0.48 [†]	-0.38 [*]	-0.49 [†]								
NS	0.46 [†]	-0.09	0.12	0.06	-0.04	0.23	-0.01	0.03	0.27	-0.45 [†]	-0.07	-0.14	0.45 [†]							
HA	0.39 [*]	-0.11	-0.05	-0.30	0.25	-0.01	0.01	0.24	0.14	-0.17	-0.59 [†]	-0.46 [†]	0.29	0.10						
RD	-0.58 [†]	0.00	-0.09	0.11	-0.12	0.00	-0.09	-0.19	0.11	0.02	0.43 [†]	0.22	-0.04	-0.22	-0.50 [†]					
P	0.20	-0.11	-0.03	0.22	0.11	0.36 [*]	-0.01	0.02	-0.09	0.43 [†]	-0.16	0.04	-0.19	0.04	-0.16	-0.10				
SD	-0.54 [†]	0.09	-0.15	0.18	-0.28	-0.20	-0.17	-0.38 [*]	-0.42 [*]	0.55 [†]	0.52 [†]	0.55 [†]	-0.51 [†]	-0.40 [*]	-0.63 [†]	0.36 [*]	0.33			
C	-0.26	-0.12	-0.10	0.18	-0.27	-0.34 [*]	-0.02	0.02	-0.06	0.31	0.49 [†]	0.48 [†]	-0.29	-0.28	-0.31	0.33	-0.07	0.34 [*]		
ST	0.19	-0.36 [*]	-0.09	0.33 [*]	0.02	0.09	-0.08	0.24	0.14	0.12	-0.06	0.34 [*]	0.02	0.21	-0.11	-0.04	0.28	0.00	0.35 [*]	

Spearman's correlation analysis. *p<0.05; [†]p<0.01. BPD, borderline personality disorder; MC, mentalization capacity; EA, emotional abuse; PA, physical abuse; SA, sexual abuse; N, neglect; DV, domestic violence; B, bullying; DS, depressive symptomatology; SR, suicide risk; S, self-regulation; IC, interpersonal relationship capacity; PP, psychological positivity; PAI, personality assessment inventory-borderline features scale; NS, novelty seeking; HA, harm avoidance; RD, reward dependence; P, persistence; SD, self-directedness; C, cooperativeness; ST, self-transcendence