

〈Brief Report〉

## 경계선 성격장애의 하위유형에 따른 아동기 성 피해 경험과 충동성\*

최 윤 경<sup>†</sup>

계명대학교 심리학과

본 연구의 목적은 경계선 성격장애의 특징, 특히 자해나 자살 시도, 성적 난잡성을 포함한 성 이탈 행동을 이해하기 위한 것이다. 이러한 목적을 위해 경계선 성격장애로 진단된 31명의 연구 참여자들에게 면담을 실시하여 아동기 성 피해 경험의 유무와 심각도를 평가하였고, Barratt 충동성 검사를 시행하였다. 연구 참여자들은 자기 파괴적 증상의 특성에 기초하여 세 집단, 즉 자해나 자살시도를 경험한 집단, 성 이탈 행동을 보이는 집단, 그리고 두 가지를 모두 보이는 복합 증상 집단으로 분류되었다. 자해/자살시도 집단(N=11)의 27.3%, 성 이탈 집단(N=8)의 50.0%, 그리고 복합 증상 집단(N=12)의 83.3%가 아동기 성 피해 경험을 보고하였다. 성별과 연령을 공변인으로 통제하여 공분산분석을 시행한 후 집단간 비교를 실시한 결과, 복합 증상 집단은 자해/자살시도 집단에 비해 아동기 성 피해가 더 심각하였고, 성 이탈을 경험한 피해자들은 자해/자살시도 집단에 비해 스스로를 더 충동적인 것으로 지각하였다. 이러한 결과는 성적 재회생화와 외상적 성애화(Finkelhor & Browne, 1985)의 측면에서 논의되었다.

주요어 : 경계선 성격장애, 아동기 성 피해, 충동적 행동, 성적 재회생화

\* 본 논문은 저자의 박사학위논문 작성시 수집했던 자료 중 일부를 새로이 분석하여 작성된 것임.

† 교신저자(Corresponding Author) : 최윤경 / 계명대학교 심리학과 / 대구광역시 달서구 달구벌대로 2800  
Tel : 053-580-5405 / Fax : 053-580-5313 / E-mail : ykchoi@kmu.ac.kr

Stern(1938)이 신경증과 정신병의 어떤 분류에도 속하지 않으면서 고전적인 정신분석치료에 반응하지 않는 환자들을 기술하기 위해 ‘경계선(borderline)’이란 용어를 사용하기 시작한 이래로, 경계선의 개념과 진단에 관한 논란은 한동안 계속되었다. ‘경계선’이란 용어 자체가 지니고 있는 혼란과 모호성으로 인해 오랜 기간 동안 전문가들 사이에서도 경계선 개념에 대한 합의가 이루어지지 못했으며, 비교적 최근까지도 경계선 성격장애는 양극성 장애(Blacker & Tsuang, 1992; Kopacz & Janicak, 1996; Bolton & Gunderson, 1996), 충동 조절 장애(Zanarini, 1993) 및 외상후 스트레스 장애(Herman & van der Kolk, 1987)와의 밀접한 관련성으로 인해 진단에 관한 논란에 휩싸이기도 하였다.

현재, 경계선 성격장애의 실체에 대한 이견은 없으나 경계선 성격장애라는 동일한 진단을 받더라도 상당히 이질적인 특성을 보일 수 있다는 비판이 제기되기도 하였다(Clarkin, Marziali & Munroe-Blum, 1992). 예컨대, 미국 정신의학회(1994, 2000)의 정신장애 진단 및 통계 편람, 제4판(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; 이하 DSM-IV)에 따르면, 9가지 준거 중 5가지 이상 충족시키기만 하면 경계선 성격장애로 진단내릴 수 있기 때문에 수많은 증상의 조합이 가능하다. 실제로 경계선 성격장애로 진단 내릴 수 있는 151가지의 방식이 존재하고, 심지어 두 명의 경계선 성격장애 환자가 9가지 진단준거 중 한 가지 준거만을 공유하는 것도 이론상으로 가능하다(Skodol, et al., 2002).

이처럼 경계선 성격장애의 이질성에 관한 인식이 증가하면서 경계선 성격장애의 하위유형을 분류하려는 다양한 시도가 있었다. 연구

자에 따라 자아구조의 결합(Grinker, Werble, & Drye, 1968), 초기 대상관계의 주관적 경험에 따른 기능 수준(Gunderson, 1984), 생물학적 차이(Andrulonis, Glueck, Stroebel, & Vogel, 1982), 그리고 증상의 심각도 및 축 I, 축 II에서 다른 장애와 공존병리 양상(Marziali, Munroe-Blum, & Links, 1994)을 분류의 기준으로 삼았으나 아직까지 경계선 성격장애의 하위유형 분류에 관한 연구자들 간에 합의는 없는 실정이다(Leihener, et al., 2003).

경계선 성격장애의 병인으로 다양한 원인이 제안되고 있으나 기질과 유전을 강조하는 생물학적 모형과 더불어, 아동기 외상 가설이 대표적이다. 아동기 외상 가설에서는 아동기 성적 학대(Childhood Sexual Abuse; 이하 CSA)를 비롯한 학대·방임과 같은 환경적 원인을 강조하고 있다. 특히, CSA가 경계선 성격장애와 관련이 있다는 경험적 연구들(예: Zanarini et al., 2002)이 계속 발표되면서 CSA에 관한 관심이 증가하였다. 경계선 성격장애에서 CSA는 60-80%로 추정되고 있으며(Herman, Perry, & van der Kolk, 1989; Ogata et al., 1990) 경계선 병리의 심각도는 CSA의 심각도와 관련이 있었다(Silk, Lee, Hill, & Lohr, 1995; Zanarini et al., 2002).

일반적으로, CSA란 18세 이전에 적어도 한번 이상의 성적인 신체접촉 사건을 말하며, 자발적으로 참여한 성적 실험과 강제적인 성 경험을 구별하기 위해 가해자가 적어도 5년 이상 연상이어야 하고 만일 연령차가 5년 미만이라면 원하지 않는 또는 강제를 포함한 사건이어야 CSA로 간주된다(Wyatt & Newcomb, 1990). 아동기나 청소년기에 경험한 성 피해는 불안, 우울, 자살 시도, 낮은 자존감, 물질 남용 및 신뢰감과 친밀감 문제를 포함하여 수많

은 부정적인 결과와 관련이 있다(Beitchman et al., 1992; Browne & Finkelhor, 1986; Green, 1993). 특히, CSA는 청소년기나 성인기에 성적 재희생화(revictimization)와 관련이 있으며(Briere & Runtz, 1987; 김경희, 안창일, 1997), CSA 경험 집단은 높은 빈도의 자해와 충동성을 나타내었다(Van der Kolk, Perry, & Herman, 1991). 일부 연구자들은 재희생화의 연장선상에서 자해, 자살, 및 위협을 감수하거나 자기 패배적 행동, 섭식장애를 포함한 자기 파괴적 행동을 연구하기도 하였다(Chewning-Korpach, 1993; Messman & Long, 1996; Sandberg, Lynn, & Green, 1994; Van der Kolk, 1989; Noll, Horowitz, Bonanno, Trickett, & Putnam, 2003).

요약해보면, CSA는 성적 재희생화, 빈번한 자해 및 자살시도, 충동성과 관련이 있는데, 이러한 문제행동들은 경계선 성격장애의 주요 증상이기도 하다. 이러한 맥락에서 경계선 성격장애의 CSA와 난잡한 성행동, 자해 및 자살시도, 충동성 간에 어떠한 관련성이 있는지 살펴보는 것은 경계선 성격장애의 임상적 특징을 이해하는데 도움이 될 것이라 기대한다. 더욱이, CSA는 경계선 성격장애의 주요 원인으로 간주되어 왔으나 최근의 메타분석은 이와 상반된 결과를 제시하고 있다. 즉 CSA와 경계선 성격 장애 간에 상관의 효과 크기( $r$ )는 .279이었으며 연구자들은 CSA가 경계선 성격장애의 주요 위험요인 혹은 인과적 선행사건이라는 가설이 지지되지 않는다고 결론을 내리고 있다(Fossati, Madeddu, & Maffei, 1999). 그러나 다른 장애보다 경계선 성격장애에서 CSA의 비율이 높은 것을 고려하면 CSA가 경계선 성격장애의 직접적인 원인이라 할 수는 없지만 CSA와 경계선 성격장애의 일부 증상들과의 관련성을 시사하는 것이라 볼 수 있다.

따라서 본 연구에서는 경계선 성격장애 집단이 다분히 이질적이라는 선행 연구에 기초하여 대상을 세 가지 하위 유형, 즉 충동적이고 자기 파괴적인 행동 가운데, 난잡한 성행동을 포함한 성적 이탈을 보이는 집단, 자해 및 자살시도를 보이는 집단, 두 가지를 모두 보이는 복합 증상 집단으로 구분한 후, 세 집단의 CSA 경험의 유무와 CSA 심각도의 차이를 살펴보고자 한다. 성적 이탈이나 자해 및 자살시도가 모두 충동적 행동에 포함되기는 하지만 충동성 역시 경계선 성격과 마찬가지로, 광범위한 개념이다. Whiteside와 Lynam (2001)은 충동성을 다차원적인 개념이라 보고 충동성의 다양한 요소와 정신병리 및 문제행동 간에 특정 관련성을 강조하였다. Yates (2004)는 자기 손상 행동에 대해 고찰하면서 자해는 성적 맥락에서 일어나는 피학증과 구분되어야 한다고 언급한 바 있다. 즉, 피학증과 같은 성적 이탈 행동은 대인관계 맥락에서 일어나지만 충동적인 자해는 대개 다른 사람들로 부터 고립되어 일어난다는 것이다. 또한 Gunderson(1984, p.32-38)은 경계선 성격의 정신병리를 주요 대상과의 관계 측면에서 이해할 수 있다고 주장하면서 경계선 성격의 기능을 세 가지 수준으로 구분하였다. 수준 I은 주요 대상이 존재하고 지지적이라 여기는 경우로, 우울하고 지루하고 고독한 특성이 지배적이고, 수준 II는 주요 대상이 좌절감을 가져다주거나 상실의 두려움이 일어나는 경우로, 분노, 평가절하, 및 조종적 특성이 지배적이다. 수준 III에서는 주요 대상이 부재하며, 단기 정신증적 삽화나 공황 상태, 또는 그런 공황을 피하기 위한 충동적인 시도가 나타난다. 이러한 구분에 따르면 수준 II에서 자해나 자살시도가 나타날 수 있고, 수준 III에서는 약

물이나 알코올 남용, 싸움, 성적 난잡성과 같은 행동이 나타날 수 있다. 이상에서 살펴본 바와 같이, 성적 이탈과 자해 및 자살시도가 모두 충동적 행동에 포함되어 있으나 그러한 행동이 일어나는 역동적 기제는 상이할 수 있으므로, 이를 기준으로 하위유형을 구분해보는 것은 경계선 성격장애의 이해에 도움이 될 것으로 예상된다. 또한 충동성은 경계선 성격장애의 주요 증상이고 성적 이탈이나 자해 및 자살시도가 있는 경우 당연히 충동적인 것이라 생각할 수 있으나 이들 하위유형에 따라 스스로 지각한 충동성의 양상에 차이가 있는지 탐색적으로 살펴보고자 한다.

## 방 법

### 연구대상

본 연구는 정신과 병원이나 상담소에서 경계선 성격장애로 치료를 받고 있거나 인터넷에 개설된 경계선 성격장애 커뮤니티에서 피험자 모집 공고를 보고 본 연구의 목적에 동의하고 참여를 자원한 사람들을 가운데, 반구조화된 진단 면담에서 경계선 성격장애로 분류된 31명(남자 6명, 여자 25명)을 대상으로 하였다. 연구 참여자들의 평균 연령은 26.19 ( $SD = 5.88$ )세로, 성별에 따른 연령 차이는 유의하지 않았다,  $t(29) = -.39, ns$ . 연구 참여자들의 학력 분포를 살펴보면, 중졸 이하 2명(6.5%), 고졸 14명(45.2%), 전문대 및 대졸 12명(38.7%), 대학원 이상 3명(9.7%)이었으며, 결혼 상태는 미혼 23명(74.2%), 기혼 7명(22.6%), 및 별거/이혼 1명(3.2%)이었다. 현 정신과 병력에 대한 질문에 대해 14명(45.2%)은 다른 축 I 장

어로 진단을 받았다고 응답하였고(양극성 장애 2명, 주요우울장애 7명, 기분부전장애 2명, 알코올의존, 불안 관련 장애, 기타 각각 1명), 연구 참여자의 54.8%는 현재 아무런 치료를 받고 있지 않았으나 25.8%는 약물치료, 19.4%는 상담 또는 심리치료를 받고 있다고 응답하였다.

### 측정도구

#### 경계선 성격을 위한 진단 면담(The Revised Diagnostic Interview for Borderlines, DIB-R)

DIB-R(Zanarini, Gunderson, Frankenburg, & Chauncey, 1989)은 경계선 성격장애를 진단하는데 가장 광범위하게 사용되고 있는 반구조화된 진단 면담으로, 지난 2년간 경험한 감정이나 생각, 행동 방식에 관한 97가지 질문으로 구성되어 있다. 각각의 질문에 대해 ‘그렇지 않다’는 0점, ‘아마도 그럴 것이다’는 1점, ‘그렇다’는 2점으로 평가하도록 되어있고, 97가지 질문은 22개의 진술문으로 요약된 후, 경계선 성격장애 진단과 관계가 있는 4가지 영역, 즉 정동, 인지, 충동행동 및 대인관계 척도점으로 환산된다. 정동 및 인지 척도는 0-2점, 충동행동 패턴 및 대인관계 척도는 0-3점으로 요약되며, 이들의 합이 DIB-R 총점이 된다. DIB-R 총점의 가능한 점수 범위는 0-10점이며, Zanarini 등(1989)은 8점 이상인 경우 경계선 성격장애로 진단할 것을 권유하고 있다. 본 연구에서 DIB-R(97문항)의 내적 합치도는 .56이었다.

#### 아동기 성 피해의 심각도

DIB-R에서 18세 이전에 성 피해를 경험했다

고 응답한 경우, 그 경험에 대해 비 구조화된 면담을 시행하였다. CSA의 심각도를 평가하기 위하여 Zanarini 등(2002)의 방식대로 면담 내용을 분류하여 성 피해 점수를 할당하였다. 성 피해와 관련하여 7가지 변인, 즉 성 피해 당시의 연령(초기 아동기와 잠재기 1점, 청소년기 2점, 두 시기 모두 해당 3점), 성 피해의 빈도(1회 1점, 월 1회 이하 2점, 매주/매일 3점), 지속기간(1개월 미만 1점, 1개월-1년 2점, 1년 이상 3점), 가해자와의 관계(낯선 사람 1점, 아는 사람/형제 2점, 보호자 3점), 가해자의 수(1명 1점, 2명 2점, 3명 이상 3점), 성 피해의 본질(접촉 없이 관찰 1점, 애무 2점, 삽입 3점), 무력/폭력의 사용(무력 사용 1점)에 대해 평가하였고, 성 피해 경험이 없는 경우 각 항목에 대해 0점을 부여하였다. CSA의 가능한 점수 범위는 0-19점이고, 점수가 높을수록 성 피해의 정도가 심각함을 의미한다. 본 연구에서 7가지 항목에 대한 내적 합치도는 .94이었다.

#### Barratt 충동성 검사

BIS(Barratt Impulsiveness Scale, Barratt, 1959)는 총 23개 문항으로 구성된 자기 보고식 척도로, 세 개의 하위척도, 즉 무계획 충동성 12문항, 운동 충동성 10문항, 인지 충동성 8문항으로 구성되어 있으며, 각 문항은 4점 Likert식 척도로 평가된다. 본 연구에서는 BIS 11판을 이현수(1992)가 수정, 번안한 것을 사용하였고, 본 연구에서 BIS 전체문항의 내적 합치도는 .78이었다.

#### 절차 및 분석

지방에 거주하여 부득이하게 전화로 면담을

시행한 1명의 참여자를 제외하고 모든 연구 참여자를 면 대 면으로 만나 약 2시간에 걸쳐 일련의 반 구조화된 면담을 실시한 후, 자기 보고식 질문지 묶음을 주고 집에서 작성하여 연구자에게 우편으로 보내도록 하였다. 모든 자료 수집이 완료된 후, 참여자들을 한 번 더 만나 1시간에 걸쳐 결과에 대한 해석 상담과 조언을 제공하고 일부 참여자들에게는 전문치료기관에서 심리치료를 권유하였다. 일련의 반구조화된 면담 및 자기보고식 질문지 가운데 일부만이 본 연구에 사용되었다.

본 연구의 분석을 위해 먼저, DIB-R의 충동적 행동을 기준으로 참여자들을 세 가지 하위 유형으로 구분한 후, 인구통계학적 변인, CSA 경험의 유무와 심각도, 충동성을 비교하였다. 하위유형은 자해 및 자살시도만을 보이는 집단(남자 3명, 여자 8명), 성적 이탈만을 보이는 집단(남자 2명, 여자 6명), 그리고 성적 이탈과 자해 및 자살시도를 모두 보이는 복합 증상 집단(남자 1명, 여자 11명)으로 구성되었다. 자해 또는 자살시도의 횟수를 살펴보면, 지금까지 살아오는 동안에 자해/자살시도 집단은  $2.36 \pm 1.12$ 회, 복합 증상 집단은  $3.00 \pm 1.86$ 회, 그리고 최근 2년 동안에는 자해/자살시도 집단  $1.00 \pm 1.27$ 회, 복합 증상 집단  $1.25 \pm 1.87$ 회의 시도를 한 것으로 조사되었으나 두 집단 간에 유의한 차이는 나타나지 않았다, 각각  $t(21) = -.98, ns$ ,  $t(21) = -.37, ns$ .

경계선 성격장애의 하위유형에 따라 인구통계학적 변인의 차이를 검증하기 위하여 비연속 변인에 대해서는 카이제곱 검증을 실시하였고, 연속 변인에 대해서는 일원분산분석을 실시하였다. 집단 간 차이가 유의한 경우에는 Duncan test를 사용하여 사후 검증을 시행하였다. 세 하위 유형 간에 CSA 관련 변인 및 충

동성을 비교하기 위하여 인구통계학적 변인 중 연령과 성별을 공변인으로 설정한 후 공분산분석(ANCOVA)을 실시하였고, Bonferroni test를 사용하여 집단 간 평균을 비교하였다. 모든 통계 분석은 윈도우용 SPSS 14.0을 사용하였다.

## 결 과

경계선 성격장애의 하위유형에 따른 인구통계학적 변인의 차이를 살펴본 결과, 세 집단 간에 성별, 학력, 결혼상태, 현재 정신과 진단 및 치료 유형, 가족의 정신과 병력에서의 차이는 유의하지 않았으나 평균 연령에서 유의한 차이가 나타났다,  $F(2, 28) = 3.54, p < .05$ . 사후검증 결과, 성 이탈 집단의 평균 연령은  $29.88 \pm 1.75$ 세로, 자해/자살시도 집단의  $23.18 \pm 1.34$ 세보다 높았으나, 복합 증상 집단의  $26.50 \pm 6.46$ 세와는 유의한 차이가 없으므로 나타났다.

세 집단은 DIB-R 총점에서 유의한 차이를 나타내었다,  $F(2, 28) = 5.82, p < .01$ . DIB-R 총점은, 복합 증상 집단  $9.08 \pm .52$ 점, 성 이탈 집단  $8.63 \pm .52$ 점, 그리고 자해/자살시도 집단  $8.36 \pm .51$ 점의 순이었고, 사후검증 결과, 복합 증상 집단은 자해 및 자살시도 집단에 비해 DIB-R 총점이 유의하게 높은 것으로 나타났다.

또한 경계선 성격장애의 하위유형은 CSA 경험에서 유의한 차이를 나타내었다,  $\chi^2(2, N = 31) = 7.39, p < .05$ . 자해/자살시도 집단에서 3명(27.3%), 성 이탈 집단에서 4명(50.0%), 그리고 복합 증상 집단에서 10명(83.3%)이 아동기 성 피해를 경험하였다고 응답하였다. 이

들 집단 간에 CSA 심각도를 비교한 결과는 표 1에 제시되어 있다. 경계선 성격장애의 하위 유형 집단들은 연령과 성별을 공변인으로 통제 한 후에도 CSA의 심각도에서 유의한 차이를 나타내었다,  $F(2, 26) = 5.24, p < .05, \eta^2 = .29$ . 좀 더 구체적으로, CSA의 심각도를 구성하는 7가지 요인들 가운데, 성 피해의 빈도,  $F(2, 26) = 4.04, p < .05, \eta^2 = .24$ , 가해자와의 관계,  $F(2, 26) = 3.84, p < .05, \eta^2 = .23$ , 가해자의 수,  $F(2, 26) = 5.89, p < .01, \eta^2 = .31$ , 피해의 본질,  $F(2, 26) = 4.42, p < .05, \eta^2 = .25$  에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. Bonferroni 검정에 따르면, 복합 증상 집단은 자해/자살시도 집단에 비해 가해자와의 관계가 더 친밀하고, 가해자의 수도 많을 뿐만 아니라, 단순 접촉이 아닌 삽입과 같은 심각한 형태의 성 피해가 더 많았던 것으로 보고하였다. 부분  $\eta^2$ 의 해석에 대한 Cohen (1977, 이영선, 권정혜, 이순목, 2006에서 재인용)의 제안에 따르면, 작은 효과 .01, 중간 효과 .06, 큰 효과 .15를 기준으로 해석하므로, 경계선 성격장애 하위유형 간에 CSA의 심각도는 강제/폭력성 요인을 제외하고 큰 효과 수준에서 유의한 것으로 볼 수 있다.

또한 연령과 성별을 공변인으로 통제했을 때 성 이탈 집단과 복합 증상 집단은 자해 및 자살시도 집단에 비해 더 충동적이었으며(표 1),  $F(2, 26) = 4.94, p < .05, \eta^2 = .28$ , 특히 운동 충동성이 유의하게 높다고 지각하고 있는 것으로 나타났다,  $F(2, 26) = 4.87, p < .05, \eta^2 = .27$ . 아울러, 성 이탈 집단은 자해 및 자살시도 집단에 비해 무계획 충동성에서 더 높은 점수를 보였다,  $F(2,26) = 3.95, p < .05, \eta^2 = .23$ . 이는 경계선 성격장애가 충동성이라는 공통된 특징을 보이지만 성 이탈 증상을 나타

표 1. 연령과 성별을 공변인으로 한 세 집단간 CSA 심각도와 충동성 비교

	하위 유형			F	Bonferroni test	partial $\eta^2$
	자해/자살 시도 <sup>a</sup> (N = 11)	성 이탈 <sup>b</sup> (N = 8)	복합 증상 <sup>c</sup> (N = 12)			
CSA의 심각도	2.55(4.39)	5.25(5.68)	8.67(4.60)	5.24*	a<c	.29
피해 연령	.36(.67)	.63(.74)	1.17(.84)	3.20		.20
피해 빈도	.36(.67)	1.13(1.25)	1.25(.87)	4.04*		.24
지속기간	.27(.47)	.63(.74)	1.00(.74)	3.19		.20
가해자와 관계	.45(.82)	1.00(1.07)	1.50(.80)	3.84*	a<c	.23
가해자의 수	.36(.67)	.63(.74)	1.42(1.00)	5.89**	a<c	.31
피해의 본질	.64(1.12)	1.25(1.39)	2.08(1.08)	4.42*	a<c	.25
강제/폭력성	.09(.30)	.00(.00)	.25(.45)	.10		.07
충동성	52.18(8.34)	60.13(9.67)	60.25(6.55)	4.94*	a<b,c	.28
무계획 충동성	20.73(3.41)	23.75(4.71)	23.67(2.99)	3.95*	a<b	.23
운동 충동성	16.09(3.91)	19.75(2.87)	19.67(3.45)	4.87*	a<b,c	.27
인지 충동성	15.36(3.83)	16.63(3.29)	16.92(2.54)	.64		.05

주 1. ( )안은 표준편차임

주 2. \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

내고 있는 경우 스스로에 대해 더 충동적이라 지각하고 있음을 시사한다.

### 논 의

본 연구에서는 충동성이란 다차원적 개념이고 충동적 행동의 역동적 기제가 상이할 것이라 가정 하에, 자해 및 자살시도와 성적 이탈을 기준으로 경계선 성격장애를 세 가지 하위 유형으로 구분한 후, 아동기 성 피해 경험을 조사하고 충동성의 차이를 비교하였다. 주요 결과는 두 가지로 요약된다. 첫째, 성적 이탈과 자해 및 자살시도를 모두 보이는 복합 증

상 집단은 자해 및 자살시도만을 보이는 집단에 비해, 아동기에 심각한 성 피해를 더 많이 경험한 것으로 조사되었다. 복합 증상 집단의 경우, 경계선 성격장애의 증상이 좀 더 심각한 집단으로 간주할 수 있으며, 이는 경계선 병리의 심각도는 CSA의 심각도와 관련이 있다는 선행 연구(Silk, et al., 1995; Zanarini et al., 2002)와 일치하는 결과이다. 그러나 연령, 성별 및 DIB-R 총점을 공변인으로 통제하고 추가로 시행한 공분산분석에서 세 집단 간에 CSA 심각도는 여전히 유의한 차이를 나타내었다,  $F(2, 25) = 8.01, p < .01, \eta^2 = .39$ . 사후 검증에서 자해 및 자살시도 집단에 비해 나머지 두 집단의 CSA가 심각하였는데, 성적 이탈

이 두 집단의 공통 증상이라는 점에 주목할 필요가 있다. 이는 CSA 심각도는 경계선 성격장애의 전반적인 증상이 아니라 특정 증상, 즉 성적 이탈과 관련이 있을 가능성을 시사한다. 실제로, CSA 심각도는 DIB-R의 성적 난잡성 항목과  $r = .38, p < .05$ 의 상관을 보였으나 DIB-R 총점과는  $r = .07, ns$ 로 상관이 유의하지 않았다. 이는 CSA와 경계선 성격 장애 간에 상관이 높지 않다는 최근의 메타분석 결과(Fossati, Madeddu, & Maffei, 1999)와도 일치한다.

두 번째 결과는 충동성과 관련된 것으로, 경계선 성격장애의 증상 가운데 성 이탈 행동을 보이는 집단은 자해나 자살시도를 보인 집단보다 더 충동적이었고, 인지 충동성에서는 차이가 나타나지 않았으나 운동 충동성과 무계획 충동성에서는 유의한 차이가 있었다. 자해나 자살시도, 그리고 성 이탈 행동은 자기 파괴적인 대처에 해당하고 이러한 행동을 보이는 사람들은 모두 충동적이라고 간주하는 것이 일반적이다. 그러나 본 연구에서 충동성은 자기보고식 질문지로 측정되었기에, 자기 지각을 반영한다고 볼 수 있다. 즉, 자해나 자살시도보다는 성 이탈을 보이는 집단이 스스로를 더욱 충동적으로 지각하고 있다는 것이다. 그 이유로 생각할 수 있는 것은, 성 이탈 행동이 자해나 자살시도보다 일상에서 더 빈번하게 일어나고 외부로부터 파트너를 구해야 하기 때문에 좀 더 활동성이 요구된다는 것이다. 또한 성 이탈 행동을 한 후, 수치심과 후회를 경험하나 그러한 행동이 반복될 때 스스로에 대해 충동조절에 어려움이 있다고 지각할 가능성이 있다.

한편, 경계선 성격장애의 성 이탈 행동을 성적 재희생화의 관점에서 해석해볼 수도 있다. 이전 연구자들이 언급한 바 있듯이, CSA

피해자들은 애정을 얻기 위해, 고통에 대처하기 위해 또는 힘을 느끼기 위해 성을 이용하거나, 낮은 사람과 성 행위를 하는 것과 같은 역기능적 성행동에 참여하기 쉽다(Briere, Elliott, Harris, & Cotman, 1995; Walser & Kern, 1996). 특히, Finkelhor와 Browne(1985)의 외상적 성애화(trumatic sexualization)의 개념은 경계선 성격장애에서 보이는 성 이탈 행동과 관련이 있어 보인다. 외상적 성애화란 성 피해 아동의 성적 관심(sexuality)이 역기능적인 방식으로 형성되는 것으로, 성적 활동과 각성이 부적절하게 연합된 것이다(Merrill, Guimond, Thomsen & Milner, 2003). Finkelhor와 Browne(1985)의 제안에 따르면 CSA는 외상적 성애화 과정을 통해 겉보기에는 정반대의 결과를 초래할 수 있다. 아동이 성 피해를 경험하는 동안 경험한 부정적 정서 및 기억이 성 행동과 연합하여 성인기의 비확대적인 성 경험으로 일반화된 경우, 성에 대한 혐오가 나타날 수 있다. 다른 한편으로는, CSA를 통해 성 행동이 보상, 관심 및 애정과 관련이 있음을 학습한 경우, 성인이 되어 성적 욕구가 아닌 다른 욕구를 충족시키기 위해 성 행동을 이용하고(예: 성 행동을 통해 사랑을 얻는 것, 비 성적 관계의 성애화, 타인을 조종하기 위해 성을 이용하는 것), 그 결과 난잡한 성행동을 보일 수 있는데(Merrill, et al., 2003), 이는 경계선 성격장애에서 보이는 행동과 유사하다. 난잡한 성행동과 같은 성 이탈 행동은 질병에 감염되거나 성적 재희생화와 같은 부정적인 결과의 위험을 증가시키는 자기 파괴적 대처의 연장으로 간주될 수 있고(Merrill 등, 2003), 착취적인 대인관계 경험의 반복이라는 측면에서 경계선 성격 병리를 유지시킬 수 있다. 경계선 성격장애의 경우, 비착취적 대상관계를 유지할 수 있는



능력이 있을수록 예후가 좋고 대상관계가 불안정할수록 예후가 좋지 않다는 점(Kernberg, 1985/2008, p.126)을 고려할 때 이는 경계선 성격장애의 치료에서 관심을 가져야 하는 영역이다. 특히, 성 이탈 행동의 근본 원인일 수 있는 CSA와 같은 외상의 치료가 필수적일 것이다.

본 연구에서는 경계선 성격장애의 성적 이탈 행동을 성적 재희생화, 특히 외상적 성애화의 관점에서 설명을 시도하였고 이전 연구들에서 지적했던 경계선 성격장애의 이질성을 확인할 수 있었다. 그러나 본 연구는 사례수가 작고, 과거 회상에 기초한 횡단적 연구이며, 반구조화된 진단면담을 실시해서 진단을 내렸으나 현실적인 이유로 평정자 간 신뢰도를 구할 수 없었으며 공존병리를 통제하지 못했다는 등의 제한점을 가지고 있으므로, 이러한 문제를 보완한 후속 연구가 요구된다.

### 참고문헌

- 김경희, 안창일 (2007). 성적 재희생 여대생들의 심리적 특성. *한국심리학회지: 임상*, 26(4), 903-920.
- 이영선, 권정혜, 이순목 (2006). 문제해결적 집단상담이 집단따돌림 가해청소년과 피해 청소년에게 미치는 효과. *한국심리학회지: 임상*, 25(4), 881-898.
- 이현수 (1992). *충동성 검사*. 서울: 한국 가이드너스.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*(4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR(Text Revision)*. Washington, DC: Author.
- Andrulonis, P. A., Glueck, B. C., Stroebel, C. F., & Vogel, N. G. (1982). Borderline personality subcategories. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 170, 670-679.
- Barratt, E. (1959). Anxiety and impulsiveness related to psychomotor efficiency. *Perceptual and Motor skills*, 9, 191-198.
- Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., DaCosta, G. A., Akman, D., & Cassavia, E. (1992). A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 16, 101-118.
- Blacker, D., & Tsuang, M. T. (1992). Contested boundaries of bipolar disorder and the limits of categorical diagnosis in psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1473-1483.
- Bolton, S., & Gunderson, J. G. (1996). Distinguishing borderline personality disorder from bipolar disorder: differential diagnosis and implications. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1202-1207.
- Briere, J., & Runtz, M. (1987). Post sexual abuse trauma: Data and implications for clinical practice. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 312-330.
- Briere, J., Elliott, D. M., Harris, K., & Cotman, A. (1995). Trauma Symptom Inventory: Psychometrics and association with childhood and adult victimization in a clinical sample. *Journal of Interpersonal Violence*, 10, 387-401.
- Browne, A., & Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: A review of the research.

- Psychological Bulletin*, 99, 66-77.
- Chewning-Korpach, M. (1993). Sexual revictimization: A cautionary note. *Eating Disorder*, 1, 287-297.
- Clarkin, J. F., Marziali, E., & Munroe-Blum, H. (1992). *Borderline Personality Disorder: Clinical and Empirical Perspectives*. New York: Guilford.
- Finkelhor, D., & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55, 530-541.
- Fossati, A., Madeddu, F., & Maffei, C. (1999). Borderline personality disorder and childhood sexual abuse: A meta-analytic study. *Journal of Personality Disorder*, 13, 268-280.
- Green, A. H. (1993). Child sexual abuse: Immediate and long-term effects and intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 890-902.
- Grinker, R. R., Werble, B., & Drye, R. C. (1968). *The borderline syndrome*. New York: Basic Books.
- Gunderson, (1984). *Borderline Personality Disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Herman, J. L., & van der Kolk, B. A. (1987). Traumatic antecedents of borderline personality disorder. In B. A. Van der Kolk(Eds.), *Psychological trauma*, Washington DC: American Psychiatric Press.
- Herman, J. L., Perry, J. C., & van der Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146, 490-495.
- Kernberg, O. F. (2008). *경계선 장애와 병리적 나르시시즘*. (윤순임 외 공역). 서울: 학지사. (원전은 1985에 출판)
- Kopacz, D. R., & Janicak, P. G. (1996). The relationship between bipolar disorder and personality. *Psychiatric Annals*, 26, 644-650.
- Lehener, F., Wagner, A., Haaf, B., Schmidt, C., Lieb, K., Stieglitz, R., & Bohus, M. (2003). Subtype differentiation of patients with borderline personality disorder using a circumplex model of interpersonal behavior. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 248-254.
- Marziali, E., Munroe-Blum, H., & Links, P. (1994). Severity as a diagnostic dimension of borderline personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 39, 540-544.
- Merrill, L. L., Guimond, J. M., Thomsen, C. J., & Milner, J. S. (2003). Child sexual abuse and number of sexual partners in young women; The role of abuse severity, coping style, and sexual functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 987-996.
- Messman, T. L., & Long, P. J. (1996). Child sexual abuse and its relationship to revictimization in adult women: A review. *Clinical Psychology Review*, 16, 397-420.
- Noll, J. G., Horowitz, L. A., Bonanno, G. A., Trickett, P. K., & Putnam, F. W. (2003). Revictimization and self-harm in females who experienced childhood sexual abuse: Results from a prospective study. *Journal of Interpersonal Violence*, 18, 1452-1471.
- Ogata, S. N., Silk, K. R., Goodrich, S., Lohr, N. E., Westen, D., & Hil, E. M. (1990). Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder.

- American Journal of Psychiatry*, 147, 1008-1013.
- Sandberg, D., Lynn, S. J., Green, J. P. (1994). Sexual abuse and revictimization: Mastery, dysfunctional learning, and dissociation. In S. J. Lynn & J. W. Rhue(Eds.), *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives* (pp.242-267). New York: Guilford.
- Silk, K. R., Lee, S., Hill, E. M., & Lohr, N. E. (1995). Borderline personality disorder symptoms and severity of sexual abuse. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1059-1064.
- Skodol, A. E., Siever, L. J., Livesley, J., Gunderson, J. G., Pfohl, B., & Widiger, T. A. (2002). The borderline diagnosis II: Biology, genetics, and clinical course. *Biological Psychiatry*, 51, 951-963.
- Stern, A. (1938). Psychoanalytic investigation and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanalytic Quarterly*, 7, 467-489.
- Van der Kolk, B. A. (1989). The compulsion to repeat the trauma: Reenactment, revictimization and masochism. *Psychiatric Clinics of North America*, 12, 389-341.
- Van der Kolk, B. A., Perry, J. C., & Herman, J. L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1665-1671.
- Walser, R. D., & Kern, J. M. (1996). Relationships among childhood sexual abuse, sex guilt, and sexual behavior in adult clinical samples. *The Journal of Sex Research*, 33, 321-326.
- Whiteside, S. P., & Lynam, D. R. (2001). The five factor model and impulsivity: using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 30, 669-689.
- Wyatt, G. E., & Newcomb, M. (1990). Internal and external mediators of women's sexual abuse in childhood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 758-767.
- Yates, T. M. (2004). The developmental psychopathology of self-injurious behavior; Compensatory regulation in posttraumatic adaptation. *Clinical Psychology Review*, 24, 35-74.
- Zanarini, M. C. (1993). BPD as an impulse spectrum disorder. In J. Paris(Eds.). *Borderline Personality Disorder: Etiology and Treatment*. Washington, American Psychiatric Press, pp. 67-85.
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Frankenburg, F. R., & Chauncey, D. L. (1989). The revised diagnostic interview for borderlines: Discriminating BPD from other axis II disorders. *Journal of Personality Disorders*, 3, 10-18.
- Zanarini, M. C., Yong, L., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., Marino, M. F., & Vujanovic, A. A. (2002). Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 381-387.
- 원고접수일 : 2009. 4. 13.  
게재결정일 : 2009. 5. 6.

〈Brief Report〉

## Childhood Sexual Abuse and Impulsivity among Subtypes of Borderline Personality

Yun Kyeong Choi

Department of Psychology, Keimyung University

The purpose of the present study was to achieve a better understanding of the features of borderline personality disorder, especially those involving self-destructive behavior, such as self-injury, suicide attempts, and sexual deviance including promiscuity. The subjects were 31 patients with a diagnosis of borderline personality disorder. All were interviewed to assess the incidence and severity of childhood sexual abuse (CSA), and they also completed a self-report measure of impulsivity (Barratt Impulsiveness Scale). The subjects were then categorized into three groups based on the nature of their self-destructive symptoms: self-injurious or suicidal behavior ( $N=11$ ), sexual deviance ( $N=8$ ), and both type of symptoms ( $N=12$ ). CSA was assessed to have occurred in 27.3% of the self-injury group, in 50.0% in the sexual deviance group, and in 83.3% of the mixed-symptom group. A between group comparisons was subsequently conducted using ANCOVA with gender and age as covariates. The results showed that, compared with the self-injury group, the mixed-symptom group reported more severe CSA, and the sexual deviance group perceived themselves as being more impulsive. The findings were discussed in terms of sexual revictimization and traumatic sexualization (Finkelhor & Browne, 1985).

*Key words* : *borderline personality disorder, childhood sexual abuse, impulsive behaviors, sexual revictimization*