

# A Comparison between Borderline Personality Trait and Bipolar Trait

SoYeon Choi MinKyu Rhee<sup>†</sup> JoonHo Park

Department of Psychology, Gyeongsang National University, Jinju, Korea

The purpose of this study was to compare Borderline Personality Trait and Bipolar Trait, focusing on Emotional Dysregulation, Impulsivity, and Self-Destructive Behaviors. The subjects were 125 university students (34 Borderline personality trait, 57 Bipolar trait, 34 Control group). The questionnaires used in this study were the Personality Assessment Inventory – Borderline Features Scale (PAI-BOR), Hypomania Checklist-32 (HCL-32), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), UPPS-P Impulsive Behavior Scale (UPPS-P), Binge Eating Behavior questionnaire, and Alcohol Use Disorder Identification Test-Korean version (AUDIT-K). SPSS 23.0 was used for data analysis, which included reliability analysis, descriptive statistics analysis, correlation analysis, and one-way analysis of variance (one-way ANOVA). In addition, post-hoc analysis was used to examine specific differences between groups. The results of this study were as follows. First, the correlation between emotional dysregulation and drinking was not significant, but all other variables were positively correlated. Second, the DERS and UPPS-P scores were significantly higher in the borderline personality trait compared to the bipolar trait. Self-destructive behaviors score exhibited no significant differences. Implications and limitations of this study were discussed. In addition, suggestions for future research were presented.

**Keywords:** borderline personality trait, bipolar trait, emotional dysregulation, impulsivity, self-destructive behaviors

최근 출간된 DSM-5는 기존에 유지되고 있던 다축체계가 폐지되고, 다양한 증거에 기초하여 범주로 묶는 스펙트럼 또는 관련 개념이 제시되는 등 여러가지가 변화하였다. 하지만 이번 개정에 대해 일부 연구자들은 정상과 병적인 것에 대한 구분이 애매하여 불필요한 진단을 하거나 낙인을 가할 수 있으며, 원인에 따른 분류가 아니기 때문에 타당도가 떨어진다고 지적하였다(Min et al., 2015). 이렇듯 DSM은 개정될 때마다 최근 임상 실재를 반영하기 위해 노력하고 있으나, 진단에 대한 신뢰도나 타당도, 진단체계의 일관성, 겹치는 진단기준 등으로 비판받고 있다(Hagan & Guilmette, 2015; Kim, 2016; Koukopoulos, Sani, & Ghaemi, 2013; Saunders, Bilderbeck, Price, & Goodwin, 2015). 이와 관련하여, 최근 연구들은 경계선 성격장애와 양극성 장애에 관심이 모이고 있다. 경계선 성격장애와 양극성 장애는 DSM-5에서 다른 장애로 분류되고 있지만, 실제로 정신과 의뢰진들은 두 장애의 진단기준이 겹치고, 증상에 대한 회상이 정확하지 않기 때문에 진단기준에 대해 회의적으로 느낄 뿐만 아니라, 두 장애가 마치 한 스펙트럼에 있는 것처럼 느끼고 있다(Saunders et al., 2015). Baryshnikov 등(2015)은 양극성 장애의 자기 보고식 척도인 기분 장애 질문지(Mood Disorder Questionnaire, MDQ)의 모든 하위요인과 경계선 성격장애의 자기 보고식 척도인 McLean 선별 도구(McLean Screening Instrument, MSI)의 하위요인인 충동성과 기분 불안정성의 상관관계를 강조하며, 두 장애가 유사한 임상적 특징을 가지고 있을 뿐만 아니라 이때문에 서로 오진될 수 있음을 경고하였다. 조사에 따르면 주요 우울 장애와 순환성 기질을 가진 환자의 62%가 경계선 성격장애를 가지고 있으며(Perugi, Toni, Traverso, & Akiskal, 2003), 우울 장애보다 2형 양극성 장애에서 경계선 성격 특성이 더 많이 발견된다(Benazzi, 2006). 이렇듯 동반이환율이 높은 것은 두 장애의 관계를 암시할 뿐만 아니라 두 장애가 같은 수준이거나 같다고 볼 수 있다(Wittchen, 1996).

†Correspondence to MinKyu Rhee, Department of Psychology, Gyeongsang National University, 501 Jinju-daero, Jinju, Korea; E-mail: rmk92@chol.com

Received Jul 28, 2017; Revised Oct 24, 2017; Accepted Oct 25, 2017

This paper is taken in part from the master's of the first author, which was presented at the 2017 spring conference of the Korean Clinical Psychology Association.

이러한 경험적 연구들에 따라 경계선 성격장애와 양극성 장애의 관계를 설명하기 위한 다양한 주장들이 제기되었으며, Fiedorowicz와 Black(2010)은 선행연구들을 고찰하고 개관하여 두 장애의 관계에 대한 주장들을 네 가지로 정리하였다. 첫째, 두 장애의 진단적 체계가 명확하지 않다. DSM-5의 경계선 성격장애의 진단기준 9개 중 5개에서 조증이나 경조증이 존재하며, 구조화된 면담은 전문가의 견이나 주관적 판단을 고려하지 못하기 때문에 진단적 신뢰도가 낮다. 둘째, 경계선 성격장애는 양극성 스펙트럼 장애에 포함된다. MacKinnon과 Pies(2006)는 두 장애에서 보이는 불안정한 정서는 굉장히 유사할 뿐만 아니라, 디발프로엑스와 항경련제의 효과가 가족연구의 결과들로 미루어 볼 때 양극성 스펙트럼에 경계선 성격장애가 포함되는 것이라고 주장하였다. 셋째, 각 장애가 서로의 위험요인이다. 성격의 발달은 흥터 가설로 설명될 수 있으며(Christensen & Kessing, 2006), 이는 양극성 장애의 이른 발병이 경계선 성격장애를 동시에 발생시킬 위험이 있다는 것을 지지한다(Goldberg & Garno, 2009). 뿐만 아니라 경계선 성격장애가 양극성 장애의 발달에 위험요인으로 작용할 수 있는 것은 취약성 가설로 설명할 수 있다(Christensen & Kessing, 2006; Gunderson et al., 2006). 넷째, 경계선 성격장애와 양극성 장애가 유전자나 신경증적 특성과 같은 위험요인을 공유하고 있다는 것이다(Christensen & Kessing, 2006). 하지만 어느 주장도 두 장애의 관계를 절대적으로 설명하지는 못하며 두 장애의 관계를 정립하기 위해서는 더 많은 연구가 필요할 것으로 보인다.

이렇듯 다양한 주장들에 따라, 경계선 성격장애와 양극성 장애의 관계에 대한 연구들은 두 장애의 유사점과 차이점을 비교하는데 초점이 맞춰져 있다. 먼저 유사점으로는 두 장애 모두 정서조절곤란, 충동성, 자기 파괴적 행동의 임상양상을 가진다는 것이다. 경계선 성격장애에서 보이는 부적절한 분노나 정동의 불안정과, 양극성 장애의 조증 삽화에서 나타나는 과민한 기분, 짜증스러움은 혼동될 수 있다(American Psychiatric Association [APA], 2013). 또한 경계선 성격장애와 양극성 장애는 부정적 정서상태에서 충동적으로 행동하며 업무를 완료할 때까지 행동을 지속하는 데 어려움을 겪는다(Bøen et al., 2015). 마지막으로 경계선 성격장애의 경우 자신을 손상시킬 가능성이 있는 충동성(예; 과소비, 위험한 운전, 폭식 등) 혹은 자해행동 등을 보일 수 있으며, 양극성 장애 역시 과소비나 무분별한 성행위 등 고통스러운 결과를 초래할 가능성이 높은 활동에 지나치게 몰두하는 자기 파괴적 행동을 보일 수 있다(APA, 2013).

경계선 성격장애와 양극성 장애의 차이점으로는 인구통계학적 정보나 과거력 등이 있다. 구체적으로 살펴보면 Fiedorowicz와 Black(2010)은 정신질환에 대한 가족력이 있는지, 유기불안과 정제

성 문제를 가지고 있는지, 기분 불안정성이 대인관계적 예민성 때문인지 혹은 자율적이고 지속적인지 등이 두 장애를 감별하는데 도움이 될 것이라고 제안하였다. 또한 Parker, Bayes, McClure, del Moral과 Stevenson(2016)은 성별, 아동기 성적 학대, 발달적 외상, 이인증, 부모의 거리두기 혹은 거절, 엄마 또는 아빠의 학대, 아빠의 비밀관성, 아빠의 과잉통제가 두 장애를 구분할 수 있는 주요한 변인임을 밝혀낸 바 있으며, Bayes 등(2016)의 연구에서는 경계선 성격장애가 양극성 장애보다 여성의 비율, 아동기 성적 학대, 발달상의 외상사건, 아동기때 이인증, 부모로부터 거절경험, 자살시도, 자해 경험의 빈도가 더 높은 것으로 나타났다. Nilsson, Jørgensen, Straarup과 Licht(2010)은 두 장애가 가지고 있는 도식의 차이를 검증하였고, 그 결과 18개의 도식에서 양극성 장애가 통제집단과 유의한 차이를 보인 것은 5개에 불과하였으나 경계선 성격장애는 모든 도식에서 통제집단과 차이를 보였다. 이는 경계선 성격장애가 양극성 장애보다 부적응 도식을 더 많이 가지고 있으며 양극성 장애는 부적응 도식을 거의 가지고 있지 않는 것을 의미한다.

이처럼 해외에서는 경계선 성격장애와 양극성 장애의 관계를 이해하고자 다양한 연구가 활발하게 이루어지고 있지만, 국내에서는 두 장애에 대한 연구가 이루어지지 않았다. 해외에서 이루어진 연구는 문화적 특징이 반영되어 있기 때문에 우리나라에서도 같은 결과를 보인다고 단정하기 어렵다(Cho & Hong, 2013; Chon, Choi, & Yang, 2001; Hong & Kim, 1998). 또한 선행연구들과 DSM-5 진단기준에 따르면 두 장애 모두 자기 파괴적 행동을 나타낸다는 공통점이 있음에도 기존 연구들은 정서조절곤란과 충동성을 중심으로 이루어지고 있다. 따라서 본 연구에서는 정서조절곤란과 충동성뿐만 아니라 두 장애에서 관찰되는 자기 파괴적 행동도 추가하여 경계선 성격 성향과 양극성 성향이 어떤 차이를 보이는지 통제집단과 함께 비교하여 살펴보고자 하였다.

먼저 각 장애의 정의부터 살펴보면, 경계선 성격장애는 DSM-III에 공식적인 진단명으로 포함되어 현재 DSM-5에서는 정서적으로 불안정하고 무모한 충동적인 행동을 보이며 강렬하고 불안정한 대인관계를 가지는 것으로 정의되어 있다(APA, 2013). 양극성 관련 장애는 삽화의 빈도에 따라 1형 양극성 장애, 2형 양극성 장애, 순환성 장애 등 진단이 달라지며 개인차나 시간차에 따라 임상양상이 다양하게 나타난다(Bahk & Jon, 2014). 경계선 성격장애와 임상적 특징이 유사한 2형 양극성 장애는 경조증 삽화와 우울 삽화가 나타나는데, 경조증 삽화에서는 고양된 자존감과 과대성, 주의산만함과 사고의 비약, 활동 증가 등이 특징이며, 우울 삽화에서는 우울감과 절망감, 저하되거나 증가된 식욕과 체중, 수면 양의 감소나 증가, 신체적 초조 등의 특징을 보인다. 또한 2형 양극성 장애는 경

조증 자체보다는 기분의 불안정성이 주 특징이며(Bahk & Jon, 2014), 1형 양극성 장애보다 증상의 강도는 약하지만 경조증 삽화와 우울 삽화의 빈도는 더 심각하다(Vieta, Gasto, Otero, Nieto, & Vallejo, 1997). 우리나라에서는 경계선 성격장애와 양극성 장애를 이해하기 위하여 장애군보다는 성향군, 즉 장애로 진단되지는 않았으나 장애의 특성을 지니고 있는 소질 혹은 성질을 가진 사람들을 대상으로 연구가 진행되는 편이다(Hwang & Lee, 2011; Kim et al., 2010; Kim, 2016; Kim & Oh, 1996; Lee, 2013; Noh & Cho, 2013; Park, 2009; Park, Seo, & Lee, 2007).

경계선 성격장애와 양극성 장애의 유사한 임상양상은 첫 번째로 정서조절에 어려움을 겪는 것이다. 정서조절은 다양하게 정의되고 있지만 최근 연구들은 Gratz와 Roemer(2004)의 정의를 많이 따르고 있다. 그들은 정서조절이란, 정서의 인식과 이해, 정서의 수용, 충동적인 행동을 통제하는 능력, 원하는 목표에 따라 행동하는 것, 목표와 상황에 맞는 요구를 충족시키기 위해 상황에 따라 적절한 정서조절전략을 유연하게 사용하는 능력으로 개념화하였다. 또한 이러한 개념을 바탕으로 정서조절을 측정하는 정서조절곤란 척도(Difficulties in Emotion Regulation Scale, DERS)를 개발하였고, 국내에는 Cho(2007)가 번안하고 타당화하여 현재 정서조절곤란을 측정하는 데 주로 사용되고 있다.

정서와 관련하여 두 장애를 비교한 연구들을 살펴보면, Fletcher, Parker, Bayes, Paterson과 McClure(2014)는 경계선 성격장애가 2형 양극성 장애보다 부정적 감정을 경험할 때 자신의 행동을 통제하거나 감정을 조절하는 데 어려워한다는 것을 발견했다. 반면, Bayes, Parker와 McClure(2016)의 연구에서는 목표지향행동을 제외한 나머지 요인에서 경계선 성격장애 환자가 양극성 장애 환자보다 점수가 유의하게 높은 것으로 나타났다. 즉 부정적 정서를 경험할 때 업무에 집중하고 수행하는 능력은 두 장애에서 차이가 없으나, 그 외의 영역에서는 양극성 장애보다 경계선 성격장애가 전반적으로 정서조절을 하는 데 더 어려움을 겪는다는 것이다. 또한 Fletcher와 Bayes의 연구에서는 인지적 정서조절전략도 함께 비교하였는데, 경계선 성격장애가 양극성 장애보다 긍정적 정서를 덜 경험하고 부정적 정서를 더 경험하는 것으로 나타났다. 이러한 연구결과들을 종합해볼 때 정서조절의 세부적인 양상에서는 차이를 보일지라도, 양극성 장애보다 경계선 성격장애가 정서를 조절하는 데에 더 어려움을 겪는 것으로 나타나고 있다.

두 번째로 경계선 성격장애와 양극성 장애의 공통되는 특징은 충동성이다. 충동성 역시 학자마다 다르게 정의하고 있는데 최근 연구들은 Whiteside와 Lynam(2003)의 정의를 따르고 있다. 그들은 선행연구와 측정도구들을 개괄하여 측정도구를 개발하였다.

먼저 '긴급성(urgency)'은 강렬한 부정적 정서의 결과로써 유감스러운 행동이나 경거망동하는 경향성을 나타내며, '계획성 부족(lack of premeditation)'은 신중한 사고와 계획을 위해 행동을 지연하지 못하는 경향성을, '지속성 부족(lack of perseverance)'은 업무가 완료될 때까지 능력을 유지하고 지루함을 피하는 능력의 부족을, 마지막으로 '감각추구(sensation seeking)'는 모험과 흥분을 추구하는 경향성을 말한다. 이후 Cyders 등(2007)은 긍정적인 상태에 조급하게 반응하여 행동하는 경향성인 '긍정 긴급성(positive urgency)' 요인을 추가하여 UPPS-P를 개발하였고, 이 척도는 최근 충동성과 관련된 연구에서 주로 사용되고 있다.

충동성과 관련한 두 장애의 비교연구는 적은 편이다. Boen 등(2015)의 연구결과에 따르면 감각을 추구하거나 계획을 세워 행동하는 경향에서는 두 집단 간 차이가 없으나, 2형 양극성 장애보다 경계선 성격장애가 부정적 정서를 경험할 때 더 조급하게 반응하고 업무를 지속하지 못한다. 또한 Henry 등(2001)은 2형 양극성 장애만 가진 경우보다, 공존이환 없이 경계선 성격장애만 있거나 2형 양극성 장애와 경계선 성격장애가 함께 있을 경우 충동성이 더 높아지는 경향성이 있다는 것을 발견하였다. 이처럼 선행연구는 적지만 진행된 연구들에 의하면 양극성 장애보다 경계선 성격장애가 더 충동적인 경향을 가지는 것으로 보고되는 것을 알 수 있다.

세 번째는 자기 파괴적 행동이다. 자기 파괴적 행동이란 장기적으로 보았을 때 자신에게 해가 됨에도 불구하고 단기적인 만족을 위해 행동하는 것으로, 일반적으로 자신의 부정적 정서상태를 조절하려는 목적을 지닌다(Baumeister & Scher, 1988). 이러한 정의에 따르면 자기 파괴적 행동은 다양하게 측정될 수 있는데, 본 연구에서는 경계선 성격장애와 양극성 장애에서 흔히 볼 수 있는 폭식 행동과 음주 행동을 중심으로 살펴보았다.

폭식은 조절능력이 상실되어 대부분의 사람들이 먹는 것보다 분명하게 많은 양의 음식을 먹는 것으로 정의된다. 또한 얼마나 먹는가에 대한 부끄러운 느낌 때문에 혼자 먹고, 이에 자신에 대한 부정적인 감정을 느끼는데 이러한 부정적인 감정을 해결하기 위해 다시 폭식을 하게 되는 악순환이 반복된다(Lee & Chae, 2012; Tice, Bratslavsky, & Baumeister, 2001). 경계선 성격장애는 신경성 폭식증과 폭식장애에서 흔히 관찰되며(Cassin & von Ranson, 2005), 폭식장애를 가진 표본에서 경계선 성격장애의 유병률은 6%에서 30%까지 다양하게 보고되고 있다(Sansone & Sansone, 2013). 양극성 장애의 경우 환자의 40% 이상이 섭식장애를 동반하는 것으로 나타나는 등 높은 유병률을 보이고 있으며, 2형 양극성 장애 환자의 22%가 지난 6개월 동안 적어도 일주일에 한 번 이상 폭식 삽화를 경험하였다고 보고한 바 있다(Wildes, Marcus, & Fagioli, 2008).

한편 문제음주는 의도했던 것보다 많은 양을 마시고 오랜 기간 동안 알코올을 사용하며, 알코올 사용을 줄이거나 조절하려 했으나 실패하는 등 알코올 사용에 문제를 보이는 것으로 정의된다. 경계선 성격장애는 음주와 관련된 심리적 문제를 지니고 있으며 음주에 의존하는 정도가 심각할 뿐만 아니라, 음주문제가 평생에 걸쳐 심각해지는 경향이 있다(Morgenstern, Langenbucher, Labouvie, & Miller, 1997). 또한 경계선 성격장애의 88%가 알코올 남용과 알코올 의존을 동반하거나 알코올과 관련된 질병을 하나 이상 보고한다(Mutschler et al., 2010). 양극성 장애 역시 환자의 38%에서 52%가 알코올 사용장애의 과거력을 가지고 있다(Frye et al., 2003; Kay, Altshuler, Ventura, & Mintz, 1999). 또한 통제집단과 비교했을 때 2형 양극성 장애에서 알코올 남용이 발생할 가능성은 9.1배이며, 알코올 의존이 발생할 가능성은 21.1배나 높은 것으로 나타났다(Merikangas et al., 2008).

종합해보면 경계선 성격장애와 양극성 장애는 정서조절곤란, 충동성, 자기 파괴적 행동 등 유사한 임상양상을 지니고 있으며, 해외에서는 두 장애의 관계에 대해 지속적으로 논의하고 있다. 하지만 경계선 성격장애와 양극성 장애의 관계에 대한 연구는 최근에서야 시작되는 단계이기 때문에, 선행연구가 부족하고 특히 국내에서는 연구가 이루어지지 않아 문화적 차이가 있는지 검증되지 않았다. 또한 선행연구에서는 양극성 장애보다 경계선 성격장애가 정서조절곤란과 충동성이 더 심각한 것으로 보고되고 있긴 하나 그 연구수가 적고 결과들이 일치하지 않으며, 자기 파괴적 행동의 경우 관련된 선행연구가 없다. 따라서 본 연구에서는 경계선 성격 성향과 양극성 성향의 정서조절곤란, 충동성, 자기 파괴적 행동을 탐색적으로 살펴보고자 하였다.

## 방 법

### 참여자

전국에 거주하는 대학생 500명을 대상으로 설문조사를 실시하였

고, 불성실한 응답을 제외한 450명의 자료를 사용하여 집단을 구분하였다. 집단 구분은 각 척도의 절단점을 기준으로 하였고, 최종적으로 경계선 성격 성향 34명, 양극성 성향 57명, 통제집단 34명으로 총 125명의 자료를 분석에 사용하였다(Table 1). 또한 집단 간 인구통계학적 요인들의 동질성 검정을 위해 카이 자승 검정을 실시한 결과, 성별( $\chi^2(2) = 2.49, p > .05$ )과 연령( $\chi^2(18) = 12.93, p > .05$ )이 모두 유의하지 않아 세 집단의 인구통계학적 요인들이 동질적인 것으로 나타났다.

### 측정도구

#### 경계선 성격장애 척도(PAI-BOR)

경계선 성격 성향을 측정하기 위해 PAI-BOR을 사용하였다. 이 척도는 Morey(1991)가 개발한 척도로, Hong과 Kim(1998)이 번안하였다. 척도의 전체 문항은 총 23문항이며 하위 요인은 4개로 정서적 불안정(6문항), 정체감 문제(6문항), 부정적 관계(5문항), 자기손상(6문항)이 있다. 4점 척도로 구성되어 있으며 총점이 높을수록 경계선 성격 성향이 높음을 의미한다. 절단점은 39점이며, 원척도의 검사재검사 신뢰도는 .82고, 본 연구에서 Cronbach's  $\alpha$ 는 .91이었다.

#### 경조 증상 체크리스트(HCL-32)

양극성 장애의 경조증 성향을 측정하기 위하여 경조 증상 체크리스트-32 (The hypomania checklist-32, HCL-32)를 사용하였다. 이 척도는 Angst 등(2005)이 개발한 척도로, Oh 등(2009)이 번안하였다. 척도의 전체 문항은 총 32문항이며 하위요인은 2개로 고조된 기분/에너지 증가(18문항), 과민성/충동성(7문항)이 있으며 나머지 7 문항은 하위요인 구성에서 제외된다. 각 문항에 “예” 혹은 “아니오”로 응답하여 총점이 높을수록 경조증 성향이 높음을 의미한다. Oh 등(2009)의 연구에서 절단점은 12점으로 나타났으나 대부분의 연구에서 절단점을 14점으로 제안하고 있으므로(Perugi et al., 2012; Vieta et al., 2007; Wu, Angst, Ou, Chen, & Lu, 2008), 본 연구에서는 절단점을 14점으로 하여 집단을 구분하였다. 원척도의 전체

**Table 1.** Demographic Characteristics of Participants

		Borderline Personality Trait (n = 34)	Bipolar Trait (n = 57)	Healthy Control (n = 34)	Total (N = 125)
Sex	Male	13 (38.2%)	21 (36.8%)	18 (52.9%)	52 (41.6%)
	Female	21 (61.8%)	36 (63.2%)	16 (47.1%)	73 (58.4%)
Age	18-20	14 (41.2%)	21 (36.8%)	16 (47.1%)	51 (40.8%)
	21-23	14 (41.2%)	27 (47.4%)	10 (29.4%)	51 (40.8%)
	24≤	6 (17.6%)	9 (15.8%)	8 (23.5%)	23 (18.4%)
	M(SD)	21.44 (2.03)	21.39 (1.98)	21.50 (5.45)	21.43 (2.12)

Cronbach's  $\alpha$ 는 .82-.86이고, 본 연구에서 Cronbach's  $\alpha$ 는 .84였다.

#### 통합적 한국판 CES-D

양극성 장애의 우울성향을 측정하기 위하여 통합적 한국판 Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)를 사용하였다. 이 척도는 Radloff(1977)가 개발한 척도로 이전에 타당화가 검증된 다른 우울 척도(예, BDI, SDS, MMPI-D)에서 문항이 선별되었다. 국내에서 이미 Shin 등(1991), Chon과 Rhee(1992), Cho와 Kim(1993)이 번안한 바 있으나, Chon 등(2001)은 세 척도를 통합하여 통합적 한국판 CES-D를 개발하였다. 척도의 전체 문항은 총 20문항으로 4점 척도로 구성되어 있으며 총점이 높을수록 우울 성향이 높음을 의미한다. 절단점은 16점이며, 일반인을 대상으로 한 원척도의 전체 Cronbach's  $\alpha$ 는 .85고, 본 연구에서 Cronbach's  $\alpha$ 는 .90이었다.

#### 한국판 정서조절곤란 척도(K-DERS)

정서조절곤란을 측정하기 위해 한국판 정서조절곤란 척도를 사용하였다. 이 척도는 Gratz와 Roemer(2004)가 정서조절곤란을 포괄적으로 평가하기 위해 개발하였고 Cho(2007)가 번안 및 타당화하였다. 원척도와 타당화 연구에서는 6개의 하위요인을 제안하고 있으나, 본 연구에서는 Cho와 Hong(2013)이 제안한 5요인 구조를 따르고자 한다. 척도의 전체 문항은 총 35문항이며 하위요인은 부정적 감정을 경험할 때 자신의 행동을 통제하는 데에 어려움을 반영하는 '충동 통제 곤란(5문항)', 스트레스에 대한 반응을 수용하지 못하거나, 부정적인 감정에 대한 이차적인 부정적 감정을 가지는 경향으로 구성된 '정서에 대한 비수용성(7문항)', 효과적으로 감정을 조절하지 못하는 경향으로 구성된 '정서조절전략에 대한 접근제한(5문항)', 부정적 감정을 경험할 때 업무에 집중하고 완수하는 데에 어려움을 반영하는 '목표지향 행동수행의 어려움(3문항)', 감정적 반응을 알아차리는 것과 자신이 경험한 정서를 잘 알고있는 지를 반영하는 '정서 이해(7문항)'로 이루어져 있다. 5점 척도로 구성되어 있으며 총점이 높을수록 정서조절에 더 어려움을 느끼는 것을 의미한다. 원척도의 전체 Cronbach's  $\alpha$ 는 .93이고, 본 연구에서 Cronbach's  $\alpha$ 는 .94였다.

#### 한국판 다차원적 충동성 척도(UPPS-P)

충동성을 측정하기 위해 한국판 다차원적 충동성 척도를 사용하였다. 이 척도는 Whiteside와 Lynam(2001)이 개발하였고 Cyders 등(2007)이 하위요인을 추가하고 수정하였으며, Lim과 Lee(2014)가 번안 및 타당화하였다. 척도의 전체 문항은 총 59문항이며 하위요인은

부정적 감정 상태에서 성급하게 행동하는 경향성을 반영하는 '부정 긴급성(12문항)', 긍정적인 감정 상태에서 성급하게 행동하는 경향성을 반영하는 '긍정 긴급성(14문항)', 행동하기 전 자신의 행동의 결과를 숙고하는 경향성이 부족함을 반영하는 '계획성 부족(11문항)', 지루하고 어려운 과제에 주의를 유지할 수 있는 능력의 부족을 반영하는 '지속성 부족(10문항)', 흥분되는 활동을 즐기고 추구하며 위험할 수 있는 새로운 경험에 대한 개방성을 반영하는 '감각추구(12문항)'로 구성되어 있다. 4점 척도로 구성되어 있으며 총점이 높을수록 더 충동적인 성향을 지니고 있음을 의미한다. 원척도의 전체 Cronbach's  $\alpha$ 는 .93이고, 본 연구에서 Cronbach's  $\alpha$ 는 .94였다.

#### 폭식 행동 질문지

자기 파괴적 행동 중 폭식 행동을 측정하기 위하여 폭식 행동 질문지를 사용하였다. 이 척도는 Jeong(2010)이 일반 성인들을 대상으로 한 폭식 행동의 정도를 측정하기 위하여 Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2)와 신경성 폭식증 검사 개정판(BULIT-R)과 한국판 식사태도검사(KEAT-26)를 개관하여 선정한 대표 문항 15개를 수정한 것이다. 척도는 단일요인으로 5점 척도로 구성되어 있으며 총점이 높을수록 폭식 행동을 많이 하는 것을 의미한다. Jeong(2010)의 연구에서 전체 Cronbach's  $\alpha$ 는 .90이고, 본 연구에서 Cronbach's  $\alpha$ 는 .95였다.

#### 알코올 사용장애 감별 검사(AUDIT-K)

자기 파괴적 행동 중 문제 음주 행동을 측정하기 위하여 세계보건기구(WHO)에서 개발한 Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)의 한국판을 사용하였다. 척도의 전체문항은 총 10문항으로, 1-8번 문항은 5점 척도로 구성되어 있으며 9번과 10번 문항은 3점 척도로 구성되어 있다. 총점이 높을수록 문제 음주 행동을 많이 하는 것을 의미하며, 본 연구에서 Cronbach's  $\alpha$ 는 .84였다.

#### 분석방법

본 연구는 기관생명윤리위원회(IRB)의 승인(GIRB-A16-Y-0040)을 받아 진행되었으며, SPSS 23.0을 사용하여 자료검증, 집단구분, 기술통계 분석, 상관분석, 척도의 신뢰도 분석 및 ANOVA를 실시하였다. 먼저 선행연구의 집단 구분을 반영하여, 경계선 성격 성향은 PAI-BOR 점수 39점 이상, CES-D 점수 16점 미만, HCL-32 점수 14점 미만을 동시에 충족하는 사례로 선별하였다. 또한 양극성 성향은 HCL-32의 점수 14점 이상, CES-D 점수 16점 이상, PAI-BOR 점수 39점 미만을 동시에 충족하는 사례로 선별하였으며, 통제집단은 HCL-32, CES-D, PAI-BOR 점수가 하위 30%인 사례로 구성

하였다(Lee, 2013). 두 가지 척도로 측정되는 양극성 성향과 자기 파괴적 행동의 총점은 한 척도의 점수가 높아서 전체 점수가 높아질 수 있다. 따라서 각 척도의 점수를 상, 중, 하로 나누어 두 척도의 점수가 모두 '상'일 경우 3점, 한 척도가 '중'에 해당할 경우 2-1점, 모두 '하'일 경우 0점으로 점수를 매겨 하나의 점수를 가지도록 하였다. 이후, 세 집단의 차이를 비교하기 위해 ANOVA를 실시하였고, 집단 간 구체적인 차이를 알아보기 위해 Sheffé 검증법으로 사후분석을 실시하였다. 등분산 가정을 충족하지 않는 변인에는 분산의 이질성에 영향을 덜 받는 Welch의 검정을 사용하였고(Welch, 1938, 1951), 이 경우 Games-Howell 검증법으로 사후분석을 실시하였다(Shingala & Rajyaguru, 2015).

## 결 과

### 변인별 상관분석 및 기술통계

경계선 성격 성향, 양극성 성향, 정서조절곤란, 충동성, 자기 파괴적 행동의 관계를 알아보기 위해 상관분석(pearson correlation)을 실시

하였다. 그 결과 정서조절곤란과 문제 음주의 상관은 유의하지 않았으며, 그 외의 변인들은 모두 유의한 정적 상관이 나타났다(Table 2).

### 경계선 성격 성향과 양극성 성향 간 정서조절곤란의 차이

집단 간 정서조절곤란 총점과 하위 요인별 점수에 대하여 ANOVA를 실시한 결과를 Table 3에 제시하였다. 정서조절곤란 총점, Welch (2, 73) = 74.06,  $p < .001$ , 충동 통제 곤란, Welch (2, 72) = 52.81,  $p < .001$ , 정서에 대한 비수용성, Welch (2, 73) = 27.15,  $p < .001$ , 정서 조절 전략에 대한 접근 제한, Welch (2, 71) = 42.40,  $p < .001$ , 목표 지향 행동 수행의 어려움,  $F(2, 122) = 27.13$ ,  $p < .001$ , 정서이해,  $F(2, 122) = 22.21$ ,  $p < .001$ 에서 집단 간 차이가 유의하게 나타났다. 사후 분석을 실시한 결과, 모든 변인에서 경계선 성격 성향, 양극성 성향, 통제집단 순으로 점수가 높은 것으로 나타났다.

### 경계선 성격 성향과 양극성 성향 간 충동성의 차이

집단 간 충동성 총점과 하위 요인별 점수에 대하여 ANOVA를 실시한 결과를 Table 4에 제시하였다. 충동성 총점,  $F(2, 122) = 44.85$ ,

**Table 2.** Means, Standard Deviations and Pearson Correlations of Variables ( $N = 125$ )

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	$M(SD)$
1	-									29.65 (11.59)
2	.54***	-								1.64 (1.17)
3	.32***	.78***	-							11.98 (5.76)
4	.73***	.68***	.30**	-						20.41 (10.58)
5	.76***	.42***	.19*	.64***	-					62.73 (19.10)
6	.70***	.47***	.35***	.54***	.51***	-				133.22 (23.62)
7	.40***	.53***	.43***	.47***	.23*	.47***	-			1.19 (1.12)
8	.54***	.49***	.34***	.55***	.40***	.53***	.77***	-		39.62 (14.40)
9	.18*	.40***	.41***	.23**	-.05	.29**	.74***	.37***	-	9.36 (6.38)

Note. 1 = borderline personality trait; 2 = bipolar trait; 3 = hypomania; 4 = depression; 5 = emotional dysregulation; 6 = impulsivity; 7 = self-destructive behaviors; 8 = binge eating; 9 = drinking.

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .

**Table 3.** ANOVA of the K-DERS Total Score and Subscale Scores

	BPT ( $n = 34$ )	BT ( $n = 57$ )	HC ( $n = 34$ )	$F(2,122)$	post hoc (Sheffé)	partial $\eta^2$
1 <sup>a</sup>	15.24 (4.53)	11.26 (4.08)	7.03 (2.24)	52.81***	BPT > BT > HC	.39
2 <sup>a</sup>	20.06 (7.04)	15.35 (6.99)	10.21 (4.16)	27.15***	BPT > BT > HC	.25
3 <sup>a</sup>	14.18 (4.39)	10.51 (3.54)	7.12 (2.07)	42.40***	BPT > BT > HC	.36
4	11.56 (1.94)	9.51 (2.48)	7.35 (2.51)	27.13***	BPT > BT > HC	.31
5	19.88 (5.16)	15.79 (3.51)	13.35 (3.81)	22.21***	BPT > BT > HC	.27
6 <sup>a</sup>	80.91 (15.61)	62.42 (14.98)	45.06 (8.80)	74.06***	BPT > BT > HC	.49

Note. BPT = borderline personality trait; BT = bipolar trait; HC = healthy control.

1 = difficulties in controlling impulsive behaviors; 2 = non-acceptance of emotional response; 3 = limited access to emotion regulation strategies; 4 = difficulties in adopting goal-directed behaviors; 5 = awareness and understanding of emotions; 6 = K-DERS total score.

<sup>a</sup>Welch's statistic ( $df = 2, 71-73$ ).

\*\*\* $p < .001$ .

**Table 4.** ANOVA of the UPPS-P Total Score and Subscale Scores

	BPT (n = 34)	BT (n = 57)	HC (n = 34)	F (2,122)	post hoc (Sheffè)	partial $\eta^2$
1	33.82 (5.54)	28.53 (5.13)	20.38 (4.25)	62.01***	BPT > BT > HC	.50
2	35.88 (7.73)	30.98 (7.55)	21.76 (7.97)	29.66***	BPT > BT > HC	.33
3	25.94 (4.61)	23.58 (4.55)	22.24 (3.99)	6.18**	BPT > HC <sup>†</sup>	.09
4 <sup>a</sup>	24.50 (5.22)	22.65 (4.40)	20.88 (3.17)	6.47**	BPT > HC <sup>†</sup>	.09
5	31.29 (8.06)	30.19 (5.89)	25.21 (6.72)	8.17***	BPT = BT > HC	.12
6	151.44 (17.09)	135.93 (19.50)	110.47 (16.44)	44.85***	BPT > BT > HC	.42

Note. BPT = borderline personality trait; BT = bipolar trait; HC = healthy control.

1 = negative urgency; 2 = positive urgency; 3 = lack of premeditation; 4 = lack of perseverance; 5 = sensation seeking; 6 = UPPS-P total score.

<sup>†</sup>BT = BPT, BT = HC.

<sup>a</sup>Welch's statistic ( $df = 2, 71$ ).

\*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .

**Table 5.** ANOVA of the Self-destructive Behaviors Total Score and Subscale Scores

	BPT (n = 34)	BT (n = 57)	HC (n = 34)	F (2,122)	post hoc (Sheffè)	partial $\eta^2$
1	47.22 (13.30)	42.18 (13.16)	27.68 (9.51)	23.75***	BPT = BT > HC	.28
2	9.03 (6.61)	11.68 (6.32)	5.79 (4.31)	10.57***	BT > HC <sup>†</sup>	.15
3 <sup>a</sup>	1.47 (1.02)	1.54 (1.07)	0.32 (.81)	22.55***	BPT = BT > HC	.23

Note. BPT = borderline personality trait; BT = bipolar trait; HC = healthy control.

1 = binge eating; 2 = drinking; 3 = self-destructive behaviors total score.

<sup>†</sup>BPT = BT, BPT = HC.

<sup>a</sup>Welch's statistic ( $df = 2, 74$ ).

\*\*\* $p < .001$ .

$p < .001$ , 부정 긴급성,  $F(2, 122) = 62.01$ ,  $p < .001$ , 긍정 긴급성,  $F(2, 122) = 29.66$ ,  $p < .001$ , 계획성 부족,  $F(2, 122) = 6.18$ ,  $p < .01$ , 지속성 부족, Welch (2, 71) = 6.47,  $p < .01$ , 감각추구  $F(2, 122) = 8.17$ ,  $p < .001$ 에서 집단 간 차이가 유의하게 나타났다. 사후분석을 실시한 결과, 충동성 총점과 하위요인 부정 긴급성, 긍정 긴급성에서는 경계선 성격 성향, 양극성 성향, 통제집단 순으로 점수가 높았으며, 감각 추구는 경계선 성격 성향과 양극성 성향에 차이가 없었다. 계획성 부족과 지속성 부족에서 양극성 성향은 경계선 성격 성향, 통제 집단과 차이가 없었고, 경계선 성격 성향만 통제집단과 차이가 있는 것으로 나타났다.

#### 경계선 성격 성향과 양극성 성향 간 자기 파괴적 행동의 차이

집단 간 자기 파괴적 행동 총점과 하위 요인별 점수에 대하여 ANOVA를 실시한 결과를 Table 5에 제시하였다. 자기 파괴적 행동 총점, Welch (2, 74) = 22.55,  $p < .001$ , 폭식  $F(2, 122) = 23.75$ ,  $p < .001$ , 문제 음주,  $F(2, 122) = 10.57$ ,  $p < .001$ 에서 집단 간 차이가 유의하게 나타났다. 사후분석을 실시한 결과, 자기 파괴적 총점과 폭식은 경계선 성격 성향과 양극성 성향 간 차이가 없었고 문제 음주에서 경계선 성격 성향은 양극성 성향, 통제집단과 차이가 없었고, 양극성 성향만 통제집단과 차이가 있는 것으로 나타났다.

## 논 의

경계선 성격장애와 양극성 장애는 현상학적으로 보았을 때 정서를 조절하는 데 어려움을 느끼고(Fletcher et al., 2014), 충동적이며(Bøen et al., 2015), 폭식을 하거나(Campos, dos Santos, Cordás, Angst, & Moreno, 2013; Cassin & von Ranson, 2005) 문제 음주 행동(Coid, 1993; Merikangas et al., 2008)을 보이는 유사한 임상특징을 가지고 있다. 이에 두 장애의 관계를 알아보기 위한 다양한 연구들이 이루어지고 있으며 대부분 연구들이 두 장애의 유사점과 차이점을 비교하는 데 초점을 맞추고 있다(Bayes, McClure, et al., 2016; Bayes, Parker, et al., 2016; Bøen et al., 2015; Fiedorowicz & Black, 2010; Fletcher et al., 2014; Henry et al., 2001; Nilsson et al., 2010; Parker et al., 2016). 선행연구에 따르면 정서조절곤란과 충동성은 양극성 장애보다 경계선 성격장애의 정도가 더 심각한 것으로 나타나고 있으나 이러한 연구들은 아직 시작 단계로서 탐색적으로 이루어지는 것이 대부분이며 연구결과가 일관적이지 않다. 또한 선행연구에서는 두 장애의 공통되는 임상상인 자기 파괴적 행동에 대해서는 살펴보지 않았다. 따라서 본 연구에서는 정서조절곤란, 충동성, 그리고 자기 파괴적 행동을 중심으로 집단을 비교해보고자 하였다. 또한 성향은 추후 장애로 발달할 수 있는 위험요

인으로써, 성향자를 대상으로 장애군을 이해할 수 있다(Angst & Cassano, 2005; Eckblad & Chapman, 1986; Hong & Kim, 1998; Kim & Oh, 1996; Trull, 1995; Walsh, DeGeorge, Barrantes-Vidal, & Kwapil, 2015). 이에 따라 본 연구에서는 각 장애의 성향을 지닌 고위험군을 대상으로 통제집단과 함께 비교하였다.

본 연구의 결과는 다음과 같다.

먼저 정서조절곤란의 총점과 정서조절의 하위요인 모두에서 경계선 성격 성향, 양극성 성향, 통제집단 순으로 점수가 높게 나타났다. 이는 경계선 성격 성향자가 양극성 성향자보다 부정적 감정을 경험할 때 자신의 행동을 통제하는 걸 어려워하고, 스트레스에 대한 반응을 수용하지 못하는 경향이 있으며, 부정적인 감정의 이차적인 부정적인 감정을 가지고, 효과적으로 감정을 조절하지 못하며, 부정적 감정을 경험할 때 업무를 완수하는 것을 어려워하고, 감정적 반응을 알아차리거나 자신의 정서를 잘 알지 못하는 것을 의미한다. 즉 경계선 성격 성향자가 양극성 성향자보다 전반적으로 정서조절을 하는 데 더 어려움을 겪는다.

둘째, 충동성의 총점은 경계선 성격 성향, 양극성 성향, 통제집단 순으로 점수가 높게 나타났다. 구체적으로 하위요인별 사후분석에서, 부정 긴급성과 긍정 긴급성은 충동성 총점과 같은 결과를 보였으나 계획성 부족, 지속성 부족과 감각추구는 경계선 성격 성향과 양극성 성향에서 차이가 없었다. 즉 경계선 성격 성향이 양극성 성향보다 부정적 감정에 의한 충동성이 두드러지지만 그 외의 충동성의 수준은 유사함을 의미한다.

마지막으로 자기 파괴적 행동에서 두 성향 간의 차이가 발견되지 않았으며 폭식과 문제 음주에서도 경계선 성격 성향과 양극성 성향의 차이가 유의하지 않은 것으로 나타났다. 이는 두 성향 중 어느 쪽의 수준이 더 심각하다고 말하기 어려움을 의미한다. 따라서 임상장면에서는 자기 파괴적 행동의 종류나 수준으로 두 장애를 구분하는 것은 지양해야 할 것이다.

본 연구의 결과를 요약해보면, 경계선 성격 성향자는 양극성 성향자보다 정서조절에 더 어려움을 겪으며 더 충동적인 성향을 보이는데, 특히 정서로 인한 충동성이 더 높다. 반면, 자기 파괴적 행동에서는 두 성향의 수준이 유사하여 구분하기 어려운 것으로 나타났다.

본 연구의 임상적 시사점은 다음과 같다.

첫째, 국내 문화를 반영하여 경계선 성격 성향과 양극성 성향의 유사한 임상양상을 처음으로 비교하였다. 먼저 본 연구에 사용된 척도의 일부는 개발 당시 요인구조와 다른 양상을 띠고 있으며, 이는 문화적 차이를 반영한다(Cho & Hong, 2013; Chon et al., 2001; Hong & Kim, 1998). 선행연구와의 차이점들 또한 문화적 차이로

볼 수 있는데, 먼저 경계선 성격장애와 2형 양극성 장애를 비교한 Fletcher 등(2014)의 연구에서는 충동 통제와 정서조절 전략에 대한 접근제한을 제외한 모든 요인에서 차이가 없었고, 양극성 관련 장애와 경계선 성격장애를 비교한 Bayes와 Parker 등(2016)의 연구에서는 목표지향 행동의 어려움을 제외한 모든 요인에서 차이가 있었다. 하지만 본 연구에서는 모든 요인에서 세 집단의 차이가 유의하여 기존 연구들과 다른 연구 결과가 나타났다. 주목할만한 점은 본 연구의 양극성 성향 집단은 2형 양극성 장애의 기준으로 구성되어 있는데, 2형 양극성 장애와 비교한 Fletcher 등(2014)의 연구결과와 상당부분이 상이하게 나타났다는 점이다. 이러한 결과는 임상집단과 준임상집단에 대한 차이일 수도 있지만, 본 연구에서 집단을 구성할 때 장애를 정확하게 진단하기 위해 검증된 절단점을 이용하였으며 집단이 장애의 성질을 가지고 있다는 점을 고려했을 때, 이는 문화적 차이일 수 있다. 두 장애의 관계에 대한 선행연구들은 서양문화권에서 이루어지고 있는데, 개인주의 사회인 서양문화권에서는 자신을 일차 참조대상으로 하는 분화정서(disengaging emotion)가 발달하는 반면, 우리나라와 같이 집단주의 사회는 집단과 관계를 더 중요시하기 때문에 타인을 일차 참조대상으로 하는 관계정서(engaging emotion)가 발달하게 된다(Kitayama, Mesquita, & Karasawa, 2006). 경계선 성격장애의 경우 대인관계적 민감성에 의해 기분이 불안정해지지만 양극성 장애의 경우 자주적이라는 특징이 있기 때문에(APA, 2013; Fiedorowicz & Black, 2010), 국내의 경계선 성격장애가 서양의 경계선 성격장애보다 더 관계정서가 발달되어 있으며 집단주의 문화의 특성때문에 서양에 비해 대인관계로 인한 더 극심한 기분 불안정성을 보고할 수 있다. 마찬가지로 국내의 양극성 장애는 집단주의적 문화 특성상 서양에 비해 분화정서가 덜 발달되어 있으며, 자율적인 기분 불안정성을 가지는 양극성 장애의 특성과 우리나라의 집단주의적 문화를 고려할 때 서양에 비해 기분 불안정성을 덜 보고할 수 있다. 따라서 본 연구의 결과는 이러한 문화적 차이가 반영되어 선행연구들에 비해 경계선 성격 성향이 양극성 성향보다 전반적으로 더 정서조절에 어려움을 겪는 것으로 나타났다고 이해할 수 있다.

정서조절곤란과 달리 충동성은 문화적 차이라기보다는 가능성이 있는 정도로 보인다. 충동성의 경우 Boen 등(2015)의 연구에서 지속성 부족은 경계선 성격장애, 양극성 장애, 통제집단 순으로 점수가 낮았으나, 본 연구에서는 양극성 성향이 통제집단과 경계선 성격성향과의 차이가 유의하지 않은 것으로 나타났다. 뿐만 아니라 감각추구도 선행연구에서는 세 집단 간 차이가 없게 나타났으나 본 연구에서는 경계선 성격 성향과 양극성 성향이 통제집단과 유의한 차이를 보였다. 감각추구는 Boen 등(2015)의 연구에서 통제집단과 장



에 집단 간 차이가 없었지만, Fornaro 등(2013)과 Jacob 등(2010)의 연구에서는 경계선 성격장애와 양극성 장애가 각각 통제집단과 차이가 유의한 것으로 보고된 바 있다. 따라서 이후 연구를 통해 결과들이 일치하는지 살펴볼 필요가 있다. 지속성 부족의 경우 ADHD의 부주의형과 관련이 있으며(Miller, Flory, Lynam, & Leukefeld, 2003; Smith et al., 2007), 한국인은 미국인에 비해 ADHD 부주의형의 비율이 높고 과잉행동, 충동성의 비율이 더 낮다는 보고가 있다(Kim, 2003). 본 연구 결과가 이러한 문화적 차이에 영향을 받았을 수도 있으나, 그렇게만 이해하기에는 어려움이 있기 때문에 문화적 차이로 해석하는 것은 주의해야 한다.

둘째, 통제집단을 사용하여 성향이 없는 집단과 경계선 성격 성향, 양극성 성향 간 차이가 있는지 살펴보았다. 정서조절곤란은 모든 요인에서 세 집단 간 차이가 유의하였고, 충동성의 경우 하위요인 중 계획성 부족, 지속성 부족은 세 집단 간 차이는 유의하였으나 다른 하위요인에 비해 효과크기가 작게 나타났으며, 양극성 성향과 통제집단 간 차이가 나타나지 않아 통제집단과 차이가 없는 것으로 나타났다. 이는 경계선 성격장애와 양극성 장애의 충동성에 대해 알려져 있는 것과는 다소 다른 것을 확인할 수 있는데(APA, 2013), 이렇게 일반인과의 차이가 없다는 결과가 나타난 이유로 생각해 볼 수 있는 것은 본 연구 대상자가 기능이 좋은 대학생이라는 점이다. 경계선 성격 성향과 양극성 성향의 개인이 일반인에 비해 조금 부족해 보일지라도, 수업을 듣고 학업을 이어가는 데 있어 계획을 세우고 집중하여 업무를 완료하는 능력, 즉 지속성이나 계획성이 필요하기 때문에 이러한 부분이 영향을 미칠 수 있다.

그리고 자기 파괴적 행동 중 문제 음주에서 경계선 성격 성향과 통제집단 간 차이가 유의하지 않은 것으로 나타났다. 해외 선행연구에서 경계선 성격장애와 문제 음주 간의 관계가 증명되었을 뿐만 아니라 국내 Choi(1998)의 연구에서 음주빈도와 문제성 음주에서 경계선 성격 성향과 통제집단의 차이가 유의하게 나타난 바 있다. 본 연구의 결과가 선행연구들과 다소 상이한 부분이 있으나, 국내에서 경계선 성격 성향과 문제 음주의 관계에 대한 연구는 아직 많이 부족하기 때문에 추후 더 많은 연구가 뒷받침되어야 할 것이다.

이러한 결과들은 경계선 성격 성향과 양극성 성향 집단을 구분할 수 있는 정보를 제공한다. 경계선 성격 성향과 달리 양극성 성향은 통제집단과 비교했을 때 계획성 부족과 지속성 부족에서 차이가 유의하지 않았으며, 양극성 성향과 달리 경계선 성격 성향은 통제집단과 비교했을 때 문제 음주의 차이가 유의하지 않았다. 이는 임상 장면에서 두 성향을 구분하는 지표로서 도움을 줄 수 있을 것이다.

셋째, 경계선 성격장애와 양극성 장애가 자기 파괴적 행동을 보인다는 공통점이 있음에도 불구하고, 선행연구에서는 정서조절곤

란이나 정서조절 전략, 충동성을 중심으로 비교해왔다(Bayes, Parker, et al., 2016; Bøen et al., 2015; Fletcher et al., 2014). 이에 본 연구에서는 그러한 내적 요인과 함께 객관적으로 관찰 가능한 자기 파괴적 행동을 함께 비교하였다. 본 연구의 결과는 폭식과 문제 음주에 한정되기 때문에 자기 파괴적 행동 전체에 일반화시켜서는 안된다. 자기 파괴적 행동은 폭식과 문제 음주 외에도 다양하게 측정될 수 있으며 특히 경계선 성격장애와 양극성 장애는 자살시도나 자해행동 또한 두드러지기 때문에(APA, 2013; Joyce, Light, Rowe, Cloninger, & Kennedy, 2010; Song, 2010) 다양한 자기 파괴적 행동에 대한 연구의 필요성이 시사된다.

본 연구의 제한점은 다음과 같다.

첫째, 자기 보고식 척도만 사용하여 집단을 구성하였다. 자기 보고식 척도는 사회적 바람직성에 따른 방어적 답변을 이끌 수 있으며 응답을 왜곡할 가능성이 있다. 특히 선행연구에 따르면 경계선 성격장애와 양극성 장애 선별척도가 서로 공유되는 부분이 있어 감별이 어려운데(Baryshnikov et al., 2015), 본 연구에서는 자기 보고식 척도의 절단점에 의존하여 집단을 구분하였다. 즉 본 연구는 집단이 명확하게 구분되지 않아 각 장애에 서로 공존이환의 가능성을 가진 사례가 있을 수 있으며, 이는 연구 결과에 영향을 미칠 수 있다. 따라서 추후연구에서는 행동관찰이나 구조화된 면담, 투사검사 등 다양한 방법들을 사용하여 대상자를 선정할 필요가 있다. 또한 본 연구결과를 임상 장면에서 활용할 때에는 맹신하기보다는 참고하는 정도로만 이용하는 것이 더 바람직할 것이다.

둘째, 표본이 적다. 본 연구에서는 500명을 대상으로 설문지를 돌려줌에도 불구하고, 집단을 구분하는 과정에서 약 380개의 사례가 제외되었다. 선행연구들의 사례 수가 집단별로 25명 이내인 것에 비해(Bayes, Parker, et al., 2016; Bøen et al., 2015; Fletcher et al., 2014) 본 연구의 사례 수가 더 많긴 하나, 일반화하기 위해서는 추후 연구들이 더 필요할 것으로 보인다.

셋째, 두 장애의 비교연구들은 대부분 경계선 성격장애와 2형 양극성 장애를 중심으로 이루어지고 있다. 따라서 추후 연구에서는 1형 양극성 장애와 2형 양극성 장애, 순환성 장애 등 양극성 관련 장애의 하위 장애들과 경계선 성격장애를 비교하여 양극성 장애별로 다른 차이를 보이는지 살펴보는 것 또한 두 장애를 이해하는 데 도움이 될 것이다.

## References

- Angst, J., Adolfsson, R., Benazzi, F., Gamma, A., Hantouche, E., Meyer, T. D., . . . Scott, J. (2005). The HCL-32: Towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients. *Journal*

- of *Affective Disorders*, 88, 217-233.
- Angst, J., & Cassano, G. (2005). The mood spectrum: Improving the diagnosis of bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 7, 4-12.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Bahk, W. M., & Jon, D. I. (2014). *Textbook of Bipolar Disorders*. Seoul: Sigma Press.
- Baryshnikov, I., Aaltonen, K., Koivisto, M., Näätänen, P., Karpov, B., Melartin, T., . . . Isometsä, E. (2015). Differences and overlap in self-reported symptoms of bipolar disorder and borderline personality disorder. *European Psychiatry*, 30, 914-919.
- Baumeister, R. F., & Scher, S. J. (1988). Self-defeating behavior patterns among normal individuals: Review and analysis of common self-destructive tendencies. *Psychological Bulletin*, 104, 3-22.
- Bayes, A., McClure, G., Fletcher, K., del Moral, Y. R. R., Hadzi-Pavlovic, D., Stevenson, J., . . . Parker, G. (2016). Differentiating the bipolar disorders from borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 133, 187-195.
- Bayes, A., Parker, G., & McClure, G. (2016). Emotional dysregulation in those with bipolar disorder, borderline personality disorder and their comorbid expression. *Journal of Affective Disorders*, 204, 103-111.
- Benazzi, F. (2006). Borderline personality–bipolar spectrum relationship. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 30, 68-74.
- Bøen, E., Hummelen, B., Elvsåshagen, T., Boye, B., Andersson, S., Karterud, S., & Malt, U. F. (2015). Different impulsivity profiles in borderline personality disorder and bipolar II disorder. *Journal of Affective Disorders*, 170, 104-111.
- Campos, R. N., dos Santos, R. D., Cordás, T. A., Angst, J., & Moreno, R. A. (2013). Occurrence of bipolar spectrum disorder and comorbidities in women with eating disorders. *International Journal of Bipolar Disorders*, 1, 25.
- Cassin, S. E., & von Ranson, K. M. (2005). Personality and eating disorders: A decade in review. *Clinical Psychology Review*, 25, 895-916.
- Cho, M. J., & Kim, K. H. (1993). The diagnostic validity of the CES-D (Korean version) in the assessment of DSM-III-R major depression. *The Journal of Korean Neuropsychiatric Association*, 32, 381-399.
- Cho, Y. R. (2007). Assessing emotion dysregulation. *The Korean Journal of Clinical Psychology*, 26, 1015-1038.
- Cho, Y. R., & Hong, S. H. (2013). The new factor structure of the Korean version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (K-DERS) incorporating method factor. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 46, 192-201.
- Choi, E. J. (1998). *The Validation Study of the Personality Assessment Inventory-Borderline Features Scale (PAI-BOR) in College Students*. (Unpublished master's thesis). Yonsei University, Seoul, Korea.
- Chon, K. K., Choi, S. C., & Yang, B. C. (2001). Integrated adaptation of CES-D in Korea. *The Korean Journal of Health Psychology*, 6, 59-76.
- Chon, K. K., & Rhee, M. K. (1992). Preliminary development of Korean version of CES-D. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 11, 65-76.
- Christensen, M. V., & Kessing, L. V. (2006). Do personality traits predict first onset in depressive and bipolar disorder? *Nordic Journal of Psychiatry*, 60, 79-88.
- Coid, J. W. (1993). An affective syndrome in psychopaths with borderline personality disorder? *The British Journal of Psychiatry*, 162, 641-650.
- Cyders, M. A., Smith, G. T., Spillane, N. S., Fischer, S., Annus, A. M., & Peterson, C. (2007). Integration of impulsivity and positive mood to predict risky behavior: Development and validation of a measure of positive urgency. *Psychological Assessment*, 19, 107-118.
- Eckblad, M., & Chapman, L. J. (1986). Development and validation of a scale for hypomanic personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 214-222.
- Fiedorowicz, J. G., & Black, D. W. (2010). Borderline, bipolar, or both? *Current Psychiatry*, 9, 20-32.
- Fletcher, K., Parker, G., Bayes, A., Paterson, A., & McClure, G. (2014). Emotion regulation strategies in bipolar II disorder and borderline personality disorder: Differences and relationships with perceived parental style. *Journal of Affective Disorders*, 157, 52-59.
- Fornaro, M., Ventriglio, A., De Pasquale, C., Pistorio, M. L., De Berardis, D., Cattaneo, C. I., . . . Elassy, M. (2013). Sensation seeking in major depressive patients: Relationship to sub-threshold bipolarity and cyclothymic temperament. *Journal of Affective Disorders*, 148, 375-383.
- Frye, M. A., Althuler, L. L., McElroy, S. L., Suppes, T., Keck, P. E., Denicoff, K., . . . Pollio, C. (2003). Gender differences in prevalence, risk, and clinical correlates of alcoholism comorbidity in bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160, 883-889.
- Goldberg, J. F., & Garino, J. L. (2009). Age at onset of bipolar disorder and risk for comorbid borderline personality disorder. *Bipolar Disorders*, 11, 205-208.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.
- Gunderson, J. G., Weinberg, I., Daversa, M. T., Kueppenbender, K. D., Zanarini, M. C., Shea, M. T., . . . Morey, L. C. (2006). Descrip-

- tive and longitudinal observations on the relationship of borderline personality disorder and bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1173-1178.
- Hagan, L. D., & Guilmette, T. J. (2015). DSM-5: Challenging diagnostic testimony. *International Journal of Law and Psychiatry*, 42-43, 128-134.
- Henry, C., Mitropoulou, V., New, A. S., Koenigsberg, H. W., Silverman, J., & Siever, L. J. (2001). Affective instability and impulsivity in borderline personality and bipolar II disorders: Similarities and differences. *Journal of Psychiatric Research*, 35, 307-312.
- Hong, S. H., & Kim, Y. H. (1998). A validation study of the borderline personality disorder scale in Korean university students. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 17, 259-271.
- Hwang, S. H., & Lee, H. J. (2011). The role of dichotomous thinking in college students with borderline personality traits. *Cognitive Behavior Therapy in Korea*, 11, 75-94.
- Jacob, G. A., Gutz, L., Bader, K., Lieb, K., Tüscher, O., & Stahl, C. (2010). Impulsivity in borderline personality disorder: Impairment in self-report measures, but not behavioral inhibition. *Psychopathology*, 43, 180-188.
- Jeong, S. J. (2010). *The effect of impulsiveness and social support on binge eating and drinking problem: The mediation of difficulties in emotional regulation*. (Unpublished master's thesis). Gyeongsang National University, Jinju, Korea.
- Joyce, P. R., Light, K. J., Rowe, S. L., Cloninger, C. R., & Kennedy, M. A. (2010). Self-mutilation and suicide attempts: Relationships to bipolar disorder, borderline personality disorder, temperament and character. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 250-257.
- Kay, J. H., Altshuler, L. L., Ventura, J., & Mintz, J. (1999). Prevalence of axis II comorbidity in bipolar patients with and without alcohol use disorders. *Annals of Clinical Psychiatry*, 11, 187-195.
- Kim, A. A., & Oh, K. J. (1996). Psychological characteristics of hypomanic tendency as a risk factor for bipolar disorder. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 15, 103-115.
- Kim, B. N. (2016). *Testing the Behavioral Activation System Model of Bipolar Disorder in the High-Risk Group*. (Unpublished doctoral dissertation). Seoul National University, Seoul, Korea.
- Kim, B. S., Kim, S. Y., Choe, J. W., Joo, Y. H., Yoon, D. H., Han, N. J., . . . Kim, S. O. (2010). The relation of bipolar tendency with Type A behavior pattern, perceived stress, and lifestyle: Comparison between mood disorder questionnaire positive and negative respondents. *Korean Journal of Psychosomatic Medicine*, 18, 19-29.
- Kim, C. S. (2016). The consideration of the transition history and periodic meanings of DSM. *Korean Journal of Health Psychology*, 21, 475-493.
- Kim, E. J. (2003). The validation of Korean Adult ADHD Scale (K-AADHDS). *Korean Journal of Clinical Psychology*, 22, 897-911.
- Kim, Y. A., & Oh, K. J. (1996). Psychological characteristics of hypomanic tendency as a risk factor for bipolar disorder. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 15, 103-115.
- Kitayama, S., Mesquita, B., & Karasawa, M. (2006). Cultural affordances and emotional experience: Socially engaging and disengaging emotions in Japan and the United States. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91, 890-903.
- Koukopoulos, A., Sani, G., & Ghaemi, S. N. (2013). Mixed features of depression: Why DSM-5 is wrong (and so was DSM-IV). *British Journal of Psychiatry*, 203, 3-5.
- Lee, A. R. (2013). *Differences in BAS Dysregulation Between Depressive Groups with and without Hypomanic Personality Features*. (Unpublished master's thesis). Seoul National University, Seoul, Korea.
- Lee, M. H., & Chae, K. M. (2012). The relationship between negative affect and binge eating behavior - Focusing on the mediating effect of difficulties with emotional regulation. *Cognitive Behavior Therapy in Korea*, 12, 129-144.
- Lim, S. Y., & Lee, Y. H. (2014). A Korean validation of the UPPS-P impulsive behavior scale in college students. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 33, 51-71.
- MacKinnon, D. F., & Pies, R. (2006). Affective instability as rapid cycling: Theoretical and clinical implications for borderline personality and bipolar spectrum disorders. *Bipolar Disorders*, 8, 1-14.
- Merikangas, K. R., Herrell, R., Swendsen, J., Rössler, W., Ajdacic-Gross, V., & Angst, J. (2008). Specificity of bipolar spectrum conditions in the comorbidity of mood and substance use disorders: results from the Zurich cohort study. *Archives of General Psychiatry*, 65, 47-52.
- Miller, J., Flory, K., Lynam, D., & Leukefeld, C. (2003). A test of the four-factor model of impulsivity-related traits. *Personality and Individual Differences*, 34, 1403-1418.
- Min, S. K., Kang, H. J., Koh, K. B., Koo, M. S., Ki, S. W., Kim, K. H., . . . Choe, E. H. (2015). *Modern Psychiatry*. Seoul: Ilchokak.
- Morey, L. C. (1991). *Personality assessment inventory: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Morgenstern, J., Langenbucher, J., Labouvie, E., & Miller, K. J. (1997). The comorbidity of alcoholism and personality disorders in a clinical population: Prevalence and relation to alcohol typology variables. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 74-84.
- Mutschler, J., Grosshans, M., Koopmann, A., Hermann, D., Diehl, A., Mann, K., & Kiefer, F. (2010). Supervised disulfiram in relapse prevention in alcohol-dependent patients suffering from comorbid borderline personality disorder—A case series. *Alcohol and Alcoholism*, 45, 146-150.
- Nilsson, A. K. K., Jørgensen, C. R., Straarup, K. N., & Licht, R. W. (2010). Severity of affective temperament and maladaptive self-schemas differentiate borderline patients, bipolar patients, and controls. *Comprehensive Psychiatry*, 51, 486-491.

- Noh, S. S., & Cho, Y. G. (2013). Development and effect of a Self-Compassion Cultivation Program for young adults with the features of borderline personality disorder. *Korean Journal of Clinical Psychology, 32*, 97-121.
- Oh, M. Y., Angst, J., Sung, T. H., Lee, E. H., Hong, K. S., Lee, D. S., & Kim, J. H. (2009). Reliability and validity of the Hypomania symptom checklist-32 in Korea. *Korean Journal of Clinical Psychology, 28*, 321-338.
- Park, J. M., Seo, S. G., & Lee, H. J. (2007). Emotion dysregulation in young adults with borderline personality disorder features. *Korean Journal of Clinical Psychology, 26*, 717-730.
- Park, J. S. (2009). *A Study in Emotion Dysregulation of Adolescents with Borderline Personality Disorder Features*. (Unpublished doctoral dissertation). Chung-Ang University, Seoul, Korea.
- Parker, G., Bayes, A., McClure, G., Del Moral, Y. R. R., & Stevenson, J. (2016). Clinical status of comorbid bipolar disorder and borderline personality disorder. *The British Journal of Psychiatry, 209*, 209-215.
- Perugi, G., Fornaro, M., Marenmani, I., Canonico, P. L., Carbonatto, P., Mencacci, C., . . . Vampini, C. (2012). Discriminative hypomania checklist-32 factors in unipolar and bipolar major depressive patients. *Psychopathology, 45*, 390-398.
- Perugi, G., Toni, C., Traverso, M. C., & Akiskal, H. S. (2003). The role of cyclothymia in atypical depression: Toward a data-based reconceptualization of the borderline-bipolar II connection. *Journal of Affective Disorders, 73*, 87-98.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, 1*, 385-401.
- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2013). The relationship between borderline personality and obesity. *Innovations in Clinical Neuroscience, 10*, 36-40.
- Saunders, K., Bilderbeck, A., Price, J., & Goodwin, G. (2015). Distinguishing bipolar disorder from borderline personality disorder: A study of current clinical practice. *European Psychiatry, 30*, 965-974.
- Shin, S. C., Kim, M. K., Yun, K. S., Kim, J. H., Lee, M. S., Moon, S. J., . . . Yoo, K. J. (1991). The center for epidemiologic studies-Depression scale (CES-D): Its use in Korea. *The Journal of Korean Neuropsychiatric Association, 30*, 752-767.
- Shingala, M. C., & Rajyaguru, A. (2015). Comparison of post hoc tests for unequal variance. *International Journal of New Technologies in Science and Engineering, 2*, 22-33.
- Smith, G. T., Fischer, S., Cyders, M. A., Annus, A. M., Spillane, N. S., & McCarthy, D. M. (2007). On the validity and utility of discriminating among impulsivity-like traits. *Assessment, 14*, 155-170.
- Song, J. Y. (2010). *Assessment of risk factors for suicide attempts in patients with bipolar disorder*. (Unpublished master's thesis). Seoul National University, Seoul, Korea.
- Tice, D. M., Bratslavsky, E., & Baumeister, R. F. (2001). Emotional distress regulation takes precedence over impulse control: If you feel bad, do it! *Journal of Personality and Social Psychology, 80*, 53-67.
- Trull, T. J. (1995). Borderline personality disorder features in non-clinical young adults: 1. Identification and validation. *Psychological Assessment, 7*, 33-41.
- Vieta, E., Gasto, C., Otero, A., Nieto, E., & Vallejo, J. (1997). Differential features between bipolar I and bipolar II disorder. *Comprehensive Psychiatry, 38*, 98-101.
- Vieta, E., Sanchez-Moreno, J., Bulbena, A., Chamorro, L., Ramos, J., Artal, J., . . . Lahuerta, J. (2007). Cross validation with the mood disorder questionnaire (MDQ) of an instrument for the detection of hypomania in Spanish: The 32 item hypomania symptom check list (HCL-32). *Journal of Affective Disorders, 101*, 43-55.
- Walsh, M. A., DeGeorge, D. P., Barrantes-Vidal, N., & Kwapil, T. R. (2015). A 3-year longitudinal study of risk for bipolar spectrum psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology, 124*, 486.
- Welch, B. (1938). The significance of the difference between two means when the population variances are unequal. *Biometrika, 29*, 350-362.
- Welch, B. (1951). On the comparison of several mean values: An alternative approach. *Biometrika, 38*, 330-336.
- 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.
- Whiteside, S. P., & Lynam, D. R. (2003). Understanding the role of impulsivity and externalizing psychopathology in alcohol abuse: Application of the UPPS impulsive behavior scale. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 11*, 210-217.
- Wildes, J. E., Marcus, M. D., & Fagiolini, A. (2008). Prevalence and correlates of eating disorder co-morbidity in patients with bipolar disorder. *Psychiatry Research, 161*, 51-58.
- Wittchen, H. U. (1996). Critical issues in the evaluation of comorbidity of psychiatric disorders. *The British Journal of Psychiatry, 168*, 9-16.
- Wu, Y. S., Angst, J., Ou, C. S., Chen, H. C., & Lu, R. B. (2008). Validation of the Chinese version of the hypomania checklist (HCL-32) as an instrument for detecting hypo (mania) in patients with mood disorders. *Journal of Affective Disorders, 106*, 133-143.

## 국문초록

### 경계선 성격 성향과 양극성 성향의 비교

최소연, 이민규, 박준호

경상대학교 심리학과

본 연구의 목적은 경계선 성격 성향과 양극성 성향을 정서조절곤란, 충동성, 자기 파괴적 행동을 중심으로 비교하는 것이다. 최종적으로 대학생 125명(경계선 성격 성향 34명, 양극성 성향 57명, 통제집단 34명)의 자료로 분석을 실시하였다. 연구 질문지로 경계선 성격장애 척도 (PAI-BOR), 경조 증상 체크리스트-32 (HCL-32), 통합적 한국판 CES-D, 정서조절곤란 척도(K-DERS), 다차원적 충동성 척도(UPPS-P), 폭식 행동 질문지, 알코올 사용장애 감별검사(AUDIT-K)를 사용하였다. SPSS 23.0를 사용하여 신뢰도 분석, 기술통계, 상관분석, ANOVA를 실시하였으며, 집단 간 구체적인 차이를 알아보기 위해 사후분석을 추가로 실시하였다. 분석 결과, 정서조절곤란과 문제 음주 간 상관은 유의하지 않았으며 그 외 변인들 간에 정적 상관이 나타났다. 또한 DERS와 UPPS-P는 양극성 성향과 비교하여 경계선 성격 성향에서 더 유의하게 점수가 높았다. 자기 파괴적 행동 점수는 두 성향 간 차이가 유의하지 않았다. 본 연구의 한계점과 의의에 대해 논의하였으며 추가로 향후 연구 방향에 대해 제시하였다.

주요어: 경계선 성격 성향, 양극성 성향, 정서조절곤란, 충동성, 자기 파괴적 행동