

경계선 성격장애 성향이 우울에 미치는 영향: 심리적 유연성의 매개효과 검증

허 연 주

이 민 규[†]

경상대학교 심리학과

본 연구는 경계선 성격장애 성향과 우울 간의 관계에서 심리적 유연성의 매개효과를 살펴보기 하였다. 경남에 소재한 4개의 대학교 소속인 대학생 이상의 성인 328명(남학생 131명, 여학생 197명)을 대상으로 성격장애 진단검사, 수용-행동 질문지(AAO-II), 한국 우울증 척도(KDS)를 사용하여 설문조사를 실시하였으며 구조방정식 모형을 사용하여 경계선 성격장애 성향과 우울의 관계에서 심리적 유연성의 매개효과를 검증하였다. 분석 결과, 경계선 성격장애 성향과 우울은 유의하게 정적 상관을 나타냈고 심리적 유연성과 경계선 성격장애 성향, 우울은 부적 상관을 나타냈다. 그리고 심리적 유연성은 경계선 성격장애 성향과 우울과의 관계에서 부분매개효과를 나타냈지만 이 매개효과는 성별에서 차이를 보였다. 경계선 성격장애 성향과 우울과의 관계에서 심리적 유연성이 부분매개한다는 여성 집단의 결과에 반해, 남성 집단에서는 심리적 유연성의 완전매개모형이 적합한 것으로 밝혀졌다. 본 연구의 이러한 결과들은 경계선 성격장애 성향이 있는 사람들의 우울 치료에서 '심리적 수용'에 대해 다루는 것의 중요성을 시사한다. 끝으로 본 연구의 제한점과 향후 연구방향을 기술하였다.

주요어 : 경계선 성격장애, 우울, 심리적 유연성, 경험 회피

[†] 교신저자(Corresponding Author) : 이민규 / 경상대학교 사회과학대학 심리학과 / (660-701) 경상남도 진주시 진주대로 501 / Tel : 055-772-1264 / E-mail : rmk92@chol.com

인간은 모두 자신들을 특징짓는 특유의 성격특성을 가지고 있다. 이 특성들은 우리가 다른 사람들과 관계하고, 행동하고, 생각하고, 지각할 때 사용하는 방식이라고 말할 수 있다. 다양한 개인적 혹은 사회적 상황에서 나타나는 비교적 지속적인 지각, 행동 및 사고 유형인 성격특성들이 융통성 없이 부적응적으로 작동해서 기능적인 손상이나 주관적인 고통을 유발시킬 때 성격장애(Personality Disorder)라고 부른다(APA, 1994). 이러한 성격장애는 사춘기 후기에 나타나서 전형적으로 개인이나 대인관계 기능에 만성적인 영향을 끼치는데(Skodol, 2012), 10가지 성격장애 중에서 입원 및 외래 현장에서 가장 빈번하게 진단되는 것으로 알려진 성격장애는 경계선 성격장애로 알려져 있다. 경계선 성격장애의 유병률은 일반인구의 2%, 정신과 외래환자의 10%, 정신과 입원 환자의 20% 정도로 추정되지만(APA, 2013) 나아가 많아지면서 그 부적응성이 덜 드러나거나 특정 성별에서 더 유의하게 나타나기도 하고(권석만, 2014) 오히려 흔하기 때문에 심각성이 과소평가되기도 한다.

경계선 성격장애(Borderline Personality Disorder)란 정서적이고 극적인 성격특성을 나타내는 B군 성격장애의 한 유형으로 극단적인 심리적 불안정성, 분노통제의 어려움, 손상을 야기할 정도의 충동적이고 자기파괴적인 행동의 반복, 만성적인 공허함, 불안정한 대인관계, 정체감 혼란 등의 증상들로 특징지어진다. 하지만 정신증과 신경증에 속하는 증상을 일부 나타내면서 그 어느 쪽으로도 분류하기 어려운 중간 집단이기 때문에 경계선(Borderline)이란 용어로 불리는 만큼(권석만, 2013) 대인관계, 인지, 행동, 그리고 정서에서 심각하고 지속적인 기능상의 문제를 나타내는 여러 가지 다른 종류의

증상이 모여있다(Skodol et al., 2002). 다른 정신과적 질환과도 공존율이 높은 것으로 나타났는데, 성인의 경계선 성격장애는 주요 우울장애, 공황장애, 사회공포증, 외상 후 스트레스 장애, 섭식장애, 약물사용 장애(Zanarini, Frankenburg, DeLuca, Hennen, Khera & Gunderson, 1998; Trull, Sher, Minks-Brown, Durbin & Burr, 2000), 반사회적 성격장애(Becker, Grilo, Edell & McGlashan, 2000) 등과 공존하는 경우가 많고 아동과 청소년에서는 품행장애와의 공병이 가장 흔하며 반사회적 행동을 수반하는 경우가 잦은 편이다(Westen, Sheldene, Durrett, Glass & Martens, 2003). 특히 부정적인 정서와 깊은 관련을 가지고 있는데, 기존의 연구를 살펴보면 미국의 대형정신과에 입원한 우울증 환자의 20~40%가 경계선 성격장애를 동반한다고 보고하였고(Underwood, Froming, Moore, 1980) 경계선 성격장애를 가진 여자의 25~26%가 주요우울장애를 경험한 전력이 있는 것을 발견하였다(McManus, Lerner, Robbins & Barbour, 1984). 이는 경계선 성격장애를 가진 사람들은 중성적이거나 긍정적인 느낌의 정서 회상과 경험보다는 부정적 느낌을 일으키는 정서 회상이나 경험을 훨씬 더 많이 하기 때문일 수 있다(Donegan et al., 2003). 어떠한 이유에서건 경계선 성격장애를 가진 사람들은 부정적 정서로 인한 주관적 고통감이 클 가능성성이 높음이 분명할 것이다.

과거에는 경계선 성격장애에 대한 연구들이 주로 임상장면의 환자를 대상으로 이루어진 경우가 많았으나(홍수연, 이승연 2013) 최근에는 성격장애가 정상적인 성격특성과 연속선상에 위치하고 있는 차원적 개념이라는 의견이 제시되고 있다(양은주, 류인균, 2000). 홍상황과 김영환(1998)은 대학생을 대상으로 한 연구

에서 임상집단이 아닌 일반 대학생들 중에서도 고위험군이라고 할 수 있는 경계선적 성격 특성을 가지고 있을 경우, 경계선 수준의 우울과 정신 병리 등 임상적 문제를 경험한다고 보고하였다. 이 연구에서는 비임상군 연구의 필요성을 4가지 이유로 제시하였다. 첫째, 임상집단과 비임상집단에서 경계선 성격으로 인한 부적응의 정도가 다르고, 둘째, 비임상군에서도 유병율이 약 2-4%로 높은 편이며, 셋째, 임상장면의 환자들은 대부분이 장기간에 걸쳐 입퇴원을 반복해 치료를 받기 때문에 어떤 하나님의 장애를 전형적으로 나타내거나 대표한다고 보기 어렵다. 마지막으로 경계선 성격장애의 실제 유병률은 성인 초기에 가장 높기 때문에 완전한 증후군 수준으로 발전하기 이전의 경계선 특성을 보이는 젊은 성인들을 연구가 필요하다는 것이 그 이유이다. 이러한 결과는 비임상군 집단에서도 실제 임상군 수준의 경계선 성격장애 성향이 강한 사람이 존재함에도 불구하고 발견되지 않고 있을 수 있고, 발견된다 하더라도 임상군 수준과는 다른 부적응을 나타내기 때문에 쉽게 간과할 수 있음을 시사한다고 볼 수 있다.

종합하면, 임상집단이던지 비임상집단이던지 상관없이 경계선 성격장애의 중요 특징 중 하나인 충동성이 자살의 가장 강력한 위험요인이며 경계선 성격장애의 다른 특징인 우울과 결합하면 반복적인 자해행동이나 자살시도와 같이 자기파괴적이고 극단적인 결과를 일으키는만큼, 임상군만큼 비임상군의 경계선 성격장애 성향과 부정정서와의 관계를 살펴보는 것이 중요하다는 것이다.

선행 연구들을 통해 경계선 성격장애와 부정적 정서와의 관계가 있다는 것을 알 수 있고 비임상군 연구에서도 경계선 성격장애 성

향이 우울과 같은 부정적 정서와 관련이 있다고 확인된바, 최근 국내에서는 부정적 정서를 일으키게 하는 원인들과 경계선 성격장애 성향과의 관계를 연구하는 논문들이 많이 연구되고 있다(민지영, 2012; 권지은, 황순택, 이승복, 2012; 홍수연, 이승연, 2013;). 이 연구들은 주로 경계선 성격장애의 가장 큰 특징인 불안정한 정서 상태의 원인이 될 수 있는 정서조절곤란과 관련된 연구가 주를 이루고 있고, 부정정서에 대한 변인을 고려한다하더라도 자살시도라는 결과를 일으키는데 미치는 영향으로써의 부정 정서에 초점이 맞춰져 있다. 하지만 외국에서는 경계선 성격장애와 우울장애가 공병할 경우에 더 극단적이고 심각한 결과가 증가한다는 선행 연구가 많기 때문에 (Cornelius et al., 1995; Oquendo, Malone, & Mann, 1997; Soloff, Lynch, Kelly, Malone, & Mann, 2002) 두 장애의 공존여부에 따라 우울증의 치료 방법이 달라져야 한다는 주장을 하기도 하고(Shane, Kovel, 1998) 우울의 양상에 따라 경계선 성격장애 성향의 차이를 비교하는(Smith, Muir, Blackwood, 2005) 등 경계선 성격장애와 우울에 대한 연구에 활발하게 이루어지고 있다. 실제로 경계선 성격장애와 함께 기분장애를 공병으로 가지고 있으면서 현재 상태가 우울하면 자살시도 가능성성이 높아지고, 주요우울삽화를 공병으로 가지고 있을 경우 자살시도의 횟수와 심각성은 더욱 증가한다 (Cornelius et al., 1995; Oquendo et al., 1997; Soloff et al., 2002). 즉, 경계선 성격장애 성향이 높다 하더라도 우울증에 적절하게 치료적 개입을 하는 것이 자살시도를 예방할 수 있다는 희망적인 가능성을 시사하는 것이므로, 경계선 성격장애의 치료만큼이나 우울증에 대한 개입이 중요하다고 할 수 있다.

우울은 인간이 생긴 이래 항상 인간과 함께 해 왔다. 임상군을 대상으로 하는 병리 수준의 우울증을 칭할 때뿐만 아니라 기운이 떨어지고 슬픈 감정이 들 때, 자연스럽게 일상적인 대화에서 사용될 정도로 흔하다. 우울장애란 슬픔, 공허감, 짜증스러운 기분과 그에 수반되는 신체적, 인지적 증상으로 인해 개인의 기능을 현저하게 저하시키는 부적응 증상을 의미한다(권석만, 2013). 한 연구에 의하면 젊은 세대가 그들의 윗세대보다 갖은 우울장애를 나타내고 우울장애에 걸리는 나이도 점점 어려진다고 보고하였다(Burke, & Reiger, 1996). 또한 세계보건기구(WHO)는 인류에게 가장 큰 부담을 초래하는 10대 질환 중 우울증을 3위라고 보고하며, 2030년이 되면 1위가 될 것이라고 예측하였다. 보건복지부가 2001년부터 5년 주기로 시행하는 전국 정신질환 실태 역학 조사에서는 우울증이 지속적으로 증가하고 있으며(보건복지부, 2011) 우리나라 15세 이상의 일반인들을 대상으로 한 연구에서는 20.9%가 슬픔, 절망, 우울, 의욕상실을 나타내고 있다고 보고하였다(Ohayon, M. M. & Hong, S. C., 2006). 특히 남성보다 여성의 발병률이 확연히 높다. 남성은 평생 유병률이 5~12% 정도인 것에 반해 여성은 10~25% 정도로 확연한 차이를 보인다(Kessler et al., 1997).

기존의 우울증 치료에서 가장 효과적이라고 알려져 있고 많이 사용된 치료방법은 인지치료와 약물치료이다(권석만, 2013). 경도 혹은 중등도 수준의 우울증에는 인지치료가 약물치료만큼 효과적이거나 심지어 더 효과적일 수도 있다는 결과도 있다(Gloaguen, Cottraux, Cucherat, & Blackburn, 1998; Wampold, Minami, Baskin & Callen, Tierney, 2002). 중증의 우울증 환자들도 우울증이 덜 심한 환자들보다 인지

치료에 대한 반응속도는 느리지만 반응은 비슷한 수준이라고 보고되고 있다(Thase, Simons, Cahalane, McGahey & Harder, 1991; Thase, Simons, Cahalane & McGahey, 1991). 최근에는 인지행동치료의 전통 내에서 제 3동향으로 수용중심치료인 수용전념치료(Acceptance and Commitment Therapy: ACT, Hayes, Strosal & Wilson, 1999)나 전통적인 인지행동치료의 변화에 근거한 치료전략과 수용에 근거한 치료전략을 통합한 마음챙김 인지치료(Mindfulness-based cognitive therapy: MBCT, Teasdale, Segal & Williams, 2004)가 출현하는데 우울 혹은 우울증 재발을 감소시키는데 효과가 있다는 경험적 연구가 늘어나고 있는 추세이다(Zettle & Raines, 1989; Teasdale et al., 2000; Ma, & Teasdale, 2004). 이 두 치료 방법은 고통감이나 어려움을 바깥으로 돌리거나 회피하기보다는 열린 자세로 있는 그대로를 수용하도록 하는 것을(조현아, 2011; 김정범, 이상희, 2006) 핵심으로 하고 있다.

Hayes(1994)는 ‘수용이란 사건을 방어하지 않고 온전하게 경험하는 것(experiencing events fully and without defense)’이라고 정의내렸다. 문현미(2005)는 상황과 사건 및 그 결과로 생기는 반응을 있는 그대로 소유하고 허용하는 것이며, 어떤 의미에서 수용은 생각이나 감정에 대하여 아무것도 하지 않는 것을 심리적 수용이라고 하였다. 심리적 수용을 할 수 있는 능력을 심리적 유연성(psychological flexibility)이라고 부른다. 즉 어떤 자극에 대해 회피하지 않고 받아들이는 것으로 심리적 수용, 심리적 유연성의 반대적 개념은 경험 회피라고 한다. 경험 회피(experiential avoidance)란 개인에게 발생되는 특정한 신체적 감각, 정서, 사고, 기억, 심상 등 내적 경험을 회피하거나 제거하려는

시도들을 말한다. 이런 시도들로 인해서 발생되는 고통이 있음에도 불구하고 경험 회피를 지속적으로 유지하려는 것으로도 정의되며 높은 경험 회피는 심리적 수용 수준이 낮은 것을 의미한다(Hayes, Wilson, Gifford, Follett & Stroshahl, 1996). 경험 회피는 정신병리의 중요한 원인 중 하나로 정신건강을 더욱 심화시키고 다양한 심리적 증상과 부적응적 행동을 지속하게 하며(Hayes, 2004) 건강한 행동변화가 일어나지 못하게 해서 오히려 삶을 왜곡시키게 된다(Hayes, et al., 1996). 즉 내적 반응을 수용하지 않고 성숙한 변화를 일으키는 경험을 회피하게 되면 오히려 심리적으로 부정적 결과를 일으켜서 건강하지 못한 상태를 증가시키게 된다는 것이다.

최근에는 다양한 분야에서 경험 회피의 역할에 관한 연구가 다양하게 이루어지고 있다. 외상 후 스트레스 장애나 범불안 장애와 같은 정신장애에서 경험 회피의 역할을 규명하기도 하고(Moria, 2007; Santanello & Gardner, 2007) 긍정심리학의 주제인 행복감이나 삶의 만족도에서 경험 회피가 하는 역할을 연구하기도 한다(Chamberlain & Haaga, 2001a, 2001b). 외상을 경험한 사람들이 고통스럽거나 원치 않는 단서에 직면했을 때, 이것을 알아차리고 인식하는 것이 외상 후 성장(Posttraumatic Growth)을 발전시키는데 중요한데 낮은 수준의 경험 회피를 보고한 외상 경험자가 외상 후 성장을 더 많이 발전시킨다(Kashdan, & Kane, 2011). 대인관계문제를 포함한 생활스트레스를 높게 경험할수록 사적 사건을 수용하지 않고 회피하려는 경험 회피가 증가하여 우울이 증가된다(정혜진, 2014). 경험 회피가 중등학교 교사들의 직무스트레스에 대한 부적응적 대처인 부분에 대해서도 반복검증되었다(이지연, 황현

숙, 장진이, 2012).

심리적 수용을 활용한 치료개입의 효과에 대한 증거들 역시 다양하다. 강박적 사고를 수용하는 것이 오히려 강박, 우울, 불안을 낮추며(Marks & Wood, 2005) 마음챙김이 우울을 감소시키고(이봉건, 2008; Teasdale et al., 2000; Ramel, Goldin, Carmona, & McQuaid, 2004), 스트레스를 경감시키거나(장현갑, 김정모, 배재홍, 2007) 여대생들의 부정적 신체상을 변화시키는데 효과적이다(최윤선, 손정락, 2006). 수용전념치료는 직장 스트레스 관리에서 행동수정 훈련보다 더 효과가 있고(Bond & Bounce, 2000) 정신분열증 양성증상을 보이는 환자들의 재입원을 높은 수준으로 감소시키며(Bond & Hayes, 2002) 사회불안 치료에서도 인지행동 치료보다 효과가 더 크다(Block, 2002). 전반적인 정신 건강에 심리적 수용과 심리적 유연성이 큰 역할을 하고 있다는 것을 시사하는 결과들이다. 경험을 회피하지 않고 온전히 수용하는 것이 중요함을 알 수 있는 증거들이라고 볼 수 있다.

경계선 성격장애를 지닌 사람들은 흔히 회피 전략을 사용한다. 이들은 목표 지향적인 행동을 하기 위해 정서적 고통을 인내하는 것을 어려워하고(Gratz, Rosenthal, Tull & Lejuez, 2006) 회피 조절 방략을 더 많이 사용한다(Bijttebier & Vertommen, 1999). 한 연구에 따르면 경계선 성격장애 성향이 높은 사람들은 회피적 대처전략을 많이 사용하고 회피적 대처전략을 많이 사용할수록 경계선 성격장애 증상의 강도가 강한 것으로 드러났다(Chapman, Dixon-Gordon & Walters, 2011). 그 외에도 경험적 회피와 정서적 곤란, 고통감내력과 경계선 성격장애의 관계를 알아본 연구에서도 경험적 회피와 경계선 성격장애의 증상 강도가 관련

이 있고(Iverson, Follette, Pistorello & Fruzzetti, 2012) 불안민감성과 경계선 성격장애의 발병 사이에 경험적 회피가 매개한다는 연구가 있다(Gratz, Tull, & Gunderson, 2008).

또한 경계선 성격장애의 대표적인 특징인 물질 남용, 자해행동과 같은 자기파괴적인 행동도 경험적 회피와 관련성이 높은데 물질남용을 하는 경계선 성격장애 환자는 회피적 대처 전략을 더 많이 사용한다고 보고되고 있다(Kruedelbach, McCormick, Schulz, & Grueneich, 1993). 심지어 경계선 성격장애를 가진 사람들에게는 자살이나 자해행동마저도 회피 대처 전략의 하나로 사용되어지는 것처럼 보인다. 경계선 성격장애 환자를 대상으로 한 연구에서 이들 중 일부는 자살 시도 후에 우울, 불안, 절망감 등의 부정적 정서 수준이 낮아진다는 것을 발견했다(Strosahl et al., 1992). 이런 현상에 대해 홍수연과 이승연(2013)은 경험적 회피를 하는 사람이 부정적 정서나 사건을 회피하기 위한 수단으로 자기파괴적인 행동을 하고, 그로 인해 부정적 정서가 일시적으로 감소하는 것으로 해석하며 경계선 성격장애를 가진 개인이 생명과 직결되는 행위를 반복하는 것과 관련성이 높은 것이라고 주장하였다. 실제로 자살은 경계선 성격장애 환자에게서 흔히 보이는 행동으로 경계선 성격장애 환자들의 3/4 정도가 일생동안 최소 1번 이상의 자살을 시도하는데 그 중에 10% 가까운 사람들이 자살에 성공한다(Black, Blum, Pfohl & Hale, 2004).

행동적인 회피 대처 외에도 경계선 성격장애를 지닌 사람들은 정서조절의 어려움을 가지고 있기 때문에 정서회피 전략을 가장 많이 사용하는데 이는 부정적인 내적 경험을 회피하려는 것을 의미한다(Soloff, Lis, Kelly,

Conrnelius & Ulrich, 1994; Hayes et al., 1996). 경계선 성격장애가 있는 사람들이 정서조절에 문제가 있다는 것은 일반적이다. 선행연구의 내용을 종합해보면, 정서를 잘 조절하는 사람은 정서경험을 회피하지 않고 자기가 경험한 것을 조절하려고 노력하지만, 경계선 성격장애가 있는 사람들은 부정적인 정서 경험을 할 때 그 감정에 압도되어 그 상황에서 벗어날 수 있는 시도를 하는 것이 어렵게 된다고 볼 수 있다. 효과적인 정서조절을 위해서는 정서의 인식이 선행되어야 하는데, 경계선 성격장애를 가진 사람들은 정서를 명확하게 인식하지 못하기 때문에 부정적인 정서를 조절하지 못하게 되고 회피 전략을 사용하게 되는 것이다. 하지만 Hayes(1994)는 마음챙김 훈련을 함으로 해서 부정적인 정서도 있는 그대로 온전히 경험할 수 있는 수용능력과 부정적 정서를 느끼는 상태에서도 의미 있는 일에 전념할 수 있게 하는 능력이 배양된다고 하였다. 이런 능력은 회피행동을 감소시킨다고 주장하였다. 그러므로 경계선 성격장애를 가졌거나 경계선 성격장애 성향이 강한 사람들에게 심리적 유연성은 여러 가지 증상에서 매우 중요한 요소로 간주되어야 할 것이다.

우울증 역시 모든 정신질환과 관련이 높지만 특히 경계선 성격장애와의 공병은 가장 위험하고 파국적인 결과를 일으킬 수 있음이 명백하다(Cornelius et al., 1995; Oquendo et al., 1997; Soloff et al., 2002). 하지만 경계선 성격장애의 원인부터 개입하기는 현실적으로 어려우며 실제로는 이미 경계선 성격장애 성향이 형성된 이후에 여러 가지 증상을 드러낸 후에야 치료나 상담 장면에 참여하는 경우가 대부분이다. 그렇다면 현재의 경계선 성격장애의 성향이 있음에도 불구하고 우울증이나 파국적

인 결과를 줄일 수 있는 예방적 개입이 중요하며 이로 인해 상당 수준의 사회적 손실을 줄일 수 있을 것으로 기대할 수 있다. 기존 국내 연구들은 주로 경계선 성격장애 성향에 영향을 미치는 요인들에 대한 관계를 알아보는 경우가 많으나 경계선 성격장애 성향과 우울과의 관계에서 심리적 유연성이 미치는 영향에 대한 연구는 제한적이다.

선행 연구를 통해 경계선 성격장애와 우울, 그리고 경험 회피의 관련이 높다는 증거가 충분하기 때문에 경계선 성격장애 성향이 우울에 영향을 미칠 때 경험 회피가 매개할 것으로 가정하고 이를 검증하고자 하였다. 또한 우울증은 성차가 비교적 명확하게 드러나는 정신병리이므로 성별에 따른 차이를 알아볼 필요성이 있을 것으로 보인다. 본 연구를 통해 각 변인들 간의 관계를 검증하고 성별에 따른 차이가 있는지 확인함으로써 치료 개입을 위한 세부적인 정보를 얻을 수 있을 것으로 기대한다. 따라서 본 연구에서는 대학(원)생 및 일반인 집단을 대상으로 경계선 성격장애 성향, 심리적 유연성, 우울 간의 관계를 알아보고, 경계선 성격장애와 우울간의 관계에서 심리적 유연성의 매개효과를 검증한 후에, 성별에 따른 차이가 있는지 알아보고자 한다.

방 법

참여자

본 연구는 경남지역에 소재한 4개 대학교의 대학생과 대학원생 이상의 성인을 대상으로 465부의 설문지를 배포하였고, 이 가운데 430부가 회수되었다. 배포된 설문지 중 설문문항

에 대해 한 문항이라도 응답을 누락하였거나 불성실하게 대답한 사례를 제외하여 최종적인 328명의 자료만을 가지고 분석을 수행하였다. 참가한 대상자들의 인구통계학적 분포를 보면, 참여자의 전체 평균 연령은 21.79세(SD:2.816) 세였고, 남성이 131명(39.9%), 여성이 197명(60.1%)이었다. 학년별로는 1학년 34명(10.4%), 2학년 113명(34.5%), 3학년 134명(40.9%), 4학년 25명(7.6%), 대학원 17명(5.2%), 기타 5명(1.5%) 였다.

측정 도구

한국형 성격장애 진단검사(K-PDT)

경계선 성격장애 성향을 측정하기 위해 서재삼과 황순택(2006)이 개발하고 타당화 연구를 한 한국형 성격장애 진단검사(Korean Personality Disorder Test: K-PDT)를 사용하였다. 이 검사는 황순택(1995)의 연구에서 산출된 성격장애 진단준거를 서재삼과 황순택(2006)이 자기보고형 질문으로 변형시킨 것으로, 본 연구에서는 10개의 성격장애 중에서 경계선 성격장애 척도 부분을 사용하였다. 이 척도의 119문항 중 경계선 성격장애 척도는 15문항이며 각 문항은 ‘전혀 아니다(1점)’에서 ‘매우 그렇다(4점)’의 4점 척도로 평정된다. 성격장애 점수가 높을수록 성격장애 성향도 높은 것으로 나타난다. 전체 척도의 Cronbach's alpha는 .53~.74이며 경계선 성격장애 척도의 Cronbach's alpha는 .73로 적절한 수준의 내적합치도를 보였다. 본 연구에서 나타난 회피성 척도의 Cronbach's alpha는 .77이었다.

수용-행동 척도(AAQ-II)

심리적 수용을 측정하기 위해 Bond 등이 제

작하고 허재홍, 최명식, 진현정(2009)이 번역 한 수용-행동 질문지-II(Acceptance and Action Questionnaire-II: AAQ-II)를 사용하였다. 이 척도는 심리적 수용을 할 수 있게 하는 능력인 심리적 유연성과 반대 개념인 경험 회피를 측정하는 도구로 1요인 구조로 이루어져 있다. 문항의 합산 점수가 높을수록 내적 경험을 회피하고 통제하려는 경향성이 크다는 것을 의미한다. 본 연구에서는 10문항인 원척도를 타당화한 연구에서 1번과 10번을 제외한 8문항을 사용하였고 각 문항은 ‘전혀 아니다(0점)’에서 ‘항상 그렇다(6점)’의 7점 Likert 척도로 평정하였다. 타당화 연구에서 이 척도의 Cronbach's alpha는 .85이며 검사-재검사 신뢰도는 .84였다. 본 연구에서 전체 Cronbach's alpha는 .82였다.

한국 우울증 척도(KDS)

우울을 측정하기 위해 이민수와 이민규(2003)가 타당화한 한국 우울증 척도(Korea Depression Scale: KDS)를 사용하였다. 이 척도는 미래에 대한 부정적인 생각, 자기에 대한 부정적인 생각, 걱정 및 초조, 우울한 기분, 신체화 증상, 의욕상실의 6개 하위요인으로 구성되어 있고 각 하위요인은 5문항으로 총 30문항으로 이루어져 있다. 각 문항은 ‘전혀 그렇지 않다(0점)’에서 ‘매우 그렇다(4점)’의 5점 Likert 척도로 평정되었다. 이민수와 이민규(2003)의 타당화 연구에서 전체 척도의 Cronbach's alpha는 .95이고 본 연구에서의 전체 Cronbach's alpha는 .94였다.

절차

경계선 성격장애 성향과 우울의 관계에서

심리적 유연성의 매개 효과를 알아보기 위해 spss 21.0과 amos21.0을 사용하여 분석하였다. 먼저, 각 변인들 간의 관계를 산출하기 위해 상관분석을 실시하고, 독립변인, 매개변인과 종속변인간의 인과관계를 산출하기 위해 중다회귀분석을 실시하였다. 이후에, 완전매개모형인 연구모형과 부분매개모형인 대안모형의 매개효과를 분석하고 모형 적합도와 경로계수의 유의성을 검토하였으며, 두 모형 중 적합한 모형 검증을 위해 χ^2 차이 검증을 실시하였다. 마지막으로 선정된 모형을 근거로 성차가 있는지 확인하기 위해 각 남성과 여성을 대상으로 완전매개모형과 부분매개모형간의 χ^2 차이 검증을 실시하였다.

결과

경계선 성격장애와 우울간의 관계에서 심리적 유연성이 매개하는지 알아보기 이전에 각 변인간의 관계를 알아보기 위해 상관분석을 실시하였다.

분석결과, 경계선 성격장애는 우울과 유의한 정적상관을 보였고($r=.51$, $p<.001$), 심리적 유연성과는 부적 상관을 보였다($r=-.53$, $p<.001$). 심리적 유연성과 우울은 통계적으로

표 1. 경계선 성격장애 성향, 심리적 유연성, 우울간의 Person 상관계수

	경계선 성격장애	심리적 유연성	우울
경계선 성격장애	1		
심리적 유연성		$-.53^{***}$	1
우울		$.51^{***}$	$-.61^{***}$

** $p<.01$, *** $p<.001$

유의한 부적 상관을 가지는 것으로 나타났다 ($r=-.61, p<.001$).

우울에 경계선 성격장애와 심리적 유연성이 어떠한 영향을 미치는지 알아보기 위해 중다회귀분석을 실시하였다. 표 2에서 제시된 것과 같이, 경계선 성격장애와 심리적 유연성은 우울을 42.6% 설명하였으며, 두 변인 모두 우울에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다 ($F=126.70, p<.001$).

본 연구에서는 경계선 성격장애가 우울에 미치는 영향에서 심리적 유연성이 매개역할을 한다고 가정하였으므로, 연구모형은 완전매개모형이며 대안모형은 심리적 유연성이 부분매개한다고 가정하는 부분매개모형이다. 두 모형은 각 그림 1과 그림 2에 제시하였으며, 구조방정식 모형을 사용하여 적합도를 검증한 결과를 표 3에 제시하였다.

연구가설인 심리적 유연성이 경계선 성격장애와 우울을 완전 매개하는가를 검증한 결과, 적합도는 양호했다($\chi^2=361.404, df=187, p<.001; GFI=.906, NFI=.868, TLI=.923, CFI=.931$,



그림 1. 완전매개모형(연구모형)

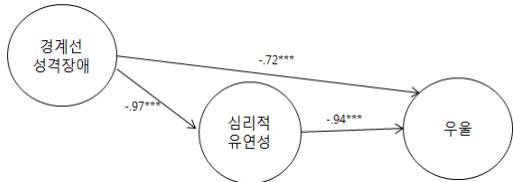


그림 2. 부분매개모형(대안모형)

$RMSEA=.052$). 또한 경계선 성격장애가 심리적 유연성에 이르는 경로($\beta=-.99$), 심리적 유연성이 우울에 이르는 경로($\beta=-1.24$) 모두 .001수준에서 통계적으로 유의한 결과를 보였다.

대안모형인 부분 매개 모형의 검증결과, 본 모형의 적합도 역시 양호한 것으로 타났으며 ($\chi^2=348.33, df=186, p<.001; GFI=.909, NFI=.873, TLI=.928, CFI=.936, RMSEA=.050$), 연구모형인 완전매개모형보다 적합도가 약간 더

표 2. 우울에 대한 경계선 성격장애와 심리적 유연성의 중다회귀분석 결과

독립변인	B	β	t	R^2	F
경계선 성격장애	-1.11	-.48	-9.94***	.426	126.70***
심리적 유연성	.67	.25	5.26***		

** $p<.01$, *** $p<.001$

표 3. 연구모형과 대안모형의 적합도 지수

적합도	χ^2	df	GFI	NFI	TLI	CFI	RMSEA
연구모형	361.40***	187	.906	.868	.923	.931	.052
대안모형	348.33***	186	.909	.873	.928	.936	.050

*** $p<.001$

표 4. 연구모형과 대안모형의 χ^2 차이

적합도	지수	연구모형	대안모형	차이
χ^2	361.40	348.33	27.40	
<i>df</i>	187	186	1	
<i>p</i>	.000	.000	<i>p</i> <.001	

양호한 것으로 나타났다. 모든 변인들 간의 경로계수는 .001 수준에서 유의하였으며, 구체적으로 경계선 성격장애에서 심리적 유연성에 이르는 경로($\beta=-.97$), 심리적 유연성에서 우울에 이르는 경로($\beta=-.94$), 경계선 성격장애에서 우울에 이르는 직접 경로까지 .001 수준에서 유의하였다($\beta=.72$). 두 모형의 적합도가 양호하였으므로, 연구모형과 대안모형 중 보다 우수한 모형을 검증하기 위해 두 모형의 χ^2 값을 비교하였고 그 결과를 표 4에 제시하였다.

완전매개모형의 χ^2 값과 부분매개모형의 χ^2 의 차이값은 27.40이며, 자유도의 차이값은 1이다. 자유도가 1이고 유의 수준이 .001인 χ^2 값의 임계치는 10.83이므로, 본 연구의 연구모형보다 대안모형이 더 양호한 모형이라는 것을 알 수 있다($\Delta\chi^2=27.40>\chi^2_{.001}(1)=10.83$).

성별에 따른 심리적 유연성의 매개역할

앞서 살펴본 경계선 성격장애와 우울의 관계를 심리적 유연성이 부분매개하는 대한모형이 더 우수하다는 결과에 성별에 따른 차이가

있는지 알아보기 위해 남성과 여성은 대상으로 매개모형을 검증하였다.

표 5처럼, 여성의 완전매개모형인 연구모형을 검증한 결과, 적합도는 양호한 것으로 나타났으며($\chi^2=299.13$, *df*=187, *p*<.001; GFI=.880, NFI=.821, TLI=.914, CFI=.923, RMSEA=.053), 경계선 성격장애가 심리적 유연성에 이르는 경로($\beta=-.99$), 심리적 유연성이 우울에 이르는 경로($\beta=-1.24$) 모두 .001 수준에서 통계적으로 유의한 결과를 보였다. 여성의 경우, 대안모형의 적합도도 양호하였으며($\chi^2=286.25$, *df*=186, *p*<.001; GFI=.885, NFI=.828, TLI=.922, CFI=.931, RMSEA=.050), 부분매개모형의 적합도가 완전매개모형보다 조금 더 양호한 것으로 나타났다. 대부분의 변인들 간의 경로계수는 .001수준에서 유의하였고, 경계선 성격장애에서 우울에 이르는 경로만 .01 수준에서 유의하였다($\beta=.82$).

마지막으로 표 6에서 알 수 있는 것처럼 두 모형을 비교하기 위해 두 모형의 χ^2 차이값, 자유도 차이값을 계산한 후, 유의수준 .001인

표 6. 여성의 연구모형과 대안모형 χ^2 차이

적합도	지수	연구모형	대안모형	차이
χ^2	299.13	286.25	12.88	
<i>df</i>	187	186	1	
<i>p</i>	.000	.000	<i>p</i> <.001	

표 5. 여성의 연구모형과 대안모형의 적합도 지수

적합도	χ^2	<i>df</i>	GFI	NFI	TLI	CFI	RMSEA
연구모형	299.13***	187	.880	.821	.914	.923	.053
대안모형	286.25***	186	.885	.828	.922	.931	.050

****p*<.001

표 7. 남성의 연구모형과 대안모형의 적합도 지수

적합도	χ^2	df	GFI	NFI	TLI	CFI	RMSEA
연구모형	248.90**	187	.856	.803	.934	.941	.050
대안모형	247.50**	186	.856	.804	.934	.942	.050

** $p < .01$

χ^2 값의 임계치를 산출한 결과, χ^2 차이값은 12.88로 유의수준이 .001인 χ^2 값의 임계치 10.83보다 크므로, 본 연구의 전체 참가자를 대상으로 한 모형 적합도 결과와 동일하게 연구모형인 완전매개모형보다 대안모형인 부분매개모형이 더 우수한 모형으로 나타났다($\Delta\chi^2 = 12.88 > \chi^2_{.001}(1) = 10.83$).

표 7과 같이 남성의 경우, 연구모형인 완전매개모형의 적합도가 양호하고($\chi^2 = 248.90$, $df = 187$, $p < .01$; GFI = .856, NFI = .803, TLI = .934, CFI = .941, RMSEA = .050), 세부 경로가 .001 수준에서 모두 유의한 반면, 대안모형의 적합도는 양호한 것으로 나타났으나($\chi^2 = 247.50$, $df = 186$, $p < .01$; GFI = .856, NFI = .804, TLI = .934, CFI = .942, RMSEA = .050), 경계선 성격장애에서 우울에 이르는 경로는 통계적으로 유의하지 않았다($\beta = .39$).

또한 연구모형과 대안모형을 비교하기 위해 χ^2 차이검증을 실시한 결과, $\Delta\chi^2$ 가 1.4로 완전매개모형과 부분매개모형 사이에 통계적으로 유의한 차이는 나타나지 않았다(표 8). 이는

남성의 심리적 유연성은 경계선 성격장애와 우울사이를 완전매개한다고 해석할 수 있다.

논 의

본 연구의 목적은 경계선 성격장애 성향과 우울과의 관계에서 심리적 유연성이 어떤 역할을 담당하는지 알고자 한 것이다. 이를 위해 본 연구에서는 경계선 성격장애 성향이 우울에 영향을 미치는 데에 있어서 심리적 유연성의 매개효과를 가정하고 완전 매개 효과를 기본연구모형으로 하는 구조방정식 모형 검증을 실시하였다. 본 연구를 통해 나타난 결과와 시사점을 중심으로 논의하면 다음과 같다.

첫째, 상관 분석을 통해 알아본 변인들 사이의 관계는 경계선 성격장애 성향과 심리적 유연성, 우울, 이 세 변인 모두 유의한 상관을 가지고 있는 것으로 나타났다. 경계선 성격장애는 우울과 정적인 상관을 보였고 심리적 유연성은 경계선 장애, 우울과 부적인 상관을 보였다. 경계선 성격 장애 성향이 높은 사람은 내적 경험을 온전히 수용하는 시도를 회피 할 가능성뿐만 아니라 우울할 가능성도 높다는 의미라고 볼 수 있다. 또한 이러한 회피 패턴을 사용한다는 것은 우울을 더 심하게 만들 수 있다. 심리적 수용이 우울을 낮춘다는 선행 연구와 일치하는 결과라고 할 수 있다

표 8. 남성의 연구모형과 대안모형 χ^2 차이

적합도 지수	연구모형	대안모형	차이
χ^2	248.90	247.50	1.4
df	187	186	1
p	.002	.002	ns

(Donegan et al., 2003; Marks et al., 2005; 이봉건, 2008; Teasdale et al., 2000; Ramel et al., 2004). 이 세 변인 간의 상관은 본 연구에서의 구조 모형 생성의 기반이 된다.

둘째, 중다회귀분석 결과 경계선 성격장애 성향과 심리적 유연성은 우울 증상에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 경계선 성격장애 성향이 높을수록(Underwood et al., 1980; McManus et al., 1984), 그리고 심리적 유연성이 낮을수록 우울 증상도 높아진다는(Marks & Wood, 2005; 이봉건, 2008; Teasdale et al., 2000; Ramel et al., 2004) 이전의 선행 연구와 비슷한 결과를 보이는 것으로, 매개효과 검증의 조건들을 충족하는 결과라고 할 수 있다.

셋째, 경계선 성격장애 성향과 심리적 유연성의 영향을 알아본 구조방정식 모형 검증의 분석 결과, 경계선 성격장애 성향과 우울의 관계에서 심리적 유연성이 부분적으로 매개한다고 가정한 부분 매개 모형이 수집된 자료에 가장 적합한 것으로 나타났다. 완전 매개 모형의 경우도 부분 매개 모형에 비해서는 다소 낮게 나타났지만 역시 양호하였다. 이 결과는 경계선 성격장애 성향이 직접적으로 우울에 영향을 미치기도 하지만 심리적 유연성이라는 매개를 통해서도 우울에 영향을 미치게 됨을 의미한다. 경계선 성격장애 성향이 높은 사람들은 부정적 느낌을 일으키는 정서 회상이나 경험을 훨씬 더 많이 하기 때문에(Donegan et al., 2003) 우울이나 불안과 같은 부정적 정서가 쉽게 촉발된다(민지영, 2012; 권지은, 황순택, 이승복, 2012; 홍수연, 이승연, 2013). 이런 촉발 요인에 정서조절의 어려움이 더해져 부정적인 정서에 압도되어 그 감정에서 벗어날 시도조차 하지 못하게 되고 고통감에서 벗어나기 위해 회피 패턴을 사용하게 되면서 우울

은 더욱 증가하게 되는 것이다. 특히 자살과 자해 같은 자기파괴적인 일시적으로 ‘경험의 회피’라는 경로를 사용하여 부정적 정서에서 벗어나는 것이 가능하긴 하지만 이는 일시적인 조치일 뿐(홍수연, 이승연, 2013), 결국에는 건강한 변화를 향한 시도를 하지 못하게 해서 우울 증상을 더욱 강하게 느끼게 되고 (Chapman, Dixon-Gordon & Walters, 2011) 반복적인 자살이나 자해 행동을 하는 악순환이 반복되는 것이다.

넷째, 경계선 성격장애와 우울과의 관계에서 심리적 유연성의 매개효과에서 성차가 있는 것으로 나타났다. 여성의 경우는 경계선 성격장애와 우울 간의 관계에서 심리적 유연성이 부분매개한다고 나타난 결과와 일치하였다. 그러나 남성의 경우는 여성과 달리 경계선 성격장애와 우울 간의 관계에서 심리적 유연성이 완전매개하는 것으로 드러났다. 경계선 성격장애 성향이 강하면서 우울한 사람이라 할지라도 성별에 따라 매개효과의 차이가 난다 것은 성차에 따라 우울에 영향을 미치는 심리적 유연성의 영향력에 차이가 있다는 점을 의미한다.

본 연구의 이론적 및 치료적 의의를 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 본 연구는 경계선 성격장애 성향과 우울, 그리고 심리적 유연성과의 관계를 탐색하였다. 그 결과 경계선 성격장애 성향 그 자체만으로도 우울에 영향력을 가지는 주요 변인이라는 선행 연구와 일치하는 결과가 나타났으며(홍상황, 김영환, 1998) 심리적 유연성의 매개효과가 지지되었다. 기존의 연구들은 주로 경계선 성격장애 성향에 영향을 미칠 수 있는 아동기의 외상경험이나 부모의 비일관적인 양육태도, 혹은 불안정 애착과 같이 원인

을 규명하는 경우가 많다(김상섭, 신민섭, 이훈진, 2007; 박혜원, 손정락, 2012; 이아람, 김남재, 2012; Gratz, Latzman, Tull, Reynarld, & Lejuez, 2011; Soloff, Lynch, & Kelly, 2002). 하지만 실제로 상담이나 치료 장면에 오는 환자는 성격장애 성향이 이미 형성된 경우가 대부분이다. 치료 장면에서 경계선 성격장애의 원인을 예방하기란 현실적인 어려움이 있기 때문에 경계선 성격장애 성향이 있는 개인이 느끼는 부정적 정서가 우울로 발전하기 전에 개입하는 것이 중요하다. 하지만 외국에서는 활발한 연구가 이루어지는 반면(Cornelius et al., 1995; Oquendo, et al., 1997; Soloff, et al., 2002; Shane, et al., 1998; Smith, et al., 2005) 국내에서는 경계선 성격장애 성향이 있는 사람들과 부정적 정서에 대한 연구가 다소 미흡하다. 본 연구에서 살펴본 경계선 성격장애 성향과 우울과의 관계는 추후에 진행될 경계선 성경장애 성향자의 치료 및 개입에 도움이 될 것으로 기대한다.

둘째, 본 연구에서 경계선 성격장애 성향, 심리적 유연성을 함께 고려한 모형의 적합도가 가장 우수했다는 점은, 이러한 변인을 함께 고려하는 것이 우울 증상을 보다 통합적으로 설명할 수 있음을 시사하는 것이다. 이전에 우울 치료에서 가장 중요하게 여겼던 기제가 인지적인 변인들이었던 것에 비해 본 연구에서는 행동적, 정서적인 측면이 포함된 ‘심리적 수용’이라는 매개변인을 발견했다. 이는 경계선 성격장애 성향과 우울이 공병하는 경우에 인지적인 측면뿐만 아니라 행동과 정서를 모두 포함하는 내적 경험을 ‘심리적으로 온전히 수용하는 것’이 우울을 경감시킬 수 있다는 점을 알게 한다.

또한 경계선 성격장애와 우울 간의 관계가

연구된 것은 비교적 최근이고 따라서 앞으로 다양한 설명이나 비교가 가능하다. 그러므로 추후 연구에서도 경계선 성격장애의 하위 척도에 따른 심리적 유연성의 영향, 우울의 하위 영역에 미치는 영향의 차이 탐색, 경계선 성격장애 성향과 우울간의 관계에 영향을 미칠 수 있는 변인들 등 다양하고 세부적인 연구를 통해 두 변인 간의 관계를 명확히 규명할 필요가 있다.

셋째, 본 연구 결과를 통해 경계선 성격장애 성향이 있는 사람들의 회피 패턴을 이해하고 우울증 치료의 새롭고 효과적인 개입전략을 수립하는데 추가적인 근거를 제공한다. 현재 우울증 치료에서 주로 사용되는 접근은 약물치료와 인지행동치료(Cognitive Behavioral Therapy: CBT)이다. 우울증의 인지치료는 인지 삼체(cognitive triad)라고 하는 부정적인 자동적 사고와 역기능적 신념을 다루어 왔다. 하지만 본 연구 결과는 우울증 치료에 있어서 변화에 초점을 둔 인지치료와 달리 자신의 내적 경험을 온전히(fully) 수용하는 마음챙김 명상과 수용에 기초한 치료 기법을 접목시키는 것이 효과적이라는 기준의 연구들을 지지하는 추가적인 증거를 얻었다(Marks et al., 2005; 이봉건, 2008; Teasdale et al., 2000; Ramel et al., 2004). 정서와 사고의 내용 변화에 초점을 맞춘 인지치료나 행동 변화를 강요하는 행동치료와 달리 MBCT(Mindfulness Based Cognitive Therapy), MBSR(Mindfulness Based Stress Reduction), 그리고 ACT(Acceptance & Commitment Therapy) 등은 정서나 인지과정에 대한 태도와 관계를 ‘수용’이라는 맥락으로 변화시키는데 초점을 둔다(Strosahl, Hayes, Bergan, & Romano, 1999). 경계선 성격장애 성향이 있는 사람들은 단순히 정서적인 측면에서만 회피 패턴을 보이는 것

이 아니라 행동적인 회피를 함께 나타낸다 (Chapman, et al., 2011; 홍수연 등, 2013). 이들의 회피적인 성향과 회피 기제는 우울을 악화 시키므로 부정적인 정서가 병리적인 수준의 우울증으로 발전하는데 수용을 통한 치료 방법이 예방적인 효과를 가질 수 있는 개입전략으로 효과적일 수 있음이 시사된다. 이러한 수용 전략 치료를 할 때, 경계선 성격장애 성향과 우울이 공존하는 환자나 내담자들은 치료 중에 일어나는 고통스럽고 직면하기 어려운 내적 경험들에 완전히 직면하도록 격려되는데 이러한 훈련은 내담자들이 내적 경험을 받아들여 부정적인 정서를 완화시키는 결과뿐만 아니라 파국적이고 자기파괴적인 회피 행동 역시 줄일 수 있을 것이라고 기대한다.

넷째, 본 연구 결과를 통해 경계선 성격장애 성향이 강하면서 우울한 사람이라 할지라도 성별에 따라 매개효과의 차이가 난다는 점을 발견했다는 것은 우울의 영향을 미치는 변인들의 차이 역시 존재한다는 것을 알 수 있다. 우울증은 남성에 비해서 여성의 유병률이 확연하게 높은 심리적 질환 중 하나이다. 이러한 증거에 본 연구의 결과를 추가하여 본다면 단순한 유병률에서만 성차가 드러나는 것이 아니라 실제적으로는 우울에 영향을 미치는 변인들에 비중이 더 클 수 있음을 시사하는 것이다. 즉 여성은 경계선 성격장애가 우울과의 관계에서 심리적 유연성과 함께 다른 소인들이 영향을 미칠 수 있는 것에 비해 남성은 우울에 영향을 미치는 심리적 유연성의 영향력이 상당히 크기 때문에 여성들에게 치료적 개입을 할 때, 심리적 유연성 외에도 다양한 요소들을 함께 감안할 필요가 있으나 남성의 경우 심리적 수용을 강조하는 치료만으로도 상당한 효과를 얻을 수 있다.

본 연구의 제한점 및 추후 연구를 통해 보완할 내용을 정리하면 다음과 같다.

첫째, 본 연구는 비임상군의 일반 인구를 대상으로 한 연구이기 때문에 연구의 결과를 경계선 성격장애에 일반화시키기에는 어려움이 따른다. 본 연구에서 높은 수준의 경계선 성격장애 성향을 가지고 있다 하더라고 일상 생활에서 기능을 유지하고 있는 사람들이기 때문에 임상집단과는 질적인 차이가 있을 가능성이 있다. 따라서 추후 연구에서는 경계선 성격장애로 진단을 받은 임상집단을 대상으로 연구를 진행하여 동일한 결과가 나타나는지 확인할 필요가 있다. 또한 본 연구의 참여자 대부분이 대학교 재학 이상의 고학력자이기 때문에 후속 연구에서는 연구 지역을 확대하고, 직업 및 연령 등의 범위를 다양화할 필요가 있다. 또한 경계선 성격장애는 성인 초기에 흔하게 발병하는 만큼 현실적으로 경계선 성격장애와 우울의 관계를 예방하기 위해서는 청소년 대상의 연구가 반드시 필요할 것이다.

둘째, 본 연구는 자기보고식 설문지를 사용하여 자료를 수집하였기 때문에 자료의 왜곡이 있었을 가능성이 존재한다. 본 연구에서 사용한 경계선 성격장애, 우울, 심리적 유연성 등의 변인들을 측정하는 문항에 부정적 요인들이 포함되어 있기 때문에 설문지를 작성할 때 자신을 방어하거나 사회적으로 바람직한 방향으로 응답했을 가능성이 존재한다. 따라서 본 연구에서 수집된 자료들은 왜곡된 반응을 포함하고 있을 수 있으며 이를 통제할 수 없었다는 한계점을 가진다. 따라서 추후 연구에서는 자기보고 이외의 구조화된 면접과 같이 대안적인 방법을 함께 사용할 필요가 있다.

셋째, 측정 변인들을 동시에 측정한 횡단적 연구이다. 경계선 성격장애 성향과 우울 증상

의 관계를 심리적 유연성이 매개하는 것으로 드러났지만 실제로 인과 관계는 가설적인 것이다. 이에 대해 추후 연구에서는 실험을 통한 장기적 종단연구로 인과적 관계를 확인할 필요가 있을 것으로 보인다.

마지막으로, 본 연구에서는 심리적 유연성의 매개효과가 우울에 관한 것뿐만 아니라 경계선 성격장애 성향을 가진 사람들이 많이 보이는 불안, 분노, 두려움과 같은 다른 정서에도 영향을 미칠 수 있음을 고려하지 않았다. 또한 경계선 성격장애 성향과 우울과의 관계에서 심리적 유연성 외에도 영향을 미치는 다른 주요 변인들도 존재한다. 그러므로 후속 연구에서는 심리적 유연성과 다른 정서적 변인들 간의 관계 고찰, 그리고 매개 효과를 가지는 다른 주요 변인들에 대한 검증도 필요할 것이다.

참고문헌

- 권석만 (2014). 현대이상심리학.
- 권지은, 황순택, 이승복 (2012). 정서적 학대 및 방임과 성격장애: 감정표현불능증의 매개효과. *한국심리학회지*: 임상, 31(1), 75-91.
- 김상섭, 신민섭, 이훈진 (2007). 경계선 성격장애 성향자의 자기 및 타인 표상과 지각된 부모 양육행동. *한국심리학회지*: 임상, 26(3), 703-715.
- 문현미 (2005). 인지행동치료의 제 3동향. *한국심리학회지*: 상담 및 심리치료, 17(1), 15-33.
- 민지영 (2012). 거부민감성 및 부정적 정서강도와 경계선 성격장애 성향간의 관계: 주의조절의 조절효과를 중심으로. *이화여자대학교 대학원 석사 청구 논문*.
- 박혜원, 손정락 (2012). 성인초기의 경계선 성격성향자의 기질, 지각된 어머니의 양육행동 및 애착. *한국심리학회지*: 발달, 25(3), 1-16.
- 보건복지부 (2011). 정신질환 실태 역학조사 보고서.
- 서재삼, 황순택 (2006). 한국형 성격장애 진단 검사의 개발과 타당화. *한국심리학회지*: 임상, 25(1), 273-288.
- 양은주, 류인균 (2000). 경계선 성격장애의 생물유전적 기질, 현상적 성격 및 방어기제적 특성과 정신병리와의 연관성 연구. *정신병리학*, 9(1), 3-15.
- 이민규, 이민수 (2003). 한국우울증척도의 개발. *대한신경정신의학회지*, 42(3), 492-506.
- 이봉건 (2008). 한국판 마음챙김명상(K-MBSR)이 대학생의 우울증상, 마음챙김수준, 몰입수준에 미치는 효과. *한국심리학회지*: 임상, 27(1), 333-345.
- 이아람, 김남재 (2012). 복합외상경험과 경계선 성격특성의 관계에서 자기개념의 중재효과와 매개효과. *한국심리학회지*: 여성, 17(2), 227-243.
- 이지연, 황현숙, 장진이 (2012). 중등학교 교사의 직무스트레스와 우울의 관계에서 경험회피의 매개효과. *경북대학교 중등교육연구원*: 중등교육연구, 60(2), 495-515.
- 장현갑, 김정모, 배재홍 (2007). 한국형 마음챙김 명상에 기반한 스트레스 감소 프로그램의 개발과 SCL-90-R로 본 효과성 검증. *한국심리학회지*: 건강, 12(4), 833-850.
- 정혜진 (2014). 대학생의 대인관계문제가 우울에 미치는 영향: 경험회피와 정서표현 양가성

- 의 매개효과. 대구가톨릭대학교 대학원 석사학위 청구 논문.
- 최윤선, 손정락 (2006). 부정적인 신체상을 가진 여대생을 위한 마음챙김 명상 프로그램과 인지행동 프로그램의 효과 비교. 한국심리학회: 연차 학술발표 논문집, 224-225.
- 허재홍, 최명식, 진현정 (2009). 한국어판 수용-행동 질문지 신뢰도 및 타당도 연구. 한국심리학회지: 상담 및 심리치료, 21(4), 861-878.
- 홍상황, 김영환 (1998). 경계선 성격장애 척도의 타당화 연구: 대학생을 대상으로. 한국심리학회: 임상, 17(1), 259-271.
- 홍수연, 이승연 (2013). 아동기에 경험한 정서적 학대와 성인기 경계선 성격장애 성향의 관계: 정서인식의 명확성과 경험적 회피의 매개효과. 한국상담학회: 상담학연구, 14(5), 3003-3021.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*(4th ed). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*(5th ed). Washington, DC: Author.
- Beck, A. T., & Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford.
- Becker, D. F., Grilo, C. M., Edell, W. S., & McGlashan, T. H. (2000). Diagnostic efficiency of borderline personality disorder criteria in hospitalized adolescents: Comparison with hospitalized adults. *American Journal of Psychiatry*, 159(12), 2042-2047.
- Bijttebier, P. & Vertommen, J. (1999). Coping strategies in relation to personality disorders. *Personality and Individual Differences*, 26, 847-856.
- Black, D. W., Blum, N., Pfahl, B., & Hale, N. (2004). Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *Journal of Personality Disorder*, 18(3), 226-239.
- Block, J. (2002). *Acceptance or change of private experience: A comparative analysis in college student with public speaking anxiety*: Doctoral dissertation of philosophy. University at Albany, State University of New York.
- Bond, F. W. & Bounce, D. (2000). Mediator of chance in emotion-focused and problem-focused worksite stress management interventions. *Journal of occupational Health Psychology*, 5, 156-163.
- Bond, F. W. & Hayes, S. C. (2002). ACT at work. In F. W. Bond & W. Dryden, *Handbook of brief Cognitive Behavioral Therapy* (pp.117-139). NY: Springer Science. John Wiley & Sons, Ltd.
- Burke, J. D., & Reiger, D. A. (1996). Epidemiology of mental disorders. In R. E. Hales & S. C. Yudofsky(Eds.), *The American Psychiatric Press Synopsis of Psychiatry*(pp. 79-102). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Chamberlain, J. M., & Haaga, D. A. F. (2001a). Unconditional Self-Acceptance and Responses to Negative Feedback. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 19(3), 177-189.
- Chamberlain, J. M., & Haaga, D. A. F. (2001b).

- Unconditional Self-Acceptance and Psychological Health. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavior Therapy*, 19(3), 163-176.
- Chapman, A. L., Dixon-Gordon, K. L., & Walters, K. N. (2011). experiential avoidance, emotion regulation in borderline personality disorder. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavior Therapy*, 29(1), 35-52
- Cornelius, J. R., Salloum, I. M., Mezzich, J., Cornelius, M. D., Fabrega, H. Jr., Ehler, J. G., Ulrich, R. F., Thase, M. E., & Mann, J. J. (1995). Disproportionate suicidality in patients with comorbid major depression and alcoholism. *American Journal of Psychiatry*, 152, 358-364.
- Davis, G. & Aliskal, H. (1986). Descriptive, biological, and theoretical aspects of borderline personality disorder. *Hospital and Community Psychiatry*, 37, 685-692.
- Donegan, N. H., Sanislow, C. A., Blumberg, H. P., Fulbright, R. K., Lacadie, C. Skudlarski, P., Gore, J. C., Olson, I. R., McGlashan, T. H., & Wexler, B. E. (2003). Amygdala Hyperreactivity in borderline personality disorder: Implication for emotional dysregulation. *Biological Psychiatry*, 54(11), 1284-1293.
- Friedman, R. C., Clarkin, J. F., Corn, R., Aronoff, M. S., Hurt, S. W., & Murphy, M. C. (1982). DSM-III and affective pathology in hospitalized adolescents. *Journal of Nervous Mental Disorder*. 170, 511-521.
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M., & Blackburn, I. M. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affect Disorder*, 49(1), 59-72.
- Gratz, K. L., Latzman, R. D., Tull, M. T., Reynold, E. K., & Lejuez, C. W. (2011). Exploring the association between emotional abuse and childhood personality features: The moderating role of personality traits. *Behavioral and Cognitive Therapy*, 42(3), 493-508.
- Gratz, K. L., Rosenthal, M. Z., Tull, M. T. & Lejuez, C. (2006). An Experimental investigation of emotional dysregulation in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(4), 850-855.
- Gratz, K. L., Tull, M. T., & Gunderson, J. G. (2008). Preliminary data on the relationship between anxiety sensitivity and borderline personality disorder: the role of experiential avoidance. *Journal of Psychiatric Research*, 42, 550-559.
- Grotstein, J. S. (1987). The borderline personality disorder of self-regulation. In J. S. Grotstein, M. F. Solomon, & J. A. Lang (Eds.), *The borderline patient: Emerging concepts in diagnosis, psychodynamics, and treatment* (pp.347-384). Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Hayes, S. C. (1994). Content, context, and the types of psychological acceptance. In S. C. Hayes, N. S. Jackson, V. M. Follette, & M. J. Dougher (Eds), *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy*(pp.13-32). Reno, N. V.: Context Press.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, rational frame therapy, and third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665.

- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follett, V. M., & Stroshahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168.
- Iverson, K. M., Follette, V. M., Pistorello, J., & Fruzzetti, A. E. (2012). An investigation of experiential avoidance, emotion dysregulation, and distress tolerance in young adult outpatients with borderline personality disorder symptoms. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, Vol 3(4), 415-422.
- Kashdan, T. B., & Kane, J. Q. (2011). Post-traumatic distress and the presence of post-traumatic growth and meaning in life: Experiential avoidance as a moderator. *Personality and Individual Differences*, 50, 84-89.
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Guilford.
- Kessler, R. C., Gillis-Kight, J., Magee, W. J., Kendler, K. S., & Evas, L. J. (1997). Childhood adversity and adult psychopathology. In Gotlib & B. Wheaton (Eds.), *Stress and adversity over the life course: Trajectories and turning points* (pp.29-49). New York: Cambridge University Press.
- Kruedelbach, N., McCormick, R. A., Schulz, S. C., & Grueneich, R. (1993). Impulsivity, coping styles, and triggers for craving in substance users with borderline personality disorder. *Journal of personality disorder*, 7, 214-222.
- Leible, T. L., & Snell, W. E. Jr. (2004). Borderline personality disorders and aspects of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 37, 393-404.
- Ma, S. H. & Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 31-40.
- Marks, B. A. & Woods, D. W. (2005). A comparison of thought suppression to an acceptance-based technique in the management of personal intrusive thoughts: A controlled evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 433-445.
- McManus, M., Lerner, H., Robbins, D., & Barbour, C. (1984). Assessment of borderline symptomatology in hospitalized adolescents. *Journal of American Academy Child Psychiatry*, 23, 685-694.
- Moria, N. (2007). The role of experiential avoidance in psychological functioning after war-related stress in Kosovar civilians. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(8), 697-700.
- Ohayon, M. M., & Hong, S. C. (2006). Prevalence of major depressive disorder in the general population of South Korea. *Journal of Psychiatry Research*, 40, 30-36.
- Oquendo, M. A., Malone, K. M., & Mann, J. J. (1997). Suicide: risk factors and prevention in refractory major depression. *Depression and Anxiety*, 5, 202-211.
- Ramel, W., Goldin, P. R., Carmona, P. E., &

- McQuaid, J. R. (2004). The effects of mindfulness mediation on cognitive process and affect in patients with past depression. *Cognitive Therapy and Research, 28*, 433-455.
- Santanello, A. W., & Gardner, F. L. (2007). The role of experiential avoidance in the relationship between maladaptive perfectionism and worry. *Cognitive Therapy and Research, 30*(3), 319-332.
- Shane, M. & Kovel, V. (1988). Family therapy in severe borderline personality disorders. *International Journal of Family Psychiatry, Vol 9*(3), 241-258.
- Skodol, A. E. (2012). Personality Disorders in DSM-5. *Annual Review Of Clinical Psychology, 8*317-8344.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Pfohl, B., Widiger, T. A., Livesley, W. J., & Siever, L. J. (2002). Borderline personality disorder features and cognitive, emotional, and predicted behavioral reaction to testing. *Journal of Research in Personality, 42*, 1512-1523.
- Smith, A. J., Muir, W. J., Blackwood, D. H. R. (2005). Borderline personality disorder characteristics in young adults with recurrent mood disorders: A comparison of bipolar and unipolar depression. *Journal of Affective Disorders, 87*, 17-23.
- Soloff, P. H., Lynch, K. G., & Kelly, T. M. (2002). Childhood abuse as a risk factor for suicidal behavior in borderline personality disorder. *Journal of personality disorder, 16*(3), 201-204.
- Soloff, P. H., Lis, J. A., Kelly, T., Cornelius, L., & Ulrich, R. (1994). self-mutilation and suicidal behavior in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 8*, 257-267.
- Soloff, P. H., Lynch, K. G., Kelly, T. M., Malone, K. M., & Mann, J. J. (2002). Characteristic of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder: a comparative study. *American Journal of Psychiatry, 157*, 601-608.
- Strosahl, K., Chiles, J., & Linehan, M. (1992). Prediction of suicide intent in hospitalized parasuicides: Reasons for living, hopelessness and depression. *Comprehensive Psychiatry, 33*, 366-373.
- Thase, M. E., Simons, A. D., Cahalane, J., & McGeary, J. (1991). Cognitive behavior therapy of endogenous depression: Part 1: An outpatient clinical replication series. *Behavior Therapy, 22*(4), 457-467.
- Thase, M. E., Simons, A. D., Cahalane, J., McGeary, J., & Harden, T. (1991). Severity of depression and response to cognitive behavior therapy. *The American journal of psychiatry, 148*(6), 784-789.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V. & Williams, J. M. G. (2004). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control(mindfulness) training help? *Behavior Research and Therapy, 42*, 1001-1017.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M. & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 615-623.

한국심리학회지 : 임상

- Trull, T. J., Sher, K. J., Minks-Brown, C., Durbin, J., & Burr, R. (2000). Borderline personality disorder and substance use disorders: A review and integration. *Clinical Psychology Review*, 20(2), 235-253.
- Underwood, B., Froming, W. J., & Moore, B. S. (1980). Mood and personality: A search for the causal relationship. *Journal of Personality*, 48(1), 15-23.
- Wampold, B. E., Minami, T., Baskin, T. W., Callen Tierney, S. (2002). A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus 'other therapies' for depression. *Journal of Affect Disorder*, 68(2-3), 159-65.
- Westen, D., Sheldar, J., Durrett, C., Glass, S., & Martens, A. (2003). Personality diagnosis in adolescence: DSM-IV Axis II diagnosis and empirically derived alternative. *American Journal of Psychiatry*, 160(5), 952-966.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., DeLuca, C. J., Hennen, J., Khera, G. S., & Gunderson, J. G. (1998). The pain of being borderline: Dysphoric states specific to borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 6, 201-207.
- Zanarini, M. C., Gunderson, J., Marino, M., Schwartz, E., & Frankenburg, E. (1989). Childhood experiences of borderline patients. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 18-25.
- Zettle, R. D. & Raines, J. C. (1989). Group cognitive and contextual therapies treatment of depression. *Journal of Clinical Psychology*, 45, 445-483.

원고접수일 : 2014. 12. 17.

수정원고접수일 : 2015. 03. 25.

제재결정일 : 2015. 08. 07.

The Influence of Personality Disorder Traits on Depression: Mediating Effect of Psychological Flexibility

YeunJoo Hur

MinKyu Rhee

Department of Psychology Gyeongsang National University

The purpose of this study was to investigate psychological flexibility mediating the relationship between borderline personality traits and depression. For this study, self-reported data were collected from 328 adults(131 males and 197 females) belong to universities located in the GyeongNam area. The following questionnaires were administered: Korean Personality Disorder Tests(K-PDT), Acceptance and Action Questionnaire- II(AAQ-II), and Korea Depression Scale(KDS). Structural equation modeling(SEM) was applied in order to verify the mediating effect of psychological flexibility on the relation between borderline personality traits and depression. The results of this study were as follows. Positive correlation was found between borderline personality traits and depression and negative correlations between depression, borderline personality traits, and psychological flexibility. Structural equation modeling(SEM) revealed that psychological flexibility partially mediated the relation between borderline personality traits and depression. Finding of the current study showed that borderline personality traits influenced depression through identifying the role of psychological acceptance. This result showed difference between male and female. Based on these results, findings and implications are discussed.

Key words : borderline personality disorder trait, depression, experiential avoidance, psychological flexibility