Psychoanalytic Understanding and It's Therapeutic Application of Schizoid Personality

Kyung Kyu Lee

Department of Psychiatry, Dankook University Hospital, Cheonan, Korea

조현성 인격장애에 대한 대상관계이론

이 경 규

단국대학교병원 정신건강의학과

Schizoid patients rarely visit for treatment. Individuals with schizoid personality exist on a range from high functioning to deeply disturbed. They are highly sensitive, shy, easily overstimulated, with fear of closeness and longing for closeness. The pathogenic defense in schizoid personality is a withdrawal into fantasy. A therapist treating a schizoid patient must be open to a degree of authenticity and a level of awareness of emotion and imagery. Maximal awareness, patience, authenticity, normalization, and a willingness to use one's real personality is needed in treating a patient with schizoid personality disorder. The author reviewed the psychoanalytic understanding and its therapeutic application of a schizoid personality and suggests that an improved understanding of the schizoid personality will facilitate the treatment of patients with a schizophrenia spectrum disorder as well as the patients with schizoid personality disorder.

Psychoanalysis 2019;30(4):98-105

KEY WORDS: Schizoid personality · Psychoanalytic understanding · Therapeutic application.

Received: August 6, 2019 **Revised:** September 5, 2019 **Accepted:** September 9, 2019

Address for correspondence: Kyung Kyu Lee, MD, PhD

Department of Psychiatry, Dankook University Hospital, 201 Manghyang-ro, Dongnam-gu, Cheonan 31116, Korea

Tel: +82-41-550-3948, Fax: +82-41-550-6968, E-mail: kykylee2@gmail.com

서론

인격이란 자신, 타인, 환경에 대한 사고, 지각, 행동, 관계 맺음에서 비교적 안정되고 지속되는 방법을 말한다. 정신의학 영역에서 성격(character)은 인격과 밀접하게 관련되어 있으며, 때로 뒤섞여 사용된다. 인격은 신체, 정서, 지능, 행동 및 사회 특성의 총체를 의미하며, 성격은 타인에 의해 관찰되어지는 일관된 개인의 행동이나 태도를 의미하며 좀 더 제한적으로 사용된다(Baudry 1995). 인격이란 개인이 가지고 있는 것보다는 개인 그 자체를 의미한다(Personality is what one is rather than what one has.)(PDM Task Force 2006).

인간을 이해하는 성격 혹은 인격의 연구에 관한 전통 정신분석적 개념으로는 개인 발달에 관한 초기 이론적 모형에

서 유래한 두 가지의 다른 방법이 있다. 하나는 고착에 근거하여 인격을 이해하려는 Freud 초기의 욕동이론이고, 다른 하나는 후기의 자아심리학의 발전과 함께 특정 방어기제의 작동의 표현으로 개념화되었다. 뿐만이 아니라 대상관계이론, 그리고 자기심리학 등도 포함된다(McWilliams 1994).

조현성 인격을 가진 사람들이 정신분석을 받는 경우는 매우 드물다(Oldham과 Skodol 1994). 조현성, 조현형, 히피성 인격장애는 조현성 성격의 비정신증적 형태로, 그리고 조현병, 조현양상장애, 조현정동장애는 조현성 성격의 정신증적 단계로 볼 수도 있다(McWilliams 1994). 이에 본 논문은 치료 현장에서 자주 접하기 힘든 조현성 환자들뿐만이 아니라, 치료 현장에서 자주 접하게 되는 조현성 장애와 관련이 있다고 볼 수 있는 조현병스펙트럼 장애 환자들까지 포함하여 이들에 대한 정신분석적 이해 및 치료적 적용에 도움을 주고자 한다. 그러나 인격에 관한 정신분석 이론 전체를 다루는 것은 너무 방대하므로 이 논문에서는 상기의 성격 혹은 인격의 연구에 관한 전통 정신분석적 개념을 간략히 살

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

펴보고, 조현성 인격 및 이에 대한 치료적 적용과 관련된 부분만을 좀 더 자세히 다루기로 한다.

욕동이론(Drive theory)

욕동기반 고착 모형(drive-based fixation model)은 초기의 정신성적 발달 단계 중에서 아동의 타고난 체질적 표현과 이에 대한 부모의 반응에 의해 과도하게 좌절되거나 혹은 과도하게 만족하게 되면 그 단계에 고착화되고 성격은 장기간의 ‘고착’에 따른 결과의 표현이라는 것이다(Freud 1908). 이는 이후에 구강의존(oral dependent), 구강공격(oral aggressive), 항문수용(anal retentive), 항문배출(anal expulsive), 생식기(phallic) 성격 등으로 명시하게 된다. 이후 1950년대에 Erikson(1950)은 정신사회발달이론에서 각 시기에 따른 대인관계 및 정신 내적 과정에 의거하여 정신성적 발달 단계를 재구성하면서 8단계로 확장하고 성인에서도 인격발달이 가능하다고 하였다. 대인관계이론에서는 욕동의 만족보다는 언어나 놀이 같은 소통의 달성을 강조하면서 6세 이후에도 성격이 발달하고 변화 가능하다고 한다(Sullivan 1953). 분리-개별화이론도 일반적으로는 대상관계이론으로 하나로 받아들여지기도 하지만(Mahler 1968), Freud의 발달이론에 의거한 ‘고착’이란 가정을 내포하고 있으므로 욕동이론의 하나로 포함하기도 한다.

자아심리학(Ego psychology)

Freud(1923)의 구조이론에서부터 무의식의 내용보다 내용이 의식에서 벗어나 있게 하는 과정이 중요하다고 보았다. 치료의 초점도 id에서 자아의 작업으로, 그리고 깊숙이 있는 무의식의 내용에서 의식에 가까이 있으며 환자 자아의 방어기제에 대한 작업으로 접근이 가능한 소망, 공포, 환상들로 바뀌게 되었다. 이는 진단 및 치료에서 자아를 통하여 깊은 무의식에 있는 것을 완전히 의식적인 것으로 바꾼다는 중요한 관점을 제공하였다.

치료 과정에서 자아는 의식에 있고 합리적이면서 감정적 경험을 말로 표현할 수 있고 치료자와 함께 전체 자아(total self)를 이해하게 하는 치료적 관계를 만드는 관찰적 자아와 치료 관계를 유지하게 하는 더욱 본능적 느낌(visceral sense)인 경험적 자아로 치료적 분열(therapeutic split in the ego)이 된다(Sterba 1934). 관찰적 자아의 존재 유무는 치료에 있어서 매우 중요한데, 관찰적 자아에 이질적인 증상 및 문제들은 결코 중요하다고 여기지 않는 문제들보다 빨리 치료된다. 그러므로 자아 이질적 혹은 자아 동조적 증상 혹은 문제라고 표현한다.

자아의 주요 기능의 하나로 현실을 인식할 수 있는 능력

인 자아 강도도 중요하게 평가되어야 한다. 심리적 건강은 성숙한 방어기제뿐만이 아니라 다양한 방어 과정을 이용할 수 있어야 한다(Shapiro 1965). 치료는 무의식에 있는 것을 의식에 있게 하는 것만이 아니라 비인간적으로 가혹한 초자아의 수정도 필요하다.

성격은 방어기제가 특정한 형태로 작동되는 것의 표현이므로 통상적으로 주로 많이 사용되는 방어기제가 적용되는 과정이 성격 진단에서 가장 중요한 요소이다. 그리고 자아의 기본적인 기능의 하나는 id의 강렬한 본능적 욕구로부터, 자아의 불편한 현실 경험으로부터, 초자아의 죄책감 및 관련된 환상으로부터 유래하는 불안에 대한 자기방어이다(Freud 1946). 불안 반응에 대한 초기 이론에서는 불안은 방어기제에 의해 발생하는데 주로 억압이 관여하고, 축적되는 감정은 방출하려는 압력을 받아 내적 긴장을 일으키고 불안을 경험하게 한다고 하였다. 구조이론 이후에는 억압은 불안에 대한 하나의 반응이며 견디기 힘든 느낌을 피하려고 시도하는 다양한 방법의 하나일 뿐이라고 하였다.

대상관계이론(Object relation theory)

대상관계이론에서는 어떻게 전언어적 및 전합리적 과정이 근거에 따르는 말로 바뀌게 되는가를 많이 다룬다. 인간은 욕동 만족보다 관계 형성을 찾는다. 어머니의 모유보다 온화함과 애착을 느끼는 양육받는다는 느낌을 추구한다는 것이다(Fairbairn 1954). 이 이론이 도입되면서 어려운 환자의 이해 및 치료도 가능하게 되었으며, 정신치료의 관점과 범위를 넓히게 되었다(Stone 1954). 어린 시절 내재화되어 성인이 된 현재에도 영향을 미치는 내재화된 대상들, 그러면서도 아직도 심리적으로 충분한 분리가 되지 않은 대상들에 대한 마음가짐을 치료자들이 알 수 있게 하였다. 어린 시절에 경험한 대상들처럼 행동함을 합리적으로 예측하고, 무의식적으로 행동하게 되는 것으로 성격을 이해할 수 있게 되었다.

경계선 인격장애에서의 안정된 불안전성(stable instability)도 이론적으로 이해하고 임상적으로 접근할 수 있게 되었다(Kernberg 1975). 환자와의 소통에서 나타나는 치료자의 내적 심상이나 감정적 반응을 제대로 거름으로써 치료자는 관찰적 자아로는 접근할 수 없는 치료에서 일어나고 있는 것들에 대해 이해할 수 있는 추가적인 방안을 갖게 되었다.

Winnicott(1949)은 역전이를 압도당하고 와해되고 절망적이고 고통받는 환자를 이해하는 데 있어서 최상의 도구가 될 수 있다고 하였다. 그리고 Racker(1968)는 어린 시절에 대상이 아동에 대해 느꼈던 것을 치료자가 비공감적으로 느끼는 상보역전이(complementary countertransference)와 환자가 초기 대상에 대해 느꼈던 것을 치료자가 공감적으로 느끼게

되는 일치역전이(concordant countertransference)를 제시하였다. 즉, 대상관계이론에서는 역전이가 치료의 장애물이 아니라 치료에 도움이 될 수 있으며, 역전에서 나타나는 정보가 인격구조를 정확하게 평가하는 데 매우 중요하다(McWilliams 1994).

자기심리학(Self psychology)

어떤 환자들은 표면적으로는 매우 자기 확신에 차 있는 것처럼 보이지만 내적으로는 지속적으로 인정받고 존경받고 가치 있다는 확신을 추구한다. 그리고 어떤 환자들은 자존감(self-esteem)과 기본 가치(basic values)에 대한 내적 혼란감을 인식한다.

Kohut(1971)는 자기의 발달, 발생할 수 있는 왜곡, 치료 등을 포함한 자기에 대한 새로운 이론을 제시하면서 이상화에 대한 정상적 요구 과정 등을 강조하였으며, 초기에는 이상화하였다가 점차 상처받지 않으면서 탈이상화를 해야 할 대상이 없이 자란 환자의 정신병리에 적용하였다. 자기에적으로 손상받은 환자를 이해하고 치료할 수 있게 되었으며, 자기구조(self-structures), 자기 표상(self-representations), 자기상(self-images) 및 인간의 자존감에 필요한 내적 과정의 극복 같은 인간에 대한 일반적 관점을 재조명하였다. 자기란 용어를 정신분석학에 추가하였고 자기경험이란 개념에서 이해하도록 하였다. 자기애적 환자의 치료에서 자존감, 자기 응집력, 자기 연속감(sense of self-continuity)을 지지하는 형태의 치료 과정으로 작업하게 되었다. 방어기제는 이드, 자아, 초자아에 대한 불안을 막는 것뿐만이 아니라 일관적이고 긍정적인 자기감(sense of self)의 유지에도 필요하다고 보았다.

인격 구성의 발달 단계(Developmental levels of personality organization)

한 인간의 기본 성격구조(character structure)를 알기 위해서는 인격 구성의 발달 단계를 나타내는 개별화의 정도 혹은 정신병리의 심한 정도(정상, 신경증적, 경계선적, 정신병적 단계)와 인격 발달 단계 및 각 단계에서 나타나는 방어방식인 성격 유형(편집성, 조현성, 자기애적, 강박성 등)을 알아야 한다.

정신병리의 심한 정도는 주로 사용하는 방어기제, 정체성 통합의 정도, 현실 검증력의 적절성, 정신병리를 관찰할 수 있는 능력, 근본적 갈등의 성질, 전이와 역전이의 잠재력 등으로 평가할 수 있다. 이는 정도의 차이가 다른 하나의 연속선상에 있다. 스트레스가 심하면 정신적으로 건강한 사람도 일시적으로 정신병적으로 될 수가 있고, 심한 망상을 가진 조현병 환자도 아무 증상이 없는 순간이 있다. 즉, 인격구조 단

계란 인격장애의 심한 정도를 의미한다고 할 수 있다.

인격장애의 심한 정도의 차이에 따라 정신치료 기법은 다르게 적용해야 한다. 신경증 단계는 정신분석이나 전통분석적 정신치료를, 경계선 단계는 경계를 명확하게 하면서 대비되는 자아 상태를 밝히고 원시적 방어기제는 해석하는 표현정신치료(expressive therapy)를, 정신병적 단계는 안전을 제공하고 교육하며, 특정한 스트레스에 대해 주의집중하는 지지정신치료(supportive therapy)를 적용한다(McWilliams 1994).

인격의 유형적 차원(Typology dimensions of personality)

인격의 유형적 차원은 어떤 하나의 방어기제 혹은 어떤 방어기제들의 집단들의 주된 사용을 의미한다. 모든 인격에는 정신증적 영역에서부터 신경증적-건강한 영역에 이르는 성격적 병리의 다양한 범위가 있다. 때로 임상적으로 더욱 중요한 것은 개인의 인격 유형을 찾아내는 것보다 환자의 전반적인 인격 발달 단계를 아는 것이다. 방어기제의 유연성이 심리적 건강이나 자아 강도를 보여주는 한 부분이므로 인간은 대개 순수한 단일 인격 유형을 가지지는 않는다(McWilliams 1994).

조현성 인격(Schizoid Personality)

다른 유형의 인격과 마찬가지로 조현성 인격도 모든 병적 단계의 인격을 가질 수 있는데, 매우 기능을 잘하는 정상 수준에서부터 매우 손상되어 정신증적 상태까지 나타난다. 이들은 타인을 빨리 동일화하여 일시적으로 의존적이 되기도 하지만 바로 철회(withdraw)한다. 사랑을 갈구하지만 사랑이 대상을 파괴할 것이라는 공포 때문에 사랑할 수 없다(Fairbairn 1954; Guntrip 1968). 또한 폐쇄공포증적-광장공포증적 대상관계란 딜레마에 사로잡혀 있다(Rey 1994). 너무 가까워짐(closeness)은 삼켜버림(engulfment)을 당하거나 융합되지나 않을까 하는 공포에서 유래한 강렬한 감정 때문에 폐쇄공포증적 불안이 나타나고, 너무 멀어지는 것은 상실과 외해에 대한 광장공포증적 공포를 불러일으킨다.

조현성 환자의 내적 세계는 겉으로 드러나는 모습과는 매우 다르며, 모순덩어리이기도 하다. 이 모순에 대해 Akhtar(1987)는 마음이 없는 것 같으며, 흥미를 느끼지 못하고, 특이하게 도덕적으로 명백하면서 확실히 겉으로 드러나는 집단과 예민하면서 감성적이고, 감정적으로 요구하며, 갑자기 경계하며, 창조적이면서, 때로는 성질이 비꼬이고, 타락하기 쉬운 겉으로는 드러나지 않는 집단이란 두 집단으로 나누었다. 이는 여전히 통합되지 않은 자기 표상에 대한 자기의 분리와 분절을 의미한다. 조현성이란 명칭 자체가 바로 이 근본적인

자기 분리를 의미한다. 그 결과는 분산된 정체성(diffuse identity)이므로 자기 자신이 누구인가에 대한 확신이 없고, 상당한 갈등적 사고, 감정, 소망, 충동 등으로 고통을 받고 있다고 느낀다(Gabbard 2005). 이들은 명백하게 타인에 대한 감정과 갈망을 가지고는 있지만 인격 발달 과정에서 관계의 발달은 초기 단계에 멈춰 있다(Lawner 1985). 그리고 조현성 환자들은 대상과 너무 가까워지면 잡아먹히거나 융합되지 않을까 하는 불안과 너무 멀어지면 상실과 와해에 대한 공포란 두 종류의 불안 사이에서 곤란을 겪고 있다(Williams 2005).

대인관계에서의 자극에 대해 높은 감수성이 있고 과하게 반응하므로 방어적 철회를 하게 된다. 그리고 삼켜짐, 얹혀짐, 조절당함, 침범당함, 상처 받음에 대한 위험과 타인과의 관계 수반에 관련된 위험을 쉽게 느낀다. 사회와 괴리되어 있거나, 주변 세상보다는 내적 세상에 더욱 주의를 기울이기 때문에 사회적으로 최소한의 방법으로 행동하기도 한다. 겉으로 수행자 같은 은둔으로 철회하거나, 심리적으로 본인의 마음속의 환상 세계로 퇴각하기도 한다. 때로는 외로운 사람으로 여겨지기도 하고 타인과 함께 있는 것보다 혼자 있는 것을 더 편안하게 느끼는 경향을 보인다. 가까워짐을 매우 열망하기도 하고 정서적인 성적 친밀감에 대한 정교한 환상을 가지기도 한다(Doidge 2001; Guntrip 1968). 때로는 고통을 인내해야 하는 방어적 초연함의 유지를 불편해하기도 한다. 문학, 음악, 미술 같은 은유나 정서적으로 의미 있는 것들을 통하여 매우 친밀하거나 안정적으로 소통할 수도 있다(PDM Task Force 2006).

욕동, 정동, 기질(Drive, affect, temperament)

기질적으로 과민하게 반응하고 쉽게 과도한 자극을 받는다. 아기 때에도 빛, 소음, 움직임에 매우 예민한데 이는 생물학적으로 신경세포 말단부가 표면에 더 가깝기 때문인 것 같다(Thomas 등 1968). 대부분의 영아들은 다정한 양육자의 몸에 달라붙고 매달리며 맞추려고 하지만 어떤 영아들은 어른이 자신의 안락과 안전을 방해하는 것처럼 뻗뻗하게 있거나 물러나기도 한다. 양육자와 제대로 맞지 않은(poor fit) 영아들은 조현성 인격이 되기 쉽다(Escalona 1968).

구강기 단계의 주제와 투쟁하는 것처럼 보이기도 한다. 특히 삼켜짐, 흡수당함, 왜곡당함, 점거당함, 잡아먹힘에 대한 위험을 피하려고 몰두한다. 매일같이 사랑을 갈구하지만 이를 경험하지 못하기 때문에 정반대로 철회하고, 환상 속에서 만족을 찾고, 실제 세계를 거부하게 된다. 자신들의 탐욕에 대해 정서적 접촉을 피하기 때문에 마른 몸매가 되기 쉽다. 난폭한 환상을 가지고 있더라도 크게 공격적으로 보이지는

않으며 점잖거나 조용한 사람으로 혹은 유순한 사람으로 여겨지기도 한다. 갈망과 공격성 모두가 방어의 두꺼운 장막에 파묻혀 있다. 고기능의 조현성 환자일지라도 정서적으로 통상적 방어가 결핍된 듯하다. 사람들이 어떻게 별 노력도 없이 고통스러운 삶을 견디는지를 의아해하며, 수치심과 죄책감에 대해서는 별로 힘들어하지 않는다. 기본적인 안전에 대한 불안을 겪을 수도 있다. 그들이 압도당한다고 느낄 때 그들은 수행자의 은둔이나 환상으로의 철회로 숨는다(Nannarell 1953). 세상에 대해서는 외부자이며 방관자이며 관찰자이다. 조현성이란 단어의 어원에 함축된 분리는 자기와 외부 세계 간의 그리고 경험된 자기와 갈망 간의 분리이다. 그리고 조현성 환자에게 사용하는 분리란 용어의 의미는 자기의 일부 혹은 삶의 일부에 대한 이질감을 의미하는 것이다. 전부 좋음이나 전부 나쁨으로 나누는 방어기제 혹은 어떤 자아 상태였다가 정반대의 자아 상태로 바뀌는 방어기제로서의 분리와는 다른 의미이다(McWilliams 1994).

방어 과정 및 적응 과정

조현성 인격장애 환자의 주된 병적 방어기제는 환상이란 내적 세계로의 철회이다. 주로 사용하는 방어기제는 투사, 합입, 이상화, 과소평가, 지식화 등이며 드물게 부정과 억압을 사용한다. 스트레스를 받으면 자신의 감정으로부터, 외부 자극으로부터 철회하여 둔마된 변함없는 부적절한 감정을 보이기도 한다. 가장 적응적이고 놀랄 만한 능력은 창조성이다. 건강한 조현성 환자들은 예술 작업, 과학적 발견, 이론적 혁신, 영적 창조도 가능하다. 자폐적 철회를 창조적 활동으로의 승화도 치료 기본 목표의 하나이다(McWilliams 1994).

대상관계

조현성 환자의 관계에서의 기본적인 갈등은 가까워짐과 멀어짐, 사랑과 공포이다. 애착에 대한 심한 양가감정도 일생에 걸쳐 나타난다. 타인과의 관계에 들어갈 수도 나올 수도 없음이 이들의 전형적 딜레마이다(Guntrip 1968). 이 역동에 대해 Robbins(1988)는 “내가 외로우니 가까이 와 주세요. 하지만 침범당할까 무서우니 떨어져 계세요”라는 의미라고 설명하였다.

성적으로 기능할 수 있고 쾌감을 느낄 수도 있지만, 대부분의 조현성 환자들은 성에 대해 전적으로 무관심하다. 성관계를 곤란한 것으로 여기고, 관계할 수 있는 대상에게는 무관심하면서 얻기 어려운 성적 대상을 추구하기도 한다(McWilliams 1994).

성격구조 유형을 설명하기 위한 고착-퇴행 가설로 본다면 통상적인 유아기 삶의 단순한 잔재로 보인다. Klein(1946) 역

시 조현성 현상을 초기 영아기의 포괄적인 편집-분열 자리(paranoïd-schizoid position)와 관련시켰다. 영아기적 경험으로의 퇴행과 동급이며(Fairbairn 1941), 근본적으로 전정신기능(prementational) 단계이다. 양육에서의 문제가 조현성 성격 형성에 영향을 미치기도 하는데 철퇴를 조장하는 관계 유형은 과하게 영향을 미치거나, 과하게 공을 들이거나, 과잉 간섭하는 등의 양육 형태이다(Winnicott 1965). 조현성 무관심과 철퇴의 발전에는 상호 모순적이고 혼란스러운 소통 같은 부모와의 관계의 내용도 영향을 미친다(Bateson 등 1956). 이중 구속, 부정직한 감정 전달 속에서 성장한 아동들은 견디기 힘든 혼란과 분노에 대항하기 위하여 쉽게 철퇴하게 된다. 그러면서 심한 무망감을 느끼게 된다(Giovacchini 1979). 외로워지고 거절당한다면 갈망-회피, 친밀-거리감 갈등은 생길 수밖에 없다.

대상, 자아, 내적 대상에 대한 지속적이고 강렬한 분리 및 분절(splitting and fragmentation)은 대상에 대해 매우 빛나고 간 관점을 갖게 되고, 이는 양극단에서 갈팡질팡하게 만든다. 배출된 자기의 나쁜 부분은 함입되어 자아를 위협하게 된다. 자기의 좋은 부분 역시 투사되어 자아 고갈 그리고 자기감 및 대상 상실의 공포를 유발한다. 대상관계의 후퇴에서 유래한 정체성 형성 실패의 문제들은 조현성 정신병리의 핵심이다(Williams 2005).

조현성 자기(The schizoid self)

조현성 인격을 가진 사람들은 통상적인 사회적 기대를 무시한다. 자신이 타인에 미치는 영향과 타인의 반응에 대해 전혀 관심이 없다. 자비심도 거의 없는 것 같고, 관심 없고 비꼬고 경멸하는 듯한 태도를 보인다. 과도한 간섭이나 과도한 강요에서 벗어나려 하기 때문에 분리된 우월성을 향한 경향을 보이게 한다. 다른 사람들에 의해 만들어지는 조건들을 벗어나기 위한 노력의 하나로 관습에 대해 반항적이며 특이하게 반응하기도 한다.

자포자기(abandonment)도 또 다른 하나의 성격구조이다. 히스테리컬한 인격의 소유자처럼 온화하고 표현을 잘하고 사회적인 사람에게 쉽게 끌리거나 끄는 경향을 보인다. 안전한 개인 공간을 유지하려고 하지만 타인을 매우 잘 돌보기도 한다. 개인적 창조능력에 의해 자존심은 유지되기도 한다. 정신병질자들은 개인적 권력을 추구하고, 자기애적 인격장에 환자들은 자기 존중의 유지를 위하여 존경받기를 추구하지만, 조현성 환자들은 자신들의 천재적인 독창성, 감수성, 유일성을 확인하기를 원한다. 이러한 확인은 외적인 게 아니라 내적인 것이며, 창조성과 관련된 높은 규범 때문에 때로는 가혹한 자기 비난을 하기도 한다(McWilliams 1994).

조현성 인격장애 환자의 전이와 역전이

조현성 인격장애 환자의 전이와 역전에 대하여 McWilliams(1994)는 다음과 같이 정리하였다.

존중과 경의를 갖고 치료하면 치료에 대해서 감사하고 협력한다. 환자의 개인적 문제와 치료의 통상적인 경계선으로 형성된 안전 거리를 다룰 수 있는 치료자의 능력은 관련됨에 전전공공하는 조현성 인격장애 환자의 공포를 감소시켜 준다.

치료 초기에 환자는 입을 다물거나 허전함과 상실감을 느끼기도 한다. 치료 세팅을 내재화하기 전까지는 장시간의 침묵이 나타나기도 한다. 치료자의 초기 전이-역전이 문제를 다룸에서 해야 할 일은 강요에 대한 불안을 많이 일으키지 않으면서 환자의 주관적 세계로 통하는 길을 찾는 것이다. 그들의 기본적 전이인 '평가(test)'에는 자신들의 혼란스러우면서 당황스러움을 충분히 견딜 수 있도록 이해와 도움을 유지하면서 도우려는 치료자인가를 알아보고자 하는 것도 포함한다. 다른 사람들과 마찬가지로 치료자도 정서적으로 단절해버리거나, 그들을 희망이 없어 보이는 은둔자나 재미있는 별종의 하나로 보지나 않을까 하는 두려움을 느낀다.

대부분의 조현성 환자들은 치료자들에게 무관심과 방어적 괴리를 불러일으킨다. 자신들의 내적 경험이 이해될 수 있고 위협적이지 않은 친밀감을 기본으로 하는 치료를 받기를 원한다. 무관심은 관계에 대한 극복할 수 없는 장벽이 아니라 해결될 수 있는 방어라는 것을 치료자는 명심하여야 한다. 환자에게 시기상조의 자기 밝힘(premature disclosure)을 강요하거나 객관화 및 거리감이란 역전이적 유혹에 대해 행동 화합을 치료자가 벗어날 수 있다면 견고한 치료적 관계를 형성할 수 있다.

일단 치료적 관계가 형성되면 또 다른 복잡한 감정들이 계속 나타난다. 환자의 주관적 허약감이 치료자 스스로가 유약하거나 희망이 없다는 느낌을 빈번히 불러일으킨다. 외부 세계는 파괴적이고 힘들다는 생각과 환상은 치료되면서 사라진다. 전지전능감과 공유하게 되는 우월감에 대한 상호심상(counter image)이 나타나기도 한다. 환자가 유일하고 고상하고 이해받지 못하는 천재이고 저평가된 현인이라는 망목적인 지각이 치료자의 주된 반응으로 나타나기도 한다.

치료적 적용

조현성 인격장애 환자의 효과적인 치료기법은 갈등의 해석보다는 치료적 관계의 내재화이다(Appel 1974; Gabbard 1989; Stone 2001). 치료자의 과제는 새로운 관계의 경험을 제공함으로써 환자의 얼어붙은 내적 대상관계를 녹이는 것이다. 조현성 관계 유형은 매우 어린 시절 부족한 부모와의 관

계에서 기인한다(primary maturational failure)(Epstein 1979).

치료의 목표는 내재화되는 새로운 관계를 쉽고 단순하게 제공하는 것이라고 말할 수 있겠지만, 환자의 실존에 대한 기본 양식은 무관계(nonrelatedness)이기 때문이므로 이 전략의 완성에는 많은 어려움이 있다. 철회된 조현성 환자의 치료자는 시간이 걸리고 공을 들여야 하는 내재화의 과정에 대해 매우 많은 인내심을 가져야 한다. 그리고 침묵에 대해서도 허용적이고 받아들이는 태도를 가져야 하며, 침묵을 단순히 저항이라기보다는 환자의 기본적인 정보를 제공하는 비언어적 교류의 특별한 형태로 이해하여야 한다. 치료자의 감정적 반응은 미세하기는 하지만 환자의 정보에 대한 근본적인 원천이다. 침묵이 길어질 때는 치료자는 의제의 변경이나 환자에게 주어지는 치료자의 자기 표상 및 대상 표상의 투사를 경계하여야 한다. 치료자는 환자의 투사를 받아들이야 하며, 역전이적 행동화에 휩쓸리지 않는지를 항상 검토하여야 한다. 치료를 관두거나 포기하고픈 느낌이 들 때는 이 느낌을 치료 과정에서 나타날 수 있는 다른 문제들로 생각해야 하고 이해해야 한다. 해석하지 않기로 결정하는 것이 가장 강력한 치료 전략일 수도 있다(Gabbard 2005). 침묵을 저항으로 해석한다면 조현성 환자들은 소통의 부족에 대한 책임 및 창피를 느끼게 될 수도 있다(Nachmani 1984). 이들 환자에게는 침묵 자체를 존중해야 하고, 이것이 치료적 관계를 형성할 수 있는 유일하며 실용 가능한 치료적 접근법일 수 있다. 환자가 치료자 및 환자 자신에 대해 이야기하고 관계 맺기를 기대하는 것은 조현성 철퇴를 통해 피하고 있는 고통을 더 심하게 겪도록 한다. 역설적으로 그러한 기대가 크면 클수록 환자는 더욱 멀어지게 된다.

치료적 관계에서 크나큰 개방성을 가지고 잘 견디면서 공감적 수용에 반응하는 환자들도 있는데, 이들은 자기의 숨겨진 부분들을 이야기하기 시작하면서 궁극적으로는 이 부분들을 더욱 통합적 자기감(cohesive sense of self)으로 완성이 된다. 정신치료 과정 초기에는 어떤 환자들에게 이 방법이 효과적인지 알기 어렵다. 환자가 관계보다는 다른 영역에서만 진전을 보인다는 것에 대한 좌절의 가능성을 치료자는 견딜 수 있어야 한다(Stone 2001). 매우 심한 조현성 인격장애 환자일지라도 정신치료 중 언젠가는 친밀감에 대한 갈망을 나타낸다(Shedler와 Westen 2004). 충분한 인간관계적 공간을 유지하려는 요구에 대한 정서적 친밀감과 인정을 제공한다면 정신치료를 잘 진행할 수도 있다.

조현성 환자들의 치료자는 진정성의 정도와 감정 및 심상에 대한 인식 단계에 대해 개방적이어야 한다. 거의 모든 치료자들이 환자들을 돕기 위해 가까이 다가가기를 시도하지만 조현성 환자들의 정서적 공간(emotional space)의 필요성

때문에 공감하기가 어렵다. 치료자가 단지 의자를 좀 더 멀리 옮김으로써 제공할 수 있는 강요하지도 서두르지도 점유하지도 숨 막히게 하지도 않는다는 비언어적 안심시킴이 효과적이다(Hammer 1968).

환자들이 침습적으로 치료받음에 대한 공포가 있으므로 치료 초기에는 해석을 피한다. 통상적인 수준의 의견을 말하거나 반응만을 해야 하며, 환자들이 표현하는 것 이상을 표현하도록 하는 것은 철퇴를 더욱 강화시킬 수 있으므로 치료를 방해할 뿐만 아니라 반치료적이다. 환자의 현실감과 내적 진실성을 강화시키기 위해서는 환자 자신이 사용하는 단어 나 표현에 주목하는 것이 중요하다(Deri 1968).

정상화(normalizing)도 효과적인 치료를 위한 중요한 요소이다. 원시적 집착과 퇴행의 공포가 공존하는 소아들의 치료에 처음 사용된 'reconstruction upward'(Loewenstein 1951) 혹은 'interpreting up'(McWilliams 1994)이란 기법을 적용하는 것도 도움이 된다. 이는 깊숙이 있는 내용들을 바로 이해하고, 환자의 삶의 경험에서 형성된 유형에 대해 설명하는 기법이다. 즉 교육적 대화에서는 완벽하면서 정확함을 추구하기보다는 궁극적으로는 이해되어질 수 있다는 기대를 갖게 하는 것이 중요하다는 개념하에, 어떤 사람도 완벽하게 이해할 수는 없으므로 최선의 추측(best guess) 혹은 잠정적 이해(provisional understanding)를 하면서 권위적인 태도를 바꾸어 설명하는 것이 중요하다는 기법이다.

이 환자들은 자신을 돌보는 사람이 자신을 매우 잘 알아주기를 바라지만, 자신의 내부 세계를 완전히 개방했을 때 별로 중요로 보이지나 않을까 하는 공포를 갖고 있다. 다른 사람의 요구에 따르기를 강요받지 않으면서도 인정받을 수 있다는 경험을 내재화할 수 있도록 치료자는 도와야 한다. 치료자가 병적인 것보다는 재능에 관한 상상력의 풍부함을 재구성해 준다면 이 환자들은 매우 편안해한다. 환자를 이해하기 위해 예술적이고 문학적 상상의 원천을 이용하면 잡아먹히거나 위축되지도 않는다는 경험에 대한 확신을 줄 수 있다(McWilliams 1994).

일단 치료관계가 확고해지고 이해하는 작업이 잘 진행되는 경우에 조현성 환자의 정신치료에서 가장 빈번히 나타나는 장애물은 치료자와 환자 모두가 서로를 완벽히 이해하면서 치료 시간을 요구만 하는 세상으로부터의 도피로 여기는 것, 즉 emotional cocoon을 만드는 경향이다. 치료자와 형성된 안전한 친밀감(safe intimacy)을 외부세계로 일반화하는 것은 이 환자들에게는 크나큰 도전이다. 사회적 기능과 친밀감을 발전시키기 위하여 공간에 대한 욕구에 대해 침범하지도 조종하지도 비공감적이지도 않은 방법으로 치료받겠다는 것을 깨닫게 함으로써 이 문제를 해결해 나간다. 이에 대

한 긴장은 궁극적으로는 분석되어지고, 이 환자들의 친밀에 대한 욕구와 공포 간의 갈등이 얼마나 강력한가를 충분히 이해할 수 있게 한다. 치료에서 적절한 시기를 제대로 찾는 것이 매우 중요하다(McWilliams 1994).

이 환자들을 전이 대상으로서만이 아니라 현실의 인간으로 보고 대하는 치료자의 의지가 중요하다(Robbins 1988). 이 환자들에게서도 전이 반응과 공존하는 실질적 관계가 나타나기도 하는데 다른 인격장애 환자들에서보다 더욱 중요하다. 이 환자들에게는 ‘as if’란 관계가 많으며, 치료자가 한 인간으로 적극적으로 참여한다는 느낌에 대한 요구가 많다. 관계 맺음에서의 위험을 잘 지시해 주고, 환자의 과거가 없는 것처럼 농담이나 유머를 이용하거나, 다른 사람들과 정서적으로 관계함에서 숨기도 하고 추구하기도 하는 이들의 특성을 충분히 다루는 것이 도움이 된다. 더 많이 반응하는 치료 기법을 적용한다면 환자의 전이 반응은 명확해질 뿐만이 아니라 해석도 가능하게 된다(McWilliams 1994).

결 론

조현성 인격장애 환자들은 잡아먹힘에 대한 공포 때문에 타인과의 친밀 형성을 회피하고 내적 환상 세계로의 도피로 안전감을 유지하려 한다. 이들은 가까워짐과 멀어짐에 대해 갈등할 때 외로울지라도 멀어짐을 선택한다. 자극에 대한 과민과 결과로서의 회피는 타고난 체질적 요소이다. 환상으로의 자폐 같은 철회와 함께 다양한 원시적 방어기제를 사용하지만 진정성 및 창조적 능력을 보이기도 한다. 박탈과 침범의 공존으로 일컬어지는 접근-회피의 갈등(approach-avoidance conflict)이 있다.

치료 초기에는 치료자가 환자의 세계를 이해하기 어렵고, 무망감에 대한 취약성과 과대적 우월성 같은 환자의 감정을 공유하게 되는 경향이 있으며, 환자가 타인에게 다가가는 것을 내켜 하지 않음을 공유하려는 유혹 등이 조현성 인격장애 환자의 치료에서 나타나는 빈번한 전이-역전이의 문제들이다. 환자가 분열성 연속선상에서 어디에 위치하는가를 정확하게 평가하는 것이 매우 중요하다. 치료자와 환자 모두의 최대한의 자기 인식, 인내, 진정성, 환자의 실제 인격을 기꺼이 대하는 마음 등이 치료에 필요한 요소이다.

조현성 장애에 대한 정신분석적 이해는 조현성 장애 환자들뿐만이 아니라 이 장애와 관련되었다고 볼 수 있는 조현병스펙트럼 장애 환자들에 대한 이해 및 치료에도 적용할 수 있을 것이라고 생각된다.

Conflicts of Interest

The author has no potential conflicts of interest to disclose.

ORCID iD

Kyung Kyu Lee: <https://orcid.org/0000-0002-1324-3904>

REFERENCES

- Akhtar S. Schizoid personality disorder: a synthesis of developmental, dynamic, and descriptive features. *Am J Psychother* 1987;41:499-518.
- Appel G. An approach to the treatment of schizoid phenomena. *Psychoanal Rev* 1974;61:99-113.
- Bateson G, Jackson DD, Haley J, Weakland J. Toward a theory of schizophrenia. *Behav Sci* 1956;1:251-264.
- Baudry FD. Character. In: Moore BE, Fine BD. *Psychoanalysis: the major concepts*. New Heaven & London: Yale University Press;1995. p.196-208.
- Deri S. Interpretation and language. In: Hammer EF. *Use of interpretation in treatment: technique and art*. New York, NY: Grune & Stratton;1968. p.141-147.
- Doidge N. Diagnosing the English patient: schizoid fantasies of being skinless and of being buried alive. *J Am Psychoanal Assoc* 2001;49:279-309.
- Epstein L. Countertransference with borderline personality patients. In: Epstein L, Feiner AH. *Countertransference*. New York, NY: Jason Aronson;1979. p.375-405.
- Erikson EH. *Childhood and society*. New York, NY: Norton; 1950.
- Escalona SK. *The roots of individuality: normal patterns of development in infancy*. Chicago, IL: Aldine Publishing Co.;1968.
- Fairbairn WRD. A revised psychopathology of the psychoses and psychoneuroses. *Int J Psychoanal* 1941;22:250-279.
- Fairbairn WRD. *An object relations theory of the personality*. New York, NY: Basic Books, Inc.;1954.
- Freud A. *The ego and the mechanisms of defense*. New York, NY: International Universities Press;1946.
- Freud S. Character and anal eroticism. *SE* 9. London: Hogarth press;1908. p.169-175.
- Freud S. The ego and the id. *SE* 19. London: Hogarth press;1923. p.13-59.
- Gabbard GO. On ‘doing nothing’ in the psychoanalytic treatment of the refractory borderline patient. *Int J Psychoanal* 1989;70:527-534.
- Gabbard GO. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. Arlington: American Psychiatric Publishing;2005. p.412-426.
- Giovacchini PL. *Treatment of primitive mental states*. New York, NY: Jason Aronson;1979.
- Guntrip H. *Schizoid phenomena, object relations and the self*. New York, NY: International University Press;1968.
- Hammer EF. *Use of interpretation in treatment: technique and art*. New York, NY: Grune & Stratton;1968. p.156-168.
- Kernberg OF. *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York, NY: Jason Aronson;1975.
- Klein M. Notes on some schizoid mechanisms. *Int J Psychoanal* 1946;27:99-110.
- Kohut H. *The analysis of the self: a systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. New York, NY: International Universities Press;1971.
- Lawner P. Character rigidity and resistance to awareness of the transference. *Issues in Ego Psychology* 1985;8:36-41.
- Loewenstein RM. The problem of interpretation. *Psychoanal Q* 1951;20:1-14.
- Mahler MS. *On human symbiosis and the vicissitudes of individuation, Volume I. Infantile psychosis*. New York, NY: International Universities Press;1968.
- McWilliams N. *Psychoanalytic diagnosis: understanding personality structure in the clinical process*. New York, NY: Guilford Press;1994. p.19-95. p.189-204.
- Nachmani G. Hesitation, perplexity, and annoyance at opportunity. *Contemp Psychoanal* 1984;20:448-457.

- Nannarelo JJ.** Schizoid. *J Nerv Ment Dis* 1953;118:237-249.
- Oldham JM, Skodol AE.** Do patients with paranoid personality disorder seek psychoanalysis? In: Oldham JM, Bone S. *Paranoia: new psychoanalytic perspectives*. Madison, CT: International Universities Press; 1994. p.151-166.
- PDM Task Force.** *Psychodynamic diagnostic manual*. Silver Springs, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations;2006. p.17-34.
- Racker H.** *Transference and countertransference*. New York, NY: International University Press;1968.
- Rey H.** *Universals of psychoanalysis in the treatment of psychotic and borderline States*. London: Free Association Books;1994.
- Robbins A.** The interface of the real and transference relationships in the treatment of schizoid phenomena. *Psychoanal Rev* 1988;75:393-417.
- Shapiro D.** *Neurotic styles*. New York, NY: Basic Books;1965.
- Shedler J, Westen D.** Refining personality disorder diagnosis: integrating science and practice. *Am J Psychiatry* 2004;161:1350-1365.
- Sterba R.** The fate of the ego in analytic therapy. *Int J Psychoanal* 1934;15: 117-126.
- Stone L.** The widening scope of indications for psychoanalysis. *J Am Psychoanal Assoc* 1954;2:567-594.
- Stone MH.** Paranoid, schizotypal, and schizoid personality disorders. In: Gabbard GO. *Gabbard's treatments of psychiatric disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing;2001. p.2237-2250.
- Sullivan HS.** *The interpersonal theory of psychiatry*. New York, NY: Norton;1953.
- Thomas A, Chess S, Birch HG.** *Temperament and behavior disorders in children*. New York, NY: New York University Press;1968.
- Williams P.** 'Cluster A' personality disorders. In: Gabbard GO, Beck JS, Holmes J. *Oxford textbook of psychotherapy*. New York, NY: Oxford University Press;2005. p.261-267.
- Winnicott DW.** Hate in the counter-transference. *Int J Psychoanal* 1949; 30:69-74.
- Winnicott DW.** *The maturational processes and the facilitating environment: studies in the theory of emotional development*. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis;1965.