

정신건강의 2요인 구조: 임상집단을 대상으로[†]

김 현 정 고 영 건[‡]
고려대학교 심리학과

정신건강에 대한 전통적인 접근은 질병 이데올로기적 관점으로서, 정신건강을 단순히 정신장애가 없는 상태로 가정하였다. 하지만 긍정심리학적 관점에서는 정신건강이 정신장애와 긍정적 정신건강과 서로 상관이 있는 2요인 구조로 파악한다. 정신건강의 2요인 구조에 관해서는 일반인과 일부 특수 집단(교도소 수용자)을 대상으로 타당도 검증이 이루어졌으나, 아직까지 정신과 환자 및 상담센터를 방문한 내담자들을 대상으로 한 타당도 검증은 보고된 바 없다. 본 연구에서는 정신과 환자 및 상담센터를 방문한 내담자를 대상으로 정신건강의 2요인 구조의 타당성을 검증하고자 하였다. 이를 위해 정신과 외래 환자 112명 및 상담센터의 내담자 108명 총 220명을 대상으로 정신건강 척도를 실시한 후 확인적 요인분석을 시행하였다. 그 결과, 정신건강의 단일 요인 모델에 비해 2요인 모델이 적합도가 더 높은 것으로 나타났으며 그 중에서도 상관이 있는 2요인 모델이 가장 적합도가 높은 것으로 나타났다. 이러한 결과에 기초해 임상집단을 대상으로 한 긍정적 정신건강 증진의 중요성이 논의되었다.

주요어: 정신건강, 웰빙, 정신장애, 긍정심리학, 정신과 환자

* 본 논문은 2009년도 정부(교육과학기술부)의 재원으로 한국연구재단의 지원(중견연구자지원사업)을 받아 수행된 연구임(No. 2009-0083944).

† 이 논문은 김현정(2012)의 고려대학교 박사학위 논문의 일부를 수정 정리한 것임.

‡ 교신저자(Corresponding author) : 고영건, (136-701) 서울특별시 성북구 안암로 145 고려대학교 심리학과, Fax: 02-3290-2662, E-mail: elip@korea.ac.kr

1차 및 2차 세계대전 이후 전 세계적으로 정신 장애에 대한 사회적 관심이 증대됨에 따라 정신 장애에 대한 치료법도 비약적인 발전을 이루었다 (Seligman & Csikzentmihalyi, 2000). 하지만 오랫동안 정신건강 연구들은 주로 정신병리 중심으로만 연구되는 등의 편향 문제를 나타냈다.

전통적으로 정신건강 영역에서는 정신장애가 없는 것이 곧 정신적으로 건강한 상태로 간주되는 질병 이데올로기가 통용되어왔다(Maddux, Snyder, & Lopez, 2004). 이러한 관점에서는 정신과적인 문제 증상을 감소시키는 것에 초점을 맞추며 개인의 강점보다는 취약성을 주로 다루게 된다. 이러한 편향성의 문제를 지적하면서 Seligman과 Csikzentmihalyi(2000)는 정신건강 연구에도 긍정심리학적 관점을 도입할 필요가 있다고 주장하였다.

최근 세계보건기구에서도 정신건강을 “단순히 정신장애가 부재한 것을 넘어서 자신의 능력을 실현하고 생산적으로 일하며 지역사회에 공헌할 수 있는 웰빙 상태”로 정의하였다(Herrman, Saxena, & Moodie, 2005). 정신건강에 대한 전통적 관점과 새로운 관점의 차이는 환자나 내담자를 바라보는 관점 및 치료 계획뿐만 아니라 정신건강 정책에 이르기까지 광범위한 영역에서의 패러다임 변화를 초래할 수 있다(Maddux et al., 2004). 하지만 아직까지는 일반 사람들 혹은 대다수 정신건강 전문가들의 경우 정신건강의 주요 개념과 관련해 전통적인 질병 이데올로기 관점이 여전히 주류를 이루고 있다(Maddux et al., 2004). 이러한 점은 정신건강과 관련해서는 긍정심리학적인 연구가 질병 이데올로기를 대체할 수 있는 수준으로 충분히 검토되지 못했음을 보여준다.

긍정심리학적 관점에서는 정신건강이 정신장애의 유무라는 단일한 차원이 아니라, 정신장애와 정신적 웰빙의 두 차원으로 구성된다고 본다 (Keyes & Lopez, 2002). 일찍이 Kazdin(1993)은 정신병리나 심리적 역기능이 존재하지 않는 것과 최적의 기능이 유지되는 것은 상호 관련되어 있지만 독립적인 특성을 갖는다고 주장했다. 이러한 맥락에서 Keyes(2005)는 정신장애와 정신적 웰빙이 단일선 상의 양극에 있는 것인지 아니면 독립적인 두 요인으로 구성된 것인지를 경험적으로 분석하였다. 미국의 성인들을 대상으로 정신건강 측정치들에 대한 확인적 요인분석을 실시한 결과, Keyes(2005)는 정신건강에 대한 단일요인 모형에 비해 정신장애와 긍정적 정신건강의 2요인 모형이 더 적합한 것으로 나타났다고 보고하였다. 또 네덜란드 및 남아프리카 성인들을 대상으로 실시한 연구에서도 동일한 결과가 산출되었다 (Westerhof & Keyes, 2010; Keyes et al., 2008). 우리나라에서도 청소년(이명자, 류정희, 2008), 일반인(임영진, 고영건, 신희천, 조용래, 2012), 그리고 교도소 수용자들(박근영, 이민규, 2010)을 대상으로 한 연구들에서 유사한 결과를 얻었다.

정신건강이 정신적 웰빙과 정신장애의 2요인으로 구성된 것으로 바라보는 긍정적 정신건강의 관점에서는 정신건강 유형을 크게 네 가지로 분류할 수 있다(Keyes & Lopez, 2002). 이러한 분류에서는 장신장애의 유무를 한 축으로 하고 또 정신적 웰빙의 상하를 또 다른 기준 축으로 삼아 분류하게 된다. 그 중 정신적으로 가장 건강한 상태에 있는 집단은 정신장애가 없고 정신적 웰빙 수준이 높은 ‘정신적 번영’ 집단이다. 다음으로는 정신장애가 있지만 정신적 웰빙 수준이 높은 ‘분

투' 집단과, 정신장애가 없지만 정신적 웰빙 수준도 낮은 '최악' 집단이 있다. 마지막으로 정신건강 수준이 가장 낮은 집단은 정신장애가 있으면서 정신적 웰빙 수준도 낮은 '부적응' 집단이다 (Keyes, 2002, 2005). 임영진, 고영건, 신희천, 조용래(2010)와 Keyes(2007)의 연구에 따르면, 분투 집단이 최악 집단에 비해 심리사회적 적응 수준이 유사하거나 오히려 더 높은 수준을 나타냈다. 이러한 결과는 정신장애의 유무만으로는 심리·사회적 적응 수준을 효과적으로 변별해내지 못한다는 점을 보여준다(Keyes, 2007; Keyes, Dhirra, & Simoes, 2010). 동시에 이러한 결과는 정신장애와 정신적 웰빙이 상관은 있지만 상호 독립된 요인일 가능성을 시사한다.

하지만 정신건강의 2요인 모형의 타당성을 제고하기 위해서는 일반인뿐만 아니라 정신과 환자 및 상담센터를 방문한 내담자 집단을 대상으로 한 타당도 검증이 병행될 필요가 있다. 만약 정신과 환자 및 내담자들의 정신건강이 일반인과는 달리 정신장애의 한 가지 차원만으로 설명된다면, 긍정적 정신건강의 관점을 치료 과정에서 유용하게 활용하기는 어려울 것이다. 하지만 정신과 환자 및 내담자들의 경우에도 정신건강이 2요인으로 나타난다면 정신건강이 2요인 구조라는 점에 대해 더 큰 확신을 가질 수 있을 것이다.

만일 정신과 환자 및 내담자들에게서도 정신건강이 정신적 웰빙과 정신장애의 2요인으로 구성된 것으로 나타난다면, 이는 임상적으로 중요한 의미를 가질 수 있다. 임영진 등(2010)과 Keyes(2007)의 연구가 시사하는 것처럼, 만약 분투 집단이 최악 집단에 비해 심리사회적 적응 수준이 유사하거나 오히려 더 높은 수준을 나타낸다면, 정

신과 환자들의 정신적 웰빙을 증진시키려는 노력 없이 단순히 문제 증상을 경감시키는 치료적 개입을 시행할 경우, 그 결과는 정신적 변형 집단이 아니라 최악 집단을 양산할 위험성이 있기 때문이다.

전통적 관점에서는 정신장애의 증상 감소가 치료의 주된 목표였으며, 긍정적인 정신건강은 증상 완화의 부산물이거나 아니면 덜 필수적인 것으로 여겨졌다(Seligman, Rashid, & Parks, 2006; Sin & Lyubormirshky, 2009). 이에 따라 환자나 내담자의 긍정적인 면에 대해 명료하게 초점을 둔 치료는 매우 적었다(Seligman et al., 2006). 하지만 일반인 뿐 아니라 정신과 환자 및 내담자들에게서도 정신장애와 정신적 웰빙이 단일요인이 아니라 서로 독립된 2요인 구조인 것으로 나타난다면, 향후 정신건강 영역에서의 치료적 개입 형태는 긍정적 정신건강 개념에 기초해 이루어져야 함을 시사한다(Seligman et al., 2006). 선행연구에 대한 이러한 검토에 기초하여 본 연구에서는 정신과 환자 및 내담자를 대상으로 정신건강의 2요인 구조를 검증하고자 하였다.

방 법

연구 대상

본 연구에는 정신과 환자 112명과 한 대학의 상담센터를 방문한 내담자 108명이 참여하였다. 먼저 정신과 환자의 경우, 개인병원, 종합병원 및 군병원의 정신과 외래환자 총 112명이 참여하였다. 이들의 평균 연령은 32.4세($SD=14.84$)였으며 남자가 73% 그리고 여자가 27%였다. 학력은 중

졸 이하 14.3%, 고졸 33.0%, 대재 및 대졸 52.7%였다. 이들에 대한 진단은 임상심리전문의의 심리평가 보고서와 의학적 검사에 기초해 정신과전문의에 의해 이루어졌다. 그들의 진단별 유형은 정신분열병 및 기타 정신증적 장애 15%, 기분 장애 38%, 불안 장애 17%, 신체화 장애 10%, 적응 장애 21%, 인격 장애 및 기타 장애 11%였다. 상담센터의 내담자들은 서울의 한 대학교의 학생상담센터를 방문한 대학생 102명 및 대학원생 6명 총 108명이었다. 이들 중 남자는 31% 그리고 여자는 69%였으며 평균 연령은 23.9세($SD=2.95$)였다.

측정 도구

한국형 정신건강 척도(Korean Mental Health Continuum-Short Form: K-MHC-SF). Keyes(2002, 2007)는 세 가지 종류의 웰빙-정서적, 심리적, 사회적-으로 구성된 웰빙 개념을 제안하였다. 첫째는 정서적 웰빙(emotional well-being)으로서, 긍정적 정서의 존재와 부정적 정서의 부재, 그리고 삶에 대한 지각된 만족감으로 구성된다. 둘째, 심리사회적으로 긍정적인 기능을 하는지 여부로서, 자기수용, 타인과의 긍정적인 관계, 개인적 성장, 삶의 목적, 환경에 대한 통제, 자율성의 6가지 요소로 구성되는 심리적 웰빙이다(Ryff, 1989). 셋째, 개인이 삶에서 잘 기능한다는 것은 정서적 웰빙과 심리적 웰빙과 함께 사회적 기능이 포함되어야 한다고 보았다. 이에 따른 사회적 웰빙은 사회적 일치성, 사회적 실현, 사회적 통합, 사회적 수용과 사회적 기여의 5차원으로 구성된다(Keyes, 1998). 본 연구에서는 Keyes 등(2008)이 3가지 웰빙 요소를 포

함해 구성된 단축형 척도를 임영진 등(2010)이 번안하고 타당화한 것을 사용하였다. 이 척도는 정서적 웰빙을 측정하는 3문항, 심리적 웰빙 척도 6문항, 그리고 사회적 웰빙 척도 5문항씩으로, 총 14문항으로 구성되어 있다. 문항은 6점 척도로 되어 있으며 점수가 높을수록 웰빙이 높은 것으로 채점된다. 임영진 등(2012)의 연구에서는 전체 문항의 내적 일치도가 .93이었으며 본 연구에서는 .92로 나타났다.

한국형 정신장애 척도(Korean Mental Disorder Inventory: K-MDI). 본 연구에서 정신장애를 측정하기 위해 사용한 척도는 임영진 등(2010)이 개발한 것으로 총 14문항의 자기보고식 5점 척도이다. 대표적인 정신장애의 유무와 정도를 묻는 13문항과 정신장애로 인해 사회적 기능에 어려움을 겪은 정도를 평가하는 1문항으로 구성되어 있다. 임영진 등(2010)의 연구에서 내적 일치도 계수는 .89로 나타났으며, 본 연구에서의 내적 일치도 계수는 .82였다. 대학생 186명을 대상으로 한 예비연구를 통해 증상을 평가하는 13문항을 내재화 문제, 외현화 문제, 정신증적 증상의 3요인으로 재구성하였다. 그 과정에서 요인 내 상관이 작은 1문항(신체화 관련 문항)을 제외하고 확인적 요인분석을 한 결과, 정신장애 척도의 3요인 구조는 양호한 적합도 지수를 나타냈다($\chi^2=76.16$, $df=51$, $p<.05$, $TLI=.915$, $CFI=.945$, $RMSEA=.052$).

자료 분석

정신건강과 정신장애 척도의 요인구조를 검증

하기 위해 확인적 요인분석을 시행하였다. 모형에서 긍정적 정신건강은 정서적, 심리적, 사회적 웰빙의 3요인으로 구성된 개념으로 사용하였으며, 정신장애는 내재화 문제, 외현화 문제, 정신증적 증상의 3요인으로 구성된 개념으로 사용하였다. 모형의 적합도 평가는 표본크기와 비교적 독립적이고 모형과 자료간의 부합도를 나타내주는 Tucker-Lewis Index(TLI) (Tucker & Lewis, 1973), Comparative Fit Index(CFI) (Bentler, 1990), Root Mean Square Error of Approximation(RMSEA) (Steiger, 1990)를 사용하였다. TLI 및 CFI는 .90이상일 때 적합한 모형으로 간주되며, RMSEA는 .80이하일 때 적절한 모형으로 판단된다(Schumacker & Lomax, 1996; Brown & Cudeck, 1993). 분석은 AMOS 18을 사용하였다.

결 과

정신과 환자 및 내담자의 정신적 웰빙 점수의 평균은 23.98($SD=13.80$) 그리고 정신장애 점수의 평균은 18.40($SD=8.91$)이었다. 이 때 정신적 웰빙

과 정신장애 척도는 유의미한 부적상관을 보였다, $r=-.42, p < .01$.

확인적 요인분석을 위해 설정한 경쟁모형 및 연구모형은 다음과 같다. 경쟁모형 1은 정신건강에 대한 단일요인 모형으로 정신장애와 긍정적 정신건강을 양극선 상에 있는 단일구성개념으로 간주한 모형이다. 경쟁모형 2는 정신장애와 긍정적 정신건강을 2요인으로 간주하지만 두 잠재요인 간 상관을 가정하지 않은 모형이다. 연구모형은 정신장애와 긍정적 정신건강의 잠재요인 간 상관을 가정한 2요인 모형으로 설정하였다(부록 1 참조).

정신건강의 요인구조에 대한 경쟁모형 및 연구모형에 대한 확인적 요인분석의 결과는 표 1과 같다. 먼저, 단일요인 모형인 경쟁모형 1의 모든 경로계수가 유의하였다($\beta=.29\sim.91$, all $ps<.05$). 그러나 경쟁모형 1의 적합도 지수는 $\chi^2(293)=570.66$, $p<.001$, TLI=.863, CFI=.886, RMSEA=.066으로, 적합하지 않은 수준으로 나타났다. 2요인 간 상관을 가정하지 않은 경쟁모형 2의 모든 경로계수가 유의하였다($\beta=.33\sim.99$, all $ps<.001$). 경쟁모형 2의 적합도 지수는 $\chi^2(293)=528.56$, $p<.001$, TLI=.884,

표 1. 정신건강 요인구조에 대한 확인적 요인분석($n=220$)

모형	χ^2	df	TLI	CFI	RMSEA	χ^2 difference/ df difference
1. 경쟁모형 1 (단일요인 모형)	570.66***	293	.863	.886	.066	
2. 경쟁모형 2 (2요인 독립 모형)	528.56***	293	.884	.903	.061	
3. 연구모형 ^a (2요인 상관 모형)	485.18***	292	.904	.920	.055	43.37 ^b ***

주. ^a잠재 요인간 상관은 -.54였음. ^b연구모형과 경쟁모형 2를 비교한 것임.

*** $p < .001$.

CFI=.903, RMSEA=.061로, 경쟁모형 1에 비해 적합도가 높은 수준이나, 양호한 수준에는 약간 못 미치는 것으로 나타났다. 마지막으로, 2요인 상관모형인 연구모형의 모든 경로계수가 유의하였으며($\beta=.38\sim.97$, all $ps<.001$), 연구모형의 적합도는 $\chi^2(292)=458.18$, $p<.001$, TLI=.904, CFI=.920, RMSEA=.055로 적합한 수준으로 나타났다. 또한 연구모형과 경쟁모형 2의 χ^2 부합도 차이 검증 결과 또한 유의하여, 연구모형이 경쟁모형 2에 비해 더 나은 모형으로 나타났다. 즉 연구모형이 가장 적합한 것으로 결정되었다.

논 의

정신장애가 없는 것이 곧 정신건강을 의미하는 질병 이데올로기적 관점에서 본다면, 정신과 환자 및 내담자들을 대상으로 정신건강의 요인 구조를 조사했을 때, 단일한 요인으로 나타날 것으로 예상된다. 하지만 확인적 요인분석 결과, 정신과 환자 및 내담자들의 정신건강에서도 일반인과 마찬가지로 정신적 웰빙과 정신장애의 상관을 가정할 2요인 구조가 더 적합한 것으로 나타났다.

본 연구결과는 정신과 환자 및 상담센터 내담자들을 대상으로 치료 계획을 수립하는 과정에서 긍정심리학적 관점을 도입할 필요가 있음을 시사해준다. 다시 말해, 정신과 환자 또는 상담센터 내담자를 치료하는 과정에서 질병 중심 모델에 기초해 문제 증상 중심의 치료적 개입을 하던 것에서 관점을 전환하여 성격 강점 및 정신적 웰빙에 초점을 두는 것이 필요함을 보여준다. 정신장애가 현저하게 나타나는 임상 집단의 경우에도 단순히 질병이나 고통에서 벗어나도록 돕는 것은

단지 웰빙에 이르는 방해물을 제거하는 것에 불과하기 때문에 정신적으로 건강한 웰빙 상태에 도달하기는 어렵다(Duckworth, Steen, & Seligman, 2005). 따라서 정신과 환자를 대상으로 한 치료 접근에서도 증상을 경감시키는 동시에 정신적 웰빙을 증진시키는 통합적인 접근이 필요해 보인다(김근향, 2011).

바로 긍정심리치료가 그 대표적인 예이다. 긍정심리치료에서는 정신과 환자 또는 내담자들의 약점을 약화시키는 것보다는 강점을 강화시키는데 초점을 둔다(Maddux et al., 2004). 왜냐하면 강점을 강화시키려는 노력은 약점을 약화시키는데 결정적인 역할을 하기 때문이다(김진영, 고영진, 2009). 긍정심리치료와 관련된 경험적 연구들(Keyes & Lopez, 2002; Sin & Lyubormirshky, 2009)은 정신적 웰빙 수준을 증진시키는 개입을 통해 정신과적인 문제 증상을 경감시키고 또 정신장애 관련 위험 요인을 예방하고 재발을 방지할 수 있음을 보여준다. 특히 Seligman 등(2006)과 임영진(2012)에서는 긍정적 정서, 성격 강점, 삶의 의미를 다루는 심리학적인 훈련을 통해, 우울증을 효과적으로 치료하고 웰빙을 증진시킬 수 있었다.

본 연구의 제한점은 다음과 같다. 첫째, 정신장애를 측정하는 과정에서 각 문제 증상 당 하나의 문항으로 평가하는 14문항의 자기보고식 척도를 사용한 점이다. 정신장애가 있는 환자들의 경우, 본인의 상태를 비일관적이거나 비합리적으로 인식할 가능성이 있으므로 추후 관찰자의 평정이 함께 이뤄진 연구가 필요하겠다. 둘째, 본 연구에서는 횡단적 분석 자료에 기초해 정신건강의 요인구조에 대한 타당성 검증이 진행되었다. 향후

종단적 연구 방법을 통해 정신적 웰빙과 정신장애의 정신건강 2요인 구조에 대한 분석이 추가될 필요가 있다.

참 고 문 헌

- 김근향 (2011). 정신과 입원환자의 적응기능 향상을 위한 긍정심리치료 프로그램의 효과. 고려대학교 박사학위논문.
- 김진영, 고영건 (2009). 긍정 임상심리학: 멘탈 휘트니스 (mental fitness)와 긍정 심리치료(positive psychotherapy). 한국심리학회지: 사회문제, 15(1), 155-168.
- 박근영, 이민규 (2010). 교도소 수용자의 정신건강과 정신질환이 심리사회적 기능에 미치는 영향. 한국심리학회지: 사회 및 성격, 24(2), 73-88.
- 이명자, 류정희 (2008). 완전한 정신건강모형 검증. 교육연구, 31, 47-68.
- 임영진 (2012). 주요우울장애 대학생을 대상으로 한 긍정심리치료의 효과. 한국심리학회지: 임상, 31(3), 679-692.
- 임영진, 고영건, 신희천, 조용래 (2010). 특별 심포지엄: 한국인의 행복 및 정신건강 지수: 한국인의 정신건강. 한국심리학회 연차학술발표대회 논문집, pp. 233-257.
- 임영진, 고영건, 신희천, 조용래 (2012). 정신적 웰빙 척도(MHC-SF)의 한국어판 타당화 연구. 한국심리학회지: 일반, 31(2), 369-386.
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, 107, 238-246.
- Brown, M. W., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K. A. Bollen & J. S. Long(Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 136-162). Newbury Park, CA: Sage.
- Duckworth, A. L., Steen, T. A., & Seligman, M. E. P. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 629-651.
- Herrman, H., Saxena, S., & Moodie, R. (2005). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: a report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne*. World Health Organization.
- Kazdin, A. E. (1993). Adolescent mental health: Prevention and treatment programs. *American Psychologist*, 48(2), 127-141.
- Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61, 121-140.
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 207-222.
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 539-548.
- Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62, 95-108.
- Keyes, C. L. M., & Lopez, S. J. (2002). Toward a science of mental health: positive directions in diagnosis and intervention. In C. R. Snyder & S. J. Lopez(Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 45-59). New York: Oxford University Press.
- Keyes, C. L. M., Dhingra, S., & Simoes, E. (2010). Change in level of positive mental health as

- a predictor of future risk of mental illness. *American Journal of Public Health*, 100(12), 2366-2371.
- Keyes, C. L. M., Wissing, M., Potgieter, J. P., Temane, M., Kruger, A., & van Rooy, S. (2008). Evaluation of the mental health continuum - short form (MHC - SF) in setswana-speaking South Africans. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15(3), 181-192.
- Maddux, J. E., Snyder, C., & Lopez, S. J. (2004). Toward a positive clinical psychology: Deconstructing the illness ideology and constructing an ideology of human strengths and potential. In P. A. Linley & S. Joseph(Eds.), *Positive psychology in practice* (pp. 320-334). Hoboken, NJ: Wiley.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. (1996). *A beginner's guide to structural equation modeling*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: an introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Seligman, M. E. P., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61(8), 774-788.
- Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 467-487.
- Steiger, J. H. (1990). Structural model evaluation and modification: an interval estimation approach. *Multivariate Behavioral Research*, 25, 173-180.
- Tucker, L. R., & Lewis, C. (1973). A reliability coefficient for maximum likelihood factor analysis. *Psychometrika*, 38, 1-10.
- Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. M. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development*, 17, 110-119.

원고접수일: 2012년 10월 22일

게재결정일: 2012년 11월 25일

한국심리학회지: 건강
The Korean Journal of Health Psychology
2012. Vol. 17, No. 4, 1087-1096

The Two-Factor Model of Mental Health: In a Clinical Population

Hyun-Jung Kim Young-Gun Ko
Korea University

Traditionally, pathogenic models of mental health assumed that positive mental health and mental disorders are polarized on a continuum. However, the most recent view of positive psychology has demonstrated that positive mental health and mental disorders are two separate factors in a general population. If this two factor model of mental health is also appropriate to psychiatric patients and clients in counseling, this assertion will be consolidated against the pathogenic model. Confirmatory factor analysis of 112 patients and 108 clients revealed the correlated two-factor model of mental health had the higher goodness of fit than the one-factor model or the independent two factor model. As a result, the two-factor model of mental health was validated in a clinical population. Finally, the importance of positive mental health intervention for a clinical population, as well as a general population, was discussed.

Keywords: mental health, well-being, mental disorder, positive psychology, psychiatric patients

부록 1. 확인적 요인분석 모형

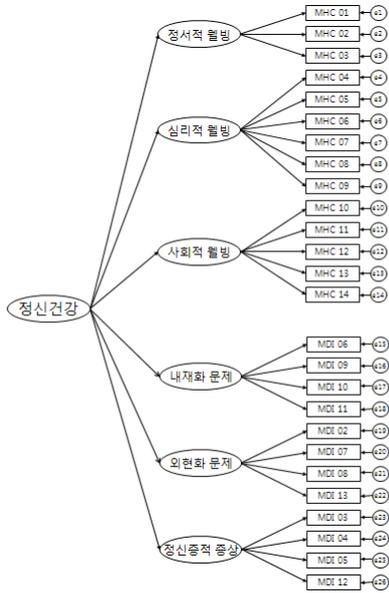


그림 1. 경쟁모형 1

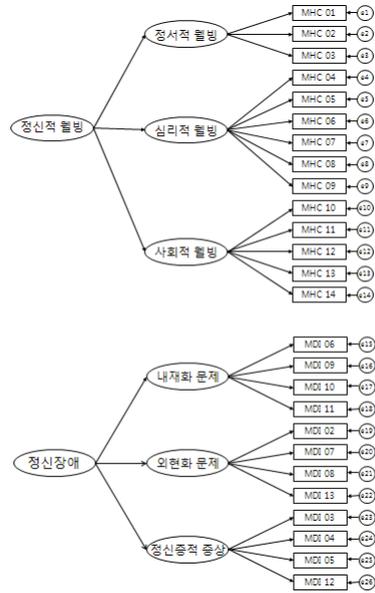


그림 2. 경쟁 모형 2

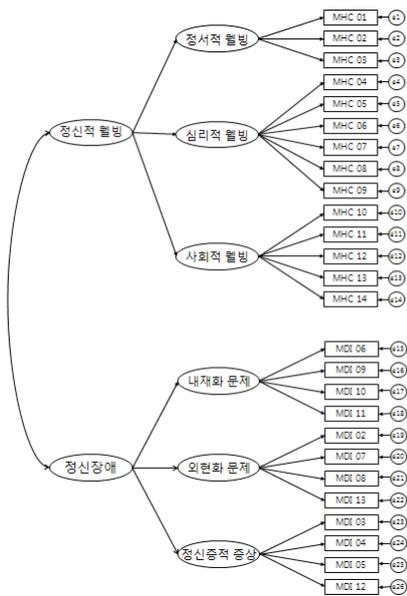


그림 3. 연구모형