

Validation of the Korean Version of the Vaillant Defense Mechanism Rating Scale

Kyunghee-Kim¹ Young-Gun Ko^{2*}

¹Student Counseling Center, Korea University, Seoul; ²Department of Psychology, Korea University, Seoul, Korea

The purpose of this study is to validate the Korean version of the Vaillant Defense Mechanism Rating Scale (K-VDMRS). For this purpose, 90 college students (39 men and 51 women) were interviewed for the K-VDMRS. In order to determine criterion-related validity, we administered seven self-report measures: the Korea-Defense Style Questionnaire, the Ewha Defense Mechanisms Test, the Ways of Coping Questionnaire, the Positive Mental Health Scale, the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), the Taylor Manifest Anxiety Scale (TMAS), and physical health questionnaires. In addition to these self-report measures, close acquaintances recommended by the participants rated the subjects' psychological maturity. The results of this study are as follows. First, when we divided the positive mental health types into flourishing, languishing, struggling, and maladaptation groups, there were group differences only at the level of immature defenses. The languishing group used more immature defenses than the other groups. Second, those with high level of depression used more immature defenses than those with low level of depression. Third, according to the correlation analysis results of K-VDMRS and acquaintance rating, the more mature the defenses used by the participants, the more mature they were rated in the acquaintance evaluation. Finally, the defense maturity rated by the K-VDMRS showed higher criterion-related validity and discriminant validity for mental health variables, physical health, and acquaintance evaluation than the self-report measures of defense mechanisms and coping style. Based on these findings, we discussed the implications and limitations of this study.

Keywords: defense mechanism, rating scale, self-report measures, acquaintance evaluation, criterion-related validity, discriminant validity

방어기제는 불안이나 공격성 같은 받아들일 수 없는 충동 및 내적 갈등으로부터 개인을 보호하는 동시에 외부 현실, 욕구, 양심 및 대인관계 사이에 발생할 수 있는 갈등을 중재하고 조정하는 심리적 기제를 말한다(Freud, 1897; Vaillant, 1993). 즉 방어기제는 개인이 스트레스에 직면했을 때 심리적 안정성을 유지하기 위해 나타내는 무의식적이고 자동적인 노력을 의미한다(Cramer, 1998, 2000; Vaillant, 1971, 1994).

방어기제는 개인이 인지하지 못하는 형태로 내부 및 외부의 스트레스 요인과 정서적 갈등에 대해 대처하도록 한다. 이러한 방어기

제는 주로 '방어수준'이라고 불리는 일종의 군집으로 분류된다(American Psychiatric Association, 1994). 자아방어기제는 현재의 정신건강 수준을 보여주는 강력한 지표이며(Vaillant & Schnurr, 1988), 미래의 정신건강을 예측할 수 있는 좋은 예측요인으로 평가된다(Vaillant & Vaillant, 1990). 또 방어기제는 개인의 심리 사회적 적응과도 밀접한 관계가 있다(Cramer, Blatt, & Ford, 1988; Hart & Chmiel, 1992; Perry & Cooper, 1992; Vaillant, 1975). Vaillant (1977, 1993)는 방어기제의 긍정적 측면을 강조하는 맥락에서 적응 기제라는 명칭을 사용하기도 하였다.

방어기제 수준과 적응 간 관계를 조사한 연구들을 살펴보면, 성숙한 방어기제를 주로 사용하는 사람은 높은 수준의 자아존중감과 자아발달 수준을 나타냈다(Bond, Gardner, Christian, & Sigal, 1983; Plutchik & Conte, 1989). 정상인을 대상으로 해서 장기-중단적으로 추적 조사한 연구에서도 승화, 억제, 예상 등의 성숙한 방어기제를 많이 사용하는 사람들이 미성숙한 방어기제를 사용하는

*Correspondence to Young-Gun Ko, Department of Psychology, Korea University, 145 Anam-ro, Sungbuk-gu, Seoul, Korea. E-mail: elip@korea.ac.kr

Received Dec 19, 2017; Revised Feb 20, 2018; Accepted Mar 19, 2018

This study was supported by a faculty research grant from the College of Liberal Arts at Korea University in 2016.

This article is based on a part of the first author's doctoral thesis from Korea University.

사람들보다 직업적 성취와 대인관계에서 높은 수준의 심리 사회적 적응 수준을 나타냈고, 나이가 들어감에 따라 정신적-신체적 건강 문제도 상대적으로 더 적게 겪는 것으로 나타났다(Vaillant & Schnurr, 1988; Vaillant & Vaillant, 1990). 또 성숙한 방어기제는 정신병리 및 실업과는 부적 상관을 그리고 성인기의 사회적 지위 상승과는 정적 상관을 보였다(Snarey & Vaillant, 1985; Vaillant, 1992). 이런 점에서 방어기제는 심리-사회적 적응에서 매우 중요한 변인이라고 할 수 있다.

하지만 최근까지도 방어기제에 대한 경험적 연구는 다른 정신건강 변인들에 비해 상대적으로 활발하게 이루어지지 못했는데, 그 주요한 이유 중 하나는 방어기제를 신뢰롭게 측정하는 방법에서의 난점 때문이다(Andrew, Singh, & Bond, 1993; Vaillant, 1992). 예를 들면, Vaillant(1992)는 방어기제에서의 평정자 간 불일치 문제를 지적하는 과정에서, Sjoback(1973)이 12명의 정신역동적인 저자의 논문을 개관하면서 27개의 방어기제를 기술했는데, 이 중 7개만이 다른 방어기제 연구자에 의해 동일한 방어기제로 언급된 점을 소개하였다. 이런 맥락에서 Vaillant(1992)는 ‘Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(DSM)’에 언급된 방어기제와 여러 학자들이 사용한 방어기제들 중에서 공통적으로 관찰되는 방어기제 목록을 만드는 등, 방어기제를 체계화하려는 연구를 진행하였다.

한편 방어기제와 유사한 개인의 적응을 예측하는 변수로는 대처방식(coping mechanism)을 들 수 있다. 사실상 방어기제(defense mechanism)와 대처방식은 명확히 구분하기 어려운 면이 있기 때문에 DSM에서도 방어기제와 대처방식을 혼용하여 사용하는 경향이 있다(Cramer, 1998; Vaillant, 1992). 다만, 일반적으로 연구자들은 대처방식은 다분히 의식적인 동시에 의도적인 행동을 가리키는 데 반해 방어기제는 무의식적이며 비의도적인 특징을 갖는다고 평가한다(Vaillant, 1993).

그동안 학문 영역에서 방어기제 연구자들은 주로 자기보고식 척도를 통해 방어기제를 평가하고자 시도해 왔다(Bond et al., 1983; Gleser & Ihilevich, 1969; Joffe & Naditch, 1977; Plutchik, Kellerman, & Conte, 1979). 대표적인 자기보고식 방어기제 척도인 Defense Style Questionnaire(DSQ)를 만든 Bond 등(1983)은 방어가 이루어지는 무의식적 정신과정에 대한 직접적인 자기보고는 불가능할지라도, 무의식적 정신과정에 대한 의식적인 파생물을 지각하는 것은 가능하므로, 이러한 행동들을 평가함으로써 방어기제에 대한 간접 측정이 가능하다고 주장하였다. 방어기제 연구자의 관점에서 볼 때, 이처럼 자기보고식 방어기제 척도를 사용할 경우, 실시하기 편리하다는 이점이 있다. 하지만 방어기제에 대한 의식적인 자기 보고가 가능한지 여부에 대해서는 여전히 논쟁이 존재한다.

Bond 등(1983)에 따르면, DSQ와 같은 자기보고식 방어기제 검사는 사람들이 자신의 행동에 대해서 객관적으로 정확하게 인식하고 표현할 수 있다는 가정에 기초해 제작되었다. 따라서 자기보고를 통해 방어기제를 측정할 때는, 수검자가 자신의 행동을 인식할 수 있는 상태에 있거나 수검자가 스스로를 모니터링할 수 있는 능력이 높을 때만 타당할 수 있다(Snyder, 1974; Snyder & Gangestad, 1986). 이러한 점들을 고려해 보면, 자기보고식 검사를 통해 방어기제를 평가하는 것은 제한적일 수밖에 없다. 방어기제는 마치 명왕성을 관찰할 때처럼, 직접 볼 수는 없고 방어기제가 일으키는 체계적인 왜곡 과정을 통해서만 확인할 수 있는 특징을 갖기 때문에 자기보고식 검사로는 충분한 정보를 얻는 데 한계가 있으며 이러한 문제를 보완하기 위해서는 임상적 관찰을 통해 방어기제를 평가할 필요가 있다(Vaillant, Bond, & Vaillant, 1986).

임상적 관찰을 통해 방어기제를 평가하는 방법은 임상가가 수검자의 행동을 직접 관찰할 수 있을 뿐만 아니라 면담 시 풍부한 실생활 자료를 바탕으로 방어기제를 평가할 수 있다는 장점이 있다(Vaillant, 1993). 그러나 이처럼 임상적 면담을 통해 방어기제를 평가하는 방법은 평정자 간 일치도가 낮고 평정자들의 평가 결과가 주관적이며 면담 시 평정자가 수검자에 대해 경험하게 되는 주관적인 인상이 이후의 방어기제 평가 과정에 영향을 줄 수 있다는 제한점이 있다. 특히 전통적으로 임상적 관찰을 통해 방어기제를 평가하는 경우에는 평정자 간 일치도가 낮은 것이 심각한 문제로 대두되어 왔는데, Vaillant 등(1986)은 개별 방어에 대한 평정자 간 신뢰도 수준이 초기 단계 수준에 머물러 있다고 지적하기도 했다.

지금까지 임상적 면담을 통해 방어기제를 평가하는 방법으로는 Haan(1977)의 평가방식, Ehlers와 Czogalik(1984)의 방어기제 임상평가(CADM), Jacobson 등(1986)의 청소년 자아 방어기제 평가, Bauer와 Rockland(1995)의 방어관련 행동 척도(IDBR), Perry(1990)의 방어기제 평정 척도(Defense Mechanisms Rating Scale: DMRS), Vaillant(1971)의 생활 일화 방법 등이 있다.

이들 중 임상면접이나 치료 기록, 비디오, 오디오 녹음 기록을 이용해 방어기제를 측정하는 DMRS는 주로 심리치료 장면에서 치료 경과에 따른 방어기제의 변화, 방어기제에 따른 치료 순응도 등을 평가하는 데 사용되어왔다(Drapeau, Roten, Perry, & Despland, 2003; Johansen, Krebs, Svartberg, Stiles, & Holen, 2011; Kramer, Roten, Michel, & Despland, 2009). DMRS에서는 27개의 개별 방어가 7가지의 방어수준으로 분류되는데, 1수준부터 4수준까지 12개의 방어가 미성숙한 방어이고, 5수준과 6수준의 5개의 방어가 신경증 수준, 7수준의 8개 방어가 성숙한 방어로 이루어져 있어, 상대적으로 미성숙한 수준의 방어에 더 많은 비중이 주어졌다. 이러한

점 때문에 DMRS를 사용한 연구에서는 방어기제와 심리사회적 성숙 및 적응과의 연관성을 조사하기보다는, 주로 환자군을 대상으로 성격 장애 혹은 우울 장애와 방어기제 간 관계를 다루었다(Ho-glend & Perry, 1998; Lingardi et al., 1999; Perry, 2001).

국내에서도 DMRS를 활용한 방어기제 연구가 보고된 바 있다. 그 하나는 Kim(2003)이 DMRS를 활용해 방어의 성숙도와 심리증상의 심각도 수준 간 관계를 조사한 것이다. 나머지 하나는 Kim, Lee와 Lee(2005)가 방어의 성숙도와 상담자 개입 간 상호작용이 상담성과에 미치는 효과를 분석한 것이다.

Kim(2003)은 서울 소재 대학생들을 대상으로 삶의 위기나 어려움에 처했을 때 주로 대처하는 방식에 대해 묻는 면접을 통해 방어기제를 평가한 후 간이정신진단 검사와 대인 관계 문제 척도 등을 실시하였다. 연구 결과, 전반적 방어기능은 간이정신진단 검사의 전체 심도 지수와 부적 상관을 보였다. 그리고 방어 성숙도가 높을수록 대인 관계 문제도 적은 것으로 나타났다.

Kim 등(2005)은 방어의 성숙도와 상담자 개입 간 상호작용이 상담성과에 미치는 효과를 분석하기 위해 DMRS를 활용해 21명의 상담자가 진행한 34개의 상담 사례를 분석하였다. 그 결과, 방어의 성숙도가 낮은 내담자의 경우에는 상담자의 직면비율이 높은 회기들에서 높은 수준의 작업동맹을 보이는 반면, 방어의 성숙도가 높은 내담자의 경우에는 상담자의 직면비율과 관계없이 전체 회기들에서 상대적으로 높은 수준의 작업동맹을 나타냈다. 이러한 결과는 방어의 성숙도에 따라 지지와 직면 등의 상담자의 개입전략이 달라져야 함을 시사한다.

한편 Vaillant(1977, 1993)는 임상군과 비임상군 모두를 대상으로 한 장기-중단적인 연구과정을 통해 방어의 적응적 효과를 경험적으로 입증하는 데 많은 노력을 기울여왔다. Vaillant(1971, 1976, 1977)는 면담으로부터 얻은 삶의 증례(vignette)를 평정하기 위해 18가지 방어 기제에 대한 목록(glossary)을 만들었다. Vaillant(1971, 1976, 1977)는 면담을 통해 연구 참여자들이 스트레스 시점에서 사용했던 대처 방식에 관한 사례들을 수집한 후 이러한 자료를 바탕으로 방어기제를 평정하였다. 베일런트 방어기제 평정 척도(Vaillant Defense Mechanism Rating Scale, VDMRS)의 심리측정학적 특성에 대해 살펴보면, 신뢰도 측면에서 피어슨 상관 계수로 구한 평정자 간 일치도는 .72-.84였다.

Vaillant(1993, 2000)의 방어기제 평정체계는 개인의 삶을 70년 이상 추적 조사하는 중단적 연구를 통해 방어기제와 심리사회적 적응 간 관계를 규명했다는 장점을 갖고 있다. 또 Vaillant(1977, 1993)의 방어기제 평정체계는 방어기제를 개념화하는 과정에서 여러 학자들에 의해 공통적으로 채택된 방어기제 용어를 사용한다

는 장점도 갖추고 있다. 대조적으로, DMRS의 분열, 투사적 동일시, 이상화, 자기주장, 자기관찰, 친화는 다른 방어기제 체계에서는 공통적으로 사용되지 않는 것들이다(Vaillant, 1992). 이런 점에서 베일런트 방어기제 평정체계(1993)는 평정자 간 신뢰도를 높이는 데 다른 방어기제 척도들에 비해 상대적으로 더 유리한 조건을 갖추고 있는 것으로 보인다. 하지만 아직까지 한국에서는 베일런트 방어기제 평정체계에 대한 타당화 작업이 보고된 적이 없는 것으로 보인다.

Vaillant(1971, 1976)는 방어기제의 예측 타당도 평가를 위해 중단 연구를 실시했는데, 성숙한 방어는 적응과 정적 상관성이 있었다. 반면에, 미성숙한 방어는 적응과 부적 상관을 보였으며 정신병리와의 정적 상관성이 있었다. 주로 성숙한 방어를 사용하는 집단은 장기적으로 주요 심리적 변인과 건강 관련 변인들에서 잘 기능하였으나 주로 신경증적 방어를 사용하는 집단은 상대적으로 잘 기능하지 못 하였다(Vaillant, Meyer, Mukamal, & Soldz, 1998; Vaillant & Vaillant, 1990). 또 방어의 성숙도는 심리-사회적 성숙과 상관성이 있었으며(Vaillant et al., 1986) 높은 사회적 지위와도 정적 상관을 보였다(Snarey & Vaillant, 1985).

Vaillant(1993)의 중단적인 연구 결과에 따르면, 방어의 성숙도는 60-65세 때의 삶의 만족도, 심리-사회적 성숙, 정신 건강, 47세 때의 직업적 성공, 결혼의 안정성, 직무에서의 즐거움, 전 생애에서의 취업 기간의 비율 등과 상관을 보였다. 중단 연구에 참여했던 허버드 졸업생 중 상대적으로 미성숙한 방어를 사용하는 사람들은 30세부터 65세까지 각각 5년마다 지속적으로 높은 비율로 신체적 건강이 악화되는 것으로 나타났다.

또 도심 빈민 지역에 거주했던 남자 아동 표본에서는 방어의 성숙도와 교육 기간 및 중년기까지의 사회경제적 지위의 상승 간 유의한 상관을 보였다(Snarey & Vaillant, 1985). Vaillant(1993)는 이 타당주의와 예상 등의 성숙한 방어가 개인이 문제를 해결하고 상호 호혜적인 대인관계를 형성하는데 도움을 주며 경력 개발 과정에도 도움을 준다고 보았다. 더불어 Vaillant와 Drake(1985)는 성격 장애 진단을 받은 남성 중 66%가 주로 미성숙 방어기제(투사, 공상, 건강 염려증, 수동공격, 행동화, 해리)를 사용하는 것으로 나타났다고 보고하였다. 반대로, 유머, 승화, 억제와 같은 성숙 방어의 사용은 성격 장애와 부적 상관성이 있었다.

이러한 선행연구에 대한 검토에 기초하여 본 연구에서는 한국판 베일런트 방어기제 평정척도(Korean version of the Vaillant Defense Mechanism Rating Scale, K-VDMRS)를 타당화하기 위한 연구를 수행하고자 한다. 이를 위해 본 연구에서는 대학생을 대상으로 면담을 통해 K-VDMRS를 실시한 후, 방어기제, 정신건강 및 신

체적 건강 관련 자기보고식 검사와 지인평가를 활용해 준거타당도를 조사하고자 한다. 그 과정에서 K-VDMRS가 자기보고식 방어기제 척도 및 대처방식 척도보다 정신건강 변인, 신체건강 변인 그리고 지인평가 변인을 더 잘 설명하는지 여부를 조사하고자 한다.

본 연구에서는 K-VDMRS의 준거타당도 및 변별타당도 검증을 위해 다음과 같은 분석을 진행하고자 한다. 먼저, 정신건강 및 우울 수준에 따라 K-VDMRS로 평가한 방어기제에서 차이를 보이는지를 조사하고자 한다. 앞서 소개한 방어기제 관련 선행연구 결과들은 정신건강의 측면에서 상대적으로 건강한 집단이 부적응 집단보다 그리고 우울 수준이 낮은 집단이 우울 수준이 높은 집단보다 성숙한 방어기제는 더 많이 그리고 미성숙한 방어기제는 더 적게 사용한다는 점을 보여준다. 또 본 연구에서는 K-VDMRS로 평가한 방어기제가 참여자의 지인이 참여자의 심리적 성숙도에 관해 평가한 정보와 상관을 보이는지를 조사하고자 한다. 연구참여자에 대한 지인의 평가는 타인에게 좋은 인상을 주고자 하거나 자신의 부정적인 면에 대한 정보를 숨기고자 하는 동기에 의해 영향을 받는 자기보고식 검사의 한계를 보완하는 데 기여할 수 있을 것으로 기대된다. 이런 맥락에서 K-VDMRS는 자기보고식 방어기제 검사 및 자기보고식 대처방식 척도에 비해 상대적으로 지인평가와 더 높은 수준의 상관을 보일 것으로 예상된다. 이러한 결과는 K-VDMRS가 자기보고식 방어기제 검사 및 자기보고식 대처방식 척도에 비해 더 높은 수준의 변별타당도를 보이는 것으로 해석될 수 있다. 그리고 본 연구에서는 K-VDMRS의 척도로서의 유용성을 조사하기 위해 K-VDMRS로 평가한 방어의 성숙도가 자기보고식 방어기제 검사 및 대처방식 검사보다 정신건강 및 신체건강 변인과의 상관에서 상대적으로 더 높은 수준의 준거타당도 및 변별타당도를 보이는지를 조사하고자 한다. 본 연구의 4가지 가설은 다음과 같다.

가설 1. 정신건강의 측면에서 상대적으로 건강한 집단이 부적응 집단보다 K-VDMRS의 성숙한 방어기제는 더 많이 그리고 미성숙한 방어기제는 더 적게 사용할 것이다.

가설 2. 우울 수준이 낮은 집단이 우울 수준이 높은 집단보다 K-VDMRS의 성숙한 방어기제는 더 많이 그리고 미성숙한 방어기제는 더 적게 사용할 것이다.

가설 3. K-VDMRS로 평가한 방어의 성숙도는 지인이 평가한 연구참여자의 심리적 성숙도와 정적인 상관을 보일 것이다.

가설 4. K-VDMRS로 평가한 방어의 성숙도가 자기보고식 방어기제 검사 및 대처방식 검사보다 정신건강 및 신체건강 변인 그리고 지인평가와의 상관에서 상대적으로 더 높은 수준의 준거타당도 및 변별타당도를 보일 것이다.

방 법

연구대상

본 연구에서의 참여자는 서울 소재 대학교에 재학 중인 대학생들이었다. 총 107명이 연구에 참여신청을 하였고, 이 중 K-VDMRS 면담평가에 참여한 사람은 104명, 자기보고식 질문지에 응답한 사람은 91명, 그리고 지인평가에 참여한 사람은 73명이었다. 본 연구에서는 이들 중 K-VDMRS 면담평가와 자기보고식 질문에 모두 응답한 90명의 자료를 주요 분석 대상으로 하였다. 본 연구참여자에게는 보상으로 자신의 방어기제와 정신건강 관련 변인에 대한 심리평가 보고서와 해석 상담이 제공되었다.

연구참여자의 인구통계학적 특성은 Table 1에 제시되어 있다. 연구참여자들의 평균 나이는 23.22세(SD : 2.17)였고, 전공은 인문학 전공이 51명(56.67%)으로 가장 많았고, 그 다음은 사회과학 전공 34명(37.78%) 그리고 기타 전공은 5명(5.56%)이었다. 종교는 무교라고 응답한 참여자가 58명(64.4%)으로 가장 많았다. 그 다음은 기독교 15명(16.67%), 천주교 10명(11.11%), 불교 7명(7.78%)이었다.

측정 도구

자기보고식 검사

한국판 방어유형척도(K-DSQ)

방어기제를 측정하기 위해 Bond 등(1983)이 개발한 DSQ를 Cho (1999, 2001)가 번안하고 타당화한 한국판 자기보고식 방어유형 측정도구(Korea-Defense Style Questionnaire, K-DSQ)를 사용하였다. Cho(1999)는 16개의 방어기제들을 요인분석하여 미성숙한 방

Table 1. Demographic Characteristic of Participants

	N	%
Sex		
Male	39	43.30
Female	51	56.70
Age		
M (SD)	23.22 (2.17)	
Major		
Liberal Arts	51	56.67
Social Science	34	37.78
Etc.	5	5.56
Religion		
Atheism	58	64.44
Christian	15	16.67
Buddhism	7	7.78
Catholic	10	11.11

어유형(행동화, 투사, 분리, 공상, 수동공격, 소비), 자기 억제적 방어 유형(억제, 반동형성, 절수, 취소), 갈등 회피적 방어유형(체념, 격리), 적응적 방어유형(유머, 전능, 승화, 부정)의 4개 요인으로 재정리하였다.

Park과 Ko의 연구(2014)에서 내적 일치도(Cronbach's alpha)는 .79로 높은 수준으로 나타났다. 본 연구에서 전체 문항에 대한 내적 일치도 계수는 .85였다. 각 요인의 내적 일치도 계수는 적응적 방어 유형이 .85, 미성숙한 방어유형이 .82, 자기 억제적 방어유형이 .69, 갈등 회피적 방어유형이 .67이었다.

이화방어기제 검사

이화방어기제 검사는 자아방어기제가 개인의 성격과 적응을 이해하는 데 주요한 기본 요소임을 전제로 우리나라 전래 속담을 기초로 하여 Lee, Kim, Kim과 Park(1991)이 제작하였다. 이 검사는 허세, 반동형성, 동일시, 수동공격, 투사, 전치, 통제, 억제, 왜곡, 예상, 합리화, 해리, 신체화, 승화, 퇴행, 유머, 회피의 20개 하위 척도에 대하여 각각 10개 문항씩으로 구성되어 있으며 총 200문항이다. 검사는 5점 척도로 활용되며 각 척도마다 10개의 문항으로 이루어져 있다. 각 척도별 점수 범위는 5-50점 사이이며 점수가 높을수록 해당 방어기제를 두드러지게 사용하는 것으로 해석된다.

성숙 수준에 해당되는 방어기제는 억제, 예상, 이타주의, 승화, 유머이며, 신경증 수준에 해당되는 방어기제는 허세, 반동형성, 전치, 해리, 이치화이다. 또 미성숙 수준의 방어기제는 동일시, 수동공격, 투사, 행동화, 퇴행, 부정이다. Lee 등(1991)이 제시한 내적 일치도 계수는 하위척도별로 .55-.88이었으며, 검사-재검사 신뢰도는 .72였다. 본 연구에서의 내적 일치도 계수는 전체 문항이 .94, 성숙 수준이 .89, 신경증 수준이 .84, 미성숙 수준이 .89였다.

대처방식 척도

Lazarus와 Folkman(1984)이 개발한 대처방식 척도(Ways of Coping Questionnaire)를 Kim(1987)이 요인분석을 활용해 수정한 대처방식 척도를 사용하였다. 대처방식 척도는 총 62문항으로 구성되어 있으며, 크게 적극적 대처와 소극적 대처로 분류된다. 적극적 대처는 문제중심 대처와 사회적 지지 추구를 포함하며, 소극적 대처는 정서완화 대처와 소망 사고를 포함한다. Kim(1987)의 연구에서 각 요인의 신뢰도는 .87에서 .95로 분포되었다. 본 연구에서의 내적 일치도 계수는 전체 문항이 .90, 적극적 대처가 .89, 소극적 대처가 .83이었다.

긍정적 정신건강 척도

본 연구에서 사용한 긍정적 정신건강 척도는 두 가지 요소로 구성되어 있다. 그 하나는 정신적 웰빙 척도이고 나머지 하나는 한국형 정신장애 척도이다. 본 연구에서는 이 두 가지 척도 결과를 조합해 정신적 웰빙 점수와 정신 장애 점수의 높고 낮음에 따라 긍정적 정신건강 유형을 '2×2'의 4가지로 분류하였다.

정신적 웰빙 척도(Korean Mental Health Continuum-Short Form, K-MHC-SF)

본 연구에서 정신건강을 측정하기 위해 사용한 정신적 웰빙 척도는 본래 40문항으로 이루어진 Mental Health Continuum(MHC-LF)의 단축형으로 Keyes 등(2008)이 14문항으로 제작한 것이다. 이 척도는 Lim, Ko, Shin과 Cho(2012)에 의해 번안된 후 전국 표본을 활용해 타당화되었다. 이 척도는 정서적 웰빙을 측정하는 3문항, Ryff(1989)의 심리적 웰빙 척도로부터 추출된 6문항, Keyes(1998)의 사회적 웰빙 척도로부터 추출된 5문항의 세 가지 요소로 구성되어 있다. 이 척도는 6점 척도이고 점수 범위는 0점에서 70점이며 점수가 높을수록 정신적 웰빙 수준이 높은 것으로 해석된다.

K-MHC-SF에서는 정신적 웰빙 수준을 3가지 수준으로 평가한다. 최고 수준인 정신적 번영 수준은 정신적 웰빙의 3가지 기분 측면 중 하나 이상을 높게 평가하는 동시에 11가지 기능 증상 중에서 6가지 이상을 높게 평가하는 상태이다. 또 가장 낮은 수준인 정신적 쇠약 수준은 정신적 웰빙의 3가지 기분 측면 중 하나 이상을 낮게 평가하는 동시에 11가지 기능 증상 중에서 6가지 이상을 낮게 평가하는 상태이다. 마지막으로 중간 수준인 양호 수준은 정신적 번영 또는 정신적 쇠약이 아닌 상태에 해당된다.

Lim 등(2012)에 따르면, 다양한 정신장애의 공통 증상들을 측정함으로써 정신건강 수준 및 정신장애에 이환된 사람을 선별하는데 활용되는 한국판 일반정신건강 척도(Korean version of the General Health Questionnaire, K-GHQ)와 K-MHC-SF 척도 간 관계를 확인적 요인분석을 통해 살펴보았을 때 정신적 웰빙과 정신적 장애는 서로 연관된 동시에 상호 구분되는 특징을 갖고 있는 것으로 나타났다.

Lim 등(2012)의 연구에서 내적 일치도 계수는 .93, 검사-재검사 신뢰도는 .72였다. Kim과 Ko의 연구(2012)에서의 내적 일치도 계수는 .91이었고 본 연구에서도 .91이었다.

한국형 정신장애 척도(Korean Mental Disorder Inventory, K-MDI)

한국형 정신장애 척도는 Lim, Ko, Shin과 Cho(2010)가 한국인의

정신건강 지수에 대한 전국 표본 조사를 진행하면서 개발한 척도로서, 다양한 정신장애 증상의 존재 여부 및 그 심각도를 평가하는 14문항의 자기보고식 검사이다. '나는 의학적으로 원인을 알기 어려운 신체적 불편감이나 증상이 있다'와 같은 문항들에 대해 '전혀 아니다'에서 '매우 그렇다'의 5점 척도로 응답하게 되어 있다. 점수가 높을수록 심리적 부적응 수준이 높은 것으로 해석한다. Lim 등(2010)의 연구에서의 내적 일치도 계수는 .89였으며, Kim과 Ko(2012)의 연구에서는 .83으로 나타났다. 본 연구에서는 .76으로 나타났다.

우울증상 척도(Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, CES-D)

본 연구에서 우울증상 척도로는 일반인을 대상으로 우울증상을 측정하기 위해 Radloff(1977)가 개발한 CES-D 척도를 Chon, Choi와 Yang(2001)이 한국인을 대상으로 타당화한 것을 사용하였다. 본 척도는 총 20문항으로 우울한 기분, 죄책감, 무가치감과 무망감 등 우울 증상의 주요 측면들을 묻는 문항들로 구성되어 있다. 이 척도는 4점 척도이며 응답자는 각 문항에 대해 지난 1주를 기준으로 '극히 드물게(1일 이하)'부터 '거의 대부분(5-7일)'까지 항목 중 하나를 선택하도록 요구받는다. Radloff(1977)의 연구에 따르면 척도의 내적 일치도 계수는 .85에서 .90 사이로 보고되었으며, Chon 등(2001)의 연구에서는 .91로 나타났다. 본 연구에서의 내적 일치도 계수는 .92였다.

Taylor 명백 불안 척도(Taylor Manifest Anxiety Scale, TMAS)

본 연구에서 사용한 불안 척도는 만성적인 불안증상을 측정하기 위해 Taylor(1953)가 개발한 명백 불안 척도(MAS)를 Bendig(1956)가 낮은 타당도의 문제점을 보완해 단축형 명백 불안 척도로 제작한 것이었다. 본 연구에서는 Lee(2000)가 번안한 것을 사용하였다. 총 20문항으로 구성되어 있으며 '예' 혹은 '아니오'로 응답하도록 되어 있고 점수 범위는 0점에서 20점까지이다. Seo(2012)의 연구에서 내적 일치도 계수는 .84로 나타났으며 본 연구에서는 .77이었다.

신체 건강 관련 질문지

지각된 건강 상태 및 건강 문제로 인한 생활 지장 일수

전반적인 건강 상태에 관한 문항의 경우, 연구참여자가 보기 항목 중 '0점(매우 안 좋음)'에서 '9점(매우 좋음)' 사이에서 선택하도록 질문하였다. 그리고 건강 문제로 인한 생활 지장 일수 문항의 경우, 지난 1년간 건강이 좋지 않아 일상생활에서 지장을 받은 날이 며칠

인지를 질문한 후, 연구참여자가 보기 항목 중 '0점(하루도 없음)'에서부터 '9점(8일 이상)' 사이에서 선택하도록 요청하였다.

감기에 걸린 횟수 및 심각도

감기에 걸린 횟수 문항에서는 연구참여자들에게 지난 1년간 감기에 걸린 횟수를 보고하도록 하였다. 1년간 감기에 걸린 횟수는 '0회(한 번도 없음)', '1회'에서부터 '7회', '8회 이상'까지의 9점 척도 중에서 선택하도록 하였다. 또 심각도 문항의 경우, 지난 1년간 감기에 한 번이라도 걸린 적이 있는 경우, 평균적으로 감기의 심각도가 어느 수준이었는지 '0점(전혀 심각하지 않음)'에서부터 '9점(매우 심각함)' 사이에서 선택하도록 요구하였다.

치료 목적의 병원 방문 횟수

병원 방문 횟수 문항에서는 연구참여자들에게 지난 1년간 자신의 질병을 치료할 목적으로 병원을 방문한 횟수를 질문하였다. 이때 보기 항목은 '0회(한 번도 없음)'에서 '8회 이상'까지의 9점 척도로 제시되었다.

운동의 양

연구참여자들의 운동 관련 실천 수준을 측정하기 위해 신체적 건강을 목적으로 운동을 하는 양에 관해 질문하였다. 이때 보기 항목은 '0회(전혀 안함)'에서 '매일 1시간 이상'의 5점 척도로 제시되었다.

지인평가

본 연구에서는 연구참여자의 심리적 성숙도에 관한 지인평정을 진행하기 위해, 연구참여자를 잘 아는 지인의 평정 자료를 수집하였다. 지인평가를 사용한 기존 연구(Diener, Smith, & Fujita, 1995; Watson, Hubbard, & Wiese, 2000)를 참조하여, 본 연구 목적과 설계를 숙지하고 있는 임상심리 전문가와 심리학 전공 석사과정 연구원이 초기 문항을 구성하였고, 임상심리 전문가 3인과 심리학 전공 교수의 피드백을 거쳐 문항을 수정, 최종 확정하였다. 최종적으로 확정된 지인평가 문항은 우울, 불안, 정서적 안정성, 적응, 대인관계 원만, 심리적 성숙, 위기관리 능력, 행복에 관한 8문항이었다.

본 연구에서는 연구참여자 당 지인 3명의 평정자료를 수집하였다. 수집된 지인의 평정 점수를 연구 참여자별로 평균 계산하여 해당 항목에 대한 지인평정 점수를 산출하였다. 지인의 범위는 친구, 애인, 가족, 친척, 가까운 지인(교회 언니, 대학 선배, 동기 등)이며 초기 면접 단계에서 연구참여자에게 자주 만나고 잘 아는 지인 3명을 지정하도록 하였다.

한국판 베일런트 방어기제 평정척도(K-VDMRS)

본 연구에서는 Vaillant(1977, 1993)가 개발하고 종단 연구에 사용한 방어기제 평가문항을 바탕으로 한국판 베일런트 방어기제 평정척도(K-VDMRS)를 구성하였다. 본 연구에서 사용한 K-VDMRS에서는 Vaillant(1977, 1993)가 제시한 방어기제 수준의 위계에 기초해 수검자의 방어성숙도를 성숙한 방어, 신경증적 방어, 미성숙한 방어의 세 수준으로 평가한다. 이 세 가지 방어 수준은 총 15개의 하위 방어기제로 구성된다. 성숙한 방어는 이타주의, 유머, 억제, 예상, 승화의 5가지로 구성된다. 신경증적 방어는 이지화, 억압, 전위, 반동형성의 4가지로 구성된다. 미성숙한 방어는 해리, 투사, 공상, 신체화, 수동공격, 행동화의 6가지로 구성된다. Vaillant(1977, 1993)의 방어기제 평정체계에서는 개념적으로는 정신병적인 방어가 포함되어 있으나 실제 종단적인 연구 과정에서는 하버드 대학생, 영재들, 도심 빈민가의 청소년들을 대상으로 분석을 진행했기 때문에 주로 성숙한 방어, 신경증적 방어, 미성숙한 방어를 중심으로 분석을 진행하였다. 본 연구에서도 파일럿 연구를 진행한 결과, 대학생들에게 정신병적인 방어가 거의 나타나지 않기 때문에 정신병적 방어는 분석에서 제외하였다.

방어기제 위계 수준 및 수준에 따른 하위 방어기제에 대한 구체적인 내용은 다음과 같다. 성숙한 방어기제는 적응적이고 건강한 성인에게서 상대적으로 더 많이 나타나며 스트레스 혹은 문제 상황에서 개인 내부의 심리적인 요구와 외부의 현실적 요구를 동시에 충족시켜 주는 역할을 한다. 신경증적인 방어기제에서는 외부의 현실적 요구를 충족시키기 위해 개인 내부의 심리적인 요구 중 일부를 희생시킨다. 그 결과, 신경증적인 방어기제를 사용하는 개인은 심리적으로 불만족 혹은 불편감을 경험하게 된다. 미성숙한 방어기제는 개인 내부의 심리적인 요구를 충족시키기 위해 외부의 현실적 요구를 희생시킨다. 그 결과, 미성숙한 방어기제를 사용하는 개인은 대인관계를 비롯해 적응상의 어려움을 경험하게 된다. 기본적으로 K-VDMRS에서는 면담 과정에서 참여자는 “스트레스를 받을 때 어떻게 대처하는 편입니까? 그리고 그렇게 했을 때 효과는 어떠한습니까?” 혹은 “윗사람과의 관계에서 좋은 점과 불편한 점은 무엇입니까?” 등 일상 생활에서 직면하게 되는 다양한 상황에 대해 약 1시간 동안 질문을 받게 된다.

자료수집 절차

서울 소재 대학교 포털 공지와 교내 포스터 등의 표집 방법을 통해 연구참여자를 모집하였다. 참여신청을 한 107명 중 자기보고식 질문지와 K-VDMRS에 모두 참여한 90명을 최종 분석 대상으로 삼았다. K-VDMRS를 위한 면담은 직업, 가족, 건강, 심리에 관한 51개

의 질문으로 구성되어 있고 약 1시간이 소요되었다. K-VDMRS를 위한 면담과정은 연구참여자의 동의하에 녹화되었고 면담 후 이 동영상과 방어기제 평정을 위한 매뉴얼을 바탕으로 실제 면접자 한 명과 동영상을 시청한 평가자 한 명, 이렇게 2명이 독립적으로 평정하였다.

K-VDMRS 평정 시 수검자의 방어기제 사용이 현저한 경우는 ‘주요’라고 평정하고 2점을 부여하며, 방어기제가 관찰되지만 방어의 사용이 현저하지 않은 경우는 ‘부수’라고 평정하고 1점을 부여하였다. 1시간의 인터뷰 내용을 바탕으로 평가했을 때, 방어기제가 관찰되지 않는다고 판단되는 경우에는 ‘존재하지 않음’으로 평정하고 0점을 부여하였다. 평가자 두 명이 각각 독립적으로 평정한 점수를 합산해 개별 방어기제 점수를 산출하였다. 평가자 두 명이 산출한 개별 방어기제 점수의 범위는 0점에서 4점까지였다. 성숙한 방어, 신경증적 방어, 미성숙한 방어의 수준은 각 방어기제 수준에 속하는 하위 방어기제 점수들을 합산해 산출하였다. 그리고 자기보고식 질문지와 K-VDMRS에 모두 참여한 90명 중 지인평가에 동의한 73명의 연구참여자에게 지인 3명의 연락처를 요청하였고 이들에게 이메일과 휴대폰 문자로 지인평가 질문지 링크를 발송해 응답을 받았다. 이와 같은 지인평가 절차는 타인평가를 실시한 이전 연구 절차를 바탕으로 진행되었다(Diener et al., 1995; Watson et al., 2000).

K-VDMRS 평정을 위한 훈련 절차 및 평정 과정

K-VDMRS 평가를 위한 훈련 과정은 다음의 과정을 거쳐 진행되었다. 먼저 예비 연구 차원에서 본 연구 자료와 독립적으로 수집된 K-VDMRS 면담평가 자료 82사례에 대해 7명의 연구원들이 독립적으로 평정을 진행하였다. 그 후 임상심리학 전공 교수의 지도하에 7명의 연구원들의 평가 결과를 검토함으로써 최종적으로 15가지 방어기제별로 주요, 부수, 존재하지 않음에 대한 평정 기준을 구성하였다. 이러한 예비 연구 과정을 통해 K-VDMRS 평정을 위한 매뉴얼을 완성된 후, 임상 심리학 전공 교수의 지도하에 예비연구에 참여한 연구원 7인이 K-VDMRS 매뉴얼을 숙지하기 위한 평정 훈련을 진행하였다.

Landis와 Koch(1977)는 kappa 계수가 .41에서 .60 수준일 때 중등도 수준, .61에서 .80일 때 높은 수준, .81에서 1일 때 매우 높은 수준이라고 평가했다. 이러한 점을 고려해 본 연구에서는 전체적으로 평정자 간 일치도 수준을 보여주는 kappa 계수가 적어도 .60 이상 수준이 될 때까지 평정 훈련이 진행되었다.

자료분석

K-VDMRS의 준거타당도를 조사하기 위해 자기보고식 방어기제 척

도와의 상관 분석을 포함해 정신건강 관련 변인들과의 상관분석을 실시하였다. 그 후 독립표본 *t*검증 및 일원변량 분석을 실시하였다.

Keyes(2007)는 정신적 웰빙 수준을 일종의 연속변인으로 간주하여 최고 수준인 정신적 번영(flourishing)수준, 가장 낮은 수준인 정신적 쇠약 수준 그리고 중간 수준인 양호 수준의 3가지로 분류하였다. 그런데 동시에 Keyes(2007)는 정신적 번영을 이중적인 의미로도 사용하였다. 하나는 조작적 정의상 최고 수준의 정신적 웰빙 상태로서, 정신적 웰빙의 3가지 기본 측면 중 하나 이상을 높게 평가하는 동시에 11가지 기능 증상 중에서 6가지 이상을 높게 평가하는 상태를 뜻한다. 또 다른 하나는 정신적 번영을 ‘완전한 정신건강(complete mental health)’의 의미로 사용하는 것이다. 이것은 ‘정신장애가 없는 조건하에서의 정신적 번영 상태’를 뜻한다. Keyes(2007)의 완전한 정신건강 모델에서는 ‘정신장애가 있는 조건하에서의 정신적 번영 상태’도 존재한다. 본 연구에서는 Keyes(2007)가 긍정적 정신건강을 범주적으로 진단내리는 완전한 정신건강 개념을 바탕으로 분석을 진행하였다. 그 과정에서 본 연구에서는 K-VDMRS의 준거 타당도 검증을 위해 Keyes와 Lopez(2002)가 제시한 긍정적 정신건강 유형 분류 체계를 활용했다.

본 연구에서는 정신적 웰빙 점수와 정신장애 점수의 높고 낮음에 따라 2×2의 네 유형으로 구분하였다. Lim 등(2010)의 전국 기준 자료에 근거하여, 한국인 정신적 웰빙 점수의 평균 31.22(*SD* = 12.15), 정신장애 점수 평균 7.05(*SD* = 6.85)를 기준으로 연구 참가자의 점수를 *t*점수로 환산하고 정신적 웰빙과 정신장애의 환산 *t*점수 50점을 기준으로 4가지 유형으로 구분하였다.

본 연구에서는 정신적 웰빙 *t*점수가 50점 이상이고, 정신장애 *t*점수가 50점 미만일 때, ‘번영’(flourishing) 유형으로 분류하였다. ‘번영’(flourishing) 유형에 속하는 사람은 정신질환이 없는 동시에 높은 수준의 웰빙을 경험하는 사람들로서, 심리사회적으로 잘 기능한다. 또 정신적 웰빙 *t*점수가 50점 미만이고 정신장애 점수도 *t*점수가 50점 미만일 때는 ‘쇠약’(languishing) 유형으로 분류하였다. Keyes와 Lopez(2002)에 따르면, 이들은 정신장애는 없지만 동시에 정신적 웰빙 수준도 낮은 사람들로서 정신적 번영 유형에 비해 심리사회적 기능 수준이 낮다. 그리고 정신적 웰빙 *t*점수가 50점 이상이고 정신장애 *t*점수도 50점 이상일 때에는 ‘분투(struggling)’ 유형으로 분류하였다. 이들은 정신 질환이 있지만 상대적으로 높은 수준의 심리사회적 기능 수준을 나타내는 사람들로서 이들은 정신장애와 심리적으로 싸우고 있는 사람들에게 해당된다. 마지막으로, 정신적 웰빙 *t*점수가 50점 미만이고 정신장애 *t*점수가 50점 이상일 때는 ‘부적응(maladaptation)’ 유형으로 분류하였다. 이들은 정신적 웰빙 수준이 낮으면서 동시에 정신장애를 경험하고 있는 사람들

로서 상대적으로 가장 낮은 수준의 심리사회적 기능을 나타낸다. 이러한 기준으로 분류했을 때, 본 연구에서 번영 유형은 28명(31.11%), 쇠약 유형은 28명(31.11%), 분투 유형은 21명(23.33%), 그리고 부적응 유형은 13명(14.44%)으로 나타났다

결 과

K-VDMRS의 평정자 간 신뢰도

K-VDMRS에 대한 신뢰도 검증을 위해 평정자 간 일치도를 분석하였고 결과를 Table 2에 제시하였다. 한 사례에 대해 두 명의 평정자가 평가를 하는 형태로 진행된 K-VDMRS의 kappa 계수는 .66으로 ‘높은 수준’이었다(Fleiss, Levin, & Paik, 2013). Kappa 계수는 두 평정자가 각 대상에 대하여 같은 범주로 평가할 확률이 두 평정자의 평가가 우연에 의해 일치하게 될 확률에 비해 얼마나 큰지를 나타내는 지표이다. 본 연구에서 각 하위 방어기제별 Kappa 계수는 .46에서 .81의 범위로 평정자 간 일치도가 ‘적당한’ 수준에서 ‘매우 높은’ 수준에 걸쳐 나타났다(Landis & Koch, 1977). 성숙한 방어의 경우, 이타주의 .73이고, 유머 .65, 억제 .55, 예상 .54, 승화 .66이었다. 신경증적 방어의 경우, 이치화 .58, 억압 .46, 전위 .56, 반동형성 .59였다. 미성숙한 방어의 경우, 해리 .61, 투사 .52, 공상 .57, 신체화 .60, 수동공격성 .60, 행동화 .81이었다.

Table 2. The Inter-rater Agreement of the K-VDMRS

	Kappa	ICC
	.66	.87
Mature		
Altruism	.73	.89
Humor	.65	.79
Suppression	.55	.74
Anticipation	.54	.76
Sublimation	.66	.87
Neurotic		
Intellectualization	.58	.75
Repression	.46	.74
Displacement	.56	.76
Reaction formation	.59	.88
Immature		
Dissociation	.61	.87
Projection	.52	.76
Fantasy	.57	.81
Somatization	.60	.82
Passive-aggression	.60	.87
Acting out	.81	.90

There were seven raters.

K-VDMRS에 대한 급내 상관 계수(Intraclass Correlation Coefficient, ICC)도 .87로 매우 높은 수준이었다. ICC는 동일한 평정치에 대한 관찰자 간 일치도 수준을 나타내는 지표이다. 이것은 짝지어진 자료의 상관을 구하기 위해 계산과정에서 평균과 표준편차를 조정해 산출한 상관계수에 해당된다. ICC의 범위는 .74에서 .90의 수준으로 평정자 간 일치도가 ‘높은 수준’에서 ‘매우 높은 수준’이었다(Fleiss et al., 2013). 성숙한 방어의 경우, 이타주의 .89, 유머 .79, 억제 .74, 예상 .76, 승화 .87이었다. 신경증적 방어의 경우, 이지화 .75, 억압 .74, 전위 .76, 반동형성 .88이었다. 미성숙한 방어의 경우, 해리 .87, 투사 .76, 공상 .81, 신체화 .82, 수동공격 .87, 행동화 .90으로 높은 일치도를 보였다.

K-VDMRS의 준거타당도

K-VDMRS와 정신건강, 신체건강 및 지인평가 간 상관
먼저 K-VDMRS와 정신건강, 신체건강, 지인평가 간 상관을 분석하

였다. 그 결과는 Table 3에 제시되어 있다.

첫째, K-VDMRS의 미성숙한 방어 수준은 정신적 웰빙과 부적인 상관을 그리고 우울과는 부적인 상관을 보였다. 둘째, K-VDMRS의 미성숙한 방어 수준은 지각된 건강 상태와는 부적인 상관을 보인 반면, 건강이 좋지 않아 지장을 받은 날의 수 및 감기 증상의 심각도와는 정적인 상관을 나타냈다. 셋째, K-VDMRS의 미성숙한 방어 수준은 지인이 평가한 우울 및 불안 수준과 정적인 상관을 보이는 반면, 지인이 평가한 정서적 안정성, 적응 수준, 원만한 대인관계, 심리적 성숙도, 위기관리능력, 행복도와 부적인 상관을 나타냈다. 넷째, K-VDMRS의 신경증적인 방어 수준은 스스로 보고한 병원 방문 횟수 및 지인이 평가한 적응 수준과 부적인 상관을 보였다. 다섯째, K-VDMRS의 성숙한 방어 수준은 스스로 보고한 운동의 양, 지인이 평가한 원만한 대인관계 및 행복도와 정적인 상관을 보이는 반면, 지인이 평가한 우울 및 불안 수준과는 부적인 상관을 나타냈다. 여섯째, 자기보고식 방어기제 검사는 연구참여자가 스

Table 3. Correlation Analysis between Defense Mechanism, Mental Health, Physical Health, Acquaintance Evaluation, and Coping Style

	Vaillant's Defense Mechanism			K-DSQ				Ewha Defense Mechanism			Coping Style	
	Mature	Neurotic	Immature	Adaptive	Self-inhibiting	Conflict-avoiding	Immature	Mature	Neurotic	Immature	Active	Passive
Mental Health												
Mental Health Continuum	0.20	-0.11	-0.35**	0.02	-0.12	-0.001	0.01	-0.1	-0.16	-0.08	-0.03	0.03
Mental Disorder	0.20	-0.18	-0.17	-0.03	0.12	0.03	0.00	0.04	-0.02	0.03	0.005	0.09
Depression	-0.13	0.07	0.31**	0.15	0.13	0.08	0.03	0.14	0.16	0.06	-0.004	-0.01
Anxiety	0.05	-0.01	0.09	-0.45**	0.55**	0.35**	0.50**	-0.10	0.35**	0.56**	-0.21	0.27*
Physical Health												
Perceived Health	0.14	-0.07	-0.31**	-0.07	0.05	0.11	0.10	-0.05	0.09	0.03	-0.03	0.10
Non-Health days	-0.14	0.09	0.35**	0.16	-0.14	-0.03	-0.13	-0.01	-0.13	-0.11	0.12	-0.04
Frequency of cold	-0.09	0.02	0.06	0.12	-0.11	-0.10	-0.05	-0.04	-0.09	-0.11	0.08	-0.17
Severity of cold	0.01	-0.05	0.24*	-0.03	0.02	-0.12	-0.01	-0.05	-0.103	-0.01	-0.04	-0.13
Doctor visit	-0.01	-0.29**	0.09	0.10	-0.18	-0.25*	-0.15	-0.08	-0.21	-0.21	0.08	-0.03
Exercise frequency	0.21*	0.08	-0.06	0.05	-0.10	0.03	0.08	-0.10	-0.09	-0.06	-0.02	0.06
Acquaintance Evaluation												
Depression	-0.30*	0.19	0.42**	0.05	-0.02	0.19	-0.03	0.11	0.05	0.05	0.09	0.16
Anxious	-0.25*	0.03	0.48**	0.04	0.12	0.19	0.11	0.08	0.18	0.14	0.01	0.25*
Emotional Stability	0.23	0.01	-0.42**	-0.06	-0.08	-0.14	-0.10	-0.04	-0.12	-0.16	-0.05	-0.16
Adaptation	0.13	-0.27*	-0.24*	0.01	0.16	-0.02	0.15	0.06	0.14	0.18	-0.01	0.06
Amicable relationship	0.31*	-0.06	-0.27*	-0.24*	0.10	-0.09	0.06	-0.10	-0.07	0.02	-0.12	-0.05
Mature	0.23	-0.19	-0.38**	-0.01	-0.02	-0.16	-0.02	0.02	-0.05	0.00	-0.20	-0.20
Crisis management ability	0.05	-0.12	-0.27*	-0.06	-0.12	-0.26*	-0.10	-0.06	-0.25*	-0.21	-0.08	-0.32**
Happiness	0.31**	-0.15	-0.35**	-0.24*	-0.02	-0.27*	0.05	-0.13	-0.16	-0.05	-0.14	-0.21

N=90.
*p<.05. **p<.01.

로 보고한 내용과 지인평가 내용이 상반되는 양상을 보이거나 주요 준거변인들과 유의미한 상관을 보이지 않았다. 예를 들면, K-DSQ의 적응적 방어기제 점수는 스스로 보고한 불안 수준과는 부적 상관을 보이는 반면, 지인평가의 원만한 대인관계 및 행복도와는 정적인 상관이 아닌, 부적 상관 나타났다. 특히 이화방어기제 점수의 성숙한 방어 점수는 정신건강, 신체건강, 지인평가 중 어느 변인과도 유의미한 상관을 보이지 않았다. K-VDMRS는 전체적으로 성숙한 방어, 신경증적인 방어, 그리고 미성숙한 방어 모두 지인평가와 유의미한 상관을 보이는 반면, K-DSQ 및 이화방어기제 점수는 지인평가와 지극히 일부 변인에 대해서만 상관을 보이는 것으로 나타났다. 마지막으로, 대처 유형 점수의 경우, 적극적 대처 점수는 정신건강, 신체건강, 지인평가 중 어느 변인과도 유의미한 상관을 보이지 않았다. 다만, 소극적 대처 점수의 경우, 스스로 보고한 불안 및 지인이 평가한 불안과 정적인 상관을 보이는 반면, 지인이 평가한 위기관리능력과는 부적 상관 나타났다. 전체적으로 K-VDMRS로 측정된 방어의 성숙도가 자기보고식 방어기제 척도 및 대처방식보다 정신건강 변인, 신체건강 변인 그리고 지인평가 변인을 더 잘 설명하는 것으로 나타났다.

다음으로, K-VDMRS의 3가지 방어기제 차원 간 상관계수를 구하였다. 그 결과는 Table 4에 제시되어 있다. 상관 분석 결과, 성숙 점수는 미성숙 점수와 유의한 부적 상관을 보였다($r = -.41, p < .01$).

K-VDMRS와 긍정적 정신건강 유형 및 우울 수준 간 관계

K-VDMRS와 긍정적 정신건강 유형 간 관계

K-VDMRS의 준거타당도를 확인하기 위해 긍정적 정신건강 유형에 따라 베일런트 방어기제 평정체계의 3수준에 대해 차이가 있는

Table 4. Correlation Analysis between the K-VDMRS ($N = 90$)

	Mature	Neurotic	Immature
Mature	1		
Neurotic	-.05	1	
Immature	-.41**	.15	1

*** $p < .01$.

Table 5. Difference of Defense Level According to Mental Health Types ($N = 90$)

	Flourishing ¹ ($n = 28$)	Languish ² ($n = 28$)	Struggling ³ ($n = 21$)	Maladaptation ⁴ ($n = 13$)	<i>F</i>	Bonferroni
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>		
Mature	7.79 (2.41)	6.75 (2.53)	7.95 (2.31)	7.46 (3.02)	1.16	
Neurotic	9.93 (2.19)	9.89 (2.57)	9.04 (2.16)	8.85 (2.64)	1.13	
Immature	8.68 (2.99)	10.75 (4.25)	8.00 (3.31)	9.15 (2.67)	2.88*	2 > 1, 4 > 3

* $p < .05$.

지를 일원변량분석을 통해 검증하였다. 결과는 Table 5에 제시하였다. 긍정적 정신건강 유형의 경우, 3가지 방어기제 수준 중 미성숙한 방어기제 수준에서만 유의미한 집단 간 차이를 나타냈다.

사후분석으로 Bonferroni 검증을 진행한 결과, 쇠약집단은 변영 집단, 분투집단 그리고 부적응집단보다 미성숙한 방어기제를 더 많이 사용하였다. 그리고 긍정적 정신건강 유형 중 분투 유형이 미성숙한 방어기제를 가장 적게 사용하였다.

K-VDMRS와 우울 수준 간 관계

K-VDMRS의 준거타당도를 확인하기 위해 연구참여자를 우울 수준(CES-D)이 낮은 집단과 높은 집단으로 구분한 후 방어기제의 3가지 수준별로 독립표본 *t*검증을 실시하였다. 이때 Cho와 Kim (1998)이 제시한 CES-D 해석기준에 따라, 25점을 기준으로 해서 25점 이상은 우울 수준이 높은 집단 그리고 25점 미만은 우울 수준이 낮은 집단으로 구분하였다. 그 결과는 Table 6에 제시되어 있다.

우울 수준이 낮은 집단과 우울 수준이 높은 집단도 3가지 방어기제 수준 중 미성숙 방어기제 수준에서만 유의미한 집단 간 차이를 나타냈다. 우울 수준이 높은 집단이 낮은 집단보다 미성숙한 방어기제 점수가 더 유의미하게 높았다.

논 의

본 연구에서는 K-VDMRS의 준거타당도와 변별타당도를 조사하기 위한 연구를 수행하였다. 이를 위해 본 연구에서는 대학생에 대

Table 6. Difference of Defense Level According to Depression Level ($N = 90$)

	Low Depression Level ($n = 59$)	High Depression Level ($n = 31$)	<i>t</i>
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	
Mature	7.63 (2.32)	7.13 (2.90)	0.89
Neurotic	9.49 (2.14)	9.68 (2.81)	-0.35
Immature	8.49 (3.56)	10.65 (3.27)	2.80**

** $p < .01$.

상으로 K-VDMRS를 실시한 후, 방어기제, 정신건강 및 신체적 건강 관련 자기보고식 검사와 지인평가를 활용해 준거타당도 및 변별타당도를 조사하였다.

본 연구에서 K-VDMRS의 3가지 방어기제 차원 간 상관계수를 구한 결과, 성숙 점수는 미성숙 점수와 유의한 부적 상관을 보였다. Vaillant(1971, 1976, 1977)에 따르면, 신경증적인 방어기제는 성숙한 방어를 많이 사용하는 사람과 미성숙한 방어기제를 많이 사용하는 사람 모두에게서 공존할 수 있다. 또 개인은 심리적 성숙 과정에서 미성숙한 방어기제는 상대적으로 적게 사용하는 쪽으로 발달해가고 성숙한 방어기제는 상대적으로 더 많이 사용하는 쪽으로 발달해가는 반면, 신경증적인 방어기제의 사용은 일정 수준을 유지하는 것으로 나타났다.

본 연구에서는 Vaillant(1971, 1976, 1993)의 종단적인 연구 결과를 바탕으로, 분석과정에서 방어기제를 독립변인으로 정신건강을 종속변인으로 설정하였다. Vaillant(1993)의 종단적인 연구 결과는 20대에 평가된 방어기제의 성숙도가 노년기의 삶의 만족도, 심리-사회적 성숙, 그리고 정신 건강을 성공적으로 예측할 수 있다는 점을 보여주었다.

본 연구에서 K-VDMRS의 준거타당도와 변별타당도를 조사한 결과, K-VDMRS는 자기보고식 방어기제 검사 및 자기보고식 대처 방식 척도에 비해 상대적으로 높은 수준의 준거타당도와 변별타당도를 보이는 것으로 나타났다. 하지만 K-VDMRS의 준거타당도 및 변별타당도와 관련된 가설 검증 결과는 부분적으로만 지지된 것으로 나타났다. 가설과는 달리, 본 연구 결과 정신건강유형 및 우울 수준과 관련해서는 성숙한 방어기제는 상관을 보이지 않는 반면 미성숙한 방어기제만 상관을 보이는 것으로 나타났다.

이러한 결과는 본 연구의 참여자가 일반인 표본 중에서 상대적으로 심리-사회적 기능 수준이 높은 대학생이기 때문에 정신건강 유형 및 우울 수준에 따른 성숙한 방어기제 효과상의 차이가 경감된 형태로 나타났기 때문일 수 있다. 이와는 대조적으로, 주변 사람들로부터 부정적인 피드백을 받고 사회적 물의를 일으킬 가능성을 높여주는 미성숙한 방어기제를 사용하는 경우, 대학생이라는 사회적 특성이 적용에 주는 긍정적 효과는 정신건강 유형 및 우울 수준에 유의한 영향을 주는 수준으로 약화될 수 있는 것으로 보인다.

본 연구의 가설 검증 결과를 보다 구체적으로 살펴보면 다음과 같다. 첫째, 가설 1, 즉 '정신건강의 측면에서 상대적으로 건강한 집단이 부적응 집단보다 K-VDMRS의 성숙한 방어기제는 더 많고 그리고 미성숙한 방어기제는 더 적게 사용할 것이다'라는 가설은 부분적으로만 지지되었다. 본 연구 결과, 긍정적 정신건강 유형의 경우, 미성숙한 방어기제 수준에서만 유의미한 집단 간 차이를 나타

냈다. 그리고 사후분석에서 쇠약집단은 변영집단, 분투집단 그리고 부적응집단보다 미성숙한 방어기제를 더 많이 사용하였다. 그리고 분투 유형이 긍정적 정신건강 유형 중에서 미성숙한 방어를 가장 적게 사용하는 것으로 나타났다.

쇠약집단은 정신장애를 보이지는 않지만 일상생활에서 무기력한 모습을 보이며 심리사회적 기능 수준이 매우 낮은 특징을 보인다(Keyes, 2007). 본 연구에서 쇠약집단이 긍정적 정신건강 유형 중에서 미성숙한 방어를 가장 많이 사용하는 것으로 나타난 점은 이들이 비록 정신장애를 보이지는 않을지라도 정신과적인 문제증상이 아니라 대인관계 문제에만 초점을 맞출 경우 부적응집단 이상으로 취약한 집단일 가능성을 시사한다.

다만, 본 연구에서 분투 유형이 미성숙한 방어를 가장 적게 사용하는 것으로 나타난 점은 자기보고식 검사와 면담에 기초한 평정간 평가방법에서의 차이에서 기인하는 것일 가능성이 있어 보인다. 다시 말해서 본 연구에서 변영 유형으로 분류된 집단은 전적으로 주관적인 자기보고에 기초해 분류된 것이기 때문에 변영과 관련된 객관적인 요인들을 함께 고려할 필요가 있어 보인다. Keyes(2007)에 따르면, 정신적 변영 집단은 기본적으로 자기보고상에서 상대적으로 낮은 수준의 무기력감과 더불어 높은 수준의 기능적 목표, 회복탄력성, 및 친밀감을 보고한다. 이와 동시에 정신적 변영 집단은 직장에서의 결근일과 조퇴일, 일상 활동에서의 건강 문제로 인한 제약, 만성질환, 의료기관의 방문횟수 등 객관적인 심리-사회적 기능 문제들에서도 다른 정신건강 유형에 비해 상대적으로 낮은 빈도를 보인다. 흔히 이러한 심리-사회적 기능 수준을 방편적으로 자기보고식 검사를 통해 평가해왔을지라도 심리-사회적 기능에 관해 자기보고검사를 진행할 경우, 보고의 주관성 문제를 배제하기 어려워 보인다.

둘째, 가설 2, 즉 '우울 수준이 낮은 집단이 우울 수준이 높은 집단보다 K-VDMRS의 성숙한 방어기제는 더 많고 그리고 미성숙한 방어기제는 더 적게 사용할 것이다'는 가설 역시 부분적으로만 지지되었다. 본 연구 결과, 우울 수준이 낮은 집단과 우울 수준이 높은 집단도 미성숙 방어기제 수준에서만 유의미한 집단 간 차이를 나타냈다. 다시 말해, 우울 수준이 높은 집단이 낮은 집단보다 미성숙한 방어기제 점수가 더 높았다. 본 연구의 결과는 우울증상과 미성숙한 방어기제 사용의 관련성을 보고한 연구(Spinhoven & Kooiman, 1997), 미성숙한 방어기제를 많이 사용할수록 간이정신진단 검사의 전체 심도 지수가 높게 나타난 연구(Cramer, 2000)와 맥을 같이 한다. 하지만 성숙한 방어기제의 경우, 우울 수준에 따른 집단 간 차이는 유의미하지 않은 것으로 나타났다.

셋째, 가설 3, 즉 'K-VDMRS로 평가한 방어의 성숙도는 지인이

평가한 연구참여자의 심리적 성숙도와 정적인 상관을 보일 것이다'라는 가설은 지지되었다. K-VDMRS의 성숙한 방어 수준은 지인이 평가한 원만한 대인관계 및 행복도와 정적인 상관을 보이는 반면, 지인이 평가한 우울 및 불안 수준과는 부적인 상관을 나타냈다. 또 K-VDMRS의 신경증적인 방어 수준은 지인이 평가한 적응 수준과 부적인 상관을 보였다. 그리고 K-VDMRS의 미성숙한 방어 수준은 지인이 평가한 우울 및 불안 수준과 정적인 상관을 보이는 반면, 지인이 평가한 정서적 안정성, 적응 수준, 원만한 대인관계, 심리적 성숙도, 위기관리능력, 행복도와 부적인 상관을 나타냈다.

넷째, 가설 4, 즉 'K-VDMRS로 평가한 방어의 성숙도가 자기보고식 방어기제 검사 및 대처방식 검사보다 정신건강 및 신체건강 변인 그리고 지인평가와의 상관에서 상대적으로 더 높은 수준의 준거타당도 및 변별타당도를 보일 것이다'라는 가설 역시 지지되었다. 본 연구에서 자기보고식 방어기제 검사는 연구참여자의 자기보고 내용과 지인평가 내용이 상반되는 양상을 보이거나 정신건강 관련 주요 변인들과 상관을 보이지 않았다. K-DSQ의 적응적 방어기제 점수는 주관적으로 지각된 불안 수준과는 부적인 상관을 보였다. 하지만 지인평가의 원만한 대인관계 및 행복도와는 부적인 상관을 나타냈다. 개념상 적응적 방어기제는 원만한 대인관계 및 행복도와 정적인 상관을 나타낼 것으로 기대되는 변인이다. 그리고 이화방어기제 검사에서 성숙한 방어 점수는 정신건강, 신체건강, 지인평가 중 그 어떤 변인과의 유의미한 상관을 나타내지 않았다. 대처 유형 검사의 경우에도, 적극적 대처 점수는 정신건강, 신체건강, 지인평가 중 그 어떤 변인과의 유의미한 상관을 보이지 않았다.

본 연구에서 K-VDMRS의 kappa 계수는 전체 방어기제에 대해 .66이었다. 이러한 수치는 Landis와 Koch(1977)의 기준을 고려해 볼 때, 상당한 수준의 평정자 간 일치도에 해당된다. 각 하위 방어기제별 Kappa 계수도 .46에서 .81의 범위로 나타났다. 이러한 값들은 Landis와 Koch(1977)의 기준을 적용할 때, K-VDMRS의 평정자 간 일치도가 중등도 수준은 될 뿐만 아니라, 일부 방어기제에 대해서는 매우 높은 수준의 일치도를 나타낸다는 점을 시사한다.

이러한 결과는 본 연구를 시행하기 전 예비연구 단계에서 본 연구에 활용된 것과는 독립적인 사례들을 대상으로 전체적으로 kappa 계수가 적어도 .60 이상 수준이 될 때까지 평정 훈련을 진행했던 것과 관계가 있는 것으로 보인다. 그럼에도 불구하고 이러한 수치들은 본 연구에서와 유사한 수준의 평정자 훈련을 진행할 경우, 비교적 단기간에 걸친 훈련으로 Landis와 Koch(1977)의 기준에 부합되는 수준의 평정자 간 일치도를 확보할 수 있는 가능성을 보여준다. 이는 지금까지 면담을 활용해 방어기제를 평가하는 척도들이 갖는 평정자 간 일치도 문제를 개선하는 것이 충분히 가능할

수 있음을 시사한다.

본 연구의 한계는 다음과 같다. 첫째, 본 연구에서는 정신건강 관련 변인들을 평가하는 과정에서 주로 자기보고식 검사를 사용하였다. 향후 우울과 불안 등 정신건강 변인들을 측정하기 위한 도구로 구조화된 임상적 면접도구(SCID-I; First, Gibbon, Spitzer, & Williams, 1996)를 활용해 보다 정밀한 평가를 진행할 필요가 있어 보인다.

둘째, 본 연구의 중요한 준거변인 중 하나인 신체 건강 관련 측정치가 모두 자기보고에 의한 측정치라는 점이다. 추후 연구에서는 신체 건강 변인을 측정할 때, 건강 검진 측정치, 혈액이나 체중, 병리 검사 수치와 같은 생리적 측정치와 같은 보다 많은 건강 변인에 대해 객관적으로 입증할 수 있는 자료를 추가할 필요가 있어 보인다.

셋째, 본 연구에서 사용한 지인평가 문항이 심리적 성숙과 관련된 제한된 영역만을 평가할 뿐만 아니라, 평가영역 당 단일 문항으로 구성되었다는 점이다. 본 연구에서 사용한 신체 건강 관련 질문지의 경우에도 하나의 차원에 대해 단일 문항으로 측정된 문제를 안고 있다. 추후 연구에서는 성격 변인, 적응 변인을 측정하는 보다 많은 지인평가 설문을 만들고, 동시에 적응 관련 지표들에서도 평가 영역 당 문항수를 늘려 측정오차를 줄일 필요가 있어 보인다.

넷째, 본 연구의 참여자가 서울 소재 대학에 재학 중인 대학생들 으로부터만 구성되었다는 점이다. 이러한 점은 본 연구 결과를 일반화 하는 데 제약이 뒤따른다는 점을 시사한다. 하지만, Vaillant(1971)의 초기 연구에서도 처음에 하버드 대학 재학생을 대상으로 방어기제와 적응 간 연관성을 탐색한 후 추후에 임상군, 도심지역 청소년 집단을 추가로 표집해 다양한 집단에 대해 종단적으로 방어기제와 적응 간 관계를 연구했다. 이처럼 방어기제에 관한 연구는 장기간에 걸쳐 오랜 노력을 기울이는 것이 필요한 연구주제라고 할 수 있다.

특히 본 연구에서는 자기보고식 검사로 방어기제를 측정하고 또 그러한 방어기제 검사의 준거타당도 검토를 위해 또 다른 자기보고식 검사들을 활용할 때의 문제점을 보완하기 위해, 지인평가 절차를 추가하였다. 이처럼 K-VDMRS 척도를 통해 참여자 개인별 면담을 진행하는 동시에 지인평가와 관련해 협조를 구하기 위해서는 이러한 과제에 참여하는 데 일반인 또는 임상군보다는 상대적으로 이러한 작업에 참여하는 것에 대한 동기수준이 높은 대학생을 대상으로 연구를 진행하는 것이 현실적인 대안이 될 수 있을 것으로 보인다. 이런 맥락에서 본 연구에서는 K-VDMRS 척도의 타당화를 위한 첫 작업으로, 연구에 참여하는 데 상대적으로 더 적극적인 관심을 갖는 동시에 협조를 구하는 것이 상대적으로 더 용이한 대학생을 대상으로 타당화하는 작업을 진행하였다. 하지만 연구참여자가

가 대학생인 경우 일반화 가능성을 제한할 수 있기 때문에 추후 임상군을 포함해 다양한 집단을 대상으로 연구 결과를 재검토할 필요가 있다.

다섯째, 본 연구에서는 대학생의 적응을 나타내는 변수들이 다양하게 포함되지 않고 제한적으로만 포함되었다는 점이다. 추후 연구에서는 방어기제와 스트레스 상황에서의 정서조절, 학업 성취, 학교 만족, 대학에서의 다양한 활동, 경력 개발 활동, 원만한 대인관계, 관계 만족 등, 다양한 적응 변수와의 관계를 종합적으로 탐색하는 것이 필요해 보인다.

여섯째, 본 연구는 각 측정변수 간 관계를 횡단적으로 탐색하는 연구라는 점이다. 향후 Vaillant(1977, 1993)의 연구와 같이 종단적인 추적조사가 필요해 보인다.

일곱째, 본 연구에서는 K-VDMRS의 구성개념 타당도 및 예측타당도를 검증하지 못했다. 본 연구에서는 일반적으로 자기보고식 척도에 관한 타당화 연구에서 시행하는 것과 같은 요인 분석 절차 등을 수행하지 못했다. 본 연구에서 요인 분석을 시행하지 못한 중요한 이유 중 하나는 요인 분석에 필요한 최소한의 연구 대상수를 구하기 어려웠기 때문이다. Hurley 등(1997) 그리고 Soper(2018)의 기준에 따르면, 15개의 방어기제 변인에 관한 요인 분석을 위해서는 최소 300명 이상의 연구참여자가 필요하다. 본 연구에서는 참여자들이 평균 1시간 이상의 면담에 참여해야 할 뿐만 아니라 지인평가 정보까지도 요구했기 때문에 이처럼 많은 연구참여자를 확보하는데 현실적으로 커다란 어려움이 있었다. 또 K-VDMRS의 예측타당도 검증을 위해서는 대학생의 적응과 관련된 대학생활 만족도, 학업 성적, 대인관계, 신체 건강 등을 6개월에서 1년의 기간을 두고 장기적으로 추적 조사하는 과정이 필요하다. 추후 연구에서는 보다 더 많은 참여자를 표집하는 동시에 다양한 적응 변수와의 관계를 종단적으로 추적하는 형태의 검증이 진행될 필요가 있다.

그럼에도 불구하고 본 연구의 의의를 다음과 같이 정리할 수 있다. 본 연구에서는 방어기제를 평정자 간 신뢰도가 유지되는 형태로 면담을 통해 평가한 후, 지인평가 및 다양한 적응 지표들과의 관계를 조사하는 과정에서 자기보고식 방어기제 검사와 대처방식 척도에 비해 K-VDMRS가 상대적으로 더 높은 수준의 준거타당도 및 변별타당도를 갖추고 있음을 확인할 수 있었다.

References

- American Psychiatric Association. (1994). *DSM-IV. Sourcebook* (Vol. 1). American Psychiatric Pub.
- Andrews, G., Singh, M., & Bond, M. (1993). The defense style questionnaire. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 181*, 246-256.
- Bauer, S. F., & Rockland, L. H. (1995). The inventory of defense-related behavior approach to measuring defense mechanisms in psychotherapy: A preliminary report. In H. R. Conte & R. Plutchik (Eds.), *Ego defenses: Theory and measurement* (pp. 300-314). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Bendig, A. W. (1956). The development of a short form of the manifest anxiety scale. *Journal of Consulting Psychology, 20*, 384-395.
- Bond, M., Gardner, S. T., Christian, J., & Sigal, J. J. (1983). Empirical study of self-rated defense styles. *Archives of General Psychiatry, 40*, 333-338.
- Cho, S. H. (1999). A validation study of Korean version of defense style questionnaire. *The Korean Journal of Counseling and Psychotherapy, 11*, 115-137.
- Cho, S. H. (2001). Factor structure of the Korean version of schema questionnaire. *Journal of Counseling and Psychotherapy, 13*, 177-192. Retrieved from http://www.riss.kr/search/detail/DetailView.do?p_mat_type=1a0202e37d52c72d&control_no=1373b0b06521c37a7ecd42904f0c5d65.
- Cho, M. J., Kim, K. H. (1998). Use of the center for epidemiologic studies depression(CES-D) scale in Korea. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 186*, 304-310.
- Chon, K. K., Choi, S. C., & Yang, B. C. (2001). Integrated adaptation of CES-D in Korea. *Korean Journal of Health Psychology, 6*, 59-76.
- Cramer, P. (1998). Coping and defense mechanisms: What's the difference? *Journal of Personality, 66*, 919-946.
- Cramer, P. (2000). Defense mechanisms in psychology today: Further processes for adaptation. *American Psychologist, 55*, 637-646.
- Cramer, P., Blatt, S. J., & Ford, R. Q. (1988). Defense mechanisms in the anaclitic and introjective personality configuration. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 610-616.
- Diener, E., Smith, H., & Fujita, F. (1995). The personality structure of affect. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*, 130-141.
- Drapeau, M., De Roten, Y., Perry, J. C., & Despland, J. N. (2003). A study of stability and change in defense mechanisms during a brief psychodynamic investigation. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 191*, 496-502.
- Ehlers, W., & Czogalik, D. (1984). Dimensionen der klinischen beurteilung von abwehrmechanismen [Dimensions of clinical assessment of defense mechanisms]. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik, 29*, 129-138.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (1996). *User's guide for the structured clinical interview for DSM-IV axis I Disorders*. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.
- Fleiss, J. L., Levin, B., & Paik, M. C. (2013). *Statistical methods for*

- rates and proportions. New York, NY; John Wiley & Sons.
- Freud, S. (1897). *Minute teoriche per Wilhelm Fliess (1892-1897)*. Torino, Piemonte: Bollati Boringhieri.
- Gleser, G. C., & Ihlevich, D. (1969). An objective instrument for measuring defense mechanisms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33*, 51-60.
- Haan, N. (1977). *Coping and defending*. New York, NY: Academic Press.
- Hart, D., & Chmiel, S. (1992). Influence of defense mechanisms on moral judgment development: A longitudinal study. *Developmental Psychology, 28*, 722-730.
- Hoglund, P., & Perry, J. C. (1998). Defensive functioning predicts improvement in major depressive episodes. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 186*, 238-243.
- Hurley, A., Scandura, T., Schriesheim, C., Brannick, M., Seers, A., Vandenberg, R., & Williams, L. (1997). Exploratory and confirmatory factor analysis: Guidelines, issues, and alternatives. *Journal of Organizational Behavior, 18*, 667-683. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/3100253>
- Jacobson, A. M., Beardslee, W., Hauser, S. T., Noam, G. G., Powers, S. I., Houlihan, J., & Rider, E. (1986). Evaluating ego defense mechanisms using clinical interviews: An empirical study of adolescent diabetic and psychiatric patients. *Journal of Adolescence, 9*, 303-319.
- Joffe, P., & Naditch, M. P. (1977). Paper and pencil measures of coping and defense processes. In N. Haan (Eds.), *Coping and defending: Processes of self-environment organization*. New York, NY: Academic Press.
- Johansen, P. Ø., Krebs, T. S., Svartberg, M., Stiles, T. C., & Holen, A. (2011). Change in defense mechanisms during short-term dynamic and cognitive therapy in patients with cluster C personality disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 199*, 712-715.
- Keyes, C. L. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly, 61*, 121-140.
- Keyes, C. L. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist, 62*, 95-108.
- Keyes, C. L., & Lopez, S. J. (2002). Toward a science of mental health. *Handbook of positive psychology, 45-59*.
- Keyes, C. L., 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 and Psychotherapy, 15*, 181-192.
- Kim, J. H. (1987). *Relations of perceived stress, cognitive set, and coping behaviors to depression* (Unpublished doctoral dissertation), Seoul National University, Seoul, Korea.
- Kim, J. W. (2003). A study of the maturity of defense mechanism. *The Korean Journal of Counseling and Psychotherapy, 15*, 747-763.
- Kim, H. J., & Ko, Y. G. (2012). The effect of mental health on the relationship between value orientation and suicidal behavior among college students. *Journal of Human Understanding and Counseling, 33*, 71-89.
- Kramer, U., De Roten, Y., Michel, L., & Despland, J. N. (2009). Early change in defence mechanisms and coping in short-term dynamic psychotherapy: Relations with symptoms and alliance. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 16*, 408-417.
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics, 33*, 159-174.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Coping and adaptation. In W. D. Gentry (Eds.), *The Handbook of Behavioral Medicine* (p. 282-325). New York, NY: Guilford.
- Lee, Y. S. (2000). *Ironic effects of suppression on obsessive thoughts* (Unpublished doctoral dissertation). Seoul National University, Seoul, Korea.
- Lee, G. H., Kim, J. E., Kim, J. G., & Park, Y. S. (1991). A standardization study of EWHA defense mechanism test. *Neuropsychiatry, 30*, 582-591.
- Lim, Y. J., Ko, Y. G., Shin, H. C., & Cho, Y. R. (2010). Korean mental health. *Proceedings of the Korean Psychological Association Annual Conference, Korea* (pp. 233-257).
- Lim, Y. J., Ko, Y. G., Shin, H. C., & Cho, Y. R. (2012). Psychometric evaluation of the mental health continuum-short form (MHC-SF) in South Koreans. *Korean Journal of Psychology: General, 31*, 369-386.
- Lingiardi, V., Lonati, C., Delucchi, F., Fossati, A., Vanzulli, L., & Maffei, C. (1999). Defense mechanisms and personality disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 187*, 224-228.
- Park, C. B., & Ko, Y. G. (2014). The effect of mental fitness positive counseling and psychotherapy on college students according to defense mechanism styles. *Korean Journal of Health Psychology, 19*, 673-693.
- Perry, J. C. (1990). *Defense mechanism rating scales* (5th ed.). Cambridge, MA: Harvard School of Medicine.
- Perry, J. C. (2001). A pilot study of defenses in adults with personality disorders entering psychotherapy. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 189*, 651-660.
- Perry, J. C., & Cooper, S. H. (1992). What do cross-sectional measures of defense mechanisms predict. In G. E. Vaillane (Eds.), *Ego mechanisms of defense: A guide for clinicians and researchers* (pp. 195-216). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Plutchik, R., & Conte, H. R. (1989). Measuring emotions and their derivatives: Personality traits, ego defenses, and coping styles. In S. Wetzler & M. Katz (Eds.), *Contemporary approaches to psychological assessment*. New York, NY: Brunner/Mazel.
- Plutchik, R., Kellerman, H., & Conte, H. R. (1979). A structural theory of ego defenses and emotions. In C. E. Izard (Eds.), *Emo-*

- tions in personality and psychopathology (pp. 227-257). New York, NY: Springer US.
- 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.
- 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.
- Seo, L. N. (2012). *The effects of manifest anxiety and death anxiety on the symptoms of somatization* (Master's thesis). Korea University, Seoul, Korea. Retrieved from http://www.riss.kr/search/detail/DetailView.do?p_mat_type=be54d9b8bc7cdb09&control_no=4e82017ea8873b61ffe0bdc3ef48d419
- Sjoberg, H. (1973). *The psychoanalytic theory of defensive processes*. Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Snarey, J. R., & Vaillant, G. E. (1985). How lower- and working-class youth become middle-class adults: The association between ego defense mechanisms and upward social mobility. *Child Development, 56*, 899-910.
- Snyder, M. (1974). Self-monitoring of expressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology, 30*, 526-537.
- Snyder, M., & Gangestad, S. (1986). On the nature of self-monitoring: matters of assessment, matters of validity. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*, 125-139.
- Soper, D. S. (2018). *A-priori sample size calculator for structural equation models* [Software]. Retrieved from <http://www.daniel-soper.com/statcalc>
- Spinhoven, P., & Kooiman, C. G. (1997). Defense style in depressed and anxious psychiatric outpatients: an explorative study. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 185*, 87-94.
- Taylor, J. A. (1953). A personality scale of manifest anxiety. *The Journal of Abnormal and Social Psychology, 48*, 285-290.
- Vaillant, G. E. (1971). Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms: A 30-year follow-up of 30 men selected for psychological health. *Archives of General Psychiatry, 24*, 107-118.
- Vaillant, G. E. (1975). Sociopathy as a human process: A viewpoint. *Archives of General Psychiatry, 32*, 178-183.
- Vaillant, G. E. (1976). Natural history of male psychological health: V. The relation of choice of ego mechanisms of defense to adult adjustment. *Archives of General Psychiatry, 33*, 535-545.
- Vaillant, G. E. (1977). *Adaptation to Life*, Boston, MA: Little, Brown.
- Vaillant, G. E. (1992). *Ego mechanisms of defense: An guide for clinicians and researchers*. Washington DC: American Psychiatric Pub.
- Vaillant, G. E. (1993). *The wisdom of the ego*, Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Vaillant, G. E. (1994). Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 44-50.
- Vaillant, G. E. (2000). Adaptive mental mechanisms: Their role in a positive psychology. *American Psychologist, 55*, 89-98.
- Vaillant, G. E., Bond, M., & Vaillant, C. O. (1986). An empirically validated hierarchy of defense mechanisms. *Archives of General Psychiatry, 43*, 786-794.
- Vaillant, G. E., & Drake, R. E. (1985). Maturity of ego defenses in relation to DSM-III Axis II personality disorder. *Archives of General Psychiatry, 42*, 597-601.
- Vaillant, G. E., Meyer, S. E., Mukamal, K., & Soldz, S. (1998). Are social supports in late midlife a cause or a result of successful physical ageing?. *Psychological Medicine, 28*, 1159-1168.
- Vaillant, G. E., & Schnurr, P. (1988). What is a case?: A 45-year study of psychiatric impairment within a college sample selected for mental health. *Archives of General Psychiatry, 45*, 313-319.
- Vaillant, G. E., & Vaillant, C. O. (1990). Natural history of male psychological health, XII: A 45-year study of predictors of successful aging at age 65. *The American Journal of Psychiatry, 147*, 31-37.
- Watson, D., Hubbard, B., & Wiese, D. (2000). Self-other agreement in personality and affectivity: The role of acquaintanceship, trait visibility, and assumed similarity. *Journal of Personality and Social Psychology, 78*, 546-558.

국문초록

한국판 베일런트 방어기제 평정 척도의 타당화

김경희·고영건

고려대학교 학생상담센터 고려대학교 심리학과

본 연구의 목적은 한국판 베일런트 방어기제 평정 척도(K-VDMRS)를 타당화하는 것이다. 이를 위해 대학생 90명(남자 39명, 여자 51명)을 대상으로 한국판 베일런트 방어기제 평정을 위한 면담을 실시하였다. 그리고 준거타당도를 조사하기 위해 자기보고식 검사인 한국판 방어 유형척도, 이화방어기제 검사, 대처방식 척도, 긍정적 정신건강 척도, 우울증상 척도, 명백 불안 척도 그리고 신체 건강 관련 질문지를 실시하였다. 이러한 자기보고식 검사 이외에도 본 연구 참여자가 추천한 가까운 지인 3인을 대상으로 지인평가를 진행하였다. 본 연구 결과는 다음과 같다. 첫째, 정신건강 유형을 변영, 쇠약, 분투 및 부적응 집단으로 분류하고서 베일런트 방어기제 평정 척도 점수에서의 차이를 조사했을 때, 미성숙한 방어 수준에서만 집단 간 차이가 나타났다. 쇠약집단은 변영집단, 분투집단 그리고 부적응집단보다 미성숙한 방어기제를 더 많이 사용하였다. 둘째, 우울 수준이 높은 집단이 우울 수준이 낮은 집단에 비해 미성숙한 방어기제를 더 많이 사용하는 것으로 나타났다. 셋째, 베일런트 방어기제 평정과 지인평가 간 관계를 살펴보았을 때, 미성숙한 방어를 많이 사용할수록 지인평가에서도 미성숙한 사람으로 평가되는 반면, 성숙한 방어를 많이 사용할수록 지인평가에서 대인관계가 원만하고 행복한 사람으로 평가되었다. 마지막으로, K-VDMRS로 평가한 방어의 성숙도가 자기보고식 방어기제 검사 및 대처방식 검사보다 정신건강 및 신체건강 변인과의 상관에서 상대적으로 더 높은 수준의 준거타당도 및 변별타당도를 보이는 것으로 나타났다. 이러한 결과를 바탕으로 본 연구의 시사점과 제한점에 대해 논하였다.

주요어: 방어기제, 평정 척도, 자기보고식 검사, 지인평가, 타당화