

교도소 수용자의 정신건강과 정신질환이 심리사회적기능에 미치는 영향*

박근영 이민규†
법무부 전주교도소 경상대학교

본 연구는 정신질환의 유·무와 정신건강(주관적, 심리적, 사회적 안녕감)의 수준으로 정신건강을 5가지 유형으로 분류한 Keyes(2005)의 정신건강모형이 수형자 집단에 적합한지 확인하고, 모형에 따른 분류의 정확성을 규명하고, 집단 간 심리사회적 기능에 차이가 있는 지를 살펴보는데 목적이 있다. 이를 위해 J 교도소 수형자 630명을 대상으로 주관적 안녕감 척도, 긍정적 정서목록, 심리적 안녕감 척도, 사회적 안녕감 척도, 간이정신진단검사(SCL-90-R), 심리사회적 기능척도, 공격성척도를 사용 하여 자료 수집 하였으며 확인적 요인분석, 판별분석, 분산분석 등을 통해 자료 분석을 실시하였다. 분석결과 정신건강과 정신질환은 상관을 가정한 2요인 모델이 가장 적합한 것으로 나타났으며, 판별분석을 통해 Keyes(2005)가 제안한 정신건강모형에서 제시한 5개 집단 분류의 정확성을 확인하였다. 그리고 정신건강, 정신질환과 심리사회적 기능의 각 하위요인 간에 유의한 상관이 있음을 확인하였으며 집단 간 심리사회적 기능에 차이가 있음을 발견하였다. 마지막으로 정신건강모형을 통한 정신건강 진단의 시사점과 각 집단에 적합한 개입의 필요성을 언급하고 연구의 한계점과 미래연구의 과제에 대해 논의하였다.

주요어 : 정신건강모형, 안녕감, 정신질환, 심리사회적 기능, 교정시설 수용자

2009년 법무부가 국회 법제사법위원회에 제출한 국정 감사 자료에 따르면 1999~2001년 형기종료·가석방·사면 등으로 출소한 이들 가운데 24.9%가 3년 내에 범죄를 저질러 다시 교정시설에 수용된 것으로 나타났다(연합뉴스, 2009.10.3). 또한 2008년 형사정책연구원에서 발간한 ‘한국범죄현상과 형사정책’에서는 전과 9범 이상의 범죄자의 구성비는, 1998년 3.7%, 1999년 4.5%,

2000년 5.3%, 2001년 5.9%, 2002년 6.4%, 2003년 5.9%, 2004년 6.0%, 2005년 6.3%, 2006년 6.6%, 2007년 7.1% 등으로 다른 범주에 비하여 꾸준히 증가하고 있는 모습을 발견할 수 있는데, 2007년의 구성비는 10년 전에 비하여 약 2배가량 증가하였다고 밝히고 있다(형사정책연구원, 2008).

* 본 논문은 박근영의 석사학위 청구 논문에서 발췌한 것임.

† 교신저자: 이민규, (660-701) 경남 진주시 가좌동 900번지 경상대학교 사회과학대학 심리학과 전화: 055)751-5781, E-mail: rmk92@chol.com

이에 따라 형사사법 분야에서는 2008년에 “특정 성폭력범죄자에 대한 위치추적 전자장치 부착에 관한 법률(법률제9112호)”를 개정시행하고, 교정 분야에서는 치료감호법 일부개정(2008.6.13)을 통해 최근 심각한 사회 문제가 되고 있는 성폭력범죄를 근절하기 위하여 소아성기호증(小兒性嗜好症), 성적가혹증(性的加虐症) 등 성적(性的)인 성벽(性癖)이 있는 정신성적(精神性的) 장애자로서 성폭력범죄를 저지른 자를 치료감호대상으로 추가하여 치료적처우를 병행토록 하여 재범 방지와 시설 내 처우강화를 위해 노력하고 있다. 특히 2008. 12. 22.부터 형의 집행 및 수용자의 처우에 관한 법률 및 동법시행령, 시행규칙이 전면 시행되어 교정시설 수용자의 교정교화를 위하여 상담·심리치료, 그 밖의 교화프로그램을 실시할 수 있는 근거(형의 집행 및 수용자의 처우에 관한 법률 제64조 교화프로그램)를 마련하였다.

하지만 아직까지 일반 국민의 정신건강문제에도 충분한 관심과 서비스가 제공되지 못하고 있는 우리의 상황에서 범죄자들을 위한 정신건강 문제를 논의하는 것이 이르다는 생각(이수정, 2000)으로 인해 관련연구가 활발히 이루어 지지 못하였다. 또한 대부분의 연구들도 수형자들의 정신질환 등 부정적 측면에 초점을 맞추고 있음을 알 수 있다(이수정, 허재홍, 2004; 김시업, 2006). 서구에서도 교정시설에 수용되는 수용자가 증가함에 따라 범죄의 발생과 재범이 범행을 저지르는 사람의 정신건강문제와 관련이 있기 때문에, 그들의 정신건강문제에 대한 관심이 증가하고 있다(Link & Steuve, 1995; Teplin, 1990; 이수정, 2000에서 재인용). 국내의 관련 연구(이수정, 서진환, 이윤호, 2000; 이철호, 이민규, 2006, 2007; 배다현, 2008)에서도 최근 수형자들의 정신건강 문제를 다루고 있으며 정신질환을 예방하려는 노력을 보여주고 있으나, 이러한 노력들은 정신질환의 사례를 감소시키는 데 국한되고 있을 뿐 정신건강의 증진을 촉진시키지는 못하고 있다(Keyes & Lopez, 2002).

정신건강의 주된 관점은 심리적 문제가 신체적 질병과 같은 속성을 지닌다는 질병모델에 근거하여 질병을 초래하는 물질적 실체나 결함을 제거함으로써 심리적 문제가 개선될 수 있다고 여겼다. 그러나 2004년 세계보건기구는 ‘정신건강은 정신질환의 부재만이 아니라 개인이 자기 자신의 능력을 실현하고, 생산적이고 효과적으

로 일할 수 있고, 자신의 지역사회에 기여할 수 있는 안녕감이 높은 상태’라고 정의하는 “정신건강 촉진에 대한 보고서”를 발표하였다(World Health Organization, 2004). 이러한 정의는 정신건강이 단지 정신질환의 부재가 아니라 어떤 긍정적인 실재로서 본다는 점에서 새로운 비전을 제시해 준다.

전통적으로 건강에 대한 개념은 3가지로 정의되어 왔다. 첫째는 장애, 질병, 조기사망의 부재를 건강으로 보는 병인적 접근(pathogenic)으로 역사적으로 가장 지배적인 시각이다. 둘째는 인간의 능력, 사고, 감정, 그리고 행동 측면에서 긍정적으로 기능하는 것을 건강으로 보는 건강한(salutogenic) 접근이다. 세 번째는 질병 혹은 질환의 부재와 함께 인간의 능력과 기능이 긍정적인 상태에 있는 완전한 상태를 총체적인 건강으로 정의하는 완전한 상태 모델이다(이명자, 류정희, 2008). 이는 세계보건기구에서 추구하는 건강의 정의와 유사하며 이러한 관점에서 정신건강에 접근한 연구자로 Penninx 등(1998)과 Keyes(2002)를 들 수 있다. 특히 그는 정신질환과 정신건강이 단일의 양극성차원에 속한다는 일원론적 주장에 반대하며 정신건강을 개념화하고 측정하는 연구를 시도하였다(Keyes, 2002).

Keyes(2002)는 완전한 상태로서의 정신건강을 주요우울의 진단처럼 단지 정신질환의 유무뿐만 아니라 특정 차원의 안녕감(정서적 안녕감, 심리적 안녕감, 사회적 안녕감)의 수준으로 측정하였다. 또한 그의 완전한 정신건강 모델(The Complete State Model of Health)을 검증하기 위해 미국 전역의 25세에서 74세의 성인남녀 3,032명을 대상으로 연구를 실시하여 정신질환과 정신건강이 상관이 있는 독립된 2요인 구조를 가지는 개념임을 밝혔다. 이를 통해 정신질환의 부재가 정신건강을 의미하는 것이 아니라는 것을 밝혔다. 그리고 정신질환이 없는 참가자 중에 비교적 적은 10명중 약 2명만이 완전한 정신건강 상태임을 밝힘으로써 개인이나 집단의 정신 건강 상태를 정신질환의 유무만으로 분류하는 것이 의미가 없으며 새로운 기준이 필요함을 언급하였다(Keyes, 2005).

Keyes(2002)는 DSM-IV에서 우울증을 진단하듯이 13가지 정신건강 증상의 정도로 정신건강 수준을 진단할 수 있다고 가정하였다. 이 연구에 따르면 정신건강은 전

체 안녕감의 13개 증상 중에 7개 이상을 나타내야 한다. Keyes(2002)는 정신건강을 정신질환의 유무와 3가지 차원의 안녕감 수준에 따라 5개 집단으로 분류하는 진단 체계를 제시하였다. 총만한(flourishing)집단은 완전한 정신건강 상태로 정신질환이 없으면서 주관적 안녕감의 2개의 척도에서 최소 1개 이상, 심리·사회 기능적 안녕감 11개 중에 6개 이상이 높은 수준을 나타내야 한다. 반면에 무기력(languishing)로 진단되려면 정신질환은 없으면서 주관적 안녕감의 2개의 척도에서 최소 1개 이상, 심리·사회 기능적 안녕감 11개 중에 6개 이상이 낮은 수준을 나타내야 한다. 셋째, 정신질환은 없으면서 어디에도 속하지 않는 보통(moderately mentally healthy) 집단이 있다. 넷째, 정신질환은 있지만 안녕감의 수준은 중·상인 집단은 순수질환(pure illness)집단으로 분류하고 마지막으로 정신질환이 있으면서 안녕감 수준도 낮은 집단은 고투하는(struggling)집단으로 분류하였다.

범죄는 양적으로 증가하고 있고 살인 등 강력범죄의 발생도 늘어나고 있으며 교정시설에서 출소 후 다시 범죄를 저지르는 재범율도 높아져 가고 있다. 재범률을 낮추기 위한 노력은 국가적 차원에서 이루어지고 있으나 정작 관심을 가져야 하는 교정시설에서의 그들의 생활에 대하여는 상대적으로 관심이 소홀한 것이 사실이다. 교정시설 수용자의 정신건강에 관련된 연구는 양적·질적인 면에서 부족하고, 대부분의 연구들이 정신질환과 같은 부정적 측면에 초점을 맞추고 있음을 알 수 있다. 하지만 부정적인 면을 개선하기보다 개인의 긍정적인 면을 발견하게 하여 강점을 살려주는 것이 수용자들의 교정시설 내에서의 생활과 출소 후의 사회복귀에도 이로울 것이다.

이러한 맥락에서 Keyes(2002)가 제시하고 있는 완전한 정신건강 모형이 우리나라의 교정시설 수용자에게도 적합한지를 확인하는 것은 정신질환은 없으나 정신건강 수준이 낮은 집단에 대하여 효과적인 접근을 제공하는 데 기여할 것이다. 또한 연구를 바탕으로 정신질환을 감소시키고 정신건강을 증진시키기 위해 관련된 심리적 변인들을 탐색하는 것은 정신건강과 정신질환과 관련된 심리학적 연구의 다각화에 기여할 것이다. 그리고 이전에 연구된 적이 없는 교정시설 수용자에 대한 정신건강

모형을 제시함으로써 MMPI(다면적인성검사)와 교정심리검사 등의 검사도구를 통한 정신질환 유무의 판단으로 수용자를 관리하는 교정시설 관리자에게 새로운 정신건강 진단 모형을 제시함으로써 효율적인 예방과 치료를 이끌 수 있는 방법을 제시할 것으로 생각한다.

앞에서 제시한 내용을 바탕으로 본 연구에서는 세 가지 연구문제를 설정하였다. 첫째, Keyes(2002)의 정신건강모형에서 제시한 것처럼 우리나라 교정시설 수용자에게도 정신건강과 정신질환이 상관을 가정한 2요인 구조의 적합성을 확인하고자 한다. 둘째, 정신건강수준과 정신질환의 유무에 따라 분류된 5개 집단 분류의 통계적 유의성 확인하고자 한다. 셋째, 정신건강모형 진단 분류에 따른 집단 간에 심리사회적 기능(무기력, 목표형성, 적응유연성, 친밀감, 공격성)에서의 차이를 확인하고자 한다.

방 법

참여자

J교도소에 수용 중인 기결 수형자 500명, 미결수용자 100명, 여성수용자30명을 대상으로 자기보고식 설문조사를 실시하였다. 연구실시에 앞서 연구의 목적과 실시방법에 대해 내부적인 승인절차를 거쳤으며 각 작업장과 수용사동의 담당자에게 실시방법에 대해 설명하고 당일 15:00부터 1시간동안 설문을 실시하고 회수하였다. 또한 설문에 응하지 않았거나 불성실하게 응답한 문항이 포함되어 있거나 결측치가 많은 자료 187부(29.68%)를 제외한 443명의 자료를 분석에 사용하였다. 대상자의 연령은 30대 이상이 369명(84.4%)이고, 161명(36.3%)은 미혼이었으며, 305명(68.8%)이 고졸 이하였다. 40명(9.9%)을 제외한 나머지는 경제수준이 보통이하라고 답했으며 187명(42.2%)은 5년 이상의 징역형을 선고받았다고 응답하였다. 연구 협조를 얻기 위해 해당기관에 협조공문을 발송하여 연구를 위한 의견조사를 승인 받았으며, 자료가 연구목적에 사용되는 것에 자필 서명으로 동의한 참가자에 한하여 자료 분석 하였다.

측정도구

정신건강(Mental health)

정신건강은 주관적 안녕감, 심리적 안녕감, 사회적 안녕감으로 측정하였다.

주관적 안녕감 척도(Subjective Well-being Scale)

주관적 안녕감은 정서적 구성요소와 인지적 구성요소로 구성되며(Diener, Suh, Lucas, & Smith(1999), Keyes(2002)의 연구에 따라 부정 정서는 제외하였다. 인지적 요소는 한덕웅, 표승연(2002)이 개발한 주관안녕척도 중에 전반적 생활만족을 인지적으로 평가하는 7문항으로 구성된 주관안녕인지척도를 사용하였다. 척도는 전혀 그렇지 않다(1점)에서 매우 그렇다(7점)까지 7점 Likert척도로 조정하여 사용하였다. 내적 합치도(Cronbach's α)는 .942이었다. 정서적 요소는 Waston, Clark 및 Tellegen(1988)이 제작한 PANAS(Positive and Negative Affect Scale)를 이유정(1994)이 번안하고 이현희, 김은정과 이민규(2003)가 수정하여 타당화한 척도를 사용하였다. 일상적으로 느끼는 자신의 기분을 평가하는 것으로 '전혀 그렇지 않다(1점)'에서 '매우 그렇다(5점)'까지 5점 Likert 척도이다. 본 연구에서는 Keyes(2002)의 연구에 따라 PANAS의 긍정적 정서 10문항만을 사용하여 측정하였으며 본 연구의 내적 합치도(Cronbach's α)는 .813이었다.

심리적 안녕감 척도(PWBS: Psychological Well-being Scale)

심리적 안녕감을 측정하기 위해 Ryff(1989)가 개발한 PWBS를 Ryff, Lee 와 Na(1993)이 보완하고 조명환과 차경호(1998)가 한국판으로 번안하고 윤성혜(2007)가 재조명한 척도(Cronbach's α =.89)를 사용하였다. 탐색적 요인분석 결과 심리적 안녕감 척도(PWBS)는 삶의 목적 및 환경통제력(7문항), 자아수용(5문항), 긍정적 대인관계(5문항), 개인적 성장(5문항), 자율성(3문항)의 5개 하위요인으로 구성되어 있으며 '전혀 그렇지 않다(1점)'에서 '매우 그렇다(5점)'까지의 5점Likert척도로 평정하였다. 본 연구에서 전체 척도의 내적 합치도(Cronbach's α)는 .891로 나타났으며 각 하위요인에 대하여는 .788, .703, .703, .573, .507이었다.

사회적 안녕감 척도(Social Well-being Scale)

사회적 안녕감을 측정하기 위해 Keyes(1998)가 연구에서 사용한 자기보고식 15문항에 전화설문을 위한 33 문항 중 11개 문항을 추가하여 '전혀 그렇지 않다(1점)'에서 '매우 그렇다(6점)'까지의 6점 Likert척도로 평정하는 26문항을 본 연구자가 번안하여 자료 수집하였다. 수집된 자료에 대하여 탐색적 요인분석 결과 사회적 실현 및 응집력(5문항), 사회적 통합(5문항), 사회적 수용(5문항), 사회적 기여(5문항)의 4개 요인으로 구성되어 있음을 확인하였다. 본 연구에서 전체척도의내적 합치도(Cronbach's α)는 .824였다. 각 하위영역에 신뢰도 계수는 .792, .629, .651, .606이었다.

정신질환(Mental Illness)

정신질환의 정도와 유무를 평가하기 위한 도구로 한국판 간이정신진단검사SCL-90-R(Symptom Check list-90-Revised: 김광일, 김재환, 원호택, 1989)을 사용하였다. 이 검사는 신체화(12문항), 강박증(10문항), 대인 예민성(9문항), 우울(13문항), 불안(10문항), 적대감(6문항), 공포불안(7문항), 편집증(6문항), 정신증(10문항), 부가적 문항(7문항) 등의 9개 요인으로 발전시켜 90문항으로 구성된 '전혀 그렇지 않다(1점)'에서 '매우 그렇다(5점)'까지의 5점Likert척도로 평정한다. 본 연구에서 전체척도의 내적 합치도(Cronbach's α)는 .986이었으며, 우울(.928), 불안(.930), 공포불안(.875), 정신증(.883)이었다. 본 연구에서는 각 문항에서 1점 이상에 평정한 점수의 합계(grand total)를 총 문항수(90문항)로 나눈 점수로, 현재 장애의 심도(depth)를 나타내는 전체심도지수(Global Severity Index, GSI)를 사용하였다. 참가자들이 교정시설 수용자인 점을 감안하여 일반인 남성 기준에서 T점수 70에 해당하는 전체심도지수(GSI) 167을 기준으로 하여 정신질환의 유무를 나누었다.

심리사회적 기능(psychosocial Functioning)

심리사회적 기능은 무기력, 목표형성, 적응유연성, 친밀감, 공격성에 관한 문항들로 구성하였다. 무기력, 목표형성, 적응유연성, 친밀감의 문항은 Keyes(2002)가 심리사회적 기능을 측정하기 위해 제작한 문항을 번안하여 사용하였다. 내적 합치도(Cronbach's α)는 무기력(.796),

목표형성(.763), 적응유연성(.803), 친밀감(.751)이었다.

공격성문항은 서수균, 권석만(2002)이 개발한 한국판 공격성 질문지에서 신체적 공격성과 언어적 공격성 문항을 각 5문항씩 사용하여 측정하였으며 ‘전혀 그렇지 않다(1점)’에서 ‘매우 그렇다(5점)’까지의 5점Likert척도로 평정하였다. 본 연구의 내적 합치도(Cronbach's α)는 .813이었다.

결 과

각 변인별 상관분석 및 기술통계

정신건강과 정신질환, 심리사회적기능 간의 상관관계

를 확인하기 위해 Pearson 상관분석을 실시하여 결과는 표 1에 제시하였다. 분석결과 주관적 안녕감, 심리적 안녕감 사회적 안녕감으로 구성되는 정신건강은 정신질환과 모두 .01수준에서 유의한 부적상관을 나타내었다. 무력감은 정신건강과는 부적 상관, 정신질환과는 정적상관을 보였고, 목표형성은 주관안녕 인지를 제외한 모든 변인과 유의한 상관을 보였다. 적응유연성과 친밀감은 정신건강과는 정적상관, 정신질환 및 무력감과는 부적상관을 보였으며, 공격성은 주관안녕 정서를 제외한 정신건강, 목표형성, 적응유연성 및 친밀감과는 부적상관, 정신질환, 무력감과는 부적상관을 나타내었다.

모형들 간의 우수성을 통계적으로 검증하기 위해서는 χ^2 차이검증을 실시하여야 하는데, 이를 위해서는 모형

표 1. 주요 변인간 평균, 표준편차 및 상관

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	평균	표준 편차
1 주관안녕	1													45.71	13.014
2 심리안녕	.436**	1												76.02	9.959
3 사회안녕	.394**	.678**	1											54.58	8.896
4 SCL90-R	-.284**	-.602**	-.606**	1										211.00	62.003
5 우울	-.365**	-.597**	-.605**	.945**	1									31.29	10.258
6 불안	-.270**	-.553**	-.548**	.954**	.892**	1								22.52	7.849
7 공포불안	-.150**	-.526**	-.475**	.849**	.745**	.821**	1							14.05	5.317
8 정신증	-.210**	-.573**	-.542**	.937**	.852**	.891**	.825**	1						22.96	7.089
9 무력감	-.197**	-.525**	-.567**	.682**	.658**	.651**	.610**	.667**	1					4.51	1.704
10 목표형성	0.093	.380**	.366**	-.221**	-.220**	-.222**	-.293**	-.222**	-.237**	1				7.25	1.804
11 적응 유연성	.176**	.405**	.384**	-.190**	-.206**	-.178**	-.235**	-.174**	-.215**	.684**	1			7.18	1.706
12 친밀감	.237**	.384**	.384**	-.299**	-.277**	-.296**	-.319**	-.290**	-.270**	.424**	.485**	1		7.43	1.928
13 공격성	-.113**	-.372**	-.469**	.621**	.534**	.569**	.535**	.600**	.536**	-.141**	-.154**	-.216**	1	16.88	4.938

*p<.05, **p<.01

표 2. 정신건강 모형의 적합도 결과

모형	χ^2	df	p	GFI	TLI	CFI	RMSEA
경쟁모형 1	294.720	14	.000	.824	.842	.894	.213
경쟁모형 2	340.896	14	.000	.844	.816	.877	.230
연구모형	114.744	13	.000	.927	.938	.962	.133

들이 서로 포함 관계에 있어야 한다. 본 연구에서는 1요인 모형과 2요인 모형은 포함 관계에 있지 않기 때문에 비교 가능한 경쟁모형 2(상관을 가정하지 않은 2요인 모형)와 연구모형(상관을 가정한 2요인 모형)에 대해 직접적인 비교를 실시하였다. 연구모형은 표 2에 제시된 것과 같이 경쟁모형 2에 비해 χ^2 값이 222.152 작고, 자유도가 1작다. 그런데 유의도 .05, 자유도 1일 때의 χ^2 값이 3.84이므로 연구모형은 경쟁모형 2보다 우수하다고 할 수 있다. 즉 연구모형은 경쟁모형 2에 비해 자유도가 1만큼 감소하였으나, χ^2 값의 감소폭이 자유도 감소를 상쇄시킬 만큼 충분히 감소했으므로 경쟁모형 2보다 우수하다고 할 수 있다.

또한 경쟁모형 1과 2의 GFI, TLI 및 CFI는 모형의 적합도 기준인 .90보다 낮았지만 연구모형의 GFI, TLI와 CFI는 각각 0.927, 0.938, 0.962로 적합하였다. 모수의 불일치성 지수인 RMSEA는 .05보다 작을 때 그 모델이 적합하다고 해석하고 .01 이하이면 수용가능하고 .01 이상이면 그 모델을 채택하지 않는 편이 좋다고 해석한다(성태제, 2009). 3가지 모형 모두에서 기준값을 초과하지만 연구모형의 RMSEA 값이 그 중에서 가장 근접한 .133이었다. 상관을 가정한 2요인 모형에서 정신건강과 정신질환의 잠재요인 간 상관은 -.711이었다. 잠재요인에 정신건강지표의 표준화 회귀 계수는 주관적 안녕감(.484), 심리적 안녕감(.849), 사회적 안녕감(.808)이었고 정신질환지표의 표준화 회귀계수는 우울(.921), 불안(.960), 공포불안(.852), 정신증(.933)이었다.

정신건강 모형에 따른 집단분류의 정확성

본 연구에서는 주관적, 심리적, 사회적 안녕감으로 측정되는 정신건강의 수준과 정신질환의 유무에 따라 집

단 분류를 하였다. 먼저 정신건강 수준의 판단은 각 하위변인의 점수를 Z점수로 표준화하여 빈도분석을 이용하여 상/중/하로 3등분한 후 주관적 안녕감의 2개의 하위척도(주관 안녕 인지, 주관안녕 정서)에서 1개 이상이 상위 1/3이고, 심리적 안녕감의 5개 하위요인(삶의 목적 및 환경통제력, 개인적 성장, 긍정적 대인관계, 자아수용, 자율성), 사회적 안녕감의 4개 하위요인(사회적 응집과 실현, 사회적 통합, 사회적 기여, 사회적 수용)의 9개 하위요인 중에 5개 이상이 상위 1/3 이상이면 건강수준이 높은 집단으로 분류한다. 반면에 정신건강 수준이 낮은 집단은 주관적 안녕감의 2개의 하위요인에서 1개 이상, 심리적, 사회적 안녕감 9개 하위요인 중에 5개 이상이 하위 1/3에 해당되어야 한다. 셋째, 보통수준의 정신건강(moderately mentally healthy) 집단은 위의 두 집단에 속하지 않는 사람들의 집단이다. 다음으로 정신질환의 유무의 판단은 Butterbaugh, Rose, Thomson, Roques, Costa, Brinkmeyer, Olejniczak, Fisch 및 Carey(2005)는 Derogatis(1994)가 추천한 T점수 63 이상을 임상적으로 유의미하다고 정의하고 있지만(이철호, 2005), 정신질환 증상에 대한 엄격한 해석을 위해 T65와 T70에서 교정시설 수용자의 인원과 비율을 제시하였다. T63에서는 191명(43.1%)이 정신질환이 있는 것으로 나타났고 T65에서는 165명(37.2%), T70에서는 112명(25.3%)이 정신질환이 있는 것으로 나타났다. 본 연구에서는 연구대상자가 교정시설 수용자이고 간이정신진단검사의 9개의 정신질환의 증상의 유무만으로 정신질환의 유무를 단정 짓기가 어려운 점을 고려하여 T70점에 해당하는 GSI 167을 기준으로 정신질환의 유무를 판단하였다.

정신건강의 3개 수준과 정신질환의 유무를 고려하여 Keyes(2002)가 제시한 정신건강모형에 따른 집단분류의 기준은 아래와 같으며 결과는 표 3에 제시하였다. 충만

표 3. 정신건강 수준과 정신질환 유무에 따른 집단분류

정신질환 유무	정신건강 수준			총계
	하	중	상	
없음	N(%) 36(8.1) 무기력 집단	N(%) 216(48.8) 보통집단	N(%) 79(17.8) 충만한 집단	331(25.3)
있음	33(7.4) 고투하는 집단	79(17.8) 순수질환 집단		112(74.7)
총계	69(15.6)	292(65.9)	82(18.5)	443(100.0)

한(flourishing)집단은 완전한 정신건강 상태로 정신질환이 없으면서 주관적 안녕감의 2개의 하위요인에서 1개 이상, 심리적 안녕감의 5개 하위요인, 사회적 안녕감의 4개 하위요인을 포함하는 9개 하위요인 중에 5개 이상이 상위 1/3을 나타내야 한다. 반면에 무기력(languishing)집단은 정신질환은 없으면서 주관적 안녕감의 2개의 하위요인에서 1개 이상, 심리적 안녕감의 5개 하위요인, 사회적 안녕감의 4개 하위요인을 포함하는 9개 하위요인 중에 5개 이상이 하위 1/3을 나타내야 한다. 셋째, 정신질환은 없으면서 어디에도 속하지 않는 보통(moderately mentally healthy) 집단이 있다. 넷째, 정신질환은 있지만 안녕감의 수준은 중·상인 집단은 순

수질환(pure illness)집단으로 분류하고 마지막으로 정신질환이 있으면서 안녕감 수준도 낮은 집단은 고투하는(struggling)집단으로 분류하였다. 빈도분석 결과를 살펴 보면 정신건강 수준이 상인 집단에서 3명(3%)이 고투하는 집단에 포함되었고, 중간수준 292명 중에 76명(26%)이 순수질환 집단에, 정신건강 수준이 낮은 집단 69명 중에 33명(47%)이 고투하는 집단으로 분류되었다. 정신건강 수준이 낮은 집단은 높은 집단에 비해 16배가량 정신질환을 경험하고 있는 것으로 나타났으며, 이것은 정신건강 수준이 낮은 것이 정신질환의 위험요인이 될 수 있음을 보여주는 것이다.

Keyes(2002)의 정신건강의 수준과 정신질환의 유무에

표 4. 판별분석을 통한 집단 분류

집단분류	순수질환	예측 소속 집단					전체
		고투	충만	보통	무기력		
빈도	순수질환	64	12	0	2	1	79
	고투	4	26	0	0	3	33
	충만	0	0	69	10	0	79
	보통	18	1	20	144	33	216
	무기	4	0	0	1	31	36
%	순수질환	81.0	15.2	0.0	2.5	1.3	100.0
	고투	12.1	78.8	0.0	0.0	9.1	100.0
	충만	0.0	0.0	87.3	12.7	0.0	100.0
	보통	8.3	0.5	9.3	66.7	15.3	100.0
	무기력	11.1	0.0	0.0	2.8	86.1	100.0

집단분류: 순수질환집단, 고투하는 집단, 충만한 집단, 보통수준 건강집단, 무기력집단
정확분류율: 75.4%.

표 5. 집단분류에 대한 동시적 판별분석 결과

예측변인	평균(표준편차)	판별함수와 변인의 상관				단변량F (4,438)
		1	2	3	4	
불안	22.52(7.849)	-.695	0.592	-0.014	0.062	180.11***
우울	31.29(10.258)	-.667	0.384	0.069	0.130	151.90***
정신증	22.52(7.089)	-.618	0.497	-0.067	0.224	140.27***
강박증	25.06(7.175)	-.612	0.334	0.149	0.255	127.28***
신체화	28.37(9.394)	-.578	0.490	0.081	0.140	124.51***
대인예민성	21.81(6.340)	-.547	0.337	0.073	0.135	103.53***
편집증	13.95(4.478)	-.544	0.420	0.084	0.159	107.29***
적대감	13.30(4.789)	-.544	0.377	0.042	-0.001	104.41***
긍정적 대인관계	16.42(3.614)	.456	0.096	-0.251	0.273	67.22***
응집과 실현	29.08(5.489)	.452	0.097	0.369	0.263	66.86***
사회적 통합	11.24(2.549)	.341	0.308	-0.310	0.117	45.19***
공포불안	12.86(3.972)	-0.560	.568	-0.130	-0.091	124.62***
주관 인지	25.51(9.346)	0.311	.439	-0.272	-0.280	46.91***
자아수용	13.68(3.495)	0.296	.422	-0.103	-0.231	42.00***
주관 정서	20.20(4.882)	0.324	.390	0.175	-0.362	46.14***
사회적 기여	7.68(2.010)	0.294	.304	-0.208	-0.081	34.95***
개인적 성장	13.98(2.641)	0.295	-0.046	.311	0.171	28.71***
자율성	10.02(1.917)	0.204	0.015	0.024	.443	14.08***
사회적 수용	6.58(2.215)	0.148	0.078	0.127	-.353	8.10***
삶의 목적 및 환경통제력	21.91(3.979)	0.294	0.165	0.260	.316	30.52***
아이겐값		2.878	0.722	0.090	0.044	
누적설명변량		77.1	96.4	98.8	100.0	
정준상관		0.86	0.64	0.28	0.20	
람다값		0.13	0.51	0.87	0.96	
		(.000)	(.000)	(.020)	(.370)	

*p<.05, **p<.01, ***p<.001.

다른 정신건강 집단 분류의 정확성을 확인하기 위하여 판별분석을 실시하였으며 결과는 표 4에 제시하였다. 판별분석 결과, 원래의 집단 사례 중에 75.4%가 올바르게 분류된 것으로 나타났으며, 순수질환 집단의 81.0%, 고투하는 집단의 78.8%, 변성하는 집단의 87.3%, 보통수준 건강집단의 66.7%, 무기력 집단의 86.1%가 정확히 분류된 것으로 나타났다.

따라서 Keyes(2002)가 제시한 완전한 정신건강모형은 교정시설 수용자의 정신건강 수준을 확인하는데 예측력이 높은 모델임을 알 수 있다.

정준판별함수를 통한 판별함수의 적합성 평가와 각각의 함수를 예측하는 변인들에 대한 결과는 표 5와 같다. 판별함수는 총 4개가 도출되었으며, 판별함수의 통계적

유의성을 나타내는 Wilks의 람다에 의하면 판별함수 1, 2는 유의수준 .001에서 판별함수 3은 유의수준 .05에서 유의하였으나 판별함수 4는 .370으로 유의하지 않았으며 판별함수 1의 값은 .13으로 집단내 분산의 비율이 가장 낮은 것으로 나타났다.

각 판별함수의 고유값(아이겐값)을 살펴보면 2.878, 0.722, 0.090, 0.044로서 가장 먼저 도출된 판별함수 1의 값이 가장 크다. 고유값은 집단 내 분산에 대한 집단 간 분산의 크기를 나타내는 것으로 이 값이 크면 클수록 도출된 판별함수가 집단을 잘 구분하기에 좋은 판별함수라는 것을 의미한다.

집단 간 심리사회적 기능 차이 검증

Keyes(2002)가 제시한 정신건강모형의 집단분류에 따른 집단 간 심리사회적 기능의 차이를 검증하기 위해 독립변수를 정신건강 수준과 정신질환 유무로 나누는 5개 집단으로 하고 종속변수를 심리사회적 안녕감의 5개 하위요인인 무력감, 목표형성, 적응유연성, 친밀감, 공격성으로 한 다변량분석을 실시하였다. 무력감, 목표형성, 적응유연성, 친밀감, 공격성으로 구성된 심리사회적 기능 점수에 대한 집단의 효과를 분석한 결과, Wilks의 랏다는 .490, 유의확률은 .000으로 유의수준 .05에서 교정시설 수용자들의 집단 특성에 따라 심리사회적 기능에 차이가 있는 것으로 나타났다. 집단에 따른 차이를 개별 종속변수별로 분석해 보면 단변량 F검정에서 분류집단에 따라 심리사회적 기능을 구성하고 있는 무력감, 목표형성, 적응유연성, 친밀감, 공격성에 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다.

다변량 분석을 통해 집단 간 차이가 통계적으로 유의미하다는 것을 확인하고 사후비교를 위해 일원변량분석을 실시하였다. 분석 결과는 표 7에 제시하였다

무기력(58.41, $p<.001$), 목표형성(15.43, $p<.001$), 적응유연성(11.59, $p<.001$), 친밀감(21.12, $p<.001$), 공격성(36.60, $p<.001$)요인 모두에서 집단 간 유의한 차이를 나타내었다. 사후검증 결과를 살펴보면 다음과 같다. 무기력 요인에서는 충만한 집단이 다른 집단에 비해 낮은 점수를 보이고 있으며 충만한 집단의 평균은 3, 고투하는 집단은 6.34로 2배 이상의 차이가 나는 것으로 나타났다. 무기력 요인에서는 보통수준 집단이 무기력 집단

과 무기력 집단이 순수질환 집단과 순수질환 집단이 고투하는 집단과 .001 수준에서 동질적인 집단으로 나타났다. 목표형성 요인에서는 순수질환 집단의 평균은 6.34이고 충만한 집단의 평균은 8.33이었으며, 순수질환, 무기력, 보통, 고투하는 집단과 보통, 고투, 충만한 집단이 .001 수준에서 동질적인 집단으로 나타났다. 적응유연성 요인에서는 무기력 집단의 평균은 6.44이고 충만한 집단의 평균은 8.25이었으며, 무기력, 순수질환, 고투, 보통수준 집단과 고투, 보통, 충만한 집단이 .001 수준에서 동질적인 집단으로 나타났다. 친밀감 요인에서는 순수질환 집단의 평균은 6.39이고 충만한 집단의 평균은 8.78이었으며, 순수질환, 무기력, 보통, 고투하는 집단과 보통, 충만한 집단이 .001 수준에서 동질적인 집단으로 나타났다. 공격성 요인에서는 충만한 집단의 평균은 13.39이고 순수질환 집단의 평균은 20.71이었으며, 순수질환, 충만, 보통, 무기력 집단과 순수질환, 고투하는 집단이 .001 수준에서 동질적인 집단으로 나타났다.

충만한 집단은 무기력과 공격성 요인에서 가장 낮은 점수를 나타내었고 목표형성, 적응유연성, 친밀감에서 가장 높은 점수를 보여주고 있다. 모든 요인에서 충만한 집단은 보통수준집단 보다 보통수준 집단은 무기력 집단보다 더 잘 기능하고 있음을 알 수 있다. 순수질환 집단은 무기력 집단에 비해 무기력과 공격성, 적응유연성과 친밀감에서 높은 점수를 보이고 목표형성에서 낮은 점수를 보인다. 이는 순수질환 집단이 정신질환은 없으나 정신건강 수준이 낮은 무기력 집단에 비해 친구나 가족들과 더 많은 친밀감을 유지하고 적응 유연성이 높다는 것을 의미한다. 정신질환이 있으면서 정신건강 수

표 6. 5개집 단에 따른 심리사회적 기능 하위요인에 대한 다변량 분산분석 결과

독립변수	종속변수	Wilk 의 랏다	자유도	평균자승	단변량F	유의도
정신건강 수준과 정신질환 유무에 따른 5개 집단	무력감	.490(.000)	4 / 443	111.559	58.414	0.000
	목표형성		4 / 443	44.424	15.431	0.000
적응유연성	4 / 443		30.795	11.590	0.000	
친밀감	4 / 443		66.394	21.120	0.000	
공격성	4 / 443		674.882	36.600	0.000	

표 7. 집단 간 심리사회적 기능의 일원변량분석

요인	변량원	자승화	자유도	평균 자승화	F	사후비교 scheffe
무기력	집단 간	446.24	4	111.56	58.41***	3, 4<5
	오차	836.48	438	1.91		5<1, 1<2
	전체	1282.72	442			
목표형성	집단 간	177.70	4	44.42	15.43***	1<5<4<2
	오차	1260.99	438	2.88		4<2<3
	전체	1438.69	442			
적응 유연성	집단 간	123.18	4	30.80	11.59***	5<1<2<4
	오차	1163.73	438	2.66		2<4<3
	전체	1286.91	442			
친밀감	집단 간	265.58	4	66.39	21.12***	5<1<2<4
	오차	1376.93	438	3.14		4<3
	전체	1642.51	442			
공격성	집단 간	2699.53	4	674.88	36.60***	3<4<5
	오차	8076.37	438	18.44		2<1
	전체	10775.90	442			

***p<.001. 집단 1: 순수질환 집단, 집단 2: 고투하는 집단, 집단 3: 충만한 집단
 집단 4: 보통집단, 집단 5: 무기력 집단

준도 가장 낮은 고투하는 집단은 공격성에서 가장 높은 점수를 나타내었고, 목표형성에서 가장 낮은 점수를 보였으나, 무기력, 적응유연성, 친밀감에서는 순수질환 집단보다 더 나은 기능을 보여주고 있음을 알 수 있다.

논 의

최근 범죄의 양적/질적인 면에서의 증가추세는 뚜렷하며, 특히 재범률의 증가는 주목할 만한 것이다. 범죄율을 감소시키기 위해 국가적인 차원에서 다양한 방식의 접근이 이루어지고 있으나 범죄자들이 재판을 받고 형을 집행하는 교정시설에서의 그들의 생활에는 상대적으로 관심이 덜 한 것이 현실이다. 연구 참여자들의 간이정신진단검사 점수에서도 알 수 있듯이 일반인에 비하여 정신질환 증상을 보이는 비율이 높다. 그리고 정신

건강 수준과 정신질환의 유무에 의한 집단분류에서 살펴본 것처럼 정신질환 진단을 받지 않은 일반 수용자들 중에서도 정신건강 서비스를 필요로 하는 대상자가 많음을 확인하였다.

본 연구는 Keyes(2002)가 제시한 완전한 정신건강 모형이 국내의 교정시설 수용자에게 적합한 지를 확인하고 집단분류가 통계적으로 유의한지를 확인하고자 하였으며, 분류된 집단 간에 심리사회적 기능(무력감, 목표형성, 적응유연성, 친밀감, 공격성)에서 차이가 있는 지를 확인하고자 하였다.

우선 정신건강 모형의 적합도 검증을 위하여 AMOS 7.0을 이용하여 확인적 요인분석을 실시하였다. 경쟁모형 1은 정신건강과 정신질환을 양극단을 이루는 단일한 1요인으로 가정한 모형이며, 경쟁모형 2는 정신건강과 정신질환에 대해 상관을 가정하지 않는 2요인 모형이다.

연구모형은 정신건강과 정신질환은 서로 구별되지만 상관이 있는 것으로 보는 상관을 가정한 2요인 모형이다. 확인적 요인분석 결과 포함 관계에 있는 경쟁모형 2와 연구모형 간의 모형간의 우수성 비교를 위한 χ^2 차이 검증 결과 연구모형이 우수한 것으로 나타났다. 또한 상관을 가정한 2요인모형이 경쟁모형1, 2에 비해 적합도가 높은 것으로 나타났다. 이런 결과는 Keyes(2002)의 성인대상 연구와 이명자(2008)의 국내 청소년 대상의 연구의 결과와 일치하며, 본 연구자들이 가정한 정신건강과 정신질환이 양극단에 위치한 단일요인이 아니라 두 개의 구별되는 특정요인과 공유요인이 있음을 뜻한다. 그러나 정신건강과 정신질환의 상관이 -.711로 나타나(공유변량 50.55%) Kennedy와 Bush(1985)가 제안한 공변인 설정에 필요한 상관 .60보다 높다. 따라서 추후 연구에서 두 변인의 공유변량 수준에 대한 연구가 필요하다.

Keyes(2002)는 정신건강의 지표로 주관적 안녕감, 심리적 안녕감, 사회적 안녕감을 사용하였고, 정신질환의 지표로 우울, 불안, 공황장애, 알콜의존을 설정하였다. 본 연구에서는 정신건강은 동일한 지표를 사용하고 정신질환의 지표로 간이정신진단검사에서 측정된 우울, 불안, 공황장애, 정신증을 사용하였다. 연구의 결과로 볼 때 정신질환의 부제가 정신건강을 의미하는 것이 아님을 확인할 수 있었으며 정신건강 진단 시에 단지 정신질환의 유무만을 다룰 것이 아니라 주관적, 심리적, 사회적 안녕감의 수준을 고려하여 측정하여야 할 필요성을 나타내는 것이다.

다음으로 정신건강 모형에 따른 집단분류의 정확성을 확인하기 위해 정신건강 수준에 따라 3개 집단으로 나누었다. 정신건강 수준이 높은 집단은 82명(18.5%), 중간수준 집단은 292명(65.9%), 정신건강 수준이 낮은 집단은 74명으로 15.6%를 나타내었다. 다음으로 T70점에 해당하는 GSI 167을 기준으로한 정신질환 유무는 112명(25.3%)이 정신질환이 있으나 331명(74.7%)은 정신질환이 없는 것으로 나타났다. Keyes(2002)의 성인대상 연구에서 14.1%가 주요우울장애의 진단규준을 충족하였던 연구결과에 비해 약 2배정도가 정신질환이 많은 것으로 나타났다. 또한 이명자(2008)의 청소년 대상연구에서 정신질환이 있는 것으로 나타난 21.1%에 비교하면 비슷한 수치이다. 하지만 간이정신진단검사의 통계적 유의 절단

점이 T63으로 이 연구에서는 191명(43.1%)이 정신질환이 있는 것으로 나타난 것으로 보아 정신질환 진단을 받지 않은 일반수용자들 중에서도 정신질환으로 고통 받는 사례가 많다는 것을 말해주는 것이다.

정신건강의 3개 수준과 정신질환 유무에 따라 나누어진 5개집단의 분류의 통계적 유의성을 확인하기 위해 판별분석을 실시하였으며, 원래의 집단 사례 중에 75.4%가 올바르게 분류된 것으로 나타났다. 집단별로 살펴보면 순수질환 집단의 81.0%, 고투하는 집단의 78.8%, 번성하는 집단의 87.3%, 보통수준 건강집단의 66.7%, 무기력 집단의 86.1%가 정확히 분류된 것으로 나타났다. 또한 4개의 판별함수가 도출되었으며 각 판별함수의 고유값(아이겐값)을 살펴보면 2.878, 0.722, 0.090, 0.044로서 가장 먼저 도출된 판별함수 1의 값이 가장 크다. 고유값은 집단내 분산에 대한 집단 간 분산의 크기를 나타내는 것으로 이 값이 크면 클수록 도출된 판별함수가 집단을 잘 구분하기에 좋은 판별함수라는 것을 의미한다. 판별함수 1을 설명하는 예측변인은 불안, 우울, 정신증, 강박증, 신체화, 대인예민성, 편집증, 적대감, 긍정적 대인관계, 응집과 실현, 사회적 통합이었다. 이러한 결과로 볼 때 Keyes(2002)가 제시한 완전한 정신건강모델은 국내의 교정시설 수용자의 정신건강을 측정하는데 예측력이 높은 모델이라는 것을 확인할 수 있었다.

마지막으로 집단 간 심리사회적 기능 차이를 확인하고자 Keyes(2002)가 제시한 정신건강모형의 집단분류에 따른 집단 간 심리사회적 기능의 차이를 검증하기 위해 일원변량분석을 실시하였다. 분석결과 무기력(58.41, $p<.001$), 목표형성(15.43, $p<.001$), 적응유연성(11.59, $p<.001$), 친밀감(21.12, $p<.001$), 공격성(36.60, $p<.001$)요인 모두에서 집단 간 유의미한 차이를 나타내었다.

충만한 집단은 무기력과 공격성 요인에서 가장 낮은 점수를 나타내었고 목표형성, 적응유연성, 친밀감에서 가장 높은 점수를 보여주고 있다. 모든 요인에서 충만한 집단은 보통수준집단 보다 보통수준 집단은 무기력 집단보다 더 잘 기능하고 있음을 알 수 있다. 순수질환 집단은 무기력 집단에 비해 무기력과 공격성, 적응유연성과 친밀감에서 높은 점수를 보이고 목표형성에서 낮은 점수를 보인다. 이는 순수질환 집단이 정신질환은 없으나 정신건강 수준이 낮은 무기력 집단에 비해 친구나

가족들과 더 많은 친밀감을 유지하고 적응 유연성이 높다는 것을 의미한다. 정신질환도 있으면서 정신건강 수준도 가장 낮은 고투하는 집단은 공격성에서 가장 높은 점수를 나타내었고, 목표형성에서 가장 낮은 점수를 보였으나, 무기력, 적응유연성, 친밀감에서는 순수질환 집단보다 더 나은 기능을 보여주고 있음을 알 수 있다.

집단분류에 따른 집단 간의 심리사회적 기능의 차이에서 알 수 있듯이 정신질환으로 진단받지 않았다고 하여도 정신질환으로 고통 받고 있는 고투하는 집단, 순수질환집단, 무기력집단의 존재를 확인할 수 있었다. 또한 이들 집단은 정신질환으로 진입될 수 있는 가능성이 높은 취약한 집단이며 이들에 대한 우선적인 예방이 필요함을 보여주고 있다.

본 연구가 지니는 제한점도 있다. 먼저 본 연구의 결과는 J교도소 수용자만을 대상으로 하였고 여성 수용자의 비율이 너무 낮을 뿐 아니라 미결수용자의 사례수가 적어 전국의 교정시설 수용자에게 일반화하기에는 한계가 있다. 또한 수용자를 대상으로 한 정신건강의 주관적 안녕감, 심리적 안녕감, 사회적 안녕감이라는 구성개념화가 일반인과 어떤 차이를 보이는지 확인하지 못하였다. 앞으로의 연구에서 교정시설 수용자에게 적합한 정신건강 모델을 제시하기 이전에 일반인을 대상으로 주관적, 심리적, 사회적 안녕감의 구성개념을 확인하는 절차가 필요하다. 다음으로 교정시설 수용자의 특수한 상황을 고려할 필요가 있다. 교정시설 수용자들은 범죄를 저질러 교정시설 내에서 참회의 시간을 보내고 있고 사회와 단절되어 담장 안에서 그들만의 세상에서 살아가고 있는 점을 고려할 때 수용자에게 적합한 안녕감의 개념을 확인하여 정확한 척도를 사용하여 정신건강과 정신질환을 측정할 필요가 있다. 끝으로 정신건강과 정신질환 모형에 따른 무력감, 목표형성, 적응유연성, 친밀감, 공격성등의 변인 뿐만 아니라 범죄 유형, 심각도, 재범율, 교정적 사회복귀 프로그램의 개발 등 본 연구모형을 확장하는 연구가 요구된다.

참 고 문 헌

- 강윤지 (2007). 호텔직원의 직장-가족갈등, 가족-직장갈등이 직무스트레스 및 심리적 웰빙에 미치는 영향. 세종대학교 대학원 석사학위논문
- 권석만 (2008). 긍정심리학: 행복의 과학적 탐구, 서울: 학지사.
- 김광일, 김재환 (1989). 간이정신진단검사 실시요강, 중앙적성연구소.
- 김명소, 김혜원, 차경호 (2001). 심리적 안녕감의 구성개념 분석: 한국 성인 남녀를 대상으로. 한국심리학회지: 사회 및 성격, 16(1), 19-32.
- 김시업 (2006). 여성범죄자와 일반 여성의 분노특성 비교연구- 남편 살해 여성과 기혼 성인 여성을 대상으로. 한국심리학회지: 여성, 11(1), 125-142.
- 김윤희, 오상우 (2008). SCL-90-R의 요인구조: 정신과 환자 집단을 대상으로 한 확인적 요인분석의 적용. 2008년 한국심리학회 연차학술발표대회논문집, 622-623.
- 노형진(2010). Excel 및 SPSS를 활용한 다변량분석 원리와 실천, 한울출판사.
- 류정희, 이명자 (2007). 청소년의 심리적, 사회적 안녕감: 그 구조 및 주관적 안녕감과 관계, 한국 심리학회지: 학교, 4(1), 55-77.
- 민성길 (2008). 최신정신의학 제5판, 일조각.
- 박동혁 (2007). 예방과 촉진을 위한 청소년 정신건강 모형의 탐색. 아주대학교 대학원 박사학위논문.
- 배다현(2008). 여성재소자들의정신건강상태와정신건강서비스요구에관한연구. 한동대학교 상담대학원석사학위논문.
- 서수균, 권석만 (2002). 한국판 공격성 질문지의 타당화 연구. 한국심리학회지: 임상, 21(2), 487-501.
- 성태제(2009). SPSS / AMOS 를 이용한 알기쉬운 통계분석, 학지사.
- 송지준(2009). 논문작성에 필요한 SPSS/AMOS 통계분석방법, 21세기사.
- 신현숙, 류정희, 이명자 (2005). 청소년의 낙관성과 비관성: 1-요인 모형과 2-요인 모형의 검증. 한국심리학회지: 학교, 2(1), 79-97.

- 연합뉴스, 2009.10.3 '출소자 25% 손 못 씻고 다시 교도소행'.
- 염계화 (2005). 댄스스포츠 참여자의 성역할 정체감에 따른 생성감과 심리적 웰빙. 중앙대학교 대학원 박사학위논문.
- 이명자, 류정희 (2007). 청소년의 정신건강 모형 검증: 정신건강과 정신질환 축의 결합. 2007년 한국 심리학회 연차학술대회 논문집, 590-591.
- 이명자, 류정희 (2008). 완전한 정신건강모형 검증. 교육연구 31, 47-68.
- 이수정, 서진환, 이윤호 (2000). MMPI 점수로 본 교도소 수용자들의 정신건강 문제 실태연구. 한국 심리학회지: 일반, 19(2), 43-62.
- 이수정, 이인희 (2008). 수용자의 교정심리검사와 교정상담 평가의 예측타당도 연구 : 수용자의 5년 후 재범과 규율위반 예측. 한국심리학회지: 사회 및 성격, 21(2), 1-16.
- 이수정, 허재홍 (2004). 잠재적 범죄위험요인으로서의 정신병(psychopathy). 한국심리학회지: 사회문제, 10(2), 39-78.
- 이학식, 임지훈 (2008). 구조방정식 모형 분석과 AMOS 6.0. 법문사.
- 이철호 (2005). 교도소 수용자의 정신건강 및 분노조절 프로그램 효과: 자아존중감, 상대특성분노, 강인성을 중심으로. 경상대학교 심리학과 석사학위논문.
- 이철호, 이민규 (2006). 교도소 수용자의 성격특성과 정신건강. 한국심리학회: 사회 및 성격, 20(1), 77-91.
- 이철호, 이민규 (2007). 분노조절 프로그램이 교도소 유형자의 분노와 자아존중감에 미치는 영향. 한국심리학회: 사회 및 성격, 21(1), 35-46.
- 이철호, 이민규 (2007). 분노조절 프로그램이 교도소 유형자의 분노와 자아존중감에 미치는 영향. 한국심리학회: 사회 및 성격, 21(1), 35-46.
- 이현희, 김은정, 이민규 (2003). 한국판 정적 정서 및 부정적 정서 척도(Positive Affect and Negative Affect Schedule; PANAS)의 타당화 연구. 한국심리학회지: 임상, 22(4), 935-946.
- 우희경 (2007). 정신장애에 범죄자에 대한 수용처우 제고 방안, 교정. 제51권 제10호 통권 제378호 (2007년 10월), pp.84-115.
- 윤성혜 (2007). 교사의 심리적 안녕감과 스트레스 대처 방식 및 직무만족도와와의 관계. 경성대학교 교육대학원 석사학위논문.
- 차경호 (1999). 대학생들의 주관적 안녕감과 심리적 안녕감의 관계. 사회과학연구, 18, 575-595. 호서대학교 사회과학연구소
- 한덕용, 표승연 (2002). 정서 경험에 따른 주관안녕, 건강지각 및 신체질병의 예측. 한국심리학회지: 건강, 7(3), 403-427.
- 형사정책연구원 (2008). 한국의 범죄현상과 형사정책.
- 홍세희 (2000). 구조방정식 모형의 적합도 지수 선정 기준과 그 근거. 한국심리학회지: 임상, 19(1), 161-177.
- Butterbaugh, G., Rose, M., Thomson, J., Roques, B., Costa, R., Brinkmeyer, M., Olejniczak, P., Fisch, B., Carey, M., (2005). Mental health symptoms in partial epilepsy. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 20, 647-654.
- Derogatis, L. R & Cleary, P. A. (1977). Factorial invariance across gender for the primary system dimensions of the SCL-90-R. *Brit. J. Clin. Psychol.*, 16 : 347-356.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being, *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E., Suh E., Lucas, R., & Smith, H.(1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life, *Annual Review of Psychology*, 54, 403-425.
- Keller, M. B., Shapiro, R. W., & Wolfe, N. (1982). Relapse in major depressive disorder: Analysis with the life event table. *Archives of General Psychiatry*, 39, 911-915.
- Kennedy, J. J. & Bush, A. J. (1985). *An introduction to the design and analysis of experiments in behavior*. University Press of America.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C.

- B., Hugher, M., Eshleman, S., Wittchen, H. U., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12 month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders on the United States: Results from the National Comorbidity Survey, *Archives of General Psychiatry*, *51*, 8-19.
- Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, *61*(2), 121-140.
- Keyes, C. L. M. (2006). Subjective well-being in mental health and human development research worldwide: An Introduction, *Social Indicators Research*, *77*, 1-10.
- Keyes, C. L. M. (2006b). Mental health in adolescence: Is American's youth flourishing?. *American Journal of Orthopsychiatry*, *76*(3), 395-402.
- Keyes, C. L. M. (2009). Keyes's model of mental health with personal growth initiative as a parsimonious predictor. *Journal of Counseling Psychology*, *56*(2), 321-329.
- Keyes, C. L. M. (1996). Social functioning and social well-being: Studies of the social nature of personal wellness (Doctoral dissertation, University of Wisconsin-Madison, 1996). *Dissertation Abstracts International*, *56*, 7095.
- 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., & Jonathan Haidt. (2002). Flourishing: Positive psychology and the life well-lived, *American Psychological Association*.
- 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*(3), 539-548.
- Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and Protecting mental health as flourishing. *American Psychologist*, *62*(2), 95-108.
- Keyes, C. L. M., & Lopez, S. J. (2002). Toward a science of mental health: Positive directions in diagnosis and interventions. In C. R. Snyder, & Shane. J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology*, London: Oxford University Press.
- Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, *82*, 1007-1022.
- Linley, P. Alex & Stephen Joseph (2004). *Positive psychology in practice*, (p 720), John Wiley & Sons, Inc.
- Link, B., & Steuve, A. (1995). Evidence bearing on mental illness as a possible cause of violent behavior. *Epidemiology Reviews*, *17*, 172-181.
- Lucas, R. E., Diener, E. (1996). Discriminant validity of well-being measure. *Journal of Personality and Social Psychology*, *71*, 616-628.
- Penninx, B. W. J. H., Guralnik, J. M., Simonsick, E. M., Kasper, J. D., Ferrucci, L., & Fried, L. P. (1998). Emotional vitality among disabled older women: The women's health and aging study. *Journal of the American Geriatrics Society*, *46*, 807-815.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, *73*, 549-559.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or it?. Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *57*, 1069-1081.
- Seligman, M. E. P. (2004). *Authentic happiness. Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York: Free Press.
- Shaffer, D., Fisher, P., Dulcan, M. K., Davies, M., Piacentini, J., Schwab Stone, M. E., et al. (1996). The NIMH diagnostic interview schedule for children version 2.3 (DISC, 2.3):

Description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA study. Methods for the epidemiology of child and adolescent mental disorders study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 865-877.

World Health Organization (2004), Promoting mental health: concepts, emerging, evidence, practice (Summary report). Geneva: Author.

The Effects of Mental Health and Mental Illness of Prison Inmates on Psychosocial Functioning

Geun Yeong Park

Jinju Correctional Institute
Ministry of Justice

MinKyu Rhee

Department of Psychology
Gyeongsang National University

This study aims to confirm that the mental health model divided into five types by Keyes(2002) according to the presence of mental illness and the level of mental health (subjective, psychological and social well-being) is suitable for groups of prison inmates, investigate the accuracy of classification according to models and examine whether there are differences in psychosocial functioning among those groups. To do this, the data were collected from 630 inmates of J prison using the measurements of the subjective well-being scale, list of positive emotions, psychological well-being scale, social well-being scale, SCL-90-R, psychosocial functioning scale and aggression scale, and analyzed using confirmatory factor analysis, discriminant analysis and analysis of variance. Confirmatory factor analysis supported the hypotheses that mental health and mental illness constituted separate latent factors, and the two latent factors were correlated. The accuracy of the 5-group classification suggested in mental health models by Keyes (2002) was confirmed through discriminant analysis. It was also confirmed that there is a significant relationship between mental health and mental illness and each subfactor of psychosocial functioning and discovered that there is a difference in psychosocial functioning among groups. Lastly, implications on mental health examination through mental health models and necessity of intervention suitable for each group were referred to and the limitations of the study and the tasks of future studies were discussed.

Keywords : model of mental health, well-being, mental illness, psychosocial functioning, prison inmates.

1차원고 접수일 : 2010년 3월 10일
수정원고 접수일 : 2010년 5월 10일
게재 확정일 : 2010년 5월 14일