

정신건강 2요인 모델에 따른 완전정신건강 선별검사: 정신건강 유형 간 차이와 개입 시사점

이 승 연[†]

안 소 현

이화여자대학교 심리학과

본 연구는 정신건강 2요인 모델에 기반하여 정신건강 유형을 분류하고 발달자산에 해당하는 핵심적 긍정 심리특성에서 각 유형의 차이를 살펴봄으로써 완전정신건강 선별검사의 유용성을 확인하고 효과적 개입전략을 모색하기 위해 실시되었다. 이를 위해 현재 학교 현장에서 사용되고 있는 학생정서·행동특성검사를 실시하고 사회·정서적 건강검사를 실시하였다. 중학생 847명의 설문자료를 분석한 결과, 완전정신건강 집단은 78.4%, 취약 집단은 9.8%, 증상은 있지만 만족하는 집단은 6.5%, 고통 받는 집단은 5.3%로 분류되었다. 사회·정서적 건강검사의 네 개 하위영역(자신에 대한 믿음, 타인에 대한 믿음, 정서적 유능성, 관여된 삶)에서 완전정신건강 집단은 취약 집단과 고통 받는 집단에 비해 더 우수하였지만, 증상은 있지만 만족하는 집단과는 차이가 없었다. 증상은 있지만 만족하는 집단은 고통 받는 집단에 비해 모든 영역에서 더 우수하였다. 다항로지스틱 분석 결과, 완전정신건강 집단과 비교하여 각 집단은 일부 핵심적 긍정 심리특성을 더 증진시킬 필요가 있음이 밝혀졌고, 이를 중심으로 어떤 개입을 제공하는 것이 효과적인지 논의하였다. 마지막으로, 정신건강의 부정적 지표에만 초점을 둔 전통적 선별방식의 제한점과 함께, 모든 학생의 최적 발달을 도모하기 위한 완전정신건강 선별검사와 개입의 중요성을 강조하였다.

주요어 : 완전정신건강 선별검사, 정신건강 2요인 모델, 발달자산, 사회·정서적 건강검사

[†] 교신저자(Corresponding Author) : 이승연, 이화여자대학교 심리학과, 서울 서대문구 이화여대길 52
Tel : 02-3277-2649, Email : sleel@ewha.ac.kr

서론

한국 청소년들은 OECD 학업성취도 국제 비교연구(Programme for International Student Assessment; 이하 PISA)에서 거의 매 해 최상 위권 성적을 유지하고 있지만, 학교에서 행복하다고 보고한 학생들의 수는 2012년도 PISA 결과 전체 65개국 중 최하위를 차지하였다(OECD, 2014). 학업적 성공이 개인의 행복을 결정할 것이라는 한국인들의 오랜 믿음은 학업적 성취에 대한 강박적 몰입을 가져왔고(김경미, 류승아, 최인철, 2014), 학업에 대한 극심한 부담감과 스트레스는 우울이나 불안, 폭력 등 다양한 청소년 문제의 원인으로 거론되어 왔다. 실제로 제13차 청소년온라인건강행태조사(교육부, 보건복지부, 질병관리본부, 2017)에 따르면, 중학생 34.1%, 고등학생 39.8%가 심각한 수준의 스트레스를 경험하였고, 중학생 23.5%, 고등학생 26.4%가 지난 12개월 동안 2주 내내 일상생활을 할 수 없을 정도의 슬픔과 절망감을 경험한 것으로 보고하였다. 또한 중학생의 12.7%, 고등학생의 11.6%가 지난 12개월 동안 심각하게 자살을 생각해 본 것으로 나타났다. 자살은 10-19세 한국 청소년 사망원인 중 1위에 해당한다(통계청, 2017). 학교폭력 역시 중·고등학생만이 아니라 초등학생의 문제로 확대되고 있을 뿐 아니라 더 폭력적이고 잔인한 형태로 변모하고 있다는 점에서 우려할 만한 상황이다(청소년폭력예방재단, 2016).

이러한 청소년 정신건강 악화와 관련하여, 한국 정부는 아동·청소년 정신건강 문제를 조기 발견하여 개입하고자 하는 목적 하에 2012년부터 학생 정신건강검진 사업을 전국의 모든 초·중·고등학교를 대상으로 확대 실시

하였으며, 매 해 1회 다양한 정신과 영역의 문제와 대표적 심리사회적 문제에 대해 선별검사(학생정서·행동특성검사)를 실시하고 있다(방수영 등, 2011). 선별검사 결과 위험군으로 판명된 학생들은 추후 검사와 상담 또는 심리치료를 받도록 안내되고 있다(교육부, 2013). 정신건강 서비스가 더 활성화된 미국에서도 단지 2%의 학교만이 전체 학생을 대상으로 정신건강 선별검사를 실시한다는 점(Romer & McIntosh, 2005, Dowdy, Ritchey, & Kamphaus, 2010에서 재인용)을 고려한다면 이러한 시도는 매우 획기적이다. 또한 학교 기반 정신건강 선별검사의 도입은 개별 학생을 대상으로 특수교육 적합성 평가를 시행하고 가장 심각한 문제를 지닌 학생에게 직접적 서비스를 제공하는 반응적(reactive) 모델에서 전체 학생들에게 예방적 서비스를 제공하는 순향적(proactive) 모델로의 전환을 의미한다는 점에서 더욱 주목할 만하다(Dowdy et al., 2010). 그러나 정신병리나 관련 위험요소에만 초점을 맞춘 전통적인 정신건강 선별검사는 여전히, 심각한 증상을 보이는 15-20%의 학생들만을 식별하여 서비스를 제공한다는 근본적 한계를 지닌다(Dowdy et al., 2015). 이러한 정신건강 선별검사는 정신병리 증상이나 결함을 식별하는 것에만 집중하고 학생의 강점이나 자원에 대해서는 간과하며(Epstein, Rudolph, & Epstein, 2000), 15-20%를 제외한 나머지 학생들에 대해서는 어떤 활용가능한 정보도 제공하지 않는다는 제한점을 갖는다(Kim, Furlong, Dowdy, & Felix, 2014).

게다가 심리적 고통이나 정신병리가 개인적 의지 부족으로 해석되고 정신병리를 낙인화하는 사회적 맥락 속에서 정신건강 문제를 보이는 위험군이 되는 것에 대한 학생, 학부모의

수치심과 반감은 상당하다(Hartman et al., 2013). 이는 정신건강 선별검사에서 자신의 문제를 숨기거나 완벽하게 보이기 위해 노력하는 경향성에 기여할 수 있는데(Flett & Hewitt, 2013), 실제로 약 26%의 아동·청소년이 한 가지 이상의 정신질환을 가지고 있는 것으로 밝혀졌던 2005년도 서울시 정신질환 유병률 조사 결과(안동현, 2009)와 달리, 2013년 학생 정서·행동특성검사에서는 전체 학생의 7.2%만이 정서·행동적 문제를 지닌 위험군으로 분류되었다(교육부, 2013). 이 비율은 2017년도 검사에서는 4.6%로 더 감소한 것으로 나타났다(교육부, 학생건강정신지원센터, 2018). 검사 결과로 인한 수치심 뿐 아니라, 추가적 평가와 치료로 학업시간 상실을 우려한 학생들이 증상을 축소 보고할 가능성은 반복적으로 논의되어 왔다. 이는 정말로 도움이 필요한 학생들에게 적절한 서비스를 제공할 수 없게 만든다.

그러나 더 핵심적인 문제는 현재의 정신건강 선별방식이 아동·청소년의 정신건강 상태를 온전히 밝혀내지 못한다는 점일 것이다. 전통적 정신건강 선별검사는 정신병리가 없는 것이 곧 정신건강을 의미한다는 정신건강 1요인 모델에 기반하고 있다(Keyes, 2007). 즉, 정신질환과 정신건강은 하나의 연속선상에서 반대되는 개념으로 간주된다. 그러나 최근에는 정신건강이 심리적 고통과 안녕감이라는 서로 분리되어 있지만 관련이 있는 두 개의 요인으로 구성되며, 완전한 정신건강은 정신병리가 없을 뿐 아니라 주관적 안녕감(삶의 만족도와 정적, 부적 정서의 조합, Greenspoon & Saklofske, 2001) 또는 정신적 웰빙(정서적, 심리적, 사회적 안녕감의 조합, Keyes, 2007)이 높은 상태임을 주장하는 정신건강 2요인 모델이

각광받고 있다. 정신건강 2요인 모델은 전통적 정신건강 선별검사로는 식별되지 않는 두 집단에 주목하는데, 주관적 안녕감을 정신건강의 긍정적 지표로 사용한 연구들에서 정신병리가 없음에도 주관적 안녕감이 떨어지는 사람들과 정신병리가 있음에도 안녕감이 높은 사람들이 이에 해당한다. 정신병리가 없음에도 주관적 안녕감이 떨어지는 집단은 취약(vulnerable) 집단으로 명명되는데, 심리사회적 기능 수준에서 정신병리가 있고 주관적 안녕감도 떨어지는 고통 받는(troubled) 집단과 차이가 없었으며(Antaramian, Heubner, Hills, & Valois, 2010), 5개월 단기 종단연구 결과 안정성(stability)이 가장 떨어질 뿐 아니라 고통 받는 집단으로의 이동 가능성이 가장 큰 집단이었다(Kelly, Hills, Huebner, & McQuillin, 2012). 한편, 정신병리가 있는 사람들 중 약 70%는 정신병리 증상에도 불구하고, 주관적 안녕감이 높은(symptomatic but content) 집단이었는데, 상식적으로 기대하기 어려운 집단이긴 하지만 이들은 정신병리가 있고 안녕감도 부족한 고통 받는 집단에 비해 학업적, 심리사회적으로 더 잘 기능했고 신체 건강도 더 좋게 지각하였다(Antaramian et al., 2010; Greenspoon & Saklofske, 2001; Suldo & Shaffer, 2008; Suldo, Thalji-Raitano, Kiefer, & Ferron, 2016). 즉, 정신병리 증상이 심각하여도 주관적 안녕감이 높을 경우 부정적인 발달적 결과를 피할 수 있게 되며, 이는 주관적 안녕감이 보호요인으로 작용함을 시사한다(Suldo et al., 2016).

정신건강 2요인 모델의 타당성은 한국에서도 지지되고 있다. 국내 연구는 정신병리와 정신적 웰빙을 두 축으로 정신건강 유형을 다섯 개로 구분하는 Keyes(2007)의 방식¹⁾을 주로

1) 정신병리 유무와 함께, 정신적 웰빙 차원에서 최

따르되, 많은 연구들이 정신병리와 웰빙을 고/저로 구분하여 네 개 유형으로 구분하는 수정된 방식을 사용해 왔다. 서양 연구 결과와 마찬가지로 정신병리가 없고 정신적 웰빙도 높은 완전정신건강(complete mental health) 집단은 적응유연성, 학교생활 적응에서 가장 뛰어나고 무기력, 공격성, 비행, 학업적 소진 등은 가장 낮게 나타났다(박창열, 2013; 이명자, 류정희, 2008). 또한 정신병리는 있어도 정신적 웰빙이 높은 단순장애(pure illness) 집단이 정신병리가 없지만 웰빙이 낮은 쇠약(languishing) 집단 보다 더 잘 기능하여 정신병리 유무만으로는 개인의 정신건강을 온전히 설명할 수 없음을 지지하였다(이명자, 류정희, 2008). 한편, 학교심리학자들이 보편적으로 사용해 온 Greenspoon과 Saklofske(2001)의 방식(주관적 안녕감을 정신건강의 긍정적 지표로 사용)을 적용한 이승연, 한미리(2014)의 중학생 연구에서도 완전정신건강 집단은 학교참여와 학업성취에서 가장 우수하였을 뿐 아니라, 정신병리가 없어 기존 선별검사를 통해 식별되지 않는 취약 집단이 다양한 학교참여 하위영역에서 고통 받는 집단과 유사한 어려움을 보여, 정신병리 증상이 없다는 것이 완전한 정신건강을 의미하지 않음이 다시 한 번 확인되었다. 즉, 아동·청소년의 정신건강을 제대로 이해하기 위해서는 정신병리 뿐 아니라 안녕감에도 균

형 있게 주의를 기울여야 함을 알 수 있다.

약(languishing), 양호(moderate), 번영(flourishing)의 세 수준으로 구분하여 이를 조합함. 정신병리가 있으며 쇠약 상태인 ‘쇠약·장애 복합’ 집단, 정신병리가 있지만 웰빙이 중간 또는 번영 상태인 ‘단순장애’ 집단, 정신병리가 없지만 쇠약 상태인 ‘단순쇠약’ 집단, 정신병리가 없고 웰빙이 양호 상태인 ‘양호 정신건강’ 집단, 정신병리가 없고 번영 상태인 ‘완전정신건강(completely mentally healthy)’ 집단의 다섯 개로 분류됨.

형 있게 주의를 기울여야 함을 알 수 있다.

실제로, 이러한 연구결과들에 기초하여 정신건강의 부정적 지표와 긍정적 지표를 통합적으로 살펴보는 완전정신건강 선별(complete mental health screening) 방식이 최근 학계 뿐 아니라 학교 현장에서도 크게 주목받고 있다 (Kim et al., 2014; Moore, Widales-Benitez, Carnazzo, Kim, Moffa, & Dowdy, 2015). 정신건강의 부정적 지표에만 초점을 둔 전통적인 정신건강 선별검사의 가장 큰 문제는 심각한 수준의 정신병리는 없지만 최적으로 발달하고 있지 않은 학생들을 간과하여 이들의 안녕감을 높이기 위한 어떤 개입도 제공하지 않음으로써 장기적으로 이들의 사회·정서적 발달을 저해한다는 점이다(Dowdy et al., 2015). 실제로 10년에 걸쳐 안녕감이 증가했던 집단은 10년 후에 정신병리 발병률이 줄어든 반면, 안녕감이 지속적으로 감소했던 집단은 정신병리 발병률이 증가하는 것으로 나타난 바 있다 (Keyes, 2010). 정신건강의 부정적 지표와 긍정적 지표를 모두 고려한 완전정신건강 선별 방식은 고통 받는 집단을 위해 정신병리 감소와 안녕감 향상에 초점을 둔 개별적이고 집중적인 3차 예방적 접근을 제안할 뿐 아니라, 더 나아가 정신병리는 없지만 안녕감이 떨어지는 집단은 안녕감을 증진시킬 수 있게 돕고, 정신병리가 있지만 안녕감이 높은 집단은 정신병리를 줄이되 안녕감을 높게 유지할 수 있도록 돕는 2차 예방적 접근을 제안한다(Dowdy et al., 2015). 이는 가장 심각하고 만성적인 문제를 지닌 소수의 학생에게만 서비스를 집중시키던 것에서 모든 학생의 건강한 발달을 모니터링하고 촉진하는 것으로의 시스템 전환을 가능케 한다.

한편, 정신건강 2요인 모델에 대한 국내외

연구들은 정신건강 유형들 간에 어떤 차이가 있는지를 밝히는데 집중해 왔다. 대부분의 연구가 정신건강 유형 간에 학업 관련 특성, 심리사회적 기능, 신체적 건강 등 적응의 다양한 측면에서 어떤 차이가 있는지 살펴보는 것에 집중해 왔던 것과 달리, 소수의 연구(예, Greenspoon & Saklofske, 2001; Eklund, Dowdy, Jones, & Furlong, 2011; Lyons, Huebner, Hills, Shinkreva, 2012)는 정신건강 유형 간 차이에 기여하는 선행요인들에 초점을 맞추었다. 이러한 연구들은 완전정신건강 집단이 마찬가지로 정신병리는 없지만 안녕감이 낮은 취약 집단에 비해 전반적 자기가치감이 더 높고 (Greenspoon & Saklofske, 2001), 자기개념 명확성 또한 더 높으며, 부모지지, 또래지지, 교사지지 모두 더 많이 지각하고 있음을 보여주었다(Suldo et al., 2016). 또한 완전정신건강 집단과 증상은 있지만 만족하는 집단은 희망과 감사에서 유의한 차이가 없었으며, 취약 집단과 고통 받는 집단에 비해 더 많은 희망과 감사를 보고하였다(Eklund et al., 2011). 이와 유사하게, 완전정신건강 집단과 증상은 있지만 만족하는 집단은 지혜, 인간애, 정의에서도 서로 차이가 없었다(김영주, 2013). 그러나 그릿(grit), 즉, 지속력(persistence)에서는 네 집단 간 차이는 나타나지 않았다(Eklund et al., 2011). 한편, 신경증적 성향이 증가하는 것은 취약 집단, 증상은 있지만 만족하는 집단, 고통 받는 집단에 속할 가능성을 모두 높이는 것으로 나타났다(Lyons et al., 2012).

이처럼 정신건강 유형 간 차이에 기여하는 선행요인들을 살펴보는 연구는 완전한 정신건강을 도모하기 위해 어떤 개입을 제공해야 하는지에 대해 유용한 정보를 제공한다(Lyons et al., 2012). 그러나 Lyons 등(2012)이 지적했듯이,

이러한 과정에서 선행 연구들이 어떤 특정 이론이나 틀에 근거하기 보다는 다소 무작위적으로 관련 변인들을 선택해 왔던 것은 문제이다. 이는 학교폭력 가해학생을 포함하여 아동·청소년 대상 인성교육(character education)을 강화해야 한다는 여론과 함께 다양한 프로그램이 개발되고 있지만, 구체적으로 어떤 가치나 특성에 초점을 두어야 하는지에 대한 합의가 잘 이루어지지 않은 우리의 현실과 비슷하다고 할 것이다(Proctor et al., 2011).

여기서 주목할 점은 그동안 많은 연구들이 임상적 증상이나 위험요소를 없애는 것이 아니라, 직접적으로 긍정적 생각, 감정, 행동을 촉진시키고자 하는 긍정심리학적 개입이 학생의 우울을 줄일 뿐 아니라 안녕감을 증진시킨다는 점을 보고해 왔다는 사실이다(Bertisch, Rath, Long, Ashman, & Rashid, 2014; Seligman, Rashid, & Parks., 2006). 또한 많은 연구를 통해 위험요소 경감에만 초점을 둔 예방 전략은 정신병리 유병률을 낮추고 조기 발병을 감소시키는데 효과가 없으며, 더 중요한 것은 직접적으로 긍정적 발달을 촉진하여 안녕감을 증진시키는 것임이 밝혀졌다(Keyes, 2010). 이와 관련하여, 개인의 성격특성 보다는 낙관성이나 대인관계, 공정성, 유머 등의 강점(strengths)이 중·고등학생의 삶의 만족도를 높이는데 있어 더 중요한 역할을 담당하였으며(정일진 등, 2014), 자기조절과 통제, 공감, 감사, 희망, 열정 등 강점을 촉진시키는 긍정심리학적 개입이 우울 등 심리적 고통을 줄일 뿐 아니라 행복감도 증진시키는 것으로 나타난 바 있다(Rashid, 2015). 또한 강점을 촉진시키는 접근은 궁극적으로 학업적 성공에도 기여하였다(Bernard & Walton, 2011). 최근 Suldo 등(2016)은 치료 및 개입은 위험요인을 다룰 뿐 아니

라 발달자산(developmental assets)을 증진시키는 것에도 균형 있게 주의를 기울여야 함을 강조하면서, 학생이 지닌 내적, 외적 발달자산을 살펴보기 위해 Furlong, You, Renshaw, Smith와 O'Malley(2014)가 개발한 사회·정서적 건강 검사(Social and Emotional Health Survey; SEHS)를 실시할 것을 직접적으로 제안하였다.

발달자산은 위험요소의 부정적 영향을 완충하는 보호요인이라기 보다는 위험요소와는 무관하게 그 자체로 긍정적 발달을 촉진시키는 심리사회적 특성으로(Kia-Keating, Dowdy, Morgan, & Noam, 2011), Furlong 등(2014)의 사회·정서적 건강 검사는 이러한 발달자산을 측정한다. 본 연구에서는 한국 중·고등학생을 포함하여 다양한 인종 및 문화의 중·고등학생 집단을 대상으로 타당화된 Social and Emotional Health Survey-Secondary(SEHS-S)에 주목하였는데(예, Kim, Dowdy, Furlong, & You, 2016; Lee You, & Furlong, 2016; Pan, Zhang, Chen, & Liu, 2016; You, Furlong, Felix, & O'Malley, 2015), 이 도구는 발달자산에 해당하는 12개의 핵심적인 긍정 심리특성을 측정한다. 이 핵심 특성들은 자신에 대한 믿음(자기인식, 자기효능감, 지속력), 타인에 대한 믿음(가족 응집성, 또래지지, 학교지지), 정서적 유능성(정서조절, 자기통제, 공감), 그리고 관여된 삶(감사, 열정, 낙관주의)이라는 네 개의 1수준 특성을 구성하며, 이 네 가지 특성은 다시 단일의 2수준 요인인 covitality²⁾로 통합된다. Covitality는 comorbidity에 대비되는 개념으로, 긍정 심리특성 12개의 조합으로 얻어지는 사회·정서적 건강의 전반적 지표이다(Furlong et al., 2014). Covitality는 낮은 수준의 우울이나

약물사용, 심리적 고통, 높은 수준의 학업성취와 주관적 안녕감을 예측하는 것으로 보고되어 왔다(Furlong et al., 2014; Kim et al., 2014; Lee et al., 2016, You et al., 2014). SEHS-S는 학생들의 사회·정서적 건강의 구성 요소들이 어떻게 발달되어 있는지를 파악하여 부족한 부분에 적절한 개입을 제공할 뿐 아니라, 이러한 개입으로 인한 진전을 모니터링하기 위해 사용될 수 있다(Furlong et al., 2014). 이에 본 연구는 정신건강 집단 간에 사회·정서적 건강을 구성하는 4개 영역, 12개 긍정 심리특성이 어떻게 차이가 있는지 살펴봄으로써, 궁극적으로 완전한 정신건강을 도모하기 위해 각 정신건강 유형 별로 어떤 개입전략을 활용할 수 있을지 시사점을 찾고자 한다.

요약하면, 본 연구는 중학생을 대상으로 Greenspoon과 Saklofske(2001)의 정신건강 2요인 모델에 기초하여 정신건강 유형을 구분한 후, 각 집단이 SEHS-S의 네 개 영역에서 서로 어떻게 다른지 비교하고, 더 나아가 완전정신건강 집단과 비교하여 SEHS-S의 12개 긍정 심리특성에서 어떤 차이가 있는지를 살펴보고자 한다. 완전정신건강에 기여하는 구체적인 사회·정서적 역량을 파악하는 것은 정신건강 유형에 맞는 보다 효과적인 개입 전략을 마련하는데 도움이 될 것이다. 본 연구는 정신건강 2요인 모델에 대한 기존 국내 연구들과 달리, 학교 현장에서 실제 사용되고 있는 학생 정서·행동특성검사를 직접 실시하여 정신건강의 부정적 지표에만 초점을 맞춘 전통적인 학교 정신건강 선별검사의 제한점을 살펴보고자 하는 점에서 차별화된다.

2) 아직까지 최적의 한국어 번역을 찾을 수 없어 그대로 영문으로 표기한다.

방 법

연구대상

본 연구를 위해 편의표집 방법을 사용하여, 서울, 경기, 대전, 부산 지역에 소재한 6개 중학교 1-3학년 학생 930명을 대상으로 설문조사를 실시하였다. 이 중, 불성실하게 응답한 83명의 자료를 제외하고 총 847명의 자료를 분석에 사용하였다. 1학년생 201명(24%), 2학년생 334명(39%), 3학년생 311명(37%)로 구성되었으며, 성별로는 남학생 425명(50.2%), 여학생 422명(49.8%)이었다. 평균연령은 14.06세 ($SD=.83$)였다.

절차

자료 수집은 2013년 12월-2014년 1월에 걸쳐 진행되었다. 먼저 학교 담당자와 담임교사에게 연구의 목적과 실시 방법 등을 설명하였고, 각 학급의 담임교사는 수업 시간을 활용하여 설문을 실시하였다. 이 때 학생들에게 연구의 목적과 함께 비밀보장의 원칙, 중도철회가 가능함을 설명하였다. 설문 후반부로 갈수록 피로에 의한 불성실한 응답이 증가하는 것을 고려하여, 측정도구의 제시 순서를 달리하여 세 가지 유형의 설문지를 제작하였다. 설문 소요시간은 약 20분 정도였다.

측정도구

정신병리

방수영 등(2011)이 학교 정신건강 선별도구로서 중·고등학생을 대상으로 개발한 자기보고식 정서·행동특성검사(Adolescent Mental

Health and Problem Behavior Screening Questionnaire- II, AMPQ-II)를 사용하였다. 총 38문항으로 걱정 및 생각, 기분 및 자살, 학습과 인터넷, 친구문제, 규칙위반(가해) 등을 측정한다. 4점 척도(0:전혀 아니다-3:매우 그렇다)로 점수가 높을수록 정신건강 문제가 많음을 의미한다. 검사 매뉴얼(교육부, 자살과 학생정신건강연구소, 2013)에 따르면, 소년의 경우 33점 이상, 소녀의 경우 35점 이상일 경우 위험군(at-risk)으로 분류되며 추가적인 심리검사와 상담을 받게 된다. 방수영 등(2011)의 연구에서 내적합치도(Cronbach's α)는 .89였으며, 본 연구에서는 .92였다.

주관적 안녕감

Diener의 제안대로 주관적 안녕감은 행복의 인지적 측면인 삶의 만족도, 정서적 측면인 최근 정서 경험의 조합으로 측정하였다(Kelly et al., 2012). 먼저, 삶의 만족도는 Furlong 등(2014)이 5문항으로 축약한 Huebner(1995)의 학생용 삶의 만족도 척도를 Lee 등(2016)이 번안한 것을 사용하였다. 원 척도는 6점 척도이지만 Lee 등(2016)과 마찬가지로 아동들이 이해하기 쉽게 5점 척도(1: 전혀 아니다-5: 매우 그렇다)로 수정하여 사용하였다. 점수가 높을수록 지각된 삶의 만족도가 높음을 의미하며, Lee 등(2016)의 중학생 연구에서 내적합치도는 $\alpha=.70$, 본 연구에서는 .75였다.

한편, 정적·부적 정서는 아동용 정적·부적 정서검사(Positive and Negative Affect Schedule for Children: Ebessutani et al., 2012)를 Lee 등(2016)이 번안한 것을 사용하였다. 사회·정서적 건강 검사(SEHS-S)의 열정(zest)하위 요인에 해당하는 한 개 문항(lively)을 제외하고 9문항을 사용하였다. 5점 척도(0:전혀 아니다-4:매우 그렇다)로

점수가 높을수록 해당 정서를 많이 경험함을 의미한다. 내적합치도는 Lee 등(2016)의 연구에서 정적, 부적 정서 각각 $\alpha=.86, .77$ 이었고, 본 연구에서는 $.85, .80$ 이었다. 주관적 안녕감 점수는 선행 연구(Antaramian et al., 2010; Suldo & Shaffer, 2008)와 마찬가지로, 모든 점수를 표준화한 후 삶의 만족도와 정적 정서 점수를 합하고, 여기에서 부적 정서 점수를 빼서 만들었다.

사회·정서적 건강 검사

Furlong 등(2014)의 사회·정서적 건강 검사(Social and Emotional Health Survey-Secondary: SHES-S)를 Lee 등(2016)이 한국어로 번안, 타당화한 척도를 사용하였다. 이 도구는 총 36문항, 4개 영역, 12개 하위요인으로 구성되어 있다(자신에 대한 믿음=자기인식, 자기효능감, 지속력; 타인에 대한 믿음=가족 응집성, 또래 지지, 학교지지; 정서적 유능성=정서조절, 자기통제, 공감; 관여된 삶=감사, 열정, 낙관주의). 각 하위요인마다 3개 문항으로 구성되어 있으며, 감사와 열정 하위요인(5점 척도)을 제외한 모든 하위요인이 4점 척도(1:전혀 그렇지 않다-4:매우 그렇다)였다. Lee 등(2016)의 중학생 연구에서 자신에 대한 믿음 $\alpha=.84$, 타인에 대한 믿음 $.85$, 정서적 유능성 $.82$, 관여된 삶 $.88$ 이었다. 본 연구에서는 각각 $.84, .86, .84, .89$ 이었다.

자료분석

참가자들은 먼저 정신병리와 주관적 안녕감 수준에 따라 정신건강 네 유형 중 하나로 분류되었다. 정신병리의 경우, AMPQ-II(2013년 매뉴얼 기준)에서 2차 검진 대상군을 결정하

는 절단점인 33점(소년), 35점(소녀)을 사용하였다. 주관적 안녕감의 경우, 적응관련 척도들을 해석하는 일반적 지침에 근거하여(Reynolds & Kamphaus, 2004), 선행연구들과 마찬가지로 주관적 안녕감이 T점수 40을 초과하는 청소년들을 주관적 안녕감이 높은 집단으로, T점수 40이하인 청소년들은 주관적 안녕감이 낮은 집단으로 분류하였다(Antaramian et al., 2010; Kelly et al., 2012; Suldo & Shaffer, 2008). 이에 따라, 학생들은 정신병리 수준이 낮고, 주관적 안녕감이 높은 '완전정신건강 집단'(AMPQ <33, 35, T_{SWB} >40), 정신병리와 주관적 안녕감이 모두 낮은 '취약 집단'(AMPQ <33, 35, T_{SWB} ≤40), 정신병리 수준이 높지만 주관적 안녕감이 높은 '증상은 있지만 만족하는 집단'(AMPQ ≥33, 35, T_{SWB} >40), 정신병리 수준이 높고 주관적 안녕감도 낮은 '고통 받는 집단'(AMPQ ≥33, 35, T_{SWB} ≤40) 중 하나로 분류되었다.

SPSS 21.0을 사용해 기술통계, 상관분석을 실시하였고, 사회·정서적 건강 검사의 네 개 하위영역에서 집단 간 차이를 알아보기 위해 다변량 분산분석(MANOVA)을 실시하였다. 또한 다항로지스틱 회귀분석(multinomial logistic regression analyses)을 실시하여 세 개 정신건강 집단 각각이 완전정신건강 집단과 비교하여 사회·정서적 건강 검사의 12개 하위요소에서 어떻게 다른지 살펴보았다.

결 과

기술통계 및 상관분석

주요 변인들의 평균 및 표준편차, 단순상관

표 1. 기술통계와 상관분석

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. LS	-									
2. PA	.52***	-								
3. NA	-.40***	-.14***	-							
4. SWB	.85***	.74***	-.68***	-						
5. BIS	.44***	.52***	-.17***	.50***	-					
6. BIO	.37***	.51***	-.12***	.44***	.50***	-				
7. EC	.27***	.43***	-.07*	.34***	.53***	.49***	-			
8. EL	.50***	.71***	-.17***	.61***	.58***	.55***	.47***	-		
9.AMPQ	-.44***	-.25***	.52***	-.54***	-.23***	-.21***	-.13***	-.24***	-.26***	-
M	14.55	13.19	10.61	0	22.18	24.47	23.87	27.86	98.38	17.91
SD	3.96	3.84	4.08	2.26	5.24	5.77	4.72	7.08	18.31	13.94

* $p < .05$, *** $p < .001$

주. LS=삶의 만족도, PA=정적 정서, NA= 부적 정서, SWB=주관적 안녕감 BIS=자신에 대한 믿음, BIO=타인에 대한 믿음, EC=정서적 유능성, EL=관여된 삶, AMPQ=학생정서·행동특성검사

계수의 결과는 표 1과 같다. 상관분석결과, 주관적 안녕감은 사회·정서적 건강 검사의 네 개 하위영역과 $r=.34(p<.001)$ 에서 $.61(p<.001)$ 의 정적 상관을 보였다. 한편, 정신병리 점수 (AMPQ-II)는 사회·정서적 건강 검사의 하위 영역들과 $r=-.13(p<.001)$ 에서 $-.24(p<.001)$ 의 부적 상관을 보였다. 본 연구에 사용된 모든 변인들은 왜도 3 미만, 첨도 10 미만이라는

Kline(2011)의 기준을 만족시켜 단변량 수준에서 정상성 가정을 충족하였다.

정신건강 집단 분류

앞서 설명한 바와 같이, 정신병리와 주관적 안녕감의 수준에 따라 정신건강 네 개 유형을 분류하였고, 그 결과를 표 2에 제시하였다. 첫

표 2. 정신건강 2요인 모델에 따른 정신건강 유형

정신병리	주관적 안녕감	
	고 (TSWB > 40)	저 (TSWB ≤ 40)
저 (소년: AMPQ <33, 소녀: AMPQ <35)	완전정신건강 집단 n=664 (78.4%)	취약 집단 n=83 (9.8%)
고 (소년: AMPQ ≥33, 소녀: AMPQ ≥35)	증상은 있지만 만족하는 집단 n=55 (6.5%)	고통 받는 집단 n=45 (5.3%)

번째 완전정신건강 집단은 정신병리 수준이 낮고 주관적 안녕감이 높았던 집단으로 네 개 유형 중 가장 높은 비율(664명, 78.4%)을 차지했다. 마찬가지로 정신병리 수준은 낮지만 주관적 안녕감이 낮았던 취약 집단에는 9.8%(83명)의 청소년들이 속하였다. 세 번째 집단은 증상은 있지만 만족하는 집단으로 우리의 상식과는 어긋나지만, 6.5%(55명)가 이 집단에 속하였다. 마지막으로 5.3%(45명)의 청소년이 정신병리 수준이 높으면서 동시에 주관적 안녕감도 낮은 고통 받는 집단으로 분류되었다.

사회·정서적 건강 검사에서의 정신건강 집단 간 차이

사회·정서적 건강 검사의 네 개 하위영역에서 정신건강 네 개 유형 간 차이를 알아보기 위하여 다변량분산분석(MANOVA)을 실시하였다. 이를 위해 Box's M test를 통해 분산-공분산 행렬에 대한 동질성 가정이 충족됨을 확인하였다. 분석 결과, 사회·정서적 건강 검사의 하위영역들에서 정신건강 유형의 전체 주효과가 유의하였다($Wilks' \lambda = .83, F(12,$

$2222.72) = 13.17, p < .001$). 일변량분석(ANOVA) 결과, 자신에 대한 믿음 [$F(3, 843) = 27.56, p < .001$], 타인에 대한 믿음 [$F(3, 843) = 20.44, p < .001$], 정서적 유능성 [$F(3, 843) = 9.46, p < .001$], 그리고 관여된 삶 [$F(3, 843) = 49.78, p < .001$] 모든 영역에서 정신건강 집단 간 차이가 유의하였다. 표 3에 각 집단의 평균과 표준편차 뿐 아니라, Scheffé 사후검증 결과를 제시하였다.

Scheffé 사후검증 결과, 완전정신건강 집단은 자신에 대한 믿음, 타인에 대한 믿음, 정서적 유능성, 그리고 관여된 삶에서 취약 집단(정신병리 증상은 없지만 안녕감이 낮은 집단) 및 고통 받는 집단(정신병리 증상도 많고 안녕감도 낮은 집단)에 비해 유의하게 높은 수준을 보였다. 그러나 증상은 있지만 만족하는 집단은 네 개 하위영역 모두에서 완전정신건강 집단과는 유의한 차이가 없었다. 완전정신건강 집단은 취약 집단에 비해 모든 하위영역에서 유의하게 높은 수준을 보였으며, 증상은 있지만 만족하는 집단도 고통 받는 집단에 비해 모든 하위영역에서 유의하게 높은 수준을 보였다.

표 3. 사회·정서적 건강 검사 하위영역에서의 정신건강 집단별 차이

	정신건강 집단								F
	완전정신건강 집단		취약 집단		증상은 있지만 만족하는 집단		고통 받는 집단		
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
자신에 대한 믿음	2.54 ^a	0.57	2.12 ^b	0.52	2.44 ^a	0.52	1.95 ^b	0.46	27.56 ^{***}
타인에 대한 믿음	2.80 ^a	0.62	2.39 ^{bc}	0.64	2.68 ^{ab}	0.55	2.23 ^c	0.67	20.44 ^{***}
정서적 유능성	2.70 ^a	0.51	2.48 ^b	0.51	2.64 ^{ab}	0.58	2.36 ^b	0.60	9.46 ^{***}
관여된 삶	3.23 ^a	0.73	2.42 ^b	0.72	3.20 ^a	0.75	2.29 ^b	0.68	49.78 ^{***}

*** $p < .001$

정신건강 집단에 대한 다항로지스틱 회귀분석에서 정신건강 집단 간 차이를 알아보기 위해 다항로지스틱 회귀분석을 실시하였다(표 4). 사회·정서적 건강 검사의 12개 하위요인에 이 때 정신건강 세 개 집단 각각은 완전정신

표 4. 다항 로지스틱 회귀분석 결과

비교		B	SE	Wald	Odds ratio
완전정신건강 vs. 취약 집단					
자신에 대한 믿음	자기인식	-0.51	0.25	4.20*	0.60
	자기효능감	0.13	0.27	0.22	1.14
	지속력	-0.12	0.21	0.33	0.89
타인에 대한 믿음	가족응집성	-0.47	0.19	6.05*	0.63
	또래 지지	0.26	0.16	2.53	1.30
	학교 지지	-0.07	0.19	0.15	0.93
정서적 유능성	정서조절	0.24	0.27	0.79	1.27
	공감	0.47	0.24	3.87	1.60
	자기통제	-0.27	0.26	1.05	0.77
관여된 삶	낙관주의	-0.40	0.21	3.59	0.67
	열정	-0.46	0.15	10.06**	0.63
	감사	-0.64	0.17	14.99***	0.53
완전정신건강 vs. 증상은 있지만 만족하는 집단					
자신에 대한 믿음	자기인식	0.13	0.28	0.23	1.14
	자기효능감	-0.58	0.32	3.35	0.56
	지속력	0.12	0.23	0.29	1.13
타인에 대한 믿음	가족응집성	-0.51	0.21	5.88*	0.60
	또래 지지	-0.18	0.20	0.86	0.84
	학교 지지	0.29	0.20	2.06	1.34
정서적 유능성	정서조절	-0.49	0.32	2.33	0.62
	공감	1.17	0.29	16.59***	3.22
	자기통제	-0.83	0.30	7.78**	0.44
관여된 삶	낙관주의	0.20	0.24	0.71	1.22
	열정	-0.11	0.16	0.49	0.90
	감사	0.17	0.18	0.90	1.19

표 4. 다항 로지스틱 회귀분석 결과

(계속)

비교		B	SE	Wald	Odds ratio
완전정신건강 vs. 고통 받는 집단					
자신에 대한 믿음	자기인식	-0.29	0.34	0.71	0.75
	자기효능감	-0.66	0.38	3.03	0.52
	지속력	-0.12	0.30	0.15	0.89
타인에 대한 믿음	가족응집성	-0.84	0.26	10.44**	0.43
	또래 지지	0.13	0.22	0.36	1.14
	학교 지지	0.26	0.25	1.02	1.29
	정서조절	-0.42	0.37	1.25	0.66
정서적 유능성	공감	1.26	0.34	14.06***	3.54
	자기통제	-0.55	0.37	2.20	0.58
	낙관주의	-0.17	0.28	0.36	0.84
관여된 삶	열정	-0.40	0.20	4.08*	0.67
	감사	-0.86	0.23	13.82***	0.42

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

건강 집단과 비교되어졌다. 먼저, 자기인식 ($p < .05$), 가족응집성($p < .05$), 열정($p < .01$), 감사 ($p < .001$)에서 1단위 감소하는 것은 완전정신건강 집단보다는 취약집단에 속할 확률을 유의하게 증가시키는 것으로 나타났다. 가족응집성($p < .05$)과 자기통제($p < .01$)에서 1단위 감소하고 공감($p < .001$)에서 1단위 증가하는 것은 완전정신건강 집단이 아니라 증상은 있지만 만족하는 집단에 속할 확률을 유의하게 증가시켰다. 마지막으로 가족응집성($p < .01$), 열정 ($p < .05$), 감사($p < .001$)에서 1단위 감소하는 것과 공감($p < .001$)에서 1단위 증가하는 것은 완전정신건강 집단이 아닌 고통 받는 집단에 속할 확률의 증가를 예측하였다.

논 의

본 연구는 정신건강 2요인 모델에 기반하여, 현재 학교기반 정신건강 선별검사에서 사용되고 있는 정신병리 증상이나 심리사회적 문제 뿐 아니라 주관적 안녕감이라는 긍정적 지표를 함께 고려하여 중학생의 정신건강 유형을 구분하고, 각 집단이 사회·정서적 건강을 구성하는 발달자산 측면에서 어떻게 다른지를 살펴보았다. 본 연구는 다른 국내 정신건강 2요인 연구들과 달리, 실제로 중·고등학생 대상 정신건강 선별검사로 사용되고 있는 학생 정서·행동특성검사(AMPQ-II)를 실시하고 그 절단점을 사용하여 정신건강 유형을 구분함으로써 현 방식이 가진 제한점을 확인하고, 사회·정서적 건강 검사(SEHS-S)를 실시하여 학

생들이 완전한 정신건강을 경험할 수 있도록 돕기 위해 어떤 개입을 제공할 필요가 있는지 시사점을 얻고자 하였다.

정신건강 2요인 모델을 적용한 결과, 긍정적인 발견은 본 연구에 참여한 중학생의 3/4 이상(78.4%)이 정신병리 증상이 적고 주관적 안녕감은 높은 완전정신건강 유형으로 분류되었다는 사실이다. 취약 집단(9.3%), 증상은 있지만 만족하는 집단(6.5%), 고통 받는 집단(5.3%)에는 훨씬 적은 수의 학생이 분류되었다. 마찬가지로 AMPQ-II를 정신건강의 부정적 지표로 사용하였던 이승연, 한미리(2014)의 연구에서도 각 집단은 본 연구결과와 유사하게 81.1%, 11%, 4.1%, 그리고 3.4%를 차지하였다. 그러나 Greenspoon과 Saklofske(2001)의 분류 방법을 동일하게 사용하였던 외국 연구들에서는 완전정신건강 집단은 57-67%로 다소 낮고, 취약 집단은 8-13%, 증상이 있지만 만족하는 집단은 8.9-20%, 고통 받는 집단은 7.7-20.1%를 차지하였다(Antaramian et al., 2010; Lyons et al., 2012; Suldo & Shaffer, 2008). 외국 연구와 비교하여 한국 중학생의 경우 완전정신건강 집단의 비율이 매우 높게 나타나는데, 이는 AMPQ-II의 절단점이 매우 높게 설정되었거나 학생들이 자신의 심리적 어려움을 축소 보고했을 가능성과 관련이 있을 수 있다.

이어서 본 연구는 정신건강 유형 간의 차이를 비교하려는 목적 하에 아동·청소년의 긍정적 발달과 안녕감에 기여하는 것으로 알려진 발달자산의 틀을 적용하였다. 이를 위해 먼저, Furlong 등(2014)이 개발한 사회·정서적 건강 검사(SHES-S)의 네 개 기본 영역에서 차이를 검증하였다. MANOVA 결과에 따르면, 완전정신건강 집단은 자신에 대한 믿음, 타인에 대한 믿음, 정서적 유능성, 관여된 삶 모두

에서 취약 집단이나 고통 받는 집단에 비해 우수하였다. 그러나 완전정신건강 집단은 증상은 있지만 만족하는 집단과는 유의한 차이가 없었다. 증상은 있지만 만족하는 집단은 현재의 학교기반 정신건강 선별검사 방식에 따르면 정신병리 증상이 절단점 이상이기 때문에 위험군으로 분류되는 집단이다. 그럼에도 불구하고 이들이 발달자산의 측면에서 완전정신건강 집단과 차이가 나지 않는다는 점은 매우 중요한 발견이다. 이는 증상은 있지만 만족하는 집단이 완전정신집단과 유사한 수준으로 잘 기능한다는 많은 연구결과(김현정, 2012; 이승연, 한미리, 2014; Antaramian et al., 2012; Eklund et al., 2011)를 뒷받침하는 결과라고 할 것이다. 정신건강의 부정적 지표가 심각한 수준이어도 모두가 부적응을 경험하는 동질적인 집단이 아니며, 정신병리 증상이 심각해도 주관적 안녕감이 높은 경우 정신병리 증상도 없고 안녕감도 높은 학생들만큼 충분한 발달자산을 지니고 있다는 사실은 정신건강 선별검사 이후 이 집단에 고통 받는 집단과 같은 수준의 집중적 개입을 제공하는 것은 불필요할 수 있음을 환기시킨다.

한편, 취약 집단은 정신병리 증상이 적기 때문에 전통적인 선별검사로는 위험군으로 분류되지 않지만, 이들은 SEHS-S의 네 개 영역에서 정신병리 증상이 많고 안녕감도 낮은 고통 받는 집단과 유사한 양상을 보였다. 정신병리 증상이 마찬가지로 적은 완전정신건강 집단에 비해 훨씬 낮은 수준의 발달자산을 가지고 있었으며, 이는 이들이 완전정신건강 집단만큼 잘 기능하지 않음을 보여준 기존 선행연구들을 뒷받침한다(이명자, 류정희, 2008; 이승연, 한미리, 2014; Antaramian et al., 2010; Suldo & Shaffer, 2008). 이러한 결과는 단순히 정신병리

의 부재가 정신건강을 의미하지 않으며 주관적 안녕감이나 정신적 웰빙 등 긍정적 지표를 통합적으로 고려하는 것이 학생 정신건강에 대한 보다 정확한 정보를 제공한다는 것을 시사한다. 안녕감의 지속적 저하가 10년 후 정신병리 발병 가능성을 높였다는 Keyes(2010)의 발견처럼, 취약 집단은 안녕감을 높이기 위한 적절한 서비스가 제공되지 않을 경우 이후 고통 받는 집단으로 이동할 가능성이 매우 큰 집단이다(Kelly et al., 2012). 그러나 정신건강의 부정적 지표로만 선별하는 현 방식은 취약 집단을 간과하게 만들고 이들이 필요로 하는 심리서비스로부터 제외시킴으로써 이들의 발달적 예후를 위태롭게 할 것이다.

정신건강 2요인 모델에 기초한 정신건강 선별검사의 결과는 모든 학생의 적응을 향상시키기 위해 효과적 개입으로 이어질 필요가 있다. 이를 위해 각 정신건강 집단이 완전정신건강 집단과 비교하여 사회·정서적 건강 검사의 12개 하위 요소, 즉, 사회·정서적 건강을 구성하는 핵심적 긍정 심리특성에서 어떤 차이가 있는지를 살펴보았다. 다항로지스틱 회귀 분석 결과, 가족의 지지 또는 응집성을 낮게 지각한 경우 취약 집단, 증상은 있지만 만족하는 집단, 고통 받는 집단에 속할 가능성이 모두 증가하는 것으로 나타났다. 선행연구에서 부모의 지지는 낮은 수준의 내재화, 외현화 행동을 예측하고(Stewart & Suldo, 2011), 부모와의 좋은 관계, 높은 수준의 부모 감독 등은 1년 뒤 우울, 불안 등 정신건강 문제를 경험할 가능성을 낮추었다(Rothon, Goodwin, & Stansfeld, 2012). 한편, 부모의 지지는 삶의 만족도를 유의하게 예측하였으며(Danielsen, Samdal, Hetland, & Wold, 2009; Oberle, Schonert-Reichl, & Zumbo, 2011), 가족의 지지는 교사나 또래로부터의 지

지보다 더 강력하게 아동·청소년의 긍정적 발달에 기여하는 것으로 보고되어 왔다(Stewart & Suldo, 2011). 본 연구결과는 학생들의 정신건강 증진을 위해 건강한 가족관계를 형성하고 유지하는 것이 매우 중요함을 다시 한 번 강조하며, 부모들을 대상으로 한 간접적 서비스, 즉, 부모교육이나 자문 등을 활성화시킬 필요가 있음을 시사한다.

한편, 열정과 감사를 적게 보고한 경우에 취약집단과 고통 받는 집단에 속할 가능성이 증가하였다. 취약집단과 고통 받는 집단 모두 공통적으로 주관적 안녕감이 낮다는 특징을 보이는데, 열정, 감사는 아동·청소년의 전반적 삶의 만족도와 유의한 정적 상관을 보이며(Park & Peterson, 2006), 24개 성격 강점 중 삶의 만족도와 상관이 가장 높은 예에 해당하였다(Ruch, Weber, Park, & Peterson, 2014). 특히 감사는 중학생의 삶의 만족도, 긍정적 정서와도 정적 상관을 보였으며(Froh, Yurkewicz, & Kashdan, 2009), 축복 세기와 같은 감사유발 조건은 초기 청소년의 삶의 만족도 증진과 부적 정서 감소와 관련이 있었다(Froh, Sefick, & Emmons, 2008). 즉, 취약 집단이나 고통 받는 집단의 주관적 안녕감을 높이기 위해서는 열정과 감사 증진에 관심을 기울일 필요가 있다.

예상치 못한 결과는 공감능력이 높은 것이 완전정신건강 집단 보다는 증상은 있지만 만족하는 집단(3.22배), 고통 받는 집단에 속할 가능성(3.54배)을 증가시킨다는 점이다. 두 집단은 공통적으로 정신병리 증상이 두드러진다는 특징을 지닌다. 이는 기존 연구들과는 불일치하는 결과인데, 공감 수준이 높을 경우 삶의 만족도와 긍정 정서를 높게 보고하고 부적 정서 뿐 아니라 우울도 낮게 보고하는 것으로 알려져 있다(Grühn, Rebucal, Diehl,

Lumley, & Labovief-Vief, 2008). 공감 수준이 높은 것이 완전정신건강 집단보다는 정신병리 위험군인 두 집단을 예측한다는 본 연구의 결과는 공감능력이 좋아도 정서조절에 문제가 있을 경우 타인의 고통에 지나치게 압도당함으로써 우울이나 불안 등 부적 정서를 경험할 수 있다는 설명(Eisenberg, 2000)으로 부분적으로 설명 가능할 것이다. 실제로 추가 분석 결과, 완전정신건강 집단에 비해 증상은 있지만 만족하는 집단 $t(717)=2.731, p<.01$, 고통 받는 집단 $t(48.206)=4.266, p<.001$ 이 정서조절과 유사한 자기통제 수준이 더 낮은 것으로 나타나, 공감 수준은 높아도 이로 인한 부정적 감정을 잘 조절하지 못했을 가능성을 간접적으로 추론해 볼 수 있다.

또한 사회적 거부 경험이 사회적 단서에 대한 민감성을 높이고 조망취하기 능력을 증진시킨다는 실험 연구결과처럼(Knowles, 2014; Pickett, Gardner, & Knowles, 2004), 정신병리 증상으로 인한 타인들과의 차이가 사회적 거부나 고립으로 이어지고(Lundberg, Hansson, Wentz, & Björkman, 2009) 궁극적으로 타인에게 수용되기 위해 정신병리를 지닌 이들이 타인의 관점에 민감해진 결과로 해석해 볼 수도 있을 것이다. 추가 분석 결과, 특히 증상은 있지만 만족하는 집단이 완전정신건강 집단에 비해 더 높은 수준의 공감 능력을 지닌 것으로 나타난 것 $t(717)=-2.16, p<.05$ 이나, 이 집단의 경우 행복의 요인으로 대인관계를 가장 중요시한다는 발견(윤정미, 김진영, 2017)은 이러한 해석을 어느 정도 뒷받침한다고 할 것이다. 그러나 공감의 역할이 다른 변인들에 비해 매우 강력했을 뿐 아니라 예상치 못한 방향의 것이기 때문에, 추후 다양한 대상을 사용하여 본 연구의 결과를 재검증해야 할 것이다.

정신건강 유형별로 결과를 다시 정리하면, 가족응집성이 낮고, 열정과 감사가 적고, 자기인식이 낮을 경우 완전정신건강 집단보다는 취약 집단에 속할 가능성이 높았다. 선행연구에서 자신의 감정이나 생각, 동기에 대한 자기인식은 심리적 안녕감을 긍정적으로 예측하고(Harrington & Loffredo, 2010), 인식과 수용은 1년 뒤 고등학생들의 정서적 안녕감을 예측하였다(Ciarrochi, Kashdan, Leeson, Heaven, & Jordan, 2011). 유사하게 현재 순간과 자신의 행동에 대한 인식, 사고와 감정에 대한 비판단적 반응을 포함하는 마음챙김 기반 교육프로그램은 아동·청소년의 긍정 정서를 유의하게 증가시키는 것으로 보고되었다(Schonert-Reishl & Lawlor, 2010). 즉, 자신에 대한 인식이 부족할 경우 주관적 안녕감 역시 감소할 가능성이 크며, 이는 완전정신건강 집단보다는 취약 집단에 속할 가능성에 기여하게 될 것이다. 따라서 취약 집단으로 분류될 경우 정신병리 증상이 유의하지 않다고 간과할 것이 아니라, 가족 응집성을 높이고, 열정과 감사, 자기인식을 높일 수 있도록 적극적으로 개입하여 이후 고통 받는 집단으로 악화되는 것을 막아야 할 것이다.

한편, 가족응집성이 낮고, 공감이 높으며, 자기통제력이 떨어지는 것은 증상은 있지만 만족하는 집단에 속할 가능성을 높였다. SEHS-S에서 자기통제력은 ‘주어진 맥락에서 자신의 행동을 효과적으로 표현하고 관리하는 것’로 정의되며(Renshaw et al., 2014), 행동적 조절을 뜻한다. 선행연구에서 자기통제력이 약한 것은 비행이나 공격성, 범죄 등 외현화 행동문제를 일관되게 예측하며(Finkenauer, Engels, & Baumeister, 2005; Krueger, Caspi, Moffitt, White, & Stouthamer-Loeber, 1996), 우울

이나 스트레스, 낮은 자존감의 예측요인이었다(Finkenauer et al., 2005). 한편, 높은 공감은 앞서 설명했듯이 정신병리 증상과 연합되어 있을 가능성이 있긴 하지만, 반면에 높은 공감능력이 있기에 정신병리 증상에도 불구하고 스스로 만족할 가능성 또한 생각해 볼 필요가 있다. 공감 수준이 높을 경우 그렇지 않은 경우에 비해 삶의 만족도, 긍정 정서가 높았으며(Grühn et al., 2008), 타인에 대한 정서적 공감이 주관적 안녕감을 예측하였기 때문이다(Wei, Liao, Ku, & Shaffer, 2011). 증상은 있지만 만족하는 집단은 사회정서적 건강검사의 네 개 영역에서 완전정신건강 집단과 유의한 차이가 없긴 하였으나, 이를 구성하는 하위 역량별로 살펴보았을 때 가족 지지의 증가, 자기통제력 보강이 보다 완전한 정신건강에 기여할 것으로 보인다. 공감능력에 대해서는 재검증이 필요한 부분이므로 논의하지 않기로 한다.

마지막으로, 가족응집성이 낮고, 공감이 높으며, 열정과 감사가 부족한 경우 완전정신건강 집단보다는 고통 받는 집단에 속할 가능성이 높았다. 따라서 정신병리 증상이 심각할 뿐 아니라 주관적 안녕감이 떨어지는 학생들의 경우에 논란이 되는 공감에 대해서는 제외하더라도, 가족 지지를 더 많이 지각할 수 있도록 긍정적 부모-자녀 관계를 촉진할 수 있는 다양한 활동을 마련하고, 열정과 감사를 높일 수 있는 개입전략을 활용하는 것이 유용할 것이다.

본 연구의 결과는 학교현장에서 보다 효과적인 정신건강 선별을 위해서는 정신건강의 부정적 지표 뿐 아니라 긍정적 지표를 함께 고려하는 것이 중요함을 강조한다. 정신병리에만 초점을 맞추는 기존 선별 방식에서는 정

신병리가 없지만 안녕감이 낮고 기능 수준 또한 고통 받는 집단과 유사한 취약 집단은 확인되지 않을 것이며, 정신병리가 있어서 위험군으로 분류되었어도 안녕감이 높고 완전정신건강 집단과 기능 상 차이가 없는 증상은 있지만 만족하는 집단 역시 확인되지 않을 것이다. 즉, 정신병리가 없다고 해서 모두 건강한 것으로 취급하거나 정신병리가 있다고 해서 모두 부적응적인 것으로 간주하는 현재의 방식은 학생들의 건강상태를 있는 그대로 보여주지 못하며, 이러한 불완전함은 학생들에게 정말로 필요한 심리서비스를 제한하거나 부적절한 서비스를 잘못 제공하도록 만들 위험이 있다. 앞서 설명했듯이, 취약 집단에는 안녕감을 증진시키기 위한 다양한 개입이 반드시 제공되어야 하며, 증상은 있지만 만족하는 집단 역시 정신병리를 다룸과 동시에 안녕감을 높게 유지시킬 수 있는 개입이 제공되어야 한다. 이를 위해 본 연구에서처럼 발달자산이나 사회·정서적 역량 등 강점 기반의 검사(strength-based assessment)를 병행하는 것은 모든 학생의 긍정적 발달과 안녕감 증진을 위해 개입 시 어떤 심리특성에 초점을 맞추어야 하는지에 대한 실제적이고 타당한 정보를 제공할 것이다.

이와 관련하여, 최근에는 정신건강 2요인 모델에 기반한 학생 정신건강 선별검사에서 정신건강의 부정적 지표와 함께 직접적으로 강점 기반의 검사를 함께 실시하는 것도 제안되고 있다. 특히 본 연구에서 사용된 Furlong 등의 사회·정서적 건강 검사는 Covitality라는 통합적인 사회·정서적 건강지수를 제공함으로써 주관적 안녕감을 사용할 때와 마찬가지로 정신건강 유형을 구분할 수 있게 하며, 동시에 각 유형 별로 최적의 발달을 위해 어떤

심리특성이 보완되어야 하는지에 대한 구체적인 정보 또한 제공한다(Dowdy et al., 2015; Kim et al., 2014, 2016). 이러한 접근은 부정적 측면에만 초점을 맞추고 이를 의도치 않게 낙인화하는 현재의 선별방식에 반감이 큰 학생, 학부모들에게도 쉽게 수용될 수 있으며(Kim et al., 2016), 두드러진 정신병리나 심리사회적 문제를 보고하지 않는 대다수 학생들에 대해서도 유용한 정보(어떤 발달자산을 더 촉진시켜야 하는가)를 제공함으로써 문제가 매우 심각한 소수의 학생 뿐 아니라 모든 학생들을 대상으로 심리 서비스를 확장시킨다는 장점을 지닌다. 이러한 접근은 정신건강 2요인 모델에 근거한 정신건강 선별검사 결과에 따라 각 정신건강 집단의 고유한 특성을 반영한 보다 효과적인 프로그램을 제공할 수 있음을 보여 주며, 이는 자료주도적 문제해결(data-driven problem-solving)이 지향하는 평가와 개입의 직접적 연결(Merrell, Ervin, & Gimpel, 2006)을 구현할 수 있게 도울 것이다.

이러한 완전정신건강 선별 방식이 과연 학교 현장에서 실현 가능한가의 의문을 제기할 수 있는데, 정신병리나 심리사회적 어려움에만 초점을 맞춘 현재의 방식만으로도 시간이나 자원 측면에서 교육기관에 부담이 되므로 추가적 검사 실시가 무리일 수 있다는 것이다. 그러나 2017년도부터 이미 AMPQ-II에 성격특성 항목이 추가되었으며(교육부, 학생정신건강지원센터, 2018), 이는 정신건강의 부정적 지표에만 초점을 둔 전통적 정신건강 선별방식의 한계를 인정한 결과이다. 따라서 강점 기반의 검사를 추가하는 것이 현실적인 이유에서 거부된다는 것은 학생 정신건강증진에 대한 의지 부족이나 새로운, 보다 효과적인 방식에 대한 두려움 때문일 수 있다. 실제로 유

창민(2018)은 자기회귀교차지연모형 분석을 통해 이전 시점의 삶의 만족도가 이후 시점의 자살생각을 감소시키는 정도가 그 반대 방향보다 더 크게 나타나고, 이처럼 긍정적 정신건강이 부정적 정신건강에 미치는 영향의 크기가 훨씬 큰 것이 '중3→고1, 고1→고3, 고3→고등학교 졸업 후 1년'의 모든 경로에서 유의하게 나타남을 밝혀 강점기반의 개입을 통해 긍정적 정신건강을 향상시키는 것이 더 효과적임을 밝힌 바 있다. 즉, 정신건강의 긍정적 지표를 선별검사에서부터 포함하는 것은 선택이 아니라 필수라고 할 것이다.

학생의 건강한 성장과 발달을 지원하기 위한 것이라는 학생 정서·행동특성검사의 목표는 현재의 방식대로라면 오로지 문제가 매우 심각한 소수의 학생에게만 적용된다. 본 연구는 학교 정신건강 선별검사와 관련하여 정신건강 2요인 모델의 유용성과 가치를 확인하고, 발달자산 또는 사회·정서적 건강을 구성하는 핵심 심리특성을 측정하는 사회·정서적 건강검사의 실시를 통해 모든 학생의 긍정적 발달과 번성(thriving)을 도모하기 위해 각 정신건강 유형별로 어떤 식의 개입을 제공할 수 있을지에 대해 아이디어를 구했다는 의의를 지닌다. 그러나 본 연구에서 기존 외국 연구들과 달리 완전정신건강 집단의 비율이 매우 높게 나타나고 고통 받는 집단의 비율은 훨씬 낮게 나타났다라는 점은 주의를 요한다. 추후, 정신병리나 관련 위험요인을 측정하기 위해 AMPQ-II가 아닌 다른 검사를 사용하였을 때에도 동일한 양상이 나타나는지 재확인할 것이다. 한편, 심리적 고통이 있지만 동시에 행복한 양상을 보이는 증상이 있지만 만족하는 집단은 상식적으로 잘 이해되지 않는데, 이 집단의 특성에 대해서는 잘 연구된 바가 없다.

최근에 Furlong, Fullchange와 Dowdy(2016)가 이 집단의 학생들이 선별검사에서 더 부정직하게 답하는 반응양상을 보였음을 발견하기는 하였지만, 이 집단의 비율이 AMPQ-II 실시 결과 위험군으로 판별된 학생들의 55%에 해당할 만큼 매우 많은 수라는 점에서 이 설명 역시 만족할 만한 것은 아니라고 할 것이다. 이 집단의 특성에 대해서는 추후 더 많은 연구가 필요할 것으로 생각된다. 한편, 증상은 있지만 만족하는 집단과 고통 받는 집단에 속할 가능성을 높이는 변인으로 나타났던 공감의 역할에 대해서도 추후 연구를 통해 재검증해야 할 것이다.

참고문헌

- 김경미, 류승아, 최인철 (2014). 행복과 학업성취: 대학생 중심. 한국심리학회지: 문화 및 사회문제, 20(4), 329-346.
- 교육부 (2013). 2013년도 학생 정서행동특성검사 결과. 교육부 보도자료.
- 교육부, 자살과 학생정신건강연구소 (2013). 2013년도 학생 정서행동특성검사 및 관리 매뉴얼.
- 교육부, 보건복지부, 질병관리본부 (2017). 제 13차(2017년) 청소년건강행태온라인조사 통계. 충북 청원: 질병관리본부.
- 교육부, 학생정신건강지원센터 (2018). 선생님을 위한 뉴스레터 1호. 대구광역시: 학생정신건강지원센터.
- 김영주 (2013). 긍정적 정신건강과 성격덕목이 학교적응에 미치는 영향. 고려대학교 석사학위논문.
- 김현정 (2012). 긍정적 정신건강 모형의 타당화 연구. 고려대학교 박사학위논문.
- 박창열 (2013). 청소년의 사회적 지지와 학업소진 관계에서 긍정적 정신건강의 매개효과. 고려대학교 석사학위논문.
- 방수영, 유한익, 김지훈, 김봉석, 반건호, 안동현, ... & 이영식 (2011). 청소년용 정신건강 선별검사개정 연구. 소아청소년정신의학, 22(4), 271- 286.
- 안동현 (2009). 청소년 정신건강장애. 대한의사협회지, 52(8), 745-757.
- 유창민 (2018). 청소년의 이원적 정신건강의 종단적 상호관계성: 삶의 만족도와 자살생각을 중심으로. 청소년복지연구, 20(1), 67-90.
- 이명자, 류정희 (2008). 완전한 정신건강모형 검증. 교육연구, 31, 47-68.
- 이승연, 한미리 (2014). 정신건강 2요인 모델에 따른 중학생의 학교참여와 학업성취. 청소년학연구, 21(10), 195-218.
- 정일진, 정재희, 김소영, 김윤나, 김대선, 탁진국 (2014). 청소년의 강점, 성격과 삶의 만족도의 관계. 한국심리학회지: 학교, 11(3), 563-583.
- 통계청 (2017). 보도자료: 2016년 사망원인통계. 청소년폭력예방재단 (2016). 2016년도 전국 학교폭력 실태조사. 서울: 청소년폭력예방재단.
- Antaramian, S. P., Huebner, E. S., Hills, K. J., & Valois, R. F. (2010). A dual-factor model of mental health: Toward a more comprehensive understanding of youth functioning. *American Journal of Orthopsychiatry*, 80(4), 462-472.
- Bernard, M., E., & Walton, K. (2011). The effect of You Can Do It! Education in six schools on students perceptions of wellbeing, teaching,

- learning, and relationships. *Journal of Student Wellbeing*, 5(1), 22-37.
- Bertisch, H., Rath, J., Long, C., Ashman, T., & Rashid, T. (2014). Positive psychology in rehabilitation medicine: A brief report. *NeuroRehabilitation*, 34(3), 573-585,
- Ciarrochi, J., Kashdan, T. B., Leeson, P., Heaven, P., & Jordan, C. (2011). On being aware and accepting: A one-year longitudinal study into adolescent well-being. *Journal of Adolescence*, 34(4), 695-703.
- Danielsen, A. G., Samdal, O., Herland, J., & Wold, B. (2009). School-related social support and students'perceived life satisfaction. *The Journal of Educational Research*, 102(4), 303-318.
- Dowdy, E., Furlong, M. J., Raines, T. C., Boverly, B., Kauffman, B., Kamphaus, R. W., ... Murdock, J. (2015). Enhancing school-based mental health services with a preventive and promotive approach to universal screening for complete mental health. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 25(2-3), 178-197.
- Dowdy, E., Ritchey, K., & Kamphaus, R. W. (2010). School-based screening: A population-based approach to inform and monitor children's mental health needs. *School Mental Health*, 2(4), 166-176.
- Ebesutani, C., Regan, J., Smith, A., Reise, S., Higa-McMillan, C., & Chorpita, B. F. (2012). The 10-item positive and negative affect schedule for children, child and parent shortened versions: Application of item response theory for more efficient assessment. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34(2), 191-203.
- Eisenberg, N. (2000). Emotion, regulation, and moral development. *Annual Review of Psychology*, 51(1), 665-697.
- Eklund, K., Dowdy, E., Jones, C., & Furlong, M. (2011). Applicability of the dual-factor model of mental health for college students. *Journal of College Student Psychotherapy*, 25(1), 79-92.
- Epstein, M. H., Rudolph, S. M., & Epstein, A. A. (2000). Using strength based assessment in transtion planning. *Teaching Exceptional Children*, 32, 50-54.
- Finkenauer, C., Engels, R., & Baumeister, R. (2005). Parenting behaviour and adolescent behavioural and emotional problems: The role of self-control. *International Journal of Behavioral Development*, 29(1), 58-69.
- Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2013). Disguised distress in children and adolescents "flying under the radar": Why psychological problems are underestimated and how schools must respond. *Canadian Journal of School Psychology*, 28(1), 12-27.
- Froh, J. J., Sefick, W. J., & Emmons, R. A. (2008). Counting blessings in early adolescents: An experimental study of gratitude and subjective well-being. *Journal of School Psychology*, 46(2), 213-233.
- Froh, J. J., Yurkewicz, C., & Kashdan, T. B. (2009). Gratitude and subjective well-being in early adolescence: Examining gender differences. *Journal of Adolescence*, 32(3), 633-650.
- Furlong, M. J., Fullchange, A., & Dowdy, E. (2016). Effects of mischievous responding on the results of school-based mental health

- screening: I love rum raisin ice cream, really I do. *School Psychology Quarterly*.
- Furlong, M. J., You, S., Renshaw, T. L., Smith, D. C., & O'Malley, M. D. (2014). Preliminary development and validation of the social and emotional health survey for secondary students. *Social Indicators Research*, 117(3), 1011-1032.
- Greenspoon, P. J., & Sasklofske, D. H. (2001). Toward an integration of subjective well-being and psychopathology. *Social Indicators Research*, 54(1), 81-108.
- Grühn, D., Rebucal, K., Diehl, M., Lumley, M., & Labouvie-Vief, G. (2008). Empathy across the adult lifespan: Longitudinal and experience-sampling findings. *Emotion*, 8(6), 753.
- Harrington, R., & Loffredo, D. A. (2010). Insight, rumination, and self-reflection as predictors of well-being. *Journal of Psychology*, 145(1), 39-57.
- Hartman, L. I., Michel, N. M., Winter, A., Young, R. E., Flett, G. L., & Goldberg, J. O. (2013). Self-stigma of mental illness in high school youth. *Canadian Journal of School Psychology*, 28(1), 28-42.
- Huebner, E. S. (1995). The students' life satisfaction scale: An assessment of psychometric properties with black and white elementary school students. *Social Indicators Research*, 34, 315-323.
- Kelly, R. M., Hills, K. J., Huebner, E. S., & McQuillin, S. D. (2012). The longitudinal stability and dynamics of group membership in the dual-factor model of mental health: Psychosocial predictors of mental health. *Canadian Journal of School Psychology*, 27(4), 337-355.
- Keyes, C. L. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62(2), 95-108.
- Keyes, C. L. (2010). Changing in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. *American Journal of Public Health*, 100(12), 2366-2371.
- Kia-Keating, M., Dowdy, E., Morgan, M. L., & Noam, G. G. (2011). Protecting and promoting: An integrative conceptual model for healthy development of adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 48(3), 220-228.
- Kim, E. K., Dowdy, E., Furlong, M. J., & You, S. (2016). Mental health profiles and quality of life among Korean adolescents. *School Psychology International*, 38(1), 98-116.
- Kim, E. K., Furlong, M. J., Dowdy, E., & Felix, E. D. (2014). Exploring the relative contributions of the strengths and distress components of dual-factor complete mental health screening. *Canadian Journal of School Psychology*, 29(2), 127-140.
- Kline (2011). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: The Guilford Press.
- Krueger, R. F., Caspi, A., Moffitt, T. E., White, J., & Stouthamer-Loeber, M. (1996). Delay of gratification, psychopathology, and personality: Is low self-control specific to externalizing problems? *Journal of Personality*, 64(1), 107-129.
- Knowles, M. L. (2014). Social rejection increases

- perspective taking. *Journal of Experimental Social Psychology*, 55, 126-132.
- Lee, S., You, S., Furlong, M. J. (2016). Validation of the Social Emotional Health Survey-Secondary for Korean students. *Child Indicators Research*, 9(1), 73-92.
- Lundberg, B., Hansson, L., Wentz, E., & Bjorkman, T. (2009). Are stigma experiences among persons with mental illness, related to perceptions of self-esteem, empowerment, and sense of coherence?. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(6), 516-522.
- Lyons, M. D., Huebner, E. S., Hills, K. J., & Shinkareva, S. V. (2012). The dual-factor model of mental health: Further study of the determinants of group differences. *Canadian Journal of School Psychology*, 27(2), 183-196.
- Merrell, K. W., Ervin, R. A., & Gimpel, G. A. (2006). *School psychology for the twenty first century: Foundations and practices*. New York: Guilford
- Moore, S. A., Widales-Benitez, O., Carnazzo, K. W., Kim, E. K., Moffa, K., & Dowdy, E. (2015). Conducting universal complete mental health screening via student self-report. *Contemporary School Psychology*, 19, 253-267.
- Oberle, E., Schonert-Reichl, K. A., & Zumbo, B. D. (2011). Life satisfaction in early adolescence: Personal, neighborhood, school, family, and peer influences. *Journal of Youth and Adolescence*, 40(7), 889-901.
- OECD (2014). *Results in focus: What 15-year-olds know and what they can do with what they know*. Retrieved from <http://www.oecd.org/pisa/keyfindings/pisa-2012-results-overview.pdf>.
- Pan, Y. G., Zhang, D.J., Chen, W. F., & Liu, G. Z. (2016). Preliminary validation of the social and emotional health survey in Chinese secondary school students. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 24(4), 680-683.
- Park, N., & Peterson, C. (2006). Moral competence and character strengths among adolescents: The development and validation of the values in action inventory of strengths for youth. *Journal of Adolescence*, 29(6), 891-909.
- Pickett, C. L., Gardner, W. L., & Knowles, M. (2004). Getting a cue: The need to belong and enhanced sensitivity to social cues. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30(9), 1095-1107.
- Proctor, C., Tsukayama, E., Wood, A., Matlby, J., Eades, J., & Linley, A. (2011). Strengths gym: The impact of character strengths-based intervention on the life satisfaction and well-being of adolescents. *The Journal of Positive Psychology*, 6(5), 377-388.
- Rashid, T. (2015). Positive psychotherapy: A strength-based approach. *The Journal of Positive Psychology*, 10(1), 25-40.
- Renshaw, T. L., Furlong, M. J., Dowdy, E., Rebelez, J., Smith, D. C., O'Malley, I. Lee, S., Strom, I. F. (2014). Covitality: A synergistic conception of adolescents' mental health, In M. J. Furlong, R. Gilman, & E. S. Huebner (Eds.), *Handbook of positive psychology in schools* (2nd ed., pp. 12-32). New York, NY: Routledge/Taylor & Francis
- Reynolds, C. R., & Kamphaus, R. W. (2004). *Behavior assessment system for children-second edition*. Circle Pines, MN: American Guidance

- Service.
- Rothson, C., Goodwin, L., & Stansfeld, S. (2012). Family social support, community “social capital” and adolescents’ mental health and educational outcomes: A longitudinal study in England. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(5), 697-709.
- Rush, W., Weber, M., Park, N., & Peterson, C. (2014). Character strengths in children and adolescents: Reliability and initial validity of the German values in action inventory of strengths for youth (German VIA-Youth). *European Journal of Psychological Assessment*, 30(1), 57-64.
- Schonert-Reichl, K. A., & Lawlor, M. S. (2010). The effects of a mindfulness-based education program on pre-and early adolescents’ well-being and social and emotional competence. *Mindfulness*, 1(3), 137-151.
- Seligman, M. E. P., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61(8), 774-788.
- Stewart, T., & Suldo, S. (2011). Relationships between social support sources and early adolescents’ mental health: The moderating effect of student achievement level. *Psychology in the Schools*, 48(10), 1016-1033.
- Suldo, S. M., & Shaffer, E. J. (2008). Looking beyond psychopathology: The dual-factor model of mental health in youth. *School Psychology Review*, 37(1), 52-68.
- Suldo, S. M., Thalji-Raitano, A., Kiefer, S. M., & Ferron, J. M. (2016). Conceptualizing high school students’ mental health through a dual-factor model. *School Psychology Review*, 45(4), 434-457.
- Wei, M., Liao, K. Y., Ku, T., & Shaffer, P. A. (2011). Attachment, self-compassion, empathy, and subjective well-being among college students and community adults. *Journal of Personality*, 79(1), 191-221.
- You, S., Furlong, M., Dowdy, E., Renshaw, T. L., Smith, D. C., & O’Malley, M. D. (2014). Further validation of the Social and Emotional Health Survey for high school students. *Applied Research in Quality of Life*, 9(4), 997-1015.
- You, S., Furlong, M., Felix, E., & O’Malley, M. (2015). Validation of the Social and Emotional Health Survey for five sociocultural groups: Multigroup invariance and latent mean analysis. *Psychology in the School*, 52(4), 349-362.

원고접수일 : 2018. 06. 21.

수정원고접수일 : 2018. 08. 08.

최종게재결정일 : 2018. 08. 08.

Complete Mental Health Screening based on a Dual-Factor Model of Mental Health: Differences among Mental Health Groups and Implications on Intervention

Seung-yeon Lee

So-hyun Ahn

Ewha Womans University

This study was conducted to confirm the validity of the complete mental health screening and explore its implications on intervention. For this purpose, this study classified four different mental health groups and examined how they differed in terms of four social emotional health domains and 12 psychological traits. The AMPQ-II, currently used, school-based mental health screener, and the SEHS-S were conducted. The self-report data of 847 middle school students were analyzed. Results indicated 78.4% were classified into a complete mental health group with 9.8% a vulnerable group, 6.5% a symptomatic, but content group, and 5.3% a troubled group. A complete mental health group was superior than both a vulnerable and a troubled group in all four domains (belief in self, belief in others, emotional competence, engaged living). A symptomatic, but content group was better than a troubled group in all domains. Multivariate logistic regression analyses indicated each group need to improve some psychological traits to experience complete mental health and suggested effective intervention strategies for each group. Finally, with the limitation of a traditional mental health screening, the importance of a complete mental health screening and intervention was emphasized.

Key words : complete mental health screening, dual factor model of mental health, developmental assets, Social Emotional Health Survey