

파괴적 행동문제가 있는 아동과 그 부모를 대상으로 실시한 집단 부모-아동 상호작용 치료(PCIT)효과 검증*

두 정 일[†]

이 정 숙

한양대학교

이 연구는 파괴적 행동문제를 보이는 한국의 학령전기 아동과 그 부모들을 대상으로 실시한 집단 부모-아동 상호작용 치료(Parent-Child Interaction Therapy)의 효과를 검증하였다. 이를 위해 만 3~7세 350명의 부모에게 ECBI(Eyberg Child Behavior Inventory)를 실시하여 상위 10%의 점수에 해당하는 아동 중 DSM-IV의 반항성 장애의 진단 기준에서 4개 이상의 항목에 해당되는 어머니와 자녀 24쌍을 최종 연구대상으로 선정하였다. 무선 할당된 실험집단에는 12주 집단 PCIT 프로그램을 실시하였고 대기 통제 집단에는 아무런 처치도 하지 않았다. 치료의 효과를 평가하기 위해서, 어머니의 양육 스트레스, 우울 및 자녀의 행동문제에 대한 설문지를 실시하였고 어머니와 자녀가 상호작용하는 장면을 일방경을 통해 관찰하였다. 그 결과 PCIT에 참여한 어머니들은 자녀의 행동문제와 자신의 양육스트레스가 유의하게 감소한 것으로 보고하였고 치료 전보다 치료 후에 긍정적인 상호작용은 증가하고 부정적인 상호작용은 감소하였다. 이 연구는 국내에서 최초로 파괴적인 행동문제가 있는 아동과 그 부모를 대상으로 집단 PCIT의 효과를 검증함으로써 PCIT 효과검증에 관한 경험적인 연구의 토대를 마련하였다는 점에서 주요한 의의를 지닌다.

주요어 : 부모-아동 상호작용 치료, 파괴적 행동, 긍정적 상호작용, 부정적 상호작용

* 본 연구는 두정일(2010)의 한양대학교 박사학위논문 '파괴적 행동문제가 있는 아동과 부모를 대상으로 실시한 집단 부모-아동 상호작용 치료 프로그램 효과 검증'을 일부 발췌·수정한 것임.

† 교신저자 : 두정일, 한양대학교 아동심리치료학과, 서울시 성동구 행당동 17번지
Tel : 010-3327-6181, E-mail : djidoo@hanmail.net

아동의 정상적 발달에 치명적 손상을 초래할 수 있는 파괴적 행동(disruptive behaviors)은 불순종이나 분노발작 혹은 과잉행동 등이 평균적 아동보다 더 높은 빈도나 강도로 나타나는 부정적 행동군을 의미하며 전생애 중 학령 전기에 가장 빈번하게 나타난다(Lavigne, Binns, Arend, Rosenbaum, Cristoffel, Hayford, et al., 1998). 파괴적 행동은 치료하지 않으면 계속적으로 악화되는 경향이 있으며(Loeber, 1982), 장기적으로는 청소년 비행과 물질남용 및 반사회적 행동 등의 부정적 결과를 초래할 수 있다(Loeber, Keenan, & Zang, 1997).

파괴적 행동은 다양한 원인에 의해 발생할 수 있으나 그 가운데 부모-아동간의 상호작용 방식은 대표적인 것으로 손꼽힌다. 많은 연구들은 부모의 강압적인 상호작용이 아동의 공격행동과 반항행동 및 품행장애 행동의 발달에 영향을 준다고 보고하였다(Campbell, 1991; Patterson, 1982; Patterson, Reid, & Dishion, 1992). McMahon과 Estes(1997)는 부모의 양육행동은 아동기 동안의 부적응 행동에 결정적인 역할을 한다고 주장하였고 Olson, Bates와 Bayles(1990) 등은 부모의 양육방식과 아동의 행동문제가 서로 관련되어 있음을 제안하였다. 이러한 결과들은 아동의 파괴적 행동을 교정하기 위해서는 부모-아동 관계를 증진시키고 부모의 제한 설정과 훈육의 일관성을 향상시킬 수 있는 효과적 전략으로 부모-아동간의 상호작용(Foote, Eyberg, & Schuhmann, 1998)에 초점을 맞출 필요가 있음을 시사한다.

Eyberg(1979)가 개발한 부모-아동 상호작용 치료(Parent-Child Interaction Therapy; PCIT; 이하, PCIT)는 행동이나 정서에 문제가 있는 학령 전기 아동들을 둔 가족들을 위해 설계되고 경험적으로 검증이 된 단기 치료방법으로 부

모와 아동 간의 상호작용에 중점을 둔다. 그리고 PCIT는 양육방식과 아동의 결과와 관련되어 있다는 Baumrind(1967)의 발달 연구에 기초를 두고 있다. Baumrind는 애정과 통제차원들 다가 높은 권위적인(authoritative) 부모의 중요성을 증명하였고 최상의 아동 결과를 촉진시키기 위해서 최상의 양육 스타일과 부모-아동 상호작용에 중점을 두어야 한다는 것을 강조하였다.

PCIT는 권위적인 양육방식을 획득하기 위해서 애착이론과 사회학습이론에서 아이디어를 얻는다(Foote, Eyberg, & Schuhmann, 1998). 애착이론에 따르면, 영·유아기 동안 부모가 자녀의 신호에 민감하고 반응적으로 대해 주면, 아이는 자신의 욕구가 부모에 의해서 충족될 것이라는 것을 기대하는 인지-정서 작동모형을 발달시키게 된다. 그리하여, 아동의 행동에 대해 온정적이고 반응적이고 민감한 부모의 자녀들은 더 효과적으로 정서와 행동을 조절한다. 이러한 이유로, PCIT는 긍정적인 양육기술을 가르치고 부모-아동 관계의 질을 개선시키는 데 초점을 두고 있는 아동 주도적인 상호작용(Child-Directed Interaction; 이하, CDI)부터 시작된다(Brinkmeyer & Eyberg, 2003; Querido, Bearss, & Eyberg, 2003). 부모는 놀이치료 기술처럼 자녀와 놀면서 사용할 특별한 기술들(칭찬하기, 자녀가 하고 있는 것을 묘사하기 및 아동이 말한 것을 반영해줌으로써 긍정적인 관심을 쏟아주는 방법)을 배운다(Brinkmeyer & Eyberg, 2003; Hembree-Kigin & McNeil, 1995). 이러한 기술들은 아동이 적절한 행동을 하는 것을 강화시켜주고 부모가 철저히 관심을 두고 있다는 것을 아동에게 전달해 준다.

사회학습 이론에서 아동의 행동문제는 역기능적인 부모-아동 상호작용에 의해서 형성되

고 지속된다는 것을 강조한다. 역기능적인 관계를 형성한 가족 구성원들은 습관적으로 혐오스런 행동을 통해서 타인의 행동을 조정하려고 하기 때문에 강압적인 상호작용이 형성되며(Patterson, 1982; Patterson, DeBaryshe, & Ramsey, 1989), 강압적인 상호작용은 부적 강화에 의해서 지속된다. 외현화 행동을 보이는 아동의 부모들은 독재적으로 힘을 휘두르는 훈육방식을 사용하거나 애매하고 방임적인 훈육방식을 사용하는 경향이 있다. 이러한 부모의 일관적이지 못한 훈육방식은 자녀의 외현화 행동을 증가시키는 결과를 가져온다(Sansbury & Wahler, 1992). 그리하여, PCIT의 두 번째 단계에서 부모들은 부모-주도적인 상호작용(Parent-Directed Interaction; 이하, PDI)을 하면서 치료자가 제공해 주는 실시간 코칭을 통해 효과적으로 지시하는 방법을 배우고 칭찬(순종의 경우)이나 처벌(불순종에 대한 타임아웃)으로 일관성 있게 아동들을 대하는 방법을 학습한다(Brinkmeyer & Eyberg, 2003; Hembree-Kigin & McNeil, 1995; Querido et al., 2003).

Loeber, Burke와 Pardini(2009) 등이 파괴적 행동문제의 치료에 관해 광범위하게 고찰한 결과, 가장 효과적인 치료 전략은 인지행동 전략과 부모 관리 훈련(parent management training; PMT)이었고 부모의 참여가 치료효과와 유지에서 중요하였다.

Loeber 등(2009)은 파괴적인 행동문제가 있는 아동·청소년들을 위한 다양한 치료 프로그램 중에서 어린 아동들을 대상으로 PMT 전략을 사용하여 효과가 검증된 치료로 PCIT(Eyberg, Boggs, & Algina, 1995)와 Webster-Stratton(1996)의 놀라운 기간(Incredible Years; IY)을 제안하였다. 그리고 Thomas와 Zimmer-Gembeck(2007)은 미국과 오스트레일리아에서 가장 널리 보급되

었고 효과가 잘 검증된 개입프로그램으로 PCIT와 긍정적인 양육프로그램(Positive Parenting Program; Triple P; 이하, Triple P; Sanders, 1999)을 메타분석을 통해 소개하였다. PCIT는 IY나 Triple P와 달리 부모와 아동이 반드시 함께 참여한다는 점, 부모-아동 간의 상호작용 장면을 직접 관찰한다는 점, 실시간 코칭을 통해 부모들에게 즉각적인 피드백을 줌으로써 부모-아동 상호작용에 도움이 되는 기술을 익힌다는 점에서 고유한 장점을 지녔다.

PCIT의 목표가 부모에게는 아동과 좀 더 긍정적인 관계를 형성하도록 하고, 자녀에게는 바람직한 행동을 증가시키며 부적절한 행동을 줄이도록 하는데 있기 때문에 다양한 문제유형에 적용될 수 있다는 장점을 갖는다(Eyberg, 2005). 그에 따라 PCIT는 파괴적인 행동장애(McNeil, Capage, Bahl, & Blanc, 1999; Perez, 2008)와 주의력결핍 과잉행동장애(Matos, Bauermeister, & Bernal, 2009), 만성적 질병(Bagner, Fernandez, & Eyberg, 2004), 방임된 아동(Mcrae, 2003), 신체 학대를 받은 아동의 가족(Urquiza, 1996), 가정폭력에 노출된 아동들(Gat, 2007), 그리고 정서 및 불안장애 아동들(Choate, Pincus, Eyberg, & Barlow, 2005)에게 실시하였을 때 효과가 있음이 입증되었다.

현재까지 PCIT의 효과는 주로 백인 아동들 대상으로 검증되었을 뿐 다른 문화적 배경을 가진 아동들에게 그 효과를 검증한 연구들은 그리 많지 않다. 단지 스페인어를 사용하는 라틴계 아동을 대상으로 하는 연구들(Borrego, Anhalt, Terao, Vargas, & Urquiza, 2006; McCabe, & Yeu, 2009)과 소수민족을 중심으로 PCIT의 효과를 검증하려는 시도가 이루어지고 있을 뿐이다(Bulter & Eyberg, 2006). 우리나라에서는 PCIT가 이경숙(1991)에 의해 처음 소개되고,

PCIT에 대한 고찰 논문이 이정숙과 두정일(2008)에 의해 발표된 후 일부에서 PCIT가 실시되고 있으나 아직 경험적인 연구가 이루어지지 않은 실정이다.

학령전기 파괴적 행동은 높은 유병율과 나쁜 예후 때문에 주목을 받고 있다(Loeb, Burke, Lahey, Winters & Zera, 2000). ODD, CD를 포함한 파괴적 행동장애의 유병율은 2~16% 사이에 있는 것으로 추정된다(American Psychiatric Association, 2000). 우리나라에서도 서울시교육청 산하 학교보건진흥원이 펴낸 '학교보건연보'에 따르면 2005년 9~12월 서울시내 소아청소년과 부모 총 2,672명을 대상으로 정신장애를 조사한 결과 주의력결핍 과잉행동장애와 적대적 반항장애 및 품행장애를 보인 경우가 전체 응답자의 25.72%로 가장 많았다. 파괴적 행동장애가 있는 아동들은 학교 적응문제(Campbell & Ewing, 1990), 반사회적 행동(Loeb, 1990)의 위험에 처해 있고 정상보다 더 높은 비율의 약물남용과 대인간 문제(Lynskey & Fergusson, 1995)가 있는 것으로 밝혀졌다. 또한 초기 파괴적 행동은 실제로 청소년 비행, 성인 범죄행동의 가장 큰 위험요인으로(Loeb & Dishion, 1983) 엄청난 사회비용을 초래한다(Neary & Eyberg, 2002).

따라서 파괴적 행동문제에 대한 개입은 아주 중요하다. 그리고 파괴적 행동은 학령전기에 치료하는 것이 그 이후에 치료하는 것보다 더 효과적(Ruma, Burke, & Thompson, 1996; Strain, Young, & Horowitz, 1981)이기 때문에 파괴적 행동을 조기에 치료하는 것은 매우 시급하고 중요한 일로 인식된다(Butler & Eyberg, 2006). 학교 들어가기 전에 파괴적 행동을 효과적으로 치료하는 것은 불과 몇 년 후에 더 많은 개입이 필요할 학업수행과 또래관계 관

련 문제를 예방해줄 것이다(Reid, 1993; Webster-Stratton, 1994). 그에 따라 이 연구에서는 파괴적 행동문제가 있는 학령전기 한국 아동들과 그 부모들을 대상으로 지금까지 파괴적 행동문제의 치료에 관한 연구에서 경험적으로 효과가 잘 검증된 개입인 집단 PCIT의 효과를 검증하고자 한다. 이를 위한 구체적인 연구문제는 다음과 같다.

연구문제 1. 집단 PCIT는 아동의 행동문제를 감소시키는 데 효과적인가?

연구문제 2. 집단 PCIT는 부모의 양육스트레스를 감소시키는 데 효과적인가?

연구문제 3. 집단 PCIT는 부모의 우울을 감소시키는 데 효과적인가?

연구문제 4. 집단 PCIT는 부모의 긍정적인 상호작용을 증가시키고 부정적인 상호작용을 감소시키는 데 효과적인가?

연구문제 5. 집단 PCIT에 참여한 부모는 높은 수준의 치료만족도를 보고하는가?

방 법

연구대상

집단 PCIT 대상자는 서울시에 소재한 5개의 유아교육기관에 다니는 만 3~7세 350명 부모를 대상으로 하여 Eyberg가 개발한 아동의 행동문제측정도구(Eyberg Child Behavior Inventory; ECBI; 이하, ECBI)를 실시하였다. ECBI의 절단점(Cut off)은 전체 모집단의 평균점수에서 1.5 표준편차로 정했다. 그래서 상위 10% 점수에 해당하는 아동 70명을 1차적으로 선발하였다.

1차적으로 선발된 아동의 부모에게 전화 접

측을 통하여 연구의 목적과 내용을 설명하였고 이중 참여의사가 있는 40명의 어머니와 각각 면담시간을 정했다. 어머니의 주호소를 중심으로 한 간단한 면담 후에 DSM-IV의 반항성 장애의 진단 기준에서 거부적, 적대적, 도전적 행동 양상이 적어도 6개월 이상 지속되고 적어도 4개 이상의 항목에 해당되는 것으로 보고한 어머니-자녀 24쌍을 연구대상으로 선정하였다. 최종 선발된 어머니-자녀 24쌍의 부모-아동 쌍을 무선 할당하여 각각 12쌍씩 실험집단과 대기 통제집단으로 구분하였다. 대기 통제집단에는 사후검사가 끝난 후 실험집단에게 제공했던 동일한 PCIT 프로그램을 동일한 방법으로 제공하였다.

본 연구의 대상은 실험집단과 통제집단 모두 어머니였고 연령은 대부분이 30대(91.7%)였다. 실험집단 아동의 평균연령은 4.75($SD=.96$)세이고, 통제집단 아동의 평균연령은 4($SD=1.20$)세 이었다. 성별은 실험집단은 남아가 8명(66.7%), 여아가 4명(33.3%)이었고 통제집단은 남아가 9명(75.0%), 여아가 3명(25.0%)이었다.

측정도구

아동의 행동문제 측정도구(Eyberg Child Behavior Inventory; ECBI)

아동의 행동문제를 측정하기 위해서 ECBI를 사용하였다. ECBI는 파괴적인 행동문제가 있는 아동과 청소년을 측정하기 위해 널리 사용되는 부모평정 측정도구이다(McNahon & Estes, 1997). 문항은 얼마나 자주 그 행동이 일어나는지를 1(전혀 그렇지 않다), 2(아주 가끔), 3(가끔), 4(절반정도), 5(자주), 6(매우자주), 7(항상 그렇다)로 7점 Likert 척도 상에 부모가 표

시한다. 또한 부모는 그 특정 행동이 현재 자신에게 문제가 되는지를 예, 아니오로 표시한다. 이를 통해서 강도점수(Intensity Score; IS; 이하, IS)와 문제점수(Problem Score; PS; 이하, PS)라는 두개의 요약점수가 산출된다. IS점수의 범위는 36~252점이고 PS점수의 범위는 0~36점이다. IS 점수가 높을수록 문제행동이 더 자주 발생하는 것을 나타내고 PS 점수가 높을수록 부모가 문제로 보는 행동이 더 많은 것을 나타낸다. 이 연구에서의 IS, PS의 내적 일관성 계수는 각각 $\alpha=.90$, $\alpha=.86$ 이었고 3주 간격으로 이루어진 검사-재검사 신뢰도는 IS의 경우 .80, PS의 경우 .97로 나타났다. ECBI의 타당화 연구(두정일, 2010)결과 K-CBCL과의 수렴 타당도는 K-CBCL의 외현화 척도와 IS는 .40~.66 그리고 PS와는 .30~.39의 정적상관이 있는 것으로 나타났다. 그리고 파괴적인 행동문제를 보이는 아동($N=30$)과 정상아동($N=350$) 사이의 ECBI의 IS와 PS에서의 차이를 검증한 결과 파괴적 행동문제 아동집단이 정상아동 집단보다 더 높은 ECBI IS 점수와 PS 점수를 나타냈으며 이는 각각 통계적으로 유의하였다($t=-17.80, P<.001, t=-12.58, P<.001$).

부모-아동 상호작용 코딩 시스템(Dyadic Parent-Child Interaction Coding System)

부모-아동의 사회적 상호작용의 질을 평가하기 위해서 Eyberg, Nelson, Duke과 Boggs (2004) 등이 수정한 부모-아동 상호작용 코딩 시스템-3판(Dyadic Parent-Child Interaction Coding System-Third Edition; DPICS-III; 이하, DPICS)을 사용하였다. DPICS 카테고리의 신뢰도와 타당도는 광범위하게 증명되었고 심리측정치가 DPICS-III 매뉴얼(Eybert et al., 2004)에 요약되었다. 이 연구에서 사용된 부모 카테고리

행동묘사(아동이 현재하고 있거나 방금 마친 언어적 또는 비언어적 행동을 묘사하는 것); 반영(아동이 앞서 말한 것과 같은 의미를 지닌 어구나 문장을 부모가 서술적으로 따라 말하는 것); 칭찬(아동에게 긍정적인 평가를 하는 말); 비판(아동을 비난하는 말); 질문(아동에게 질문하는 말); 지시(아동에게 지시하는 말)이었다.

아동이 놀이를 주도(Child-Lead Play)하는 동안 부모-아동 상호작용에서의 변화를 살펴보기 위해 두 가지 통합 카테고리들(행동묘사, 반영, 그리고 칭찬)의 빈도를 합해서 “긍정적인 상호작용”이라는 통합 카테고리를 만들었고 놀이 동안 아동이 아닌 부모가 놀이를 이끌어가게 되기 때문에 하지 말아야 하는 카테고리들(질문, 지시, 비판적인 말)의 빈도를 합해서 “부정적인 상호작용”이라는 통합카테고리를 사용하여 분석하였다. 이 연구에서는 이 측정도구의 개발자인 Eyberg로부터 40시간의 부모-아동 상호작용 코딩 시스템 훈련을 받은 주 치료자와 Eyberg의 수퍼비전 하에 주 치료자로부터 6개월 동안 훈련을 받은 보조 치료자 한 명이 녹화된 테이프를 이용하여 DPICS 코딩을 동시에 실시하여 평가자간 신뢰도를 살펴보았다. 평가자간 신뢰도를 Pearson 상관계수를 통해서 살펴보았을 때 사전검사의 경우, 긍정적인 상호작용 .81 부정적인 상호작용 .92 사후검사의 경우, 긍정적인 상호작용 .88, 부정적인 상호작용 .98, 추후 검사의 경우, 긍정적인 상호작용 .89, 부정적인 상호작용 .98로 나타났다. 급내 상관계수(ICC)를 통해 평가자간 신뢰도를 살펴보았을 때도 수치가 유사하게 나타나 매우 신뢰로운 수준이었다.

부모의 양육스트레스(Parental Stress Index; PSI)

어머니의 양육스트레스를 측정하기 위해 Abidin(1990)의 Parenting Stress Index(PSI)를 서혜영(1992)이 번안한 36문항을 사용하였다. 이 척도는 부모의 고통, 부모-아동간 역기능적 상호작용, 그리고 아동의 까다로운 기질 등의 세 가지 하위요인들을 포함하며, 각 요인별로 12문항 씩 총 36문항으로 구성되어 있다. 부모의 고통은 어머니가 부모역할을 수행하면서 경험하는 부모 개인의 고통을, 부모-아동간 역기능적 상호작용은 어머니가 자녀와 상호작용하는 과정에서 경험하는 스트레스를, 그리고 자녀의 까다로운 기질은 자녀의 기질로 인해 어머니가 경험하는 스트레스를 의미한다. 각 문항은 5점 Likert식 척도(‘전혀 그렇지 않다’ 1점에서 ‘매우 그렇다’ 5점)로 되어 있으며 가능한 점수의 범위는 36-180점이며, 점수가 높을수록 어머니가 양육에서 스트레스를 많이 지각하고 있음을 의미한다. 부모의 고통요인, 역기능적 상호작용 요인, 까다로운 기질 관련 양육스트레스의 내적 일관성 계수는 각각 $\alpha = .86$, $\alpha = .75$, $\alpha = .75$ 이었다.

어머니의 우울

어머니의 우울정도를 측정하기 위해서 Beck(1967)이 개발하고 이영호와 송종용(1991)이 번안한 것을 사용하였다. Beck의 우울척도는 우울증의 정서적, 인지적, 동기적, 생리적 증상 영역을 포함하는 21개의 문항으로 구성되어 있는데 정도에 따라서 기술되어 있는 4개의 문항 중 하나를 선택하게 되어 있다. 각 문항마다 0점에서 3점까지의 점수가 주어지게 되며 총점은 0점에서 63점까지이다. BDI(1967)에 의하면 0-9점은 우울하지 않은 것으로, 10~15

점은 경우울로, 16~23점은 우울증, 24~63점은 중우울로 해석된다. 이 연구에서의 내적 일관성 계수는 $\alpha=.90$ 이었다.

치료 태도(Therapy Attitude Inventory; TAI)

치료를 마친 후의 만족도를 측정하기 위하여 Eyberg(1993)가 개발한 치료 태도 측정도구(Therapy Attitude Inventory; 이하, TAI)를 번안하여 사용하였다. 이 척도는 10개의 문항으로 구성되어 있고 양육자의 기술과 아동의 행동에 미친 치료의 영향을 평가하기 위해 설계되었다. TAI는 특별히 PCIT와 같은 행동주의적 부모 훈련 프로그램에 사용하기 위해서 개발되었다. 이 척도는 '치료를 매우 불만족한다 또는 문제가 상당히 악화되었다'(1점)에서 '치료를 매우 만족한다. 또는 문제가 많이 개선되었다'(5점)까지의 Likert 형식으로 구성되어 있으며 점수가 높을수록 치료 과정과 치료 결과에 대한 만족도가 높다는 것을 의미한다. TAI는 신뢰도와 타당도가 증명되었고 치료의 민감성도 증명되었다(Brestan, Jacobs, Rayfield, & Eyberg, 1999). PCIT에 대한 선행 연구는 치료를 마친 양육자의 평균 TAT점수는 43점에서 46점의 범위에 있다고 지적했다(Brestan, Jacobs, Rayfield, & Eyberg, 1999; Schuhmann, Foote, Eyberg, Boggs, & Algina, 1998). 이 연구에서의 내적 일관성 계수는 사후 .81, 추후 .88로 신뢰로운 수준이었다.

연구절차

사전검사

초기면접은 부모-아동 상호작용 치료에 참가자로 선발된 24명 어머니들을 대상으로 서울 J 상담소 검사실에서 개별적으로 이루어졌

다. 먼저 연구를 위해 실시되는 설문지와 녹화되는 테이프는 절대 비밀이 보장되며 학문적인 연구로서만 활용한다는 것에 대해 어머니들로부터 동의서를 받았다.

초기 면접 시, 간단한 임상면접과 함께 사전검사가 이루어졌다. 설문지 작성과 행동관찰이 포함된 사전검사는 약 2시간씩 소요되었다. 어머니-아동 24쌍은 사회인구학적 설문지, ECBI, 양육스트레스, 우울 등의 설문지를 완성한 후 DPICS 관찰을 마쳤다. 놀이실에는 지정된 5개의 장난감 세트(레고블럭, 소꿉놀이 셋, 조립식 장난감, 젓가, 미스터 포테이토)를 제외한 모든 물건이 정리되었고 표준화된 DPICS 관찰 요건에 따라 비디오로 녹화되었다.

프로그램 실시

실험집단을 대상으로 한 PCIT은 매주 1회(2시간 30분 - 3시간씩) 12회기 동안(2009년 4월 12일 - 6월 30일) 서울 J 상담센터에서 세 집단(각각 4쌍)으로 운영되었다. 프로그램 진행 리더는 플로리다 대학에서 열린 40시간의 PCIT 워크샵에서 실습과 시험을 통과하고 뉴욕대학교 아동연구센터에서 6개월 동안 PCIT 집중 훈련을 받은 주 치료자가 하였다. 보조 치료자는 PCIT 매뉴얼을 매주 2시간씩 6개월 이상 스터디를 한 후 DPICS 코딩 시스템을 충분히 숙지하고 있는 대학원생 5명이었다. 매 회기동안 주 치료자와 한 명의 보조치료자가 관찰실에서 프로그램에 직접 참여했고 다른 명의 보조치료사는 아동을 돌보는 일에 참여했다.

초기면접 평가를 마친 1주 후부터 참가자들은 집단 치료를 시작하였다. 이 프로그램은 크게 CDI단계(1회기: 교육회기, 2-5회기: 연습회기)와 PDI단계(6회기: 교육회기, 7-11회기:

표 1. 집단 PCIT 구성

| 단계 | 회기 | 교육 목표 | 교육 내용 |
|-----------|------|---|--|
| CDI 교육 | 1 | · PCIT 소개하기 · 집단구성원들과의 라포 형성 | · PCIT에 대한 소개 · CDI 교육회기- CDI 기술설명과 역할놀이를 통한 연습 |
| CDI | 2-5 | · “특별놀이시간”의 중요성을 인식 시키기 · 코칭을 통해 CDI 기술을 익히기 | · CDI 코칭회기- 코칭을 통한 CDI 기술연습 |
| PDI 교육 | 6 | · 효과적인 지시하기 익히기 · 타임아웃 절차 익히기 | · PDI 교육회기- PDI 기술 설명과 6개의 역할 놀이 상황을 통해 타임아웃 절차 연습 |
| | 7 | · PDI 기술을 익힘 | · PDI 코칭회기- 각 가족별로 PDI 기술 연습 |
| PDI | 8-11 | · PDI 기술 익히기 · CDI 기술 유지하기 · 기술을 일반화시키기 | · PDI 코칭회기- 집단으로 PDI 기술 연습 · 분노조절 방법 배움(8회기) · 가정규칙 적용하기(10회기) · 공공장소에서 타임아웃 실시하기(11회기) |
| 사후평가 및 종결 | 12 | · 프로그램 종료 후 생길 수 있는 잠정적인 문제 다루기 | · 진행사항에 대한 검토 · 프로그램 종료 후 생길 수 있는 잠정적인 문제 토론 · 종결 파티 & 사후 평가 |

연습회기, 12회기: 평가회기)로 구성되었다. 첫 번째 CDI와 PDI가 시작되는 교육회기에는 아동 없이 부모들만 참석했다. CDI의 2-5회기에서 처음 30-40분은 집단에서 생기는 문제해결과 숙제-관련토론을 한 후에, 각 부모는 자녀들과 함께 놀면서 코칭을 받았다. 이때 어머니-아동 한 쌍은 놀이실에 있었고 다른 부모들과 치료자는 일방경이 있는 관찰실에 있었다. 그리고 PDI의 7-11 회기에서도 처음 30-40분은 집단에서 생기는 문제해결과 숙제-관련 토론 및 새로운 기술을 배웠다. 각 회기별 프로그램 구성내용은 표 1에 제시하였다.

사후 검사 및 추후 검사

12회기에 치료자는 부모의 발전사항을 검토했고 치료 후에 생길 수 있는 문제를 어떻게

다룰지를 토론했다. 또한 부모들은 ECBI, 양육스트레스, 우울, 치료만족 설문지 완성 및 DPICS 관찰이 포함된 사후 평가 측정을 마쳤다. 마지막으로 종결 파티가 행해졌다.

PCIT 프로그램이 끝나고 3달 후에, 모든 부모들이 추후 연구 평가에 참석하였다. 각 부모들은 ECBI, 양육스트레스, 우울 등의 설문지를 완성했고 DPICS 관찰도 끝마쳤다.

자료 분석

파괴적 행동문제가 있는 아동을 대상으로 집단 부모-아동 상호작용 치료 프로그램의 효과를 살펴보기 위해 SPSS 12.0 프로그램을 사용하였다. 연구대상자의 일반적 특성을 살펴보기 위해서는 빈도와 백분율을 구하였고 프

로그래의 실시에 따른 효과를 검증하기 위해서는 비모수 통계분석을 실시하였다. 프로그램에 참여한 집단원이 적어서 모집단의 정규 분포성을 가정할 수 없어서였다. 실험집단과 통제집단의 사전 동질성을 검증하고 집단간 사후 평가를 위해서는 맨 휘트니 U검증(Mann-Whitney U Test)을 실시하여 실험집단과 통제 집단의 차이를 비교하였다. 그리고 집단 내에서의 사전·사후 검사를 비교하기 위해서는 비모수 통계인 Wilcoxon의 짝을 이룬 부호순위 검증(Wilcoxon Signed-Ranks Test)를 실시하였다.

그리고 DPICS 코딩의 측정자간 신뢰도 분석을 위해서는 Pearson 상관계수와 급간 내 상관분석(ICC)을 실시하였다.

결 과

실험집단과 통제집단의 동질성 검사

PCIT 프로그램이 아동의 행동문제, 어머니의 양육스트레스, 어머니의 우울에 미치는 효

표 2. 실험집단과 통제집단의 동질성 검증

| 구분 | 집단 | 평균순위 | 순위합 | U | Z | |
|-------------|-----------|-------|--------|--------|-------|-------|
| 아동의 행동문제 | 반항적행동 | 실험 | 11.50 | 138.00 | 60.00 | -.69 |
| | | 통제 | 13.50 | 162.00 | | |
| | 부주의행동 | 실험 | 12.13 | 145.50 | 67.50 | -.26 |
| | | 통제 | 12.88 | 154.50 | | |
| | 품행문제 행동 | 실험 | 12.00 | 144.00 | 66.00 | -.34 |
| | | 통제 | 13.00 | 156.00 | | |
| | 전체 문제 강도 | 실험 | 11.75 | 141.00 | 63.00 | -.52 |
| | | 통제 | 13.25 | 159.00 | | |
| | 전체 문제 여부 | 실험 | 11.75 | 141.00 | 63.00 | -.52 |
| | | 통제 | 13.25 | 159.00 | | |
| 양육 스트레스 | 부모의 고통 | 실험 | 11.88 | 142.50 | 64.50 | -.43 |
| | | 통제 | 13.13 | 157.50 | | |
| | 역기능적 상호작용 | 실험 | 14.42 | 173.00 | 49.00 | -1.34 |
| | | 통제 | 10.58 | 127.00 | | |
| | 아동의 기질 | 실험 | 13.42 | 161.00 | 61.00 | -.63 |
| | | 통제 | 11.58 | 139.00 | | |
| 전체 양육스트레스 | 실험 | 13.17 | 158.00 | 64.00 | -.46 | |
| | 통제 | 11.83 | 142.00 | | | |
| 우울 | 어머니의 우울 | 실험 | 11.33 | 136.00 | 58.00 | -.49 |
| | | 통제 | 12.73 | 140.00 | | |

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

과를 확인하기에 앞서 실험집단과 통제집단의 동질성을 알아보기 위해 맨-휘트니 U 검증을 실시하였다. 그 결과는 표 2에 제시하였다. 분석결과 집단 PCIT프로그램을 실시하기 전에 실험집단과 통제집단은 아동의 행동문제, 어머니의 양육스트레스, 어머니의 우울에서 통계적으로 유의한 차이가 나타나지 않아 실험집단과 통제집단이 동질적임을 알 수 있었다.

아동의 행동문제의 변화

아동의 행동문제에 대해서 실험집단과 통제집단의 평균 순위 차이를 알아보기 위해 맨 휘트니 U검증(Mann-Whitney U test)를 실시하였으며 그 결과는 표 3에 제시하였다.

실험집단과 통제집단 간의 사후 검사를 비교한 결과, 반항적 행동, 부주의 행동, 품행문제 행동, 전체 문제강도 및 전체 문제 여부에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다(각각, $Z=-4.13, p<.001$; $Z= -3.18, p<.001$; $Z=-2.89,$

$p<.001$; $Z=-4.16, p<.001$; $Z=-4.17, p<.001$). 즉, 통제집단에 비교할 때, 프로그램을 마친 후에, 실험집단의 부모는 아동의 반항적 행동, 부주의 행동, 품행문제 행동, 전체문제 강도 및 문제여부에서 유의하게 더 적은 행동문제를 보고하였다. cohen's d를 사용한 효과의 크기는 $-1.16\sim-3.39$ 로 나타났다. 이 결과는 표 3에 제시하였다. 구체적으로 실험 집단의 사전-사후-추후 결과를 비교하기 위해 비모수 통계 Wilcoxon의 짝을 이룬 부호순위검증(Wilcoxon Matched-pairs Signed-ranks Test)를 실시하였으며 그 결과는 표 4에 제시하였다.

실험집단 아동의 행동문제에 대한 사전-사후검사를 비교한 결과, 반항적 행동, 부주의 행동, 품행문제 행동, 전체문제 강도 및 전체 문제여부에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다(각각, $Z=-3.06, p<.01$; $Z=-2.90, p<.01$; $Z=-2.82, p<.01$; $Z=-3.06, p<.01$; $Z=-3.07, p<.01$). 이는 아동의 행동문제 수준이 프로그램 실시 후에 유의하게 감소했음을 나타낸다. 또

표 3. 아동의 행동문제에 대한 사후검사 실험 및 통제 집단 간 맨 휘트니 U검증

| 구분 | 집단 | 평균순위 | 순위합 | U | Z | d |
|----------|----|-------|--------|-------|----------|-------|
| 반항적 행동 | 실험 | 6.54 | 78.50 | .50 | -4.13*** | -3.27 |
| | 통제 | 18.46 | 221.50 | | | |
| 부주의 행동 | 실험 | 7.92 | 95.00 | 17.00 | -3.18*** | -1.27 |
| | 통제 | 17.08 | 205.00 | | | |
| 품행문제 행동 | 실험 | 8.33 | 100.00 | 22.00 | -2.89** | -1.16 |
| | 통제 | 16.67 | 200.00 | | | |
| 전체 문제 강도 | 실험 | 6.50 | 78.00 | .00 | -4.16*** | -3.08 |
| | 통제 | 18.50 | 222.00 | | | |
| 전체 문제 여부 | 실험 | 6.50 | 78.00 | .00 | -4.17*** | -3.39 |
| | 통제 | 18.50 | 222.00 | | | |

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

표 4. 아동의 행동문제에 대한 Wilcoxon 검증결과

| | 실험집단 | 음의 순위 (평균 순위) | 사례수 | 양의 순위 (평균순위) | 사례수 | 동률 사례수 | Z |
|-------------|-------|------------------|-----------------|-----------------|----------------|----------------|---------|
| 반항적 행동 | 사전-사후 | 6.50(78.00) | 12 ^a | .00(.00) | 0 ^b | 0 ^c | -3.06** |
| | 사전-추후 | 6.50(78.00) | 12 ^d | .00(.00) | 0 ^e | 0 ^f | -3.06** |
| | 사후-추후 | 6.38(25.50) | 4 ^g | 5.79(40.50) | 7 ^h | 1 ⁱ | -.67 |
| 부주의 행동 | 사전-사후 | 6.91(76.00) | 11 ^a | 2.00(2.00) | 1 ^b | 0 ^c | -2.90** |
| | 사전-추후 | 7.00(77.00) | 11 ^d | 1.00(1.00) | 1 ^e | 0 ^f | -2.98** |
| | 사후-추후 | 4.80(24.00) | 5 | 4.00(12.00) | 3 ^h | 4 ⁱ | -.85 |
| 품행문제 행동 | 사전-사후 | 6.82(75.00) | 11 ^a | 3.00(3.00) | 1 ^b | 0 ^c | -2.82** |
| | 사전-추후 | 6.89(62.00) | 9 ^d | 2.00(4.00) | 2 ^e | 1 ^f | -2.58** |
| | 사후-추후 | 5.80(29.00) | 5 ^g | 5.20(26.00) | 5 ^h | 2 ⁱ | -.15 |
| 전체 문제 강도 | 사전-사후 | 6.50(78.00) | 12 ^a | .00(.00) | 0 ^b | 0 ^c | -3.06** |
| | 사전-추후 | 6.50(78.00) | 12 ^d | .00(.00) | 0 ^e | 0 ^f | -3.06** |
| | 사후-추후 | 6.17(37.00) | 6 ^g | 5.80(29.00) | 5 ^h | 1 ⁱ | -.35 |
| 전체 문제 여부 | 사전-사후 | 6.50(78.00) | 12 ^a | .00(.00) | 0 ^b | 0 ^c | -3.07** |
| | 사전-추후 | 7.00(77.00) | 11 ^d | 1.00(1.00) | 1 ^e | 0 ^f | -2.98** |
| | 사후-추후 | 3.00(15.00) | 5 ^g | 6.00(6.00) | 1 ^h | 6 ⁱ | -.97 |

a. 사전>사후 b. 사전<사후 c. 사전=사후 d. 사전>추후 e. 사전<추후
f. 사전=추후 g. 사후>추후 h. 사후<추후 i. 사후=추후

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

한 치료 효과의 지속성을 알아보기 위해 프로그램에 참여하기 전에 실시한 사전검사 점수와 프로그램 종료 후 3개월 후의 추후검사를 비교한 결과, 반항적 행동, 부주의 행동, 품행문제 행동, 전체문제 강도 및 전체 문제여부에서 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다(각각, $Z = -3.06$, $p < .01$; $Z = -2.98$, $p < .01$; $Z = -2.58$, $p < .01$; $Z = -3.06$, $p < .01$; $Z = -2.98$, $p < .01$). 이는 아동의 행동문제가 프로그램 종료 후 3개월 후에도 감소된 상태를 유지하고 있는 것을 보여준다.

어머니의 양육스트레스에서의 변화

어머니의 양육스트레스에 대해서 실험집단과 통제집단의 평균 순위 차이를 알아보기 위해 맨 휘트니 U검증(Mann-Whitney U test)를 실시하였으며 그 결과는 표 5에 제시하였다.

실험집단과 통제집단 간의 사후 검사를 비교한 결과, 부모의 고통관련 양육스트레스, 아동의 기질관련 양육스트레스, 전체 양육스트레스에서는 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다(각각, $Z = -2.55$, $p < .01$; $Z = -2.17$, $p < .05$;

표 5. 어머니의 양육스트레스에 대한 사후검사 실험 및 통제 집단 간 맨 휘트니 U검증

| 구분 | 집단 | 평균순위 | 순위합 | U | Z | d |
|------------|----|-------|--------|-------|---------|-------|
| 부모의 고통 | 실험 | 8.83 | 106.00 | 28.00 | -2.55** | 2.94 |
| | 통제 | 16.17 | 194.00 | | | |
| 역기능적인 상호작용 | 실험 | 10.04 | 120.50 | 42.50 | -1.70 | -0.71 |
| | 통제 | 14.96 | 179.50 | | | |
| 아동의 기질 | 실험 | 9.38 | 112.50 | 34.50 | -2.17* | -0.93 |
| | 통제 | 15.63 | 187.50 | | | |
| 전체 양육스트레스 | 실험 | 8.88 | 106.50 | 28.50 | -2.52** | -1.11 |
| | 통제 | 16.13 | 193.50 | | | |

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

표 6. 어머니의 양육스트레스에 대한 Wilcoxon 검증결과

| | 실험집단 | 음의 순위 | | 양의 순위 | | 동률 사례수 | Z |
|------------|-------|-------------|-----------------|-------------|----------------|----------------|---------|
| | | (평균순위) | 사례수 | (평균순위) | 사례수 | | |
| 부모의 고통 | 사전-사후 | 7.61(68.50) | 9 ^a | 3.17(9.50) | 3 ^b | 0 ^c | -2.33* |
| | 사전-추후 | 6.40(64.00) | 10 ^d | 2.00(2.00) | 1 ^e | 1 ^f | -2.76** |
| | 사후-추후 | 5.71(40.00) | 7 ^e | 6.50(26.00) | 4 ^h | 1 ⁱ | -.62 |
| 역기능적인 상호작용 | 사전-사후 | 6.20(62.00) | 10 ^a | 4.00(4.00) | 1 ^b | 1 ^c | -2.59** |
| | 사전-추후 | 7.00(77.00) | 11 ^d | 1.00(1.00) | 1 ^e | 0 ^f | -2.98** |
| | 사후-추후 | 6.08(36.50) | 6 ^e | 5.90(29.50) | 5 ^h | 1 ⁱ | -.31 |
| 아동의 기질 | 사전-사후 | 6.50(78.00) | 12 ^a | .00(0.00) | 0 ^b | 0 ^c | -3.07** |
| | 사전-추후 | 6.50(78.00) | 12 ^d | .00(0.00) | 0 ^e | 0 ^f | -3.06** |
| | 사후-추후 | 7.67(46.00) | 6 ^e | 5.33(32.00) | 6 ^h | 0 ⁱ | -.55 |
| 전체 양육 스트레스 | 사전-사후 | 6.00(66.00) | 11 ^a | .00(0.00) | 0 ^b | 1 ^c | -2.93** |
| | 사전-추후 | 6.50(78.00) | 12 ^d | .00(0.00) | 0 ^e | 0 ^f | -3.06** |
| | 사후-추후 | 7.93(55.50) | 7 ^e | 4.50(22.50) | 5 ^h | 0 ⁱ | -1.29 |

a. 사전>사후 b. 사전<사후 c. 사전=사후 d. 사전>추후 e. 사전<추후
f. 사전=추후 g. 사후>추후 h. 사후<추후 i. 사후=추후

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

Z=-2.52, $p<.01$). 즉, 통제집단에 비교할 때, 프로그램을 마친 후에, 실험집단의 부모는 부모의 고통관련 양육스트레스, 아동의 기질 관련 양육스트레스 및 전체 양육스트레스를 유의하게 더 적게 지각하는 것으로 볼 수 있다. cohen's d를 사용한 효과의 크기는 -0.71~2.94로 나타났고 이 결과는 표 5에 제시하였다. 구체적으로 실험 집단의 사전-사후-추후 결과를 비교하기 위해 비모수 통계 Wilcoxon의 짝을 이룬 부호순위검증(Wilcoxon Matched-pairs Signed-ranks Test)를 실시하였으며 그 결과는 표 6에 제시하였다.

실험집단 어머니의 양육스트레스에 대한 사전-사후검사를 비교한 결과, 부모의 고통관련 양육스트레스, 역기능적 상호작용관련 양육스트레스, 아동의 기질관련 양육스트레스 및 전체 양육스트레스에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다(각각, Z=-2.33, $p<.05$; Z=-2.59, $p<.01$; Z=-3.07, $p<.01$; Z=-2.93, $p<.01$). 이는 어머니의 양육스트레스 수준이 프로그램 실시 후에 유의하게 감소했음을 나타낸다. 또한 치료 효과의 지속성을 알아보기 위해 프로그램에 참여하기 전에 실시한 사전검사 점수와 프로그램 종료 후 3개월 후의 추후검사를 비교한 결과, 부모의 고통관련 양육스트레스, 역기능적인 상호작용관련 양육스트레스, 아동의 기질관련 양육스트레스 및 전체 양육스트레스에서 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로

나타났다(각각, Z=-2.76, $p<.01$; Z=-2.98, $p<.01$; Z=-3.06, $p<.01$; Z=-3.06, $p<.01$). 이는 어머니의 양육스트레스가 프로그램 종료 후 3개월 후에도 감소된 상태를 유지하고 있는 것을 보여준다.

어머니의 우울에서의 변화

어머니의 우울에 대해서 실험집단과 통제집단 간의 평균 순위 차이를 알아보기 위해 맨 휘트니 U검증(Mann-Whitney U test)을 실시하였으며 그 결과는 표 7에 제시하였다.

집단 간의 사후 검사를 비교한 결과, 실험집단과 통제집단 간에는 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다. cohen's d를 사용한 효과의 크기는 -0.54이었고 이 결과는 표 7에 제시하였다. 실험 집단의 사전-사후-추후 결과를 비교하기 위해 비모수 통계 Wilcoxon의 짝을 이룬 부호순위검증(Wilcoxon Matched-pairs Signed-ranks Test)를 실시하였으며 그 결과는 표 8에 제시하였다. 실험집단 어머니의 우울에 대한 사전-사후검사를 비교한 결과, 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다(Z=-2.43, $p<.01$). 이는 어머니의 우울 수준이 프로그램 실시 후에 유의하게 감소했음을 나타낸다. 또한 치료 효과의 지속성을 알아보기 위해 프로그램에 참여하기 전에 실시한 사전검사 점수와 프로그램 종료 후 3개월 후의 추후검사를

표 7. 어머니 우울에 대한 사후검사 실험 및 통제 집단 간 맨 휘트니 U검증

| 구분 | | 평균순위 | 순위합 | U | Z | d |
|------|----|-------|--------|-------|-------|-------|
| 어머니의 | 실험 | 10.33 | 124.00 | 46.00 | -1.50 | -0.54 |
| 우울 | 통제 | 14.67 | 176.00 | | | |

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

표 8. 어머니의 우울에 대한 Wilcoxon 검증결과

| | 실험집단 | 음의 순위 | | 양의 순위 | | 동률 | Z |
|------------|-------|-------------|-----------------|-------------|----------------|----------------|---------|
| | | (평균순위) | 사례수 | (평균순위) | 사례수 | | |
| 어머니의 우울 | 사전-사후 | 6.36(70.00) | 11 ^a | 8.00(8.00) | 1 ^b | 0 ^c | -2.43** |
| | 사전-추후 | 6.72(60.50) | 9 ^d | 2.75(5.50) | 2 ^e | 1 ^f | -2.45** |
| | 사후-추후 | 8.00(40.00) | 5 ^g | 5.43(38.00) | 7 ^h | 0 ⁱ | -.07 |

a. 사전>사후 b. 사전<사후 c. 사전=사후 d. 사전>추후 e. 사전<추후
f. 사전=추후 g. 사후>추후 h. 사후<추후 i. 사후=추후

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

비교한 결과, 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다($Z = -2.45$, $p < .01$). 이는 어머니의 우울 수준이 프로그램 종료 후 3개월 후에도 감소된 상태를 유지하고 있는 것을 보여준다. 사후-추후 검사를 비교한 결과는 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다.

어머니의 상호작용에서의 변화

어머니의 상호작용에 대해서 실험집단과 통제집단 간의 평균 순위 차이를 알아보기 위해 맨 휘트니 U검증(Mann-Whitney U test)을 실시하였으며 그 결과는 표 9에 제시하였다.

집단 간의 사후 검사를 비교한 결과, 긍정적인 상호작용, 부정적인 상호작용에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다(각각, $Z =$

-4.16 , $p < .001$; $Z = -4.18$, $p < .001$). 즉, 통제집단에 비해, 실험집단은 프로그램을 마친 후에 묘사하기, 반영하기, 칭찬하기와 같은 긍정적인 상호작용을 유의하게 더 많이 하고 지시하기, 비판적인 말, 질문하기와 같은 부정적인 상호작용은 유의하게 더 적게 한다는 것을 알 수 있다. cohen's d를 사용한 효과의 크기는 긍정적인 상호작용의 경우 9.40이고 부정적인 상호작용의 경우는 -2.43인 것으로 나타났다. 이 결과는 표 9에 제시하였다. 구체적으로 실험 집단 내에서의 사전-사후-추후 결과를 비교하기 위해 비모수 통계 Wilcoxon의 짝을 이룬 부호순위검증(Wilcoxon Matched-pairs Signed-ranks Test)을 실시하였으며 그 결과는 표 10에 제시하였다.

실험집단 어머니의 긍정적인 상호작용과 부

표 9. 어머니의 긍정적 상호작용과 부정적 상호작용에 대한 사후검사 실험 및 통제 집단 간 맨 휘트니 U검증

| 구분 | | 평균순위 | 순위합 | U | Z | d |
|-----------|----|-------|--------|-----|----------|-------|
| 긍정적인 상호작용 | 실험 | 18.50 | 222.00 | .00 | -4.16*** | 9.40 |
| | 통제 | 6.50 | 78.00 | | | |
| 부정적인 상호작용 | 실험 | 6.50 | 78.00 | .00 | -4.18*** | -2.43 |
| | 통제 | 18.50 | 222.00 | | | |

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

표 10. 어머니의 긍정적인 상호작용과 부정적인 상호작용에 대한 Wilcoxon 검증결과

| | 실험집단 | 음의 순위 | | 양의 순위 | | 동률 사례수 | Z |
|-----------|-------|-------------|-----------------|-------------|-----------------|----------------|---------|
| | | (평균순위) | 사례수 | (평균순위) | 사례수 | | |
| 긍정적인 상호작용 | 사전-사후 | .00(.00) | 0 ^a | 6.50(78.00) | 12 ^b | 0 ^c | -3.06** |
| | 사전-추후 | .00(.00) | 0 ^d | 6.50(78.00) | 12 ^e | 0 ^f | -3.06** |
| | 사후-추후 | 5.36(37.50) | 7 ^g | 8.10(40.50) | 5 ^h | 0 ⁱ | -.11 |
| 부정적인 상호작용 | 사전-사후 | 6.50(78.00) | 12 ^a | .00(.00) | 0 ^b | 0 ^c | -3.06** |
| | 사전-추후 | 6.50(78.00) | 12 ^d | .00(.00) | 0 ^e | 0 ^f | -3.06** |
| | 사후-추후 | 5.50(11.00) | 2 ^g | 4.17(25.00) | 6 ^h | 4 ⁱ | -.99 |

a. 사전>사후 b. 사전<사후 c. 사전=사후 d. 사전>추후 e. 사전<추후
 f. 사전=추후 g. 사후>추후 h. 사후<추후 i. 사후=추후
 * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

정적인 상호작용에 대한 사전-사후검사를 비교한 결과, 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다(각각, $Z = -3.06$, $p < .01$; $Z = -3.06$, $p < .01$). 즉, 프로그램 실시 후에 어머니는 긍정적인 상호작용을 유의하게 더 많이 하고 부정적인 상호작용은 유의하게 더 적게 한다는 것을 나타낸다. 또한 치료 효과의 지속성을 알아보기 위해 프로그램에 참여하기 전에 실시한 사전검사 점수와 프로그램 종료 후 3개월 후의 추후검사를 비교한 결과, 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다($Z = -3.06$, $p < .01$; $Z = -3.06$, $p < .01$). 이는 어머니가 긍정적인 상호작용을 더 많이 하고 부정적인 상호작용을 더 적게 하는 수준이 프로그램 종료 후 3개월 후에도 유지되고 있는 것을 보여준다. 사후-추후 검사를 비교한 결과는 유의한

차이가 없는 것으로 나타났다.
 치료에 대한 어머니의 만족도

어머니의 치료에 대한 만족도에서의 변화를 살펴보기 위해 사후 및 추후의 치료만족도의 평균과 표준편차를 살펴본 결과는 표 11에 제시하였다.

표 11에서 알 수 있듯이, 치료만족도 측정도구의 최고점수가 50점인 것을 고려할 때, 프로그램을 마친 부모들이 평가한 사후검사에서도 치료과정과 치료 결과에 대한 높은 수준의 만족도를 보고했고($M = 46.06$, $SD = 3.14$) 추후검사에서도 높은 수준의 치료 만족도가 유지되었다($M = 43.83$, $SD = 4.68$).

표 11. 치료에 대한 어머니의 만족도

| 구 분 | 사후M(SD) | 추후M(SD) |
|------------|-------------|-------------|
| 치료에 대한 만족도 | 46.08(3.14) | 43.83(4.68) |

논 의

이 연구에서는 파괴적 행동문제를 보이는 한국의 학령전기 아동(3~7세)과 그 부모들을

대상으로 실시한 집단 PCIT의 효과를 검증하였다.

첫째, 집단 PCIT에 참여한 어머니들은 아동의 파괴적 행동이 유의하게 감소한 것으로 보고하였다. 그리고 그들은 아동의 행동을 더 잘 다룰 수 있다는 자신감을 표현하였고 덜 소통스럽다고 보고했다. 이러한 치료 결과는 임상적으로 유의했고 3개월 추후조사에서도 유지되었다. 이러한 변화는 어머니-아동 상호작용 동안 긍정적인 양육행동의 증가와 부정적인 양육행동에서의 감소로 설명될 수 있다.

본 프로그램은 아동-주도적인 상호작용 단계와 부모-주도적인 상호작용을 순차적으로 구성하였다. 부모-주도적인 상호작용에 선행해서 아동주도적인 상호작용을 하는 단계 순서는 한계 설정은 긍정적인 부모-아동 상호작용의 맥락 내에서 일어날 때 좀 더 효과적이라는 전제에 기초를 두고 있다. 부모-아동 관계를 증진시키는 방법으로서 아동-주도적인 놀이를 사용하는 것은 아동이 놀이를 주도하고 부모의 집중된 관심을 받는 상황에서 아동들은 좀 더 바람직한 행동을 한다는 관찰에 기초를 두었다(Eyberg, 1979). 강압적인 부모-아동 관계에서, 부모들은 아동의 긍정적인 면을 보지 못한다. 그리고 아동-주도적인 놀이의 사용은 매일의 긍정적인 상호작용을 보장함으로써 강압성을 점진적으로 감소시키는 메커니즘으로 여겨졌다. 이 긍정적인 상호작용은 부모와의 관계를 강화시키고 부모의 인정을 받기 위해서 아동이 더 잘 순종하는 것으로 여겨졌다(Peet, Toberts, & Forehand, 1977). 따라서 본 프로그램은 아동 주도 상호작용 단계를 먼저 실시함으로써 아동에 대한 부모의 수용 경험을 먼저 제공하였다. 이러한 원리는 Hanf의 두 단계 치료 모델에 기초한다(Hanf, 1969).

실제로 어머니들은 자녀의 적절한 행동에 긍정적인 관심을 주고 부적절한 행동을 적극적으로 무시하는 것이 포함된 아동-주도적인 상호작용 방법을 학습한 것으로 보고하였다. 이러한 결과는 참가 어머니들이 필요할 때 효과적인 지시를 사용함으로써 순종과 불순종에 대해서 일관성 있게 다루는 부모-주도적인 상호작용도 배우고 연습했기 때문에 회기가 진행됨에 따라 어머니들은 아동의 행동문제를 다룰 수 있는 기술들을 획득하고 있었던 것으로 보인다. PCIT 치료사는 문제가 발생할 때 빠르게 교정해주고 부모에게 좋은 문제-해결 기술들을 모델링해줄 수 있다. 그리고 어머니들은 치료 내내 특정한 피드백으로 격려 받고 지지된다. 이러한 격려는 파괴적인 행동문제가 있는 자녀의 어머니들은 아동의 반항적·공격적 행동에 압도되기 쉽고 양육기술에 대한 확신이 부족하기 때문에 중요하다(Cunningham & Boyle, 2002). 그리고 회기가 진행됨에 따라 어머니들은 자녀의 행동의 어려움에 대한 자신의 해결책을 만들어내도록 격려되고 협력자로 요청되기 때문에 이러한 점들은 종합적으로 아동의 행동문제를 감소시키는데 중요한 영향을 미쳤을 것이다. 이 결과는 집단 PCIT의 종결 후에 유의하게 더 적은 행동문제를 보고하고 3개월, 6개월 추후연구에서도 그 효과가 유지되었던 Ridgeway(2007)의 연구결과와 일치할 뿐 아니라 소수민족 집단을 대상으로 한 개별 PCIT 선행연구들의 결과(Leung, Tsang, & Heung, 2009; Matos et al., 2009; Borrego et al., 2006)와도 일치하였다.

그리고 치료효과(-1.16~-3.39)가 매우 컸다는 것에 주목하는 것은 중요하다. 이것은 아동의 유의한 행동변화가 있었음을 의미하고 이러한 효과크기는 파괴적인 행동을 하는 학령전기

아동들을 대상으로 한 국제적인 조사연구에서 보고된 치료효과(Thomas & Zimmer-Gembeck, 2007)와 비교할만하기 때문에 집단 PCIT가 한국의 학령전기 아동들의 행동문제에 적용 가능한 보다 강력한 프로그램일 수 있다는 점을 시사한다. 그리고 통제집단 아동의 문제행동은 통계적으로 유의하지는 않았지만 시간이 지남에 따라 좀 더 악화되는 양상을 보였다. 이는 파괴적인 행동은 치료를 하지 않으면 계속적으로 악화되는 경향이 있다는 Loeber(1982)의 연구를 일부 지지하는 결과이다.

둘째, 집단 PCIT에 참여한 어머니들은 자신의 양육스트레스가 유의하게 감소한 것으로 보고하였다. 이 결과는 프로그램을 마친 양육자들이 양육스트레스의 유의한 감소와 자녀와의 관계가 유의하게 향상되었다고 보고했던 Niec, Hemme, Yopp와 Brestan(2005) 등의 연구와 일치하는 결과였다. 이러한 결과는 아동이 파괴적인 행동을 더 많이 하면 할수록 더 많은 양육스트레스를 경험한다는 점에서 양육자 스트레스와 아동의 행동문제가 유의하게 관련되어 있다는 선행 연구(Eyberg, Boggs, & Rodriguez, 1992)를 고려할 때, 집단 PCIT를 마친 양육자들은 자녀의 행동이 유의미하게 개선된 것으로 지각하였기 때문에 그들이 경험하고 있는 양육스트레스의 양에서 유의미한 감소를 보고했을 것으로 보인다.

실제로 프로그램을 진행할 때, 처음 30~40분 동안 숙제-관련 토론을 하면서 부모역할을 하면서 경험하는 고통을 토로하고 집단원의 지지와 공감을 받을 뿐 아니라 필요한 기술이나 정보를 치료사로부터 얻게 되는 경험은 양육스트레스를 감소시키는데 많은 도움이 되었다는 어머니의 보고를 통해서도 확인할 수 있었다. 부모의 고통관련 스트레스와 아동의 기

질 관련 스트레스의 효과크기가(-0.93~2.94)인 것을 고려할 때 집단 PCIT가 어머니의 양육스트레스를 감소시키는데 매우 효과적인 프로그램이라 할 수 있다.

셋째, PCIT에 참여한 어머니들은 비록 사후 검사 비교에서 비교집단과 차이가 없었지만, 효과크기 $d=-0.54$ 로 중간정도의 효과가 있었고 사전-사후-추후 검사결과 비교에서 유의한 감소를 나타내어 PCIT가 어머니의 우울 정도를 감소시키는데 어느 정도 효과적이라고 할 수 있다. 이러한 결과는 치료 전보다 치료 후에 유의하게 더 낮은 우울을 보고한 오스트레일리아 커뮤니티 임상세팅에서 실시된 개별 PCIT의 결과(Phillips, Morgan, Cawthorne, & Barnett, 2008)와 일치하였다. 그러나 4~6세 푸에르토리코 학령전기 아동들을 대상으로 개별 PCIT의 효과를 검증했을 때 사후검사에서 어머니의 우울이 유의하게 감소하지 않았던 Matos(2009) 등의 연구결과와는 일치하지 않은 결과였다. 이러한 차이의 원인으로 Matos 등의 연구가 개별 PCIT 방식을 사용한 반면, 이 연구는 집단 PCIT 방식을 사용함으로써 집단 응집성이 어머니의 우울을 감소시켰을 가능성을 가정해 볼 수 있다. 그리고 아동의 파괴적 행동은 어머니의 우울과 일관성 있게 관련되어 있다는 선행연구(Griest, Wells, & Forehand, 1979)를 고려할 때 집단 PCIT를 마친 양육자들은 자녀의 파괴적 행동문제가 유의미하게 감소된 것으로 보고 하였기 때문에 그들이 경험하고 있는 우울에서의 감소를 보고했을 것으로 보이나 유의한 수준이 아닌 점은 어머니의 이슈들을 역점을 두어 다루는 개입을 제공하는 것의 중요성을 강조한 Phillip, Morgan과 Barnett(2008) 등의 주장을 지지하는 결과라 할 수 있다. 그러나 개인의 우울은 PCIT 사용방

식 외에도 개인적 특성이나 부부간의 관계 등 다른 요인들의 영향을 받을 수 있기 때문에 앞으로의 연구에서는 개인의 우울에 영향을 줄 수 있는 잠재적인 변인을 통제하는 작업이 함께 이루어져야 할 것이다.

넷째, 프로그램을 시작하기 전과 후에 어머니와 아동이 상호작용하는 장면을 DPICS 관찰을 통해 코딩한 결과, 치료 전보다 치료 후에 긍정적인 상호작용은 증가하고 부정적인 상호작용은 감소하는 것으로 나타났다. 이러한 치료 효과는 3개월 추후조사에서도 유지되었다. 이 결과는 사전검사 때보다 마지막 회기를 마친 후에 어머니가 아동에게 하는 칭찬의 빈도와 아동의 행동을 묘사하는 빈도 및 아동의 말을 반영하는 빈도가 유의하게 증가하였고 질문의 빈도는 유의하게 감소했던 Gat(2007)의 연구결과와 일치하는 결과였다. 또한 아동과 상호작용할 때, 긍정적인 양육 기법은 증가하고 부정적인 양육기법은 감소했던 선행 연구(Leung et al., 2009; McNeil et al., 1999)결과들을 지지하는 결과이기도 하다.

이 결과의 효과크기(-2.43~9.40)가 매우 크다는 것은 집단 PCIT를 마친 어머니들은 긍정적인 상호작용에 해당하는 묘사, 반영, 구체적인 칭찬이 포함된 긍정적인 상호작용은 유의하게 더 많이 하고 질문, 지시, 비판적인 말에 해당되는 부정적인 상호작용은 유의하게 더 적게 한다는 것을 의미한다. 따라서 집단 PCIT는 부모와 아동이 서로 더 좋은 관계를 맺을 수 있고 문제를 좀 더 효과적으로 다룰 수 있어서 상호작용 패턴을 바꾸는 것이 가능하다는 것을 시사한다. 또한 이 결과는 Thomas 등(2007)의 연구에서 밝혔듯이 치료사가 직접관찰을 통해 어머니가 긍정적인 상호작용을 할 때마다 실시간 코칭으로 칭찬하고

부모-아동간의 상호작용에 도움이 되는 기술을 연습시키는 PCIT의 방법론이 매우 유용했던 것으로 생각된다. 실제로 어머니들은 매 회기 실시간 코칭을 하기 전 5분 동안 어머니의 상호작용 방식을 코딩하여 긍정적인 상호작용 기술 습득정도를 즉각적으로 피드백해주고 부족한 기술을 그 회기의 목표로 정해 치료사가 실시간 코칭을 해 준 방법이 어머니들에게 큰 도움이 되었다고 보고하였다. 부모의 긍정적인 상호작용은 아동과의 관계의 질을 향상시키고 자아존중감을 비롯한 아동의 긍정적인 결과에 영향을 미칠 것이다. 앞으로의 연구에서는 부모-자녀 관계의 질에서의 변화에 대한 검토와 함께 긍정적인 아동의 결과변인을 고려하는 작업이 함께 이루어져야 할 것이다.

다섯째, 집단 PCIT에 참여한 부모들은 평균 46.08의 높은 치료 만족도를 보고하였다. 이는 개별 PCIT 치료를 마친 후 평균 43에서 46까지의 치료 만족도 점수를 보고했던 이전 연구결과들(Brestan et al., 1999; Schumann et al., 1998)과 비슷한 수준이었다. 이 결과는 3개월 후에도 43.83으로 이전 연구에서 보고된 평균 점수와 비슷한 수준으로 유지되었다. 그리고 본 연구에 참석한 부모들은 한 명도 탈락되지 않았고 전체 회기와 3개월 추후조사에 전원 참석했다. 이는 치료 만족도에 대한 하나의 지표라고 할 수 있다.

실제로 어머니들은 평소 아동과 놀아주지 못한 미안함이 있었는데 매주 아동과 함께 치료에 참여하여 특별놀이 시간을 갖고 온정적이면서도 아동의 문제행동에 한계를 정해주는 권위있는 양육방식을 습득해 가는 과정을 매우 만족스럽게 보고하였다. 그리고 부모들은 서로 치료동안 그리고 치료 후에도 정서적인

지지 뿐 아니라 문제-해결을 위한 실질적인 지지를 주고 받았고 계속해서 서로 연락을 하며 지냈는데 이것 또한 치료만족도를 높이는 데 기여하였을 것으로 생각된다. 이러한 점을 고려할 때, 집단 PCIT는 개별 PCIT의 대안으로서 긍정적인 부모-아동 상호작용을 촉진시킬 수 있는 효과적인 프로그램이라 할 수 있다.

이 연구의 제한점 및 후속연구를 위한 제언을 하면 다음과 같다.

첫째, 표본이 너무 적다는 점이다. 따라서 해석상의 제한이 있고 일반화에 어려움이 있다. 후속연구는 더 큰 표본을 포함시켜야한다.

둘째, 이 연구에서의 통제집단은 치료를 대기하고 있는 가족들로 3개월 추후 검사까지 참여하겠다는 동의서를 작성했지만 부모들의 협조가 없어서 3개월 추후 검사를 실시하지 못했다. 미래 연구는 통제집단에 다른 비교 프로그램을 실시함으로써 이러한 문제를 극복하고 치료효과의 유지를 충분히 평가하기 위해서 정기적으로 더 긴 추후조사를 해야 할 것이다.

셋째, 이 연구는 어머니의 보고에만 기초하였다. 이에 대한 보강책으로 아버지, 어린이집이나 유치원 선생님 등 다양한 소스(source)를 통해서 아동의 문제와 PCIT 전반에 관한 중요한 정보가 수집되어야 할 것이다. 또한 이 연구에서 표준화된 도구를 사용하지 않은 점도 제한점이며 후속연구에서는 이를 보완해야 할 것이다.

이러한 제한점에도 불구하고 이 연구의 의의는 한국에서 최초로 파괴적인 행동문제가 있는 아동과 그 부모를 대상으로 집단 PCIT의 효과를 검증했다는 점이다. 이 연구의 결과는 집단 PCIT가 파괴적 행동문제가 있는 아동들

을 위한 치료적 접근으로서 유용할 뿐만 아니라 예방과 조기개입 차원에서도 유용하게 활용될 수 있음을 시사한다. 또한 다양한 인종과 언어집단을 대상으로 한 PCIT 치료 연구에 대한 유용한 정보를 제공해 주고 있다. 무엇보다도 집단 PCIT를 통해 아동의 행동문제를 줄이고 어머니의 양육스트레스와 우울을 감소시킬 뿐만 아니라 어머니가 아동과 긍정적인 상호작용을 더 많이 하게 된다는 사실을 밝혀낸 것에서 이 연구의 의의를 찾을 수 있을 것이다.

참고문헌

- 두정일. (2010). 파괴적 행동문제가 있는 아동과 부모를 대상으로 실시한 집단 부모-아동 상호작용 치료 프로그램 효과 검증. 한양대학교 대학원 박사학위논문.
- 서울특별시 교육청 산하 학교보건진흥원. 서울시 소아청소년 정신장애 조사, 학교보건연보, 2005.
- 서혜영 (1992). 장애아 어머니의 적응과 사회적 지원에 관한 연구. 연세대학교 대학원 석사학위논문.
- 이경숙. (1991). PCIT 프로그램. 특수아동상담연구, 2, 70-77.
- 이영호, 송중용 (1991). BDI, SDS, MMPI-D 척도의 신뢰도 및 타당도에 대한 연구. 한국심리학회지: 임상, 10, 98-113.
- 이정숙, 두정일 (2008). 부모-자녀 상호작용 치료에 대한 고찰. 한국놀이치료학회, 11(2), 1-16.
- Abidin, R. R. (1990). *Parenting stress index(PSI)*. Charlottesville: Pediatric Psychology Press.

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Edition, Text Revision. Washington, DC: APA.
- Bagner, D. M., Fernandez, M. A., & Eyberg, S. M. (2004). Parent-child interaction therapy and chronic illness: A case study. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 11(1), 1-6.
- Baumrind, D. (1967). Child Care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic Psychology Monographs*, 75(1), 43-88.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*, New York: Harper & Row.
- Borrego, J., Anhalt, K., Terao, S. Y., Vargas, E. C., & Urquiza, A. J. (2006). Parent-Child Interaction Therapy with a Spanish-speaking family. *Cognitive and Behavioral Practice*, 13(2), 121-133.
- Brestan, E. V., Jacobs, J. R., Rayfield, A. D., & Eyberg, S. M. (1999). A consumer satisfaction measure for Parent-Child treatments and its relation to measures of child behavior change. *Behavior Therapy*, 30(1), 17-30.
- Brinkmeyer M. Y., & Eyberg, S. M. (2003). Parent-Child Interaction Therapy for Oppositional Children. In A. E. Kazdin & J. R. Weisz (Eds.), *Evidence-based Psychotherapies for Children and adolescents*(pp.204-223). New York: Guilford.
- Butler, A. M., & Eyberg, S. M. (2006). Parent-child interaction therapy and ethnic minority children. *Vulnerable Children and Youth Studies*, 1(3): 246-255.
- Campbell, S. B. (1991). *Behavior problems in preschool children: Clinical and developmental issues*. New York: Guilford Press.
- Campbell, S. B., Ewing, L. J. (1990). Follow-up of hard to manage preschoolers: adjustment at age 9 and predictors of continuing symptoms. *J Child Psycho Psychiatry Allied Disciplines*, 31(6), 891-909.
- Choate, M. L., Pincus, D. B., Eyberg, S. M., & Barlow, D. H. (2005). Parent Child Interaction Therapy for treatment of Separation Anxiety Disorder in young children: A pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12(1), 126-135.
- Cunningham, C. E., Pettingill, P., Boyle, M. (2002). Interviewers Manual, Canadian Centre for Study of Children at Risk, Hamilton health Sciences.
- Eyberg S. M. (1979). *A parent-child interaction model for the treatment of psychological disorders in young children*. Paper presented at the meeting of the Western Psychological Association; April 1979; San Diego, CA.
- Eyberg, S. M. (1993). Consumer satisfaction measures for assessing parent training programs. In L. Van de Creek, S. Knapp, & T. L. Jackson (Eds.), *Innovations in clinical practice: A source book* (Vol. 12) (pp.377-382). Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Eyberg, S. M. (2005). Tailoring and Adapting Parent-Child Interaction Therapy to New Populations. *Education and Treatment of Children*, 28(2), 197-201.
- Eyberg, S. M., & Pincus, D. (1999). *Eyberg Child Behavior Inventory and Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory-Revised: Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment

- Resources, Inc.
- Eyberg, S. M., Boggs, S. R., & Algina, J. (1995). Parent-child interaction therapy: A psychosocial model for the treatment of young children with conduct problem behavior and their families. *Psychopharmacology Bulletin*, 31(1), 83-91.
- Eyberg, S. M., Boggs, S. R., & Rodriguez, C. M. (1992). Relationships between maternal parenting stress and Child disruptive behavior. *Child and Family Behavior Therapy*, 14(4): 1-9.
- Eyberg, S. M., Nelson, M. M., Duke, M., & Boggs, S. R. (2004). *Manual for the Dyadic Parent-Child Interaction Coding System(3rd ed.)*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Foote, R., Eyberg, E., & Schuhmann, E. (1998). Parent-child interaction approaches to the treatment of child behavior problems. In T. H. Ollendick & R. J. Prinz (Eds.), *Advances in Clinical Child Psychology*. (Vol. 20, pp.125-151). New York: Plenum Press.
- Gat, T. (2007). *Effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy Administered in Spanish to Spanish-Speaking Latino Clients*. Master Thesis, California State University, Long Beach.
- Griest, D., Wells, K. C., & Forehand, R. (1979). An examination of predictors of maternal perceptions of maladjustment in clinic referred children. *Journal of Abnormal Psychology*, 88(3), 277-281.
- Hanf, C. A. (1969). *A two-stage program for modifying maternal controlling during mother-child (M-C) interaction*. Paper presented at the meeting of the Western Psychological Association, Vancouver.
- Hembree-Kigin, T., & McNeil, C. B. (1995). *Parent-Child Interaction Therapy*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishing.
- Lavigne, J. V., Binns, H. J., Arend, R., Rosenbaum, D., Cristoffel, K. K., Hayford, J. R., & Gibbons, R. D. (1998). Psychopathology and health care use among pre-school children: A retrospective analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(3), 262-270.
- Leung, C., Tsang, S., & Heung, K. (2009). Effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy(PCIT) Among Chinese Families. *Research on Social Work Practice*, 19(3), 304-313.
- Loeber, R. (1982). The Stability of Antisocial and Delinquent Child Behavior: A Review. *Child Development*, 53(6), 1431-1446.
- Loeber, R. (1990). Developmental and risk factors of juvenile antisocial behavior and delinquency. *Clinical Psychology Review*, 10(1), 1-41.
- Loeber, R., & Dishion, T. J. (1983). Early predictors of male delinquency: A review. *Psychological Bulletin* 94(11): 68-99.
- Loeber, R., Burke, J. D., Lahey, B. B., Winters, A., & Zera, M. (2000). Oppositional and defiant disorder: A review of the past 10 years, part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(12), 1468-1484.
- Loeber, R., Burke, J., & Pardini, D. A. (2009). Perspectives on oppositional defiant disorder, conduct disorder, and psychopathic features. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(1-2), 133-142

- Loeber, R., Keenan, K., & Zang, Q. (1997). Boys' experimentation and persistence in developmental pathways toward serious delinquency. *Journal of Child and Family Studies*, 6(3), 321-357.
- Lynskey, M. T. & Fergusson, D. M. (1995). Childhood conduct problems, attention defiant behaviors, and adolescent alcohol, tobacco, and illicit drug use. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23(3), 281-302.
- Matos, M., Bauermeister, J. J., & Bernal, G. (2009). Parent Child Interaction Therapy for Puerto Rican Preschool Children with ADHD and Behavior Problems: A Pilot Efficacy Study. *Family Process*, 48(2), 232-252.
- McCabe, K. M., & Yeu, M.(2009). Parent-Child Interaction Therapy for Mexican Americans: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38(5), 753-759.
- McMahon, R. J., & Estes, A. M. (1997). Conduct problems. In E. J. Mash & L. G. Terdal (Eds.), *Assessment of childhood disorders*(3rd ed., pp.130-193). New York: Guilford Press.
- McNeil, C., Capage, L., Bahl, A., & Blanc, H. (1999). Importance of early intervention for disruptive behavior problems: Comparison, of treatment and waitlist control groups. *Early Education and Development*, 10(4), 445-454.
- Mcrae, R. E. (2003). *The treatment of child neglect through a comprehensive service strategy including home-based therapy, play therapy, parent education, and parent-child interaction therapy*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering, 63, 3930.
- Neary E. M., & Eyberg, S. M. (2002). Management of disruptive behavior in young children. *Infants and Young Children*, 14(4), 53-67.
- Niec, L. N., Hemme, J. M., Yopp, J., & Brestan, E. V. (2005). Parent-Child Interaction Therapy: The rewards and challenges of a group format. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12(1), 113-125.
- Olson, S. L., Bates, J. E., & Bayles, K. (1990). Early antecedents of childhood hyperactivity: The role of parent-child interaction, cognitive competence, and temperament. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18(3), 317-334.
- Patterson, G. R. (1982). *Coercive family process*. Eugene, OR: Castalia.
- Patterson, G. R. Reid, J. B., & Dishion, T. J. (1992). *Antisocial Boys*, Eugene, OR: Castalia.
- Patterson, G. R., DeBaryshe, B. D., & Ramsey, E. (1989). A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist*, 44(2), 329-335.
- Peed, S., Roberts, M., & Forehand, R. (1977). Evaluation of the effectiveness of a standardized parent training program in altering the interaction of a standardized parent training program in altering the interaction of mothers and their noncompliant children. *Behavior Modification*, 1(3), 323-350.
- Perez, J. C. (2008). *Predictors of patterns of change in child disruptive behavior and parenting stress during parent child interaction therapy and its relation to treatment outcome*. Doctoral Dissertation University of Florida.
- Phillips, J., Morgan, S., Cawthorne, K., & Barnett, B. (2008). Pilot evaluation of Parent-Child

- Interaction Therapy delivered in an Australian community early childhood clinic setting. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(8), 712-719.
- Querido, J. G., Bearss, K., & Eyberg, S. M. (2003). Parent-Child Interaction Therapy. In F. W. Kaslow & T. Patterson(Eds.), *Comprehensive handbook of Psychotherapy, Volume Two: Cognitive/Behavioral/Functional Approaches* (pp.91-113). New York: Wiley.
- Reid, B. (1993). 'But we're doing it already!' Exploring a response to the concept of reflective practice in order to improve its facilitation. *Nurse Education Today*, 13(4): 4, 305-309.
- Ridgeway, L., E. (2007). *The Effectiveness of Group Parent-Child Interaction Therapy with Community Families*(Doctoral dissertation Auburn University, Alabama).
- Ruma, P., Burke, R., & Thompson, R. (1996). Group parent training: Is it effective for children of all ages? *Behavior Therapy*, 27(2), 159-169.
- Sanders, M. R. (1999). Triple p-positive parenting program: Towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2(2), 71-90.
- Sansbury, L. L., & Wahler, R. G. (1992). Pathways to maladaptive parenting with mothers and their conduct disordered children. *Behavior Modification*, 16(4), 574-592.
- Schuhmann, E. M., Foote, R., Eyberg, S. M., Boggs, S., & Algina, J. (1998). Parent-Child Interaction Therapy: Interim report of a randomized rial with short-term maintenance. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27(1), 34-45.
- Strain, P. S., Young, C. C., & Horowitz, J. (1981). Generalized behavior change during oppositional child training: An examination of child and family demographic variables. *Behavior Modification*, 5(1), 12-26.
- Thomas, R., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). Behavioral Outcomes of Parent-Child Interaction Therapy and Triple P- Positive Program: A Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Child Psychology*, 35(3), 475-495.
- Urquiza A. (1996). Parent-child interaction therapy: An intensive dyadic intervention for physically abusive families. *Child Maltreatment Vol. 1*(2), 134-144.
- Webster-Stratton, C. (1994). Advancing videotape parent training: A comparison study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(3), 583-593.
- Webster-Stratton, C. (1996b). Early-onset conduct problems: Does gender make a difference? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 540-551.

원 고 접 수 일 : 2011. 2. 28
수정원고접수일 : 2012. 4. 6
게 재 결 정 일 : 2012. 5. 22

The Effectiveness of Group Parent-Child Interaction Therapy for Children with Disruptive Behavioral Problems and their Mothers

Jeong-Il Doo

Jung-Sook Lee

Hanyang University

The present study examined the effectiveness of parent child interaction therapy(PCIT) for preschool children with disruptive behavioral problems and their mothers. While the experimental group received the 12-week group PCIT program, the waitlist control group did not receive any treatment for the same period. Major findings were as follows: First, after receiving the group PCIT program, the level of children's behavioral problems decreased in the experimental group. Second, the levels of mothers' parenting stress and mothers' depression decreased. Third, the frequency of positive interactions increased and the frequency of negative interactions decreased. Fourth, mothers in the experimental group reported a high levels of satisfaction with the treatment. Current study was the first empirical research that evaluated the effectiveness of the group PCIT program

Key words : Parent-Child Interaction Therapy, Disruptive Behavior, Positive interaction, negative interaction

부록
각 회기별 집단 PCIT 프로그램 내용

| 회기 | 목표 | 프로그램 내용 |
|--------|-----------------------------------|--|
| 1회기 | PCIT에 대한 소개와 라포 형성 및 PRIDE 기술 익히기 | 아동주도적인 상호작용 회기(CDI)로 표준화된 PCIT 절차(Hembree-Kigin & McNeil, 1995)를 따랐다. 이 회기에서는 “특별 놀이시간”과 같은 놀이 상호작용의 중요성을 부모들이 알도록 하는데 중점을 두었다. 치료자는 “특별 놀이시간”동안 PRIDE기술들(칭찬, 반영, 모방, 묘사 및 열정적으로 하기)을 부모에게 가르쳤고 “하지 말아야 할 행동”들 즉, 질문과 지시 그리고 비판적인 말을 삼가 하도록 했다. 또한 부모들에게 그 기술들을 시범으로 보여주고 스스로 연습하도록 코칭을 했다(자기 차례가 아닐 때는 치료실에서 다른 부모-아동이 특별놀이 하는 것을 관찰했다). 부모들은 아동의 행동에 대해 선택적 주의와 전략적인 무시하기의 교육을 받았다. 그리고 PRIDE 기술들과 특별놀이 시간에 “하지 말아야 할 행동”들, 및 사용할 장난감 종류들에 대한 유인물을 받았고 가정에서 특별놀이시간을 어떻게 계획할 지에 대해 토론했다. |
| 2~5회기 | * CDI 연습 * 자녀와의 관계 개선 | CDI 연습회기로서 처음 30분~40분은 숙제검토와 함께 자녀문제에 대한 토론 시간을 가졌다. 이후, 부모-아동 한 쌍은 놀이실에 있었고 다른 부모들과 치료자는 일방향이 있는 관찰실에 있었다. 치료자는 코칭을 시작하기 전 5분 동안 각 부모-아동 쌍을 관찰하면서 부모 행동을 코칭했다(Hembree-Kigin & McNeil, 1995). 이 코칭은 그동안 부모가 어느 정도 기술을 습득했는지를 평가하고 어떤 기술을 더 집중해서 코칭할지를 결정하는데 사용되었다. 이후 대략 15분 동안 놀이실에서 한 쌍의 부모-아동이 함께 놀면서 치료자로부터 코칭을 받았고 다른 부모들은 관찰실에서 모든 과정을 지켜보며 대리학습을 할 수 있었다. 다른 부모-아동쌍들도 이 과정을 거친 후, 모든 부모가 다시 모여 마지막 20분 동안 치료자로부터 피드백을 받았고 기술과 진행과정에 대한 토론이 이루어졌다. |
| 7 회기 | PDI에 대한 소개와 기술 숙지하기 | 최초의 PDI 연습회기로서 PDI 기술들을 모든 부모들과 함께 검토하였고 관련 문제를 토론했다. 놀이를 시작하기 전에 치료자와 부모는 아동에게 새로운 놀이 상황과 타임아웃 절차를 설명했고 보조치료자가 아동 역할을 하거나 곱 인형을 사용해서 아동이 불순종하는 상황을 역할놀이를 통해 보여 주었다. 이후 회기의 구성은 아래에서 설명되는 다른 PDI 코칭회기와 동일했다. |
| 8~11회기 | * PDI 연습 * 권위적인 양육방식 익히기 | PDI 연습회기로서 처음 30분~40분은 숙제검토와 관련 문제들을 해결하고 새로운 기술을 가르쳤다. 구체적으로, 8-9회기에서 부모들은 분노조절을 하는 방법을 배웠다(아동 때문에 화가 나고 있는 것을 알아차리면, 60초 동안 그 상황을 떠나라→ 그 시간동안 주의를 딴 데로 돌려라→ 보상과 처벌을 사용해서 그 상황을 어떻게 다룰지를 결정해라→아동에게 돌아와서 그 기법을 사용해라). 10회기에서는 가정 규칙을 어떻게 수행할지를 배웠다(아동이 문제행동을 하면 바로 타임아웃 의자에 앉힌다(3분+5초 조용히)→ 아동이 잘 앉아 있었으면 “이제 의자에서 일어날 수 있어”라고만 말을 해라. 어떤 지시나 관련된 문제행동에 대해 논의를 하지 않는다→ “좋은 행동”은 바로 칭찬을 해라). 그리고 11회기에서는 공공장소에서 타임아웃 절차를 어떻게 사용할지를 배웠다(공공 타임아웃은 가정에서의 타임아웃과 거의 비슷하다. 단 타임아웃 의자 대신 작은 담요나 매트를 사용하거나 주변 환경의 구석진 자리를 이용하며 아동을 항상 지켜봐야 한다) 그 후 치료자는 5분 동안 부모-아동이 상호작용 하는 장면을 관찰하면서 DPICS 코칭을 했고 약 15분 동안 각각의 부모에게 코칭을 했다. 코칭이 끝난 후 약 20분 동안 부모들은 치료자와 다른 부모들로부터 피드백을 받았다. |
| 12회기 | 사후평가 | |