

## 우울한 아동에 대한 집단놀이치료 프로그램의 효과\*

강 예 리<sup>†</sup>

강남성모병원 신경정신과

안 창 일

고려대학교 심리학과

본 연구에서는 우울한 아동의 정서문제를 치료하기 위한 집단놀이치료프로그램을 개발하고 그 효과를 검증하는 것을 목적으로 하였다. 연구대상은 신경정신과를 방문한 아동들 중 우울증으로 진단된 초등학교 3, 4, 5학년 아동 8명으로 집단놀이치료 프로그램을 개발 실시하였으며, 이 중 8명이 동일한 기준으로 선정된 통제집단 8명과 비교하여 우울의 정도 및 우울과 관련된 다른 증상에서 어떠한 차이를 보이는지를 검증하였다. 연구 결과 집단놀이 치료 후 치료집단의 우울 및 불안의 정도가 통제집단에 비해서 유의미한 수준으로 감소하였으나, 부모가 평정한 문제 행동의 척도에서는 유의미한 변화가 관찰되지 않았다. 이와 같은 결과는 집단놀이 치료프로그램이 아동의 우울과 불안을 감소시키는 데는 효과가 있었으나, 부모가 지각할 수준으로의 변화를 야기하는 데는 역부족이었음을 시사해주며, 따라서 치료 내에 일어난 변화를 가정을 비롯한 실생활에까지 연장시키기 위해서는 부모와 교사와의 긴밀한 연계가 필요함이 확인되었다. 앞으로의 연구에서는 부모훈련을 병행한 치료와의 비교분석과 방법론적으로 보다 보완된 연구를 통해 집단놀이 치료 프로그램의 효과를 반복검증해보는 것이 필요할 것이다.

주요어 : 집단놀이치료, 우울, 불안, 부모훈련

---

<sup>†</sup> 교신저자(Corresponding Author) : 강 예 리 / 강남성모병원 / 서울시 서초구 반포동 555번지  
TEL : 590-1993 / E-mail : sharppa@naver.com

사회가 산업화, 핵가족화 되면서 가족내에 많은 변화들이 생겼으며, 이러한 변화들은 가족간의 긴장이나 갈등을 더욱 심화시키게 되었다. 현대 사회가 야기한 가족내 위기는 성인들뿐 아니라 아동에게도 영향을 미쳐 아동은 많은 스트레스와 정신적 갈등을 겪게 되었으며, 최근 들어 과거에 비해 아동의 심리적 어려움과 부적응 문제의 발생률이 점차로 높아지고 있다.

그 중에서도 아동의 우울증은 최근 증가추세에 있으며, Kashani Husain, Shekim, Hodges, Cytryn과 McKnew(1981)는 입원한 환자의 59%가 우울장애라고 보고하였다. 또한 Asarnow와 Carlson(1987)은 임상표본의 27-52%가 우울장애의 기준을 충족시키며 재발율이 높고 자살시도도 빈번하게 나타난다고 하였다. 국내에서도 홍경자(1988)는 일반 아동을 대상으로 하는 역학조사를 통해 정서, 행동문제를 보이는 아동의 빈도가 30%를 훨씬 능가하는 수준임을 보고하였으며, 김영숙(1995)은 모든 아동 중 적어도 12% 이상이 정서적 문제나 그 외의 다른 문제로 인하여 상담을 받아야 할 정도로 고통을 받고 있으나 이러한 아동들의 70~80%가 문제를 극복하는데 필요한 적절한 도움을 받지 못하고 있다고 하였다(송인숙, 1999에서 재인용).

아동 우울증의 원인으로는 크게 생물학적 요인, 심리사회적 요인으로 나뉘볼 수 있는데, 중요한 것은 두 가지 요인이 상호작용하여 우울증에 걸리는 아동도 있지만, 어떤 아동들은 환경적 요인에 의해서만 우울증에 걸리는 경우도 있다 (McKnew, D. H., Cytryn, L., Yahraes, H., 1983). 우울증의 심리사회적인 원인에 대해서는 이론적 견해에 따라 차이가 있으나, 종합해 보면, 아동이 초기 가족관계에서 경험하는 상실, 거부 및 부모의 잘못된 양육태도가 이후의 또래관계에도 영향을 미쳐 아동의 사회적 적응을 어렵게 하며,

우울증을 야기하는 것으로 보인다. 또한 우울한 아동은 자신과 환경에 대한 부정적인 신념을 가지고 있으며 사회적 기술이나 문제해결 기술이 결핍되어 있다 (Kaslow, Tanenbaum, Abramson, Peterson & Seligman, 1984).

그런데 아동의 우울을 보는 관점에 대해서는 상당한 논쟁거리가 있어 왔다(Cantwell, 1979). 한 가지 관점은 아동에게도 성인과 비슷한 양상으로 정서장애가 나타난다고 보며, DSM진단도 이와 같은 입장을 취해 성인을 위한 우울진단을 아동을 평가하고 진단하는데 동일하게 사용하고 있다. 즉, 우울한 아동은 지속적인 슬픈 감정과 무기력, 자기 비난과 죄책감, 무망감, 사회적 위축, 초조감, 불면증, 식욕상실 등과 같은 우울증 후군을 갖는다고 본다. 이와는 반대로 아동과 성인의 발달상의 차이를 고려하여, 아동은 언어적 능력에서 한계가 있고, 인지기능이나 사회화도 성인과는 다르기 때문에 아동의 우울증상은 성인의 우울증상과 다른 개념으로 보는 견해가 있다(강경미, 1994).

아동기 우울에 대한 많은 연구결과들을 종합해 보면, 아동과 청소년의 우울증후군과 성인의 우울증후군은 많은 공통점을 가지고 있는 것은 사실이나, 연령에 따라 독특한 임상적 특징이 함께 나타날 수 있으며 차이점도 존재한다라는 견해가 가장 일반적인 것으로 보인다.

특히 아동과 청소년의 경우에는 우울증이 다른 장애들보다 합병율이 높으며 Angold와 Costello(1993)은 아동과 청소년이 우울증을 가지고 있을 때에는 그 이외의 장애가 나타날 확률이 최소한 20배로 증가한다는 것을 발견했다. 가장 많이 나타나는 합병 상태는 불안장애와 파괴적 행동 장애이다. Kovacs(1990)는 우울증인 청소년들을 대상으로 한 연구에서 30%에서 75%까지가 불안 장애로 진단될 수 있다는 결론을 내렸으며 때로

불안과 우울이 실제로 하나의 장애로서 나타난다고 하였다. Achenbach(1991)의 요인분석 결과에서는 우울증상은 불안 증상도 포함하는 요인으로 나타났으며 그는 불안/우울을 함께 묶어 핵심증후군으로 분류하였다. 우울증은 또한 반항성 장애, 주의력 결핍 과잉활동장애, 약물사용 장애 등의 품행/ 행동장애와 더불어 나타난다. Fleming과 Offord(1990)는 지역사회의 일반인을 대상으로한 우울증 연구에서 연구대상자의 17-79 %는 품행장애와 합병을 보이고, 0-57%는 주의력결핍 과잉활동장애와 합병을 보이며, 23-25%는 알콜올이나 약물사용 장애와 합병을 보인다는 것이다.

아동의 우울증이 합병증이 높다는 것은 임상적 치료와 치료결과에 대한 효과적인 연구를 어렵게 하는데, 일차적으로는 단일장애를 대상으로 치료를 실시하고 이에 대한 연구를 실시해야겠지만, 단일장애만으로 집단을 구성하는 것이 실제적으로 어려운 만큼 어떠한 장애가 공병할 확률이 높은지를 미리 파악하고, 이에 맞는 치료내용을 구성하는 것이 필요할 것이다.

Kendall (2000)은 우울증의 합병율이 높은 만큼 치료에 앞서 정확한 진단과 치료계획을 세우는 것이 중요하다고 하였다. 또한 합병 상태에 있는 경우 보다 강력한 개입이 필요하다고 하였는데, 광범위한 치료 개입과 다양한 접근방식이 요구된다고 하였다.

우울한 아동치료에 대한 선행연구들을 살펴보면, 다양한 요소를 가진 인지.행동적 개입이 임상표본이 아닌 일반아동의 우울을 효과적으로 감소시켰으며(Butler, Mieztis, Freeman, & Cole, 1980; Fine, Forth, Gilbert, & Haley, 1991; Stark, K. D., Reynolds, W. M., & Kaslow, N. J., 1987; Stark, 1990), 청소년의 경우에는 일반집단뿐 아니라(Kahn, Kehle, Jenson, & Clark, 1990; Reynolds &

Coates, 1986), 임상표본집단의 우울증상의 감소에 유의한 효과를 가져왔다고 보고되고 있다(Brent et al., 1997; Wood, Harrington, & Moore, 1996). 보통 인지 행동치료의 기법들은 문제해결 훈련, 인지도식의 재구성화, 활동계획, 자기통제기술의 훈련을 포함한다.

그런데, 이러한 인지행동적 치료접근법은 아동의 부정적인 인지도식에 주로 초점을 맞추었다는 점에서 우울한 아동의 부정적인 정서를 표출하게 도와주거나 가족이나 또래관계에서 파생되는 여러가지 문제들을 다뤄주는 것은 부족한 것으로 보인다. 또한 이러한 인지행동적 치료접근은 순수우울증장애 아동에게는 적합한 것으로 보이지만 다양한 합병증을 가진 우울한 아동에게는 보다 다각적인 접근방식이 필요할 것으로 보인다.

뿐만 아니라 아동들은 자신의 의지에 의해서 심리치료나 상담을 받으러 오는 일이 거의 없기 때문에 치료에 대한 저항이 일어나기 쉽다. 이때 아동들이 놀이치료실에 있는 갖가지 놀이도구를 보거나 아동이 좋아하는 놀이를 통해 접근하게 되면 치료에 더 쉽게 참여하게 된다고 한다(김광웅, 1999). 또한 최근에는 성인의 인지행동치료를 발달수준이 다른 아동에게 그대로 적용할 때의 문제점을 보완하여 놀이를 인지행동치료에 통합시킴으로써 아동을 위한 인지행동치료가 개발되기도 하였다(Knell, 1998).

이렇듯 흔히 아동을 치료할 때는 아동이 자신의 사고와 감정을 언어보다는 놀이를 통해 표현한다는 점에 착안하여 주로 놀이를 치료에 적용하고 있다. Landreth(1991)는 아동은 언어를 사용하는 것보다 놀이를 통해서 보다 완전히, 그리고 보다 직접적으로 자신을 표현할 수 있으며, 아동이 자신의 경험과 감정을 놀이를 통해 표현하는 것은 가장 자연스러운 자기 치료적 과정이 된다

고 하였다.

최근 60년간의 놀이치료 문헌들에 대한 메타 분석에 의하면, 놀이 치료가 아동이 보이는 다양한 문제들에 효과적임이 증명되었다(Ray, Bratton, Rhine, & Jones, 2001). 특히 놀이치료는 긍정적인 자기 개념을 증진시키고, 행동 문제, 불안, 사회적으로 부적절한 행동을 감소시키는데 효과가 있음이 밝혀졌다(Bratton & Ray, 2000). 또한 학교에서 실시하는 놀이치료가 자기통제의 부족, 우울, 의존성, 사회적으로 부적절한 행동, 학습 장애, 결손가정 등을 포함한 다양한 문제들에 효과가 있음이 입증되었다(Landreth, 1993).

그 중에서도 집단치료는 개인치료에 비해서 많은 장점을 지니는데, Sweeny(1999)는 집단 놀이 치료에 대한 장점을 9가지로 요약하여 기술하고 있다. 그는 집단치료는 아동의 자발성을 촉진시키며 참여수준을 높일 수 있고, 다른 집단 구성원의 정서적이고 행동적 표현을 관찰하여 대처 행동과 문제 해결 기술, 그리고 정서 표현의 대안적 방법들을 배울 수 있게 되며 놀이 치료 집단은 사회의 축소판으로써의 기능을 하기 때문에, 치료자는 아동이 일상 생활에서 어떤 모습을 나타내는지에 대한 통찰을 얻을 수 있게 된다고 하였다. 또한 최근의 축적된 연구결과에 의하면 집단 치료는 효과면에서 개별치료와 필적할뿐 아니라 시간과 비용 면에서 훨씬 효과적이다. Schafer는 다음 세기의 놀이 치료자는 약 25%만이 개별치료를 하며 대다수의 경우는 집단과 가족치료를 하게 될 것이라고 예견하고 있다. 그러나, 그는 지금까지 Slavson과 Shiffer(1969) 시대 이래로, 놀이치료 문헌에서 집단 활동에 대한 언급이 거의 없었다는 것을 지적하고 있다(임연화 역, 1998). 국내에서도 놀이치료에 대한 개별 치료 연구만이 주로 이루어져왔으며, 집단 치료에 대한 관심은 최근에 들어서 몇몇 문헌을

통해서만 발견할 수 있었다. 따라서 앞으로 집단 놀이치료에 대한 깊이 있는 학문적 연구와 체계적인 이론의 개발이 요구된다고 할 수 있겠다.

구조화된 집단 놀이치료는 전통적으로 사용되어 온 비지시적인 아동놀이치료와는 다른 접근 방식으로 치료자가 미리 아동의 문제에 맞추어 여러 가지 활동들을 선택하고 계획하며 치료자의 역할도 보다 지시적이다. 구조화된 집단 놀이치료는 1939년도에 David Levy가 개발한 이래로 현재까지 많은 이론적 배경을 가진 다양한 연구자들에 의해 실시되었으며 그 효과가 입증되었다(Knell, 1998; O'Connor & Schaefer, 1994).

그 중에서도 O'Connor가 개발한 구조화된 생태학적 집단 놀이치료는 인지적·행동적·정서적·신체적·사회적 훈련 요소를 모두 포함한 중다양식의 치료형태로써, 이와 같은 중다양식의 치료접근은 빠른 변화를 촉진하며 이러한 변화에 대한 일반화를 극대화시킨다. 구조화된 생태학적 집단 놀이치료는 또래와의 사회적 상호작용의 질을 개선시키거나 공격성을 감소시키는데 특히 효과적이며, 이밖에도 만성적인 정신질환, 아동학대, 적응문제, 심각한 정신병리등과 같은 다양한 문제를 가진 아동에도 효과적인 것으로 보고되고 있다(O'Connor, 1991).

국내의 놀이치료 효과에 대한 연구를 살펴보면 이정숙과 김윤희(2001)가 놀이치료를 통해 우울한 아동의 자율성을 향상시켰음을 보고하였고 강홍조, 이명희(1997)는 게임놀이치료를 선택적 함묵아에게 실시하여 사회성을 증진시켰으며 김정향(1997), 유미숙(1998)도 놀이치료 사례분석을 놀이치료가 정서장애 아동에게 효과가 있음을 입증하였다.

집단 놀이치료의 효과 연구도 최근 관심이 높아지고 있는데, 김영순, 송영혜(1998)는 반항성

장애아의 귀인반응에 초점을 집단놀이치료를 실시하였고, 이명희(1998)는 공격적 행동을 보이는 아동을 대상으로 하였으며, 이승희(1998)은 구조화된 집단게임놀이치료를 시도하였고, 권영주(1999)는 구조화된 집단 놀이치료를 통해 경계선 지능 아동의 적응행동을 다루었다.

그러나 위에 언급된 국내의 연구들은 대부분이 사례연구로써, 질적인 분석을 통해 연구가 이루어졌기 때문에, 놀이치료의 효과를 과학적으로 검증하지는 못했다는 단점을 가지고 있다. 질적인 분석도 중요하기는 하겠지만, Roger Philips(1985)가 언급했듯이 놀이치료에서 필요로 하는 것은, 명확한 가설, 잘 통제된 연구설계, 의미있는 결과의 측정치, 그리고 적절성을 갖춘 통계를 사용하는 체계적인 연구 프로그램일 것이다(임연화 역, 1998).

따라서, 본 연구에서는 우울한 정서를 보이는 초등학교 아동들을 대상으로 집단놀이치료 프로그램을 개발해보고 이에 대한 효과를 검증하였다. 집단놀이치료 프로그램은 감정을 표출하도록 하는 미술, 인형 등을 이용한 다양한 감정정화활동과 사회기술능력을 증진시키도록 고안된 인지-행동적 기법들을 접목시킨 중다양식의 치료적 기법이다. 본 연구에서는 우울한 아동에게 구조화된 집단 놀이치료를 실험적으로 적용해 보았으며, 아동의 우울 및 우울과 상관이 높은 불안 등의 심리적인 문제가 어떻게 변화되는지를 관찰하였다. 본 연구의 가설은 다음과 같다

연구 문제 1: 집단 놀이치료가 아동의 정서 및 행동 문제에 어떤 영향을 미칠 것인가?

가설 1. 아동의 우울증상이 집단 놀이치료에 의해 감소될 것이다.

가설 2. 아동의 불안증상이 집단 놀이치료에 의해 감소될 것이다.

가설 3. 아동의 협동행동 비참여행동은 집단 놀이치료의 과정 중에 긍정적인 변화를 보일 것이다.

가설 5. 집단 놀이치료 후 부모는 아동의 행동에 긍정적인 변화가 있다고 지각할 것이다.

## 방 법

### 연구대상

본 연구는 평촌의 한림대학교 성심병원 신경정신과에 내원한 초등학교 3, 4, 5학년 아동 중 1)의 DSM-IV진단기준에 따라 소아정신과 전문의로부터 우울장애를 1차진단 또는 2차진단으로 받았고, 2) 소아우울증 검사(CDI)에서 15점 이상의 점수를 얻었으며 3) 아동용 개인 지능검사(KEDI-WISC)에서 전체지능이 90 이상을 보인 아동을 대상으로 수행되었다. 연구대상자를 위의 3가지 기준으로 선정한 이유는 다음과 같다. 먼저, DSM-IV의 진단기준에 따른 진단면접과 다양한 심리검사를 종합하여 최종진단을 내린 소아정신과 전문의의 판단이 신뢰롭다고 생각되었기 때문에 우울장애로 진단받은 아동을 일단 선정하였다. 그 다음 진단을 받은 후의 변화를 점검하고 진단을 확인하기 위하여 소아우울증 검사를 실시하였다. 우울증 진단을 위한 기준점수로 15점을 정한 것은 Kovacs(1983)의 연구에서 제시된 분할점(CDI 13점)보다 높는데, 조수철과 이영식(1990)의 연구에서 우리나라 초등학교 4, 5, 6학년생을 대상으로 산출한 CDI의 평균치가 14.7(표준 편차 7.3)이었음을 고려하였다. 마지막으로 인지적인 능력이 치료효과에 영향을 미칠 수 있다고 판단하여 아동용 개인 지능검사 결과 전체 지능이 90이상인 아동을 최종 선정하였다.

표 1. 집단놀이치료 프로그램 치료집단 및 통제집단의 인구통계학적 특징 및 진단명

변인	참가자(n=8)	통제집단(n=8)
성별	남아 8명	남아 8명
나이	10.49(2.91)	10.55(1.77)
KEDI-WISC IQ	100.53(36.91)	107.5(6.16)
언어성 IQ	108.75(11.27)	107.62(10.87)
동작성 IQ	101.00(13.38)	100.50(13.38)
진단분포(명)		
우울	1	
적응 & 우울	3	2
기분부전 & 불안	2	2
불안 & 우울		3
틱 & 불안 & 우울	2	1

위의 과정을 통해 선정된 대상자는 총 28명이었으며, 이중 치료에 참여하겠다는 부모의 동의를 받은 아동 13명을 치료집단으로 구성하였고 나머지 12명은 통제집단으로 구성하였다. 치료집단 중 3명은 1회기 이후 프로그램 참여의사를 철회하였으며, 치료집단과 통제집단에서 총 5명이 사후검사에 응하지 않아 결과적으로 치료집단 총 8명, 통제집단 총 8명이 분석에 포함되었다. 통제집단은 약물치료만을 받았으며 치료집단과 동일한 시간간격으로 사전검사 실시 후 6주 후에 사후검사를 실시하였다.

연구대상자 및 통제집단의 인구통계학적 특징 및 지능지수, 진단명이 표 1에 제시되어 있다.

#### 치료집단과 통제집단의 사전검사 비교

치료 시작 전에 치료 집단과 통제 집단이 동질적인지를 확인하기 위해 사전검사에 사용한 모든 척도에 대해서 집단간 평균치의 차이 검증을 실시하였다. 그 결과 아동의 우울, 불안 척도와 부모보고에 의한 문제행동 평가 척도에서 치료

전에 두 집단간에 차이가 없는 것으로 나타났다.

#### 프로그램 구성 및 진행

본 프로그램에서는 12회기의 단기 프로그램을 실시하여 자존감 저하 및 사회성 부족, 불안과 같은 다양한 증상과 함께 나타나는 우울증상을 감소시키기 위한 것으로, 이와 같은 목적에 가장 부합되는 치료 방법이 바로 다각적인 측면을 다룸으로써 치료 효과를 극대화시키는 생태학적 놀이치료 기법이라고 할 수 있다. 따라서 본 프로그램에서는 O'Connor의 구조화된 집단 놀이치료를 기본 골격으로 하여 인지적·행동적·정서적·신체적·사회적 측면을 모두 포함한 치료 프로그램을 구성하였으며 구체적인 치료활동으로는 O'Connor의 기법뿐 아니라 부정적인 정서 표출을 자극하는 Kaduson과 Schafer 등의 다양한 치료기법들을 도입하여 사용하였다. 집단놀이치료 프로그램의 각 회기당 프로그램 내용은 표 2에 제시되어 있다.

본 프로그램이 포함하고 있는 다양한 측면들

표 2. 집단놀이치료프로그램의 각 회기별 프로그램 내용의 개요

회기	주제	활동내용
1-2회기	라포형성 및 집단규칙정하기	자기소개/집단규칙 및 보상제도정하기/미니볼링게임 찰흙만들기(매치료회기에 앞서 이완훈련5분실시)
3-4회기	감정 인식과 언어적 감정표현	감정을 색깔로 표현하기 인생채색 나무뒤보기 얼굴표 정인식하기
5-6회기	적응적인 감정표출과 문제 해결	공으로 벽차기, 보보인형때리기 소리지르기 게임 역할 극
7-8회기	원인-결과파악하기 및 대처훈련	상황카드를 보고 감정 및 문제의 원인 결과 맞추기게 임/역할극
9-10회기	과거경험 재구성화	인형극을 통해 과거경험을 표현하고 다른 각도에서 조망해보기/ 집단화그림
11회기	자기통제감 증진 및 자기강화	상상여행/ 자기자신을 칭찬하고 보상해주기 걱정목록 작성하기
12회기	치료활동정리 및 미래계획	송별파티 및 앞으로의 계획 얘기하기

의 구체적인 구성내용은 다음과 같다. 첫째, 정서적 요소로서 우울한 아동들에게 오랫동안 쌓여온 부정적인 감정을 표출하게 하기 위하여 핑거페인팅, 그리기, 찰흙만들기 등의 예술활동을 사용하였으며, 이밖에 손인형을 사용한 인형극과 이야기 만들기 기법도 가족이나 또래와의 갈등을 재현시키는데 사용하였다. 정신분석에서 사용하는 것과 같은 깊은 수준의 직면이나 해석을 사용하지는 않았지만, 치료자는 아동이 치료 활동을 통해 나타낸 것을 공감해주고 반영해주며 새로운 각도에서 문제를 재조명해줌으로써 자신의 문제에 대한 통찰을 얻도록 촉진하였다. 또한 우울한 정서를 경험하고 있는 아동들의 정서조절 능력을 증진시키기 위하여 치료과정동안 아동이 자신과 타인의 다양한 정서상태를 인지하고, 상황에 적절한 정서를 습득하며, 자신의 정서를 언어로 표현하는 능력을 개발하도록 돕는데 초점을 맞추었다. 인생채색기법(O'Connor, 1991)

이나 감정카드를 이용하여 여러 가지 감정을 분류하고 자신의 감정을 언어적으로 표현하는 활동들이 이와 같은 목적에 부합되는 활동들이다.

둘째, 신체적인 측면은 위축, 긴장되어 있는 아동이 긴장을 풀고 편안한 상태에서 최적의 학습을 할 수 있도록 도와주는 활동들로 구성되었다. 매 회기마다 이완훈련을 실시하였는데, 이완훈련은 우울한 증상을 완화시키는데 효과적인 기법으로 알려져 왔으며(Reynolds et al, 1986) 상황에 대한 통제감을 증진시키는데 효과적이다(Goldfried & Trier, 1974). 따라서 본 프로그램에서는 매회기마다 실시되는 간단한 이완 훈련 이외에도 상상기법을 활용하여 아동이 어려움을 극복해 나가는 과정을 상상하도록 유도하는 활동도 포함하였다.

셋째, 행동적 측면에서는 스티커판을 이용한 보상체계를 적극적으로 활용하여 긍정적인 행동을 촉진하고 프로그램 중에 학습한 행동을 유지

시키도록 하였다. 후반부로 갈수록 강화의 횟수나 강화물을 줄여나갔으며, 전체 아동이 원하는 집단활동을 강화물로 사용하거나 자기강화를 하도록 유도하였다. 이것은 아동이 강화물에 의존하는 것을 방지하고 치료동안에 배운 행동을 강화물이 존재하지 않는 일상생활에 일반화시키기 위함이다.

넷째, 인지적인 요소로는, 자기자신 및 타인에 대해 부정적인 도식을 가지고 있는 우울한 아동들의 인지를 수정하기 위해서 스스로를 칭찬하고 타인의 긍정적인 면을 발견하도록 하는 활동들을 구성하였다. 또한 우울한 아동들은 일상생활에서 당면하는 문제들을 왜곡되게 지각하고 실제적인 문제해결이 부족한 경우가 많으므로 최근에 경험한 가족 및 또래와의 문제들을 역할극을 통해 재조명해 보고 치료자 및 집단구성원의 피드백을 통해 다른 방식으로 문제에 접근해 보도록 하였다.

마지막으로, 사회적 측면을 촉진시키기 위해서 아동이 집단 구성원들과의 상호작용을 증진시키는데 초점을 두는 여러가지 활동들을 구성하였다. 전체 집단이 함께 할 수 있는 신체활동(볼링 게임, 풍선던지기 게임)이나 미술활동(찰흙 함께 만들기, 집단화)을 통해 공유하는 경험, 상호협동, 순서지키기와 같은 사회성을 자연스럽게 학습하도록 하였다. 또한 아동의 사회적 상호작용에 대한 강화를 제공하였으며, 집단보상제를 실시하였다. 간식활동 또한 아동의 친사회성을 촉진시키는데 많은 잇점을 가지는데, 간식활동은 활동간의 연계를 원활히 해줄 뿐 아니라 양육의 경험을 제공하고 구성원간의 음식을 공유함으로써 친밀감을 높일 수 있다는 점에서 의미가 있다고 할 수 있다(O'Connor, 1991; Sweeney & Homeyer, Eds, 1999).

프로그램의 각 회기당 시간구성은 대략적으로

다음과 같다: 간단한 이완연습(5분), 구조화된 활동1(20분), 간식활동(5-10분), 구조화된 활동2(20-30분), 토론 및 정리(5-10분).

#### 집단 놀이치료 프로그램의 운영

본 프로그램은 평촌의 한림대학교 성심병원의 강당에서 1회기당 1시간~1시간 30분에 걸쳐 주 2회 실시되었으며 두집단으로 나누어 운영되었다. 집단놀이치료 프로그램은 임상심리전문가 1인과 임상심리전공 석사 1인이 주치료자가 되었으며, 임상심리전공 대학원생 2인이 보조치료자로 참여하였으며 매 회기가 끝난 후 치료의 내용 및 진행방식에 대한 논의를 가졌다.

또한 프로그램 내용 및 진행사항을 알리고 부모의 양육태도와 부모-자녀관계를 증진시키기 위하여 부모교육 및 토론이 매 회기마다 10분씩 이루어졌으며 치료중간평가와 최종평가에 대한 보고가 6회기와 프로그램 종료 후에 각각 1번씩 이루어졌다.

#### 평기도구

##### 아동용 우울 검사(CDI)

Kovacs과 Beck(1977)이 아동기 우울의 인지적, 정서적, 행동적 증상들을 평가하기 위해 개발한 자기 보고형 척도로, Beck(1967)이 성인용 우울 척도를 아동의 연령에 맞게 변형시킨 것이다. CDI는 7세에서 17세 아동과 청소년들에게 실시할 수 있으며, 총 27문항으로 이루어져 있다. 각 문항들에 대해 지난 2주일 동안의 자신을 가장 잘 기술해주는 정도를 0점에서 2점으로 평정하도록 되어 있으며, 각 문항에 대한 평정치를 합산한 총점이 우울 정도를 나타낸다. 국내에서는 조수철과 이영식(1990)이 한국형 CDI 개발을 위



한 연구를 수행하였는데, 한국형 CDI의 검사-재검사 신뢰도는 .82, 반분 신뢰도는 .71, 내적 일관성 계수는 .88로 비교적 신뢰도가 양호한 것으로 나타났다(이형석, 1999에서 재인용).

#### 불안 검사

아동의 불안을 측정하기 위해서 본 연구에서 사용된 도구는 김영근(1988)이 Spielberg (1970)의 상태-특성 불안검사에서 30문항만을 선택해 아동용으로 재구성한 것으로, 이형석(1999)이 사용한 불안 검사를 사용하였다. 각 문항에 대해서 예, 아니오로 반응하는 형태이며, 상태 불안은 1, 4, 7, 10, 12번이, 특성 불안은 16, 18, 21, 23, 25, 28, 29번이 도치형이다. 김영근이 산출한 1개월 간격의 검사-재검사 신뢰도 계수는 .93으로 나타났다으며, 이형석이 산출한 불안 검사 전체 척도의 신뢰도는 Cronbach  $\alpha = .84$ , 상태 불안은 Cronbach  $\alpha = .78$ , 특성 불안은 Cronbach  $\alpha = .79$ 인 것으로 나타났다(이형석, 1999에서 재인용).

#### 치료 회기 내 행동평정: 비디오 평정

본 연구에서는 치료중 아동의 행동 변화양상을 관찰하기 위해 전체 회기를 녹화한 비디오 자료중 초반(2회기), 중반(6회기), 후반(11회기)의 3회기를 표집하고, 각 회기당 1분씩 4분 간격으로 12개씩 표집하여 아동의 협동행동, 비협동행동, 공격적 행동, 비놀이행동을 분석하였다. 3명의 행동평정자는 심리학전공 대학원생들이었으며 평정자간 신뢰도는  $r = .78$ 이었다.

#### 아동청소년 행동평가척도(K-CBCL)

K-CBCL은 Achenbach와 Edelbrock(1983)이 제작한 CBCL(Child Behavior Checklist)을 국내에서 사용할 수 있도록 번역하여 표준화한 부모보고식 아동행동 평가척도로 4세부터 17세의 아동과 청소년들의 문제 행동을 평정하도록 되어있다. 총 119개의 문항으로 구성되어 있으며, 각 문항에 제시된 행동문제에 대하여 0, 1, 2의 세 수준으로 평가하도록 되어 있다. 각 문항에 대한 부모의 평정치는 아동의 성별과 연령에 따라서 사회성 및 학업수행 능력을 평가하는 사회성 척도와 위축, 신체증상, 공격성, 주의 집중, 우울/불안 등 10개의 하위척도로 구분된다. K-CBCL의 표준화 연구에 의하면 하위 척도에 대한 내적 합치도 계수는 .62에서 .86까지 비교적 양호한 수준으로 나타났으며, 1개월 간격으로 실시된 검사-재검사 신뢰도는 평균 .68로 보고되어 있다.

## 결 과

### 우울, 불안정도 및 K-CBCL척도에서 각 집단간 및 집단내 차이

우울, 상태 및 특성 불안정도에 있어서 시간에 따른 집단간 차이를 검증하기 위해서 2(치료집단 대 통제집단)×2(치료전 대 치료후) 반복측정 변량분석(repeated measures ANOVA)을 수행하였다. 각 집단별 측정치들의 평균과 표준편차 변량분석 결과가 각각 표 3과 표 4에 제시되어 있다. 분석 결과, 우울의 경우 시간에 따라서 두 집단간에 유의한 상호작용 ( $F(1,14) = 14.39, p < .05$ ) 이 있는 것으로 나타났다. 이런 결과를 좀더 자세히 검토하기 위하여 각 집단별로 t검정을 분석하였다. 통제집단의 우울 정도는 치료전과 후에 유의한 차이를 보이지 않은 반면에 ( $t(1,7) = .43$ ), 놀이치료 집단의 우울 정도는 치료전에 비해 치료후에 유의하게 감소하였다( $t(1,7) = -5.25, p < .001$ ). 시간에 따른 차이를 알아보기 위해 두 집단간 검정을 분석하였는데, 치료전에는 두 집단간 유의

표 3. 각 집단별 측정치들의 평균과 표준편차

		치료집단		통제집단	
		치료전	치료후	사전	사후
아동평가 척도	우울	21.13(5.08)	13.13(3.60)	21.38(7.03)	22.13(8.04)
	불안(상태)	6.50(2.92)	4.50(3.34)	5.75(4.56)	7.63(3.89)
	불안(특성)	8.63(2.32)	5.25(1.67)	9.38(1.77)	10.88(3.76)
	총사회능력	35.75(5.77)	40.25(8.34)	39.75(10.08)	45.50(12.39)
부모평가 척도	우울/불안	62.12(9.77)	57.38(7.15)	60.63(9.10)	60.25(10.26)
	내재화	62.25(8.58)	57.37(7.12)	58.50(5.65)	57.75(9.69)
	충문제행동	61.50(5.78)	56.75(3.57)	56.50(6.99)	57.25(8.59)

한 차이를 보이지 않았으나( $t(1,7) = .26$ ), 치료후에는 놀이치료 집단이 통제 집단에 비해 우울의 정도가 유의하게 낮았다( $t(1,11) = -2.94, p < .05$ ). 상태불안의 경우 두집단간에 유의한 수준의 주효과, 상호작용효과는 나타나지 않았으나, 특성

불안의 경우 시간에 따른 상호작용효과( $F(1,14) = 8.01, p < .05$ ), 집단의 주효과( $F(1,14) = 12.04, p < .01$ )가 나타났다. 이런 결과를 좀더 자세히 검토하기 위하여 각 집단별로 t검정을 분석하였다. 통제집단의 특성불안 정도는 치료전과 후에 유

표 4. 불안, 우울에서의 집단간 및 집단내 차이

종속변인	변량원	자승화	자유도	평균자승화	F
우울	집단	174.67	1	174.67	2.67
	시간	102.39	1	102.39	9.42**
	시간×집단	156.47	1	156.47	14.39**
상태불안	오차	152.19	14	10.87	
	집단	11.28	1	11.28	.60
	시간	3.13	1	3.13	.00
	시간×집단	30.03	1	30.03	3.30
특성불안	오차	127.44	14	9.10	
	집단	80.77	1	80.77	12.04**
	시간	6.81	1	6.81	1.13
	시간×집단	48.12	1	48.12	8.01*
	오차	84.08	14	6.01	

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

의한 차이를 보이지 않은 반면에 ( $t(1,7) = 1.00, p < .05$ ), 놀이치료 집단의 특성불안 정도는 치료 전에 비해 치료후에 유의하게 감소하였다( $t(1,7) = -3.90, p < .01$ ). 시간에 따른 차이를 알아보기 위해 집단간 t검정을 분석하였는데, 치료전에는 두 집단간 유의한 차이를 보이지 않았으나( $t(1,7) = -.67$ ), 치료후에는 놀이치료 집단이 통제 집단에 비해 특성불안 정도가 유의하게 낮았다( $t(1,7) = -4.23, p < .01$ ). 그러나, K-CBCL로 측정된 부모가 지각한 행동변화에서는, 시간에 따라 두 집단 간에 모두에게서 유의한 차이를 보이지 않았다.

#### 치료진행에 따른 치료회기내 비참여/비협동/협동 행동 빈도의 변화

집단놀이치료 프로그램의 참석아동을 대상으로 회기진행에 따라 전반적인 행동양상의 향상 여부를 검증하기 위해 협동적 행동, 비협동적 행동, 비참여행동의 빈도를 치료 초반, 중반, 후반으로 나누어 산출하여 비교하였다. 비놀이행동은 치료의 진행에 따라 감소하는 경향을 나타냈으나 유의미한 수준의 변화를 보이지는 않았으며 비협동적 행동의 빈도에서는 유의미한 변화가 관찰되지 않았다. 또한 협동적 행동은 증가하는 경향을 나타냈으나 유의미한 변화를 나타내기에 부족하였다.

#### 논 의

본 연구에서는 우울한 아동을 대상으로 하여 집단 놀이치료 프로그램을 개발하여 12회기에 걸쳐 실시하고 우울과 관련된 다양한 증상들의 변화를 실증적으로 확인해보고자 하였다. 그 결과, 비록 집단 놀이치료 프로그램이 부모가 지

각할 정도의 전반적인 문제행동의 향상을 가져 오지 못했으나 본 프로그램이 직접적으로 목표한 바대로 아동의 우울과 불안이 유의미하게 감소한 것으로 나타나, 집단놀이치료가 아동의 우울증을 개선하는데 효과가 있었다고 해석될 수 있겠다. 일반적으로 우울증과 같은 내면화된 문제를 치료하는데는 12회기이상의 장기프로그램을 실시하는데 반해(Stark, 1995), 본 연구는 12회기의 단기프로그램으로도 우울증상을 완화시킬 수 있음을 입증하였으며, 이러한 결과는 우울한 아동을 대상으로 8회기의 단기 인지행동치료를 실시한 Weisz, Thurber, Sweeney, Proffitt 및 LeGagnoux(1997)의 연구결과와도 일치한다. 그러나 Weisz 등의 인지행동치료는 치료기간의 측면에서는 본 연구보다 짧았으나, 임상표본이 아닌 경미한 우울증을 겪고 있는 정상아동에게 실시한 것이므로, 보다 심한 정도의 우울증의 아동에게도 동일한 효과를 나타낼지는 미지수이다. 또한 Weisz 등은 우울한 아동에 대해 우울을 일으키는 사고를 수정해주며 기분을 상승시키는 생각이나 활동에 몰두하게 하는 전통적인 인지행동적 치료기법만을 사용하는데 반해 본 연구에서는 인지행동적 기법뿐 아니라 부정적인 정서와 내면의 갈등을 다루어주며 집단구성원의 협동과 상호작용을 촉진시키는 등, 인지행동적인 측면 이외의 정서적, 신체적, 사회적인 측면 모두를 고려한 중다양식의 치료기법을 사용하였다는 점에서 차이가 있다.

한 가지 논의할 점은, 불안정도 변화를 측정한 결과에서 특성불안에서는 유의미한 차이가 나타났으나, 상태불안에서는 유의한 차이가 나타나지 않았다는 것이다. 이러한 결과는 다소 예외적인 것으로 여겨질 수도 있는데, 왜냐하면 많은 연구들에서 특성불안이 높은 사람은 낮은 사람보다 특정 상황에서 더 많은 위협을 지각하고 따라서

높은 상태불안을 경험한다고 보고되고 있기 때문이다. 이렇듯 상태불안과 특성불안은 서로 관련성이 높은 개념이지만, 별개의 특징을 가진 구성개념이기도 하다. 즉, 상태불안은 성격특성에 의해 영향을 받기는 하지만 그 특성의 강도뿐 아니라 유발자극들에 의해서도 영향을 받는다(Endler, 1975). 예를 들면 한번 위협적인 것으로 평가된 자극 상황에서는 그 다음 상황에서도 높은 상태불안이 발생될 수 있지만, 자주 만났던 긴장상황은 위협을 빨리 경감시켜 상태불안의 강도를 낮출 수 있는 효과적인 대응방식을 발달시킬 수 있다. 본 연구에서도 우울한 아동들에게는 놀이치료 전에 실시한 평가상황이 상당히 위협적인 것으로 지각되었을 수 있으며 이후 치료를 통해 전반적인 불안수준이 감소되었음에도 불구하고, 그 특정 평가상황에 대한 민감성은 계속 높은 수준으로 유지되었기 때문에 상태불안 점수에서 큰 변화를 보이지 않았을 가능성을 생각해 볼 수 있겠다. 그러나 다른 외재변인을 제대로 통제하지 못하여 나온 결과일 가능성도 배제할 수는 없겠다.

아동이 보고한 우울과 불안의 문제에 대한 개선이 뚜렷하게 드러난데 비하여 부모의 평가에서는 치료전후에 유의미한 변화가 나타나지 않았다. 이는 12회기의 집단놀이치료가 아동의 불안과 우울과 같은 내면적 문제를 완화시켰지만, 부모가 지각할 수 있을 정도의 전반적인 문제행동의 개선을 이끌어내기는 어렵다는 것을 말해주는 결과일 수 있다. 치료에서 나타난 변화가 가정과 학교등, 실제생활에서의 변화로 이어지기 위해서는 가정이나 학교에서 아동의 미세한 변화에도 민감하고 적절하게 반응하여 이를 지속적인 변화로 이끌어내는 과정이 필요하다. 비록 치료프로그램의 진행과정에서 각 회기마다 부모와의 간단한 면담시간을 가졌으나, 대부분의 부

모들이 가지는 치료에 대한 높은 기대와 아동의 문제를 바라보는 시각의 차이를 변화시키는데는 부족하였던 것 같다. 따라서 치료에서 나타나기 시작한 미세한 변화들을 부모들이 포착하여 강화해줌으로써 이를 실생활에서 증폭시켜주는데 어려움이 있었을 것으로 보인다. 많은 연구들이 부모교육이나 부모훈련의 중요성에 대해서 보고하고 있으며, 부모훈련 프로그램을 병행하였을 때 더 높은 효과를 얻을 수 있었음을 보고하였다(Kazdin, Siegel, & Bass, 1992; Shure & Spivack, 1979). 따라서 O'Connor(1991)도 지적했듯이 집단놀이치료 프로그램을 통한 치료의 효과가 실생활에 일반화되기 위해서는 치료자, 부모, 교사와의 긴밀한 연계가 이루어져야 할 것이다.

또한 안타깝게도, 본 연구에서 사용한 집단놀이치료 프로그램 중 구체적으로 어떠한 측면들이 우울과 불안증상을 완화시켰는지에 대해서는 다양한 척도를 사용하여 치료효과를 검증하지 못하였기 때문에 알 수가 없다. 그러나, 실제 프로그램 회기내의 행동관찰 자료를 통해 프로그램의 효과에 대한 한가지 추측을 해볼 수가 있다. 비록 유의미한 차이를 나타내지는 않았으나 치료가 진행되면서 협동적 행동과 같은 긍정적인 사회적 기술이 증가하였으며, 비참여행동은 감소경향을 나타냈다. 이것은 본 프로그램 중 사회기술을 증진시키기 위해 고안된 치료활동들이 아동의 대인관계기술을 증가시켜 실제생활에서 또래관계 형성에 긍정적인 영향을 미쳤으며 이로 인해 아동의 우울증상이 감소했을 가능성을 추측해 볼 수 있다. 또한 집단자체가 가지는 속성에서도 치료적 효과가 있었을 것으로 보이는데, Yalom(1931)은 다른 구성원의 행동을 관찰하거나 구성원들간의 피드백을 통해 새로운 사회적 기술을 습득할 수 있게 하고, 타인에게 도움을 주는 행위를 통해 자신이 누군가에게 중요한

사람이 되는 경험을 제공하게 되는 등, 여러 가지 긍정적인 측면을 가지고 있다고 하였다. 이와 같은 측면은 부모들의 보고를 통해서도 확인되었는데, 많은 아동들이 교우관계가 향상되었음을 치료과정동안 확인할 수 있었다. 이밖에도 치료의 다른 여러 측면들이 우울한 정서를 향상시키는데 작용하였을 것이나, 본 연구에서는 확인될 수 없었다.

본 연구의 제한점은 다음과 같다. 아동치료의 효과를 검증하는 연구에서 가장 많이 지적되는 부분은 통제집단의 구성, 잘 대표되는 실험집단의 설정, 표본의 크기 등 다양한 방법론상의 문제점에 있다(Durlak, J. A., Wells, A. M., & Haley, G., 1995; Kazdin, 1995; Kendall, P.C., & Morris, R. J., 1991; Peterson & Bell-Dolan, 1995).

본 연구에서도 이와 같은 방법론상의 문제점들을 극복하지 못하였으며 많은 제한점들을 가진다. 첫째, 본 연구에 참여한 피험자들의 수가 총 32이명이었으나, 이중 실제로 분석에 사용된 피험자 수는 치료집단 8명, 통제집단 8명에 불과하였다. 이와 같은 제한된 사례 수가 통계적 검증력을 약화시켰을 것이며, 결과를 일반화시키는데 문제가 있음을 시사한다.

둘째, 충분한 수의 피험자를 확보하지 못했기 때문에 통제집단과 치료집단을 구성하는데 있어 무선배치를 하지 못했다는 단점을 들 수 있다. 치료집단과 통제집단 간에 사전 검사 평균의 차이 검증에서 유의미한 차이는 없었으나, 이것만이 치료집단과 통제집단의 동질성을 보증해 주지는 못하며, 제 3의 변인이 결과에 영향을 미쳤을 가능성이 있다.

셋째, 치료의 효과를 다각적인 측면에서 평가하지 못했다는 문제점이 있다. 프로그램의 어떤 구성요소가 치료에서의 효과를 일으켰는지, 치료가 어느 범위까지 영향을 미쳤는지에 대한 지식

을 얻을 수 없었으며, 부모와 아동의 평가에 대한 차이를 다른 자료를 통해 검증해 볼 수도 없었다.

넷째, 본 연구에서 참가한 아동들의 문제영역이 우울증의 단일장애만을 포함하지 않으며 불안 장애와 공존된 증상을 보이는 아동들이 많았기 때문에 이와 같은 측면이 치료의 효과를 제한하였을 가능성이 있으며, 치료의 순수한 효과를 검증할 수 없었다는 단점이 있다. 이것은 제한점과 동시에 의의를 가지는데, 왜냐하면 실제 임상장면에서는 단일한 장애로 진단을 받는 경우는 드물며 여러 증상이 공존하여 나타나는 경우가 흔하기 때문이다. 그럼에도 불구하고, 이후의 연구에서는 단일장애와 공존하는 다른 증상을 가진 장애와의 비교를 통해 치료 프로그램의 구성요소에 대한 보다 세밀한 분석이 이루어져야 할 것이다.

마지막으로, 본 연구의 치료 효과에 대한 추후 조사를 하지 못했다는 문제점이 존재한다. 치료에서 나타난 효과가 지속적으로 유지되는지 또는 다른 변화가 나타났는지에 대한 평가가 이루어지지 않아 결과를 일반화시키는데 어려움이 따른다.

이러한 제한점이 있었으며, 집단놀이치료 프로그램의 부분적인 효과만이 발견되었음에도 불구하고, 본 연구는 다음과 같은 의의를 지닌다. 먼저, 다양한 증상을 가진 우울한 아동을 위한 프로그램 개발을 시도하였으며, 그 효과를 검증해 보았다는 점을 들 수 있다. 국내에서 실시한 놀이치료에 대한 연구가 주로 개인을 대상으로 한 치료적 접근이었으며, 소수의 집단놀이치료 연구에서조차 사용된 방법들이 주로 기술적이며 내용분석이 주된 경향이었던데 반해 본 연구에서는 객관적인 척도와 통계적인 분석을 시도하여 그 효과를 검증해 보았다는데 의의가 있을 것이

다. 또한 정상집단이 아닌 병원에 내원한 환자집단을 대상으로 하여 문제를 어느 정도 완화시켰다는 점에서도 프로그램의 임상적 적용의 가능성에 대한 의의를 찾을 수 있다. 이 예비적인 결과를 토대로 이후의 연구에서는 보다 효과적인 집단놀이치료 프로그램을 고안할 수 있을 것이라고 생각되며, 앞으로는 보다 방법론적으로 보완된 연구들을 통해 프로그램의 질적인 향상과 함께 일반화 가능성을 높여야 할 것이다.

### 참고문헌

- 강경미 (1994). 소아기 우울증: 소아기우울증의 개관과 발달학적 측면, 소아·청소년정신의학, 5(1), 3-11.
- 강홍조, 이명희 (1997). 게임놀이치료가 선택적 함묵아의 사회성 변화에 미치는 효과. 발달장애학회지, 1(1), 1-16.
- 권영주 (1999). 구조화된 집단놀이치료가 경계선 지능 아동의 적응행동에 미치는 효과. 대구대학교 대학원 석사학위 청구논문.
- 김광웅 (1999). 아동놀이의 속성과 치료적 요소에 관한 고찰. 놀이치료연구, 2, 49-57.
- 김영순, 송영혜 (1998). 집단놀이치료가 반항성 장애아의 귀인반응에 미치는 효과. 발달장애학회지, 2(2), 85-102.
- 김정향 (1997). 자기표현이 부족한 아동의 놀이치료 사례. 놀이치료연구, 1(1), 101-115.
- 송영혜 (1997). 정서장애아동의 놀이치료 사례. 놀이치료연구, 1(1), 31-43.
- 송인숙 (1999). 위축아동의 집단미술치료사례. 한국미술치료학회, 25회 미술치료 연수회자료.
- 오경자, 이혜련, 홍강의, 하은혜 (1997). K-CBCL 아동 청소년 행동평가 척도. 서울: 중앙적성출판사.
- 유미숙 (1998). 놀이치료과정에서 아동행동과 치료자반응 분석. 숙명여자대학교 박사학위 청구논문.
- 이승희 (1998). 자존감 낮은 아동의 구조화된 집단놀이치료 효과. 놀이치료연구, 2(2), 87-109.
- 이명희 (1999). 또래관계가 어려운 아동의 놀이치료. 놀이치료연구, 3(1), 111-127.
- 이정숙, 김윤희 (2001). 우울로 인해 자율성이 부족한 아동의 놀이치료. 놀이치료연구, 5(1), 37-55.
- 이형석 (1999). 환경 상호작용 모델에 기초한 학습부진 아동과 정상 아동의 비교 연구. 고려대학교 석사학위 청구논문.
- 임연화 (1998). 새로운 밀레니엄을 향한 놀이치료의 주요과제. 놀이치료연구, 2(2), 3-11.
- 조수철, 이영식 (1990). 한국형 소아 우울척도의 개발. 신경정신의학 29(4), 943-955.
- 홍경자 (1983). 비행청소년에 있어서 공격성과 불안의 감소에 미치는 주장훈련의 효과. 임상 및 상담심리학회지, 4(1), 19-31.
- Achenbach, T. M. (1991). The derivation of taxonomic construct: A necessary stage in the development of developmental psychopathology. In D. Cicchetti & S. Toth(Eds.), *Rochester Symposium on Developmental Psychopathology: Models and interegrations*(Vol 3, pp. 43-74).
- Angold, A., & Costello, E. (1993). Depressive comorbidity in children and adolescents: Empirical, theoretical, and methodological issues. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1779-1791.
- Asarnow, J. R. & Carlson, G. A. & Guthrie, D. (1987). *Coping Strategies, Self-Perceptions,*

- Hopelessness, and Perceived Family Environments in Depressed and Suicidal Children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(3), 361-366.
- Biederman J, Newcorn J, & Sprich S. B. A. (1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depression, anxiety and other disorder. *American Journal of Psychiatry*, 148(5), 564-577.
- Bratton, S., & Ray, D. (2000). What the research shows about play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 9(1), 47-88.
- Brent, D. A., Holder, D., Kolko, D., Birmaher, B., Baugher, M., Roth, C., Iyengar, S., & Johnson, B. A. (1997). A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy. *Archives of General Psychiatry*, 54, 877-885.
- Butler, L., Mieziotis, S., Friedman, R., & Cole, E. (1980). The effect of two school-based intervention programs on depressive symptoms in preadolescents. *American Educational Research Journal*, 17, 111-119.
- Cantwell, D. P. (1979). Problems and Prospects in the study of childhood depression. *Journal of nervous and Mental Disease*. 167, 132-145.
- Durlak, J. A., Wells, A. M., Cotten, J. K., Johnson S. (1995). Analysis of selected methodological issues in child psychotherapy research. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24(2), 141-148.
- Endler, N. S. (1975). *A person-situation interaction model for anxiety*. In Spielberger C. D. & Sarason I. G. (Eds), *Stress and Anxiety*. New York: Wiley.
- Fine, S., Forth, A., Gilbert, M., & Haley, G. (1991). Group therapy for adolescent depressive disorder: A comparison of social skills and therapeutic support. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 79-85.
- Fleming, J. E., & Offord, D. R.(1990). Epidemiology of childhood depressive disorders: A critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 571-580.
- Goldfried, M. R., & Trier, C. S. (1974). Effectiveness of relaxation as an active coping skill. *Journal of Abnormal Psychology*, 83, 348-355.
- Kaduson, H., & Schaefer, C., Eds. (1997). *101 Favorite Play Therapy Techniques*. New Jersey: Jason Aronson Inc.
- Kahn, J. S., Kehle, T. J., Jenson, W. R., & Clark, E. (1990). Comparison of cognitive-behavioral relaxation, and self-modeling interventions for depression and among middle-school students. *School Psychology Review*, 19, 196-211.
- Kashani, J. H., Husain, A., Shekim, W. O., Hodges, K. K. Cytryn, L., & McKnew, D. H. (1981). Current perspectives on childhood depression: An Overview. *American Journal of Psychiatry*, 138, 143-153.
- Kaslow, N. J., Tanenbaum, R. L., Abramson, L. Y., Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (1983). Problem-solving deficits and depression symptoms among children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 11, 497-502.
- Kazdin A. E. (1995). Scope of Child and Adolescent Psychotherapy Research: Limited Sampling of Dysfunctions, Treatments, and Client Characteristics. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24(2), 125-140.

- Kazdin, A. E., Siegel, T. C., & Bass, D. (1992). Cognitive problem-solving skills training and parent management training in the treatment of antisocial behavior in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 733-747.
- Kendall, P. C. (2000). *Child and Adolescent Therapy*. New York: Guilford Press.
- Kendall, P. C., & Morris, R. J. (1991). Child therapy: Issues and recommendations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(6), 777-784.
- Knell, S. M. (1998). Cognitive-Behavioral Play Therapy. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27(1), 28-33.
- Kovacs, M. (1990). Comorbid anxiety disorders in childhood onset depressions. In J. D. Maser & C.R. Cloninger(Eds.), *Comorbidity of mood and anxiety disorders*(pp.272-281). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory Manual*. North Tonawanda, New York: Multi-Health Systems.
- Landreth, G. (1991). *Play therapy: The art of the relationship*. Muncie, IN: Accelerated Development.
- Landreth, G. L. (1993). Child-centered play therapy. *Elementary school Guidance & Counseling*, 28, 17-29.
- McKnew, D. H., Cytryn, L., Yahraes, H.(1983). *Why Isn't Johnny Crying? Coping with Depression in Children*. W. W. Norton & Company.
- O'Connor, K. J. (1991). *The Play Therapy Primer*. New York: Wiley.
- O'Connor, K. J. & Schaefer, C. E. (Eds.)(1994). *Handbook of play therapy: advances and innovations*. New York: John Wiley & Sons.
- Peterson, L. & Bell-Dolan, D. (1995). Treatment outcome research in child psychology: Realistic coping with the "ten commandments of methodology". *Journal of Clinical Child Psychology*, 24(2), 149-162.
- Ray, D., Bratton, S., Rhine, T., & Jones, L. (2001). The effectiveness of play therapy: Responding to the critics. *International Journal of Play Therapy*, 101, 85-108.
- Reynolds, W. M. & Coats, K. I. (1986). A comparison of cognitive-behavioral therapy and relaxation training for the treatment of depression in adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(5), 653-660.
- Shure, M. B., & Spivack, G. C. (1979). Interpersonal cognitive problem solving and primary prevention program for pre-school and kindergarten children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 8, 89-94.
- Stark, K. D. (1990). *Childhood depression: School-based intervention*. New York: Guilford Press.
- Stark, K. D., Reynolds, W. M., & Kaslow, N. J.(1987). A comparison of the relative efficacy of self-control therapy and a behavioral problem-solving therapy for depression in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15, 91-113.
- Sweeney, D. S. & Homeyer, L. E. (1999). *The handbook of group play therapy: how to do it, how it works, whom it's best for*. California: Jossey-Bass Inc.
- Weisz, J. R. & Thurber, C. A. & Sweeney, L. & Proffitt, V. D. & LeGagnoux, G. L. (1997). Brief Treatment of Mild-to-Moderate Child Depression Using Primary and Secondary Control Enhancement Training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(4), 703- 707.



- Wood, A., Harrington, R., & Moore, A. (1996). Controlled trial of a brief cognitive-behavioral intervention in adolescent patients with depressive disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 37, 737-746.
- Yalom, I. D. (1931). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books Inc.
- 원고접수일 : 2003. 3. 31  
게재결정일 : 2004. 6. 4

K C I

## The Effectiveness of Group Play Therapy Program for depressive Children

Yae-Ree Kang

Dept of Psychiatry, St. Mary's Hospital

Chang-Yil Ahn

Dept of Psychology, Korea University

The primary purpose of the present study was to develop and evaluate the effects of group play therapy program for depressive children. Eight elementary school children with depressive symptoms among psychiatric outpatients were provided with 12 sessions group play therapy, and compared with the same number of a control group who did not received the therapy. Treatment outcome was assessed by parent reports on social behavior, internal problem, and external problem, and self-reported depression, anxiety, and aggression. The results revealed that, after treatment, children exhibited less degree of depression and anxiety, but there was no significant difference for changing parent reports. It implied that a group play therapy were effective in significantly decreasing depression ,however it did not bring about noticeable changes parents can perceive. Therefore, the findings of this study suggest that parent have to be participated in the therapy with their children so as to ensure generalization and long term maintenance of treatment effects.

*Keywords : group play therapy, depression, anxiety*