

부모 훈련을 통한 주의결핍 과잉활동아의 치료 효과 연구

고려원 오경자

연세대학교 심리학과

본 연구는 5세에서 14세 사이의 주의 결핍 과잉 활동 장애(이하 ADHD) 아동의 어머니를 대상으로 ADHD의 주요 증상과 이로 인하여 발생하는 부모-자녀 간의 문제를 다룰 수 있는 부모훈련 프로그램을 개발하고 그 효과를 검증하였다. 개발된 프로그램은 6단계로 구성되어 6주에 걸쳐 주 1회씩 실시한 다음 1달 후의 마무리 모임에서 프로그램에서 배운 행동 수정의 원리와 방법들을 개괄하고 부모들의 수행을 확인하였다. CPT에 의한 평정 결과 아동의 주의력 자체는 크게 향상되지 않은 것으로 나타났으나 충동성은 다소 감소하고 지속적인 주의력이 다소 향상된 경향이 있는 것으로 나타났다. 또한 이를 아동의 어머니들은 아동의 주의 산만도와 과잉활동의 정도, 가장에서의 문제 행동이 프로그램 실시 후 의미 있게 감소한 것으로 평가하였다. 이러한 결과들은 부모 훈련 프로그램을 통하여 이들 ADHD 아동의 어머니들의 양육 기술이 향상됨에 따라 아동의 응종 행동이 증가했음을 시사하는 것으로 생각된다.

주의 결핍-과잉 활동 장애(Attention Deficit Hyperactivity Disorder:ADHD)는 가장 유병률이 높은 아동기 정신과 장애중 하나로 중상 자체의 다양성으로 인하여 미소 대뇌 기능 장애(minimal brain Dysfunction), 과잉 운동 장애(Hyperkinesis), 주의 결핍 장애(Attention Deficit Disorder)등 여러 가지 진단명으로 불리워져 왔다.

역학 연구에 따르면 ADHD의 유병률이 지역 사회에서는 3-15%의 범위에 이르는 것으로 보고 되고 있으며(Anderson, Willia, McGee & Silvia, 1987; Whalen, 1989), 최근에는 유병률이 더욱 증가하는 추세에 있고 비교적 유병률이 낮은 것으로 알려져 있던 여아나 청소년들에게서도 과잉 활동성이 흔히 나타나고 있는 것으로 보고되고 있다(Szamari,

Offord & Boyle, 1989b). 연령이 증가함에 따라 과잉활동 수준이 감소하고 주의 집중 폭과 충동 통제가 증가함에도 불구하고 70-80%의 ADHD아동이 청소년기에도 같은 또래에 비하여 학업 수행과 학업 성취에서 문제가 있을 뿐만 아니라 상당수는 가족 내에서의 갈등과 지역 사회 내에서 반사회적인 행동을 하는 경향이 증가하는 등 문제가 여전히 많이 남게 되고 성인 초기에도 이러한 면과 관련된 여러 가지 문제를 경험하게 된다(Barkley, 1991). 따라서 이에 대한 효과적인 치료를 가능한 한 초기에 실시하는 것이 바람직하다.

ADHD아동에 대한 치료적인 접근 중 현재 가장 널리 사용되고 있는 방법은 중추 신경 각성제를 사용한 약물 치료이다(Pelham, 1989; Whalen, 1989). 약물 치료는 ADHD의 원인을 중추 신경계의 각성 수준이 낮은 것에서 기인한 신경학적인 결함으로 가정하고 중추 신경 각성제를 이용하여 주의 집중력을 촉진하는 것을 주목적으로 하고 있다. ADHD 아동에게 중추신경 각성제(stimulant)를 투여하였을 때 주의 집중력이 향상되고(박난숙, 1992), 충동성이 감소되며(Taylor, 1973), 부모와 교사에 대한 아동의 응종이 증가하고 모-자 상호작용이 향상되며(Barkley & Cunningham, 1980; 하 은혜, 1991), 아동의 공격적인 행동과 품행 문제도 감소하는 것(Hinshaw, Henker & Whalen, 1984b)으로 보고되어 왔다. 지능이나 학업성취는 향상되지 않는 것으로 알려졌으나(Barkley, 1977a; Barkley & Cunningham, 1978) 할당된 시간 내에 과제를 수행하는 능력과 학업 수행의 효율성은 호전되는 것으로 알려져 있다. 약물 치료는 산만한 행동을 통제하는 데에 있어서 매우 효과적인 것으로 알려져 있다.

그러나 약물 치료를 하는 경우 주의 집중력이 향상되고 공격적인 행동과 비용종 행동이 감소되는 효과는 뚜렷한 것에 비하여 긍정적인 행동이 증가하지는 않으며 장기적인 적용에 매우 중요한 역할을 하는 사회적 유능성이나 자기 조절 능력을 기르는데에는 큰 도움이 되지 못하는 한계점이 있다.

또한 중추신경 각성제를 복용함에 따라 초조하거나 불쾌한 기분, 틱(tic), 두통, 복통, 쉽게 울게 되는 등의 부작용을 경험하는 경우도 흔히 보고되고 있다. 그 동안의 연구 결과에 따르면 약물의 장기적인 투여에 따른 부정적인 영향은 없는 것으로 나타났으나 어린 아동들에게 중추 신경 각성제를 사용하는 것에 대하여 일반 대중과 여러 전문가들이 우려를 표현하고 있어 약물치료에 대한 대안 치료법으로 이들 아동의 행동적 측면에 초점을 두는 행동 치료에 관심이 모아지고 있다.(Achenbach, 1982b).

ADHD에 대한 전단에서는 아동의 주의 집중력의 문제가 핵심적인 것으로 강조되고 있으나 이들 아동의 부모들이 전문가의 도움을 구하게 되는 주된 이유는 ADHD아동이 자신의 행동을 스스로 통제하지 못하며 학교의 과제를 혼자 처리하지 못하고, 집에서 사소한 일을 맡겨도 제대로 끝맺지 못하는 등의 어려움이 있고 상당수의 경우 반항적이며 말을 듣지 않는 등 행동상의 문제점으로 인한 것이다. 더욱이 이들 아동은 또래나 권위의 대상이 되는 어른과 심각한 갈등을 겪을 가능성이 많기 때문에 이러한 문제에 대하여 부모들이 더 통제적이고 부정적인 반응을 할 가능성이 많고 이것이 다시 아동의 문제와 혼합되어 악순환의 고리가 형성된다. 부모들은 또한 심한 좌절감, 자기 확신의 감소, 아동의 행동에 대한 통제력의 감소를 보고하며 양육에 대한 자신감의 결여, 우울증, 친척들과의 접촉빈도 감소, 사회적인 고립, 부부갈등, 가족의 역기능 등의 문제를 보고한다. ADHD아동을 양육하는 과정에서 부모는 실질적으로 더 빈번하게 발달단계의 문제와 교육의 문제에 직면하게 될 것이며 이러한 문제에 대응하는 데에 소요되는 시간과 노력은 부부의 기능과 가족의 기능 모든 측면에 상당한 스트레스를 부과한다. 더불어 ADHD아동 중 40-60%가 심각한 반항성 장애나 품행 장애 등의 문제를 나타내므로 이러한 품행상의 문제들로 인하여 부부 갈등과 가족의 역기능이 증가된다(Barkley, 1990).

따라서 ADHD아동의 일차적인 증상을 감소시키며 동시에 ADHD아동에 의해서 부과되는 스트레스에 효과적으로 대응하도록 하는 문제 해결 기술을 습득할 수 있도록 부모들을 훈련시키는 것이 치료의 중요한 부분이 될 수 있다. 즉 이들 아동들의 일차적인 문제는 연령의 증가나 약물 치료의 결과로 어느 정도 호전되나 이차적인 문제는 연령이 증가함에 따라 변화되기가 더욱 어려워짐을 고려할 때 ADHD아동의 일차적인 증상에 대한 치료뿐만 아니라 이들 일차적인 증상에 의해서 파생되는 이차적인 증상을 포함하여 다룰 수 있는 적절한 치료의 필요성이 제기된다. 현재 약물 치료에 대한 대안으로 가장 널리 활용되고 있는 것은 부모 훈련을 통한 행동 치료로 행동적 접근은 학습의 강화 원리를 이용하여 문제 행동을 감소시키고 아동의 긍정적인 행동을 증가시키는 것을 목적으로 한다. 즉 ADHD아동이 상황에 적절한 행동을 하고자 하는 자발적인 동기가 부족한 점을 극복하도록 하기 위해서 아동의 행동에 대하여 강화의 원리를 사용하여 일관적이고 지속적이며 즉각적인 수반 관계를 ADHD아동의 부모가 습득하도록 하는 것을 목적으로 한다.

부모 교육을 통한 행동 치료는 첫째, 부작용으로 인하여 약물 치료가 불가능하거나 혹은 약물 치료에 전혀 반응하지 않는 아동들에게 치료의 대안이 될 수 있고 약물 치료가 이미 효과적으로 사용되고 있는 경우에도 부모들에게 ADHD의 원인, 경과 등을 설명하고 이해시킴과 동시에 치료에 따른 행동의 변화 등을 관찰하여 치료자에게 전달하게 함으로써 ADHD아동에 대하여 좀더 효과적인 치료가 수행될 수 있도록 돋는 기능을 한다. 둘째, ADHD 아동이 심각한 부작용 없이 좋은 약물 반응을 보이는 경우라고 하더라도 이의 효과를 최대로 얻기 위해서는 아동의 긍정적인 행동 변화에 적절하게 반응할 수 있는 양육 기술을 부모에게 알려줄 필요가 있다. 행동 수정 기법은 학업 수행을 향상시키는 데에 더욱 효과적이며(Ayllon, Layman & Kandall,

1975) 부모로 하여금 아동의 적절한 행동을 강화하도록 하는 데에 유용한 것으로 보고되고 있다 (Pollard, Ward & Barkley, 1983).

본 연구는 치료의 목적을 증상의 감소뿐만 아니라 궁극적인 적용을 중진시키는 것으로 하고 이러한 필요성에 근거하여 행동 수정의 원리, 기법, 절차 등을 체계화하여 1)아동의 행동 문제를 다루는 데 있어서 부모의 양육 기술과 유능성을 증가시키고, 2)행동 문제의 원인과 이러한 행동의 기저에 있는 원리와 개념에 대한 부모의 지식을 증가시키며, 3)부모의 요구와 규칙에 대한 아동의 응종을 증가시키도록 하는 프로그램을 개발하고 그 효용성을 검증하고자 한다.

방법 및 절차

피험자

본 연구의 피험자로는 다음의 기준에 부합되는 사례로 최종적으로 6세에서 14세 사이의 남자 아동 16명, 여자 아동 1명으로 총 17명이 선정되었다. 선정 기준은 (1)국민 학교의 담임 교사들로 하여금 DSM-III-R (American Psychiatry Association, 1987)에 ADHD 진단 준거로 제시된 14개의 행동 기술문을 주고 이들 중 6개 이상 항목에 해당되는 아동이 일차적으로 선정되었다. (2)교사로부터 의뢰된 아동의 어머니에게 ACRS(Abbreviated Conners Parent Rating Scale-Revised)를 실시하여 정상 아동의 ACRS 평균 점수로부터 2SD(16점) 이상의 점수를 보이는 아동을 선정하였다. (1), (2)를 통하여 선정된 아동 중 (1)아동용 지능 검사(KEDI-WISC)를 실시하여 지능이 70미만이거나 (2)신경학적 손상의 소견이 뚜렷한 아동 (3)현재 ADHD를 주 증상으로 약물을 복용하고 있는 아동 (4)그 밖에 품행 장애 등 다른 문제가 주 원인인 아동은 연구 대상에서 제외되었다. 본 연구에 참여한 아동의 특징이 표 1에 제시되었다.

표 1. 연구에 참여한 아동의 특성

변인	평균	표준편차	범위
아동			
연령(개월)	108.40	31.05	65 - 170
CBCL총점	75.67	6.43	63 - 87
ACRS	18.87	6.23	11 - 28
어머니			
교육연수	12.00	2.45	9 - 16
BDI	11.93	5.70	2 - 21
MSQ	126.67	19.32	100 - 144

* ACRS : Abbreviated Conners Parent Rating Scale-Revised

BDI : Beck Depression Inventory

MSQ : Marital Satisfaction Scale

평가도구

부모용

1) 아동 행동 조사표(Child Behavior Checklist: CBCL): 아동의 적응 및 문제 행동을 교사나 부모가 3점 척도로 평가하는 것으로 Achenbach & Edelbrock(1983)이 제작한 것을 오경자, 이해련, 홍강의(1990)가 번역하여 표준화한 것을 사용하였다. 이 질문지는 사회 능력 척도와 문제 행동 중후군 척도로 나뉘어져 있다. 분석에는 문제 행동 중후군 척도의 총점을 이용하였다.

2) Conners 평가 척도(Abbreviated Conners parent Rating Scale-Revised; ACRS): ADHD아동의 주요한 증상이 되는 행동 문제를 부모와 교사가 평가하는 것으로 Conners(1970)가 93문항으로 제작한 것을 Goyette, Commers와 Ulrich(1978)가 10문항으로 축약하여 개정한 것으로 국내에서 오경자, 이해련(1989)이 번안한 것을 사용하였다. 번안한 이 척도의 신뢰도는 Cronbach의 지수가 .82이다. 또한 ADHD를 분류하는 기준치는 평균에 2SD를 더한 16점이다.

3) 가정 상황의 행동 평가지(Home Situation Questionnaire: HSQ): 가정과 공공장소의 여러 가지 다양한 상황에서 아동이 나타내는 과잉 활동성과 주의 집중 정도를 아동의 부모가 평정하는 것이다. Barkley(1987)가 제작한 이 평가지는 16가지 상황의 문제행동 유무를 우선 평정하고, 문제가 있다면 이를 1점(가볍다)에서 9점(매우 심하다)까지로 평정하도록 되어있다. 가능한 점수 범위는 0점에서 144점까지이다. 분석에는 평정된 문제 행동의 수와 문제 행동의 심각도를 모두 사용하였다.

4) BDI(Beck Depression Inventory): 어머니의 우울증상 여부와 그 정도를 평가하기 위해 본 연구에서는 최미례(1987)가 번안한 BDI 수정판(Beck, 1979)을 사용한다. 총 21문항으로 구성되어 있고 BDI수정 판의 신뢰도 계수는 .83이다.

5) 결혼만족평가지(Marital Satisfaction Scale): 결혼에 대한 태도를 개인의 주관적인 자각으로 측정하는 것으로 본 연구에서 Roach, Frzier와 Bowden의 결혼 만족도 척도를 이연주(1986)가 번역하여 수정한 척도를 사용하여 어머니에게 실시하였다. 이

척도의 신뢰도는 Cronbach's alpha 0.95로 보고되었다(이연주, 1986).

6) 부모용 사용자 만족도 척도(Parent's Consumer Satisfaction Scale: PCSS): 실시된 부모 훈련에 대한 부모의 만족감 정도를 평가하기 위한 것으로 Forehand와 McMahon(1981)에 의해서 개발된 것을 번역하여 사용하였다. 이 질문지는 전반적인 프로그램과 강의의 형태, 강의된 양육 법에 대한 난이도와 유용성, 치료자에 대하여 "매우 유용하지 못 했다"에서 "매우 유용하였다"까지의 7점 척도로 평가하도록 하였다.

아동용

7) 모호화된 숫자 연속 과제(CPT:Continuous

Performance Test): 주의력 결핍 과잉 활동 아동의 지속적인 주의 집중 정도를 평가하고자 정경미(1990)의 연구에서 사용한 것으로, 컴퓨터로 프로그램되어 IBM PC 호환 기종인 삼보 Trigem 16bit 컴퓨터 모니터에 자극이 제시된다. 가로 5.8cm x 세로 3.7cm 크기의 1에서 9까지의 숫자가 이용되었다. 이는 기존에 사용되었던 연속 수행 과제가 난이도가 낮아 변별력이 없었기 때문에 고안된 것으로 자극을 모호화 시킴으로써 난이도 수준을 증가시킨 과제이다.

연구절차

1) 선정 과정(1차 평가)

서울 시내에 위치한 4개의 국민학교에 DSM-III-

표 2. 평가도구의 사용시기

평가 시기	평 가 도 구		
	선정평가 (이하 1차 평가)	부모훈련 전 평가 (이하 2차 평가)	부모 훈련 후 평가 (이하 3차 평가)
지능	KEDI-WISC (개인지능검사)		
주의집중	CPT	CPT	CPT
행동	ACRS CBCL HSQ	ACRS CBCL HSQ *	ACRS CBCL HSQ
어머니변인		BDI MSQ	PCSS

* HSQ의 2차 평가는 부모 훈련전에 실시되지 않고 전체 6회의 부모 훈련 중 4회에서 실시되었음.

ACRS : Abbreviated Conners Parent Rating Scale-Revised

CBCL : Child Behavior Check List

HSQ : Home Situation Questionnaire

BDI : Beck Depression Inventory

MSQ : Marital Satisfaction Scale

PCSS : Parent's Consumer Satisfaction Scale

R의 ADHD 진단 준거를 기술한 의뢰서를 배부하였다. 담임교사로 부터 이 진단 기준을 충족하는 것으로 평가되어 의뢰된 아동의 수는 33명 이었고 부모 훈련 프로그램에 먼저 참석하던 어머니의 추천에 의해서 담임 교사로 부터 진단 기준을 충족하는 것으로 평가된 아동은 7명으로 총 40명의 아동이 의뢰되었다. 이들 중 37명의 어머니가 부모 훈련에 참석하기를 동의하였다. 이들 중 앞서 설명한 피험자 선정 기준 (2)를 충족하면서 (1), (2), (3), (4)의 제외 요건에 해당하지 않는 경우는 16명이었다. 한편 선정 기준 (1)을 충족하고 제외 요건에 해당 사항이 없으며 심리 검사 시의 행동 관찰 등 다른 소견은 ADHD이나 어머니에 의한 ACRS 점수가 11점인 아동의 경우 이를 어머니가 아동의 문제 점을 과소 평가한 것으로 간주하여 연구 대상에 포함시켰다. 그러므로 총 17명의 아동이 선정 기준에 부합되고 제외기준에 해당되지 않는 것으로 평가되어 최종적인 연구 대상으로 선정되었다. 연구의 대상으로 확정된 17명의 아동의 어머니들은 한 집단의 크기를 5~6명으로 하는 3개의 부모 훈련 집단이 구성되었다. 집단의 크기는 연구자가 임의로 정한 것으로 집단 모임의 논의 시간에 각 개인에게 적절한 시간이 할당되어야 한다는 점을 염두에 두어 한 집단 당 6명을 초과하지 않도록 하였다. 집단 배정은 가능한 한 무선 배정을 원칙으로 하여 연령(학년), 지능지수, 증상의 심각도 등이 대등하도록 배려하였으나 부모 훈련 집단은 구성되는 대로 부모 훈련 프로그램을 실시하였으므로 이러한 변인들에 대한 일관적인 통제는 이루어지지 못했다. 먼저 구성된 집단을 진행해가면서 한 집단의 6주 단계가 끝난 후 다음 집단의 1단계를 시작하는 방법으로 전체 3집단에 대한 부모 훈련 프로그램을 실시하였다.

2) 부모 훈련 전 평가(2차 평가)

연구에 참가하는 아동의 어머니에 대하여 부모 훈련 프로그램을 실시하기 전에 아동의 인지, 행동,

어머니의 정신 건강 상태에 대하여 평가를 실시하였다. 아동의 인지적 능력은 KEDI-WISC를 사용하여 측정하고 행동 수정에 의한 융종 행동의 증가 여부를 측정하기 위하여 어머니에게는 아동의 행동적인 문제를 평가하기 위한 여러 평가지(ACRS, CBCL, HSQ)를 실시하였으며 어머니 자신에 대한 평가로서는 우울증 척도(Beck Depression Inventory), 결혼 만족도 평가지(Marital Satisfaction Scale)를 작성하도록 하였다. 아동의 행동 문제에 대한 평가는 부모 훈련 전 단계에서는 선정 과정에서의 평가(1차 평가)와 부모 훈련 직전에 실시한 사전 평가(2차 평가), 부모 훈련 후의 평가(3차 평가)로 3차례에 걸쳐서 실시되었다. 각 평가 도구의 사용시기는 표 2에 제시되었다.

3) 부모 훈련

본 프로그램은 Russel Barkley(1978)의 선행 프로그램을 근간으로 하여 무시하기, 강화, 자기 계약, 토큰 경제 등의 행동 수정 과정을 ADHD아동의 비용종 행동(noncompliance)에 체계적으로 적용하도록 하는 것을 궁극적인 목표로 하였다. 프로그램은 각 단계별로 6주에 걸친 주 1회 1시간 30분~2시간 정도의 6단계 모임과 1달 후의 마무리 모임으로 구성되었다. 각 단계에서는 단계의 목표를 이해하고 실행하는 데에 필요한 세부 사항을 지침서의 형식으로 배부하였으며 이와 관련한 과제가 주어졌다. 한편 본 프로그램은 연구를 목적으로 무료로 실시되었다. 각 단계의 목표와 과제에 대한 자세한 사항은 부록에 제시하였다. 단계별 모임은 이전 모임에서 부과된 과제 수행에 대해서 살펴보고 해당 모임의 주제를 임상 심리 전문가가 설명한 후 어머니들이 주제와 관련하여 각각 아동의 양육과정에 관한 논의를 하는 형식으로 실시되었다. 모임 이틀 후와 6일 후에 전화를 통하여 과제 수행과 아동과의 상호작용에서의 문점과 어려운 점에 대한 상담을 실시하여 비교적 빠른 시일내에 어머니들이 과제를 수행하면서 부딪힐 수 있는 어려움에 대한 도움을 제공하고자 하였

다. 또한 프로그램의 참가 대상 아동과도 정기적으로 전화 접촉과 서신 접촉을 하여 자신이 프로그램에 참가하고 있으며 연구자가 아동에 대해서 관심을 가지고 있다는 것을 주기적으로 인식시키고 아동의 불만이나 힘든 점을 다루어주어 어머니의 지시에 응종하는 것에 대한 일정한 동기 수준을 유지하도록 하였다. 첫번째 모임에서는 먼저 ADHD특성과 원인에 관한 video tape을 시청하여 어머니들이 모호하게 생각해온 산만한 행동에 관한 이해를 돋우자 하였다. 어머니들로 하여금 프로그램에 참석하게 된 동기와 아동의 행동문제, 프로그램에 참석하기 전까지의 아동의 행동문제에 대처해온 방식에 대해서 이야기하고 이것을 Family Problem Inventory에 적어보도록 하였다. 어머니들이 지적한 문제들은 대개 ADHD 아동의 주요 문제 영역으로 보고되어 온 사항들과 일치하였다. 그러나 지적된 문제들에 대한 나름대로의 해결 방안을 제시해보도록 하였을 때에는 '더 노력한다', '대화를 많이 하도록 한다' 등 피상적인 방안만이 나열되고 있어 ADHD아동의 어머니들이 여러 가지 영역에서 아동의 행동 문제를 인식하고 이러한 면을 교정하고자 하는 필요를 느끼고 있음에도 불구하고 아동의 문제 행동에 적절하게 접근할 수 있는 구체적인 해결 방안에 대한 지식이 결여되어 있는 것으로 생각되었다. 두번째 모임에서는 긍정적 강화에 대한 video tape을 시청하도록 함으로서 긍정적 강화의 효과를 보다 생생하게 전달하고자 하였다. 과제로는 어머니가 전혀 지시를 하지 않고 아동의 의사를 전적으로 존중하는 15~20분간의 놀이 시간을 실시하고 놀이의 내용과 어머니의 생각을 기록하도록 하였다. 어머니들은 긍정적 강화를 제공하는 놀이를 통하여 전반적인 모자 관계가 부드러워지고 어머니에게 양보를 하거나 계획을 세워서 놀이를 수행하는 등의 지금까지 발견하지 못했던 자녀의 좋은 점을 발견할 수 있는 기회가 되었음을 보고하였다. 세번째 모임에서는 부정적인 모-자녀 상호 작용에 관한 video tape을 시청하도록 하여 객관적으로 모-자녀 관계를 검토할 수 있는 계기를 마련하

고자 하였다. 과제로는 긍정적 강화를 수반하는 간단한 지시를 하도록 하여 아동의 응종 행동이 증가 할 수 있는 기회를 제공하도록 하였다. 그 결과 어머니들은 아동의 응종으로 인하여 모자녀 관계가 향상되었음을 보고하였다. 한편 세번째 모임에서 전체 17명의 어머니 중 직장 생활을 하던 2명의 어머니가 오전 10시에서 11시 30분~12시까지인 모임 시간에 참석하기 어렵다는 이유로 3단계에서 탈락하였다. 네번째, 다섯 번째, 여섯 번째 모임에서는 스티커를 사용하여 토큰 경제를 실시하도록 하였다. 어머니들이 토큰 경제를 수행하는 과정에서는 여러 가지 어려운 문제들이 나타났는데 첫째, 강화물을 모호하게 선정하고 시작한 경우 이것이 아동과 어머니의 갈등의 원인이 되고 아동의 동기가 저하되는 경향이 나타났다. 이러한 문제는 어머니들이 토큰 경제에 대한 경험이 증가함에 따라 점차 적절한 강화물을 선택할 수 있게 됨으로서 감소되었다. 둘째, 아동이 비교적 쉽게 고칠 수 있는 행동만 열심히 수행함으로서 스티커를 많이 받고자 하는 경향이 나타났다. 이러한 문제점은 교정하고자 하는 행동간의 점수 비율을 재조정하고 여섯번 째 모임에서 수행하지 않는 경우 점수를 잃게 되는 행동을 추가함에 따라 해결되었다. 셋째, 어머니가 아동의 바람직한 행동을 증가시키고자 하기보다는 연구자의 지시를 무시하고 어머니의 마음에 드는 방식으로 토큰 경제 체계를 조작하고자 하는 경향이 나타났다. 이러한 경우에는 토큰 경제 체계의 원리를 다시 설명하여 궁극적으로 아동의 행동을 수정하기 위해서 강화자가 지켜야 할 원리들에 대한 어머니의 이해를 높이는 방법을 사용하였다. 전체 18회의 모임 중 2명의 아동이 각각 갑작스런 설사와 입원으로 모임에 참석하지 못한 경우가 1회씩 있었는데 이 경우에는 다음 모임 전에 보충 모임을 실시하였다.

본 연구의 프로그램 제작 과정에서는 부모가 ADHD 아동의 행동 원인을 이해하고 이를 아동과의 상호 작용을 성공적으로 마칠 수 있다는 확신을 가지도록 하기 위해서 초기 단계에서 이러한 목적

에 부합하는 시청각 자료를 활용하여 모델링과 같은 효과를 얻을 수 있도록 하는 것에 중점을 두었다. 시청각 자료를 활용함에 따라 어머니들은 동일한 문제가 있는 아동이 많이 있으며 이러한 문제에 대해서 체계적으로 연구가 이루어져 왔고 적절한 치료 방법이 개발되어 왔음을 인식할 수 있었다. 또한 아동의 행동 문제에 대해서 모호하게 스트레스를 호소하던 상태에서 원인과 주요 치료법에 대해서 정보를 얻음으로서 자녀의 문제를 보다 정확하게 알고 집단에서 자신의 문제를 보다 개방적으로 논의할 수 있었다. 한편 한달 후의 마무리 모임에서는 2명의 어머니를 제외한 13명의 어머니가 참석하였으나 6명의 어머니만이 토큰 경제를 지속적으로 수행하고 있는 것으로 나타나 부모 훈련의 효과를 유지하는 문제가 제시되었다. 부모들이 프로그램을 통해서 습득한 행동 수정의 원리들을 능동적으로 적용하기 위해서는 보다 장기적인 모임이 필요할 것으로 생각된다.

4)부모 훈련 후 평가(3차 평가)

6주간의 모임과 한달 후의 마무리 모임을 마친 후 어머니들로 하여금 ACRS, CBCL, HSQ를 다시 기록하도록 하였으며 아동을 다시 연세대학교 임상 심리 연구실로 오게 하여 CPT를 실시하였다. 부모

훈련 과정에서 2명의 어머니가 탈락함으로서 최종적으로는 15명이 3차 평가에 포함되었다. 또한 부모 사용자 만족도 질문지를 어머니에게 반신용 봉투를 동봉하여 우편으로 우송하고 전화로 질문지의 수신여부를 확인하였으며 반응의 정확성을 위하여 무기명으로 보낼 것을 전화 상으로 알리고 다시 우편으로 회수하였다.

결 과

부모 훈련 프로그램 전과 후의 비교

1) ADHD아동의 인지, 행동에서의 변화

(1)문제 행동에서의 변화

부모 훈련에 따른 아동의 행동 변화를 알아보고자 이들 아동의 어머니에게 CBCL, ACRS, HSQ를 1차 평가, 2차 평가, 3차 평가 각각 3차례에 걸쳐 기록하게 하여 그 결과를 반복 측정 방안에 의하여 변량 분석을 실시하였으며 그 결과를 표 3에 제시하였다.

아동의 전반적인 문제 행동을 평가하는 CBCL의 총오류 점수의 평균은 1차 평가와 2차 평가($F(1,14)=13.89, p < .01$)와 2차 평가와 3차 평가($F(1,14)=5.94, p < .05$)에서 모두 유의미하게 감소하였다.

표 3. 1차 평가, 2차 평가, 3차 평가시의 CBCL, ACRS, HSQ의 문제행동 영역과 문제행동 영역수의 평균과 표준편차

평가도구	1차 평가	2차 평가	3차 평가	F	P
CBCL	75.67(6.43)	70.87(6.62)		13.89	0.0023**
CBCL		70.87(6.62)	68.47(7.77)	5.94	0.0287*
ACRS	18.87(6.23)	18.40(4.79)		0.20	0.6650
ACRS		18.40(4.79)	11.40(4.78)	40.51	0.0001**
HSQ	54.53(27.59)	57.73(20.94)		0.30	0.5895
(전체점수)		57.73(20.94)	25.13(11.04)	51.45	0.0001**
HSQ	2.93(2.18)	11.13(3.58)		2.10	0.173
(문제행동영역수)		11.13(3.58)	9.93(3.53)	4.04	0.067

* P<.05 ** P<.01

이에 비하여 ADHD아동의 주증상의 하나인 과잉활동성을 평가하는 ACRS의 평정치는 1차 평가와 2차 평가 시의 평균의 차이가 유의미 하지 않은 것으로 나타난 반면($F(1,14)=0.20, p > .05$), 2차 평가 시의 평균과 6주간의 부모 훈련을 실시한 후인 3차 평가시의 평균의 차이가 유의미한 것으로 나타났다($F(1,14)=40.51, p < .0001$). 또한 가정과 공공장소 등 다양한 상황에서 아동이 나타내는 문제 행동의 정도를 평가하는 HSQ의 평정치도 1차 평가시의 평균과 부모 훈련 4단계에서 실시한 2차 평가시의 평균간의 차이가 유의미하지 않은 것($F(1,14)=0.30, p > .05$)에 비해 2차 평가 시의 평균과 3차 평가시의 평균의 차이는 유의미한 것으로 나타났다($F(1,14)=51.45, p < .01$).

HSQ에서 측정하고 있는 문제행동 영역 수는 1차 평가시의 평균과 2차 평가 시의 평균간의 차이가 유의미하지 않았으나($F(1,14)=2.10, p < .173$), 2차 평가 시의 평균보다 3차 평가 시의 평균이 낮아지는 경향성이 있었다($F(1,14)=4.04, p < .067$).

(2)연속 수행 과제(CPT)에서의 변화

연속 수행 과제를 실시하여 얻어진 측정치들을 신호 템지 분석에따라 총오류수와 예전 반응수, 민감도, 반응 결정 기준의 4가지 영역에서 1, 2차 평가

와 2,3차 평가시의 평균치들의 차이를 반복 측정 방안에 의하여 변량 분석을 실시하고 그 결과를 표 4에 제시하였다.

CPT 총 오류수의 평균은 1차 평가와 2차 평가간의 비교에서는 달라지지 않은 것으로 나타났으며 ($F(1,13)=1.12, p > .05$), 3차 평가시에는 2차 평가 때 보다 감소하는 경향만 나타났다($F(1,13)=3.98, p < .07$). 충동성의 지표로 사용되는 예전 반응수의 평균도 1차 평가와 2차 평가시의 비교 조건과 ($F(1,13)=1.23, p > .05$), 2차 평가와 3차 평가 시의 비교 조건에서 ($F(1,13)=.25, p > .05$) 각각 유의미한 차이가 나타나지 않았다. 기본적인 지각력을 측정하는 민감도의 평균은 1차평가와 2차 평가간의 비교에서 평균 차이가 유의미하지 않은 것으로 나타났으나 ($F(1,13)=.59, p > .05$), 3차 평가 시에는 2차 평가 시 보다 평균이 증가하는 경향이 나타났다($F(1,13)=4.48, p < .06$). 충동성 등 동기적인 측면을 나타내는 반응 결정 기준의 평균치는 1차 평가와 2차 평가의 비교($F(1,13)=.02, p > .05$)와 2차 평가와 3차 평가의 비교($F(1,13)= .66, p > .05$)에서 모두 차이가 없는 것으로 나타났다. 연속 수행 과제(CPT)가 부모 훈련 전, 후에 3차례에 걸쳐서 실시되었음을 고려하여 볼 때 2차 평가와 3차 평가 간의 수행의 비교에서 오류수가 감소되고 민감도가 향상되는 경향이 나타

표 4. 1차 평가, 2차 평가, 3차 평가에서 CPT 오류수, 예전 반응수, 민감도, 반응결정 기준의 평균과 표준편차

평가도구	1차 평가	2차 평가	3차 평가	F	P
오류수	19.36(21.64)	15.14(16.09)		1.12	.310
		15.14(16.09)	9.50(12.86)	3.98	.068
예전 반응수	18.00(29.37)	10.64(16.16)		1.23	.290
		10.64(16.16)	8.93(21.36)	.25	.625
민감도	.76(.28)	.79(.24)		.59	.456
		.79(.24)	.85(.25)	4.48	.056
반응결정기준	.07(.28)	.14(.25)		0.02	.903
		.14(.25)	.21(.36)	1.98	.187

* p<.05 ** p<.01

난 점은 매우 유의미한 결과라고 생각된다. 즉 이러한 경향은 이들 평가 영역에서 1차 평가와 2차 평가 간의 수행의 차이는 유의미 하지 않았으므로 반복 측정으로 인한 연습 효과나 피로 효과를 배제하고 해석될 수 있을 것이다. 이러한 점을 종합하여 볼 때 행동 수정의 원리를 적용한 부모 훈련을 통하여 ADHD 아동이 자극이 제시되기도 전에 반응하는 충동성이 다소 감소되고 지속적인 주의력이 다소 향상된 것으로 생각된다.

부모 훈련 프로그램 결과 호전된 집단과 호전되지 않은 집단의 특성

ADHD아동의 어머니에게 부모 훈련 프로그램을 실시한 후 다음의 기준 중 1가지 이상에 해당하는 경우를 호전되지 않은 집단으로 분류하였다. 첫째, 프로그램 후 어머니에게 실시한 부모용 사용자 만족도 질문지에서 프로그램에서 교정하고자 하였던 문제 행동의 변화 정도와 프로그램 이후의 자녀의 향상 정도를 각각 7점 척도로 평정하게 하였을 때 4점 이하로 평정하여 아동의 문제가 '이전과 달라지지 않았다~ 상당히 나빠졌다'로 평정한 경우, 둘째,

아동의 충동성과 과잉활동을 평가하는 ACRS의 평정 점수가 프로그램 실시 전에 비하여 1SD(4.71) 이상 감소되지 않은 경우. 셋째, 프로그램 후 실시한 가정 상황 문제 행동 평가지(HSQ)의 문제 행동의 심각도에 대한 평정에서 프로그램 실시 전에 비하여 1SD(27.59) 이상 감소되지 않은 경우. 이상의 세 가지 기준 중 첫번째 기준을 충족시킨 경우는 3명이었으며 두번째 기준을 충족시킨 경우는 3명, 세번째 기준을 충족시킨 경우는 5명이었으나 이들 5명의 아동 중 2명은 1차 평가시의 문제 행동의 심각도에 대한 HSQ 점수가 전체 평균보다 1SD 이상 적은 경우였으므로 프로그램 실시 여부에 따라 어머니의 문제 행동 심각도에 대한 평정이 1 SD이상 감소하기 어려운 경우이므로 대상에서 제외하였다. 세번째 기준을 충족시키는 아동 중 1명은 첫번째 기준을 충족시킨 아동이었으며 2명의 아동은 두번째 기준으로 분류된 아동이었으므로 결과적으로 총 6명의 아동이 호전되지 않은 집단으로 분류되었다.

부모 훈련 실시결과 어머니에 의해서 호전되었다고 평정된 아동과 호전되지 않았다고 평정된 아동의 특징을 알아보기 위하여 프로그램 실시 전에 기

표 5. 호전된 집단과 호전되지 않은 집단의 변인별 평균치

변인	호전된 집단 (N=9)	호전되지 않은 집단 (N=6)	전체	F값	P
ADHD아동					
연령(개월)	109.83(33.10)	106.17(30.59)	108.40(31.05)	.048	.830
지능	108.78(9.56)	101.50(12.88)	105.87(11.19)	1.588	.230
CPT오류수	10.00(16.62)	30.33(23.95)	19.36(21.57)	3.938	.069
ACRS점수	19.44(5.73)	17.67(2.73)	18.87(4.71)	.471	.530
HSQ점수	53.44(29.50)	56.16(27.07)	54.53(27.59)	.033	.859
CBCL총점	74.89(7.22)	76.83(5.46)	75.67(6.43)	.313	.505
어머니					
교육연한	11.89(2.71)	12.17 (2.23)	12.00(2.45)	.043	.839
BDI평가점수	11.11(4.99)	13.17(6.94)	11.93(5.70)	.450	.514
MSQ	132.11(13.02)	118.50(25.30)	126.67(19.32)	1.90	.191

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

록된 아동과 어머니에 대한 평가치들을 사용하여 변량 분석을 실시하였으며 그 결과는 표 5에 표시하였다. 아동의 변인으로는 연령, 지능, 2차 평가시의 CPT오류수, ACRS점수, HSQ점수, CBCL의 총점 등 6개의 변인이 분석에 포함되었고 어머니 변인으로는 어머니의 교육 수준, 우울증 평가 점수, 결혼 만족도 점수가 분석에 포함되었다. 분석한 결과 총 9개의 변인 중 아동의 주의력을 평가하는 CPT오류 수가 호전되지 않은 집단의 평균이 30.33(SD=23.95)으로 호전된 집단의 평균인 10(SD=16.62)에 비하여 높은 경향이 나타나고 있어 ($F(1,14)=3.983$ $p < .07$) 충동적이고 주의 집중 능력이 부족한 아동이 부모 훈련 후에도 어머니에 의해서 호전되지 않았다고 평가 가능성이 높은 것으로 생각된다. 그러나 선행 연구에서 약물치료 시 호전된 집단과 호전되지 않는 집단을 변별하는 가장 중요한 변인으로 밝혀진 아동의 연령 변인(하은혜, 1991; 박난숙, 1992)은 행동 수정 원리를 사용하는 부모 훈련 후의 호전 여부를 평가하는 데에는 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다.

논 의

본 연구는 ADHD아동의 어머니를 통하여 가정에서 아동에게 행동 수정의 원리를 적용하는 부모 훈련 프로그램을 실시하고 그 효과를 검증하고자 하였다. 본 연구의 결과 부모 훈련은 ADHD아동의 옹종 행동(compliance)을 증가시키는 데에 효과가 있는 것으로 나타났다.

그러나 본 연구에서는 정상 아동 집단을 통제 집단으로 한 비교 분석이 이루어 지지 않았으므로 결과에서 나타난 문제 행동의 감소가 행동 수정의 원리를 적용하여 문제 행동이 감소한 것 자체를 반영하는 것인지 어머니들의 양육 행동에 대하여 비교적 장기 지속적인 전문적인 관심과 피아드-백이 제공된 것에서 비롯된 부모들의 주관적인 통제감의 증가를 반영하는 것인지 혹은 이 두 가지 효과의 상

호작용을 의미하는 것인지를 구별하는 데에는 어려움이 있다.

6회에 걸친 부모 훈련 프로그램 결과 ADHD아동의 어머니들은 부모 훈련 후 아동의 과잉 활동과 가정에서 발생하는 문제 행동의 심각도가 유의미하게 감소한 것으로 평가하였으며 문제 행동을 나타내는 상황의 수도 감소하는 것으로 평가하였다. 이러한 결과는 이들 아동의 어머니들이 행동 수정의 원리를 습득함으로서 ADHD아동의 행동 문제를 적절하게 다룰 수 있었다는 것을 의미하는 것으로 이들 아동에 대한 치료적인 대안으로서의 부모 훈련의 유용성을 입증하는 것이다. 한편 이들 어머니들의 평가 과정에서 가정과 공공 장소 등 다양한 상황에서 아동이 나타내는 문제 행동의 정도는 1차 평가시보다 부모 훈련 4단계에서 2차 평가할 때 다소 증가한 것으로 나타났는데 이러한 경향은 아동의 어머니가 부모 훈련 프로그램에 참석함에 따라 아동의 목표 행동을 정하는 등의 부모 훈련 과정에서 부모 훈련에 참석하기 전보다 이들 아동의 문제 행동 영역과 문제 행동에 대하여 기준이 엄격해지고 관심이 증가하여 나타난 결과라고 생각된다.

주의 집중력에 대한 측정치에서는 민감도가 증가하고 충동성이 감소하는 경향이 보고되었는데 이는 ADHD 아동에게 행동 수정의 원리를 적용한 선행 연구들에서 주의 집중력의 향상이 보고되지 않았다는 점과는 대조되는 결과이다. 그러나 주주의 집중력의 향상이 보고되지 않았다는 점과는 대조되는 결과이다. 그러나 주의 집중력에 대한 측정치의 표준 편차가 극단적으로 높게 나타난 점에 주목할 필요가 있다. 이러한 경향은 측정 자체의 불안정성을 반영하는 것으로 해석될 수 있지만 충동성 등 ADHD아동의 중심특성의 심각도가 개개인에 따라 매우 다양한 양상이 반영된 것으로 생각된다. 또한 본 연구에 참가한 아동의 연령범위가 학령전기에서 중학생까지로 다양함에 따라 연령변인이 영향이 포함된 것으로 생각된다. 즉 12세 이상의 아동의 경우 1차 평가이후 2차 평가와 3차 평가시의 수행이

거의 만점에 가까워 이들 아동의 주의 집중력의 정도보다는 연습 효과가 수행에 매우 큰 비중을 차지한 것으로 생각된다. 추후의 연구에서는 약물치료 집단과의 비교 통하여 주의 집중력에 대한 측정치 변화의 고유한 효과가 다루어져야 할 것이다.

행동 수정의 효과에 영향을 미치는 변인을 변별하고자 하였을 때 아동과 어머니의 인구 통계학적인 변인은 중요한 영향을 미치지 않는 것으로 나타나 약물 치료의 경우 아동의 연령 변인이 중요한 역할을 하는 것으로 보고되고 있는 점과는 달리 좀더 넓은 연령 범위에 대하여 적절한 행동 수정의 가능성이 있음이 시사되었다. 이러한 점들을 고려하여 볼 때 ADHD아동에 대한 포괄적인 치료가 이루어지기 위해서는 약물 치료와 부모 훈련과 같은 행동 치료를 병행함으로서 이들 아동의 인지, 행동적인 영역의 문제에 대한 보다 통합적인 치료 효과를 거둘 수 있으리라고 예측된다.

본 연구의 접근법은 목표와 절차에 있어서 미국 등에서 이미 실시되고 있는 프로그램들(Barkley, 1987; Forehand & McMahon, 1981)과 다르지 않다. 일반적으로 이러한 방법들은 부모들이 쉽게 배울 수 있고 비용과 인력이라는 면에서도 경제적인 것으로 생각된다. 본 연구에서는 프로그램의 수행에서는 흔히 있는 것으로 알려진 높은 탈락률(Firestone, 1982)이 나타나지 않았으며 어머니들의 교육 수준에 관계없이 훈련을 마치고 한달 후의 마무리 모임에도 대부분의 어머니가 참석하였다. 이는 피험자 선정 과정에서 비교적 동기가 높은 어머니들이 자발적으로 참석하도록 하였으며 프로그램 진행 중 정기적으로 전화 연락을 통하여 개인적인 접촉을 유지하여 프로그램에서 주어진 과제를 어머니들이 수행하는 과정에서 비교적 즉각인 도움과 조언을 구할 수 있도록 힘썼기 때문일 가능성이 있다. 또한 비교 문화적인 면을 고려하여 볼 때 우리나라 어머니들의 높은 교육열도 중요한 역할을 한 것으로 생각된다. 어머니들이 부모 훈련의 토론 경제 단계에서 이들 아동의 숙제하기, 글씨 예쁘게 쓰

기, 학교에 지각하지 않기 등의 학업 수행과 관련된 행동을 주로 행동을 교정하고자 하였다는 점을 고려할 때 이러한 면이 잘 설명되는 것으로 보인다. 또한 동기 수준에 대한 객관적인 평가는 이루어지지 않았으나 본 연구에 참석한 어머니들의 모임 출석율이나 과제 수행율을 간접적인 준거로 사용하였을 때 총 18회의 모임 중 2회의 보강의 경우를 포함하여 100%의 출석율과 100%의 과제 수행이 이루어졌음을 고려할 때 높은 동기 수준이 간접적으로 시사된다고 하겠다. 그 밖에 치료자와의 라포 형성, 치료자와 아동간의 라포 형성도 중요한 역할을 하는 것으로 생각된다.

본 연구의 결과들은 ADHD아동들에 대한 부모 훈련의 필요성과 그 효과에 대한 자료로서 제공될 수 있다. 기존 연구들에서 인지 행동 영역에서의 단기간의 약물치료의 효과가 일관되게 보고되고 있으나 본 연구의 결과 부모 훈련을 통한 행동 치료 방법만으로도 ADHD아동의 행동 문제를 적절하게 감소시킬 수 있음이 나타나 약물 치료가 용이하지 않은 경우에 치료적인 대안으로 부모 훈련이 사용될 수 있음이 시사된다.

또한 부모 훈련을 통하여 아동의 어머니가 직접 아동의 행동을 수정하도록 하여 이들 아동의 행동 문제에 대해서 어머니의 이해를 돋고 모자간의 상호 작용 양상을 긍정적으로 변화시킬 수 있는 기회가 제공되었으며 아동이 성장함에 따라 발생할 수 있는 문제에 대처할 수 있는 도구를 제공하는 긍정적인 역할을 한 것으로 생각된다. 아울러 부모 훈련의 결과 이들 아동의 어머니들이 다른 형제들에게도 습득한 행동수정의 원리를 적용함에 따라 ADHD아동과 다른 형제들과의 갈등이 감소되는 등의 부가적인 효과도 보고되었다.

한편 본 연구가 미처 다루지 못하였던 제한점들을 지적하고 이를 보완하는 후속연구에 대하여 몇 가지 제안을 한다면 다음과 같다.

첫째, ADHD아동들에 대하여 기초선 기간을 설정하여 행동 수정 실시 전후의 변화를 비교할 수 있

었으나 약물을 복용하고 있는 ADHD아동과 정상 아동을 통제 집단에 배정하여 부모 훈련의 고유한 효과 및 약물 치료와의 상호 작용 효과에 평가가 이루어진다면 행동 수정 방법의 적용 범위와 유용성에 대한 보다 적절한 평가는 내릴 수 있을 것이다.

둘째, 부모 훈련 후 어머니의 주관적인 보고만을 근거로 하여 행동 변화를 객관적으로 평가할 수 없었다. 전반적인 평가 양상을 살펴볼 때 심리 평가 시 행동 관찰 및 교사의 평가에서 다른 아동에 비해 증상의 심각도가 두드러짐에도 불구하고 ACRS, HSQ, CBCL에서의 점수를 낮게 평정하는 등 아동의 어머니들은 자녀의 문제를 객관적으로 평가하지 못하고 과대 평가하거나 과소 평가하는 경향이 있었다. 따라서 아동의 행동과 아동과 부모의 상호 작용 및 부모 훈련 후의 행동에 대한 객관적 관찰을 통한 평가가 이루어 져야 할 것이다.

셋째, 본 연구에서의 부모 훈련은 방학 기간에 실시하는 것을 고려하여 총 6회로 구성하고 한 달 후에 booster session을 실시하였으나 booster session에서는 15명의 아동 중 40%인 6명의 아동만이 과제를 수행하고 있었으며 6개월 후에는 1명 만이 실시하고 있는 것으로 나타나 부모 훈련 효과 유지의 문제가 제시되었다. 실제 참여한 부모의 평가에서도 대다수가 session이 짧다는 점과 장기 지속적인 접촉의 필요성을 지적하고 있어 부모들이 행동수정을 능동적으로 실시하도록 하기 위해서는 훈련 기간을 연장하여 실시하여 훈련의 내용을 충분히 적용하고 응용할 기회가 제공되어야 할 필요성이 시사되었다. 아울러 부모 훈련에서 습득되는 행동수정의 원리를 일관적으로 아동에게 적용될 수 있도록 이들 아동의 아버지 및 교사에게도 ADHD아동의 특징과 이에 대한 행동 수정의 원리를 습득 할 수 있는 여건이 조성된다면 가정과 학교 모두에서 통합적인 접근이 이루어짐으로서 이들 아동의 전반적인 적용상의 문제를 효과적으로 감소시킬 수 있을 것으로 생각된다.

참고문헌

- 박난숙(1991). Methyphenidate치료가 주의력 결핍 과잉활동아의 인지 행동 및 사회, 학습, 정서적 적용에 미치는 효과. 연세대학교 석사학위 청구논문.
- 오경자, 이해련(1989). 주의력 결핍 과잉활동증 평가도구로서의 Conners 평가척도의 활용. 한국심리학회지: 임상 제 8권 제 1호, 135-142.
- 오경자, 이해련, 홍강의(1990). 한국어판 CBCL의 개발 및 표준화를 위한 연구. 문교부산하 한국 학술 진흥재단 자유공모 과제 연구 보고서.
- 이연주(1986). 결혼만족도 척도의 타당화 연구. 경희대학교 석사학위 청구논문.
- 정경미(1990). 과제유형과 피이드 백이 주의력 결핍 과잉활동아의 주의 과정에 미치는 효과. 연세대학교 석사학위 청구논문.
- 최미례(1987). 대학생 우울집단의 정서 일치성 효과와 일시적으로 유도정서 상태가 정보처리에 미치는 영향. 서울대학교 석사학위 청구논문.
- 하은혜((1991). 주의결핍과잉활동아의 약물치료에 따른 모-자 상호행동과 인지적, 행동적 증상의 변화. 연세대학교 석사학위 청구논문.
- Achenbach, T.M.(1982b). *Developmental psychopathology*(2nd Eds). New York: Wiley.
- Achenbach, T.M. & Edelbrock, C.S.(1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Behavior Profile*. Burling: University of Vermont, Dep. of Psychology.
- American Psychiatry association.(1987). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*(3rd-ed., Revised). Washington, DC:Author.
- Anderson, J.C., Williams, S., McGee, R. & Silva, D. A.(1987). DSM-IIIdisorders in preadolescent children. Prevalence in a large sample from the general population. *Archives of General Psychiatry*, 44, 69-76.
- Ayllon, T., Layman, D. & Kandel, H.J.(1975). A

- behavioral-educational alternative to drug conyrol of hyperactive children. *Journal of Applied behavior Analysis*, 8, 137-146.
- Barkley, R. A.(1977a). The effects of methyphenidate on various measures of activity level and attention in hyperkinetic children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 5, 361-365
- Barkley, R. A.(1991). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder:A Handbook For Diagnosis and Treatment*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A., & Cunningham, C. E.(1978) Do stimulant drugs improve the academic performance of hyperkinetic children? A review of outcome research. *Clinical Pediatrics*, 17, 85-92.
- Beck, A.T.(1967). *Depression; Cause and Treatment*. Philadelphia:University of Philadelphia Press.
- Conners, C. K.(1970).Symptom patterns in hyperkinetic, neurotic, and normal children: *Child Development*, 41, 667-682.
- Forehand, R., & McMahon, R.(1981). *Helping the noncompliant child: A clinician's guide to parent training*. New York: Guilford Press.
- Hinshaw, S. P., Henker, B., & Whalen, C. K. (1984b). Cognitive-behavioral and pharmacologicinterventions for hyperactive boys: Comparative and combined effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 739-749.
- Horn, W.(1988). *Parent training program*. Unpublished manuscript.
- Horn, W. F., Lalongo, N., Popovich, S., & Peradotto, D.(1987). Behavioral parent training and cognitive-behavioral self-controll therapy with ADD-H children: Comparative and combined effects. *Journal of Clinical Child Psychology*, 16, 57-68.
- Humphries, T., Kinsbourne, M., & Swanson, J. (1978). Stimulant effects on cooperation and social interaction between hyperactive children and their mothers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 19, 13-22
- Lambert, N. M., Hartough, C. S., Sassone, D., & Sandoval, L.(1987).Persistence of hyperactivity symptoms from childhood to adolescence and associated outcomes. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57,22-32.
- Lou, H. C., Henriksen, L., & Bruhn, P.(1984). Focal cerebral hypoperfusion in children with dysfunction in attention deficit and hyperkinetic disorder. *Archives of Neurology*, 46, 48-52.
- Matson, J.L., Rotatori, A. F., & Hesel, W.J.(1983). Developmental of a rating scale to measure social skills in children: The Matson Evaluation of Social Skills with Younsters. *Behavior Research and Therapy*, 21, 335-340.
- Minde, K., Webb, G., & Sykes, D.(1968). Studies on the hyperactive child. Prenatal and perinatal factors associated with hyperactivity. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 10, 355-363.
- Nichols, P. L., & Chen, T.C.(1981). *Minimal brain dysfunc ction: A prospective study*. Hillsdale. NJ:Erlbaum.
- O'Dougherty, M., Ruechterlein, K. H., & Drew, B.(1984). Hyperactive and hypoxic children; Signal detection, sustained attention, and behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 178-191.
- Paternite, C., & Loney, J.(1980). Childhood hyperkinesis: Relationships between

- symptomatology and home environment. In C. K. Whalen & B. Henker(Eds.), *Hyperactive children: The social ecology of identification and treatment*(pp.105-141). New York: Academic Press.
- Pelham, W. E. (1989). Behavior therapy, behavior assessment and psychostimulant medication in the treatment of attention deficit disorders: An interactive approach. In L.M. Bloomingdale & J. Swanson(Eds.), *Attention deficit disorder; Current concepts and emerging trends in attentional and behavioral disorders of childhood*(Vol.5, pp 169-195). Elmsford, New York: Plenum Press.
- Pollard, S., Ward, E. M., & Barkley, R. A. (1983) The effect size of parent training and ritalin on the parent-child interactions of hyperactive boys. *Child and Family Therapy*, 5, 51-69.
- Szatmari, P., Offord, D. R., & Boyle, M. H. (1989b). Correlates, associated impairments, and patterns of service utilization of children with attention deficit disorders: Findings from the Ontario child health study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 205-217.
- Taylor, E. A. (1973). Drug response and diagnostic validation. In M. Rutter(Ed.) *Developmental neuropsychiatry*(pp.348-368). New York: Guilford Press.
- Whalen, C.K.(1989). Attention deficit in hyperactivity disorder. In T.H.Ollendick & Hersen(Eds.), *Handbook of children psychology* (2nd-ed., pp131-169). New Work:Plenum Press.
- Weiss, G., & Hechtman, L.(1986). *Hyperactive children grown up*. New York:Guilford Press.

Therapeutic effects of a parent training program on behavioral symptoms of ADHD Children

Ryeo Won Ko and Kyung-Ja Oh

Department of Psychology, Graduate School, Yonsei University

Few researchers have developed parent training program specially for the parents of ADHD children in Korea. In the present study parent training program designed to treat non-compliant behavior of ADHD children was developed and its effectiveness was assessed. Mothers of 15 ADHD children ages 5 to 14 were divided into three groups and attended group therapy once a week for 6 weeks to be trained to apply behavior modification techniques to problem behaviors in their children. A booster session was conducted 1 month after the 6th session to review mother's performance during the program.

The children whose mothers participated in the program were assessed before and after the parent training program using the following measures:CPT, ACRS, CBCL, HSQ. Results showed that the degree of inattention, hyperactivity, and non-compliance in home were significantly reduced following the parent training program. 90% of the mothers reported on Parent's Consumer Satisfaction Scale that behavior problems in their children were improved. However the gains made during the program were considerably reduced at the follow-up, suggesting the need for a more extended program. Results of the study provide a strong case for effectiveness of parent training program as treatment for inattention and hyperactivity in childhood.

<부 록>

프로그램의 단계별 목표와 과제, 배부된 지침서

단계	목표	과제 및 배부된 지침서
1단계	<p>1. 아동의 행동문제를 이해할 수 있는 틀을 제공한다.</p> <p>2) 아동파의 상호작용에서 부적절한 부모의 특성을 인식시키고 이것을 변화시켜 이러한 특성이 아동의 양육에 미치는 영향을 감소시킨다.</p> <p>2) 아동의 특성 중 부적절한 요인을 인식하게 하고 이러한 특성을 변화시키도록 하며 어머니가 적절하게 다를 수 있도록 한다.</p> <p>3) 아동의 문제행동을 하게 되고 문제행동이 계속 유지, 악화되는 상황의 특성을 인식하게 하여 이것을 변화시키도록 한다.</p>	<p>과제 :</p> <p>Family Problem Inventory</p> <p>지침서 : 아동의 행동특성</p>
2 단계	<p>1. 부모가 아동의 행동에 대해서 표현하는 관심의 질을 향상시킨다.</p> <p>2. 비지시적인 놀이시간을 통하여 부모와 자녀의 일반적인 관계를 향상시킨다.</p> <p>3. 어머니가 아동의 부정적인 행동을 무시하는 반면 긍정적인 행동에 대해서 적극적인 관심을 표현하도록 한다.</p>	<p>과제 :</p> <p>매일 15-20분간의 놀이시간을 실시하고 놀이의 내용과 놀이에 대한 어머니의 생각을 기록한다.</p> <p>지침서 : 효율적인 관심표현</p>
3 단계	<p>1. 자녀에게 효과적으로 관심을 표현함으로서 아동이 즉각적인 응종을하도록 유도하는 방법을 인식시킨다.</p> <p>2. 어머니들이 보다 효율적으로 지시를 함으로서 아동의 응종 행동을 증가시킨다.</p>	<p>과제 :</p> <p>놀이시간을 계속하고 아동의 응종행동에 대해서 칭찬과 관심을 표현하는 응종훈련 시간</p>
4 단계	<p>1. 아동의 응종행동에 대해서 특권을 주는 수반관계를 공식적으로 설정한다.</p> <p>2. 아동의 응종과 바람직한 행동에 대해서 부모의 관심과 강화를 증가시킨다.</p> <p>3. 아동에게 특권을 주는 과정에서 부모의 임의성을 감소시키도록 한다.</p>	<p>과제 : 수정하고자 하는 행동의 목록과 특권의 목록을 설정한다.</p> <p>지침서 : 토큰제도</p>
5 단계	1. 4단계에서 설정한 토큰체계를 운영한다.	<p>과제 : 토큰체계를 운영하고 이것 배부한 달력에 기록한다.</p> <p>지침서 : 토큰제도</p>
6 단계	<p>1. 비응종과 수용될 수 없는 행동을 다루는 방법으로 토큰체계에서 벌금을 사용하는 반응비용제도를 도입한다.</p> <p>2. 이전 단계에서의 과제수행을 검토하고 토큰경제와 반응비용을 실시하는데 있어서의 어려움을 논의한다.</p>	<p>과제 : 반응비용제도를 한 두 가지의 비응종행동에 대해서만 사용하도록 한다.</p> <p>지침서 : 반응비용제도 (response cost)</p>
마무리모임 (booster session)	프로그램에서 배운 일반적인 원리와 방법들을 개괄하고 부모들의 수행을 확인한다.	