



## 제3부

INTERNALIZING  
DISORDERS



# 내재화와 장애

내재화/외현화라는 차별적 범주는 어려움을 겪는 아동들을 심리적 증상의 기반하에 구분 짓고 있다. 제3부에서는 내재화 장애를 다룬다. 이런 아동기 장애들은 전형적으로 과도한 억압이나 불안 그리고 다양하고 잘 드러나지 않는 형태의 우울 증상을 내포하고 있다. 제5장에서 Barrett과 Farrell은 불안한 아동의 가족에 대해 매우 효과적인 행동적 개입 접근법을 제시하고 있다. 그들은 파괴적인 행동이 외현적으로 드러나고 여러 범위의 사람들에게 영향을 주기 때문에 종종 더 많은 주목을 받아 왔다는 것을 지적하고 있다. 그러나 내재화 장애인 불안은 종종 잘 감지되지 않는다. 그럼에도 불구하고 불안의 부정적인 영향은 부인할 수 없고 비극으로 치달을 수도 있으므로 이 흔한 장애에 대한 병인론과 발달 과정 및 증상 개입에 초점을 맞추는 것은 실로 당연하다고 볼 수 있다.

Barrett과 Farrell은 아동기 불안장애에 대한 치료의 위상뿐만 아니라 불안이 유지되는 데 가족과 부모의 역할을 서술했다. 부모는 자녀의 치료에 포함될 필요가 있다. 저자들은 부모-자녀 상호작용은 불안 및 불안의 표현과 관련이 있기 때문에 부모-자녀 상호작용의 쌍방향적이고 순환적인 영향에 대해 논의하고 있다. 아동의 불안은 확실히 부모의 고통을 기증시킨다. 역으로, 부모의 불안은 아동의 고통을 증가시킨다. 저자들은 매우 혁신적인 개입 전략인 FRIENDS for Life 프로그램(아동기 불안장애에

대한 가족기반의 인지행동적 개입)에 대해 상세히 다루고 있다. 개입에 대한 효과성을 낮추는 다양한 요소에 대한 철저한 논의 후에 그들은 FRIENDS for Life 프로그램이 개별치료 프로그램으로서 그리고 학교 중심 예방 프로그램 같은 집단치료로서도 효과적이었다는 것을 표명하고 있다.

이 프로그램은 아동이 자신의 불안을 다루고 조절하는 데 사용할 수 있는 전략들을 기억하기 쉽게 하기 위해 'FRIENDS'라는 머리글자를 이용했다. 실로 friends라는 단어는 이 프로그램의 주요 주제와 테마를 강조하고 있다. 아동들은 친구를 사귀고 그들과 이야기를 나누도록 독려받는다. 저자들은 자신들의 가치 있는 틀에 대해 각각의 회기마다 상세한 설명을 제공하고 있다. FRIENDS 프로그램의 기초 철학은 가족들이 자신의 삶에 있어서의 긍정적인 변화에 영향을 끼치는 데 스스로 힘을 발휘하도록 하는 것과, 부모와 형제 그리고 아이들이 집단에 가져오는 고유의 경험들을 가치 있게 보는 것이다. 이것은 협력적인 팀 작업이다. 저자는 FRIENDS 프로그램 내 가족 훈련의 잠재적 요소인 (1) 양육 전략, (2) 자신의 스트레스와 불안에 대한 자기인식, (3) 아동에게 존재하는 위험 상태의 인식에 초점을 두고 있다. 이완을 촉진하고, 아동에게 자신의 생각과 내면의 과정들을 어떻게 인식할 수 있는지를 보여 주며, 상호성을 높이고, 문제해결과 대처 기술을 촉진시키는 기법들이 포함된 실제적이고 구체적이며 적용 가능한 도구가 제공된다. 또한 그들은 상황 대응 지지 팀을 개발하기 위한 기술을 아동들에게 가르친다. 저자들은 유용한 표를 활용해 FRIENDS 프로그램이 어떻게 효과적으로 발전되고 수행될 수 있는지를 보여 주고 있다.

제6장에서 Kearney와 LaSota, Lemos-Miller, Vecchio는 아예 학교에 다니지 않는 아동에서부터 간헐적으로 학교에 가는 아동과, 학교에는 가지만 파괴적인 모습을 보이거나 문제행동을 일으키는 아동에 이르기까지 광범위한 학교 거부 문제에 대해 이야기하고 있다. 그들은 치료 양식의 몇 가지 중요 요인을 논의한다. 학교를 거부하는 모든 형태의 학생들이 포함된 개입이어야 하며, 아동들이 학교를 거부하는 서로 다른 이유들을 고려해야 한다. 학생들 개개인인 학교 거부에 대한 특별하고 독특한 이유를 갖고 있다. 그러므로 우리는 그런 아동들과 만날 때 한 가지 잣대로만 평가할 수 없다. 아동들의 학교 거부에 대한 개인적이고 주관적인 이유는 부모 개입 전략의 성질과 형식을 기반으로 활용해야 한다. 제6장의 저자들은 아동들이 불안을 불러일으키고 스트레스가 되는 상황을 회피하기 위해, 불쾌한 사회적 상황에서 벗어나기 위해, 중요한 대상으로부터 관심을 끌기 위해, 학교 외부의 정적 보상을 추구하기 위해, 혹은 학교 거부에 대한 이러한 모든 가능한 이유들의 조합으로 인해 학교를 거부한다는 것에 유념했다. 이유가 무엇이든 간에 학교 거부 행동은 다루어질 필요가 있는 여러 좋지 않은 결과를 초래한다.

Kearney와 LaSota, Lemos-Miller, Vecchio는 기본적인 핵심 변수들을 확인하는 다중요인적(multi-component) 평가 과정과 개입 접근법을 활용했다. 이러한 변수들은 학교 거부의 각각의 경우에 적합하다. 그들은 학교 거부에 대한 아동의 개인적 이유와 부모 변수, 양육 유형, 각 아동들에게 사용되는 유관성 요소, 기대를 모두 포함하는 다양하고 복잡한 여러 관련 요소들을 망라하고 있다. 아동들 각각의 개별성과 독특한 상황은 부모와 자녀 사이의 실용적인 계약과 그 계약을 수행하기 위한 가장 효과적인 방법을 고안할 때 활발히 작용하기 시작한다. 치료자는 가족의 광범위한 생태학적 맥락 안에서 양육 기술 프로그램을 재구조화하도록 촉진된다. 저자들은 아동들이 학교를 거부하는 다양한 이유를 다루기

위한 주요 치료 방법들에 대해 심도 있게 논의한다. 이들은 이완과 호흡조절법, 모델링과 역할극, 인지 치료가 어떻게 효과적인 개입기법이 될 수 있는지를 설명하고 있다. 또한 그들의 다중요인 접근법을 수행하기 위한 특별한 방법을 설명하며 광범위한 평가에 기반한, 철저하고 교육적인 사례도 보여 주고 있다. 이 사례 연구는 특히 목표 아동 및 부모의 권리와 책임을 명확히 하는 유관성 계약하기(contingency contracting)의 실제적 가치를 상세히 묘사하고 있다.





# 아동기 불안에 대한 행동주의적 가족 개입

Paula Barrett & Lara Farrell

**본** 인장애는 유병률이 10~20%일 정도로 아동과 청소년에게 영향을 미치는 가장 보편적인 정신건강 관련 문제 중 하나이다(Costello & Angold, 1995). 이 수치는 아동과 청소년 5명 중 1명 정도로 많지만 그들 대부분은 정신건강 전문가의 관심을 받지 못한다(Esser, Schmidt, & Woerner, 1990; Hirschfeld et al., 1997; Olfson, Gameroff, Marcus, & Waslick, 2003; Sawyer et al., 2000). 불안한 아동은 학교 상황이나 집 밖의 상황에서 종종 수줍어하고 협조적이며 유순한 태도를 취한다. 또한 불안을 갖고 있는 아동은 학업 수행에서 종종 완벽을 추구하려고 하며, 또래에게 수용되고자 하는 욕구에 휩싸여 있기 때문에 일반적으로 또래와 선생님, 어른의 지속적인 인정을 구한다. 이러한 이유로 아동기 불안장애는 종종 간과되고 잘 인식되지 못하는 경향이 있다. 파괴적 행동장애는 가족과 학교의 일과에 커다란 충격과 파괴, 방해를 일으키기 때문에 아동기에 더 잘 진단되고 더 많은 관심을 받는 경향이 있다. 아동기 불안장애가 상대적으로 덜 발견되지만 이는 굉장히 보편적이고 넓은 범주의 심리·사회적 장애와 연관이 있고, 만성적이고 지속적으로 될 경향이 있으며, 치료하지 않으면 다른 심리적 장애의 큰 위험과 연관될 수 있다(예 : Cole, Peeke, Martin, Truglio, & Seroczynski, 1998; Harrington, Fudge, Rutter, Pickles, & Hill, 1990; Kashani & Orvaschel, 1990; Orvaschel, Lewinsohn, & Seeley, 1995).

학문적으로뿐만 아니라 정신건강 현장과 학교에서도 아동기 불안장애에 대한 관심이

높아져 불안장애가 단지 어떠한 현상이나 정상 발달의 한 부분이 아니며, 아동들이 간단히 이러한 어려움에서 벗어나는 것은 아니라는 인식을 이끌어 내고 있다. 이러한 인식은 불안장애의 의미와 후유증에 대한 우리의 향상된 이해와 아동기 불안장애가 만성적이고 지속적인 경향이 있다는 지식에서 비롯된 것이다(예 : Aschenbrand, Kendall, Webb, Safford, & Flannery-Schroeder, 2003; Cole et al., 1998). 아동기 불안장애는 이후 생애에 다른 정신장애의 전조가 된다(Last, Perrin, Herson, & Kazdin, 1996; Woodward & Fergusson, 2001). 청소년기와 성인기 우울로 발전되는 것을 포함하고(Brady & Kendall, 1992; Cole et al., 1998; Orvaschel, Lewinsohn, & Seeley, 1995; Pine, Cohen, Gurley, Brook, & Ma, 1998; Pollack, Rosenbaum, Marris, Miller, & Biederman, 1996; Seligman & Ollendick, 1998), 성격정신병리와 청년기 자살(Brent et al., 1993; Rudd, Joiner, & Rumzke, 2004), 후기 청소년기와 성인기의 약물 남용 위험이 높다(Christie et al., 1988; Greenbaum, Prange, Freidman, & Silver, 1991; Kessler et al., 1996). 불안, 과도한 걱정, 심리적 각성, 심인적인 불평과 특정 상황을 극도로 회피하는 것 등의 관련 증상들은 당연히 아동과 청소년의 삶에 상당한 혼란을 야기한다. 불안한 아동과 청소년은 또래와 사회적 관계에서 커다란 혼란과 어려움을 자주 겪고(예 : Chansky & Kendall, 1997; Strauss, Forehand, Smith, & Frame, 1986), 학업 성적의 문제(예 : Kessler, Foster, Saunders, & Stand, 1995; King & Ollendick, 1989), 미성숙, 주의력과 집중력 문제, 과민성, 낮은 자존감, 낮은 사회적 능력과 같은 심리·사회적인 어려움을 종종 수반하게 된다(Ialongo, Edelsohn, Werthamar-Larsson, Crockett, & Kellam, 1994; Kashani & Orvaschel, 1990; Kendall, Cantwell, & Kazdin, 1989; Strauss, Frame, & Forehand, 1987).

아동기 불안장애는 아동에게 커다란 고통과 장애를 일으킬 뿐만 아니라 가족 구성원 내에 커다란 어려움과 가족의 일상에 붕괴를 가져온다. 특히 가족에게 높은 스트레스가 따르는 시간은 학교 가기 전 아침인데, 이때 불안한 아동은 상당히 각성되어 있을 수도 있으며, 때때로 학교와 관련된 두려움 때문에 심인적인 불평을 나타내고 신체적으로 불편해할 수도 있다. 이러한 두려움은 부모로부터의 분리, 학업 성적에 대한 염려, 새로운 선생님 같은 학교나 학급의 일상에서의 변화, 또래 집단과 관련된 두려움일 수도 있다. 불안한 아동과 청소년은 방과 후에도 그날 해야 하는 일을 처리하지 못한 자신의 무능함 때문에 고통스러워하고 안절부절못하며 기분의 변화가 심해질 수도 있다. 아동 불안에 있어서 가족의 역할, 특히 부모의 역할은 오랫동안 관심을 끈 주제였고, 전통적인 관점에서는 자녀의 불안하고 회피적인 증상들을 부모 탓으로 돌렸다. 더 널리 받아들여

지고 있는 최근의 관점에서는 불안한 아동과 청소년은 종종 불안에 대한 생물학적인 취약성을 갖고 있으며, 부모와 가족의 상호작용적 요소들이 다른 사회적·심리적·상황적 요소들과 함께 불안을 지속시키는 하나의 기제로 작용한다고 주장하고 있다. 치료에서 가족과 부모의 역할에 대한 중요성뿐만 아니라 아동기 불안을 지속시키는 데 있어서 부모의 역할에 대해 이해하는 것은 불안과 불안장애를 가진 아동과 청소년을 다루는 임상가들에게 매우 중요하다.

이 장은 치료에 있어 부모의 참여에 초점을 맞추면서, 아동과 청소년 불안장애 치료의 현재 위치뿐만 아니라 불안을 지속시키는 데 있어서 가족과 부모의 역할을 개관해 볼 것이다. 아동 불안을 위한 증거 중심 인지행동 치료(CBT)에 대한 임상가 안내서인 FRIENDS for Life 프로그램(Barrett, 2004, 2005)은 치료에서 가족과 부모의 참여에 대한 상세한 설명과 함께 제시될 것이다. 이 장은 아동 불안장애에 대한 가족 중심 개입과 연관된 핵심 과정들을 요약하는 것으로 결론을 맺으며, 아동 불안치료의 현장에서 임상가와 연구자들을 위한 도전과 논제를 내놓을 것이다.

## 아동 불안에서 부모와 가족의 역할

생물학적·가족적·사회적·심리적·환경적 요소 이외에도 다양한 요소가 아동기 불안장애의 발생이나 유지와 관련된 변수로 제시되어 왔다. 이 분야에서 가장 많이 연구된 변수는 부모의 불안(Turner, Beidel, & Costello, 1987; Weissman, Leckman, Merikangas, Gammon, & Prusoff, 1984), 수줍음에 대한 기질적 소인(Kagan, Reznick, & Snidman, 1988), 가족 상호작용 변수(Barrett, Rapee, Dadds, & Ryan, 1996; Krohne & Hock, 1991)와 외상적 스트레스 사건에의 노출이다(Benjamin, Costello, & Warren, 1990; Goodyer & Altham, 1991). 아동 불안장애의 발생과 관련된 요소들에 관한 연구 논문에서 명확한 것은, 발생 위험이 매우 많은 잠재적 위험 변수들의 복잡한 상호작용에 근거하며, 다양한 생물학적·심리적·사회적·상황적 보호 요인들의 상호영향에 의해 더욱 복잡해진다는 것이다. 우리는 아동 불안장애의 지속에 관한 특정 변수들의 잠재적 영향에 대해 어느 정도의 지식을 갖고 있음에도 불구하고, 그 인과관계에 대해 아는 것이 거의 없어 아동기 불안장애의 명확한 병인 경로를 정의 내리는 데 어려움을 겪고 있다. 따라서 우리는 아동기 불안장애에 대한 부모 불안과 가족 상호작용의 영향의 연구 조사와 문헌을 논의할 것이다.

실험적 연구 조사는 유전적 연계 및 이를 연결하는 환경적 영향, 두 가지 모두를 지지하는 증거를 내세우며, 부모 불안을 아동기 불안 문제에 대한 위험 요소로 연관시켰다. 가족 집계 연구에서 불안한 부모의 자녀들은 불안하지 않은 부모의 자녀들보다 불안장애로 발전될 가능성이 2~7배 더 높다는 사실을 지적하고 있으며, 불안한 부모의 자녀 60% 이상이 불안장애의 기준에 부합한다는 연구가 제시되었다(Capps, Sigman, Sena, & Henker, 1996; Turner et al., 1987). 부모 우울도 아동기 불안과 관련이 있으며(Beidel, Turner, 1997; Kovacs, Gatsonis, Paulauskas, & Richards, 1989), 더 일반적으로 말하자면 부모의 정신병리는 아동과 청소년기 불안장애에 대한 위험 요소가 될 수 있다. 이러한 연구들은 유전적이고 환경적인 영향에 대한 상대적 기여를 설명하지 않지만, Thapar와 McGuffin(1995)의 연구는 아동과 청소년기 불안 증상의 약 40~50%를 유전으로 설명할 수 있다는 통찰력 있는 측정치를 제시했다. 유전을 넘어서 많은 연구들이 아동기 불안의 발생을 이해하는 데 있어서 부모-자녀 상호작용 특성 간의 상호관계에 대한 지지를 보내고 있다.

높은 수준의 부모 불안은 부모의 적응적인 대응 기술 습득을 방해하고, 불안을 높이는 부모-자녀 상호작용을 낳는다는 가설을 세워 왔다(Ginsburg, 2004). 사회학습 과정을 통해 부모의 부적응적인 대응 전략을 모델링하기 때문에 부모의 정신병리가 그 영향력을 발휘한다고 주장해 왔다(Barrett, Rapee, Dadds, & Ryan, 1996; Gerull & Rapee, 2002; Manassis & Bradley, 1994; Rapee, 1997; Shortt, Barrett, Dadds, & Fox, 2001; Squeland, Kendall, & Steinberg, 1996). 게다가 부모의 내재화 문제는 부모와 자녀 사이의 의사소통과 상호작용의 질에 영향을 줄 수 있다고 한다(Krohne & Hock, 1991; Murray, Kempton, Woolgar, & Hooper, 1993; Rapee, 1997; Tarullo, DeMulder, Martinez, & Radke-Yarrow, 1994). 또한 부모 불안은 아동 불안 사례의 치료 결과를 조절한다. Cobham, Dadds와 Spence(1998)는 한쪽이나 양쪽 모두 불안장애가 있는 부모를 둔 아이들은 치료에 덜 반응하는 것을 밝혔다. Southam-Gerow, Kendall과 Weersing(2001)은 어머니의 자기보고식 우울 증상에 대한 수준이 높을수록 불안한 청소년들이 인지행동 치료 결과에 덜 만족스러워한다고 보고했다.

아버지의 정신병리를 떠나 자녀의 불안은 그에 따른 고통에 대처하기 위한 요구와 기대 그리고 부모 역할에 적응하려는 부모의 고민을 한층 악화시키며, 부적 강화의 결과로 아이의 불안하고 회피적인 행동을 유지시킨다(Kendall & Ollendick, 2004). 불안한 아이들을 양육하고 회피, 확인 구하기, 매달리기, 분노발작과 같은 일상의 요구를 다루는 것은



부모의 양육 방법과 자녀와 상호작용하는 것에 직간접적 영향을 끼친다. 부모와 불안한 자녀의 어려움에 대한 상호영향과 부모-자녀 상호작용의 패턴은 아동 불안을 유지시킨다. 반면에 만약 부모와 자녀가 해결 중심의 긍정적 대처 기술을 갖고 있다면 가족과 부모-자녀 상호작용은 아동기 불안에 보호 요인으로 작용할 수 있다.

부모의 과도한 통제, 과보호, 자율성 무시, 어머니다운 따뜻함 부족으로 특징지어지는 부모-자녀 상호작용은 아동기 내재화 장애 발생의 위험을 높이는 것과 관련이 있다는 연구가 제기되었다(Dumas, LaFreniere, & Serketich, 1995; Hudson & Rapee, 2001; Krohne & Hock, 1991; Miller, Warner, Wickramaratne, & Weissman, 1999; Rapee, 1997; Siqueland et al., 1996). 부모의 따뜻함이 부족하고, 통제 수준이 높고, 과보호하는 양육 유형을 가진 성인의 회고식 보고에 따라 불안과 양육 유형 사이에 연관성이 있다는 것이 불안한 성인의 연구에서도 드러났다(예 : Arrindell, Emmelkamp, Monsma, & Brikman, 1983). Rapee(1997)는 어머니의 과도한 통제는 위협에 대한 아동의 지각을 강화시키고 잠재적으로 위협적인 상황을 회피하도록 부추김으로써 아동이 성공적인 대응 기술을 개발 기회를 결국 차단하게 되어 아동의 불안을 유발한다고 주장한다. 부모는 아이가 접하는 어려운 상황을 직접적으로 통제할 뿐만 아니라, 잠재적으로 어려운 상황을 회피하도록 함으로써 사실은 불안한 아이를 보호하려고 하는 것일 수도 있다. Barrett, Rapee, Dadds와 Ryan(1996)은 비디오로 녹화된 가족 토론 동안 부모가 자녀의 불안을 모델링하고, 자극하고, 보상하는 정도를 분석했다. 불안한 자녀의 부모는 비임상군의 공격적인 자녀를 둔 부모들보다 더 회피 전략을 주고받으며, 모호한 사회적 상황에서 친사회적 해결책을 덜 고취시킨다는 것이 밝혀졌다. 아동 불안에 대한 부모의 불안과 부모-자녀 상호작용의 영향을 조사한 연구는 불안을 유지시키는 기제에 어떤 연결고리가 있다는 것을 주장해 왔다. 조사 연구가 설명하지 못한 것은 아동 불안에 대한 부모의 정신병리와 양육행동 간의 인과관계이다. 아동 불안에 대한 부모 불안과 부모-자녀 상호작용의 순환적인 영향은 아동 불안에 대한 치료에 있어서 더 광범위하게 부모와 가족을 포함하는 것의 중요성을 부각시키고 있다.

다음으로 아동기 불안장애의 인지행동 치료, 특히 치료에서 부모와 가족의 역할과 아동을 위한 장기적 결과의 향상에 대해 검토할 것이다.

## 아동 불안장애의 인지행동 치료

아동과 청소년 불안에 대한 CBT의 무선 통제실험(RCTs)은 상당한 증상 감소의 증거를 일관되게 보여 주어(Barrett, Rapee, Dadds, & Ryan, 1996; Kendall, 1994; Kendall et al., 1997) 현재 ‘대체로 효과적인 것’으로 인식되고 있다(예 : Albano & Kendall, 2002; Ollendick & King, 1998). 10여 년 전, Kendall(1994)은 현재 널리 사용되고 있는 CBT 프로그램인 ‘카핑 캣(Coping Cat)’을 연구하면서(Kendall, 1994) 아동의 불안장애에 대한 CBT의 첫 RCT를 출판했다. 이것은 아이들에게 어려운 상황에 대처하고 그들의 불안을 다루는 기술을 가르치는 개별적인 아동 중심 치료 프로그램이다. 카핑 캣 프로그램은 아이들에게 효과적인 인식과 이완 기술, 인지적 재구조화, 직면과 반응대가, 문제해결 기술을 가르치는 16회기의 계획서이다. 이 프로그램은 기술에 대한 치료자 교육과 회기 내 연습, 직면 과제에 의존한다. 또한 아이들이 숙제 활동을 통해 기술을 연습할 수 있도록 한다. Kendall(1994)의 연구에서 부모들을 부가적으로 2회기 만나며, 이때 치료자는 부모에게 프로그램과 아동의 진전에 대한 정보를 전하고 부모가 제기한 염려에 대해 설명한다. 이 방식에서 Kendall은 치료에서 부모의 역할을 아동 개별치료의 동반자와 의논 상대자로 묘사한다(Barmish & Kendall, 2005). 참가한 아동의 64%가 이 치료에 효과적이었다는 결과에서 보이듯이 이러한 시도의 결과(Kendall, 1994)는 긍정적이었다.

Kendall의 첫 시도(1994) 이래로 현재 출간된 몇 개의 반복된 연구들(Kendall et al., 1997)과 장기간의 추후 연구(Kendall, Safford, Flannery-Schroeder, Webb, 2004; Kendall, & Southam-Gerow, 1996)로 아동 불안에 대한 아동 중심적 CBT의 효과가 확장되었다. 아동 불안에 대한 Kendall의 첫 RCT 이후에 연구자들은 불안한 아동을 돕는 데 있어서 부모의 참여에 대한 중요성을 지지하고, 치료에서 부모의 역할이 협조자와 의논 상대자라는 전형적으로 수동적인 역할에서 부모와 가족을 치료 내 공동내담자로 참여시키는 것으로 발전되었다. Barrett, Dadds와 동료들(1996)은 가족 불안조절 훈련(FAM)을 추가한 CBT의 무선 통제실험을 수행했다. 이 연구에서(Barrett, Dadds, et al., 1996) FAM은 (1) 유관성 관리(contingency management) 면에서 부모교육하기, (2) 부모에게 그들 자신의 불안을 다룰 수 있는 더 나은 기술을 알려 주기, (3) 문제해결과 의사소통 기술에서 부모교육하기를 포함하고 있었고, Barrett, Dadds와 동료들(1996)은 무작위로 79명의 아동들(7~14세)을 CBT 단독, CBT와 FAM 조합, 비교 조건으로 나누었다. 치료 후에 단독 CBT 조건에 속한 아동의 61%, 조합 조건의 88%, 비교 조건의 30% 미만이 불안장애 진

단을 받지 않게 되었다. 12개월의 추후 연구에서 상대적으로 CBT+FAM 조합의 우위가 유지되었다. 그러나 치료 종결 후 5~7년 가까이 이루어진 장기간의 추후 연구에서는 단독 CBT와 CBT+FAM 모두 참가자의 87%와 86%라는 각각의 수치로 불안장애 진단을 받지 않은 비슷한 효과를 보였다(Barrett, Duffy, Dadds, & Rapee, 2001).

흥미롭게도 Barrett, Dadds와 동료들(1996)의 가족치료 연구에서 연령과 성별은 부가적인 부모 요소의 영향력을 낮추는 것으로 나타났다. 특히 CBT+FAM 조건을 마친 어린 아동들(7~10세)과 여자 아동들은 CBT 단독 조건의 또래보다 더 불안장애 진단을 받지 않았다. 남자 아동들과 11~14세 아동들의 경우 치료 직후와 추후 연구에서 CBT 단독도 CBT+FAM만큼 효과적이었다. Barrett, Dadds와 동료들(1996)은 양육기술과 아동 불안 조절에 대한 개입을 강화하는 것은 어린 아동들에게 중요하지만, 청소년기 동안 자율성의 욕구가 증대되기 때문에 나이 든 아동과의 개별적인 작업도 불안을 감소시키는 데 충분하다고 시사했다.

Barrett, Dadds와 동료들(1996)의 가족치료 시도로 인해 다수의 통제된 치료 시도에 적극적인 부모 참여를 포함시키게 되었다(Barrett, 1998; Cobham et al., 1998; Manassis et al., 2002; Mendlowitz et al., 1999; Nauta, Scholing, Emmelkamp, & Minderaa, 2003; Shortt, Barrett, & Fox, 2001; Silverman et al., 1999; Spence, Donovan, & Brechman-Toussaint, 2000). 이러한 시도들은 치료 전달방식(개별치료 대 집단치료)과 부모 회기의 횟수나 형식에 있어서 다양했다. Barmish와 Kendall(2005)은 부모를 공동내담자로 포함해 아동 불안에 대한 아홉 가지 통제된 치료 시도를 검토하고 메타분석했다. Barmish와 Kendall(2005)은 이런 시도 속에서 대부분은 10~12회기 정도 부모를 포함시켰다는 것을 확인했다. 부모가 아동과 분리된 치료 과정에 참여했는지 아니면 아동 치료 회기에 함께 참여했는지는 다양했다. 부모 참여는 일반적으로 세 가지 주요 치료 전략—(1) 아동 불안행동에 대한 부모의 강화를 제거하기, (2) 부모에게 자기 불안조절을 교육하고, 대응행동을 모델링하도록 격려하기, (3) 가족 갈등을 감소시키는 데 초점을 맞춘 가족 문제해결하기(Barmish & Kendall, 2005)—에 초점을 두었다.

Barmish와 Kendall(2005)은 통제실험에 대한 검토와 CBT 단독 치료와 부모 참여 조합 치료 각각의 효과 정도에 근거해 부모를 치료에 공동내담자로 참여시킬지에 대해선 지금까지 결론이 나지 않았지만, 불안한 아동을 위한 치료로서 CBT 단독보다는 부모를 참여시키는 것이 더 효과적이라는 결론을 내렸다. CBT 단독, CBT와 부모 참여의 조합 모두에 대한 연구에서 그 효과는 작은 정도부터 중간 그리고 아주 큰 정도까지 다양하

다(Barmish & Kendall, 2005). 전반적으로 부모 참여의 효과 정도는 CBT 단독일 때보다 더 높았다. 그러나 연구 간 효과 크기가 매우 다양했고 마찬가지로 연구 간 방법론도 매우 다양한 것으로 인해 이 단계에서 어떤 명확한 결론을 내리는 것은 불가능하다. 지금까지 아동 불안에 대해 수행된 통제실험의 결과를 같이 구했을 때, 개별과 집단 접근 모두에서 부모 참여가 더해진 CBT가 대체로 효과적인 치료로 입증되었으며(Manassis et al., 2002), 아동과 청소년을 위해 특히 중요한 부모 개입으로서(Barrett, Dadds, et al., 1996) 부모가 차지하는 중요한 역할 때문에 분리불안장애로 진단받은 아동들을 위해서 그리고 부모의 정신병리가 존재하는 사례에서도 마찬가지였다(Cobham et al., 1998).

지금까지 부모 개입을 수행하는 많은 치료 시도들은 집단 중심 CBT를 시행해 왔다(Barrett, 1998; Flannery-Schroeder & Kendall, 2000; Manassis et al., 2002; Mendlowitz et al., 1999; Shortt, Barrett, & Fox, 2001). Barrett(1998)은 아동기 불안장애에 대한 가족 중심 집단 CBT 개입의 첫 통제실험을 평가했다. 7~14세 정도 되는 60명의 아동들을 3개의 치료 조건에 할당했다. CBT 집단(GCBT), 가족관리가 더해진 CBT 집단(GCBT+FAM), 비교 통제집단(WL)이다. 치료 직후에 GCBT 아동의 56%, GCBT+FAM 아동의 71%, WL 아동의 25%는 더 이상 불안장애의 진단 범주에 속하지 않았다. 12개월의 추후 연구에서 GCBT 아동의 65%, GCBT+FAM 아동의 85%가 진단 범주에 속하지 않았다. 치료 직후와 추후 연구에서 GCBT와 GCBT+FAM 조건의 비교를 통해 볼 때, GCBT+FAM 조건의 아동은 진단 상태의 평가에서 상당한 개선과 아동의 행동을 다룰 수 있는 능력에 대한 부모의 인식, 아동 행동에서 비롯된 가족 분열에서의 변화를 보여 주었다. 이러한 결과들은 아동기 불안장애에 대한 CBT 가족 참여가 집단 형식 속에서 효과적으로 진행된다는 것을 제안하고 있다. Barrett, Dadds와 동료들의 초기 연구(1996)에서는 가족관리 요소의 추가로 인해 더 나은 결과를 낳게 된다는 것이 밝혀졌다.

Barrett(1998)의 집단 중심 치료 연구 이래로 저자들은 치료에 부모를 참여시키는 집단 개입의 결과에 대한 실험에서 개인과 집단 형식 간에 비슷한 성과를 보였고(Shortt, Barrett, & Fox, 2001) 중요한 차이점은 없다는 결론(Flannery-Schroeder, & Kendall, 2000; Manassis et al., 2002)을 공표했다.

집단 개입은 한 회기 내에 다양한 내담자들을 다루는 데 시간, 비용, 노동력상의 효율성 때문에 심리치료에서 항상 전도유명한 치료 대안이었다. 아동 불안에 있어서 집단은 치료에서 얻은 것들을 더 촉진하는 치료 과정(therapeutic process)을 제공하는 풍부함 자원성(resourcefulness) 그 이상을 가져다준다. 이 영역에서 치료 과정에 대한 연구가

부족하지만, 집단치료로 불안한 아동들과 작업해 온 임상 경험을 통해 집단치료가 효과적이고 호소력 있는 유효기제라는 통찰을 갖게 되었다. 아동들은 집단과 작업하면서 불안의 경험이 일반화되고, 집단 내의 지지적 네트워크가 각 아동에게 형성되며, 개인의 동기가 공포 극복을 증대시키는 것으로 드러나고, 아동들은 경험적 집단 활동을 통해 지지적인 또래교육을 촉진시키는 안전하고 상호적인 환경 속에서 새로운 기술을 습득하고 연습한다. 많은 통제된 시도들이 개별 CBT에 대한 집단 CBT의 상대적 효과성을 주장한 이후로, 부모의 참여를 포함하는 집단 중심 치료가 불안한 아동과 청소년에게 더 뛰어난 치료 형태가 되었다.

부모와 가족 참여를 포함하는, 아동 불안장애를 위한 증거 중심적 치료 프로그램 중 하나가 FRIENDS 프로그램이다(Barrett, Lowry-Webster, & Turner, 2000a, 2000b). 현재 FRIENDS for Life라는 명칭으로 제4판이 출간되었다(Barrett, 2004, 2005)(FRIENDS라는 말은 머리글자를 따온 것으로 이 장 후반부에서 상세히 설명될 것이다). 이 프로그램은 Kendall의 카핑 캣(Kendall, 1994)에서 각색된 아동 중심 CBT 그리고 Barrett, Dadds와 동료들(1996)의 개별 가족치료 연구에서 처음으로 발전된 포괄적인 가족교육 요소 두 가지로 구성되었다. FRIENDS for Life 프로그램은 집단치료 프로그램으로서뿐만 아니라 (Barrett, 1998; Shortt, Barrett, & Fox, 2001) 개별치료 프로그램으로서도 효과적이라는 것이 입증되었고(Barrett, Dadds, et al., 1996), 더 나아가 최근에는 처방적/선택적 예방 수준의 아동과 청소년 불안 그리고 우울뿐만 아니라(Barrett, Moore, & Sonderegger, 2000; Barrett, Sonderegger, & Sonderegger, 2001; Barrett, Sonderegger, & Xenos, 2003; Bernstein, Layne, Egan, & Tennison, 2005; Dadds, Spence, Holland, Barrett, & Laurens, 1997; Dadds, Spence, Laurens, Mullins, & Barrett, 1999) 보편적인 차원의 학교 차원의 예방 프로그램에도 효과적이라는 것이 밝혀졌다(Barrett, Farrell, Ollendick, & Dadds, 출판 중; Barrett & Turner, 2000; Lock & Barrett, 2003; Lowry-Webster, Barrett, & Dadds, 2001; Lowry-Webster, Barrett, & Lock, 2003).

## FRIENDS for Life 프로그램 : 아동 치료 개요

FRIENDS for Life 프로그램(Barrett, 2004, 2005)의 아동적 요소는 Kendall의 카핑 캣 프로그램(Kendall, 1994)의 호주식 각색인 카핑 코알라(Coping Koala) 프로그램(Barrett, Dadds, et al., 1996)에서 비롯되었다. 그것이 집단치료로 개작되면서 FRIENDS가 된 것이다

(Barrett, 1998; Shortt, Barrett, & Fox, 2001). FRIENDS for Life 프로그램(제4판)(Barrett, 2004, 2005)은 발달단계에 따라 제작된 아동용(Barrett, 2004), 청소년용(Barrett, 2005; 이 프로그램에는 운영자 매뉴얼이 첨가되었다) 두 가지로 구성되어 있고, 집단과 개별 모두에 적용할 수 있다. 이 프로그램은 10주 회기와 2회의 추후 회기(booster session)로 이루어져 있다. 각 회기는 1시간에서 1시간 30분 정도 진행되도록 짜여져 있다. 최적의 효과를 가져오기 위해 초기의 10회기는 주 단위로 수행되고, 추후 회기는 치료가 끝난 후 1개월째와 3개월째 수행된다. 추후 회기는 아동들이 이전 회기에서 습득한 기술들을 연습하고, 일상생활에서 부딪히는 상황에 대처할 때 이러한 기술들을 일반화하도록 지지하는 기회를 제공한다.

이 프로그램은 FRIENDS라는 머리글자를 사용함으로써 아동들이 자신의 불안을 효과적으로 조절할 수 있는 전략을 좀 더 쉽게 기억할 수 있도록 한다. FRIENDS라는 머리글자(제4판)(Barrett, 2004, 2005)는 다음과 같다.

#### **Feelings.** 감정

**Remember to relax. Have quiet time.** 이완하는 것을 기억하라. 차분하고 조용한 시간을 가져라.

**I can do it! I can try my best!** 나는 할 수 있다. 나는 최선을 다할 수 있다.

**Explore solutions and coping step plans.** 해결책과 대응 계획을 단계적으로 모색하라.

**Now reward yourself! You've done your best!** 이제 자신에게 보상하라. 당신은 최선을 다했다.

**Don't forget to practice.** 연습하는 것을 잊지 마라.

**Smile! Stay calm for life!** 웃어라. 삶에서 평정심을 유지하라.

FRIENDS라는 말은 프로그램의 주요 목표와 주제를 강조하는데, 이는 (1) 아이들에게 특별한 단서(심리적·신체적 증상)에 의해서 자신이 언제 걱정스럽거나 긴장되는지에 대해 말하면서 자신의 신체를 자신의 친구로 생각하도록 돕고, (2) 자기 자신에게 친구가 되고, 감정조절 활동을 통해 자신의 신체를 돌보는 것뿐만 아니라 자신이 열심히 노력했을 때 스스로에게 보상하도록 하며, (3) 감정이입 기술과 타인에 대한 동정심을 키워서 친구를 만들도록 하고, 결국에는 (4) 자신이 어려움에 처해 있거나 고민되는 상황에 있을 때 혹은 다른 친구나 가족이 어려운 상황에 처해 있을 때 친구들에게 이야기해 자신의 사회적 네트워크를 만들고 넓히고 더욱 강하게 만드는 것이다. FRIENDS 프로그

랩은 기술 습득에 기반을 둔 여섯 가지의 중요한 요소로 이루어져 있다.

1. 감정에 대한 심리적 교육
2. 불안의 심리적 징후에 대한 이해와 그에 따라 사용하는 이완 기술 방법
3. 인지적 재구조화와 긍정적 자기구술
4. 문제해결 기술과 두려움에 맞서고 목표를 달성하는 것에 대한 점진적 노출
5. 노력과 목표 달성에 대한 자기보상의 중요성
6. 재발 예방과 생활 기술(skills for life)을 유지시키는 방법. 2회의 추후 회기는 기술의 일반화를 촉진시키도록 고안되며, 아동이 직면하는 상황에 그 기술들을 적용하도록 돕는다.

표 5.1과 5.2는 아동과 청소년 프로그램에 대한 회기별 요약이다.

### FRIENDS for Life 프로그램 : 부모와 가족교육 개요

FRIENDS for Life는 기술 습득의 각 단계에 부모를 참여시키고, 불안관리에 있어서 부모를 교육하는 가족 기술 요소를 포함하고 있다. FRIENDS(Barrett, 2004, 2005) 최신판에는 구조화된 부모 2회기가 운영자 매뉴얼에 기술되어 있다. 최신 운영자 매뉴얼의 두 회기 안에 부모와 가족 기술 교육을 요약해 놓은 이유는 학교에서 예방 프로그램으로 사용하는 것을 장려하기 위해서이다. 대부분의 사례에서 학부모 간담회나 매 오후 교육에 부모들을 끌어들이는 것은 어려운 일이다. 그래서 종합적인 2회기로 요약해 놓은 매뉴얼은 학교 상황에서의 개입에 실용적이다. 그러나 치료 상황에서는 매 회기에 부모를 개입하는 것이 치료의 진행에 더 낫다. 일반적으로 아동에 초점을 맞춘 개별 혹은 집단 회기는 모두 1시간에서 (집단이 클 경우에는) 1시간 30분 정도 사이에서 진행되고, 부모는 회기의 후반 30분 동안 아동과 청소년 집단에 참여한다. 이러한 과정은 집단의 욕구와 선호에 따라 달라질 수 있다. 청소년 집단은 청소년기에 더 높아지는 자율성과 독립의 욕구 때문에 부모 집단 회기를 청소년들과 분리시켜서 진행함으로써 더 좋은 성과를 거둘 수도 있다. 효과적인 집단의 대표적 크기는 6명에서 10명 사이로, 적당한 시간 내에 집단의 모든 성원이 생각을 나눌 수 있다. 집단을 진행시킬 때, 치료기간 동안 모든 가족에게 적어도 한 번은 개별 회기를 갖도록 해 논의나 안내가 필요한 개인적인 이슈를 제기할 기회를 주는 것이 도움이 된다. 보통 개별 회기는 아동 및 청소년이 개별적인

표 5.1 FRIENDS for Life의 개요-아동용

회기	항목-주요 학습 목표
1	<p>라포를 형성하고 집단 참가자 소개하기</p> <p>집단 가이드라인 설정하기</p> <p>불안과 불안 반응에서의 개인 간 차이 일반화하기</p>
2	<p>감정 교육과 다양한 정서 식별하기</p> <p>사고와 감정 간의 관계 소개하기</p>
3	<p>Feelings. 감정(걱정에 대한 생리적 증상을 식별하라)</p> <p>Remember to relax. Have quiet time. 이완하는 것을 기억하라. 차분하고 조용한 시간을 가져라(이완 활동을 사용하고, 걱정스럽거나 슬픔을 느낄 때 할 수 있는 즐거운 활동 알아내기).</p>
4	<p>I can do it! I can try my best! 나는 할 수 있다. 나는 최선을 다할 수 있다(자기구술을 명시하고, 도움이 되는 생각과 도움이 안 되는 생각 소개하기).</p>
5	<p>집중훈련(모든 상황에서 긍정적인 측면 찾기)</p> <p>도움이 되지 않는 생각에 도전하기</p> <p>Explore solutions and coping plans. 해결책과 대응 계획을 단계적으로 모색하라 (대응 단계 전략 소개하기, 두려움에 대한 단계적 노출, 목표 설정, 더 작은 단계로 문제 쪼개기).</p>
6	<p>문제해결 기술(여섯 가지 문제해결 계획)</p> <p>대응 역할 모델</p> <p>사회적 지지에 대한 계획</p>
7	<p>Now reward yourself! You've done your best! 이제 자신에게 보상하라. 당신은 최선을 다했다.</p>
8	<p>Don't forget to practice. 연습하는 것을 잊지 마라(FRIENDS 기술 연습하기).</p> <p>Smile! Stay calm for life! 웃어라. 삶에서 평정심을 유지하라(어려운 상황을 극복하는 방법을 꼼꼼이 생각해 보기).</p>
9	<p>FRIENDS 기술을 다양한 어려운 상황에 일반화시키기</p> <p>FRIENDS 대응 기술을 사용하는 방법에 대해 다른 사람들에게 조언하기</p>
10	<p>FRIENDS 전략의 유지를 위해 새로운 기술 사용하기</p> <p>발생할지도 모르는 미미한 퇴보에 준비하기</p>
추후 회기 1	FRIENDS 전략을 검토하고 미래의 도전에 준비하기
추후 회기 2	FRIENDS 전략을 검토하고 미래의 도전에 준비하기