

부모-아동 상호작용 치료(PCIT) 효과 검증: 부모-동반 참여와 모-단독 참여, 대기통제 비교*

이 윤 정

김 현 수[†]

한양대학교 아동심리치료학과

박사과정

교수

부모-아동 상호작용 치료(Parent-Child Interaction Therapy, PCIT)는 Eyberg가 행동치료와 놀이치료 이론들을 토대로 권위 있는 양육을 위해 개발한 치료로서, 아동행동문제와 양육스트레스 개선효과가 꾸준히 보고되고 있다. 하지만 선행연구들은 어머니만을 참여시켰으므로 부모 모두를 참여시켰을 때의 상대적 유용성 파악에는 한계가 있었다. 이에 본 연구는 부모-동반 참여조건과 모-단독 참여조건을 대기통제와 비교하여 모-단독 참여 PCIT의 효과를 재확인하고, 이후 두 참여조건 간 비교를 통해 부모-동반 참여 PCIT의 상대적 유용성을 파악하고자 하였다. 연구에는 부모-동반 참여 11가정, 모-단독 참여 12가정, 대기통제 21가정으로 구성된 총 44가정의 자료가 활용되었고 집단비교의 일관된 평정을 위해 모가 보고한 아동행동문제, 양육스트레스, 양육협력 점수를 활용하였다. 결과, 부모-동반 참여 PCIT와 모-단독 참여 PCIT는 대기통제보다 아동행동문제, 양육스트레스, 양육협력에서 모두 유의한 개선효과를 나타내었고, 부모-동반 참여 PCIT는 모-단독 참여 PCIT에 비해 아동행동문제와 양육협력에서 더 큰 개선효과를 나타내었으며, 양육스트레스에서는 유사한 수준의 개선효과를 나타내었다. 본 연구는 관계의 어려움을 겪고 있는 부모와 아동에게 효과적인 개입방법을 제안하였고, 부모 참여조건 간 치료 효과의 양상이 다르게 나타날 수 있음을 확인하여 아동가족 심리치료에 적용될 수 있는 임상적 정보를 제공하였다.

주요어 : 부모-아동 상호작용 치료, 부모-동반 참여 PCIT, 아동행동문제, 양육스트레스, 양육협력

* 본 논문은 제 1저자의 석사학위 논문을 정리한 것임.

[†] 교신저자(Corresponding Author) : 김현수 / 한양대학교 아동심리치료학과 / (04763) 서울시 성동구 왕십리로 222 / Tel: 02-2220-0618 / E-mail: khs1004@hanyang.ac.kr

Copyright ©2022, Clinical Psychology in Korea: Research and Practice
This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

아동의 정신건강에 중요한 요소는 부모와 아동의 관계이고, 영향력 있는 부모는 아동의 가장 중요한 치료자이다(Arnold, 1978). 아동 놀이치료 메타분석에 따르면, 치료 과정에 부모를 개입시킬 때 가장 큰 효과가 있었으며, 이는 전문가 개입보다 더 큰 효과였다(Bratton, Ray, Rhine, & Jones, 2005). 국내 부모참여 놀이치료의 효과성 메타분석에 따르면, 부모-동반 참여, 부-단독 참여, 모-단독 참여 순으로 치료 효과가 큰 것으로 나타났고, 부모가 개입한 아동 놀이치료 중 가장 큰 효과를 나타낸 치료는 부모-아동 상호작용 치료(Parent-Child Interaction Therapy: PCIT, 이하 PCIT)이었다(임선자, 선우현, 2020).

아버지의 적극적인 양육 역할수행은 아동발달에 도움이 된다(LaRossa, 1988)는 점은 이제 자명한 사실로 받아들여지고 있고, Parke(1981)는 자녀양육에 있어 아버지의 역할을 강조하며 이를 아버지 효과(father's effect)라고 명명하면서 아버지의 적극적인 양육은 상황에 따라 어머니의 양육보다 뛰어날 수 있으며 아버지와의 놀이나 상호작용은 아동의 성장 발달에 고유한 영향력을 미친다고 하였다(Parke, 1981, 2002). 부모교육에 대한 메타분석에서는, 아버지가 부모교육에 참여할 경우 자녀의 행동문제와 부모의 바람직한 양육행동에 훨씬 더 긍정적인 변화가 있으므로, 아버지가 부모교육에서 제외되지 않고 반드시 참석하도록 권장되어야 한다고 강조하였다(Lundahl, Tollefson, Risser, & Lovejoy, 2008). 우리나라 여성 경제활동 참가율은 전체 50% 수준으로 계속 증가하고 있고, 가사를 공평하게 분담해야 한다고 생각하는 사람이 절반을 넘어(통계청, 2019), 아버지는 생계를, 어머니는 양육을 전담하던 이분법적 사고는 산업화에 따른 가족구조의

변화, 자녀의 감소, 맞벌이 가정의 증가 등으로 육아를 공평하게 분담하는 부모역할에 대한 인식으로 변화되고 있다. 이에 따라, 모-단독 참여로 진행되고 있는 아동심리치료 또한 부모-동반 참여로의 변화가 필요함을 알 수 있다. PCIT는 비교적 짧은 기간에 아동의 행동문제를 감소시키고 부모에게 부모-아동 상호작용의 질을 높이는 기술을 습득하게 하여 영구적으로 사용할 수 있는 특징이 있으므로, 아동과 떨어져 지내거나 맞벌이 등으로 아동과의 놀이시간이 부족한 부모에게 좋은 대안이 될 수 있다. 본 연구를 통해 모-단독 참여 치료보다 부모-동반 참여 치료가 더 유용할 수 있음이 시사된다면, 어머니 중심으로 진행되고 있는 심리치료 프로그램이나 부모교육 등에 아버지의 참여를 독려할 수 있는 객관적 자료를 확보할 수 있게 될 것이다.

한편, 아동학대 주요통계(보건복지부, 2021)에 따르면 해마다 학대 발생 건수가 증가하고 있고, 학대행위자의 가장 높은 비율을 차지한 유형은 부모(82.1%)였으며, 부모가 생각하는 아동학대 방지를 위한 방안은 '양육스트레스 경감'을 위한 정책지원이었다(김은영, 2017). 아동학대 요인으로는 낮은 경제적 상태와 부부불화, 양육스트레스, 아동의 문제행동, 부적절한 양육태도 등이 있다(여진주, 2008). PCIT는 부모-아동 상호작용의 질을 정량화하여 부모에게 즉각적인 피드백을 제공하고 회기별 변화추이와 치료 전-후의 변화를 객관적으로 확인할 수 있게 하며, 부모가 교정된 상호작용 기술을 사용하여 긍정적인 상호작용의 경험을 축적할 수 있게 하므로, 부모-아동 관계 개선을 원하지만 구체적인 원인이나 방법을 찾지 못하여 어려움을 겪고 있는 부모에게 유용할 수 있음을 기대할 수 있다.

따라서 본 연구는 PCIT가 아동행동문제와 양육스트레스, 양육협력에 효과적인지 검증하고, 치료에 참여한 부모-동반, 모-단독 참여조건 간 비교를 통해 부모가 함께 참여할 때 얻을 수 있는 각 효과의 상대적 유용성을 파악함으로써, 관계의 어려움을 겪고 있는 부모와 아동에게 효과적인 치료적 개입방법을 제안하고자 하였다.

PCIT는 아동의 심리치료 과정에 부모와 자녀가 함께 참여할 수 있는 치료로서, 행동치료, 놀이치료, 부모훈련, 사회학습이론 등의 요소로 개발(Eyberg, 1988)된 근거기반 치료이다(Jennifer & Angelika, 2017). PCIT의 특징은 치료사가 관찰실에서 부모-아동 상호작용을 관찰하면서 무선송수신기를 이용하여 실시간으로 부모에게 상호작용 기술에 대한 피드백을 주고 코칭하여, 부모의 잘못된 행동이 반복되어 익숙해지기 전에 바로 고쳐 줄 수 있다는 점이다. 회기마다 부모-아동 상호작용 코딩결과를 기반으로 치료목표를 설정하므로 치료과정은 각 가정에 맞게 개별화되며 회기별 코딩된 각 기술의 개수를 통해 부모의 회기별 기술 변화 추이를 객관적으로 검토할 수 있게 된다. 치료사는 실시간 코칭을 통해 부모가 긍정적인 기술을 사용할 수 있도록 지지하면서 즉각적으로 보상하여 부모의 양육기술 행동을 조성한다. PCIT의 구조는 Baumrind(1966)의 권위있는 양육(authoritative parenting) 특징인 돌봄과 제한설정을 기반으로, 아동주도 상호작용과 부모주도 상호작용의 두 단계로 이루어진다. 아동주도 상호작용(Child-Directed Interaction: CDI) 단계에서 부모는 아동과의 관계를 향상시킬 수 있는 칭찬, 반영, 행동묘사, 행동모방, 즐기기, 선택적 관심 보이기 등과 같은 상호작용 기술을 습득한다. 부모주도 상

호작용(Parent-Directed Interaction: PDI) 단계에서 부모는 효과적인 지시, 순종 및 불순종 시 대처반응 등 아동의 행동문제를 감소시키고 바람직한 행동을 증가시킬 수 있는 기술을 습득한다.

PCIT는 부모-아동 상호작용의 질 향상과 어머니의 양육스트레스 감소에 효과적이라고 검증되어 왔다(Calzada, Eyberg, Rich, & Querido, 2004; Eyberg & Robinson, 1982; Foote, Eyberg & Schuhmann, 1998; Hood & Eyberg, 2003). 지난 40년간(1980~2020) 진행된 PCIT 연구의 메타분석에 따르면, PCIT는 파괴적, 과잉행동적, 부정적, 외현화된 행동문제와 같은 아동행동문제를 치료하는 효과적인 중재 방법이다(Aguayo, Bocanegra, Garcia, & Velasco, 2021). 또한, 다양한 임상 아동을 대상으로 연구가 진행되어, 품행장애 아동에 대한 연구(Niec, Barnett, Prewett, & Shanley Chatham, 2016), 자폐스펙트럼 아동에 대한 연구(Hatamzadeh, Pouretamad, & Hassanabadi, 2010; Masse, McNeil, Wagner, & Quetsch, 2016; Ros & Graziano, 2019; Scudder et al., 2019), ADHD 아동에 대한 연구(Ahmadi, Chaudhry, Olango, & Molla, 2017), 발달장애 아동에 대한 연구(Allen & Marshall, 2011; McDiarmid & Bagner, 2005), 분리불안장애 아동에 대한 연구(Chase & Eyberg, 2008; Choate, Pincus, Eyberg & Barlow, 2005), 만성질환이나 의학적 문제가 있는 아동에 대한 연구(Christian-Brandt & Santacrose, 2020) 등으로 PCIT 효과성이 검증되었다. 아동학대 관련 PCIT연구는 아동학대 예방을 위한 가정기반 연구부터, 신체적 학대를 한 아동학대 고위험군으로 분류된 부모에게까지 그 효과가 검증되었다(Abrahamse, Tsang, & Lindauer, 2021; Chaffin et al., 2004).

부모 요인 관련 PCIT 연구는 주로 위탁부모, 편모, 이혼 부모를 대상으로 이루어졌다(Hood & Eyberg, 2003; McNeil, Herschell, Gurwitch, & Clemens-Mowrer, 2005; Rork & McNeil, 2008). 부모-동반 참여집단과 한부모가정의 모-단독 참여집단을 비교한 연구(Bagner & Eyberg, 2003)에서는, 4개월 후에 진행된 추후검사 시 부모-동반 참여집단의 아동행동문제 개선효과는 잘 유지된 반면, 한부모가정의 모-단독 참여집단의 아동행동문제 개선효과는 유지되지 않는 결과로, 부모-동반 PCIT가 아동행동문제 개선효과를 더 잘 유지할 수 있도록 도울 수 있음을 입증하였고, 발달지연 아동의 가족을 대상으로 한 병원 기반 PCIT연구(Bagner, 2013)에서는, 부모-동반 참여집단이 모-단독 참여집단에 비해 아동행동문제가 더 개선된 결과로, 발달지연이 있는 아동의 치료과정에 아버지를 참여시키는 것이 중요함을 강조하였다.

국내 PCIT연구는 이경숙(1991)에 의해 처음 소개된 후 이유니(2008)의 국내외 PCIT 연구동향 분석으로 이어졌다. 이후 집단 PCIT가 아동의 공격적 행동문제를 개선시키는 효과 검증(두정일, 2010), 6주간 단기 집단 PCIT가 아동의 공격적 행동문제를 개선시키는 효과 검증(백지은, 2012), 16회기 PCIT가 ADHD 성향을 가진 아동의 행동문제를 개선시키는 효과 검증(두정일, 이정숙, 2014), 스탠다드 프로토콜을 그대로 따른 PCIT가 국내 아동의 행동문제를 개선시키는 효과가 검증되었다(박영남, 이소영, 김지연, 이유니, 2016). 지난 30여 년간(1991~2020) 진행된 국내 PCIT연구의 메타분석에 따르면 총 21편의 연구 중 유아와 어머니를 연구 대상으로 한 연구가 16편(76.2%)으로 가장 많았다(김좌겸, 이상희, 2021).

PCIT프로토콜(Parent-Child Interaction Therapy

Protocol)에서는 부모가 동반 참여할 때의 지침을 상세히 제시하고 있어(Eyberg & Funderbunk, 2011) 부모가 함께 참여할 수 있는 이점을 가지고 있음에도, 대부분의 PCIT 효과검증 관련 연구들은 어머니만을 참여시켜 부모 모두를 참여시켰을 때의 상대적 유용성 파악에는 한계가 있었다. 이에 본 연구는 부모-동반 참여 조건과 모-단독 참여조건을 대기통제집단과 비교하여 검증하고자 한다. 또한, 국내 PCIT 연구의 경우 여러 가정이 함께 참여하는 집단형, 회기 수에 제한을 두는 단축형, 다른 치료 프로그램과 함께 진행된 병합형으로 진행되었고, 스탠다드 프로토콜에 따라 각 가정별로 치료가 진행되었다고 하더라도 치료집단 내 비교연구에 국한되어 있었다. 이에 본 연구는 스탠다드 프로토콜에 따라 각 가정별로 회기 수에 제한을 두지 않고 진행한 치료집단과 통제집단의 사전-사후-추후 비교를 통해, 국내 PCIT 효과 검증 연구의 객관성을 확보하고자 한다.

어머니가 주 양육자일 경우 배우자의 양육 협력 정도는, 어머니의 양육에 대한 부담감을 감소시키고 양육을 긍정적으로 인식하게 하여 정서적으로 소진되어있는 어머니에게 필요한 에너지를 충전시키는 지지적인 역할을 하며(김정미, 유제민, 2012), 배우자의 지원은 어머니의 적응과 자녀 양육에 긍정적인 영향을 미친다(Unger & Wandersman, 1988). 배우자의 양육협력은 자녀 양육에 대한 부부간의 헌신과 협력 정도를 의미하는 것으로서, 부모 모두가 자녀 양육에 관심을 가지고 서로의 양육에 대한 판단을 존중하고 자녀 양육에 대한 의사소통이 잘 될 때 이루어진다(Cohen, Mermelstein, Kamarck, Hoberman, 1985). 반면, 부모 상호 간 자녀 양육에 대한 의견이 맞지 않는다면 자녀

행동에 대한 지각은 더욱 부정적이고 양육태도도 적대적이며(Olweus, 1980), 부모역할 만족도도 낮게 나타나 자녀의 행동문제와 연관된다(Dadds, Atkinson, Turner, Blums, & Lendich, 1999; Dadds & Powell, 1991). 또한 아동 생애 초기 부모의 양육스트레스는 아동의 정서, 행동 발달과 부모-자녀 관계에 결정적인 영향을 주기 때문에, 아동의 특성, 부모의 특성, 가족의 맥락과 생활 스트레스 사건은 부모와 자녀 관계에 있어 매우 중요하다(Abidin & Brunner, 1995).

양육스트레스 척도(PSI) 상 아동영역(아동의 까다로운 기질)과 부모영역(부모의 고통)의 점수가 아동행동문제 척도(ECBI)의 강도 및 문제점수가 상관관계가 있다는 점에서(Eyberg, Bogg & Rodriguez, 1992), 부모가 동반 참여하는 PCIT의 상대적 효과는 아동행동문제, 양육스트레스, 양육협력 등 다양한 측면에서 기대해 볼만 하다. 따라서, 본 연구는, PCIT에 부모가 함께 참여하였을 때 모가 혼자 참여하였을 때보다 부모 상호 간 양육 관련 의사소통을 향상시키고 양육태도와 양육행동을 일치시켜 양육협력을 향상시킬 수 있을지에 관심을 갖고, 그동안 주로 검증되어왔던 아동의 행동문제, 모의 양육스트레스와 더불어 부의 양육협력 개선 효과를 검증하고자 한다.

본 연구는 PCIT에 참여한 부모-동반 참여집단, 모-단독 참여집단과 대기통제집단의 아동행동문제, 양육스트레스, 양육협력 척도 점수를 비교하고, 이후 부모-동반과 모-단독 두 참여조건 간 비교를 통해 아동행동문제, 양육스트레스, 양육협력 개선 효과에 대한 부모-동반 참여조건에 상대적 유용성을 검증하고자 한다. 연구가설은 다음과 같다. 첫째, 부모-동반 참여 PCIT집단과 모-단독 참여 PCIT집단은 대기

통제집단에 비해 아동행동문제, 양육스트레스, 양육협력 개선에 효과적일 것이며, 치료효과는 3개월 후에도 유지될 것이다. 둘째, 부모-동반 참여 PCIT집단은 모-단독 참여 PCIT집단에 비해 아동행동문제, 양육스트레스, 양육협력 개선에 더 효과적일 것이다.

방 법

연구대상

본 연구는 한양대학교 생명윤리위원회(IRB)의 승인(승인번호: HYI-17-152-2)을 거쳐 진행하였다. 연구대상자는 서울특별시 A복지관과 B상담센터, 연구자계정의 SNS에 연구 안내문을 게시하여 모집하였고, 치료 프로그램을 무료로 진행하되 연구목적으로 사용됨을 명시하였다. 연구목적과 연구절차, 개인정보관리에 대한 설명을 듣고 이에 동의한 40가정 중 부모-동반 참여 10가정을 포함한 20가정이 프로그램 참여집단으로 배정되었고, 현실적인 여건으로 곧바로 참여할 수 없는 20명이 대기통제집단으로 배정되었다. 대기통제집단 중 3가정이 대기 후 치료에 참여하였고 즉시 참여가 어려운 1가정이 참여집단에서 대기통제집단으로 이동하였다. 따라서 부모-동반 11가정(부모-아동, 33명), 모-단독 참여 12가정(모-아동, 24명)을 포함한 23가정(부모-아동, 57명)이 프로그램에 참여하였다. 최종적으로 참여집단 23가정과 대기통제 21가정이 포함된 총 44가정의 자료가 본 연구에 활용되었다.

측정도구

아동행동문제 척도

아동의 행동문제 측정을 위해 Eyberg 아동 행동 검사(Eyberg Child Behavior Inventory, 이하 ECBI)를 사용하였다(Eyberg & Pincus, 1999). ECBI는 만2~16세 아동을 대상으로 아동의 전반적인 행동문제를 측정하기 위한 부모평정 척도이다. 전체 36문항으로 구성되어있으며 각 문항은 얼마나 자주 행동문제를 보이는데 따라 1(그렇지 않다), 2(아주 가끔), 3(가끔), 4(절반 정도), 5(자주), 6(매우 자주), 7(항상 그렇다)의 7점 Likert척도로 표시하는 강도 점수(Intensity Score)와 해당 행동이 현재 부모 자신에게 문제 시 되는 여부를 '예/아니오'로 표시하는 문제 점수(Problem Score)로 나뉜다. 본 연구에서는 강도 점수를 사용하였으며 강도 점수의 총점 범위는 36~252점이고 점수가 높을수록 행동문제가 더 자주 발생함을 나타낸다. 문항들은 외현화된 전반적인 아동행동문제를 묻는 질문으로 구성되어있으며, 탐색적 요인 분석 연구들을 통해 ADHD 관련 행동, 성인에 대한 공격적 행동, 과격한 공격적 행동, 옷 입기와 먹기 관련 일상생활문제, 수면 관련 일상생활문제, 또래에 대한 공격적 행동 및 수동적 행동, 형제관계 문제, 낙인찍힌 행동 등 8요인으로 분류되거나(Rhee & Rhee, 2015), 성인에 대한 반항 행동, 부주의한 행동, 품행문제 행동 등 3요인으로 분류되기도 하였다(Burns & Patterson, 2000). 본 연구에서는 전반적인 아동행동문제 총점을 사용하였다. K-ECBI 한국 표준화 연구(Rhee & Rhee, 2015)의 강도점수의 평균은 70.7점, 내적합치도(Cronbach's alpha)는 .93, 검사-재검사 신뢰도는 .92이었고, 본 연구에서의 내적합치도(Cronbach's alpha)는 .89이었다.

양육스트레스 척도

모의 양육스트레스 측정을 위해 Abidin이 고안한 양육스트레스 검사(Parental Stress Index, 이하 PSI)를 정경미, 이경숙, 박진아가 표준화한 K-PSI 축약형을 사용하였다. 하위요인은 부모의 고통, 부모-자녀 역기능적 상호작용, 까다로운 자녀 요인으로 이루어져 있고 각 12문항씩 총 36문항으로 구성되어있다. 각 문항은 1점(전혀 그렇지 않다)~5점(매우 그렇다) 5점 Likert척도로 표시하며 가능한 점수 범위는 36~180점이고 점수가 높을수록 모가 양육스트레스를 많이 지각함을 의미한다. 본 연구에서는 원점수를 변환한 백분위점수를 사용하였다. 한국 표준화 연구의 각 항목별 내적 일치도는 부모의 고통 .86, 부모-아동 역기능적 상호작용 .75, 아동의 까다로운 기질 .75이었다. 본 연구에서의 내적합치도(Cronbach's alpha)는 .67이었다.

양육협력 척도

부의 양육협력 측정을 위해 Abidin과 Brunner가 개발한 양육협력 검사(Parenting Alliance Inventory, 이하 PAI)를 김정미, 임희선, 허성호(2014)가 번안한 한국판 배우자 양육협력검사(K-PAI)를 사용하였다. 하위요인은 양육참여와 의견일치로 이루어져 있고 총 14문항으로 구성되어있다. 모는 부의 양육협력에 대해 1점(전혀 그렇지 않다)에서 5점(매우 그렇다)의 5점 Likert척도로 표시하며 점수범위는 14~70점이고 총점이 높을수록 양육에 협력한다고 지각하고 있음을 나타낸다. 본 연구에서는 원점수를 사용하였다. 한국 표준화 연구의 내적합치도(Cronbach's alpha)는 .80이었고, 본 연구에서의 내적합치도(Cronbach's alpha)는 .92이었다.

프로그램

치료 프로그램은 PCIT프로토콜에 따라 부모 면담 및 사전평가, 아동주도 상호작용(CDI)기술 부모교육, CDI코칭 및 CDI기술 마스터, 부모주도 상호작용(PDI)기술 부모교육, PDI코칭 및 PDI기술 마스터, 종결회기 및 사후평가로 진행된다.

사전평가와 사후평가에서 치료사는 반구조화된 면담과 아동행동문제, 양육스트레스 등 관련 척도를 시행한다. 치료실은 작은 탁자와 의자, 타임아웃 의자, 장난감 상자, 탁자 위 두 가지 장난감, 바닥의 세 가지 장난감으로 세팅된다. 치료사는 일방경이 있는 관찰실에서 기초선 자료와 치료 효과 변화 확인을 위해 다이애디 부모-아동 상호작용 코딩시스템(Dyadic Parent-Child Interaction Coding System-III: DPICS-III; Eyberg, Nelson, Duke, & Boggs, 2004)을 사용하여 부모-아동 상호작용을 관찰하며, 워밍업 후 각 5분 동안 아동주도놀이(Child-Lead Play), 부모주도놀이(Parent-Lead Play), 정리하기(Clean Up)의 세 가지 상황에서 행동 및 언어적 표현의 수를 코딩 용지에 즉각 표기한다. 대표적인 코딩 분류는 구체적 칭찬(Labeled Praise: LP), 반영(Reflection: RF), 행동묘사(Behavioral Description: BD), 일반적인 말(Neutral Talk: TA), 일반적 칭찬(Unlabeled Praise: UP), 직접지시(Direct Command: DC), 간접지시(Indirect Command: IC), 질문(Question: QU), 부정적인 말(Negative Talk: NTA) 등이 있다.

각 치료 회기는 일주일에 한 번, 한 시간 가량 면담-관찰-코칭으로 진행된다. 부모는 도착하자마자 대기실에서 아동행동문제 척도에 응답하고 치료실로 들어선다. 치료사는 곧바로 아동행동문제 척도의 점수를 계산하여 시

간에 따른 아동행동문제 변화에 대한 피드백, 부모와 아동의 스트레스 요인 확인, 지난 일주일 동안 CDI기술이나 PDI기술을 활용하여 진행된 가정에서의 5분 특별놀이시간에 대한 검토를 한다. 면담 후 아동과 부모는 놀이시간을 갖고 치료사는 관찰실로 이동하여 5분 동안 부모-아동 상호작용 기술을 관찰하고 기록하여 회기의 목표를 설정한다. 이후 치료사는 무선송수신기를 통해 부모의 기술사용에 대한 간단한 피드백을 하고, 회기 목표에 따라 기술을 잘 사용할 수 있도록 실시간으로 코칭한다. 코칭은 모-단독 참여 시 35분, 부모-동반 참여 시 한 명당 15분씩 진행하며, 부모-동반 참여 부모는 배우자의 놀이시간 동안 관찰실에서 놀이 모습과 실시간으로 코칭받는 모습을 관찰할 수 있다. 코칭 후 부모면담을 통해 기술사용에 대한 부모의 소감과 질문, 치료사의 피드백으로 치료를 마무리한다. 부모는 가정에서 다음 회기가 돌아올 때까지 해당 기술을 사용하여 날마다 5분 동안의 특별놀이시간을 가지며 관련 기술을 실습한다.

아동주도 상호작용(CDI)단계는 CDI기술을 가르치는 부모교육으로 시작한다. 치료사는 부모에게 각 기술의 이유와 예시를 설명하고 간단한 시범을 보인 후 역할놀이를 함께 기술을 연습한다. CDI단계에서 부모가 하지 말아야 할 것(질문, 지시, 부정적인 말)과 아동행동에 대한 선택적 무시, 무시할 수 없는 심각한 아동의 행동문제에 대해 논의한 후, CDI단계에서 부모가 해야 할 것(칭찬, 반영, 행동묘사, 행동묘사, 즐기기)에 대한 기술을 교육하고 각 기술을 사용했을 때 아동이 어떤 반응을 보일지 등 부모의 의견을 반영한다. CDI기술을 사용한 가정에서의 5분 특별놀이시간이 진행될 시간과 공간, 장난감에 대해서도 논의한다. 부

모교육 회기 후 부모는 매주 치료실에서 치료사로부터 CDI기술 코칭을 받고 마스터 기준을 충족하면 부모가 기술을 충분히 숙달하여 사용할 수 있다고 간주한다. 부모의 CDI기술 마스터 기준은 치료실의 초기 관찰시간 5분 동안 행동묘사, 반영, 구체적 칭찬을 각 10개 이상씩 하고 질문, 지시, 부정적인 말을 합쳐서 3번 이하로 하는 것이다. CDI기술을 마스터한다면 PDI단계로 넘어가고 그렇지 않다면 마스터할 때까지 진행한다.

부모주도 상호작용(PDI)단계도 부모에게 PDI기술을 가르치는 부모교육 회기로 시작한다. 치료사는 효과적인 지시 설명, 토의, 역할놀이를 진행한다. PDI기술의 효과적인 지시의 내용에는 간접지시가 아닌 직접지시로, 한 번에 하나씩, 부정적 문장이 아닌 긍정적 문장으로, 모호하지 않고 구체적으로, 고함치지 않고 평범한 목소리 톤으로 정중하게, 발달 연령에 맞는 쉬운 어휘로, 꼭 필요할 때에만 하는 지시가 포함되어 있다. 부모는 아동이 지시에 순종했을 경우 칭찬을, 불순종했을 경우 타임아웃 경고를 하는 방법에 대해 교육을 받고 치료사와 역할놀이를 진행한다. 부모교육 회기 후 부모는 매주 치료사로부터 PDI기술 코칭을 받고 마스터 기준을 충족하면 기술을 충분히 숙달하여 사용할 수 있다고 간주된다. 부모의 PDI기술 마스터 기준은 치료실의 초기 관찰시간 5분 동안 최소한 4개의 지시 중 75%가 효과적인 지시이고, 순종 후 칭찬 또는 불순종 후 경고 등 절차를 완수하는 것이다. PDI단계는 PDI기술을 마스터할 때까지 지속하며, 치료실에서 점차 다른 환경으로 일반화하여 치료 대기실, 가정, 공공장소로 범위를 넓혀갈 수 있다. 치료는 호소문제가 모두 해결되었거나 크게 향상되었을 때 종결된다.

연구절차

본 연구는 PCIT를 실험 처치로, 처치집단과 통제집단 간의 차이를 비교하는 사전-사후 통제 집단 설계(Pretest-posttest control group design)를 하였고 집단별 사전-사후-추후 아동 행동문제, 양육스트레스, 양육협력 척도를 실시하였다. 처치집단은 치료 프로그램 시작 직전 사전검사, 종결 직후 사후검사, 3개월 후 추후검사(평균 12~16회기 반영)를 진행하였고, 대기통제집단은 사전검사 3개월 후 사후검사, 사후검사 3개월 후 추후검사를 진행하였다. 치료자는 국제PCIT 레벨1트레이너가 진행하는 PCIT전문가 교육을 이수한 석사과정 4명으로 구성되었고, 치료 내용은 PCIT프로토콜의 회기별 치료자 성실성 체크리스트를 통해 점검되었으며 국제PCIT전문가의 수련감독하에 진행되었다.

자료분석

본 연구의 통계적 분석은 SPSS 22.0 통계 프로그램을 사용하였다. 연구대상자의 인구통계학적 특성에 대한 사전 동질성 검증을 위해 χ^2 검증을 하였고, 종속변인에 대한 집단 간 동질성 검증을 위해 일변량분석을 실시하였다. 처치조건(부모-동반 참여, 모-단독 참여, 대기통제)과 측정시기(사전-사후-추후)에 따른 변인(아동행동문제, 양육스트레스, 양육협력)의 변화를 확인하기 위해 반복측정 분산분석(repeated measures ANOVA)을 실시하였고, 구형성 검정 결과를 위배할 경우 Greenhouse-Geisser 교정법을 사용하였다. 집단 간 차이의 정도를 알아보기위해 부분 η^2 (partial eta squared: 이하 η^2) 효과크기를 산출하였다. 효과크기(η^2)가

.01~.06일 경우 작은 효과, .06~.14일 경우 중간 효과, .14이상일 경우는 큰 효과로 본다 (Pierce, Block, & Aguinis, 2004). 집단 내 사전-사후, 사전-추후 간 변화가 유의한지 확인하기 위해 대응표본 *t* 검증(paired *t*-test)을 실시하였다. 확률적 의미뿐만 아니라 효과의 정도가 얼마인지 직접적으로 기술하기 위해 Cohen's *d*(Cohen's pooled within-group effect size: 이하 *d*) 효과크기를 산출하였다. 효과크기(*d*)가 .20 미만일 경우 효과 없음, .20~.50은 작은 효과, .50~.80은 중간 효과, .80 이상은 큰 효과로 본다(Cohen, 1988).

결 과

인구통계학적 특성

부모-동반 참여집단, 모-단독 참여집단, 대기통제집단의 인구통계학적 특성을 비교하기 위해 χ^2 검증(나이는 일변량분석)을 실시한 결과, 집단 간 아동의 성별, 나이, 발달, 형제순위와 모의 연령, 직업, 학력 모두 집단 간 유의한 차이가 없었다. 따라서 인구통계학적 특성이 독립적으로 각 집단에 고르게 분포하고 있음을 알 수 있었다. 집단 간 인구통계학적 특성에 대한 동질성은 표 1에 제시하였다.

표 1. 집단 간 인구통계학적 특성에 대한 동질성(*N* = 44)

		부모-동반 참여 (<i>n</i> = 11)		모-단독 참여 (<i>n</i> = 12)		대기통제 (<i>n</i> = 21)		χ^2 / F
아동의 특성								
성별	남성	8	(72.7%)	6	(50.0%)	16	(76.2%)	2.56
	여성	3	(27.3%)	6	(50.0%)	5	(23.8%)	
나이	월령	61	(19.18)	53	(11.40)	59	(16.52)	.75
발달	정상	4	(36.4%)	9	(75.0%)	9	(42.9%)	3.50
	지연	7	(63.6%)	3	(25.0%)	12	(57.1%)	
	외동	2	(18.2%)	4	(33.3%)	6	(28.6%)	
형제순위	첫째	7	(63.6%)	2	(16.7%)	8	(38.1%)	5.50
	둘째 이상	2	(18.2%)	6	(50.0%)	7	(33.3%)	
모의 특성								
나이	연령	38	(4.60)	37	(3.18)	35	(3.43)	2.65
직업	주부	6	(54.5%)	9	(75.0%)	14	(66.7%)	1.08
	직장	5	(45.5%)	3	(25.0%)	7	(33.3%)	
학력	고졸 이하	1	(9.1%)	1	(8.3%)	5	(23.8%)	1.88
	대졸 이상	10	(90.9%)	11	(91.7%)	16	(76.2%)	

결과1: 부모-동반 PCIT, 모-단독 PCIT, 대기통제 집단 비교

집단 간 변인에 대한 사전 동질성 검증

부모-동반 참여집단, 모-단독 참여집단, 대기통제 집단의 사전 동질성을 확인하기 위해 일변량분석을 실시한 결과, 아동 행동문제, 양육스트레스, 양육협력과 각 하위요인에서 집단간 차이가 유의하지 않았다. 따라서, 각 집단은 본 연구를 위해 실시한 사전 검사결과에 있어 동질적인 집단임이 검증되었다. 세부사항은 표 2에 제시하였다.

PCIT에 참여한 부모-동반 참여집단과 모-단독 참여집단은 대기통제집단과 비교하였을 때 아동행동문제, 양육스트레스, 양육협력에서 모두 유의한 개선효과를 보였다. 3개월 후 효과 유지에 있어서 부모-동반 참여집단은 아동행동문제, 양육스트레스, 양육협력의 각 효과를 모두 유지하고 있었으나, 모-단독 참여집단의 아동행동문제는 그 효과가 유지되지 못하였다.

결과1의 세부 내용을 표 3에 제시하였고, 주요 결과를 그림 1에 시각화하였으며 구체적인 결과는 다음과 같다.

아동행동문제

아동행동문제에 대한 집단(부모-동반 참여, 모-단독 참여, 대기통제)과 측정시기(사전-사후-추후)의 상호작용효과가 나타났으며, $F(2.92, 59.93) = 22.06, p < .001$, 효과크기(η^2)는 .52로 크게 나타났다. 집단 내 아동행동문제의 사전-사후, 사전-추후 변화에 대한 대응표본 *t* 검증 결과, 부모-동반 참여집단에서는 사전점수에 비해 사후점수에서 유의하게 감소하였고, $t(10) = 7.00, p < .001$, 추후점수에서도 유의하게 감소하였으며, $t(10) = 6.46, p < .001$, 큰 효과 크기를 나타냈다(1.35~1.44). 모-단독 참여집단에서는 사전점수에 비해 사후점수에서 유의미한 감소가 있었고, $t(11) = 2.97, p < .001$, 추후점수에서는 유의한 경향성을 보였으며, $t(11) = 2.05, p < .10$, 중간 정도의 효과크기를 나

표 2. 부모-동반 참여집단, 모-단독 참여집단, 대기통제 집단 간 변인에 대한 사전 동질성(N = 44)

	부모-동반 PCIT (n = 11)	모-단독 PCIT (n = 12)	대기통제 (n = 21)	F
아동의 행동문제	122.91(33.69)	101.42(20.73)	110.76(26.59)	1.81
모의 양육스트레스 ^a	81.09(23.90)	90.08(10.77)	80.10(17.98)	1.25
부모의 고통	72.18(32.57)	81.08(15.82)	74.00(17.42)	.57
부모-아동 역기능	73.18(26.63)	90.17(15.58)	78.05(23.58)	1.80
아동의 까다로운 기질	85.73(14.35)	81.83(18.58)	75.76(21.68)	1.05
부의 양육협력 ^a	43.09(7.93)	42.25(12.70)	46.00(11.29)	.53
양육참여	23.18(5.04)	22.50(7.20)	23.52(6.66)	.10
의견일치	19.91(4.78)	19.75(6.52)	22.48(5.72)	1.17

주. ()는 표준편차.

^a하위 변인들을 합한 전체 척도.

표 3. 부모-동반 참여집단, 모-단독 참여집단, 대기통제 집단 간 사전-사후-추후 평균 비교(N = 44)

	집단	사전 M(SD)	사후 M(SD)	추후 M(SD)	집단 간			집단 내			
					집단 F	시기 F	집단×시기 F	사전-사후		사전-추후	
								η^2	η^2	η^2	t
아동의 행동문제	B	122.91(33.70)	80.91(23.55)	83.82(23.29)	3.69* (.15)	43.70*** (.52)	22.06*** (.52)	7.00***	1.44	6.46***	1.35
	M	101.42(20.73)	83.17(16.46)	88.75(16.16)				2.97*	0.98	2.05†	0.68
	W	110.76(26.59)	111.71(26.38)	114.76(28.02)				-0.82	-0.04	-1.5	-0.15
모의 양육스트레스 ^a	B	81.09(23.90)	63.09(27.21)	65.36(27.16)	1.43 (.07)	41.75*** (.51)	17.36*** (.46)	5.19***	0.70	5.64***	0.61
	M	90.08(10.77)	69.83(16.72)	70.42(17.97)				4.60**	1.44	4.07**	1.33
	W	80.10(17.98)	82.10(15.43)	81.71(15.73)				-1.78†	-0.12	-1.15	-0.10
부모의 고통	B	72.18(32.57)	57.64(27.52)	57.00(23.47)	2.68 (.12)	12.02*** (.23)	8.86*** (.30)	2.78*	0.48	3.21**	0.53
	M	81.08(15.82)	61.67(15.84)	64.67(14.80)				5.22***	1.23	4.81**	1.07
	W	74.00(17.42)	79.67(15.08)	78.10(15.42)				-1.33	-0.35	-2.30†	1.01
부모-아동 역기능	B	73.18(26.63)	49.73(18.41)	55.45(21.62)	3.69* (.15)	21.17*** (.34)	6.27*** (.23)	3.73**	1.02	2.97*	0.73
	M	90.17(15.58)	67.58(16.61)	68.67(18.80)				4.74**	1.40	3.62**	1.25
	W	78.05(23.58)	75.00(24.32)	81.14(19.29)				.79	0.13	-1.50	-0.14
아동의 까다로운 기질	B	85.73(14.35)	68.82(26.50)	69.82(25.64)	.11 (.01)	11.34*** (.22)	5.13** (.20)	3.77**	0.79	3.38**	0.77
	M	81.83(18.59)	70.92(17.00)	68.92(19.67)				2.43*	0.61	2.23*	0.67
	W	75.76(21.68)	76.71(21.73)	78.10(18.22)				-0.32	-0.04	-1.23	-0.12
부의 양육협력 ^a	B	43.09(7.93)	45.00(7.21)	44.45(7.13)	.50 (.02)	18.28*** (.31)	9.84*** (.32)	-4.87**	0.25	-3.16*	0.18
	M	42.25(12.70)	42.33(12.84)	42.25(12.59)				-0.56	0.01	.00	0.00
	W	46.00(11.29)	46.29(11.11)	46.14(11.07)				-1.83†	-0.03	-.77	-0.01
양육참여	B	23.18(5.04)	23.91(4.97)	23.64(5.01)	1.24 (.06)	19.16*** (.32)	24.36*** (.54)	-3.07*	0.90	-1.47	1.07
	M	22.50(7.20)	22.42(7.22)	22.50(7.07)				-1.00	0.07	.00	0.00
	W	23.52(6.66)	23.57(6.57)	23.52(6.55)				-0.57	0.06	.00	0.12
의견일치	B	19.91(4.78)	21.09(4.28)	20.82(4.00)	1.97 (.09)	19.17*** (.32)	26.30*** (.56)	-3.14*	1.42	-2.19†	1.48
	M	19.75(6.52)	19.92(6.60)	19.75(6.51)				-1.48	0.04	.00	0.09
	W	22.48(5.72)	22.71(5.61)	22.62(5.56)				-2.02†	0.05	-1.00	0.06

주. ^a하위 변인들을 합한 전체 척도; B = 부모-동반, n = 11; M = 모-아동, n = 12; W = 대기통제, n = 21; d = Cohen's d 효과크기(Cohen's pooled within-group effect size), η^2 = 부분 η^2 효과크기(partial eta-squared); †p < .10, *p < .05, **p < .01, ***p < .001.

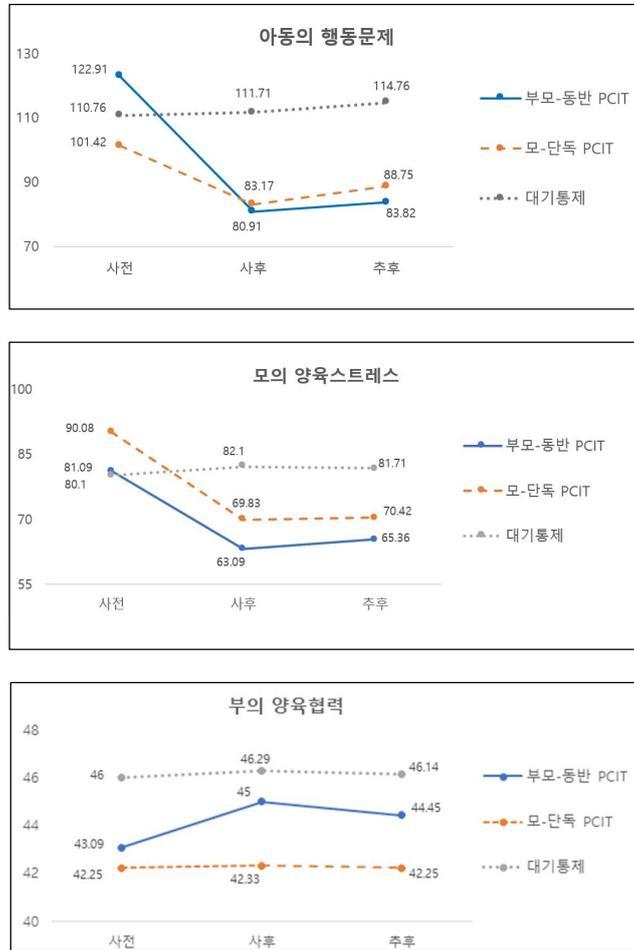


그림 1. 아동의 행동문제, 모의 양육스트레스, 부의 양육협력의 집단 간 상호작용 효과

타냈다(.68~.98). 대기통제집단은 사전점수에 비해 사후점수, $t(20) = -.82, n.s.$,와 추후점수, $t(20) = -1.5, n.s.$,에서 유의한 변화가 없었다.

양육스트레스

양육스트레스에 대한 집단(부모-동반 참여, 모-단독 참여, 대기통제)과 측정시기(사전-사후-추후)의 상호작용효과가 나타났으며, $F(3.12, 63.95) = 17.36, p < .001$, 효과크기(η^2)는 .46으로 크게 나타났다. 양육스트레스의 하위요인

들에서 모두 상호작용효과가 나타났으며 부모의 고통, $F(3.02, 61.83) = 8.86, p < .001, \eta^2 = .30$, 부모-아동 역기능적 상호작용, $F(4, 82) = 6.27, p < .001, \eta^2 = .23$, 아동의 까다로운 기질, $F(4, 82) = 5.13, p < .01, \eta^2 = .20$,에서 모두 큰 효과크기를 보였다. 집단 내 양육스트레스의 사전-사후, 사전-추후 변화에 대한 대응표본 t 검증 결과, 부모-동반 참여집단은 사전점수에 비해 사후점수에서 유의하게 감소하였고, $t(10) = 5.19, p < .001$, 추후점수에서

도 유의하게 감소하였으며, $t(10) = 5.64, p < .001$, 중간 정도의 효과크기를 나타냈다(.61 ~ .70). 모-단독 참여집단은 사전점수에 비해 사후점수에서 유의한 감소가 있었고, $t(11) = 4.60, p < .01$, 추후점수에서도 유의한 감소가 있었으며, $t(11) = 4.07, p < .01$, 큰 효과크기를 보였다(1.33~1.44). 대기통제집단은 사전점수에 비해 사후점수에서 일부 증가하는 경향성을 보였고, $t(20) = -1.78, p < .10$, 추후점수에서 유의한 변화가 없었다, $t(20) = -1.15, n.s.$

양육협력

양육협력에 대한 집단(부모-동반 참여, 모-단독 참여, 대기통제)과 측정시기(사전-사후-추후)의 상호작용효과가 나타났으며, $F(2.99, 61.23) = 9.84, p < .001$. 효과크기(η^2)는 .32로 크게 나타났다. 양육협력의 하위요인들에서도 모두 상호작용효과가 나타났으며 양육참여, $F(3.32, 68.08) = 24.36, p < .001, \eta^2 = .54$, 의견일치, $F(3.23, 69.29) = 26.30, p < .001, \eta^2 = .56$,에서 모두 큰 효과크기를 보였다. 집단 내 양육협력의 사전-사후, 사전-추후 변화에 대한 대응표본 t 검증 결과, 부모-동반 참여집단은 사전점수에 비해 사후점수에서 유의하게 증가하였고, $t(10) = 4.87, p < .01$, 추후점수에서도 유의하게 증가하였으며, $t(10) = 3.16, p < .05$, 작은 효과크기를 보였다(.18~.25). 모-단독 참여집단은 사전점수에 비해 사후점수에서 유의한 변화가 없었고, $t(11) = -.56, n.s.$, 추후점수에서도 유의한 변화가 없었다, $t(11) = .00, n.s.$. 대기통제집단은 사전점수에 비해 사후점수에서 증가하는 추세를 보였으나, $t(20) = -1.83, p < .10$, 효과크기(.03~.01)로 볼 때 효과가 없었으며 추후점수에서도 유의한 변화가 없었다, $t(20) = .77, n.s.$

결과2: 부모-동반 PCIT, 모-단독 PCIT 처치 집단 간 비교

집단 간 변인에 대한 사전 동질성 검증

부모-동반 참여집단과 모-단독 참여집단의 사전 동질성을 확인하기 위해 일변량분석을 실시한 결과, 아동행동문제, 양육스트레스, 양육협력과 각 하위요인에서 집단 간 차이가 유의미하지 않았다. 따라서, 각 집단은 본 연구를 위해 실시한 사전 검사결과에 있어 동질적인 집단임이 검증되었다. 세부사항은 표 4에 제시하였다.

아동행동문제

아동행동문제에 대한 집단(부모-동반 참여, 모-단독 참여)과 측정시기(사전-사후-추후)의 상호작용효과가 나타났으며, $F(1.20, 25.11) = 7.98, p < .01$, 효과크기(η^2)는 .28로 크게 나타났다. 집단 내 사전-사후, 사전-추후 변화에 대한 대응표본 t 검증 결과, 부모-동반 참여집단에서는 사전점수에 비해 사후점수에서 유의하게 감소하였고, $t(10) = 7.00, p < .001$, 추후점수에서도 유의하게 감소하였으며, $t(10) = 6.46, p < .001$, 큰 효과크기를 나타냈다(1.35~1.44). 모-단독 참여집단에서는 사전점수에 비해 사후점수에서 유의한 감소가 있었고, $t(11) = 2.97, p < .001$, 추후점수에서는 유의한 경향성을 보였으며, $t(11) = 2.05, p < .10$, 중간 정도의 효과크기를 나타냈다(.68~.98).

양육스트레스

양육스트레스에 대한 집단(부모-동반 참여, 모-단독 참여)과 측정시기(사전-사후-추후)의 상호작용효과가 나타나지 않았다, $F(1.40, 29.44) = .32, n.s.$

표 4. 부모-동반 참여집단, 모-단독 참여집단 간 변인에 대한 사전 등질성(N = 23)

변인	부모-동반 PCIT (n = 11)	모-단독 PCIT (n = 12)	t
아동의 행동문제	122.91(33.69)	101.42(20.73)	1.86
모의 양육스트레스 ^a	81.09(23.90)	90.08(10.77)	-1.18
부모의 고통	72.18(32.57)	81.08(15.82)	-.82
부모-아동 역기능	73.18(26.63)	90.17(15.58)	-1.85
아동의 까다로운 기질	85.73(14.35)	81.83(18.58)	.56
부의 양육협력 ^a	43.09(7.93)	42.25(12.70)	.19
양육참여	23.18(5.04)	22.50(7.20)	.26
의견일치	19.91(4.78)	19.75(6.52)	.07

주. ()는 표준편차.

^a하위 변인들을 합한 전체 척도.

양육협력

양육협력에 대한 집단(부모-동반 참여, 모-단독 참여)과 측정시기(사전-사후-추후)의 상호작용효과가 나타났으며, $F(1.49, 31.33) = 27.31, p < .001$, 효과크기(η^2)는 .37로 크게 나타났다. 양육협력의 하위요인들에서도 모두

상호작용효과가 나타났으며 양육참여, $F(2, 42) = 16.92, p < .001, \eta^2 = .45$, 의견일치, $F(1.58, 33.15) = 21.50, p < .001, \eta^2 = .51$,에서 모두 큰 효과크기를 보였다. 집단 내 사전-사후, 사전-추후 변화에 대한 대응표본 t 검증 결과, 부모-동반 참여집단에서는 사전점수에 비해

표 5. 부모-동반 참여집단, 모-단독 참여집단 간 사전-사후-추후 평균 비교(N = 23)

집단	사전 M(SD)	사후 M(SD)	추후 M(SD)	집단 간			집단 내				
				집단 F (η^2)	시기 F (η^2)	집단×시기 F (η^2)	사전-사후		사전-추후		
							t	d	t	d	
아동의 행동문제	B	122.91(33.70)	80.91(23.55)	83.82(23.29)	.31 (.02)	40.11*** (.66)	7.98** (.28)	7.00***	1.44	6.46***	1.35
	M	101.42(20.73)	85.17(16.46)	88.75(16.16)				2.97*	0.98	2.05†	0.68
모의 양육스트레스 ^a	B	81.09(23.90)	63.09(27.21)	65.36(27.16)	.68 (.03)	37.12*** (.64)	.32 (.02)	5.19***	0.70	5.64***	0.61
	M	90.08(10.77)	69.83(16.72)	70.42(17.97)				4.60**	1.44	4.07**	1.33
부모의 고통	B	72.18(32.57)	57.64(27.52)	57.00(23.47)	.60 (.03)	26.40*** (.56)	.47 (.02)	2.78*	0.48	3.21**	0.53
	M	81.08(15.82)	61.67(15.84)	64.67(14.80)				5.22***	1.23	4.81**	1.07
부모-아동 역기능	B	73.18(26.63)	49.73(18.41)	55.45(21.62)	5.14* (.20)	22.24*** (.51)	.22 (.01)	3.73**	1.02	2.97*	0.73
	M	90.17(15.58)	67.58(16.61)	68.67(18.80)				4.74**	1.40	3.62**	1.25
아동의 까다로운 기질	B	85.73(14.35)	68.82(26.50)	69.82(25.64)	.01 (.00)	14.22*** (.40)	.48 (.02)	3.77**	0.79	3.38**	0.77
	M	81.83(18.59)	70.92(17.00)	68.92(19.67)				2.43*	0.61	2.23*	0.67

표 5. 부모-동반 참여집단, 모-단독 참여집단 간 사전-사후-추후 평균 비교(N = 23) (계속)

	집단	사전 M(SD)	사후 M(SD)	추후 M(SD)	집단 간			집단 내			
					집단 F	시기 F	집단×시기 F	사전-사후		사전-추후	
								η^2	η^2	η^2	t
부의 양육협력 ^a	B	43.09(7.93)	45.00(7.21)	44.45(7.13)	3.80	24.48***	27.31***	-4.87**	0.25	-3.16*	0.18
	M	42.25(12.70)	42.33(12.84)	42.25(12.59)	(.01)	(.40)	(.37)	-.56	0.01	.00	0.00
양육참여	B	23.18(5.04)	23.91(4.97)	23.64(5.01)	2.30	19.57***	16.92***	-3.07*	0.90	-1.47	1.07
	M	22.50(7.20)	22.42(7.22)	22.50(7.07)	(.10)	(.48)	(.45)	-1.00	0.07	.00	0.00
의견일치	B	19.91(4.78)	21.09(4.28)	20.82(4.00)	4.15	15.60***	21.50***	-3.14*	1.42	-2.19 [†]	1.48
	M	19.75(6.52)	19.92(6.60)	19.75(6.51)	(.17)	(.43)	(.51)	-1.48	0.04	.00	0.09

주. *하위 변인들을 합한 전체 척도; B = 부모-동반, n = 11; M = 모-아동, n = 12; d = Cohen's d 효과크기(Cohen's pooled within-group effect size), η^2 = 부분 η^2 효과크기(partial eta-squared); [†]p < .10, *p < .05, **p < .01, ***p < .001.

사후점수에서 유의하게 증가하였고, $t(10) = -4.87, p < .01$, 추후점수에서도 유의하게 증가하였으며, $t(10) = -3.16, p < .05$, 작은 효과크기를 보였다(.18 ~ .25). 모-단독 참여집단에서는 사전점수에 비해 사후점수에서 유의한 변화가 없었고, $t(11) = -.56, n.s.$ 추후점수에서도 유의한 변화가 없었다, $t(11) = .00, n.s.$

결과2의 세부 내용을 표 5에 제시하였다.

논 의

본 연구는 부모-동반 참여집단과 모-단독 참여집단을 대기통제집단과 비교하고, 두 참여 집단 간 비교를 통해 부모-동반 참여조건 의 아동행동문제, 양육스트레스, 양육협력에 대한 상대적 유용성을 파악함으로써, 부모-아동 상호작용에 어려움을 겪는 부모와 아동에게 효과적인 치료적 개입방법을 제안하고자 하였다. 연구결과가 가진 함의는 다음과 같다.

첫째, 부모-동반 참여집단과 모-단독 참여집단은 대기통제집단에 비해 아동행동문제, 양

육스트레스, 양육협력 개선에 효과적이었으며, 그 효과는 부모참여조건에 따라 다르게 유지 되는 양상을 보였다. 이를 통해 기존 아동 행동문제와 양육스트레스 개선효과 연구들 (Calzada, Eyberg, Rich, & Querido, 2004; Eyberg & Robinson, 1982; Foote, Eyberg & Schuhmann, 1998; Hood & Eyberg, 2003)과 일치하는 모-단독 PCIT 효과를 반복검증하였다.

아동행동문제에 있어, 임상 범주에 있던 부모-동반 참여집단과 모-단독 참여집단이 PCIT 참여 후 정상 범주로 감소하였으며 이러한 치료효과는 3개월 후에도 유지되었다. 부모-동반 참여집단과 모-단독 참여집단의 아동행동문제의 경우, 사전에는 임상적으로 문제가 되고 있다고 간주하는 기준 점수(cut-off point) 92점 (Rhee & Rhee, 2015)보다 높았으나 사후와 추후에는 모두 80점대로 하락한 반면, 대기통제집단의 경우, 사전, 사후, 추후에 모두 110점대로 임상 범주에 머물러 있었다. 따라서 PCIT 참여집단은 대기통제집단과의 점수의 차이뿐만 아니라 객관적인 임상기준으로 살펴볼 때에도 큰 폭으로 하락한 것을 확인할 수 있다.

양육스트레스의 경우, 양육스트레스의 총점과 하위요인인 부모의 고통, 부모-아동 역기능적 상호작용, 아동의 까다로운 기질에서 모두 개선효과가 나타났다. 부모가 PCIT에 참여한 후 부모의 고통 하위요인 점수의 하락을 통해, 저하된 양육 유능감, 다른 역할을 수행하지 못하는 데에서 오는 스트레스, 배우자와의 갈등, 사회적 지지의 부족, 우울감 등의 고통이 유의하게 감소되었음을 확인하였고, 부모-자녀 역기능적 상호작용 하위요인 점수의 하락을 통해, 자녀가 기대에 부응하지 못한다고 생각하는 부모 자신과, 자신에게 긍정적 피드백을 주지 않는 자녀와의 상호작용이 개선되었음을 확인하였다. 특히, 본 연구의 양육스트레스 개선효과에서 주목할 만한 부분은 사전 검사에서 높은 부모-자녀 역기능적 상호작용 점수를 보인 부모들의 개선효과이다. 부모-자녀 역기능적 상호작용의 높은 점수는 부모와 아동간 유대감이 우려할만한 상태이거나 적절하게 맺어지지 못하였음을 의미한다. 양육스트레스 점수는 부모의 학대, 방임 및 덜 적응적인 양육행동과 상관이 있고(Haskett, Ahern, Ward, & Allaire, 2006), 다양한 인구통계학적 변인과 가족 변인 사이에서 어머니의 체벌, 신체적 학대 및 방임에 대한 가장 강력한 예언변인으로 나타났다(Taylor, Guterman, Lee, & Rathouz, 2009). 양육스트레스 하위요인인 부모-자녀 역기능적 상호작용 백분위 95 이상의 점수일 경우 좌절로 인해 발생하는 방임, 거부, 혹은 신체적 학대 등 잠재적 아동학대의 위험성이 있으며(Mash & Johnston, 1983), 아동학대의 위험성은 총 스트레스 점수와 PSI 축약형의 부모-자녀 역기능적 상호작용 이외 다른 하위요인과의 맥락에서 고려되어야 하는데, 세 가지 하위척도 모두 백분위점수 90 이상이라면 아

동학대에 대한 위험성이 높다고 볼 수 있다 (Abidin, 1988). 본 연구에서는 부모-자녀 역기능적 상호작용 백분위점수가 95 이상이면서 세 하위척도 모두 백분위 90점 이상인 경우 고위험군으로 간주하였고, 고위험군으로 간주된 5명의 부모가 치료에 참여하였다. 그 결과 치료 후 부모-자녀 역기능적 상호작용의 백분위가 95점 이하로 감소되었고, 감소된 점수의 평균은 30점이었다. 이에 따라 잠재적 아동학대의 위험에 처했던 5가정이 본 연구의 부모-아동 상호작용 치료에 참여하여, 부모-자녀 역기능적 상호작용을 개선함으로써 아동학대 예방에 일조할 수 있었음을 알 수 있었다. 양육스트레스의 또 다른 하위척도인 아동의 까다로운 기질은, 아동의 선천적 특성과 관련이 있음에도 PCIT 참여 후 개선효과를 보였다. 아동의 기질은 반항적, 비순종적, 요구적인 행동을 학습한 결과일 수도 있다(Goldberg, Morris, Simmons, Fowler, & Levison, 1990)는 점에서, 부모는 PCIT에 참여하여 행동문제에 대해 적절하게 반응하는 방법을 배운 후 아동에게 적용함에 따라 아동의 기질에 대해 까다롭다고 느끼는 정도가 감소되었음을 알 수 있다. 둘째, 부모-동반 PCIT집단은 모-단독 PCIT집단과 비교할 때 아동행동문제와 양육협력에서는 더욱 큰 개선효과를 나타내었고 양육스트레스에서는 유사한 수준의 효과를 나타내었다. 아동행동문제에 있어, 부모-동반 참여 PCIT는 모-단독 참여 PCIT보다 더 효과적이었다. 이는 PCIT가 아동행동문제 개선을 위해 Baumrind (1966)의 권위있는 양육태도 (authoritative parenting)를 갖는 것을 목표로 구조화되었으므로, 허용적(permissive), 방임적(uninvolved), 독재적(authoritarian) 등 상이한 양육태도를 가진 부모가 함께 참여할 경우 권

위있는 양육태도로 일치시키는 것에 목표를 두기 때문으로 설명될 수 있다. 구체적으로 PDI단계에서 부모는 훈육 시 분명한 기준으로 온정적이지만 확고한 태도를 일관성있게 유지하여 역기능적 부모-아동 상호작용에 영향을 미치는 행동문제 요인들을 차단하도록 배운다. 부모로부터 일관성있고 권위있는 양육을 제공 받은 아동은 자신과 타인에 대한 신뢰를 가지고 건강하게 성장한다(McNeil & Hembree-Kigin, 2010)는 점에서, 일관성있는 부모의 양육태도를 목표로 하는 PCIT의 특징이 부모가 함께 참여한 아동의 행동문제를 더욱 효과적으로 감소시켰음을 알 수 있다. 아버지 양육관련 변인과 자녀 발달특성 간 관계에 관한 메타분석 연구에 따르면, 놀이를 통한 아버지 양육 참여는 자녀의 자아개념 및 자기조절 발달과 큰 관련성을 나타내었다(김시은, 김현수, 2021). 이에 따라 부모-동반 참여의 놀이를 통해 양육기술을 숙달하는 과정이 포함된 PCIT의 특성 또한 행동문제가 있는 아동의 자기조절에 긍정적인 영향을 미쳤을 가능성을 예측할 수 있다. 아동행동문제 개선효과에서 주목할 만한 결과는 효과의 유지 측면이다. 치료 3개월 후 추후검사 시, 모-단독 참여집단의 아동행동문제 효과는 점차 줄어들어 효과가 유지되고 있는 경향성을 보이는데에 그쳤으나, 부모-동반 참여집단은 아동행동문제 효과가 잘 유지되었다. 이러한 결과는, 한부모가정의 어머니가 아동행동문제에 반응하는 유일한 사람으로서 비교적 더 일관성있는 반응을 하기 때문에 치료 직후에는 아동행동문제 개선효과를 보이지만, 추후검사 시에는 치료사의 정서적 지원이 사라지고 양육 파트너의 도움을 받지 못함에 따라 그 효과가 상당 부분 감소된다는 선행연구(Bagner & Eyberg, 2003)와 비슷한 맥

락이라고 볼 수 있다. 본 연구에서는 추후검사를 통해 효과 유지를 검토함으로써, 부모 참여조건에 따라 아동행동문제 개선효과의 양상이 다를 수 있음을 확인하였으며, 아동행동문제 치료효과의 유지를 위해서는 부모 참여 조건에 따라 다른 치료계획의 필요성을 시사했다. 예를 들어, 치료사가 부모-동반 참여 PCIT시에는 부모 간 일관성을 유지하는 것에 더욱 중점을 두고, 모-단독 참여 PCIT시에는 어머니에게 지속적인 정서적 지원을 하기 위한 추후 회기를 진행하는 등으로 아동행동문제 치료효과 유지를 위한 노력을 기울일 수 있을 것이다.

양육협력에 있어, 부모-동반 참여 PCIT는 모-단독 참여 PCIT보다 더 효과적이었다. 이는 양육협력의 하위요인인 양육참여와 의견일치요인의 특성으로 설명될 수 있다. PCIT에 참여한 부모는 가정에서 날마다 5분씩의 특별놀이시간을 진행하므로 함께 참여한 부모는 배우자가 양육행동에 협조적이며 양육에 대한 책임을 함께 갖는다고 느낄 수 있는 시간이 확률적으로 높다. PCIT에 동반참여한 부모는 치료사와 함께 아동에 대한 행동문제, 양육스트레스, 치료목표 등을 적극적으로 협의할 수 있는 시간을 갖게 되므로, 부모 간 자녀에 대한 기대나 목표를 절충하게 되고 양육에 대한 서로의 판단을 존중하면서 의사소통을 하게 된다. 만약 PCIT에 참여하는 동안 부부갈등이 생기게 된다면 부모는 치료사로부터 부부관계에서도 CDI기술이나 PDI기술 사용하는 특별한 시간 갖기의 과제를 부여받게 되고 추가적인 부모교육 회기를 가지며 부부갈등이 아동행동문제에 주는 영향을 최소화할 수 있도록 배운다. 따라서 부모 간 힘의 불균형이나 의사소통 방식을 확인하여 서로에게 건설적인

조력자가 될 수 있도록 지지하는 치료사의 역할(McNeil & Hembree-Kigin, 2010)의 영향 또한 무시할 수 없다. 본 연구를 통해, 부모가 PCIT에 함께 참여함으로써 양육 관련 의사소통과 협력적인 양육행동을 향상시켜 아동에게 일관성 있는 양육태도를 취함에 따라, 부모-동반 PCIT가 아동행동문제 개선에 긍정적인 영향을 미칠 수 있음이 검증되었다.

양육스트레스에 있어, 부모-동반 참여 PCIT는 모-단독 참여 PCIT와 유사한 수준으로 효과가 있었다. 이러한 결과는 부모-동반 참여 PCIT와 한부모가정의 모-단독 참여 PCIT의 양육스트레스에 유의한 차이가 없었다는 선행연구와 유사한 결과로 볼 수 있다(Bagner & Eyberg, 2003). 양육스트레스 척도(PSI)의 아동 및 부모영역의 점수가 아동행동문제 척도(ECBI)의 강도 및 문제 점수와 상관관계가 있음에도(Eyberg, Bogg & Rodriguez, 1992), 본 연구의 부모-동반 참여집단이 모-단독 참여집단보다 아동행동문제가 더 개선된 만큼 양육스트레스가 더 개선되지는 않았다. 이는 어머니에 대한, 아버지와 치료사의 사회적 지원의 측면에서 해석해볼 수 있다. 양육에 대한 사회적 지원은 지역사회, 친구, 친척, 배우자나 양육파트너 등의 친밀한 관계의 사람이 정서적으로 제공하는 '일반적 지원'과 자녀에게 특정한 문제에 대한 조언 및 양육 역할 지원을 제공하는 '양육 지원'으로 구분된다(Guralnic, Hammond, Neville, & Conner, 2008). 이에 따르면 모-단독 참여집단의 어머니는 치료사로부터 아동행동문제와 관련된 부모역할 수행을 위한 양육 지원만을 받게 되고, 부모-동반 참여집단의 어머니는 배우자로부터 받는 정서적 지원과 치료사로부터 받는 양육 지원의 두 가지 사회적 지지를 동시에 받게 되리라 예상할

수 있다. 그러나 예상과는 달리 본 연구의 모-단독 참여집단의 어머니들은 치료사로부터 양육 지원과 정서적 지원을 동시에 받은 것으로 보인다. 실제, 본 연구에 참여한 모-단독 참여집단의 어머니들은 치료사에게, 양육에 협조적이지 않은 배우자에 대한 논의, 자신과 다른 기질의 자녀를 다루어야 하는 어려움, 어머니 자신의 원가족과 관련된 양육태도나 양육행동에 대한 숙고, 시댁이나 친정의 불필요한 양육 개입에 대한 어려움 등 개인적인 양육고민에 대해 심도있게 논의할 시간적 여유가 상대적으로 충분하였다. 다시 말해, 모-단독 참여집단의 양육스트레스가 부모-동반 참여집단의 양육스트레스와 유사한 개선효과를 낼 수 있었던 이유는, 치료사가 특정 문제에 대한 조언이나 양육기술을 전수할 뿐만 아니라, 정서적 지원을 하는 양육 파트너로서의 역할을 했을 가능성을 고려해볼 수 있다. 이에 따라 본 연구결과는 부모 참여조건에 따라 치료사의 지원 역할이 달라질 수 있음을 시사하였다. 즉, 치료사가 부모-동반 참여 PCIT 시에는 부모간 힘의 불균형이나 의사소통 방식을 확인하여 서로에게 건설적인 조력자가 될 수 있도록 지지하는 역할(McNeil & Hembree-Kigin, 2010)을, 모-단독 참여 PCIT 시에는 양육 기술을 전수할 뿐만 아니라 양육에 대한 정서적 지원을 동시에 함으로써, 양육스트레스 개선효과를 향상시킬 수 있을 것이다.

본 연구의 의의는 다음과 같다. 첫째, 어머니에게 국한되었던 아동심리치료와 부모교육 프로그램에 아버지 참여를 독려할 수 있는 객관적 자료를 제공하고, PCIT가 아동의 건강한 발달과 바람직한 부모역할을 위한 아동학대 예방차원의 가족치료로 사용될 가능성을 넓혀, 심리치료 현장에 발전 방향성을 제시하였다.

본 연구는, 모-단독 참여 PCIT로 진행된 선행 연구들의 아동행동문제와 양육스트레스 효과를 재확인하였고, 부모-동반 참여 PCIT시에는 아동행동문제와 양육협력의 개선이 모-단독 참여 PCIT보다 더 효과적일 수 있음을 검증하였다. 이를 통해 부모역할이 새롭게 조명되어 아버지 또한 어머니와 동등한 수준으로 양육을 수행할 필요성이 증가하고 있는 시대에 PCIT가 좋은 대안이 될 수 있음을 시사하였다. 둘째, 부모-동반 참여와 모-단독 참여 시 치료의 효과의 양상이 다르게 나타날 수 있음을 확인함으로써, 심리치료 프로그램 개발과 진행에 유용하게 사용될 수 있는 임상적 정보를 제공하였다. 임상현장의 치료사는, 부모-동반 참여의 경우 부모 상호 간 아동행동문제에 대한 일관성을 갖게 하고, 모-단독 참여의 경우 정기적인 추후 회기를 계획하는 등으로 아동행동문제 개선효과를 더 잘 유지할 수 있는 노력을 기울일 수 있을 것이다. 또한, 부모-동반 참여의 경우에는 부모 간 힘의 불균형이나 의사소통 방식을 확인하여 서로에게 건설적인 조력자가 될 수 있도록 지지하는 역할을 함으로써, 모-단독 참여의 경우에는 양육기술 지원과 정서적 지원을 함께 함으로써, PCIT의 양육스트레스 개선 효과를 극대화할 수 있음이 본 연구결과를 통해 확인되었다. 셋째, PCIT프로토콜에 따라 프로그램을 진행하고 통제집단 실험설계로 사전-사후-추후 집단 간 비교를 함으로써, 그동안 응용 프로그램으로 진행되거나 집단내 사전-사후 비교로 연구되어왔던 국내 PCIT연구가 방법론적으로 보다 정교한 설계로 객관성을 확보할 수 있도록 일조하였다.

본 연구의 제한점과 후속연구를 위한 제언은 다음과 같다. 첫째, 본 연구는 처치집단과 대기통제집단에 대한 무선탈당이 이루어지지

못하였고 연구자가 치료자에 포함되었기에 방법론적인 측면에서 일부 문제가 시사되었다. 많은 부모들이 일주일마다 치료에 참여하여 실시간으로 자녀와의 놀이가 관찰되는 것에 대해 심적부담을 느낀다고 보고하였고, 맞벌이 부모이거나 동반 참여 부모의 경우 평일 저녁이나 주말을 비워두어야 하는 시간적 압박이 있어 참여를 망설였다. 이와 같이 참여자 모집에 어려움이 있어 본 연구에서는 즉시 참여 가능한 부모를 처치집단으로 우선 배정하였다. 연구대상자의 인구통계학적 특성과 변인에 대한 사전동질성 검증을 통해 집단 간 유의미한 차이가 없음을 통계적으로 확인하였다고 하더라도, 관련 문제가 심각하다고 느낀 부모들의 즉시 참여 동기가 미치는 치료과정의 몰입도, 과제 성실성 등의 영향이 완전히 배제되었다고 볼 수는 없다. 또한 연구자가 치료를 진행함에 따라 가외변인을 충분히 통제하지 못한 점이 연구 결과에 영향을 미쳤을 가능성이 있다. 이후 연구에서는 연구대상자를 무선탈당하고, 연구와 치료를 독립적으로 시행하여 일반화 가능성을 높일 필요가 있다. 둘째, 부모 참여조건으로 집단을 나누었으나 부가 보고한 자료는 사용하지 못했다. 부모-동반 참여집단 부의 보고 자료는 있었으나, 모-단독 참여집단 부의 보고 자료 확보에는 어려움이 있었다. 향후 부모 참여조건에 따르는 효과검증은 부모 모두의 자료로 상호 간 효과검증을 시도할 수 있을 것이다. 마지막으로, 아동 개인특성과 부모 개인특성에 따른 분류를 하지 못하였다는 점이다. 추후 연구는 아동의 발달이나 행동문제 양상에 따른 효과, 부모의 정서적 특성에 따른 효과, 가정에서의 특별놀이시간을 성실하게 진행하는 부모의 효과 등으로 확대될 수 있을 것이다.

위와 같은 제한점에도 불구하고 본 연구는 PCIT라는 구조화된 치료 프로그램을 적용하여, 부모-동반 참여조건, 모-단독 참여조건, 대기통제집단 사전-사후-추후 비교를 통해 부모-동반 참여 PCIT의 상대적 유용성을 양적으로 확인한 국내외 첫 번째 연구이다. 본 연구결과는 아동심리치료, 가족치료, 부모교육, 아동학대예방프로그램, 아버지학교 등 다양한 측면에서 유용하게 사용될 수 있을 것이며, 어머니뿐만 아니라 아버지의 양육역량을 증진하기 위한 정책적 제안이나 프로그램 개발 등 다양한 PCIT의 이점을 활용하기 위한 논의에 활용될 수 있을 것이다.

참고문헌

- 김시은, 김현수 (2021). 아버지 양육관련 변인과 자녀 발달특성 간 관계에 관한 메타분석. *한국아동심리치료학회지*, 16(1), 161-187.
- 김은영 (2017). 우리나라 영유아 학대 현황 및 예방 방안. *육아정책연구소 정책연구집*, 2017(3).
- 김좌겸, 이상희 (2021). 국내 부모-아동 상호작용치료 연구 동향(1991-2020). *학습자중심교과교육연구*, 21(23), 609-617.
doi: 10.22251/jlcci.2021.21.23.609
- 김정미, 유제민 (2012). 어머니의 심리적요인, 반응성유형과 장애유아의 중심축 발달행동간의 매개효과와 중재효과. *유아특수교육연구*, 12(2), 55-77.
- 김정미, 임희선, 허성호 (2014). 한국판 부모양육효능감 검사(K-PSOC) 및 배우자 양육협력 검사(K-PAI)의 타당화 연구. *한국심리학회지:발달*, 27(2), 1-24.
- 두정일 (2010). 파괴적 행동문제가 있는 아동과 부모를 대상으로 실시한 집단 부모-아동 상호작용 치료 프로그램 효과 검증. *한양대학교 박사학위논문*.
- 두정일, 이정숙 (2014). ADHD 성향 아동의 행동문제과 그 어머니의 심리 및 상호관계에 미치는 부모-아동 상호작용치료(PCIT)의 효과연구. *정서·행동장애연구*, 30(2), 308-335.
- 박영남, 이소영, 김지연, 이유니 (2016). 부모-아동 상호작용치료(PCIT) 효과성에 대한 예비연구. *한국영유아아동정신건강학회지*, 9(1), 33-54.
- 백지은 (2012). 집단 부모-자녀 상호작용 치료 프로그램 효과. *한국놀이치료학회지*, 15(1), 93-110.
- 보건복지부 (2021). 2020 아동학대 주요통계, 20-35.
- 여진주 (2008). 아동학대 발생요인에 대한 생태학적 분석. *보건사회연구*, 28(1), 3-26.
- 이경숙 (1991). PCIT 프로그램. *특수아동임상연구*, 2, 70-77.
- 이유니 (2008). PCIT(부모-자녀 상호작용 치료): 행동의 문제를 보이는 아동을 위한 근거 중심 치료의 연구동향. *한국기독교상담학회지*, 15, 79-114.
- 임선자, 선우현 (2020). 부모참여 놀이치료의 효과성에 관한 메타분석. *한국기독교상담학회지*, 31(4), 229-260.
doi: 10.23909/KJCC.2020.11.31.4.229
- 통계청 (2019). 2019 일가정양립지표.
- Abidin, R. R. (1988). *Parenting alliance inventory*. Unpublished scale, University of Virginia.
- Abidin, R. R., & Brunner, J. F. (1995).

- Development of a parenting alliance inventory. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24(1), 31-40.
- Abrahamse, M. E., Tsang, V. M., & Lindauer R. J. (2021). Home-based parent-child interaction therapy to prevent child maltreatment: a randomized controlled trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), 8244. doi: 10.3390/ijerph18168244
- Aguayo, L. V., Bocanegra M. R., Garcia, R. F., & Velasco, L. A. (2021). Meta-analysis of the efficacy and effectiveness of parent child interaction therapy (PCIT) for child behaviour problems. *Journal of Psicobema*, 33(4), 544-555. doi: 10.7334/psicobema2021.70
- Ahmadi, N., Chaudhry, S., Olango, G., & Molla, M. (2017). The relation of parent-child interaction therapy (PCIT) in well-being of young children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and oppositional defiant disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(10), 218.
- Allen, J. & Marshall, C. R. (2011). Parent-child interaction therapy (PCIT) in school-aged children with specific language impairment. *Journal of Language and Communication Disorders*, 46(4), 397-410. doi: 10.3109/13682822.2010.517600
- Arnold, L. E. (1978). *Helping parents help their children*. N.Y.: Brunner Mazel.
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*, 37(4), 887-907.
- Bagner, D. M. (2013). Father's role in parent training for children with developmental delay. *Journal of Family Psychology*, 27(4), 650-657. doi: 10.1037/a0033465
- Bagner, D. M. & Eyberg, S. M. (2003). Father involvement in parent training: When does it matter? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32(4), 599-605.
- Bratton, S. C., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with children: a meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(4), 376-390. doi: 10.1037/0735-7028.36.4.376
- Burns, G. L., & Patterson, D. R. (2000). Factors structure of the Eyberg Child Behavior Inventory: A parent rating scale of oppositional defiant behavior toward adults, inattentive behavior, and conduct problem behavior. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(4), 569-577.
- Calzada, E. J., Eyberg, S. M., Rich, B., & Querido, J. G. (2004). Parenting disruptive preschoolers: Experiences of mothers and fathers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32(2), 203-213.
- Chaffin, M., Silovsky, J. F., Funderburk, B., Valle, L. A., Brestan, E. V., Balachova, T., Jackson, S., Lensgraf, J., & Bonner, B. L. (2004). Parent-child interaction therapy with physically abusive parents: efficacy for reducing future abuse reports. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(3), 500-510. doi: 10.1037/0022-006X.72.3.500

- Chase, R., & Eyberg, S. M. (2008). Clinical presentation and treatment outcome for children with comorbid externalizing and internalizing symptoms. *Anxiety Disorders, 22*, 273-282.
- 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. (2005). *Journal of Cognitive and Behavioral Practice, 12*(1), 126-135.
doi: 10.1016/S1077-7229(05)80047-1
- Christian-Brandt, A. S., & Santacrose, D. (2020). Adapting PCIT to address mental health care disparities among underserved families impacted by pediatric illness: A case series of bedside PCIT. *Clinical Practice in Pediatric Psychology, 8*(2), 164-175.
doi: 10.1037/cpp0000322
- Cohen, S., Mermelstein, R., Kamarck, T., & Hoberman, H. M. (1985). Measuring the functional components of social support. *Social Support: Theory, Research and Applications* (Vols. 24). Springer, Dordrecht.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Dadds, M. R., Atkinson, E., Turner, C., Blums, G. J., & Lendich, B. (1999). Family conflict and child adjustment: evidence for a cognitive-contextual model of intergenerational transmission. *Journal of Family Psychology, 13*(2), 194-208.
doi: 10.1037/0893-3200.13.2.194
- Dadds, M. R., & Powell, M. B. (1991). The relationship of interparental conflict and global marital adjustment to aggression, anxiety, and immaturity in aggressive and nonclinic children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 19*(5), 553-567.
- 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.
doi: 10.1300/J019v14n04_01
- Eyberg, S. M. (1988). Parent-child interaction therapy: Integration of traditional and behavioral concerns. *Child and Family Behavior Therapy, 10*(1), 33-46.
- Eyberg, S. M. & Funderbunk, B. W. (2011). *Parent-child interaction therapy protocol*. Unpublished Manuscript, PCIT International.
- Eyberg, S. M., Nelson, M., Duke, M., & Boggs, S. R. (2004). *Manual for the dyadic parent-child interaction therapy coding system* (3rd ed.). Unpublished Manuscript, University of Florida.
- Eyberg, S. M. & Pincus, D. (1999). Eyberg child behavior inventory and sutter-Eyberg behavior inventory-revised professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Eyberg, S. M. & Robinson, E. (1982). Parent-child interaction training: effects on family functioning. *Journal of Clinical Child Psychology, 11*(2), 130-137.
- Foote, R., Eyberg, S. M., & Schuhmann, E. (1998). Parent-child interaction approaches to the treatment of child conduct problems. *Advances in Clinical Child Psychology*, New York: Plenum. 125-151.
- Goldberg, S., Morris, P., Simmons, R. J., Fowler,

- R. S., & Levison, H. (1990). Chronic illness in infancy and parenting stress: A comparison of three groups of parents. *Journal of Pediatric Psychology, 15*(3), 347-358.
doi: 10.1093/jpepsy/15.3.347
- Guralnic, M. J., Hammond, M. A., Neville, B., & Conner, R. T. (2008). The relationship between sources and functions of social support and dimensions of child and parent related stress. *Journal of Intellectual Disability Research, 52*(2), 1138-1154.
doi: 10.1111/j.1365-2788.2008.01073.x
- Hatamzadeh, A., Pouretamad, H., & Hassanabadi, H. (2010). The effectiveness of parent-child interaction therapy for children with high functioning autism. *Journal of Social and Behavioral Sciences, 5*, 994-997.
doi: 10.1016/j.sbspro.2010.07.224
- Haskett, M. E., Ahern, L. S., Ward, C. S., & Allaire, J. C. (2006). Factor structure and validity of the parenting stress index-short form. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 35*(2), 302-312.
doi: 10.1207/s15374424jccp3502_14
- Hood, K. & Eyberg, S. M. (2003). Outcomes of parent-child interaction therapy: Mother's reports on maintenance three to six years after treatment. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 32*(1), 419-429.
- Jennifer, W. K., & Angelika, H. C. (2017). Evidence base update for psychosocial treatments for disruptive behaviors in children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 46*(4), 477-499.
- LaRossa, R. (1988). Fatherhood and social change. *Family Relations, 37*(4), 451-457.
- Lundahl, B. W., Tollefson, D., Risser, H., & Lovejoy, M. C. (2008). A meta-analysis of father involvement in parent training. *Research on Social Work Practice, 18*(2), 97-106.
- Mash, E. J., & Johnston, C. (1983). Parental perceptions of child behavior problems, parenting self-esteem, and mothers' reported stress in younger and older hyperactive and normal children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*(1), 86-99.
doi: 10.1037/0022-006X.51.1.86
- Masse, J. J., McNeil, C. B., Wagner, S. M., Quetsch, L. B. (2016). Examining the efficacy of parent-child interaction therapy with high-functioning autism. *Journal of Child and Family Studies, 25*(8), 2508-2525.
- McDiarmid, M. D., & Bagner, D. M. (2005). Parent child interactiontherapy for children with disruptive behavior and developmental disabilities. *Education and Treatment of Children, 28*(2), 130-141.
- McNeil, C. B., & Hembree-Kigin, T. L. (2010). *Parent-child interaction therapy* (Eds.), New York, NY: Springer Science and Business Media.
- McNeil, C. B., Hembree-Kigin, T. L. (2013). 부모-아동 상호작용치료. (이유니 역, 2판), 서울: 학지사. (원서출판 2010).
- McNeil, C. B., Herschell, A. D., Gurwitch, R. H., & Clemens-Mowrer, L. (2005). Training foster parents in parent-child interaction therapy. *Education and Treatment of Children, 28*(2), 182-196.
- Niec, L. N., Barnett, M. L., Prewett, M. S., &

- Shanley Chatham, J. R. (2016). Group parent-child interaction therapy: A randomized control trial for the treatment of conduct problems in young children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*(8), 682-698.
doi: 10.1037/a0040218
- Olweus, D. (1980). Familial and temperamental determinants of aggressive behavior in adolescent boys. *A causal analysis. Developmental Psychology, 16*(6), 644-660.
- Parke, R. D. (1981). *Fathers*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Parke, R. D. (2002). *Fathers and families*. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting: being and becoming a parent*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Pierce, C. A., Block, R. A., & Aguinis, H. (2004). Cautionary note on reporting eta-squared values from multifactor ANOVA designs. *Educational and Psychological Measurement, 64*(6), 916.
- Rhee, E. R., & Rhee, E. S. (2015). Psychometric properties and standardization of the Korean version of the Eyberg child behavior inventory. *Journal of Child and Family Studies, 24*(8), 2453-2462.
doi: 10.1007/s10826-014-0048-8
- Rork, K. E., & McNeil, C. B. (2008). Evaluation of foster parent training programs: A critical review. *Journal of Child and Family Behavior Therapy, 33*(2), 139-170.
doi: 10.1080/07317107.2011.571142
- Ros, R., & Graziano, P.A. (2019). Group PCIT for preschoolers with autism spectrum disorder and externalizing behavior problems. *Journal of Child Family Studies, 28*, 1294-1303.
doi: 10.1007/s10826-019-01358-z
- Scudder, A., Wong, C., Ober, N., Hoffman, M., Toscolani, J., & Handen, B. L. (2019). Parent-child interaction therapy (PCIT) in young children with autism spectrum disorder. *Child and Family Behavior Therapy, 41*(4), 201-220.
doi: 10.1080/07317107.2019.1659542
- Taylor, C. A., Guterman, N. B., Lee, S. J., Rathouz, P. J. (2009). Intimate partner violence, maternal stress, nativity, and risk for maternal maltreatment of young children. *American Journal of Public Health, 99*(1), 175-183.
- Unger, D. G., & Wandersman, L. P. (1988). The relation of family and partner support to the adjustment of adolescent mothers. *Child Development, 59*(4), 1056-1060.

원고접수일 : 2021. 11. 30.

게재확정일 : 2022. 03. 23.

Effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy: Comparing Both Both-Parents and Mother-only Participation, and Waitlist Control*

Yun-jeong Lee

Department of Child Psychotherapy, Hanyang University
Ph. D. Student

Hyun-soo Kim[†]

Professor

Parent-child interaction therapy (PCIT) is a therapy which requires participation from both parents and child and aims to improve parents' child-management skills using parent education, direct coaching during parent-child play rehearsal, and homework activities. Based on Baumrind's parenting model, including behavioral, social learning, and play therapy theories, PCIT has shown its effects on parents and children, particularly in relieving parenting stress and improving children's behavioral problems. However, previous research on PCIT has included only one-parent participation in its therapy, primarily among mothers. Thus, it has not informed of any possible relative both-parents involvement advantage over one-parent participation. Given the limitation, this study aims to verify whether both-parents' participation would enhance PCIT's effects on parents and children compared to the mother-only involvement and waitlist control. A total of 44 families agreed to participate in this study. Mother-reported child problems (i.e., inattention and disruptive behaviors), parenting stress, and parenting alliance with a spouse were used as treatment outcomes. Both both-parents and mother-only PCIT conditions showed significant pre-post improvements in child problems, parenting stress, and parenting alliance; however, waitlist control showed no significant pre-post change. Further analyses were done to compare the effects between the both-parents PCIT and the mother-only PCIT. Similar effects were found in parenting stress between these two groups, but better effects of the both parents PCIT than the mother-only PCIT were found in child problems and parenting alliance. This study suggests that PCIT can lead to incremental benefits when both parents participate.

Key words : Parent-child interaction therapy, both-parents parent-child interaction therapy, child behavior problem, parenting stress, parenting alliance

* This paper is based on the first author's master's thesis research.

[†] Corresponding Author : Hyun-soo Kim / Department of Child Psychotherapy, Hanyang University / 222, Wangsimni-ro, Seongdong-gu, Seoul, Korea / Tel: 02-2220-0618 / E-mail: khs1004@hanyang.ac.kr